

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยใช้ปรัชญาการวิจัยแบบเฮร์แมนนิติกส์ ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลมี 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยเอดส์และพยาบาล ซึ่งทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้ป่วยเอดส์คัดเลือกจากผู้ป่วยที่พยาบาลกลุ่มดูแลสุขภาพที่บ้านแนะนำให้ จำนวน 6 ราย และพยาบาลคัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือในแผนกส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดสงขลา จำนวน 6 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 ถึงเดือนมีนาคม 2545 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกเทป และการบันทึกภาคสนาม ทำการแปลผลข้อมูลรายวันหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน และตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูลทั้งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและหลังจากสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงอีกครั้งกับผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ขั้นตอนของโคไลซี ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

ผู้ป่วยและพยาบาลให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านสอดคล้องกันใน 4 ลักษณะคือ 1) การดูแลที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้เหมือนมีที่พึ่ง 2) การเพิ่มพลังใจ 3) การมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 4) การช่วยเหลือกาย-จิต-สังคม-เศรษฐกิจ

2. ปัญหาของผู้ป่วยเอดส์ที่พบบ่อยในการดูแลที่บ้าน

ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงปัญหาของผู้ป่วยเอดส์ที่พบบ่อยจากการมีประสบการณ์ไว้ 6 ประการคือ 1) ขาดยา โดยสาเหตุที่พบคือการที่ไม่ได้มาตรวจ และ คิดว่าหายเพราะไม่มีอาการ 2) ขาดกำลังใจ ซึ่งสถานการณ์ที่พบคือ ครอบครัวไม่เข้าใจ และ พุดให้ท้อใจ 3) ขาดเจ้าหน้าที่ดูแลที่เข้าใจ 4) มีอาการแทรกซ้อนที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ซึ่งอาการแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ วัณโรค ท้องเสีย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ ไข้เรื้อรังและมีผื่นขึ้น และ เชื้อราขึ้น

สมอง 5) การไม่ยอมรับของชุมชน และ 6) ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์และการดูแลตนเอง

3. ลักษณะกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงลักษณะกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่เกิดขึ้นสอดคล้องกัน 6 ลักษณะ คือ 1) รักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ โดยให้การพยาบาลเบื้องต้น และ สนับสนุนยาจำเป็น 2) เสริมแรงและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง โดยแสดงพฤติกรรมที่ไม่รังเกียจสนใจ/เอาใจใส่ และ ห่วงใยความรู้สึก 3) เยี่ยมบ้านที่อบอุ่น โดยนัดก่อนเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ใส่ชุดธรรมดาไม่ให้อึดอัด เป็นหมอบ ให้ความเป็นกันเองเหมือนญาติขณะเยี่ยม ไปเยี่ยมสม่ำเสมอตลอดทุกระยะโดยเฉพาะเมื่อมีอาการ และมีแพทย์ไปด้วย ช่วยลบปมด้อย 4) สื่อสารที่เหมาะสม ให้การยอมรับ โดย พูดถึงอาการมากกว่าเอ่ยชื่อโรค และ ปฏิบัติเหมือนคนทั่วไป 5) เสริมความรู้ที่ขาดให้นำไปใช้ โดย สอนการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมการใช้สมุนไพร และ ให้ความรู้แก่ชุมชน และ 6) ประสานความร่วมมือให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยแนะนำ/ส่งต่อและแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ส่งเสริมอาชีพและรายได้ และ ประสานงานกับองค์กรหรือบุคคลอื่น

4. ลักษณะกิจกรรมการดูแลที่บ้านที่ไม่ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยและพยาบาลได้กล่าวถึงลักษณะกิจกรรมการดูแลที่พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ใน 3 ลักษณะ คือ 1) ไม่ได้ช่วยประสานแหล่งประโยชน์ตามต้องการ 2) ไม่ได้ช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะเรื่องยาและเวชภัณฑ์ และ 3) ขาดการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในชุมชน

5. ปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสนับสนุนการให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านจำแนกตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ดังนี้

5.1 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าพยาบาลเป็นผู้ให้บริการที่สนับสนุนการดูแลที่ดีที่สุด ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแล 2) ไม่ขาดการติดต่อ 3) มีความผูกพันกับการดูแลผู้ป่วย 4) มองเอดส์เป็นงานท้าทายความสามารถ และ 5) มีเวลาให้เต็มที่

5.2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงปัจจัยสนับสนุนการดูแลด้านผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 1) ความร่วมมือในการดูแลของผู้ป่วย และ 2) การยอมรับและ

เปิดเผยตัวเองของผู้ป่วย

5.3 ปัจจัยด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงปัจจัยสนับสนุนการดูแลด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ใน 3 ลักษณะ คือ 1) หน่วยงานสนับสนุน 2) มีผู้ติดเชื่อเป็นกำลังใจ และ 3) ครอบครัว/ญาติเข้าใจและยอมรับ

6. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านจำแนกตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ดังนี้

6.1 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคด้านผู้ให้บริการโดยเฉพาะพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ภาระงานมาก 2) คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล และ 3) ลักษณะการไปเยี่ยมและการแต่งกายของพยาบาลไม่เหมาะสม

6.2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าปัจจัยอุปสรรคด้านผู้ป่วยเนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล ประกอบด้วย 4 ลักษณะ คือ 1) ไม่ให้ความร่วมมือ 2) ไม่บอกความต้องการ 3) ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย และ 4) ไม่ยอมรับและเปิดเผยตัวเอง

6.3 ปัจจัยด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายอุปสรรคด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ไว้ 4 ลักษณะ คือ 1) ขาดการสนับสนุนยา 2) ขาดการสนับสนุนยานพาหนะ 3) ขาดการสนับสนุนกำลังใจและขาดความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน และ 4) บุคลากรน้อย

7. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่เกิดขึ้นแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ 1) ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย 2) ผลลัพธ์ต่อพยาบาล 3) ผลลัพธ์ต่อหน่วยงาน และ 4) ผลลัพธ์ต่อครอบครัวและสังคม

7.1 ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย จากการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านส่งผลให้เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยในด้านบวก ซึ่งได้แก่ มีความสุข/สบายใจ มีคุณค่าในตัวเอง มีความมั่นใจและมีกำลังใจที่จะใช้ชีวิต ได้รับความรู้และสุขภาพดีขึ้น ยืดชีวิต และ ลดปัญหาเศรษฐกิจ คือ มีอาชีพและรายได้เพิ่ม และ ลดค่าใช้จ่าย

7.2 ผลลัพธ์ต่อพยาบาล ผลลัพธ์ต่อพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านต่อบุคลากรพยาบาล โดยพยาบาลเกิดความรู้สึกต่างๆจากการดูแล ได้แก่ เป็นที่พึ่งแก่ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจ มีความสุขทางใจ เปลี่ยนแนวความคิดการทำงานให้ดีขึ้น และ เกิดความท้อแท้จากการ

ติดเชื้ทางเดินหายใจจากผู้ป่วย

7.3 ผลลัพธ์ต่อหน่วยงาน ได้แก่ เกิดภาพพจน์ที่ดีของโรงพยาบาลและทราบปัญหาบริการของโรงพยาบาล ค้นพบผู้ป่วยใหม่จากชุมชน และลดการครองเตียงที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาล

7.4 ผลลัพธ์ต่อครอบครัวและสังคม พบว่า การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านทำให้ครอบครัวและสังคมให้การยอมรับมากขึ้น

จากผลการศึกษาทำให้เห็นภาพรวมของประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ทั้งในส่วนที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านตลอดจนผลลัพธ์ของการดูแล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแล นอกจากนี้ทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจผู้ป่วยเอดส์ได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นถึงเหตุผลของการให้ความหมายในแต่ละลักษณะโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ต่างๆที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการศึกษาครั้งนี้

1. จากการทำการศึกษแบบปรากฏการณ์วิทยาใช้การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงประสบการณ์อื่นๆของผู้ป่วยเอดส์ที่นอกเหนือไปจากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเพื่อตอบคำถามการวิจัย เช่น ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงความรู้สึก/ความทุกข์ทรมานต่อการเป็นผู้ป่วยเอดส์ การอยู่ร่วมกันของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ สุขภาพทางเลือกของผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์เมื่อเสียชีวิตตามประเพณีชาวไทยมุสลิม เป็นต้น ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจผู้ป่วยเอดส์ในบริบทอื่น ๆ มากขึ้น เป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านให้สอดคล้องและเหมาะสมกับความเชื่อและวัฒนธรรมประเพณีในแต่ละชุมชนที่ผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ต่อไป

2. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยเอดส์ได้ลึกซึ้งมากขึ้น ไม่เพียงเฉพาะผู้ป่วยเอดส์เท่านั้นยังทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น ถึงความต้องการการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านอีกด้วย

3. การเข้าถึงผู้ป่วยกระทำได้ดีค่อนข้างลำบากเพราะนอกจากผู้ป่วยเอดส์จะพยายามปิดกั้นตนเองแล้ว ยังต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพ ชีวิต และความเป็นอยู่ในสังคมจากการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อได้ ดังนั้นการ

เข้าถึงผู้ป่วยจึงต้องอาศัยความอดทนร่วมกับการใช้เทคนิคต่างๆ ซึ่งบางครั้งได้เรียนรู้จากการศึกษาในครั้งนี้นั่นเอง เช่น การทักทายของผู้ป่วยมุสลิม การพูดคุย การสัมผัส รวมถึงการร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเดย์แคร์กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนการเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยมิได้กระทำเพื่อหวังเพียงการได้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ผู้วิจัยยังต้องเข้าถึงผู้ป่วยด้วยความจริงใจ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและยินดีที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ปัญหาอุปสรรค

1. ผู้ป่วยเอดส์บางรายไม่เปิดเผยตนเองและไม่สมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลวิจัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและยังสามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากเกรงว่าการเปิดเผยข้อมูลอาจทำให้ชุมชนหรือเพื่อนบ้านผู้ป่วยเกิดความสงสัยหรือทราบว่าเป็นเอดส์ อาจส่งผลให้เกิดความรังเกียจผู้ป่วยและไม่สามารถประกอบอาชีพได้จึงไม่ยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลวิจัยในครั้ง นี้ ผู้วิจัยจึงต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัยร่วมด้วย ทำให้ การศึกษาประสบความสำเร็จทำให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ไม่ ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในสังคมเมือง
2. การเข้าถึงผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลและให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ในการศึกษาใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพค่อนข้างนาน บางรายใช้เวลานานนับสัปดาห์ผู้ป่วย จึงไว้วางใจและร่วมให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล การบริหาร การพยาบาล การศึกษาการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการดูแลในด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นเพื่อให้เกิด ความครอบคลุมสมบูรณ์แบบองค์รวม พยาบาลควรตระหนักและให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

ร่วมด้วย เช่น การสนับสนุนการดูแล/รักษาตามความเชื่อหรือลัทธิศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย รู้สึกสงบ สบายใจและปราศจากความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการดูแลบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

2. ผู้ป่วยเอดส์บางรายไม่สามารถจัดการกับปัญหาบางอย่างได้ เช่น ความเจ็บปวด การนอนไม่หลับ รวมทั้งความเครียดและวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งยาแก้ปวด ยานอนหลับและยาคลายเครียด ดังนั้นพยาบาลควรแนะนำวิธีบรรเทาความเจ็บปวดและการลดความเครียดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การผ่อนคลายความเครียด การจินตนาการ การทำสมาธิ รวมถึงสนับสนุนความคิดในทางบวกให้กับผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาต่างๆ

3. จากการที่ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความต้องการมีอาชีพและรายได้ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มคุณค่าในตนเองและเพิ่มการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สังคมสงเคราะห์ อบต. หรือองค์กรเอกชนต่างๆ เพื่อส่งเสริมการสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ซึ่งกิจกรรมที่ควรส่งเสริมต้องคงไว้ซึ่งการประกอบอาชีพเดิมหรือใกล้เคียงที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้โดยไม่ยากนัก ไม่ควรรื้อฟื้นอาชีพเดิมหรือสร้างอาชีพใหม่เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวมาก

4. ผู้ป่วยที่ศึกษาได้แสดงความคิดเห็นต่อการเยี่ยมบ้านของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการซึ่งได้แก่ การนัดก่อนเยี่ยมบ้านทุกครั้ง การแต่งกายที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแต่งกายด้วยชุดธรรมดาหรือชุดบ้าน ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องเหล่านี้เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอของพยาบาลนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดมีกำลังใจแล้วยังสามารถช่วยลดการรังเกียจจากครอบครัวและชุมชนได้เนื่องจากพยาบาลช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

5. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้พยาบาลไปให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในชุมชน ดังนั้นพยาบาลควรมีการทำงานในเชิงรุกในการให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อสร้างการยอมรับและช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถอยู่ร่วมในชุมชนได้อย่างมีความสุข

6. ผู้ป่วยบางรายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพบางส่วน ซึ่งผู้ป่วยเห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ ดังนั้นจึงควรมีการอบรมจริยธรรมและสร้างทัศนคติที่ดีของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพต่อผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงทักษะในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแล อีกทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงออกถึงความไม่รังเกียจ ไม่กลัวผู้ป่วยเอดส์ แก่ครอบครัว ชุมชน และบุคคลทั่วไป

7. ผู้ป่วยบางรายรับทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยจากสื่อต่างๆ เช่น มูลนิธิต่างๆ ดังนั้นพยาบาลควรศึกษาและชี้แนะถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆรวมทั้งการดำเนินการ/ประสานงานกับแหล่งประโยชน์นั้น เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

8. พยาบาลควรส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการวางแผนดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งเน้นการใช้สุขภาพทางเลือกที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการดูแลแบบผสมผสาน

ด้านบริหารการพยาบาล

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนให้มีการประสานงานและใช้ประโยชน์จากเครือข่ายต่างๆที่มีอยู่ให้มากขึ้น รวมทั้งควรมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อจะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างครบวงจรและต่อเนื่อง

2. จากประสบการณ์ของพยาบาลพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยคือ พยาบาลมีภาระงานมาก ทั้งภาระงานด้านบริหารและบริการ และได้เสนอแนะให้มีผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะ ดังนั้นผู้บริหารจึงควรปรับเปลี่ยนนโยบายในการกำหนดภาระงานของพยาบาลให้เหมาะสมหรือจัดให้มีผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยเฉพาะ เพื่อให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคประการหนึ่งคือ ขาดการสนับสนุนฯ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่างๆ ยานพาหนะ ตลอดจนขั้นตอนในการเบิกยาที่อยู่ยาก และการมีบุคลากรน้อย ดังนั้นผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวและหาทางแก้ไขเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานของพยาบาล

4. จากผลการศึกษาที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าและผู้ร่วมงานทำให้พยาบาลเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหัวหน้าจึงควรเป็นแกนนำในการสนับสนุนการทำงานด้วยการสร้างบรรยากาศที่ดี ส่งเสริมให้มีความเข้าใจ รักและสามัคคีในกลุ่มผู้ร่วมงาน

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ควรจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยมีเนื้อหาการเรียนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในทุกๆระยะของการเจ็บป่วย ภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการประสานแหล่งประโยชน์ทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. จากการศึกษาพบว่าคุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแล ซึ่งได้แก่ ไม่รังเกียจ มีใจที่จะช่วยเหลือคน มีความรู้และเข้าใจผู้ป่วย และรับผิดชอบต่อหน้าที่ เป็นปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการเน้นเรื่องดังกล่าวในเนื้อหาหลักสูตรการเรียนการสอนร่วมด้วย หรือให้ความสำคัญกับการคัดเลือกผู้ที่เข้ารับการศึกษาพยาบาลให้ได้ผู้ที่มีคุณลักษณะดังกล่าวเป็นผู้เข้ารับการศึกษา

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหา/พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วย

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเพียง 6 ราย และมีลักษณะครอบครัว สังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปอธิบายประสบการณ์ในเขตพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าถึงได้ยาก หรือในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เช่น ชุมชนประมง ชุมชนแรงงานต่างด้าว หรือกลุ่มรักร่วมเพศ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลกระทบจากการดูแลที่บ้านที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์แล้ว

4. ควรมีการศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และควรศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านระหว่างผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครในชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่ามีการให้การดูแลหรือผลของการให้การดูแลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลการศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านดังนี้

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาลทั้ง 6 รายปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อายุมากกว่า 35 ปี โดยมีเพียง 1 รายที่มีอายุ 23 ปี มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี 5 ใน 6 ราย อีก 1 รายจบการศึกษาในระดับปริญญาโท ทั้งนี้เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนโยบายในการรับบุคลากรทางการพยาบาลขั้นต่ำในระดับปริญญาตรีหรือพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10-15 ปี โดยเป็นพยาบาลประจำการมาก่อน ส่วนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลอธิบายสอดคล้องกันว่างานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานที่ตรงกับความต้องการของตนเองจึงได้เปลี่ยนลักษณะงานใหม่โดยมาปฏิบัติงานดังกล่าว

สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ พบว่า 4 ใน 6 รายเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 23-43 ปี สถานภาพสมรสโสดและคู่อย่างละ 1 ราย หย่า 2 รายภายหลังจากทราบว่าคู่สมรสติดเชื้อเอดส์ หม้าย 2 ราย ซึ่งเป็นผลจากการที่คู่สมรสเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ทุกรายประกอบอาชีพรับจ้างและมีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงจากการติดยาเสพติดร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อในประเทศไทยของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2544) ว่าตั้งแต่ปีพ.ศ.2527- 2544 พบว่าอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3.1:1 ผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดคือร้อยละ 44.1 กลุ่มอายุพบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอายุระหว่าง 25-29 ปีพบสูงสุดคือร้อยละ 27.6 และปัจจัยเสี่ยงสูงสุดคือจากการมีเพศสัมพันธ์คือร้อยละ 83.6 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเปิดเผยตัวเองมากกว่าเพศชายและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาจึงทำให้มีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิวาภรณ์ (2541) เกี่ยวกับสถานการณ์เอดส์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งระหว่างปี พ.ศ. 2531-2540 ที่พบว่า พบมากในกลุ่มอายุ 20-44 ปี มีจำนวนสูงสุดคือร้อยละ 91.0 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 4.3:1 อาชีพรับจ้างร้อยละ 46.5 ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อได้แก่เพศสัมพันธ์ร้อยละ 90.4 และติดยาเสพติดชนิดเข้าเส้นเพียงร้อยละ 4.8 ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยทั้ง 6 รายมีบัตร ส.ป.ร. โดย

ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอกับ ค่ารักษาพยาบาลและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะหยุดประกอบอาชีพอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพ ร่างกายเกิดอาการเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อนทำให้ทำงานไม่ได้และขาดรายได้ ซึ่งส่งผลต่อสภาพ ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว (คันสนีย์และวิภา, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของบาร์เนสและคณะ (Barnes, et al., 1993 อ้างตามปิยสุดา 2542) พบว่า ความเจ็บป่วยที่ทำให้ ต้องประสบกับระยะเวลาของโรคที่ยาวนานและเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลาย ครั้งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะต้องสูญเสียรายได้เพิ่มขึ้น ไม่มีงานทำ และจากการศึกษาของ ศิวาภรณ์ (2541) ที่พบว่าโรงพยาบาลต้องสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรค เอดส์ถึงร้อยละ 90 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจฐานะยากจน โดยเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา โรคติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงโรคเดียวหรือมาโรงพยาบาลเพียงครั้งเดียว เช่น วัณโรค เยื่อหุ้มสมอง ปอดอักเสบ โรคผิวหนังจากเชื้อรา และจอตาอักเสบจากเชื้อไวรัส ซึ่งในปี ต่อๆไปค่าใช้จ่ายในด้านนี้จะยิ่งสูงขึ้นจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นด้วย

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

ผู้ป่วยและพยาบาลให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านสอดคล้องกันใน 4 ลักษณะคือ 1) การดูแลที่ญาติพี่น้องอยู่ใกล้เหมือนมีที่พึ่ง 2) การเพิ่มพลังใจ 3) การมีผู้ดูแล อย่างต่อเนื่อง และ 4) การช่วยเหลือกาย-จิต-สังคม-เศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยอธิบายถึงประสบการณ์ เฉพาะพยาบาลที่ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์เท่านั้น ในขณะที่พยาบาลอาศัยประสบการณ์ตลอดช่วง เวลาที่มีประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านจึงอ้างอิงถึงผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและ ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. **การดูแลที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้เหมือนมีที่พึ่ง** การให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วย เอดส์ที่บ้านในลักษณะการดูแลที่ญาติพี่น้องอยู่ใกล้เหมือนมีที่พืงนั้นพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาล อธิบายสอดคล้องกันว่าเมื่อเจ็บป่วยไม่สบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใกล้ตายผู้ป่วยต้องการตายที่ บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล ดังนั้นการดูแลที่บ้านจึงเปรียบเสมือนที่พืงของผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ให้ ข้อมูลให้ความหมายดังกล่าวเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคเอดส์ไม่สามารถ รักษาให้หายขาดได้และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตทุกราย (Weitz, 1989) เป็นแล้วต้องตายโดยรับรู้ จากประสบการณ์ของตนที่ผู้ป่วยเอดส์ที่ตนเองรู้จักได้ตายไปที่ละราย ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องการตาย อย่างโดดเดี่ยวที่สถานบริการแต่ต้องการการช่วยเหลือดูแลจากครอบครัวและอยู่ท่ามกลางบุคคลที่ ตนเองรักซึ่งได้แก่พ่อแม่ ญาติพี่น้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลลา วัลย์และคณะ (2542) และประณีตและคณะ (2544) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ต้องการความ

อุปถัมภ์ท่ามกลางการเอาใจใส่/ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ญาติสนิทหรือแม้แต่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ถ้าเป็นไปได้อยากกลับไปตายที่บ้านมากกว่าตายที่โรงพยาบาล และการศึกษาของเยาวรัตน์ (2540) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการอยู่ที่บ้านที่อยู่ปัจจุบันมากที่สุดถึงร้อยละ 41.9 และต้องการให้ญาติพี่น้องดูแลร้อยละ 88.8 เช่นเดียวกับการศึกษาของปวงพล (2539) ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการกำลังใจอย่างมาก ญาติจึงควรดูแลผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย บ้านจึงเป็นสถานที่ที่ดีที่สุด นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีใครดูแลและเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์และคณะ (2542) พบว่าการให้ความช่วยเหลือดูแลจนถึงวาระสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุข ไม่ทรมานใจ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี เช่นเดียวกับการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) พบว่า พยาบาลกล่าวถึงเหตุผลของการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเนื่องจากเห็นผู้ป่วยเดือดร้อน อยู่แบบไม่มีที่พึ่ง และไม่มีทางออก

2. การเพิ่มพลังใจ การให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในลักษณะเป็นการเพิ่มพลังใจโดยทั้งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยบุคคลในครอบครัวซึ่งได้แก่พ่อแม่ ญาติพี่น้อง และสามีจะเป็นผู้ที่เข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นผู้ซึ่งให้การช่วยเหลือในทุกๆด้านทั้งในขณะที่ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดให้กำลังใจให้ต่อสู้ชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนเป็นการเพิ่มพลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติคุณ (2542) ที่พบว่า ความต้องการที่เหมือนกันของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการและไม่มีอาการคือ ต้องการกำลังใจจากบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะญาติและบุคคลใกล้ชิด และการศึกษาของวิลาวัลย์และคณะ (2541) พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นที่ได้ใกล้ชิดกับครอบครัว เนื่องจากได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติพี่น้อง และคนใกล้ชิด มีบรรยากาศที่เป็นกันเอง จึงเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอิรัตน์ (2539) เกี่ยวกับอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่รัก เช่น คู่สมรส พ่อแม่ พี่น้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและมีความเข้มแข็งอดทนที่จะเผชิญกับโรคต่อไป

3. การมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในลักษณะการมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าการป่วยด้วยโรคเอดส์และอยู่ที่บ้านทำให้พยาบาลรู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองและต้องการให้ความช่วยเหลืออีกทั้งบ้านของผู้ป่วยมักจะอยู่ไกลจากโรงพยาบาลและเกรงว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ

จึงต้องคอยติดตามดูแลโดยการไปเยี่ยมเรื่อยๆ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พยาบาลยังอธิบายว่าเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามสภาพของผู้ป่วยและช่วยเหลือต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลลาวัลย์และคณะ (2541) ที่พบว่า การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความสะดวกในการติดตามความก้าวหน้าของโรคที่เป็นอยู่และเป็น การส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และแนะแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตภายใต้สภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้อย่างปกติสุขโดยให้คำแนะนำตามความเหมาะสมในแต่ละราย

4. การช่วยเหลือกาย-จิต-สังคม-เศรษฐกิจ การให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วย เอดส์ที่บ้านในลักษณะการช่วยเหลือกาย-จิต-สังคม-เศรษฐกิจ ผู้ให้ข้อมูลทั้งกลุ่มผู้ป่วยและ พยาบาลอธิบายสอดคล้องกันว่า การป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน เช่น ไม่มีความรู้ที่จะดูแลตนเอง เพื่อนบ้านรังเกียจ เครียด วิตกกังวล และไม่มียาน้ำ ผู้ป่วยจึง ต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ความช่วยเหลือทางด้าน สังคมและเศรษฐกิจรวมถึงความเห็นอกเห็นใจจากเพื่อนบ้าน ญาติและบุคคลในครอบครัว ซึ่งการ ดูแลที่บ้านจะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยทุกอย่างตามความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้านได้ โดย กิจกรรมการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันคือ การดูแลเมื่อไม่สบาย การดูแลทางด้าน จิตใจโดยให้กำลังใจ การให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจของชุมชน และการส่งเสริมอาชีพ และรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติคุณ (2542) ที่พบว่า กิจกรรมการดำเนินงาน บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนโดยองค์การภาครัฐส่วนใหญ่จะให้การดูแลครบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับการศึกษาของกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2545) ถึงสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านและชุมชน ในเขตภาคใต้ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเศรษฐกิจ/สังคม โดยได้รับยาป้องกัน การติดเชื้อฉวยโอกาส ยาน้ำ และยารักษาตามอาการสม่ำเสมอจาก โรงพยาบาล การเข้ากลุ่มช่วยเหลือเรื่องความรู้ กำลังใจ และหน่วยงานของรัฐช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ จากการติดต่อของโรงพยาบาล

ปัญหาของผู้ป่วยเอดส์ที่พบบ่อยในการดูแลที่บ้าน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงปัญหาของผู้ป่วยเอดส์ที่พบ บ่อยในการดูแลที่บ้านไว้ 6 ประการคือ 1) ขาดยา 2) ขาดกำลังใจ 3) ขาดเจ้าหน้าที่ดูแลที่เข้าใจ

4) มีอาการแทรกซ้อนที่ต้องดูแลต่อเนื่อง 5) การไม่ยอมรับของชุมชน และ 6) ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์และการดูแลตนเอง ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ปัญหาการ **ขาดยา** ซึ่งสาเหตุที่พบ คือ ไม่ได้มาตรวจ โดยผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าเป็นเพราะมีอาการแทรกซ้อนได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรงที่จะเดินทางมาตรวจหรือมาเอายาได้ ประกอบกับการเดินทางลำบากเพราะว่าบ้านของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอยู่ไกลจากโรงพยาบาลโดยผู้ป่วย 3 ใน 6 ราย พบว่าบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาลประมาณ 20 กิโลเมตร ซึ่งต้องนั่งรถโดยสารประจำทางมาโรงพยาบาลและใช้ระยะเวลาการเดินทางค่อนข้างนานประมาณเกือบ 1 ชั่วโมงจึงไม่ได้มาตรวจ ซึ่งถ้าจำเป็นจริงๆผู้ป่วยคิดว่าไปเอายาที่อนามัยจะสะดวกมากกว่าเนื่องจากอยู่ใกล้บ้านมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์และวิภา (2543) เกี่ยวกับการศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2542-2543 พบว่า ปัญหาหลักของผู้ติดเชื้อเอดส์คือปัญหาด้านสุขภาพที่ค่อนข้างแย่โดยได้รับการติดต่อขอความช่วยเหลือ เช่น วัคซีนโรค เป็นต้น รวมทั้งการเดินทางลำบากเนื่องจากอยู่ห่างไกล/นอกพื้นที่ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเนื่องจากคิดว่าหายเพราะไม่มีอาการ โดยผู้ป่วยอธิบายถึงเหตุผลของการไม่รับประทานยาป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆว่าไม่ชอบที่จะรับประทานยาเนื่องจากบางครั้งต้องรับประทานยาหลายชนิด หลายเม็ดหรือหลายมื้อ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อ ประกอบกับคิดว่าหายจากโรคแทรกซ้อนแล้วเพราะว่าไม่มีอาการแสดงให้เห็น สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา, สุณีย์ และทรามวัย (2543) เกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วยโดยพบว่า ปัญหาการไม่กินยาเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดซึ่งได้แก่ การที่ผู้ป่วยหยุดกินยาเพราะว่าอาการดีขึ้นและคิดว่าตัวเองหายแล้ว เป็นต้น

ปัญหาการ **ขาดกำลังใจ** ซึ่งสถานการณ์ที่พบคือครอบครัวไม่เข้าใจ โดยผู้ป่วยทั้ง 6 ราย อธิบายว่าระยะแรกที่พ่อแม่หรือครอบครัวทราบว่าตนเองติดเชื้อเอดส์จึงเกิดความรังเกียจโดยการไม่เข้าใกล้หรือสัมผัสร่างกาย เนื่องจากยังไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ทำให้รู้สึกขาดกำลังใจ และผู้ป่วยรายหนึ่งยังอธิบายว่าพ่อแม่เกิดความรังเกียจจนถึงขั้นให้แยกที่อยู่ ข้าวของ เครื่องใช้ รวมถึงไม่รับประทานหรือดูทีวีร่วมกัน ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าพ่อแม่ ญาติพี่น้องคือคนที่สำคัญและเข้าใจตนเองมากที่สุด ถ้าพ่อแม่พี่น้องไม่เข้าใจแล้วคนอื่นใครจะเข้าใจ และพยาบาลยังเล่าว่าแม่ของผู้ป่วยบางรายไม่กล้าจับเนื้อต้องตัวลูกของตนเองเพราะกลัวติดเชื้อเอดส์ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรังเกียจของครอบครัวจึงรู้สึกขาดกำลังใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายตรงกันว่าการที่ครอบครัวพูดให้ท้อใจ โดยพูดถึงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาเสพติดอยู่เสมอ ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นปมด้อยของตนเอง ผู้ป่วยจึงหมดความพยายามที่จะปรับปรุงตนเองโดยการเลิกยาเสพติดเนื่องจากเกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ (2540)

เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักว่าการติดเชื้อเสมือนเป็นตราบาปที่สังคมรังเกียจ มีการแบ่งแยกโดยการถูกรังเกียจจากครอบครัว คนรัก เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความรู้สึกขาดความใกล้ชิด โดดเดี่ยว ขาดความหวังและกำลังใจ

ปัญหาการขาดเจ้าหน้าที่ดูแลที่เข้าใจ ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าการเป็นโรคเอดส์หมายถึงโรคติดต่อที่อันตรายเนื่องจากเป็นแล้วต้องตายและไม่สามารถรักษาให้หายได้จึงทำให้ทุกคนเกิดความรังเกียจรวมทั้งพยาบาลที่ไม่อยากให้การดูแลเพราะกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ประกอบกับพยาบาลที่เคยไปเยี่ยมบ้านไม่ได้ไปเยี่ยมบ้านเป็นระยะเวลา นานนับปี ผู้ป่วยจึงสรุปตามความคิดของตนเองว่าพยาบาลรังเกียจและไม่อยากให้การดูแล จึงรับรู้ว่าการขาดเจ้าหน้าที่ดูแลที่เข้าใจ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลเนตรและคณะ (2532) พบว่า บุคลากรการแพทย์บางคนไม่ต้องการให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์โดยให้เหตุผลว่ากลัวจะติดโรคแล้วไม่มีทางรักษา และการศึกษาของบริออลท์และโพรลิฟรอนิ (Breault & Prolifroni, 1992) พบว่า พยาบาลมีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งพยาบาลจะแสดงออกโดยการพยายามหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย

ปัญหาการมีอาการแทรกซ้อนที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการป่วยเป็นโรคเอดส์ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจึงทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะลำบากหรือไม่ได้ประกอบอาชีพจึงไม่มีเงินที่จะซื้ออาหารที่เป็นประโยชน์เพื่อบำรุงร่างกาย รวมทั้งการไม่สามารถมารับยาได้อย่างต่อเนื่องจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าอาการแทรกซ้อนที่เป็นหรือพบบ่อยคือ วัณโรค โดยพบว่าอาการไอเป็นอาการสำคัญและจะโหมมากนานเป็นเดือน รองลงมาคืออาการท้องเสีย ซึ่งมักเป็นบ่อยๆจนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ โดยไม่รู้สึกลอยากรับประทานอาหารและยา ส่งผลให้ร่างกายผู้ป่วยอ่อนแอลง และทำให้เป็นไข้เรื้อรังหรือเป็นไข้หวัดได้บ่อย รวมถึงการมีผื่นขึ้นจนทำให้เกิดอาการคันเรื้อรัง ซึ่งแม้ว่าจะไม่รุนแรงแต่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญเนื่องจากต้องเกาจนเกิดรอยดำบริเวณร่างกาย นอกจากนี้พยาบาลยังเล่าว่าอาการเชื้อราขึ้นสมองเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเช่นกันซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก และต้องรีบให้การช่วยเหลือโดยการนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งอาการแทรกซ้อนต่างๆเหล่านี้พยาบาลเห็นว่าเป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์และคณะ (2542) ที่พบว่าอาการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนต่างๆที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยมี 8 โรคคือ 1) ปอดอักเสบ 2) วัณโรคปอด 3) เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา 4) เชื้อราตามผิวหนัง ช่องคลอด หลอดอาหาร 5)

โรคติดเชื้อในสมอง 6) โรคท้องเสียเรื้อรัง 7) โรคทางระบบประสาท และ8) งูสวัด เริม และสลด คล้องกับหลายงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย โดยทางร่างกายจะพบว่าบ่อยๆมีอาการวัณโรค ท้องเสียเรื้อรัง ไข้ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มะเร็ง ที่ผิวหนัง ปวดศีรษะ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (นงลักษณ์, 2540; ปิยสุดา, 2542 และ สุธิมา, 2544)

ปัญหา การไม่ยอมรับของชุมชน ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ว่าการป่วยเป็นโรคเอดส์ทำให้ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยเนื่องจากเกิดความรังเกียจ กลัวการติดเชื้อ อีกทั้งภาพลักษณ์ที่ไม่ดีของโรคเอดส์เอง ซึ่งผู้ป่วยเล่าถึงพฤติกรรมที่ชุมชนแสดงออกคือ การที่เพื่อนบ้านต่อต้านไม่ไปอาบน้ำศพ ลูกที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ และไม่ซื้อของที่ผู้ป่วยขายเพราะลูกเป็นเอดส์ด้วย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยคิดมาก เครียด จนถึงขั้นคิดจะฆ่าตัวตาย ซึ่งการที่ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยสามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ในระยะแรก สื่อแสดงให้เห็นภาพที่น่ากลัว ทำให้ประชาชนทั่วไปมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและมีผลให้ชุมชนขาดความเข้าใจที่ถูกต้องคิดว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่อันตรายและติดต่อได้ง่ายทำให้เกิดความกลัวและการไม่ยอมรับจากชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์และวิภา (2543) ที่พบว่า ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์ประการหนึ่งคือ การที่ชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ ยังมีการรังเกียจ เช่น การรังเกียจบุตร ผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

ปัญหา ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์และการดูแลตนเอง นั้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการดูแลตนเองเมื่อเป็นเอดส์ โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์รายใหม่และไม่ได้รับการให้คำปรึกษามาก่อน ซึ่งผู้ป่วยอธิบายว่าไม่ทราบว่าจะดูแลตนเองกับแม่ต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเป็นโรคนี้ ทั้งในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากไม่มีความรู้เลย และพยาบาลอธิบายว่าญาติผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าดูแลผู้ป่วยอย่างไรด้วยเพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินจิตต์และคณะ (2537) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ติดเชื้อและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน พบว่า ผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีความต้องการอบรมในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงและเรื่องการดูแลที่บ้านอยู่ในระดับมากในหัวข้อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข และการทำสมาธิ เช่นเดียวกับการศึกษาของปาริชาติ (2537) ที่พบว่า ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการป่วยเบื้องต้นของผู้ป่วย

ลักษณะกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงลักษณะกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่เกิดขึ้นใน 6 ลักษณะคือ 1) รักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ 2) เสริมแรงและกำลังใจที่ต่อเนื่อง 3) เยี่ยมบ้านที่อบอุ่น 4) สื่อสารที่เหมาะสมให้การยอมรับ 5) เสริมความรู้ที่ขาดให้นำไปใช้ และ 6) ประสานความร่วมมือให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยการ **รักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ** ซึ่งกิจกรรมที่ปฏิบัติคือให้การพยาบาลเบื้องต้น และ สนับสนุนยาจำเป็น ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การทำแผล เปลี่ยนเสื้อผ้า ป้อนยาและอาหาร เช็ดตัว ให้น้ำเกลือ ให้อาบก้อนภาวะแทรกซ้อน/ยาสามัญประจำบ้าน และยาบำรุงร่างกาย ซึ่งเหตุผลที่พยาบาลปฏิบัติเช่นนี้เป็นเพราะพยาบาลมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยบ่อยๆ เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นพยาบาลจึงให้การช่วยเหลือโดยให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นดังที่กล่าวตามอาการที่ปรากฏในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อบรรเทาอาการและชะลอการดำเนินของโรค และถึงแม้ว่ากิจกรรมบางอย่างที่ญาติหรือผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองแล้ว เช่น การทำแผล แต่เมื่อไปเยี่ยมบ้านพยาบาลก็จะทำแผลให้ด้วยทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจที่มีพยาบาลคอยสนใจดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปอขวัญ (2544) ที่พบว่า กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ ให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน และให้อาบก้อนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยการ **เสริมแรงและกำลังใจที่ต่อเนื่อง** ซึ่งกิจกรรมที่ปฏิบัติคือการแสดงพฤติกรรมที่ไม่รังเกียจ อันได้แก่ สัมผัสร่างกาย กินร่วมกัน เป็นกันเองไม่แบ่งชนชั้น และ ทำให้ดูเป็นกำลังใจ โดยผู้ป่วยอธิบายว่าพยาบาลแสดงพฤติกรรมขณะเยี่ยมบ้านด้วยการนั่งสัมผัส จับเนื้อจับตัวผู้ป่วย ใช้ห้องน้ำที่บ้านผู้ป่วย รับประทานอาหาร น้ำร่วมกับผู้ป่วยทั้งที่บ้านและเมื่อรวมกลุ่มที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมที่ไม่รังเกียจ อีกทั้งการพูดจาที่ดีของพยาบาลและทำตัวเหมือนเพื่อนฝูงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเป็นกันเอง ไม่แบ่งชนชั้นวรรณะ นอกจากนี้พยาบาลยังปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่อผู้ป่วยเอดส์คนอื่นขณะเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยเห็น เช่น การเช็ดตัว จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจและคาดหวังว่าเมื่อมีอาการเช่นนั้นจะได้รับการปฏิบัติอย่างนั้นเช่นกัน ส่วนพยาบาลอธิบายว่าการสัมผัสร่างกายโดยการนั่งจับมือถือแขนหรือคลำตุ่มที่คอของผู้ป่วยโดยการไม่ใส่ถุงมือเพราะว่าไม่มีบาดแผลเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความไม่รังเกียจ ซึ่งพฤติกรรมของพยาบาลดังกล่าวทั้งหมดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสัมผัสร่างกาย ซึ่งการสัมผัสเป็นวิธีการหนึ่งของการติดต่อสื่อสารเพื่อเชื่อมโยงความรู้สึก

ระหว่างบุคคล ลดช่องว่างระหว่างบุคคล และเป็นการแสดงความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพมากกว่า การใช้คำพูด (Hein, 1980) และการสัมผัสผัสขณะพูดคุยจะทำให้มีการสื่อความหมายถึงเห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยได้มาก (ซอลดา, 2536)

นอกจากนี้กิจกรรมการดูแลโดยการสนใจ/เอาใจใส่ ซึ่งได้แก่ ชักถามปัญหา/ความต้องการ และพร้อมให้การช่วยเหลือ และ ไม่ทอดทิ้ง ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ว่าเป็นการเสริมแรงและกำลังใจที่ต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยอธิบายว่าพยาบาลจะไปมาหาสู่ตลอดเวลาและสามารถปรึกษาได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะด้วยวิธีการโทรศัพท์หรือมาพบทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล และให้ความช่วยเหลือหรือคำแนะนำต่างๆซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งและมีกำลังใจที่จะสู้ชีวิต ส่วนพยาบาลอธิบายว่าจะพยายามให้การช่วยเหลือทุกอย่างโดยการชักถามปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในทุกเรื่อง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่กล้าหรือเกรงใจที่จะบอกถึงปัญหา/ความต้องการต่างๆ พยาบาลจึงพยายามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงปัญหาเหล่านั้นรวมทั้งเรื่องเศรษฐกิจ อาชีพหรือรายได้ ซึ่งพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือโดยการแนะนำไปปรึกษาสงเคราะห์จังหวัด ส่วนพยาบาลอีกรายให้การดูแลผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการสนใจ/เอาใจใส่โดยไม่ทอดทิ้ง ด้วยการแวะเวียนไปหาบ่อยๆ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ชักถามถึงอาการ การรับประทานอาหารของผู้ป่วยหรือโทรศัพท์ไปถามและพาแพทย์ไปดูอาการ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสนใจ/เอาใจใส่ และไว้วางใจให้การดูแล

นอกจากนี้พยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับการห่วงใยความรู้สึก ซึ่งได้แก่ พูดคุยให้สบายใจและให้กำลังใจ ไม่เปิดเผยความลับ และ ให้เกียรติของความเป็น “คน” โดยผู้ป่วยอธิบายว่าตนเองคิดมากและท้อแท้เมื่อเป็นโรคนี้นี้แต่พยาบาลจะคอยพูดให้กำลังใจ ให้สู้และอดทน อย่าอ่อนแอ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและมีกำลังใจ อีกทั้งเมื่อเพื่อนบ้านชักถามพยาบาลถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น พยาบาลก็จะไม่บอกออกไปตรงๆ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นพยาบาลไม่เปิดเผยความลับของตนเอง ซึ่งในเรื่องนี้พยาบาลอธิบายถึงเหตุผลของการไม่เปิดเผยความลับว่าเพราะไม่ต้องการให้เพื่อนบ้านรังเกียจและไม่ต้องการให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องแตกแยก เนื่องจากคิดว่าถ้าสามีของผู้ป่วยรู้ความจริงผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้งได้ และพยาบาลยังอธิบายว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต้องเน้นการดูแลด้านจิตใจโดยการพูดคุยให้ผู้ป่วยสบายใจมากที่สุดและปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนใช้คนหนึ่งทั่วไป และให้เกียรติผู้ป่วยเช่นเดียวกับบุคคลอื่นไม่ว่าผู้ป่วยจะมีนิสัยหรือมีพฤติกรรมอย่างไรก็ไม่แสดงความรังเกียจ แต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายังมีพยาบาลที่เห็นใจและห่วงใยผู้ป่วยอยู่เสมอ ซึ่งกิจกรรมการดูแลดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญากรณ์ (2537) ที่ได้ศึกษามิติการดูแลของพยาบาลไทยโดยพบว่า พยาบาลได้ให้การดูแลมิติด้านจิตใจ ซึ่งได้แก่ตระหนักความต้องการของผู้ป่วย ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจ เป็นมิตร

และเป็นกันเองถึงร้อยละ 91.46 และมีทัศนคติด้านเชิงปฏิสัมพันธ์ ซึ่งได้แก่ให้กำลังใจ ดูแลให้ความสุขสบายทางกาย สัมผัสผู้ป่วย และอยู่เป็นเพื่อนร้อยละ 92.46 และผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับการดูแลมิติด้านจิตใจร้อยละ 87.41 และมีทัศนคติด้านเชิงปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 68.93 นอกจากนี้ลำเนา (2539) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความอบอุ่น สุขสบาย รู้สึกปลอดภัย เชื่อมั่น มีกำลังใจ และรู้สึกที่ดีต่อบริการพยาบาลได้แก่ การยอมรับในความเป็นบุคคล การไม่ทำให้อับอาย การแสดงท่าทีเห็นใจ ไม่รังเกียจ การอยู่เป็นเพื่อนพูดคุย การดูแลความสุขสบายต่างๆ และการช่วยเหลือด้านการรักษาต่างๆ เป็นต้น

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยการ **เยี่ยมบ้านที่อบอุ่น** ซึ่งได้แก่ นัดก่อนเยี่ยมทุกครั้ง ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายว่าการเยี่ยมบ้านโดยการนัดหมายล่วงหน้าก่อนทุกครั้งทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเตรียมตัว เตรียมใจ ทำความสะอาดบ้านให้เรียบร้อย รวมทั้งพ่อแม่ได้อยู่คอยพบพูดคุย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องคอยกังวลว่าพยาบาลจะมาเมื่อไหร่เพราะกลัวว่าถ้าหากไม่นัดล่วงหน้าพยาบาลอาจมาเจอเพื่อนบ้านผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ ซึ่งอาจทำให้เพื่อนบ้านสงสัยหรือรู้ว่าเป็นโรคเอดส์ได้ และพยาบาลยังปฏิบัติโดยการใส่ชุดธรรมดาไม่ทำให้รู้ว่าเป็นหมอ หรือแต่งกายเพื่อไม่ให้เพื่อนบ้านผู้ป่วยทราบหรือเข้าใจว่าเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่น หมอหรือพยาบาล เนื่องจากบางชุมชนยังไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นการแต่งกายอย่างระมัดระวังหรือการแต่งกายโดยใส่ชุดธรรมดาเป็นการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวจากการเยี่ยมบ้าน เช่น การรังเกียจ ถูกเหยียดหยาม ถูกแบ่งแยกจากสังคม ความเครียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (ศศิมาและอรทัย, 2541) นอกจากนี้พยาบาลยังให้ความสำคัญเป็นกันเองเหมือนญาติขณะเยี่ยม ซึ่งผู้ป่วยรายหนึ่งอธิบายว่าขณะเยี่ยมพยาบาลให้ความดูแลเอาใจใส่โดยการพูดคุยดี ไม่รังเกียจ ทำให้รู้สึกเป็นกันเองเหมือนเป็นญาติมาเยี่ยมเยียน ส่วนพยาบาลอธิบายว่าการช่วยเหลือกิจกรรมในบ้านของผู้ป่วยและญาติ เช่น กวาดบ้าน เก็บเครื่องนอนให้เรียบร้อยโดยไม่รังเกียจ ตลอดจนการทักทายหรือสัมผัสพราะหว่างพยาบาลกับบุคคลในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเป็นกันเองเหมือนเป็นญาติ และการศึกษารั้วนี้ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าการไปเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอตลอดทุกระยะโดยเฉพาะเมื่อมีอาการมากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง มีกำลังใจและอบอุ่นใจ เนื่องจากรับรู้ที่พยาบาลต้องเดินทางมาไกลหรือเดินทางลำบากและการมาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยบ่อยๆจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกซาบซึ้งใจและอบอุ่นใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรายหนึ่งอธิบายว่าการที่พยาบาลพาแพทย์ไปเยี่ยมบ้านด้วยทำให้ช่วยลบรอยปมด้อยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เป็นคนเปิดเผยตัวเองและชุมชนของผู้ป่วยจะนับถือแพทย์มาก ดังนั้นการที่มีแพทย์ไปเยี่ยมบ้านด้วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ชุมชนเกิดการยอมรับและเป็นการลบรอยปมด้อยที่เป็นโรคเอดส์ได้

จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์, พิภูล, ประสิทธิ์ และนิวัตร (ม.ป.ป.) ที่พบว่า การเยี่ยมและดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านต้องไม่จู้จี้จกใจ เจ้าหน้าที่ต้องเป็นกันเอง ให้เกียรติ ไม่เร่งรัด/บีบบังคับ นัดหมายให้ชัดเจนทุกครั้ง แต่งตัวใกล้เคียงกับชาวบ้านทั่วไป ไม่แต่งชุดเจ้าหน้าที่หรือชุดที่ชาวบ้านอาจเข้าใจว่าเป็นหมอหรือพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของอาภรณ์, พัชรียา, ประนอม และขวัญตา (2543) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยากให้มีการเยี่ยมบ้านแต่ไม่ต้องการให้เจ้าหน้าที่แต่งชุดทำงานไป ซึ่งการเยี่ยมบ้านช่วยด้านกำลังใจได้มากและอยากให้โรงพยาบาลบริการตลอดไป นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของประณีต และคณะ (2544) พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอดส์เจ้าหน้าที่ควรแต่งกายตามปกติที่ไม่ใช่ชุดข้าราชการหรือใช้รถโรงพยาบาลยกเว้นถ้ามีการออกหน่วยเคลื่อนที่และเยี่ยมบ้านตามกิจวัตรทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบต่อผู้ป่วย

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยการ **สื่อสารที่เหมาะสม ให้การยอมรับ** ซึ่งได้แก่ พูดถึงอาการมากกว่าเอ่ยชื่อโรค โดยเป็นการรับรู้เฉพาะพยาบาล ซึ่งพยาบาลอธิบายว่าในการสนทนาไม่ว่าจะสนทนากับผู้ป่วยเอดส์ ญาติผู้ป่วย หรือเพื่อนพยาบาลจะไม่พูดคำว่าเอดส์ออกไปให้ผู้ป่วยได้ยินแต่จะพูดถึงอาการแสดงของผู้ป่วยมากกว่า เนื่องจากพยาบาลคำนึงถึงความรู้สึกที่อ่อนไหวของผู้ป่วยและเพื่อให้เกิดการยอมรับ นอกจากนี้พยาบาลและผู้ป่วยอธิบายตรงกันว่าพยาบาลจะปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนคนทั่วไป โดยการไม่รังเกียจ ทำเหมือนไปเยี่ยมไข้ธรรมดา และพยาบาลยังอธิบายว่าเมื่อเห็นเพื่อนร่วมงานแสดงพฤติกรรมโดยใช้คำพูดไม่เหมาะสมก็จะพยายามยับยั้งหรือว่ากล่าวตักเตือนทันทีแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้ยิน เพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกระเทือนใจ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ว่าเป็นการสื่อสารที่เหมาะสม ให้การยอมรับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) พบว่า พยาบาลจะไม่เปิดเผยสถานะของผู้ป่วยหากมีการซักถามถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นก็จะใช้เหตุผลอธิบายตามลักษณะอาการมากกว่าการเป็นโรคหรือการอธิบายด้วยกลุ่มโรคแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยเป็นมากกว่าโดยไม่กล่าวถึงโรคเอดส์โดยตรง เช่น วัณโรคปอด โรคผิวหนังตามอาการที่ปรากฏในผู้ป่วย

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยการ **เสริมความรู้ที่ขาดให้นำไปใช้** ได้แก่ สอนการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมการใช้สมุนไพร และ ให้ความรู้แก่ชุมชน ซึ่งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าปัญหาของผู้ป่วยเอดส์ที่พบในการดูแลที่บ้านคือ การที่ผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการดูแลตนเอง ดังนั้นพยาบาลจึงช่วยเหลือโดยการเสริมความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติโดยเน้นเรื่องการดูแลตนเองทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย, เณีญู และศศิมา (2540) ถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์มีความต้องการด้าน

ข้อมูลมากที่สุด ได้แก่ การได้รับการบอกถึงของที่สามารถใช้ร่วมและห้ามใช้ร่วมกับผู้ป่วย การได้รับการบอกในเรื่องอาหารที่ผู้ป่วยควรรับประทาน และข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาอื่นๆ เป็นต้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าพยาบาลยังส่งเสริมการใช้สมุนไพร ซึ่งได้แก่ บอระเพ็ด ฟ้าทะลายโจร ทั้งให้ปลูกไว้ดื่มกินเองหรือให้เป็นยาสมุนไพรที่แปรรูปแล้ว ทั้งนี้เพื่อบำรุงร่างกายและช่วยบรรเทาหรือป้องกันอาการป่วยต่างๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย ใช้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่งการใช้สมุนไพรเป็นความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดต่อกันมาว่าสมุนไพรมีแต่ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดโทษ และเป็นวิธีที่ง่าย ปัจจุบันสมุนไพรไทยกำลังได้รับการสนับสนุนให้เข้ามามีบทบาทในการรักษาโรคต่างๆ ประกอบกับสมุนไพรบางชนิดเป็นพืชซึ่งหาได้ง่ายและสามารถรับประทานเป็นอาหารในชีวิตประจำวันได้และเชื่อว่าจะไม่เกิดผลเสียหากใช้ ประกอบการแพทย์แผนปัจจุบันที่ยังไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำให้รับประทานสมุนไพรดังกล่าวบอกว่าภาวะสุขภาพดีขึ้นเนื่องจากรับประทานอาหารได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความคิดเห็นต่อการใช้สมุนไพรของกาญจนา, เขียวรัตน์ และพัชรี (2542) พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ใช้แล้วรู้สึกมีอาการดีขึ้น กินข้าวได้ แข็งแรงขึ้น ไม่มีผลข้างเคียง จึงเกิดความพึงพอใจและต้องการให้โรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐใช้สมุนไพร และการศึกษาของงามนิตย์, เรือนทอง และสนธิ (2542) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลตนเองร้อยละ 88.8 ซึ่งเหตุผลที่เลือกใช้สมุนไพรเพื่อบำบัดและบรรเทาอาการเจ็บป่วยของโรคเอดส์ โดยบุคคลที่ให้คำแนะนำในการใช้สมุนไพรมากเป็นอันดับแรกคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ร้อยละ 63.7 และอาการเจ็บป่วยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกใช้สมุนไพรได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ไข้หวัด ไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่งสมุนไพรที่ใช้มากที่สุดได้แก่ มะระขี้นก และฟ้าทะลายโจร

นอกจากนี้ผู้ป่วยรับรู้ถึงกิจกรรมการดูแลของพยาบาลโดยการให้ความรู้แก่ชุมชนด้วย เนื่องจากชุมชนไม่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์จึงทำให้เกิดการไม่ยอมรับและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์โดยการไม่ซื้อของที่ผู้ป่วยขาย พยาบาลจึงให้ความช่วยเหลือด้วยการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ชาวบ้านในชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดการรังเกียจและเพิ่มการยอมรับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวลัยและคณะ (2543) พบว่า การเตรียมชุมชนให้มีความพร้อมในการตระหนักถึงภัยเอดส์และเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับเอดส์ที่ถูกต้องแก่ประชาชนในหมู่บ้านทำให้ชุมชนมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นและลดการรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยการ **ประสานความร่วมมือให้เกิดประโยชน์สูงสุด** ได้แก่ แนะนำ/ส่งต่อและแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ซึ่งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าเนื่องจาก

ผู้ป่วยและครอบครัวมีรายได้น้อย เมื่อเจ็บป่วยไม่สบายจึงไม่มีเงินเสียค่ารักษาพยาบาล พยาบาลจึงได้ให้การช่วยเหลือโดยการแนะนำ/ส่งต่อสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้สิทธิบัตรรายได้น้อยแก่ผู้ป่วยหรือผู้ป่วยบางรายที่ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพหรือไม่มีผู้เลี้ยงดูบุตรผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลก็จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วยทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งได้แก่ สังคมสงเคราะห์ ประชาสงเคราะห์อำเภอ และสถานสงเคราะห์เด็ก เป็นต้น รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิบัตรต่างๆด้วยการให้บัตร ส.ป.ร. หรือซื้อบัตรสุขภาพให้ เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าพยาบาลให้การดูแลโดยการส่งเสริมอาชีพและรายได้แก่ผู้ป่วย โดยกระทำใน 2 ลักษณะคือ 1) ฝึกอาชีพและหางานให้ และ 2) ให้เงินและสิ่งของตามความเดือดร้อน ซึ่งอาชีพที่ฝึกให้กับผู้ป่วยเป็นอาชีพที่ไม่หนักและสามารถทำได้ที่บ้าน เช่น ประดิษฐ์ดอกไม้ ประดิษฐ์สิ่งของจากลูกบิด ทำพวงกุญแจ และ การบูร และพยาบาลยังช่วยเหลือด้วยการหางานทำให้กับผู้ป่วยจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆทั้งจากภาครัฐและเอกชน โดยมีผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้ทำงานช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์กับมูลนิธิรักประเทศไทย และผู้ป่วยอีกรายหนึ่งที่ได้ทำงานดูแลสวนสมุนไพรที่โรงพยาบาลโดยได้รับเงินเดือน ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าแม้จะเป็นเงินไม่มากแต่ก็ทำให้มีรายได้และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งพยาบาลรายหนึ่งยังช่วยให้บุตรของผู้ป่วยได้ทำงานที่ห้องสมุดของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งด้วย และเมื่อผู้ป่วยเดือดร้อนพยาบาลก็ให้ความช่วยเหลือตามความเดือดร้อนของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ให้ยืมเงินส่วนตัวของพยาบาลเอง หรือเงินบริจาคจากผู้อื่น รวมถึงข้าวสาร อาหารแห้ง เสื้อผ้า หรือสิ่งของต่างๆแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ว่าการพยาบาลให้การช่วยเหลือโดยการประสานงานกับองค์กรและบุคคลอื่น ซึ่งผู้ป่วยและพยาบาลเล่าว่าพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานกับองค์กรต่างๆ เช่น มูลนิธิรักประเทศไทย เพื่อนำเงินมาช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยให้นำเงินไปลงทุนต่างๆ หรือนำมาใช้จ่ายสำหรับกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน จัดวันดูแลสุขภาพและเวทียาบ้าน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) ที่พบว่ากลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านได้แก่ การแสวงหาระบบสนับสนุนและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง สร้างอาชีพและรายได้ให้แก่ผู้ป่วย โดยอาศัยการประสานร่วมมือกันทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และเครือข่ายจากองค์กรภายนอกที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์

ลักษณะกิจกรรมการดูแลที่บ้านที่ไม่ได้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย เอดส์

ผลการศึกษาค้นพบว่าผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงลักษณะกิจกรรมการดูแลที่บ้านที่ไม่ได้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ โดยพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากไม่ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและ/หรือไม่มีการวางแผนช่วยเหลือไว้ล่วงหน้า ใน 3 ลักษณะคือ 1) ไม่ได้ช่วยประสานแหล่งประโยชน์ตามต้องการ 2) ไม่ได้ช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย และ 3) ขาดการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในชุมชน ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ลักษณะกิจกรรมการดูแลที่บ้านที่ไม่ได้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ในเรื่องเกี่ยวกับการ **ไม่ได้ช่วยประสานแหล่งประโยชน์ตามต้องการ** ซึ่งได้แก่ ไม่มีงานที่อยากทำและไม่สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อธิบายว่าเมื่อตนเองมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงขึ้นจึงมีความต้องการที่จะประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้เนื่องจากมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรหรือพ่อแม่และอยากทำงานที่ไม่หนักจนเกินไปหรืออาชีพที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยและสามารถทำได้อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะทำประโยชน์ให้กับครอบครัวและจะได้ไม่คิดมาก ซึ่งพยาบาลก็ให้การช่วยเหลือในเรื่องนี้ไม่มากนัก ส่วนพยาบาลอธิบายว่าเหตุผลที่ให้การช่วยเหลือเรื่องอาชีพน้อยเป็นเพราะข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเองที่เจ็บป่วยบ่อยๆจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งละนานๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ แต่เมื่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นจึงให้การช่วยเหลือต่อไป นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอธิบายว่าพยาบาลไม่ได้ช่วยตามที่ผู้ป่วยรู้โดยผู้ป่วยรับรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือตามสื่อโทรทัศน์ เช่น มูลนิธิช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของพระองค์เจ้าโสมสวลีพระวรราชาทินัดดามาตร แต่พยาบาลไม่ได้ให้คำแนะนำว่าควรจะไปติดต่อใคร ที่ไหน อย่างไร ส่วนพยาบาลอธิบายว่าเป็นเพราะตนเองมีหน้าที่เพียงประสานงานกับสังคมสงเคราะห์เท่านั้น ส่วนการติดต่อกับแหล่งช่วยเหลืออื่นๆเป็นหน้าที่ของสังคมสงเคราะห์ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยต้องการฝึกอาชีพที่สามารถทำที่บ้านได้และไม่ต้องเสี่ยงต่อสถานที่ที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆด้วย ซึ่งหน่วยงานของภาครัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลจะให้การดูแลทางด้านร่างกายโดยการดูแลรักษาผู้ป่วยจากอาการแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส ให้ยาฆ่าเชื้อ และอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเท่านั้น โดยกรมแรงงานเป็นหน่วยงานสำคัญที่เป็นกำลังสนับสนุนด้านการเงิน การประกอบอาชีพสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมการดูแลที่บ้านที่ไม่ได้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ในเรื่องเกี่ยวกับ การ **ไม่ได้ช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย** โดยพบใน 2 ลักษณะคือ ไม่มียาปรับปรุชานตามอาการและ ไม่มีเวชภัณฑ์ตามต้องการ โดยผู้ป่วยอธิบายว่าครั้งหนึ่งมีเม็ดขึ้นท้วบริเวณร่างกายและมี

อาการบวมด้วย แต่ขณะนั้นพยาบาลไม่ได้ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจึงต้องมาหาพยาบาลเองเพื่อเอายาไปรับประทาน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ายากให้พยาบาลไปช่วยดูแลโดยเฉพาะเมื่อมีอาการหรือไม่สบายมากและต้องการให้พยาบาลสนับสนุนในเรื่องยาด้วย เช่น ยาบำรุงร่างกาย ยาป้องกันกรดไหลย้อนหรือยาลดกรด เป็นต้น แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือในเรื่องนี้ ซึ่งผู้ป่วยรายหนึ่งยังได้กล่าวถึงการไม่ได้มารับประทานตามอาการจากแพทย์ด้วยทั้งที่ได้บอกให้แพทย์ทราบแล้ว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องมาขอรับประทานเองที่สถานีอนามัย ส่วนผู้ป่วยอีกรายอธิบายว่านอกจากความต้องการในเรื่องยาแล้ว ความต้องการอีกประการหนึ่งคือ ต้องการให้พยาบาลไปให้น้ำเกลือที่บ้านเวลาไม่สบาย แต่พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามที่ต้องการเนื่องจากไม่มีเวชภัณฑ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ส่วนพยาบาลอธิบายถึงเหตุผลที่ให้การช่วยเหลือในเรื่องยาน้อยเป็นเพราะปัญหาขั้นตอนในการเบิกยาที่ยุ่งยาก ส่วนการที่ไม่ได้ให้น้ำเกลือที่บ้านเป็นเพราะนอกเหนือบทบาทหน้าที่ซึ่งจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ก่อน ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ในเรื่องดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวด์และคณะ (2542) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ต้องการให้รัฐบาลสนับสนุนเรื่องยาและเวชภัณฑ์

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า มีกิจกรรมการดูแลที่บ้านที่ไม่ได้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเอดส์คือ **ขาดการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในชุมชน** โดยผู้ป่วยอธิบายสอดคล้องกันว่าต้องการให้พยาบาลไปให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในชุมชนเนื่องจากคนในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ยังไม่มีความรู้เรื่องเอดส์ที่ถูกต้อง จึงทำให้เกิดความรังเกียจผู้ป่วย แต่พยาบาลได้กระทำในเรื่องดังกล่าวน้อยทั้งที่ผู้ป่วยบอกให้พยาบาลทราบแล้ว โดยผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันว่าเป็นเพราะพยาบาลมีงานมากจนทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุระ (2542) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเห็นสอดคล้องกันว่าคนในชุมชนส่วนมากยังมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการไม่ยอมรับหรือรังเกียจที่จะอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ของรัฐมีภาระหน้าที่หลายประการ “สวมหมวกหลายใบ” จึงไม่มีเวลาที่จะให้การดูแลที่ลงสู่ชุมชนได้อย่างทั่วถึง

ปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน จำแนกตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการคือพยาบาล ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแล ไม่ขาดการติดต่อ มีความผูกพันกับการดูแล มองเอดส์เป็นงานท้าทายความสามารถ และมีเวลาให้เต็มที่ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความร่วมมือในการดูแลของผู้ป่วย และ การยอมรับและเปิดเผยตัวเองของผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานสนับสนุน มีผู้ติดเชื้อเป็นกำลังใจ และครอบครัว/ญาติเข้าใจและยอมรับ

ปัจจัยสนับสนุนด้านผู้ให้บริการ ที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันในเรื่องเกี่ยวกับ **คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแล** โดยผู้ป่วยอธิบายว่าพยาบาลแสดงกิริยาไม่รังเกียจผู้ป่วยด้วยการรับประทานอาหาร น้ำ ร่วมกับผู้ป่วยทั้งที่บ้านและเมื่อรวมกลุ่มที่โรงพยาบาล อีกทั้งมองผู้ป่วยเหมือนบุคคลธรรมดาทั่วไป จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณพยาบาลไม่ได้รังเกียจผู้ป่วย ส่วนพยาบาลอธิบายว่าการสัมผัสผู้ป่วยโดยการจับมือหรือนั่งที่บ้านผู้ป่วยแม้ว่าบ้านของผู้ป่วยจะสกปรกมาก รวมถึงแม้ขณะปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลก็จะไม่ใส่ผ้าปิดปาก/จมูกหรือใส่ถุงมือเพื่อเป็นการแสดงให้เห็นว่าคุณพยาบาลไม่รังเกียจ ซึ่งกิริยาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจขึ้น และเหตุผลของการปฏิบัติดังกล่าวเนื่องจากพยาบาลมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าผู้ป่วยเอดส์จะมีความรู้สึกไวต่อปฏิกิริยาจากบุคคลอื่นและรับรู้ว่าคุณพยาบาลเป็นโรคที่สังคมรังเกียจพยาบาลจึงปฏิบัติดังที่กล่าวมาข้างต้นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกรังเกียจจากพยาบาล อีกทั้งเป็นการกระทำที่ญาติหรือบุคคลอื่นเห็นเพื่อให้บุคคลเหล่านั้นไม่แสดงพฤติกรรมรังเกียจต่อผู้ป่วยเช่นกัน

นอกจากนี้พยาบาลทั้ง 6 ราย รับรู้ว่าการไปดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นเพราะพยาบาลมีใจช่วยเหลือคน โดยพยาบาลอธิบายว่าที่ไปเพราะอยากจะช่วยเหลือคน อีกทั้งสงสารที่ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ซึ่งมักจะถูกบุคคลอื่นปฏิเสธและไม่สนใจดูแล ดังนั้นจึงไม่ซ้ำเติมผู้ป่วยและอยากให้การช่วยเหลือ ประกอบกับในสังคมวัฒนธรรมไทยที่พยาบาลถูกสอนให้ช่วยคนทั้งจากบิดามารดาและสถาบันวิชาชีพพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลคำนึงถึงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมอร์สและคณะ (Morse et al., 1990 ; 1991) เกี่ยวกับความหมายและคุณลักษณะของการดูแลพบว่า ธรรมชาติของการดูแลมาจากอารมณ์และความรู้สึกเมตตา สงสารหรือเห็นใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งความรู้สึกนี้เป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติดูแล

นอกจากนี้พยาบาลยังรับรู้ว่าการมีความรู้และเข้าใจผู้ป่วย เป็นคุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแลประการหนึ่ง โดยพยาบาลอธิบายว่าแม้ว่าจะรู้สึกกลัวโรคเอดส์อยู่บ้าง แต่พยาบาลก็มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และมั่นใจว่าไม่ได้ติดเชื้อง่ายๆจากการดูแลผู้ป่วย และพยายามให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องโดยยกตัวอย่างให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือในตัวพยาบาล ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาลปฏิบัติงานอยู่เป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสารและส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลอยู่เสมอ ด้วยการจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยพยาบาลผู้ให้ข้อมูลในการศึกษารุ่นนี้มีประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทุกราย ซึ่งทำให้พยาบาลมีความรู้และประสบการณ์มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์ คาลเดอร์และเรย์ (Brown, Calder & Rae, 1990) พบว่าการให้ความรู้โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในนักศึกษาพยาบาลมีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยภายหลังให้ความรู้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้พยาบาลยังรับรู้ถึงการไม่ตำหนิผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยให้ความคิดเห็นว่าพยาบาลเข้าใจผู้ป่วยดีว่าทุกคนสามารถผิดพลาดกันได้และคงไม่มีใครอยากติดเชื้อหรือป่วยเป็นเอดส์ พยาบาลจึงสงสารและให้อภัยผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์และกัณหา (2541) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเขต 6 ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นบุคคลที่น่าสงสารและเห็นใจ นอกจากนี้คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแลอีกประการที่รับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาลคือ ความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ โดยอธิบายว่าพยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดไม่ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรก็ตาม และไม่เพียงเฉพาะดูแลผู้ป่วยเท่านั้นยังต้องดูแลถึงบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยด้วยจึงจะเป็นการทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ และพยาบาลบางรายยังคิดว่าเป็นโอกาสที่ดีที่ทำงานเช่นนี้ เนื่องจากพยาบาลคนอื่นอาจทำได้แค่เพียงดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล แต่การให้การดูแลที่บ้านทำให้ได้ทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ที่สุด ซึ่งเหตุผลดังกล่าวอธิบายได้ว่าเป็นเพราะพยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันกับจรรยาบรรณวิชาชีพที่ได้รับการปลูกฝังมาจากการเรียนการสอนที่ให้พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพของบุคคลในสังคม ตลอดจนให้ความเคารพในความเป็นบุคคลและคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนด้วย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) ที่พบว่า คุณลักษณะพยาบาลที่ดี ซึ่งได้แก่ ความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลรวมทั้งความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ เป็นปัจจัยส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และผลการศึกษาของแมคแคน (McCann, 1997) ซึ่งพบว่า พยาบาลมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพราะพันธะหน้าที่ในการดูแลที่พยาบาลยึดถือตามจรรยาบรรณวิชาชีพและข้อผูกพันทางจริยธรรม

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านทำให้พยาบาล **มีความผูกพันกับการดูแลผู้ป่วย** โดยพยาบาลรายหนึ่งอธิบายว่ารู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วยที่ไม่มีหน่วยงานใดไปให้การดูแลที่บ้าน และเกรงว่าผู้ป่วยจะขาดที่พึ่งโดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วยไม่สบายจึงต้องไปให้การดูแลที่บ้าน อีกทั้งยังช่วยอำนวยความสะดวกเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และทั้งผู้ป่วยและพยาบาลยังรับรู้ที่พยาบาล **ไม่ขาดการติดต่อ** กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันว่าพยาบาลมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอแม้ว่าบางครั้งไม่ได้มาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยตรงแต่เมื่อผ่านบ้านของ ผู้ป่วยก็จะแวะเยี่ยมเยียน ทักทายเป็นประจำ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่พยาบาลสนใจ เอาใจใส่ผู้ป่วยและรู้สึกมีกำลังใจมากยิ่งขึ้น และพยาบาลรายหนึ่งรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้พยาบาล **มีเวลาให้เต็มที่** แก่ผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าพยาบาลสามารถจะสอนให้

ความรู้ต่างๆหรือทำให้ดูเป็นตัวอย่าง เช่น การใส่ถุงมือ การทำแผล การทำลายขยะ เป็นต้น ซึ่งไม่ ต้องรีบเร่งเหมือนที่โรงพยาบาล นอกจากนี้โรงพยาบาลรายหนึ่งยัง **มองเอเดส์เป็นงานท้าทายความสามารถ** โดยเล่าว่าการให้การดูแลผู้ป่วยเอเดส์ที่ยังมีภาวะสุขภาพดีอยู่เป็นการท้าทายความสามารถของพยาบาลว่าจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านั้นได้อย่างไรบ้าง ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการมากแล้วพยาบาลไม่สามารถให้ความช่วยเหลืออะไรได้มากนอกจากการแนะนำ/ส่งต่อโรงพยาบาล เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรีออลท์ และโพรลิโพรนิ (Breault & Prolifroni, 1992) ที่พบว่า พยาบาลรู้สึกว่าการให้การดูแลเป็นสิ่งท้าทายในการช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน รวมทั้งมองว่าปัญหาเอเดส์เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะแก้ไขและเอาชนะ (Osborn, 1992)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ที่พบว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนการดูแลได้แก่ **ความร่วมมือในการดูแลของผู้ป่วย** โดยพยาบาลอธิบายว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการดูแลและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลอยากให้การดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาโดยพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างตามที่พยาบาลแนะนำเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลอยากให้การดูแล นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ถึง **การยอมรับและเปิดเผยตัวเองของผู้ป่วย** โดยผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันว่าผู้ป่วยที่ยอมรับและเปิดเผยตัวเองทำให้พยาบาลสามารถเข้าถึงภาวะสุขภาพได้ง่ายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความรู้ในเรื่องต่างๆ เช่น การกินยา การดูแลตนเอง รวมทั้งการแนะนำให้มารวมกลุ่มที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) ที่พบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเอเดส์ที่บ้านในด้านผู้ป่วยได้แก่ การเปิดเผยตัวเองของผู้ป่วยเพราะเมื่อใดที่ผู้ป่วย ปิดบัง ซ่อนเร้น ก็ไม่มีใครทราบและไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ แต่การที่ผู้ป่วยยอมรับว่า ตนเองติดเชื้อเอชไอวีก็จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้เมื่อมีอาการปรากฏให้เห็นหรือการเจ็บป่วยในระยะที่สองหรือสามหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยจำเป็นต้องเปิดเผยตัวเองเพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น

ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ซึ่งได้แก่ **หน่วยงานสนับสนุน** ใน 2 ลักษณะคือ ได้รับมอบหมายให้ดูแล และได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าและบุคคลอื่น ซึ่งเป็นการรับรู้เฉพาะในกลุ่มพยาบาล โดยพยาบาลอธิบายว่าการได้รับมอบหมายให้ดูแลจากหัวหน้างาน ประกอบกับการไม่รังเกียจผู้ป่วยของพยาบาลเป็นเหตุผลของการไปให้การดูแลผู้ป่วยเอเดส์ที่บ้าน ซึ่งเมื่อทำไปแล้วก็รู้สึกสนุกและมีใจรักในการทำงานด้านนี้ และการได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าและบุคคลอื่นทำให้เกิดกำลังใจในการทำงาน แม้ว่าโครงการการดูแลผู้ป่วยเอเดส์ที่บ้านจะเป็นนโยบายของโรงพยาบาลแต่ถ้าหัวหน้าไม่ให้การสนับสนุนก็ทำให้ไม่มีโอกาสไปให้การดูแลผู้ป่วย

และการที่ผู้บริหารระดับสูงคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน โดยการอนุมัติให้ใช้รถโฟล์คบริการรับส่งผู้ป่วยถึงบ้าน ตลอดจนการช่วยเหลืองานด้านการให้คำปรึกษาของเพื่อนพยาบาลซึ่งช่วยลดภาระงานของพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลเกิดกำลังใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) ที่พบว่า ผู้บริหารเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่องานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพราะเป็นส่วนช่วยสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ โดยการให้โอกาสบุคลากรที่ทำงานด้านนี้และให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานซึ่งจะทำให้ผู้ทำงานเกิดกำลังใจที่จะทำงานต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของดวงใจ (2533) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานนั้นจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลที่ต่อเนื่อง

นอกจากนี้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการ **มีผู้ติดเชื่อเป็นกำลังใจ** โดยอธิบายว่าบางครั้งมีผู้ติดเชื่อเอดส์ที่เป็นอาสาสมัครมาเยี่ยมบ้านพร้อมกับพยาบาลหรือไปมาหาสู่บ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิต เนื่องจากมีบุคคลที่เข้าใจกัน เป็นโรคเดียวกัน ทำให้รู้สึกมีเพื่อนที่กำลังเผชิญแบบเดียวกันคอยให้กำลังใจและหลายปัญหา ก็ได้รับการช่วยเหลือแนะนำทางออกจากเพื่อนผู้ติดเชื่อสอดคล้องกับที่สุภาณี (2536) กล่าวว่า การพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น ทำให้ยอมรับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลยังรับรู้ตรงกันถึงการที่ **ครอบครัว/ญาติเข้าใจและยอมรับ** ผู้ป่วย อันเนื่องมาจากพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องแก่พ่อแม่ ญาติพี่น้องส่งผลให้ครอบครัว/ญาติเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจสู้ชีวิตต่อไป และพยาบาลยังอธิบายถึงการต้อนรับที่ดีของผู้ป่วยและญาติเสมือนว่าพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลของพยาบาล ซึ่งเหตุผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าในสังคมวัฒนธรรมไทย บุคคลที่เป็นเจ้าของบ้านต้องการการต้อนรับผู้มาเยี่ยมเยียนอย่างเต็มที่ ประกอบกับความเคารพนับถือและศรัทธาในตัวพยาบาลจึงทำให้ผู้ป่วยและญาติให้การต้อนรับเป็นอย่างดี ซึ่งส่งผลให้พยาบาลอยากไปเยี่ยมเยียนและให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน จำแนกตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการคือพยาบาล ซึ่งได้แก่ ภาระงานมาก คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล และ ลักษณะการไปเยี่ยมและการแต่งกายของพยาบาลไม่เหมาะสม 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล และ 3) ปัจจัยด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ซึ่งได้แก่ ขาดการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ต่างๆ ขาดการสนับสนุนยานพาหนะ ขาดการสนับสนุนกำลังใจและขาดความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน และ บุคลากรน้อย

ปัจจัยอุปสรรคด้านผู้ให้บริการ โดยเฉพาะพยาบาล ที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกัน คือ พยาบาลมี **ภาระงานมาก** โดยผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันว่าต้องรับผิดชอบงานหลายอย่างทั้งงานบริหารและงานบริการที่โรงพยาบาลรวมถึงการประชุมต่างๆ ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาในการไปให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) ที่พบว่า ปัจจัยอุปสรรคด้านพยาบาลต่อการให้การดูแลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คือ พยาบาลมีภาระงานมาก ซึ่งต้องรับผิดชอบต่อภาระงานหลายอย่างทั้งภาระงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและภาระงานอื่นๆ และการศึกษาของคันสนีย์และวิภา (2543) เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินการแก้ไขปัญหาเอดส์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นเพราะบุคลากรที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีงานประจำอยู่แล้วและงานช่วยกลุ่มผู้ติดเชื้อไม่ใช่งานโดยตรง เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริพร (2544) เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า พยาบาลวิชาชีพได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานหลายอย่างถึงร้อยละ 73.2 และต้องปฏิบัติงานอื่นที่สำคัญมากกว่าร้อยละ 38.2

นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันถึง **คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล** โดยผู้ป่วยรับรู้ถึงความรังเกียจผู้ป่วยของพยาบาล โดยผู้ป่วยอธิบายว่าพยาบาลแสดงกิริยารังเกียจโดยการไม่ยอมรับแก้วจากมือผู้ป่วยเพราะไม่ต้องการที่จะสัมผัสกับมือผู้ป่วยรวมทั้งการพูดจาที่ไม่ดีของพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าพยาบาลเป็นปัญญาชนและเป็นเจ้าหน้าที่จึงไม่สมควรที่จะแสดงกิริยาเหล่านี้ให้ผู้ป่วยเห็น ส่วนพยาบาลรับรู้ถึงการกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย โดยอธิบายว่าเคยมีประสบการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากผู้ป่วยแต่ยังไม่ถึงขั้นเป็นวัณโรคและกลัวว่าตนเองจะแพร่เชื้อสู่ครอบครัวโดยเฉพาะลูกซึ่งยังเล็กอยู่ ประกอบกับหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติอยู่ก็ไม่ได้มีการเตรียมบุคคลอื่นไว้ให้เยี่ยมบ้านแทนตนเองเมื่อไม่สบายจึงทำให้พยาบาลมีความคิดว่าเมื่อตนเองไม่สบายอาจต้องปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยที่บ้านบ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นอุปสรรคต่อการได้รับการดูแลโดยพยาบาลไม่ยอมดูแลเพราะกลัวการติดเชื้อ ส่งผลให้รังเกียจผู้ป่วยเหมือนบุคคลทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของแกสกินและบราวน์ (Gaskins & Brown, 1992) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายมีประสบการณ์การถูกละเลย ไม่เอาใจใส่ ขาดการเอื้ออาทร หรือได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรในวิชาชีพโดยไม่เต็มใจนักเนื่องจากกลัวการติดเชื้อ เช่นเดียวกับการศึกษาของลดาวัลย์ (2540) ที่พบว่ายังมีเจ้าหน้าที่บางส่วนมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ในทางลบ ซึ่งยังคงมีความรังเกียจ เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย ประกอบกับเกรงว่าตนเองอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น วัณโรคและอื่นๆ อาจทำให้ลำบากในการดูแล ซึ่งยังคงมีท่าทีและปฏิกิริยาแสดงความรังเกียจผู้ติดเชื้อ

นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันว่า **ลักษณะการไปเยี่ยมและการแต่งกายของพยาบาลไม่เหมาะสม** เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยผู้ป่วยอธิบายว่าพยาบาลไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าว่าจะไปเยี่ยมบ้าน อีกทั้งยังแต่งกายด้วยชุดฟอร์ม ซึ่งบางครั้งมีเพื่อนบ้านนั่งอยู่ที่บ้านทำให้เขาเหล่านั้นเกิดความสงสัยหรือทราบดีว่าตนเองป่วยเป็นโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลแต่งกายด้วยชุดบ้านหรือชุดธรรมดาเนื่องจากเพื่อนบ้านจะได้ไม่เกิดความสงสัยหรือรังเกียจผู้ป่วย และผู้ป่วยอธิบายว่าพยาบาลไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าเช่นเดียวกันโดยกล่าวว่า “นี่ก็จะไปก็ไป นี่ก็จะมาก็มา” ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยไม่ได้อยู่บ้านเนื่องจากไปเดินเล่นหรือไปเที่ยวบ้านของเพื่อนบ้านทำให้ไม่ได้เจอกับพยาบาล ส่วนพยาบาลอธิบายว่าแม้จะทราบดีว่าการแต่งกายด้วยชุดฟอร์มเป็นอุปสรรคในการดูแลที่บ้านซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องการให้ไปเยี่ยมบ้านด้วยชุดธรรมดาแต่พยาบาลก็ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขในเรื่องนี้ได้ เนื่องจากหน่วยงานมีนโยบายในการเยี่ยมบ้านว่าต้องเยี่ยมบ้านในเวลาราชการและใส่ชุดยูนิฟอร์มและสิ่งสำคัญคือผู้ป่วยต้องยอมรับในเกณฑ์ดังกล่าวพยาบาลจึงจะไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพด้วยชุดข้าราชการหรือชุดฟอร์มเป็นการเปิดเผยสถานะของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในสังคมได้และเพื่อป้องกันการสงสัยจากการไปเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพเจ้าหน้าที่จะแต่งกายตามปกติที่ไม่ใช่ชุดข้าราชการ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ควรได้รับความยินยอมจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว ดังนั้นก่อนเยี่ยมควรมีการนัดหมายผู้ป่วยหรือผู้ดูแลล่วงหน้าทุกครั้ง (เผธิญ, 2539)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคด้านผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันคือ **คุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล** ใน 4 ลักษณะคือ 1) ไม่ให้ความร่วมมือ 2) ไม่บอกความต้องการ 3) ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย และ 4) ไม่ยอมรับและเปิดเผยตัวเอง โดยผู้ป่วยอธิบายว่าตนเองไม่ได้สนใจปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากทำแล้วเห็นว่าอาการไม่ดีขึ้น ทำให้พยาบาลจึงไม่สนใจดูแลอย่างเต็มที่โดยคิดว่าเป็นเพราะตนเองไม่ให้ความร่วมมือกับพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) พบว่า ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแลด้านผู้ป่วยประการหนึ่งคือ ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาโดยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่อยากให้การดูแล ส่วนพยาบาลอธิบายว่าผู้ป่วยที่ไม่บอกความต้องการทำให้พยาบาลให้การช่วยเหลือได้ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังอธิบายว่าการไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยเองโดยเฉพาะการเที่ยวหญิงบริการโดยไม่ป้องกัน ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกมีอคติและไม่อยากให้การดูแล แต่ถ้าหากผู้ป่วยเกิดความสำนึกและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองพยาบาลก็จะให้อภัยและอยากช่วย

เหลือ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลเป็นผู้หญิงและสังคมวัฒนธรรมไทยที่มีค่านิยมให้สามีภรรยา ต้องซื่อสัตย์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยที่เป็นผู้ชายไปเที่ยวหญิงบริการพยาบาลจึงถือว่าไม่ถูกต้อง ตามสังคมวัฒนธรรมไทยจึงเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยส่งผลให้ไม่ยอมให้การดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณญาและวงจันทร์ (2539) ที่พบว่า พยาบาลบางคนมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย เอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์เนื่องจากมีความเชื่อว่าการติดเชื้อเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเองจึงทำให้ พยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ถึงคุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล ประการหนึ่งคือการไม่ยอมรับและเปิดเผยตัวเอง โดยผู้ป่วยอธิบายว่าเมื่อก่อนจะปิดตัวเองเพราะ ไม่ต้องการให้คนอื่นรู้ว่าตนเป็นเอดส์แม้กระทั่งพ่อแม่ ซึ่งทำให้ตนเองกระวนกระวาย คิดมาก นอน ไม่หลับ เนื่องจากกลัวว่าจะแพร่เชื้อสู่คนในครอบครัวเพราะตอนนั้นยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แต่เมื่อพยาบาลมาเยี่ยมทำให้ตนเองมีความรู้มากยิ่งขึ้น รู้สึกไม่เป็นทุกข์และนอนหลับได้ ส่วน พยาบาลอธิบายว่าผู้ป่วยบางรายไม่เปิดเผยตนเองเพราะกลัวว่าจะเกิดผลกระทบต่อครอบครัวและ การประกอบอาชีพของผู้ป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลไม่สามารถไปเยี่ยมบ้านหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่ บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บวรศรี, กรรณิกา และจิราลักษณ์ (2540) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ยอมเปิดเผยการติดเชื้อโรคเอดส์ต่อครอบครัวและเพื่อนบ้านถึงร้อยละ 93.44 โดยรับรู้ว่ายังขาดการยอมรับของชุมชนร้อยละ 88.52 ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงไม่สมัครใจให้บุคลากรไป เยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความรู้และได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดปัญหา ด้านสังคมตามมา รวมทั้งเกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตด้วย ผู้ป่วยเกิดการสับสน วิตกกังวล ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ (เรณู, 2542)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคอีกประการคือ **ปัจจัยด้านทรัพยากรและหน่วยงาน** ซึ่งหมายความว่า ถึงทรัพยากรบุคคลและวัสดุสิ่งของต่างๆ ซึ่งปัจจัยอุปสรรคที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันคือ **ขาดการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ต่างๆ** โดยผู้ป่วยรายหนึ่งอธิบายว่าได้บอก พยาบาลตั้งแต่เมื่อทราบว่าป่วยเป็นเอดส์ว่าอยากได้ยารักษาโรคเอดส์โดยตรงนอกเหนือจากยา ป้องกันวัณโรคแต่ก็ไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องนี้แม้กระทั่งการให้คำแนะนำ ส่วนพยาบาล อธิบายว่าหน่วยงานไม่ให้การสนับสนุนในเรื่องยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ยาบรรเทาปวด และถุงมือ ซึ่งพยาบาลต้องเบิกถุงมือไปให้ผู้ป่วยด้วย จึงแก้ไขปัญหาด้วยการขอเบิกจากแพทย์เอง ซึ่งถ้าไม่ไปขอเองก็จะได้ไม่ได้ และเมื่อมีนโยบาย 30 บาท เข้ามาทำให้พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจใน เรื่องการเบิกยาและสิ่งของดังกล่าวมากขึ้น และพยาบาลอีกรายซึ่งปฏิบัติงานที่ศูนย์ยาเสพติด อธิบายว่าหน่วยงานตนเองไม่มีห้องยา การเบิกยาให้ผู้ป่วยต้องไปเบิกที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งพบกับปัญหาขั้นตอนการเบิกยาที่ยุ่งยาก พยาบาลจึงแก้ไขปัญหาด้วยการเบิกยาต่างๆโดยใช้ชื่อ

ของตนเองซึ่งเป็นขั้นตอนที่ง่ายและรวดเร็วกว่า แต่วิธีนี้พยาบาลก็ไม่ได้ปฏิบัติบ่อยๆซึ่งจะใช้เฉพาะกรณีผู้ป่วยขอมาเท่านั้น

นอกจากนี้พยาบาลยังรับรู้่ว่า **ขาดการสนับสนุนยานพาหนะ** โดยอธิบายว่ารถของโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ บางครั้งขออนุญาตใช้รถเพื่อออกเยี่ยมบ้าน 2 หรือ 3 ครั้ง ก็ไม่ได้ตามต้องการ หรือบางครั้งมีรถคันเดียวแต่หน่วยงานอื่นต้องการใช้รถด้วยจึงต้องใช้รถคันเดียวกันทำให้ได้รับความไม่สะดวก จึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเป็นเหตุผลให้ไม่อยากจะไปให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

นอกจากนี้พยาบาลยังรับรู้ถึงการ **ขาดกำลังใจและขาดความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน** โดยพยาบาลรายหนึ่งอธิบายว่าเพื่อนร่วมงานไม่เคยให้กำลังใจ แม้แต่คำพูดที่บอกว่า “คนนี้เชี่ยวชาญ คนนี้ชอบไป” พยาบาลคิดว่าเป็นคำพูดที่พูดเพื่อให้ตนเองไปดูแล ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านแทนเขาเหล่านั้น แต่ไม่ได้เป็นคำพูดที่ชมมาจากใจจริงหรือพูดเพื่อให้กำลังใจ อีกทั้งหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานยังไม่ให้ความร่วมมือ โดยเล่าว่าตนเองไปรับการอบรมเรื่องสมุนไพรรักษาผู้ป่วยเอดส์ และต้องการนำไปใช้กับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน และเมื่อขอความคิดเห็นจากหัวหน้าๆบอกว่าไม่ต้องทำ และบางครั้งเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอดส์แต่ก็ไม่มีใครที่จะช่วยงานด้านนี้เลย จึงทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้และไม่อยากทำงาน

นอกจากนี้พยาบาลยังรับรู้ถึงการมี **บุคลากรน้อย** ว่าเป็นปัจจัยอุปสรรคด้านผู้ให้บริการประการหนึ่ง โดยพยาบาลอธิบายว่า มีบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเพียง 2 คน และในการเยี่ยมบ้านก็ต้องไปด้วยกันทำให้เกิดปัญหาได้เมื่อคนใดคนหนึ่งลาพักร้อนหรือตั้งครุภรรยา และพยาบาลอีกรายอธิบายว่าไม่มีผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยตรงในการที่จะประสานงานกับฝ่ายต่างๆ ซึ่งขณะนี้ก็มีเพียงตนเองเพียงคนเดียวที่ทำงานด้านนี้ซึ่งไม่ใช่งานโดยตรงทำให้ไม่มีเวลาไปให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากต้องรับผิดชอบงานคลินิกซึ่งเป็นงานโดยตรงมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์และวิภา (2543) เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินการแก้ไขปัญหาเอดส์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ พบว่า บุคลากรมีน้อย ไม่เพียงพอ และไม่มีบุคลากรประจำจึงทำให้ไม่มีเวลา และการศึกษาของศิริพร (2544) เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลที่ต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ไม่มีบุคลากรเพียงพอที่จะให้บริการอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 62.4

จากผลการศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติคุณ (2542) พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนประการหนึ่งคือ ขาดแคลนทรัพยากรโดยเฉพาะงบประมาณ และการศึกษาของดวงตาและคณะ (2541) พบว่า นโยบายของหน่วยงานและการได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าและเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน นอกจากนี้ความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำงานประการหนึ่ง (Moore & Burns, 1976) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วันทนีย์และคณะ (2542) และฐานิวัฒน์านนท์ (Thaniwattananon, 1995) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงานเนื่องจากขาดการสนับสนุนในการปฏิบัติงานและผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญจึงทำให้พยาบาลไม่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นถ้าจะให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้บริหารจะต้องให้การสนับสนุนทรัพยากรทั้งด้านวัสดุ บุคลากร งบประมาณ การจัดระบบงานอย่างเหมาะสมและเพียงพอเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน (ดวงตาและคณะ, 2541)

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ผลของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเกิดขึ้นใน 4 ลักษณะคือ 1) ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นในด้านบวกได้แก่ ความสุข/สบายใจ มีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจและมีกำลังใจที่จะสู้ชีวิต ได้รับความรู้และสุขภาพดีขึ้น ยืดชีวิต และ ลดปัญหาเศรษฐกิจคือ มีอาชีพและรายได้เพิ่ม และ ลดค่าใช้จ่าย 2) ผลลัพธ์ต่อพยาบาล คือ ด้านบุคลากรพยาบาล ได้แก่ เป็นที่พึ่งแก่ผู้ป่วย เกิดความภูมิใจ มีความสุขจากการให้การดูแล เปลี่ยนแนวคิดในการทำงานให้ดีขึ้น และเกิดความท้อแท้จากการติดเชื้อทางเดินหายใจจากผู้ป่วย 3) ผลลัพธ์ต่อหน่วยงาน ได้แก่ เกิดภาพจน์ที่ดีของโรงพยาบาลและทราบปัญหาบริการของโรงพยาบาล ค้นพบผู้ป่วยใหม่ในชุมชน และ ลดการครองเตียงที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาล และ 4) ผลลัพธ์ต่อครอบครัวและสังคม คือ ครอบครัวและสังคมให้การยอมรับมากขึ้น ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า **ผลลัพธ์ของการดูแลต่อผู้ป่วย** ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นผลที่เกิดขึ้นในด้านบวก โดยผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันว่ามีความสุข/สบายใจ โดยอธิบายว่าการที่พยาบาลมาให้การดูแลที่บ้านทำให้ไม่เหงา มีเพื่อนคุย ไม่ถูกทอดทิ้งจึงรู้สึกมีความสุขและสบายใจขึ้น ส่วนพยาบาลเล่าว่าเป็นเพราะผู้ป่วยได้อยู่ที่บ้านของเขาเองซึ่งมีครอบครัวที่เข้าใจ อีกทั้งผู้ป่วยที่มารวมกลุ่มที่โรงพยาบาลก็จะมีเพื่อนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าใจ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความสุข นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรับรู้ถึงคุณค่าในตัวเอง โดยเล่าว่าพยาบาลให้การดูแล เอาใจใส่ โดยการไปเยี่ยมถึงบ้าน พูดยให้กำลังใจ อีกทั้งหางานให้ทำเป็นหลักแหล่ง ทำให้คิดว่าพยาบาลยังเห็นคุณค่าในตนเองจึงเกิดความรู้สึกว่ามีคุณค่าขึ้น และมีความมั่นใจและมีกำลังใจที่จะสู้ชีวิตต่อไป ซึ่งผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่าในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่แม้จะทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์แต่ก็ได้เสนอชื่อให้ผู้ป่วยเป็นเหรียญประจำหมู่บ้าน เนื่องจากมีความรู้ กล้าแสดงออก อีกทั้งมีบุคลิกของการเป็นผู้นำได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่ากับตนเองจึงมีกำลังใจที่จะสู้ชีวิตต่อไป

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) พบว่า ความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากการได้รับการดูแลจากพยาบาลคือ มีความสุขทางใจ รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง และเกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของมอร์สและคณะ (Morse et al., 1991) ที่พบว่า การดูแลทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ฟังพอใจ ลดความวิตกกังวล และรู้สึกมีความแข็งแรงที่จะต้านทานโรค

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรับรู้ว่าได้รับความรู้และสุขภาพดีขึ้น โดยอธิบายว่าการมาดูแลที่บ้านของพยาบาลทำให้ได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองอีกทั้งการได้รับกำลังใจจากพยาบาล ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น เมื่อจิตใจรู้สึกสบาย สุขภาพกายของผู้ป่วยก็ดีขึ้นด้วย ซึ่งมานพ (2542) กล่าวว่า คนเรานั้นประกอบไปด้วยร่างกายและจิตใจเรียกสั้นๆว่ากายกับจิต ซึ่งเป็นของคู่กันมาตลอด จะแยกออกจากกันไม่ได้เลยทั้งคู่จะส่งเสริมซึ่งกันและกันอยู่เสมอ ไม่เคยมีร่างกายที่สมบูรณ์อยู่ในจิตใจที่ห่อเหี่ยวและไม่มีจิตใจที่รื่นเริงอยู่ในร่างกายที่ทรุดโทรม จิตก็ทำหน้าที่หลักของจิตแล้วส่งต่อให้กาย กายก็ทำหน้าที่หลักของกายแล้วส่งต่อให้จิต ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญทั้งสองอย่าง และการศึกษาของสุระ (2542) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีสุขภาพดีขึ้น มีความรู้เรื่องโรคเอดส์เพิ่มขึ้น ปฏิบัติตัวถูกต้องกว่าเดิม เกิดการยอมรับตนเอง เห็นคุณค่าตนเองยิ่งขึ้น มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และพร้อมในการใช้ชีวิตในสังคมยิ่งกว่าเดิม

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านทำให้เป็นการยืดชีวิตผู้ป่วย ซึ่งรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล โดยพยาบาลอธิบายว่าการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านทำให้ผู้ป่วยเลิกคิดที่จะฆ่าตัวตาย และเป็นการยืดระยะเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มักมีปัญหาหลายๆด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และไม่ทราบว่าจะแก้ปัญหาเหล่านั้นได้อย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย แต่เมื่อปัญหาของผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขจากพยาบาลจึงทำให้ผู้ป่วยเลิกคิดที่จะฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การที่พยาบาลได้ให้การช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างทันท่วงที เช่น นำไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างปกติ จึงเป็นการยืดระยะเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านอีกประการคือ ลดปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่ามี 2 ลักษณะได้แก่ มีอาชีพและรายได้เพิ่ม ซึ่งพยาบาลให้การช่วยเหลือโดยการหางานหรือฝึกอาชีพให้ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งเดิมมักจะมีอาชีพรับจ้างเมื่อติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์จึงต้องออกจากงานทำให้ขาดรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว พยาบาลจึงให้การช่วยเหลือดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) พบว่า ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนภาคใต้ประการหนึ่งคือทำให้ผู้ป่วยมีอาชีพและ

รายได้เพิ่ม นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันว่าทำให้การดูแลที่บ้านของพยาบาลเป็นการลดค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าเดินทางในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถประหยัดหรือลดค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายของญาติในเรื่องอาหารการกิน ของใช้ต่างๆ ในกรณีที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลลาวัลย์และคณะ (2541) ที่พบว่า การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายลง ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเดินทาง

ผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นต่อพยาบาล ในด้านบุคลากรพยาบาล โดยพบว่าส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกว่าตนเอง เป็นที่พึ่งแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลรายหนึ่งมีความคิดเห็นว่าคุณป่วยเอ็ดส์เหมือนคนที่ลอยอยู่ในทะเลและพยาบาลเป็นขอนไม้ขอนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกาะหรือเป็นที่พึ่งให้เขาเนื่องจากผู้ป่วยเอ็ดส์มักจะไม่ค่อยมีคนสนใจดูแล แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบและมีสถานอนามัยแต่ก็ไม่ได้รับการดูแลจึงมาขอความช่วยเหลือจากพยาบาลที่โรงพยาบาล และพยาบาลอีกรายมีความคิดเห็นว่าคุณป่วยเอ็ดส์ถึงใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เนื่องจากสังคมยังมีทัศนคติในทางลบต่อโรคเอ็ดส์ จึงรังเกียจผู้ป่วยและมองผู้ป่วยว่าคุณป่วยเอ็ดส์ไม่ใช่คนเหลื่อมล้ำ ทำให้ผู้ป่วยขาดคนสนใจ/ดูแลหรือให้ความช่วยเหลือ พยาบาลจึงให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่โดยการให้คุณป่วยโทรศัพท์มาหาได้ตลอดเวลาทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล ซึ่งการกระทำเช่นนี้ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าเป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วย

นอกจากนี้พยาบาลยังรับรู้ว่าคุณป่วยเอ็ดส์มีความภูมิใจและมีความสุขทางใจ โดยอธิบายว่าการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ที่บ้านส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจ และเมื่อสภาพจิตใจดีขึ้นผู้ป่วยก็สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสภาพโดยไม่ต้องเป็นภาระของญาติพี่น้องมากมาย อีกทั้งการทราบว่าผู้ป่วยกล่าวถึงตนเองกับบุคลากรพยาบาลคนอื่นโดยการบอกว่าตนเองเป็นพยาบาลประจำตัวของผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากมีบุคคลอื่นรับรู้การกระทำของตนเองและรู้สึกว่าไม่ได้เป็นการ “ปิดทองหลังพระ” และพยาบาลอีกรายเล่าว่าคุณป่วยเอ็ดส์ที่มารวมกลุ่มที่โรงพยาบาลทำให้ได้รู้จักและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยนำความรู้ที่ไปอบรมมาเผยแพร่เช่น ยาป้องกันเอ็ดส์ สมุนไพร และการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การร้องเพลง รวมทั้งการเยี่ยมเยียนไปมาหาสู่กันที่บ้าน เกิดเป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ทำให้พยาบาลรู้สึกมีความสุขที่ได้มีส่วนผลักดันช่วยเหลือ

นอกจากนี้พยาบาลอีกรายยังรับรู้ว่าเป็นการเปลี่ยนแนวคิดในการทำงานให้ดีขึ้น โดยเล่าว่าก่อนที่จะปฏิบัติงานด้านนี้ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเนื่องจากเคยประสบเหตุการณ์ถูกผู้ป่วยเอ็ดส์ชายจับมือขณะเป็นนักศึกษาพยาบาลจึงเกิดความรังเกียจ ซึ่งขณะนั้นยังมองผู้ป่วยเฉพาะโรค ไม่ได้มองทั้งองค์รวมและจิตใจ โดยลืมนึกถึงบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย แต่เมื่อมาทำงาน

ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านจึงมีแนวคิดว่าจะปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองใหม่ ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลรายนี้มีประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 ปี และให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์มาไม่มากนักซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่โรงพยาบาลขณะที่เป็นนักศึกษาพยาบาล และเมื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านจึงทำให้พยาบาลได้เห็นถึงสภาพความเป็นจริง เข้าใจผู้ป่วยและตนเองมากขึ้นว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต้องให้การดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากเขาคือบุคคลๆ หนึ่ง ไม่ใช่เพียงแต่มองเฉพาะโรค สอดคล้องกับประไพและคณะ (2540) ที่กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่เน้นให้การบริการพยาบาลแบบองค์รวมและต่อเนื่องที่บ้าน อีกทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างบุคคลหนึ่งไม่ใช่โรคๆ หนึ่ง ไม่ว่าจะคนๆ นั้นจะเป็นใคร อยู่ในสภาพใด (วัลภา, 2537)

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านยังส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกท้อแท้จากการติดเชื้ทางเดินหายใจจากผู้ป่วย โดยพยาบาลเล่าว่าครั้งหนึ่งได้รับการติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจจากผู้ป่วยจากการไปให้น้ำเกลือผู้ป่วยที่บ้าน จนต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดยาและกินยาเป็นเวลานานจึงรู้สึกท้อแท้ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงของการทำงาน แต่ถ้าหากประสบกับการติดเชื้บ่อยๆ พยาบาลก็มีแนวคิดในการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีและวิภา (2542) ที่พบว่า พยาบาลมีความไม่มั่นใจ ความไม่ปลอดภัยในการทำงานเนื่องจากความหวาดกลัวการติดเชื้ และการศึกษาของประคองและคณะ (2536) พบว่า พยาบาลกลัวว่าจะติดเชื้จากผู้ป่วยเอดส์จึงส่งผลให้บุคลากรถอยห่างจากผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพและความรู้สึก

ผลลัพธ์ต่อหน่วยงาน พบว่า ทำให้เกิดภาพจน์ที่ดีของโรงพยาบาลและทราบปัญหาบริการของโรงพยาบาล โดยพยาบาลรายหนึ่งเล่าว่าส่วนใหญ่ตนเองจะไปให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านนอกเวลาราชการในวันเสาร์-อาทิตย์ เนื่องจากวันราชการต้องรับผิดชอบงานบริการผู้ป่วยในและจะแต่งกายด้วยชุดธรรมดา ซึ่งทำให้ชุมชนได้เห็นถึงบริการของโรงพยาบาล แม้ว่าพยาบาลไปให้การดูแลที่บ้านนอกเวลาราชการ ส่งผลให้เกิดภาพจน์ที่ดีแก่โรงพยาบาล รวมทั้งเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จึงทำให้พยาบาลได้รับทราบปัญหาบริการของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเจอมารวมถึงวิธีแก้ไขปัญหานั้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์และคณะ (2541) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยให้ภาพจน์ของโรงพยาบาลดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุย ซักถาม ปัญหาและร่วมมือแก้ไขปัญหาดตนเองกับทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อหน่วยงานด้วย

นอกจากนี้ยังเป็นการค้นพบผู้ป่วยใหม่จากชุมชน โดยอธิบายว่าเมื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับชุมชนแล้ว ชุมชนจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่พยาบาลไม่เคยทราบมาก่อน และเมื่อผู้ป่วยยินยอมให้เยี่ยมบ้านพยาบาลจึงจะไปให้การดูแลที่บ้านต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับประภา (2542) ที่กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้านประการหนึ่งคือเป็นการค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาและต้องการบริการสุขภาพ

นอกจากนี้ยังส่งผลให้ลดการครองเตียงที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาล โดยพยาบาลเล่าว่าผลของการไปให้การดูแลที่บ้านทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 3-4 เดือน / 1 ครั้ง ทั้งๆที่ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ระยะที่ 3 หรือระยะสุดท้ายซึ่งทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจมาก เนื่องจากผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ (ชนิตา, 2538) ส่วนพยาบาลอีกรายมีความคิดเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านแม้จะเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ สูญเสียงบประมาณและบุคลากรแต่ช่วยให้อัตราค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์และคณะ (2541) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านสามารถลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนอกเหนือจากการมาตรวจตามนัดลงได้ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และผู้ป่วยและญาติร้อยละ 48 มีความเห็นว่าการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว

ผลลัพธ์ต่อครอบครัวและสังคม โดยพบว่าครอบครัวและสังคมให้การยอมรับมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านทำให้เกิดกลุ่มหรือชมรมของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นการแสดงศักยภาพของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกันในสังคม ทำให้สามารถช่วยลดปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยเฉพาะการรังเกียจ จึงทำให้เกิดการยอมรับจากครอบครัวและสังคมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) ที่พบว่า การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนทำให้ลดปัญหาของผู้ป่วย ชุมชนและสังคมยอมรับมากขึ้น

อย่างไรก็ตามพบว่าการไปดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านส่งผลต่อครอบครัวผู้ป่วยในด้านลบ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการเพิ่มความรังเกียจในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยอธิบายว่าตนเองก็ไม่ได้ปกปิดเรื่องการเป็นเอดส์ แต่เมื่อพยาบาลบอกพ่อแม่ว่าตนเองเป็นเอดส์และไม่ได้อธิบายรายละเอียดว่าผู้ป่วยเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับคนปกติได้ ทำให้ครอบครัวเกิดความไม่เข้าใจและรังเกียจตนเองมากยิ่งขึ้นจนต้องแยกที่อยู่ ข้าวของ เครื่องใช้ ประกอบกับพยาบาลไม่ได้ไปเยี่ยมอย่างต่อเนื่องโดยไปเยี่ยมเพียงครั้งเดียวและไม่มีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรอื่นมาให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์กับครอบครัวเลยจึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรังเกียจเพิ่มขึ้น ซึ่งวิลาวัลย์และคณะ (2542) กล่าวว่า ยังมีอีกหลายครอบครัวและชุมชนที่ยังไม่เข้าใจเรื่องโรคเอดส์อย่างถ่องแท้โดยมีความกลัวว่าจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยเมื่อให้การดูแลใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งเสมือนไม่ใช่สมาชิกของครอบครัวหรือชุมชน

สรุปการอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของ ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ทำให้ได้ทราบถึงความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่สื่อให้เห็น ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และทำให้ได้ทราบเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อย/ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ในการดูแลที่บ้าน รวมถึงกิจกรรมการดูแลของพยาบาลที่เกิดขึ้นและที่ไม่ได้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามลักษณะสภาพแวดล้อมของชุมชน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ตลอดจนปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแล อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีความสุข/สบายใจ มีกำลังใจและพร้อมที่จะสู้ชีวิตต่อไป ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวก็ยังคงต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากทีมสุขภาพเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพต้องคำนึงถึงและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป