บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์เกิดจากเชื้อเอชไอวี ที่มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการใช้สารเสพติด มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ในทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ และยังเป็นวัยเจริญพันธุ์ที่มีเพศสัมพันธ์มากและสม่ำเสมอจึงเป็นการยากที่จะแก้ไขปัญหาได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ประเทศต้องเสียงบประมาณจำนวนมากในการที่จะควบคุมป้องกันและหยุดยั้งการระบาดของโรคเอดส์ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) การระบาดของเอชไอวี/เอดส์ได้ส่งผลกระทบต่อบุคคล สังคมและเศรษฐกิจที่ไม่อาจประมาณค่าได้ การสูญเสียคนวัยแรงงานก่อนวัยอันควร ยังทิ้งภาระหนี้สิน ภาระการเลี้ยงดูบุตร ภาระทางสังคมให้กับบุคคลอื่น (สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล, 2544) ดังนั้นเอดส์จึงเป็นภัยพิบัติต่อสุขภาพมนุษย์ทั้งในปัจจุบันและอนาคตของคนในทุกภูมิภาคทั่วโลก

สังคมโลกรายงานโรคเอดส์ครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2524 หลังจากนั้นพบว่ามีการระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วและเพิ่มขึ้นทุกปี ณ เดือน ธันวาคม ค.ศ. 2009 มีจำนวนทั้งสิ้น 33.4 ล้านคน เป็นกลุ่มวัยแรงงานประมาณ 30.8 ล้านคน มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 2.7 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน จำนวน 2.1 ล้านคน อัตราการติดเชื้อเฉลี่ยรายใหม่มากกว่าวันละ 6,800 คนThe Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS],2009 และ World Health Organization [WHO], 2009

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 30 กันยายน 2552 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสิ้น จำนวน 357,407 ราย พบมากในกลุ่มวัยทำงานอายุ 20-44 ปี ร้อยละ 75.6 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ในแต่ละปีจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ในปี 2551 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 12,787 ราย เอดส์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 84.1 นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรวัยแรงงานชาย และหญิง อายุ 13-60ปี มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุดในกลุ่มอาชีพแรงงานในอุตสาหกรรมขนาดย่อม ร้อยละ 17.0 (ภัทรา จุลวรรณา, อำภาพร พัววิไล, เบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์ และกชกร อยู่เย็น, 2544) ส่วนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สามีเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ยังมีเพศสัมพันธ์ ไม่ปลอดภัยถึง ร้อยละ 39.0 (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ตติกจ์, อุไรวรรณ คะนึงสุขเกษม และสุภาณี ปลื้มเจริญ, 2549) นอกจากนี้แนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มทหารเกณฑ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศตรง และกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศแฝง ซึ่งเป็นวัยแรงงานและเป็นวัยเจริญพันธุ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 0.21; 0.15; 1.69 และ 0.24 ตามลำดับ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2552)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้อัตราป่วยของผู้ป่วยเอดส์จะลดลงแต่จำนวนผู้ป่วยสะสมและจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในวัยแรงงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการสร้างผลผลิต และยังต้องดูแลประชากรวัยอื่นๆ ของประเทศ การเจ็บป่วยด้วยเอดส์ของวัยแรงงานซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลาย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

ผลกระทบที่เกิดกับตัวผู้ป่วยเองนั้นแม้จะยังไม่มีอาการ แต่ทำให้คุณค่าแห่งชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล, 2544) ผลกระทบด้านร่างกายระยะแรกจะมีอาการคล้ายไข้หวัด ต่อมน้ำเหลืองโต มีผื่นขึ้นตามร่างกาย อุจจาระร่วง เมื่อปริมาณเชื้อเพิ่มมากขึ้นจะทำลายภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดโรคฉวยโอกาสได้ง่าย มีความต้องการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และอาจเสียชีวิตได้ ถ้าได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง (ปรีชา มนทกานติกุล, 2550; สุวรรณา บุญยะลีพรรณ และคณะ, 2550) ผลกระทบด้านจิตใจ และจิตวิญญาณนั้น ในระยะแรกที่ทราบผลการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยอาจตกอยู่ในภาวะช็อค ตกใจ เสียใจ หวาดกลัว ปฏิเสธความเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยอาจรู้สึกถูกคุกคามจากโรค จึงแยกตัว หลีกหนีสังคม รู้สึกผิดกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม โกรธตนเอง โกรธผู้อื่น โทษผู้อื่นที่นำเชื้อมาสู่ตน มีภาวะซึมเศร้า หวาดระแวง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) ผลกระทบด้านครอบครัว เป็นภาระของครอบครัวในการดูแล มีการปรับเปลี่ยนบทบาทจากวัยแรงงานเป็นวัยพึ่งพิง ขาดความมั่นคงในชีวิต สามีภรรยามีปัญหาเพศสัมพันธ์ ปัญหาหย่าร้าง ปัญหาหนี้สิน ทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านั้นลดลง (ดรุณี รุจกรกานต์, มณฑิรา เขียวยิ่ง, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, อิสระ เจียวิริยบุญญา และเรืองศิลป์ เถื่อนนาดี, 2545) ส่วนครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อาศัยอยู่ด้วย อับอายไม่อยากให้คนทั่วไปรู้ (ภทรพร ยุทธาภรณ์พินิจ, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงที่สามี บุตรและคนอื่นๆ ในครอบครัวเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ต้องเผชิญกับปัญหาไม่สามารถหางานทำได้ (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์ และคณะ, 2549)

นอกจากนั้นยังมีผลกระทบทางด้านสังคม ซึ่งเป็นปัญหาคุกคามสุขภาพของคนในชุมชน เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2547) มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม สถาบันครอบครัวเกิดความแตกแยก วัฒนธรรมเสื่อมถอย ประเทศชาติสูญเสียกำลังคน ครอบครัวสูญเสียผู้นำ พัฒนาการสังคมเสื่อมถอยลง (วาสนา อิ่มเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ, 2542)

และถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นโรคของคนไม่ดี มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ประพฤติผิดศีลธรรม ถูกประทับเป็นตราบาปภายในจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยปกปิดตนเองเพราะกลัวบุคคลรอบข้างรังเกียจหรือถูกปฏิเสธไม่ให้ร่วมกิจกรรมในสังคม (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยบ่อยต้องมีการดูแลรักษา ผู้ป่วยต้องขาดงานหรือ การทำงานไม่เต็มศักยภาพเป็นสาเหตุให้ถูกเลิกจ้างงาน และเลือกปฏิบัติในการจ้างงาน ครอบครัวจึงขาดรายได้ ซึ่งนับว่าเป็นวิกฤตของประเทศ (สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, 2545; ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2547; ณัฐชยา ซ้อนขำ, ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิลมานัต, 2551) นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2553 รัฐบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากถึง 137 ล้านบาท เพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรและสถานบริการให้มีความสามารถในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2553) และการเจ็บป่วยเรื้อรังจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเอดส์ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลของชาติ โดยเฉพาะวัยแรงงานซึ่งเป็นกำลังการผลิตของประเทศ ทำให้เสียรายได้จากการเลิกจ้างงาน หรือสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากภาวะเจ็บป่วย ส่งผลต่อคุณภาพการผลิตลดลง

คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพราะเป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการดูแลสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ คุณภาพชีวิต คือ ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิต ซึ่งเกิดจากการรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว (Ferrans, 1997; สุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2546) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางสังคมและมีชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (WHOQOL Group, 1996; สมจิต แดนสีแก้ว, 2540; ผ่องสาย จูงใจไพศาล, 2541; พนิษฐา พานิชาชีวะกุล และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สวัสดิการรักษาพยาบาลและครอบครัว (ดรุณี รุจกรกานต์, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการดูแลตนเอง 2) การส่งเสริมอาชีพ 3) การให้สุขศึกษา 4) การบริหารจิต 5) การเยี่ยมบ้าน 6) การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ 7) การเตรียมชุมชน 8) การจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ 9) การให้คำปรึกษารายกลุ่ม 10) การใช้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ 11) การส่งเสริมการใช้สมุนไพร 12) การส่งต่อเข้ารับบริการสุขภาพ 13) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 14) ส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน และ 15) การส่งเสริมสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อุปสรรคขัดขวางการพัฒนา ประกอบด้วย การไม่เปิดเผยการติดเชื้อ ภาวะเศรษฐกิจ สุขภาพ ขาดบุคลากร บุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์ ขาดงบประมาณ

และสถานที่ในการทำงาน (ดรุณี รุจกรกานต์, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าความต้องการในการศึกษาคุณภาพชีวิตควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถวัดได้อย่างเที่ยงตรงยิ่งขึ้น โดยนำวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาเฉพาะกลุ่มบุคคลโดยให้บุคคลเหล่านั้นเป็นผู้ที่กำหนดความหมาย ซึ่งจะมีความน่าเชื่อถือมากกว่าเพราะเป็นมุมมองของคนในและใช้ความรู้จากปราชญ์ท้องถิ่นหรือผู้รู้ที่ดีที่สุดเกี่ยวกับชีวิตของบุคคลนั้นคือตัวของบุคคลนั้นเอง (ดุษฎี อายุวัฒน์, 2548)

จังหวัดขอนแก่น มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มาก เช่นเดียวกับของประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สูงเป็นอันดับ 1 ของภาคะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ป่วยสะสม 6,356 ราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 พบอัตราป่วย 7.74; 2.92 และ 0.69 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ส่วนอำเภอชุมแพ เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดขอนแก่นที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สูงเป็นอันดับ 2 รองจากอำเภอเมือง โดยมีจำนวนผู้ป่วย 714 ราย มีอัตราป่วย 5.73 ต่อประชากรแสนคน (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่าเอดส์จัดอยู่ในกลุ่มโรค 1 ใน 5 โรคที่เป็นสาเหตุการตายของอำเภอชุมแพ ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว โรคชราอุบัติเหตุจราจร โรคมะเร็ง และโรคเอดส์ มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2551 เท่ากับ 92; 92; 115 และ 83 รายตามลำดับ และมีจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสสะสม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2552 เท่ากับ 173; 264; 363 และ 419 รายตามลำดับ โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัส และอยู่ในวัยแรงงาน จำนวน 354 ราย (โรงพยาบาลชุมแพ, 2551)

ในการดำเนินงานด้านเอดส์ที่ผ่านมา โรงพยาบาลชุมแพได้นำแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2554 มาใช้ในการดำเนินงาน โดยเฉพาะการดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีเป้าหมาย คือ ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข ครอบครัว ชุมชน มีค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ยอมรับไม่รังเกียจ อยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งโรงพยาบาลชุมแพร่วมกับกลุ่มเพื่อนชุมแพ องค์กรท้องถิ่นในชุมชน ศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้จัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อำเภอชุมแพ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานมีความเข้าใจในปัญหาเอดส์ ต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งต่างฝ่ายต่างทำในมุมมองตามบทบาทของงานประจำ

จากมุมมองของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มองว่า ความเจ็บป่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี การให้บริการจะมุ่งประเด็น

การดูแลสุขภาพตามแนวทางการให้บริการยาต้านไวรัส แต่ยังมองไม่ครอบคลุมมิติอื่น เช่น การดำเนินชีวิตประจำวันกับครอบครัวและสังคม ขาดการวิเคราะห์ชุมชน บุคลากรผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา นำสู่แผนปฏิบัติการ ทำให้คนในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหา ขาดความร่วมมือและความรับผิดชอบร่วมกัน ทำให้คนในชุมชนมองว่า เอดส์เป็นปัญหาเฉพาะกลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรหาแนวทางแก้ไข (โรงพยาบาลชุมแพ, 2551) และจากการศึกษาการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอชุมแพ พบว่า คณะกรรมการดำเนินงานของศูนย์ฯ ทุกคนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

การดำเนินกิจกรรมของศูนย์ฯ จะมีการประชุมกลุ่มประจำเดือน การตรวจสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพ การมอบทุนการศึกษาสำหรับบุตรสมาชิกและสงเคราะห์เมื่อเสียชีวิต มีประโยชน์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามในด้านการบริหารจัดการคณะกรรมการยังขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน แต่ละฝ่ายจึงดำเนินงานเฉพาะในหน่วยงานของตน ขาดการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา ขาดการดำเนินงานร่วมกันในรูปแบบองค์กร สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นสมาชิกของศูนย์รับรู้ว่ากิจกรรมที่ศูนย์ฯ จัดให้มีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่มีความพึงพอใจทุกกิจกรรม แต่สมาชิกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ยังขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานของศูนย์ฯ (สมปอง เสนา, 2546)

จากการศึกษาบริบทชุมชนของเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง ซึ่งมีจำนวน 8 ชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานที่เปิดเผยตนเองในเทศบาลตำบลแห่งนี้ จำนวน 17 ราย เพศชาย 8 ราย เพศหญิง 9 ราย ซึ่งโรงพยาบาลชุมแพได้ร่วมกับเทศบาลตำบลจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การมอบเบี้ยยังชีพ มอบทุนการศึกษาสำหรับบุตร เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างคนปกติสุข

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่คลินิก “เพื่อนชุมแพ” และจากการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนต้องการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ได้ทำบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมโดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น มีความต้องการหาเลี้ยงครอบครัวและหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่ป่วยต้องการผู้ดูแล ต้องการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ต้องการได้รับการส่งต่อเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินจากบ้านถึงโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ แต่ปัจจุบันพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บางคนไม่กล้าไปสมัครงาน กลัวถูกรังเกียจจากสังคม กลัวความลับถูกเปิดเผยแล้วมีผลกระทบต่อครอบครัว ส่วนมารดาที่มีบุตรติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลกับภาวะ

สุขภาพของบุตร และสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วยจะขาดผู้ดูแล เสียเวลาทำงานและขาดรายได้ ส่วนการช่วยเหลือจากสังคม พบว่า เบี้ยยังชีพที่ได้รับไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในปัจจุบัน การส่งเสริมอาชีพขาดความต่อเนื่อง ขาดแหล่งทุนสนับสนุน ไม่มีตลาดรองรับ ในขณะที่ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ขาดความมั่นใจในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ และต้องการการยอมรับจากสังคม ส่วนชุมชนมองว่า เอดส์เป็นเรื่องเฉพาะของคนที่เป็นเอดส์ เป็นหน้าที่ของทางราชการที่จะต้องหาทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาจึงพบว่า การจัดกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของคนในชุมชนให้ความสนใจน้อย ปัญหาจึงมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องประสานงานกับหลายภาคส่วน และใช้เวลาในการแก้ไขปัญหานานจึงจะเห็นผล

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มองว่าเอดส์เป็นเรื่องเฉพาะของบุคคล ทำให้ขาดการวิเคราะห์เหตุแห่งปัญหาและขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิจัยนำกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) มาจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันเอดส์กับเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ ผลการนำไปใช้ พบว่า แนวคิด หลักการ และกระบวนการ มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการทำงานเอดส์ สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหาเอดส์ของตนเอง และชุมชน นำไปสู่การร่วมกันวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาในชุมชน (โครงการเอดส์ศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541) จะเห็นได้ว่าเอดส์เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม การแก้ไขปัญหาต้องเกิดจากความเข้าใจ ความตระหนักในปัญหาเอดส์จึงเป็นเรื่องของทุกคนและคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมกันให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานตามการรับรู้ของคนในชุมชนซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ มีมุมมองที่แตกต่างของคนในชุมชน ศึกษาองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดี ประเมินตนเองถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมาทำการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งมีความเชื่อว่าการที่ให้กลุ่มคนในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารเทศบาลตำบล กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือกได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง ให้ความสำคัญกับความรู้ที่มาจากประสบการณ์ กระตุ้นให้ชุมชนใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้เพื่อให้การสนับสนุนและให้โอกาสชุมชนในการค้นหากลวิธีในการพัฒนาคุณภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์วัยแรงงานในชุมชน เพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์วัยแรงงานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. คำถามการวิจัย

2.1 การรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ในเทศบาลตำบลแห่งนี้เป็นอย่างไร

2.2 สภาพปัญหา ความต้องการของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างไร

2.3 กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ในเทศบาลตำบลแห่งนี้ควรเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตของวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามการรับรู้ของชุมชน

3.2 เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามมุมมองของชุมชน

3.3 เพื่อร่วมกันค้นหากลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจถึงการให้ความหมายคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของคนในชุมชน และเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหากลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยคนในชุมชน ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารเทศบาลตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือกที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 ชุมชน ซึ่งมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน ที่ขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือด้านสังคม จำนวน 17 คน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน- กันยายน พ.ศ. 2553

5. นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

5.1 วัยแรงงาน หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 15-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย

5.2 วัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ที่มีผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพบผลบวกต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งรวมทั้งผู้ที่ไม่มีอาการหรือมี

อาการแสดงของโรคเอดส์ ที่เปิดเผยตนเอง และขึ้นทะเบียนไว้ที่เทศบาลตำบลที่ทำการศึกษา จังหวัดขอนแก่น

5.3 คุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง การรับรู้ถึงสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตปัจจุบันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งใน จังหวัดขอนแก่น

5.4 กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง วิธีการที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน ได้รับรู้ถึงสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตที่ดีในปัจจุบัน

5.5 การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องโดยสมัครใจในกิจกรรมทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การประเมินตนเอง วิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจร่วมกัน วางแผนแก้ไขปัญหา และเป็นผู้รับผิดชอบกิจกรรมนำสู่การไปปฏิบัติ

5.6 ชุมชน หมายถึง สถานที่ และผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา คือ เทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

5.7 การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม หมายถึง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารเทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือกที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร่วมกันคิด วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของคนในชุมชน และหาแนวทางในการพัฒนาร่วมกัน

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 การศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้คนในชุมชน มองว่าเอดส์เป็นปัญหาของชุมชน และเกิดความตระหนักในการป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกัน สามารถหาแนวทางนำไปพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 ครอบครัวเกิดความเข้าใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ชุมชนเกิดการเรียนรู้ มีแนวทางในการพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งและสามัคคี

6.3 คนในชุมชน เกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาอื่นในชุมชน สามารถนำกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม วางแผนแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้

6.4 บทเรียนที่เกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เกิดขึ้นในบริบทของชุมชนแห่งนี้ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกับบริบทชุมชนอื่นๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาเพิ่มเติม

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) ที่ให้ความสำคัญกับความรู้ที่มาจากประสบการณ์จริงของคนในชุมชน คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และผู้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน โดยใช้การประเมินเชิงจิตพิสัย (Subjective) ประเมินการรับรู้จากสิ่งที่คิด สิ่งที่รู้ สิ่งที่รู้สึก สิ่งที่เชื่อถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ช่วยกันสะท้อนคิด วิเคราะห์หาสาเหตุ หาทางลดผลกระทบในชุมชน และหากลวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมตามปกติสุข สอดคล้องกับความเป็นจริงในชีวิต เน้นการระดมพลังในพื้นที่เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน (โครงการเอดส์ศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541; ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546; จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2550)

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูล 4 แบบ ได้แก่ 1) การประชุมสมาชิกชุมชนเพื่อประเมินการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินการรับรู้ต่อสภาพปัญหา ความต้องการของคนในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน 3) การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน ผู้บริหารเทศบาลตำบล กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือก สนทนากลุ่มสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล ผู้นำชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนเข้าใจ มองเห็นปัญหาและตระหนักว่าเป็นปัญหาของชุมชน 4) สังเกตการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการดูแล การให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอข้อมูล การรับรู้ต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผลกระทบ ความต้องการช่วยเหลือของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มุมมองต่อการดูแลและช่วยเหลือของครอบครัวและชุมชน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มนำมาร่วมกันสรุปและพิจารณาทางกลวิธีในการแก้ปัญหาของชุมชน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ร่วมกันพัฒนาจนได้กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานที่เหมาะสมต่อไป