

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตของวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามการรับรู้ของชุมชน วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามมุมมองของชุมชน และร่วมกันค้นหากลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย การอภิปรายผลดังนี้

- 1) โรคเอดส์
- 2) แนวคิดคุณภาพชีวิต
- 3) คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- 4) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- 5) กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

#### 1. โรคเอดส์

##### 1.1 ความรู้เรื่องโรคเอดส์

โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) อยู่ในตระกูล Retrovirus Family ซึ่งเป็น RNA Virus เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้วมีการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้เสื่อมไปเรื่อยๆ โดยเชื้อเอชไอวี จับกับเซลล์โดยอาศัยการจับตัวระหว่าง Protein gp 120 ที่อยู่ในส่วนของเปลือกหุ้มตัวของเชื้อเอชไอวี และ CD4 Molecule ที่อยู่บนผิวของ T-Helper Lymphocyte ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ซึ่งยังไม่มีวิธีรักษาให้หายขาดได้ และไม่มียาที่ใช้ในการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีได้ บางรายมีอาการรุนแรงมากขึ้นและทรุดลงอย่างรวดเร็วจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว และยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ภาวะเศรษฐกิจ รวมถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2541)

การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี พบมากที่สุดเลือด รองลงมาพบได้ในน้ำอสุจิ น้ำเมือกในช่องคลอด นอกจากนี้ยังพบได้ในน้ำลาย น้ำมูก น้ำตา เสมหะ น้ำเหลือง ปัสสาวะ แต่พบในปริมาณน้อย เชื้อแพร่กระจายได้ 3 ทาง คือ ทางเพศสัมพันธ์ ทางเลือด และจากมารดาสู่ทารก (สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัตน์, 2536; วิชาญ วิทยาศาสตร์ และประคอง วิทยาศาสตร์, 2540)

อาการและอาการแสดงออกเมื่อได้รับเชื้อเอดส์ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

- 1) ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage) ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใดระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ การตรวจเลือดจะให้ผลบวกหลังจากได้รับ

เชื่อประมาณ 4 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่คู่นอนได้

2) ระยะที่มีอาการ (Symptomatic Stage) ระยะเริ่มปรากฏอาการ ในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น มีเชื้อราในปากบริเวณกระพุ้งแก้ม และเพดานปาก ต่อมน้ำเหลืองโตที่บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ เป็นงูสวัด หรือแผลริมชนิดลูกกลม มีอาการเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ

3) ระยะโรคเอดส์ (AIDS) ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายไปมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อที่มักไม่เป็นในคนปกติ ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่จะติดเชื้อชนิดใด และเกิดที่ส่วนใดของร่างกาย เช่น ถ้าเป็นวัณโรคที่ปอดจะมีอาการไข้เรื้อรัง ไอเป็นเลือด หอบ น้ำหนักลด ถ้าปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* จะมีไข้ ไอแห้งๆ หอบ ถ้าเป็นเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* จะมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน

## 1.2 แนวทางการรักษาโรคเอดส์ปัจจุบัน

ขณะนี้ยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายได้ จึงมีเพียงการรักษาตามอาการและยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกาย เพื่อยืดอายุให้ยืนยาวออกไปโดยมีหลักการรักษาดังนี้

1.2.1 การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการรักษาประเภทหนึ่งของผู้ป่วยโรคเอดส์ คือ เป็นการประคับประคองและการสนับสนุนทางด้านกำลังใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสม

1.2.2 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) โรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนบางชนิดมียารักษา บางชนิดไม่มียารักษา บางอย่างให้ยา Primary Prophylaxis เมื่อภูมิคุ้มกันลดลง โรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นหากผู้ป่วยเอดส์มีภูมิคุ้มกันลดลงมาก (ค่าเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ในเลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร) จะมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับยาป้องกัน เช่น INH ใช้ป้องกันวัณโรค, Cotrimoxazole Dapsone Aerosolized Pentamidine ใช้ป้องกันโรคปอดบวม, Itraconazole Fluconazole Amphotericin B ใช้ป้องกันโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ Ketoconazole Itraconazole Fluconazole ใช้ป้องกันเชื้อราจากรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary 2) โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* 3) Cryptococcosis 4) Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม และ 5) Pneumonia Recurrent (วิชาญ วิทยาศาสตร์ และประคอง วิทยาศาสตร์, 2540)

1.2.3 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อที่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ เพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย จะทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นและปลอดภัยจากการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็ง สามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้น ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อาจนำไปสู่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และมีโอกาสที่เกิดการติดเชื้อได้ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงไม่ใช่เป็นเพียงการนัดผู้ป่วยมารับยาตามกำหนดนัดเท่านั้น แต่ยังคงอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องทำความเข้าใจถึงผลข้างเคียงจากยาและความสำคัญของการรับประทานยาสม่ำเสมอ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดไวรัสคือยา และเพื่อให้ยามีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นเวลานานที่สุด โดยเป้าหมายของการรักษาคือ ต้องการลดปริมาณไวรัสในพลาสมาให้ต่ำที่สุดและนานที่สุด เพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายฟื้นตัวและผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หลักเกณฑ์การให้ยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่พิจารณาจาก 2 ปัจจัยได้แก่ อาการทางคลินิก (Clinical Signs and Symptoms) และระดับ CD4 โดยมีข้อบ่งชี้ (Inclusion Criteria) ในการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ใหญ่มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ (Aids defining illness) 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีอาการใดอาการหนึ่งต่อไปนี้ มีฝ้าขาวในปาก ใช้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ ต้องเสียเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ น้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 15 ของน้ำหนักเดิมภายใน 3 เดือน ร่วมกับมีระดับ CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 250 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการแต่ตรวจพบระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , 2550)

1.2.4 การพัฒนาวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอดส์ ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการทดสอบในคน ซึ่งระยะสุดท้ายของการทดสอบยังไม่มีนำมาใช้กับคนทั่วไป

1.2.5 รักษาโดยวิธีปรับระบบภูมิคุ้มกัน (Immune System Repair and Replacement) เช่น การเปลี่ยนไขกระดูก การกระตุ้นภูมิคุ้มกันด้วยการสกัดจากเม็ดเลือดขาว ซึ่งกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดที่จะต่อสู้กับไวรัส โดยเฉพาะ แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ยังไม่ประสบผลสำเร็จ คงต้องศึกษาค้นคว้าอีกต่อไป

### 1.3 แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

ปัญหาเอดส์ในประเทศไทย มีการแพร่ระบาดจากกลุ่มเสี่ยงมาสู่ประชาชนทั่วไป รัฐบาลจึงได้ดำเนินการวางนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์ผู้ภาคส่วนต่างๆ 2) การบูรณาการป้องกัน ดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย 3) การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 4) การติดตาม ประเมินผล



การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศภายใต้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 และเป็นเครื่องมือกำหนดทิศทางในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้ดังนี้

- 1) ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความสามารถในการป้องกันตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อเอชไอวีได้อย่างเหมาะสม
- 2) ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข
- 3) ครอบครัว และชุมชน มีค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันตนเองและสมาชิกให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ขอมรับไม่รังเกียจ และอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างปกติสุขตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม โดยร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอน โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานให้สำเร็จดังนี้

- 1) การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากที่เคยคาดประมาณไว้
- 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สามารถเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมทั่วถึง
- 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสังคมสามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

สรุปได้ว่า โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์ ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกัน โรคทำให้ติดเชื้อโรคอื่นๆ ได้ง่ายขึ้น ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายได้ จึงมีเพียงการรักษาตามอาการและยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอดส์ไม่ให้เพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกาย เพื่อยืดอายุให้ยืนยาวออกไป ซึ่งจากการดำเนินการที่ผ่านมาโรงพยาบาลชุมชนแพ้นำแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 มาใช้ในการดำเนินงานเอดส์ โดยมีเป้าหมายตามยุทธศาสตร์โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ/เอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ที่ประชุมงานวิจัย	
วันที่.....	28 S.C. 2555
เลขทะเบียน.....	203357
เลขเรียกหนังสือ.....	



## 2. แนวคิดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นผลของการดำเนินชีวิต ตามความเชื่อทางศาสนา ปรัชญา และวัฒนธรรม ซึ่งมุ่งหวังที่จะทำให้ชีวิตมีความสุข สมัยก่อนการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ คือการรักษาโรคให้หายขาดและลดความทุกข์ทรมานจากโรค แต่ปัจจุบันมีหลายโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเอดส์ แต่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสามารถมีชีวิตอยู่กับโรคของตนเองได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงไม่ได้มุ่งไปที่การรักษาให้หายขาดและลดความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ได้ขยายจุดมุ่งหมายการดูแลไปที่การมีความสุข และการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้เช่นคนปกติทั่วไป (ครุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2545; สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ และ คณะ, 2544)

### 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความหมายที่กว้าง ชับซ้อน และครอบคลุมหลายมิติ การให้ความหมายจึงมีความแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับแนวคิดของแต่ละบุคคล คุณภาพชีวิตในความหมายที่เป็นตัวชี้วัดเชิงอัตนัย (Subjective Indicators) เช่น ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ความสุข (Happiness) ความผาสุก (Well-Being) ชีวิตที่มีคุณค่า (Value of Life) และในความหมายเชิงปรนัย (Objective Indicators) เช่น รายได้ ที่อยู่ การทำหน้าที่ของร่างกาย การศึกษา การมีงานทำ ได้มีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้หลายทัศนะดังนี้

1.2.1 การรับรู้ ถึงความผาสุก ความสุขในชีวิต ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ระดับความสามารถพึ่งพาตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของบุคคล รวมทั้งผลกระทบของโรคและการรักษาของบุคคล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และในความหมายคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหมายถึง การรับรู้ถึงความสุขใจ ความสบายใจ ความพอใจในการมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ ภายใต้สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่ดำรงอยู่ (ห้องสาย จุงใจไพศาล, 2541; สุทัศน์หา ยิ้มเข้ม และ คณะ, 2546; Ferrans, 1997; Ferrel, et.,1995; Orem, 1991; WHOQOL Group, 1996)

1.2.2 ความรู้สึกเป็นปกติสุขของบุคคล ความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล และในความหมายของเกษตกร หมายถึง ความพึงพอใจ ความสุข (พนิษฐา พานิชานิชะกุล และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542; Ferrans and Power, 1992; Zhan, 1992)

1.2.3 ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายมีความสามารถในการทำหน้าที่ จิตใจมีความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาวะสังคมเศรษฐกิจ

การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่มีอยู่ (ครุณี รุจกรการณ และ คณะ, 2545; พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525; สมจิต แคนสีแก้ว, 2540; UNESCO, 1993)

1.2.4 สภาพการดำรงชีวิตที่มีความพอเพียง พึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ และไม่เป็นอันตรายคุกคามชีวิตของบุคคล เช่น คุณภาพชีวิต คือ การมีสุขภาพกาย สุขภาพใจ มีการประกอบอาชีพที่มีรายได้เพียงพอแก่การดำรงชีวิต มีที่อยู่อาศัยที่ถูกต้องเหมาะสม มีครอบครัวและสังคมที่ดี มีโอกาสเท่าเทียมในการศึกษาและการใช้บริการของรัฐ มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและมีเสรีภาพในการดำรงชีวิต (สุชุม กำเนครรัฐ, 2545)

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพแวดล้อมของชีวิตที่สมดุลกันทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ตลอดจนศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคมที่ทำให้สมาชิกในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข คุณภาพชีวิตจึงเป็นจุดมุ่งหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งมุ่งหวังที่จะทำให้ชีวิตของตนมีความสุข ซึ่งเป็นผลของการได้รับการตอบสนองของตนเอง แม้ในขณะที่บุคคลป่วยและต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิต แต่ผู้ป่วยก็พยายามที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเท่าที่ทำได้ เพื่อการดำรงอยู่และดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับในการศึกษาค้นคว้าวิจัยต้องการศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของคนในชุมชนว่าหมายความว่าอย่างไรและมีองค์ประกอบอะไรบ้างที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดี เนื่องจากการรับรู้เรื่องชีวิตของกลุ่มคนในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าของคุณภาพชีวิตของแต่ละกลุ่มคนนั้น บุคคลนั้นควรเป็นผู้บอกเล่าด้วยตนเองจากความคิด ความเชื่อและประสบการณ์ตรงของแต่ละบุคคลที่ผสมผสานเข้ากับบริบทของชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ จะมีให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

## 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

เมื่อกล่าวถึงคำว่าคุณภาพชีวิตจำเป็นต้องกล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เนื่องจากคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายใน ได้แก่ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่ สภาพแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในกลุ่มคน กลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ ไว้ สรุปได้ดังนี้

1) ด้านสุขภาพกาย หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง หรือภาวะมีโรคแต่สามารถปรับตัว ร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงการรู้จักการป้องกันโรคอันเกิดจากการสร้างสุขภาวะที่ทำให้เกิดความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สามารถสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ และสามารถเข้าถึงถึงบริการสาธารณสุข (ผ่องสาย จุงใจไพศาล, 2541; ครุณี รุจกรการณ และคณะ, 2545; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548; WHOQOL Group, 1996)

2) ด้านสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกด้านจิตใจ ที่มีต่อตนเอง แสดงออกถึงความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการนับถือศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล ความหวังหรือความไม่แน่นอนในชีวิต สิ่งแวดล้อม แบบแผนการดำเนินชีวิตในสังคม รวมทั้งการมีเป้าหมาย มีความหวัง มีความสุข มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการดำเนินชีวิตสามารถปรับตัว และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม (ผ่องสาย จุงใจไพศาล, 2541; สุสัทธา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2546; WHOQOL Group, 1996)

3) ด้านครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชีวิตสมรส รวมทั้งภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจจากคนในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับความสุข มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในครอบครัว (สุขุม กำเนิดรัฐ, 2545; สุสัทธา ยิ้มแย้มและคณะ, 2546) ส่วนบทบาททางสังคม ความเท่าเทียมของสถานภาพทางสังคมการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้าน การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม เช่น เงินอาชีพ มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต (วิลาวลัย เสนารัตน์, วราภรณ์ บุญเสียง, ชวพรรณ จันทรประสิทธิ์, และคิลกา ไตรไพบูลย์, 2551)

4) ด้านเศรษฐกิจ หมายถึง ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ที่ดีด้านการเงิน การประกอบอาชีพมั่นคง การได้รับรายได้เพียงพอ มีที่อยู่อาศัย มีอาชีพ และมีการศึกษาที่เอื้อให้เกิดรายได้มีฐานะความเป็นอยู่ดี การไม่เป็นภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทางการเงิน (พนิชฐา พานิชชีวะกุล และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542; สุขุม กำเนิดรัฐ, 2545; ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2545)

จากการศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต พบว่า มีองค์ประกอบหลายด้านที่ส่งผลต่อดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดี ทั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของคนในชุมชน ที่จะเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตของตนเอง ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นองค์รวมที่องค์ประกอบแต่ละด้านมีอิทธิพลต่อกันและกัน ดังนั้นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต้องประเมินได้ทั้งสิ่งที่เป็นนามธรรม และสิ่งที่เป็นรูปธรรม เพื่อยืนยันเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

### 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ในการประเมินคุณภาพชีวิต หรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษา เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตบุคคลทั่วไปเน้นที่ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ในผู้ป่วยจะเน้นที่ผลกระทบจากความเจ็บป่วยและความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะโรค โดยมีเกณฑ์ประเมินดังนี้

McSweeny (1995) ประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป แบบกว้างๆ ไม่ได้มุ่งไปที่ผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยใดๆ ซึ่งสามารถใช้

ประเมินได้กับบุคคลทุกกลุ่มอายุ ทุกโรค 2) การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค การตอบสนองต่อวิธีปฏิบัติหรือวิธีการดูแลรักษา

Frank–Stromberg (1984) ประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการประเมินโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์ หรือ บุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ 2) การประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective) โดยวัดข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตความสุขและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 3) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (Objective) โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินโดยบุคคลประเมินตนเอง

Meeberg (1993) ประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้านซึ่งสอดคล้องกับยูเนสโก (Unesco, 1980) ได้แก่ 1) ด้านวัตถุวิสัย (Objective Indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา และ 2) ด้านจิตวิสัย (Subjective Indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสุข

Ferrans (1997) ประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล (Satisfaction) และ 2) ด้านการให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิต (Importance) เป็นการให้ความสำคัญในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Zhan (1992) การประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านความพึงพอใจ 2) ด้านอัตมโนทัศน์ 3) ด้านสุขภาพและการทำงาน และ 4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

Goodinson and Singleton (1989) การประเมินคุณภาพชีวิต ควรพิจารณาจากลักษณะดังนี้ 1) ควรเป็นการประเมินโดยตัวของบุคคลเอง 2) ควรประเมินได้ครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิต 3) ควรมีจุดเน้นหรือมิติที่สำคัญซึ่งสอดคล้องกับมุมมองของบุคคล 4) ควรออกแบบในการประเมินในลักษณะที่ง่าย ไม่ยากและไม่ใช้เวลาในการทำนานเกินไป และ 5) ควรใช้ประเมินได้ในทุกระยะของโรคและความเจ็บป่วย

สำหรับประเทศไทยได้มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 และพัฒนามาจนถึงปัจจุบัน ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน คือ จปฐ. ประกอบด้วย 9 หมวด ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารถูกสุขลักษณะ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 2) การมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 3) การมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคม 4) มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 5) มีการผลิตหรือจัดหาอาหารอย่างมีคุณภาพ 6) ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนบุตรได้ตามความต้องการ 7) มีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาความเป็นอยู่และกำหนดวิถีชีวิตในชุมชนของตนเอง 8) มีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น 9) มีจิตสำนึกร่วมอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม



ส่วนคุณภู อายุวัฒน์ (2548) การวัดคุณภาพชีวิต พบว่าการศึกษาในลักษณะเชิงปริมาณมีจุดอ่อนคือ เอาสิ่งที่นักวิชาการหรือบุคคลภายนอกคิดหรือพัฒนาขึ้นไปวัดกับกลุ่มใดๆ ซึ่งสิ่งที่วัดอาจไม่ตรงกับพื้นฐานความคิดของบุคคลกลุ่มที่ศึกษาก็ได้ ประกอบกับตัวชี้วัดของคุณภาพชีวิตบางส่วนมีความเป็นอัตวิสัย เช่น ความพึงพอใจ ความมั่นคงของชีวิต ดังนั้นการศึกษาคูณภาพชีวิตควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรทั้งในระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคลให้สามารถวัดได้อย่างเที่ยงตรงยิ่งขึ้น โดยนำวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาเฉพาะกลุ่มบุคคลโดยให้บุคคลเหล่านั้นเป็นผู้ที่กำหนดความหมาย ซึ่งจะมีความน่าเชื่อถือมากกว่าเพราะเป็นมุมมองของคนในและใช้ความรู้จากปราชญ์ท้องถิ่นหรือผู้รู้ที่ดีที่สุดเกี่ยวกับชีวิตของบุคคลนั้นคือตัวของบุคคลนั่นเอง

กล่าวโดยสรุป การประเมินคุณภาพชีวิต ควรมีการประเมินด้วยตัวบุคคลเอง เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตและมีประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกประเมินคุณภาพชีวิต ด้านจิตพิสัย ประเมินการรับรู้ของบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิตในเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งจะเป็นผู้ที่อธิบายหรือบอกเล่าถึงความรู้สึก ความคิดเห็นต่างๆ เพื่อนำไปสู่กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของบุคคลได้อย่างแท้จริง

### 3. คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รวมทั้งการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขสามารถเปลี่ยนแปลงขึ้นลงได้ไม่คงที่ แปรเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของชีวิตหรือปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ของบุคคล จะลดลงตามระยะของโรคที่รุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อพยายามปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ และคณะ, 2545) ความพยายามด้วยตนเองที่จะทำใจให้ได้ กับการมีชีวิตอยู่อย่างผู้ติดเชื้อ แม้การอยู่ในสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะอยู่อย่างเปิดเผยหรือปิดบังก็ตามย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น (ครุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2545) มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ดังนี้

#### 3.1 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยจากเอดส์ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจลาออกจากงานเพราะกลัวเพื่อนร่วมงานรู้ หรืออาจให้ออกจากงาน ทำให้สูญเสียอาชีพและรายได้ที่เคยได้รับลดลง และไม่มีรายได้จากการตกงาน (จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, 2548) จากการศึกษาของวิลาวัดย์ เสนารัตน์ และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาประเด็นทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และความยากจน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจในระดับครอบครัวส่งผลกระทบต่อสังคม

และภาวะเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม เนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน มีค่าใช้จ่าย และหากพบว่าคิดเชื่อจะไม่สามารถกู้เงินได้ ซึ่งเป็นการปิดกั้นในเรื่องเศรษฐกิจและว่างละเมิดสิทธิส่วนตัว

นอกจากนี้ยังพบว่าการมีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อสถานะการเงินของครอบครัว เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้นผลกระทบนี้จะรุนแรงมากขึ้นถ้าผู้ติดเชื้อนั้นเป็นหัวหน้าครอบครัวที่เป็นหลักในการหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว แต่ถ้าเป็นสมาชิกครอบครัวก็ต้องเป็นภาระที่ครอบครัวจะต้องแบ่งเวลามาให้การดูแลทำให้ครอบครัวไม่สามารถหาเงินได้เต็มที่ เป็นสาเหตุให้ครอบครัวมีรายได้ลดลง ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาหนักถ้าผู้ติดเชื้อมีฐานะยากจน ไม่มีหลักประกันรายได้และสวัสดิการต่างๆ (ปาริชาติ จันทร์จรต และคณะ, 2538 อ้างใน ดร.ฉวี รุจกรกานต์ และคณะ, 2542)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ร้อยละ 77 ไม่มีรายได้ช่วยเหลือครอบครัว ร้อยละ 72 ไม่มีค่ารักษาและค่าใช้จ่าย (พายัพ รัตน์นราทร, 2542) และจากการศึกษาของ Frank, Blundo, & Branbant (1995) โดยศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีของรัฐหลุยเซียนา สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ต้องการงาน ต้องการหลักประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น ซึ่งความต้องการเหล่านี้หากได้รับการช่วยเหลือตอบสนองจากครอบครัวหรือสังคม จะทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างเข้มแข็ง

### 3.2 ปัจจัยด้านด้านสังคม

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความคล้ายคลึงกับปัญหาโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชน แต่ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีความรุนแรงมากกว่าในแง่ของปัญหาทางสังคม คือสังคมให้การยอมรับน้อย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความรู้สึกว่าคุณเองมีตราบาปทางสังคม (ดร.ฉวี รุจกรกานต์ และคณะ, 2542) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตในสังคม จากการที่โรคเอดส์ถูกสังคมรังเกียจมองว่าผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นบุคคลที่ไม่น่าเห็นใจเนื่องจากมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม มักง่าย หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องพยายามปกปิดตนเอง อับอาย หวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลรอบข้างจะสิ้นสุดลงหรือไม่ ถ้าหากใจในการพูดคุยเรื่องของตนเอง จึงมักแยกตนเอง พบว่า มีการย้ายถิ่นออกจากภูมิลำเนาเดิมไปอยู่ในถิ่นที่ไม่มีคนรู้จัก (ผาสุก ลิ้มรัตน์พิมพา, 2551)

การศึกษาของวิลาวัดย์ เสนารัตน์ และคณะ (2552) ด้านสังคมและ วัฒนธรรม พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประสบปัญหาทางด้านสังคม คือการถูกแบ่งแยกจากสังคมหรือการแยกจากสังคมเอง ส่วนด้านการทำงานคือ เมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะถูกแบ่งแยกจากกลุ่ม

คนทำงาน ผู้ร่วมงานไม่เข้าใจและไม่ยอมรับ จึงส่งผลกระทบต่อให้ออกจากงานหรือต้องลาออกเอง ดังนั้นโอกาสในการจะไปทำงานใหม่หรือย้ายที่ทำงานจึงเป็นไปได้น้อย

จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ชาวงวงศ์ (2540) ได้สำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในคลินิกนิรนาม จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนมากที่สุดร้อยละ 74.7

### 3.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

สุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่รุนแรงมากกว่าการเจ็บป่วยอื่นๆ การแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพนั้น ระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในชั้นประถม-มัธยมศึกษาตอนต้น การรับรู้ข่าวสารการตีความข่าวสารหรือความรู้ต่างๆ ไม่ดีพอและบางช่วงการให้ข้อมูลข่าวสารอาจเจ็บไปทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้รับข้อมูล ซึ่งส่งผลกระทบต่อดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกตนเอง ส่งผลให้สภาพจิตใจย่ำแย่ มีการแสวงหาวิธีการรักษา แสวงหาที่พึ่งทางใจ ถ้าสามารถปรับตัวก็จะมี การดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ สุขภาพดี แต่หากหาทางออกไม่ได้ อาจมีการฆ่าตัวตาย จมอยู่กับความเศร้า กลุ่มคนเหล่านี้ก็จะมีสุขภาพที่เลวลง วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ (2552)

นอกจากนี้ยังพบว่าเศรษฐกิจมีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ไม่ลำบากขัดสนมักจะมีการดูแลสุขภาพใส่ใจใส่ใจมีโอกาสที่คิดว่าการบำรุงส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพที่ทันสมัยและดีกว่า สภาพทางเศรษฐกิจดีเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลตนเองของบุคคล และยังพบว่าบทบาทของบุคคลที่ทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในผู้ที่เป็ นโสดบุคคลที่มีความสำคัญได้แก่ บิดา มารดา ญาติสนิท ในผู้สมรสมักมีคู่สมรสและบุตรเข้ามาเกี่ยวข้อง การตระหนักในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อบุคคลเหล่านี้เป็นแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ตลอดจนแสวงหาข้อมูลในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ภาพพจน์ที่ดีและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน มีส่วนเกี่ยวข้องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

การใช้จ่ายด้านไวรัสและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูงมากร้อยละ 40.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คือ ระดับซีดีโฟลิมโฟไซด์ (ผาสุก ลิ้มรัตน์พิมพา, 2551) ส่วนการศึกษาของ สุรางรัตน์ สุรางคพิตร์ (2547) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 110 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของ

เฟอร์ราน (Ferrans, 1997) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

การศึกษาของธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์, และ วันเพ็ญ แก้วปาน (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แบบวัด WHOQOL-HIV-BREF ขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและปริมาณ CD<sub>4</sub> มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต และพบว่า การได้รับยาต้านไวรัสทำให้สุขภาพดีขึ้นทำให้มีอิสระในการไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองได้ดีมีกำลังใจ รวมทั้งให้คุณค่าตนเองโดยเห็นว่าชีวิตตนเองมีความหมายและไม่กังวลต่อความตายในอนาคต นอกจากนั้น ประณีต ส่งวัฒนา, สิริลักษณ์ จันทรัมย์ และขวัญตา บาลทิพย์ (2544) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า การรับรู้ด้านความเป็นอิสระของบุคคลอยู่ในระดับมากจากการได้รับบริการที่ครบถ้วนต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

### 3.4 ปัจจัยด้านความมีคุณค่าในตนเอง

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของมารดาตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อพบว่าการทำบทบาทในความเป็นมารดาตกลง ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสำคัญ ไม่มีความสามารถ ทำให้ไม่พึงพอใจในชีวิตตนเอง (ผ่องสาย จุงใจไพศาล, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ด้วย รู้สึกอับอาย กลัวสังคมรู้ต้องปกปิดเป็นความลับของครอบครัว ทำให้ครอบครัวเสียศักดิ์ศรี เสียการยอมรับในสังคม อยู่อย่างหวาดระแวงว่าความลับจะถูกเปิดเผย (จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, 2548)

### 3.5 ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย

ที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตมนุษย์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มักจะเป็นบุคคลที่ด้อยโอกาสในหลายๆ ด้านและยังต้องใช้จ่ายในการดูแลรักษาตนเอง จึงส่งผลให้ขาดปัจจัยสำคัญที่เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีพคือที่อยู่อาศัย วัฒัญญ์ เสนารัตน์ และคณะ (2552) และ จากการศึกษาของพายัพ รัตน์นราทร (2542) การจัดบริการที่พักชั่วคราวหรือสถานสงเคราะห์สำหรับผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวบางคนรังเกียจผู้ป่วย ร้อยละ 73 เพื่อนบ้านไม่ยอมรับและรังเกียจ ร้อยละ 75 ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่สามารถอยู่ในครอบครัวได้

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีผู้สนใจทำการศึกษาไว้มากทั้งในและต่างประเทศ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน ที่อยู่ในชุมชนมีองค์ประกอบที่สำคัญหลายประการที่ค้นพบจากงานวิจัย ดังนั้นการส่งเสริมให้สามารถอยู่อย่างมีความสุขในสังคมนั้น การพัฒนาให้มีความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละชุมชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาเพื่อ

นำมาเป็นกลวิธีการพัฒนา ที่มีความเหมาะสมกับชุมชน และลดความซ้ำซ้อนในการแก้ไขปัญหาต่อไป

#### 4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นการพัฒนาระบบการมีชีวิตที่ดี เป็นการส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งจะครอบคลุมถึงระดับการมีชีวิตที่ดีทางด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต คุณภาพของที่อยู่อาศัย ความสุข ความพึงพอใจ ในหน้าที่การงาน ซึ่งมีหลักการดังนี้ คือ 1) การบริหารจัดการความยากจน 2) การกระจายความเป็นธรรม ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้เท่าเทียมกัน 3) การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจ (อนุชาติ พวงสำลี และ อรทัย อาจอ่ำ, 2539)

การส่งเสริมให้บุคคลให้ได้รับรู้ถึงสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตในปัจจุบัน การพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวคิดหลักที่นักพัฒนาใช้ในการเปลี่ยนสังคมไปสู่เป้าหมาย โดยสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและกระบวนการแก้ปัญหาเอดส์เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อได้ (ภัสสร ลิมานนท์ และกฤตยา อาชวนิจกุล, 2547) จากการศึกษากลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นมีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1 ด้านเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลักในการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ ในการจัดบริการสวัสดิการสังคมในปัจจุบัน การจัดบริการส่งเสริมศักยภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ติดเชื้อดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน องค์การเอกชนที่จัดบริการฝึกออาชีพ ทุนประกอบอาชีพ ให้คำแนะนำเรื่องการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ และการช่วยเหลือในองค์กรท้องถิ่นเอง ดังมีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคมอย่างทั่วถึง เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภาวะความเป็นอยู่ที่ดี จากการศึกษาของวิพุธ พูลเจริญ และคณะ, (2539) พบว่า การจัดระบบสังคมหรือสวัสดิการสังคมในการช่วยเหลือ เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ที่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายของชีวิตที่มีคุณภาพได้ โดยมีวิธีการดำเนินงานดังนี้ 1) สังคมมีการแบ่งหน้าที่ระหว่างหน่วยงานต่างๆ 2) มีมาตรการทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อตอบสนองต่อสมาชิกของสังคม ด้านการเงิน การประกอบอาชีพ บริการพื้นฐานที่จำเป็นในการยังชีพทางสังคม 3) มีวิธีดำเนินการเพื่อให้สวัสดิการสมาชิกของสังคม โดยจำแนกเป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ขอความช่วยเหลือ วิธีการของการประกันสังคม และการให้บริการสังคม 4) มีการวางแผนระบบงานสวัสดิการสังคมเบ็ดเสร็จครบวงจรและต่อเนื่อง



4.1.2 การประกอบอาชีพ จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ชาวงวงศ์ (2540) ได้สำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อในคลินิกนิรนาม พบว่า ต้องการประกอบอาชีพเฉลี่ยร้อยละ 37.2

4.1.3 การช่วยเหลือทางการเงิน จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ชาวงวงศ์ (2540) ได้สำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อในคลินิกนิรนามพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการสนับสนุนด้านการเงินอาหาร ที่อยู่อาศัย ร้อยละ 41.9 ปัจจุบันภาครัฐได้จัดสวัสดิการเป็นค่าครองชีพ 500 บาทต่อเดือนสำหรับผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตนเอง

## 4.2 ด้านสังคม

4.2.1 สร้างการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากการศึกษาที่ครอบครัวและสังคมยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากเชื่อว่าการยอมรับจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมากในการมีชีวิตอยู่ มนุษย์ทุกคนต้องการความรัก ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับ โดยครอบครัวเป็นสิ่งที่คุณคิดเชื่อหรือผู้ป่วยต้องการมาก ซึ่งการที่บุคคลได้รับการยอมรับ หรือการให้การยอมรับผู้อื่นทำให้บุคคลนั้นรู้สึกไม่โดดเดี่ยว รู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความรู้สึกดีต่อตัวเอง รู้สึกตัวเองมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับตนเองได้ มีผลให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยมีความหวังและมีพลังที่จะต่อสู้ชีวิต จากการศึกษาโดยให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามทัศนคติต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าตรงกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม คือครอบครัวมีทัศนคติต่อการติดเชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์อยู่ในระดับดี มีความรักความเข้าใจความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ เห็นใจและเห็นคุณค่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่รู้สึกรังเกียจ และอยากช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสุข (จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา, และ ธีรรัตน์ สุวรรณ, 2547) ส่วนวัฒนธรรมการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ การยืดชีวิตและการอยู่อย่างมีความสุข โดยการได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

4.2.2 การให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์เป็นวิธีการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน สร้างความตระหนักของการเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในชุมชน รวมทั้งให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาของ อุ่น ธนพประภัสร์ (2541) พบว่า การให้ความรู้โดยผ่านการอบรมแก่ สมาชิกของครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน อาสาสมัครเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นเครือข่ายการให้ความรู้และช่วยเหลือคนในชุมชนเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ และให้ความรู้ในการป้องกันเอดส์ ทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดการยอมรับและให้ความช่วยเหลือกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากขึ้น สามารถบรรเทาปัญหาความต้องการทางร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

การศึกษาของ นงนุช เชาวศิลป์ (2540) ได้ศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่าทั้งกระบวนการกลุ่มและการให้คำปรึกษาตามปกติ สามารถใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ แต่กระบวนการกลุ่มมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการปรับตัวได้ดีกว่าการให้ปรึกษาตามปกติ และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมชมรมผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ ต้องการผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ และเห็นว่ากิจกรรมของชมรม เช่น การพูดคุยให้กำลังใจ การเยี่ยมบ้าน เป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์หลายอย่างต่อสุขภาพ (ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542)

**4.2.3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน** การศึกษาของ ตรีณี รุจกรกานต์ และคณะ (2545) พบว่า การจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ได้แก่ การสร้างศักยภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว ในการเรียนรู้และสร้างความเข้มแข็ง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเรียนรู้และจัดการปัญหาเอดส์ การพัฒนาวัดหรือองค์กรศาสนาเป็นเครือข่ายในการดูแล การศึกษาของ นิจจรา หัสมาน, สาวิตรี ลิ้มชัยอรณเรือง, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ (2549) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกันเอดส์ ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ปกครองและเยาวชนชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเทพา จังหวัดสงขลาพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมคือ การพัฒนาศักยภาพของแกนนำเยาวชนให้มีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมป้องกันเอดส์ในชุมชน กระบวนการการมีส่วนร่วมคือ 1) การมีส่วนร่วมคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาและแสดงความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมวางแผนในขั้นตอนการพิจารณาตัดสินใจเลือกกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมปฏิบัติตามแผนกิจกรรม 4) การมีส่วนร่วมประเมินผล โดยมีปัจจัยหลักและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกันเอดส์ในการศึกษาคั้งนี้ 1) มีการรับรู้วิธีการป้องกัน 2) มีความเข้าใจและตระหนักในการป้องกันเอดส์ในชุมชน 3) สร้างแนวทางในการป้องกันเอดส์ของชุมชนด้วยตนเอง 4) คุณลักษณะกลุ่มเป้าหมาย 5) การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ 6) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 7) วัฒนธรรมของชุมชนที่มีการเกื้อหนุนกันและพบว่าลักษณะของชุมชนที่สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม คือ ชุมชนมีความเข้มแข็ง กลุ่มเป้าหมายมีลักษณะเป็นผู้นำและชุมชน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรท้องถิ่นในชุมชนมีการติดต่อประสานการทำงานร่วมกัน

### 4.3 ด้านสุขภาพ

การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและได้รับกำลังใจที่ดีจากบุคคลรอบข้างเป็นความต้องการของผู้ป่วยที่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองไม่เป็นภาระผู้อื่น ซึ่งมีกลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดังต่อไปนี้

4.3.1 ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน เช่น กระตุ้นให้ออกกำลังกาย อยู่ในที่อากาศบริสุทธิ์ การนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ไม่ให้ทำงานหนักหรือหักโหมมากเกินไปเป็นการรักษาสุขภาพวิธีหนึ่ง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่รับประทานของแสลง อาหารจะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย อาหารที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับจะเป็นประเภทเดียวกับที่เคยรับประทานตามปกติ เพียงแต่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการมากกว่าเดิม ไม่รับประทานอาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ เนื่องจากกลัวว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะเกิดอาการคัน เกิดแผลตามผิวหนัง ทำให้สังคมสงสัยว่าเป็นเอดส์และอาจถูกรังเกียจในที่สุด และการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น การไม่อยู่ในที่มีคนแออัดและที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก งดดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ การระวังไม่ให้มีบาดแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน โดยเน้นการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับเชื้อจากทั้งในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมภายนอก (จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา, และ ธิคารัตน์ สุวรรณ, 2547)

การได้รับความรู้จากการเข้ารับบริการด้านการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ/เอดส์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2544) การส่งเสริมสุขภาพ ในสถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ การดูแลด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร และการทำสมาธิ มีผลทำให้การเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง มีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (วิภา ภวานภรณ์ และ กุลธิดา จันทร์เจริญ, 2542)

4.3.2 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ พบว่า รูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในภาคใต้ตอนล่างคือ ผู้ให้บริการเพิ่มบทบาทในการให้บริการมากขึ้นในด้านที่ผู้ป่วยระบุได้รับน้อยคือ บริการด้านสังคม เศรษฐกิจ คุ้มครองสิทธิ และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง สนับสนุนการช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2544)

4.3.3 เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้ติดเชื้อ เป็นการแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการสุขภาพ ร่วมพบปะผู้ติดเชื้อด้วยกันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมช่วยเหลือผู้ติดเชื้อด้วยกัน เยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ เป็นการแสดงถึงความพร้อมและความตั้งใจในการดูแลอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (วาสนา อิ่มเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ, 2542)

4.3.4 สร้างการยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์การได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัวและชุมชน ได้รับความเห็นใจและได้รับการดูแลด้านจิตใจอย่างดี มีความรัก ความห่วงใย ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการปรับสภาวะทางจิตอารมณ์ ความรู้สึกในการที่จะแสวงหาขวัญกำลังใจ อัน

นำมาซึ่งความสบายใจเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองและเป็นกำลังใจในการสนใจดูแลสุขภาพตนเอง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

4.3.5 การผ่อนคลายความเครียด ความเครียดมีผลต่อการลดภูมิคุ้มกันของโรคติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภาวะเครียดเนื่องจากกลัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยตาย กลัวไม่มีคนดูแล กลัวคนอื่นรังเกียจ การได้รับคำปรึกษา ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเอดส์ ข้อเสนอแนะ ทางเลือกจากบุคคลรอบข้างและสังคม เป็นวิธีที่ช่วยลดความเครียดความกังวลได้ นอกจากนี้ การสนับสนุนให้กำลังใจ โดยเชื่อว่าถ้าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจ ไม่เครียดจะมีชีวิตอยู่ต่อได้นานขึ้น กำลังใจเป็นพลังหล่อเลี้ยงชีวิต เมื่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีผลให้ความเครียดลดลง จะมีพลังที่จะเผชิญปัญหาและหาวิธีแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ สามารถจัดการปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ได้ สามารถดูแลตนเองและ ทำให้มีความหวังอยากจะมีชีวิตอยู่ต่อสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา อิ่มเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ (2542) ที่ว่าครอบครัวรู้สึกเห็นใจ เป็นหลักในการช่วยเหลือผู้ดูแลและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

นอกจากนี้ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าวัฒนธรรมการดูแลตนเองเป็นกระบวนการดูแลตนเองที่ประกอบด้วย 3 กลวิธีคือ การทำใจ การปกปิดซ่อนเร้น การผสมผสานการรักษา ซึ่งในแต่ละกลวิธีมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการดูแลตนเอง คือ การยืดชีวิตและอยู่อย่างมีความสุข คือ สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายได้ สามารถทำกิจกรรมได้

4.3.6 สร้างความตระหนักในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ถูกต้อง ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมากหรือมีอาการแสดงของโรคเอดส์เต็มขั้นแล้วมีอาการดีขึ้นหลังจากได้รับยาต้านไวรัส การเตรียมความพร้อมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวโดยแพทย์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรับยาต้านไวรัส ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการให้ได้รับยาที่ถูกต้อง การได้รับยาต้านไวรัสทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ มีสุขภาพดี อายุยืนยาวส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ผาสุก ลิ้มรัตนพิมพา, 2551)

4.3.7 การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การประสานงานระหว่างผู้นำชุมชนกับหน่วยงานให้ความช่วยเหลือเพื่อส่งต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ไปรับบริการได้อย่างถูกต้องและตรงตามความต้องการ เมื่อเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ในภาวะปกติที่ไม่มีอาการผู้ติดเชื้อพยายามดูแลตนเอง ไม่อยากรบกวนหรือเป็นภาระให้คนอื่น ต้องการพึ่งพาครอบครัวเพียงเมื่อเจ็บป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เท่านั้น (จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา, และธิดารัตน์ สุวรรณ, 2547)



#### 4.4 ด้านการมีคุณค่าในตนเอง

4.4.1 สร้างความตระหนักการมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสำคัญต่อบุคคลอย่างมากถ้าบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง บุคคลจะมีความยินดีในชีวิต สนุกสนานร่าเริง มีความสามารถวิพากษ์วิจารณ์ ยอมรับความผิดพลาดของตนเอง มีความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างคำพูด กริยาท่าทางอย่างเป็นทางการเป็นธรรมชาติมีความเปิดเผย กระตือรือร้น มีความยืดหยุ่นในการตอบสนองต่างๆที่เข้ามาในชีวิตตนเองได้อย่างเหมาะสม (จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา, และธิดารัตน์ สุวรรณ, 2548)

4.4.2 มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน คนในชุมชนให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้รางวัลตามเหมาะสม การคงไว้ซึ่งคุณค่า ศักดิ์ศรี และเกียรติยศของบุคคล เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนคือการเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีเกียรติ เมื่อสังคมเข้าใจ ให้อภัย ผู้คิดเชื่อและยอมรับการคิดเชื่อ ปรับตัวปรับใจได้ และพัฒนาความสามารถให้โอกาสในการใช้ความสามารถทำประโยชน์เพื่อสังคม (จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, 2548)

4.4.3 การทำใจยอมรับการคิดเชื่อ คัดเชิงบวกทำให้สามารถปรับตัวอยู่ได้กับการคิดเชื่อที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง มีความหวังในชีวิต จากการศึกษาของผ่องสาย จุงใจไพศาล (2541) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามประสบการณ์ชีวิตจริงของมารดาติดเชื้อเอชไอวี คือ 1) การทำใจได้ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดให้คิดในแง่ดี ไม่คิดเกี่ยวกับโรคเอชไอวี คิดอยู่กับปัจจุบัน คิดยอมรับการพึ่งพา คิดยอมรับความตาย และคิดให้ใจสงบ 2) การมีความหวัง ได้แก่ คิดหวังในสิ่งที่พอจะเป็นไปได้ คิดสร้างเป้าหมายใหม่และสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น คิดวางเป้าหมายในชีวิตเพื่อลูก และคิดหวังให้มีสุขภาพแข็งแรงมากที่สุด และ 3) การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ภูมิใจที่ได้ปฏิบัติบทบาทมารดา ภูมิใจที่ตนมีประโยชน์ต่อผู้อื่น และรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

จากการทบทวนกลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีผู้ให้ความสนใจและศึกษาไว้ดังนี้ ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ (2545) ได้ศึกษาการพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่ากลยุทธ์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต 15 ด้านมีดังนี้ 1) ส่งเสริมการดูแลตนเอง 2) ส่งเสริมอาชีพ 3) การให้สุขศึกษา 4) การบริหารจัดการ 5) การเยี่ยมบ้าน 6) การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ 7) การเตรียมชุมชน 8) การจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ 9) การให้คำปรึกษารายกลุ่ม 10) การใช้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวี 11) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพร 12) การส่งต่อผู้ป่วย 13) การดูแลอย่างต่อเนื่องถึงบ้าน 14) ส่งเสริมการดูแลที่บ้านในชุมชน และ 15) ส่งเสริมสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวี ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนากลยุทธ์ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวี ไม่เปิดเผยตนเอง เพราะชุมชนยัง

ไม่ให้การยอมรับทำให้ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง สุขภาพและเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่ทำให้ไม่สามารถนำกลยุทธ์ไปใช้ได้ กลยุทธ์ที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานคือ การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นกลุ่มของสมาชิกและชุมชน การเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือด้วยใจ การแสวงหาระบบสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การมีระบบพี่เลี้ยงที่ให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง การเข้าใจผู้ป่วย การดูแลที่ครอบคลุมกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

การพัฒนาคุณภาพชีวิต มีผู้สนใจทำการศึกษาซึ่งพบว่า ปัญหาและความต้องการในแต่ละกลุ่มคนเช่น กลุ่มผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยในแต่ละโรค มีความต้องการที่แตกต่างกันรวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหาก็ย่อมแตกต่างกัน การศึกษากลวิธีในการพัฒนาทำให้มีความเข้าใจถึงวิธีการพัฒนา ปัญหาอุปสรรค ที่ผู้วิจัยต้องตระหนักและหาวิธีแก้ไขเพื่อลดความซ้ำซ้อนในกระบวนการทำงาน และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงเป็นเรื่องที่เกิดจาก ความต้องการของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนนั่นเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงวิธีการที่จะพัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการศึกษา และเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

## 5. การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA)

การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) กำเนิดจากแนวคิดที่ว่าการศึกษาชุมชนเป็นสิ่งที่ชุมชนควรกระทำ โดยเฉพาะสิ่งที่ชุมชนไม่รู้มองข้ามหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ รู้ปัญหาแต่ไม่รู้สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากอะไร ทำให้ไม่สามารถหาทางป้องกันหรือแก้ปัญหานั้นได้อย่างทันท่วงที (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2550) ในการวิจัยนี้ได้นำแนวทางการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์วัยแรงงาน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น

### 5.1 หลักการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) เป็นกระบวนการที่ให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ชุมชนตนเอง ให้ความสำคัญกับความรู้นี้ที่มาจากประสบการณ์และสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน เพราะในชีวิตจริงการที่บุคคลได้เรียนรู้และตั้งสมมุติปัญญามาจากประสบการณ์จริงในการดำรงชีวิต จึงมีวิธีคิด มีวิธีการจัดการ มีวิธีวิเคราะห์จำแนกที่แตกต่างกัน ระบบการจัดการของคนในชุมชนมักจะสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชีวิตปัจจุบัน นอกจากนี้กระบวนการ PRA ยังเน้นการระดมพลังในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา เพราะปัญหาในชุมชนมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายปัจจัย จึงเป็นการยากที่

แก้ปัญหาเพียงจุดใดจุดหนึ่งด้วยคนคนเดียว หรือแก้ปัญหาตามนักวิชาการ หรือทำตามนโยบายภาครัฐ ซึ่งเป็นคนนอกชุมชนที่ไม่เข้าใจบริบทของชุมชน ดังนั้นการแก้ปัญหาของชุมชนที่เหมาะสม จึงเป็นการระดมพลังของชุมชนและทรัพยากรที่ชุมชนมี และให้คนในชุมชนทุกคนทุกฝ่ายร่วมกัน ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ หาความเชื่อมโยงของปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมแก่การปฏิบัติและลงมือปฏิบัติจริง ร่วมกันรับผิดชอบ การแก้ไขปัญหามุมชนจึงเกิดจากความเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชนเองว่าชุมชนมีภูมิปัญญาที่หลากหลาย ที่สามารถแก้ไขปัญญาของตนเองได้ โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ถึงปัญหาความต้องการของตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน มีการตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน รับฟังเหตุผล ตัดสินใจ และหาข้อสรุป เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาชุมชนด้วยตนเอง ผ่านกระบวนการต่างๆ ของชุมชน เช่น การพูดคุย การสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้คนในชุมชนเป็นผู้แก้ปัญหาด้วยตนเอง เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์, 2550)

## 5.2 ขั้นตอนและเทคนิคการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม

- 1) กำหนดประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจะต้องกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการทำการศึกษาไว้ก่อนทำกิจกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการตั้งคำถามขณะดำเนินกิจกรรม
- 2) ลงมือปฏิบัติกิจกรรม มีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้าร่วมประชุม และค้นหาปัญหาพร้อมกัน สร้างความคุ้นเคย โดยการแนะนำตัว กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น
- 3) ดำเนินการเก็บข้อมูล สืบหาข้อมูลพื้นฐาน โดยการสังเกต การสนทนา บันทึกลักษณะนาม จากนั้นเก็บข้อมูลตามแนวทางการสนทนา
- 4) จัดบันทึก รวบรวมข้อมูล จากการทำกิจกรรม ควรจดบันทึกไว้ทันที มิฉะนั้นอาจเกิดการสูญหาย
- 5) ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถทำได้ทันทีในขณะที่กิจกรรมกำลังดำเนินอยู่ เพราะกลุ่มจะแสดงความคิดเห็นอยู่ตลอดเวลา และมีการตรวจสอบข้อมูล โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเอง
- 6) จัดเวทีให้ชุมชน ได้อธิบายแลกเปลี่ยน หรือแก้ไขข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลในเบื้องต้น
- 7) จัดเวทีนำไปสู่การอภิปรายเพื่อหากลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหามุมชน
- 8) หลีกเลี่ยงการใช้เทคนิคที่ยากต่อการเข้าใจ ควรใช้วิธีที่ทำให้เข้าใจได้ง่าย มีความเหมาะสมในแต่ละชุมชน หรือแต่ละกลุ่ม ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง (โครงการเอคส์ศึกษา, 2541; ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546; Bhandari, 2003)

### 5.3 บทบาทและคุณสมบัติของผู้วิจัย

- 1) มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน สร้างความไว้วางใจ/ มั่นใจให้กับชุมชนว่าไม่มีเจตนาอื่นแอบแฝง หรือตกเป็นเครื่องมือของผู้วิจัย
- 2) เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา เช่น การพัฒนาที่ยั่งยืน การพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม กระบวนการเรียนรู้ ฯลฯ
- 3) มีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกในกระบวนการเรียนรู้
- 4) มองสิ่งต่างๆ ในเชิงบวก และมีความคิดเชิงสร้างสรรค์
- 5) ยึดมั่นในหลักการประชาธิปไตย ความเสมอภาค เสรีภาพ ความยุติธรรม การแบ่งบทบาทหน้าที่ของคนในสังคม

6) พัฒนาความรู้/ ทักษะที่จำเป็นให้แก่ตนเอง มีความอดทน และอยู่ร่วมกระบวนการตั้งแต่ต้นจนจบ

- 7) เวทีพูดคุยที่ไม่เป็นทางการต้องนัดหมายล่วงหน้า เรียบง่าย เป็นธรรมชาติ

กระบวนการ PRA เป็นกระบวนการที่ให้สมาชิกชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพชุมชนและชี้ชัดปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ผู้วิจัยมีหน้าที่คอยกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน และมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของชาวบ้าน ว่าชาวบ้านและชุมชนมีภูมิปัญญาและมีศักยภาพมากมาย ชาวบ้านอาจจะไม่รู้หลายสิ่งหลายอย่างที่นักวิชาการรู้ แต่ชาวบ้านก็รู้หลายสิ่งหลายอย่างที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ดำรงความเป็นชุมชน และความเป็นวัฒนธรรมในบริบทของชุมชน มีความรู้หลายอย่างที่ชาวบ้านรู้แต่นักวิชาการหรือผู้วิจัยไม่รู้ และความรู้เหล่านั้นบ่อยครั้งที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาของชุมชน ความรู้หลายอย่างของนักวิชาการเป็นความรู้ที่เกิดจากตำราเรียน จากการฟังผู้เชี่ยวชาญบรรยาย และยึดติดอยู่กับองค์ความรู้และวิธีการเรียนรู้ของตนแค่นั้นในตำรา และคิดว่าชาวบ้าน ไม่มีความรู้ จำเป็นที่นักวิชาการจะเป็นผู้ให้ความรู้นั้นแก่ชาวบ้าน แต่กระบวนการ PRA เน้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ใช่ของนักวิจัย เมื่อศึกษาข้อมูลเสร็จแล้วนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาเสียเอง โดยที่ชาวบ้านไม่มีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ

ดังนั้นนักวิจัยการจึงต้องไม่เข้าไปแก้ปัญหาต่างๆ แทนชาวบ้าน และต้องไม่เข้าไปครอบงำหรือชี้นำชาวบ้านในการแก้ปัญหา แต่ต้องคอยสนับสนุนให้ชาวบ้านเป็นผู้แก้ปัญหาด้วยตนเอง และถอยออกมา ปล่อยให้ชาวบ้านได้มีโอกาสที่จะคิด ตัดสินใจ วางแผน และดำเนินการต่างๆ ภายในกรอบของศักยภาพ ข้อจำกัด และความเป็นจริงของชาวบ้านและชุมชนเอง (โครงการเอดส์ศึกษา, 2541; ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546; Bhandari, 2003)

#### 5.4 ความสำเร็จในการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

เกิดจากการที่มีคนมาร่วมในกระบวนการ ที่มาจากทุกกลุ่ม ทุกเพศ และทุกบริบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสทางสังคม นอกจากนี้ นักวิจัยต้องเข้าใจแนวคิด กระบวนการ และเชื่อมั่นในหลักการของ PRA เป็นอย่างดี และเข้าใจในบทบาท หน้าที่ ที่สอดคล้องกับภารกิจใหม่ของตนเอง และเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อชุมชน มีบุคลิกภาพที่ยืดหยุ่น รับฟังความคิดเห็น ไม่ครอบงำ ไม่ชี้นำ หรือตัดสินความคิดของผู้ร่วมวิจัยด้วยมาตรฐานของนักวิจัยเอง และต้องสร้างบรรยากาศของการประชุมสนทนาเป็นไปอย่างเรียบง่าย และเป็นกันเอง

#### 5.5 ข้อจำกัดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

การดำเนินการวิจัย ที่เกิดขึ้นจากการลงพื้นที่ในการสร้างสัมพันธภาพ สนทนากลุ่ม ร่วมประชุม จนเกิดความคุ้นเคยในชุมชน อาจสร้างความคาดหวังให้ชุมชนว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากคนภายนอก หรือการจัดการประชุมที่ต้องมีการแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ ปัญหาและสาเหตุอย่างตรงไปตรงมา อาจมีความเกรงใจผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ หรือผู้นำในชุมชนจนไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แท้จริง หรือปัญหาบางอย่างมีความยุ่งยากซับซ้อนจนชุมชนไม่สามารถวิเคราะห์หรือดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นได้ และที่สำคัญคือความสามารถของผู้วิจัยที่จะนำเสนอปัญหาของชุมชน และกระตุ้นให้คนคิดอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) เป็นขั้นตอนการเก็บข้อมูลของชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่ใช้ค้นหาและระบุปัญหาของชุมชน ที่เกิดจากแนวคิดที่ว่าการศึกษาชุมชนเป็นสิ่งที่ชุมชนควรกระทำด้วยตนเอง การนำ การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นการเปิด โอกาสให้ชุมชนได้ร่วมพลังในการพิจารณาทางเลือกที่มีอยู่ และร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาเอคส์ในชุมชนเป็นการยกระดับปัญหาเอคส์ให้เป็นปัญหาของชุมชน ไม่ใช่ปัญหาของตัวบุคคล หากชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักต่อปัญหาแล้วการแก้ไขปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนา

PRA จึงเป็นกระบวนการที่มีความเหมาะสมในการทำงานเอคส์เนื่องจาก 1) เป็นสถานการณ์ที่ใกล้ตัว และมีความเป็นจริงในชุมชน มากกว่าความรู้ทางวิชาการที่มีอยู่ในตำรา 2) เอคส์เป็นปัญหาต่อสังคม และเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของคน มากกว่าปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข 3) ส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความตระหนักต่อปัญหา โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกัน และค้นพบด้วยตนเอง ไม่ใช่ถ่ายทอดความรู้ด้วยการบรรยายหรือการให้ข้อมูลแบบเบ็ดเสร็จ 4) ส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักถึงสภาพของตนเอง ในการแก้ปัญหา ร่วมกัน และใช้พลังกลุ่มในการแก้ปัญหา ไม่ใช่แก้ปัญหาที่เป็นตัวปัจเจกบุคคล และ 5) ส่งเสริมให้ชุมชนได้รับรู้ถึงสถานการณ์ และปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ

วิเคราะห์และวางแผนแก้ปัญหา (โครงการเอดส์ศึกษา, 2541)

จากการศึกษาของ ลดาวัลย์ สวณงาม และคณะ (2550) ได้นำกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PRA) มาศึกษาการสร้างเครือข่ายชุมชนในการทำงานด้านเอดส์ระดับตำบล กรณีศึกษา 4 ตำบล โดยคัดเลือกแกนนำชุมชน 15 คน มาพูดคุยแลกเปลี่ยนการทำงานด้านเอดส์ในชุมชนของตนเอง รวมทั้งคัดเลือกแกนนำชุมชน 5 คน เพื่อเข้าอบรมการวิเคราะห์ชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และนำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดให้กับแกนนำชุมชนเพื่อขยายเครือข่ายการทำงานเอดส์ในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า แกนนำสามารถวิเคราะห์ชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ร่วมกับ เจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัย สาธารณสุขอำเภอ และสาธารณสุขจังหวัด โดยวิเคราะห์แผนที่แหล่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ วิเคราะห์สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงต่อเอดส์ วิเคราะห์ความตระหนักต่อการแพร่เชื้อโรคเอดส์ และวิเคราะห์องค์กรชุมชนที่ให้การสนับสนุนการทำงานเอดส์ แกนนำชุมชนมีความมั่นใจสามารถดำเนินกิจกรรม PRA ได้ มีการจัดทำแผนงานโครงการที่จะดำเนินการในกลุ่มเยาวชน และประชาชนทั่วไป

จากการศึกษาถึงกลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้สามารถตอบสนองถึงความต้องการที่แท้จริงของคนในชุมชนนั้น การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ชุมชนเพื่อให้ได้กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามความต้องการของคนในชุมชนอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน ในชุมชนเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น