

คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
ในชนบทภาคเหนือของประเทศไทย *

Quality of Life of Family Members of People Infected with HIV/AIDS
in Rural Areas of Northern Thailand

สุสัณหา ยิ้มแย้ม** Ph.D.

Susanha yamyim, Ph.D.,

วิลาวัลย์ เสนารัตน์** M.S.

Wilawan Senaratana, M.S.

พิกุล นันทชัยพันธ์*** พย.ด.

Pikul Nantachaipan, D.N.S.

นายประสิทธิ์ แซ่ตั้ง****

Mr. Prasit SeangTang

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ดังนั้นการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งของโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชนบทภาคเหนือของประเทศไทย โดยอาศัยวิธีการผสมผสาน

ทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตหลังการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ได้รับผลกระทบ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย การประชุมปรึกษาหารือกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านเอดส์ และการสนทนากลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ ขณะที่วิธีการวิจัยเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ใน 6 ตำบลเป้าหมายในอำเภอดอยสะเก็ดและอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตนี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการประเมินนี้เป็นคุณภาพชีวิตทั้งในภาพรวมและมีதிய่อยที่สำคัญของ

* ได้รับการสนับสนุนจาก The Harvard AIDS Institute

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ประสานงานโครงการอีซีไอไทย

คุณภาพชีวิตอันประกอบด้วยคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว

ผลการศึกษาในกลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่าคุณภาพชีวิตทั้งโดยภาพรวม ($t = 3.87, p < 0.001$) และในรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ($t = 4.02, p < 0.001$) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($t = 2.21, p < 0.05$) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ($t = 3.05, p < 0.01$) และด้านครอบครัว ($t = 3.17, p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากับทั้งสองกลุ่ม ผลการศึกษานี้เสนอว่า โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป นอกจากนี้ผลการศึกษายังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยโรคเอดส์, ครอบครัว

Abstract

Quality of life has become an important indicator to the effectiveness of HIV/AIDS project, thus the ultimate goal of the project on Enhancing Care Initiative for People Affected by

HIV/AIDS in Northern Thailand (ECI Thai) is to improve their quality of life of family member. The combined qualitative and qualitative methods were used for comparison quality of life between before and after implementation of enhancing care. These qualitative approaches included focus group discussions with the families of the HIV infected persons/AIDS as well as consultative meetings among related key informants, whilst quantitative method was interviewing the family members of person with HIV/AIDS in six target sub-districts of Doi Saket and Proa districts in Chiang Mai province using the Quality of Life Questionnaire, which was developed from the findings of qualitative approaches and literature reviews. This quality of life was evaluated by total scale and sub-scales including physical and functioning, social and economic, psychological and spiritual, and socio-economic of the family.

The findings showed that there were increased quality of life with high significantly at total ($t = 3.87, p < 0.01$) and all aspects; physical and functioning ($t = 4.02, p < 0.001$), social and economic ($t = 2.21, p < 0.05$), psychological and spirit ($t = 3.05, p < 0.01$), and family ($t = 3.05, p < 0.01$). These findings were supported by the findings from focus group among family members of person with HIV/AIDS. This study indicated that the

research project on Enhancing Care Initiative for People Affected by HIV/AIDS in Northern Thailand (ECI Thai) could help to improve quality of life among the family members of person with HIV/AIDS. Therefore, we should continue promoting the health care. Moreover, this study can facilitate as database in development and enhancing the health care for family members.

Key words : Quality of life, HIV infected persons, AIDS patients, Family

ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตไปแล้วเป็นจำนวนถึง 62,192 รายและยังมียังมีชีวิตอยู่ติดเชื้อเอชไอวีอีก 271,509 ราย ซึ่งยังคงมีชีวิตอยู่เพื่อรอความหวังว่าจะมีการคิดค้นยาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ได้ (กองโรคเอดส์, 2545) การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์อย่างมาก ทั้งนี้เพราะเป็นเรื่องคุกคามต่อร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้คุณค่าแห่งชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (เจริญศรี แซ่ตั้ง, พิชโรบล นาถประทาน, และรุ่งฤดี เขื่อนนันท์, 2543, สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล, พิกุล นันทชัยพันธ์, ประสิทธิ์ แซ่ตั้ง, และนิวัตร สุวรรณพัฒนา, 2544; Senaratana, Yimyam, Nantachaipan, & Chariyalertsak, 2001) สิ่งเหล่านี้

นี้ย่อมมีผลไม่เฉพาะต่อผู้ติดเชื้อ แต่ยังมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ปัญหาเอดส์มีความเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ ของคนในครอบครัวและชุมชนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ (เสาวภา พรสิริพงษ์, 2541; สุมาลี วรรณรัตน์, 2542; สุธิรา ยืนตระกูล, และเพ็ญศรี กวีวงศ์ ประเสริฐ, 2544) และยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วย เพราะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมากกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ (กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน, 2541)

แม้ว่าความพยายามของภาครัฐและเอกชน ได้พัฒนากลยุทธ์ในการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบที่ประสบผลสำเร็จ อย่างไรก็ตามยังคงมีอีกหลายประเด็นที่ต้องการวิธีการดูแลที่เป็นองค์รวมและผสมผสานของสหสาขาวิชา ดังนั้นโครงการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชนบทภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมสถาบันจึงเกิดขึ้นจากร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคชุมชน อันประกอบด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 แผนกพันธุกรรม เอดส์ มูลนิธิสภาคริสตจักรในประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ภาคเหนือตอนบน จากการประเมินสถานการณ์ในปี

พ.ศ. 2541 (Senaratana, Yimyam, Nantachaipan, & Chariyalertsak, 2001) ก่อนดำเนินงานโครงการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพนี้พบว่า การระบาดของโรคเอดส์ได้เข้าสู่สถาบันครอบครัว อัตราการติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่ยังคงสูงกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วประเทศก่อให้เกิดปัญหาเด็กกำพร้าและผู้สูงอายุที่ไร้ผู้ดูแล นอกจากการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์จะก่อให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกายแล้วยังมีปัญหาคือตามมามากมายทั้งทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สำหรับปัญหาทางด้านสังคมแม้ว่าความรังเกียจ ความกลัว และการกีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวจะลดลง แต่ยังคงพบได้โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีต่ำ ประชาชนยังคงกลัวการติดเชื้อฉวยโอกาสและลำบากใจเมื่อต้องเผชิญอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์บางชุมชนไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว รวมทั้งเด็กที่เกิดจากผู้ติดเชื้อไม่สามารถเข้าโรงเรียนได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกให้ออกจากงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี จึงมีผลกระทบต่อยาได้ ความเป็นอยู่ทั้งของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Senaratana, Yimyam, Nantachaipan & Chariyalertsak, 2001) สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญประการหนึ่งเพื่อประเมินผลจากโครงการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบในชุมชนชนบทภาคเหนือประเทศไทย (โครงการ ECI) ที่มีการดำเนินงานระหว่าง ปี

พ.ศ. 2543 ถึง ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งมีกลยุทธ์ที่ครอบคลุมทั้งการพัฒนาระบบบริการในสถาบันบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพภาคชุมชน และการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว รวมทั้งชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้คุณภาพชีวิตได้จากการสนทนากลุ่มตามมุมมองของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามแบบสอบถามที่สร้างโดยอาศัยแนวคิดของเฟอร์รานส์และเพาเวอร์ (Ferrans & Power, 1992) ที่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกถึงความผาสุกของบุคคลซึ่งประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต โดยที่แต่ละองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณีวัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นมีชีวิตอยู่ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและบทบาทหน้าที่ สังคมเศรษฐกิจ จิตใจและจิตวิญญาณ และครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชนบทภาคเหนือของประเทศไทย (โครงการอีซีไอ-ไทย) โดยการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในระยะก่อนและหลังการดำเนินโครงการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการผสมผสานวิธีวิจัยเชิงปริมาณและวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อติดตามประเมินผลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอ/โรคเอดส์ ระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง ปี พ.ศ. 2545

พื้นที่เป้าหมายในการวิจัย

พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 6 ตำบล ในอำเภอตอยสะเกิดและอำเภอฟ้าว ประกอบด้วย สามตำบลในอำเภอตอยสะเกิด ได้แก่ ตำบลเชิงดอย ตำบลสำราญราษฎร์ และตำบลสันปูเลย อีกสามตำบลในอำเภอฟ้าว ได้แก่ ตำบลสันทราย ตำบลน้ำแพร่ และตำบลป่าดุ่ม

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทำความเข้าใจกับประเด็นที่ต้องการศึกษาเพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นในการพัฒนาแบบสัมภาษณ์เพื่อการสำรวจกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการวางแผนทำการวิจัยขั้นตอนต่อไป ซึ่งวิธีรวบรวมข้อมูลโดย 1) การสนทนอย่างไม่เป็นทางการกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านเอดส์ทั้งในภาครัฐบาลและเอกชน 2) การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตทางสุขภาพและการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3) การสนทนา

กลุ่มกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในการศึกษา จำนวน 6 คน โดยเลือกจากตัวแทนที่มีความแตกต่างกันทั้งระดับการศึกษา สังคมและเศรษฐกิจ

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 1 ซึ่งมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นทีมผู้วิจัยในโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอ/ผู้ป่วยเอดส์ภาคเหนือตอนบนเป็นผู้สัมภาษณ์ นอกจากนี้จัดการสนทนากลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละอำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภายหลังดำเนินกิจกรรมในโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เดิม และการสนทนากลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละอำเภอ เช่นเดิม โดยผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนนี้ประมาณร้อยละ 75 เป็นบุคคลเดียวกันกับขั้นตอนที่สอง ทั้งนี้เพราะการศึกษานี้เป็นการศึกษาติดตามระยะยาว สมาชิกบางครอบครัวได้ย้ายถิ่นออกจากชุมชนไม่สามารถติดต่อได้

ผู้ให้ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านเอดส์ ได้แก่ ผู้บริหารทางสาธารณสุข นักวิชาการ

นักวิจัย นักพัฒนาองค์กรเอกชน และผู้ประสานงาน เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 คน ส่วนการ เลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาให้ข้อมูลในกลุ่มสนทนาใน ขั้นตอนเป็นแกนนำที่ทำงานในเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวีระดับภาคเหนือและระดับจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลคือ สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่อาศัยอยู่ใน พื้นที่เป้าหมาย โดยเลือกกลุ่มสมาชิกในครอบครัว ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่เป้าหมายที่ เปิดเผยตัว ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งได้ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพ จำนวน 49 คน และการสนทนา กลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์จำนวน 11 คนในอำเภอพร้าว จำนวน 6 คน ในอำเภอดอยสะเก็ด รวมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 17 คน

ขั้นตอนที่ 3 ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัง ดำเนินงานพัฒนาศักยภาพคือ สมาชิกในครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 37 คน และ ผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มเป็นสมาชิกในครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 10 คนใน อำเภอพร้าว จำนวน 5 คนในอำเภอดอยสะเก็ด รวม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 15 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

คณะผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมทั้ง ขั้นตอนในการวิจัยของการทำวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่าการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับ ความสมัครใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูก

เก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลใน การนำเสนอและข้อมูลจะนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะ ทางการศึกษาเท่านั้น และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัว ออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตามความต้องการโดย ไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้คณะผู้วิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัย ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงดำเนินการวิจัย ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็น คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ “คุณภาพชีวิตคือ อะไร” “อะไรคือคุณภาพที่ดี และอะไรคือคุณภาพ ชีวิตที่ไม่ดี” “อะไรที่เป็นตัวบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต” “ปัจจุบันนี้คุณมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร” “การติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและ สมาชิกในครอบครัวอย่างไร” และ “ทำอย่างไรจึงจะ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” และมีคำถามเพิ่มเติม ในประเด็นต่างๆ ที่เจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลใน รายละเอียดที่ชัดเจน

2. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เป็นแบบ สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของ ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วม เป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรม ภาวะสุขภาพ) และแบบ วัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัด คำนีคุณภาพชีวิตของเฟอร์รานส์ (Ferrans, 1997) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในองค์ประกอบของคุณภาพ-ชีวิต 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกายและการทำหน้าที่

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว แบบสัมภาษณ์มีข้อความถาม จำนวน 39 ข้อ โดยในแต่ละข้อนั้นจะมีการให้คะแนนเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการให้คะแนนในด้านความพึงพอใจซึ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ ไม่พึงพอใจเลย จนถึง พึงพอใจมากที่สุด ส่วนที่สองเป็นการให้คะแนนในด้านของความสำเร็จของประเด็นต่อคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ ไม่สำคัญเลย จนถึง สำคัญมากที่สุด ซึ่งแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) โดยรวมได้เท่ากับ 0.88 และในรายด้านอยู่ระหว่าง 0.84 ถึง 0.92 หลังจากนั้นได้นำไปใช้ในการสัมภาษณ์กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่และคำนวณหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.96

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพได้รับการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดยใช้การเปรียบเทียบข้อมูลเดียวกับการรวบรวมข้อมูลหลายวิธีจากแหล่งข้อมูลหลายทาง และต่างช่วงเวลากัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินโครงการ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (pair t-test) ในผู้ให้ข้อมูลจำนวน

37 คนที่มีข้อมูลครบทั้งสองขั้นตอน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วย กำหนดประเด็นหลัก ให้อรรถาธิบาย ตั้งดัชนี และจัดหมวดหมู่ จากนั้นเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลดัชนีและหมวดหมู่ต่างๆ ที่วิเคราะห์ได้

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยประกอบด้วย 1) คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

1. คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูล

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลก่อนการดำเนินงานส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 49 คน ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลหลังการดำเนินงานส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพ เป็นสมาชิกในครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นบุคคลเดียวกันกับกลุ่มที่ให้ข้อมูลก่อนดำเนินงาน จำนวน 37 คน โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อีก 12 คน ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้เนื่องจากย้ายถิ่นฐาน คิดเป็นร้อยละ 24.7 ผู้ให้ข้อมูล ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงานส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (61.2% and 62.2%) มีอายุ 41 ปีขึ้นไป (89.8% and 75.8%) มีสถานภาพสมรสคู่ (65.3% and 64.9%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (71.4% and 83.8%) ยังคงทำงานอยู่ (80.9% and 89.2%) พักอาศัยอยู่กับครอบครัว (93.9% and

94.8%) ในระยะก่อนดำเนินโครงการสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มเครือข่าย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (24.5%)

แต่ในระยะหลังดำเนินโครงการส่วนใหญ่เข้าร่วมกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี (56.8%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังดำเนินการพัฒนา	
	(N=49)		(N=37)	
	n	%	n	%
เพศ				
ชาย	19	38.8	14	37.8
หญิง	30	61.2	23	62.2
อายุ (ปี)				
≤ 20	-	-	-	-
21-40	5	10.2	8	24.2
41-60	22	44.9	11	33.4
≥ 61	22	44.9	14	42.4
สถานภาพสมรส				
โสด	1	2.1	1	2.7
คู่	32	65.3	24	64.9
หย่า/แยก	3	6.1	4	10.8
หม้าย	13	26.5	8	21.6
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	35	71.4	31	83.8
มัธยมศึกษา	2	4.1	2	5.4
ประกาศนียบัตร/ปริญญาตรีขึ้นไป	12	24.5	4	10.4
การทำงาน				
ไม่มีงานทำ	9	19.1	4	10.8
มีงานทำ	38	80.9	33	89.2
ที่พักอาศัย				
อยู่กับครอบครัว	46	93.9	35	94.6
อยู่ตามลำพัง	3	6.1	1	2.7
อยู่กับญาติ	-	-	1	2.7
อยู่บ้านพักพิง	-	-	-	-
การเข้าร่วมกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
เข้าร่วม	12	24.5	21	56.8
ไม่เข้าร่วม	37	75.5	16	43.2

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า
ค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและคุณภาพ
การบริการสุขภาพในระยะหลังการดำเนินงานพัฒนา

ศักยภาพการดูแลสุขภาพสูงกว่าในระยะก่อนดำเนินงาน
ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
($t = 4.08$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพในระยะก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนาการดูแลสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	ก่อนดำเนินโครงการ ($N_1=37$)		หลังดำเนินโครงการ ($N_2=37$)		t-test (p Value)
	$\bar{X}_1$	S.D.	$\bar{X}_2$	S.D.	
คะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ	15.38	4.16	21.89	8.99	4.08 (<0.001)

N_1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลก่อนดำเนินงานพัฒนาการดูแลสุขภาพ N_2 จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลังดำเนินงานพัฒนาการดูแลสุขภาพ

จากการสนทนากับบุคลากรสุขภาพซึ่งได้
กล่าวถึงการพัฒนาศักยภาพการให้บริการสุขภาพที่
อาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยพัฒนา
ระบบบริการภายในโรงพยาบาลและสถานอนามัย
เช่น การพัฒนาการให้บริการเชิงรุก การพัฒนา
พฤติกรรมบุคลากรของโรงพยาบาล การอบรมการ
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการทางการแพทย์
และสาธารณสุข การอบรมการป้องกันและ
รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์ การให้
สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วม
ในการจัดคลินิกบริการในโรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้ง
การจัดทีมเยี่ยมบ้านโดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมี
ส่วนร่วม การส่งเสริมสุขภาพชุมชน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิด
การทำงานที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยเอดส์
และสมาชิกในครอบครัวกับระบบบริการอื่นๆใน
โรงพยาบาล การบริการสุขภาพกับภาคชุมชนและ
สังคมมากขึ้น และประสานงานร่วมมือกันระหว่าง

สถานบริการ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี สมาชิกใน
ครอบครัว และชุมชนในการขับเคลื่อนพร้อมกัน
เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม จึงน่าจะส่งผล
ให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในการศึกษานี้
เพิ่มขึ้น

3. คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ผลการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัว
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์พบว่า ค่าเฉลี่ยของ
คุณภาพชีวิตโดยรวมในระยะก่อนการดำเนินงานอยู่
ในระดับปานกลาง ($\bar{X}_1=15.84$, $S.D.=3.65$)
ขณะที่ค่าเฉลี่ยระยะหลังการดำเนินงานอยู่ในระดับ
สูง ($\bar{X}_2=19.70$, $S.D.=3.10$) และจากการ
วิเคราะห์พบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยทั้งสอง
ระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
($t = 3.87$, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้

จากการสนทนากลุ่มโดยสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือบิดามารดาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตลงไปแล้วกล่าวถึงโครงการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น ดังคำกล่าวของสมาชิกที่ว่า

“ชีวิตดีขึ้น เพราะลูก [ผู้ติดเชื้อ] ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย ไม่ค่อยเดือดร้อนเท่าไร ยังไม่ได้เข้าโรงพยาบาลสักครั้ง” “ดีขึ้น ได้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ เมื่อก่อนกลัวที่ต้องดูแลคนเป็นเอดส์ตอนนี้ไม่กลัวแล้ว” “มีประโยชน์มากสำหรับผู้ติดเชื้อ และคนที่ไม่ติดเชื้อก็เข้าใจ มีกิจกรรมด้วยกัน เราจะยอมรับกันมากขึ้น”

เมื่อวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์รานส์ (Ferrans, 1997) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว พบว่า มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการดำเนินงานและค่าเฉลี่ยระยะหลังการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ($t=4.02$, $p<0.001$) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($t=2.21$, $p<0.05$) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ($t=3.05$, $p<0.01$) และด้านครอบครัว ($t=3.17$, $p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์โดยรวมและรายด้านในระยะก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนาการดูแลสุขภาพ

คุณภาพชีวิต	ก่อนดำเนินโครงการ ($N_1=37$)		หลังดำเนินโครงการ ($N_2=37$)		t-test (p Value)
	$\bar{X}_1$	S.D.	$\bar{X}_2$	S.D.	
โดยรวม	15.84	3.65	19.70	3.10	3.87 (<0.01)
ด้านร่างกายและการทำหน้าที่	18.27	5.02	18.40	4.38	4.02 (<0.001)
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	17.77	4.34	18.78	4.36	2.21 (<0.05)
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	17.24	6.31	18.15	5.44	3.05 (<0.01)
ด้านครอบครัว	20.30	6.62	20.30	6.62	3.17 (<0.01)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและการทำหน้าที่

เมื่อพิจารณาพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและการทำหน้าที่ในระยะหลังการดำเนินงานสูงกว่าระยะก่อนการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อ

ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ($t=3.42$, $p<0.01$) การดูแลสุขภาพ ($t=4.06$, $p<0.001$) การมีชีวิตนานเท่าที่ควร ($t=3.16$, $p<0.01$) ความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว ($t=2.65$, $p<0.01$) ความสามารถในการควบคุมชีวิต

($t = 3.21, p < 0.01$) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ($t = 2.05, p < 0.05$) การที่ตัวเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัว ($t = 2.46, p < 0.05$) และสังคม และชีวิตทางเพศ ($t = 2.54, p < 0.05$) ส่วนประเด็นเกี่ยวกับพลังความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การมีประโยชน์ต่อบุคคลอื่น สิ่งที่ทำให้ความบันเทิง มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในระยะหลังการดำเนินงานสูงกว่าระยะก่อนการดำเนินงาน แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการสนทนากลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สมาชิกเกือบทั้งหมดกล่าวถึงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งดูแลรับผิดชอบงานบ้านและสมาชิกอื่นในครอบครัวได้ตามปกติ ดังกล่าวว่า “เดี๋ยวนี้ แข็งแรงขึ้น ได้ออกกำลังกาย รู้จักวิธีดูแลตนเองและครอบครัวมากขึ้น” “หนึ่งปีที่ผ่านมาไปนี้ สุขภาพก็แข็งแรงดี ไม่เจ็บป่วยอะไรมากนัก ยังทำงานบ้านและดูแลลูกๆ หลานๆ ได้ดี” “ร่างกายเราก็ก่อนก็เป็นธรรมดา แต่ไม่เคยต้องเข้าโรงพยาบาลเลย ช่วยตัวเองได้หมด ไม่ต้องให้ใครมาช่วย ไม่ยุ่งยากกับใคร”

สมาชิกส่วนใหญ่ตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยมีการออกกำลังกาย ดังคำบอกเล่าของสมาชิกคนหนึ่งว่า “ชาวบ้าน มีการออกกำลังกายมากขึ้น... แค่ว่าไปสอนรำไม้พลองของป้าบุญมี เราก็ไปออก [ออกกำลังกาย] กับเค้า” บางชุมชนมีการออกกำลังกายทุกวันในตอนเย็น สมาชิกอีกรายหนึ่งกล่าวว่า “รำไม้พลองด้วยและมานวดด้วย” สมาชิกที่ได้เข้าร่วมฝึกอบรมการนวดแผนไทย และนำเอาไป

ใช้ร่วมกับสมาชิกอื่นในบ้าน ได้บอกว่า “ที่เขามาสอน มาอบรมการนวดดินะคะ ช่วยหายปวดเมื่อย” นอกจากนี้สมาชิกยังมีโอกาสได้รับฟังความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคลากรสุขภาพและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการอบรมมีส่วนร่วมเป็นอาสาสมัครทั้งที่โรงพยาบาลและตามหมู่บ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า “เขาจะมาพูดเรื่องการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสุขภาพ... การดูแลตนเอง สมุนไพร” “เรื่องสมุนไพร เขาจะแนะนำให้ใช้ เวลาเจ็บอะไรขึ้นมาเราก็จะได้เอกสารประกอบมาด้วย... ไม่ต้องเสียตังค์ บางครั้งก็ได้สมุนไพรมาต้มกิน” นอกจากนั้นยังได้ความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตด้วย “ด้านจิตใจที่โรงพยาบาลก็เคยจัดอบรมให้ชาวบ้านเรื่อง สุขภาพจิต เขาจะแนะนำ ทำให้เราไม่ต้องกลุ้มมาก แล้วตอนนี้ก็มีหมอ (พยาบาลจากโรงพยาบาล) ได้เข้าไปอบรมในหมู่บ้าน... หมอมาอบรมเรา เราจะได้คิดว่า อันนี้เป็นอันนั้น จะได้ไม่ต้องมาคิด ไม่ต้องกังวลใจเลยสบายใจ”

จะเห็นได้ว่าในระยะหลังการดำเนินงานของโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพ ทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะสมาชิกส่วนใหญ่มีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น จากการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน (เช่น สมุนไพร การนวดแผนไทย เป็นต้น) ในการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วย จึงทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีพลังความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเอง ถึงแม้สมาชิกประมาณเกือบครึ่งหนึ่งเป็น

ผู้สูงอายุ แต่ก็ยังสามารถดูแลตนเอง ไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม รวมทั้งสามารถทำงานที่รับผิดชอบในครอบครัว วางแผนและควบคุมชีวิตตัวเองได้

คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เมื่อพิจารณาพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจในระยะหลังการดำเนินงานสูงกว่าระยะก่อนการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อ ได้แก่ การยอมรับจากเพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชน ($t = 4.64, p < 0.001$) เพื่อนบ้าน ($t = 3.67, p < 0.001$) การทำงาน ($t = 3.59, p < 0.001$) การช่วยเหลือจากบุคคลนอกครอบครัว ($t = 3.37, p < 0.001$) กำลังใจที่ได้รับจากบุคคลนอกครอบครัว ($t = 2.88, p < 0.01$) เพื่อน ($t = 3.05, p < 0.01$) การได้ผูกมิตรและการเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น ($t = 2.83, p < 0.05$) ความสามารถในการจัดการดูแลเกี่ยวกับการเงิน ($t = 2.36, p < 0.05$) และสภาพบ้านหรือที่อยู่อาศัย ($t = 2.06, p < 0.05$)

จากการสนทนากลุ่มสมาชิกส่วนใหญ่ให้ข้อมูลถึงการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสมาชิกในครอบครัวให้ในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมว่ามากขึ้น ดังกล่าวไว้ว่า “แต่ก่อนเข้าหาเขาไม่ได้ เขาจะรังเกียจ แต่เดี๋ยวนี้ สังคมยอมรับ มีกิจกรรมต่างๆ เข้ามามากขึ้น” “ร่วมกิจกรรมทุกอย่างในหมู่บ้าน” แม้ว่าในชาวบ้านในชุมชนทั่วไปได้ให้การยอมรับมากขึ้น และโรงเรียนก็ไม่ได้มีการกีดกันในการรับเด็กที่มาจากครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าเรียน ทำให้เด็กสามารถเรียนและมีชีวิตเช่นเด็กปกติทั่วไป สมาชิกรายหนึ่งบอกว่า “หลานไป

โรงเรียนได้เหมือนคนอื่น ไม่มีปัญหา ไปโรงเรียนแล้วเพื่อนเยอะ เขาก็รู้ว่า [พ่อแม่] เป็นเอดส์” แต่ในโรงเรียนบางแห่งเพื่อนนักเรียนได้แสดงความรังเกียจ ไม่คบ ไม่เล่น ไม่พูดคุยด้วย ทำให้เด็กไม่อยากไปโรงเรียน ดังผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกรายหนึ่งที่มีหลานสาววัย 11 ปี อยู่ต่างโรงเรียนกับยายแรกเล่าให้ฟังว่า

“หลานสาวเล็กไปโรงเรียนแล้ว เขาไม่ยอมรับ...เข้าโรงเรียนได้ แต่ไม่มีเพื่อน ไปหยิบจับอะไร เขาก็ปัดออกหมด... ตั้งแต่เดือนตุลาคมมา ไปโรงเรียนเดือนละครั้งสองครั้ง ตอนนั้นไม่ได้ไปโรงเรียนนานแล้ว อยู่ที่บ้านหรือบางวันไปวัดไปเล่นคอมพิวเตอร์”

สำหรับประเด็นการทำงานนั้น สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รายงานว่าสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ คนในชุมชนไม่ได้ตั้งข้อรังเกียจใดๆ บางคนยังได้เข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของชุมชน ทั้งในกลุ่มนวดแผนไทย และกลุ่มกลีกรรรมธรรมชาติ นำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาใช้ในการประกอบอาชีพ ทำให้มีรายได้สามารถจัดการเกี่ยวกับการเงินภายในครอบครัวได้

จะเห็นได้ว่าผลของโครงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์มากขึ้นและยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพชุมชนที่คนในชุมชนต้องช่วยเหลือดูแลกัน จากการได้ยอมรับจากชุมชน นำไปสู่ความพึงพอใจต่อการมีเพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการช่วยเหลือและการให้กำลังใจต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น

นอกจากนี้ยังทำให้ประกอบอาชีพหารายได้ และสามารถจัดการเกี่ยวกับการเงินในครอบครัวได้ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณในระยะหลังการดำเนินงานสูงกว่าระยะก่อนการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อ ได้แก่ ความไม่กังวลในชีวิต ($t = 4.31$, $p < 0.001$) ความเป็นตัวเอง ($t = 3.87$, $p < 0.001$) การทำงาน ($t = 3.59$, $p < 0.001$) ชีวิตในภาพรวม ($t = 3.66$, $p < 0.001$) ความหวังในการดำเนินชีวิต ($t = 3.01$, $p < 0.01$) ความสำเร็จในเป้าหมายชีวิต ($t = 2.70$, $p < 0.01$) ความมั่นคงในชีวิต ($t = 2.07$, $p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในประเด็นอื่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความสงบสุขในใจ ความสุขโดยภาพรวมและความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา จากการสนทนากลุ่มได้ผลที่สนับสนุนข้อมูลจากการสัมภาษณ์สมาชิกกลุ่มได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ดังนี้

“ดีขึ้นมาก เพราะไม่ได้ทุกข์กับลูกแล้ว ลูกเขาดีขึ้น ชาวบ้านก็ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือมาก” “หมอมาอบรมเรา เกี่ยวกับสุขภาพจิต ทำให้เราได้คิดว่าอันนั้นเป็นอันนั้น จะได้ไม่ต้องกังวลใจ เลยสบายใจขึ้น ไม่ต้องกลัวมาก” “ตอนนี้ก็ปรับจิตปรับใจได้แล้ว ทุกวันนี้ยังมีความหวังที่ต้องอยู่ต่อไปเพื่อเลี้ยงหลานให้ดี”

คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว

เมื่อพิจารณาพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวในระยะหลังการดำเนินงานสูงกว่า

ระยะก่อนการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อ ได้แก่ ความสุขของครอบครัว ($t = 4.46$, $p < 0.001$) การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว ($t = 2.83$, $p < 0.01$) สุขภาพของครอบครัว ($t = 2.78$, $p < 0.01$) คู่ครอง/คู่รัก/คู่สมรส ($t = 2.26$, $p < 0.05$) กำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว ($t = 2.26$, $p < 0.05$) ความสำเร็จในเป้าหมายชีวิต ($t = 2.70$, $p < 0.01$) ความมั่นคงในชีวิต ($t = 2.07$, $p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในประเด็นอื่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้แก่ ประเด็นเกี่ยวกับบุตร จากการสนทนากลุ่ม สมาชิกกลุ่มได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวดังนี้

“...กำลังใจดีมีความสำคัญมากในครอบครัว เช่น พี่สาว [ที่ติดเชื้อ] อยู่ได้จนถึงเดี๋ยวนี้ อยู่กันสองคนพี่น้อง การให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นสิ่งสำคัญ... สุขภาพจิตและครอบครัวนี้ดีมาก จะพูดในส่วนของพี่สาวว่า เธอเป็นคนที่มีจิตใจดี ถ้าเราไม่สบาย พี่ก็จะจัดยามาให้กิน เค้าไปอบรมมาหลายอย่างเกี่ยวกับสุขภาพ”

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น เป็นผลของการดำเนินงานของโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพด้านร่างกายและการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ มีสุขภาพในทางที่ดีขึ้น อาจจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากสมาชิก

ส่วนใหญ่มีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นตามกระแสของสังคมที่ให้ความสนใจในเรื่องนี้มากขึ้น โดยการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพมากขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน (เช่น สมุนไพร การนวดแผนไทย เป็นต้น) ในการดูแลสุขภาพอาการเจ็บป่วย จึงทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีพลังความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเอง ถึงแม้ว่าสมาชิกประมาณเกือบครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุแต่ก็ยังสามารถดูแลตนเอง ไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม รวมทั้งสามารถทำงานที่รับผิดชอบในครอบครัว วางแผนและควบคุมชีวิตตัวเองได้ นอกจากนี้การที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น นอกจากจะมีผลดีทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีผลดีต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จากการที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น ลดความวิตกกังวลในการดูแล มีความหวัง และเป้าหมายชีวิตที่ดีขึ้น ยังผลต่อความมั่นคงในชีวิต สัมพันธภาพที่ดี มีการช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน อันก่อให้เกิดความสุขด้านครอบครัว นอกจากนี้แล้วยังส่งผลต่อครอบครัวทำให้ญาติของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพ สัมพันธภาพที่ดี มีการช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน อันก่อให้เกิดความสุขของครอบครัว นอกจากนี้ผลของโครงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพทั้งในสถาน

บริการสุขภาพ ในชุมชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ส่งผลต่อคุณภาพด้านสังคมและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจเรื่องเอดส์มากขึ้นและยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพชุมชน ที่คนในชุมชนต้องช่วยเหลือดูแลกัน จากการได้ยอมรับจากชุมชน นำไปสู่ความพึงพอใจต่อการมีเพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการช่วยเหลือและการให้กำลังใจต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อ การเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังทำให้ประกอบอาชีพหารายได้ และสามารถจัดการเกี่ยวกับการเงินในครอบครัวได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัสสร ลิมานนท์ (Limanonda, 2001) ซึ่งเป็นการถอดบทเรียนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชนสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ซึ่งได้เน้นถึงความสำคัญของครอบครัวและชุมชนเป็นกุญแจสำคัญในการแก้ไขปัญหายเอดส์ ดังนั้นการดูแลไม่เพียงแต่ในภาคสถานบริการสุขภาพเท่านั้น ต้องพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและชุมชนด้วย รวมทั้งกล่าวถึงบทบาทสำคัญของสถาบันทางศาสนา หมอพื้นบ้าน หมอสมุนไพร และการดูแลรักษาด้วยทางเลือกอื่นๆ สิ่งเหล่านี้ช่วยบรรเทาปัญหาผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ได้อันนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำหรับปรับปรุงโครงการและการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1. การติดตามผลคุณภาพชีวิตอาจต้องมีการติดตามระยะยาวและใช้เวลาเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นผลรวมของความรู้สึกถึงความผาสุกซึ่งประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้ครอบคลุมทุกประเด็น อาจต้องใช้เวลา

2. การติดตามประเมินผลโครงการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพควรใช้คุณภาพชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ โดยในการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นควรประเมินโดยภาพรวมและมีต่อยอด และการประเมินผลอาจจะต้องใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณ เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนและสมบูรณ์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ The Harvard AIDS Institute ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ

วิจัย และคณะพยาบาลศาสตร์ในการสนับสนุนสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการวิจัย รวมทั้งภาคีที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 แผนกพันธุกิจเอดส์ มูลนิธิสภาคริสตจักรในประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ภาคเหนือตอนบน โดยเฉพาะคณะทำงานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต นางสาวศิริพร วงศ์ไชย และนางสาวเจริญศรี แซ่ตั้ง ในการช่วยเหลือพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต นายชัยบาน วีรรัตน์ศักดิ์ นางจรรุวรรณ วุฒิ นางขวัญจิตร คำแสน และนางนวนาถ คุณาสวัสดิ์ รวมทั้งนักวิจัยในพื้นที่ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมบุคคลที่สำคัญที่สุดคือผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทุกท่าน คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคเอดส์. (2545). สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2545. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลระวี วิวัฒนชีวิน. (2541). ผลการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจริญศรี แซ่ตั้ง, พิชโรบล นาดประทาน, และรุ่งฤดี เซ็นนันท์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน. เชียงใหม่: สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10.

- สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล, พิกุล นันทชัยพันธ์, ประสิทธิ์ แซ่ตั้ง, และนิวัตร สุวรรณพัฒนา. (2544). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและการจัดการของชุมชนต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ในบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือตอนบน. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์
- สุมาลี สุวรรณรัตน์. (2542). ชุมชนกับการทำงานด้านเอดส์. เวทีสรุปบทเรียนการดำเนินงานด้านเอดส์ภาคเหนือตอนบนของโครงการสาธารณสุขประโยชน์ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ปี 2540-2541. ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่, มีนาคม 2542.
- สุธีรา ชื่นตระกูล, และเพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2544). ผลการศึกษาทบทวนองค์ความรู้แลกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคกลาง. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เสาวภา พรสิริพงษ์. (2541). ปฏิกริยาของสังคมต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว. ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และ คันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ), องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (หน้า 111-144). กรุงเทพฯ: รุ่งแสง.
- Limnonda, B. (2001). Home and Community-based Care for Persons Living with HIV and AIDS in Thailand: Lessons learned and future prospects. Bangkok: Desire.
- Ferrans, C.E., & Power, M. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index . *Research in Nursing & Health*, 15, 29-38.
- Ferrans, C.E. (1997). Development of a conceptual model of quality of life. In A.G. Gift (ed.), *Clarifying concepts in nursing* (pp. 110- 121). New York: Springer.
- Senarattana, W., Yimyam, S., Nantachaiphan, P., & Chariyalertsak, C. (2001). The AIDS care program for people living with and affected by HIV/AIDS: Lesson learned from upper northern Thailand (pp. 141-149). Proceeding in *The International Conference; Improving through health promotion: Nurses making a difference*. at Pang Suan Keaw Hotel, Chiang Mai, Thailand. 31 January - 2 February 2001.