บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

แนวคิดเกี่ยวกับความสุข ได้เริ่มต้นขึ้นในทศวรรษที่ 1970 โดยมีนักเศรษฐศาสตร์ชาวเยอรมันชื่อ E.F.Schumacher ได้เผยแพร่แนวคิดเศรษฐศาสตร์แบบใหม่ภายใต้ผลงาน Small is beautiful m ที่โด่งดัง ซึ่งเป็นแนวคิดในทางเดียวกันกับผลงานเศรษฐศาสตร์แนวพุทธของท่านพระธรรมปิฎก (ป.อ. ประยุทธ ปยุตโต) ที่ระบุว่าความสุขที่แท้จริงมิได้เกิดจากการบริโภควัตถุหากแต่ความสุขเกิดขึ้นจากสภาวะของจิต เมื่อกลางศตวรรษที่ 20 มีแนวคิดหลากหลายที่เริ่มท้าทายกระแสการพัฒนาของโลก โดยประเทศภูฐานซึ่งเป็นประเทศเล็ก ๆ ในเอเชียประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับความเจริญมั่งคั่งและความสุขของประชาชนโดยใช้หลักความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness: GNH) มาแทนการวัดระดับการพัฒนาด้วยค่าทางเศรษฐกิจ ความหมายของ ความสุข ที่แท้จริงของมนุษย์จึงเริ่มเป็นความท้าทายที่ก่อให้เกิดการค้นหาทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ("อยู่เย็นเป็นสุข", 2548, หน้า 11)

ในต่างประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่นซึ่งอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจถูกวัดในรูปของค่าผลผลิตมวลรวมของประเทศหรือจีดีพี (GDP) ได้พุ่งทะยานอย่างต่อเนื่องมาตลอดช่วงปี พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ.2523 ส่งผลให้ชาวญี่ปุ่นยุคปัจจุบันดำเนินชีวิตอยู่ท่ามกลางสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและการผ่อนคลายอันมั่งคั่ง ทุกครอบครัวเป็นเจ้าของรถยนต์ส่วนตัวอย่างน้อยจำนวนหนึ่งคัน โดยเป็นรถยนต์รุ่นล้ำยุค หายาก และราคาแพงมาก อีกทั้งยังมีเงินใช้ง่าย ๆ ถือเป็นประเทศที่ผู้คนใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางความสะดวกสบายและสนุกที่มีการไต่ระดับอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อถามถึงเรื่องความสุข กลับยังคงหยุดนิ่งเป็นเส้นตรงเท่าเดิม ไม่ได้เพิ่มเป็นเงาตามคุณภาพชีวิตอันหรูหรา ประเทศเกาหลีใต้ซึ่งเศรษฐกิจขยายตัวรวดเร็วในช่วงไม่กี่ปีผ่านมา ก็พบว่าภาวะความสุขไม่ยอมไล่ตามตัวเลขอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจเช่นเดียวกัน อีกทั้งประเทศมหาอำนาจทางเศรษฐกิจโลกที่ร่ำรวยอย่างสหรัฐอเมริกา พบว่าจากการสำรวจเมื่อ 50 ปีก่อน จำนวนประชากรที่บอกว่าชีวิตมีความสุขมาก เทียบกับวันนี้ยังอยู่ไล่เลี่ยอยู่ที่เดิมทั้งที่ตัวเลขผลผลิตมวลรวมของประเทศ (GDP) กระโดดไปไกลมากกว่าเท่าตัวแล้ว และที่ทวีปยุโรปเหตุการณ์ก็คล้ายเพื่อน ๆ กลุ่มประเทศที่ภาวะเศรษฐกิจรุ่งเรืองทางเอเชียตะวันออกและสหรัฐอเมริกา เช่น ที่ประเทศอังกฤษมีตัวเลขผลผลิตมวลรวมของประเทศ (GDP) ขยายตัวจาก 34 ล้านเหรียญสหรัฐฯ ไปเป็นมากกว่า 2 พันล้านเหรียญ ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา แต่ประชาชน

ยังคงมีสภาพความพอใจกับชีวิตไม่มากไปกว่าเมื่อ 40 ปีก่อน การทำโพลล์สำรวจที่ประเทศเยอรมนีก็พบผลลักษณะเดียวกัน เมื่อไม่นานนี้ ดร.เอ็ดเวิร์ด ไดเนอร์ (Edward Diener) นักจิตวิทยามหาวิทยาลัยในรัฐอิลลินอยส์ สหรัฐอเมริกา ผู้ซึ่งได้ฉายาว่า ดอกเตอร์แฮปปี้เนส จากการที่เขาสนใจศึกษาเรื่องราวที่ว่าด้วยความสุขของมนุษย์มานานร่วม 25 ปี ได้ลงมือทำงานวิจัยที่น่าสนใจชิ้นหนึ่งร่วมกับบุตรชายโดยทำการสำรวจความเห็นของคนจากสังคมต่าง ๆ ทั่วโลก ว่าตัวเองมีสุขภาวะมากแค่ไหน แล้วนำเสนอผลออกมาเป็นระดับคะแนนตั้ง 1- 5 โดยเรียกการทดสอบนี้ว่า เอสดับเบิลยูบี (Subjective Well-Being: SWB) ซึ่งทำให้มุมมองใหม่ ๆ ต่อเรื่องของความยากไร้และร่ำรวยซึ่งเคยถูกคำว่า "เงินมากสุขมาก" ถมทับไว้มีโอกาสได้ปรากฏตัวให้เห็นข้อค้นพบสำคัญก็คือ การจัดอันดับความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจนั้นเป็นคนละชุดกับอันดับความรู้สึกว่าตัวเองมีความสุข ผลสรุปคือ ประเทศที่คิดไม่ถึงติดอันดับนำโด่งในด้านความสุขอยู่หลายประเทศ เช่น คนในประเทศเม็กซิโก อินโดนีเซีย ชิลี สาธารณรัฐเช็ค รู้สึกว่าตัวเองมีชีวิตที่เป็นสุขมากกว่าญี่ปุ่น อิตาลี หรือเกาหลีใต้ (จีระพันธ์ สุขรัตน์, 2548, หน้า 4-5)

สำหรับในประเทศไทย หลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจครั้งใหญ่ หน่วยงานที่มีบทบาทในการกำหนดทิศทางการพัฒนาของประเทศอย่างสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ประกาศพัฒนาดัชนีชี้วัดการพัฒนาชุดใหม่ในรูปของดัชนีชี้วัดความอยู่ดีมีสุข โดยระบุว่าเครื่องชี้วัดการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยพิจารณาอัตราการเปลี่ยนแปลงในผลผลิตมวลรวมของประเทศ (GDP) ต่อหัวและรายได้ประชาชาติยังไม่เพียงพอต่อการวัดความอยู่ดีมีสุขของคน เพราะการวัดผลผลิตมวลรวมของประเทศยังไม่ได้รวมปัจจัยอีกหลายอย่างที่มีอย่างที่มีส่วนในการสร้างความอยู่ดีมีสุขของประชาชน อีกทั้งไม่สามารถนับรวมสินค้าและบริการหรือผลผลิตที่ไม่ผ่านระบบตลาด เช่น ผลผลิตที่เกิดจากน้ำพักน้ำแรงของกลุ่มแม่บ้านซึ่งอาจจะตีค่าได้มหาศาล ในทางกลับกัน การเติบโตทางเศรษฐกิจอาจนำไปสู่การเพิ่มเติมมลพิษ ทั้งทางอากาศ น้ำ เป็นต้น นอกเหนือจากความเคลื่อนไหวของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแล้ว ทุกวันนี้ในสังคมไทยและสังคมโลกได้เกิดเครื่องมือชี้วัดระดับการพัฒนาอีกมากมาย ที่รวมเอามิติของ ความอยู่เย็นเป็นสุข ในชีวิตของประชาชนเข้ามาเป็นส่วนสำคัญ ตัวชี้วัดการพัฒนาที่นำเรื่องผลปลายทางจากการพัฒนาในรูปของความสุขมาเป็นเป้าหมายสำคัญในการชี้วัดถูกเรียกอย่างรวม ๆ ในชื่อ จีดีเอช (Gross Domestic Happiness: GDH) ที่กำลังเติบโตอย่างน่าจับตา นอกจากนี้ ดัชนีชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขยังเติบโตในด้านระดับของการนำไปใช้ประโยชน์ โดยในปี 2548 รัฐบาลหลวงแห่งประเทศภูฏานเป็นเจ้าภาพใหญ่จัดประชุมนานาชาติเรื่องความสุขมวลรวมประชาชาติ หลังจากที่ภูฏานได้เคยนำเสนอแนวคิดเรื่องนี้ในเวทีระดับภูมิภาค

อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541 (จีระพันธ์ สุขรัตน์, 2548, หน้า 14) แต่อย่างไรก็ตาม ทางรัฐบาลภูฏานก็ยังมิได้มีการพัฒนาดัชนีและวิธีการรวบรวมคำนวณวัดออกมาอย่างลงตัว Gross National Happiness: GNH ของภูฏานก็ยังมีปัญหาอยู่ไม่น้อยเช่นกัน อาทิเช่น ยังหนีไม่พ้นเรื่องผลิตภัณฑ์มวลรวม ("GNH ความสุขมวลรวมประชาชาติ", 2547) สำหรับในประเทศไทย ชื่อของ "ตัวชี้วัดความสุข" ที่หลากหลายได้ถูกนำเสนอสู่สังคมไทย เช่น เกณฑ์พื้นฐานการดำรงชีวิต ดัชนีความก้าวหน้าของคน ตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทย ดัชนีความอยู่ดีมีสุข ดัชนีวัดระดับการพัฒนาที่ยั่งยืน ดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคม สุขภาวะแนวพุทธ ซึ่งมีหน่วยงาน องค์กร และชุมชนหลากหลาย ต่างคิด ต่างดำเนินงาน ตามแนวทางเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของตน การหยิบยกความสุขแท้จริงมาเป็นเป้าหมายนั้นท้าทายกระแสการพัฒนาจากความมั่งคั่งทางวัตถุนิยม บริโภคนิยม ผลักดันสู่การสร้างกระบวนการถกแถลงแสดงความคิดเห็น (Deliberative) เพื่อให้เห็นถึงความเข้าใจในความหมายของความสุขร่วมกัน จนถึงความเป็นไปได้ในการสานเครือข่ายและกระบวนการขับเคลื่อน เพื่อให้ได้มาซึ่ง "ความอยู่เย็นเป็นสุข" ที่น่าจะกลายเป็นเป้าหมายร่วมกันทั้งในระดับแผนพัฒนาประเทศ วาระแห่งชาติ และทิศทางการพัฒนาของสากลอันสอดรับกับ "สุขภาวะ" ที่หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ("อยู่เย็นเป็นสุข", 2548, หน้า 1)

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545–พ.ศ. 2549) ได้สานต่อแนวคิดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่ดำเนินการมาในช่วงตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 8 การสร้างดัชนีชี้วัดเพื่อวัดผลกระทบขั้นสุดท้ายของการพัฒนาทั้งในด้านการพัฒนาคน สังคม เศรษฐกิจ ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม และน้อมนำพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ว่าด้วยเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศ มีจุดมุ่งหมายมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน และความอยู่ดีมีสุขของคนไทย โดยกำหนดสภาพสังคมไทยที่พึงประสงค์ว่า ควรเป็นสังคมที่เข้มแข็งและมี ดุลยภาพบนพื้นฐานของการอนุรักษ์วัฒนธรรมและเอกลักษณ์ของความเป็นไทย ภายใต้แผนฯฉบับนี้ยังได้มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดความอยู่ดีมีสุขและดัชนีหรือตัวชี้วัดอื่น ๆ ได้แก่ ดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ ดัชนีชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน ดัชนีชี้วัดทุนทางสังคม เป็นต้น (ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม, 2549, หน้า 1)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550–พ.ศ. 2554) จึงได้กำหนดเป็นวิสัยทัศน์ประเทศไทยว่า มุ่งพัฒนาสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน (Green and Happiness Society) (จุฑามาศ บาระมีชัย, 2549) โดยคนไทยมีคุณธรรมนำความรอบรู้ รู้เท่าทันโลก ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสันติสุข เศรษฐกิจมีคุณภาพ เสถียรภาพ

เป็นธรรม สิ่งแวดล้อมมีคุณภาพและทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน อยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการประเทศที่มีธรรมาภิบาลดำรงไว้ซึ่งระบอบประชาธิปไตยที่มีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข และอยู่ในประชาคมโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี ดังนั้น ในโอกาสของช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่กำหนดให้ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันเป็นวิสัยทัศน์ประเทศไทยภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง จึงเป็นจังหวะเวลาเหมาะสมอย่างยิ่งที่ทั้งรัฐบาลไทย ฝ่ายการเมือง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ชุมชน และสังคมไทยโดยรวมจะเอาจริงเอาจังกับการมุ่งมั่นดำเนินการต่าง ๆ เรื่องสำคัญมากอีกเรื่องหนึ่งที่ควรลงมือทำอย่างจริงจัง คือ การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขให้สามารถใช้งานได้อย่างมีคุณประโยชน์แท้จริงโดยเป็นที่ยอมรับร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย จะทำให้เกิดผลเช่นนี้ได้ต้องจัดกระบวนการให้ผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ ๆ ทั้งหมดเกิดความตื่นตัวและสนใจมาร่วมมือประสานงานกัน ในความพยายามร่วมมือกันของทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดพลังการขับเคลื่อนทางสังคมเป็นสุขไปได้อย่างรวดเร็ว ในการนี้ควรต้องให้ความสำคัญต่อภาคประชาชน ภาคชุมชน และภาคท้องถิ่นให้มากเป็นพิเศษ เพราะภาคส่วนเหล่านี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนา และควรเป็นตัวตั้งในการวัดความสุขหรือความอยู่เย็นเป็นสุข ดังนั้น การกำหนดดัชนีชี้วัดจึงควรต้องให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น จังหวัด และภาค มีบทบาทสำคัญทั้งในการให้ข้อมูลและความคิดเห็น ในการให้ความเห็นชอบต่อระบบและวิธีการที่จะนำมาใช้ ในการนำระบบและวิธีการที่ตกลงกันมาประยุกต์ใช้จริงและในการติดตามผล พร้อมกับการศึกษาเรียนรู้และพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง เรื่องดัชนีชี้วัดความสุขนี้กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นเรื่อยๆ ในระดับนานาชาติ ดังนั้น ประเทศไทยจึงสามารถทำเรื่องนี้ของเราไปพร้อม ๆ กับการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ปฏิบัติและผู้สนใจในประเทศอื่น ๆ ด้วย (ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม, 2549)

จากการที่มีการเคลื่อนไหวในสังคมเกี่ยวกับมนุษยธรรมและความเป็นธรรมแก่คนกลุ่มน้อยหรือผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งจากแนวคิดที่ว่า บุคคลสามารถรับรู้ถึงความสุขในชีวิตได้ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพ (ประเวศ วะสี อ้างอิงจาก อนุช อาภาภิรม, 2548) ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีอยู่จำนวนไม่น้อย และเป็นผู้มีปัญหาภาวะสุขภาพ นับได้ว่าเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสอีกกลุ่มหนึ่งก็น่าจะรับรู้ถึงความสุขในชีวิตได้เช่นกัน จะเห็นได้จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมาส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวนมาก จากการรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกปี พ.ศ.2549 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในบางประเทศลดลง แต่อัตราการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในภาพรวมยังคงเพิ่มขึ้นทุกปีในทุก ๆ พื้นที่ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั่วโลกประมาณ 39.5 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่ประมาณ 37.2

ล้านคน เป็นผู้หญิงประมาณ 17.7 ล้านคน เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.3 ล้านคน และเป็นผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.9 ล้านคน และมีอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยรายใหม่ต่อวันมากกว่าวันละ 11,000 คนต่อวัน (UNAIDS/WHO, 2006, อ้างอิงใน สำนักระบาดวิทยา, 2550)

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อของประชากรในประเทศ จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2527 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 โดยสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสิ้น จำนวน 322,296 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 89,969 ราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.84 กลุ่มอายุ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.26 อายุ 35-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.31 อายุ 40-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.42 อายุ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.59 และอัตราป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือสูงกว่าภาคอื่น ๆ รองลงมาภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 35.30, 32.93, 22.03 และ 11.30 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงมากจะเป็นจังหวัดในภาคเหนือของประเทศไทย จากสถิติ 5 ปีย้อนหลังคือในช่วงปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2549 ได้แก่จังหวัดพะเยามีอัตราป่วยเท่ากับ 159.39, 154.64, 131.33, 112.54 และ 60.41 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จังหวัดเชียงรายมีอัตราป่วยเท่ากับ 87.57, 101.16, 152.47, 81.18 และ 37.87 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราป่วยเท่ากับ 61.88, 71.08, 59.99, 50.40 และ 20.84 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และจังหวัดลำปางมีอัตราป่วยเท่ากับ 91.13, 85.11, 61.80, 31.72 และ 7.87 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักระบาดวิทยา, 2550)

ปัญหาโรคเอดส์ได้ส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาประเทศ เพราะมีผลกระทบต่อประชากรซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญ และเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2544. หน้า 1) หากคนมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์จากการติดโรคเอดส์จะทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง นอกจากนี้โรคเอดส์ยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมนุษย์ ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ก่อให้เกิดปัญหาสังคม ได้แก่ การหย่าร้าง เด็กกำพร้า ครอบครัวแตกแยก เป็นภาระที่หนักหน่วงของครอบครัว ชุมชน และสังคม มีผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกสิ้นหวัง ว้าเหว่ ซึมเศร้า วิตกกังวล บางรายคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่ครอบครัวและ

ชุมชนส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถเป็นที่พึ่งพิงของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องไปพึ่งพาโรงพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งถือว่าเป็นภาระแก่โรงพยาบาลค่อนข้างมาก นอกจากนั้นสถานการณ์ในปัจจุบันที่ยังไม่มียาหรือวิธีการรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ วิธีที่ใช้อยู่เป็นเพียงการรักษาตามอาการหรือภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น ผู้ป่วยจะเสียชีวิตช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการดูแลสุขภาพของตนเอง

จากสถานการณ์ความรุนแรงและผลกระทบของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุข จึงได้พัฒนาระบบการบริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 จากแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2549 มีเป้าหมายระบุว่าร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการด้านการดูแลรักษาและด้านสังคม กระทรวงสาธารณสุขก็มีนโยบายที่ต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อช่วยยืดอายุพร้อมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อไปพร้อม ๆ กัน จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสำหรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว แบบผสมผสานบูรณาการทั้งด้านการแพทย์ การพยาบาล การให้การปรึกษา การบริการทางสังคม และการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนกระทั่งเสียชีวิต (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2544) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทางเลือกในการดูแลตนเองมากขึ้น มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านต่างๆ อย่างเสมอภาค การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจึงเป็นอีกทางเลือกที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลง มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น สามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงครอบครัวได้

ปัจจุบันนี้มีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินสภาวะต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยอยู่เป็นจำนวนมากเครื่องมือเหล่านั้นมีทั้งความคล้ายและความแตกต่างกันในเรื่องของขอบเขต (scope) และมิติด้านต่าง ๆ ที่ควรประเมิน ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการประเมินและลักษณะของผู้ที่จะถูกประเมิน โดยมากแล้วแบบประเมินทั้งหลายมักจะมีมิติที่เหมือนกันอยู่ส่วนหนึ่งแต่จะมีบางมิติที่แตกต่างกัน ส่วนที่แตกต่างกันก็มักจะเป็นลักษณะพิเศษหรือเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละโรค หรือวิธีรักษาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่แตกต่างไปจากโรคทั่ว ๆ ไป (Padilla and Grant, 1985, pp. 45-60) เช่น เครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์มักจะได้รับการพัฒนาขึ้นมาใช้โดยเฉพาะกับโรคนี้เท่านั้น Ragsdale, Kotarba and Morrow (1992a, pp. 259-265) ให้เหตุผลที่สนับสนุนว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีอยู่ทั่วไปนั้นไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ก็เพราะว่า (1) เอดส์มีความแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ คือในความเรื้อรังนั้นยังคุกคามต่อชีวิตในระยะเวลาอันสั้นอีกด้วย (2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดโรคและการ

ดำเนินของโรคเกี่ยวข้องมากกับวิถีการดำเนินชีวิตในสังคม และมักจะเป็นวิถีชีวิตที่มักถูกมองว่าเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานที่ดีของสังคม (3) ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมมีความแตกต่างจากโรคทั่วไปเพราะเป็นโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจ มิติของคุณภาพชีวิตในด้านนี้ควรใช้คำถามที่เฉพาะสำหรับเอดส์เท่านั้น และ (4) ผลกระทบจากการรักษาในโรคเอดส์แตกต่างจากโรคอื่น ๆ ดังนั้น การประเมินผลกระทบของโรคอื่น ๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิตเท่าที่มีอยู่จึงอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับโรคเอดส์ได้ (Lubeck, Bennett, Mazonson, Fifer and Fries, 1993, pp. 478-484; Lubeck and Fries, 1992, pp. 359-366; Nokes, Wheeler and Kendrew, 1994, pp. 133-138; Schag, Ganz, Kahn and Petersen, 1992, pp. 397-413; Wachtel, Piette, Mor, Stein, Fleishman and Carpenter, 1992, pp. 129-137)

เนื่องจากความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความแตกต่างไปจากความสุขของบุคคลโดยทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ จึงทำให้เครื่องมือประเมินเท่าที่มีอยู่โดยทั่วไปนั้นไม่มีความเหมาะสมที่จะนำมาประเมินในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจเรื่องดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยเหตุผลดังนี้ 1) เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพียงแต่บรรเทาความรุนแรงให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ การคงไว้ซึ่งสภาวะความสุขหรือความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ 2) จากความก้าวหน้าในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ยืดชีวิตผู้ป่วยที่ใกล้ตายออกไป การประเมินสภาวะความสุขของผู้ป่วยจะช่วยในการตัดสินใจในการนำนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ในอนาคต 3) จากการพิจารณาถึงความคุ้มค่าในการที่จะยืดชีวิตผู้ป่วยว่าถ้ามีชีวิตอยู่จะมีสภาวะที่มีสุขจริงหรือไม่ 4) จากการที่มีการเคลื่อนไหวในสังคมเกี่ยวกับมนุษย์ธรรมและความเป็นธรรมแก่คนกลุ่มน้อยหรือผู้ด้อยโอกาส ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างและพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อจะได้นำมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินทั้งสภาวะความสุข ผลการดำเนินงาน และผลสำเร็จของงานในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจเลือกพิจารณาแบบวัดความสุขที่มีลักษณะเป็นองค์รวมที่วัดทั้งด้านวัตถุวิสัย (Objective) และด้านจิตวิสัย (Subjective) ที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ ปัญญา และความเชื่อ 3) ด้านครอบครัว 4) ด้านสังคม 5) ด้านเศรษฐกิจ และ 6) ด้านสิ่งแวดล้อม

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อสร้างดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความสำคัญของการวิจัย

1. มีเครื่องมือในการวัดภาวะความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผ่านการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงของโมเดล ความเชื่อมั่น ผ่านการประเมินความถูกต้องครอบคลุม ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ ซึ่งผู้วิจัยอื่น ๆ หรือผู้สนใจสามารถนำไปใช้ได้จริง

2. เป็นเครื่องมือที่หน่วยงาน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถใช้ในการประเมินเพื่อทราบสภาวะความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเป็นองค์รวม

3. หน่วยงาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สามารถใช้เครื่องมือนี้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับสภาวะความสุข และใช้ประโยชน์จากข้อมูลเป็นแนวทางในการพัฒนาและวางแผนการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเหมาะสม

4. หน่วยงาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการวัดผลสำเร็จของการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

5. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในแต่ละขั้นตอนของการวิจัยไว้ 3 ด้าน คือ ขอบเขตด้านเนื้อหาวิชาการ ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล และขอบเขตด้านตัวแปร โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ๆ คือ ขั้นตอนการสร้างดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. **การสร้างดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

1.1 **ขอบเขตด้านเนื้อหาวิชาการ**

1.1.1 ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากแนวคิดเรื่องความสุข แนวคิดเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ แนวคิดเรื่องการพัฒนามนุษย์ และแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต

1.1.2 การสนทนากลุ่ม จากความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมาย องค์ประกอบ และประเด็นตัวชี้วัด ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน

1.1.3 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมาย องค์ประกอบ และประเด็นตัวชี้วัด ของผู้เชี่ยวชาญ

1.1.4 การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ระดมสมองเพื่อยกร่างดัชนีชี้วัด จากมติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ครอบครัว ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญ

1.2 ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

ผู้วิจัยได้แบ่งแหล่งข้อมูลออกตามขั้นตอน ในการสร้างดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1.2.1 ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิ

1.2.2 ดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 72 คน ดังนี้

ตัวแทนองค์กรเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระดับอำเภอ จังหวัด ภาค ดำเนินการสนทนากลุ่มจังหวัดละ 1 กลุ่ม รวม 4 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 42 คน

ตัวแทนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ดำเนินการสนทนากลุ่มจังหวัดละ 1 กลุ่ม รวม 4 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

1.2.3 ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 7 คน ดังนี้

ผู้บริหารที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ (ระดับเขต)จำนวน 1 คน

ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ (ระดับจังหวัด) จำนวน 1 คน

ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 1 คน

อาจารย์จากมหาวิทยาลัยที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ จำนวน 1 คน

อาจารย์จากมหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์สอนด้านปรัชญาไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 1 คน

ผู้นำศาสนาที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ (พระภิกษุ) ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 1 คน

คนไทยตัวอย่างที่มีผลงานด้านเอดส์ (อสม.ดีเด่นระดับชาติด้านเอดส์) จำนวน 1 คน

1.2.4 ดำเนินการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ระดมสมองเพื่อยกร่างดัชนีชี้วัด จำนวน 80 คน ดังนี้

ตัวแทนองค์กรเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีระดับอำเภอ จังหวัด ภาค ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นแกนนำ และเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จำนวน 42 คน

ตัวแทนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จำนวน 30 คน

ตัวแทนจากครอบครัว และชุมชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 คน

ตัวแทนผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน

1.3 **ขอบเขตด้านตัวแปร**

1.3.1 องค์ประกอบของดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ฉบับร่าง)

1.3.2 ความหมาย องค์ประกอบ และตัวชี้วัดของดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามความคิดเห็นของของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน

1.3.3 ความหมาย องค์ประกอบ และตัวชี้วัดของดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

1.3.4 ความหมาย องค์ประกอบ และตัวชี้วัดของดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ฉบับร่าง) ตามมติในเวทีสัมมนาเชิงปฏิบัติการ

2. **การตรวจสอบคุณภาพของดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

2.1 **ขอบเขตด้านเนื้อหาวิชาการ**

ในการตรวจสอบคุณภาพของดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ ได้ตรวจสอบตามลักษณะต่างๆ ดังนี้

2.1.1 **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ**

2.1.2 **การตรวจสอบความสอดคล้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ**

2.1.3 **การตรวจสอบความเชื่อมั่น จากการนำดัชนีชี้วัดความสุขไปทดลองใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

2.1.4 การตรวจสอบความตรงของโมเดล โดยการตรวจสอบระดับความกลมกลืนจากการนำดัชนีชี้วัดความสุขไปทดลองใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1.5 การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการวัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการตอบแบบสอบถามของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1.6 การสร้างและการประเมินคู่มือการใช้ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2.2 ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

ขั้นตอนในการตรวจสอบดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน ดังนี้

ผู้บริหารที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

ผู้บริหารระดับเขต จำนวน 1 คน

ผู้บริหารระดับจังหวัด จำนวน 1 คน

ผู้บริหารระดับอำเภอ จำนวน 1 คน

ผู้ที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด จำนวน 2 คน

ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

ระดับกระทรวง จำนวน 1 คน

ระดับจังหวัด จำนวน 2 คน

ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 3 คน

อาจารย์จากมหาวิทยาลัยที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ จำนวน 3 คน

อาจารย์จากมหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์สอนด้านปรัชญาไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

ผู้นำศาสนา เช่น พระภิกษุ บาทหลวง หรืออิหม่าม ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

พระภิกษุ จำนวน 1 รูป

บาทหลวง จำนวน 1 คน

อิหม่าม จำนวน 1 คน

ปราชญ์ชาวบ้านและคนไทยตัวอย่างที่มีผลงานด้านเอดส์ จำนวน 2 คน ประกอบด้วย

ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 1 คน

คนไทยตัวอย่าง จำนวน 1 คน

2.2.2 การตรวจสอบความสอดคล้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ด้วยเทคนิคเดลฟาย โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน ดังนี้

ผู้บริหารที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

ผู้บริหารระดับเขต จำนวน 1 คน

ผู้บริหารระดับจังหวัด จำนวน 1 คน

ผู้บริหารระดับอำเภอ จำนวน 1 คน

ผู้ที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด จำนวน 2 คน

ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

ระดับกระทรวง จำนวน 1 คน

ระดับจังหวัด จำนวน 2 คน

ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 3 คน

อาจารย์จากมหาวิทยาลัยที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ จำนวน 3 คน

อาจารย์จากมหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์สอนด้านปรัชญาไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

ผู้นำศาสนา เช่น พระภิกษุ บาทหลวง หรืออิหม่าม ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

พระภิกษุ จำนวน 1 รูป

บาทหลวง จำนวน 1 คน

อิหม่าม จำนวน 1 คน

ปราชญ์ชาวบ้านและคนไทยตัวอย่างที่มีผลงานด้านเอดส์ จำนวน 2 คน ประกอบด้วย

ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 1 คน

คนไทยตัวอย่าง จำนวน 1 คน

2.2.3 การตรวจสอบความเชื่อมั่น จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายชื่ออยู่ในบัญชีของสถานพยาบาลของรัฐ ที่มีอายุระหว่าง 20–50 ปี มีสติสัมปชัญญะ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

2.2.4 การตรวจสอบความตรงของโมเดล

โดยการตรวจสอบระดับความกลมกลืน จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายชื่ออยู่ในบัญชีของสถานพยาบาลของรัฐที่อยู่ในเขตพื้นที่ศึกษา ที่มีอายุระหว่าง 20–50 ปี มีสติสัมปชัญญะ จำนวน 1,600 คน

2.2.5 การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการวัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ใช้การศึกษาค่าปกติ (Norm) โดยวิธีการใช้กลุ่มคนเป็นมาตรฐาน (Normative Model) จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,600 คน

2.2.6 การสร้างและประเมินคู่มือการใช้ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สร้างคู่มือการใช้ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามเนื้อหาที่ได้กำหนดไว้ แล้วประเมินคู่มือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาประเมินจากการตอบแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมของคู่มือ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง จำนวน 7 คน ดังนี้

ผู้บริหารที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ (ระดับเขต) จำนวน 1 คน

ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ (ระดับจังหวัด) จำนวน 1 คน

ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 1 คน

อาจารย์จากมหาวิทยาลัยที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ จำนวน 1 คน

ผู้นำศาสนาที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ (พระภิกษุ) ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 1 คน

ปราชญ์ชาวบ้านและคนไทยตัวอย่างที่มีผลงานด้านเอดส์ จำนวน 2 คน

2.3 ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา ในขั้นตอนนี้ได้แก่

2.3.1 ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ ที่มีต่อความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความครบถ้วนสมบูรณ์ สำนวนภาษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการแก้ไข

2.3.2 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีต่อความสอดคล้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3.3 ค่าความเชื่อมั่นของดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3.4 ความตรงของโมเดลดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3.5 เกณฑ์มาตรฐานในการวัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3.6 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีต่อความเหมาะสมของคู่มือการใช้ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นิยามศัพท์เฉพาะ

การพัฒนาดัชนีชี้วัด หมายถึง สิ่งที่แสดงถึงลักษณะที่ต้องศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยกระบวนการสร้างดัชนีชี้วัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากขั้นตอนการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก การจัดเวทีสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของดัชนีชี้วัด เพื่อให้ได้มาซึ่งดัชนีชี้วัดที่มีความครบถ้วน ความคลอบคลุม ความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความเชื่อมั่น และโมเดลที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีชี้วัด หมายถึง ตัวแปรที่กำหนดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้วัดความเปลี่ยนแปลง ใช้สะท้อนลักษณะการดำเนินงาน และใช้บ่งบอกถึงสภาวะของสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัดในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเพื่อให้สามารถบอกระดับของสิ่งที่ต้องการวัดได้

ความสุข หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกผาสุก ความรู้สึกยินดี หรือความรู้สึกมีคุณค่า ตลอดจนสิ่งที่ปรากฏอยู่จริงที่ทำให้มีชีวิตที่ดี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจโลหิตพบว่ามีแอนติบอดีย์ต่อเชื้อเอชไอวี ซึ่งอยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการ หรือระยะปรากฏอาการของโรคหรือกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับภาวะภูมิคุ้มกัน เป็นผู้ที่มีรายชื่ออยู่ในบัญชีของสถานพยาบาลของรัฐที่อยู่ในเขตพื้นที่วิจัย มีอายุระหว่าง 20–50 ปี และมีสติสัมปชัญญะ

ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ตัวบ่งชี้ที่สะท้อนสภาวะความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระดับบุคคล โดยการวิจัยครั้งนี้วัดในลักษณะเชิงวัตถุวิสัย (Objective) หรือส่วนที่มีอยู่หรือปรากฏอยู่จริง และจิตวิสัย (Subjective) หรือความรู้สึกพึงพอใจในองค์ประกอบที่ตนเองมีอยู่ หากรวมทั้งสองส่วนเข้าด้วยกันแล้วจะเกิดเป็นภาพรวมที่สามารถบ่งบอกสภาวะความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนนั้น ๆ ได้