

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาในครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมาย ประการแรก เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่าย และระดับสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวงศ์ จังหวัดนครราชสีมา ประการที่สองเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในคณิตนิภากกลางวันที่มีการรวมกลุ่ม และคณิตนิภากกลางวันที่ไม่มีการรวมกลุ่ม โรงพยาบาลชุมพวงศ์ จังหวัดนครราชสีมา และประการที่สามเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวงศ์ จังหวัดนครราชสีมา

ในการนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนองค์ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยประเด็นที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาสาระในประเด็นดังต่อไปนี้

ความรู้เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคเอดส์

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ

แบบประเมินคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ความหมายและแนวคิดของทุนทางสังคม

บทบาทบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวงศ์

ผลงานศึกษาและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์ในเชิงจิตวิทยา มินตรา สรารักษ์ (2542) ได้ให้ความหมายไว้ว่าโรคเอดส์ เป็นภาวะสิ้นหวัง (Hopeless) สำหรับผู้ป่วย ญาติ บุคลากร เป็นโรคที่ไม่มียารักษา ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย เป็นภาวะไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ (Helpless) เนื่องจากความกลัวจะติดเชื้อเอดส์ทำให้ผู้ที่เคยให้การช่วยเหลือมีแนวโน้มจะเลิกให้การช่วยเหลือผู้ที่ติด

จะช่วยมัจฉะหยุดชะงักไป ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อจึงสิ้นหวังยิ่งขึ้น และเป็นภาวะที่หมดคุณค่า หมดความสำคัญ (Worthless) เนื่องจากคนที่เคยรักใคร่สนใจมักจะรังเกียจและทำตัวห่างเหิน เพื่อนที่เคยคุ้นเคยเลิกไปมาสู่อาจต้องตกงาน เพราะนายจ้างรังเกียจทำงานได้ลดลง ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว นำไปสู่ความลึ้นหวังอย่างที่สุด

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่มีซ่องทางการแพร่เชื้อจากเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย การใช้เข็มฉีดยา การตั้งครรภ์ของมารดาที่มีเชื้อเอชไอวี และการรับเลือด ซึ่งการเจ็บป่วย แบ่งได้ 3 ระยะคือ ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ระยะติดเชื้อเริ่มปรากฏอาการและระยะสุดท้ายเอดส์เต็มขั้นด้วยระยะเวลาในการเจ็บป่วยจากโรคและอาการที่ปรากฏออกมากทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณที่เป็นภาพลักษณ์ที่น่ารังเกียจถูกติดตราเป็นคนไม่มี ทำผิดศีลธรรม เคร้า เลี้ยจ ด้อยค่า ถูกแบ่งแยกจากครอบครัว และชุมชน รวมไปถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคม ในเรื่องของรายได้ที่ครอบครัวต้องขาดหายไป ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก เด็กต้องกำพร้า เพราะพ่อแม่ได้เสียชีวิตด้วยเอดส์ จึงกล่าวได้ว่าโรคเอดส์ทำให้คนไทยต้องอยู่ในภาวะแห่งทุกข์ตามคำกล่าวของวิพูธ พูลเจริญ (2544) และยังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียสุขภาวะทางสุขภาพของคนไทย (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2550)

ช่องทางการแพร่เชื้อโรคเอดส์ (มนตรา สรารักษ์, 2542)

เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่าช่องทางการรับเชื้อเอดส์หรือการแพร่เชื้อเอดส์มี 4 ช่องทางสำคัญ คือ

ช่องทางที่หนึ่ง ทางเพศสัมพันธ์ (Sexual contract) ทั้งทางช่องคลอด ทางทวารหนัก และทางปาก โดยทางทวารหนักเป็นช่องทางที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคเอดส์มากที่สุด เพราะทวารหนักไม่ใช่ช่องธรรมชาติ ไม่มีน้ำหล่อลื่น ทำให้จีกขาดเป็นแผล เชื้อโรคเข้าไปได้ง่าย และทางปาก ไม่ใช่วิธีที่ปลอดภัย เพราะในปากและคออาจมีแผลเล็กๆ มากมายเป็นช่องทางที่เชื้อโรคเข้าได้ง่าย

ช่องทางที่สองการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (Sharing HIV contaminated needles and syringes) ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดมีเชื้อไวรัสอยู่ จะทำให้แพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นๆ สรุนในกรณีบุคคลการสาธารณสุขที่โดนเข็มเปื้อนเลือดผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีแนวโดยบุบติดเหตุ โอกาสติดเชื้อมีน้อยกว่าร้อยละ 0.5 เมื่อเบริญบทียบกับเชื้อไวรัสตับอักเสบปีที่มีความสามารถในการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 25 นับว่าแตกต่างกันมาก

ซ่องทางที่สาม การติดต่อจากมารดาสู่ทารก (Perinatal transmission) หญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อไวรัสเอ็ดส์อยู่ในร่างกาย สามารถแพร่เชื้อไปยังทารกในครรภ์ได้ประมาณ ร้อยละ 25-35 ของทารกที่เกิดมาและทารกที่ติดเชื้อไวรัสเอ็ดส์จะมีอาการเป็นโรคเอ็ดส์ และตายในเวลา 2-5 ปี ซึ่งการติดต่อจากมารดาสู่ทารกเกิดขึ้นได้ใน 3 ระยะ

ระยะแรก ติดต่อในครรภ์ (Intrauterine transmission) ข้อมูลสนับสนุน คือพบเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ในรกในรายที่มารดาติดเชื้อ พบร่องรอยเชื้อในเด็กทารกที่ทำแท้งอ่อนนุ่ม และสามารถเอาเชลล์จากการมาเพาะเลี้ยงเชื้อเอ็ดส์ได้

ระยะที่สอง ติดต่อระหว่างคลอด (Intrapartum transmission) ข้อมูลสนับสนุนคือตรวจพบร่องรอยเชื้อเอชไอวี (HIV) ในร่องคลอดผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 22 และถูกแฝด คนแรกมีโอกาสติดเชื้อเอ็ดส์มากกว่าถูกแฝดคนที่สอง

ระยะที่สาม ติดต่อหลังคลอด (Postpartum transmission) ข้อมูลสนับสนุน คือ พบร่องรอยเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ในน้ำนม และมีรายงานว่าทารกติดเชื้อจากการดูดนมแม่ที่มีเชื้อเอ็ดส์ และซ่องทางที่สี่ซ่องทางสุดท้ายของการแพร่เชื้อคือ การให้เลือด (Blood transmission) การได้รับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสเอ็ดส์ ทำให้เชื้อไวรัสเอ็ดส์เข้าสู่กระแสเลือดโดยตรง ในแอพริกลาจาระ พบร่องรอยเชื้อเอ็ดส์ในประเทศไทยสำรวจนเมื่อเดือนธันวาคม 2535 ร้อยละ 0 ถึง 8.16

ผลกระทบของโรคเอ็ดส์

ผลกระทบทางร่างกายและสังคมเศรษฐกิจ

ผ่องส่าย จุนใจไพศาล (2541) ได้กล่าวถึงผลกระทบของโรคเอ็ดส์ต่อร่างกาย และสังคมเศรษฐกิจไว้ว่า ในด้านร่างกาย แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ (มินตรา สาระรักษ์, 2542) คือ ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ผู้ติดเชื้อเริ่มแสดงอาการและผู้ป่วยเอ็ดส์ โดยเชื้อไวรัสเอชไอวีที่อยู่ในร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์จะทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายอยู่ตลอดเวลา ทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บป่วยแทรกซ้อนชนิดต่างๆ เช่น มีไข้ ห้องร่วง ผื่นตามร่างกาย ตุ่มคัน ผื่น น้ำหนักลด เข้าร้านซองปาก ต่อมน้ำเหลืองโต วัณโรค มะเร็งผิวนังและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ส่วนด้านสังคมเศรษฐกิจ ผลกระทบจากการติดเชื้อเอ็ดส์ จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การขาดรายได้ การเจ็บป่วยบ่อยๆ สงผลให้สุขภาพเสื่อมลง เป็นสาเหตุของการขาดงาน การว่างงาน หรือการถูกออกจากงาน บทบาทของสมาชิกในครอบครัวเสียไป เมื่อสามีหรือภรรยาเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเอ็ดส์ขึ้น จะไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างสมบูรณ์ เช่น สามีเจ็บป่วย บทบาทหน้าที่การดูแลครอบครัวจึงตกเป็นของภรรยา ครอบครัวต้องมีภาระรับผิดชอบมากขึ้น ครอบครัวใดที่มีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตลงจากการเจ็บป่วย หรือที่ยังมีชีวิต

ต้องรับภาระต่างๆ ของครอบครัว ต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในสังคม จากการที่โรคเอดส์เป็นโรคที่ได้รับการรังเกียจจากสังคม รวมทั้งมองว่าผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม มักเบี่ยงเบนทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ต้องปิดบังตัวเอง เนื่องจากกลัวการถูกรังเกียจ เกิดความไม่แน่ใจในสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคล จึงมักแยกตัว หรือย้ายถิ่นไปจากภูมิลำเนาเดิม

ผลกระทบทางจิตใจ

ศรีอรุณ ธนาภูมิ (2550) ได้กล่าวถึงด้านจิตใจ โดยแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไว้ 5 ระยะ ดังนี้

ระยะแรก ตกใจและปฏิเสธความจริง (Shock and Denial) อาจมีอาการ "ซ็อก" กันจำนวนมาก สับสน ช็มแขย หรือถ้าตกลใจมากอาจเคอะกะໄวยวาย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะปฏิเสธความจริง ปฏิเสธว่าตนไม่ได้เป็นโรคนั้นๆ อาจโทษว่าแพทย์ตรวจผิด อาจไปหาแพทย์หลายคนเพื่อให้ยืนยันว่าตนไม่ป่วย

ระยะที่สอง กังวล สับสน และโกรธ (Anxiety and Anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้ต่อไป ผู้ป่วยเริ่มมีความกังวลมาก ความคิดสับสน รู้สึกอึดอัดและหاحทางออกไม่ได้ รู้สึกโกรธที่ตนต้องเผชิญกับปัญหาที่ร้ายแรง อาจโทษว่าเป็นความผิดของแพทย์หรือผู้อื่น บางรายอาจแสดงว่าຈาหรือกริยาที่ก้าวร้าว มีการต่อต้านต่อการตรวจและคำแนะนำของแพทย์ โกรธญาติและคน亲ๆ

ระยะที่สาม ระยะต่อรอง (Bargaining) ผู้ป่วยจะเริ่มงับลง ต่อรองว่าตนอาจจะไม่เป็นโรคร้ายแรง อาจจะกลับไปสู่ระยะปฏิเสธความจริงได้อีก บางรายก้มีความหวังว่าจะมีการตรวจแลกเปลี่ยนที่พบว่าตนไม่เป็นโรคร้ายหรือเป็นชนิดที่ไม่มีอันตรายและรักษาได้ ทั้งนี้ก็เพื่อเพิ่มความหวังให้กับตนเองและยืดเวลาอยู่นั่นที่จะยอมรับความจริงไปอีกสักระยะหนึ่ง

ระยะที่สี่ เศร้า และหมดหวัง (Depress) ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกหมดหวังและเศร้าโศกเสียใจ เมื่อเริ่มยอมรับความจริงของการเป็นโรคร้าย มีอารมณ์ซึมเศร้าต่อการสูญเสีย มีความรู้สึกผิด รู้สึกอ้างว้าง พูดแต่ทำสิ่งต่างๆ น้อยลง แยกตัว ชอบอยู่คนเดียว เหม่อlothoy กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกอยากตาย หรือถ้าอาการรุนแรงอาจมีประสาทหลอน หูแว่ว ระวงได้

ระยะที่ห้า ยอมรับความจริง (Acceptance) อาการเศร้าลดลง มีการเข้าถึงความถึงรายละเอียดของโรคที่เป็นและวิธีรักษา แต่ในบางรายอาจเชยๆ ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวต่อการรักษาและการดำเนินชีวิตต่อไป ผู้ป่วยเริ่มรับฟังคำแนะนำของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการรักษาและร่วมรับผิดชอบตนเองมากขึ้น พยายามหาวิธีและแนวทางในการดำเนิน ชีวิต การปรับตัวต่อครอบครัวและผู้ร่วมงาน ตลอดจนการติดต่อกับแพทย์และพยาบาลผู้ให้การรักษา เตรียมตัวเผชิญกับ

ความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ และเมื่อยกับตาย ในที่สุดหากโรคนั้นรักษาไม่หาย ซึ่งการแสดงออกของผู้ป่วยไม่จำเป็นจะต้องเรียงลำดับขั้นตอนดังกล่าวนี้เสมอไป อาจจะข้ามขั้นตอน หรือมีการแสดงออกเพียงบางขั้นตอนก็ได้

ผลกระทบทางจิตวิญญาณ

ผลกระทบได้จิตวิญญาณ เป็นของความເຂົ້າທີ່ເຂົ້າວ່າເປັນກາລົງໂທຈາກສິ່ງສັກດີສິຫຼວິທີທີ່ດຸນນັບຄືອສຽກຮ້າ ເນື່ອຈາກມີຄວາມປະພັດທີ່ຜິດສີລ່ອມຈາຍາຍ່າລະອາຍຫຼືເປັນບາປິ່ງແລ້ວນີ້ທຳໃຫ້ກາພລັກຊົນຂອງຜູ້ຕິດເຂົ້າໂຂ້ວິຕີ່ຕົ້ນທົກຍູ້ໃນສກາພໂທດ້າຍ ນ່າກລັກ ນ່າຮັງເກີຍຈ ແລະຄວາມຕາຍ ຮຶ່ງເປັນຄວາມຕາຍທີ່ຖຸກປະຫັບດ້າຍສົງລັກຊົນຂອງຄນໄມ້ດີໃຫ້ໃຫ້ສືບກວ່າຕຸນເອງໄມ້ມີຄຸນຄ່າໃຫ້ໃຫ້ໄໝສາມາດແສ່ງຫາເບົາໜາຍຂອງຫົວວິດແລະຄວາມພາສຸກໄດ້ (ບັນດອນ ພຣະນຸມແຈ້ງ, 2547)

ຄວາມໝາຍແລະແນວຄົດກື່ຍກັບສຸຂະກວາະ

ດ້ວຍງານວິຊຍີນີ້ ສຶກຂາສຸຂະກວາະຂອງຜູ້ຕິດເຂົ້າໂຂ້ວິ/ເອດສ໌ທີ່ມາຮັບບວກການທີ່ໃຈພຍາບາດ ທຸມພາງ ຈັງຫວັດນົກວາງສືມາ ຜູ້ວິຊຍີຈຶ່ງໄດ້ຫັນທວນຄວາມໝາຍ ສຸຂະກວາະດັ່ງຕ້ອງປັບປຸງ

ອົງການອນນາມຢັກໂລກ (World health organization : WHO) ໄດ້ໃຫ້ຕໍ່ວ່າ Well-being ຊັ້ນແປລວ່າ ກວາະທີ່ເປັນສຸຂ ຢ້ອກ ສຸຂະກວາະ ເປັນຄວາມໝາຍຂອງຄໍາວ່າ "ສຸຂະກວາມ" ທີ່ປະກອບດ້ວຍມິຕີທັກ ຈົດ ສັກຄມ ແລະປົ້ນຢາ (ຈິຕົວຢາ) ອັນເປັນຄວາມສຸຂອັນສຸດຍອດຂອງມຸນຸຍົງ (ສໍານັກງານປົງປັງ ຮະບບສຸຂະກວາພ, 2548; ກາຮປະເມີນກວາມສຸຂະກວາພ, ມ.ປ.ປ.) ແລະຄໍາວ່າ ສຸຂະກວາະ ໃນ ພະວາງບັນຫຼຸງຢູ່ສຸຂະກວາພແທ່ງໜາຕີ ພ.ສ.2550 ໄນຍິ່ງ ກວາະຂອງມຸນຸຍົງທີ່ສົມບູຮົນທັກທາງກາຍ ທາງຈົດ ທາງປົ້ນຢາ ແລະສັກຄມ ເຊັ່ນໂຍກັນເປັນອົງການອ່າຍສົມດຸດ ຂັ້ນມີຄວາມໝາຍໃນເຫັນລຶກສອດຮັບອ່າຍຢູ່ກັບ ຄວາມອູ່ເຢັ້ນເປັນສຸຂ (ສຸຂາຕີ ຂະນະກັບ, 2546) ຮຶ່ງຄວາມອູ່ເຢັ້ນເປັນສຸຂນັ້ນ ປະເທດ ວະສີ (2548) ໃຊ້ ສະຫຼັບຄວາມສຸຂຂອງສັກຄມອັນເປັນອົງການ (Wholeness) ທັກທີ່ກ່ອໄຂເກີດດຸລູຍກາພຫຼືສຸຂະກວາະທີ່ ປະສານກັນທັກທາງ ຈົດ ສັກຄມ ແລະສິ່ງແວດຕ້ອມ

ປະເທດ ວະສີ (2543) ໄດ້ກ່າວຄົງສຸຂະກວາະ ໂດຍໃຫ້ຄໍາດັ່ງກ່າວອອີບາຍຄວາມໝາຍຂອງ ຄໍາວ່າ ສຸຂະກວາພ ດືກ ສຸຂະກວາະທີ່ສົມບູຮົນທັກສິ່ງດ້ານຄື່ອງ

ດ້ານທີ່හີ່ງ ສຸຂະກວາະທີ່ສົມບູຮົນທາງຮ່າງກາຍສົມບູຮົນແຫ້ງແຮງ ຄົດອ່ອງແຄລ່ວ ມີກໍາລັງໄມ້ເປັນ ໂຮດ ໄນພິການມີເຄຣະສູງກິຈຫຼືປ່ອປ່ອຈະສີທີ່ຈຳເປັນເພີ່ມພອ ໄນມີອຸປະກັນຕາຍ ມີສິ່ງແວດລ້ອມທີ່ສົ່ງເສີມ ສຸຂະກວາພ ຄໍາວ່າກາຍໃນທີ່ນີ້ໝາຍເຖິງກາຍກາພດ້ວຍ

ດ້ານທີ່ສອງ ສຸຂະກວາະທີ່ສົມບູຮົນທາງຈົດ ມໍາຍຄົງ ຈົດໃຈທີ່ມີຄວາມສຸຂ ອືນເຮິງ ຄົດອ່ອງແຄລ່ວ ໄນຕິດຂັດ ມີເມັດຕາສັມຜັກບັນດາການຂອງສຽງພລິ່ງ ມີສົດ ມີສາມາຟ ມີປົ້ນຢາ ລວມດຶງກາລົດຄວາມເຫັນ ແກ່ຕ້ວລົງໄປດ້ວຍ

ด้านที่สาม สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภาระร่วม มีสันติภาพ มีความเป็นประชาคมมีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

ด้านที่สี่ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสนับลิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระวัต PROT หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่มีความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากการมีตัวตนจึงมีอิสรภาพ มีความฝันคล้ายอย่างยิ่ง เบาสมาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอัน平凡และล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นพิพิธ สายอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

นอกจากนี้ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการให้ความหมายสุขภาวะ มีคำหลักคำที่ใกล้เคียงกับคำว่า เช่น

1. ความอยู่ดีมีสุข (Well-being) Orem (1995) ได้กล่าวไว้ว่าเป็นการรับรู้ระดับบุคคลต่อ ความมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของตน แสดงออกโดยความเพิ่งพอใจ ความยินดีและการมีความสุข ซึ่งความอยู่ดีมีสุข (Well-being) หรือคุณภาพชีวิต (Quality of life) เกิดจากปัจจัยภายนอกมีลักษณะเป็นรูปธรรมและวัดเชิงวัตถุวิสัย (Objective) (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2548; ศรีวินทร์ เกรย์ และคณะ, 2548) นอกจากนี้แล้วมีนักวิชาการบางท่านให้ ความอยู่ดีมีสุข ตรงกับ ภาษาอังกฤษว่า Objective well-being

2. ความสุข มีคำภาษาอังกฤษหลายคำที่ใช้แทนกันได้ เช่น Happiness, Subjective well-being หรือ Life satisfaction (Easterline, 2001 ซึ่งอยู่ใน ศรีวินทร์ เกรย์ และคณะ, 2550)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าคำที่มีลักษณะใกล้เคียงกับคำว่า “สุขภาวะ” มีอยู่หลายคำด้วยกัน เช่น ความอยู่เย็นเป็นสุข, ความสุข, ความอยู่ดีมีสุข, คุณภาพชีวิต และความผาสุก งานวิจัยขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้คำว่า สุขภาวะ โดยหมายถึง ความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมชน อันเป็นองค์รวม ที่ตัดได้ทั้งในลักษณะจิตวิสัย (Subjective) และวัตถุวิสัย (Objective)

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั่นว่า โครเกดส์ทำให้คนไทยต้องเป็นทุกข์และสูญเสียสุขภาวะ แต่ด้วยหลักทางสิทธิมนุษยชนว่าด้วยเรื่องความเท่าเทียมกันของมนุษย์กับมนุษย์ที่มีปัญหาสุขภาพรวมไปถึงผู้ติดเชื้อโครเกดส์ ควรได้รับการสนับสนุนให้มีสุขภาวะได้เต็มตามศักยภาพที่แต่ละคนพึงจะมีได้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) และแนวคิดของ ประเวศ อะสี (ซึ่งอยู่ใน เทียนทอง ตี๊แก้ว, 2551) ที่กล่าวถึง บุคคลสามารถรับรู้ถึงความสุขในชีวิตได้ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาด้านสุขภาวะ ดังนั้นผู้ติด

เข็ม/เอดส์ ซึ่งเป็นกลุ่มนบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือสุขภาวะกัน่าจะรับรู้ถึงความสุขในชีวิตได้ เช่น กัน

แบบประเมินคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับ สุขภาวะ จะเห็นได้ว่า มีนักวิชาการให้ความหมายของคำว่า สุขภาวะ เทียบเคียงกับคำว่า ความสุข คุณภาพชีวิต หรือความอยู่ดีมีสุข ดังนั้นใน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้าแบบวัดความสุขร่วมกับแบบวัดคุณภาพชีวิต และปัจจุบัน การประเมินคุณภาพชีวิตจะประเมินสองด้าน คือ ด้านวัตถุวิสัย (Objective) และด้านจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งการประประเมินด้านวัตถุวิสัยนั้นจะศึกษาพื้นฐานของข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับหรือวัดได้ ส่วนในญี่ปุ่นเป็นสถิติของทางราชการข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคม และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนการประเมินทางด้านจิตวิสัย จะตั้งอยู่บนพื้นฐานด้านจิตวิทยา โดยจะสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต ความรู้สึกนึกคิด (United Nations Educational, Scientific and cultural Organization : UNESCO 1993 อ้างอิงใน ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2546) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตในงานวิจัย จะมีความแตกต่างกันทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้นๆ แต่ส่วนใหญ่ จะมุ่งประเมินผลจากโรคและการรักษาที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่ง Mcsweeny and Creer (1995 อ้างอิงใน กุลระวี วิวัฒน์ชีวน์, 2541) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นการวัดรู้ของบุคคลดังนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีจึงควรเป็นการประเมินตนเอง ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะดังนี้

1. การประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป เป็นแบบประเมินแบบกว้างๆ ไม่มุ่งผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วย สามารถประเมินครอบคลุมกับกลุ่มนบุคคลทั่วไปในทุกสถานการณ์หรือมีความแตกต่างของลักษณะของประชากรศาสตร์ ด้านวัฒนธรรม โรค และการดูแลรักษาโรค ทั้งนี้อาจใช้ประเมินกลุ่มนบุคคลที่ยังไม่เคยประเมินคุณภาพชีวิตมาก่อน เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปนี้จะมีความเป็นกลางสูง จึงสามารถเปรียบเทียบได้

2. การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการประเมินที่เจาะจง กับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคใดโรคหนึ่งเฉพาะ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยในแต่ละโรค จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติที่มีความแตกต่างกันออกไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตนี้ จะใช้ในการประเมินผลกระทบเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการปฏิบัติ (Intervention) ที่มีความสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของบุคคลเฉพาะกลุ่ม การประเมินด้วยเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคนี้ ผู้ที่รับการประเมินจะสามารถบอกได้ตรงและง่าย เพราะเป็นเรื่องที่ตนเอง

กำลังประสบอยู่ นอกจากนี้ยังสามารถใช้บอกรความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินของโรคระบาดต่างๆ ได้ดี

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตนั้น Zhan (1992 ข้างอิงใน ศดานัณท์ ปิยะกุล, 2542) กล่าวไว้ว่า ควรประเมินทั้งด้านจิตวิสัยและรัตตุพิสัยเพื่อที่จะประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น แหล่งแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ควรประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ให้ครอบคลุม ดังนี้

ด้านที่หนึ่ง ความพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกพอใจ ถือว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล

ด้านที่สอง อัตโนมัติ เป็นความรู้สึกนิ่งดีของผู้ป่วยที่ไม่ต้องตัวเอง รวมทั้งความรู้สึกที่มีคุณค่า ภาพลักษณ์

ด้านที่สาม สุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความปกติสุขด้านร่างกาย ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะสุขภาพและการทำงานของร่างกายมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ด้านที่สี่ สังคมเศรษฐกิจ เป็นเรื่องความปกติสุขในด้านสังคม ซึ่งถึงสำคัญที่ต้องประเมิน ได้แก่ อาชีพ รายได้ และการศึกษา

เมื่อทราบถึงความหมายของสุขภาวะในการวิจัยครั้งนี้แล้วว่ามีความหมายเช่นเดียวกัน คำว่าความสุข ผู้วิจัยจึงทำการค้นคว้ารวบรวมแบบประเมินคุณภาพชีวิตและความสุขที่เกี่ยวข้อง กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เอก้าไว้ 3 เรื่องด้วยกันและรวมไปถึงบทสรุปการเลือกเครื่องมือที่ให้วัด ความสุขหรือสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่นำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตและความสุขผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่างประเทศ
3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่นักวิชาการไทยนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

เรื่องที่หนึ่ง แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ที่นำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant) ประกอบด้วย 6 มิติ คือ การรับรู้ความผิดปกติ ด้านร่างกาย การรับรู้ความผิดปกติทางด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติภาระประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย มีนักวิจัยไทยที่ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งมาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เอดส์ เช่น งานวิจัยของราสสุคนธ์ วิริทสกุล และคณะ (2544) ที่ศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่กับครอบครัว และงานของเปรมฤทธิ์ น้อยหนึ่งไวย์ (2536) ที่ศึกษาเรื่องสนับสนุนทางลังคม ความพร่องในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Ferrel, et al. ถูกสร้างขึ้นเพื่อการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งพบในงานของ วัลลภา คุรุทแก้ว (2540) ที่ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาดัดแปลงเพื่อศึกษาความเข้มแข็ง อดทนและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึง ลุกรางรัตน์ ศุวงคบพิตร (2547) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โ Jongพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคมะเร็งนั้นแตกต่างจากการประเมินชีวิตของคนทั่วไป ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดสมีความแตกต่างจากคนปกติทั่วไป อันเนื่องมาจากการ และความเจ็บป่วยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงสอดคล้องกับแนวคิดของ แรกส์เดล Kotarba และมอร์ก้า (Ragsdale, Kotarba and Morrow, 1992 อ้างอิงใน ชุติวรรณ จันคำมี, 2550) ที่กล่าวว่าโรคเอดสมีความแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ คือ ในความเรื้อรังคุกคามชีวิตอันสั้นและผลกระทบของโรคเอดสมีความแตกต่างจากโรคทั่วไป เพราะเอดส์เป็นโรคที่มีตราบาปและเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ

เรื่องที่สอง แบบประเมินคุณภาพชีวิตและความสุขผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต่างประเทศ ด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความแตกต่างจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จึงมีนักวิจัยต่างประเทศหลายท่านที่ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เช่น วาชเทล และคณะ (Wachtel, et al. 1992 อ้างอิงใน ชุติวรรณ จันคำมี, 2550) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์โดยใช้เครื่องมือวัดผลของการดูแลรักษา (Medical outcomes study : MOS 30) โดยประเมินสถานะทางสุขภาพ 6 มิติคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) การทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning) สุขภาพจิต (Mental health) การทำหน้าที่ตามบทบาท (Role functioning) การรับรู้สภาวะสุขภาพ (Health perception) และความเจ็บปวด (Pain) มาประยุกต์และดัดแปลงให้กระชับ เพื่อนำไปใช้ได้กับกลุ่มติดเชื้อในชุมชน

เรื่องที่สาม แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้ในประเทศไทย สำหรับในประเทศไทยเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ที่นักวิชาการไทยนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย มีดังนี้

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO (World Health Organization)
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของนักวิจัยในประเทศไทยรูปแบบ Q and Q (Quality of life Questionnaires) ที่พัฒนาจาก Quality of life Interview ของ Lehman
3. แบบประเมิน Medical Outcome Study 36 item. Short from: SF-36 ของ WU AW, et al. ที่ได้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในต่างประเทศตั้งแต่ 1992-2003 แบบประเมิน SF:36 ซึ่งถูกแปลมากกว่า 14 ภาษา

4. ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของเทียนทอง ตีระแก้ว (2551) เป็นดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถูกสร้างขึ้นด้วยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีทายแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการสร้างดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ผ่านการทบทวนแนวคิด ทดลอง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้เชี่ยวชาญ และการจัดทำที่สัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับร่างดัชนีชี้วัด เพื่อให้ติดตามสภาวะความสุขทั้งที่เกิดจากปัจจัยภายนอกหรือจิตวิสัย (Subjective) และปัจจัยภายนอกหรือวัตถุวิสัย (Objective) โดยแบ่งเป็น 6 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบด้านร่างกาย องค์ประกอบด้านจิตใจ ปัญญา และความเชื่อ องค์ประกอบด้านครอบครัว องค์ประกอบด้านสังคม องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจและองค์ประกอบด้านลิงแวดล้อม

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของดุณี รุจกรกานต์ และคณะ (2546) เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบด้านร่างกาย องค์ประกอบด้านสังคม องค์ประกอบด้านครอบครัว องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ การเงิน องค์ประกอบด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล และองค์ประกอบด้านจิตใจ ตามข้อเสนอแนะของ การศึกษา ดุณี รุจกรกานต์ และคณะ (2546) กล่าวว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตนี้ยังไม่มี องค์ประกอบด้านจิตวิญญาณที่ชัดเจนเนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ (กลุ่มตัวแทนของผู้ติดเชื้อที่นำมาศึกษา) เน้นถึงความอยู่รอดทางด้านร่างกาย สังคม และการประกอบอาชีพ

ดังที่กล่าวมาจึงพบว่าได้ว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอยู่อย่าง หลากหลายทั้งที่เป็นของนักวิชาการต่างประเทศและนักวิชาการไทย และทั้งที่เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอดส์โดยตรงและที่เป็นการดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง แต่สิ่งที่คัญคือ ผู้ที่สามารถให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ความสุข ได้ดีที่สุดคือ ผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตในเหตุการณ์ ซึ่งจะบอกความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้และทัศนะของตนเองได้ถูกนำไปใช้ในการประเมินที่เป็นอยู่ การประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรประเมินได้ทั้งด้านวัดดู

วิสัย (Objective) และจิตวิสัย (Subjective) เพื่อที่จะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตหรือความสุขได้อย่างเป็นองค์รวม (Holistic) ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของเทียนทอง ตีระแก้ว (2551) มาเป็นเครื่องมือในการวัดความสุขหรือสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนราธิวาส ไม่ใช่แบบวัดที่มีลักษณะเป็นองค์รวมที่วัดได้ทั้งด้านวัตถุวิสัย (Objective) และด้านจิตวิสัย (Subjective) ที่ผ่านการตรวจสอบมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ประการได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ บัญญา และความเชื่อ ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม รวม 33 ดัชนีวัด 80 ข้อคำถาม

ความหมายและแนวคิดของทุนทางสังคม

การศึกษาหลายเรื่อง (Bermark and Syme, 1979; Robert Putnam, 2000; พิริยะ พลพิรุพันธ์ และปั้งปอนด์ รักอันวยกิจ, 2550 รศrinทร์ เกรย์ และคณะ, 2550; รัตนพงษ์ จันทะวงศ์, 2546) ที่พบว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาวะที่ดี และความมีความสุขของบุคคล และที่ Norbeck (1981 อ้างอิงใน ชุมพร รุ่งเรือง, 2542) กล่าวว่า ความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคล ที่มีความผูกพันใกล้ชิด โดยเฉพาะถ้าได้รับจากบุคคลที่ไว้วางใจ จะก่อให้เกิดข้อบัญญำถังใจ และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตภัยการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ขณะนั้นบุคคลการสาธารณสุขกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยกัน อันมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพัน จึงถือได้ว่า เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพราะบุคคลการสาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้การดูแลรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และยังมีบทบาทสำคัญในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝ่าฟันพ้นความทุกข์ ทรมานใจในการเผชิญกับโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต และช่วยประคับประคองผู้ป่วยในการใช้ชีวิตส่วนที่เหลืออยู่ อย่างมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (ศรีธรรม ธนະภูมิ, 2550) และในส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีส่วนในการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันลดการแผลงแยกจากสังคม (เยาวลักษณ์ ไชยานันท์ และคณะ, 2548) รวมถึงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยปลอบใจซึ่งกันและกัน (วิระดา สมสวัสดิ์, 2548) ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงสนใจศึกษาทุนทางสังคมด้านบุคคลการสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายส่งผลกระทบต่อความสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โรงพยาบาลชุมพวงจังหวัดนราธิวาส ไม่ว่าจะด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม ดังจะกล่าวต่อไปนี้

รูปแบบทุนทางสังคม

นอกจากความหมายทุนทางสังคมที่มีอยู่อย่างหลาภหลาย นักวิชาการไทยยังได้แบ่งรูปแบบทุนทางสังคมออกไว้หลายรูปแบบ เช่นกัน โดยนักวิชาการแต่ละท่านได้กำหนดรูปแบบ และองค์ประกอบทุนทางสังคมที่แตกต่างกันเอาไว้ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2548) ได้กำหนด องค์ประกอบทุนทางสังคมไว้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ทุนมนุษย์ คือ บุคคลทั่วไปและผู้นำทางสังคม เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครที่มีน้ำใจและเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ มีความเชื่อในระบบคุณค่า และหลักศีลธรรมที่ดี เช่น มีคุณธรรม วินัย ความซื่อสัตย์ จิตสำนึกสาธารณะ อันที่จะเป็นประโยชน์ต่อสังคม

2. ทุนที่เป็นสถาบัน ได้แก่ สถาบันครอบครัว ศาสนา พรมหาชัชติวิทย์ การศึกษา การเมือง องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชน

3. ทุนทางภูมิปัญญาและวัฒนธรรม ได้แก่ ภูมิปัญญาไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะ วัฒนธรรม จริยธรรม ประเพณี แหล่งประวัติศาสตร์ โบราณสถาน

ความหมายทุนทางสังคม

Hanifan (1916 อ้างอิงใน วรรณา โรมรัตนพันธ์, 2548) ได้นิยามทุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วในตัวมนุษย์ เป็นสิ่งที่เกิดในกิจกรรมประจำวัน ในรูปของการสร้างภาพลักษณ์ที่ดี ความเป็นสมาชิกสุ่ม ความเห็นใจกัน และความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลและครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดหน่วยทางสังคม เมื่อปัจเจกบุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและหน่วยทางสังคมของเพื่อนบ้าน จะก่อให้เกิดการเพิ่มพูนทุนทางสังคม

Jame Coleman (1990) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ทุนทางสังคมเป็นโครงสร้าง ความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดผลดีต่องานกิจกรรมที่ได้กระทำในองค์กร โดยแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ มิติทางโครงสร้างทางสังคม เช่น มีค่านิยมร่วมกัน คาดหวังในสิ่งที่ต้องใช้ร่วมกัน มีสำนึกของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และมิติของการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจนภายใต้โครงสร้างสังคม ดังกล่าว

Pieree Bourdieu (1986 cited in Lin Nan 2003) ซึ่งได้นิยามทุนทางสังคม ว่าเป็น การรวมของทรัพยากร (สถาบัน องค์กรและบุคคล) ทั้งที่เป็นจริงและมีศักยภาพซึ่งเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายที่มั่นคง มีความสัมพันธ์และยอมรับซึ่งกันและกัน

Francis Fukuyama (1999) ทุนทางสังคมเป็นเรื่องของค่านิยม ธรรมเนียมที่ไม่เป็นทางการ (Set of informal values บรรทัดฐาน/จริยธรรมร่วมกัน (Norm shared) ซึ่งสนับสนุนให้เกิดการร่วมมือระหว่างบุคคล และตลอดคล้องกับศีลธรรมอันดีงาม

Dasgupta and Serageldin (1999) มีแนวคิดเรื่องทุนทางสังคม หมายถึง ความเป็นกันของของสังคมที่มีลักษณะความสัมพันธ์ในแนวนอนประกอบกับความสัมพันธ์ในแนวตั้ง ที่เป็นตัวกำหนดโครงสร้างของสังคม กฎระเบียบต่างๆ

Robert Putnam (2000) ให้ความหมายของทุนทางสังคมไว้ว่า คือ ความเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกและเครือข่ายของกลุ่มสังคมน้ำมาซึ่งบรรหัตดฐานการปฏิบัติ (Norm) ความเป็นเครือข่าย (Network) ความไว้วางใจทางสังคม (Social Trust) และความไว้วางใจ (Trustworthiness) ของการตอบแทนกันและกัน

Cohen and Prusak (2001 อ้างอิงใน อิสระ โพธิจันทร์, 2547) กล่าวว่า ทุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่สะสมในรูปความไว้วางใจ (Trust) ความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Mutual understanding) การให้คุณค่าร่วม (Shared values) และมีพฤติกรรมเชื่อมโยงสมาชิกของเครือข่ายและชุมชนเข้าด้วยกันและทำให้เกิดความร่วมมือ

Woolcock and Narayan (2003) กล่าวว่าทุนทางสังคมเป็นบรรหัตฐาน (Norms) และ เครือข่าย (Network) ที่ช่วยให้คนมาทำกิจกรรมร่วมกัน

Pretty and Ward (2001 อ้างอิงใน อิสระ โพธิจันทร์, 2547) ได้ให้ความหมายทุนทางสังคมครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ความสัมพันธ์ของการไว้วางใจ (Relation of trust) (2) การต่างตอบแทนการแลกเปลี่ยน (Reciprocity and exchange) (3) กฎระเบียบ จริยธรรม และ การลงโทษ (Common rules, Norm and Sanction) และ (4) การติดต่อ เครือข่ายและกลุ่ม (Connectedness, Network and Groups)

World bank (2003) ให้ความหมายว่าทุนทางสังคมเป็นเรื่องความสัมพันธ์ ในแนวราบ ระหว่างคนที่ประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและบรรหัตฐานของความสัมพันธ์นั้น ที่มีผลต่อผลิตภาพและความอยู่ดีมีสุขของชุมชน โดยที่ทุนทางสังคมสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภายในครอบครัว ชุมชน องค์กรธุรกิจ ภาคประชาชนและองค์กรภาครัฐเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของคนในสังคม ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อกิจกรรมที่ได้กระทำในองค์กร

อาันันท์ กัญจนพันธ์ (2541) กล่าวว่าทุนทางสังคมคือ วิธีคิด และระบบความรู้ใน การจัดการวิถีความเป็นชุมชน เช่น การจัดการทรัพยากร ระบบความสัมพันธ์ของมนุษย์กับมนุษย์ มนุษย์กับธรรมชาติ มนุษย์กับสิ่งแวดล้อมชาติ ความรู้ภูมิปัญญา จริยธรรม และกฎเกณฑ์ ทางสังคม

มนุษย์กับธรรมชาติ มนุษย์กับสิ่งเหลือธรรมชาติ ความรู้ภูมิปัญญา จริยิต กฎหมายและกฎหมายทางสังคม

“เพนล์ วัฒนศิริธรรม (2542) กล่าวว่า ทุนทางสังคมหมายถึงความเข้มแข็งของชุมชน ห้องถีน ความสามัคคี รวมพลัง การมีองค์กร มีจุดรวมใจ มีศีลธรรม

ประเวศ วงศ์ (2542) ได้กล่าวว่าทุนทางสังคมหมายถึง ความเป็นกลุ่มก้อนทางสังคม มีการศึกษา วัฒนธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต รับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม

ทรรศิน สุขโต (2543) นักวิชาการสำนักงานกองทุนเพื่อสังคม กล่าวถึงทุนทางสังคมว่า เป็นความเอื้ออาทร ความคิด ความอ่าน การประดิษฐ์คิดค้น ทั้งที่เป็นวัตถุและนามธรรม ที่เอื้อให้ มนุษย์กับธรรมชาติและมนุษย์กับมนุษย์อยู่ร่วมกันอย่างเอื้ออาทร

สุนิตา เริงจิต (2543) นักวิชาการสำนักงานกองทุนเพื่อสังคม ได้ให้ความหมายของทุนทางสังคมว่า คือ ภูมิปัญญาและคุณค่าเดิมของสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นความรู้ทางด้านการเกษตร การรักษาพยาบาล ความสัมพันธ์ในครอบครัว เครือญาติ และความผูกพันในชุมชน

อมรา พงศ์พาณิชย์ (2543) กล่าวถึงทุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมทั้ง แแนวburn และแนวดึง ระหว่างบุคคล สถาบัน และองค์กรต่างๆ ในรูปปัจเจก กลุ่ม และเครือข่าย

พระภี สีเหลืองสวัสดิ์ (2545) ให้ความหมายทุนทางสังคมคือ โครงสร้างทางสังคม หรือ คุณลักษณะทางสังคมใดๆ ที่เอื้อให้เกิดการจัดกิจกรรมส่วนรวม การแก้ปัญหาร่วมกัน การพึ่งตนเองของชุมชนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยกำหนดทุนทางสังคมไว้ 4 ลักษณะ ได้แก่ 1.เป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจสังคม 2.เป็นเครื่องมือประเมินสภาพสังคม 3.เป็นนโยบาย การพัฒนา 4.เป็นเครื่องมือเพื่อสร้างความชوبธรรมให้แก่แนวคิดของกลุ่ม

อเนก นาคะบุตร (2545) กล่าวไว้ว่า ทุนทางสังคม คือ ลักษณะความเข้มแข็งของชุมชน การมีน้ำใจต่อกัน การแบ่งปันซึ่งกันและกัน ความเอื้ออาทร การเกาะเกี่ยวกันทางสังคม การรวมกลุ่มเป็นองค์กร เป็นพลังขับเคลื่อนชุมชนในการจัดการรับกับปัญหา และสามารถพึ่งพา ตนเองได้จริง

ชัยวัฒน์ ถิระพันธ์ (2547) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างประชาสัมคมกับทุนทางสังคม ประชาสัมคม เป็นกระบวนการเรียนรู้ การปฏิสัมพันธ์ การรวมกลุ่มกัน ในจุดมุ่งหมายเพื่อสร้าง คุณภาพใหม่ เช่น ทุนปัญญา ทุนทางสังคม

วิชล มนัสเอื้อศิริ (2547) กล่าวว่าทุนทางสังคมหมายถึง ระบบความสัมพันธ์ ที่มีค่านิยม เอื้อต่อการร่วมมือและให้ความช่วยเหลือกัน ทั้งในครอบครัว เครือญาติ องค์กรชุมชน และเครือข่าย

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2548) ให้ความหมายทุนทางสังคมหมายถึงผลังที่อยู่ในชุมชน และสังคม ซึ่งเกิดจากการรวมตัวของกลุ่มคนเพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน ทำงานร่วมกัน บนพื้นฐานของความไว้เนื้อเชื่ोใจ สายใจความผูกพันและวัฒนธรรมที่ดีงามจากการทบทวนวรรณกรรมความหมายทุนทางสังคม จะเห็นได้ว่า กิจกรรมแต่ละท่านให้ความหมายของทุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้รับรวมเป็นประเดิมของความหมายได้ดังที่ปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงความหมายทุนทางสังคมของนักวิชาการแต่ละท่าน

จากตาราง 1 แสดงความหมายทุนทางสังคมของนักวิชาการแต่ละท่าน ผู้วิจัยได้นำมาเรียงลำดับความถี่ความหมายทุนทางสังคม และทำการเลือกคำที่มีความถี่ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป โดยเป็นคำที่มีความหมายสัมพันธ์กัน มาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่าย จึงขอแสดงดังปรากฏในตาราง 2 นี้

ตาราง 2 แสดงลำดับความถี่ความหมายของทุนทางสังคม

ลำดับที่	ความถี่ของคำ(ครั้ง)	ความหมายทุนทางสังคม
1	11	การติดต่อสัมพันธ์
2	8	การเป็นเครือข่าย
3	7	การรวมกลุ่ม
4	6	ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม
5	6	ความไว้วางใจและการยอมรับ
6	3	การช่วยเหลือเอื้ออาทรกัน

จากการทบทวนความหมายทุนทางสังคมจากนักวิชาการไทยและต่างประเทศแล้ว นำมาสรุปดังปรากฏในตาราง 2 เพื่อความถี่แล้วนำมาเรียงลำดับความถี่ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากความหมายได้องค์ประกอบทุนทางสังคมที่ประกอบด้วย การติดต่อสัมพันธ์ การเป็นเครือข่าย การรวมกลุ่ม ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ความไว้วางใจและการยอมรับ และการช่วยเหลือเอื้ออาทร

บทบาทบุคลากรสาธารณะสุขในการดูแลผู้ติดเชื้อเชื้อไอวี/เอดส์

ด้วยขอบเขตของการศึกษาทุนทางสังคมในครั้งนี้มุ่งประเด็นศึกษาทุนทางสังคม ด้านบุคลากรสาธารณะสุขและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเชื้อไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นการศึกษาทุนทางสังคมระหว่างระหว่างบุคลากรสาธารณะสุขกับผู้ติดเชื้อเชื้อไอวี และระหว่างผู้ติดเชื้อเชื้อไอวี/เอดส์กับผู้ติดเชื้อเชื้อไอวี/เอดส์คนอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาล ชุมพวง และนอกโรงพยาบาลชุมพวงจะนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของบทบาทบุคลากรสาธารณะสุขในการดูแลผู้ติดเชื้อเชื้อไอวี/เอดส์และกลุ่มเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเชื้อไอวี/เอดส์ดังต่อไปนี้

ว.
RA
กศ. 35
๑๕๒๖๓
๒๕๕๑

ก.4812542



๗ - ๘.๔. ๒๕๕๗ สำนักหอสมุด

คำว่าบุคลากรสาธารณสุขหมายถึงบุคลากรสาขาบริษัทที่ทำงานสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ นักวิชาการ ฯลฯ (เกทีอิเล็คทรอนิกส์เพื่อนสุขภาพไทย, 2004) ต่างมีบทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่แตกต่างกัน (เอกสาร Aids Jobs Descriptions โรงพยาบาลชุมพง, 2549; การประชุมสัมนาหน่วยบริการในการดำเนินงานเอดส์ปีงบประมาณ 2550 ภายใต้หลักประกันสุขภาพ, 2550) ดังนี้

บทบาทของแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นอายุรแพทย์ ภูมารแพทย์ หรือแพทย์ทั่วไปที่มีความรู้เพียงพอในการวินิจฉัย ดูแลรักษา รวมทั้งการให้ยาต้านไวรัส ยาป้องกันโรคติดเชื้อจวยโอกาสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ มีบทบาทหลัก เช่น ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินระยะของโรคเอดส์และโรคแทรกซ้อน เช่น วัณโรค วัณโรคต่อมน้ำเหลือง ปอดอักเสบ เป็นต้น ผู้ดูแลยังสามารถประวัติอาการและอาการแสดง ความเสี่ยง ตรวจร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อวินิจฉัยโรค และทำการรักษา

บทบาทของเภสัชกร หรือ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เภสัชกรเป็นบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะด้านในเรื่องเภสัชเวชภัณฑ์เป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำเรื่องยาที่ถูกต้องแก่แพทย์และผู้ป่วย (สมคัดศรี สันติสุข, 2552) เป็นบุคคลที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ โดยเฉพาะยาต้านไวรัส กาลุ่มต่างๆ และมีทักษะในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่น เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง ตรวจเวลา อาการและอาการแสดงของผลข้างเคียงของยา การปฏิบัติตัวเพื่อลดเลี่ยงการเกิดปฏิกิริยา กับอาหารหรือยาที่ก่อภยันตราย เช่น การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) รวมถึงบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายยาตามที่ สปสช. กำหนด (VMI)

บทบาทของพยาบาล เป็นผู้มีความรู้พื้นฐานในเรื่องโรคเอดส์ มีหน้าที่ซักประวัติคัดกรองโรค บันทึกประวัติ ความเสี่ยง อาการและอาการแสดง รวมถึงให้การดูแลรักษา ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านไวรัส การใช้ยาป้องกันโรคติดเชื้อจวยโอกาส และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวเพื่อประเมิน ดูแล ติดตาม และประสานงานกับแพทย์ บุคลากรสหวิชาชีพ เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และ/หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (สัญชัย ชาสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒ และพรทิพย์ ยุกตานันท์, 2546; การประชุมสัมนาหน่วยบริการในการดำเนินงานเอดส์ปีงบประมาณ 2550 ภายใต้หลักประกันสุขภาพ, 2550) อาจเป็น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้และทักษะประสบการณ์เพียงพอในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้ความรู้เรื่องโรค เรื่องยา เรื่องการปฏิบัติตัว สามารถประเมินความพร้อม

และความร่วมมือผู้ป่วยในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีความสามารถในการประเมินดูแล สวยงาม จิตใจสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว รวมถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และมีบทบาทในการประสานงานกับแพทย์ บุคลากรสหวิชาชีพ เครือข่ายผู้ติดเชื้อและ/หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทบาทของนักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงาน วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งตรวจและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อนำสู่การรับโครเดลส์ เช่น CBC, UA, FBS, Triglyceride, Total Chol, BUN, Cretinine, Syphilis, PAP smear, Sputum AFB, Anti-HIV, Chest X-rays และหรือสามารถเก็บและส่งตรวจห้องปฏิบัติการอื่นได้อย่างถูกต้อง เช่น CD4, Viral load, HIV genotype (drug resistance) และอื่นๆตามความจำเป็น เช่น HDL Cholesterol, LFT เป็นต้น

ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อันได้แก่แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษาและเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ต่างมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ที่แตกต่างกันตามความสามารถตามวิชาชีพที่ได้ศึกษามา แต่สิ่งสำคัญคือการมีจุดมุ่งหมายที่จะให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ให้เกิดความครบถ้วนรอบด้านเป็นองค์รวมทั้งการดูแลทางกาย การดูแลจิตใจ การดูแลทางสังคมครอบครัว และการดูแลทางจิตวิญญาณหรือปัญญา เพื่อกำหนดมาตรฐานที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์

กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ด้วยขอบเขตของการศึกษาทุนทางสังคมในครั้นนี้มุ่งประเด็นศึกษาทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นการศึกษาทุนทางสังคมระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์คนอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาลชุมพวง และนอกโรงพยาบาลชุมพวง ฉบับนี้ผู้จัดจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องกลุ่มเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งจะพบเห็นการเกิดขึ้นในลักษณะกลุ่มน้ำด้วยเครือข่ายที่ปรากฏขึ้น ดังต่อไปนี้

เสรี พงศ์พิศ (2548) ได้กล่าวถึงลักษณะของเครือข่ายว่าเป็นกลุ่มองค์กร หรือการที่บุคคลมาร่วมกันตามความสนใจ เป็นเที่ยเพื่อกิจกรรมทางสังคมโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เครือข่ายสามารถดำรงอยู่ได้นานด้วยการสื่อสารที่ต่อเนื่องมีความมุ่งสืบสืบพัน ความเป็นเจ้าของร่วมกัน และเครือข่ายมีประโยชน์ ในการเป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานร่วมมือกันมีให้ประสิทธิภาพโดยเฉพาะการเผยแพร่ปัญญาที่เกณฑ์ เช่น เอดส์ ยาแพตติด การค้าเด็ก และบริการทาง

เพศ เป็นต้น อันก่อให้เกิดประโยชน์ ก่อให้เกิดผลบางอย่างที่ใครคนเดียวทำให้เกิดไม่ได้ ทำการรณรงค์ได้กว้างและมีประสิทธิภาพ ส่งอิทธิพลต่อทั้งคนในและนอกเครือข่าย ทำให้เกิดการ ต่อสู้ที่ซัดเจนมากขึ้น ร่วมมือกันทำ แบ่งงานกันทำลดงานที่สำคัญลง ลดการสิ้นเปลืองทรัพยากร เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ แรงบันดาลใจและทักษะต่างๆ และทำให้เกิดความ สามัคคี ให้กำลังใจกัน และช่วยกันในรูปแบบต่างๆ เช่นการระดมทุน

เครือข่าย เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างหนึ่งที่แตกต่างไปจากกลุ่ม โดยที่กลุ่ม จะมีขอบเขตที่ชัดเจน รู้ว่าใครเป็นสมาชิก ไม่เป็นสมาชิกมีความเป็นรูปธรรมของเห็นได้ แต่เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่มีขอบเขต และการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกเครือข่ายอาจจะมองไม่เห็นเป็นรูปธรรม หรือเป็นรูปธรรมก็ได้

โดยเครือข่ายนั้นแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือเครือข่ายการแลกเปลี่ยน เครือข่ายการ ติดต่อสื่อสารและเครือข่ายความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน เครือข่ายไม่มีโครงสร้างที่แน่นอนตายตัว อาจมีโครงสร้างขึ้นมาทำหน้าที่ stanza ความสัมพันธ์ระหว่างคน/กลุ่มของค์กรให้ต่อเนื่อง แต่ในเครือข่ายไม่มีโครงสร้างให้โครงให้กระทำอะไรได้ แต่ละคน/กลุ่มของค์กรต่างก็เป็นศูนย์กลางของ เครือข่ายได้พอย กัน ดังนั้นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมของเครือข่ายจึงมีความซับซ้อนกว่า กลุ่ม/องค์กรมาก (Boissevain and Mitchell, 1973)

จากแนวคิดเรื่องเครือข่ายพบว่า เครือข่ายมีลักษณะการเชื่อมสัมพันธ์โดย การติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตั้งแต่ระดับบุคคล ไปจนถึงความสัมพันธ์กับกลุ่มของค์กร เครือข่ายมีประโยชน์ ในเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหา เอดด์ ยาสเตพิติ การทำค้าเด็ก และบริการทาง เพศ เครือข่ายมีประสิทธิภาพในการรณรงค์ ทำให้เกิดความสามัคคี การให้กำลังใจกัน และช่วยเหลือเอื้ออาทรในรูปแบบต่างๆ

นอกจากนี้ เสรี พงศ์พิศ (2548) ยังได้กล่าวถึงเครือข่ายของผู้ติดเชื้อว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อ เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อปี 2536 ที่จังหวัดเชียงใหม่ เหตุการณ์ครั้งนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากภาระตัวภัย เพราะต้องการไปรับยาสมุนไพรที่มีราคาเหมาจ่ายเดือนละ 100 บาท ของหมอยาเดชา กลางเมือง เชียงใหม่ จากคำร่ำลือกันว่ากินแล้วอาการดีขึ้นจึงมีผู้ติดเชื้อ/เอดด์จากสารทิคมารับยาที่นั่น บังคับ มาเข้าห้องอยู่ด้วยกันหลายๆ คนเพื่อจะได้ไม่ต้องเดินทางไปมาทุกวันจนเกิดความสนใจสนมจนรวม เป็นชุมชนเพื่อจัดการเรื่องยาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต่อมาปี 2537 หมอยาเดชา ถูกจับ กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านั้นจึงรวมตัวกันเดินประท้วงที่กลางเมืองเชียงใหม่ จึงเป็นเหตุการณ์ครั้งแรกที่ ผู้ติดเชื้อเอดด์ปราากฎตัวต่อสาธารณะ และมีการต่อรองกับรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข (สมัยของนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี) ผลดีของเหตุการณ์ครั้งนั้น คือ การเกิดกลุ่มเพื่อน

ชีวิตใหม่ หลังจากนั้นก็มีหน่วยงานต่างๆ ให้การสนับสนุน รัฐบาลจึงได้ก่อตั้งศูนย์ปฏิบัติการด้านภัย เอดส์ภาคเหนือตอนบน (ศอนบ.) ให้ความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อ มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรวมกลุ่มหรือ เปิดตัว โดยให้เงินลงเเคราะห์ กลุ่มเพื่อนชีวิตใหม่มีสมาชิกเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนกลุ่มผู้ติดเชื้อ กระจายไปทั่ว ในภาคเหนือตอนบน จากภาคเหนือสู่ภาคอื่นๆ ของประเทศไทย (เสรี พงศ์พิศ, 2548) ทั้ง 7 ภาคที่มีการประสานงานเข้มต่อไปยังเครือข่ายในจังหวัด จำนวน กว่า 1,000 กลุ่ม (นิวัตร สุวรรณพัฒนา, กาญจนา แผลงกิจ และ瓦拉ลักษณ์ กາພາ, 2551) ซึ่งการมีเครือข่ายของผู้ติดเชื้อ และมีองค์กรต่างๆ ให้การช่วยเหลือทั้งที่เป็นเอกชน รัฐบาล หน่วยงานราชการ โรงพยาบาล ทำให้ ผู้ติดเชื้อจำนวนมากกลับมา มีสุขภาพดี จนสามารถทำมาหากิน ทำงานได้ มีรายได้ และอยู่กับคนในครอบครัวชุมชนได้อย่างปกติสุข จะเห็นได้ว่ากลุ่มนี้มีบ้านเดียวกันและเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเช่นไอวี/เออดล์ว่า มีประโยชน์หลายประการ เช่น ให้ผู้ติดเชื้อเช่นไอวี/เออดล์มีความมั่นใจในตัวเอง ลดความเครียดวิตกกังวลและความหวาดระแวง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจพลังใจ มีความสุข คุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถ ดำรงชีวิตต่อไปได้

Robbin (1993 อ้างอิงใน จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2549) เห็นว่า คนเราภูมิเพราะกลุ่ม สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ดังนี้ กลุ่มก่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย (Security) การอยู่รวมกันจำนวนมากก่อให้เกิดความเข้มแข็ง หรือจุดแข็งขึ้น กลุ่มทำให้เกิดสถานภาพที่อ้างอิง ได้ว่าเป็นใคร เป็นสมาชิกขององค์กรได้ การเข้ากลุ่มทำให้รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนสำคัญคนหนึ่ง เพราะกลุ่มสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นคนมีค่า (Self worth) มากกว่าคนนอกกลุ่ม กลุ่มทำให้เกิดความผูกพัน (Affiliation) ผู้คนจะรู้สึกสนใจกับการปฏิสัมพันธ์ที่มาพร้อมกับกลุ่มเพื่อน สมาชิก และการทำงานกลุ่มมีนัยสำคัญต่อการสร้างมิตรภาพและสัมพันธภาพทางสังคมให้ สมบูรณ์มากขึ้น กลุ่มทำให้เกิดอำนาจ (Power) การที่บุคคลนารมณ์ตัวกันจะก่อให้พลังอำนาจ การ ต่อรอง และการรวมเพื่อร่วมสมอง ความรู้ และอำนาจในการสร้าง คิดค้น เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ องค์กรบรรลุเป้าหมายของงาน

อรอนงค์ อินทรจิตร และนรินทร์ กวินชัย (2543) ได้กล่าวถึงการให้กำลังใจผู้ป่วยโดยเอดส์ ด้วยวิธีการใช้กลุ่มบำบัดอันเป็นการบำบัดทางจิต กลุ่มบำบัดมีความจำเป็นมาก เพราะจะช่วย ประคับประคองชีวิตผู้ป่วยไว้ให้ยาวนานและอยู่ในสภาพที่สามารถดูแลตัวเองได้ต่อไป ซึ่งกลุ่ม บำบัดนั้นมีวัตถุประสงค์

ประการแรกเพื่อเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง ทันทีที่รู้ว่าได้รับเชื้อไวรัสเช่นไอวี ผู้ป่วย ต้องการรู้กระบวนการทางการกลไกของเอดส์

ประการที่สองเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและทัศนคติ ทันทีที่รู้ว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกเป็นปมด้วยใจไม่ถ้าให้ความใส่ชิดชนิดกับใครต่อไป ความรู้สึกที่ต้องปิดบังความลับนี้ได้กลายเป็นภาระทางจิตใจที่หนักหนึ่งกว่าเดิมที่จะต้องมาแสดงความรู้สึกอารมณ์ หรือความเป็นตัวของตัวเองของมาอย่างเต็มที่และในโลกแห่งความลับนี้เอง ผู้ป่วยยังต้องการเปิดเผยแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มคนที่อยู่ในโลกเดียวกับพากษา นั่นคือผู้ป่วยต้องการมีโอกาสพบปะพูดคุยกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน ด้วยความรู้สึกที่ตระหนักถึงความเจ็บปวดความทุกข์โศกและความเข้าอกเข้าใจแก้กันและกัน

ประการที่สามเพื่อส่งเสริมสนับสนุนเป็นกำลังใจให้แก่กัน ได้เรียนรู้และรับรู้ถึงภาระทางจิตใจตลอดจนปัญหาครอบครัวของแต่ละคน ทำให้ตระหนักรึ่งคุณค่าในตัวเอง มีความประณานะจะช่วยเหลือเกื้อกูล ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเห็นแก่ตัวช่วยให้มีจิตใจเชื่อเพื่อฝึกแก่ผู้อื่นมากขึ้น

ผลที่ได้รับจากการกลุ่มน้ำบัด เมื่อสมาชิกของกลุ่มนี้พัฒนามาเป็นไปในทางดีขึ้นเรื่องตั้งแต่มีการยอมรับตนของมากขึ้น ผู้ป่วยจะทำตัวคุ้นเคยและเปิดเผยกับผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อตัวเอง มีความมั่นใจในตัวเองความเครียดวิตกกังวลและความหวาดระแวงลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกันซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจพลังใจในการดูแลและการดำเนินชีวิตตนของมากขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจที่ตนเองไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

ดังนั้นการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มาร่วมกลุ่มกันสร้างเครือข่ายขึ้นด้วยมีสาเหตุหลักหลายเช่นเป็นเครือข่ายการแลกเปลี่ยน เครือข่ายการติดต่อสื่อสารและเครือข่ายความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน ต้องการพบปะพูดคุยกัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และสร้างมิตรภาพเพื่อการรวมกลุ่มและการมีเครือข่ายจะช่วยตอบสนองความต้องการทางจิตใจ เช่นได้รับความสนับสนุนใจดี ได้รับความรักจากผู้พัน มีอำนาจในการต่อรอง เป็นต้น

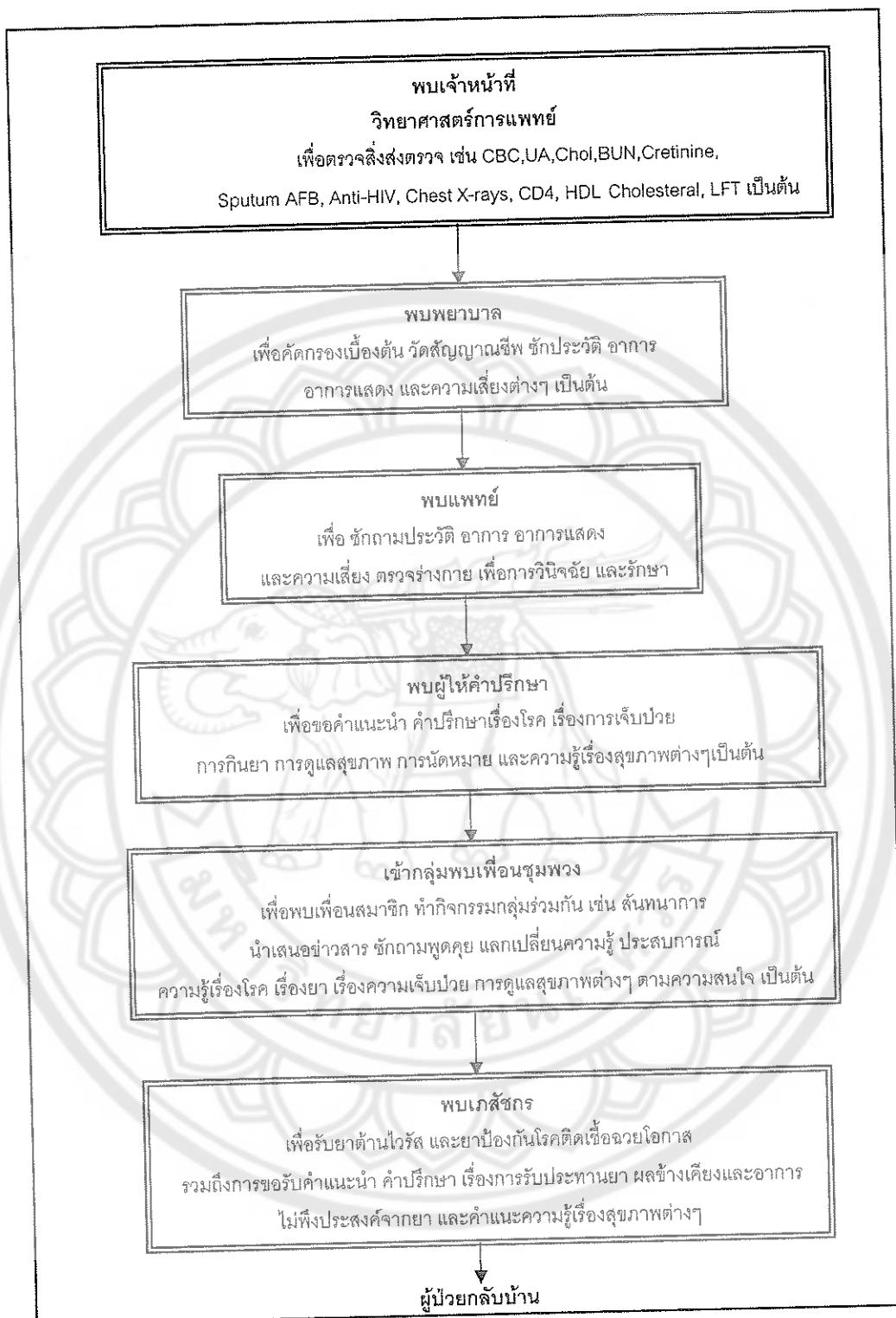
ฉะนั้นจากประเด็นหลักของการบททวนวรรณกรรมที่กล่าวมาตั้งแต่การบททวนความรู้เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคเอดส์นั้นทำให้ทราบว่าโรคเอดส์เป็นภาวะของความทุกข์และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียสุขภาวะของคนไทย แต่ด้วยปลัชญาทางด้านสิทธิมนุษยชนที่บุคคลทุกคนสามารถรับรู้ถึงความสุขของตนเอง ถึงแม้จะมีปัญหาสุขภาพดังเช่นผู้ติดเชื้อเอดส์ การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์จึงเป็นเรื่องที่เมื่อรวมองข้าม ตามวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติที่ล้วนอย่างให้คนไทยมีความสุขและวิถีชีวิตรักษาสุขภาพและสุขภาวะของคนป้องกันควบคุม

โรคเอดส์จังหวัดนราธิวาสimaที่มุ่งเน้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อยู่กับครอบครัวชุมชนอย่างมีความสุข

กอบปรักบงานวิจัยหลายเรื่องที่พูดถึงทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาวะที่ดี และการเพิ่มขึ้นความสุขของบุคคล ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมทุนทางสังคมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปได้ว่าทุนทางสังคมประกอบด้วย การติดต่อสัมพันธ์ การเป็นเครือข่าย การรวมกลุ่ม ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ความไว้วางใจและการยอมรับ และการช่วยเหลือเอื้ออาทร ด้วยงานวิจัยส่วนใหญ่จะเน้นการศึกษาทุนทางสังคมด้านครอบครัว และชุมชน ยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

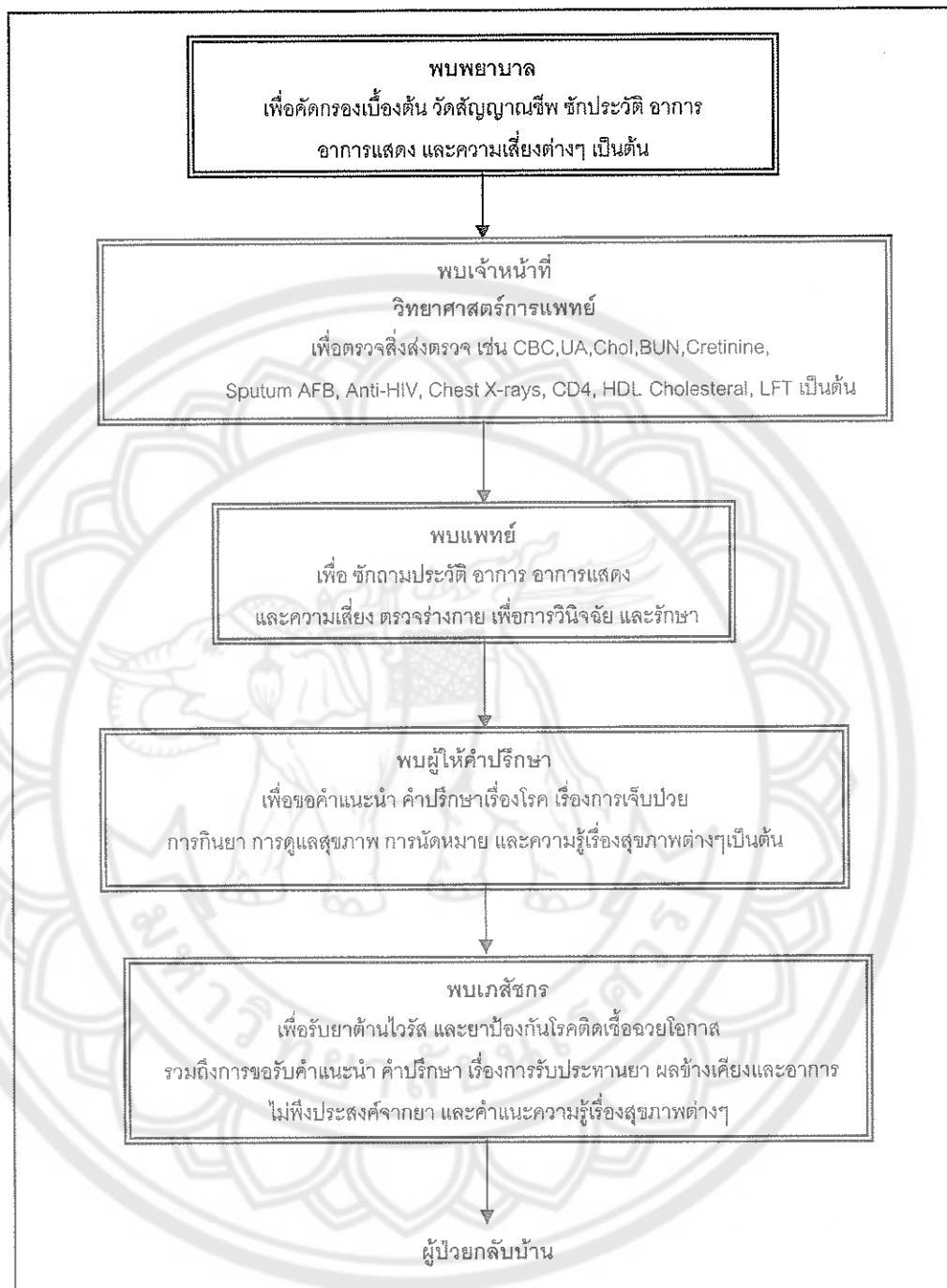
ระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โรงพยาบาลชุมพวง

โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนราธิวาสima มีคลินิกบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยแบ่งออกเป็น 2 คลินิกคือ คลินิกที่เปิดบริการให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รวมกลุ่มกัน และคลินิกที่เปิดบริการให้กับผู้ติดเชื้อที่ไม่มีการรวมกลุ่ม เนื่องจากผู้ติดเชื้อไม่พร้อมพบปะกับผู้ติดเชื้อเอดส์รายอื่นๆ ซึ่งคลินิกทั้ง 2 ประเภทนี้จะให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีทีมสาขาวิชาชีพอันประกอบด้วย พยาบาล นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้บริการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวงมีสุขภาวะที่ดีทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีระบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ดังภาพดังไปนี้



ภาพ 1 แสดงระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีการรวมกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน

ที่มา: เอกสาร Aids Jobs Descriptions โรงพยาบาลชุมชน, 2549



ภาพ 2 แสดงระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่มีการรวมกลุ่ม
โรงพยาบาลชุมชนพวง

ที่มา: เอกสาร AIDS Jobs Descriptions โรงพยาบาลชุมชนพวง, 2549.

ผลงานศึกษาและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ได้ตรวจสอบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาถึงปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่าย ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา อันประกอบด้วย ตัวแปรตามคือ สุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในพยาบาลชุมพวง และตัวแปรอิสระคือปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายอันประกอบไปด้วยการติดต่อสัมพันธ์ การรวมกลุ่ม การเป็นเครือข่าย ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ความไว้วางใจและการยอมรับและการช่วยเหลืออีกอาทิตย์ และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้ากกลุ่ม ระยะเวลาติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่เดือนใน การทบทวนปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ดังต่อไปนี้

ปัจจัยทุนทางสังคมจำแนกออกเป็น 6 องค์ประกอบดังนี้

1. การติดต่อสัมพันธ์

เนื่องจากว่าการติดต่อสัมพันธ์เป็นหนึ่งในตัวแปรปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากร สาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาด้านค่าว่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

การติดต่อสัมพันธ์ มีประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารที่สนองจุดประสงค์ของผู้พูดทั้งสองฝ่าย และทำให้เกิดความพึงพอใจ สนับสนุน และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (ศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ม.ป.ป.) รวมไปถึงการไปมาหาสู่ การพูดจาสื่อสาร มีความเกี่ยวข้องอย่างพูกพันกัน (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน, 2542) ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับการปฏิสัมพันธ์ที่หมายถึง การที่ 2 คนขึ้นไปมีความเกี่ยวข้อง ในกิจกรรมของกลุ่ม/ทีม ให้การยอมรับ ให้เกียรติกัน (ศูนย์การเรียนรู้ด้านการประชาสัมพันธ์, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบร่ว่า การสร้างทุนทางสังคมที่เป็นการปฏิสัมพันธ์จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการมีความสุขมากขึ้น ดังเข็มงานของพิริยะ พลพิรุฬ และปั่งปอนด์ รักอำนวย กิจ (2550) ที่ได้ทำการศึกษาความสุขจากทุนทางสังคม กรณีศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดกาญจนบุรีจำนวน 2,864 พบร่ว่า การมีทุนทางสังคมจะทำให้เกิดความแตกต่างของระดับความสุข โดยบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีมีความรักใครซึ้งกันและกัน จะส่งผลให้มีความสุขมากขึ้น และงานของ ระหวรวณ ถ่ายทอดพัทย์ (2545) ที่ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยเอดส์จำนวน 9 ราย ในจังหวัดเชียงใหม่ เรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้กล่าวถึงปัจจัยทางบวกที่ช่วยก่อให้เกิดความสุขและกำลังใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือแรงสนับสนุนทางสังคมอันหมายถึงการปฏิสัมพันธ์กันของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการแลกเปลี่ยน

ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกันและข้อค้นพบในการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอ็ดส์ จำนวน 16 รายที่เลือกแบบเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เมื่อสามีเสียชีวิต ถึง กันยายน 2540 ของผู้อยู่อาศัยในประเทศไทย (2541) กล่าวว่าวิธีการในการส่งเสริมสุขภาพโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและมารดาที่ติดเชื้อเอ็ดส์จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ กล้าเผยแพร่ความรู้สึกบวก出来ถึงความต้องการในการช่วยเหลือ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนทางของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้มารดาที่ติดเชื้อเอ็ดส์มีความเข้มแข็งทางจิตใจ

เนื่องจากภาระการติดต่อสัมพันธ์กับทำให้บุคคลได้มาพบปะแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน เกิดความรักใครซึ่งกันและกัน ดังนั้นการศึกษารั้งนี้จึงสนใจศึกษาว่าการติดต่อสัมพันธ์ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ โงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาหรือไม่

2. การรวมกลุ่ม

ด้วยการรวมกลุ่มเป็นหนึ่งในตัวแปรปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ โงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาด้านคุณภาพนิยมที่เกี่ยวดันนี้

Greenberg and Baren (1993 อ้างอิงใน จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2549) กล่าวว่าการรวมกลุ่มเป็นเวทีให้บุคคลได้พบปะพูดคุย และเปลี่ยนประสบการณ์และข่าวเหลือกัน โดยมีเหตุผลของการเข้ากลุ่มเพราะต้องการทางจิตใจ เช่นได้รับความสนับสนุน ได้รับความรักใคร่ผูกพัน กลุ่มช่วยให้บรรลุเป้าหมายบางอย่าง เช่น งานบางอย่างที่ไม่สามารถทำงานตามลำพัง สามารถกลุ่มช่วยเหลือ ข้อมูล ข่าวสารให้กันและกัน กลุ่มยังช่วยป้องกันการรุกรานจากผู้อื่น ให้ความรู้สึกปลอดภัย และสามารถกลุ่มช่วยสร้าง เอกลักษณ์ทางสังคม (Social identity) ในทางบวกให้แก่กันและกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถูกยกเป็นส่วนหนึ่งของ อัตตา หรือ มโนทัศน์แห่งตน (Self concept)

จากการบททวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การสร้างทุนทางสังคมที่เป็นการรวมกลุ่มทำให้รู้สึกเป็นพวกเดียวกันจะมีความสัมพันธ์ต่อการมีความสุข ดังเช่นงานศึกษาเรื่องคุณภาพของเพญจันทร์ ประดับมุข (2537) ที่กล่าวถึง กลุ่มหญิงบริการอาชีพพิเศษจำนวน 18 ราย กับการเผยแพร่ปัญหาการติดเชื้อเอ็ดส์ พบร่วม กลุ่มหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอ็ดส์ว่ามีความรู้สึกไม่ทุกข์นัก เพราะพวกเธอ มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน กำลังเผยแพร่ตามเดียวกันจึงทำให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้ปกติ และเพญจันทร์ ประดับมุข (2540) เองก็ยังได้กล่าวถึง กิจกรรมของกลุ่ม สายสัมพันธ์ ของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ที่มีการนัดพบปะกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับทราบข่าวสาร ทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าไม่ได้อยู่คนเดียว ยังมีเพื่อนอีกมากที่มีเชื้อเหมือนกัน จึงทำให้พบว่าสมาชิกที่เข้ากลุ่มนี้พัฒนาการทางจิตใจและอารมณ์ผ่อนคลายมากขึ้นในระยะเวลาอันรวดเร็วซึ่งมีลักษณะคล้ายกับงานวิจัย ของอังคณา ศรียะภรณ์ และคณะ (2541) ที่ศึกษาเรื่อง

การปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 3 สูงกว่าครั้งที่ 1 และ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเข้ากลุ่ม มีผลต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการที่มีกลุ่มเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้มากกว่าบุคคลรวมมีความรู้สึกเป็นพวกรเดียวกัน มีฉะตากซิวิตคล้ายกัน จะทำให้ไม่เป็นทุกข์มากนัก และการที่บุคคลเหล่านี้มารวมตัวกันเพื่อพบปะแลกเปลี่ยน ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันจะทำให้มีพัฒนาการทางด้านจิตใจดีขึ้น และถ้าหากมีการเข้ากลุ่มบ่อยครั้งจะทำให้สภาพจิตใจดีขึ้นตามไปด้วย

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาว่าการรวมกลุ่มส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอดส์/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาหรือไม่

3. การเป็นเครือข่าย

ด้วยการเครือข่ายเป็นหนึ่งในตัวแปรปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคคลากรสาธารณสุข และกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอดส์/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว่างานวิจัยที่เกี่ยวดังนี้

Mitchell (1969) อธิบายถึง เครือข่ายโดยใช้แนวคิดเรื่องเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม (Social network) ว่าหมายถึง สายใยของความสัมพันธ์ทั้งทางตรง ทางอ้อม ระหว่างบุคคล หนึ่งกับบุคคลอื่นๆ หรืออีกหลาย ๆ คน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น นิวัตร สุวรรณพัฒนา, ภานุจนา แตลงกิจ และวราลักษณ์ กพา (2551) ที่ได้กล่าวว่าความเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อ คือพื้นที่ที่ยอมรับ ประสบการณ์ชีวิตที่หลากหลายของผู้ติดเชื้อ อันมีกระบวนการกรอกໄ้ ทำให้ผู้ติดเชื้อกลุ่มต่างๆ ได้มาร่วมประชุมคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งนี้คือ คุณค่า หรือ พลัง ในการเคราพในคุณค่าของความเป็นคน ในส่วนของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2540) ได้กล่าวถึง พลังเครือข่ายประชาสังคม เอดส์ (Civil society for AIDS) ที่เป็นการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์เพื่อเป็นเครือข่ายช่วยเหลือกันเองหรือการที่พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน ภาคเอกชน หน่วยงานของรัฐ หนอพื้นบ้าน มีขึ้นเพื่อบำบัดทุกข์บำรุงสุขแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์

การมีเครือข่ายจะทำให้เกิดกระบวนการกรอกໄ้ในการช่วยเหลือ และเปลี่ยนประสบการณ์กัน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาว่าการเป็นเครือข่ายส่งผลต่อการมีสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอดส์/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาหรือไม่

4. ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม

ด้วยความร่วมมือการมีส่วนร่วมเป็นหนึ่งในตัวแปรปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากร สาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้า้งานวิจัยที่เกี่ยวกันนี้

ความหมายของการร่วมมือเป็นการทำางานของกลุ่มที่มุ่งเน้นความสำเร็จตาม จุดมุ่งหมายร่วมกัน (Team efforts toward goal achievement) เป็นความร่วมมือกัน กระตุ้น ส่งเสริมให้มีการร่วมมือทำงานร่วมกันภายใต้การติดต่อประสานงานกัน สามารถแต่ละคน มี ส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มตามความสามารถ (Beyer and Marshall, 1981 อ้างอิงใน วัชรา ณีกาศ, 2543)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา จากการศึกษาของศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542) ที่ได้ทำการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลบารากานราฐฯ จำนวน 150 ราย พบร้า กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีส่วนร่วมในชุมชนน้อยมีค่าคะแนนระดับชีมเคร้าเลิกน้อย-ปานกลาง ส่วนกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีส่วนร่วมกับชุมชนมาก-ปานกลาง มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือไม่ปรากฏ อาการซึมเศร้า

จากการทบทวน การมีส่วนร่วมของบุคคลจะส่งให้เกิดความรู้สึกทางจิตใจที่แตกต่าง กันโดยทั่วไป มากจะทำให้สุขภาพจิตดีมากกว่าบุคคลที่มีส่วนร่วมน้อย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงสนใจศึกษาว่าการร่วมมือมีมีส่วนร่วมส่งผลต่อการมีสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพง จังหวัดนครราชสีมาหรือไม่

5. ความไว้วางใจและการยอมรับ

ด้วยความไว้วางใจและการยอมรับ เป็นหนึ่งในตัวแปรปัจจัยทุนทางสังคมด้าน บุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้า้งานวิจัยที่เกี่ยวกันนี้

ความมั่นใจและความไว้วางใจ (Confidence and Trust) หมายถึง การมีความเชื่อถ่อง ความตรงไปตรงมา การยอมรับมั่นใจในความสามารถของกันและกัน ยินดีร่วมงานกันเพื่อน ร่วมงานทุกคน มีความเชื่อถือให้เกียรติและไว้วางใจในการทำงานร่วมกันและในการเปิดเผยข้อมูล ที่จำเป็นและความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเพื่อนร่วมงานทั้งด้านส่วนตัวและด้านการทำงานด้วยความ เต็มใจมีความยินดีในการร่วมมือประสานงานระหว่างเพื่อน (Beyer and Marshall, 1981 อ้างอิงใน วัชรา ณีกาศ, 2543)

จากการบทหวานงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสร้างทุนทางสังคมที่เป็นเป็นเรื่องของความไว้วางใจปากฎในงานศึกษาเชิงคุณภาพของ สมมานตร พรหมภักดี (2537) ที่ทำการศึกษาเรื่องปัญหาชีวิตและการปรับตัวของชายที่ติดเชื้อเอ็ดส์ จำนวน 10 ราย ที่กล่าวถึงการเปิดเผยสภาพข้อมูลการติดเชื้อเอ็ดส์ให้ญาติรับทราบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรักความผูกพันจากญาติมากขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขและในการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ จังหวัดเชียงใหม่เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง ตุลาคม 2544 จำนวน 9 ราย ของรัฐธรรมด้วยทรัพย์ (2545) ได้กล่าวว่าบทบาทและท่าทีของบุคลากรสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ ด้วยบทบาทท่าทีดังกล่าวนั้นจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ เกิดความเชื่อในคำแนะนำแล้วทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์เกิดกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

ดังจะเห็นได้ว่าความไว้วางใจนำไปสู่การยอมรับเชื่อมั่นต่อบุคคลนึงดังเช่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ จะเปิดเผยความลับเรื่องการติดเชื้อของตนเฉพาะบุคคลที่ยอมรับและไว้วางใจได้ซึ่งทั้งผู้ติดเชื้อเอ็ดส์มีความไว้วางใจต่อบุคคลอื่นย่อมสะท้อนให้เห็นความรัก ความผูกพันด้วย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาว่าความไว้วางใจและการยอมรับมีผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดเชียงรายสูงหรือไม่

6. การช่วยเหลืออื่นๆ

ด้วยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นหนึ่งในตัวแปรปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากร สาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวกันนี้

ความหมายของการช่วยเหลืออื่นๆ

Beyer and Marshall (1981 อ้างอิงใน วัชรา มณีกาศ, 2543) ได้กล่าวถึง การให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual help) เป็นความเห็นใจที่จะแบ่งปัน เอื้อเพื่อเมื่อเฝ้าระวัง ความจริงใจในการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานช่วยเหลือกันทั้งสมาชิกเก่าและใหม่ ปักป้องผูกพัน ประโยชน์และช่วยเหลือดูแลและปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้นได้ อันเป็นการให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Mutual support)

จากการศึกษาวิจัยและเอกสารวิชาการที่ผ่านมา พบว่า การสร้างทุนทางสังคมในเรื่องการช่วยเหลือกันที่ส่งผลต่อความสุข ดังเช่น การศึกษาของ จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐ (2550) การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นเรื่องของการได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง เจ้าหน้าที่และสังคมรอบข้างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอ็ดส์ ของจังหวัดสมุทรสงครามซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของเพรมฤทธิ์ น้อยหมื่นไวย

(2536) ที่ศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ความพร่องในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวน 120 คน ใน การศึกษาครั้งนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนี้หมายถึงการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 37 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านนี้วิภาค กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ ที่สถาบันบำราศนราดูร จำนวนตัวอย่าง 350 ราย ของชุมชนวรรณ จันคำมิ (2550) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่หมายถึงการให้ความช่วยแก่บุคคลอื่นและการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสรวมถึงบัวพลอย พรมแฉง (2547) ที่ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเป็นบุคคลแรกที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนิยมคิดของผู้ติดเชื้อเอดส์ และการช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีความคิดเห็นต่อตนของทางบวก ผลกระทบในคุณค่าของตนจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปรับตัวได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การช่วยเหลือทั้งที่เป็นผู้ให้และเป็นผู้รับการช่วยเหลือนั้นมีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือสุขภาวะที่ดีของผู้ติดเชื้อเอดส์/ไอวี/เอดส์ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาว่าการช่วยเหลือกันส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอดส์/ไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาหรือไม่

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องต่อสุขภาวะ

1. เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับแก้ความเครียด และการปรับตัวของบุคคลเนื่องจากเพศชายและเพศหญิงมีค่านิยม และการระบายนิยมที่แตกต่างกัน (วัลลภา ครุฑแก้ว, 2540) จากการศึกษาของ สาลินี เทพสุวรรณ (2550) ที่ศึกษาด้วยนิความอยู่ดีมีสุขมารวมของคนไทย พบร่วมตัวอย่างเพศชายมีระดับความอยู่ดีมีสุขในเชิงอัตลักษณ์และภาวะวิสัยสูงกว่าเพศหญิง

2. อายุ

อายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการกับตนเอง การรับรู้ การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งการเจ็บป่วย ได้ตีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (ระวีวรรณ ถาวรทรัพย์, 2545) จากงานวิจัยของ permuthay น้อยหนื่นไทย (2536) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความพร่องในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่งานวิจัยของ สาลินี เทพสุวรรณ (2550) ที่ศึกษาด้วยนิความอยู่ดีมีสุขมารวมของคนไทย : ความสำคัญของภาคประชาชนจากกลุ่มตัวอย่าง

1,838 คนในจังหวัดชัยนาท พบร่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นระดับความอยู่ดีมีสุขในเชิงอัตราสิ้ย และภาวะวิถีชีวิตจะค่อยๆลดลง และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ใน กรุงเทพมหานครจำนวน 381 คน ของพิมพ์สุรังค์ เทชะบุญเสริมศักดิ์ และคณะ(2552) พบร่าง อายุ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. สถานภาพสมรส

การสมรสทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกถึงความเป็นปึกแผ่นมั่นคง มีคุ้มครองให้ คำปรึกษาหรือค่อยดูแลซึ่งกันและกัน เป็นสิ่งสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญต่อการปรับตัวใน การแข่งขันภาวะวิถีชีวิต (ระหว่าง ภawaythrop, 2545) จากการศึกษาจันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรักษ์ (2550) ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 ราย พบร่างสถานภาพสมรส(เดียว)มีความสัมพันธ์ เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการศึกษาของศด้านทัศนคติ (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย พบร่าง สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเพรมฤทธิ์ น้อยหนี้น่วย (2536) พบร่างบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพ สมรส ได้ หมาย และหย่า แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาของบุคคล เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคล รู้จักให้ความรู้ ความคิดเข้าแก่ไปปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จีรนุช สมโชค, 2540) และผู้ที่มีการศึกษาสูง มีคุณภาพชีวิตที่ ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ หรือไม่ได้รับการศึกษา (นภาพร ศึกเสือ, 2548) จากการศึกษาคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของศุภกานต์ เทชะพงศธร, ศุภดา เทชะพงศธร และคณะ (2550) พบร่าง การศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวิชรพยาบาลมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 350 คน ของผู้ก่อกรอง พันธุ์ไฟโรจน์ และคณะ (ม.ป.ป.) พบร่างระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

5. อาชีพ

การมีอาชีพที่มั่นคงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความสุขภายนอกได้ (พงค์เทพ สุธีรุณี, ม.ป.ป.; ประภาพศรี รักความสุข และคณะ, 2550) ซึ่งจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลครรชัยศรีจำนวน 128 คน พบว่าอาชีพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (โรงพยาบาลครรชัยศรี, ม.ป.ป.)

6. รายได้

รายได้แสดงถึงความมั่นคงในชีวิต และเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ระดับรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถเลือกสถานบริการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย หากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2550) ศึกษาด้านนี้ ความสุขจังหวัดกาญจนบุรีพบว่าความสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรายได้ กล่าวคือประชากรที่มีรายได้เพิ่มมากขึ้นประชารมีความสุขมากขึ้นด้วย และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ศุภกานต์ เทษะพงศธร, คุณดา เทษะพงศธร และคณะ (2550) พบว่า รายได้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวิทยาบาลมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. การเข้ากลุ่ม

ศันสนีย์ สมิทะเกษตริน (2546) ได้กล่าวถึง กลุ่ม ในลักษณะการให้คำปรึกษาว่าเป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อถือไว้วางใจ การยอมรับ ความนับถือ ความอ่อนน้อม การสื่อสารต่อ กัน และความเข้าใจกัน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถได้ เปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของตน สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการกำหนดเป้าหมายในชีวิต ของตน สามารถดำเนินพัฒนาร่วมใหม่ที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

8. ระยะเวลาติดเชื้อ

จากการศึกษาวิจัยของประวิทย์ เอกเจริญสุข (2540) พบว่า ระยะเวลาในการยอมรับความจริงของผู้ป่วยเอดส์กล่าวคือจะใช้ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 6 เดือน ตั้งแต่แรกที่รับรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีถึงระยะยอมรับความจริง เมื่อเข้าสู่ระยะยอมรับความจริง ผู้ป่วยมีกลไกของการปรับตัว เช่น กล้าเปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อคนรอบข้าง ถ้าได้รับการยอมรับและการช่วยเหลือที่ดี ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ทั้งสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ละสังคม เช่นการศึกษา ของวิสาหกิริ แผ่นชนะ (2541) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

จำนวน 197 คน พ布ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโภคเนาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9. ระยะเวลาการรักษา

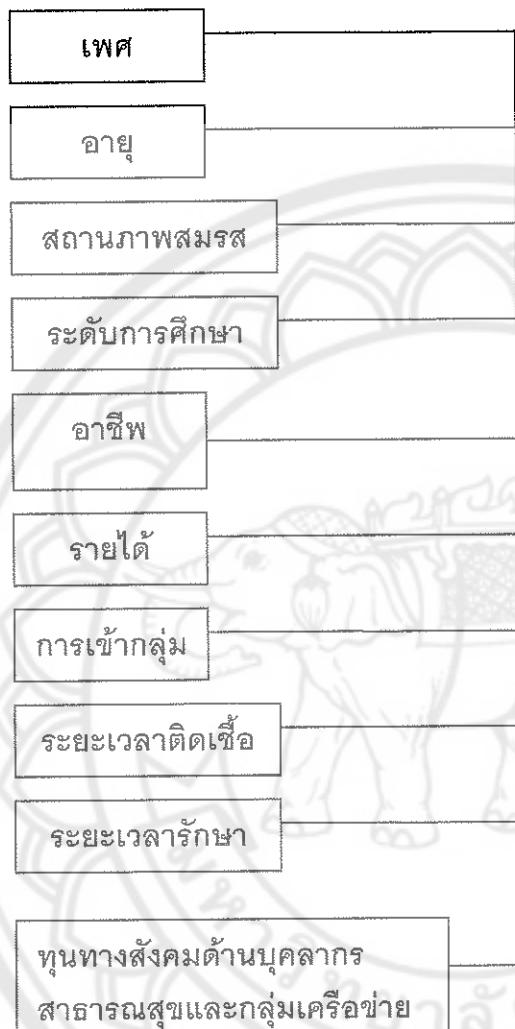
จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 130 คน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบริการที่ได้รับระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการระบบการดูแลอย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง ของ ณัฐชนยา ซ้อนขำ, ประนีต สงวนนา และกิตติกร นิลมาณัต (2551) พบว่า บริการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเป็นตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ครอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 4 เดือน คือ ระหว่างเดือนมีนาคม 2551 ถึง มีนาคม 2552 ซึ่งหน่วยของการวิเคราะห์ใน การศึกษานี้ (Unit of analysis) คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาล ชุมพวง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 104 ราย

ในการศึกษาทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนราธิวาส ได้มีตัวแปรอิสระคือปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่าย ได้แก่ ภาระต้องสมัพนธ์ การเป็นเครือข่าย การรวมกลุ่ม ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ความไว้วางใจและการยอมรับ และการช่วยเหลือ อี้อ้ออาทร และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้ากลุ่ม ระยะเวลาติดเชื้อ ระยะเวลาการรักษา และตัวแปรตามคือ สุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)



ตัวแปรตาม(Dependent Variable)

สุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
(รวมจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

- ด้านสุขภาพกาย
- ด้านจิตใจ ปัญญา และความเชื่อ
- ด้านครอบครัว
- ด้านสังคม
- ด้านเศรษฐกิจ
- ด้านสิ่งแวดล้อม)

ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากร สาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพร