



การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

Empowerment on Family Caregivers for Quality of Life Development in People Living with HIV/AIDs

กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ*

Kittiyaporn Choksawadphinyo*

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

*Correspondent author: k.phinyo@gmail.com

Received May 4, 2010

Accepted April 24, 2011

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีอาสาสมัคร จำนวน 109 คน จำแนกเป็น ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 70 คน (ร้อยละ 64.2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 39 คน (ร้อยละ 35.8) ผลการวิจัย พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีภาวะพร่องพลังอำนาจด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ในระยะปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ทำการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่งเสริมการใช้ชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจแบบพอเพียง และการรณรงค์ให้ชุมชนมีความเข้าใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เมื่อประเมินผล พบว่าพลังอำนาจของผู้ดูแลเกิด พลังความรู้ พลังความเข้าใจ พลังใจ พลังเศรษฐกิจ และพลังสนับสนุน ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้านจิตวิญญาณ พบว่าทุกรายมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมโดยมีผู้ดูแลในครอบครัวให้การสนับสนุน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน รู้สึกว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน ทำให้รู้สึกพอใจในตนเอง ยอมรับการอยู่กับความเป็นจริง

Abstract

This participatory action research utilized a 4 step empowerment processes conducted in three stages. Study participants, were 109 volunteers, comprising of 70 (64.2%) family caregivers and 39 (35.8%) HIV/AIDS (PLWHA) patients. The first stage study results suggested that family caregivers considered themselves to lack power in the areas of physical, psychological, spiritual, economic and social health. In the second stage, they were empowered through knowledge acquisition and cultivation of economic self-sufficiency in their daily lives. In addition, a campaign was conducted in this stage to establish community empathy for PLWHA. Third stage data suggests that family caregivers experienced an enhanced sense of empowerment with regard to knowledge, understanding, spiritual matters, support and unity. The outcomes associated with social

associated with social support of family caregivers, representing the quality of life of PLWHA, were partitioned into objective and subjective indicators. Objective indicators included health and appropriate levels of self-care, while subjective indicators included higher self-esteem and an enhanced sense of acceptance from family and community. Associated with the adoption of the concept of economic self-sufficiency in their daily lives, PLWHA reported that they enjoyed enhanced satisfaction and were better able to accept the reality of their condition.

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลในครอบครัว คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

Key word: empowerment, family caregivers, quality of life of people living with HIV/AIDS

1. บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้รับภาระในการดูแล (บำเพ็ญจิต และ วาสนี, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวรัตน์ (2540) ระบุว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ ต้องการอยู่ที่บ้าน ต้องการให้ญาติพี่น้องดูแล ต้องการการสนับสนุนด้านการเงิน อาหาร ที่อยู่อาศัย การประกอบอาชีพ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในขณะที่ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความต้องการด้านเศรษฐกิจมากที่สุด เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก นอกจากนี้ยังต้องการรับรู้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ต้องการกำลังใจ ต้องการการยอมรับจากสังคม (ธาริณี, 2541) จากการสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนภายในบริบทสังคมวัฒนธรรม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือระบุว่า บางครอบครัวยังรังเกียจ ไม่ให้การยอมรับผู้ติดเชื้อเอช

ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ขาดการสนับสนุนจากชุมชนและสังคม มีความท้อแท้และเหนื่อยหน่ายต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (บำเพ็ญจิต และ วาสนี, 2544) สภาพปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสูญเสียพลังอำนาจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นการบั่นทอนคุณภาพชีวิต ทั้งบุคคลในครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง โดยมีกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นขั้นตอนต่างๆ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การเรียนรู้ปัญหา การหาวิธีแก้ไขปัญหา การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปัญหา วิธีการดังกล่าวจะช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลตระหนักในความสามารถของตน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Choksawadphinyo, 2005) การศึกษาครั้งนี้จึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติด

เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. วิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: participatory action research) ทำการศึกษาในระหว่างเดือน ตุลาคม 2551 ถึงตุลาคม 2552 ในพื้นที่ อ.กุมภวาปี จ.อุดรธานี ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลอำเภอกุมภวาปี โดยสุ่มตัวอย่างแบบอาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงถึงกระบวนการเก็บรักษาข้อมูลให้เป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมด้วยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้วสามารถออกจากการเข้าร่วมโครงการได้เมื่อประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการ สำหรับเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์พลังอำนาจของผู้ดูแลในระยะก่อนดำเนินการวิจัยและหลังดำเนินการวิจัย และ (2) แบบสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และทำการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangular methods) โดยการใช้แหล่งข้อมูล วิธีการ และช่วงเวลาที่หลากหลายในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา ด้วยสถิติแบบพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่หนึ่ง (ระยะวางแผน: planning) มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการสร้างสัมพันธภาพและความผูกพัน (building bonding) เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความเชื่อถือ และมีการเรียนรู้ปัญหาเพื่อวิเคราะห์พลังอำนาจของผู้ดูแล ด้าน สภาพปัญหา ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ระยะที่สอง (ระยะปฏิบัติการและสะท้อนผลการดำเนินงาน: action and reflection) ในระยะนี้เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อแก้ไขปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน ส่วนผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกต่อการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ และประเมินศักยภาพ และความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสะท้อนอุปสรรคในการดำเนินการแก้ไขปัญหา เพื่อที่จะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการใหม่ต่อไป

ระยะที่สาม (ระยะประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ: problem evaluation) ในระยะนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำการประเมินผลด้วยตนเอง ถึงผลการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อสรุปรูปแบบที่เหมาะสมในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3. ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 109 คน จำแนกเป็นผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 70 คน (ร้อยละ 64.2) จำแนกตามเพศ เป็นหญิง 43 คน (ร้อยละ 61.4) และชาย 27 คน (ร้อยละ 38.6) และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 31 คน (ร้อยละ 28.4) และผู้ป่วยเอดส์ 8 คน (ร้อยละ 7.4) มีอายุต่ำสุด 17 ปี และสูงสุด 44 ปี เฉลี่ย 34.05 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 36 คน (ร้อยละ 92.3) ไม่มีงานทำและเป็นแม่บ้านจำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.7) มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 5,000 บาท เฉลี่ย 4,102.56 บาท ช่วงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวต่ำสุดคือ 10 ปี และสูงสุดคือ 84 ปี จำแนกผู้ดูแลที่เป็นเด็กมีจำนวน 2 คน เป็นวัยรุ่นใหญ่ 67 คน และเป็นผู้สูงอายุจำนวน 1 คน จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดาจำนวน 33 คน (ร้อยละ 47.1) ภรรยาจำนวน 11 คน (ร้อยละ 15.7) สามีนจำนวน 8 คน (ร้อยละ 11.4) บิดาจำนวน 6 คน (ร้อยละ 8.6) พี่สาวจำนวน 5 คน (ร้อยละ 7.2) พี่ชายจำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.3) บุตรจำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.9) ยายจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.4) และหลานจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.4)

3.1 ผลการวิจัยในระยะก่อนปฏิบัติการแก้ไขปัญห

จากการวิเคราะห์พลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว ในระยะก่อนปฏิบัติการแก้ไขปัญห พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีภาวะพร่องพลังอำนาจในด้านต่างๆดังนี้

3.1.1 ภาวะพร่องพลังอำนาจด้านสุขภาพกาย

กล่าวคือ ผู้ดูแลมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง บางรายมีข้อจำกัดด้านสุขภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เช่น อ่อนเพลียง่าย ทำงานหนักไม่ได้ และมีอาการหลงลืมเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ

3.1.2 ภาวะพร่องพลังอำนาจด้านสุขภาพจิต

ปัญหาที่พบได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสีย กลัวบุตร/ภรรยา/สามีน้อง ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต และรู้สึกขาดความมั่นใจในการดูแลหากมีอาการเจ็บป่วย ไม่ทราบว่า จะให้การดูแลอย่างไร นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลว่าตนเองจะเสียชีวิตก่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3.1.3 ภาวะพร่องพลังอำนาจด้านเศรษฐกิจ

พบว่าเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มีรายได้ประจำ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาและรับจ้าง กลุ่มตัวอย่างระบุว่า การมีรายได้จะนำมาซึ่งการจัดการเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนสามารถแสวงหาการรักษาได้ เมื่อมีปัญหาสุขภาพ

3.1.4 ภาวะพร่องพลังอำนาจด้านสังคม

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่า ปัจจุบันชุมชนให้การยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น ไม่แสดงความรังเกียจมากเหมือนในอดีต แต่ในความรู้สึกของผู้ดูแลยังรู้สึกกระแงว่าถึงอย่างไร ลึกๆในใจคนอื่นก็ยังรังเกียจ

3.2 ผลการวิจัยในระยะการปฏิบัติการแก้ไขปัญห

ในระยะนี้เป็นระยะของการแก้ไขปัญห โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การให้ความรู้ในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จัดให้มีคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แบบพกพา ให้ความรู้และส่งเสริมการดำรงชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยการเลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์ และปลูกผักปลอดสารพิษ รวมถึงการสร้างเสริมความเข้าใจในชุมชนด้วยการให้ความรู้กับประชาชน 3 ชุมชน ที่คัดเลือกโดยหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่มีรูปแบบในการจัดกิจกรรมคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการอภิปรายแสดงความคิดเห็น และ

ให้ตัวแทนผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยตัวต่อชุมชนแล้วพูดแสดงความรู้สึกต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และได้กล่าวถึงความต้องการความเข้าใจจากชุมชน

3.3 ผลการวิจัยในระยะประเมินผล

ในระยะนี้เป็นระยะที่ดำเนินการประเมินผล การแก้ไขปัญหาและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินร่วมกับผู้วิจัย ผลการศึกษาเป็นดังนี้

3.3.1 พลังอำนาจผู้ดูแล

จากการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเกิดเป็นพลังอำนาจดังนี้

พลังความรู้ เป็นการเสริมสร้างพลังจากการให้ความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รูปแบบในการให้ความรู้ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การอภิปรายแบบมีส่วนร่วม การถามตอบ การให้คู่มือศึกษาด้วยตนเอง และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

พลังความเข้าใจ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีโอกาสพูดคุยถึงความต้องการของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกร่วมกันของแต่ละฝ่ายที่มีต่อกัน ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน

พลังใจ เป็นผลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ดูแลในครอบครัวด้วยการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล เช่น คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องสมุนไพร ให้การสนับสนุนด้านการประเมินด้วยการประเมินเชิงบวก เช่น ให้แรงเสริมด้วยการพูดชื่นชมพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

และการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการพูดคุยให้กำลังใจ

พลังเศรษฐกิจ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในการสนับสนุนให้เกิดอาชีพเสริมซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย การเลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์ การเลี้ยงไก่ การปลูกผักปลอดสารพิษ มีบางรายที่ได้รับกำลังใจอยากช่วยครอบครัวให้มีความเป็นอยู่ดีขึ้น จึงทำงานเสริมด้วยการจักสาน และการรับผ้าไหมมาเย็บ

พลังสนับสนุน เป็นผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัย ทำให้มีเพื่อนใหม่ ทำให้มีคนที่เข้าใจรู้สึกถึงความเป็นคนหัวอกเดียวกันได้รับความเข้าใจจากเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยกัน นอกจากนี้ยังได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมวิจัยในโครงการ ส่วนรูปแบบการสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นการพูดคุยให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เช่น มีของมาฝากกันเมื่อมาร่วมกิจกรรม

พลังสามัคคี เป็นผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ก่อให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีแหล่งที่อยู่อาศัยคนละพื้นที่ แต่มีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันในการทำกิจกรรมร่วมกัน จึงเกิดการรวมกลุ่มของผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบปะกันเดือนละครั้งหมุนเวียนไปตามบ้านเพื่อน เพื่อเยี่ยมเยียนและพูดคุยได้ตามทุกข์สุขกันและกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากรวมเป็นกลุ่มพลังสร้างอาชีพ ตลอดจนเป็นผู้แทนชุมชนในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และโรคอื่นๆ ให้เยาวชนและคนในชุมชนมีความตระหนักในการป้องกันตนเอง

3.3.2 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภายหลังให้การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้กรอบแนวคิดของ Meeberg (1993) ทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สามารถ สังเกตและวัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา การทำ หน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น และคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับการรับรู้ หรือความรู้สึทางอารมณ์และจิตใจของบุคคล เช่น ความพึงพอใจ ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ผลการศึกษาเป็นดังนี้

จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายมีสุขภาพแข็งแรง ในขณะที่ ผู้ป่วยเอดส์ทุกรายยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวให้การสนับสนุนดูแล เช่น การเตรียมอาหารที่สะอาดให้รับประทาน การจัดยาให้รับประทานตรงเวลา หรือเตือนเรื่องเวลาในการรับประทานยา การแนะนำให้พักผ่อนมากๆ ไม่ให้นอนติดกันเกินไป เพื่อจะได้มีสุขภาพแข็งแรง ผลการประเมินด้านจิตวิสัย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความพึงพอใจกับความเป็นอยู่ปัจจุบัน การทำงานทำให้รู้สึกว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า รู้สึกได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน รู้สึกมั่นใจในตนเองในด้านการดำรงชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้รู้สึกพอใจในตนเอง ไม่ทำอะไรเกินตัว ยอมรับการอยู่กับความเป็นจริง พอใจในสิ่งที่มีและหาได้

3.3.3 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่ารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สนับสนุนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตมีดังนี้ (รูปที่ 1)

การสร้างความผูกพัน เป็นระยะแรกของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยการแสดงความเป็นกันเอง การติดตามเยี่ยมเยียน การให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ทั้งโดยการไปพบโดยตรง และทั้งทางโทรศัพท์ การจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ จากการศึกษาพบว่า การสร้างความผูกพันจะก่อเกิดได้ดีขึ้นด้วยการยกย่องให้เกียรติ ไม่ดูถูก ให้ความเป็นกันเอง และยอมรับความคิดเห็น

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้การสนับสนุนทั้งด้านกำลังใจได้แก่ การพูดคุยให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านสิ่งของ เช่น การส่งเสริมเลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการดำรงชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล เช่น การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา

การพัฒนาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสร้างกลุ่มเครือข่ายที่สามารถช่วยเหลือซึ่งกันระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การสร้างเสริมความเข้าใจต่อชุมชน และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ เกษตรอำเภอ ในการส่งเสริมการดำรงชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และหน่วยงานสาธารณสุขที่ให้การส่งเสริมสุขภาพ

การมีส่วนร่วม เป็นการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมถึงประเมินผลการจัดการปัญหาต่างๆ ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน อันนำมาซึ่งความเห็นอกเห็นใจและความเอื้ออาทรต่อกัน

4. อภิปรายผลการวิจัย

การนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วย ระยะนำเข้าสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะการเรียนรู้ปัญหา ระยะแก้ไขปัญหา และระยะการประเมินผล ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพลังอำนาจด้วยการพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะก่อให้เกิดความไว้วางใจ ช่วยให้บุคคลสามารถสำรวจถึงศักยภาพของตน สามารถเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง อันนำมาซึ่งการตระหนักในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ความมั่นใจในตนเอง (self-confident) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem)

เมื่อทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับ พลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่ามีภาวะพร่องพลัง ได้แก่ ภาวะพร่องพลังด้านสุขภาพกาย ภาวะพร่องพลังด้านสุขภาพจิต ภาวะพร่องพลังด้านเศรษฐกิจ และภาวะพร่องพลังด้านสังคม สอดคล้องกับรายงานของ สุชีลา ต้นชัยนันท์ (2541) ระบุว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้แก่ อาการเหนื่อย มีความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีความวิตกกังวล กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต และยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เช่นกันกับรายงานของทวีทองหงส์วิวัฒน์และคณะ (2536 ก) ระบุว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลและผู้ใกล้ชิด นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ เมื่อครอบครัวทราบว่า มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจ พบว่าเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มี

รายได้ประจำ สอดคล้องกับรายงานองค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ ระบุว่าครอบครัวที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องรับภาระในเรื่องค่ารักษาพยาบาล ทำให้ต้องยอมทำงานหนักเป็นสองเท่าเพื่อหาเงินมาใช้จ่าย บางครั้งมีการไปกู้เงินมาเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลในครอบครัวตระหนักว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีชีวิตอยู่ไม่นาน จึงยินดีที่จะทำทุกอย่างให้ (พิมพ์พลย์ และคณะ, 2541) ส่วนภาวะพร่องพลังด้านสังคม พบว่า ในความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ยังรู้สึกกระแวงว่า ถึงอย่างไร ลึกๆในใจคนอื่นก็รังเกียจอยู่แล้ว ซึ่งไม่สอดคล้องกับรายงานองค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ ระบุว่าปัจจุบันปฏิกริยาของชุมชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ดีขึ้นตามลำดับ โดยพบว่ามีความเห็นใจ เกิดความรู้สึกสงสาร ทำให้ความรังเกียจหายไป มีความเข้าใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการที่ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้นว่าโรคเอดส์คืออะไร ติดต่อได้อย่างไร ซึ่งความรู้เหล่านี้มาจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น (พิมพ์พลย์ และคณะ, 2541)

จากการแก้ไขปัญหาด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและเกิดเป็นพลังดังนี้

พลังความรู้ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการให้ความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์รูปแบบในการให้ความรู้ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การอภิปรายแบบมีส่วนร่วม การถามตอบ การให้คู่มือศึกษาด้วยตนเอง และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ สอดคล้องกับ ฮ็อก (Hawks, 1992) กล่าวว่าพลังความรู้จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และยังเกิดการ

แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะต่างๆ ได้ดีขึ้น

พลังความเข้าใจ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีโอกาสพูดคุยถึงความต้องการของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกของแต่ละฝ่ายที่มีต่อกัน ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับรายงานของกิบสัน (Gibson, 1991) ที่ระบุว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตระหนักต่อปัญหาความต้องการ และมีทัศนคติที่เหมาะสมต่อการเผชิญปัญหา กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ภายในกลุ่ม ทำให้ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีปัญหาล้ายกันและนำมาซึ่งความรู้สึกเข้าใจ

เป็นผลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ดูแลในครอบครัว ด้วยการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล เช่น คำแนะนำในการดูแลสุขภาพความรู้เรื่องสมุนไพร ให้การสนับสนุน ด้านการประเมินด้วยการประเมินเชิงบวก เช่น ให้แรงเสริมด้วยการพูดชื่นชมพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการพูดคุยให้กำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความปรารถนาดี และเกิดเป็นกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ สอดคล้องกับแนวคิดของฟลิน และคณะ (Flynn et al., 2000) ระบุว่า การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้บุคคลเกิดอึดมั่นในทัศนคติในทางบวกต่อตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจในการทำหน้าที่ต่างๆ เกิดความรู้สึกตระหนักในความสามารถของตนเอง (self efficacy) มีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา

ความรู้สึกที่มีความหวัง และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเกิดพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตพบว่าพลังใจที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถยอมรับความเป็นจริงของชีวิต และปรับตัวกับการดำรงชีวิตภายใต้บริบทที่เป็นอยู่ ทำให้รับรู้ถึงการมีความหวัง และมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

พลังเศรษฐกิจ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านการสนับสนุนให้เกิดอาชีพเสริม ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย การเลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์ การเลี้ยงไก่ การปลูกผักปลอดสารพิษ มีการทำงานเสริมด้วยการจักสานและการเย็บผ้าโหล ทำให้มีรายได้สำหรับใช้จ่ายในครอบครัว และเกิดเป็นพลังด้านเศรษฐกิจทำให้สามารถมีอำนาจในการใช้จ่ายตามความจำเป็นและความต้องการของครอบครัว ก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ สอดคล้องกับการศึกษาของกิดดิยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ (Choksawadphinyo, 2005) พบว่าพลังทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตบุคคลดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การมีพลังทางเศรษฐกิจทำให้สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่รู้สึกเป็นภาระ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีพลังด้านเศรษฐกิจ จึงนำมาซึ่งอำนาจในการตัดสินใจเพื่อดำเนินการต่างๆ ให้ครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พลังสนับสนุนทางสังคม เป็นผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัย ทำให้มีเพื่อนใหม่ ทำให้มีคนที่เข้าใจรู้สึกถึงความเป็นคนหัวอกเดียวกัน ได้รับความเข้าใจจากเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยกัน นอกจากนี้ยังได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมวิจัยในโครงการ โดยรูปแบบการสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นการพูดคุยให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทาง

สังคมกับสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ โดยสามารถเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตได้ดี นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยังก่อให้เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า มีการเผชิญปัญหาในทางบวก (Sowell et al., 1997) สอดคล้องกับรายงานของเคลลีและคณะ (Kelly et al., 1993) ระบุว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถลดปัญหาด้านสุขภาพจิตต่างๆ ทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม

พลังสามัคคี เป็นผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ก่อให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีแหล่งที่อยู่อาศัยคนละพื้นที่ แต่มีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันในการทำกิจกรรมร่วมกัน จึงเกิดการรวมกลุ่มพบปะกันเดือนละครั้งหมุนเวียนไปตามบ้านเพื่อนเพื่อเยี่ยมเยือนและพูดคุยได้ถามทุกข์สุขกันและกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกรู้สึกอยากรวมเป็นกลุ่มพลังสร้างอาชีพ ตลอดจนเป็นผู้แทนชุมชนในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และโรคอื่นๆให้เยาวชนและคนในชุมชนมีความตระหนักในการป้องกันตนเอง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของกิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ (Choksawadphinyo, 2005) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดกระบวนการกลุ่ม มีการพบปะสังสรรค์ เกิดการพูดคุยปรึกษาของสมาชิกภายในกลุ่ม ทั้งระหว่างผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีความเข้าใจกัน และยังมีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านสิ่งของ ข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นผลให้พลังอำนาจทางสังคมเกิดขึ้น

จากการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้านวัตถุวิสัย พบว่าทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระบุว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มขึ้น ทุกคนมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

ทั้งนี้โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวให้การสนับสนุนดูแล ซึ่งผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของวอชเทลและคณะ (Wachtel et al., 1992) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค กล่าวคือผู้ที่มีอาการรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอาการเล็กน้อย และปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดคือจำนวนและความถี่ของการเจ็บป่วย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาในประเทศไทยโดยเปรมฤทัยน้อยหมื่นไวย (2536) พบว่าปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ความบกพร่องในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และระยะของความเจ็บป่วย โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และความพร่องในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ส่วนผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน การทำงานทำให้รู้สึกที่ชีวิตตนเองมีคุณค่า รู้สึกได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน รู้สึกมั่นใจในตนเองต่อการดำรงชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้รู้สึกพอใจในตนเอง ไม่ทำอะไรเกินตัว ยอมรับการอยู่กับความเป็นจริง พอใจในสิ่งที่มีและหาได้ ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจในตนเองนี้ แอลแลน (Allan, 1990) กล่าวว่า เป็นการปรับทัศนคติต่อการมีชีวิตอยู่ในเชิงบวก ทำให้สามารถทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่อการดำเนินชีวิต ยังมีปฏิกิริยาตอบสนองและปรับตัวต่อการติดเชื้อในเชิงบวก เช่น การตั้งใจรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ การป้องกันการรับเชื้อเอดส์เพิ่ม ด้วยการเลิกมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ เลิกเที่ยวกลางคืน เลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่ม

สุรา มีการเฝ้าระวังอาการของโรค และลดความเครียดด้วยการฝึกสมาธิ การหาสิ่งเพลิดเพลิน ทำ จึงกล่าวได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้รู้สึกได้รับการยอมรับ ตระหนักในคุณค่าของตน จนเกิดเป็นการปรับทัศนคติการดำเนินชีวิตทางบวก ซึ่งนำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5. สรุป

การศึกษาครั้งนี้มีแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจขับเคลื่อนกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม 3 ระยะคือ ระยะสร้างสัมพันธภาพและวิเคราะห์ปัญหา ระยะแก้ไขปัญหา และระยะประเมินผล โดยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยการสร้างความผูกพันเพื่อให้เกิดความเชื่อถือและความไว้วางใจ ให้ความรู้ ให้อำนาจการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่งเสริมการดำเนินชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้แก่ชุมชน ซึ่งผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดพลังความรู้ พลังความเข้าใจ พลังใจ พลังเศรษฐกิจ พลังสนับสนุนทางสังคม และพลังสามัคคี ซึ่งนำไปสู่การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านวัตถุวิสัย ได้แก่ การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และ ด้านจิตวิสัย ได้แก่ มีความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ มีความพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และยอมรับการอยู่กับความเป็นจริง

6. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตระหนักถึงความสามารถของตน รับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ ซึ่งนำไปสู่การทำให้

คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยประเภทอื่นๆ แต่ข้อจำกัดในการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ อาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติ และมีปัญหาด้านจิตเวช เพราะกลุ่มดังกล่าวมีข้อจำกัดในการพัฒนาศักยภาพได้ด้วยตนเอง ดังนั้นอาจมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติ และมีปัญหาด้านจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมศักยภาพที่เหมาะสมต่อไป

7. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในชุมชน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการผลการดำเนินงานจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน จนสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์

8. เอกสารอ้างอิง

- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ บังอร สิริโรจน์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข สมมาตร พรหมภักดี ศศิธร ไชยประสิทธิ์ และวรรณ จารุสมบุญ. 2536 ก. **ชะตาชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์ “ชาย”**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- ธาริณี เพชรรัตน์. 2541. **ความต้องการและปัจจัยที่มีผลสัมพัทธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขา การพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วิลาสินี วิเศษณ์ฤทธิ์. 2544. **การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการ**

- ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนภายในบริบทสังคม วัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. 2536. แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยนurseปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล จันทรเพ็ญประดับมุก และ ศันสนีย์ เรืองสอน. 2541. องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เขาวรัตน์ ชาญวงศ์. 2540. การสำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ในคลินิกนิรนาม ศูนย์วันโรคเขต 6 ขอนแก่น. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขตขอนแก่น. 4(3): 43.
- สุชีลา ดันชัยนันท์. 2541. บทบาทครอบครัวชุมชน และองค์กรเอกชนต่อการดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหาเอดส์ ในองค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์วัลย์ บุญมงคลและคณะบรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Allan, J.D. 1990. Focusing on living, not dying: A naturalistic study of self-care among seropositive gay men. *Holist Nurs Pract.* 4(2): 56-63.
- Choksawadphinyo K. 2005. **Empowerment-based model for enhancing self-care of persons living with HIV/AIDS.** Khon Kaen: Dissertation (Public Health), Khon Kaen University.
- Flynn, M.B., Mc Keever, J.L., Spada, T. and Gordon-Garofalo, V.G. 2000. Active client participation: an examination of self-empowerment in HIV/AIDS case management with women. *JANAC.* 11 (3): 59-68.
- Gibson C.H. 1991. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs.* 16: 354-361.
- Hawks, J.H. 1992. Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *J Adv Nurs.* 17: 609-618.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Bahr, G.R., Koob, J.J., Morgan, M.G., Kalichman, S.C., Stevenson, L.Y., Brasfield, T.L., Bernstein, B.M. and St. Lawrence, J. S. 1993. Factors associated with severity of depression and High-Risk sexual behavior among persons diagnosed with Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection. *Health Psychol.* 12(3): 215-219.
- Meeberg, A.G. 1993. Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 18: 32-38.
- Sowell, R.L., Moneyham, L., Guillory, J., Seals, B.B., Cohen, L. and Demi, A. 1997. Self-care activities of women infected with human immunodeficiency virus. *Holist Nurs Pract.* 11: 18-26.
- Wachtel, T., Piette, J., Stein, M., Fleishman, J. and Carpenter, C. 1992. Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: measurement by the medical outcomes study instrument. *Ann Intern Med.* 116 (2): 129-167.



ก. เสริมสร้างความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์กับชุมชน



ข. ส่งเสริมการเลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์



ค. กิจกรรมให้ความรู้



ง. ปลูกผักกิมจี้ปลอดสารพิษ



จ. ผลผลิตจากการเลี้ยงปลา



ฉ. วัสดุใช้ทอเสื่อ

รูปที่ 1. ภาพกิจกรรม