

**การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่ม ในเครือข่ายอำเภอปทุมราชวงศา
จังหวัดอำนาจเจริญ
Improving the Quality of Life of HIV/AIDS
Infected Persons by Group Participation,
Pathumratchawongsa District, Amnat Charoen Province**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2557

Volume 37 No.3 (July-September) 2014

วิเชียร เขียวเข้ม พย.ม.* อรสา กงตาล Ph.D.**

Wichian Khiawkhem MSN.* Orasa Kongtalin Ph.D.**

บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์เป็นงานที่สำคัญและท้าทายยิ่ง ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญต่อการทำงานแบบเป็นเครือข่ายเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จที่ยั่งยืน การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิต ปัญหา อุปสรรคชีวิต และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่ม กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 50 คน และผู้ให้บริการ 4 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และการวิเคราะห์เนื้อหา การศึกษาสถานการณ์ก่อนดำเนินการพัฒนา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ประเมินคุณภาพชีวิตตนเองทางด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ส่วนด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ระดับปานกลาง โดยระบุว่าภาวะเจ็บป่วย การยอมรับของชุมชน และรายได้เป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินชีวิต ในระยะพัฒนา ได้ร่วมกันดำเนินการจัดตั้งกลุ่ม ฝึกทักษะความเข้าใจ ตระหนักรู้และยอมรับตนเอง ส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง และต่อมามีการเตรียมชุมชน เน้นสร้างเครือข่าย เพื่อนช่วยเหลือ และสร้างอาชีพ หลังการพัฒนาพบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมสูงขึ้นกว่าระยะก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ การมีส่วนร่วม การทำงานแบบเป็นเครือข่าย

Abstract

Improving the quality of life of HIV/AIDS infected persons is an important and challenging. It is necessary for health care provider to focus more on community-based networking approach in order to achieve a sustainable success. This action research aimed to enhance the quality of life and problem solving skills for HIV/AIDS infected persons by using group participation and community-based networking approach. Target group included 50 patients infected with HIV/AIDS and 4 health care providers. Data collecting using WHO-QUAL tool and in-depth interview were analyzed using Wilcoxon Signed Ranks Test and content analysis. The situational analysis prior to intervention showed that the people infected with HIV/AIDS perceived that they had good quality of life

*นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

in psychological domain, while the quality of life in other domains : physical, social relationships, and environmental, were moderate. They also expressed their daily life suffering affected by health status deterioration, social acceptance, low income and lack of financial support. The developmental phase toward improving their quality of life started from establishment of supporting group using group dialogue and contemplative learning techniques in order to initiate self awareness, and friendly environment. Self-care skills and related knowledge seeking were encouraged. The next phase focused more on community-based networking and community and group mobilization toward positive attitude, better understanding and supports for people with HIV/AIDS in the community. Results showed that their quality of life scale were increased statistical significantly particularly on social relationship and environmental domains at 0.05.

keywords: quality of life, HIV/AIDS, community participation approach, networking.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาโรคเอดส์นับว่าเป็นปัญหาที่สังคมไทยยังคงได้รับผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ การจัดบริการระบบสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ รวมทั้งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของไทย ขณะที่การดูแลรักษายังเป็นปัญหาทั้งเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย และเชิงโครงสร้างที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว รวมถึงปัญหาตัวบุคคลของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเอง^{1,2} เช่น การขาดแคลนผู้ให้บริการ การปิดบังการติดเชื้อ ขาดวินัยในการดูแลตนเองและไม่ร่วมมือในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคของผู้รับบริการ และการยอมรับของครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังเป็นปัญหาอยู่^{2,3} เหล่านี้มีผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดูแลรักษา ซึ่งมีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเป้าหมายของการดูแล ทั้งนี้พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การส่งเสริมสุขภาพแบบเสริมพลัง การส่งเสริมให้จัดตั้งเป็นเครือข่ายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมดูแล เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดบริการรักษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์^{1,4,5} การส่งเสริมการดูแลตนเอง การส่งเสริมอาชีพ การให้ศึกษา การบริหารจัดการ การเยี่ยมบ้าน การใช้สมุด

บันทึกสุขภาพ การเตรียมชุมชน การจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การให้คำปรึกษารายกลุ่ม การใช้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสมุนไพร การส่งต่อผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องที่บ้าน การส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน การส่งเสริมสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์^{6,7} เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม⁸ พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และสถานภาพสมรส ระดับซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์ในร่างกาย ระดับปริมาณไวรัสในร่างกาย ระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัส ระยะของโรค อาการไม่พึงประสงค์และผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส การดูแลอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยด้วยกัน การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์^{5,9,10,11,12,13,14}

ตลอดระยะเวลา 10 ปี ที่โรงพยาบาลพุทธมราชวงศ์ได้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ทั้งนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ยังมีการรวมตัวกันอย่างหลวม ๆ การปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขาดความต่อเนื่อง บางส่วนไม่เปิดเผยตนเอง ขาดความตระหนัก

ต่อการเข้าถึงบริการขาดความเข้าใจในการประสานแหล่งประโยชน์ ขาดข้อมูลและขาดทักษะในการดูแลตนเองจากการวิเคราะห์ชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบันร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรค จำนวน 25 คน ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ ทั้งนี้พบว่า มีเพียง 4 คน ที่มีความสุขกับชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ในขณะที่ส่วนใหญ่รู้สึกเป็นทุกข์กับชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบันเนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพ ภาระหนี้สินและความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น การทำงานหนัก ประสบปัญหาทำมาหากินลำบาก ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต บางส่วนอาศัยอยู่เพียงลำพัง ขาดคนดูแล และมีปัญหาความยอมรับการอยู่ร่วมใน ส่งผลให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจัดกระบวนการเรียนรู้สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนที่มีปัญหาร่วมกันเป็นจุดเริ่มต้น ด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart¹⁵ ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมโดยใช้หลักกระบวนการกลุ่มและการเสวนาในการดำเนินการ และการประยุกต์แนวคิดคุณภาพชีวิต¹⁶ และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก^{8,17} เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลเปรียบเทียบการพัฒนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มในเครือข่ายอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปทุมราชวงศาทุกระยะของการติดเชื้อ มีการรับรู้ สติสัมปะชัญญะดี พูด ฟังภาษาไทยและสื่อความหมายได้ดี มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย และผู้ให้บริการที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลปทุมราชวงศา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสัมภาษณ์สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (WHOQOL- BREF-THAI)^{8,17} 26 ข้อคำถาม คำสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าอยู่ระหว่าง 0.61-0.81¹⁷ 2) แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ให้บริการ มุ่งมองต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระบบบริการ และการพัฒนาแก้ไขและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ 3) แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการณ์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สิ่งที่เกิดขึ้นจริง บทเรียนจากการดำเนินงาน และสรุปบทเรียนจากการดำเนินและตั้งเป้าหมายในการดำเนินงานระยะต่อไปในอนาคตร่วมกัน 4) แนวทางการสังเกต ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความชำนาญเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 5 ท่าน การออกแบบรูปแบบกิจกรรมใช้การมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนรายละเอียดของกิจกรรมใช้การมีส่วนร่วมของตัวแทน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับผู้ให้บริการและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละกิจกรรมร่วมการออกแบบกิจกรรม

อนึ่ง ในด้านเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ผู้วิจัยเคารพในสิทธิและคำนึงถึงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ ทุกคนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิใดๆในการรักษาพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะวางแผน (plan) (สัปดาห์ที่ 1-5) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 50 คน ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่จากผู้ให้บริการที่รับผิดชอบ จำนวน 4 คน โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล การประชุมกลุ่มย่อย การทำกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน สังเกตการณ์มีส่วนร่วม ความร่วมมือการให้ข้อมูล ประชุมระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบข้อมูล สรุปประเด็นปัญหาหลักและคัดเลือกกลยุทธ์ วิธีการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ร่วมกันกับตัวแทน เสนอผลการประชุมระดมสมองต่อปัญหาหลัก กลยุทธ์ที่จะนำมาใช้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกำหนดรูปแบบกิจกรรมวางแผนการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบ เชิญภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและการพัฒนาความร่วมมือในการให้ข้อมูลและดำเนินการศึกษา

ระยะปฏิบัติการ (action) (สัปดาห์ที่ 6-14) ดำเนินกิจกรรม 1) จัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หนุนเสริมการจัดตั้งกลุ่มด้วยการเข้าค่ายพักแรม 2) จัดกระบวนการเรียนรู้ส่งเสริมการดูแลตนเอง ตั้งวงคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ยาต้านไวรัส ทบทวน

และฝึกทักษะจำเป็นในการดูแลตนเอง 3) เตรียมชุมชนสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในสังคม มีการณรงค์เผยแพร่ความรู้โดยการเดินและใช้สื่อความรู้ต่างๆสู่ชุมชนในพื้นที่ และประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนร่วมดำเนินการ และ 4) ส่งเสริมการสร้างอาชีพผ่านการศึกษาดูงาน ทั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพียง 32 คน

ระยะการสังเกตและติดตามการปฏิบัติ (observe) (สัปดาห์ที่ 8, 10, 12, 14) จากการติดตามเยี่ยมบ้านและพบปะพูดคุยกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อในพื้นที่ โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (dialogue) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การปฏิบัติตน ความใส่ใจดูแลสุขภาพ ความร่วมมือของผู้นำชุมชนและปฏิกิริยาของคนในชุมชน ความก้าวหน้าในการสร้างอาชีพ การเข้าร่วมกิจกรรม ความสามัคคีและความพึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่มและการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่

ระยะสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) (สัปดาห์ที่ 15-16) ประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้รับการพัฒนา ตรวจสอบข้อมูล สรุปข้อค้นพบ ประเด็นที่ไม่บรรลุสาเหตุข้อจำกัด อุปสรรค ในระยะนี้ได้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบการพัฒนาในผู้ที่เข้าร่วมครบทุกกิจกรรมการพัฒนาและตลอดระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย ซึ่งมีเพียง 17 คน โดยใช้สถิติทดสอบแบบไม่ใช้พารามิเตอร์ Wilcoxon Signed Ranks Test (ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการกิจด้านต่างๆของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งบางคนไม่ต้องการเปิดเผย) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว จึงได้นำมาจัดทำเป็น “แนวทางการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่” โดยกลุ่มตัวแทนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับผู้ให้บริการเสนอที่งานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผลการศึกษา

1. คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีร้อยละ 60 ขณะที่ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56, 62 และ 60 ทั้งนี้เป็นกลุ่มคนวัยทำงาน มีอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นหลัก ร้อยละ 52 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท บางส่วนยังไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากไม่ต้องการเป็นภาระและปกปิดการติดเชื้อ บางรายยังรู้สึกถึงการถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง ทั้งนี้ร้อยละ 98 เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 67.3 รักษาด้วยยาต้านไวรัสต่อเนื่องมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 64 มีระดับ CD4 น้อยกว่า 500 copies/ml และร้อยละ 20 ยังรับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส บางรายเจ็บป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาสโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และ 1 ใน 10 มีแนวโน้มเกิดการดื้อยาต้านไวรัส พบว่าอัตราส่วนของคนโสดและคนที่เป็ผู้นำชุมชนจะมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่อัตราส่วนของคนที่รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส คนที่มีการเจ็บป่วยใน 6 เดือนที่ผ่านมาที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจะมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ส่วนคนที่มีระดับ CD4 ในร่างกายที่เพิ่มขึ้น รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป รวมถึงคนที่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท/เดือนจะมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตในระดับดีมีเพิ่มมากขึ้น

2. ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ พบว่า ภาวะสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอจากโรคเอดส์ยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบมากขึ้น บางส่วนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักต่อการดูแลตนเอง ปฏิเสธการเจ็บป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง หวาดกลัวผลกระทบหลังจากการเปิดเผยการติดเชื้อ การรับรู้ถึงความรู้สึกทางลบของคนในชุมชนไม่ให้การยอมรับเท่าที่ควรเกิดการแยกตัวจาก

ชุมชน ขณะที่ส่วนใหญ่ยังมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงาเศร้า หดหู่ ลึนหวัง วิตกกังวล มีความเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายตามความจำเป็น ปัญหาครอบครัว รวมถึงปัญหาการรวมตัวกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ความสามัคคี ความร่วมมือกันในการทำงานยังคงเป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาเอดส์ ส่งผลต่อการมารับการรักษา ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ ทั้งนี้พบว่ามีหลายปัจจัยปัจจัยที่สนับสนุนต่อการมีคุณภาพชีวิตดี ได้แก่ การยอมรับการเจ็บป่วย การเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การยอมรับ การให้กำลังใจและให้ความรักของครอบครัว ชุมชนและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน รวมถึงการมีอาชีพที่มั่นคง การเข้าถึงการบริการตามความจำเป็น ความใส่ใจร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และผู้ให้บริการที่มีความคิดเห็นตรงกัน

3. การพัฒนาศักยภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มในเครือข่ายอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ กระบวนการสร้างการเรียนรู้โดยใช้หลักกระบวนการกลุ่มและการเสวนาด้วยสุนทรียสนทนาที่มีการดำเนินการในคลินิกบริการและในชุมชนโดยกลุ่มและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ใน 4 กลยุทธ์ที่สอดคล้องสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ ประกอบด้วย การจัดตั้งกลุ่ม การส่งเสริมการดูแลตนเอง การส่งเสริมการสร้างอาชีพ และการเตรียมชุมชนสร้างความเข้าใจการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างเข้าใจ พบว่า เมื่อพัฒนาศักยภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มในเครือข่ายอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) รวมถึงการได้แนวทางการพัฒนาศักยภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

(แผนภาพที่ 1) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนา 1) ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการใคร่ครวญ ทบทวนตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักต่อตนเอง การร่วมแลกเปลี่ยนความทุกข์ความสุขระหว่างกัน ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจกันมากขึ้น เป็นผลให้เกิดเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนในพื้นที่ การได้ลงมือปฏิบัติตั้งแต่คิดวิเคราะห์ วางแผนและดำเนินการร่วมกันทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของทีม เกิดคุณค่าในตนเอง และการได้แลกเปลี่ยนความรู้จากผู้มีประสบการณ์ทำให้เกิดการฝึกทักษะพัฒนาดตนเอง 2) แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดและระดับเขตทำให้ได้รับการเสริมพลังอำนาจใน

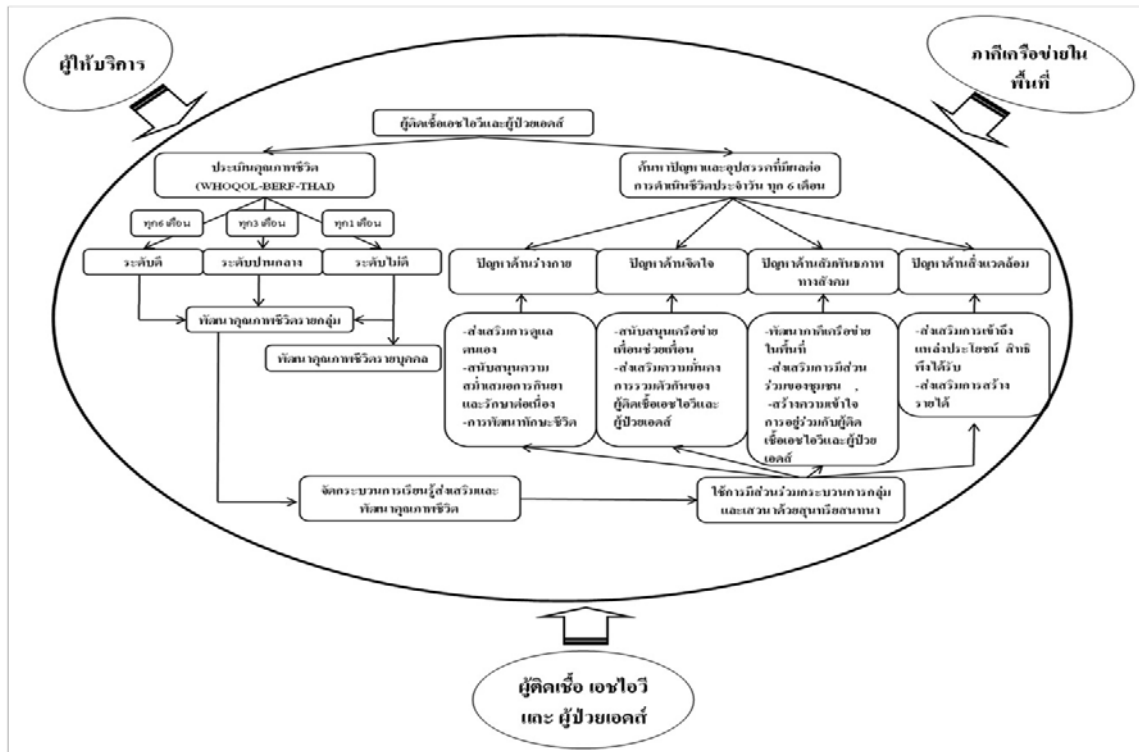
ตนเอง ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่น มีความกล้า มั่นใจและมองเห็นศักยภาพของตนเอง เกิดการก้าวต่อในการรวมตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่และสร้างเครือข่ายระดับอำเภอ 3) กลุ่ม ผลของการร่วมดำเนินการทำให้เกิดความเข้าใจในตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มองเห็นช่องทางโอกาสในการแก้ไขปัญหาเอดส์และการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนทำให้คนในชุมชนเกิดการตื่นตัวต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเกิดในการเชื่อมต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างเข้าใจ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อนและหลังการพัฒนา (N17)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนได้รับการพัฒนา		หลังได้รับการพัฒนา		Z	p-value (2- tailed)
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ด้านร่างกาย	26.65	3.888	26.06	3.030	-0.668	0.504
ด้านจิตใจ	22.12	4.226	22.88	3.444	-1.200	0.23
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.35	1.579	12	1.173	-1.990*	0.047
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.35	4.372	30.29	3.350	-2.528*	0.011
คุณภาพชีวิตโดยรวม	7.29	1.649	7.65	1.222	-1.137	0.256
คะแนนรวมคุณภาพชีวิต	95.76	13.526	98.88	9.327	-1.423	0.155

*P<.05

แผนภาพที่ 1 แนวทางดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ



การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พื้นที่อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ในด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60 ขณะที่ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56 , 62 และ 60 ทั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ตัวตนเองยังมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน ประสบปัญหาไม่มีเงินเพียงพอต่อการใช้จ่ายตามความจำเป็น และไม่มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ ยังมีบางส่วนยังต้องรับประทานยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ขณะที่ส่วนใหญ่ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย เนื่องจากมีระดับ CD4 ในร่างกายน้อยกว่า 500 copies/ml อยู่ถึงร้อยละ 64 บางรายเกิดเจ็บป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาสการมีพฤติกรรมสุขภาพ

ไม่เหมาะสมทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและร้อยละ 10 มีแนวโน้มเกิดการติดเชื้อต้านไวรัสในสูตรพื้นฐานส่วนใหญ่ ทั้งนี้พบว่า ผู้ที่มีค่าระดับ CD4 ในร่างกายที่เพิ่มขึ้นจะมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาสุข ลิ้มรัตนพิมพ์ และคณะ¹⁰ ศิริพร โนนน้อย¹¹ นิภาพร หาญละคร และคณะ¹² และ Gill. et al.¹³ ที่ศึกษาพบว่า CD4 เป็นปัจจัยที่มีผลต่อกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ปัญหาการเงินไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายตามความจำเป็นที่ผู้ติดเชื้อในพื้นที่ให้ค่าคะแนนรวมต่ำสุด ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน แต่มีรายได้ต่ำและสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีโอกาสของการทำงานที่สร้างรายได้สูงแต่ตัวเองต่ำ ประกอบกับมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ส่วนใหญ่ขาดอาชีพเสริม รวมถึงการอาศัยอยู่ในพื้นที่ประสบปัญหาการขาดแคลนน้ำ

ในฤดูแล้งและอยู่นอกเขตชลประทานทำให้ไม่สามารถเพิ่มรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัวได้ ขณะที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 5,000 บาท/เดือน จะมีค่าคะแนนรวมคุณภาพชีวิตในระดับที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wig et al¹⁴ ที่พบว่า รายได้ของผู้ป่วยมีผลต่อการเพิ่มคะแนนคุณภาพชีวิต

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พื้นที่อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ในภาพรวมปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ พบว่า ภาวะสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความวิตกกังวลต่อปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาความวิตกกังวลต่อการเปิดเผยผลเลือด ภาระหนี้สิน การมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย การให้การยอมรับการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนเป็นปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ ซึ่งตรงกับมุมมองของผู้ให้บริการ ทั้งนี้พบว่าสิ่งเห็นตรงกันอีกอย่าง คือ การยอมรับการเจ็บป่วย การเข้าถึงการรักษา และการได้รับการยอมรับ กำลังใจจากครอบครัว ชุมชน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน รวมถึงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ขณะที่สิ่งที่เป็อุปสรรคในการดำเนินงาน คือ ปัญหาการรวมตัวกัน การขาดความสามัคคีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปัญหาภาระงานของผู้ให้บริการ และปัญหางบประมาณในส่งเสริมเรื่องการสร้างอาชีพ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ทั้งนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วงศา เลหาศิริวงศ์ และคณะ³ พบว่า ปัญหาเรื่องแหล่งทุน ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส ไม่มีงานทำ การยอมรับของคนในชุมชนและสังคม เป็นปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มในเครือข่ายอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ผลจากการใช้กระบวนการกลุ่มและการเสวนาด้วยสุนทรียสนทนา

ที่อาศัยการฟังอย่างลึกซึ้ง รับฟังความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ตัดสินเป็นอิสระเปิดกว้างภายใต้บรรยากาศความเป็นมิตรในการดำเนินการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนแนวคิดฝึกอบรมพัฒนาทักษะเฉพาะด้านต่าง ๆ ลงมือปฏิบัติจริง ถอดประสบการณ์ สรุปบทเรียนนำไปปรับปรุงการทำงานในการจัดตั้งกลุ่ม การส่งเสริมการดูแลตนเอง การส่งเสริมการสร้างอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการเตรียมชุมชนในพื้นที่ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อนและหลังการพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่1) รวมทั้งเกิดการขยายแนวร่วมเป็นภาคีเครือข่ายอำเภอร่วมกัน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่จากการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่เกิดความตระหนักต่อตนเองในการดูแลสุขภาพ เกิดการพัฒนาตนเองจากแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากคนในกลุ่ม เกิดความประทับใจกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น และเกิดการรวมตัวกันขยายเครือข่ายเพื่อนรายตำบลร่วมกันดูแล ทั้งนี้พบว่า ยังมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน ซึ่งคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่ไปในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง มีความสอดคล้องกับการศึกษาของชนกพร ศรีประสาน⁵ ที่พบว่าการสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และสอดคล้องกับการศึกษาของศดานันท์ปิยกุล¹ ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กันทั้ง 4 ด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีความเกี่ยวข้องกันจำเป็นต้องพัฒนาควบคู่ไปในทุกด้านอย่าง

ต่อเนื่อง โดยยึดสถานการณ์ของปัญหาภายใต้บริบทพื้นที่เป็นหลักสำคัญ โดยใช้การมีส่วนร่วมหลักกระบวนการกลุ่มและการเสวนาด้วยสุนทรียสนทนาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำงานแบบเป็นเครือข่ายร่วมดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่เนื่องจากผลของการมีส่วนร่วมของกลุ่มในเครือข่ายทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในทางที่ดีขึ้น แต่ยังมีคุณภาพชีวิตบางด้านยังไม่สามารถเห็นความแตกต่างที่ชัดเจน เช่น ด้านร่างกายและด้านจิตใจ ที่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาและลงสู่การปฏิบัติที่ต่อเนื่อง รวมถึงฝึกทักษะพัฒนาความเข้มแข็งภายในจิตใจ สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ประกอบกับการเสริมพลังของกลุ่มอย่างต่อเนื่องและติดตามเป็นระยะ

3. ควรมีการศึกษาการวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการพัฒนารูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำปรึกษา คำสั่งใจ ตลอดจนช่วยเหลือเพิ่มเติมข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เจ้าหน้าที่ ภาควิชาเครือข่ายในพื้นที่ที่สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

References

1. Ningsanond P. Quality of HIV and AIDS care in Thailand. In : Supawitkul S. et al. (Eds). Manual of quality improvement for HIV and AIDS care using HIVQUAL-T Model in Thailand. Bangkok : The Agricultural Co-operative Federation, Limited Publishing; 2007, 1-9. (in Thai)
2. Boonyaleepan S. AIDS : Holistic nursing. Khon Kaen: Klungnanawitaya Press; 2002. (in Thai)
3. Laohasirirong W, Sanchaisuriya P, Boonyaleepun S, Saengsuwan J, Rittirod T, Kosalaraksa P, et al. The study of health service system for HIV/AIDS patients in the Northeastern community hospitals, Thailand. KKU Res J 2005; 10(1, Jan-Mar,) : 42-53. (in Thai)
4. Division of Communicable Disease Control. Ministry of Public Health. National guidelines on HIV/AIDS diagnosis and treatment: Thailand 2010. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation, Limited Publishing; 2010. (in Thai)
5. Sriprasarn C. Effects of support group intervention on symptom severity and quality of life of persons living with HIV AIDS receiving antiretroviral therapy. [Master thesis]. Master degree in Nursing Science (mental health and psychiatric nursing), Graduate College, Mahasarakham University, 2008. (in Thai)
6. Rujkorakarn D, Kiewying M, Anusornteerakul S, Jiavirayabunya I, Thuennadee R. Strategies to promote quality of life of person living with HIV and AIDS in the Northeast community. KKU Res J 2002; 7(1, Jan-June):70-7. (in Thai)
7. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial. Geneva: WHO; 1996.
8. Limrattanapimpa P, Sangchart B, Potitan T. Factors influencing quality of life of people living with HIV and AIDS receiving anti-retroviral therapy. Journal of Nursing Science & Health 2009.; 32(3):12-8. (in Thai)

9. Nonenoy S. Health related quality of life among persons living with HIV/AIDS in 3 hospitals in Thailand. [Master thesis]. Master of Public Health Program, Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
10. Harnlakorn P, Rattanamane S, Khanthong P. Quality of life of people living with HIV/AIDS. *Journal of Nursing Science & Health* 2011; 34: 19-27. (in Thai)
11. Gill CJ, Griffith JL, Jacobson D, Skinner S, Gorbach SL, Wilson IB. Relationship of HIV Viral Loads, CD4 Count, and HAART Use to health-related quality of life. *JAIDS* 2002; 30:485-92.
12. Wig N, Lekshmi R, Pal H, Ahuja V, Mittal CM, Agarwal SK. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India. *Indian J Med Sci [serial online]* 2006 [cited 2012 Aug 25]; 60:3-12. Available from: <http://www.indianjmedsci.org/text.asp?2006/60/1/3/19670>
13. Altrichter, H, Kemmis, S., McTaggart, R., Zuber-Skerritt, O. The concept of action research: The Learning organization. 2002; 9:125-31
14. Wangwinyoo W. Aesthetic discussion and empowerment in organization and network dimension. In knowledge revolution in a teacup: Knowledge management in Thailand can real practical. Bangkok: Wongnamcha; 2009. 1-47. (in Thai)
15. Anderson KL, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as outcome variable for health care intervention and research. *J Adv Nurs* 1999; 29:298 -306.
16. Sakthong P, Jon CS, Cynthia RG, Rungpetch S, Wisit P. Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV/AIDS. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 2449-60.
17. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004;13: 299-305.