

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับยาต้านไวรัส  
จังหวัดชัยนาท

นางสาวเนตรนภา อินทร์รองพล

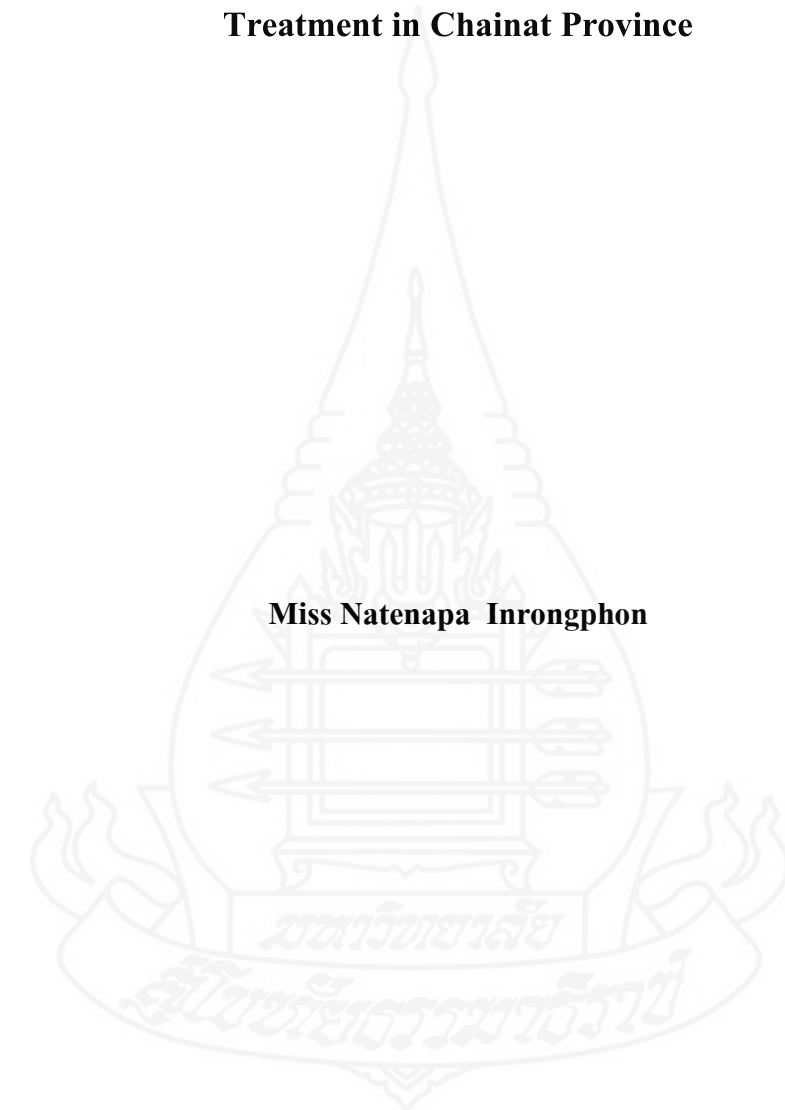


การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาสาธาณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2553

**Quality of Life Among Persons with HIV/AIDS Receiving Anti-retrovirus  
Treatment in Chainat Province**

**Miss Natenapa Inrongphon**



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2010

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับยาต้านไวรัส จังหวัดชัยนาท
ชื่อและนามสกุล	นางสาวเนตรนภา อินทร์รองพล
แขนงวิชา	สาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2554

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ)

..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ และอาจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้สละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งได้ตรวจสอบความถูกต้องของการศึกษาค้นคว้าอิสระ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และรายละเอียดของข้อคำถาม รวมทั้งความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดโบสถ์ ที่อนุญาตให้จัดเก็บข้อมูลทดสอบความเที่ยงแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลวัดโบสถ์ ที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณ ผู้ประสานงานในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และส่งกลับผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ของจังหวัดชัยนาท ที่อนุญาตให้จัดเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ทุกคน ที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณ ผู้ประสานงานในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท และครอบครัว ที่ให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นกำลังใจในทุกเรื่องที่ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้

เนตรนภา อินทร์รองพล

พฤษภาคม 2554



**ชื่อการศึกษา** ค้นคว้าอิสระ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับยาด้านไวรัส จังหวัดชัยนาท  
**ผู้ศึกษา** นางสาวเนตรนภา อินทร์รองพล รหัสนักศึกษา 2525000440 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
 (บริหารสาธารณสุข) **อาจารย์ที่ปรึกษา** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ผลประเสริฐ **ปีการศึกษา** 2553

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับยาด้านไวรัส จังหวัดชัยนาท มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา (1) คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับยาด้านไวรัส ในโรงพยาบาล ของจังหวัดชัยนาท และ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้าน การได้รับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัส

การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท จำนวน 150 ราย ในช่วงเดือน มีนาคม - เมษายน 2554 โดยใช้เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลด้าน การได้รับการดูแล และแบบสอบถามข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ทดสอบพิชเชอร์ เอ็กซ์เชค และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า (1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.3 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับดี และมีค่าคะแนนสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพกาย ส่วนคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี และมีค่าคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาล ของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาล ของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะคือ ควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสเข้ามา มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในด้านต่างๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต และส่งผลต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

**คำสำคัญ** คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ยาด้านไวรัส

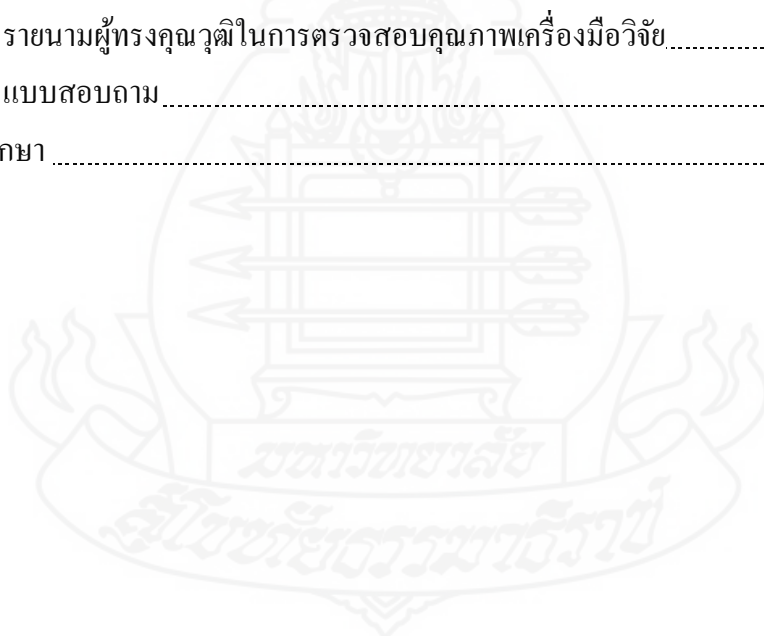
## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
กิตติกรรมประกาศ .....	จ
สารบัญตาราง .....	ซ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ .....	3
ประเด็นคำถามการวิจัย .....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย .....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	11
แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์ .....	12
แนวคิดในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ .....	22
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต .....	33
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	47
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	51
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	53
ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ .....	54
ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ .....	56

ช

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อมูลด้านการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ .....	58
ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ .....	60
การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ .....	64
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	72
สรุปการวิจัย .....	72
อภิปรายผล .....	75
ข้อเสนอแนะ .....	79
บรรณานุกรม .....	82
ภาคผนวก .....	89
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	90
ข แบบสอบถาม.....	92
ประวัติผู้ศึกษา .....	100



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต จำแนกตามข้อคำถามที่มีความหมาย ทางบวก และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ .....	49
ตารางที่ 3.2 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต จำแนกตามองค์ประกอบ .....	49
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	54
ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ .....	56
ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลด้านการได้รับ การดูแล .....	58
ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต รายด้าน .....	60
ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต โดยรวม .....	61
ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูล ด้านคุณภาพชีวิตรายข้อ .....	61
ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท .....	65
ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท .....	65
ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท .....	66
ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท .....	66
ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท .....	67
ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท .....	67

ณ  
สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี กับคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล ของจังหวัดชัยนาท .....	68
ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัสกับคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล ของจังหวัดชัยนาท .....	68
ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท .....	69
ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสกับคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล ของจังหวัดชัยนาท .....	69
ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัวกับคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล ของจังหวัดชัยนาท .....	70
ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท .....	70



ญ  
สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
ภาพที่ 2.1 กรอบความคิดทั่วไปในการพิจารณาการมีคุณภาพชีวิตที่ดี .....	34



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ความรุนแรงของปัญหาได้แพร่กระจายไปทุกประเทศ ในทุกเพศ ทุกวัย และทุกชนชั้น จากผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นชายรักร่วมเพศได้แพร่กระจายไปสู่กลุ่มผู้ติดสารเสพติดชนิดฉีด หญิงบริการทางเพศ ชายที่ชอบเที่ยวหญิงบริการแม่บ้านของชายกลุ่มนั้น และในที่สุดก็แพร่สู่เด็กในครรภ์ สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก จากข้อมูลโดยโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก (สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค, 2552) ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ถึงแม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในบางประเทศจะลดลงก็ตาม แต่คาดว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมยังคงเพิ่มขึ้นในทุกๆ พื้นที่ทั่วโลก ซึ่งในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 33.2 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่อายุประมาณ 30.8 ล้านคน มีผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 15.4 ล้านคน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.5 ล้านคน และเป็นผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ประมาณ 2.1 ล้านคน ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้น ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วโลก โดยคาดว่าจะมีเด็กวัยรุ่นที่อายุ 15 - 24 ปี มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 40 การติดเชื้อส่วนใหญ่พบมากในทวีปแอฟริกาทางตอนใต้ของทะเลทรายสะฮารา ประมาณ 24.7 ล้านคน รองลงมาอยู่ในภูมิภาคเอเชียใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประมาณ 7.8 ล้านคน ส่วนใหญ่ประเทศที่มีการติดเชื้อสูง ร้อยละ 95 จะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือฐานะยากจน และอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีทั่วโลก มีอัตราการติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ยต่อวันมากกว่า 6,800 คน

สำหรับการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยคณะทำงานการคาดประมาณด้านเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทย ได้คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปี พ.ศ. 2553 ว่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมประมาณ 1,161,694 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 61,684 ราย คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิต ประมาณ 791,859 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 11,685 ราย และจากข้อมูลของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2552 รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้นจำนวน 345,196 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 93,034 ราย ซึ่งแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิต

จากโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค, 2552:1-2)

การเริ่มโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ของกระทรวงสาธารณสุขเริ่มต้น ในปี 2547 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถรับการรักษาได้มากขึ้น โดยเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี คือการยืดชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพิ่มภูมิคุ้มกันลดการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี และรักษาด้วยสูตรยาที่อาจเป็นทางเลือกในอนาคต อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และมีผลข้างเคียงทั้งระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ (กัลยา แซ่ชิต และกิตติกร นิลมานันต์, 2552)

คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับต่อสุขภาพ เพราะเป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการดูแลสุขภาพ การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคลว่ามีความพึงพอใจในองค์ประกอบทุกด้านของชีวิตอยู่ในระดับใด โดยนักวิชาการส่วนใหญ่มองคุณภาพชีวิตในลักษณะองค์รวม องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ต่อชีวิตตามเป้าหมาย การคาดหวัง และมาตรฐานของบุคคลภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมที่บุคคลนั้นอยู่อาศัย โดยได้สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสหมิติ และนำมาใช้ในประชากรที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งแบบวัด WHOQOL ชุด 100 ตัวชี้วัด และต่อมาได้พัฒนาเหลือ จำนวน 26 ตัวชี้วัด ฉบับย่อ เรียกว่า WHOQOL-BREF โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย (Physical domain) 2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ในประเทศไทย มีการศึกษาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541) โดยนำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นทั้งชุด 100 ตัวชี้วัดและฉบับย่อเท่ากับ 0.8921 และ 0.8406 และต่อมามีผู้นำไปศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

ในส่วนของจังหวัดชัยนาท จากรายงานโรคเอดส์ ปี 2553 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท พบว่ามีสถานการณ์และแนวโน้มการแพร่กระจายของโรคเอดส์ โดยได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2553 รวมทั้งสิ้น 802 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์ 562 ราย เสียชีวิต 49 ราย ยังมีชีวิต 513 ราย ผู้ติดเชื้อมีอาการ 60 ราย และผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 180 ราย นอกจากนี้ในการดำเนินโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่

โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร โรงพยาบาลมโนรมย์ โรงพยาบาลวัดสิงห์ โรงพยาบาลสรรพยา  
 โรงพยาบาลสรรคบุรี และโรงพยาบาลหันคา ในปัจจุบันมีผู้ป่วยสะสมที่เข้าโครงการบริการ  
 ยาด้านไวรัส จำนวน 644 ราย ทั้งที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดและนอกจังหวัดชัชวาท ประกอบด้วย  
 สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ของจังหวัดชัชวาท พบว่าตั้งแต่เริ่มโครงการ  
 ยาด้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ในพื้นที่สำนักงาน  
 หลักประกันสุขภาพเขต 3 นครสวรรค์ เมื่อเข้ารับยาด้านไวรัส โดยในระดับเขตมีการศึกษา รวบรวม  
 ข้อมูลสาเหตุการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตผู้  
 ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่เข้าโครงการยาด้านไวรัส อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา  
 พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เช่น การ  
 สนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (ผ่องสาย จุงใจไพศาล,2541) สภาพทางเศรษฐกิจ (ชยันตร์  
 ปทุมานนท์ และคณะ,2545) ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย,2537) เป็นต้น  
 ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้มีการวางแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับยาด้านไวรัส  
 ในโรงพยาบาล ของจังหวัดชัชวาท
- 2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้าน  
 สุขภาพ กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัส

## 3. ประเด็นคำถามการวิจัย

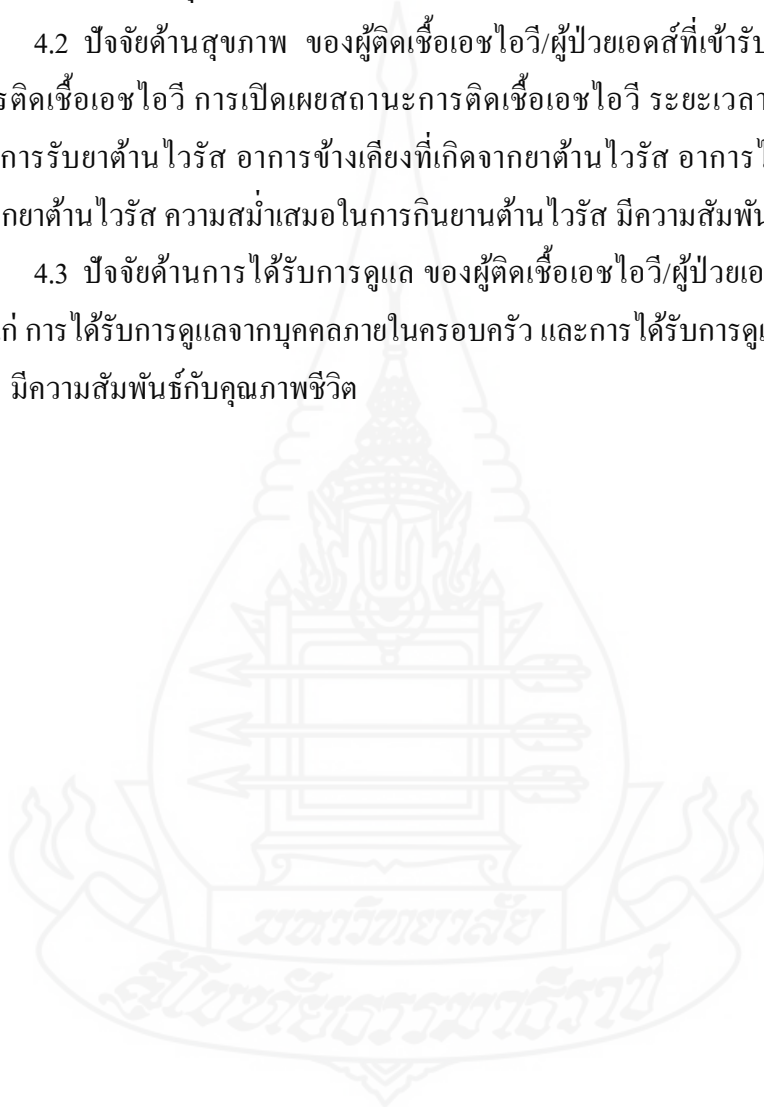
- 3.1 ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับยาด้านไวรัสมีระดับคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
- 3.2 ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับยา  
 ด้านไวรัส

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัส ได้แก่ เพศ อายุ สภาพสมรรถ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

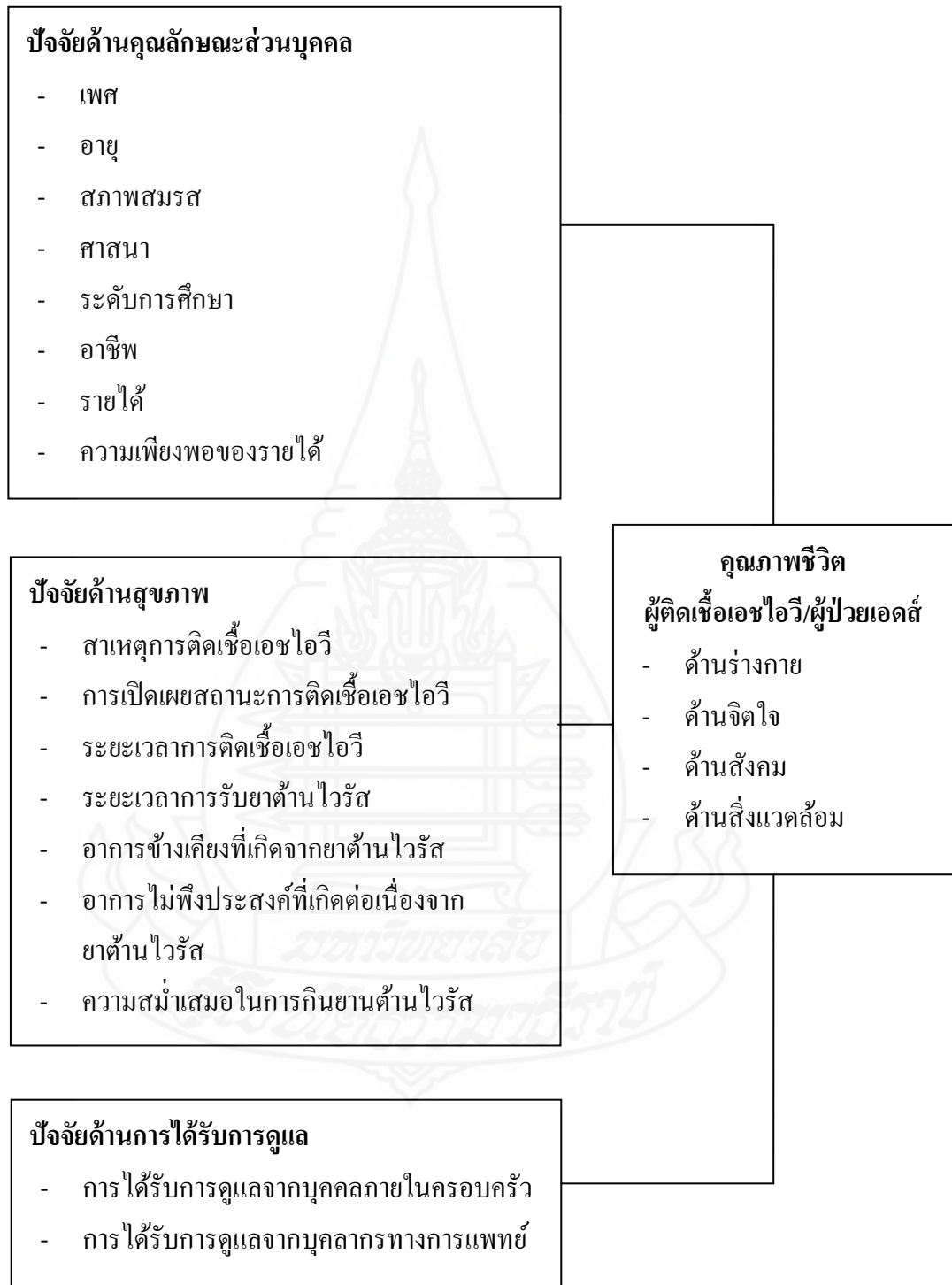
4.2 ปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัส ได้แก่ สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการรับยาด้านไวรัส อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาด้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาด้านไวรัส ความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

4.3 ปัจจัยด้านการได้รับการดูแล ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัส ได้แก่ การได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว และการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต





## 5. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 6. ขอบเขตการวิจัย

6.1 ขอบเขตด้านประชากรเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการยาต้านไวรัส ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไปในโรงพยาบาล 6 แห่ง ของจังหวัดชัยนาท ได้แก่ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โรงพยาบาลมโนรมย์ โรงพยาบาลวัดสิงห์ โรงพยาบาลสรรพยา โรงพยาบาลสรรคบุรี และ โรงพยาบาลหันคา

6.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าโครงการยาต้านไวรัส ตามเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (สัว์ฉน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2541) ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

6.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ของจังหวัดชัยนาท ที่สมัครใจและมีความพร้อมในการให้ข้อมูล และมารับบริการยาต้านไวรัสในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2554

## 7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

7.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นไวรัสชนิดหนึ่งเข้าสู่ร่างกายและได้ไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากเชื้อโรค จึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

7.2 ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีแล้วระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น วัณโรคปอดอักเสบ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา

7.3 ยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral drug) หมายถึง ยาที่ใช้เพื่อยับยั้งการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี ในกระแสเลือด เมื่อจำนวนเชื้อไวรัสลดลง จะมีผลให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันให้เพิ่มขึ้นได้ ทำให้ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ และการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นแนวทางการรักษาสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีภูมิคุ้มกัน (CD4) ต่ำลงมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องก็อาจเสียชีวิตได้

**7.4 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล** หมายถึง ส่วนประกอบ ข้อมูล หรือสิ่งใด ๆ ก็ตามที่เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นและเข้าใจถึงเรื่องราวหรือลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลหนึ่งบุคคลใด การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่

**7.4.1 อายุ** หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสัมภาษณ์

**7.4.2 สภาพสมรส** หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา จำแนกเป็น โสด สมรส หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

**7.4.3 ระดับการศึกษา** หมายถึง ชั้นหรือปี ที่สอบไล่ได้เป็นครั้งสุดท้ายนับถึงวันก่อนวันสัมภาษณ์ ไม่รวมวิชาชีพระยะสั้นที่ไม่มีวิชาสามัญสอน เช่น ตัดเลื้อ ซ่อมวิทยุ เป็นต้น จำแนกเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ระดับ ปวส./อนุปริญญาตรี ระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

**7.4.4 อาชีพ** หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่ทำอยู่ ณ ปัจจุบัน จำแนกเป็น ว่างาน นักเรียน/นักศึกษา เกษตรกร รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ รับจ้าง ค้าขาย และอาชีพอื่น ๆ สามารถระบุรายละเอียดได้

**7.4.5 รายได้** หมายถึง เงินที่ได้รับจากการทำงานหรือได้รับจากบุคคลอื่น หรือได้รับจากดอกเบี้ยเงินออม

**7.4.6 ความเพียงพอของรายได้** หมายถึง จำนวนรายรับเปรียบเทียบกับจำนวนรายจ่ายที่ใช้ในการดำรงชีวิต แต่ละเดือน จำแนกเป็น พอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ พอใช้จ่ายและไม่มีเหลือเก็บ ไม่เพียงพอใช้จ่ายและไม่มีภาระหนี้สิน และไม่เพียงพอใช้จ่ายและมีภาระหนี้สิน

**7.5 ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์** หมายถึง ส่วนประกอบ ข้อมูล หรือสิ่งใด ๆ ก็ตามที่เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นและเข้าใจถึงสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่

**7.5.1 สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง ช่องทางหรือพฤติกรรมเสี่ยง ที่คิดว่า ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกเป็น เพศสัมพันธ์ การใช้ยาเสพติดชนิดฉีด การได้รับเลือดหรือสารคัดหลั่ง และอื่นๆ สามารถระบุรายละเอียดได้

**7.5.2 การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง การบอกให้ผู้อื่นรับรู้ถึงสถานะการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกเป็น ไม่เปิดเผย และเปิดเผย โดยเปิดเผยกับคนในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลอื่นๆ สามารถระบุรายละเอียดได้

**7.5.3 ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง จำนวนเต็มปีบริบูรณ์ นับตั้งแต่วันที่รู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีถึงวันตอบแบบสอบถาม

**7.5.4 ระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส** หมายถึง จำนวนปีและเดือน นับตั้งแต่วันที่รับยาต้านไวรัสวันแรกถึงวันตอบแบบสอบถาม

**7.5.5 อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัส** หมายถึง อาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายที่เกิดภายหลังการรับประทานยาต้านไวรัสในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี จำแนกเป็นไม่มีอาการข้างเคียง และมีอาการข้างเคียง ได้แก่

- 1) แพ้ยาไม่รุนแรง เช่น มีไข้ มีผื่นลมพิษ เชื้อบวมอ่อนพองบวม เช่น เชื้อบวมหายใจหอบ
- 2) แพ้ยารุนแรง เช่น เกิดการช็อก หายใจไม่ทัน ขาดอากาศ หมดสติ
- 3) อาการข้างเคียงในระยะสั้นและไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด ผื่นร้าย นอนไม่หลับ มีผื่นขึ้นเล็กน้อย
- 4) อาการข้างเคียงในระยะสั้นและรุนแรง เช่น ภาวะช็อค ตับหรือตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน นิ้วในไต ชาปลายมือปลายเท้า
- 5) อาการอื่นๆ สามารถระบุรายละเอียดได้

**7.5.6 อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส** หมายถึง อาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายที่เกิดภายหลังการรับประทานยาต้านไวรัส มากกว่า 1 ปี จำแนกเป็นไม่มีอาการที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส และมีอาการที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส ได้แก่

- 1) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- 2) อาการหิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย
- 3) การสะสมของไขมันผิดปกติ (มีไขมันพอกที่ต้นคอ/ลำตัวอ้วน)
- 4) ภาวะการฉีกของไขมัน (แขนขาตีบ/แก้มตอบ)
- 5) อาการอื่นๆ สามารถระบุรายละเอียดได้

**7.5.7 ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส** หมายถึง การกินยาต้านไวรัสตามที่แพทย์สั่งครบตามจำนวนเม็ดจำนวนครั้ง และตามเวลาที่กำหนดไว้ จำแนกเป็นกินยาต้านไวรัสทุกวัน และตรงเวลา กินยาต้านไวรัสทุกวัน แต่ไม่ค่อยตรงเวลา เคยลืมกินยาต้านไวรัส 1-3 ครั้ง เคยลืมกินยาต้านไวรัส 4-6 ครั้ง เคยลืมกินยาต้านไวรัส 7 ครั้งขึ้นไป และอื่นๆ สามารถระบุรายละเอียดได้

**7.6 ปัจจัยด้านการได้รับการดูแล** หมายถึง ส่วนประกอบ ข้อมูล หรือสิ่งใดๆ ก็ตามที่เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นและเข้าใจถึงการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการดูแลจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษปัจจัยด้านการได้รับการดูแล ได้แก่

**7.6.1 การได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว** หมายถึง การที่บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกัน ในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

**7.6.2 การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์** หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกัน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการเยียวยาทางจิตใจ ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

**7.7 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์** หมายถึง การดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานในสังคม ซึ่งสนองต่อสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและความคิดอย่างเพียงพอ จนก่อให้เกิดความสุขตลอดทั้งการมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดี องค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่ามี 4 ด้าน ดังนี้

**7.7.1 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้านร่างกาย (Physical domain)** หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อนซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระ ที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัย หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

**7.7.2 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้านจิตใจ (Psychological domain)** หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวลการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น



**7.7.3 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)** หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมการรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วยรวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

**7.7.4 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

## 8. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

8.1 ทำให้ทราบถึงปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัสของจังหวัดชัยนาท

8.2 ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัสของจังหวัดชัยนาท

8.3 สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัสของจังหวัดชัยนาทได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย เนื้อหาสำคัญ 4 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

- 1.1 การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
- 1.2 ผลกระทบที่เกิดการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
- 1.3 ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
- 1.4 การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

#### ส่วนที่ 2 แนวคิดในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมาสโลว์
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.3 แนวคิดการคุ้มครองทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
- 2.4 แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

#### ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 3.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต
- 3.3 แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต
- 3.4 คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

#### ส่วนที่ 4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
- 4.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

## ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

### 1.1 การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่บุคคลได้รับเชื้อเอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือด หรือฉีดยา เข้าหลอดเลือดโดยใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์อื่นๆ ร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในร่างกาย การได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาที่มีเชื้อเอชไอวี ในระหว่างการตั้งครรภ์ รวมทั้ง การได้รับการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อเอชไอวี ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตรวจโลหิตจะพบว่า มีแอนติบอดี หรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวี แต่ยังไม่พบว่ามีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือเป็นโรคเอดส์ (มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิศาการ, 2535)

การติดเชื้อเอชไอวี ทางจิตวิทยา หมายถึง การปรากฏสภาพปัญหาทางร่างกาย และปัญหาทางด้านจิตใจ นั่นคือ บุคคลมีความคิดในทางลบ เช่น กลัวการถูกรังเกียจและทำใจยอมรับไม่ได้ กลัวตาย กลัวความทุกข์ทรมาน กลัวการถูกทอดทิ้ง มีความรู้สึกว่าตนเองสกปรก และเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น เป็นภาระแก่ผู้อื่น รู้สึกผิดในกรณีที่ได้รับรู้ว่าตนเองไปติดผู้อื่น โกรธตัวเอง โกรธผู้อื่นที่นำเชื้อเอชไอวี มาสู่ตน (Weitz, 1989)

จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นไวรัสชนิดหนึ่งเข้าสู่ร่างกายและได้ไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากเชื้อโรค จึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

เอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอดส์ เอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้ทำให้อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีแล้วระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น วัณโรคปอดอักเสบ และเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา

## 1.2 ผลกระทบที่เกิดการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยตรงในที่นี่ได้แบ่งเป็นผลกระทบด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Bartlett & Finkbeiner, 1993; Sim & Moss, 1995)

**1.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย** โดยปกติเมื่อร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดำเนินโรคก็จะไม่ปรากฏอาการของเอดส์ในระยะเวลายาวนานกว่า 10 ปี แต่ถ้าหากบุคคลนั้นไม่ได้ดูแลตนเองให้ภาวะสุขภาพสมดุลหรือมีปัจจัยเสริมต่อการดำเนินโรค เช่น ไม่มีการป้องกันได้รับเชื้อเพิ่มจากการร่วมเพศ มีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ได้รับสารเคมีที่เป็นพิษ ร่างกายก็จะทรุดโทรมและแสดงอาการเอดส์ ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง เมื่อติดเชื้อฉวยโอกาสก็จะมีความทุกข์ทรมานต่างๆ ตามอาการของโรคชีวิตไม่ยืนยาวเมื่อไวรัสเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายเชื้อจะไปอาศัยยึดติดกับผนังเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีชื่อว่า CD4 หรือ ลิมโฟไซต์ เม็ดเลือดขาวชนิดนี้ทำหน้าที่ในการช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย เมื่อ CD4 ถูกทำลายโดยไวรัสเอชไอวี ประสิทธิภาพในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายก็ลดลง ร่างกายมีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้น อาการแสดงหลังได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ตามระยะต่างๆ มีดังนี้

1) **ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (acute infection)** โดยเฉลี่ยอยู่ในระหว่าง 1-6 สัปดาห์ ร้อยละ 50-90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะปรากฏอาการขึ้นในระยะนี้ อาการแสดงเหมือนกับการติดเชื้อไวรัสทั่วไป คือ มีไข้ อ่อนเพลียปวดศีรษะ เจ็บคอ กลืนลำบาก ไม่สบาย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ผื่นขึ้นบริเวณหน้าอก หลังและท้อง ต่อม้ำเหลืองและม้ามโต (Lovejoy & Sission, 1989) อาการดังกล่าวเป็นอยู่ในระยะเวลาเพียงไม่กี่วันและอาจนานถึง 3 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่จะใช้เวลา 1-2 สัปดาห์ อาการเหล่านี้ก็จะหายไปและกลับสู่ภาวะปกติ

2) **ระยะร่างกายสร้างแอนติบอดีต่อไวรัสเอชไอวี (seroconversion)** หลังจากได้รับไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเป็นระยะเวลา 6-12 สัปดาห์ ร่างกายสร้างแอนติบอดีเอชไอวีขึ้นมา เพื่อต่อต้านไวรัสเอชไอวีแอนติบอดีนี้เพียงแต่ลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีลง แต่ไม่สามารถกำจัดหรือยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายได้ ดังนั้นเชื้อไวรัสเอชไอวี จึงยังคงอยู่และสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นต่อไปได้

3) **ระยะไม่แสดงอาการ (asymptomatic period)** โดยเฉลี่ยร่างกายยังไม่ปรากฏอาการใด ๆ หลังจากไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเป็นเวลา 5-8 ปี และใช้เวลา 8-10 ปี เข้าสู่ระยะเอดส์ ระยะเวลาและโอกาสที่จะเข้าสู่ระยะเอดส์ขึ้นอยู่กับจำนวน CD4 ที่ลดลง

4) *ระยะเริ่มแรกที่แสดงอาการ (early symptomatic HIV infection)* ระยะนี้อาจเรียกว่าระยะสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS-related complex) เมื่อระบบภูมิคุ้มกันเริ่มอ่อนแอลง ร่างกายก็เริ่มปรากฏอาการดังต่อไปนี้คือ ลื่นเป็นฝ้า ปากอักเสบ เริ่ม มะเร็งปากมดลูก ปอดอักเสบ เลือดแข็งตัวช้าท้องเสีย น้ำหนักลด คิดเชื่อในระบบสืบพันธุ์ซึ่งจะพบได้บ่อยในสตรี เช่น อวัยวะในอุ้งเชิงกรานอักเสบ เชื้อราในช่องคลอด

5) *ระยะเอดส์ (late symptomatic HIV infection, or AIDS)* ระยะนี้ร่างกายคิดเชื่อฉวยโอกาสต่างๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้องอกมะเร็งในหลอดเลือด มะเร็งเม็ดเลือดขาว เชื้อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบ เริ่มที่พบบ่อยคือ ปอดอักเสบและวัณโรค

**1.2.2 ผลกระทบด้านอารมณ์** ปฏิกริยาของบุคคลโดยส่วนรวมภายหลังการรับทราบว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะมีความใกล้เคียงกัน ผลกระทบทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมิได้ตลอดเวลาตามสาเหตุและวิธีการเผชิญกับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลเหล่านี้ คือ ความโกรธความซึมเศร้า และความรู้สึกผิด

1) *ความโกรธ* สาเหตุของความโกรธในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาจากการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี การที่บุคคลคิดว่าไม่ยุติธรรมสำหรับเขาที่ติดเชื้อเอชไอวีและมักจะมีคำถามว่า ฉันไม่เคยทำร้ายใครฉันทำอะไรผิด แล้วทำไมจึงต้องเกิดกับฉัน ความไม่ยุติธรรมที่มีการเจ็บป่วยในขณะที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว รอยประทับและการปฏิเสธของสังคม นอกจากคิดว่าความไม่ยุติธรรมเหล่านี้แล้ว สาเหตุของความโกรธในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาจากความรู้สึกคับข้องใจต่อความรู้สึกว่าตนไม่สามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้ การแสดงความโกรธออกมามีทั้งแบบเปิดเผยและปิด บังไม่ให้ใครรู้ เช่น ไร้ร่องให้ ขว้างปาสิ่งของ ทบตีประตุ คำว่าคนอื่นด้วยอารมณ์โกรธ เขาจะรู้สึกซึมเศร้าและรู้สึกผิด ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้บางคนรู้สึกหมดหวังและไม่พบปะเพื่อนรับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่รับประทานอาหาร ตั้งใจรับประทานยาหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกินขนาด บางคนกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น

2) *ความซึมเศร้า* เป็นการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับความโกรธบ่อยครั้งที่ไม่สามารถระบายอารมณ์โกรธออกมาได้ก็มักจะเก็บกดอารมณ์โกรธเข้าสู่ภายในแล้วทำให้มีอาการเศร้า และตามมาด้วยความรู้สึกที่ไม่มีทางใดที่จะช่วยเขาได้ ภาวะจิตใจตกต่ำ โศกเศร้า ผู้ที่ซึมเศร้าจะรู้สึกหมดหวัง ระดับที่รุนแรงขึ้นอาจรู้สึกเฉยเมยและสิ้นหวัง จากการศึกษาของ เลเซอร์แมนและคณะ (Laserman et. al., 1997) ในชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอาศัยอยู่ทางตอนเหนือของรัฐคาโรไลนา จำนวน 66 ราย พบว่า อารมณ์ซึมเศร้ามีผลทำให้ภูมิคุ้มกันด้านทานในร่างกายทำงานลดลง คือ จำนวน CD8 Tlymphocyte NK cell ในร่างกายลดลงความซึมเศร้าเป็นอารมณ์ที่มักพบในบุคคลที่เต็มไปด้วยความเจ็บปวด ผู้ที่ตกอยู่ในอารมณ์เศร้านักรู้สึก



โคดเคี้ยว คิดว่าตนไม่ได้รับการเหลียวแลจากคนอื่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อย รู้สึกห่างเหินจากคนใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน มีความสงสัยในตัวเอง ตำหนิตัวเองรู้สึก ล้มเหลว บางคนคิดว่าตัวตายอารมณ์เศร้าไม่เพียงแต่มีผลในระดับจิตใจเท่านั้นยังมีผลต่อร่างกาย ด้วย พบว่า บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถใช้ความคิดได้อย่างกระฉ่งและรวดเร็วเช่นเคย บางคนถึงกับ ไม่รับประทานอาหารเช้าในทางตรงกันข้ามบางคนรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป โดยทั่วไปผู้ที่มามีอารมณ์เศร้า รู้สึกโคดเคี้ยวและร้องไห้บ่อย

3) *ความรู้สึกลึกซึ้ง* ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมักตำหนิตนเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการติดเชื่อเอชไอวี การแพร่เชื่อไปยังบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นคนรัก ภรรยา สามี รู้สึกว่าการติดเชื่อเอชไอวีเป็นการถูกลงโทษจากการที่เขามีพฤติกรรมไม่ดี ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้เขา แยกตัวออกจากสังคมและลงโทษตัวเองที่กระทำสิ่งผิดพลาดในชีวิตผลกระทบ ที่เกิดขึ้นกับจิตใจทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีหมดความอดทน ไม่คิดต่อสู้กับภาวะการติดเชื้อเอชไอวีและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมยิ่งขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537)

**1.2.3 ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** ผู้คิดเชื่อเอชไอวีตระหนักว่าการเจ็บป่วยของตนกระทบต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ดูแลตน เกรงว่าผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยหน่ายและไม่สามารถช่วยเหลือเขาได้ในเวลาฉุกเฉิน กลัวว่าคนอื่นจะได้รับเชื้อจากเขา ความกังวลอันเกิดจากปัญหา ความทุกข์ทรมาน และความรู้สึกต่อภาระรับผิดชอบต่อสิ่งต่างๆ จึงไม่ต้องการให้คนอื่นมารับภาระอันหนักหน่วงใดๆ มีความคิดในทางลบคือ คิดว่าไม่มีวิธีการใดที่สามารถหยุดยั้งการดำเนินโรคได้จึงไม่ต้องการที่จะให้ใครเข้ามาดูแลช่วยเหลือ จะดูแลตัวเองโดยลำพังไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น การที่ต้องมีคนคอยอาบน้ำ ทำความสะอาด แต่งตัวปรุงอาหาร ป้อนอาหารให้ นั้น ทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกไร้ค่าเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์คนเหล่านี้เกรงว่าจะทำให้ตัวเองและผู้อื่นเจ็บป่วย จึงงดกิจกรรมทางเพศ สำหรับคนที่ยังมีกิจกรรมทางเพศอยู่ก็จำกัดให้น้อยลง กังวลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพและการบอกความจริงแก่บุคคลที่เขาชื่นชอบเนื่องจากเกรงว่าจะถูกปฏิเสธ สำหรับผู้ที่มีบุตรก็จะเผชิญกับปัญหาในการที่จะบอกให้บุตรทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี เพราะนั่นย่อมหมายความว่าเขาจะต้องบอกกับลูกๆ ว่าเขาติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมาอย่างไร เขาไม่ต้องการให้ลูกกลัวและวิตกกังวลต่อความจริงที่เจ็บปวดเช่นนี้ เขายังต้องการความเคารพนับถือจากลูกๆ และไม่ต้องการให้สังคมประณามหรือปฏิเสธลูกของเขา แต่อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้คิดเชื่อเอชไอวีจำนวนหนึ่งสามารถที่จะเผชิญกับสภาพการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังจากที่ทราบว่าตนได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายได้อย่างเหมาะสม และพบว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีเหล่านี้มีความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลเหล่านี้สามารถยอมรับและมี

ความสามารถในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการติดเชื้อเอชไอวี (Solomon et.al, 1991)

### 1.3 ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้ด้อยโอกาสฯ (2551, น.38) ได้ประมวลปัญหาพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ ดังนี้

1.3.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นชายที่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูง โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย (MSM)

1.3.2 ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสพบมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ 1. Mycobacterium tuberculosis และ Pulmonary or extrapulmonary 2. Wasting syndrome zemaciation slim disease. 3. โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* 4. Cryptococcosis 5. Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลมหรือปอด

1.3.3 การรับการรักษาไม่ต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนหนึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ จึงทำให้ไม่สามารถมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพอนามัยมากขึ้น

1.3.4 ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กและเยาวชนที่พ่อแม่เสียชีวิตอย่างกะทันหัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่รับภาระการดูแลมักจะเป็นผู้สูงอายุที่ยากลำบาก ไม่มีอาชีพและรายได้ รวมทั้งยังมีปัญหาสุขภาพอนามัย จึงทำให้เป็นภาระหนักของผู้สูงอายุที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด และมีสุขภาพที่เสื่อมโทรม

1.3.5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะยากจน มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ส่วนหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง ใช้แรงงาน ลูกจ้างโรงงาน ข้าราชการและเกษตรกร

1.3.6 การเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศซึ่งไม่รวมกลุ่มแรงงานต่างด้าวทั้งที่เข้ามาอย่างถูกต้องตามกฎหมายหรือผิดกฎหมาย ระยะแรกมักจะเข้ามาเพื่อประกอบอาชีพขายแรงงาน ขายบริการทางเพศ ลูกเรือประมง เป็นต้น ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบริเวณแนวชายแดนระหว่างประเทศ หรือจังหวัดที่มีการขยายตัวทางอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวสูง

1.3.7 การว่างงาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพอนามัย ไม่สามารถทำงานได้ ต้องลาออกจากงานเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1.3.8 การไม่กล้าเปิดเผยตนเองติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงทำให้ผู้ป่วย ส่วนหนึ่งปกปิดความจริงว่าตนติดเชื้อเอชไอวี และทำให้ไม่กล้าไปใช้บริการสวัสดิการสังคมที่รู้จัก เช่น การรักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ก็พยายามปกปิดความจริง

ด้วย เนื่องจากกลัวถูกสังคมรังเกียจ และส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันตั้งแต่การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวในระยะยาว

1.3.9 ทักษะจิตใจของคนในสังคมต่อการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ชุมชน และสังคม ยังคงเป็นปัญหา ทำให้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ถูกรังเกียจ และถูกเลือกปฏิบัติในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การถูก กีดกันในการเข้าใช้บริการ สาธารณะ

1.3.10 การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของรัฐ แม้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ขยายสิทธิประโยชน์ให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ แต่ในทางปฏิบัตินโยบายการให้บริการของสถานพยาบาลก็ยังขึ้นกับผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ต่อการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี จึงส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลของรัฐ

1.3.11 การถูกละเมิดสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ บางส่วนยังถูกละเมิดสิทธิ เช่น การเปิดเผยชื่อผู้ป่วยต่อสื่อสาธารณะเพื่อใช้สิทธิเบี้ยยังชีพ สำหรับผู้ป่วยเอดส์สถานประกอบการบางแห่งยังมีการแอบเจาะเลือดพนักงานไปตรวจโดยไม่แจ้งให้พนักงานทราบ และส่งผลให้สถานประกอบการเลิกจ้างลูกจ้างที่พบเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

## 1.4 การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

1.4.1 *นโยบายการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย* (สุคนธา คงศีล และคณะ, 2552)

พัฒนาการของนโยบายด้านการดูแลรักษาโรคเอดส์ และวิวัฒนาการการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การดูแลรักษาตามอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ก่อนปี พ.ศ. 2535)**

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ช่วงก่อนปีงบประมาณ 2535 ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ คือ การป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ แต่ยังไม่มีรูปแบบของการให้การดูแลรักษา รวมทั้งไม่มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบบริการสุขภาพปกติ มีเฉพาะในรูปแบบของโครงการศึกษาวิจัยเท่านั้น

**ระยะที่ 2 การสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้มีรายได้น้อย (ระหว่าง พ.ศ. 2535-2539)**

กองโรคเอดส์ได้จัดตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อต้านไวรัสขึ้น โดยแบ่งแนวทางการใช้ยาต้านไวรัสออกเป็น 2 แนวทาง คือ



3. การบูรณาการการให้บริการยาต้านไวรัสที่ดำเนินการอยู่โดยหน่วยงานต่างๆ ให้มีความใกล้เคียงกันเพื่อให้การบริการเป็นไปด้วยมาตรฐานเดียวกัน เช่น โครงการบริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ประกันตน โดยสำนักงานประกันสังคม เป็นต้น

4. การพัฒนาระบบประกันคุณภาพการให้บริการแต่ในขณะนั้น สิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพ ยังไม่ครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยจะครอบคลุมเฉพาะการรักษาโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาส และยังขาดการจัดการ และติดตามอย่างระมัดระวังเพื่อลดการติดเชื้อ และขาดการเสริมสร้างระบบบริการสาธารณสุข ที่ขยายตัวเพิ่มขึ้น

#### ระยะที่ 5 การบูรณาการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2549-ปัจจุบัน)

การบริหารจัดการโรคเอดส์ในระบบประกันสุขภาพ (AIDS Disease Management) ปี 2546 กรมควบคุมโรคเริ่มให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ แก่ผู้ป่วยโดยการสนับสนุนงบประมาณจาก Global Fund ปี 2547 รัฐบาลประกาศการเข้าถึงยาแก่ผู้ป่วยเอดส์ทุกราย ต่อประชาคมโลก ปี 2549 รัฐบาลจัดตั้งกองทุนเอดส์ขึ้นภายใต้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดย สปสช.โอนงบประมาณให้กรมควบคุมโรคดำเนินการ ปี 2550-ปัจจุบัน สปสช.เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการกองทุนเอดส์เองและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง

##### 1.4.2 ยาต้านไวรัสเอชไอวี (ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี , 2548)

เนื่องจากโรคเอดส์ เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งมีผลในการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้เสียไป ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น โรคปอดบวม วัณโรค เชื้อรา และโรคมะเร็งได้ง่าย ผู้ป่วยมักเสียชีวิตด้วยโรคเหล่านี้ แนวทางการใช้ยารักษาโรคเอดส์ จึงทำได้ 3 แนวทางด้วยกัน คือ

1. หยุด หรือ ชลอการเพิ่มจำนวนของไวรัสโดยใช้ ยาต้านไวรัส (Antiviral therapy)

2. เสริมภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง โดยใช้ยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน

3. รักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเชื้อฉวยโอกาสและโรคมะเร็ง

ดังนั้น ยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral drug) หมายถึง ยาที่ใช้เพื่อยับยั้งการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด เมื่อจำนวนเชื้อไวรัสลดลง จะมีผลให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันให้เพิ่มขึ้นได้ ทำให้ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ และการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นแนวทางการรักษาสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์



มีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีภูมิคุ้มกัน (CD4) ต่ำลงมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องก็อาจเสียชีวิตได้

ยาต้านไวรัสเอชไอวี มีด้วยกันหลายชนิด ออกฤทธิ์แตกต่างกันไป การเลือกใช้ยาจะพิจารณาตามความเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยแบบแผนการรักษาที่จะให้ผลดีและช่วยลดปัญหาเชื้อคือยาได้ จะต้องใช้ยา 3 ตัวรวมกันหรือมากกว่า ที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) การรักษาด้วยวิธีนี้ จะทำให้อัตราป่วยจากโรคแทรกซ้อน และอัตราการตายของผู้ป่วยเอดส์ ลดลงได้อย่างมาก ถึงแม้จะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม ดังนั้นผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการรับประทานยา ตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ปัจจุบันยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม

1. Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs)
2. Non nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)
3. Protease inhibitors (PIs)

**1.4.3 อาการผิดปกติที่เกิดจากการกินยาต้านไวรัส** (สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค, 2550)

1) การแพ้ยา

(1) แพ้ยาไม่รุนแรง อาจมีไข้ ผื่นลมพิษ เยื่อบุอ่อนบวม เช่น เยื่อบุตา เยื่อบุปาก หายใจหอบ

(2) การแพ้ยารุนแรง จะเกิดการช็อค หายใจไม่ทัน ขาดอากาศ หมดสติได้ ดังนั้น เมื่อทราบว่าเคยมีประวัติแพ้ยา ควรบอกแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ดูแลก่อนรับยาด้านไวรัสเอดส์

2) อาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์

(1) อาการข้างเคียงในระยะสั้นและไม่รุนแรง พบได้และอาการก็จะค่อยๆ ดีขึ้นภายในเวลาประมาณ 2- 3 เดือน เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด นอนไม่หลับ ผื่นร้าย มีผื่นขึ้นเล็กน้อย

(2) อาการข้างเคียงในระยะสั้นและรุนแรง เช่น ภาวะช็อค ตับหรือตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ชาปลายมือปลายเท้า นิ้วในไต ซึ่งอาจพบได้ทุกช่วงของการกินยา และอาจทำให้เสียชีวิตได้ถ้าไม่รีบแก้ไข ดังนั้น ต้องติดตามอาการเหล่านี้อย่างใกล้ชิด โดยการตรวจสุขภาพและผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคตับอักเสบ หรือมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องได้ ต้องให้ข้อมูลแก่แพทย์ให้มากที่สุดเพื่อประโยชน์ของตนเอง

(3) อาการข้างเคียงในระยะยาว มักพบหลังจากกินยาเป็นเวลานาน ส่วนใหญ่ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป บางรายพบได้ในระยะเวลาไม่ถึง 1 ปี อาการข้างเคียงในระยะยาว เช่น น้ำตาลใน



เลือดสูง ทำให้หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย การกระจายและสะสมของไขมันผิดปกติและผิดปกติที่มีไขมันพอกที่ต้นคอ ลำตัวอ้วน แขนขาอ้วน แก้มตอ

ในปัจจุบันมีหลักฐานที่เป็นรูปธรรมจากการศึกษาวิจัยในหลายประเทศที่แสดงว่า การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสมในการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV มีความปลอดภัยและมีประโยชน์ ที่สำคัญคือ

1. การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จะยืดอายุขัยของผู้ป่วย
2. สามารถลดอัตราการตาย
3. ลดอัตราป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาส
4. ลดการรักษาด้วยยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส
5. ลดโอกาสที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล
6. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
7. ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากสามารถทำงานและดำรงชีวิตตามปกติใน

สังคมไทย

สรุปได้ว่าการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสมถือเป็นการรักษาที่คุ้มค่าในปัจจุบัน

รายงาน จากกลุ่มประเทศยุโรป อัตราอัตราเสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงจาก 65.4 เหลือ 3.4 (หน่วยเป็นต่อ 100 person-years ของการติดตาม) (Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al. 1998; 338: 853-860)

รายงาน การศึกษาจากประเทศบราซิลซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อทุกรายตั้งแต่ พ.ศ. 2538 โดยมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 150,000 รายได้รับการรักษา นั้น พบว่าอัตราเสียชีวิตจากโรคเอดส์และอัตราการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ HIV และโรคที่เกี่ยวข้องลดลงอย่างชัดเจน (Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al. 1998; 352:1725-30)

ส่วนการศึกษาจากสหรัฐอเมริกาพบว่า การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ค่ารักษาในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 60 (Santoro-Lopes G, de Pinho AM, Harrison LH, Schechter M. 2002; 34:543-6)

นอกจากนี้ ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันมีราคาลดลงมากเหลือประมาณวันละ 40-60 บาทต่อวัน และมีแนวโน้มว่าราคาของยาต้านไวรัสเอดส์จะลดลงเรื่อยๆ ทำให้การรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีความคุ้มค่ามากขึ้น ดังนั้น การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสมในการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV จึงมีลักษณะคล้าย คลึงกับการรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่รักษาไม่หายขาด (เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น) อย่างไรก็ตามแม้ว่ายา ต้านไวรัสเอดส์จะมีราคาถูกลง

มาก และผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้สมควรได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ แต่การใช้ยากลุ่มนี้อย่างไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาที่ อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตและก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ดื้อต่อยาจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาที่แพง ขึ้นมากกว่า 10 เท่า และยาดังกล่าวมักมีผลข้างเคียงเพิ่มขึ้นและรุนแรง

## ส่วนที่ 2 แนวคิดในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีหลายแนวคิดที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นปัจจัยภายในร่างกาย ปัจจัยภายนอก สภาพแวดล้อมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงการจัดระบบบริการของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมาสโลว์

มาสโลว์ (Maslow, 1970, pp. 24-25) กล่าวว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากที่มนุษย์จะเกิดความพึงพอใจอย่างสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้น ๆ ทั้งนี้เพราะธรรมชาติมนุษย์เมื่อมีความจำเป็นอย่างหนึ่งและได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจ ก็มีความจำเป็นอย่างอื่นเข้ามาแทนที่ ลักษณะของมนุษย์ด้วยคือ การทำกิจกรรมเพื่อให้ได้มาถึงสิ่งที่ปรารถนาโดยเมื่อมีความต้องการก็จะมีแรงขับ และการกระทำซึ่งพฤติกรรมที่กระทำเกิดจากความจำเป็นจากระดับต่ำจนถึงระดับสูง เมื่อบรรลุวัตถุประสงค์จะมีความพึงพอใจ ความจำเป็นหรือความต้องการของมนุษย์มี 5 ระดับ คือ

1. ความจำเป็นด้านร่างกาย (physiological needs) เป็นความจำเป็นพื้นฐานขั้นแรกที่สำคัญที่สุดของมนุษย์เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย ความอบอุ่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน ที่อยู่อาศัย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน ทำให้มนุษย์จำเป็นต้องหาสิ่งเหล่านี้มาตอบสนองก่อนสิ่งอื่นใด และเมื่อความจำเป็นด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์จะมีความจำเป็นที่สูงขึ้นในลำดับต่อไป ที่เกี่ยวกับทางด้านจิตใจ

2. ความจำเป็นด้านความปลอดภัย และความมั่นคง (safety and security needs) เมื่อได้รับการตอบสนองความจำเป็นทางร่างกายจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะเกิดความต้องการความปลอดภัย และความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา เช่น ต้องการได้รับความคุ้มครองปกป้องตามกฎระเบียบและกฎหมาย ต้องการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ต้องการอิสระส่วนตัว ต้องการความปลอดภัยและมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

3. ความจำเป็นทางสังคม (social needs) เริ่มแรก มาสโลว์เสนอว่า แนวความต้องการความรัก และการมีส่วนร่วมในสังคม (love and belonging needs) ต่อมา ได้รวมเอาความรู้สึกต้องการมิตรภาพ ต้องการสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน กับสามีภรรยาและกับบุตรหลานเข้ามา ด้วยความจำเป็นขั้นนี้ เป็นความต้องการที่จะเป็นผู้ให้และผู้รับจากสังคม ถ้าไม่ได้รับความพอใจจาก ความจำเป็นขั้นนี้ จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้างว่าเหว ถูกตัดออกหรือถูกปฏิเสธจากสังคม ซึ่ง มาสโลว์เห็นว่า สามารถทำให้เกิดผลต่อเนื่องไปถึงการปรับตัวที่ไม่ดีในสังคมได้ เพราะความจำเป็น ด้านนี้เป็นความจำเป็นด้านสังคมที่ช่วยให้จิตใจของบุคคลเกิดความมั่นคง

4. ความจำเป็นในด้านการยอมรับนับถือ และความมีคุณค่า (esteem needs) เป็น ความต้องการการมีเกียรติยศชื่อเสียงการยอมรับนับถือจากคนอื่นหรือเห็นตนเองมีคุณค่า ซึ่ง ความจำเป็นด้านนี้ ได้แก่ การเป็นที่ยอมรับ ความรู้สึกมีส่วนร่วม การเป็นสมาชิกของกลุ่ม การมี บทบาทร่วมกับกลุ่ม ความรักความอบอุ่น เป็นต้น

5. ความจำเป็นด้านความสำเร็จในชีวิต (self-actualization needs) เป็น ความ ต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต และเป็นความสมหวังขั้นสูงสุดของมนุษย์ ปรารถนา ซึ่งความจำเป็นขั้นนี้เป็นความต้องการพัฒนาตนเองตามศักยภาพสูงสุด ได้แสดงออกซึ่งทักษะและ ความเป็นเลิศในบางสิ่งบางอย่างที่ตนมี และมีอารมณ์ซึ่งแสดงออกถึงบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ ความ ต้องการความสำเร็จในชีวิต จะเป็นกระบวนการที่ไม่มีการสิ้นสุด นั่นคือเมื่อมีความรู้สึกว่าคุณถึง จุดมุ่งหมายปลายทางสุดท้ายแล้ว ก็จะมีเป้าหมายต่อไปเรื่อย ๆ

ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมาสโลว์ เป็นแนวคิดที่ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ มีการปฏิบัติตนตามแนวทางการดูแลรักษา ตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ เพื่อให้ ตนเองเกิดความมั่นคงตามความต้องการเบื้องต้นของชีวิต และมีชีวิตดำรงอยู่ต่อไปในสังคมได้อย่าง ปกติ เหมือนบุคคลทั่วไป

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

คนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคมต้องการ ติดต่อกับปะกับบุคคลอื่น เสมอบางคนอาจจะใกล้ชิดกันมาก บางคนอาจจะใกล้ชิดกันน้อยการติดต่อกันทำให้รู้จักกัน ทำให้ เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคน จนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ขึ้น เครือข่ายทางสังคม เป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีการติดต่อสัมพันธ์กับใครบ้าง เช่น กับคนในครอบครัวและญาติ เป็นต้น จากคนใกล้ชิดขยายวงกว้างออกไปถึงเพื่อนบ้าน เพื่อนที่เรียน หนังสือด้วยกัน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกชมรม หรือสมาคม ต่างๆ เป็นต้น การได้ติดต่อกัน และการได้สื่อสารกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกันบางครั้งบุคคล

หนึ่งอาจจะเป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วยการสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยา ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้มีคนมีการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ก็จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย

**2.2.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม** คำว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976:300-314) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น (Kahn, 1979:85) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

นอร์เบค (Norbeck, 1982:22-29) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

ทอยท์ส (Thoits, 1982:145-159) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

สรุปแล้วแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม การช่วยเหลือมีอยู่หลายประเภท เช่น ข้อมูลข่าวสาร เงิน และแรงงาน เป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยบุคคล 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ให้ เช่น บิดา มารดา และครู กับฝ่ายผู้รับ เช่น บุตรหรือนักเรียน ได้รับ คำแนะนำตักเตือนจากบุคคลดังกล่าว เป็นต้น

### 2.2.2 แหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม

แคปแลน และคณะ (Kaplan, et al., 1977:50-51) ได้กล่าวไว้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น ต้องพิจารณา ถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) ของแต่ละคน (Norbeck, 1982:23) และจากการศึกษาของ แคปแลน และคณะ พบว่าคนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคม จะทำให้เกิดโรคสังคมแตกแยก (Social breakdown syndrome) คือ เป็นอาการที่ไม่เป็นตัวของตัวเองตัดสินใจไม่ได้ขาดความเชื่อมั่นในตัวเองและไม่สามารถดูแลตัวเองได้และในทางตรงกันข้าม คนเราอยู่ในสังคม เมื่อประสบปัญหาหมักจะได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง แรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือปัญหา เฮาส์ (House, 1981 cited by Cohen & Syme, 1985 : 94-103) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์พยาบาล/ทีมสุขภาพ เป็นต้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996:257-259) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา และมารดา คอยดูแลช่วยเหลือบุตรให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิตประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นในตัวเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบพบมา กับเพื่อนได้

3. องค์กรศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนา นั้นๆ



4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized Support Systems of Care Giving or Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อน ไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Groups Not Directed by Health Professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหารบริหารให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิต ความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังกลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน

### 2.2.3 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

การช่วยเหลือเกื้อกูลแก่กันและกัน หรือการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่แต่ละสังคมนั้นมีหลายอย่าง ซึ่งถ้าจัดเป็นประเภทก็จะสามารถแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมได้หลายประเภท ตัวอย่างเช่น

เฮ้าส์ (House, 1981 cited by Tilden, 1985:201-202) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมี 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความหวังใจ และการรับฟัง ความรู้สึก เห็นอกเห็นใจ
2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม
3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการด้วย



เพนเดอร์ (Pender, 1996:257) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการเข้าใจว่าอย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลบุตรให้เพื่อมารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรม เพื่อพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่สามารถสนับสนุนหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัวหรือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือแรงสนับสนุนของผู้ให้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้เป็นอย่างดี

#### 2.2.4 แนวคิดการคุ้มครองทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (Social protection)

จากข้อมูลของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550 – 2551 แนวคิดการคุ้มครองทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่สำคัญ ประกอบด้วย แนวคิดสิทธิผู้ป่วย สิทธิการได้รับบริการที่ได้มาตรฐานบริการสาธารณสุขดังต่อไปนี้ (สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค, 2552:17-20)

##### 1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดสิทธิประโยชน์หลักสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral drug treatment) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยและติดตามการรักษา (Laboratory testing) บริการให้การปรึกษาและการตรวจเลือดแบบ

สมัครใจสำหรับผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง (Voluntary Counseling and Testing : VCT) และการป้องกันการแพร่กระจายโรค (Positive prevention) รายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

1.1 การรักษารวมยาด้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่ การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวี การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการรักษาภาวะไขมันในเส้นเลือด โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ และเงื่อนไขในการขอรับบริการ เช่น การมีสัญชาติ การมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีไม่มีสิทธิใด ๆ ต้องลงทะเบียนในโครงการ NAPHA ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2548 ยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด และไม่มีข้อห้ามในการรับยาด้านไวรัสเอชไอวี การได้รับการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทุกโรค โดยเฉพาะโรคเชื้อรา (Cryptococcosis) และวัณโรค และการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีมาตรฐานในการรักษาสิทธิต่างๆ เหล่านี้ไม่ครอบคลุมผู้ที่มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม

1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษา ได้แก่ การได้รับการตรวจชันสูตรพื้นฐาน การตรวจด้านวิทยาภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยา และการตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อในเด็กทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี โดยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR)

1.3 การให้การปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ สำหรับผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยได้รับคำแนะนำจากผู้ให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังการเจาะเลือดตามมาตรฐาน ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี ยกเว้นกรณีที่มีความจำเป็นต้องได้รับอนุมัติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเงื่อนไขอื่นๆ ที่กำหนด

1.4 การป้องกันการแพร่กระจายโรค ได้แก่ การได้รับถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อตามความจำเป็นตามสิทธิเช่นเดียวกับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ อย่างไรก็ตาม การป้องกันการแพร่กระจายโรคอาจมีข้อจำกัดในบางกลุ่ม เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์อื่นป้องกันร่วมด้วย เช่น สารหล่อลื่น หรือถุงยางอนามัยสตรี เป็นต้น

สิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นไปตามเงื่อนไข และความจำเป็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้ให้บริการทางสังคมจะต้องศึกษาเงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละปีด้วย นอกจากนี้ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด ผู้ให้บริการควรจะต้องมีการประสานการจัดบริการที่เหมาะสมต่อไปตามหลักมนุษยธรรม

## 2. สิทธิการได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน เพียงพอ

ผู้ให้บริการต้องมีการให้บริการสาธารณสุขกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามที่ร้องขอและตามประกาศ ที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและผู้รับบริการ โดย

ไม่บิดเบือนทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจ ในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ๆ

นอกจากนี้หน่วยบริการสาธารณสุขต้องให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเชื้อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

### 3. การรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตามประกาศสิทธิผู้ป่วยและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 ได้กำหนดให้หน่วยบริการต้องรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย รวมทั้งสถานประกอบการไม่มีความจำเป็นที่จะสอบถามผู้สมัครงานหรือพนักงานถึงข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีหรือบังคับให้เพื่อนร่วมงานเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว การดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของลูกจ้างเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีต้องเป็นความลับ

### 4. การไม่เลือกปฏิบัติ

หลักการเคารพในสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ การเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของรัฐเช่น สถานศึกษา สถานบริการ สถานประกอบการ ชุมชนและสังคมไม่ควรเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การไปกีดกันและตั้งข้อรังเกียจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต่อการใช้บริการหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ควรได้รับในฐานะประชาชนถือเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ต่อสังคม

### 5. การส่งเสริมความเสมอภาคของบทบาทหญิงและชาย

โดยทั่วไปถือว่าผู้หญิงเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากกว่าผู้ชาย ไม่ว่าจะเป็เหตุผลด้านสรีระร่างกาย วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และหากสังคมใดมีการเลือกปฏิบัติระหว่างหญิงและชายที่ทำให้ผู้หญิงตกอยู่ในสถานะต่ำต้อยมากเท่าใด ก็จะเกิดผลกระทบเชิงลบจากโรคเอดส์มากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นการส่งเสริมความเท่าเทียมกันระหว่างบทบาทหญิงและชาย การสร้างพลังอำนาจและให้ความสำคัญของบทบาทผู้หญิงจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ประสบความสำเร็จ (สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ ณ นครเจนีวา องค์การแรงงานระหว่างประเทศ, 2545, น.5)

ดังนั้น จึงไม่ควรมองเพียงว่าโรคเอดส์เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แต่ควรได้สะท้อนให้เห็นแบบแผนของความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศหญิงเพศชายที่แฝงอยู่อย่างลึกซึ้ง ในอุดมการณ์ของสังคม ซึ่งให้คุณค่าความเป็นเพศชาย ความคิดและการปฏิบัติแบบชายสูงกว่าและมีอำนาจมากกว่าผู้หญิง รวมทั้งกรอบงำวิถีชีวิตส่วนใหญ่ของผู้หญิง การแก้ไขปัญหาเอดส์จึงจำเป็นต้องกระทำโดยการส่งเสริมอำนาจของผู้หญิง ลดหรือขจัดความอยุติธรรมทางเพศปลูกฝังคุณธรรมทางเพศ และสร้างความเท่าเทียมระหว่างเพศชายและหญิงในสังคมไทย

### 2.2.5 แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health care)

การมีมุมมองใหม่ด้านสุขภาพ มองสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนทั้งชีวิตมากกว่าการมองเฉพาะ “การเจ็บป่วยด้วยโรค” ซึ่งส่งผลต่อการจัดการปัญหาเฉพาะหน้าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย และจะพิจารณา “ตัวคนทั้งคน” ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกันตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม วิญญาณหรือปัญญา สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนตลอดเวลา (สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค, 2552:20-23)

หลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้

1. สุขภาพองค์รวมให้คุณค่า “สุขภาพ” หมายถึง การดูแลทุกมิติ ทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ เข้าใจสภาพความเป็นจริงในชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน ความหลากหลายในชีวิตและวัฒนธรรมของแต่ละคน รวมทั้งปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาวะของผู้ป่วยแต่ละคน ภายใต้หลักการที่ว่า “การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์” เคารพให้คุณค่าในตัวคนของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การดูแลผู้ป่วยตั้งสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวที่มีความเป็นกัลยาณมิตร ความเป็นเพื่อน ความเอื้ออาทรต่อกัน การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีมุมมองใหม่ต่อการยอมรับการเจ็บป่วย การยอมรับที่จะอยู่ร่วมกันกับโรคเอดส์ได้อย่างเข้าใจ ไม่เป็นทุกข์กับโรคที่ป่วย

2. สุขภาวะของคนจะเป็นแบบเดียวกับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น การเลือก“บริโภค” สิ่งใดเข้าสู่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะมีส่วนกำหนดสุขภาวะกายและใจของบุคคลคนนั้นการส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รับประทานยาอย่างถูกวิธี ตรงเวลาและต่อเนื่อง จะส่งผลให้สุขภาพและจิตใจดีขึ้น เพราะสามารถควบคุมสมดุลของสุขภาพร่างกายได้

3. หลักการของสุขภาพแบบองค์รวมเน้นการพัฒนาระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยให้บุคคลทบทวนพฤติกรรมในแต่ละวันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่

ไม่เหมาะสม การลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันตนเองจากการเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่และป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจากผู้ป่วยรายเก่าไปสู่รายใหม่

4. สุขภาพองค์รวมเน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต ให้ความสำคัญกับกระบวนการทางการศึกษา และสร้างความรับผิดชอบให้แก่แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่สมดุลและสมบูรณ์สุขภาพแบบองค์รวมจึงเน้นเกี่ยวกับการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสได้รับบริการสุขภาพทางเลือกที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น บริการแพทย์แผนไทย บริการสุขภาพทางเลือก เป็นต้น

5. เมื่อมีสภาวะความเจ็บป่วย การแพทย์องค์รวม (Holistic medicine) จะให้หลักการแบบองค์รวมในการแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพกับคนไข้ โดยการเยียวยาแบบธรรมชาติ และพิจารณาปัจจัยทั่วทั้งตัวคนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. อาหารและโภชนาการ
2. การผ่อนคลายความเครียด
3. การเยียวยาทางจิตใจและการทำสมาธิ
4. การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ
5. การพักผ่อนที่เพียงพอ
6. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เพศ และสภาพร่างกาย
7. การแบ่งปันความรัก และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคนรอบข้าง รวมทั้งตนเอง
8. การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์
9. การสร้างสัมพันธ์ภาพทางจิตวิญญาณและการเยียวยา
10. การพัฒนาปัญญา

**2.3 ครอบครัวยุคใหม่กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์** (สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค, 2550: 25-65) สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งจะมีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง และให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการรักษา ทำให้สุขภาพดีขึ้นและมีชีวิตที่ยืนยาว ทั้งยังสามารถช่วยเหลือครอบครัว ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวจึงควรมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในด้านต่างๆ ดังนี้



**2.3.1 ศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้อง** เช่น อ่านหนังสือและเอกสารที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ สอบถามผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่อง โรคเอดส์ ซึ่งจะสร้างความรู้สึที่ดีในบ้าน เช่น กินข้าว คู่มือมีด้วยกัน

**2.3.2 ด้านอารมณ์ความรู้สึก สมาชิกในครอบครัวควรดูแลเอาใจใส่ แสดงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอ** เช่น กินอาหารร่วมกัน พุดคุย คู่มือ ไปพักผ่อนหรือซื้อของด้วยกัน คอยดูแลสุขภาพและพาไปพบแพทย์ตามเวลานัดหมาย

**2.3.3 สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดูแลสุขภาพตนเอง** โดยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามความสามารถของตนเอง เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคแทรกซ้อน บำบัด ฟื้นฟูร่างกายและจิตใจที่จะช่วย ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำ โดยเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง เช่น การเดินก้าวขึ้นลงบันได แอโรบิก โยคะ วิ่งเหยาะๆ เป็นต้น

**2.3.4 ควรรู้วิธีช่วยเหลือเบื้องต้น** เช่น เมื่อมีไข้ ควรเช็ดตัว หรือการบีบนวดร่างกายเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย

**2.3.5 มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้ง คนอื่นๆ ในครอบครัว** ปรึกษาหารือโดยยึดหลัก “ใจเขาใจเรา” คงไม่มีใครในครอบครัวอยากติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเกิดขึ้นแล้วควรนึกถึงความรัก ความผูกพันที่ดี และลูกที่อยู่ร่วมกัน

**2.3.6 แสดงความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่** เช่น การใช้คำพูดที่สร้างกำลังใจ จับมือ โอบกอด ไปเที่ยวด้วยกัน แสดงความคิดเห็นที่สร้างสรรค์ด้วยกันภายในครอบครัว

**2.3.7 กรณีผู้ป่วยที่มีร่างกายอ่อนแอมาก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากนัก ควรช่วยเหลือตามความเหมาะสม** เช่น ดูแลเรื่องอาหาร และการรักษาความสะอาด

**2.3.8 หาแหล่งที่ขอความช่วยเหลือ** เช่น หน่วยงานให้การปรึกษาด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น เมื่อรู้สึกท้อแท้ หรือทนสภาพที่เป็นอยู่ไม่ไหว

**2.3.9 รักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย เครื่องใช้ เครื่องนุ่งห่ม การทำลายขยะและ สิ่งปฏิกูลซึ่งจะเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดเชื้อโรค**

**2.3.10 การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจหรือการหาแหล่งที่จะให้การช่วยเหลือในกรณีที่เป็น** เช่น การรักษาพยาบาล ค่าครองชีพ ทุนประกอบอาชีพ ทุนการศึกษาของบุตร



**2.3.11 ให้การดูแลสนับสนุนการกินยาอย่างสม่ำเสมอ** เพราะการกินยาตามกำหนดเวลาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพที่แข็งแรงและมีชีวิตที่ยืนยาว

สิ่งที่กล่าวมาข้างต้นเป็นที่ยอมรับในกรอบคร่าวๆ ให้ความสนใจและนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่ได้รับจากการป่วยเป็นเอดส์และจะเป็นผลดีต่อครอบครัวและสังคม

### ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

**3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต** นักวิชาการให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะของความคิด ลักษณะประจำของบุคคลหรือสิ่งของ ส่วน “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตน่าจะหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

โอเรม (Orem, 1985) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับ ความผาสุก (Well being) ซึ่งประเมินจากการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขในจิตใจ

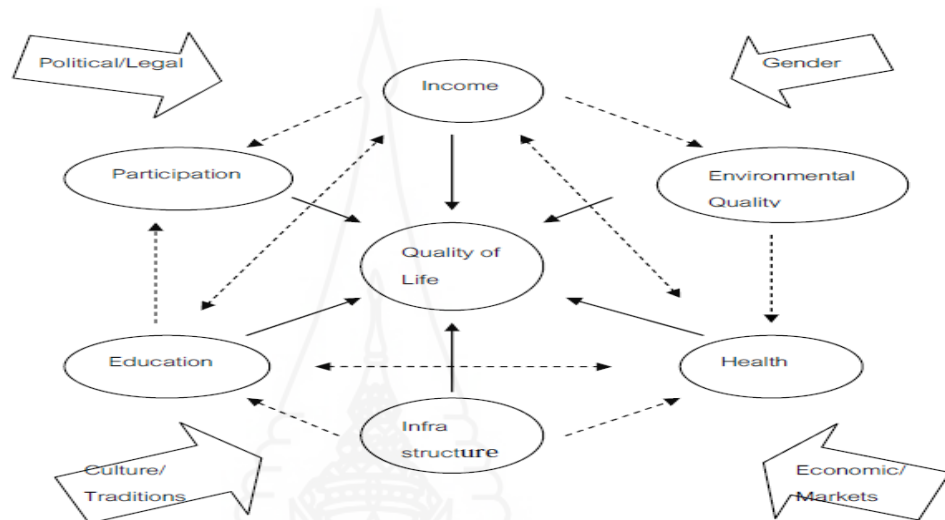
ยังและลองแมน (Yong & Longman, 1983) ระบุว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน

ซ่าน (Zhan, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม (WHO, 1993)

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2541) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขและพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความสามารถในการดำเนินกิจกรรม ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งในการวิจัยนี้ประเมินโดยประยุกต์แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (2541)

บลูม และคณะ (Bloom, Craig and Malaney, 2001) กล่าวว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็คือการมีความสุข โดยความสุขนั้นเกิดขึ้นจากการมีวิถีการดำรงชีวิตที่ดีและมีสภาวะของชีวิตที่ดี (living well and doing well) สามารถแสดงได้ดังภาพที่ 1 กรอบความคิดทั่วไปในการพิจารณาการมีคุณภาพชีวิตที่ดี



ภาพที่ 2.1 กรอบความคิดทั่วไปในการพิจารณาการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ที่มา : The Quality of Life in Rural Asia. Oxford University 2001

ภาพนี้สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตก็คือ รายได้, การมีส่วนร่วม, การศึกษา, โครงสร้างพื้นฐาน, สุขภาพ และคุณภาพของสิ่งแวดล้อม โดยบางปัจจัยใน 6 ปัจจัยนี้ส่งผลถึงกัน (ลูกศรเส้นทึบแสดงถึงการส่งผลโดยตรง ลูกศรเส้นประแสดงถึงการส่งผลทางอ้อม) และมีองค์ประกอบในเชิงสถาบัน (institutional) ได้แก่ ระบบการเมืองและกฎหมาย วัฒนธรรม/ประเพณี, ระบบเศรษฐกิจและตลาด และการให้ความหมายเรื่องเพศสภาวะ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบทั้งหมดอีกชั้นหนึ่ง คุณภาพชีวิตในลักษณะการประกอบสร้างของชิ้นส่วนย่อย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ สิ่งที่เราเรียกว่าคุณภาพชีวิตนั้น สามารถแยกย่อยออกมาให้เห็นเป็นชิ้นส่วนได้ ซึ่งความคิดในลักษณะนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงวิธีการของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ เพื่อที่จะทำให้สามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ เพราะหากให้ความหมายคุณภาพชีวิตในลักษณะคำบอกเล่า โดยไม่สามารถแยกส่วนออกมาให้เห็น จะทำให้ไม่สามารถ หรือสามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ยาก และความพยายามในการสร้างหัวข้อ หรือองค์ประกอบต่างๆ เพื่อนำไปสู่การวัดนั้นก็มิรากฐานมาจากปรัชญา

ประจักษ์นิยมเชิงตรรกะ (logical empiricism) และถ้าองค์ประกอบในแต่ละส่วนของคุณภาพชีวิตนั้นดี จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตภาพรวมที่ดีต่อไปด้วย

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง การดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานในสังคม ซึ่งสนองต่อสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและความคิดอย่างเพียงพอ จนก่อให้เกิดความสุขตลอดทั้งการมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดี

### 3.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

เนื่องจากแนวคิดคุณภาพชีวิตมีผู้ศึกษาไว้มากมายและมีมิติอันหลากหลายตามแนวคิดของนักวิชาการ ผู้นำเสนอแนวคิดต่างๆ ไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจะขอยกตัวอย่างโดยสังเขป ดังนี้

พาดิลลา และแกรีนท์ (Padilla & Grant, 1985) ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบไปด้วยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย และจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้ต่อสังคมรอบตัวของผู้ป่วย

ซ่าน (Zhan, 1992: 796) ได้รวบรวมแนวคิดจากนักวิจัยหลายท่านและสรุปว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา รายได้ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิจุ (2525) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนะของเบนเน็ต (Bennet) ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. สิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีเศรษฐกิจดี และสังคมดี
2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้นมีจุดมุ่งหมายของชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2541) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่ามี 4 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึง

ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระ ที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวลการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

### 3.3 แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต

การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมในระดับสากลนั้นมีจุดเริ่มจากการใช้เครื่องชี้วัดทางเศรษฐกิจ คือ GNP per capita (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเบื้องต้น) เป็นตัวชี้วัดการพัฒนา ซึ่งต่อมาได้เกิดคำถามและความรู้สึกว่าการวัดการพัฒนาตนเพียงด้านเศรษฐกิจด้านเดียวยังคงไม่เพียงพอจึงได้มีการสร้างเครื่องมือเพื่อชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตขึ้นมาหลาย โดยมีประเด็นเนื้อหาหลักในการพิจารณาแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศหรือองค์กรนั้นๆ ต้องการจะเน้นหรือกำหนดนโยบาย และจุดมุ่งหมายของการพัฒนาสังคมไปในแนวทางใดบ้าง เช่น เครื่องชี้วัดบางชุด

มีประเด็นเนื้อหาหลักในเรื่องของสุขภาพโภชนาการ การศึกษา รายได้ การจ้างงาน บางชุดอาจจะเน้นที่ประชากร ที่พักอาศัย ทรัพยากรธรรมชาติ ความเป็นเอกภาพของชาติ ฯลฯ ทำให้เครื่องชี้วัดเหล่านี้ขาดความเป็นสากล ไม่สามารถเป็นที่ยอมรับได้ เมื่อนำไปใช้กับภูมิภาคหรือประเทศอื่นที่มีประเด็นเนื้อหาหลักในการพิจารณาแตกต่างกันไป

การประเมินคุณภาพชีวิตมีวิธีการและแนวคิดแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการวิจัย นักวิชาการ ได้ระบุแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน เช่น แฟรงค์ สโตรมบอร์ก (Frank-Stromborg, 1984) กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตมี 3 ลักษณะคือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งประเมินโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น
2. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ
3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการบรรยายและบ่งบอกสภาพที่บุคคลนั้นเป็นอยู่

นอกจากนี้ มีเบอร์ก (Meberg, 1993 อ้างถึงใน ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545) ได้จำแนกตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็น 2 ประเภทคือ วัตถุวิสัย โดยเป็นข้อมูลเชิงรูปธรรม ได้แก่ รายได้ อาชีพการศึกษา และเชิงจิตวิสัย ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เป็นต้น

ในช่วงแรกของการประเมินคุณภาพชีวิตจะศึกษาเฉพาะด้านวัตถุวิสัยต่อมาจึงสนใจศึกษาด้านจิตวิสัย โดยพิจารณาจากการรับรู้ของบุคคล โดยให้บุคคลประเมินตนเอง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมา การพัฒนามุ่งในระดับกว้างขึ้นโดยมุ่งที่ “ความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม” โดยมองที่ปัจเจกบุคคลและสังคมโดยรวม ความพยายามในการกำหนดกรอบสำหรับการจัดสร้างเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมให้เป็นสากล ได้ถูกนำเสนอและพัฒนาเครื่องชี้วัดขึ้นมา โดยองค์การระหว่างประเทศหลายองค์กร สำหรับองค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ที่เป็นสากลขึ้นมาในปี ค.ศ. 1996 มีทั้งหมด 100 ตัวชี้วัด หรือข้อคำถามสำหรับประเทศไทย ได้มีการแปลและนำมาใช้โดยกิติกร มีทรัพย์ ได้แปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้วยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง และถือว่าเป็นฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ และได้มีการนำไปใช้เก็บข้อมูลในคนไทยมาแล้ว ในปีเดียวกัน WHO ก็ได้จัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) โดยการคัดเลือกจาก ชุด 100 ตัวชี้วัดด้วยวิธีการทางสถิติ



เครื่องวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุดย่อ 26 ตัวชี้วัดนี้จะประกอบไปด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะนิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการประเมินโดยไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และในแง่กฎหมายซึ่งในแต่ละประเทศก็ยังไม่มียกเว้นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถมั่นใจในข้อมูลที่ได้จากการนำเครื่องวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ไปใช้จะบอกผลที่วัดได้จริง ๆ และมีความเป็นสากล เครื่องวัดคุณภาพชีวิตทั้งสองชนิด คือ ชุด WHOQOL-100 และ WHOQOL-BREF สามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิก ใช้หาค่าคะแนนพื้นฐาน (Baseline scores) ในพื้นที่ ๆ ต้องการและสามารถใช้วัด การเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด คุณลักษณะของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก จึงมีความเป็นสากลดังกล่าวแล้ว ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจะใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลก ในการประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยผู้วิจัยขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะการประเมินคุณภาพชีวิต โดยแบบวัด WHOQOL-BREF ฉบับย่อ ซึ่งใช้ในการศึกษานี้ และได้มีการนำมาใช้ในประเทศไทย

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะนิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยชุดย่อ 26 ข้อ นั้น สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541) ได้ศึกษาและนำไปใช้ รวมทั้งเผยแพร่ โดยพบว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อมีคุณภาพชีวิตใช้ได้ดี ซึ่งในการศึกษานี้จะประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยตัดแปลงจากการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541)

### 3.4 คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเปลี่ยนแปลงไปตามความก้าวหน้าของโรค ซึ่งเป็นนการเผชิญความเครียดอย่างหนึ่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น โดยมุ่งแก้ปัญหาโดยการรู้จักจัดการกับตนเอง และการจัดการกับอารมณ์ โดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด (Ragdale & Morrow, 1990) เพราะความเครียดทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบต่างๆ พบว่ามีคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไป (McDonnell KA, 1999 อ้างถึงใน ชัยนรินทร์ ทุมานนท์ และคณะ, 2545)



นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่ำกว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย (Wachtel, 1992 อ้างถึงใน ชัยนตร์ธร ทุมมานนท์ และคณะ, 2545 ) จากการที่บุคคลได้รับความเชื่อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ในระยะแรกยังไม่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัด ระยะต่อมาอาการของโรครุนแรงขึ้นและจะมีอาการของโรคปรากฏให้เห็น อาจทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ร่างกายอ่อนล้าหายใจหอบเหนื่อยเนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยอาจได้รับความทุกข์ทรมานจากความไม่สบาย นอกจากนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ บางรายเกิดความเจ็บปวด และเกิดความเมื่อยล้าร่วมด้วย ผลดังกล่าวทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง เกิดการพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เสี่ยงพบปะและการทำหน้าที่ในสังคม สมรรถนะทางกายและการรับรู้ของบุคคลลดลง ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามเดิม ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษา หรือในรายที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งต้องรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ส่งผลต่อสถานะเศรษฐกิจของครอบครัวแย่ลง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกเป็นอย่างมาก กังวลใจเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง ความไม่แน่นอนของโรคกลัวการถูกทอดทิ้ง มีความท้อแท้สิ้นหวัง การไม่มีความหวังในชีวิตอาจทำให้บุคคลเสียชีวิตลงในระยะเวลาอันสั้นได้ อีกทั้งยังเป็นภาวะวิกฤตสำหรับครอบครัวในการที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ต้องคุกคามชีวิต เกิดความเครียดซึ่งสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถจะทำนายถึงเหตุการณ์ในอนาคตและสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ (สุรางค์รัตน์ สุรงค์บพิต, 2547)

จากการศึกษาของ ชัยนตร์ธร ทุมมานนท์ และคณะ (2545) พบว่า คุณภาพชีวิตทั่วไป สุขภาพร่างกายทั่วไป และคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตจิตใจ คุณภาพชีวิตความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงต่ำกว่าของกลุ่มไม่ติดเชื้อ และลดลงตามลำดับระยะของโรคที่รุนแรงขึ้น โดยมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตแบบเดียวกัน คือ มีการลดลง 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงแรกเมื่อทราบว่าติดเชื้อแต่ยังไม่มีอาการ และช่วงที่ 2 เมื่อเริ่มมีอาการป่วยเต็มขั้น ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับใกล้เคียงกันทั้ง 3 ระยะของโรค และต่ำกว่ากลุ่มไม่ติดเชื้อเพียงเล็กน้อย ทำให้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตโดยรวมมีแนวโน้มลดลงเป็น 2 ช่วงเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และพบว่าผู้ติดเชื้อระยะแสดงอาการมีคุณภาพชีวิตลดลงมากและต่ำลงอีกเล็กน้อยเมื่อเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเต็มขั้น

แต่จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสโดยสุคนธา คงศีล และสุขุม เขียวมตน และรักษาร ใจสะอาด (2547) พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยา

ด้านไวรัส มากกว่าครึ่งหนึ่งคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงมาก เกี่ยวกับสุขภาพ รู้สึกว่าตนมีความหมาย รู้สึกพอใจในชีวิต มีความสุข ความสงบ หรือมีความหวัง มีสมาธิในการทำงาน พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ โดยที่สภาพรอบๆ บ้านของตนมีผลดีต่อสุขภาพ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น พอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น และมีความพึงพอใจต่อการบริการดูแลที่ได้รับ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเกือบทั้งหมดรู้สึกมีความพึงพอใจในตนเองระดับปานกลาง ถึงมาก ขอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองสามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง มีความพึงพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น พอใจกับการได้รับการช่วยเหลือในช่วงที่ผ่านมากับเพื่อนๆ แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัสเกือบทั้งหมดมีความเจ็บปวดตามร่างกาย ทำให้ ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ทำให้จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน ทำให้รู้สึกเกิดความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ วิตกกังวล และรู้สึกว่าในแต่ละวันไม่มีความมั่นคงปลอดภัย

โดยสรุปคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะอาการดำเนินไปของโรค ยังมีการดำเนินของโรคมมากขึ้น คุณภาพชีวิตยิ่งลดลง แต่อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่ต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษา มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไป

## ส่วนที่ 4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัย หมายถึง สิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในร่างกายที่เมื่อเข้ามากระทบ จะทำให้นุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบและมีการปรับตัว (Roy,1984) ปัจจัยภายใน เช่น ความสามารถในการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติ การจัดการดูแลส่วนบุคคล การไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิต และการไม่สามารถประยุกต์และใช้กลวิธีเผชิญความเครียด เป็นต้น มีผลกระทบต่อมิติจิตสังคมของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก มีแนวโน้มจำกัดขอบเขตต่อการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายของผู้ป่วยและจำกัดสมรรถนะของผู้ป่วย ซึ่งทั้งสองด้านเป็นตัวชี้วัดหลักของคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมักมีความบกพร่องทางด้านจิตระหนักรู้ ในช่วงที่มีการเจ็บป่วยที่ก้าวหน้ารุนแรง อาการแสดงทางร่างกายที่ป่วยหนัก ส่งผลให้ยากแก่การประเมินคุณภาพชีวิตที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยในช่วงนี้ ซึ่งปัจจัยภายในมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องระยะยาวได้ (Grassi & Sighinalfi,1996) และจากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียุทธศาสตร์ต่างๆ ต่อไปนี้ น่าจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้านแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

**4.1.1 เพศ** บทบาททางเพศถูกกำหนดโดยบทบาททางสังคม เพศชายเป็นผู้นำของครอบครัวและสังคม ทัวไปจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ของตนมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ส่วนเพศหญิงความคาดหวังของสังคมน้อยกว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงส่งผลกระทบต่อชนน้อยกว่าเพศชาย (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530 หน้า 84) แต่จากการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล (2542) พบว่า เพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี ทองสว่าง (2546, หน้า 5) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนออเงิน

**4.1.2 อายุ** อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมาก ความเจ็บป่วยจากปัจจัยด้านอายุก็ตามมาด้วย เช่น โรคความดัน โรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสย่อมส่งผลให้เกิดโรคเหล่านี้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม อายุก็ส่งผลต่อการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีอายุต่างกัน จะมีวิธีการเผชิญปัญหาต่างกัน ซึ่งการเผชิญปัญหาจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพชีวิต (ศदानันท์ ปียกุล, 2542, หน้า 34) จากการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2537) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**4.1.3 รายได้** รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพเศรษฐกิจและสังคม ผู้มีรายได้สูงมักจะมีการศึกษาสูงตามไปด้วย การศึกษาสูงยังช่วยให้บุคคลมีโอกาสหารายได้หรืองานที่ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (บรรจง วาที, 2544, หน้า 68) ผู้มีรายได้มากจะมีโอกาสแสวงหาการรักษาสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย รวมถึงสามารถกำหนดวิถีชีวิตความเป็นอยู่ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย จากการศึกษาของ กนกพร เทียรคำศรี (2537) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**4.1.4 สถานภาพสมรส** Hubbard, Muhlenkamp, and Brown (1984) (อ้างถึงใน พัทนัย แก้วแพง และคณะ, 2549) กล่าวว่า กลุ่มคนที่มิชีวิตคู่ จะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด เพราะการมีชีวิตคู่จะช่วยลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจละความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน การศึกษาของ พัทนัย แก้วแพง และคณะ (2549) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล (2542) และชาติดิยา ชั้นประดับ (2539) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนหัวใจในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**4.1.5 ระดับการศึกษา** พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูง จะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา เข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดี เพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Muhlenkamp & Sayles, 1986 อ้างถึงใน มัลลิกา ตั้งเจริญ และแจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์, 2537) ผู้ที่มีความรู้ดีมักเป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงและจะให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาสุขภาพเป็นอย่างดี จะแสวงหาวิธีการรักษาและ ฝึาคิดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์และความก้าวหน้าในการค้นคว้าวิธีการรักษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

**4.1.6 ความรุนแรงของโรค** การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่รุนแรงกว่าการเจ็บป่วยอื่นๆ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความ ความเจ็บปวดความรู้สึกทุกข์ทรมานเป็นผลจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่คุกคามคุณภาพชีวิตให้ต่ำลง (WHO, 1994) ระยะของโรคมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในระยะที่ 3 ต่ำกว่าผู้ป่วยเอดส์ในระยะแรก (Mellors, Riley and Erlen, 1997, อ้างถึงใน ผ่องสาย จุงใจไพศาล, 2541)

**4.1.7 ระยะเวลาการเจ็บป่วย** ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการรักษา (กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, 2531 อ้างถึงใน จิราพร อมราภิบาล, 2536) ซึ่งพบว่าปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Marino & Kooser, 1981 อ้างถึงใน ประภา รัตนเมฆานนท์, 2532) ความแตกต่างของระยะเวลาการรับรู้ผลการติดเชื้อมาเป็นระยะเวลานานในระยะแรกที่รับรู้ผลจะเคร่งครัดในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและสิ่งบั่นทอนสุขภาพ แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น ในกรณีที่ยังไม่มีอาการแสดงทางร่างกายหลายรายเริ่มค่อยๆ ลดการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่เคร่งครัดในการดูแลตนเองอีกต่อไป แต่ในทางกลับกันก็มีหลายรายเมื่อรู้ผลครั้งแรกเสียใจมาก ทำใจยอมรับไม่ได้ และประชดชีวิตด้วยการเที่ยวเตร่ คี๋มสุรามินเมา ไม่สนใจในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และได้ตระหนักในภายหลังเมื่อโรคคุกคามสุขภาพร่างกายเจ็บป่วยและทรุดโทรมลง จึงเริ่มหันมาให้ความสนใจกับการดูแลตนเองด้วยวิธีการต่างๆ อย่างจริงจัง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

**4.1.8 ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ** เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเนื่องจากการเข้าร่วมโครงการการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ในการให้บริการต่างๆ ที่ยาวนานเพียงพอกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อสุขภาพจิตใจ อารมณ์ เมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น และได้รับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ต่อเนื่อง โดยการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์สามารถปรับตัวและได้รับความรู้ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้การดำรงชีวิตที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาเชิงคุณภาพ คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ในภาคเหนือ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วม โครงการดูแลครบถ้วนและต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้จิตใจสบายขึ้น ได้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่และเพื่อนที่เป็น โรคเดียวกัน ทำให้ใจยอมรับได้ เจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยให้คำปรึกษา เข้าใจปัญหาทำให้รู้สึกมีคุณค่า มีคนยอมรับ เปลี่ยนทัศนคติจากที่คิดว่าเป็นโรคแล้วต้องตายอย่างเดียว เป็นแล้วสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน (พูนทรัพย์ โสภณรัตน์ และคณะ, 2542)

**4.1.9 ปัญหาสุขภาพจากการรับประทานยาต้านไวรัส** ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าเกณฑ์ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากว่า มีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ เช่น มีเชื้อราหลอดลม หลอดอาหาร (candidiasis) เป็นโรคติดเชื้อรา Cryptococcus (สัญญาชัย ชาสมบัติ และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547, หน้า 40) แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส เป็นผู้ที่ถูกควบคุมทางด้านสุขภาพร่างกายจากโรคต่าง ๆ ถ้าหากดูแลและสุขภาพไม่ดีย่อมส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อตามมามากมาย เช่น ขาดงานทำให้ขาดรายได้ ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ รวมทั้งสภาพร่างกายทรุดโทรม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมาก การศึกษาของ Wachtel et al. (อ้างถึงใน ศดำนันท์ ปียกุล, 2542) ในการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าตัวบ่งชี้ที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ การเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lamping (1993)

**4.1.10 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว** เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในผู้ที่ยังเป็นโรค บุคคลที่มีความสำคัญมากมักได้แก่ บิดา มารดา ญาติสนิทหรือคู่รัก ในผู้ที่สมรสแล้วก็มักจะมีคู่สมรสและบุตรเข้ามาเกี่ยวข้องกับ การตระหนักในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อบุคคลเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงจูงใจไปสู่การดูแลตนเอง มุ่งมั่นตั้งใจ เอาใจใส่ดูแลสุขภาพร่างกาย ระมัดระวังการแพร่เชื้อ ตลอดจนแสวงหาข้อมูลและวิธีการรักษาเยียวยาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้บทบาทหน้าที่ทางสังคมอื่นๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับอาชีพการงาน ภาพพจน์ที่ดีและการมีกิจกรรมในชุมชน ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

คุณภาพชีวิตของคนต่างกลุ่มจะมีความแตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ ศดำนันท์ ปียกุล (2542) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับปานกลางแต่การศึกษานี้ศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีสถานสุขภาพแตกต่างกันชัดเจน ดังนั้นอาจทำให้



ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จึงแตกต่างจากการศึกษาของ ศรชนก สุทาวัน (2546) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่รักการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามชนิดพร้อมกันในโรงพยาบาล ศรีสะเกษ จำนวน 11 คน พบว่ามีคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีอาจมาจากการรับประทานยาต้านไวรัสนั้นเอง

#### 4.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

Anna and Marilyn (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การส่งเสริมสุขภาพครอบครัว และคุณภาพชีวิตหลังจากเป็นโรคอาการปัจจุบัน (stroke) กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สามีภรรยา 40 คู่ ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ปานกลางระหว่างความหวังกับสุขภาพการทำงาน และความหวังกับคุณภาพชีวิต สถานภาพการจ้างงาน จำนวนคนที่ให้การสนับสนุนทางสังคม และการทำงานอย่างอิสระสามารถทำนายสุขภาพชีวิตได้ร้อยละ 40.6

Aangla, Kenn, and William (2004) ได้ศึกษาผลกระทบของอาการต่อสุขภาพชีวิตของหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 118 คน ผลการวิจัยพบว่า อาการของโรคสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

วัลลภา ครุฑแก้ว (2540) ได้ศึกษาเรื่อง ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ จำนวน 60 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยให้คำปรึกษา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ความเข้มแข็งอดทนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง ความเข้มแข็งอดทนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1

ศดานันท์ ปิยกุล (2542) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ คือ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล ระยะการดำเนินโรค กลุ่มอาการเจ็บป่วย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ คือ สถานภาพสมรส กลุ่มอาการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ศรชนก สุทาวัน (2546) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาผลการรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสสามชนิดพร้อมกันในโรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 28 คน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 คน ผลการวิจัย



พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมที่ดี รองลงมาคือ การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

ศุรางค์รัตน์ สุรงค์พิตร และคณะ (2546) ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 110 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลคอยสะเก็ดมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ณัชชา ซ่อนจำ (2548) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง โดยเก็บข้อมูลในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านและยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส ในระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง จำนวน 130 คน พบว่าบริการที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

กัลยา แซ่จิต และกิตติกร นิลมานัต (2551) ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลสงขลา โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 232 คน พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัส และความเพียงพอของรายได้สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด และรองลงมาตามลำดับ

ทะนงศรี ภูริศรี (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ และเปรียบเทียบ ระหว่าง ความหวังและคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 140 คน ที่รับยา ในโรงพยาบาลบาราเสราศูร พบว่าความหวังโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส

ผาสุข ลิ้มรัตนพิมพา (2551) ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 150 คน พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้แก่ ระดับชีวิตฟิลิมโฟไซค์

ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว พบว่า ถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสอยู่บ้างแต่ก็ไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านการได้รับการดูแล กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

#### 1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าร่วมโครงการยาต้านไวรัส ของจังหวัดชัยนาท จำนวน 150 ราย จำแนกรายโรงพยาบาล ได้ดังนี้

1. โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	จำนวน 30 ราย
2. โรงพยาบาลสรรพยา	จำนวน 20 ราย
3. โรงพยาบาลมโนรมย์	จำนวน 20 ราย
4. โรงพยาบาลวัดสิงห์	จำนวน 20 ราย
5. โรงพยาบาลหันคา	จำนวน 30 ราย
6. โรงพยาบาลสรรคนบุรี	จำนวน 30 ราย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกหน่วยประชากรที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าร่วมโครงการยาต้านไวรัส ของจังหวัดชัยนาท โดยมีคุณสมบัติของประชากรที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

1. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่สมัครใจและมีความพร้อมในการให้ข้อมูล
2. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าโครงการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาล 6 แห่งของจังหวัดชัยนาท ได้แก่ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โรงพยาบาลมโนรมย์ โรงพยาบาลวัดสิงห์ โรงพยาบาลสรรพยา โรงพยาบาลสรรคนบุรี และโรงพยาบาลหันคา
3. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าโครงการยาต้านไวรัส อย่างน้อย 2 เดือน
4. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าโครงการยาต้านไวรัส และมารับบริการยาต้านไวรัสในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2554

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส และความสม่ำเสมอในการกินยานต้านไวรัส มีลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านการได้รับการดูแล จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว และการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ มีลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต (ส่วสั้น มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ ,2541) ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะนิตย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) เป็นการสอบถามความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับการวัดเป็นช่วง ตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพา ยาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ทัศนคติในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ

สมาธิการตัดสติใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความ เสรี หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ องค์ประกอบด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมจะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

## 2.1 การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ รายละเอียดดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต จำแนกตามข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก และ ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้			กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้		
ตอบ	ไม่เลย ให้	5 คะแนน	ตอบ	ไม่เลย ให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย ให้	4 คะแนน	ตอบ	เล็กน้อย ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน	ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก ให้	2 คะแนน	ตอบ	มาก ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด ให้	1 คะแนน	ตอบ	มากที่สุด ให้	5 คะแนน

## 2.2 การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด (สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ, 2541) ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 3.2 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต จำแนกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปแบบของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบด้วยเพื่อใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ

### 3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินงานดังนี้

3.1 ความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีความรู้ ความสามารถ จำนวน 3 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก) ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด เกณฑ์การให้คะแนน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อปรับปรุงแก้ไข นำไปตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม และนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่า ข้อคำถามมีความตรง สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ได้

3.2 ความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้รับการแก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับยาต้านไวรัส ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์รายข้อ และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงยอมรับว่ามีค่าความเที่ยงหรือเชื่อถือได้ ผลการคำนวณค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.87 ถือว่า แบบสอบถามชุดนี้ มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับสูง สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ได้

### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ประสานงานเครือข่ายในการดำเนินงาน โดยการประชุมคณะกรรมการเครือข่าย ร้อยดวงใจต้านภัยเอดส์ (เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดชัชวาท) ซึ่งประกอบด้วยแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระดับจังหวัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงในโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินงานวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ประชุมชี้แจงรายละเอียดข้อคำถาม ในแบบสอบถามแก่ตัวแทนกลุ่ม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงในโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล



4.3 จัดทำแผนกำหนดวัน เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวันที่มีคลินิกรับยาด้านไวรัสของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อประสานความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลบางแห่งที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก

4.4 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูล แจ้งให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุมัติ ในการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย

4.5 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงทุกหน่วยประชากร ตามกลุ่มตัวอย่างและตามแผนที่กำหนดในทุกโรงพยาบาล พร้อมตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของแบบสอบถาม

4.6 เก็บรวบรวมแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลด้าน สุขภาพ และข้อมูลด้านการได้รับการดูแล และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

### 5.2 สถิติเชิงวิเคราะห์

5.2.1 การทดสอบฟิชเชอร์ เอ็กซัคแซก (Fisher's Exact Test) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านยาไวรัส ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส และการได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5.2.2 การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาการรับยาด้านไวรัส กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยแปรผลระดับความสัมพันธ์ (Hinkle D. E. 1998, p.118) แบ่งได้ ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (ค่า r)	ระดับความสัมพันธ์
.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
.70 - .90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.50 - .70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
.30 - .50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
.00 - .30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

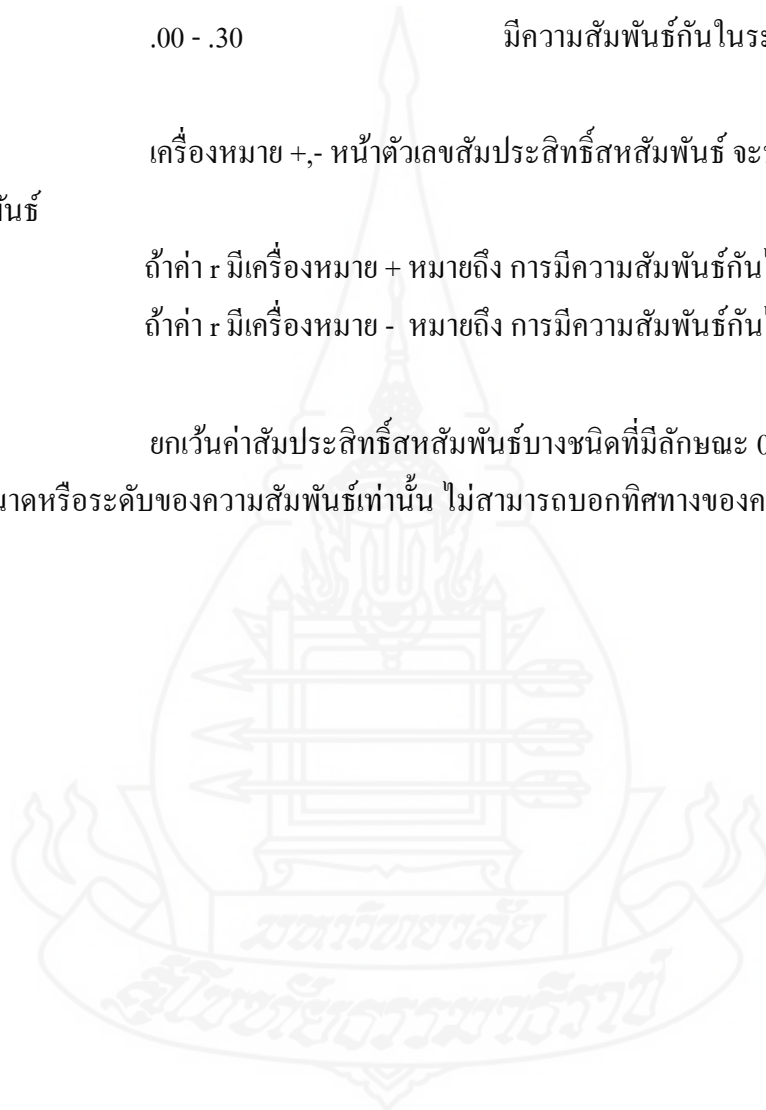
เครื่องหมาย +,- หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะบอกทิศทางของ  
ความสัมพันธ์

ถ้าค่า r มีเครื่องหมาย + หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน

ถ้าค่า r มีเครื่องหมาย - หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงกัน

ข้าม

ยกเว้นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางชนิดที่มีลักษณะ  $0 \leq r \leq 1$  ซึ่งจะบอก  
ได้เพียงขนาดหรือระดับของความสัมพันธ์เท่านั้น ไม่สามารถบอกทิศทางของความสัมพันธ์ได้



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัสจังหวัดชัยนาท ครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท จำนวน 150 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบฟิชเชอร์ เอ็กซ็แซค (Fisher's Exact Test) และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
- ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	70	46.7
- หญิง	80	53.3
2. อายุ		
- อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	15	10.0
- อายุระหว่าง 31 – 45 ปี	85	56.7
- อายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป	50	33.3
	$\bar{x} = 41.6$ ปี S.D. = 9.11 min = 17 ปี max = 75 ปี	
3. สถานภาพสมรส		
- โสด	21	14.0
- คู่	81	54.0
- หม้าย/หย่า/แยก	51	32.0
4. ศาสนา		
- พุทธ	147	98.0
- อิสลาม	1	0.7
- คริสต์	2	1.3
5. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้รับการศึกษา	8	5.3
- ประถมศึกษา	88	58.7
- มัธยมศึกษาตอนต้น	32	21.3

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
- มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	16	10.7
- ตั้งแต่ ปวส./อนุปริญญาตรีขึ้นไป	6	4.0
6. อาชีพ		
- ว่างาน	15	10.0
- เกษตรกร	39	26.0
- รับจ้าง	80	53.3
- ค้าขาย	16	10.7
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	85	56.7
- ระหว่าง 3,001 – 6,000 บาท	48	32.0
- มากกว่า 6,001 บาทขึ้นไป	17	11.3
$\bar{x} = 4,014.67$ บาท S.D. = 3,174.70 min = 500 บาท max = 30,000 บาท		
8. ความเพียงพอของรายได้		
- พอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ	20	13.3
- พอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ	62	41.4
- ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีภาระหนี้สิน	24	16.0
- ไม่พอใช้จ่ายและมีภาระหนี้สิน	44	29.3

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 31 – 45 ปี ร้อยละ 56.7 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 54.0 ส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 56.7 มีรายได้พอใช้จ่าย แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 41.4

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี		
- เพศสัมพันธ์	141	94.0
- ยาเสพติดชนิดฉีด	8	5.3
- การได้รับเลือดหรือสารคัดหลั่ง	1	0.7
2. การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี (ครั้งแรก)		
- ไม่เปิดเผย	27	18.0
- เปิดเผย	123	82.0
1. คนในครอบครัว	97	57.1
2. เพื่อน	10	5.9
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	63	37.0
3. ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	65	43.3
- ระหว่าง 6 – 10 ปี	75	50.0
- มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	10	6.7
$\bar{x} = 6.2$ ปี S.D. = 3.52 min = 1 ปี max = 18 ปี		
4. ระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี	75	50.0
- ระหว่าง 4 – 6 ปี	57	38.0
- ระหว่าง 7 – 10 ปี	18	12.0
$\bar{x} = 3.7$ ปี S.D. = 2.26 min = 1 ปี max = 10 ปี		



## ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
5. อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัส		
- ไม่มีอาการข้างเคียง	64	42.7
- มีอาการข้างเคียง	86	57.3
1. แพ้ยาไม่รุนแรง เช่น มีไข้ มีผื่นลมพิษ เยื่อบุอ่อน พองบวม เช่น เยื่อบุตา หายใจหอบ	26	27.1
2. แพ้ยารุนแรง เช่น เกิดการช็อก หายใจไม่ทัน ขาดอากาศ หมดสติ	8	8.3
3. อาการข้างเคียงในระยะสั้นและไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด ผื่นร้าย นอนไม่หลับ มีผื่นขึ้นเล็กน้อย	38	39.6
4. อาการข้างเคียงในระยะสั้นและรุนแรง เช่น ภาวะช็อค ตับหรือตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน นิ่วในไต ซาปลายมือปลายเท้า	24	25.0
6. อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส		
- ไม่มีอาการที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส	58	38.7
- มีอาการที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส	92	61.3
1. ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	10	8.1
2. อาการหิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย	37	30.1
3. การสะสมของไขมันผิดปกติ (มีไขมันพอกที่ต้นคอ/ ลำตัวอ้วน)	33	26.8
4. ภาวะการฟ่อของไขมัน (แขนขาลีบ/แก้มตอ)	43	35.0
7. ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส		
- กินยาต้านไวรัสทุกวันและตรงเวลา	99	66.0
- กินยาต้านไวรัสทุกวัน แต่ไม่ค่อยตรงเวลา	26	17.3
- เคยลืมกินยาต้านไวรัส 1-3 ครั้ง	21	14.0
- เคยลืมกินยาต้านไวรัส 4-6 ครั้ง	3	2.7
- เคยลืมกินยาต้านไวรัส 7 ครั้งขึ้นไป	1	0.7

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 4.3 ดังนี้

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลด้านการได้รับการดูแล

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. การได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว		
- ไม่ได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว	12	8.0
- ได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว	138	92.0
1. ดูแลสุขภาพกายทั้งในยามปกติและเมื่อเกิดอาการป่วย	106	25.1
2. ดูแลเอาใจใส่ แสดงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร	99	23.4
3. ดูแลด้านความสะอาด สภาพแวดล้อม ที่พักอาศัย	86	20.3
เครื่องใช้ เครื่องนุ่งห่ม		
4. ดูแลด้านค่าใช้จ่าย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	63	14.9
5. ดูแลด้านการอยู่ร่วมกันในครอบครัว และชุมชน	69	16.3
2. การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์		
- ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง	150	100.0
1. ข้อมูลความรู้ และแนวทางดูแลสุขภาพ	107	14.1
2. การตรวจร่างกาย ตรวจเลือด เช่น CD4 , ปริมาณไวรัส ,	131	17.2
ตรวจการดื้อยา		
3. การให้คำปรึกษา	104	13.7
4. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี	120	15.8
5. การป้องกันการแพร่กระจายโรค เช่น ถุงยางอนามัย ,	113	14.8
การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง		
6. การทำกิจกรรมกลุ่ม	96	12.6
7. การดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก	90	11.8

จากตารางที่ 4.2 และตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 94.0 รองลงมาได้แก่ จากยาเสพติดชนิดฉีด และได้รับเลือดหรือสารคัดหลั่ง คิดเป็นร้อยละ 5.3 และ 0.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีในครั้งแรก ร้อยละ 82.0 โดยจะเปิดเผยกับคนในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 37.0 และ 5.9 ตามลำดับ ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นระยะเวลาระหว่าง 6 – 10 ปี ร้อยละ 50 และเข้ารับยาด้านไวรัสน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ร้อยละ 50 มีอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาด้านไวรัส ร้อยละ 57.3 โดยมีอาการข้างเคียงในระยะสั้นและไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด ผื่นร่าย นอนไม่หลับ มีผื่นขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ 39.6 และมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาด้านไวรัส ร้อยละ 61.3 โดยมีภาวะการฟ่อของไขมัน (แขนขาลีบ/แก้มตอบ) และอาการหิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 35.0 และ 30.1 ตามลำดับ กินยาด้านไวรัสทุกวันและตรงเวลา ร้อยละ 66.0 ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว ร้อยละ 92.0 โดยได้รับการดูแลสุขภาพกายทั้งในยามปกติและเมื่อเกิดอาการป่วย และดูแลเอาใจใส่ แสดงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 23.4 และ 20.3 และทุกคนได้รับการดูแลจากบุคคลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมที่ได้รับ มากที่สุด ได้แก่ การตรวจร่างกาย ตรวจเลือด เช่น CD4 ปริมาณไวรัส และตรวจการดื้อยา ร้อยละ 17.2 รองลงมาได้แก่ การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวี และการป้องกันการแพร่กระจายโรค เช่น ดูแลสุขภาพอนามัย การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 15.8 และ 14.8 ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 4.4 – ตารางที่ 4.6 ดังนี้

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต รายด้าน

ข้อมูล	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านสุขภาพกาย	2	1.3	128	85.3	20	13.4
2. ด้านจิตใจ	8	5.3	102	68.0	40	26.7
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	31	20.7	106	70.6	13	8.7
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	7	4.7	115	76.7	28	18.6

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท มีคุณภาพชีวิตในระดับดี และมีค่าคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมาได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพกาย คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ 13.4 ส่วนคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี และมีค่าคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 20.7

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต โดยรวม

ระดับคุณภาพชีวิต โดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
- คุณภาพชีวิตไม่ดี (คะแนน 26 – 60)	4	2.7
- คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน 61 – 95)	122	81.3
- คุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 96 – 130)	24	26.0
รวม	150	100.0
$\bar{x} = 85.2$ S.D.= 11.46 Min = 40 Max = 117		

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีระดับคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.3 รองลงมาได้แก่ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 26.0 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.46 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 40 และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 117

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต รายข้อ

ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\bar{x}$	S.D.
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ความพอใจกับสุขภาพในตอนนี้	7 (4.7)	14 (9.3)	75 (50.0)	38 (25.3)	16 (10.7)	3.28	0.94
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดศีรษะปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ ต้องการ	19 (12.7)	57 (38.0)	56 (37.3)	16 (10.7)	2 (1.3)	3.50	0.90
3. การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่ง ต่างๆ ในแต่ละวัน(ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	6 (4.0)	18 (12.0)	60 (40.0)	56 (37.3)	10 (6.7)	3.31	0.91

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\bar{x}$	S.D.
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
4. ความพอใจกับการนอนหลับ	5 (3.3)	12 (8.0)	65 (43.4)	50 (33.3)	18 (12.0)	3.43	0.92
5. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	7 (4.7)	20 (13.3)	67 (44.6)	43 (28.7)	13 (8.7)	3.23	0.95
6. การมีสมาธิในการทำงานต่างๆ	2 (1.3)	14 (9.3)	75 (50.0)	46 (30.7)	13 (8.7)	3.36	0.82
7. ความรู้สึกพอใจในตนเอง	5 (3.3)	19 (12.7)	73 (48.7)	44 (29.3)	9 (6.0)	3.22	0.87
8. การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	8 (5.3)	23 (15.3)	80 (53.3)	29 (19.3)	10 (6.7)	3.07	0.91
9. การมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	24 (16.0)	57 (38.0)	49 (32.7)	15 (10.0)	5 (3.3)	3.53	0.99
10. ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	1 (0.7)	15 (10.0)	65 (43.3)	50 (33.3)	19 (12.7)	3.47	0.86
11. ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3 (2.0)	19 (12.7)	51 (34.0)	51 (34.0)	26 (17.3)	3.52	0.99
12. ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	6 (4.0)	11 (7.3)	70 (46.7)	49 (32.7)	14 (9.3)	2.64	0.90
13. ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา	7 (4.7)	20 (13.3)	72 (48.0)	37 (24.7)	14 (9.3)	3.21	0.95
14. ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ	7 (4.7)	20 (13.3)	69 (46.0)	41 (27.3)	13 (8.7)	3.22	0.95
15. ความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี ในแต่ละวัน	9 (6.0)	16 (10.7)	75 (50.0)	37 (24.7)	13 (8.7)	3.20	0.95



ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\bar{x}$	S.D.
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
16. ความพอใจกับสภาพบ้านเรือน ที่อยู่ตอนนี้	5 (3.3)	17 (11.3)	49 (32.7)	56 (37.3)	23 (15.3)	3.50	0.99
17. การมีเงินพอใช้จ่ายตามความ จำเป็น	7 (4.7)	40 (26.7)	84 (56.0)	16 (10.7)	3 (2.0)	2.79	0.77
18. ความพอใจที่จะสามารถไปใช้ บริการสาธารณสุขได้ตามความ จำเป็น	4 (2.7)	10 (6.7)	59 (39.3)	55 (36.7)	22 (14.7)	3.54	0.92
19. การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่ จำเป็นในชีวิต แต่ละวัน	4 (2.7)	14 (9.3)	84 (56.0)	40 (26.7)	8 (5.3)	3.23	0.79
20. การมีโอกาสดักพักผ่อนคลาย เครียด	7 (4.7)	18 (12.0)	74 (49.3)	43 (28.7)	8 (5.3)	3.18	0.88
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	4 (2.7)	8 (5.3)	75 (50.0)	52 (34.7)	11 (7.3)	3.39	0.81
22. ความพอใจกับการเดินทางไป ไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการ คมนาคม)	8 (5.3)	20 (13.3)	59 (39.3)	53 (35.3)	10 (6.7)	3.25	0.95
23. การรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความหมาย	3 (2.0)	11 (7.3)	51 (34.0)	56 (37.3)	29 (19.3)	3.65	0.94
24. ความสามารถไปไหนมาไหน ด้วยตนเองได้	5 (3.3)	12 (8.0)	44 (29.3)	60 (40.0)	29 (19.3)	3.64	0.99
25. ความพอใจในชีวิตทางเพศ	26 (17.3)	28 (18.7)	70 (46.7)	21 (14.0)	5 (3.3)	2.67	1.03
26. การมีระดับคุณภาพชีวิต	3 (2.0)	8 (5.3)	107 (71.3)	22 (14.7)	10 (6.7)	3.19	0.72

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท มีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมาย ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี และความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น ตามลำดับ ส่วนข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา ความพอใจในชีวิตทางเพศ และการมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ตามลำดับ

## ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท โดยแบ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาด้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาด้านยาไวรัส ความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส และการได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ใช้การวิเคราะห์ด้วยการทดสอบฟิชเชอร์ เอ็กซัคแซค (Fisher's Exact Test) เนื่องจากเป็นกรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

5.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาการรับยาด้านไวรัส กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ใช้การวิเคราะห์ด้วยการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients)

โดยมีรายละเอียด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามตารางที่ 4.7 – ตารางที่ 4.18 ดังนี้

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการ  
 ยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

เพศ	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- ชาย	3 (2.0)	56 (37.3)	11 (7.3)	0.515	0.583
- หญิง	1 (0.7)	66 (44.0)	13 (8.7)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.7 พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/  
 ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์  
 ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

สถานภาพสมรส	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- เดี่ยว	4 (2.7)	56 (37.3)	9 (6.0)	0.067	0.062
- คู่	0 (0.0)	66 (44.0)	15 (10.0)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.8 สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ  
 เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาทอย่างมีนัยสำคัญ  
 ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์  
ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ระดับการศึกษา	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- ไม่ได้รับการศึกษา	1 (0.7)	4 (2.7)	3 (2.0)	0.038	0.051
- ได้รับการศึกษา	3 (2.0)	118 (78.6)	21 (14.0)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับ  
บริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

อาชีพ	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- ว่างาน	2 (1.35)	12 (8.0)	1 (0.7)	0.018	0.032
- มีงานทำ	2 (1.35)	110 (73.3)	23 (15.3)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.10 พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/  
ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทางด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ความเพียงพอของรายได้	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- พอใช้จ่าย	2 (1.35)	67 (44.7)	13 (8.7)	0.980	1.000
- ไม่พอใช้จ่าย	2 (1.35)	55 (36.6)	11 (7.3)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทางด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/  
ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทางด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- เพศสัมพันธ์	3 (2.0)	114 (76.0)	24 (16.0)	0.125	0.122
- เข็มฉีดยา/รับเลือด	1 (0.7)	8 (5.3)	0 (0.0)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.12 พบว่า สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทางด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- ไม่เปิดเผย	0 (0.0)	25 (16.6)	2 (1.3)	0.233	0.261
- เปิดเผย	4 (2.7)	97 (64.7)	22 (14.7)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.13 พบว่า การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาด้านไวรัสกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาด้านไวรัส	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- ไม่มีอาการข้างเคียง	1 (0.7)	50 (33.3)	13 (8.7)	0.377	0.432
- มีอาการข้างเคียง	3 (2.0)	72 (48.0)	11 (7.3)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.14 พบว่า อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาด้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท



ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

อาการไม่พึงประสงค์ ที่เกิดต่อเนื่องจาก ยาต้านไวรัส	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- ไม่มีอาการ	1 (0.7)	46 (30.7)	11 (7.3)	0.643	0.646
- มีอาการ	3 (2.0)	76 (50.6)	13 (8.7)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.15 พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ความสม่ำเสมอในการ กินยาต้านไวรัส	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- กินยาต้านไวรัสทุกวัน	3 (2.0)	101 (67.3)	21 (14.0)	0.769	0.908
- เคยลืมกินยาต้านไวรัส	1 (0.7)	21 (14.0)	3 (2.0)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

การได้รับการดูแลจาก บุคคลภายในครอบครัว	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
- ไม่ได้รับ	2 (1.3)	10 (6.7)	0 (0.0)	0.003	0.009
- ได้รับ	2 (1.3)	112 (74.6)	24 (16.0)		
รวม	4 (2.7)	122 (81.3)	24 (16.0)		

df = 2 \* ทดสอบโดย Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.17 พบว่า การได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี และ ระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	
	R	p - value
- อายุ	0.052	0.526
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.152	0.063
- ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี	-0.163*	0.046
- ระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส	0.029	0.728

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.163$ ) หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ เอชไอวีมาเป็นเวลานานจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ อายุ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการรับยาต้านไวรัสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท



## บทที่ 5

### สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัส จังหวัดชัยนาท ครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท จำนวน 150 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบฟิชเชอร์ เอ็กซัคต์ (Fisher's Exact Test) และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัย ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัส จังหวัดชัยนาท โดยมีสรุปผลการศึกษา ดังนี้

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 31-45 ปี ร้อยละ 56.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.0 ส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 56.7 มีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่มี เหลือเก็บ ร้อยละ 41.4

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทางด้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 94.0 รองลงมา ได้แก่ จากยาเสพติดชนิดฉีด และได้รับเลือดหรือสารคัดหลั่ง คิดเป็นร้อยละ 5.3 และ 0.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 82.0 โดยจะเปิดเผยกับคนในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 37.0 และ 5.9 ตามลำดับ ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นระยะเวลาระหว่าง 6 – 10 ปี ร้อยละ 50 และเข้ารับยาต้านไวรัส น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ร้อยละ 50 มีอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัส ร้อยละ 57.3 โดยมีอาการข้างเคียงในระยะสั้นและไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด ผื่นร่าย นอนไม่หลับ มีผื่นขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ 39.6 และมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส ร้อยละ 61.3 โดยมีภาวะการฟ่อของไขมัน (แขนขาลีบ/แก้มตอ) และอาการหิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 35.0 และ 30.1 ตามลำดับ กินยาต้านไวรัสทุกวัน และตรงเวลา ร้อยละ 66.0

## ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว ร้อยละ 92.0 โดยได้รับการดูแลสุขภาพกายทั้งในยามปกติและเมื่อเกิดอาการป่วย และดูแลเอาใจใส่ แสดงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 23.4 และ 20.3 และทุกคนได้รับการดูแลจากบุคคลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมที่ได้รับมากที่สุด ได้แก่ การตรวจร่างกาย ตรวจเลือด เช่น CD4 ปริมาณไวรัส และตรวจการดื้อยา ร้อยละ 17.2 รองลงมา ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการป้องกันการแพร่กระจายโรค เช่น กุญแจอนามัย และการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 15.8 และ 14.8 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.3 รองลงมา ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 26.0 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทางด้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท มีคุณภาพชีวิตในระดับดี และมีค่าคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมา ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพกาย คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ 13.4 ส่วนคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี และมีค่าคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 20.7 และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทางด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท มีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตที่มี

ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรู้สึกว่าคุณมีความหมาย ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี และความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น ตามลำดับ ส่วนข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา ความพอใจในชีวิตทางเพศ และการมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ตามลำดับ

### ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท โดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบฟิชเชอร์ เอ็กซัคแซค (Fisher's Exact Test) และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) โดยสรุปผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ดังนี้

#### 5.1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ผลการวิเคราะห์ พบว่า

5.1.1 **อาชีพ** มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.2 **ตัวแปรข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ** ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

#### 5.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ผลการวิเคราะห์ พบว่า

5.2.1 **ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี** มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.163$ ) หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นระยะเวลานานจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระยะเวลาการติดเชื้อ เอชไอวีมากกว่า



**5.2.2 ตัวแปรข้อมูลด้านสุขภาพอื่นๆ** ได้แก่ อาการข้างเคียงที่เกิดจาก ยาต้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส และระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท

**5.3 ข้อมูลด้านการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ผลการวิเคราะห์ พบว่า**

**5.3.1 การได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว** มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยสามารถสรุปและพิสูจน์สมมติฐาน ได้ว่า

1. อาชีพ เป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
2. ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
3. การได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว เป็นปัจจัยด้านการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

## 2. อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

**2.1 จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม** อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.3 รองลงมาได้แก่ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 26.0 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับดี และมีค่าคะแนนสูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 26.7 รองลงมาได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพกาย คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ 13.4 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับไม่ดี และมีค่าคะแนนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 20.7 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง จะส่งผลต่อสภาพทาง

ร่างกาย และการมองสภาพแวดล้อมในมุมที่เป็นมิตร สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้อย่างคนปกติทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลภา ครุฑแก้ว (2540) ที่ศึกษาเรื่อง ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ศคานันท์ ปียกุล (2542) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

**2.2 จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อติดเชื้อเอชไอวีระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย จะต่ำลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือประกอบอาชีพได้อย่างคนปกติ ประกอบกับการถูกเพื่อนร่วมงานหรือนุคคลรอบข้างรังเกียจเมื่อรู้ว่าติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ ในบางรายไม่สามารถปฏิบัติงานต่อได้ ต้องออกจากงาน และใช้เวลาในการปรับสภาพจิตใจ และปฏิบัติตัวให้บุคคลในสังคมยอมรับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Anna and Marilyn (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความหวัง การส่งเสริมสุขภาพครอบครัว และคุณภาพชีวิตหลังจากเป็น โรคอาการปัจจุบัน (stroke) กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สามีภรรยา 40 คู่ ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ปานกลางระหว่างความหวังกับสุขภาพการทำงาน และความหวังกับคุณภาพชีวิต สถานภาพการจ้างงาน จำนวนคนที่ให้การสนับสนุนทางสังคม และการทำงานอย่างอิสระสามารถทำนายสุขภาพชีวิตได้ร้อยละ 40.6**

**2.3 จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.163$ ) หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อมาเป็นระยะเวลานาน มีการเพิ่มปริมาณของเชื้อโรค และเกิดพยาธิสภาพที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกาย เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายก่อนที่จะเข้าร่วม โครงการยาต้านไวรัส เมื่อเข้าร่วมโครงการยาต้านไวรัส การรับประทานยาที่ต่อเนื่องตรงเวลาในทุกวันเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพื่อป้องกันการคือยาสูตรปกติ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางรายไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากต้องรับประทานยาทุกวัน นานวัน ไปอาการดีขึ้นเริ่มมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องบางรายรับประทานยาไม่ตรงเวลา บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่ปลอดภัย อาจรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ทำให้เกิดการคือยาสูตรปกติ ต้องรับประทานยาสูตรพิเศษ และควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษา**

ของ Mellors, Riley and Erlen (1997, อ้างใน ผ่องสาย จุงใจไพศาล, 2541) และการศึกษาของ ศดานันท์ ปิยกุล (2542) ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาล สันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระยะเวลาการดำเนินโรคมืดมีความสัมพันธ์ กับระดับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อเสนอขององค์การอนามัย (WHO, 1994) ที่เสนอว่า การติดเชื้อเอชไอวี ก่อให้เกิดความทุกข์ ทรมานทางด้านร่างกายที่รุนแรงกว่าการเจ็บป่วยอื่นๆ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมานเป็นผลจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่คุกคามคุณภาพชีวิตให้ต่ำลง

**2.4 จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรข้อมูลด้านการได้รับการดูแล ได้แก่ การได้รับการ** ดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการทางด้านไวรัสใน โรงพยาบาล ของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจาก สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกิดความรู้สึก มีความหมาย มีความสำคัญ และยังมีคนที่เข้าใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้ความ ร่วมมือในการดูแลตนเอง และให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการรักษา ทำให้สุขภาพดีขึ้น ทั้งยัง สามารถช่วยเหลือครอบครัว ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่ได้รับจากการป่วยเป็นเอดส์ต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับแรง สนับสนุนทางสังคม ที่นับเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่สามารถสนับสนุนหรือเอื้ออำนวย ให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัวหรือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำหรือแรงสนับสนุนของผู้ให้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักโรคเอดส์ฯ กรม ควบคุมโรค (2550:2565) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุนทางสังคม อารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้ปรับตัวอยู่ ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติ.2.2 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการทางด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ กัลยาณี ทองสว่าง (2546) ที่พบว่า เพศ มีความ สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในเคหะชุมชนออเงิน

2.5 จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท สามารถอภิปราย ผลการวิจัย ได้ดังนี้

2.5.1 **ตัวแปรข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ สภาพสมรรถ ะดับการศึกษารายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาด้านไวรัสใน โรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชัยนาท มีความใกล้เคียงกันในด้าน คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประเมินได้จากลักษณะความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และ สภาพแวดล้อมทางสังคมในด้านศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และเป็นสิ่งที่ไม่เกิด ความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมแม้ว่าจะติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีก็ตาม ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล (2542) ที่พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2537) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ พัทนีย์ แก้วแพง และคณะ (2549) ที่พบว่า สถานะภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การศึกษาของ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ที่พบว่า ผู้ที่มีความรู้ดีมัก เป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงและจะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี การศึกษา ของ กนกพร เทียรคำศรี (2537) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กัลยา แซ่จิต และกิตติกร นิลมานัต (2551) พบว่า ความเพียงพอของรายได้สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้

2.5.2 **ตัวแปรข้อมูลด้านสุขภาพ** ได้แก่ สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผย สถานะ การติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการรับยาด้านไวรัส อาการ ข้างเคียงที่เกิดจากยาด้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาด้านไวรัส และความ สม่่าเสมอในการกินยาด้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชัยนาท ได้เข้าร่วมโครงการยาด้านไวรัส และได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน ต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการให้บริการต่างๆ ที่ยาวนานเพียงพอกับ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อ สุขภาพจิตใจ อารมณ์ เมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น และได้รับการแก้ไขปัญหาค่าต่างๆ ได้ต่อเนื่อง โดยการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถ ปรับตัวและได้รับความรู้ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้การดำรงชีวิตที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการคุ้มครองทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นในการดูแลสุขภาพอย่างเสมอภาคและครบถ้วนในทุกมิติ ตามสิทธิที่ควรจะได้รับ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พูนทรัพย์ โสภณรัตน์ และคณะ (2542) ที่พบว่าระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต (2551) พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัส สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด

### 3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย ขอเสนอข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และในการวิจัยครั้งต่อไป ดังต่อไปนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง รองลงมาได้แก่ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับไม่ดี โดยมีค่าคะแนนสูงสุด ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมให้มากยิ่งขึ้น โดยการนำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care) มาใช้ในการจัดกิจกรรมดังกล่าว จะช่วยสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

3.1.2 จากการศึกษาพบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการส่งเสริมอาชีพ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านอาชีพ จึงมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่ว่าจะเป็นอาชีพหลักที่บางรายอาจมีอาชีพเดิมอยู่ ก็สามารถส่งเสริมอย่างต่อเนื่องต่อไป ในส่วนที่ไม่มีอาชีพหลักสามารถส่งเสริมอาชีพที่สามารถทำได้ที่บ้านพักอาศัย เช่น การจักสาน การผลิตสินค้า OTOP โดยเริ่มจากการสอนในวันที่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม ณ โรงพยาบาล และขยายให้นำกลับไปทำที่บ้านพักอาศัย เมื่อผลิตแล้วสามารถนำมารวมกลุ่มจำหน่ายให้ร้านค้าต่างๆ ตามที่หน่วยงานราชการจัดหาตลาดไว้รองรับได้



3.1.3 จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เข้าร่วมดำเนินโครงการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์ของจังหวัดชัยนาททั้ง 6 แห่ง ควรให้ความสำคัญแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นระยะเวลานานๆ เนื่องจากผลวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นระยะเวลานานจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยเฉพาะอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาด้านไวรัส และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กินยาด้านไวรัสทุกวันและตรงเวลา เพื่อป้องกันภาวะการดื้อยาสูตรปกติ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นต่อไป

3.1.4 จากการศึกษา พบว่า การได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลของจังหวัดชัยนาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ถูกต้อง แก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในด้านต่างๆ เช่น การช่วยเหลือดูแลสุขภาพเบื้องต้น การดูแลเอาใจใส่ แสดงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอ คอยดูแลสุขภาพและพาไปพบแพทย์ตามเวลานัดหมาย สนับสนุนให้ดูแลสุขภาพตนเอง โดยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามความสามารถของตนเอง ดูแลสนับสนุนการกินยาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่ได้รับจากการป่วยเป็นเอดส์ต่อไป

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในแต่ละ โรงพยาบาล เพื่อทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการป่วย ผลการดูแลรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และสิ่งที่มีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประจำครอบครัว เพื่อนำไปเป็นรูปแบบสำหรับการดูแลสุขภาพของ



ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อันจะส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถมีชีวิตได้ยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ต่อไปในอนาคต

3.2.3 ควรมีการจัดกิจกรรมถอดบทเรียน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และนำมากำหนดเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รายใหม่ หรือผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี และปานกลางได้ทดลองปฏิบัติ โดยมีการประเมินหลังจากปฏิบัติตามแนวทางนั้นๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์





บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กนกพร เทียรคำศรี (2537) “ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- กัลยา แซ่ชิต และกิตติกร นิลมานัต (2552) “คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลสงขลา”วารสารโรคเอดส์ 22,1 (ตุลาคม-ธันวาคม) : 22-30
- กัลยาณี ทองสว่าง (2546) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนออเงิน” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ชัตติยา ชั้นประดับ (2539) “คุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จิราพร อมราภิบาล (2536) “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชยันตร์ ปทุมานนท์ และคณะ (2545) “คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่าย และปัจจัยที่กำหนดการรอดชีพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
- ณัชชา ช้อนขำ (2548) “คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง”วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ทะนงศรี ภูริศรี (2551) “ความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ทัศนีย์ จินางกูร (2530) “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- บรรจง วาที (2544) “ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง พฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- บำเพ็ญจิตร แสงชาติ (2540) “วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ : การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

- ประภา รัตนเมฆานนท์ (2532) “การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปานจันทร์ จ่างแก้ว (2545) “การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2537) “แรงสนับสนุนทางสังคม ความคล่องในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผาสุก ลีรัตน์พิมพา (2551) “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ผ่องสาย จุงใจไพศาล (2541) “คุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอดส์: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ (2548) ยาต้านไวรัสเอชไอวี 2554 (เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2554) เข้าถึงได้จาก : <http://www.ittirak.narak.com>
- พัทนัย แห้วแพง และคณะ (2549) “ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” สงขลานครินทร์เวชสาร 24,2 (111-116)
- พูนทรัพย์ โสภณรัตน์ และคณะ (2542) ผลการศึกษาผลกระทบต่อผู้รับบริการในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ภาคเหนือ เชียงใหม่
- มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร (2535) เอดส์ : การดูแลรักษา พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ดีไซน์
- มัลลิกา ตั้งเจริญ และแจ่มจิตต์ เทพนาวงศ์ (2537) รายงานวิจัยเรื่อง ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อ โรคเอดส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายราชประชานุเคราะห์
- วัลลภา ครุฑแก้ว (2540) “ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2537) “การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เชียงใหม่” คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

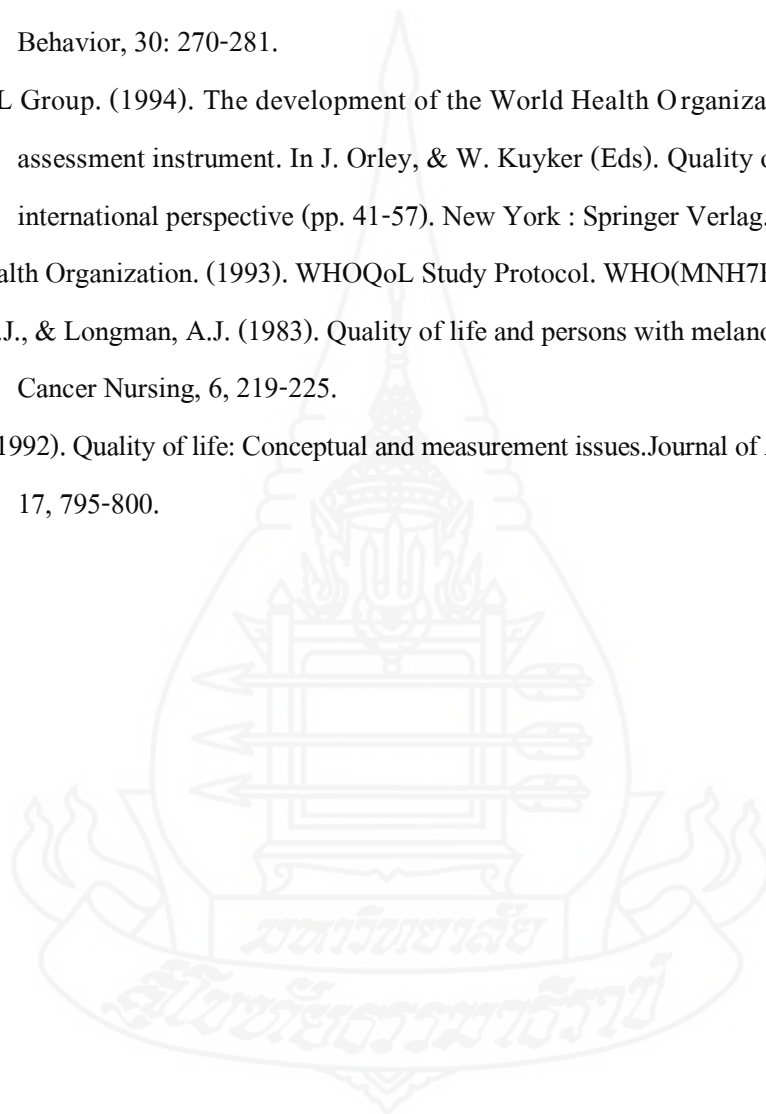
- ศดานันท์ ปิยกุล (2542) “คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาล สันทราย จังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ศรชนก สุทาวัน (2546) การศึกษาผลการรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสสามชนิด พร้อมกัน ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ พิมพ์ครั้งที่ 9 เอดส์การต่อสู้และความหวัง นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข
- สัญญาชัย ชาสมบัติ และชีวันันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ (2547) แนวทางปฏิบัติงาน โครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- ศุคนธา คงคิด และคณะ (2552) “โครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ และเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย” กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศุคนธา คงคิด และสุกুম เจริญคน และรักษวรร ใจสะอาด (2547) “โครงการศึกษาและวิเคราะห์นโยบายการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาด้านผู้รับบริการของการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โครงการ โรคเอดส์ แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2541) เปรียบเทียบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่ โรงพิมพ์สวนปรง
- สุรางค์รัตน์ สุรงค์พิตร (2547) “คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ (2525) ประชากรกับคุณภาพชีวิต กรุงเทพมหานคร ศรีอนันต์ สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ ณ นครเจนีวา องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (2545) แนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน กรุงเทพมหานคร กองสวัสดิการแรงงาน กระทรวงแรงงาน
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2550) คู่มือการดูแลรักษาตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) แนวทางการส่งเสริมการจัดบริการทางสังคม สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร บริษัท เเรดิเอชั่น จำกัด
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้ด้อยโอกาส สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2551) แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพและคุ้มครองพิทักษ์ผู้ด้อยโอกาส 5 ปี (พ.ศ.2551-2555) กรุงเทพมหานครเอกสารโรเนียว
- Angela, H., Kenn K., &William, H. (2004).The influence of symptoms on quality of life among HIV-infected women [Electronic version].*Western Journal of Nursing Research*,26(1): 9-23.
- Anna, B., & Marilyn, F.G.(2004). Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors [Electronic version].*Journal of Advanced Nursing*. 48(4) : 322-332.
- Bartlett, J. G., & Finkbeiner, A. K. (1993). *The Guide to Living with HIV Infection*.Baltimore and London: The John Hopkins University Press.
- Bloom, D. E., Craig, P. H. and Malaney, P. N. (2001). *The Quality of Life in Rural Asia*.New York: Oxford University Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (September-October): 300-314.
- Grass,L. & Sighinolfi,L.(1996).Psychosocial Correlate of Quality of life in Patients with HIV Infection.*AIDS PATIENT CARE and STDs*,10(5),296-298.
- Hinkle, D. E. (1998). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*,Wiersma,W. Boston : Houghton Mifflin:118
- ahn,R.L.(1979). Aging and social support. In *aging from birth to death: Interdisciplinary perspective* Colorado : Westview Press.
- Kaplan, B.H., et al. (1977). Social support and health. *Medical Care*. 15 (May) : 47-58.
- Lamping, D.L.(1993).Measuring quality of life in HIV infection: Validation of the SF-36 short-form health survey. *International Conference on AIDS*. Retrieved July 14, 2007, from [http://gateway.nlm.nih.gov/ MeetingAbstract/102206678.html](http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstract/102206678.html)



- Laserman J, Petitto JM, Perkins DO, et al. (1997). Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men: a 2-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 54:279–285.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Appleton century Gofits.
- Lovejoy, N.C.. & Sisson, R. (1989). Psychoneuroimmunology and AIDS. *Holist Nurs Pract*, Aug; 3 (4) :1-15.
- Maslow, A (1970). *Motivations and personality*. (2<sup>nd</sup> ed.) London: Harper and Row
- Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. EuroSIDA Study Group. *Lancet* 1998; 352:1725-1730.
- Norbeck, K. (1982). The use of social support in clinical practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Science*, 20 (December): 22-29.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. USA : Appleton and Lange.
- Padilla GV, Grant MM, Ferrell B. (1992) Nursing research into quality of life. *Qual Life* ;1:341-348.
- Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med*, 1998; 338: 853-860.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Ragsdale, D. & Mossow, J.R. (1990). Quality of Life as a Function of HIV Classification. *Nursing Research*, 39(6), 355-359
- Roy, C. (1984). *Introduction to nursing : An adaption model*. (2nd ed.). Eaglewood Cliff, N.J. : Prentice-Hall.
- Santoro-Lopes G, de Pinho AM, Harrison LH, Schechter M. Reduced Risk of Tuberculosis among Brazilian Patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection Treated with Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis*. 2002; 34:543-546.
- Sims R, Moss VA. (1995) *Palliative Care for People with AIDS*, 2nd ed. London : Edward Arnold.
- Solomon GF, Kemeny M, Temoshok L. (1991). Psychoneuroimmunologic aspects of Human Immunodeficiency Virus infection. In R Ader, DL Felten, N Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology II*. Orlando, FL: Academic Press, 1991:1081-1113.
- Stromberg M.F. (1984). Selection and instrument to measure quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 11: 88-91.

- Thoit, P.A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problem in studying Social Support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behavior*, 23 : 145-159.
- Tilden, V.P. (1985). Issues of conceptualization and measurement of social support In the Construction of nursing theory. *Research in Nursing and Health*. 8 (June) : 201-202.
- Weitz, Rose (1989) Uncertainty and the Lives of Persons with AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 270-281.
- WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of life assessment instrument. In J. Orley, & W. Kuyker (Eds). *Quality of life assessment: international perspective* (pp. 41-57). New York : Springer Verlag.
- World Health Organization. (1993). WHOQoL Study Protocol. WHO(MNH7PSF/93.9).
- Young, K.J., & Longman, A.J. (1983). Quality of life and persons with melanoma: A pilot study. *Cancer Nursing*, 6, 219-225.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย







ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สกลนคร



## แบบสอบถาม

เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับยาต้านไวรัส จังหวัดชัยนาท

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ตนเองของผู้ตอบแบบสอบถาม ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความซ้ำๆ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านการได้รับการดูแล

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดเติมข้อความในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพ ที่เป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม และเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. สมรส

3. หม้าย

4. หย่า

5. แยกกันอยู่

4. ศาสนา

1. พุทธ

2. อิสลาม

3. คริสต์

4. อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษาตอนต้น

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.

5. ปวส. / อนุปริญญาตรี

6. ปริญญาตรี

7. สูงกว่าปริญญาตรี

## 6. อาชีพ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ว่างงาน             | <input type="checkbox"/> 2. นักเรียน / นักศึกษา       |
| <input type="checkbox"/> 3. เกษตรกร             | <input type="checkbox"/> 4. รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง             | <input type="checkbox"/> 6. ค้าขาย                    |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ โปรดระบุ..... |   |

## 7. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

## 8. ความเพียงพอของรายได้

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. พอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ              | <input type="checkbox"/> 2. พอใช้จ่ายและไม่มีเหลือเก็บ        |
| <input type="checkbox"/> 3. ไม่เพียงพอใช้จ่ายและไม่มีภาระหนี้สิน | <input type="checkbox"/> 4. ไม่เพียงพอใช้จ่ายและมีภาระหนี้สิน |

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : โปรดเติมข้อความในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพ ที่เป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม และเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

## 1. สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. เพศสัมพันธ์                   | <input type="checkbox"/> 2. ยาเสพติดชนิดฉีด     |
| <input type="checkbox"/> 3. การได้รับเลือดหรือสารคัดหลั่ง | <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ โปรดระบุ..... |

## 2. การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี (ครั้งแรก)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เปิดเผย            |  |
| <input type="checkbox"/> 2. เปิดเผย กับ           |  |
| <input type="checkbox"/> 2.1 คนในครอบครัว         | <input type="checkbox"/> 2.2 เพื่อน              |
| <input type="checkbox"/> 2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | <input type="checkbox"/> 2.4 อื่นๆ โปรดระบุ..... |

## 3. ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี.....ปี

## 4. ระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส .....ปี

## 5. อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัส

1. ไม่มีอาการข้างเคียง
2. มีอาการข้างเคียง คือ
- 2.1 แพ้ยาไม่รุนแรง เช่น มีไข้ มีผื่นลมพิษ เยื่อบุอ่อนพองบวม เช่น เยื่อบุตา หายใจหอบ
- 2.2 แพ้ยารุนแรง เช่น เกิดการช็อก หายใจไม่ทัน ขาดอากาศ หหมดสติ
- 2.3 อาการข้างเคียงในระยะสั้นและไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด ผื่นร้าย นอนไม่หลับ มีผื่นขึ้นเล็กน้อย
- 2.4 อาการข้างเคียงในระยะสั้นและรุนแรง เช่น ภาวะช็อค ตับหรือตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน นิวโมไต ซาปลายมือปลายเท้า
- 2.5 อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 6. อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส

1. ไม่มีอาการที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส
2. มีอาการที่เกิดต่อเนื่องจากยาต้านไวรัส คือ
- 2.1 ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- 2.2 อาการหิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย
- 2.3 การสะสมของไขมันผิดปกติ (มีไขมันพอกที่ต้นคอ/ลำตัวอ้วน)
- 2.4 ภาวะการฟ่อของไขมัน (แขนขาลีบ/แก้มตอ)
- 2.5 อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 7. ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส

1. กินยาต้านไวรัสทุกวันและตรงเวลา  2. กินยาต้านไวรัสทุกวัน แต่ไม่ค่อยตรงเวลา
3. เคยลืมกินยาต้านไวรัส 1-3 ครั้ง  4. เคยลืมกินยาต้านไวรัส 4-6 ครั้ง
5. เคยลืมกินยาต้านไวรัส 7 ครั้งขึ้นไป  6. อื่นๆ โปรดระบุ.....

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านการได้รับการดูแล

คำชี้แจง : โปรดเติมข้อความในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพ ที่เป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม และเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

#### 1. การได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว

1. ไม่ได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว ระบุเหตุผล.....
2. ได้รับการดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว
- 2.1 ดูแลสุขภาพกายทั้งในยามปกติและเมื่อเกิดอาการป่วย
  - 2.2 ดูแลเอาใจใส่ แสดงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร
  - 2.3 ดูแลด้านความสะอาด สภาพแวดล้อม ที่พักอาศัย เครื่องใช้ เครื่องนุ่งห่ม
  - 2.4 ดูแลด้านค่าใช้จ่าย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน
  - 2.5 ดูแลด้านการอยู่ร่วมกันในครอบครัว และชุมชน
  - 2.6 อื่นๆ โปรดระบุ.....

#### 2. การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์

1. ไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ระบุเหตุผล.....
2. ได้รับการดูแลจากบุคคลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง
- 2.1 ข้อมูลความรู้ และแนวทางดูแลสุขภาพ
  - 2.2 การตรวจร่างกาย ตรวจเลือด เช่น CD4 , ปริมาณไวรัส , ตรวจการดื้อยา
  - 2.3 การให้คำปรึกษา
  - 2.4 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
  - 2.5 การป้องกันการแพร่กระจายโรค เช่น ถุงยางอนามัย พฤติกรรมที่ถูกต้อง
  - 2.6 การทำกิจกรรมกลุ่ม
  - 2.7 การดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก
  - 2.8 อื่นๆ โปรดระบุ.....

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ได้แก่

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่อะดับกลางๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่ สมบูรณ์ รู้สึกดีมาก รู้สึกพอใจมาก

รายละเอียด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก้อย่างใด					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					

รายละเอียด	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงาน ได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่ไหน					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					



รายละเอียด	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวเนตรนภา อินทร์รองพล
วัน เดือน ปีเกิด	15 กรกฎาคม 2522
สถานที่เกิด	อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2543 รัฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2548 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2553
สถานที่ทำงาน	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

