

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถเป็นอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ สมโภช รัตติโอฬาร อาจารย์ที่ปรึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อย สมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาและหัวหน้างานประกันสุขภาพโรงพยาบาลกระทุ่มแบน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล

พฤษภาคม 2548

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผู้ศึกษา นางลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) **อาจารย์ที่
ปรึกษา** รองศาสตราจารย์สมโภช รติโอฬาร **ปีการศึกษา** 2547

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อ
ศึกษา ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐานด้าน
ประชากร เศรษฐกิจ และสังคม (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ
ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ลักษณะการเจ็บป่วย และปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุน
จากสังคม

รูปแบบการศึกษา ใช้วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่
มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 จำนวนทั้งหมด 10 เล่ม
สถิติที่ใช้ในการสังเคราะห์ ใช้สถิติร้อยละ นำเสนอข้อมูลและผลการศึกษาในรูปแบบของตาราง

ผลการสังเคราะห์พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตระดับ
ปานกลางและปัจจัยทางด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยทางด้านลักษณะการเจ็บป่วย ปัจจัยทางการ
สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อเสนอแนะ แรงสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต จึง
ควรส่งเสริม สนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ส่งเสริมอาชีพและความช่วยเหลือจากองค์กร
ต่างๆ ซึ่งต้องคำนึงถึงสิทธิและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบและวางแผนใน
การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
เหตุผลและความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
ขอบเขตการวิจัย	4
คำจำกัดความในการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
การติดเชื้อโรคเอดส์และผลกระทบ	17
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	13
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	17
การประเมินคุณภาพชีวิต	18
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	28
การเก็บรวบรวมข้อมูล	29
การวิเคราะห์ข้อมูล	30
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	32
คุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษา	32
รูปแบบงานวิจัย	35
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	41
ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต	44
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อ	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม	60
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	61
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	66
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	70
สรุปการวิจัย	70
อภิปรายผล	71
ข้อเสนอแนะ	75
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	87
ประวัติผู้ศึกษา	94

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1	งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี..... 29
ตารางที่ 4.1	จำนวนงานวิจัยที่พิมพ์เผยแพร่จำแนกตามปี 33
ตารางที่ 4.2	รูปแบบงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ 35
ตารางที่ 4.3	ประชากรงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิต 37
ตารางที่ 4.4	เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคุณภาพชีวิต 39
ตารางที่ 4.5	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 41
ตารางที่ 4.6	สถิติที่ใช้ในการวิจัย 43
ตารางที่ 4.7	ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 44
ตารางที่ 4.8	คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส 46
ตารางที่ 4.9	คุณลักษณะด้านการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 47
ตารางที่ 4.10	คุณลักษณะด้านรายได้เฉลี่ยและความเพียงพอของรายได้ 50
ตารางที่ 4.11	คุณลักษณะด้านอาชีพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์..... 52
ตารางที่ 4.12	คุณลักษณะด้านภาวะสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์..... 54
ตารางที่ 4.13	คุณลักษณะด้านลักษณะการเจ็บป่วย 56
ตารางที่ 4.14	ปัจจัยภาวะทางสุขภาพด้านระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 58
ตารางที่ 4.15	ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ 60
ตารางที่ 4.16	การประเมินคุณภาพชีวิตรายด้านของงานวิจัยที่ศึกษา 62
ตารางที่ 4.17	ระดับคุณภาพชีวิตแยกรายด้าน ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์..... 64
ตารางที่ 4.18	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์..... 65
ตารางที่ 4.19	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์..... 66

บทที่ 1

บทนำ

1. เหตุผลและความเป็นมา

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immunodeficiency Syndrome ; AIDS) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสกลุ่ม *retrovirus* ชื่อเชื้อ เอชไอวี (Human Immuno deficiency virus ;HIV) ทำให้มีอาการของภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง จนทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติ เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากเพศสัมพันธ์เป็นส่วนใหญ่ และจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดอีกด้วย โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก มีการแพร่ระบาดและเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี /เอดส์ อย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่มีการรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึง พ.ศ. 2539 องค์การอนามัยโลกได้รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี สูงถึง 27.9 ล้านคน และป่วยเป็นโรคเอดส์ ถึง 7.7 ล้านคน (UNAIDS & WHO , 1996) สำหรับประเทศไทยถูกจัดให้เป็นประเทศที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในอันดับ 3 ของโลก รองจาก ซิมบับเว และบอสวานา (พรพันธ์บุญรัตพันธ์ และคณะ 2539: 4) เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยเอดส์พบว่าเป็นเพศชาย 187,113 ราย ส่วนเพศหญิงพบ 73,883 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 2.54 กลุ่มอายุที่พบมาก เป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 -39 ปี (ร้อยละ16.43) และพบว่ากลุ่มอายุ 30 – 34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 25.76) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 45.19 รองลงมาคือเกษตรกร 21.21 ว่างานร้อยละ 5.97 และตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2547 มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ เสียชีวิตจำนวนทั้งสิ้น 84,706 คน ซึ่งนับเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันมีค่า ที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ชุมชน และ ของประเทศโดยส่วนรวม (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2547: 39)

อุบัติการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบมากในวัยทำงานและวัยเจริญพันธุ์ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2547: 39) ซึ่งวัยนี้เป็นวัยแห่งความสมหวัง เป็นช่วงชีวิตที่มีความสำเร็จ ทั้งทางด้านสังคม ตำแหน่ง หน้าที่ การงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความมั่นคงและความก้าวหน้าในชีวิต เมื่อเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยมีผลทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป นับตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนถึงอาการของโรคปรากฏ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย ผอมแห้ง ขาดงานบ่อย ไม่สามารถทำงานได้อาจต้องหยุดงาน ถูกไล่ออกจากงาน ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูง ค่ายารักษาโรคที่มีราคาแพง ค่าเดินทางเพื่อแสวงหารักษาเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว (พวงทิพย์ ชัยพิบาลศุภชัย 2534: 31 ; เสรี พงษ์พิศ 2538: 28) และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานาน (องค์การแคร์นานาชาติ 2538: 11-17)ในการรักษาโรค

แทรกซ้อน เช่น โรคท้องเสียเรื้อรัง โรควัณโรคปอด เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคเชื้อราตามผิวหนังและช่องปาก โรคทางระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยทางร่างกายจากโรคแทรกซ้อนเหล่านี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วิและผู้ป่วยเอดส์ที่สำคัญคือ ความเครียดที่ต้องดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ที่มีการปฏิบัติแยกกีดกันผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยออกจากสังคม ทุกรังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยกลัวถูกประณาม กลัวการนำความอัปยศเสื่อมเสียมาสู่วงศ์ตระกูล (อรอนงค์ อินทรวิจิตร 2533: 15 ; Blunting, 1996: 66) ผู้ป่วยบางรายจึงไม่ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบ มีความวิตกกังวล สำหรับการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกอาจแก่ ตกใจ ซ็อก ปฏิเสธผลการตรวจเลือด โกรธตนเอง และหวาดกลัวต่อ การเปลี่ยนแปลงเมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถปกปิดได้ จะยิ่งเกิดความกังวล กลัวจะต้องเผชิญภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป กลัวการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายที่ขาดผู้เหลียวแล (Steven , 1996: 156) ถูกทอดทิ้งจากคนในครอบครัว (Sadoski, Richard 1991: 2066) ทำให้หมดกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิต เกิดอาการซึมเศร้า เกลียดตัวเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำให้ครอบครัวเดือดร้อน จึงทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์บางรายพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาต่างๆ

(Faugier 1993: 145) บางรายประชดตนเองโดยไม่ยอมลดพฤติกรรมเสี่ยงและ ลงโทษสังคมโดยการหาทางแพร่เชื้อให้ผู้อื่นเพื่อเป็นการแก้แค้น (Gaskin & Brown, 1992: 114)

โรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจในบริบทของสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ง และส่งผลกระทบต่อประเทศชาติด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อายุอยู่ในช่วง 20- 39 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน ซึ่งคนเหล่านั้นส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องดูแลรับผิดชอบบุคคลในครอบครัว และผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจนอยู่แล้วจึงประสบปัญหาในเรื่องของโอกาสที่จะทำงานเพื่อจุนเจือครอบครัวลดลง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญความทุกข์และความลำบากในชีวิต (วงพิทย์ ชัยพิบาลสฤณี 2534: 31)

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพียงแต่บรรเทาความรุนแรงซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ การคงไว้หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Levine, 1987: 1-6) กล่าวได้ว่า หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็สามารถทำให้มีชีวิตอยู่ได้ยืนยาว ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย จะสามารถยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไปได้ หากมีการส่งเสริมสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นมีความจำเป็นที่

ต้องศึกษาและทำความเข้าใจถึงข้อมูลและสภาพปัญหา เกี่ยวกับผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ชัดเจนว่า มีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร

(ศदानันท์ ปียกุล 2542: 9)

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ ความสุข ความเป็นอยู่ที่ดี ในด้านต่างๆ เช่น ภาวะสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายในชีวิต คุณค่าในตัวเอง สังคม และครอบครัว (Dalkey & Rourke cited in Goodinson & Singlecton, 1983; Padilla & Grant, 1985) คุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรที่สามารถชี้วัดคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ และบุคคลทั่วไป ในด้านการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตนั้น ได้มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตไว้หลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม (อุมาสมร หังสพฤกษ์ 2537: 133) ส่วนปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วย มีผู้ศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย 2537 ; Lubeck and Fries 1992: 359-66 และ ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจากการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธ์ 2529: 4 ; สมมาตร พรหมภักดี 2537: 119 และ บังอร ศิริโรจน์ 2537: 196

ดังนั้นการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิดความหวังและกำลังใจในการยื่นหยัดสู้ชีวิตต่อไปให้นานที่สุด และสามารถทำประโยชน์ให้ครอบครัวและสังคมได้ และเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อไปในอนาคต โดยใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการดำเนินการบริหารงานทางด้านสาธารณสุข ในส่วนของนโยบายส่งเสริมสุขภาพทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2539: 5)

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านสุขภาพ และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3. ประโยชน์ที่ได้รับ

3.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการดูแล และส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ และขยายผลให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการให้บริการในส่วนของการรักษาและในด้านของการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ตลอดจนให้การสนับสนุน ในส่วนขาดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

4. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยวิธีสังเกตจากงานวิจัยที่มีผู้วิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยที่ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา โดยเลือกศึกษางานวิจัยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541

5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

5.1 **คุณภาพชีวิต** หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของ แต่ละบุคคลแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

5.2 **ผู้ติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังไม่แสดงอาการใดๆ หรือถ้ามีก็เป็นการผิดปกติทางร่างกายที่ไม่รุนแรง ซึ่งมีอาการเกิดร่วมด้วย เช่น น้ำหนักลด ท้องเสีย มีเชื้อราในช่องปาก ต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น

5.3 **ผู้ป่วยเอดส์** หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการป่วยจากการติดเชื้อโรคอื่นๆ และโรคแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้ปอดบวม ปอดอักเสบ วัณโรคปอด เป็นต้น

5.4 **การประเมิน ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่(Health and functioning domain)** หมายถึงการประเมินรายละเอียดเกี่ยวกับ การบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น การพึ่งพาอาศัยผู้อื่นด้านร่างกาย ความรับผิดชอบในหน้าที่ ภาวะสุขภาพของตนเอง ความตึงเครียด งานอดิเรก การเกษียณ

งาน การเดินทางท่องเที่ยว ความยืนยาวของชีวิต ชีวิตเพศ การดูแลสุขภาพ และความไม่สุขสบาย หรือความเจ็บปวด

5.5 การประเมินด้านด้านเศรษฐกิจและสังคม(Social and economic domain)มี

รายละเอียดเกี่ยวกับมาตรฐานการดำเนินชีวิต การพึ่งพาผู้อื่นด้านการเงิน ความเป็นอยู่ในครอบครัว การประกอบอาชีพการงาน เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การศึกษา และ นโยบายของรัฐ

5.6 การประเมินด้าน ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ(Psychological and spiritual domain)มี

รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความเป็นตัวตน เป้าหมายในชีวิต ความสุขสงบทางจิตใจ บุคลิกลักษณะท่าทาง ความศรัทธาในศาสนา/พระเจ้า ความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเอง

5.7 การประเมิน ด้านครอบครัว (Family domain) มีรายละเอียดเกี่ยวกับ ความสุขใน

ครอบครัว บุตร คู่สมรส และภาวะสุขภาพของครอบครัว

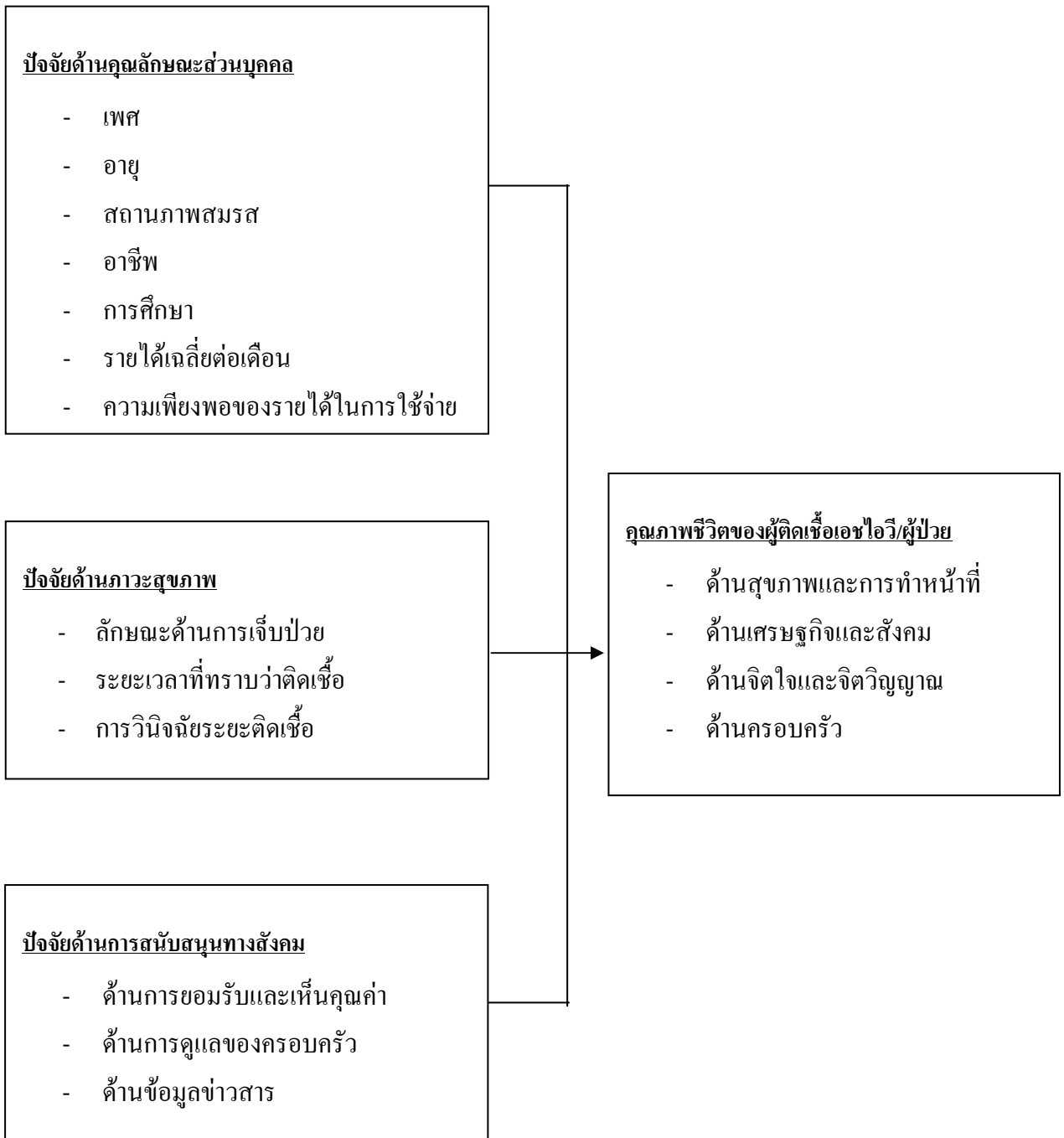
5.8 การวินิจฉัยระยะเจ็บป่วยหมายถึงระยะเวลาการดำเนินของโรคของผู้ติดเชื้อและ

ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าอาการแสดงทั้งทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องทดลองว่า อยู่ในระยะการดำเนินของโรคระยะใด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการ และผู้ป่วยเอดส์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดของการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

- 2.1 การติดเชื้อโรคเอดส์และผลกระทบ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. การติดเชื้อโรคเอดส์และผลกระทบ

สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ.2547 ภาคเหนือ มีอัตราป่วยสูงสุด (อัตราป่วยเท่ากับ 26.47 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (อัตราป่วยเท่ากับ 26.33 ต่อประชากรแสนคน) ภาคใต้ (อัตราป่วยเท่ากับ 20.03 ต่อประชากรแสนคน) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 14.31 ต่อประชากรแสนคน) ปัจจัยเสี่ยง พบ จากการมีเพศสัมพันธ์ 216,752 ราย (ร้อยละ 83.78) ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 12,168 ราย (ร้อยละ 4.7) ติดเชื้อจากมารดา 10,796 ราย (ร้อยละ 4.16) และรับเลือด 61 ราย (ร้อยละ 0.02) โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Mycobacterium tuberculosis , Pulmonary or extrapulmonary 75,172 ราย (ร้อยละ 29.82) รองลงมา โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* 54,255 ราย (ร้อยละ 21.32), *Cryptococcosis* 41,917 ราย (ร้อยละ 16.28), *Candidiasis* ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trache, bronchi) หรือปอด 13,499 ราย (ร้อยละ 5.28) และ Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 9,637 ราย (ร้อยละ 3.77) (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค 2547)

1.1 การติดเชื้อโรคเอดส์

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndromes or AIDS) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่ม รีโทรไวรัส(Retrovirus) ชื่อ เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus or HIV) เมื่อเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพกับเม็ดเลือดขาวและเซลล์ประสาท โดยจะไปจับกับเม็ดเลือดขาวและเข้าไปอยู่ในเซลล์ เชื้อเอชไอวี แบ่งตัวเพิ่มจำนวน จำนวนมากอย่างรวดเร็ว ทำให้เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ลดน้อยลง ร่างกายจึงได้รับเชื้อโรคชนิดต่างๆ ได้ง่าย สถานการณ์ติดเชื้อในช่วงภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดน้อยลงนี้เรียกว่าการติดเชื้อฉวยโอกาส(Opportunistic infection)

การติดเชื้อ เอชไอวี เชื้อเอชไอวีมีระยะฟักตัวที่ยาวนาน ในระหว่างที่มีการฟักตัว เชื้อ เอชไอวีสามารถที่จะติดต่อถ่ายทอดไปที่บุคคลอื่นได้หลายทาง ดังนี้

- 1.) ทางเพศสัมพันธ์ จากชายสู่หญิง หรือหญิงสู่ชาย หรือรักร่วมเพศ
- 2.) ทางกระแสเลือด จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือจากการได้รับเลือด ที่ติดเชื้อ จากการรักษา หรือการผ่าตัด หรือการเปลี่ยนอวัยวะและเนื้อเยื่อ ที่ได้รับบริจาคจากผู้ติดเชื้อ
- 3.) ทางการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หรือให้นม ซึ่งทารกมีโอกาสได้รับเชื้อนี้ประมาณ ร้อยละ 30-50

การแพร่เชื้อเอชไอวี มีการแพร่เชื้อผ่านทางเลือด น้ำ หรือของเหลวในร่างกาย เช่น น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำเหลืองจากร่างกายของผู้มีเชื้อ ผ่านเข้าสู่ร่างกายของผู้สัมผัส ทางบาดแผลรอยฉีกขาดของเยื่อเมือก (mucousmembrane) หรือทางรก

เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ ขึ้นกับจำนวนเชื้อ ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย และปัจจัยร่วมต่างๆ ลักษณะทางคลินิกของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ แบ่งเป็นระยะและกลุ่มต่างๆ (สุพร สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์ ในมัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร บรรณาธิกา 2535: 13-14) ดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มไม่มีอาการ (Asymptomatic carrier) พบได้ประมาณร้อยละ 70 ตรวจเลือดจะพบแอนติบอดีต่อ HIV บางรายแยกแอนติเจนของไวรัสได้ หรือมี Helper T- cell ลดลง บางรายอาจมีอาการคล้ายไข้หวัด หลังจากได้รับเชื้อประมาณ 2-3 สัปดาห์ ต่อมน้ำเหลืองโต มีผื่น อาการจะดีขึ้นและหายไปเองภายใน 1 สัปดาห์

ระยะที่ 2 กลุ่มที่มีต่อมน้ำเหลืองโต (Persistet Generalized Lymphadenopathy: PGL) คลำต่อมน้ำเหลืองได้บริเวณ คอ รักแร้ ขาหนีบทั้ง 2 ข้าง โตอยู่นานกว่า 3 เดือน โดยไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย

ระยะที่ 3 กลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับ AIDS (AIDS related complex: ARC) ผู้ป่วยจะมีเรื้อรังอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหงื่อออกมากเวลากลางคืน น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว อูจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นและช่องปากมีฝ้าขาว ผู้ป่วยระยะนี้จะต้องมีอาการดังต่อไปนี้ในเวลาไม่ต่ำกว่า 2 เดือนคือ มีไข้เกิน 37.8 C เป็นพักๆ หรือติดต่อกัน อูจจาระร่วงเรื้อรัง น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 20 ต่อมน้ำเหลืองโต 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน มีเชื้อราในปาก เป็นHairy leukoplakia และ เป็น Herpes zoster

ระยะที่ 4 กลุ่มที่มีอาการชัดเจนและวินิจฉัยว่าเป็น AIDS พบได้ร้อยละ 10-20 ของผู้ที่ได้รับเชื้อ อาการที่เป็นจะขึ้นอยู่กับการติดเชื้อที่ระบบใด ปัจจุบันยังไม่มียวิธีการรักษาโรคเอดส์ให้หายขาด การรักษาจึงเป็นเพียงการรักษาโรคติดเชื้อหรือควบคุมอาการของโรค และในการรักษาไวรัสเอดส์ในประเทศไทยจะเป็นการให้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ นอกจากการรักษาทางกายแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยเอดส์ มักจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ

ปัจจุบันจึงมีการดูแลสภาพทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในหลายๆ ประการ เช่น การให้คำปรึกษา (Counselling) การสนับสนุนทั้งทางร่างกาย จิตใจ จากหลายหน่วยงาน

1.2 ผลกระทบของโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และทุกเพศทุกวัย ส่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ระดับบุคคลและผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจระดับชาติ

1.2.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เมื่อบุคคลได้รับเชื้อ เอชไอวี เข้าสู่ร่างกาย ในระยะแรกยังไม่ปรากฏอาการให้เห็น เมื่อภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเรื่อยๆ ผู้ติดเชื้อจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการแสดงของโรคชัดเจนขึ้น ได้แก่ น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีเชื้อราในปาก จะมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น ปอดบวม เชื้อราในสมอง วัณโรคในระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมักพบบ่อยในผู้ติดเชื้อ ทั้งระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และระยะเอดส์เต็มขั้น (Darbyshire 1991: 563) และเมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ผู้ติดเชื้อเอดส์ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดจากเชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย หรือโปรโตซัว หรือเกิดโรคมะเร็งของเซลล์บุหลอดเลือด Kaposi's sarcoma ที่เกิดได้ทั่วทุกระบบของร่างกายหรือเกิดโรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ซึ่งเป็นโปรโตซัวชนิดหนึ่งที่พบได้ทั่วไปทั้งในดิน น้ำ อากาศ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ร้อยละ 60 มีอาการนำเข้าสู่ระยะโรคเอดส์เต็มขั้นด้วยโรคนี ซึ่งอาการอาจรุนแรง ทำให้เกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ (Ungvárki 1988: 53) นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า ร้อยละ 65 จะมีความผิดปกติของระบบประสาท และกล้ามเนื้อ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ลดลง การมองเห็นผิดปกติ กล้ามเนื้อ แขน ขา อ่อนแรง เป็นต้น (Levinson and o'connell 1901: 691) และปัญหาที่สำคัญที่ผู้ติดเชื้อเอดส์เริ่มมีอาการคือความทุกข์จากพยาธิสภาพของโรคที่ปรากฏออกมา (สมมาตร พรหมภักดี 2537: 151) เช่น เป็นไข้ ไอเรื้อรัง อูจจาระร่วง น้ำหนักลด เป็นแผลเรื้อรัง เริ่มที่ใบหน้าและลำตัว ทำให้มีความทุกข์ ทรมาน จากอาการแทรกซ้อนเป็นระยะ และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ถ้ามีอาการรุนแรงต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นภาระให้แก่ครอบครัวต้องดูแล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก (ศดานันท์ ปิยกุล 2542: 12)

1.2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจ เป็นผลกระทบที่สำคัญไม่น้อยกว่าผลกระทบทางด้านร่างกาย เนื่องจากโรคเอดส์ เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต เป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง และสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อ

เอดส์ได้รับผลกระทบด้านจิตใจสูง โดยในระยะเริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ ไวรัส เอชไอวี ถือเป็นระยะวิกฤตทางด้านจิตใจ หลายคนมีอาการ ซ็อก ปฏิเสธ กลัวและวิตกกังวลอย่างมาก มีความท้อแท้สิ้นหวัง มีพฤติกรรม แยกตัวจากสังคม (Dunchy 1991: 717-719) ซีมเศร้า โกรธ สูญเสียบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคม สูญเสียสัมพันธภาพ เกิดความไม่มั่นคงกับชีวิตในอนาคต (Kelly et.al. 1988: 215) มีความกลัวว่าผู้อื่นจะทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเอดส์ กลัวการตอบสนองจากเพื่อนและครอบครัว สร้างความกดดันให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มากขึ้น ไม่กล้าเปิดเผยการติดเชื้อโรคเอดส์ ทำให้ไม่ได้รับการบริการทางสังคม ซึ่งเพิ่มความกดดันทางอารมณ์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ มีหลายกรณีศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือกรณีหญิงตั้งครรภ์เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอดส์จะพบกับปัญหาการตัดสินใจเรื่องการตั้งครรภ์ต่อหรือไม่ (ศศิธร ไชยประสิทธิ์ 2536: 33) แต่มีการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์เมื่อผ่านระยะการยอมรับแล้วนั้น มีความตระหนักว่าการติดเชื้อเอดส์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (บังอร ศิริโรจน์ 2537: 194)

การดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์จะต้องพบกับปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ความไม่แน่นอนในชีวิต อาจเจ็บป่วยและตายโดยไม่อาจคาดเดาได้ อาจถูกกระทำโดยสังคมได้ทั้งเจตนาและไม่เจตนาได้ตลอดเวลา (ศดานันท์ ปิยกุล 2542: 31) ผู้ติดเชื้อจะพบกับความทุกข์ทรมานกายและเป็นทุกข์ทางใจ จะเห็นได้ว่า โรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้ออย่างมาก ได้มีผู้รวบรวมขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับสภาพจิตใจคนไข้เป็นแบบแผนดังนี้ (Nichols 1987: 765-787)

1.) *ภาวะวิกฤต (initial)* เป็นภาวะเริ่มแรกที่รู้ตัวว่า ติดเชื้อ เอชไอวี จะตกใจ (psychosocial shock) การตอบสนองในขั้นนี้ จะเริ่มด้วยการปฏิเสธ(Denial) และส่วนมากจะไม่เชื่อว่าตนเองติดเชื้อจริง ผู้ติดเชื้อจะมีภาวะวิตกกังวลสูงรู้สึกผิดกลัว เศร้า อาจมีอาการซ็อก แสวงหาการรักษาที่อื่น บางรายอาจโกรธตัวเอง หรือคนอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุให้ตนเองติดเชื้อ และทำตัวเป็นแหล่งแพร่เชื้อ (Antisocial)

2.) *ภาวะการปรับเปลี่ยน (Transitional state)* ระยะนี้จะอยู่ในความรู้สึกเป็นทุกข์ สับสน เกิดความไม่มั่นใจ กลัวถูกทอดทิ้ง (insecurity) ซีมเศร้า (depression) เกิดอาการ ท้อแท้ สิ้นหวัง หงุดหงิด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่อชีวิต หมดหวังในชีวิต ถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ติดเชื้อในระยะนี้ จะอยู่ในระหว่างการสร้างความรู้สึกใหม่ ในการปรับตัวเปลี่ยนแปลง การให้ความหมายคุณค่าต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

3.) *การยอมรับ (acceptance)* ผู้ติดเชื้อจะเรียนรู้การจัดการชีวิต ซึ่งต้องดำรงอยู่ การยอมรับภาวะที่มีชีวิตอยู่ด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์ โดยคิดว่าถึงแม้ตัวเองจะติดเชื้อเอดส์ แต่ยังแข็งแรง น่าจะมีชีวิตอยู่อีกนาน (Bargaining and hoping)ถึงตอนนั้นจะมีรักษาโรคได้เมื่อสร้างความหวังได้ก็รู้สึกมีความสุขขึ้นการใช้และ คิดถึงชีวิตที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น คนที่มีบุคลิกภาพดี และสิ่งแวดล้อมดี จะสามารถยอมรับความจริงและปรับตัวเองได้จากสถานการณ์ภายนอกที่มากระทบ เมื่อ

มีความทุกข์ใหม่เกิดขึ้น สภาพจิตใจ ก็จะย้อนกลับ ผู้สภาพเดิมซ้ำอีก คือภาวะวิกฤติ ภาวะการณ์
ปรับเปลี่ยน และการยอมรับ ในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ถึงความบกพร่อง เนื่องจากการติดเชื้อ
ไวรัส เอชไอวี มากขึ้น รวมถึงการคาดการณ์ถึงผลของการติดเชื้อไวรัสนี้ในอนาคตด้วย และในที่สุดจะ
เข้าขั้นตอนที่ 4

4.) การเตรียมตัวสำหรับความตาย (Preparation for death) เนื่องจากความทุกข์ที่ผู้ป่วยเผชิญมี
หลายประการ เช่น การต้องพึ่งพา การถูกตำหนิจากผู้อื่น การสูญเสีย รวมความตาย ผู้ป่วยหลายรายไม่
กลัวตาย และตัดสินใจ ว่าการฆ่าตัวตายจะช่วยให้อาการทุกข์ทรมานในปัจจุบันปลายชีวิต และมีหลายราย
พยายามต่อสู้เพื่อให้มีชีวิตต่อไป แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเตรียมรับสถานการณ์ในอนาคตที่ไม่
แน่นอน เช่น การทำงานที่ค้างให้ลุล่วงโดยเร็ว การคิดหรือ จัดการกับปัญหาต่างๆ ที่ตามมาถึงครอบครัว
ญาติ เพื่อน หรือ แม่แตงานศพของเขาเองหลังจากการตายด้วยโรคเอดส์

การติดเชื้อ โรคเอดส์นั้นส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมาก ซึ่งการปรับ
สภาพจิตใจนั้นขึ้นกับภูมิหลังและสภาวะแวดล้อมของแต่ละบุคคล แต่โดยรวม ผลกระทบด้านจิตใจนี้
ยังเป็นผลกระทบค่อนข้างสูง และส่งผลกระทบต่อเรื่องในด้านอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ติดเชื้อในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ จึงพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งประการหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ติด
เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1.2.3 ผลกระทบต่อครอบครัว

เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี เกิดขึ้น นอกจากผู้ติดเชื้อจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย
และจิตใจของตนเองแล้ว ผลกระทบทางด้านครอบครัว ก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกันไม่ว่าจะเป็นด้าน
เศรษฐกิจ เรื่องการดูแลผู้ป่วย เรื่องการยอมรับ ตลอดจนเรื่องการดำเนินชีวิตต่างๆ ไป

ในเรื่องการยอมรับนั้น ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับ
ความเครียดอย่างมาก เพราะเป็นการยากในบางครอบครัว ที่จะทำใจยอมรับ ส่วนใหญ่เมื่อทราบจะ
แสดงความรังเกียจ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลฤทธิ์ และคณะ 2531: 17) ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ เลือกว่าจะไม่บอก
ให้ครอบครัวทราบทั้งที่อาศัยอยู่ในครอบครัว โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก ซึ่งผู้ติดเชื้อยังไม่ปรากฏ
อาการ หากครอบครัวยอมรับและมีส่วนในความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ขึ้น

ในด้านเศรษฐกิจ เป็นผลกระทบที่มีความสำคัญสำหรับปกติ เกิดการสูญเสียรายได้
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่ผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ก็ยังทำให้ครอบครัวลำบากมาก
ขึ้น เพราะนอกจากสูญเสียรายได้แล้ว ครอบครัวต้องมียาจ่ายมากขึ้น เพื่อรักษาอาการป่วยของผู้ป่วย
ซึ่งบางครั้งอาจทำให้บุตรหมดโอกาสในการศึกษาได้

ในด้านการดำเนินชีวิตทั่วไป พบว่าผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับครอบครัวในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการและครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ โดยการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศโดยไม่เจตนา (เกศินี จุฑาวิจิตร 2533: 12) และบางครั้งผู้ป่วยและคู่สมรสไม่อาจอาศัยอยู่กับครอบครัวได้ เพราะคนในครอบครัวตั้งข้อรังเกียจคนในหมู่บ้านแสดงความรังเกียจ (เอี่ยมพร ทองกระจาย 2534: 16)

1.2.4 ผลกระทบต่อสังคม

เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากขึ้น สังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย จะส่งผลกระทบต่อสังคม เกิดความตื่นตระหนก วิดก กังวล รังเกียจ และสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ติดเชื้อ ความสุข ความหวัง และอนาคตถูกทำลายลง (กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุณและคณะ 2532: 225-226) ต้องออกจากงาน หรือ อพยพครอบครัวไปอยู่ที่อื่น จะส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม เพราะการที่สังคมมองปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยใจอคติ จะเป็นสาเหตุที่เพิ่มเติมความทุกข์และความบอบซ้ำ จนกลายเป็นปัญหาใหญ่ของสังคมในอนาคตจึงเป็นความจำเป็น โดยเร่งด่วนในเรื่องของการปรับแนวคิดในลักษณะอคติมาเป็นเน้นความเมตตา กรุณา (กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุณและคณะ 2532: 225-226) มองพฤติกรรมต่างๆ อย่างแยกแยะและเป็นธรรมชาติให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์ และสามารถค้นหาวิธีการในการแก้ปัญหาอย่างมีความรับผิดชอบร่วมกัน

โดยรวมจะเห็นว่าองค์ประกอบที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์นั้นเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดำเนินชีวิตโดยทั่วไปได้แก่ สภาพทางร่างกาย สภาพทางจิตใจ สภาพทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ ทั้งทางด้านครอบครัว เพื่อน สังคม และยังมีปัจจัยย่อย ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นต้น การจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงขึ้นกับปัจจัยเหล่านี้ด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเรื่องที่สำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นเรื่องที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพเป็นจุดมุ่งหวังของมนุษย์ในการดำรงชีวิต บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะส่งผลให้มีการพัฒนาในด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตที่ดีนั้นมิใช่มีเพียงร่างกายที่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น แต่ยังหมายถึงภาวะสมดุลทางร่างกาย จิตใจและสังคม โดยที่บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิตอย่างเพียงพอร่วมกับการดูแลทางร่างกาย (Johnson 1985 cited in Cooley, 1998) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการรักษาพยาบาลของวงการแพทย์และสาธารณสุข และได้้นำแนวคิดสุขภาพดีถ้วนหน้ามาเป็นกลยุทธ์ไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งได้มีผู้

ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันออกไป โดยได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพกับชีวิต คุณภาพหมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิตหมายถึง ความเป็นอยู่ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525: 189,271) ดังนั้นคุณภาพชีวิตหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ศดานันท์ ปิยะกุล 2542: 18)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) มีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Well-being) หรือ ความพึงพอใจ (life satisfaction) (Andrew, Withney&Campbell 1976 cited in Hanucharunkul 1988) แต่มาตรวัดคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน โดยแบบวัดคุณภาพมีความจำเพาะกับสิ่งที่ต้องการวัด

พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1983) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ (Satisfaction) ในชีวิตของตนเอง โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

มาสโลว์ (Maslow 1970: 24-25) ได้อธิบายถึงแนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้นๆ เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้น เมื่อความปรารถนาอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจ ก็จะมี ความปรารถนาอย่างอื่นเข้ามาแทนที่เรื่อยไป และลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือ การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งปรารถนา นั่นคือ จากการศึกษาได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆ ของบุคคลที่จะปรากฏขึ้นขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนา ซึ่งความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคลจะเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ ดังนี้คือ

1. ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการพักผ่อน ความต้องการอาหาร น้ำ และอากาศเป็นต้น
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย เป็นการช่วยปกป้องให้ชีวิตรอดพ้นจากอันตรายทั้งปวง และเป็นอิสระจากความกลัว ความวิตกกังวลและความยุ่งยากสับสน
3. ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ต้องการสร้างสัมพันธภาพและเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งมาสโลว์ เน้นว่า ความต้องการความรักนั้น ต้องมีลักษณะของการให้ความรักแก่ผู้อื่น และการรู้จักรับความรักจากผู้อื่นด้วย

4. ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีความค่านอกจากนั้นบุคคลยังต้องการความมีความนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นตนเอง ต้องการเป็นผู้แข็งแกร่ง ไม่ต้องการความสนใจและยกย่องชมเชย

5. ความต้องการความสำเร็จและความรู้สึกสมบูรณ์ในชีวิต

ซึ่งความต้องการทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ ดังนั้น ในการประเมินความพึงพอใจของบุคคล จึงสามารถประเมินได้จากสภาวะการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่างๆ อย่างไร หากความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมากหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อยหรือไม่พึงพอใจในชีวิต อันหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนั่นเอง

แคมป์เบล (Campbell 1976) ได้กล่าวสรุปว่าแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นการมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละบุคคลเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือคาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล

แฟรง-สตรอมบอร์ก (Frank-Stromborg, 1984) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นสถานการณ์ของบุคคลที่แสดงถึงความเป็นอยู่ที่ดี โดยประเมินได้จากการมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ

โอเร็ม (Orem, 1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุข คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคล และการมีแหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเพียงพอ และยังเชื่อว่าการดูแลตนเองจะช่วยทำให้บุคคลสามารถบรรลุถึงความผาสุกในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตนั่นเอง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

เฟอร์เรลและคณะ (Ferrell et al, 1995) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภาวะสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ด้านสังคม และความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ

เฟอร์ราน (Ferrans, 1997) มีความเห็นว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของบุคคล ประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิต โดยแต่ละองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลมากน้อยต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณี

วัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นมีชีวิตอยู่ การประเมินคุณภาพชีวิตในแนวของ เฟอร์รานจะให้ความสำคัญกับการประเมินของตัวบุคคลในการรับรู้ความพึงพอใจหรือความผาสุกต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองในแต่ละองค์ประกอบของชีวิต

ยูพา อุดมศักดิ์ (2516: 82) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงคุณภาพในด้าน สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง ศาสนา ซึ่งเป็นค่าที่เทียบเคียง ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน ทุกคนหรือทุกประเทศจะกำหนดมาตรฐานในเรื่องดังกล่าวแตกต่างกันตามความต้องการ ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาและสภาวะต่างๆ ด้วย

สร้อยญา เขียร โอภาส (2526: 57) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตนั้น โดยทั่วไปหมายถึงการกินดี อยู่ดี มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หรือการมีสติปัญญา เฉลียวฉลาด สามารถทำงานประกอบอาชีพที่ประสบความสำเร็จ หรือการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อสังคม และส่วนรวม

ประกา รัตนเมฆานนท์ (2532:13) กล่าวว่าสรุปว่า คุณภาพชีวิตคือความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ความหมายใกล้เคียงกันกับ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)ความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในบุคคล

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้สรุปมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ 5 ประการคือ

1.) คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้และความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้อะไรและประสบการณ์เดิมโดยการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น โดยผู้ที่ตัดสินว่าคุณภาพชีวิตมีหรือไม่ มากน้อยเพียงใดบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตจึงจะตัดสินได้ดีที่สุด

2.) คุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยมีปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานการณ์ ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์ ทรัพยากรตลอดจนวัตถุ สิ่งของต่างๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลที่มีต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย สภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ ความรู้สึก นึกคิด รวมทั้งศักยภาพและความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3.) คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (multidimension construct) และมีความซับซ้อน ดังนั้น การพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตจึงต้องพิจารณาแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ขึ้นอยู่กับว่าใครจะให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4.) คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความเป็นกระบวนการของชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะหนึ่งของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลในช่วงชีวิตต่างๆ อาจได้ผลแตกต่างกัน

5.) คุณภาพชีวิตเป็นด้านหนึ่งของชีวิตที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิตซึ่งถือได้ว่าภาวะสุขภาพเป็น

องค์ประกอบหรือเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตก็เป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพ เช่นเดียวกัน

กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน (2541: 32) กล่าวสรุปว่า คุณภาพชีวิตนอกจากหมายถึงการรับรู้ของบุคคลในด้านความสุขและความพึงพอใจแล้ว ยังรวมถึงการรับรู้ศักยภาพ หรือประสิทธิภาพของตนเอง ในการทำหน้าที่สำหรับการดำรงชีวิต ตลอดจนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งความเจ็บป่วยต่างๆ ด้วย

กล่าวโดยสรุป คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความรู้สึถึงสภาวะของตน ในเรื่องความพึงพอใจ หรือความรู้สึก เกี่ยวกับภาพลักษณ์ ภาวะสุขภาพ หน้าที่ของร่างกาย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ การประกอบอาชีพ การดำรงชีวิตที่ประสบความสำเร็จตามที่ตนเอง ตั้งใจไว้ในทุกด้าน ซึ่งขึ้นอยู่กับ สิ่งแวดล้อม ภูมิหลัง ประเพณีวัฒนธรรมในแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นมีชีวิตอยู่ คุณภาพชีวิตจะเปลี่ยนตามกาลเวลาและสภาวะต่างๆ ด้วย

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากความหมายที่หลากหลายของคุณภาพชีวิต ทำให้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันตามแนวความคิดของแต่ละบุคคลด้วย

เบนเนท (Bennet, 1982) กล่าวว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ สิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตซึ่งเป็นความต้องการด้านพื้นฐานของบุคคล และความต้องการสนองความพึงพอใจของแต่ละบุคคล

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) ได้ทำการสำรวจเพื่อหาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต พบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของบุคคล 5 ขอบเขต คือการมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ การมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมีกิจกรรมในสังคม ชุมชน การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จสมบูรณ์ทางพัฒนาการ

พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) อธิบายว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรจะประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย และจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

ซาน (Zhan, 1992) กล่าวว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่ามีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

- 1.) ความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับ สภาพความเป็นอยู่ทั่วไปและการดำเนินชีวิต
- 2.) อัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในเรื่องของภาพลักษณ์ ความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง

3.) สุขภาพและการทำงานของร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และภาวะสุขภาพ

4.) เศรษฐกิจและสังคม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาชีพ การศึกษาและรายได้ องค์การอนามัยโลก(WHOQOL group, 1996) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1.) สุขภาพกาย เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ความไม่สบาย พลังงาน ความอ่อนล้า และการนอนหลับพักผ่อน

2.) จิตใจ เกี่ยวข้องกับความรู้สึที่ดีหรือไม่ดี ความคิด การเรียนรู้ ความทรงจำ ความเชื่อมั่นในตนเอง บุคลิกลักษณะ และภาพลักษณ์

3.) ระดับของการพึ่งพา เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพา รักษาทางการแพทย์และความสามารถในการทำงาน

4.) ความสัมพันธ์กับสังคม เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ การสนับสนุนจากสังคม และกิจกรรมทางเพศ

5.) สิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของสุขภาพกาย สิ่งแวดล้อมของครอบครัว แหล่งการเงิน การดูแลด้านสุขภาพและสังคม โอกาสในการรับข้อมูลข่าวสารและทักษะต่างๆ การพักผ่อนหย่อนใจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการคมนาคม

เฟอร์รานส์ (Ferrans, 1997) ได้เสนอเกี่ยวกับโครงสร้างหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพและการทำงานที่(Health and functioning domain)ประเมินรายละเอียดเกี่ยวกับ การบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น การพึ่งพาอาศัยผู้อื่นด้านร่างกาย ความรับผิดชอบในหน้าที่ ภาวะสุขภาพของตนเอง ความตึงเครียด งานอดิเรก การเกษียณงาน การเดินทางท่องเที่ยว ความยืนยาวของชีวิต ชีวิตเพศ การดูแลสุขภาพ และความไม่สบายหรือความเจ็บปวด

2. ด้านเศรษฐกิจและสังคม(Social and economic domain)มีรายละเอียดเกี่ยวกับมาตรฐานการดำเนินชีวิต การพึ่งพาผู้อื่นด้านการเงิน ความเป็นอยู่ในครอบครัว การประกอบอาชีพการงาน เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การศึกษา และนโยบายของรัฐ

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ(Psychological and spiritual domain)มีรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความเป็นตัวตน เป้าหมายในชีวิต ความสุขสงบทางจิตใจ บุคลิกลักษณะท่าทาง ความศรัทธาในศาสนา/พระเจ้า ความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเอง

4. ด้านครอบครัว (Family domain) มีรายละเอียดเกี่ยวกับ ความสุขในครอบครัว บุตร คู่สมรส และภาวะสุขภาพของครอบครัว

จึงอาจกล่าวสรุปได้ว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิต ครอบคลุมถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การรับรู้ความรู้สึกผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ การรับรู้สภาวะสุขภาพร่างกาย การรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองจากสังคมและในการศึกษาครั้งนี้ได้ยึดตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์รานส์ (Ferrans, 1990)

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตยังไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดของคุณภาพชีวิตจึงยังไม่มีเครื่องมือวัดหรือประเมินคุณภาพชีวิตที่สามารถประเมินและวัดคุณภาพชีวิตได้อย่างครอบคลุมและเชื่อมั่นว่าดีที่สุด ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยหรือผู้นำไปใช้ ซึ่งในปัจจุบันการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุพิสัย (Objective) ซึ่งเป็นการประเมินข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สามารถสังเกตและวัดได้ และด้านจิตพิสัย (Subjective) (UNESCO, 1980: 312) เป็นการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับการรับรู้หรือความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจของบุคคล (Draper, 1992 ; Meeberg, 1993) การประเมินโดยวิธีนี้อาจอาศัยตัวบ่งชี้เพียงด้านเดียว หรือทั้งสองด้านก็ได้การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะ (Mc Sweeny & Creer, 1995) คือ

1.) การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตแบบกว้างๆ ไม่มุ่งไปที่ผลกระทบของโรค หรือความเจ็บป่วยใดๆ เป็นพิเศษ สามารถประเมินได้ครอบคลุมกับกลุ่มบุคคลทั่วไปทุกสถานการณ์หรือมีความแตกต่างของลักษณะประชากรศาสตร์ ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ความแตกต่างของโรค เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตจะมีความเป็นกลางสูง จึงสามารถนำมาเปรียบเทียบได้

2.) การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะ โรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคว่าเป็นโรคหนึ่งโรคใด โดยเฉพาะ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยในแต่ละโรค จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติที่มีความแตกต่างกันออกไป แบบประเมินคุณภาพชนิดนี้ จะใช้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลง และการตอบสนองต่อการปฏิบัติ ที่มีความสำคัญสำหรับการดำรงชีวิตของบุคคลเฉพาะกลุ่ม การประเมินด้วยเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคนี้ ผู้ที่ได้รับการประเมินจะสามารถบอกการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินของโรคในระยะต่างๆ ได้ดี

เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันหลายลักษณะ ดังนั้นในการเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรพิจารณาในเรื่องต่อไปนี้ (Frank-Stromborg , 1988)

1.) ความคิดเห็นหรือแนวคิดต่อคุณภาพชีวิตนั้น สามารถใช้เครื่องมือที่เป็นโครงสร้างมิติเดียวหรือหลายมิติ

2.) เป็นเครื่องมือที่ให้ผลเป็นคุณภาพหรือให้ผลที่เป็นปริมาณ เครื่องมือที่ให้ผลเป็นคุณภาพ จะมีผลออกมาเป็นการบรรยาย ซึ่งจะกล่าวเฉพาะเจาะจงถึงจุดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต แต่เครื่องมือที่ให้ผลเป็นปริมาณจะมีผลออกมาเป็นคะแนน

3.) เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยบุคคลอื่น หรือให้บุคคลประเมินตนเอง

4.) เป็นเครื่องมือที่ประเมินเชิงวัตถุวิสัย หรือเชิงจิตวิสัย

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิต มีการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันตามความหมายของคุณภาพชีวิตและแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ศึกษา เช่น

นงนุช เชาวศิลป์ (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวของ แคนทริล(Cantril, 1965) ซึ่งมีตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตคือ ความพึงพอใจและความสุขในชีวิต มองชีวิตเป็นองค์รวม คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ด้วยตนเองของบุคคลตามสภาวะการณ์ที่ปรากฏจริง เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยที่มีโครงสร้างมิติเดียวที่มีผลการประเมินเป็นปริมาณ ผลสรุปของคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับใด

วัลลภา ทรุฑแก้ว (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ เฟอร์เรลและคณะ (Ferrell et al. 1995) ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยประเมินจากผลกระทบและการรับรู้การรักษามองประกอบทั้ง 4 ด้านของคุณภาพชีวิตด้วยเหตุผลที่ว่าแนวคิดและองค์ประกอบดังกล่าวมีความครอบคลุมที่จะใช้วัดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี ที่ส่งผลต่อความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เขาสามารถรับรู้ได้

สุริยฉาย คิดหาทอง (2547) ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตชุดย่อขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI สอบถามในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากการมีบิดาหรือมารดาที่ป่วยเป็นโรคเอดส์

จากแนวคิดในการประเมินภาวะคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะเห็นว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ สถานะทางสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ซึ่งต้องครอบคลุมทั้งด้าน การทำหน้าที่ทางร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงสถานะทางสุขภาพที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตว่าสุขภาพควรประกอบด้วยส่วนสำคัญคือ สุขภาพร่างกาย (Physical health) สุขภาพจิต (mental health) การทำบทบาทและหน้าที่ทางสังคมประจำวันและความรู้สึกเป็นปกติสุข (WHO cited in Lubeck and Fries 1992:359-366) การวัดคุณภาพชีวิตโดยการประเมินสถานะทางสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการดูแลรักษาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งรักษาเพียงบรรเทาอาการ

เท่านั้น ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์สิ่งที่สำคัญคือการประเมินสถานะทางสุขภาพที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่นำมาศึกษาพบว่ามีความหลากหลายในการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต เนื่องจากยังไม่มีแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ แต่ผู้วิจัยหลายท่านได้นำแบบประเมินที่ใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตในโรคเรื้อรัง ซึ่งมีลักษณะการดำเนินของโรคคล้ายกันกับผู้ป่วยเอดส์นำมาประยุกต์ใช้ โดยนำเครื่องมือดังกล่าวมาแปลและดัดแปลง พร้อมทั้งตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อก่อนการนำไปใช้ เมื่อพิจารณาแบบประเมินคุณภาพชีวิตตามโครงสร้างแบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตมิติเดียว เช่น เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ แคนทริล (Cantril, 1965) สร้างขึ้นโดยใช้คำถามเดียวเรียกว่าบันไดการประเมินของแคนทริล (Cantril) วัดเป็นลักษณะเกลียวในแนวตั้งมีบันไดทั้งหมด 10 ขั้นให้บุคคลประเมินคุณภาพชีวิตว่าอยู่ระดับใด (วัลลภา ครุฑแก้ว 2540: 14)

2. การประเมินคุณภาพชีวิตที่มีโครงสร้างหลายมิติ ที่มีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตในด้านต่างๆ ไม่เท่ากันขึ้นกับประสบการณ์และปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ของ Ferrans & Powers : 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามตามองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว ส่วน ฟลานานแกน (Flanagan, 1982) ประกอบด้วยคำถามตามองค์ประกอบหลัก 5 ด้านคือ ด้านร่างกายและความสุขทั่วไป ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านทัศนคติต่อตนเอง และด้านความพึงพอใจในชีวิต และ พลาติลา และแกรนต์ (Padilla & Grant, 1983) ได้สร้างเครื่องมือที่มีโครงสร้างหลายมิติ ชื่อว่า ธรรมชาติคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำถามหลัก 6 ด้าน (วัลลภา ครุฑแก้ว 2540: 15) คือ การรับรู้ความผาสุกทางด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกทางด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย ต่อมาพบว่ามีการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโรค (WHO) มากขึ้นที่เรียกว่า WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยเอดส์ (สุริยฉาย กิตทาทอง 2547: 14) ซึ่งกล่าวถึง สภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ในส่วนของการศึกษาครั้งนี้ ใช้องค์ประกอบในการประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์รานส์ (Ferrans, 1997) ซึ่งสามารถวัดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยใช้เครื่องมือประเมินสถานะทางสุขภาพ ใน 4 มิติคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่(health and functioning domain) ด้านเศรษฐกิจและสังคม(social and economic domain) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ(psychological and spiritual domain) ด้านครอบครัว(family domain) ในการใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

3.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

เพศ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต บทบาททางเพศถูกกำหนดโดยบทบาททางสังคม เพศชายเป็นผู้นำของครอบครัวจึงต้องรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองมากเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ย่อมเกิดผลกระทบต่อบทบาทความรับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลง ทำให้รู้สึกไม่มีค่า เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง (ศดานันท์ ปิยกุล 2542 : 34) ส่วนในเพศหญิง การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน แต่น้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากบทบาทความรับผิดชอบ และความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่าเพศชาย (ทศนีย์ จินางกูร 2530: 84) จากการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะเพศชายที่แต่งงานแล้ว จะมีความรู้สึกผิดที่น่าเชื่อมาสู่ภรรยา ในขณะที่เพศหญิงให้โอกาสและให้กำลังใจคอยดูแลสามี ทำให้เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าเพศชาย (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว 2536: 18) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของหลายท่านที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Burckhardt 1985: 14-15)

อายุ อายุของผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ ในชีวิตมากกว่า ซึ่งประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลต่อการปรับตัว และช่วยให้เผชิญปัญหาได้ดี และมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า จากการศึกษาของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla&Grant , 1983) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มี Colostomy พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีอายุมากจะรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่จากการศึกษา ของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นจะเผชิญปัญหาได้และปรับตัวได้ดี ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก มีความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง มีความเบื่อหน่ายในการต่อสู้กับชีวิตจึงรับรู้คุณภาพชีวิตจึงต่ำ (วัลลภา ครุฑแก้ว 2542: 52)

การศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคลให้ รู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหา การดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985: 175) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษา การดูแล ตนเอง ตลอดจนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย จากการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่

สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534: 57) ที่พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สถานภาพการสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัว และคู่สมรส เป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย คู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับแก้กับปัญหาได้ดี ความเครียดลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hanucharurmkul, 1988) การศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าสถานภาพทางสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้มีสถานภาพทางสมรส คู่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสถานภาพ โสด หม้าย หย่า แยก (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว 2536: 75-77) กฤษณา วงศ์ชู (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์ (2534) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ และ สนธนา พิชัยกุล (2533) ที่ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าสถานภาพทางสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ลักษณะเฉพาะของโรคเอชไอวีที่มีความแตกต่างจากโรคอื่นๆ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่นำกลัว เป็นที่รังเกียจ จึงมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการได้รับความช่วยเหลือทางสังคม ได้แก่คู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว (วัลลภา ครุฑแก้ว 2540: 53)

อาชีพ นักสังคมวิทยาเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน (Worker role) จะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่า เป็นคนมีคุณค่า ส่วนการออกจากงานทำให้บทบาทและสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนไป จากการศึกษา ของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว 2536: 77) สอดคล้องกับการศึกษาของ อีแวนส์ และคณะ (Evans et. Al 1985: 553) ในการประเมินคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานมีคุณภาพชีวิตทางจิตพิสัยสูงกว่าผู้ที่ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี การเจ็บป่วยมีผลกระทบกระเทือนต่อเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของบุคคล ผู้ที่มีรายได้เพียงพอ จะเป็นผู้ที่สามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เนื่องจากมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วย สามารถรับการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยการเจ็บป่วยด้วยโรคเอชไอวีที่ต้องเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการรักษาที่ต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลายาวนาน ดังนั้นรายได้จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (อุมมาพร หังสพฤกษ์ 2527:22) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ารายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพ

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยธรรมชาติของโรคเอดส์เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะที่ปรากฏ อาการเจ็บป่วยจะมีอาการป่วยเป็นระยะ และเป็นแบบเรื้อรังจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ซึ่งการรักษาก็เป็นเพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการเท่านั้น แต่ผลจากการดำเนินของโรคทำให้ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย และมีความเจ็บปวด (Lubeck and Fries, 1992) จากการศึกษาของ วิสท์ (Weitz, 1989) ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่าในระยะ 4-6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัย พบว่าผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีการปรับตัวได้ดี เรียนรู้การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะติดเชื้อเอช ไอ วี มีการตั้งเป้าหมายในชีวิต ยอมรับการติดเชื้อ สามารถตั้งความหวังว่าตนเองจะมีสุขภาพปกติไปได้ยาวนาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้นมีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อปรับสภาพจิตใจของตนเอง แต่การศึกษาของ เนตรนภา กุ์พันธ์ (2534) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อน และ ถัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ไม่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยมานานเท่าใดก็ตาม การรับรู้คุณภาพชีวิตจะไม่แตกต่างกัน

ลักษณะการเจ็บป่วย เมื่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เข้าสู่ระยะที่ปรากฏ อาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเป็นระยะ และเป็นแบบเรื้อรังจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ซึ่งการรักษาก็เป็นเพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ผลจากการดำเนินของโรคทำให้ ผู้ป่วยร่างกายทรุดโทรมอ่อนเพลีย และมีความเจ็บปวด (Lubeck and Fries, 1992 : 359-366) จากการศึกษาของวอชเทลและคณะ (Wachtel et. al. 1992: 129-137) ในการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่า ตัวชี้วัดที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตมากที่สุดก็คือ อาการเจ็บป่วย โดยในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการเจ็บป่วยจะมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลูเบค และฟริส , วูและคณะ (Lubeck and Fries 1992: 359-366 ; Wu et. Al. 1991: 786-788) ที่พบว่าในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์จะไม่สมบูรณ์ ถ้าไม่มีรายงานเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่ปรากฏ และความบ่อยครั้งหรือความรุนแรงของการเกิดอาการนั้น ซึ่งจะเกิดผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพ และความผาสุกมากที่สุด วอชเทลและคณะ(Wachtel et. al. 1992) ได้ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 520 คน พบว่ากลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อ คือ อาการทางระบบประสาท อาการทางร่างกายทั่วไป อาการหายใจขัด หายใจลำบาก และอาการท้องเสีย ซึ่งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และความบ่อยครั้งของการเกิด แสดงถึงการดำเนินของโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้น จะกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อมากขึ้น เพราะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอาการเหล่านี้ คะแนนเฉลี่ยของสถานะทางสุขภาพจะมีคะแนนต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อย

หมื่นไวย (2536: 17) ที่พบว่า ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และระยะการดำเนินของโรค จะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพราะการเข้ารักษาโรคฉวยโอกาสแต่ละครั้ง จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

3.3 ปัจจัยทางการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

3.3.1 ความหมาย

การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับกิจกรรม หรือพฤติกรรม การช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย และตีความว่า กิจกรรม หรือพฤติกรรมช่วยเหลือนั้น สามารถช่วยให้ตนบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลหรือตอบสนองต่อความต้องการของตนในสถานการณ์หนึ่งๆ ได้ การศึกษาถึงผลการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมอนามัยและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของมนุษย์ พบว่าการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียดและสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Cohen&Willis, 1985) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ต้องพึ่งพาอาศัยกัน มีความไว้วางใจกัน ช่วยเหลือกัน รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น (จริยวัฒน์ คมพักษณ์ 2531) โอเรม (Orem , 1985)กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพึ่งพาให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเอง อันช่วยดำรงไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต และกล่าวอีกว่า ในภาวะที่เจ็บป่วย การช่วยเหลือที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมรักษา จะส่งผลให้มีความผาสุกในครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บังอร ศิริโรจน์ (2537) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของชายที่ติดเชื้อเอชไอวีว่า ในระยะติดเชื้อที่มีอาการรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีแรงสนับสนุน และพบว่าผู้ติดเชื้อที่เป็นชายโสด ไม่มีที่ปรึกษาและคอยให้ความช่วยเหลือจะหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย

3.3.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ไวส์ (Weiss, 1974: 17-26) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะ คือ

1. ความใกล้ชิด ความใกล้ชิดทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้พบใน คู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2. การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมของบุคคลในสังคมทำให้บุคคลมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญและสุขภาพของผู้เยาว์ แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้

4. การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ เป็นการได้รับการช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ชี้แนะ หรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

คobb (Cobb 1979: 93) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นได้

3. การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or Network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

โคเนนเวท (Cronenwett 1984:9)ทิลเดน (Tilden 1985: 199-206) และอิสเรล (Israel 1985: 65-80) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมี 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงการให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรัก ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจและนำไปเปรียบเทียบกับตนเอง กับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support)หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน แรงงาน (Instrument support) หมายถึงการช่วยเหลือ โดยตรงต่อความจำเป็นของคน ในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงิน แรงงาน

โอเร็ม (Orem 1985: 45) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพึ่งพาให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองตามความคาดหวัง อันช่วยดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของชีวิต และในภาวะเจ็บป่วย การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมรักษา จะทำให้มีความผาสุกในครอบครัว แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ภาวะสุขภาพ และความสุขในชีวิตของบุคคล

จากการศึกษาของ สมมาตร พรหมภักดี (2537: 119) ในเรื่องปัญหาชีวิตและการปรับตัวของชายติดเชื้อมีโอกาส พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทในการปรับระดับประคอง และเป็นพลังผลักดันให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต และการดำเนินชีวิตไปตามครรลองที่พึงามแก่ตนเองและสังคม สอดคล้องกับ บังอร สิริโรจน์ (2537: 196) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของชายที่ติดเชื้อมีโอกาส พบว่าในรายที่อยู่ในระยะติดเชื้อมีโอกาสการเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงเมื่อมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ ในภาวะเช่นนี้ ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง จะเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีความสนับสนุนทางสังคมและพบว่าผู้ติดเชื้อมีโอกาสที่เป็นชายโสด ไม่มีที่ปรึกษาและคอยให้ความช่วยเหลือจึงหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย

ฮอฟแมน (Hoffman, 1991: 477-481,494-495) ได้กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อมีโอกาสและผู้ป่วยเอชไอวีว่ามี 2 ประเภทคือ

1.) แรงสนับสนุนจากบุคคล (Interpersonal Support System) ประกอบด้วยคู่สามีภรรยา ครอบครัวและเพื่อน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจ เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมักกลับไปขอความช่วยเหลือ

2.) แรงสนับสนุนจากกลุ่มองค์กร (Institutional Sources of Support) กลุ่มองค์กรต่างๆ ที่ทำงานหรือเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อมีโอกาสและผู้ป่วยเอชไอวี ได้แก่ ชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ องค์กรศาสนา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่กล่าวมา โดยสรุปจะเห็นว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงที่ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อมีโอกาสจะได้รับผลกระทบอย่างร้ายแรงที่สุด เนื่องจากได้รับผลกระทบโดยตรงเป็นเหตุให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ การสูญเสียทางด้านต่างๆ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สัมพันธภาพภายในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในสังคม เป็นต้น ผู้ติดเชื้อมีโอกาสจึงได้รับผลกระทบโดยตรงทุกด้าน ซึ่งล้วนมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อมีโอกาสและผู้ป่วยเอชไอวีลดลง จึงทำให้สรุปได้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อมีโอกาสและผู้ป่วยเอชไอวี ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ติดเชื้อมีโอกาสและความพอเพียงของรายได้ของผู้ติดเชื้อมีโอกาสและผู้ป่วยเอชไอวี ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการดำเนินของโรค ลักษณะอาการเจ็บป่วย

และปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวและชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยที่ปัจจัยเหล่านี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning domain) ด้านเศรษฐกิจและสังคม(Social and economic domain) ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ(Psychological and spiritual domain) ด้านครอบครัว (Family domain)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการสังเคราะห์งานวิจัย

การศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการสังเคราะห์งานวิจัยซึ่งศึกษาถึงระดับของคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ศึกษาและสังเคราะห์เชิงเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

1. การกำหนดงานวิจัยในงานสังเคราะห์

งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในครั้งนี้ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนมาก นับตั้งแต่เริ่มมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์ และการศึกษาดังกล่าวจะจัดกระจายอยู่หลายเล่ม จึงได้รวบรวมเฉพาะงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาไม่เกิน 5 ปี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้ศึกษาได้ออกแบบเป็นเครื่องมือแบบรายงานสรุปประกอบด้วย

ตอนที่ 1 เป็นรายงานสรุปข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานของงานวิจัย

ตอนที่ 2 เป็นรายงานสรุปข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ตอนที่ 3 เป็นรายงานสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัย

ใช้สรุปรายละเอียดในงานวิจัยที่นำมาศึกษา 10 เรื่อง แต่ละเรื่อง แยกข้อมูลไว้เป็นตอนๆ และนำมาสังเคราะห์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลนักศึกษาได้ดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

3.1 รวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาสังเคราะห์ โดยการสำรวจรายชื่องานวิจัย ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากคอมพิวเตอร์ในห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา พบว่ามีงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตประมาณ 236 เรื่องแต่เมื่อสำรวจเฉพาะคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ จะพบว่าม้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 18 เรื่อง

3.2 ในการเลือกงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

- ศึกษาเฉพาะคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

- เป็นวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่สืบค้นได้ในห้องสมุดของมหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา ในช่วงเวลาที่ศึกษา

- เป็นวิทยานิพนธ์และงานวิจัยทั่วไป ที่ศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541จนถึงปี พ.ศ.2547

3.3 ใช้แบบสรุปรายงานการวิจัย บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาศึกษา และใช้บัตรคำที่จัดรายละเอียดแยกเฉพาะหัวข้อที่ศึกษาของแต่ละเรื่องที่น่ามาทบทวน

3.4 จำแนกงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ตามลักษณะเนื้อหาของงานวิจัย และคัดเลือกงานวิจัยได้งานวิจัยที่ ศึกษาจำนวน 10 เรื่อง ดังนี้

ตารางที่ 3.1 งานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์และศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

พ.ศ.	ผู้วิจัย	เรื่องที่ศึกษาวิจัย
2541	กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน	ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2542	ศดานันท์ ปิยกุล	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เรื่องที่วิจัย
2542	สมจิต ปทุมานนท์	ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
2545	ธีระ วรธนารัตน์และคณะ	การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนนำร่อง 8 แห่ง

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

พ.ศ.	ผู้วิจัย	เรื่องที่ศึกษาวิจัย
2545	คุณฤดี นรศาสตร์และคณะ	การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8
2545	ปานจันทร์ จ่างแก้ว	การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี
2545	SAOWAREE AEAMLAOR	QUALITY OF LIFE OF HIV INFECTED ORPHANED CHILDREN
2545	ITSUKO YOSHIDA	HEALTH -RELATED QUALITY OF LIFE AND HOME-BASED CARE STATUS AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS,BANGKOK,THAILAND
2546	Apiwannee Wanthong	Self-Esteem, and Quality of life of mothers with HIV infection
2547	อภิชาติ เจริญธรรมสุขใจ	คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัส เอดส์ของโรงพยาบาลกระทู้มแบน จ.สมุทรสาคร

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้แนวทางการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1วิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลจากแบบสรุปรายงานการวิจัยมาวิเคราะห์ ลักษณะต่างๆไป โดยการแจกแจงความถี่ และบรรยายความประกอบตาราง

4.2 การสังเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงเนื้อหาโดย จัดกลุ่มข้อมูลและ
ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยด้านที่มี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และกลุ่มปัจจัยเสริมอื่นๆที่ผลต่อคุณภาพชีวิต

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ มีสถิติที่เกี่ยวข้องดังนี้

จำนวนสถิติเชิงพรรณนาจำนวนร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ในการแจกแจงแยกประเภท
ตัวแปรที่ศึกษา ในลักษณะของ ข้อมูลประชากร เพศ การศึกษา อายุ รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง
สถานภาพทางการสมรส และข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยการสังเคราะห์ข้อค้นพบจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 10 เล่ม โดยการสังเคราะห์เชิง เนื้อหา (Content analysis)

แบ่งเนื้อหาของการศึกษาออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

1.1 จำนวนงานวิจัยจำแนกตามปีที่พิมพ์เผยแพร่

1.2 รูปแบบงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

1.3 กลุ่มประชากรของงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

1.4 เครื่องมือที่ใช้ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

1.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

1.6 สถิติที่ใช้ในงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

2.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

2.2 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

2.3 ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม

2.4 คุณภาพชีวิตแยกศึกษารายด้าน

2.5 คุณภาพชีวิตโดยรวม

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

1.1 ปีที่พิมพ์เผยแพร่

ตารางที่ 4.1 จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาจำแนกตามปี พ.ศ. ที่พิมพ์เผยแพร่

งานวิจัย	ปีพ.ศ. 25.....						
	41	42	43	44	45	46	47
ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	✓						
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่		✓					
ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์		✓					
การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง						✓	
การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8						✓	
การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์						✓	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

งานวิจัย	ปีพ.ศ. 25....							
	41	42	43	44	45	46	47	
Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children					✓			
Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.					✓			
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใยและคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี						✓		
คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์							✓	
	รวม	1	2	-	-	5	1	1
	ร้อยละ	10	20			50	10	10

จากตารางที่ 4.1

เมื่อพิจารณาค่าความถี่และค่าร้อยละของงานวิจัยที่นำมาศึกษา จำแนกตามปีที่พิมพ์เผยแพร่ ในช่วงปี 2541 -2547 พบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษาวิเคราะห์ ร้อยละ 70 เป็นงานวิจัยที่ยังไม่ผ่านเกิน 5 ปี ส่วนอีก ร้อยละ 30 เป็นงานวิจัยที่พิมพ์ในปี 2542 จำนวน 2 เรื่อง และในปี 2541 อีก 1 เรื่อง ตามลำดับ

1.2 รูปแบบงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

ตารางที่ 4.2 รูปแบบงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

งานวิจัย	แบบกึ่งทดลอง	แบบกึ่งทดลอง	เชิง	เชิง	ความสัม
	ชนิด 1 กลุ่ม	ชนิด 2กลุ่ม	สำรวจ	พรรณา	พันธ์เชิง
					ทำนาย
1.ผลของการสะท้อนการคิดได้ด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์	✓				
2.คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่			✓		
3.ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์		✓			
4.การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องกรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนนำร่อง 8 แห่ง				✓	
5. Self-Esteem ,Concern,and Quality of life of Mothers with HIV infection				✓	
6.การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8				✓	

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

งานวิจัย	แบบกึ่งทดลอง		เชิง	เชิง	ความสัม
	ชนิด 1 กลุ่ม	ชนิด 2กลุ่ม	สำรวจ	พรรณา	พันธ์เชิง
7.การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็ง อดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอวี					✓
8. Quality of Life of HIV Infected Orphaned Children			✓		
9. Health – Related Quality of Life and home-based care status among people liveing with HIV/AIDS				✓	
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ของ โรงพยาบาลกระทู้มแบน สมุทรสาคร				✓	

จากตารางที่ 4.2

พบว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์จำนวน 5 เล่ม (ร้อยละ 50) เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา
จำนวน 4 เล่ม (ร้อยละ 20) เป็นแบบเชิงสำรวจและเชิงทดลอง ตามลำดับส่วนงานวิจัยเชิงหา
ความสัมพันธ์เชิงทำนายมีจำนวน 1 เล่ม (ร้อยละ 10)

1.3 ประชากรงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตารางที่ 4.3 ประชากรงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	ประชากรที่ศึกษา	จำนวน
1.ผลของการสะท้อนการคิดได้ด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์	1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มูลนิธิสภาคริสตจักรในประเทศไทยภาคเหนือ	29 คน
2.คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย จ.เชียงใหม่	120 คน
3.ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสุโขทัย 62 ศูนย์และทั่วยุทธศาสตร์	45 คน
4.การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องกรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนนำร่อง 8 แห่ง	4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จากรพ.ชุมชน 8 แห่ง	24 คน
5. Self-Esteem ,Concern, and Quality of life of Mothers with HIV infection	5. สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ที่อาศัยอยู่ใน จ.เชียงใหม่	100 คน
6.การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	6. ผู้ป่วยเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จากรพ. ชุมชนในเขต 8	36 คน

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

งานวิจัย	ประชากรที่ศึกษา	จำนวน
7.การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็ง อดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อ เอชไอวี	7. มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่มี บุตรอายุ 6-12 เดือน มาตรวจสุขภาพเด็ก ติดเชื้อ	91 คน
8.Quality of Life of HIV Infected Orphaned Children	8. เด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวี และอยู่ใน ความดูแลขององค์กรด้านสวัสดิการสังคม ในภาคเหนือ	52 คน
9.Health – Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people liveing with HIV/AIDS	9. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ เป็นสมาชิกชมรมเพื่อนวันพุธ	214 คน
10.คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ ของโรงพยาบาลกระทู้มแบน สมุทรสาคร	10. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่เข้า โครงการรับยาต้านไวรัสของชมรมตะวัน ส่องใจ รพ.กระทู้มแบน จ. สมุทรสาคร	35 คน

จากตาราง 4.3

พบว่ากลุ่มประชากรที่งานวิจัยนำมาศึกษาเป็นจำนวน 10 เรื่องกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนทั้งสิ้น
746 คน

1.4 เครื่องมือที่ใช้ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ตารางที่ 4.4 เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	แบบประเมินคุณภาพชีวิต	แบบประเมินอื่น
1.ผลของการสะท้อนการคิดได้ด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์	-แบบประเมินคุณภาพชีวิตสร้างโดย พิกุล นันทชัยพันธ์ ประเมิน 5 ด้าน	1. แบบประเมินการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม
2.คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	-แบบประเมิน MOS ดัดแปลงจาก วอชเทล และคณะ ประเมิน 6 ด้าน	2. -
3.ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	-แบบประเมินคุณภาพชีวิต ดัดแปลงจาก Persons and Power ประเมิน 4 ด้าน	3. แบบประเมินการพยาบาลแบบองค์รวม
4.การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องกรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนนำร่อง 8 แห่ง	- แบบประเมินคุณภาพชีวิตของกรมควบคุมโรค ประเมิน 4 ด้าน	4. -
5. Self-Esteem ,Concern,and Quality of life of Mothers with HIV infection	- แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Rujikarakarn และคณะ ประเมิน 4 ด้าน	5.แบบประเมิน Selt-esteem (SEI)
6.การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	- แบบประเมินคุณภาพชีวิตของกรมควบคุมโรค ประเมิน 4 ด้าน	6. -

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

งานวิจัย	แบบประเมินคุณภาพชีวิต	แบบประเมินอื่น
7.การเข้าถึงการดูแลและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี	- แบบประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน	7.แบบประเมินความเข้มแข็งอดทนและแบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าถึงสุขภาพ
8.Quality of Life of HIV Infected Orphaned Children	-แบบประเมิน คุณภาพชีวิต 7 ด้าน	8. –
9.Health – Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people liveing with HIV/AIDS ,Bangkok,Thailand	-แบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ประเมิน 4 ด้าน	9. แบบประเมิน home-based care factors
10.คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลกระทู้มแบน	-แบบประเมินคุณภาพชีวิต กรมควบคุมโรค ประเมิน 4 ด้าน	10.-

จากตารางที่ 4.4

พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 7 เล่ม ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ประเมินคุณภาพชีวิต 5 ด้าน 1 เล่ม 6 ด้าน 1 เล่ม และ 7 ด้าน 1 เล่ม

1.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ตารางที่ 4.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	การตรวจสอบเครื่องมือ		
	Content Validity	Reliability	Chronbach s alpha coefficient
ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน	Try out 20 คน	0.87
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน	Try out 20 คน	0.76
ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน	Try out 10 คน	0.96
การประเมินผลโครงการนาร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค	-	-
การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค	-	-
การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน	Try out 10 คน	0.96
Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน	Try out 10 คน	0.9

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

งานวิจัย	การตรวจสอบเครื่องมือ		
	Content Validity	Reliability	Chronbach s alpha coefficient
Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน	Try out 20 คน	0.88
ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใย และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน	Try out 30 คน	0.85
คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค	Try out 10 คน	0.89

จากตารางที่ 4.5

แสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้ง 10 เรื่องนั้น เครื่องมือที่นำมาใช้วิจัยนั้น มีคุณภาพผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้แบบสอบถาม มีความเหมาะสมในการหาค่าความคงที่ และค่าความสม่ำเสมอของเครื่องมือ และตรวจสอบเครื่องมือ

1.6 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ตารางที่ 4.6 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการทางสถิติที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล		
ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงข้อมูล ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย	10	100
วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิต		
ใช้ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ One way ANOVA	1	10
ใช้ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Movement)	2	20
ใช้ Correlation Coefficient	2	20
ใช้ Multiple regression	1	10
ใช้ Chi-square test	2	20
ใช้ Searmann s rank Correlation Coefficient	1	10
ใช้ Paired t-test	1	10

จากตารางที่ 4.6

พบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษา มีการใช้สถิติวิจัยเชิงพรรณนาในการแจกแจงข้อมูล ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ในกลุ่มข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลเรื่องคุณภาพชีวิต จำนวน 10 เล่ม คิดเป็นร้อยละ 100 และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยที่ศึกษาใช้ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จำนวน 2 เล่ม คิดเป็นร้อยละ 20 Correlation จำนวน 2 เล่ม และ Chi-square จำนวน 2 เล่ม ส่วนอีกร้อยละ 10 ใช้ สถิติ Pair t- test และ regresstion ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณภาพชีวิตกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 2 ผลการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา

เป็นการสังเคราะห์ส่วนของข้อมูล ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านภาวะสุขภาพ ด้านปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และระดับของคุณภาพชีวิตและปัจจัย ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ นำเสนอประกอบตาราง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

2.1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตารางที่ 4.7 คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศและอายุ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	เพศ		อายุ		
	ชาย	หญิง	1-20 ปี	21-40 ปี	41-60 ปี
1. ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	6	23	8	20	1
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	49	71	0	111	9
3. ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	13	32	3	41	1
4. การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	11	13	2	19	3
5. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	13	23	1	26	9
6. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	0	91	0	76	15
7. Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	28	24	52	0	0

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

งานวิจัย	เพศ		อายุ		
	ชาย	หญิง	1-20 ปี	21-40 ปี	41-60 ปี
8. Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	115	99	0	167	47
9. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใย และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	0	100	8	92	0
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์	12	23	0	31	4
รวม N= 746 คน	247	499	74	583	89
ร้อยละ	33.11	66.89	9.92	78.15	11.93

ตารางที่ 4.7

จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุและเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากงานวิจัย 10 เล่ม พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 66.89 เป็นเพศหญิง เป็นเพศชายเพียงร้อยละ 33.11 จำแนกตามกลุ่มอายุ เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 1- 20 ปี 21-40 ปี และ 41-60 ปี พบว่าร้อยละ 78.15 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุ 21-40 ปี รองลงมาร้อยละ 11.93 อยู่ในกลุ่ม อายุ 41-60 ปี และมีเพียงร้อยละ 9.92 มีอายุอยู่ในช่วง 1-20 ปี

ตารางที่ 4.8 คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสถานภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	สถานภาพ			
	โสด	คู่	หย่า/แยก	ม่าย
1. ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	4	3	2	20
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	22	40	5	53
3. ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	12	33	0	0
4. การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	2	7	0	16
5. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	4	15	7	10
6. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	1	30	4	56
7. Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	52	0	0	0

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

งานวิจัย	สถานภาพ			
	โสด	คู่	หย่า/แยก	ม่าย
8. Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	96	64	14	39
9. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใย และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	0	84	0	16
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์	5	16	5	9
รวม n = 746	198	292	37	219
ร้อยละ	26.54	39.14	4.96	29.36

ตารางที่ 4.8

การวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจาก 10 งานวิจัย พบว่าสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 39.14 ม่ายร้อยละ 29.36 โสดร้อยละ 26.54 มีเพียงร้อยละ 4.96 ที่สถานภาพสมรส หย่า/แยก

ตารางที่ 4.9 คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	ระดับการศึกษา				
	ไม่ได้รับ การศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	ปวช/ปวส อนุปริญญา	ปริญญา ตรี
1. ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	0	24	4	1	0

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

งานวิจัย	ระดับการศึกษา				
	ไม่ได้รับ การศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	ปวช/ปวส อนุปริญญา	ปริญญา ตรี
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ใน โรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสัน ทราย จังหวัดเชียงใหม่	0	94	18	4	1
3. ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์ รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติด เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	0	24	17	4	0
4. การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนา ระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติด เชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	0	11	12	1	0
5. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติด เชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและ ต่อเนื่องในเขต 8	3	25	7	1	0
6. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็ง อดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอ วี/เอดส์	9	77	5	0	0
7. Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	0	0	0	0	0
8. Health –Related Quality of Life and Home- Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	4	61	80	44	25

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

งานวิจัย	ระดับการศึกษา				
	ไม่ได้รับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปวช/ปวส อนุปริญญา	ปริญญาตรี
9. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวล ห่วงใยและคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	1	39	49	11	0
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้า โครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์	1	14	12	8	0
รวม . n = 693	20	369	204	74	26
ร้อยละ	2.89	53.25	29.44	10.68	3.75

ตารางที่ 4.9

จากการวิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้รับการศึกษา ประถมการศึกษา มัธยมศึกษา ปวช. และปริญญาตรี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จาก งานวิจัย 9 ใน 10 เล่ม พบว่าการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.25 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.44 มีเพียงร้อยละ 3.75 ที่การศึกษาระดับปริญญาตรี

ตารางที่ 4.10 คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านรายได้เฉลี่ยและความเพียงพอของรายได้ ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	รายได้เฉลี่ย			ความเพียงพอของรายได้		
	ไม่มี รายได้	< 5,000	>5,000	ไม่ เพียงพอ	พอดีการ ใช้สอย	พอดี และมี เหลือ
1. ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองและ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	5	24	0	0	0	0
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาล สันทราย จังหวัดเชียงใหม่	40	79	1	102	17	1
3. ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบ องค์ร่วมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	13	23	9	12	28	5
4. การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อ พัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการ ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	5	15	4	0	0	0
5. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องในเขต 8	0	0	0	0	0	0
6. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็ง อดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์	0	90	1	0	0	0

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

งานวิจัย	รายได้เฉลี่ย			ความเพียงพอของรายได้		
	ไม่มีรายได้	< 5,000	>5,000	ไม่เพียงพอ	พอดีการใช้สอย	พอดีและมีเหลือ
7. Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	52	0	0	0	0	0
8. Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	9	164	41	81	122	10
9. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวล ห่วงใยและคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	0	78	22	51	49	0
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์	10	20	4	22	12	1
รวม รายได้เฉลี่ย n = 710	134	493	83	268	228	17
ร้อยละ	18.87	69.44	11.69	52.24	44.44	3.31

รายได้เฉลี่ย n = 710 ความเพียงพอของรายได้ n = 513

ตารางที่ 4.10

จากการสังเคราะห์งานวิจัย 9 เรื่องในจำนวน 10 เรื่องปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน รายได้เฉลี่ย และความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.44 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5000 บาท และร้อยละ 18.87 ไม่มีรายได้ การศึกษาใน ส่วน ความเพียงพอของรายได้พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 52.24 รายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่าย มีเพียงร้อยละ 3.31 ที่รายได้พอดีและมีเหลือเก็บ

ตารางที่ 4.11 คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอาชีพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	อาชีพ							
	ว่าง งาน	นักเรียน	เกษตรกร	รับ จ้าง	ค้า ขาย	รับ ราชการ	รัฐวิสาหกิจ	อื่น ๆ / แม่บ้าน
1. ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอช ไอวี	5	0	2	20	2	0	0	0
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่า ตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	54	1	6	54	4	1	0	0
3. ประสิทธิภาพรูปแบบการ พยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแล ตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติด เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	11	0	0	16	4	1	0	13
4. การประเมินผลโครงการนำร่อง เพื่อพัฒนาระบบติดตามและการ ประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีสึกษา โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	2	0	2	20	0	0	0	0
5. การประเมินผลการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรค เอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องใน เขต 8	13	0	9	13	1	0	0	0

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

งานวิจัย	อาชีพ							
	ว่าง งาน	นักเรียน	เกษตรกร	รับ จ้าง	ค้า ขาย	รับ ราชการ	รัฐวิสาห กิจ	อื่น ๆ / แม่บ้าน
6. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพ ชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	18	0	2	67	4	0	0	0
7. Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	0	0	0	0	0	0	0	52
8. Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	46	0	0	70	54	31	0	13
9. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใยและคุณภาพชีวิต ของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	0	0	1	32	7	1	0	59
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้า โครงการรับยาด้านไวรัสเอดส์	10	0	1	17	5	0	0	2
รวม n = 746	159	1	23	309	81	34	0	139
ร้อยละ	21.3	0.13	3.08	41.4	10.8	4.56	0.00	18.63
	1			2	6			

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

จากการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านอาชีพ 9 ใน 10 เรื่องพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.42 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21.31 ว่างาน ร้อยละ 18.63 มีอาชีพแม่บ้านและอยู่ในปกครอง

2.2 ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง ลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงอ่อนแอ ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและเกิดการเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคต่างๆ ในระยะเวลาที่แตกต่างกันไปตามระยะเวลาการดำเนินของโรค และระยะเวลาของการได้รับเชื้อและการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส กลุ่มตัวอย่างตามลักษณะทางด้านการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย (ไม่เกิน 1 วันต่อสัปดาห์) มีอาการพอสมควร (2-3 วันใน 1 สัปดาห์) และมีอาการมาก (เกือบทุกวัน)

ตารางที่ 4.12 ลักษณะทางด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	การวินิจฉัยระยะติดเชื้อ	
	มี OI	ไม่มี OI
1. ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	0	0
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	60	60
3. ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	4	41
4. การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	7	17

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

งานวิจัย	การวินิจฉัยระยะติดเชื้อ	
	มี OI	ไม่มี OI
5. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	0	0
6. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	0	0
7. Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	42	10
8. Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	0	0
9. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใยและคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	10	90
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาด้านไวรัสเอดส์	12	17
รวม n = 370	135	235
ร้อยละ	36.49	63.51

จากตารางที่ 4.12

จากการสังเคราะห์งานวิจัย 6 ใน 10 เรื่อง ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เรื่องการวินิจฉัยระยะติดเชื้อของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มมีการติดเชื้อและมีโรคฉวยโอกาส และกลุ่มผู้ติดเชื้อและยังไม่มีโรคฉวยโอกาส พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีโรคฉวยโอกาส ร้อยละ 63.51 และมีเพียงร้อยละ 36.49 ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคฉวยโอกาส

ตารางที่ 4.13 ลักษณะทางด้านภาวะสุขภาพด้านลักษณะการเจ็บป่วย

งานวิจัย	ด้านลักษณะทางด้านการเจ็บป่วย			
	ไม่มี อาการ	มีอาการ เล็กน้อย (ไม่ เกิน 1 วัน / สัปดาห์)	มีอาการ พอควร (2-3 วัน / สัปดาห์)	มีอาการมาก (เกือบทุก วัน)
1. ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองและ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	0	0	0	0
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	55	27	29	9
3. ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาล แบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์	30	3	12	0
4. การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อ พัฒนาระบบติดตามและการ ประเมินผลการดูแล ผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	0	0	0	0
5. การประเมินผลการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่าง ครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	0	0	0	0

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

งานวิจัย	ด้านลักษณะทางด้านการเจ็บป่วย			
	ไม่มี อาการ	มีอาการ เล็กน้อย (ไม่ เกิน 1 วัน / สัปดาห์)	มีอาการ พอควร (2-3 วัน / สัปดาห์)	มีอาการมาก (เกือบทุก วัน)
6. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความ เข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของ สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	6	67	16	2
7. Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	17	0	0	0
8. Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	17	105	81	10
9. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความ กังวลห่วงใยและคุณภาพชีวิตของ มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	83	17	0	0
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับ ยาต้านไวรัสเอดส์	0	0	0	0
รวม n = 569	191	219	138	21
ร้อยละ	33.57	38.48	24.25	3.70

ตารางที่ 4.13

จากการสังเคราะห์ งานวิจัย 6 ใน 10 เรื่องที่มีการศึกษาในเรื่องลักษณะอาการด้านการเจ็บป่วยซึ่งแบ่งศึกษา เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ ไม่มีอาการเจ็บป่วย มีอาการเล็กน้อยไม่เกิน 1 วัน/สัปดาห์ มีอาการพอควร 2-3 วัน/สัปดาห์ และมีอาการทุกวัน พบว่า ร้อยละ 38.48 มีอาการเล็กน้อยไม่เกิน 1 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 33.57 ไม่มีอาการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 3.70 ที่มีอาการมากเกือบทุกวัน

ตารางที่ 4.14 ปัจจัยภาวะทางสุขภาพด้านระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรค

งานวิจัย	ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรค			
	< = 1 ปี	1.1-5 ปี	5.1-10 ปี	> 10 ปี
1. ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	0	11	18	0
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	29	74	17	0
3. ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	27	18	0	0
4. การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	2	10	12	0
5. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	0	0	0	0

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

งานวิจัย	ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ			
	<= 1 ปี	1.1-5 ปี	5.1-10 ปี	> 10 ปี
6. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งของตน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	2	47	36	5
7. Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	0	0	0	0
8. Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	0	0	0	0
9. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใย และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	50	49	0	0
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์	0	0	0	0
รวม n = 408	111	209	83	5
ร้อยละ	27.21	51.22	20.35	1.22

ตารางที่ 4.14

จากงานวิจัย 6 ใน 10 เรื่องที่ได้มีการศึกษาภาวะสุขภาพเรื่องระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อพบว่า ส่วนใหญ่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ 1.1 –5 ปี ร้อยละ 27.21ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อน้อยกว่า 1ปี ร้อยละ 20.35ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ 5.1-10 ปี มีเพียงร้อยละ 1.22 ที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อมากกว่า 10 ปี

2.3 ปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องการความเห็นใจ ช่วยเหลือและการยอมรับ จากสังคมรอบข้าง และจากครอบครัว ดังนั้นการได้รับสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความท้อแท้สิ้นหวัง และจะช่วยให้สามารถปรับตัวได้

ตารางที่ 4.15 ปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	การยอมรับและเห็นคุณค่า	การให้การดูแลของครอบครัว	ด้านข้อมูลข่าวสาร
1. ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	✓	✓	
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	✓	✓	✓
2. ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	✓	✓	
3. การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	✓	✓	✓
4. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	✓	✓	✓
5. การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	✓	✓	✓

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

งานวิจัย	การยอมรับและเห็นคุณค่า	การให้การดูแลของครอบครัว	ด้านข้อมูลข่าวสาร
7. Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	✓	✓	
8. Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	✓	✓	✓
9. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใยและคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	✓	✓	
10. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์	✓	✓	✓
รวม	10	10	6
ร้อยละ	100	100	60

จากตารางที่ 4.15

พบว่าจากงานวิจัยทั้ง 10 เล่ม มีการศึกษาว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทางด้านการดูแลทางสังคมและการเข้าถึงการดูแลทางสังคม ทั้ง 10 เล่มคิดเป็น 100% ของงานวิจัย และอีกร้อยละ 60 มีการศึกษาถึงปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร

2.4 คุณภาพชีวิตรายด้าน ของงานวิจัยที่นำมาศึกษา

จากการศึกษาและวิเคราะห์พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีลักษณะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันตามสภาวะสุขภาพของร่างกาย อันเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อนต่างๆและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีการใช้แบบประเมินหลายด้าน งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ร้อยละ 70 ใช้การประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน

ตารางที่ 4.16 การประเมินคุณภาพชีวิตรายด้าน ของงานวิจัยที่นำมาศึกษา

งานวิจัย	ด้าน สุขภาพ และการทำ หน้าที่	ด้าน เศรษฐกิจ และสังคม	จิตใจและจิต วิญญาณ	ด้าน ครอบครัว
ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพ ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	✓	✓	✓	
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาล สันทรายจังหวัดเชียงใหม่	✓	✓	✓	✓
ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	✓	✓	✓	
การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบ ติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษาโรงพยาบาล ชุมชน 8 แห่ง	✓	✓	✓	
การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติด เชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและ ต่อเนื่องในเขต 8	✓	✓	✓	

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

งานวิจัย	ด้าน สุขภาพ และการทำ หน้าที่	ด้าน เศรษฐกิจ และสังคม	ด้านจิตใจและ จิตวิญญาณ	ครอบครัว
การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	✓	✓	✓	✓
Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children	✓	✓	✓	
Health –Related Quality of Life and Home- Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.	✓	✓	✓	✓
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใย และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	✓	✓	✓	✓
คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ เข้า โครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์	✓	✓	✓	
รวม	10	10	10	4
ร้อยละ	100	100	100	40

จากตารางที่ 4.16

พบว่าม้งงานวิจัยจำนวน 10 เล่ม คิดเป็นร้อยละ100 ประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ
และการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีเพียง 4 เล่ม หรือร้อยละ
40 ที่ประเมินทางด้านครอบครัว

ตารางที่ 4.17 ระดับคุณภาพชีวิตแยกศึกษารายด้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	ระดับของคุณภาพชีวิตแยกรายด้าน				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่	2	5	3	10	100
คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม	4	4	2	10	100
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	4	4	2	10	100
คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว	1	3	1	5	50

จากตารางที่ 4.17

ระดับคุณภาพชีวิตแยกรายด้าน ที่ศึกษาในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์จำนวน 10 เล่ม พบว่า คุณภาพชีวิตแยกรายด้าน ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 5 เล่ม คิดเป็นร้อยละ 50 อีก 3 ร้อยละ 30 มีคุณภาพชีวิตระดับสูง คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม ร้อยละ 40 อยู่ระดับปานกลางและร้อยละ 20 อยู่ระดับสูง ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ อยู่ระดับปานกลางร้อยละ 40 และระดับสูงร้อยละ 20 คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว อยู่ระดับปานกลางร้อยละ 30 ร้อยละ 10 อยู่ระดับสูง

2.5 การศึกษา ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ตารางที่ 4.18 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

งานวิจัย	ระดับของคุณภาพชีวิตโดยรวม		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	✓		
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่		✓	
ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			✓

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

งานวิจัย	ระดับของคุณภาพชีวิตโดยรวม			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8		✓		
การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งของตนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์			✓	
Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children			✓	
Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.		✓		
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใยและคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี			✓	
คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์		✓		
	รวม	1	5	4
	ร้อยละ	40	50	10

จากตารางที่ 4.18

พบว่า ผลการวิจัยในเรื่องของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีระดับของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 และอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40 และร้อยละ 10 มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตารางที่ 4.19 ปัจจัยด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

งานวิจัย	ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล						ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ			การสนับสนุนทางสังคม			
	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	อาชีพ	การศึกษา	รายได้	ความเพียงพอของรายได้	ลักษณะทางด้านการเจ็บป่วย	ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ	การวินิจฉัยระยะติดเชื้อ	ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	ด้านการให้การดูแลของครอบครัว	ด้านข้อมูลข่าวสาร
ผลสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-	-	✓	✓	-
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	✓	✓	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	-

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

งานวิจัย	ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล					ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ				การสนับสนุนทางสังคม		
	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	อาชีพ	การศึกษา	รายได้	ความเพียงพอของรายได้	ลักษณะทางด้านการเจ็บป่วย	ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรค	การวินิจฉัยระยะคิดเชื้อ	ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	ด้านการให้การดูแลของครอบครัว
การประเมินผลโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องกรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	-	-	-	-	-	-	-	✓	-	✓	✓	✓
การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8	-	-	-	-	-	-	-	✓	-	✓	✓	✓
การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์								✓	✓	✓	✓	✓
Quality of Life of HIV Infection Orphaned Children								✓		✓	✓	

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

งานวิจัย	ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล							ปัจจัยด้านสุขภาพ				สังคม	
	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	อาชีพ	การศึกษา	รายได้	ความเพียงพอของรายได้	ลักษณะทางด้านการเจ็บป่วย	ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรค	การวินิจฉัยระยะที่	ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	ด้านการให้การดูแลของครอบครัว	ด้านข้อมูลข่าวสาร
Health –Related Quality of Life and Home-Based Care Status among people living with HIV/AIDS Bangkok, Thailand.				✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห่วงใยและคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี					✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัส							✓		✓	✓	✓	✓	✓
รวม	1	-	2	1	3	2	2	8	8	6	10	10	6
ร้อยละ	10	-	20	10	30	20	20	80	80	60	100	100	60

จากตารางที่ 4.19

พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งศึกษาในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้ พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษารายละเอียดย่อย ร้อยละ 30 เป็นปัจจัยเรื่องการศึกษา ร้อยละ 20 เป็นเรื่องรายได้ และความเพียงพอของรายได้ ส่วนอาชีพและเพศร้อยละ 10 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพซึ่งได้ทำการศึกษาลักษณะด้านการเจ็บป่วยซึ่งได้ศึกษาถึง ลักษณะอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 80 ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อร้อยละ 80 และการวินิจฉัยระยะเวลาติดเชื้อซึ่งได้ศึกษาลักษณะของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคฉวยโอกาส และยังไม่พบว่าไม่มีโรคฉวยโอกาส พบว่าร้อยละ 60 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยด้านการยอมรับและเห็นคุณค่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 100 ด้านการดูแลของครอบครัวร้อยละ 100 และด้านข้อมูลข่าวสารร้อยละ 60

บทที่ 5

ผลการสังเคราะห์ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ครั้งนี้ ใช้การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยศึกษาจากงานวิจัยที่พิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ถึงปี พ.ศ. 2547 จำนวน 10 เล่มที่มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนาจำนวน เล่ม เชิงสำรวจ จำนวน เล่มและเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวน เล่ม วิเคราะห์วิธีการค่าทางสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ซึ่งกลุ่มประชากรที่ศึกษาในแต่ละงานวิจัย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่อาศัยอยู่ในส่วนต่างๆของประเทศ จาก การนำองค์ประกอบทางด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล อันประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพทางสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ติดเชื้อ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว และองค์ประกอบด้านภาวะทางสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะอาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ การวินิจฉัยระยะติดเชื้อ และปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการให้การดูแลของครอบครัว และด้านข้อมูลข่าวสาร ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว

1. ผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับปานกลางและคุณภาพชีวิตเมื่อแยกรายด้านจะพบว่า

- 1.1 ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง
- 1.2 ด้านเศรษฐกิจและสังคมมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับต่ำ
- 1.3 ด้านจิตใจและจิตวิญญาณมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
- 1.4 ด้านครอบครัวมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ การศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้ในการใช้จ่าย ซึ่งกล่าวได้ว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน เพศ อาชีพ การศึกษา

รายได้ และความเพียงพอของรายได้ในการใช้จ่าย มีผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความแตกต่างกัน

2.2 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ และการวินิจฉัยระยะติดเชื้อมีผลทำให้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความแตกต่างกัน

2.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการให้การดูแลของครอบครัว ด้านข้อมูลข่าวสารทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ มีประเด็นที่สมควรมาอภิปรายผล 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.89 เป็นเพศหญิง และสถานภาพสมรสคู่ และหม้ายร้อยละ 39.14 และ 29.35 ตามลำดับ การศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 53.25 และรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 52.24 ลักษณะการเจ็บป่วย พบว่ายังไม่มีอาการ ร้อยละ 63.51 และกลุ่มตัวอย่างจะมีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี ร้อยละ 78.15 ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่และเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงของวัยทำงาน

ลักษณะของกลุ่มที่ศึกษา พบว่า เป็นหญิงมากกว่าชาย และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รายงานว่าผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยเป็นกลุ่มวัยทำงาน และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ,กรกฎาคม 2540 : 1-5) สถานภาพสมรสคู่ และหม้าย ตามลำดับ ซึ่งคาดว่าจะป็นหัวหน้าครอบครัวที่เป็นหลักสำคัญของครอบครัว การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถม และมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.42 และที่น่าสนใจคือ ว่างาน ร้อยละ 21.31 มีรายได้ไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย ร้อยละ 52.24

ปัจจัยทางด้านเพศและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผลการศึกษาข้อมูลประชากรที่ศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.89 และสถานภาพสมรส หม้าย ร้อยละ 39.14 อาจกล่าวได้ว่า เพศหญิงมีความตระหนักในการดูแลตนเองสูง เนื่องจากอาจมีประสบการณ์จากการดูแลผู้สมรสของตนเองมาก่อน ประกอบกับมีการรับรู้การติดเชื้อมาก่อนตั้งแต่สามีเจ็บป่วย จึงทำให้มุ่งมั่นในการที่จะดูแลครอบครัวของตนเองไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือคนชรา ทำให้ต้อง

พยายามที่จะแสวงหาและปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองไว้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน (2541) แต่ไม่สอดคล้องกับ อภิชาติ เจริญธรรมสุขใจ (2547)

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เนื่องจาก การมีครอบครัวที่ต้องดูแล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นและกำลังใจในการจะดูแลครอบครัวของตนเอง ตลอดจนความรับผิดชอบที่มีต่อครอบครัวทำให้ผู้ติดเชื้อพยายามในการดูแลตนเองให้มีชีวิตยืนยาว จึงดูแลสุขภาพตัวเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากจากการผลการสังเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษารายได้ส่วนใหญ่พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 18.87 แสดงถึงการขาดรายได้ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว การว่างงานและขาดรายได้ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ติดเชื้อด้วย ยกเว้นในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์ หรือองค์กรต่างๆ ที่ให้การดูแลและการสนับสนุนจะพบว่าปัจจัยด้านรายได้ไม่ใช่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อาจกล่าวได้ว่าจากการเป็นโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจไม่ยอมรับ ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยตัว เมื่อมีอาการป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติหรือต้องลาออกจากงาน ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลในการศึกษาคั้งนี้พบว่า กลุ่มที่ศึกษาว่างงานร้อยละ 21.31 ไม่มีรายได้ร้อยละ 18.87 และความไม่เพียงพอของรายได้ในการใช้สอย ร้อยละ 52.24 และช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.15 อยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี ซึ่งเป็นช่วงของวัยทำงาน เป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว การว่างงานและขาดรายได้ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว คุณภาพด้านจิตวิทยาสังคมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ เจริญธรรมสุขใจ (2547), ITSUKO YOSHIDA (2545), APIWANNEE WANTHONG (2546)

ประเด็นที่ 2 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

ปัจจัยลักษณะทางด้านการเจ็บป่วย(การดำเนินของโรค กลุ่มอาการผิดปกติ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีอาการเจ็บป่วยร้อยละ 33.57และอยู่ในระยะที่ยังไม่มีโรคแทรกซ้อนร้อยละ 63.51 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพดี ซึ่งลักษณะของโรคเอดส์เมื่อ โรคมีความรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันต่ำลงเรื่อยๆ และมักเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ทุกระบบของร่างกาย ทั้งโรคฉวยโอกาส เช่นเชื้อหูดมอองอักเสบจากเชื้อรา ปอดบวมจากเชื้อรา วัณโรคและมะเร็งบางชนิด เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น ร่างกายไม่สามารถที่จะทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ แน่งน้อย ย่านาวารี (2537) ที่พบว่าภาวะ ไม่สุขสบายจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และการศึกษาของ เปรมฤทัย

น้อยหมื่น ไร่ (2536) ที่พบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายจะลดลงเมื่อเกิดความไม่ สุขสบายจากโรคแทรก และจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง อีกเมื่ออาการทิวความรุนแรงถึงต้องรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ก็จะเป็นภาระ ให้ครอบครัวที่ต้องดูแล ถ้าจำนวนครั้งของการเข้ารักษาใน โรงพยาบาลบ่อยครั้งมากจะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ แรกเคลและมอร์ โรว์ (Ragsdale & Morrow , 1990) ที่พบว่าระยะการดำเนินของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยด้านการวินิจฉัยระยะการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่พบว่ามีโรคฉวยโอกาส เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสหรือโรค แทรก ร้อยละ 75.10 จึงทำให้การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตแยกด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยอยู่ในเกณฑ์ ปานกลางถึงสูง

ประเด็นที่ 3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

จากการสังเคราะห์ปัจจัยทางการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทาง ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากชุมชน สังคมได้แก่การสนับสนุนแหล่งประโยชน์ในสังคม การได้รับสนับสนุนงบประมาณการ ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือน การสนับสนุนเงินทุนในการประกอบอาชีพใน สำนักงานสวัสดิการสังคม พบว่า การได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการเป็นผู้ดูแล (Care giver) และให้การดูแลที่บ้าน (Home base care) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยรวมของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งกล่าวได้ว่า สิ่งสำคัญที่สุดของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้น คือการยอมรับ ความจริงจากครอบครัวว่ามีสมาชิก ในครอบครัวเป็นผู้ติดเชื้อหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ และพร้อมที่จะเป็น ผู้ดูแลสมาชิกนั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Onedo G. (1996) ที่ศึกษาการยอมรับของสมาชิกใน ครอบครัวและให้การดูแลที่บ้านแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ในระดับดีมาก จะมีทัศนคติที่ดีต่อการ ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และยอมรับในการให้การดูแลที่บ้านและสอดคล้องกับการศึกษาของ M. Darh (1997) ซึ่งศึกษาที่จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของ สมาชิกในครอบครัวจะมีผลต่อการยอมรับการให้การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน จึงอาจกล่าว ได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวในการเป็นผู้ดูแล (Care giver) ให้แก่ผู้ ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ อันจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี คุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ชุมชน พบว่า ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่อยู่ในชุมชนที่ให้การยอมรับ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคม มีโอกาสเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่ม ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้รับเงินทุนในการประกอบอาชีพ มี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ พาดิลลา และแกรนท์(Padilla&Grant 1983) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนได้รับความช่วยเหลือและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสดำเนินกิจกรรม กลุ่มของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อจะมีโอกาสระบายความรู้สึกตึงเครียด กดดัน ลดความวิตกกังวล มีความสบายใจ มีกำลังใจในการดำรงชีวิต มีเพื่อนและมีที่ปรึกษา การทำกิจกรรมชมรมให้ประโยชน์สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี ได้ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ติดเชื้อ (รัตนา มุขระโกษา และคณะ 2542)

ประเด็นที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี

การศึกษา ระดับของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 เมื่อแยกศึกษารายด้านจะพบว่าคุณภาพชีวิตแยกรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ อยู่ในระดับสูง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว อยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี นรศาสตร์(2545) ที่ศึกษาพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากในเรื่องสุขภาพที่สามารถ ไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง สามารถทำงานได้ ชีวิตยังมีความหมาย จากการที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีที่ยอมรับการติดเชื้อและการป่วยด้วยโรคเอชไอวี ยอมรับเปิดตัวให้ครอบครัวรับรู้ และยอมรับเปิดตัวในกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง จากภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม นอกจากนี้ สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีก็ยังมีส่วนสำคัญ ที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้ออยู่ในระดับที่ดี

ประเด็นที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีที่ศึกษาพบว่ามีปัจจัยทางด้านลักษณะทั่วไปทางด้านประชากร ปัจจัยทางด้านความเพียงพอของรายได้ นอกจากนั้นยังมีปัจจัยในด้านลักษณะของความเจ็บป่วย ลักษณะการเปิดเผยความเจ็บป่วยให้ทางครอบครัวทราบและระยะเวลาการเจ็บป่วย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยเรื่องของการดูแลตนเอง การเสริมสร้างความอดทน ความตระหนักในความสำคัญของตนเอง ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีการศึกษาหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี และหาแนวทางในการ ส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเหล่านี้ เพื่อช่วยให้ ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายข้อพบว่าความพึงพอใจในระดับคุณภาพชีวิตหลายด้านน้อย ควรมีหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเข้ามารับผิดชอบดูแลอย่างยั่งยืน และเป็นรูปธรรม เช่น ในการจัดกิจกรรมให้การดูแลในภาคของหน่วยบริการของรัฐ กิจกรรมกลุ่มที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง การสนับสนุนในเรื่องของเงินทุนในการประกอบอาชีพ การฝึกสอนอาชีพที่สามารถประกอบอาชีพได้ เบี้ยเลี้ยงรายเดือน เงินทุนการศึกษาสำหรับบุตรตลอดจน โครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพจัดรูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมครอบคลุม ซึ่งในปัจจุบันพบว่ายังมีหลายหน่วยงาน ที่ให้การช่วยเหลือแต่ยังมีไม่ทั่วถึงที่ผู้ติดเชื้อจะใช้บริการเนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะเกิดปัญหาจากการไม่ยอมรับของชุมชน มีการเปลี่ยนสถานบริการเพื่อรักษา และรับยา ไม่เปิดตัวเนื่องจากอายและเกรงว่าบุคคลในครอบครัวจะได้รับผลกระทบในการดำรงชีวิต จึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ได้ รักษาเมื่อมีอาการมากขึ้นก็จะหมดกำลังใจและทำร้ายตัวเองได้จึงควรมีนโยบายที่ชัดเจน มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางแผนและให้การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2. ผลจากการสังเคราะห์พบว่า ปัจจัยทางด้านการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูงในเรื่องของ แรงสนับสนุนของคนในครอบครัว ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม หรือเตรียมความพร้อมให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องของการยอมรับผู้ติดเชื้อและให้ความช่วยเหลือดูแล เป็นที่ปรึกษาโดยมีการเตรียมความพร้อมในชุมชนร่วมด้วย ในส่วนของตัวผู้ป่วยเองก็ต้องมีการส่งเสริมและให้ความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

3. การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก ซึ่งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และความช่วยเหลือจากองค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ เพื่อช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมงานอาชีพ เป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และควรพิจารณาความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย สิทธิและความต้องการของผู้ป่วย ความแตกต่างในปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ การศึกษา อาชีพ ระยะของโรค เพราะปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ ผู้ติดเชื้อ จึงควรพิจารณาในวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- เนื่องจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีการกระจายกันทั่วประเทศ ปัญหาและความต้องการมีความแตกต่างกัน การได้รับสนับสนุนแตกต่างกัน ลักษณะของกลุ่มประชากรมีความแตกต่างกันตามพื้นที่และวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน การวิจัยในส่วนของคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่นำมาสังเคราะห์จะพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทางภาคเหนือ และกรุงเทพฯอาจจะเป็นเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างให้ศึกษามากในส่วนของภาคอีสานและภาคใต้จะพบน้อยจึงควรมีการวิจัยในพื้นที่เหล่านี้เพื่อจะได้ศึกษาเปรียบเทียบและใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายดูแลช่วยเหลือและวางแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเหมาะสม

- ควรมีการศึกษาวิจัยต่อในเรื่องของกิจกรรมกลุ่มหรือการสนับสนุนทางสังคม ด้านไหนที่มีผลต่อการกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีการดูแลสุขภาพตัวเอง มีอัธม โนทัศน์ต่อตนเองดีขึ้นจนเกิดความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง

- ควรมีการสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต

บรรณานุกรม

- กฤษดา ตงศิริ (2531) “ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” วิทยานิพนธ์
มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
- กัลยา วานิชย์บัญชา (2541) *การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for Windows* พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์ (2532) “เอดส์ : สังคมและพฤติกรรม” ใน *เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการพฤติกรรมสุขภาพ (4-7 เมษายน 2532)* นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล (อัคราเนา)
- เกศินี จุฑาวิจิตร (2533) “การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกัน
ระหว่าง ผู้ติดเชื้อเอดส์ ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว” วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยา
มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2536) “นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และ
ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค” *รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์* ฉ.22 , 6
สิงหาคม 2536
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2538) *เอกสารสรุปการสัมมนาระดับ
ภาคเรื่อง “แนวคิดและทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่ 8”* ระหว่างวันที่ 19 กรกฎาคม – 17 สิงหาคม 2538 : 11-15
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2542) “รวบรวมบทความข้อผลงานทาง
วิชาการปี 2536-2540” *การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7* 21-23 เมษายน 2542
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2542) “สถานการณ์เอดส์” จดหมาย
ข่าวรายวัน ฉ.2 *การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7* 21-23 เมษายน 2542 ณ โรงแรม
แอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร
- กระทรวงสาธารณสุข (2545) “แนวทางการปฏิบัติงาน การพัฒนาระบบบริการ และติดตามผลการ
รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย ปี 2545”
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจ เอส การพิมพ์
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ
(2546) “รายงานการประเมินโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล การดูแล
ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในระดับโรงพยาบาลชุมชน
ปีงบประมาณ 2545” นนทบุรี

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
(2546) รายงานการประเมินโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในระดับโรงพยาบาลชุมชนปีงบประมาณ
2545 นนทบุรี

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ (2544) รายงานการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการดูแล
ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540-2542.
กรุงเทพฯ โรงพิมพ์การศาสนา

กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน (2541) “ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและ
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จิตรา เจริญภัทรเกษ (2537) “การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น : ศึกษา
เฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลบาราศนราศูร์” วิทยานิพนธ์สังคม
สงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จินตนา คมพยัคฆ์ (2526) “การพัฒนาคุณภาพชีวิต” *วารสารพยาบาล* 32 (ตุลาคม-สิงหาคม 2526)
327-332

ดวงกมล วัตตราคุลย์ (2537) “ การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีส่วนร่วมในการดูแล
ตนเอง” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดิเรก ฤกษ์สาหร่าย (2527) “คุณภาพชีวิต” *ข่าวสารเกษตรศาสตร์* 28(ธันวาคม 2526-มกราคม2527) :
98-101

คุษฎี นรศาสตร์ และคณะ (2546) “การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรค
อย่างต่อเนืองเขต 8 ปีงบประมาณ 2544-2545” *วารสารแพทย์ชุมชน* (กรกฎาคม – กันยายน
2546) หน้า 168 – 175

ทัศนีย์ จินางกูร (2530) “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบ
ถาวร” ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล

ทองกร ชันรัมย์ และคณะ (2546) “สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9” 7 –
9 กรกฎาคม 2546 ณ อิมแพ็คเมืองทองธานี จ.นนทบุรี พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
การศาสนา

นิตยา ดากวิริยะนันท์ (2534) “ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ
และคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ” วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยา
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) “แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัย
- เนตรนภา คู่พันธ์วี (2537) “ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิต” วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- เน่งน้อย ย่านวารี (2537) “สิ่งเร้าความเครียด ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์” บทความย่อยผลงานทางวิชาการ เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 4 2537 : 88
- บังกอร์ ศิริโรจน์ (2537) “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ในการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์” เพ็ญจันทร์ ประดับมุกต บรรณาธิการ นครปฐม ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2537 : 171-246
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2540) *ระเบียบวิธีการวิจัยการสังคมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: เจริญผล
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) “จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข” ใน *สังคมวิทยาการแพทย์* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชวนพิมพ์
- บรรจง คำหอมกุล และคณะ (2535) *คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์* พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
- ประพันธ์ ภาณุภาค (2535) “ไวรัสวิทยาและพยาธิกำเนิดของโรคเอดส์” ใน *เอดส์: การดูแลรักษา* พิมพ์ครั้งที่ 2 มัทนา หาญวนิชย์ และ อุษา ทิสยากร บรรณาธิการ กรุงเทพฯ บริษัท ดีไซร์ จำกัด
- ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) “การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปานจันทร์ จ่างแก้ว (2545) “การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย (2537) “แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- ปิยวดี ทองทั้งสาย และคณะ (2546) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูง
อายุใน สถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย” *วารสารควบคุมโรค* 29 (กรกฎาคม –
กันยายน 2546) หน้า 176-185
- พร อักษรสกุล (2538) “เอดส์กับบทบาทของพระสงฆ์” *หนังสือพิมพ์มติชน* 15 มิถุนายน 2538 33
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี (2531) “การวิจัยเรื่องสภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์” *เอกสารประกอบการ
การประชุมปฏิบัติการเรื่องการวิจัยในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์* 14-16 สิงหาคม 2531
- พิกุล นันทชัยพันธ์ (2537) “การดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์” *การศึกษาเชิงคุณภาพ คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
- พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) “รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์/เอดส์”
*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล*
- มาลี วรลัคนากุล (2534) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการ ความสามารถในการดูแล
ตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด” *วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหาวชิราลงกู*
- มัทนา หาญนิษฐ์และอุษา ทิสยากร (2535) *เอดส์: การดูแลรักษา พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
บริษัทดีไซร์จำกัด*
- มัทนา หาญนิษฐ์ “การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์” เป็นส่วนหนึ่งของ*เอกสารประกอบการ
อภิปรายเรื่องแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ณ
โรงแรมรอยัลออคิด*
- มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) “การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิง
อาชีพพิเศษ” *วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ยุพา อุดมศักดิ์ (2516) “แนวความคิด หลักการและวิธีการทางประชากรศึกษาในการแก้ปัญหา
ประชากรและสาธารณสุข” *โครงการประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล*
- เยาวลักษณ์ ปรปักษ์ขาม (2537) “พัฒนาการแนวคิดในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ใน
ประเทศไทย” *วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา* 7 (มกราคม-มิถุนายน 2537) 9-28
- รัตนา มุขธระโกษาและคณะ (2542) “โครงการสร้างเสริมสุขภาพและจิตใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์”
บทความย่อยผลงานทางวิชาการ การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 21-23 เมษายน 2542

- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) “ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก” วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วรางคณา มั่นสกุล เพชร รอดอารีย์ และ นที มั่นสกุล (2546) “ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาสูตรผสมของ Nevirapine, stavudine และ lamivudine ในเม็ดเดียวกัน (GPO vir) ในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี” *เวชเวชสาร* 47 (มกราคม , 2546) หน้า29 - 36
- วิพุธ พูลเจริญ (2542) *สถานการณ์ การคาดประมาณและแนวโน้มของโรคเอดส์ การสัมมนา ระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7 21-23 เมษายน 2542 : 1-10.*
- ศदानันท์ ปียกุล (2542) “คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศศิธร ไชยประสิทธิ์ (2536) *กระบวนการตัดสินใจการดำรงภาวะการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ บทคัดย่อผลงานทางวิชาการ การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 3 33*
- สรัญญา เขียรโสภาส (2526) “คุณภาพชีวิต” *โคมทอล์ก* 4 (ก.ค.-ธ.ค. 2526) 57-59
- สุธีรา สุนทรระกูล (2536) “การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว” *วารสารกระทรวงสาธารณสุข* 12 (ตุลาคม – ธันวาคม 2536) 125-131
- สุรสิงห์ วิสสุตรัตน และคณะ (2542) *เอดส์! ปัจจัยอันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่, บทคัดย่อผลงานทางวิชาการ การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7 21-23 เมษายน 129*
- สุวิชาน มนแพงสานนท์ (2545) “การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS For Windows” กรุงเทพฯ ซีเอ็ดยูเคชั่น
- สนธยา พิชัยกุล (2533) “ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความพอใจในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษา โดยการขจัดของเสียทางเชื่อมช่องท้องอย่างต่อเนื่อง” วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2533
- สมจิต ปทุมานนท์ (2541) “ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี / ผู้ป่วยเอดส์”
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) “ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา” *พยาบาลสาร* 18 ตุลาคม – ธันวาคม) 10-35

- สมมาตร พรหมภักดี (2537) “ปัญหาชีวิตและการปรับตัวของชายที่ติดเชื้อเอดส์ในการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์” เพ็ญจันทร์ ประดับมุข บรรณาธิการ นครปฐม ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 119-167
- อภิชาติ เจริญธรรมสุขใจ (2547) “คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส” สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- อุทุมพร จามรมาน (2530) “คุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร” *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 18 (มกราคม – มิถุนายน 2530) : 1-23.
- อุมาสมร หังสพฤกษ์ (2527) “สภาวะจิตสังคมและเศรษฐกิจของผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- องค์การแคร์นานาชาติ ประเทศไทย (2538) “คู่มืออาสาสมัคร” คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 11-17
- เอี่ยมพร ทองกระจาย (2534) “ความทุกข์ของผู้ติดเชื้อเอดส์” (กรณีศึกษา) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อภิญา เวชยชัย และคณะ (2532) *สังคมและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา 4-7 เมษายน
- Apiwanee Wanthong wrtn (2002) “Self-esteem, concern, and Quality of life of mothers with HIV infection” Athesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science (Maternal and child nursing) faculty of graduate studies Mahidol University
- Andrew, F. & Mckennell, A (1980) “Measures of Self-reported Well-being their Affective” *Cognitive and other Components Social Indicators* 8 (February 1980) : 127-155.
- Barrera, M (1982) “Social support in the adjustment of pregnant adolescent : Assessment issues” In *Social Network and Social Support* Pp. 69-96. Edited by B.H. Gottlieb. London: SAGE Publication
- Brandt, P.A. & Weinert, C (1981) “The PRQ-a Social Support Measure.” *Nursing Research*. 30 (September/October 1981) : 277-280.
- Burckhardt, C (1982) “The Impact of Arthritis on Quality of Life” *Nursing Research*. 34 January – February
- Caplan, G (1974) “Support Systems and Community Mental Health.” New York : Behavioral Publications

- Cobb, S. & Willis, T.A. (1985) "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis"
Psychological Bulletin 98(September 1985) : 310-357
- Cronenwett, L.R.H (1984) "Relationship Among Social Network Structure, Perceived Social Support and Psychological outcome of Pregnancy" Doctoral Dissertation the University of Michigan.
- Dalkey, N. & Rourke, D. (1984) "The Delphi procedure and rating Quality of life factors, in the quality of Life concept" Washington, D.C. : Environmental Protection Agency.
- Dubos, R (1976) "The State of Health and the quality of Life" *The Western Journal of Medicine*.
125 (July 1976) : 8-9
- Ferrans, C.E. & Power, M (1992) "Psychometric Assessment of the quality of life index"
Research in Nursing & Health 15 29-28
- Ferrara, A.J (1984) "Personal Experience with AIDS" *American Psychologist* 39 1285-1287
- Flanagan, J.C. (1978) "A Research Approach to Improving our Quality of Life" *American Psychologist* 31 (February 1978) 138-147
- Itsuko Yoshida (2001) "Health-related quality of life and home – based care status among people living with HIV/AIDS, Bangkok, Thailand" Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master primary health care management faculty of graduate studies Mahidol University
- Haes, J.C.M. & Knippenberg, F.C.E. (1986) "The Quality of Life of Cancer Patients" *A Review of The Literature. Social Science Medicine* 20(September 1986) 809-817
- Kelly, J.A. and Lawrence, J.S. (1988) "The AIDS Health Crisis" *Psychological and Social Intervention* 2 nd Ed. USA Plenum press, 1988.
- Levinson, S.F. and O'Connell, P.G. (1991) "Rehabilitation Dimensions of AIDS" *A Review. Achieves Physical of Medical Rehabilitation* 72 (August 1991) 690-696
- Liu, Ben-Chieh (1975) "Quality of Life : Concept, Measure and Results" *The American Journal of Economics and Sociology* 34(January 1975) 1
- Maslow, A.H. (1970) "Motivation and Personality" 2 nd ed. New York : Harper & Row
- Medley GF, Anderson RM, Cox DR, et al (1988) "Estimating the incubation period for AIDS Patients Nature" 333 504-505
- Namir, S. et al., (1987) "Coping with AIDS : Psychological and Health Implications (Special issue : AIDS)" *Journal of Applied Social Psychology* 179 309-328

- Orem, D.E. (1985) "Nursing : Concepts of Practice" 3 rd. ed. Ney YorK : McGrau – Hill book Company
- Ostrow, D.G. et al. (1989) "HIV-related Sysmptoms and Psychological Functioning in a Cohort of Homosexual Men" *American Journal of Psychiatry* 17 269-285
- Padills, G.V., et al. (1983) "Quality of Life Indes for Patients with Cancer.research in Nursing and Health" 6 (september 1983) : 117-126.
- Padills, G.V. & Grant, M.M (1985) "Quality of Life as a cancer nursing outcome variable" *Advances in Nursing Science*. 8(October 1985) 45-60
- Powell, D.H, (1983) "Understanding Humand Adjustment" Normal adaptation Through the Life Cycle Boston Little, Brown and Company
- Saowaree Aeamlaor (2001) "Quality fo life of HIV Infected orphaned children" Athesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science (Maternal and child nursing) faculty of graduate studies Mahidol University
- Stewart AL, Hays RD, Ware JE JR (1988) "The MOS short form general health survey" Reliability and Validity in a patient population *Med Care* 724-735
- Stromberg, M.F. (1984) "Selecting and Instrument to Measure Quality of Life" *Oncology Nursing Forum* 11 (September/October 1984) 88-91
- Wortman, C.B. (1984) "Social Support and the cancer patient" *Conceptual and Methodological Issue Journal of American Cancer Society* 53(May 1984) 2339-2360
- Zhan, L (1992) "Quality of Life : Conceptual and Measurement Issues" *Journal of Advanced Nursing* 17 795-800
- Zich, J. and L. Emoshok. (1987) "Perception of Social Support in Men with AIDS and ARC : Relationships with Distress and Hardiness (Special issue : AIDS)" *Journal of Applied Psychology* 17 (3) 193-215

ภาคผนวก

รายละเอียดผลการศึกษางานวิจัย

1. **กฤษวี วิวัฒน์ชีวิน** ศึกษาผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีแบบคู่มือการใช้การสะท้อนคิดด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและคู่มือแบบบันทึกการดูแลตนเอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดของ พาคิลล่าและแกรนท์ (1985) โดยทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการและไม่มีอาการที่มารับบริการครั้งแรกที่ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ แผนกพันธุจักษุ มุลินธิสภาคิสตจักรในประเทศไทย จำนวน 30 ราย สามารถติดตามได้ตลอดการวิจัยได้ 29 ราย (1 รายปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยเมื่อเข้าร่วม ได้ 1 เดือน) ในจำนวน 29 รายนี้เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.3 และเป็นเพศชายร้อยละ 20.7 เท่านั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง สถานภาพทางสมรสหม้ายและร้อยละ 82.8 เป็นผู้เคยดูแลและสามีเมื่อป่วยด้วยโรคเอดส์มาก่อน ช่วงอายุระหว่าง 23-43 ปี อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์และวัยทำงาน ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ อยู่ในช่วง 0-3000 บาทต่อคน/เดือน โดยรับรู้ว่าตนเองติดเชื้อมาแล้วนาน 1-8ปี และนับถือศาสนาพุทธ พบว่าคุณภาพชีวิตมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ในช่วง 0-100 คะแนน พบว่าก่อนและหลังการใช้การสะท้อนคิดด้วยตนเองผลคะแนนของคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่าง อยู่ในช่วง 64.86, 67.07, 69.04) ผลคะแนนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านครอบครัว ตลอดจนปัจจัยด้านกายภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ (เปรมฤทัย น้อยหมื่นวัย, 2536; ดวงกมล วัตราคูล, 2537; พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

2. **รศ.ดร.สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ** (2542) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2กลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีประชากรที่ศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป คลินิกฝากครรภ์ คลินิกรักษายาเสพติด ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร 62 ศูนย์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไปรับการรักษาที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ วชิรพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน พฤษภาคม-ธันวาคม 2542 จำนวน 87 คนเป็นกลุ่มทดลอง 45 คนและกลุ่มควบคุม 42 ราย เครื่องมือในการทดลองคือ 1.แผนการสอนผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 2. คู่มือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 3. แบบฟอร์มการวางแผนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่วัดทางด้านจิตพิสัย 4 ด้าน คือด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอ้อมโนทัศน์ ด้านสุขภาพ

และการทำงานของร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและสังคม ผลจากการศึกษาวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 29.1- 6.3ปีต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.1 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 73.3 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.9 ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ37.8 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 35.6 อาชีพแม่บ้านร้อยละ 28.9 ร้อยละ 51.1 มีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาทและร้อยละ 26.7 มีรายได้ไม่พอเพียง และจากการวิจัยพบว่า การให้การพยาบาลแบบองค์รวมในกลุ่มทดลอง จะผลต่อการเปลี่ยนแปลง ความรู้ การปฏิบัติตัว แบบองค์รวม จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและ รายด้านทุกด้าน

3. สถานันท์ ปิยะกุล (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล สันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเลือก อย่างเฉพาะเจาะจง เป็นเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการอย่างน้อยเป็นครั้งที่ 2 โดยคัดเลือกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจำนวน 120คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการแสดงแล้ว จำนวน 60 คนและกลุ่มผู้ป่วยเอดส์จำนวน 60 คน เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่คลินิก ผู้ติดเชื้อเอดส์ ใช้เวลา 1 เดือนในการศึกษาโดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม 2540 เก็บข้อมูลเป็นการ ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดปลายเปิดและปลายปิด แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสถานะทางสุขภาพได้ปรับมาจากแบบวัดมาตรฐานของงานวิจัย เรื่องตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการใช้เครื่องมือวัด แบบวัด MOS (Medical Outcome Study) ในประเทศสหรัฐอเมริกาของ วอชเทลและคณะ เพื่อประเมิน ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ด้านสุขภาพจิต ด้านการทำหน้าที่ตาม บทบาท ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ ระหว่าง 31-35 ปี รองลงมามีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 23.3 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.3 อยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาและผู้ที่ยังการศึกษาระดับปริญญาตรีมีน้อยมาก พบเพียงร้อยละ 2.5และ 0.8 ตามลำดับ สถานภาพทางการสมรสของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์พบว่าเกือบ ครึ่งเป็นหม้าย ประมาณ 1ใน3มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 33.3 โสดร้อยละ 18.3 และหย่า/แยกร้อยละ 4.2 เกือบครึ่งของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ว่างงาน และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.0 เกือบครึ่งมี รายได้ต่ำกว่า 2000 บาท และไม่มีรายได้ร้อยละ 33. 3 เมื่อพิจารณาในส่วนของความเพียงพอของรายได้ พบว่า 3 ใน4 ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายร้อยละ 85.0 ทางด้านการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย เกือบ 2ใน3 ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ18.1 ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่าส่วนใหญ่ กว่า 1 ใน 4 ของผู้ติดเชื้อ มีระยะเวลาติดเชื้อนานกว่า 12 เดือน แต่ไม่เกิน 24 เดือน ร้อยละ 18.3 มีระยะเวลาการติดเชื้อในช่วง 24 เดือน แต่ไม่เกิน 36 เดือน ส่วนผู้ติดเชื้อตั้งแต่ 60 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 14.75 มีอาการนี้มากเกือบทุกวัน

อาการท้องเดิน พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการและ 2 ใน 3 ของกลุ่มมีอาการน้ำหนักตัวลดมากกว่าปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ ปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 มีระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (40 – 60 คะแนน) กว่า 1 ใน 4 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (31-45 คะแนน) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยร้อยละ 3.3 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมจะอยู่ที่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.0) ส่วนผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และระดับคุณภาพชีวิตสูงจะอยู่ร้อยละ 26.7 และร้อยละ 18.3 ตามลำดับ

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่นำมาศึกษานั้น จากการใช้วิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ เพศ และสถานภาพทางสมรส ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มอาการเจ็บป่วยในช่วงเดือนที่ผ่านมา ระยะการดำเนินของโรค การเข้าอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอาการน้ำหนักลดลงผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุหลังการติดเชื้อเอดส์ และปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิเคราะห์ทางด้านปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื่อเอดส์ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ คือปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มอาการเจ็บป่วยผิดปกติทางร่างกาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ .479, .191 และ .165 ตามลำดับ

4. ปานจันทร์ จำแก้ว เรื่องการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ของการเข้าถึงสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยประชากรที่ศึกษาในการวิจัยคือ สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ เลือกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 91 ราย ใช้เครื่องมือแบบสำรวจคุณภาพชีวิตของ สุสัณหา ยิ้มยิ้ม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ เฟอรรานส์ (Ferrans, 1997) มีเนื้อหาครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและวิญญาณ และด้านครอบครัว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 91 คน อาศัยอยู่ในอำเภอพร้าว อำเภอคอยสะเก็ด อำเภอสันป่าตอง อำเภอนาจอมทองและอำเภอสารภี กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 65 ปี อายุเฉลี่ย เท่ากับ 34.44 ปี และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 48.35) คือกลุ่มอายุ 31-

40 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 61.50 ม่าย ร้อยละ 97.80 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 84.80 ร้อยละ 73.60 มีอาชีพรับจ้างและมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2000 บาทร้อยละ 83.50 ระยะเวลาที่ทราบว่าคุณเชื่อเชื้อเอชไอวีน้อยที่สุดคือ 3 เดือน มากที่สุดคือ 14 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 5.3 ปี มีการรับรู้สุขภาพของตนเองว่ามีระดับดี ร้อยละ 73.60 และพบว่ามีความพึงพอใจการเข้าถึงการดูแลสุขภาพมากถึงร้อยละ 71.79 เมื่อนำคะแนนคุณภาพชีวิตมาจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงมาก ร้อยละ 30.70 มีคุณภาพระดับสูงร้อยละ 48.40 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.90 และร้อยละ 11.00 มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ในส่วนของคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้าน ด้านครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณก็มีคะแนนสูงเช่นกัน

5. เสาวรี เอี่ยมมลอ (2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กกำพร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 5-9 ปี และอยู่ในความดูแลขององค์กรที่ดำเนินงานด้านสวัสดิการสังคม เกี่ยวกับเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดภาคเหนือ จำนวน 52 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลและแบบประเมินคุณภาพชีวิต ของ National Youth Promotion and Coordination Committee concepts of basic minimum needs and services for children (2536) ที่ศึกษาสถานะภาพทางด้านสุขภาพ พัฒนาการจิตอารมณ์ สังคม ร่างกายและการทำหน้าที่ จิตวิญญาณ พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 และมีอายุ ช่วง 7-8 ปี ร้อยละ 50 ระดับของความเจ็บป่วย อยู่ที่ระดับ 2 อยู่ในการดูแลขององค์กรสวัสดิการสังคม 2-3 ปี ร้อยละ 40.4 และเด็กที่ติดเชื้อเหล่านั้น ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยเรื่องอาการไข้ ร้อยละ 61.5 ท้องเสียทุกเดือน ร้อยละ 42.3 ผื่นที่ผิวหนัง ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 92.3 ระดับของคุณภาพชีวิตของเด็กอยู่ในระดับดี ระดับความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ดี ขณะที่สุขภาพของเด็กที่ติดเชื้ออยู่ระดับปานกลาง

6. ITSUKO YOSHIDA ศึกษาเรื่อง Health relate QOL and home based care status among people living with HIV/AIDS in Bangkok Thailand เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางโดยการสัมภาษณ์ ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่กับครอบครัว และรู้สึกตัวดี โดยคัดเลือกจากสมาชิกชมรมเพื่อนวันพุธ ขณะเข้ากิจกรรม โดยใช้เครื่องมือแบ่งเป็น 3 ชุด คือ

- Socio-demographic

- Home based

- WHO QOL BREF THAI ซึ่งดัดแปลงมาใช้โดย สุวัฒน์ มัทนรินทร์กรกุล

ครอบคลุม ปัจจัย 4 ด้าน ทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตต่างๆ ไปและสุขภาพ โดยแบ่งเป็นระดับ ต่ำ ปานกลางและดี ซึ่งต้องมี

ระดับคะแนน ของแบบสอบถามในระดับ 26-60, 61-95, 96-130 , ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.7 และมีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 30.4 โสดร้อยละ 20.6 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.5มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 21.5 ไม่เรียนหนังสือร้อยละ 1.9 ปริญญาตรี ร้อยละ 20.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.3 มีอาชีพ ค้าขาย ร้อยละ 25.2 รับจ้างร้อยละ25.2 และไม่ทำงานร้อยละ 21.5 รายได้ของครอบครัว 10000-19999 บาท ร้อยละ 27.1 รายได้ของครอบครัวพอเพียงใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 57.3 ไม่เพียงพอใช้ร้อยละ 38.0 สถานะของตำแหน่งในครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 40.2 เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 43.0 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในครอบครัว อยู่อาศัยรวมกัน ร้อยละ 27.6และเป็นครอบครัวที่ยังไม่มีสมาชิกเป็นเด็ก ร้อยละ 58.9 รับประทานอาหารพร้อมครอบครัวร้อยละ 66และ 89.2 ใช้ภาชนะในการรับประทานอาหารชุดเดียวกันกับครอบครัวร้อยละ 90.7 การแสดงการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการรับประทานยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยร้อยละ 72.9 และไปพบแพทย์เมื่อรู้สึกไม่สบายร้อยละ 79.4 การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับ ร้อยละ 80-89 การศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พบว่า สุขภาพทางร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ88.2 สุขภาพทางจิตใจอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ74.0 ความสัมพันธ์ทางด้านสังคม ร้อยละ57.9 อยู่ในระดับปานกลาง และสัมพันธ์ภาพทางสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 78.4 โดยรวมแล้วคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

7.อภิวรรณ แหวนทอง ศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลห้วงใยและคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุ 6-12 เดือน ที่พาบุตรมาตรวจสุขภาพที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็กติดเชื้อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี วัชรพยาบาล และ โรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวน 100 รายเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25-29 ร้อยละ 36 และอายุ 20-24 ร้อยละ30 มีอายุ 30-34 ร้อยละ 17 อาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 59 อาชีพรับจ้างร้อยละ 32 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39 ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 24 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญา ร้อยละ 24 สถานภาพทางสมรส แต่งงานแล้ว ร้อยละ 84 แม่หม้าย หย่า/ร้าง ร้อยละ 16 และยังใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน ร้อยละ81 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5000 บาท ร้อยละ 42 ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวร้อยละ 49 ไม่เพียงพอของรายได้ ร้อยละ 51 และการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองสูง มีความกังวลห้วงใยอยู่ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตของครอบครัวอยู่ระดับสูง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ระดับสูง ด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว การเปิดเผยผลการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. คุณหญิง นรศาศวัตและคณะ วิจัยเรื่อง การประเมินผลการพัฒนาระบบดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8 ปีงบประมาณ 2544-2545 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและเชิงคุณภาพ ศึกษาโดยการสุ่มเลือกโรงพยาบาล 10 แห่งซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพในเขต 8 และสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 30 โรงพยาบาลทั้ง 5 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างเจาะจง จำนวน 36 คน เพื่อสัมภาษณ์เจาะลึกและผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 39 คนเพื่อสนทนา เครื่องมือในการวิจัยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึกแบบวัดคุณภาพชีวิตและแบบสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ผลการศึกษา โรงพยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 90 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.2 สถานภาพทางสมรสหม้าย/หย่า ร้อยละ 57.9 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.1 อายุเฉลี่ย 26 ปี การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.4 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 41.2 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 52.9 อายุเฉลี่ย 32 ปี ระดับการศึกษาประถม ร้อยละ 70.6 สำหรับแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ โดยรวมความพึงพอใจในระดับความปานกลาง ได้แก่ พื่อใจในชีวิต การผูกมิตร หรือการเข้ากับผู้อื่น ชีวิตทางเพศ ความมั่นคงปลอดภัย ข้อมูลข่าวสาร และมีความพึงพอใจระดับมากในเรื่องสุขภาพ

9. ชีระ วรรณรัตน์ และคณะ ศึกษาวิจัยเรื่อง โครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในระดับโรงพยาบาลชุมชน เป็นกรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนนำร่อง 8 แห่ง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา ด้านต้นทุน และทรัพยากร การบริหารจัดการ บุคลากร การเงินและโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลชุมชนด้านระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง การส่งต่อและเครือข่ายการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งความพึงพอใจที่ได้รับจากโรงพยาบาลชุมชน และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการบริการจากโรงพยาบาล 8 แห่ง โดยคัดเลือกโรงพยาบาลแบบเจาะจงจากทุกภาคที่สมัครเข้าร่วมโครงการ เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสาร และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ สัมภาษณ์ผู้ให้บริการ สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการและ ผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวนทั้งสิ้น 25 พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลเรื่องสุขภาพจากโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งการมีกลุ่มช่วยเหลือต่างๆให้การดูแลและสนับสนุนในเรื่องการให้เงินช่วยเหลือ

10. อภิปาต เจริญธรรมสุใจ ศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกระทุมแบน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการรับยาด้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มตัวอย่างที่เจาะจงของชมรมตะวันส่องใจ โรงพยาบาลกระทุมแบนจำนวน 35 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งใช้แบบสอบถามของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้ในโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.71 ชาย ร้อยละ 34.29 อายุอยู่ในช่วง 24-44 ปี ร้อยละ 88.57 อายุ 45-59 ปี ร้อยละ 11.43 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 45.71 ม่ายร้อยละ 25.71 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 มัธยมศึกษา ร้อยละ 34.29 ปวช./ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 22.85 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.57 และ ร้อยละ 28.57 ว่างาน มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 14.29 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 2000-5000 บาท ร้อยละ 40.00 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 28.57 มีรายได้น้อยกว่า 2000 บาท /เดือน ร้อยละ 17.14 ความไม่เพียงพอจากรายได้ ร้อยละ 62.86 มีความเพียงพอ ร้อยละ 34.28 ลักษณะการเป็นอยู่อยู่กับครอบครัวหรือบุตรหลาน ร้อยละ 60.00 และครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 68.57 ร้อยละ 11.43 อยู่คนเดียว และร้อยละ 8.59 อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นๆ เช่น เพื่อน และไม่ทราบว่าติดเชื้อ ร้อยละ 31.43 ความพึงพอใจในระดับปานกลาง ถึงระดับพึงพอใจมาก ได้แก่มีกำลังใจเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ เช่น การนอนหลับ รู้สึกพอใจในชีวิต มีสมาธิในการทำงานพอใจในตนเอง ความสามารถในการทำงาน คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าโครงการรับยาด้านไวรัสที่โรงพยาบาลกระทุมแบน โดยรวมมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ ความพอใจกับสุขภาพ การเจ็บปวดทางร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ และมีความคิดว่าชีวิตความเป็นอยู่โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการเป็นอยู่ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ปัจจัยของระยะเวลาการรับยาด้านไวรัสเอดส์ และความเพียงพอของรายได้ในการใช้จ่ายใช้สอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นางสาววัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล
วัน เดือน ปี เกิด 15 มีนาคม พ.ศ.2504
สถานที่เกิด เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา พยาบาลศาสตร์บัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลกระทุ่มแบน อำเภอกะทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7