

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร

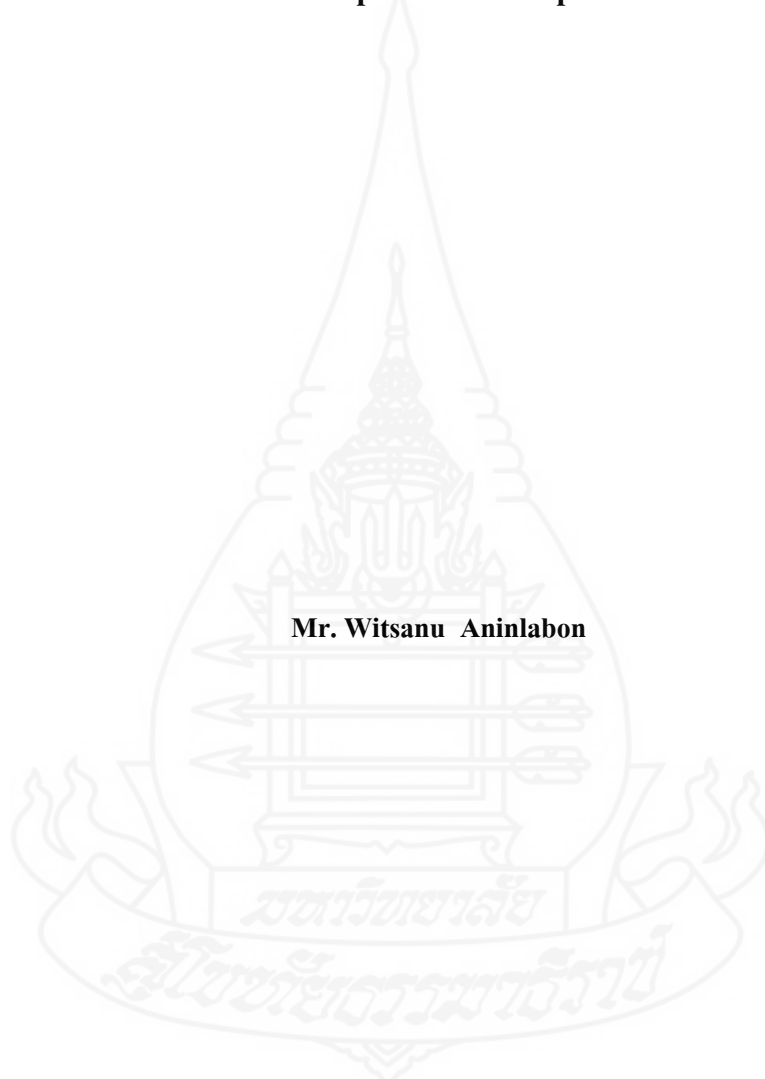
นายวิษณุ อนิลบล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2560

**A Comparison of Quality of Life among HIV/AIDS Patients Attending
Government Hospitals in Chumphon Province**

Mr. Witsanu Aninlabon



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2017

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร
ชื่อและนามสกุล นายวิษณุ อนิลบล
วิชาเอก บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย
2. รองศาสตราจารย์พรทิพย์ กิระพงษ์


วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2561

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พรทิพย์ กิระพงษ์)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วัณชัย)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร

ผู้วิจัย นายวิษณุ อนิลบล รหัสนักศึกษา 2595000775

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย (2) รองศาสตราจารย์พรทิพย์ กิระพงษ์
ปีการศึกษา 2560

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ 3) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดชุมพร

ประชากร คือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกรับยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลรัฐทั้งหมดในจังหวัดชุมพรจำนวน 2,485 คน สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7 ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลจากการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความแตกต่างของ อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่าค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีค่ามากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการให้การดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพ และการส่งเสริมการเพิ่มรายได้จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

คำสำคัญ เอดส์ เอชไอวี คุณภาพชีวิต

Thesis title: A Comparison of Quality of Life among HIV/AIDS Patients Attending Government Hospitals in Chumphon Province

Researcher: Mr. Witsanu Aninlabon; **ID:** 2595000775;

Degree: Master of Public Health;

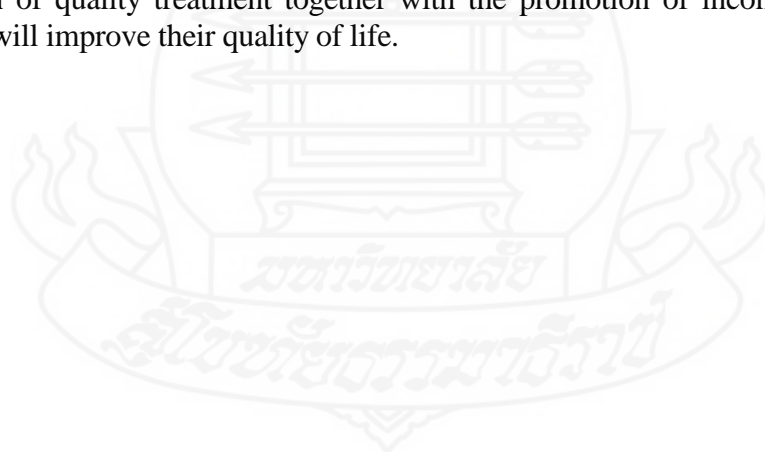
Thesis advisors: Dr. Araya Prasertchai, Associate Professor; Porntip Geerapong, Associate Professor; **Academic year:** 2017

Abstracts

The purposes of this descriptive study were (1) to investigate the quality of life of HIV-infected and AIDS (HIV/AIDS) patients, (2) to assess factors related to their quality of life, and (3) to compare the quality of life of HIV/AIDS patients in large and small government hospitals in Chumphon province.

The population of this study included 2,485 HIV/AIDS patients who were treated in government hospitals in the province; of all such patients, 260 were selected using the multistage sampling method to take part in the study. A questionnaire with the reliability coefficient of 0.7 was used for data collection; and the data obtained were analyzed with descriptive and inferential statistics.

The results revealed that: (1) among all respondents, their quality of life in overall health domain was at the moderate level; (2) factors significantly associated with the patients' quality of life were occupations, monthly income and support provided by local administrative organizations; and (3) by comparison, the mean quality of life (health, social and environmental aspects) of HIV/AIDS patients attending large government hospitals was significantly higher than that at small hospitals in the province. Thus, the provision of quality treatment together with the promotion of income for HIV/AIDS patients will improve their quality of life.



Keywords: AIDS, HIV, Quality of life

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการได้รับความกรุณา ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ สราวุธ สุพรรณมาสา ประธานคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย รองประธานคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และรองศาสตราจารย์ พรทิพย์ กิระพงษ์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้ให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ประสานงานโรคติดต่อเรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร และผู้รับผิดชอบคลินิกดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพรทั้ง 11 แห่ง ที่ได้กรุณาช่วยประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

วิษณุ อนิลบล

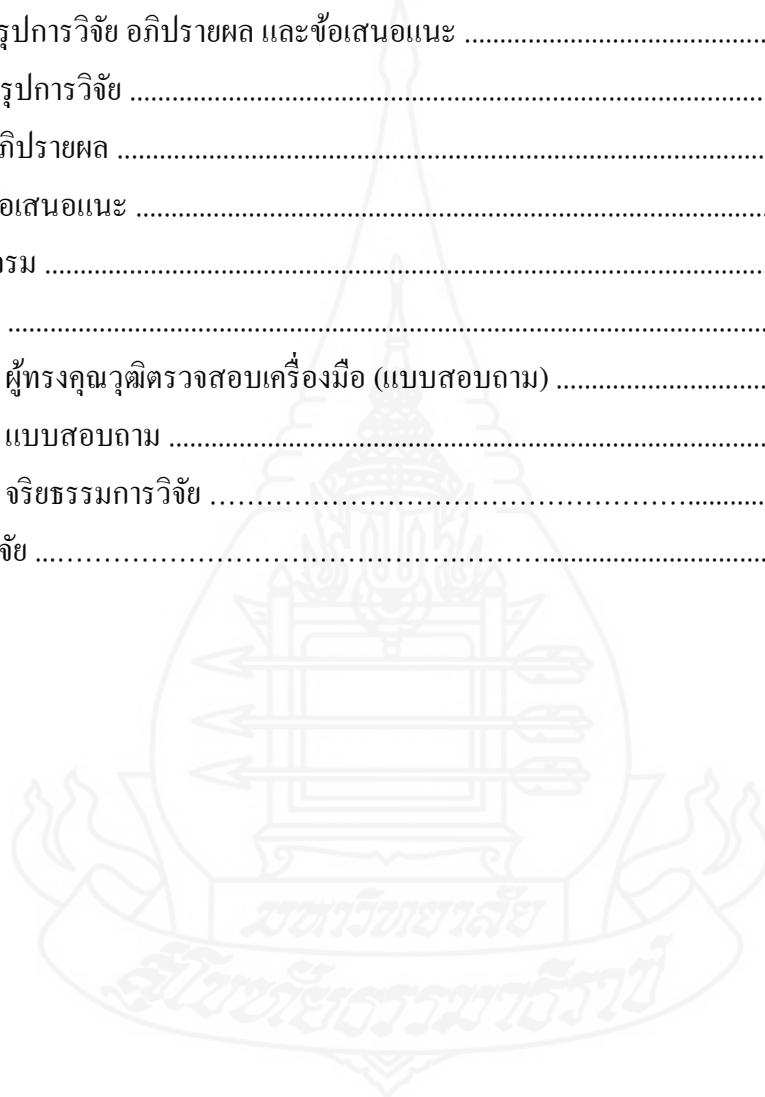
ตุลาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
บริบทของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดชุมพร	11
โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์	17
คุณภาพชีวิต	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	67
การวิเคราะห์ข้อมูล	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	70
ข้อมูลด้านบุคคล ด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	71
พฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส	77
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ	77

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลการรักษา กับคุณภาพชีวิต	82
ข้อมูลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ	101
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	107
สรุปการวิจัย	107
อภิปรายผล	109
ข้อเสนอแนะ	119
บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก	126
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)	127
ข แบบสอบถาม	133
ค จริยธรรมการวิจัย	141
ประวัติผู้วิจัย	145



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	27
เกณฑ์ความไวและความจำเพาะของชุดตรวจประเภทต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ การตรวจวินิจฉัยรายบุคคล สำหรับการพิจารณาขึ้นทะเบียนของประเทศไทย.....	27
ตารางที่ 2.2	41
สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก.....	41
ตารางที่ 2.3	52
สรุปมิติที่มีอยู่ในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป.....	52
ตารางที่ 3.1	59
แสดงจำนวนประชากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพรแยกรายโรงพยาบาล.....	59
ตารางที่ 3.2	59
แสดงจำนวนประชากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพรแยกตามขนาดโรงพยาบาล.....	59
ตารางที่ 3.3	60
แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร แยกตามขนาดโรงพยาบาล.....	60
ตารางที่ 3.4	61
แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร แยกตามรายและขนาดโรงพยาบาล.....	61
ตารางที่ 3.5	66
แสดงการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบ ด้านต่างๆ.....	66
ตารางที่ 4.1	71
แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาใน โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	71
ตารางที่ 4.2	75
แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของ ข้อมูลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร.....	75
ตารางที่ 4.3	77
แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัส.....	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และระดับคุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพรายด้าน.....	77
ตารางที่ 4.5 แสดงระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตาม WHOQOL-HIV-Bref จำแนกรายข้อ.....	78
ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามปัจจัย ด้านเพศประโชยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	83
ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามปัจจัย ด้านอายุ.....	84
ตารางที่ 4.8 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านอายุด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบพหุคูณ (Multiple comparisons).....	84
ตารางที่ 4.9 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านระดับการศึกษา.....	85
ตารางที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านอาชีพ	87
ตารางที่ 4.11 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน	88
ตารางที่ 4.12 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัย ด้านสถานภาพ	89
ตารางที่ 4.13 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	90
ตารางที่ 4.14 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านผู้ดูแล	91
ตารางที่ 4.15 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี	92
ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส	93
ตารางที่ 4.17 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส	94

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.18 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านระดับ CD4 ล่าสุด	96
ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านจำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load)	97
ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านโรคประจำตัวอื่น ๆ	98
ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านชนิดของยาต้านไวรัส	99
ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ปัจจัยด้านจำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส	100
ตารางที่ 4.23 สรุปปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	100
ตารางที่ 4.24 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ด้านร่างกายในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล	101
ตารางที่ 4.25 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ด้านร่างกายในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล	102
ตารางที่ 4.26 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ด้านจิตใจในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล	103
ตารางที่ 4.27 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ด้านจิตใจในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล	103
ตารางที่ 4.28 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล	104
ตารางที่ 4.29 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล	104
ตารางที่ 4.30 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล	106
ตารางที่ 4.31 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล	106

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
ภาพที่ 2.1 แนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ใหญ่ และเด็กที่อายุ 24 เดือนขึ้นไป	30



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและในระดับโลก ปัจจุบันยังคงเป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี 2560 มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 36.7 ล้านคน ประชากรอายุระหว่าง 15-49 ปี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 0.8% ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ประเทศในแอฟริกาทางตอนใต้ของทะเลทรายซาฮารา พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด มีจำนวนผู้ติดเชื้อประมาณ 4.2% ของจำนวนประชากร (World Health Organization [WHO], 2018)

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย จากรายงานของ โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS : UNAIDS, 2017) พบว่า จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 450,000 คน โดยมีอัตราชุกของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 1.1% ของประชากรไทย ในปี 2560 มีผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ 6,400 ราย เสียชีวิตจำนวน 16,000 ราย แต่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มลดลงในแต่ละปี และจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง 39 % เมื่อเทียบระหว่างปี 2548 กับปี 2556 องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติประมาณว่าเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มียอายุ 15-49 ปี ร้อยละ 1

จากการสำรวจของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการศึกษาหาความชุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการหญิง และชาย กลุ่มชายที่ตรวจกามโรค กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มบริจาคโลหิต และ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (สำนักกระบวนวิชา, 2559) พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2559 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มพนักงานบริการตรงเท่ากับร้อยละ 1.1 และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการแฝง เท่ากับร้อยละ 0.9 โดยจังหวัดที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการตรงสูงสุด คือ จังหวัดลำปาง ร้อยละ 14.4 รองลงมาคือ พังงา ร้อยละ 5.7 และชุมพร ร้อยละ 4.2 ส่วนความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มพนักงานบริการชาย ปี พ.ศ. 2558-2559 ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 24.5 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 14.3 และร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 ตามลำดับ

ในกลุ่มชายที่รับการตรวจภาวะโรคพบความชุก ลดลงจากร้อยละ 4.42 เมื่อ พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 2.6 ในปี พ.ศ. 2559 ส่วนกลุ่มโลหิตบริจาควบความชุกในภาพรวมในปี พ.ศ. 2559 เท่ากับร้อยละ 0.1 โดยมีแนวโน้มในระดับทรงตัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2559 กลุ่มโลหิตบริจาคชายใหม่พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น เช่นเดียวกับ กลุ่มโลหิตบริจาคชายเก่า และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ มีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2559 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.5 กลุ่มบริจาคโลหิตที่ระบอบาชีวะเป็นนักเรียนและนักศึกษา ยังคงมีความชุกต่ำและมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2557 เป็น 0 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาค มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 จนถึง ปี พ.ศ. 2559 โดย 4 ปีซ้อนหลังพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่า 0 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด มีแนวโน้มไม่คงที่ โดยในปี 2559 ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวีกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด อยู่ที่ร้อยละ 38.4

เป้าหมายของการรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปี 2557-59 ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ (1.) Zero New HIV Infections คือ การทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณ และอัตราการติดเชื้อเมื่อแรกเกิดน้อยกว่า ร้อยละ 2 (2.) Zero AIDS-related Deaths คือ ผู้ติดเชื้อทุกคนในประเทศไทย สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน จำนวนผู้ติดเชื้อเสียชีวิตลดลงมากกว่าร้อยละ 50 และจำนวนผู้ติดเชื้อเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 (3.) Zero Discrimination คือ การทำงานเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิมนุษยชนและจำเพาะกับเพศภาวะ จำนวนการถูกเลือกปฏิบัติหรือการละเมิดสิทธิลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 โดยการใช้หลัก 90 % คือ ชักชวนให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงสามารถเข้าถึงบริการป้องกัน 90% และได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีได้ 90% ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงยาต้านไวรัส 90% ประชากรกลุ่ม เป้าหมายที่อยู่กับเชื้อและไม่อยู่กับเชื้อเอชไอวี คงอยู่ในระบบบริการ 90% (ชิวพันธ์, 2557)

นอกเหนือจากเป้าหมายด้านการรักษาแล้ว คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากัน จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง (น้องเล็ก คุณวาราศิย์, นิตยา ดาววงษ์ญาติ, กิติมา วรณทอง ณิชมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559; เปรมจิตร์ ต้นบุญยืน, 2556; ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และปญญาพัฒน์ ไชยเมธ, 2554; หทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์, วิทยา

กุลสมบุญ, และยุภาพรรณ มั่นกระโทก, 2553; พิทยา จารุพูนผล, 2552; รongรัตน์ ชนะจน, 2551) โดยจากการศคศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านจิตใจ การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร ของเกสรวี ละม้ายสกุล (2555) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมคะแนนเฉลี่ยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และปญญพัฒน์ ไชยเมล์, 2554) ส่วนปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นมีผลวิจัยที่แตกต่างกัน

จังหวัดชุมพร มีโรงพยาบาลรัฐในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขสุขทั้งหมด 11 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลหลังสวน โรงพยาบาลปะทิว โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลพะโต๊ะ โรงพยาบาลละแม โรงพยาบาลมาบอำมฤต โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และโรงพยาบาลทุ่งตะโก จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่รับบริการในคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสของโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด 11 โรงพยาบาล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2560 มีทั้งหมด 2,485 คน โดยจำนวนผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ ที่เข้ารับบริการในคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัส ที่มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ 981 คน โรงพยาบาลหลังสวน 325 คน และโรงพยาบาลสวี 216 คน ส่วนโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ที่เข้ารับบริการในคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสน้อยที่สุด 3 ลำดับ คือ โรงพยาบาลพะโต๊ะ 54 คน โรงพยาบาลมาบอำมฤต 83 คน และโรงพยาบาลทุ่งตะโก 95 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2560)

จากข้อมูลของงานควบคุมโรคติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลรัฐต่างๆ พบว่า ในโรงพยาบาลรัฐของจังหวัดชุมพร ยังไม่มีผลการศึกษาในประเด็นของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีเพียงการศึกษาถึงปัจจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก (กรณิการ์ วีระกุล, อารยา ประเสริฐชัย และสุรเดช ประดิษฐบาทุกา, 2554)ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกยาต้านเอชไอวี ในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร ในช่วงปีงบประมาณ 2561 โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถามเฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-HIV) โดยหวังว่าจะได้นำผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทราบระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเป็นข้อมูล

พื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนและการจัดระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละอำเภอและระดับจังหวัดต่อไป

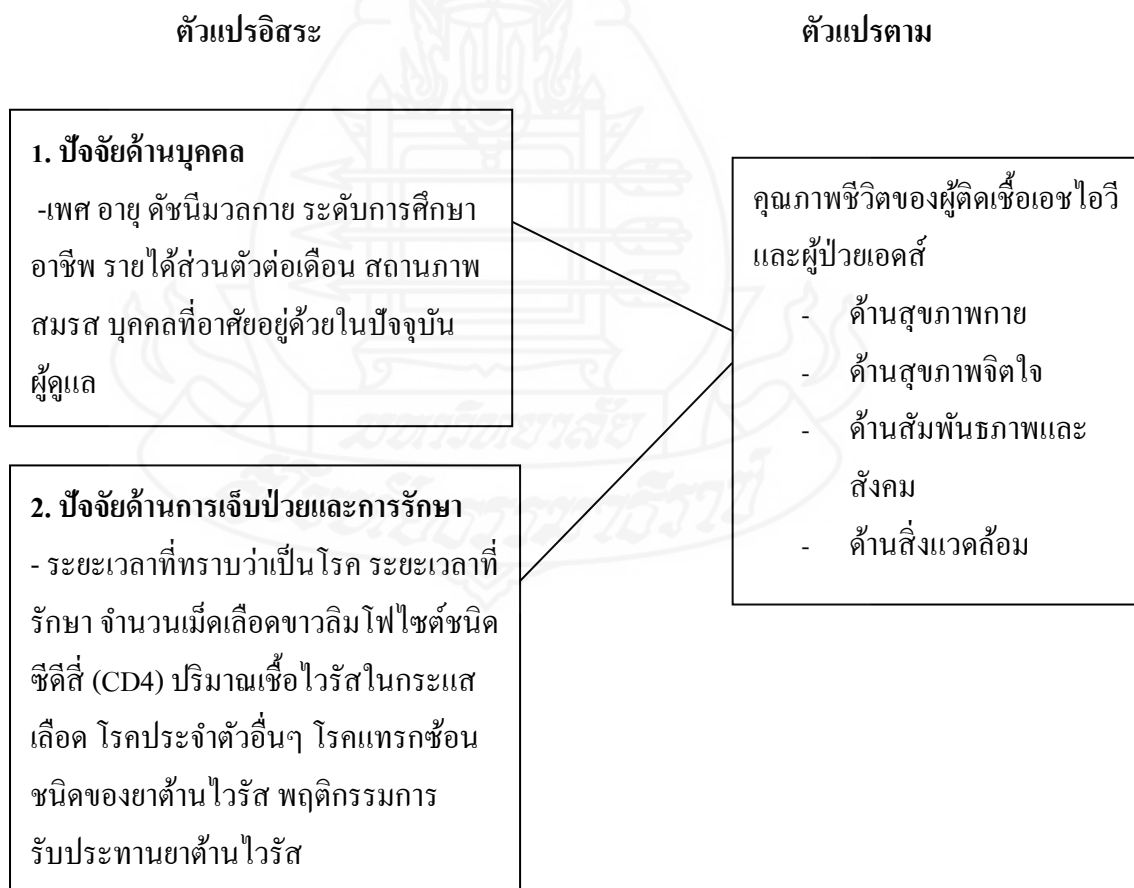
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร

2.3 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย มีดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการรักษา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร

4.1 คุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐระดับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก มีความแตกต่างกัน

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

การวิจัยเรื่อง “การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร” การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlational descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม

5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษาและประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกยาต้านไวรัส ในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลรัฐทั้งหมดในจังหวัดชุมพร จำนวน 2909 คน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลหลังสวน โรงพยาบาลปะทิว โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลพะโต๊ะ โรงพยาบาลละแม โรงพยาบาลมานอำมฤต โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และโรงพยาบาลทุ่งตะโก

5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ตัวแปรที่วิจัยนำมาจากแนวคิดทฤษฎี

5.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

5.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

5.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

5.3 ขอบเขตด้านตัวแปร

5.3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1) ปัจจัยด้านบุคคลและร่างกาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้ำหนักและส่วนสูงเพื่อหาดัชนีมวลกายก่อนเริ่มยาต้านไวรัสและดัชนีมวลกายในปัจจุบัน

2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับ CD4 ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ปัจจุบัน ปริมาณ Viral load ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส และ โรคประจำตัวอื่นๆ

5.3.2 **ตัวแปรตาม** ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร

5.4 ขอบเขตด้านเวลา เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ มกราคม 2561 – มิถุนายน 2561

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นิยามศัพท์เพื่อการวิจัย ดังต่อไปนี้

6.1 **เอชไอวี (HIV: Human Immunodeficiency Virus)** คือ เชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

6.2 **ผู้ติดเชื้อเอชไอวี** คือ บุคคลที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีแล้วตรวจเลือดพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่พบอาการที่สัมพันธ์กับเอดส์

6.3 **โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome)** คือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องที่มีลักษณะของการติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่เชื้อเอชไอวีได้ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจนระดับของเซลล์ซีดีสี่ (CD4) ในเลือดลดน้อยลงกว่าปกติ หรือร่างกายมี “อาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง” เช่น ไข้เรื้อรัง น้ำหนักลดอย่างมาก และรวดเร็ว ท้องเสียเรื้อรัง ผื่นผิวหนัง ติดเชื้อโรคฉวยโอกาส เป็นต้น

6.4 **ยาด้านไวรัส (Antiretroviral drugs)** หมายถึง ยาที่ทางการแพทย์รับรองว่า ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

6.5 **ชนิดของยาด้านไวรัส** ได้แก่ ยาด้านเอชไอวีทั้งหมด 6 กลุ่ม แต่มียาเพียง 3 กลุ่มที่ใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด (resource-limited settings) รวมทั้งในประเทศไทยคือ ยากลุ่ม Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs), Non-nucleoside

reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) และ Protease inhibitors (PIs) ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีทั้งชนิดยาเดี่ยวและยาสูตรผสม (coformulated)

6.6 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานที่มีผลคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้ำหนักและส่วนสูง

6.6.1 เพศ หมายถึง เพศหญิง และเพศชาย

6.6.2 อายุ หมายถึง อายุจริงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีหน่วยนับเป็นปีเต็ม นับจากวันที่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

6.6.3 ระดับการศึกษา หมายถึง คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งระดับการศึกษาเป็น 8 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้เรียน ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส. ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี และระดับปริญญาตรีขึ้นไป

6.6.4 อาชีพ หมายถึง อาชีพหลัก งานที่ทำเป็นประจำ ที่ก่อให้เกิดรายได้สูงสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นการประกอบการที่ไม่เป็นโทษแก่สังคม และมีรายได้ตอบแทนโดยอาศัยแรงงาน ความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการ แตกต่างกันไป เพื่อนำมาเลี้ยงตนเอง ครอบครัว และเพื่อชื้อจ่ายปัจจัยที่จำเป็นหรือต้องการ

6.6.5 สถานภาพสมรส หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา แบ่งได้ดังนี้ 1) โสด ได้แก่ ผู้ที่ยังไม่เคยสมรส 2) สมรส ได้แก่ ผู้ที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา ไม่ว่าจะได้ทำการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม และแม้ว่าระห่างไปทำการสำรวจ ทั้งสามีและภรรยาจะไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่ยังมีความสัมพันธ์ ฉันท์สามีภรรยาฉันอยู่ เช่น สามีไปทำงานต่างจังหวัดหรือไปทำงานต่างประเทศ ก็ถือว่ายังสมรสกันอยู่ 3) หม้าย ได้แก่ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่ 4) หย่าร้าง ได้แก่ สามีภรรยาที่หย่ากัน โดยถูกต้องตามกฎหมายแล้ว 5) แยกกันอยู่ ได้แก่ ผู้ที่มีได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้ว แต่ยังไม่ได้หย่ากันตามกฎหมาย รวมทั้งผู้ที่ไม่ได้สมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่ไม่ได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้ว 6) เคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพสมรส ได้แก่ ผู้ที่สมรสแต่ไม่ทราบว่าป็นสถานภาพใดแน่ เคยสมรส ในการสำรวจนี้หมายถึง สมรส (รวมอยู่กินฉันท์สามีภรรยา) หม้าย หย่า แยกกันอยู่ และเคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพสมรส

6.6.6 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้ต่อปี ของสมาชิกทุกคนในครัวเรือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งคิดจากรายได้ที่เป็นตัวเงิน และผลผลิตของครัวเรือน ที่ยังไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ

6.6.7 น้ำหนัก หมายถึง น้ำหนักรวมที่ประกอบไปด้วยส่วนต่างๆ ได้แก่ ไขมัน กล้ามเนื้อ อวัยวะต่างๆ โครงกระดูก และของเหลวภายในร่างกาย มีหน่วยเป็นกิโลกรัม

6.6.8 ส่วนสูง หมายถึง ความยาวของร่างกายตั้งแต่ส่วนบนสุดของศีรษะลงมาถึงฝ่าเท้า มีหน่วยเป็นเซนติเมตร

6.7 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา หมายถึง ปัจจัยด้าน ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟ (ระดับ CD4) ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ปัจจุบัน ปริมาณ Viral load ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส และโรคประจำตัวอื่นๆ ที่มีผลคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

6.7.1 ระยะเวลาที่เป็นโรค หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์จนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล นับจำนวนปีเต็ม

6.7.2 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสจนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล นับจำนวนปีเต็ม

6.7.3 ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟ (CD4) หมายถึง จำนวนเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ชนิดซีดีโฟของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้จากการส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการครั้งสุดท้ายใน 1 ปี ที่ผ่านมา ตั้งแต่วันที่เจาะเลือดจนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

6.7.4 โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ติดตัวอยู่เป็นประจำ รักษาไม่หายขาด หรือโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่แล้ว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน แล้วต่อมาผู้ป่วยเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

6.8 คุณภาพชีวิต หมายถึง มุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา” ตัวอย่างเช่น คนคนหนึ่งอาจให้ความสำคัญต่อเรื่องการทำงานและการหาเงินเป็นตัววัดคุณภาพชีวิตของเขา แต่อีกคนอาจให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการอยู่อาศัยมากกว่า หรือผู้สูงอายุอาจให้ความสำคัญเกี่ยวกับครอบครัวและความศรัทธาต่อศาสนามากกว่าคนอ่อนวัย และบุคคลที่อยู่ในสังคมที่แตกต่างกันจะให้ความสำคัญต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตแตกต่างกัน

6.9 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) หมายถึง ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (health outcome) ที่มีความสำคัญนอกเหนือจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิกและการรอดชีพ (survival)

6.10 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งประกอบขึ้นด้วยมิติ (dimension หรือ domain) ทางด้านสุขภาพหลายด้าน เช่น สุขภาพทางด้านร่างกาย สุขภาพทางด้านจิตใจ สุขภาพทางด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

6.11 พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เลือกจะกระทำหรือเลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจหรือการยินยอมทำตามคำสั่งจากผู้มีอำนาจในการรักษาหรือเชื่อฟังตามแผนการรักษาในเรื่องการรับประทานยา

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

7.1 ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร

7.2 ทราบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร

7.3 สามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดชุมพรได้

7.4 นำข้อมูลด้านปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไปใช้พัฒนาระบบบริการในคลินิกยาต้านไวรัส ในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดชุมพร

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlational descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์และการเปรียบเทียบ โดยการใช้รูปแบบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดชุมพร
2. โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดชุมพร

1.1 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ

แนวคิดการจัดบริการสุขภาพ เป็นการจัดการบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Professional Care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Non-Professional Care) มีทั้งรูปแบบการดูแลตนเอง การจัดการบริการในสถานพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิก โรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในรูปแบบต่าง ๆ

1.1.1 การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง บริการสาธารณสุขอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์สอดคล้องกับความเป็นอยู่และเป็นที่ยอมรับของสังคม เข้าถึงชุมชน ครอบครัว และตัวบุคคล โดยชุมชนได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และสามารถทำนุบำรุงให้เจริญก้าวหน้าต่อไปได้อย่างมั่นคงตามหลักการพึ่งตนเองและตัดสินใจได้ด้วยตนเองยังมีการบริการสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้นในชุมชน

1.2 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ และระบบส่งต่อ

ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรเป็นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Health Care System) ที่มีหลักการและคุณสมบัติสำคัญคือ ให้ความสำคัญกับบริการที่ครอบคลุม ทั้งคุณภาพเชิงสังคมและเชิงเทคนิคบริการและครอบคลุมบริการที่จำเป็นทั้งหมด ไม่มีความซ้ำซ้อน ของบทบาทสถานพยาบาลในระดับต่างๆ มีความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับ เป็นการเชื่อมโยงทั้งการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วย โครงสร้างระบบสุขภาพมี องค์ประกอบที่สำคัญ ประกอบด้วยบริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ บริการระดับศูนย์ การแพทย์เฉพาะทางและระบบส่งต่อ นอกจากนี้ยังควรมีระบบสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ ระบบสนับสนุนทรัพยากร ระบบสนับสนุนวิชาการและการวิจัย และระบบข้อมูลข่าวสาร

1.2.1 การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในเขตเมืองอาจเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร หรือศูนย์แพทย์ชุมชน

1.2.2 การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม

1.2.3 การบริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็น โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่าง ๆ หรือหรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ระบบส่งต่อผู้ป่วย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

กระทรวงสาธารณสุข ใช้นโยบาย 3 ประการ คือ 1. การพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ 2. การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน และ 3. ระบบส่งต่อและเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข

1.3 เป้าประสงค์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีหลักการและเป้าหมายที่สำคัญคือ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล เป็นระบบบริการที่มีความเหมาะสม

สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป มีลักษณะเป็นการบริการที่ผสมผสาน มีความต่อเนื่อง มีความครอบคลุมเข้าถึงได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและชุมชน ทำให้เกิดความพึงพอใจ และมีความรับผิดชอบต่อสังคม

1.4 แนวคิดและหลักการของการดูแลตนเองและบริการสุขภาพในชุมชน

การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและบริการสุขภาพในชุมชนมีพัฒนาที่สอดคล้องกับประวัติศาสตร์ การพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ โดยในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศนั้น ประชาชนส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องพึ่งตนเอง ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและอาศัยภูมิปัญญาที่มีอยู่ในท้องถิ่นในการให้บริการทางด้านสุขภาพ โดยช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีความก้าวหน้าทันสมัยมากขึ้น จึงมีการอาศัยพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาลแบบตะวันตกมากขึ้นเป็นลำดับ แต่จากการเปลี่ยนแปลงในด้านแนวโน้มวิทยาการระบาดที่มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพสภาพแวดล้อม และความเสื่อมสภาพตามอายุขัยมากขึ้น อีกทั้งค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะบริการในสถานพยาบาลที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง ทำให้มีความจำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่ารอซ่อมสุขภาพ และสามารถให้การดำเนินงานตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน โดยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและมีความสามารถดูแลสุขภาพตนเองและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนได้ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองในด้านสุขภาพได้

1.5 แนวคิดและวิธีการจัดบริการสุขภาพในสถานพยาบาล

การจัดบริการสุขภาพในสถานพยาบาลสามารถแบ่งออกได้ตามประเภท ลักษณะ ระดับของสถานพยาบาล หรือการบริการที่จัดให้มีขึ้น ทั้งนี้หากแบ่งตามระดับของการให้บริการ และระดับของสถานพยาบาล คือ บริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ บริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (บริการในโรงพยาบาล)

1.5.1 บริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

1) ลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิที่ดี

- (1) เป็นด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการสะดวก ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน
- (2) เป็นบริการที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย จนถึงขณะป่วย ตั้งแต่เกิดจนตาย

(3) เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

(4) เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคม

2) บริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ

- (1) ด้านการรักษาพยาบาล
- (2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
- (3) ด้านการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
- (4) ด้านการป้องกันและควบคุม โรคในระดับบุคคล และครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวัง
- (5) ด้านการสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชน และชุมชน ด้านสุขภาพ
- (6) ด้านการบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

1.5.2 บริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ คือ ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนดบริการมาตรฐานขั้นต่ำที่ต้องมีในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ (โรงพยาบาล) มาตรฐานทั่วไป

- 1) มีอาคารสถานที่ อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการบริการทางการแพทย์ และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน
- 2) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และมีไม่น้อยกว่าที่กำหนดในพระราชบัญญัติสถานพยาบาลบริการมาตรฐานขั้นต่ำของโรงพยาบาล
- 3) บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีความพร้อมในเรื่องเครื่องมือ บุคลากร โรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยหนัก โดยมีแพทย์พร้อมให้บริการอย่างน้อย 1 คน และพยาบาล 2 คน ตลอด 24 ชั่วโมง
- 4) บริการผู้ป่วยนอก มีอาคารสถานที่เหมาะสม สะดวกสำหรับผู้รับบริการ มีการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่รอนานเกินไป

5) บริการผู้ป่วยใน มีอาคารผู้ป่วยและอุปกรณ์ประจำเตียงพร้อมให้บริการ มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสม แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 1 คนต่อ 30 เตียง และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คนต่อ 10 เตียง

6) บริการเวชทะเบียน

7) บริการรังสีวิทยา

8) บริการตรวจทางพยาธิวิทยาและการชันสูตร

9) บริการเภสัชกรรม

10) บริการศัลยกรรมทั่วไป ห้องผ่าตัดมีอย่างน้อย 1 ห้องต่อ 50 เตียง และไม่น้อยกว่า 2 ห้อง ไม่นับรวมห้องคลอด

11) บริการวิสัญญี

1.6 โรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย

ส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการแบ่งการบริหารส่วนราชการ ออกเป็น 2 ส่วนคือ โรงพยาบาลส่วนกลางและ โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลรัฐบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง จะขึ้นตรงต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร เป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคจะขึ้นตรงกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลเฉพาะทางอื่น ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง และในส่วนภูมิภาคนั้น จะขึ้นตรงกับกรมการแพทย์ทั้งหมด เช่น สถาบันประสาทวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันโรคทรวงอก สถาบันโรคผิวหนัง เป็นต้น ยกเว้น โรงพยาบาลเฉพาะทางที่ดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านจิตเวชจะขึ้นตรงกับกรมสุขภาพจิต^[3] เช่น สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สถาบันราชานุกูล เป็นต้น

โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค จะประกอบไปด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.6.1 โรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นโรงพยาบาล ประจำจังหวัด ประจำภูมิภาคที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) มีจำนวนเตียง มากกว่า 500 เตียง ในประเทศไทยมีอยู่ 26 แห่ง เรียงตามจำนวนเตียงในแต่ละภาค

1) โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกเป็นโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ที่เกิดจากความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขกับคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ ในการร่วมผลิตแพทย์ และ มีการจัดตั้งศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกขึ้นในโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมเป็นสถาบันสมทบในการร่วมผลิตแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ทั่วประเทศ มีจำนวน 41 แห่ง

1.6.2 โรงพยาบาลทั่วไป

1) **โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)** เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วไป หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอขนาดใหญ่ที่มีขีดความสามารถระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) มีจำนวนเตียง 120 - 500 เตียง ใน ประเทศไทยมีอยู่ 69 แห่ง ในจังหวัดชุมพร มี 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

1.6.3 โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

1) **โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)** เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นโรงพยาบาล ประจำอำเภอทั่วไป มีขีดความสามารถ ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) มีจำนวนเตียง 10 - 120 เตียง ในประเทศไทย มีอยู่ 723 แห่ง ในจังหวัดชุมพร มีทั้งหมด 10 แห่ง คือ โรงพยาบาลหลังสวน โรงพยาบาลปะทิว โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลพะโต๊ะ โรงพยาบาลละแม โรงพยาบาลมาบอำมฤต โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และโรงพยาบาลทุ่งตะโก

1.7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรและโรงพยาบาลของรัฐในสังกัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ตามกฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 กำหนดให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1.7.1 จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด

1.7.2 ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด

1.7.3 กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

1.7.4 ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด ให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง

1.7.5 พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ
ในเขตพื้นที่จังหวัด

1.7.6 ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
หรือที่ได้รับมอบหมาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร รับผิดชอบ โรงพยาบาลรัฐส่วนภูมิภาคทั้งหมด
11 แห่ง ในจังหวัดชุมพร ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพร
เขตอุดมศักดิ์และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 แห่ง คือ โรงพยาบาลหลังสวน โรงพยาบาลปะทิว
โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลพะโต๊ะ โรงพยาบาลละแม โรงพยาบาลมาบอำมฤต
โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และโรงพยาบาลทุ่งตะโก

2. โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

เชื้อเอชไอวี หรือ human immunodeficiency virus (HIV) คือ ไวรัสที่ทำให้ภูมิคุ้มกัน
บกพร่องในคน ส่วนโรคเอดส์หรือ acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) คือกลุ่มอาการ
ภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ไม่ได้เป็นแต่กำเนิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการรักษาส่วนมากจะมีการ
ดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งต่าง
เพศหรือเพศเดียวกัน แต่เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ทางอื่นคือ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในผู้ที่ไชยา
เสพติชชนิดฉีด รวมถึงการสัก การโดนเข็มที่เปื้อนเลือดที่มตำหรือโดนสิ่งคัดหลั่งสัมผัสบริเวณเยื่อ
บุหรือผิวหนังที่มีแผล และการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก โดยเฉพาะในกรณีที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี
และไม่รับยาต้านเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและ
ประเทศไทยเพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการวินิจฉัยล่าช้า
เนื่องจากไม่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้ตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอช
ไอวีตั้งแต่แรกที่ได้รับเชื้อ กว่าที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยจะเข้าสู่การรักษามักจะมีจำนวนซีดี
สี่ต่ำแล้ว แม้ว่าในปัจจุบันได้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีความเสี่ยงและมีวิธีการที่จะนำ
ผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษาเร็วขึ้นก่อนจะมีภาวะแทรกซ้อน แต่จากการศึกษาของศศิโสภณ เกียรติบุรณ
กุลและคณะพบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ในเอเชียและผู้ติดเชื้อไทยได้รับการวินิจฉัยช้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี
รายใหม่ในประเทศไทยได้รับการวินิจฉัยเมื่อจำนวนซีดีสี่ต่ำมากคือ น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.
และได้รับการรักษาเมื่อมีจำนวนซีดีสี่ต่ำมากเช่นกัน ผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วแต่

ไม่ได้เข้าสู่การรักษา นอกจากนี้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมยังทำให้ผู้ติดเชื้อรายใหม่อย่างต่อเนื่องรวมทั้งยังพบความทุกข์ทรมานและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ในปี พ.ศ. 2555 องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติหรือยูเอ็นเอดส์ (the Joint United Nations Programme on HIV2/AIDS; UNAIDS, 2017) รายงานว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ทั่วโลกประมาณ 35.3 (32.2-38.8) ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.3 (1.9-2.7) ล้านคนซึ่งน้อยกว่าปี พ.ศ. 2544 ร้อยละ 33 และจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ก็ลดลงเป็น 1.6 (1.4-1.9) ล้านคนในปี พ.ศ. 2548 ทวีปแอฟริกาที่อยู่ใต้ทะเลทรายซาฮารา (sub-Saharan Africa) มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งผู้ใหญ่และเด็กมากที่สุดคือประมาณ 25 (23.5-26.6) ล้านคน และมีความชุก (prevalence) ในผู้ใหญ่ร้อยละ 4.7 (4.4-5.0) รองลงไปคือเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเด็กและผู้ใหญ่ 3.9 (2.9-5.2) ล้านคน และมีความชุกร้อยละ 0.3 (0.2-0.4) และอันดับที่ 3 คือ ละตินอเมริกา และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งผู้ใหญ่และเด็ก 1.5 (1.2-1.9) ล้านคน และมีความชุกร้อยละ 0.4 (0.3-0.5) หรืออาจกล่าวได้ว่าในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีใหม่วันละ 6,300 ราย ประมาณร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (low-and middle-income countries) ประมาณ 700 ราย เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 5,500 ราย เป็นผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47 เป็นผู้หญิงและร้อยละ 39 เป็นผู้ที่มีอายุน้อยคือ อายุ 15-24 ปี (ศศิโสภิณ, 2557)

สำหรับประเทศไทยตั้งแต่พบผู้ติดเชื้อรายแรกที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยัน ประเทศไทยเป็น 1 ใน 26 ประเทศที่มีอุบัติการณ์ของผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีลดลงมากกว่าร้อยละ 50 ระหว่างปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2556 องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติประมาณว่าเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีอายุ 15-49 ปีร้อยละ 1.1 (1.0-1.2) มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ 440,000 (400,000-480,000) ราย และมีผู้ติดเชื้อใหม่ 8,800 (5,500-24,000) ราย แต่คาดว่าในความเป็นจริงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีน่าจะมากกว่านี้ ข้อมูลเกี่ยวกับระบาดวิทยาของประเทศไทยจากอีกแหล่งหนึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2555 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยในประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปีติดเชื้อจากคู่ที่อยู่ด้วยกันประจำ (intimate partnerships) มีส่วนน้อยที่น้อยกว่าร้อยละ 6 ของการติดเชื้อใหม่เป็นการติดเชื้อจากคู่ที่ไม่ได้อยู่ด้วยกันประจำ (casual sex partner) การสำรวจในประชากร 3 กลุ่มที่อาจเป็นตัวแทนของประชากรไทยในการบ่งชี้แนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั่วไปคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ซึ่งพบว่าการติดเชื้อลดลง ทหารเกณฑ์ใหม่ที่เข้ามาประจำการครั้งแรกซึ่งพบว่าอัตราการติดเชื้อคงที่ แต่ผลสำรวจในกลุ่มวัยทำงาน พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีลดลง มีการใช้ถุงยางอนามัยลดลงโดยเฉพาะผู้ที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คน จากข้อมูลการสำรวจในหญิงขายบริการ (female sex worker) พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงเหล่านี้ลดลง กล่าวคือ มี

ความชุกร้อยละ 2.8, 2.2 และ 1.8 ในปี พ.ศ. 2551, 2553 และ 2554 ตามลำดับ เนื่องจากการรณรงค์การป้องกันในหญิงขายบริการระหว่างปี พ.ศ. 2553-2554 ได้แก่ มีการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวกับการป้องกันมากขึ้น การบริการมีคุณภาพและการครอบคลุมมากขึ้น

อุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายในประเทศไทยยังคงที่ และไม่พบว่าจะมีการลดลงในอนาคตอันใกล้ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2553 ใน 3 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่และภูเก็ต พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายเท่ากับร้อยละ 20 ตามด้วยร้อยละ 17.7 ในชายขายบริการและร้อยละ 10.4 ในชายที่แปลงเพศ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความชุกมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ โดยพบความชุกร้อยละ 32.4 ในชายรักชายที่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี และร้อยละ 12.1 ในกลุ่มอายุระหว่าง 15-24 ปี

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเท่ากับร้อยละ 30-50 ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานที่ (location) โดยพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มนี้ในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่และสงขลาร้อยละ 21.9 มีรายงานโดยกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเอง (self-report) ว่าใช้เข็มที่สะอาดหรือผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว (sterile) ประมาณร้อยละ 78 แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพียงร้อยละ 46 ยังพบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดสูงกว่าผู้ชาย มีการใช้เข็มที่สะอาดและถุงยางอนามัยน้อยกว่าผู้ชาย การเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้เป็นไปได้ยาก ทำให้ยังขาดความเข้าใจและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (ศศิโสภิณ, 2557)

เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2544 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 225,272 รายที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี 943 สถานพยาบาลทั่วประเทศไทย ร้อยละ 96 เป็นสถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 97 เป็นผู้ใหญ่อัตราส่วนระหว่างเพศชายและหญิงคือ 1:1 เมื่อใช้ค่าจุดตัดของจำนวนซีดีสี่ที่เริ่มยาที่ 350 เซลล์/ลบ.มม. อัตราความครอบคลุมของยาต้านเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 59 ในปี พ.ศ. 2553 และร้อยละ 65 ในปี พ.ศ. 2554 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เริ่มยาด้านเอชไอวีมีจำนวนคงที่ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เริ่มยา 35,618 ราย แต่ในปี พ.ศ. 2557 แนวทางปฏิบัติของประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนคำแนะนำในการเริ่มยาด้านเอชไอวีคือ ให้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อทุกรายโดยไม่ขึ้นกับจำนวนซีดีสี่ ซึ่งคงจะต้องมีการติดตามข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและสัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านเอชไอวีในอนาคต ส่วนจำนวนเด็กที่ต้องได้รับยาด้านเอชไอวีมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากความสำเร็จของโปรแกรมระดับชาติในการให้ยาด้านเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก แต่เด็กที่ติดเชื้อก็จะต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

ปี พ.ศ. 2554 มีรายงานอัตราการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ (AIDS-related causes) ในประเทศไทยร้อยละ 8.8 โดยอัตราการเสียชีวิตในวัยผู้ใหญ่สูงกว่าในวัยเด็กคือ ร้อยละ 8.9 และ 4.2 ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่ที่ยังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเอดส์คือการที่ได้รับการวินิจฉัยช้าและหรือการเข้าสู่การรักษาช้า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ในประเทศไทยมักจะได้รับการรักษาเมื่ออยู่ในระยะเอดส์แล้ว ทำให้พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีความยุ่งและภาวะแทรกซ้อนในการรักษา

ในปัจจุบันถือได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง จากการศึกษาโดยศศิโสภณ เกียรติบูรณกุลและคณะ (2557) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีชีวิตที่ยืนยาวมากกว่า 10 ปีคือ ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และผู้ติดเชื้อบางรายมีผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวีที่ใช้รักษาในระยะยาวเช่น ไขมันในเลือดสูง กระดูกบางหรือกระดูกพรุน หรือโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น ดังนั้นหลังจากที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากผลข้างเคียงจากยาแล้วยังอาจจะพบภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเอดส์ (non-AIDS complications) เนื่องจากการที่มีอายุยืนยาวขึ้นเช่น โรคกระดูกบางชนิด โรคหัวใจ โรคไตโรคตับหรือตับแข็ง โดยเฉพาะในผู้ที่มีการติดเชื้อไวรัสฮีปาทายตีส์ เป็นต้น

เนื่องจากการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การป้องกันการได้รับเชื้อและการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นจึงมีความสำคัญ วิธีการป้องกันการได้รับเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์คือ การใช้ถุงยางอนามัย การที่ยังพบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นข้อมูลที่แสดงว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยลดลง ส่วนการป้องกันการติดเชื้อวิธีอื่นๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีเพื่อให้อาการควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีในพลาสมาจนวัดไม่ได้ ได้ประโยชน์ในการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่คู่นอน (partner) ของตนด้วย การใช้ยาต้านเอชไอวีแก่มารดาที่ติดเชื้อและทารกที่คลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อสู่ทารกสามารถลดการติดเชื้อในทารกได้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 2 ใน 6 ส่วนการป้องกันการติดเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันสำหรับผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาเสพติดคือ การใช้เข็มฉีดยาที่ใหม่สะอาดและไม่ใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น

หลังจากได้รับเชื้อในช่วงแรกๆที่เรียกว่า การติดเชื้อระยะเฉียบพลัน (acute infection) หรือการติดเชื้อปฐมภูมิ (primary infection) แล้ว ผู้ติดเชื้อมักจะไม่มีอาการ แต่ผู้ติดเชื้อบางรายอาจมีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น ไข้ ปวดเมื่อยตามตัว เจ็บคอ และต่อมน้ำเหลืองโต หลังจากนั้นอาการจะดีขึ้นเองแม้ไม่ได้รับการรักษาและจะเข้าสู่ระยะติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (asymptomatic) แต่เนื่องจากเชื้อไวรัสมีการแบ่งตัวตลอดเวลาและทำให้เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยการทำลายเม็ดเลือด

ขาวซีดีสี่ (CD4 cell count) ผู้ติดเชื้อก็จะเข้าสู่ระยะมีอาการ (symptomatic) เช่น น้ำหนักลด มีฝ้าขาวในปากจากการติดเชื้อรา หรือท้องเสียเรื้อรัง และถ้าไม่มีการรักษาก็จะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายคือ ระยะเอดส์ ซึ่งจะเป็ระยะที่จำนวนซีดีสี่ต่ำลงมากเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. และหรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระยะมีอาการและระยะเอดส์มักจะมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อจนกระทั่งเข้าสู่ระยะเอดส์หรือเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอยู่ที่ประมาณ 7-10 ปี

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส 3 อันดับแรกที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทยคือ วัณโรค ปอดอักเสบจาก *Pneumo-cystis jirovecii* และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจาก *Cryptococcus neoformans* โรคติดเชื้อฉวยโอกาสทั้ง 3 โรคนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยเป็น 1 ใน 22 ประเทศที่มีปัญหาเรื่องวัณโรคเนื่องจากมีจำนวนผู้ที่เป็นวัณโรคมก แม้ว่าข้อมูลของโปรแกรมการดูแลรักษาวัณโรคในปี พ.ศ. 2554 พบว่าร้อยละ 91 ของผู้ที่เป็นวัณโรคได้รับคำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและมีการเพิ่มการคัดกรองวัณโรคเพิ่มมากขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากร้อยละ 97 เป็นร้อยละ 99 ในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2554 ตามลำดับ การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ โรคติดเชื้อบางโรคมียาต้านจุลชีพป้องกันได้ แต่บางโรคไม่มียาป้องกัน ดังนั้นการวินิจฉัยผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่เนิ่นๆ และเริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีโดยเฉพาะในรายที่มีจำนวนซีดีสี่ต่ำมากมีความสำคัญในการเพิ่มจำนวนซีดีสี่และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านเอชไอวี เป็นการให้ยาอย่างน้อย 3 ชนิดรวมกันเป็นสูตรยาที่เหมาะสมและถูกต้อง จะนำไปสู่การรักษาที่ควบคุมได้คือ ไม่สามารถตรวจพบไวรัสในพลาสมา ทำให้ภูมิคุ้มกันดีขึ้นหรือจำนวนซีดีสี่สูงขึ้น มีอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง อัตราการเสียชีวิตลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากยังไม่มียาด้านเอชไอวีชนิดใดที่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องรับประทานยาทุกวันตลอดชีวิต แต่ก็ได้มีการพัฒนายาด้านเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีการพัฒนายาชนิดใหม่ๆ ที่รับประทานง่าย มีชนิดรวมเม็ดที่รับประทานวันละ 1 เม็ด มีผลข้างเคียงน้อย และมีราคาถูกลงกว่าเดิมมาก มีการพัฒนาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ใหม่ มีประสิทธิภาพสูงและมีฤทธิ์ต่อเชื้อไวรัสที่คือยาหลายชนิด รวมไปถึงมีการวิจัยยาชนิดฉีดและยาที่ออกฤทธิ์นาน ทำให้ในอนาคตอาจจะมีฉีดทุก 1-3 เดือน

การป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบัน สักส่วนของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านเอชไอวีสำหรับการป้องกันและสักส่วนของทารกที่ได้รับยาต้านเอชไอวีเพื่อการป้องกันยังมากกว่าร้อยละ 90 อย่างต่อเนื่อง

ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2554 ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติของประเทศโดยการให้ยาต้านเอชไอวี 3 ชนิดแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ขึ้นกับจำนวนซีดีสี่ มีการให้คำปรึกษา ตลอดจนตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในคู่ของหญิงตั้งครรภ์ และมีการตรวจเลือดในทารกเพื่อให้ได้ การวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีอย่างรวดเร็ว แต่ปัญหาที่ยังพบในประเทศไทยคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติด เชื้อเอชไอวีมักจะมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่ได้ฝากครรภ์ ทำให้ได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาต้านเอช ไอวีเพื่อการป้องกันช้า

เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573 เป็นเป้าหมายที่โครงการเอดส์แห่ง สหประชาชาติและประเทศไทยได้นำมาใช้เป็นเป้าหมายของประเทศด้วย ระยะแรกวางเป้าหมายใน ปี พ.ศ. 2563 ไว้ 3 เป้าหมาย คือ ร้อยละ 90 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับทราบสถานะการติดเชื้อ ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีผลเลือดบวกได้รับการรักษา และร้อยละ 90 ของผู้ที่ได้รับยาต้านเอชไอวี สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ โดยใช้กรอบแนวทางการดำเนินงาน ที่เรียกว่า RRTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2558-2562 ได้วางเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้รับรู้สถานะการติดเชื้อ โดยมุ่งเน้นที่ร้อยละ 90 ของประชากรกลุ่มหลัก จะเห็นได้ว่าการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการมี ความสำคัญที่จะสนับสนุนไปสู่เป้าหมายและกรอบแนวทางการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ ได้ตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

2.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (Diagnosis of HIV Infection)

การวินิจฉัยผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องมีความสำคัญทั้ง เพื่อการรักษาและควบคุมการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อ ตั้งแต่มีการพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ได้มีการ พัฒนาวิธีการตรวจวินิจฉัยควบคู่กับการวิจัยเกี่ยวกับพยาธิกำเนิดและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น แต่จากการสำรวจประเทศในแถบแอฟริกาพบว่ากว่าร้อยละ 69 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ รับการวินิจฉัย และมีการคาดการณ์ว่าผู้ติดเชื้อในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีถึง ร้อยละ 20 แม้ว่าจะมีความพยายามที่จะเพิ่มการคัดกรอง (screening) ผู้ที่มีการติดเชื้อ โดยในปี พ.ศ. 2549 ศูนย์ควบคุมและป้องกัน โรค (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) ประเทศ สหรัฐอเมริกาได้เปลี่ยนคำแนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 13-64 ปี ซึ่งเป็นคำแนะนำเพิ่มเติมจากเดิมที่แนะนำให้ตรวจเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

สำหรับแนวทางปฏิบัติของประเทศไทย พ.ศ. 2553 แนะนำว่าผู้ที่ควรได้รับการ วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีมีดังต่อไปนี้ ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับการติดเชื้อเอชไอวี หรือ โรคเอดส์ ผู้ที่มีหรือเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ทั้งเพศสัมพันธ์ระหว่างชาย-ชาย หญิง- หญิง หรือชาย-หญิง เป็นวัน โรค มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นและใช้

เข้าร่วมกับผู้อื่น หญิงตั้งครรภ์และสามี ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ถูกกล่าวหาและผู้ถูกละเมิดทางเพศ และผู้ที่ต้องการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน หรือผู้ที่วางแผนจะมีบุตร ผู้ที่ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำมีดังต่อไปนี้คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง และยังไม่ติดเชื้อเอชไอวี ควรตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งหรือมากกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงแต่ตรวจไม่พบการติดเชื้อภายใน 3 เดือน เนื่องจากอยู่ในระยะแฝง (window period) แนะนำให้ตรวจซ้ำภายใน 2 สัปดาห์และหรือ 3 เดือน เพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันหรือแอนติบอดีร่างกายเพื่อสร้าง (seroconversion) ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการเฝ้าติดตามสถานภาพการติดเชื้อ เพราะเมื่อทราบผลเลือดเร็วจะได้เข้าสู่ขบวนการรักษาตั้งแต่ยังไม่มีอาการและหรือจำนวนซีดีสี่ยังไม่ต่ำ

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อได้รวดเร็วขึ้น นอกจากนี้เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระยะติดเชื้อเรื้อรังแล้วยังสามารถตรวจหาผู้ติดเชื้อระยะเฉียบพลัน (acute infection) ได้ ซึ่งการวินิจฉัยผู้ติดเชื้อระยะเฉียบพลันนี้มีความสำคัญเพราะมีโอกาสที่จะแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้สูง เนื่องจากเป็นระยะที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายปริมาณมาก แม้ว่าร้อยละ 50-90 ของผู้ติดเชื้อระยะเฉียบพลันนี้จะมีอาการ แต่การวินิจฉัยการติดเชื้อระยะเฉียบพลันมักเป็นไปได้ยาก เนื่องจากลักษณะอาการทางคลินิกไม่มีความจำเพาะ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจวินิจฉัยอย่างเหมาะสม

2.2.1 การตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

การตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี สามารถแบ่งได้ 2 แบบคือ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยัน (confirmation) การตรวจคัดกรองนั้น ควรใช้ชุดการตรวจที่มีความไว (sensitivity) สูง เพื่อลดโอกาสเกิดผลลบปลอม (false negative) ทำให้ตรวจไม่พบการติดเชื้อในผู้ที่มีการติดเชื้อจริง ก่อให้เกิดการวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า ส่วนการตรวจยืนยัน เป็นวิธีการตรวจที่มีความจำเพาะ (specificity) สูง เพื่อที่จะแยกผู้ติดเชื้อจริงจากผลบวกปลอม (false positive) นอกจากนี้การตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี อาจแบ่งตามสิ่งที่ตรวจได้ 2 แบบคือ การตรวจหาแอนติบอดีต่อเอชไอวีและการตรวจหาส่วนประกอบของไวรัสเช่น แอนติเจน p24 และสารพันธุกรรมดีเอ็นเอ (DNA) หรืออาร์เอ็นเอ (ศศิโสภณ, 2557)

1) การตรวจเชื้อเอชไอวี (HIV viral testing)

การตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือส่วนประกอบของเชื้อ ได้แก่ การตรวจหาโปรตีนชนิด p24 antigen หรือสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี มีประโยชน์เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในช่วงระยะที่ไม่สามารถพบแอนติบอดีต่อเชื้อได้ เช่น การตรวจวินิจฉัยในเด็กอายุน้อยกว่า 24 เดือน

ที่ได้รับการถ่ายทอดแอนติบอดีต่อเชื้อจากแม่ ทำให้ไม่สามารถใช้การตรวจแอนติบอดีได้นอกจากนี้ยังใช้วินิจฉัยกรณีผู้ที่ไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อมาระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน หรือบุคลากรทางการแพทย์หลังได้รับอุบัติเหตุทางการแพทย์จากการปฏิบัติงาน เป็นต้นการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อสำหรับการวินิจฉัยนี้ เป็นการตรวจเชิงคุณภาพ (qualitative assay)¹ ด้วยเทคนิค NAT (nucleic acid amplification testing) สามารถตรวจได้ทั้งส่วนของ RNA ของเชื้อในพลาสมา หรือ proviral DNA ในเซลล์ที่ติดเชื้ออย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะผลการตรวจเป็นผลบวกหรือผลลบ ควรตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีต่อไป

2) การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี

การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี หลักการที่ใช้ได้แก่ Enzyme-linked immunosorbent assay : ELISA, agglutination assay, immunochromatography และ dot immunoassay ปัจจุบันมีชุดตรวจที่ตรวจได้ทั้งแอนติเจนและแอนติบอดีต่อเชื้อในชุดตรวจเดียวกัน ซึ่งเพิ่มความไวและทำให้วินิจฉัยผู้ติดเชื้อใหม่หรือติดเชื้อเฉียบพลันได้เร็วขึ้น

3) การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Enzyme immunoassay)

การตรวจวิธี Enzyme immunoassay (EIA) เริ่มมีใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 โดยมีหลักการคือ ตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อแอนติเจนของเอชไอวี ในปัจจุบันได้พัฒนาถึงรุ่นที่ 4 โดย EIA รุ่นที่ 1 เป็นการตรวจแอนติบอดีชนิด immunoglobulin G (IgG) ต่อเอชไอวีชนิดที่ 1 โดยใช้ viral lysate เป็นแอนติเจนซึ่งจะวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้หลังจากมีการติดเชื้อแล้ว 6-8 สัปดาห์ มีความไวกับความจำเพาะไม่ดี EIA รุ่นที่ 2 มีการเพิ่มความจำเพาะโดยใช้โปรตีนชนิด recombinant หรือเพปไทด์ (peptide) เป็นแอนติเจน ซึ่งสามารถวินิจฉัยการติดเชื้อได้เร็วกว่าในรุ่นที่ 1 ประมาณ 1 สัปดาห์ สำหรับ EIA รุ่นที่ 3 นั้นได้มีการพัฒนาให้ตรวจได้ทั้งการติดเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 1 และ 2 ตรวจได้ทั้งแอนติบอดีชนิด IgM และ IgG ซึ่ง IgM จะเกิดขึ้นก่อนในการติดเชื้อช่วงแรก ทำให้สามารถตรวจพบหลังมีการติดเชื้อประมาณ 3 สัปดาห์ และ EIA รุ่นที่ 4 ได้ถูกรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (Food and Drug Administration) ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นการตรวจวินิจฉัยด้วยหลักการเดียวกับรุ่นที่ 3 และเพิ่มการตรวจแอนติเจน p24 ในชุดตรวจเดียวกัน ซึ่งการตรวจแอนติเจน p24 นั้น สามารถตรวจพบได้ใน 5-7 วันหลังจากที่เริ่มตรวจพบสารพันธุกรรมอาร์เอ็นเอ จึงทำให้การตรวจด้วย EIA รุ่นที่ 4 สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้ในเวลาเพียง 2 สัปดาห์หลังจากการติดเชื้อ นอกนั้น EIA รุ่นที่ 4 ยังสามารถใช้เป็นทั้งการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันเนื่องจากมีความไวและความจำเพาะสูงมาก

แม้ว่าการตรวจคัดกรองในปัจจุบันนั้นมีความไวและความจำเพาะสูง อย่างไรก็ตามอาจพบผลบวกปลอมได้ในอาสาสมัครที่ได้รับวัคซีนเอชไอวี หรือในกรณีที่มีปฏิกิริยาที่ไม่จำเพาะ เช่น หลังการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นสำหรับผลลบปลอมอาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากตรวจในช่วงก่อนที่ร่างกายจะสร้างแอนติบอดี ดังนั้นการซักประวัติจึงมีความสำคัญในการเลือกส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

4) Western blot

Western blot เป็นการตรวจหาแอนติบอดีที่จับกับ โปรตีนขนาดต่างๆ ของเอชไอวีที่แยกโดยวิธีอิเล็กโตรโฟรีซิส (electrophoresis) โดยใช้ IgG ต่อแอนติบอดีมนุษย์ (anti-human IgG) ที่ติดเอนไซม์ในปฏิกิริยาที่มีสารตั้งต้น (substrate) ซึ่งจะให้แถบสีเมื่อพบแอนติบอดีต่อเอชไอวี วิธี western blot มักใช้เป็นการตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากมีความจำเพาะสูง ชุดตรวจ western blot ที่มีขายนั้นมักจะตรวจได้ทั้งการติดเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 1 และ 2 การตรวจวิธีนี้อ่านได้ผลบวก ลบ หรือไม่ชัดเจน (indeterminate) สาเหตุของการให้ผลไม่ชัดเจนอาจเกิดจากการตรวจในช่วงที่ร่างกายยังไม่สร้างแอนติบอดีซึ่งอยู่ในช่วงของการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน รวมถึงการตรวจในระยะท้ายของการติดเชื้อ เนื่องจากมีการลดลงของแอนติบอดีต่อแอนติเจน p24 การติดเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 2 หรือเป็นอาสาสมัครที่เคยได้รับวัคซีนเอชไอวี

การตรวจด้วยวิธี EIA ร่วมกับ western blot มีความไวและความจำเพาะสูงสำหรับการวินิจฉัยหลังจากที่มีการสร้างแอนติบอดีแล้ว (ความไวร้อยละ 99.3-99.7 และความจำเพาะร้อยละ 99.7) ข้อดีของการตรวจด้วยวิธี western blot คือ ราคาแพง การเปลี่ยนแปลงขึ้นกับเกณฑ์ของแต่ละบุคคล เกณฑ์การแปลผลมีความแตกต่างกันในแต่ละสถาบัน ใช้เวลาในการตรวจวินิจฉัยนาน และจะให้ผลบวกภายหลังจากมีการติดเชื้อแล้วเป็นเวลานาน โดยให้ผลบวกที่ช้ากว่าการตรวจ EIA รุ่นที่ 3 และ 4 ประมาณ 3 สัปดาห์

นอกจากวิธี western blot แล้วยังมีการตรวจด้วยวิธี line immunoassay เป็นการตรวจที่ใช้หลักการเดียวกัน แต่ใช้โปรตีนชนิด recombinant หรือเพปไทด์สังเคราะห์แทนโปรตีนของเอชไอวี

5) Indirect immunofluorescence assay

Indirect immunofluorescence assay (IFA) เป็นการตรวจหาแอนติบอดีต่อแอนติเจนของเอชไอวีโดยใช้แอนติบอดีต่อแอนติบอดีมนุษย์ (anti-human antibody) ที่ติดสารเรืองแสง วิธีนี้มีความจำเพาะสูง มีการนำการตรวจวิธีนี้มาใช้ในการตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่ได้รับความนิยมเท่าวิธี western blot เนื่องจากมีข้อดีคือ เป็นการตรวจหาเฉพาะ IgG ดังนั้น

จึงอาจต้องมีความระมัดระวังในการตรวจวินิจฉัยผู้ติดเชื้อระยะเฉียบพลันก่อนที่ร่างกายยังไม่สร้างแอนติบอดี

6) การวินิจฉัยแบบเร็ว (*rapid test*)

การวินิจฉัยแบบเร็วได้รับการรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยใช้หลักการ lateral-flow หรือ flow-through cassettes เพื่อตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวี ทั้งชนิด Igm และ IgG ในตัวอย่างจาก น้ำลาย เลือด พลาสมา หรือซีรัม การวินิจฉัยแบบเร็วนี้ใช้เวลาตรวจเพียง 30 นาทีหรือน้อยกว่า มีข้อดีสำหรับการตรวจในประชากรที่อาจเข้าถึงการตรวจยากหรือไม่สามารถมาฟังผลการตรวจภายหลังได้ และในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บท้องคลอดที่ไม่เคยตรวจวินิจฉัยว่ามี การติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน ส่วนใหญ่แล้วการวินิจฉัยแบบเร็วสามารถตรวจได้ทั้งการติดเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 1 และ 2 มีความไวร้อยละ 99.3-100 และความจำเพาะร้อยละ 99.7-99.9 ในปัจจุบันมีการพัฒนาชุดตรวจโดยใช้เครื่องมือป้ายกวาดในปาก (oral swab) ซึ่งกำลังได้รับความสนใจ เนื่องจากเป็นวิธีที่ประชาชนทั่วไปไม่สามารถตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้เอง การตรวจหาการติดเชื้อด้วยวิธีนี้มีความถูกต้อง (accuracy) ใกล้เคียงกับการตรวจเลือดเมื่อใช้ตรวจผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเช่น ผู้ที่มารับบริการในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อต้นปี พ.ศ. 2556 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับรองชุดตรวจที่มีชื่อการค้า OraQuick ให้ใช้เป็นชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้เครื่องมือป้ายกวาดในปากสำหรับใช้ที่บ้าน โดยใช้เวลาในการตรวจ 20 นาที มีความไวร้อยละ 93 และความจำเพาะร้อยละ 99

7) การตรวจหาส่วนประกอบของไวรัส ได้แก่ การตรวจแอนติเจน p24

การตรวจหาแอนติเจน p24 ใช้หลักการ EIA โดยใช้แอนติบอดีเพื่อตรวจหาแอนติเจน p24 จากซีรัมของผู้ติดเชื้อ แอนติเจน p24 สามารถตรวจพบได้ในผู้ติดเชื้อระยะเฉียบพลันก่อนตรวจพบแอนติบอดี อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามด้วยการตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวีในผู้ที่ตรวจพบแอนติเจน p24 แต่ไม่พบแอนติบอดีในครั้งแรก สำหรับในผู้ติดเชื้อที่มีแอนติบอดีแล้ว อาจตรวจพบหรือไม่พบแอนติเจน p24 ก็ได้

8) การตรวจหาสารพันธุกรรมของเอชไอวีเชิงคุณภาพ (*qualitative polymerase chain reaction*)

ในปี พ.ศ. 2549 Gen-Probe Aptima RNA qualitative assay ได้รับการการวินิจฉัยและตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการตรวจหาอาร์เอ็นเอซึ่งเป็นวิธีที่ไวสำหรับการตรวจการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน วิธีนี้ใช้หลักการเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมของเอชไอวี (nucleic acid amplification test; NAAT) โดยใช้วิธี polymerase chain reaction (PCR) ใช้สายพันธุกรรมตั้งต้น

(primer) จำเพาะและตรวจด้วยอาร์เอ็นเอติดตาม (probe) ทำให้สามารถตรวจหาเชื้อได้แม้มีปริมาณไวรัสจำนวนน้อย อย่างไรก็ตามการตรวจอาร์เอ็นเออาจพบว่ามีผลลบปลอมได้ร้อยละ 3-5 โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งได้รับเชื้อที่อยู่ในระยะ eclipse และผู้ติดเชื้อเอชไอวีเรื้อรังที่เป็น elite controller ซึ่งหมายถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการตรวจพบแอนติบอดีต่อเอชไอวี แต่ไม่พบไวรัสในพลาสมา ข้อดีของการตรวจวิธีนี้คือ มีเกณฑ์การตรวจที่ชัดเจน การแปลผลไม่ได้แปลตามตัวบุคคลและลดโอกาสการแปลผลแบบไม่ชัดเจน แต่ข้อจำกัดคือ ต้องการผู้ที่มีประสบการณ์ในผลตรวจและมีราคาแพง

2.3 การควบคุมชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่จำหน่ายในประเทศไทย ต้องผ่านการกำกับดูแลคุณภาพของชุดตรวจก่อนและหลังการขายโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2552 ซึ่งกำหนดให้ชุดตรวจชนิดต่างๆต้องผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ชุดตรวจที่จะใช้ในการตรวจวินิจฉัยรายบุคคลต้องมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เกณฑ์ความไวและความจำเพาะของชุดตรวจประเภทต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการตรวจวินิจฉัยรายบุคคล สำหรับการพิจารณาขึ้นทะเบียนของประเทศไทย

ลำดับ	ประเภทของชุดตรวจ	ความไว	ความจำเพาะ
1.	การตรวจหา p24 antigen	ร้อยละ 100	ร้อยละ 99.5
2.	การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี	ร้อยละ 100	ร้อยละ 99.5
3.	การตรวจหา anti-HIV	ร้อยละ 99.5	ร้อยละ 99.0

2.4 ขั้นตอนการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

ในปี พ.ศ. 2532 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา ร่วมกับ the Association of Public Health Laboratories (APHL) แนะนำขั้นตอนการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้ยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อด้วยวิธี western blot หรือ IFA หลังการตรวจคัดกรองด้วย EIA

อย่างไรก็ตาม แนวทางปฏิบัตินี้ได้ใช้มาเป็นเวลานานแล้วและไม่มีความสะดวกในทางเวชปฏิบัติ จึงได้มีการพัฒนาชุดตรวจที่มีความไวและความจำเพาะมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้แนะนำแนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคลด้วยการตรวจหาแอนติบอดีต่อเอชไอวี ด้วยกลยุทธ์ที่ 3 ตามแนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของ

องค์กรอนามัยโลก ซึ่งสามารถรายงานผลบวกหรือผลลบได้แทนการตรวจยืนยันด้วยวิธี western blot สามารถใช้ชุดตรวจที่เป็นวิธี enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) ที่เป็นการตรวจแบบง่าย (simple test) หรือการตรวจแบบเร็วก็ได้ โดยให้พิจารณาถึงบริบทของห้องปฏิบัติการ และความเหมาะสมของจำนวนการตรวจ

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่แนะนำการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ สำหรับผู้ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน ในกรณีที่สงสัยว่าอาจมีการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน ควรเริ่มด้วยการตรวจหาสารพันธุกรรมชนิดอาร์เอ็นเอของเชื้อเอชไอวีเชิงคุณภาพ (qualitative RNA reverse transcription (RT)-PCR) ซึ่งหมายถึงการตรวจที่ให้ผลบวกหรือลบ และการตรวจทางวิทยาเซรุ่ม (serology) คือ anti-HIV พร้อมกัน ถ้าการตรวจทั้ง 2 ชนิดให้ผลลบ ควรตรวจ RNA RT-PCR ซ้ำใน 2-4 สัปดาห์ และตรวจทางวิทยาเซรุ่มซ้ำใน 3 เดือน สำหรับการตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวีในพลาสมา (HIV viral load) นั้น สามารถตรวจพบอาร์เอ็นเอของเชื้อเอชไอวีได้ในเวลาประมาณ 10 วันหลังจากมีการติดเชื้อเช่นเดียวกับการตรวจเชิงคุณภาพ แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีชุดตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในพลาสมาที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อใช้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน

ในสถานที่ที่ไม่สามารถตรวจสารพันธุกรรมชนิดอาร์เอ็นเอของเอชไอวีเชิงคุณภาพได้ อาจใช้การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในพลาสมา ซึ่งมีข้อควรระวังคือ การตรวจพบระดับอาร์เอ็นเอของเอชไอวีในระดับต่ำเช่น น้อยกว่า 10,000 ก๊อบปี/มล. อาจเป็นผลบวกปลอมได้ เนื่องจากในการติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลันนั้นมักพบว่ามียาร์เอ็นเอของเอชไอวีในระดับสูงมาก โดยมักจะมากกว่า 100,000 ก๊อบปี/มล. สำหรับผู้ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 2 ระยะเฉียบพลันนั้น ควรส่งตรวจดีเอ็นเอของเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 2 ด้วยวิธี PCR

2.4.1 การเลือกชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

- 1) ชุดตรวจต้องผ่านการประเมินและรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 2) ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคล ต้องมีชุดตรวจครบทั้ง 3 ชุดตรวจ เพื่อสามารถรายงานผลการตรวจได้ในกรณีผลบวกทันที
- 3) ชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 3 ชุดที่เลือกใช้ ควรมีแอนติเจนแตกต่างกัน แต่อาจมีหลักการเหมือนกันได้ โดยชุดตรวจชุดแรกควรใช้ชุดตรวจที่มีความไวสูงที่สุดใน 3 ชุดตรวจที่เลือกใช้ สำหรับชุดตรวจลำดับที่ 2 และ 3 ควรมีความจำเพาะสูงขึ้นไปตามลำดับ

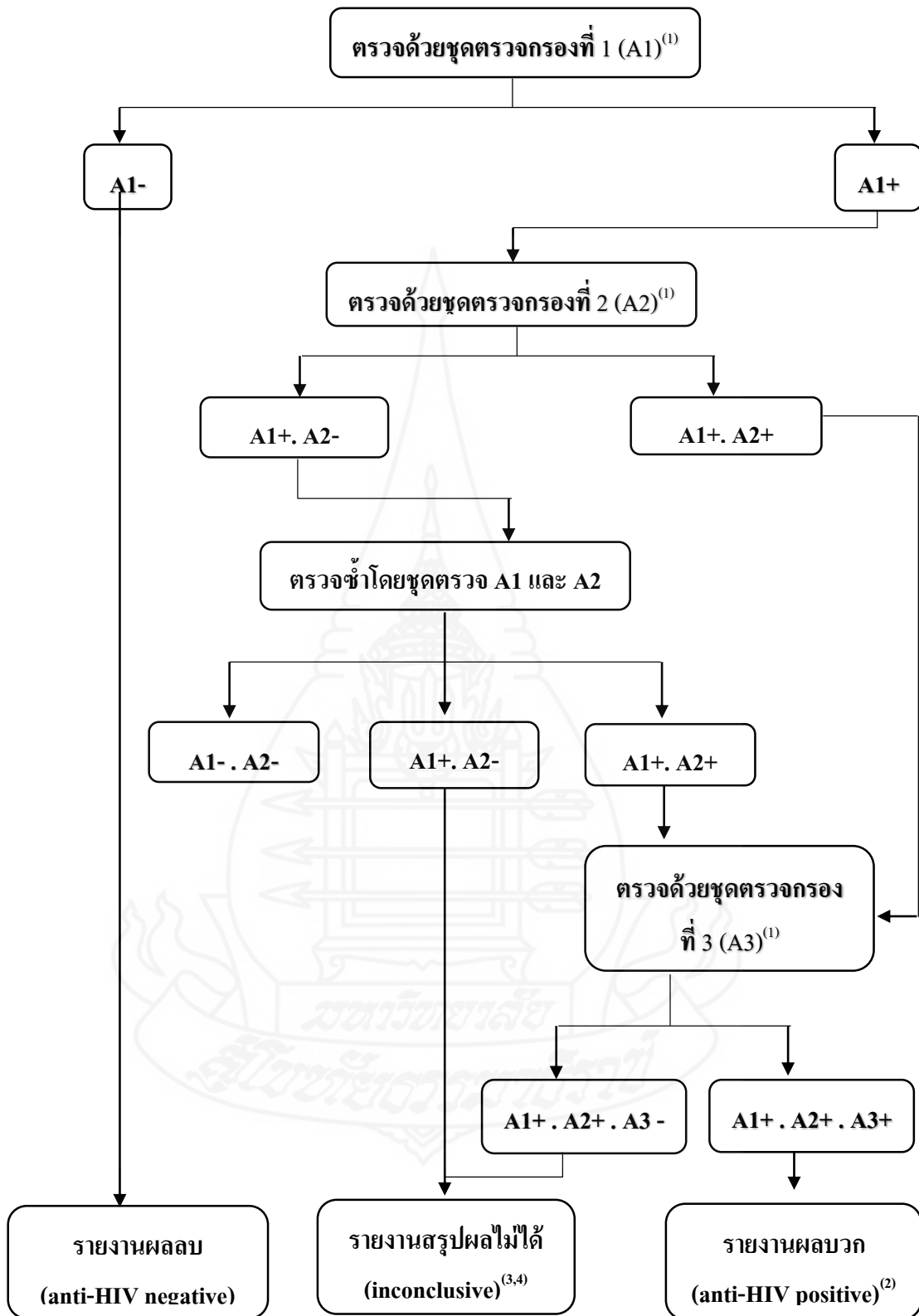
4) ชุดตรวจที่ใช้เครื่อง (machine based assay) ชุดตรวจ rapid test หรือชุดตรวจ simple test สามารถเลือกใช้เป็นชุดตรวจที่ 1 ชุดตรวจที่ 2 หรือชุดตรวจที่ 3 ได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมจากปริมาณตัวอย่าง หากตัวอย่างตรวจมีจำนวนน้อย การใช้ชุดตรวจ rapid test จะมีความเหมาะสมในการเลือกใช้เป็นชุดตรวจแรกมากกว่าชุดตรวจแบบใช้เครื่อง

5) ชุดตรวจควรมีอายุการใช้งานที่เหมาะสมกับภาระงาน ความพร้อมของสถานที่ตรวจทั้งด้านอุปกรณ์เครื่องมือและความรู้ความชำนาญของเจ้าหน้าที่

2.4.2 แนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ใหญ่และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 24 เดือนขึ้นไป

การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคลสำหรับผู้ใหญ่และเด็กอายุ 24 เดือนขึ้นไป โดยใช้กลวิธีที่ 3 ตามคำแนะนำของ UNAIDS และ WHO (สำนักโรคเอดส์ วัน โรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560) แสดงในภาพที่ 2.2





ภาพที่ 2.1 แนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ใหญ่ และเด็กที่มีอายุ 24 เดือนขึ้นไป

หมายเหตุ

(1) A1, A2 และ A3 หมายถึง ชุดทดสอบตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับที่มีแอนติเจนต่างชนิดกัน โดยชุดทดสอบที่ 1 ต้องมีความไวมากกว่าชุดทดสอบที่ 2 และ 3

(2) ในกรณีผลบวก (positive) ให้รายงานผลตรวจให้กับผู้เกี่ยวข้องแล้วตรวจสอบประวัติ หากพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่หรือตรวจเป็นครั้งแรก (newly diagnosed) ควรแนะนำให้เจาะเลือด

ตัวอย่างที่ 2 เพื่อยืนยันตัวบุคคล โดยใช้ชุดทดสอบเดิมอย่างน้อย 1 วิธี

(3) การรายงานผลสรุปผลไม่ได้ (inconclusive) ให้ติดตามผู้มารับบริการตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์และหรือ 1 เดือน โดยทดสอบใหม่ตามลำดับขั้นตอน A1, A2 และ A3 เช่นเดิม หากผลการตรวจเป็น “สรุปผลไม่ได้” เหมือนเดิม ภายหลัง 1 เดือนให้รายงานผลลบ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้การปรึกษาควรเน้นเรื่องการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อแก่ผู้อื่นอย่างเคร่งครัดด้วย

(4) ในกรณีที่ชุดตรวจแรกที่เลือกใช้เป็นชุดตรวจชนิดที่ตรวจได้ทั้งแอนติเจนและแอนติบอดี ในเวลาเดียวกัน และชุดตรวจที่ 2 และ/หรือ 3 เป็นชุดตรวจที่ตรวจได้เฉพาะแอนติบอดีอย่างเดียว แล้วผลการตรวจเป็น “สรุปผลไม่ได้” ให้ดำเนินการเจาะเลือดตรวจซ้ำในเวลาต่อมาตามข้อที่ (3) หรือ ถ้าทำได้ ควรส่งตัวอย่างตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธีการอื่น ๆ เช่น qualitative NAT หรือ neutralization p24 assay หากประเมินว่าผู้รับบริการอาจติดเชื้ออยู่ในระยะ window period

2.4.3 การตรวจซ้ำ (retesting)

การตรวจซ้ำเป็นการตรวจเพื่อตรวจสอบสถานะการติดเชื้อเพิ่มเติมจากการตรวจในครั้งแรก โดยแนะนำให้มีการตรวจซ้ำ 3 กรณี ดังต่อไปนี้

1) การตรวจซ้ำกรณีผลตรวจครั้งแรกเป็น “ลบ” บุคคลส่วนใหญ่ที่มีผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเป็นลบ ไม่จำเป็นต้องมีการตรวจซ้ำ หากบุคคลเหล่านั้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม จะมีบุคคลจำนวนหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องตรวจซ้ำ ถึงแม้ผลตรวจครั้งแรกจะให้ผลลบ โดยเฉพาะบุคคลที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ได้แก่

(1) ประชากรกลุ่มหลักที่มีความเสี่ยง เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด หญิง/ชายบริการทางเพศ เป็นต้น

(2) คู่ที่มีผลเลือดต่าง (discordant couple)

(3) บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและอาจอยู่ในระยะ window period

(4) หญิงที่ให้นมบุตรและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีเพศสัมพันธ์กับสามีติดเชื้อก่อนคลอดไม่เกิน 1 เดือนหรือมีเพศสัมพันธ์กับสามีที่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อแต่ไม่มีผลการตรวจของสามีเป็นต้น

(5) ผู้ที่เข้ารับการรักษาซ้ำเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(6) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

(7) ผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้ถึงการติดเชื้อเอชไอวี

(8) บุคคลที่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส (PEP) หรือบุคคลที่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (PrEP)

(9) บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการเฝ้าติดตามสถานะการติดเชื้อ

2) การตรวจซ้ำในกรณีผลตรวจครั้งแรกเป็น “สรุปผลไม่ได้”

หากผลตรวจครั้งแรกให้ “สรุปผลไม่ได้” แนะนำให้ติดตามผู้รับบริการมาตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์และ/หรือ 1 เดือน เพื่อพิสูจน์ ดังนี้

(1) ผู้ที่เพิ่งติดเชื้อใหม่ (seroconversion) ผลตรวจซ้ำจะเปลี่ยนจาก “สรุปผลไม่ได้” เป็น “ผลบวก”

(2) การเกิดผลบวกปลอม ((false positive) ผลตรวจซ้ำจะเปลี่ยนจาก “สรุปผลไม่ได้” เป็น “ผลลบ” หรือผลเป็น “สรุปผลไม่ได้” เหมือนเดิม

3) การตรวจซ้ำในกรณีผลตรวจครั้งแรกเป็น “บวก”

ผู้รับบริการที่มีผลตรวจเป็นบวกและกำลังเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการได้รับยาต้านเอชไอวีโดยไม่จำเป็น จึงให้พิจารณาตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งในกรณีต่อไปนี้

(1) ผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่ แต่ไม่พบหลักฐานแสดงผลตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานเป็นลายลักษณ์อักษรแสดงหรือปรากฏอยู่ใน OPD card ของผู้รับบริการในสถานพยาบาลนั้นๆ

(2) ผู้รับบริการที่ส่งต่อจากสถานบริการแห่งอื่น และไม่มีหลักฐานแสดงผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือผลการตรวจไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(3) ผู้ติดเชื้อรายเก่าที่ยังไม่ได้รับยาต้านเอชไอวี ซึ่งได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาและติดตามจำนวน CD4 พบว่าจำนวน CD4 > 500 cell/mm³อย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีแนวโน้มลดลงในระยะเวลามากกว่า 5 ปี หรือมีเหตุสงสัยอื่นๆ

2.5 แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน

ทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีแอนติบอดีต่อเอชไอวีของแม่ส่งผ่านทางสายรกและอยู่ในร่างกายเด็กนานถึง 24 เดือน ซึ่งปริมาณแอนติบอดีของแม่นี้จะค่อยๆ ลดลง พบว่าเด็กอายุ 12 เดือนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 95 จะมีผลการตรวจแอนติบอดีเป็นลบ และเกือบทั้งหมดจะมีผลการตรวจแอนติบอดีเป็นลบที่อายุ 18 เดือน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันห้องปฏิบัติการหลายแห่งใช้ชุดการตรวจที่มีทั้งแอนติเจนและแอนติบอดี ซึ่งมีความไวมากขึ้น ทำให้บางครั้งเด็กที่ไม่ติดเชื้อที่อายุ 18-24 เดือน บางรายอาจตรวจพบแอนติบอดีที่มีผลเป็นบวกอยู่ดังนั้น ในเด็กอายุ 12 ถึง < 24 เดือน หากตรวจแอนติบอดีเป็นบวก แนะนำให้ตรวจซ้ำที่อายุ 24 เดือน ส่วนเด็กอายุต่ำกว่า 12 เดือน ไม่ให้ใช้วิธีตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี แต่แนะนำให้ใช้การตรวจหาเชื้อไวรัสหรือส่วนประกอบของไวรัส ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยการติดเชื้อในเด็ก กลุ่มนี้ได้เร็วและแม่นยำขึ้น รวมถึงเพิ่มโอกาสการรักษาเด็กได้ตั้งแต่อายุน้อยๆ ทำให้ผลการรักษาดีกว่า หากได้รับการรักษาช้า การดำเนินของโรคในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเร็วกว่าผู้ใหญ่ เด็กร้อยละ 30 อาจเสียชีวิตภายใน 1 ปีและร้อยละ 50 อาจเสียชีวิตภายใน 2 ปี อย่างไรก็ตาม ถ้าสามารถวินิจฉัยเด็กได้เร็วว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี แพทย์สามารถหยุดการให้ยาเพื่อป้องกันโรคปอดบวมจากเชื้อ PCP ได้เร็วเช่นกัน ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐได้ นอกจากนี้ ยังเป็นการช่วยลดความกังวลของผู้ปกครอง และมีโอกาสในการวางแผนอนาคตมากขึ้น นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ต้องตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วที่สุด ด้วยวิธี DNA PCR โดยสามารถส่งตรวจเลือดเด็กได้อย่างน้อย 2 ครั้ง

2.6 การรายงานผลการตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวี (Anti-HIV)

วิธีการรายงาน

2.6.1 รายงานผลลบ (anti-HIV negative) เมื่อผลชุดตรวจแรกเป็น ไม่มีปฏิกิริยา (non-reactive)

2.6.2 รายงานผลบวก (anti-HIV positive) เมื่อผลการตรวจทั้ง 3 ชุดตรวจในการทดสอบโดยห้องปฏิบัติการเดียวกัน ให้ผลมีปฏิกิริยา (reactive) ตรงกัน

2.6.3 รายงานผลสรุปไม่ได้ (inconclusive) เมื่อผลขัดแย้งกัน 3 ชุดตรวจในการทดสอบโดยห้องปฏิบัติการเดียวกัน ให้ติดตามผู้มารับบริการเจาะเลือดตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์ และ/หรือ 1 เดือน หากผลยังคงเป็น “สรุปไม่ได้” เช่นเดิมให้สรุปว่าผลเป็นลบและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญผู้ให้การปรึกษาควรเน้นเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อแก่ผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

2.7 การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

2.7.1 การตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (CD4 count)

เซลล์ลิมโฟไซตชนิด CD4 เป็นเม็ดเลือดขาว มีหน้าที่ควบคุมการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอมต่างๆ และเป็นเซลล์เป้าหมายสำคัญของเชื้อเอชไอวีที่เข้าไปเพิ่มจำนวนและทำลายเซลล์ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายมีจำนวน CD4 ลดลง ดังนั้น การตรวจหาจำนวน CD4 ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อการพยากรณ์โรค การตัดสินใจในการให้ยาต้านเอชไอวีและยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ พร้อมทั้งการติดตามการดูแลและประเมินผลการรักษา

1) แนวทางการส่งตรวจและรายงานผลการตรวจหา CD4

- (1) ผู้ที่ทราบว่ามีเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการตรวจหา CD4 โดยเร็ว
- (2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งที่ได้รับหรือไม่ได้รับยาต้านเอชไอวีหรือ $CD4 \leq 350 \text{ cells/mm}^3$ ควรตรวจ CD4 ปีละ 2 ครั้ง
- (3) หาก CD4 มีค่าอยู่ $> 350 \text{ cells/mm}^3$ พิจารณาตรวจ CD4 ดังนี้
 - กรณี VL $\geq 50 \text{ copies/mL}$ ตรวจปีละครั้ง
 - กรณี VL $< 50 \text{ copies/mL}$ นานมากกว่า 1 ปี ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ CD4
 - กรณี VL $< 50 \text{ copies/mL}$ หลังจากกินยาต้านเอชไอวีนานติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี ไม่จำเป็นต้องตรวจ CD4
- (4) ผลการตรวจต้องแสดงเป็นค่าร้อยละ (%CD4) และจำนวนนับของ CD4 (absolute CD4)
- (5) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี NRBC (nucleated RBC) ต้องระวังในการแปลผล CD4
- (6) กรณีต่อไปนี้ให้อาศัยค่า %CD4 ประเมินผลการรักษาพร้อมด้วย
 - การมี CD4 มากขึ้นหรือน้อยลงผิดปกติ
 - เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจาก CD4 ในเด็กกลุ่มนี้ จะมีความแปรปรวนสูง
- (7) ตัวอย่างเลือดต้องใช้สารกันเลือดแข็งชนิด EDTA เท่านั้น
- (8) ตัวอย่างเลือดต้องส่งถึงห้องปฏิบัติการและดำเนินการตรวจวิเคราะห์ภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเจาะเลือด

(9) หากต้องส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจนอกสถานพยาบาล ขณะขนส่ง ตัวอย่างเลือด ควรบรรจุในภาชนะที่ปลอดภัยและควบคุมอุณหภูมิอยู่ที่ประมาณ 25°C

2) การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (HIV viral load)

การตรวจ viral load (VL) เป็นการตรวจหาปริมาณสารพันธุกรรมชนิด RNA ของไวรัสในพลาสมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้เทคนิคการเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมของไวรัสด้วยหลักการ real time nucleic acid amplification โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ตรวจติดตามประเมินผลการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านเอชไอวี

(1) แนวทางการส่งตรวจและรายงานผลการตรวจ Viral load

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้รับยาต้านเอชไอวี หากเป็นไปได้ ควรได้รับการตรวจ VL อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- ควรตรวจก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวีไม่เกิน 1 เดือน เพื่อใช้เป็นค่าพื้นฐานในการติดตามประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี
- ควรตรวจในเดือนที่ 6 และ 12 เดือนหลังเริ่มยาต้านเอชไอวีในปีแรก
- ควรตรวจเพิ่มก่อนที่จะปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านเอชไอวี
- ควรตรวจติดตามเมื่อมีการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- การรายงานผลการตรวจ VL มีรูปแบบเป็น copies/mL (หรือ IU/mL) และ Log₁₀equivalence
- ตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจ ต้องใช้สารกันเลือดแข็งชนิด EDTA หรือ ACD โดยปริมาณตัวอย่างเลือดกับสารกันเลือดแข็งต้องได้ตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ให้ประสานกับหน่วยบริการรับตรวจ เพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดและขนาดหลอดเลือด
- การส่งตัวอย่างเลือดต้องให้ถึงห้องปฏิบัติการภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากเจาะเลือด เพื่อปั่นแยกพลาสมาสำหรับการตรวจทันที ทั้งนี้ การเก็บรักษาระหว่างขนส่ง ต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม หรือแช่เย็น/แช่แข็ง
- ห้องปฏิบัติการควรมีการวางแผนการเก็บรักษาตัวอย่างพลาสมาที่ส่งตรวจ VL เพิ่มอีก 1 หลอดเก็บแช่แข็งไว้ล่วงหน้าสำหรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีคือยาต้านเอชไอวี หากผลการส่งตรวจ VL > 1,000 copies/mL
- ผลการตรวจ VL ใช้เพื่อการติดตามประเมินผลการดูแลรักษา ไม่เหมาะสำหรับการใช้เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อ

3) การตรวจการดื้อต่อยาต้านเอชไอวี (HIV drug resistance testing)

การตรวจหาเชื้อเอชไอวีคือยาด้านเอชไอวีใช้หลักการ genotype เพื่อตรวจหาการเปลี่ยนแปลงของลำดับเบสในสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี ปัจจุบันมีทั้งชุดตรวจสำเร็จรูปและชุดตรวจที่ห้องปฏิบัติการพัฒนาขึ้นมาใช้เอง (in-house) วัตถุประสงค์ของการตรวจเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการตัดสินใจของแพทย์ในการวินิจฉัยการรักษาล้มเหลว การติดตามการระบาดของเชื้อเอชไอวีคือยา การเลือกใช้ และปรับเปลี่ยนสูตรยา

(1) แนวทางการส่งตรวจและรายงานผลการตรวจการคือต่อยาด้านเอชไอวี

- หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาด้านเอชไอวีแล้ว แพทย์ผู้ทำการรักษาประเมินหรือสงสัยว่าจะเกิดการคือต่อยาด้านเอชไอวี

- การส่งตรวจควรเจาะเลือดขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังกินยาสูตรนั้นอยู่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หรือส่งตรวจทันทีหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีหยุดยาสูตรนั้นหรือหยุดยาไม่เกิน 4 สัปดาห์

- การส่งตรวจหาเชื้อคือต่อยาด้านเอชไอวี ควรใช้ตัวอย่างเดียวกับการตรวจ VL และต้องมีผลการตรวจ VL $> 1,000$ copies/mL ซึ่งเก็บแช่แข็งไว้ล่วงหน้าแล้ว หากไม่สามารถใช้ตัวอย่างเดียวกับที่ตรวจ VL ได้ และจำเป็นต้องเจาะเลือดใหม่

- ตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจ ต้องใช้สารกันเลือดแข็งชนิด EDTA หรือ ACD โดยปริมาณตัวอย่างเลือดกับสารกันเลือดแข็งต้องได้สัดส่วนตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ให้ประสานหน่วยบริการรับตรวจ เพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดและขนาดหลอดเลือด

- การส่งตัวอย่างเลือดต้องให้ถึงห้องปฏิบัติการภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากเจาะเลือดเพื่อปั่นแยกพลาสมา สำหรับการตรวจทันที ทั้งนี้ การเก็บรักษาระหว่างขนส่งต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสมหรือแช่เย็น/แช่แข็ง

2.8 การรักษาด้วยยาด้านเอชไอวี

2.8.1 เกณฑ์การเริ่มยาด้านเอชไอวีในผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน

เกณฑ์การเริ่มรักษาด้วยยาด้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ขึ้นกับอาการและอาการแสดงทางคลินิกและจำนวนซีดีสี่ แนวทางปฏิบัติของการเริ่มยาด้านเอชไอวีทั้งของ Department of Health and Human Services (DHHS) ประเทศสหรัฐอเมริกา สมาคมเอดส์คลินิกแห่งยุโรป (European AIDS Clinical Society; EACS) องค์การอนามัยโลก และประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 แนะนำให้เริ่มยาด้านเอชไอวีอย่างเร่งด่วนในผู้ที่มีความเจ็บป่วยระยะเอดส์แล้ว ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีโรคฉวยโอกาส (opportunistic condition) เช่น มะเร็งบางชนิดหรือโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ที่ไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเช่น cryptosporidiosis, microsporidiosis หรือ progressive multifocal leukoencephalopathy เนื่องจากการรักษาด้วยยาด้านเอชไอวีอาจจะทำ

ให้โรคหรือภาวะเหล่านี้ดีขึ้นเพราะทำให้ภูมิคุ้มกันดีขึ้น หรือแม้แต่โรคติดเชื้อฉวยโอกาสบางชนิดที่มีการรักษายังไม่ดีพอ การเริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น ตัวอย่างเช่น การศึกษาโดยศศิโสภณ เกียรติบุรณกุลและคณะ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจาก *Cryptococcus neoformans* ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse) มากกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นประโยชน์ของยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้จึงมีมากกว่าความเสี่ยงหรือผลเสียอื่นที่จะเกิดขึ้น แต่การเริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วในกรณีที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสบางชนิดเช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจาก *C. neoformans* หรือการติดเชื้อมัยโคแบคทีเรียอื่นที่ไม่ใช่วัณโรค อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ การอักเสบจากการฟื้นตัวของระบบภูมิคุ้มกัน (immune reconstitution inflammatory syndrome; IRIS) ซึ่งอาจจะพิจารณาเริ่มยาต้านเอชไอวีช้ากว่าปกติเล็กน้อย ส่วนในกรณีที่มีภาวะปอดอักเสบจาก *Pneumocystis jirovecii* การเริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วจะทำให้ผู้ติดเชื้อมีอัตราการรอดชีวิตมากกว่า และการเริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วภายใน 2 สัปดาห์หลังจากเริ่มการรักษาวัณโรคจะทำให้มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่าผู้ที่เริ่มยาต้านเอชไอวีช้า โดยเฉพาะผู้ที่มีจำนวนซีดีสี่น้อยกว่า 50 เซลล์/ลบ.มม.

ปัจจุบันมีการศึกษาพบว่าการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี $CD4 > 500$ cells/mm³ มีประโยชน์ในการลดโรคที่เป็น serious AIDS-related และ serious non-AIDS มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รอนจำนวนของ $CD4$ ลดลง < 350 cells/mm³ โดยเฉพาะการลดลงของวัณโรค Kaposi sarcoma และ malignant lymphoma นอกจากนี้การเริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี $CD4 > 500$ cells/mm³ จะมีประโยชน์ในการป้องกันคู่ของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการควบคุมจนระดับ VL ไม่สามารถวัดได้ จากข้อมูลดังกล่าวแนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านเอชไอวีของประเทศไทยฉบับนี้ จึงแนะนำให้เริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่มีความพร้อมและเข้าใจของการกินยาในระยะยาว นั่นคือ แนะนำให้ยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อทุกรายในทุกจำนวน $CD4$

ข้อบ่งชี้ของการเริ่มยาต้านเอชไอวีนอกจากมีความเจ็บป่วยระยะเอดส์แล้ว คือ มีอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-related symptoms) เช่น ฟ้ำขาวในปากจากการติดเชื้อรา ท้องเสียหรือมีไข้มากกว่า 2 สัปดาห์ น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 3 เดือนโดยไม่มีสาเหตุอื่น pruritic papular eruption (PPE) หรืองูสวัดมากกว่า 2 ระดับเส้นประสาท ส่วนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีความเจ็บป่วยระยะเอดส์และไม่มีอาการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี แนวทางปฏิบัติส่วนมากมีความเห็นตรงกันที่แนะนำให้เริ่มการยาต้านเอชไอวีเมื่อมีจำนวนซีดีสี่น้อยกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม.

การเริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการและมีจำนวนซีดีสี่ต่ำกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม. ยังมีการแนะนำไม่ตรงกัน แต่ข้อมูลมากขึ้นที่แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่มีการควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่ไม่ได้เป็นความเจ็บป่วยระยะเอดส์ (non-AIDS-defining diseases) เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคทางระบบประสาทและโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยาต้านเอชไอวีชนิดใหม่ๆ ได้มีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น มีผลข้างเคียงน้อยลง และรับประทานสะดวกขึ้น เมื่อเทียบกับในอดีต จึงทำให้แนวทางปฏิบัติของ DHHS ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 แนะนำให้รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย โดยไม่ขึ้นกับจำนวนซีดีสี่ ส่วนองค์การอนามัยโลกแนะนำให้รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีมีอาการที่มีจำนวนซีดีสี่ต่ำกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม. แต่ให้พิจารณารักษาลงหลังจากที่ได้มีการอภิปราย (discuss) กับผู้ติดเชื้อ

อย่างไรก็ตาม การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายโดยไม่ขึ้นกับจำนวนซีดีสี่นั้น ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอจากการศึกษาแบบสุ่ม (randomized trial) ที่สนับสนุนหลักการนี้ การศึกษาแบบเฝ้าสังเกต (observational study) ยังให้ผลการศึกษที่ต่างกันในแง่ของประโยชน์ (benefit) ที่จะได้รับถ้าเริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีในผู้ที่มีจำนวนซีดีสี่ต่ำกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งผู้ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรจะพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของการเริ่มรักษาเร็วโดยเฉพาะในผู้ที่ยังไม่มีอาการ ข้อพิจารณาที่ไม่สนับสนุนการเริ่มรักษาเร็วคือ ผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิด เนื่องจากการเริ่มการรักษาตั้งแต่วัยที่มีจำนวนซีดีสี่สูง ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องได้รับยาก่อนที่จะถึงเวลาที่จะได้รับการรักษาจริง ตัวอย่างเช่นมีข้อมูลที่แสดงว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นกับระยะที่รับประทานยาต้านเอชไอวีบางชนิด หรือมีการลดลงของความหนาแน่นของกระดูก (bone mineral density) ในผู้ที่รับประทานอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงเนื่องจากผลข้างเคียงของยา อาจมีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเนื่องจากการเริ่มยาในขณะที่ยังไม่มีอาการเพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รู้สึกว่าเป็นตัวเองป่วย อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของยา เกิดการดื้อยา รวมถึงการส่งต่อเชื้อยาไปสู่ผู้อื่น เหลือยาที่จะเป็นตัวเลือกในอนาคตลดลง และราคาหรือค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดหรือในกรณีที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ส่วนข้อพิจารณาที่สนับสนุนว่าควรเริ่มการรักษาเร็วคือ มีการพัฒนาต้านเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ควบคุมไวรัสได้นาน รับประทานง่าย มีผลข้างเคียงน้อย จะเกิดผลข้างเคียงจากยาน้อยกว่าถ้าเริ่มการรักษาในขณะที่จำนวนซีดีสี่สูง ถ้ามีการควบคุมปริมาณไวรัสได้ดีแล้วน่าจะลดปัญหาการดื้อยา มียาทางเลือกในกรณีที่เกิดการดื้อยาเนื่องจากมีชนิดของยาให้เลือกมากกว่าอดีต และลดการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่น

อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวียังต้องพิจารณาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การตั้งครรภ์ ความเจ็บป่วยระยะเอดส์ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือ

คู่มือผลเลือดต่าง (discordant couple) เป็นต้น รวมไปถึงความพร้อมและความตั้งใจที่จะเริ่มรักษา และการเข้าถึงการรักษา สำหรับในประเทศไทยมีโครงการเอดส์ระดับชาติ (National AIDS Program) ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น แต่ในความเป็นจริงอาจจะยังไม่สามารถให้การรักษาคด้วยยาต้านเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อทุกราย ผู้ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรจะต้องให้ความสำคัญกับผู้ที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษา ก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีจำนวนซีดีสี่ต่ำมากเช่น น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. ส่วนปริมาณเอชไอวีในพลาสมานั้นไม่ได้เป็นปัจจัยหลักสำหรับการพิจารณาเริ่มการรักษาเนื่องจากเป็นการตรวจที่มีราคาแพงและยังมีข้อจำกัดทางด้านห้องปฏิบัติการในประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนา แต่ในกรณีที่จะเริ่มยาต้านเอชไอวีบางชนิดคือ abacavir (ถ้าไม่ได้ใช้ร่วมกับ dolutegravir และ lamivudine) และ rilpivirine มีความจำเป็นต้องตรวจปริมาณไวรัสก่อน เนื่องจากยา 2 ชนิดนี้ไม่ควรใช้เป็นยาสูตรแรกในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปริมาณไวรัสก่อนรักษามากกว่า 100,000 ก๊อปปี้/มล.

2.8.2 ยาต้านเอชไอวี

ในปัจจุบันมียาต้านเอชไอวีทั้งหมด 6 กลุ่ม แต่มียาเพียง 3 กลุ่มที่ใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด (resource-limited settings) รวมทั้งในประเทศไทยคือ ยากลุ่ม NRTIs, NNRTIs และ PIs เนื่องจากมีราคาถูกและมีการผลิตได้เอง ส่วนยากลุ่ม INSTIs อาจเป็นยาที่ใช้มากขึ้นในประเทศไทยในอนาคต ยาต้านเอชไอวีทั้งชนิดยาเดี่ยวและยาสูตรผสม (coformulated) ที่มีใช้ทางคลินิกในปี พ.ศ. 2557 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนี้

1) Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs)

ยากลุ่ม NRTIs ถูกสร้างให้มีโครงสร้างทางโมเลกุลคล้ายกับเบสที่เนื้องค์ประกอบสำคัญในการสร้างดีเอ็นเอของเชื้อไวรัส เนื่องจากเอนไซม์ reverse transcriptase ของเชื้อเอชไอวีไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างเบสธรรมชาติที่ร่างกายมนุษย์สร้างขึ้นกับยากลุ่ม NRTIs เมื่อเอนไซม์ reverse transcriptase นำเอานิวคลีโอไทด์ที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นไปใช้ในการสร้างดีเอ็นเอสายใหม่ ยาสังเคราะห์นี้ไม่มีสูตรโครงสร้างของกลุ่ม 3'hydroxyl ทำให้นิวคลีโอไทด์อื่นไม่สามารถมาเกาะต่อได้ จึงทำให้การสร้างดีเอ็นเอยุติลง ขัดขวางวัฏจักรชีวิตการแบ่งตัวและการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase แบบแข่งขัน (competitive) ปัจจุบันนี้มียากลุ่ม NRTIs ที่ใช้ในทางคลินิก 7 ชนิด เรียงลำดับตามตัวอักษร คือ abacavir, didanosine, emtricitabine, lamivudine, stavudine, tenofovir disoproxil fumarate และ zidovudine

2) *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)*

ยากลุ่ม NNRTIs เป็นสารสังเคราะห์ที่มีโมเลกุลขนาดเล็กซึ่งถูกออกแบบให้สามารถเข้าไปจับอย่างแน่นหนากับเอนไซม์ reverse transcriptase ในส่วน hydrophobic pocket-like binding site ซึ่งอยู่บริเวณข้างเคียงกับ catalytic domain ของเอนไซม์ reverse transcriptase เมื่อ NNRTIs เข้าจับกับตำแหน่งดังกล่าวจะส่งผลให้ความอ่อนตัว (flexibility) ของโมเลกุลเอนไซม์ reverse transcriptase ลดลง ทำให้ poly-merase active site ไม่สามารถสังเคราะห์ดีเอ็นเอของเชื้อเอชไอวีได้ และปริมาณเชื้อไวรัสลดลง ยากลุ่ม NNRTIs ยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase ของเชื้อเอชไอวีแบบไม่แข่งขัน ในปัจจุบันมียากลุ่ม NNRTIs ที่ใช้ในทางคลินิก 4 ชนิด เรียงลำดับตามตัวอักษรคือ efavirenz, etravirine, nevirapine และ rilpivirine

3) *Protease inhibitors (PIs)*

ยาด้านเอชไอวีกลุ่ม PIs จะมีสูตรโครงสร้างคล้ายกับเพปไทด์ (peptide) ของเชื้อเอชไอวี ทำให้ถูกจับกับเอนไซม์ protease ด้วยพันธะไฮโดรเจนกับร่อง (pocket) เล็กๆ กลางโมเลกุลของเอนไซม์ โดยจะมีผลยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ protease ซึ่งเอนไซม์นี้จำเป็นต่อการเพิ่มจำนวน (replication) และการเจริญเติบโตเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ การยับยั้งเอนไซม์ protease จะป้องกันการตัดสาย gag-pol polyprotein ทำให้เชื้อไวรัสเจริญเติบโตไม่เต็มที่ โปรตีนภายในอนุภาคไวรัสที่ไม่ได้รับการตัดแต่งให้สมบูรณ์ และไม่สามารถก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ (non-infectious virus) ยากลุ่มนี้สามารถออกฤทธิ์ได้โดยตรงไม่ต้องอาศัยกระบวนการเมแทบอลิซึมของร่างกายเพื่อเปลี่ยนเป็นสารเมแทบอลิต์ที่ยังมีฤทธิ์ (active metabolites) ซึ่งแตกต่างจากยา 2 กลุ่มที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ในปัจจุบันนี้มียากลุ่ม PIs ที่ใช้ในทางคลินิก 9 ชนิด เรียงลำดับตามตัวอักษร คือ atazanavir, darunavir, fosamprenavir, indinavir, lopinavir/ritonavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir และ tipranavir ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะยาที่มีใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย 4 ชนิดคือ atazanavir, darunavir, lopinavir/ritonavir และ ritonavir

2.9 สูตรยาด้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือกในประเทศไทย

ยาที่ใช้ในประเทศไทยสรุปไว้ในตารางที่ 2.2 โดยยาด้านเอชไอวีที่แนะนำให้ใช้เป็นสูตรแรกในประเทศไทยคือ NRTIs + NNRTIs ได้แก่ TDF/FTC หรือ TDF + 3TC ร่วมกับ EFV เนื่องจากเป็นสูตรที่ได้ผลในการควบคุมไวรัสได้ดี มีผลข้างเคียงน้อยและใช้วันละครั้ง (สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560)

ตารางที่ 2.2 สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก

NRTIs backbone	+	NNRTIs	ในกรณีที่ผู้ป่วย ไม่สามารถกิน ยา NNRTIs ได้	ยาตัวที่สามอื่นๆ
แนะนำ		แนะนำ		แนะนำ
TDF/FTC TDF + 3TC1		EFV หรือ RPV		LPV/r
หรือทางเลือก		หรือ		หรือ
ABC + 3TC AZT + 3TC		NVP		ATV/r หรือทางเลือก ยากุ่ม INSTI4 • RAL หรือ • EVG/c/TDF/FTC3 หรือ • DTG

หมายเหตุ : TDF = Tenofovir, FTC = Emtricitabine, 3TC = Lamivudine
 EFV = Efavirenz, RPV = Rilpivirine, ABC = Abacavir
 LPR/r = Lopinavir/Ritonavir, AZT = Zidovudine
 ATV/r = Atazanavir/ Ritonavir, NVP = Nevirapine
 RAL = Raltegravir, EVG = Maraviroc DTG = Dolutegravir

3. คุณภาพชีวิต

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

สำหรับนิยามของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอนตายตัว แต่องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคำว่า “คุณภาพชีวิต” หมายถึง “มุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสถานะชีวิตตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา” ตัวอย่างเช่น คนคนหนึ่งอาจให้ความสำคัญต่อเรื่องการทำงานและการหาเงินเป็นตัววัดคุณภาพชีวิตของเขา แต่อีกคนอาจให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการอยู่อาศัยมากกว่า หรือผู้สูงอายุ

อาจจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับครอบครัวและความศรัทธาต่อศาสนามากกว่าคนอ่อนวัย และบุคคลที่อยู่ในสังคมที่แตกต่างกันจะให้ความสำคัญต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตแตกต่างกัน เช่น คนในสังคมตะวันตกอาจให้ความสำคัญต่อความสำเร็จในหน้าที่การงาน แต่คนในสังคมตะวันออกอาจเห็นความสำคัญของการได้อยู่กับครอบครัวมากกว่าการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน และนอกจากนี้สำหรับสังคมไทย จะสังเกตได้ว่า เมื่อมีพระราชพิธีเฉลิมฉลองของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ คนไทยมีความสุขโดยรวมมากขึ้นจากตัวอย่างที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขาซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม แต่ความเชื่อและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ซึ่งเป็นไปตามที่องค์กรอนามัยโลกได้ให้นิยามไว้ นอกจากคำนิยามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกแล้ว ยังมีผู้ให้นิยามอื่นๆ อีกเช่น ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตหรือความสุขของชีวิต (life satisfaction or happiness)

3.2 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านคุณภาพ

สุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญมากต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) จึงมีความจำเป็น นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (health outcome) ที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิกและการรอดชีพ (survival) โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งประกอบขึ้นด้วยมิติ (dimension หรือ domain) ทางด้านสุขภาพหลายด้าน เช่น สุขภาพทางด้านร่างกาย สุขภาพทางด้านจิตใจ สุขภาพทางด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป นอกจากมิติหลักที่กล่าวมาแล้วยังมีมิติอื่น ๆ อีกเช่น ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และความจำ การดำเนินชีวิตและการทำงานหาเลี้ยงชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การนอนหลับ อาการปวด และอาการของโรคต่าง ๆ

แนวคิดของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสอดคล้องกับแนวความคิดของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) และการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medicine) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีความสำคัญและความสำคัญในชีวิตของเขา (the whole person) ไม่ใช่แค่เพียงการมองที่ตัวโรค (disease) และยังสอดคล้องกับแนวคิดหรือนิยามของคำว่าสุขภาพที่ให้โดยองค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพ” (health) คือ “การมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากโรค” (พรรัตนทิพา, 2554) ซึ่งนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3.3 ประโยชน์ของการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ประโยชน์หรือวัตถุประสงค์ของการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลักดังต่อไปนี้

3.3.1 เพื่อใช้ในการวิจัยประเมินผลลัพธ์ (Outcomes Research) ของวิธีการรักษาหรือดูแลทางด้านสุขภาพ โดยทั่วไปผลลัพธ์ทางด้านสาธารณสุขมี 3 ด้านคือ ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก (Clinical outcomes) ด้านเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) และด้านคุณภาพชีวิต (humanistic outcomes)

3.3.2 เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Practice) คนส่วนใหญ่คิดว่าวัตถุประสงค์ของการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการทำวิจัยสำหรับการประเมินผลลัพธ์ของวิธีการรักษาเท่านั้น แต่แท้จริงเราสามารถนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิกได้หลายแง่มุมดังต่อไปนี้

1) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ทำให้ทราบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว อาจนำไปสู่การค้นหาปัญหาสาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาของผู้ป่วย

2) เพื่อตรวจหาภาวะทุพพลภาพและโรคในระยะเริ่มต้น

3) เพื่อการติดตามพยาธิสภาพของโรคและการตอบสนองต่อการรักษา

4) เพื่อการวางแผนการรักษาที่สอดคล้องกับความชอบของผู้ป่วย

5) เพื่อเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย

3.4 ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

โดยทั่วไปวิธีการวัดคุณภาพชีวิตมีอยู่ 2 แบบคือ วิธีวัดแบบมาตรฐานและวิธีวัดแบบรายบุคคล ซึ่งแต่ละวิธีมีเครื่องมือวัดที่หลากหลาย ดังต่อไปนี้

3.4.1 วิธีวัดแบบมาตรฐาน (Standard or Need Approach)

วิธีนี้จะใช้แบบสอบถามที่มีคำถามที่เหมือนกันสำหรับทุก ๆ คน โดยเป็นคำถามที่จำเป็นสำหรับประเมินสิ่งที่เป็นพื้นฐาน (basic needs) และให้น้ำหนักหรือความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อเท่าๆ กัน ซึ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตส่วนมากที่ใช้ในปัจจุบันจะใช้วิธีนี้เป็นหลักโดยสามารถแบ่งประเภทได้ดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามลักษณะประชากร

(1) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic Instrument) เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ในประชากรทั่วไป ไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็น ข้อดีของเครื่องมือ

ประเภทนี้ คือ สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้ แต่ข้อเสียคือ อาจจะไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือภาวะสุขภาพเนื่องจากคำถามไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง

(2) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (Specific Instrument) เช่น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (disease-specific instrument) และแบบเฉพาะอายุ (age-specific instrument) ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้คือ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ แต่อาจจะไม่ครอบคลุมมิติของชีวิตด้านอื่น ๆ และไม่สามารถนำคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคได้

2) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามการรายงานคะแนน

(1) Profile Scores เป็นเครื่องมือที่รายงานคะแนนตามมิติ (domain/dimension) ของคุณภาพชีวิต แต่ไม่มีการรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตที่เป็นผลลัพธ์โดยรวมออกมาเป็นตัวเลขดัชนีเพียงค่าเดียว (single index score) หรือที่เรียกว่า คะแนน “อรรถประโยชน์” ซึ่งการที่ไม่มีรายงานคะแนนดังกล่าวทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขได้ ส่วนใหญ่เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ ไม่ว่าแบบทั่วไปหรือแบบเฉพาะจะมีการรายงานคะแนนตามมิติมากกว่าคะแนนอรรถประโยชน์

(2) Index Scores เป็นเครื่องมือที่ใช้วิธีการวัด utility หรือ อรรถประโยชน์ ซึ่งจะให้คะแนนที่เป็นตัวเลขดัชนีเพียงค่าเดียว อยู่ในช่วง 0-1 โดยทั่วไป 0 หมายถึง ความตาย (death) และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (full health) และสามารถนำคะแนนอรรถประโยชน์นี้มาคำนวณหาจำนวนปีสุขภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลและต้นทุน-อรรถประโยชน์ แต่ข้อเสียของคะแนนอรรถประโยชน์คือ ไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ และวิธีการประเมินค่อนข้างยาก

3.4.2 วิธีวัดแบบรายบุคคล (Individualized or Want Approach)

วิธีนี้จะตรงกันข้ามกับวิธีวัดแบบมาตรฐาน คือจะให้ผู้ถูกประเมินแต่ละรายคิดเกี่ยวกับมิติของชีวิตที่คิดว่ามีความสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตของตนเอง และให้คะแนนความสำคัญของมิติแต่ละมิติตามลำดับความสำคัญในชีวิตของตนเอง

3.5 หลักเกณฑ์ในการเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

หลักเกณฑ์ในการเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี หรือที่เรียกว่า “คุณสมบัติทางด้านจิตวิทยา (psychometric properties)” ประกอบด้วยความสามารถในการใช้งานได้จริง (practicality) ความเที่ยง (reliability) ความตรง (validity) และความไวต่อการเปลี่ยนแปลง

ทางสุขภาพ (responsiveness) และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งกระบวนการแปลแบบสอบถามมาตรฐานจากภาษาอื่นมาเป็นภาษาไทย

3.6 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป

3.6.1 วัตถุประสงค์ของการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป

ในการประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ มักจะใช้แบบสอบถามทั้งประเภททั่วไปและแบบเฉพาะโรคควบคู่กันไป ถึงแม้ว่าแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปจะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพน้อยกว่าแบบเฉพาะโรคก็ตาม เหตุผลก็คือว่าในการประเมินคุณภาพชีวิตเราต้องการรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม รวมทั้งภาวะสุขภาพในมิติต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่ว่าจะมาจากสาเหตุที่เกี่ยวกับโรคที่เราสนใจจะวัดอยู่หรือไม่ก็ตาม เพราะการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ดูแลผู้ป่วยทั้งชีวิตของเขาไม่ใช่เพียงแค่การดูแลโรคของเขาเพียงอย่างเดียว และตามนิยามขององค์การอนามัยโลก “สุขภาพดีคือการมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากโรค”

นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปยังช่วยให้สามารถเปรียบเทียบสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เราศึกษากับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นที่ใช้เครื่องมือแบบทั่วไปอันเดียวกัน ซึ่งการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มโรคถือเป็นมาตรฐานหนึ่งในการรายงานผลการประเมินคุณภาพชีวิต ในขณะที่เครื่องมือแบบเฉพาะโรคไม่สามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มโรคได้ แต่สามารถเปรียบเทียบในโรคเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน (เช่น ต่างเชื้อชาติกัน ฯลฯ) ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดอย่างมากของเครื่องมือแบบเฉพาะโรคแต่เป็นข้อเด่นที่สำคัญของเครื่องมือแบบทั่วไป

นอกจากเหตุผลสองข้อดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่สามารถรายงานคะแนนหรือระดับประโยชน์ ยังสามารถนำมาใช้ในการประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คือการคำนวณจำนวนปีสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญและใช้บ่อยมากที่สุดในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลและการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ ซึ่งเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไม่สามารถให้ค่าอรรถประโยชน์จากเครื่องมือแบบเฉพาะโรคโดยใช้วิธีทางสถิติ เช่น สมการความถดถอย

3.6.2 มิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป

1) มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร

ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ

ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก

2) มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (*Psychological Functioning*) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (*vitality*) ฯลฯ

3) มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (*Social Functioning*) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์

4) มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (*Sexual Functioning*) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง

5) มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (*Neuropsychological Functioning*) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (*cognitive functioning*) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำนวนที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว (*orientation*) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ

6) มิติการนอน (*Sleep*) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอน ตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็ว ผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็ง และยารักษาความดันโลหิต

7) มิติการปวด (*Pain*) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อม

เรื้อรังก็จะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได

8) *มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity)* หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง ได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ

9) *มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality)* มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา หมายถึง แรงขับหรือความปรารถนาภายในที่ทำให้บุคคลมีความหมาย มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ ในขณะที่ความหมายด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งความหวังและกำลังใจ

10) *ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being)* มักจะประเมิน 2 เรื่องดังนี้

(1) *คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life or Life Satisfaction)* มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระบุระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีคุณภาพชีวิตเลย และ 10 หมายถึง ความพึงพอใจอย่างมากที่สุด

(2) *ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health)* ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุกๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือสภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมก็ได้ ในขณะที่เดียวกันคนที่มีภาวะสุขภาพดีแต่อาจจะไม่พึงพอใจในสุขภาพของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น ภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมาก หรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย

3.7 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่ใช้บ่อย

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปมีทั้งประเภทประเมินภาวะสุขภาพแบบมิติเดียวหรือประเมินภาวะสุขภาพแบบหลายมิติ ซึ่งแต่ละประเภทมีเครื่องมือหลายชนิดดังต่อไปนี้

3.7.1 เครื่องมือประเมินแบบมิติเดียว (Unidimensional Health Status Measures)

หมายถึง เครื่องมือที่ประเมินสุขภาพเพียงมิติเดียว อาจจะเป็นคำถามเพียงคำถามเดียวหรือมีหลายคำถามแล้วรายงานเป็นคะแนนรวม ในกรณีที่เครื่องมือใช้คำถามเดียวอาจจะถามถึงความผาสุกโดยรวมหรือภาวะสุขภาพโดยรวมก็ได้ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อ 2.2.10 หรืออาจจะถามเกี่ยวกับมิติทางสุขภาพอื่น ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อ 2.2 อย่างไรก็ตามการประเมินคุณภาพชีวิตควรใช้หลายคำถามในแต่ละมิติเพื่อที่จะเพิ่มความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity) ตัวอย่างเครื่องมือประเมินแบบมิติเดียวที่ใช้หลายคำถามมีดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย เช่น *Katz Index* และ *Barthel Index* ซึ่งเป็นเครื่องมือสองชนิดที่มีชื่อเสียงมากในการประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย โดยจะประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น เครื่องมือ *Barthel Index* จะมีคำถาม 10 ข้อ ที่ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องการอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหว การเดิน การขึ้นและลงบันได การขับปัสสาวะและการขับถ่าย และการรับประทานอาหาร โดยมีคะแนนรวม 100 คะแนน โดยที่ 100 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเต็มที่หรือไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเลย เครื่องมือนี้โดยส่วนใหญ่จะใช้กับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ ซึ่งจะประเมินอารมณ์ทั้งทางด้านบวกหรือด้านลบ เช่น เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอยู่หลายชนิด เช่น *Beck Depression Inventory* เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีความเที่ยงและความตรงที่ดี มักใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและงานวิจัยทางคลินิกในผู้ใหญ่ มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก โดยให้คะแนน 0-3 ดังนั้น คะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน โดยคะแนน 10-18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง คะแนน 19-29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง และคะแนนมากกว่า 30 หมายถึง ภาวะซึมเศรารุนแรง

3) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านสังคม เช่น *Social Support Survey* เป็นแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support), การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (information support), การสนับสนุนที่มองเห็นได้ (tangible support), การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก (positive social interaction), ความรักและเอาใจใส่ (affection) เครื่องมือนี้มีความเที่ยงและความตรงที่ดี

4) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านความจำ เช่น เครื่องมือ Mental Status Questionnaire เป็นคำถาม 10 ข้อ ที่ถามเกี่ยวกับวันที่ สถานที่ วันเกิดของตนเอง และผู้นำประเทศคนปัจจุบันและอดีต ถ้าตอบผิด 9-10 ข้อ ถือว่ามีความบกพร่องรุนแรง

5) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านการนอนหลับ เช่น เครื่องมือ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ประกอบด้วยคำถามที่ตอบด้วยตนเอง 19 ข้อ โดยมีคำถาม 15 ข้อ ที่มีตัวเลือก 4 คำตอบ (0 = ไม่มีปัญหา ถึง 3 มีปัญหารุนแรง) เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการถูกรบกวนในระหว่างการนอนและคุณภาพของการนอนหลับ และมีคำถามอีก 4 ข้อ ที่ให้เขียนตอบเกี่ยวกับเวลาเข้านอนและตื่นนอน ระยะเวลาที่ใช้ก่อนนอนหลับ และจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ นอกจากนี้ยังมีคำถามสำหรับให้ผู้ที่นอนร่วมด้วยตอบอีก 5 ข้อ มีตัวเลือก 4 คำตอบเช่นกัน โดยถามเกี่ยวกับการถูกรบกวนการนอน คะแนนรวมของ PSQI อยู่ระหว่าง 0-21 โดยคะแนนมากกว่า 5 ถือว่ามีปัญหาในการนอน

6) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตวิญญาณ เช่น เครื่องมือ McGill Quality of Life Questionnaire ซึ่งมีมิติย่อยทางด้านจิตวิญญาณที่ดี ถึงแม้ว่าเครื่องมือนี้จะมีมิติทางด้านร่างกายด้วยแต่ไม่เด่นนัก เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูง จึงมีมิติจิตวิญญาณที่โดดเด่น เช่น คำถามเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่า และความหวาดกลัวเกี่ยวกับอนาคต ฯลฯ โดยแต่ละคำถามมีคะแนนระหว่าง 0-10 (0 = ไม่ดีเลย ถึง 10 = ดีที่สุด) นอกจากนี้ McGill Quality of Life Questionnaire ยังมีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอื่น ๆ อีกเช่น Meaning in Life Scale และ Death Transcendence Scale

7) เครื่องมือประเมินอาการปวด เช่น การใช้เครื่องมือ Visual Analog Scale ที่มีลักษณะคล้ายกับเทอร์โมมิเตอร์ มีสเกลตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

3.7.2 เครื่องมือประเมินแบบหลายมิติ (Multidimensional Health Status Measures)

คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุกๆ มิติที่สำคัญดังที่ได้กล่าวในหัวข้อ 2.2 มิติที่สำคัญที่ทุกเครื่องมือประเภทนี้มักจะประเมิน คือ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคม สำหรับการประเมินมิติอื่นๆ ก็แตกต่างกันไปในแต่ละเครื่องมือ ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปมีหลายมิติ เช่น 1) SF-36 2) Sickness Impact Profile 3) Nottingham Health Profile 4) WHOQOL-BREF 5) Quality of Well-Being 6) Health Utility Index 7) EQ-5D 8) SF-6D ฯลฯ ในบทนี้จะได้กล่าวถึงเฉพาะเครื่องมือ 4 เครื่องมือแรก เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่รายงานคะแนนตามแต่ละมิติ (profile scores) ในขณะที่ 4 เครื่องมือหลังรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตแบบอรรถประโยชน์

(utility index scores) ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในบทที่ 3 เพราะฉะนั้นในบทนี้จะได้กล่าวรายละเอียดของเครื่องมือดังกล่าวโดยจะเน้นที่ SF-36 และ WHOQOL-BREF เป็นพิเศษเพราะมีการใช้มากในประเทศไทย

1) Short Form Health Survey-36 (SF-36)

SF-36 เป็นหนึ่งในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดในโลก มีความเที่ยงและความตรงที่ดีและมีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ ทั่วโลกจำนวนมากรวมทั้งภาษาไทย SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware และคณะ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ physical functioning, role limitation due to physical problems, role limitation due to emotional problems, bodily pain, mental health, vitality, social functioning, general health perceptions แต่ละมิติมีจำนวนคำถามแตกต่างกัน และแต่ละคำถามจะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (โปรดดูตารางที่ 2.1) เช่น ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านทำงานหรือมีกิจกรรมอื่น ๆ ได้น้อยลง เพราะปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายหรือไม่ และตัวเลือกตอบแต่ละคำถามเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล (มีลำดับมากน้อยในตัวเลือกตอบ เช่น มีปัญหาน้อยไปหามาก) โดยแต่ละคำถามอาจมีจำนวนตัวเลือกตอบเป็น 2, 3, 5 หรือ 6 คำตอบให้เลือก การรายงานคะแนนของ SF-36 จะรายงานคะแนนรวมตามมิติจำนวน 8 มิติ โดยแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยที่คะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังสามารถรายงานคะแนนออกมาเป็นคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (physical component scores) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (mental component scores) โดยคิดเป็น norm-based scores ในรูปค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไปอยู่ที่ 50 ± 10 คะแนน สามารถใช้แบบสอบถาม SF-36 ทั้งโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administered) สัมภาษณ์ต่อหน้า (face-to-face interview) หรือทางโทรศัพท์ (telephone interview) ในต่างประเทศพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที สำหรับประเทศไทย โดยประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปสามารถตอบได้ด้วยตนเอง แต่ผู้ที่มีการศึกษาก่อนข้างน้อยในระดับประถมศึกษาและผู้สูงอายุ ควรจะใช้วิธีสัมภาษณ์ต่อหน้า และไม่แนะนำให้ใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพราะแบบสอบถามอาจยาวเกินไป และอาจจะเกิดปัญหาการให้คำตอบที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม (social desirability) นั่นคือการตอบที่ให้ตัวเองดูดีไม่มีปัญหาอะไรในขณะที่เดี๋ยวก็น่าจะตอบแบบมีปัญหามากเกินความเป็นจริงก็ได้

นอกจากแบบสอบถามแบบ SF-36 แล้ว Ware และคณะ ได้ออกแบบสอบถาม SF-36 ฉบับย่อ คือ SF-12 ซึ่งนำคำถาม 12 ข้อ มาจาก 8 มิติ ของ SF-36 พบว่า มีความเที่ยงและความเที่ยงที่ดี ถึงแม้ว่าจะไม่ดีเท่ากับ SF-36 แต่มีข้อเด่น คือ สั้นกว่ามาก สำหรับคะแนนนั้นมิ

การรายงานเป็นคะแนนรวมทางด้านร่างกายและคะแนนรวมทางด้านจิตใจ โดยคิดเป็น norm-based scores เหมือนกับ SF-36 คือ คะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไปอยู่ที่ 50 ± 10 คะแนน และสำหรับ SF-12 version 2 ยังสามารถรายงานคะแนนตามมิติทั้ง 8 มิติ ได้เหมือนกับ SF-36 ด้วย มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 โดยคะแนนมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

2) *Sickness Impact Profile (SIP)*

SIP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อให้มีความไวเพียงพอที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ มีคำถามทั้งหมด 136 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติใหญ่ คือ มิติทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ประกอบด้วย 12 มิติย่อย โดยมีมิติทางด้านร่างกายมี 3 มิติย่อย ได้แก่ 1) ambulation 2) mobility 3) body care and movement ส่วนมิติทางด้านจิตใจมี 9 มิติย่อย ได้แก่ 1) social interaction 2) communication 3) alertness behavior 4) emotional behavior 5) sleep and rest 6) eating 7) home management 8) recreation 9) employment การรายงานคะแนนมีทั้งคะแนน 12 มิติย่อย และคะแนน 2 มิติรวม ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคะแนนรวม ทั้งแบบสอบถามด้วย SIP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความเที่ยงและความตรงที่ดี สามารถตอบได้ด้วยตนเองและสัมภาษณ์ต่อหน้า แต่ข้อเสียคือ แบบสอบถามยาวเกินไปทำให้เป็นภาระผู้ตอบมาก (respondent burden) พบว่า ในต่างประเทศใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที SIP มีการแปลเป็นหลายภาษาแต่ไม่มีภาษาไทย เนื่องจาก SIP ฉบับย่อ (SIP68) ซึ่งพบว่า มีความเที่ยงและความตรงที่ดีเช่นกัน แต่มีคำถามเหลือ 68 ข้อ ประกอบด้วย 6 มิติ ดังนี้ 1) somatic autonomy 2) mobility control 3) psychological autonomy and communication (cognitive functioning) 4) social behavior 5) emotional stability 6) mobility range

3) *Nottingham Health Profile (NHP)*

NHP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นที่ประเทศอังกฤษ มีคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกมีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เกี่ยวกับ physical functioning, vitality (sleep and energy), pain, emotional functioning, social functioning ส่วนที่สองประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ที่เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยในเรื่องของ job/work, home management, social life, home life, sex life, interests/hobbies, holidays เครื่องมือ NHP เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่มีความเที่ยงและความตรงที่เหมือน SF-36 และ SIP

4) *WHOQOL-BREF*

WHOQOL-BREF เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก โดยครั้งแรกได้ออกแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่เรียกว่า WHOQOL-100 ซึ่งได้พัฒนาขึ้นโดยการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์จากประชากร 15 ประเทศทั่วโลก

ซึ่งรวมทั้งประเทศไทย จึงเป็นเครื่องมือที่น่าจะเข้าได้กับวัฒนธรรมของประเทศไทย สำหรับ WHOQOL-BREF เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อของ WHOQOL-100 มีทั้งหมด 26 คำถาม โดยแบ่งเป็น 4 มิติ ได้แก่ มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ มิติทางด้านสังคม และมิติทางด้านสิ่งแวดล้อม และคำถามอีก 2 ข้อถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยที่คำถามแต่ละข้อจะถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาในช่วง 2 สัปดาห์ และมีตัวเลือกตอบอยู่ 5 ตัวเลือก คะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 1-5 โดยที่คะแนนมากจะหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ในการคิดคะแนนจะคิดคะแนนตามมิติ และเนื่องจากในแต่ละมิติจะมีจำนวนคำถามไม่เท่ากัน การที่จะได้คะแนนแต่ละมิติที่อยู่ในช่วงเดียวกันเพื่อง่ายต่อการเปรียบเทียบ จึงให้ค่าน้ำหนักค่าเฉลี่ยของแต่ละมิติ นั้น เช่น มิติทางด้านร่างกายมี 7 ข้อ สมมติว่าผู้ตอบได้ 3 คะแนนทุกข้อ ค่าเฉลี่ยคือ 3 (จากช่วงที่เป็นไปได้คือ 1-5) หลังจากนั้นให้เอาค่าเฉลี่ยที่ได้คูณด้วย 4 ดังนั้น คะแนนแต่ละมิติจะรายงานออกมาอยู่ในช่วงเดียวกันคือระหว่าง 4-20 คะแนน

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงและความตรงในผู้ป่วยชาวไทยทางด้านจิตเวช ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งโดยรวมพบว่า เครื่องมือนี้มีความเที่ยงและความตรงที่ดีสามารถยอมรับได้

ตารางที่ 2.3 สรุปมิติที่มีอยู่ในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป

Domain	SF-36	SIP	NHP	WHOQOL-BREF
Physical functioning	√	√	√	√
Psychological functioning	√	√	√	√
Social functioning	√	√	√	√
Sexual functioning				√
Cognitive functioning		√	√	√
Sleep		√	√	√
Pain	√	√	√	√
Productivity	√	√	√	√

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

Domain	SF-36	SIP	NHP	WHOQOL-BREF
Spirituality				√
Overall well-being	√	√		√

NHP = Nottingham Health Profile, SF-36 = Short Form Health Survey-36, SIP = Sickness Impact Profile, WHOQOL-BREF = The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) -BREF

จากตารางที่ 2.3 ได้สรุปเกี่ยวกับมิติต่าง ๆ ที่พบในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ SF-36, SIP, NHP และ WHOQOL-BREF พบว่า เครื่องมือทั้ง 4 มีมิติที่เหมือนกัน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อาการปวด ผลิตภาพ และความผาสุกโดยรวม และพบว่า มิติทางด้านจิตวิญญาณมีเฉพาะใน WHOQOL-BREF (เช่น คำถามเกี่ยวกับความหมายของชีวิต) นอกจากนี้ WHOQOL-BREF ยังเป็นเครื่องมือที่มีครบทุกมิติ ในขณะที่ SF-36 มีมิติที่จำเป็นน้อยที่สุดในบรรดา 4 เครื่องมือนี้ คือ ขาดมิติที่สำคัญ เช่น การนอนหลับ ความจำ และเพศสัมพันธ์ สำหรับ SIP ก็เป็นเครื่องมือที่มีมิติเกือบครอบคลุม ขาดเพียงเพศสัมพันธ์ สำหรับ NHP ขาดมิติที่จำเป็นอยู่หลายมิติ เช่น ความจำและความผาสุกโดยรวม อย่างไรก็ตาม ไม่มีเครื่องมือใดที่สมบูรณ์ที่สุด ในการเลือกเครื่องมือเพื่อที่จะใช้งานขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น วัตถุประสงค์ของการศึกษาว่าต้องการเน้นการประเมินมิติใดเป็นพิเศษ ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ ระยะเวลาที่ใช้ตอบแบบสอบถาม การมีฉบับภาษาไทยแล้วหรือไม่ และหากจำเป็นต้องแปลก็ต้องคำนึงถึงความยากง่ายในการแปลและลิขสิทธิ์ด้วย

สำหรับเครื่องมือที่เป็นภาษาไทยมีเพียง SF-36 และ WHOQOL-BREF ซึ่งโดยรวมแล้ว WHOQOL-BREF อาจจะดีกว่า SF-36 ในแง่ที่ว่าสั้นกว่าและมีมิติครอบคลุมกว่า และน่าจะเข้าได้กับวัฒนธรรมของประเทศไทยมากกว่า แต่ WHOQOL-BREF ไม่สามารถให้ค่าอรรถประโยชน์ ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตที่ใช้ในการประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ในขณะที่ SF-36 สามารถรายงานค่าอรรถประโยชน์ได้โดยวิธีการทางอ้อม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษาและการเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

4.1.1 เพศและอายุ

จากการศึกษาของ ประทีป ดวงงาม, ปุญญพัฒน์ ไชยเมย์, และวัลลภา คชภักดี (2555) พบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง ความแตกต่างระหว่างอายุ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปร เพศและอายุ ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร หรือไม่อย่างไร

4.1.2 ระดับการศึกษา

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยพบว่า ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น มีผลต่อคุณภาพชีวิต (ประทีป ดวงงาม, ปุญญพัฒน์ ไชยเมย์, และวัลลภา คชภักดี, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของสุเทพ รักเมือง, นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล (2546)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปร ระดับการศึกษา ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร หรือไม่ อย่างไร

4.1.3 อาชีพ

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือ บุคคลที่ว่างงาน หรือประกอบอาชีพงานบ้าน เกษตรกรรม และรับจ้าง (ประทีป ดวงงาม, ปุญญพัฒน์ ไชยเมย์, และวัลลภา คชภักดี, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของน้องเล็ก คุณวราดิศย์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ณ์ฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจหรือพนักงานบริษัทและอาชีพรับจ้างมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ว่างงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของโครงการ

ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร (AIDS, TB and STIs Control Division, 2008)

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรอาชีพ ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร หรือไม่ อย่างไร

4.1.4 รายได้

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กล่าวคือ ผู้มีรายได้ที่สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (เปรมจิตร์ ตันบุญยืน, 2556; น้อยเล็ก คุณวรดิศัย, นิตยา ดาววงศ์ญาติ , กิติมา วรรณทอง ฉัฐมน มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559; เปรมจิตร์ ตันบุญยืน, ยวดี ลีลักษณ์วิระ, และพรนภา หอมสินธุ์, 2558)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปร รายได้ ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือไม่ อย่างไร

4.1.5 สถานภาพสมรส

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้สมรสแล้วหรืออยู่ร่วมกันโดยไม่ได้จดทะเบียน มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ (Rukmoung, 2003; Jiramahavitayakul and Chuamuangphan, 2008; น้อยเล็ก คุณวรดิศัย, นิตยา ดาววงศ์ญาติ , กิติมา วรรณทอง ฉัฐมน มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559; เปรมจิตร์ ตันบุญยืน, ยวดี ลีลักษณ์วิระ, และพรนภา หอมสินธุ์, 2558)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปร สถานภาพสมรส ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือไม่ อย่างไร

4.1.6 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยและผู้ดูแล

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และสังคมที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวหรือสังคม หรือได้รับการดูแลน้อย (น้อยเล็ก คุณวรดิศัย, นิตยา ดาววงศ์ญาติ , กิติมา วรรณทอง ฉัฐมน มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559; เปรมจิตร์ ตันบุญยืน, ยวดี ลีลักษณ์วิระ, และพรนภา หอมสินธุ์, 2558; ประทีป ดวงงาม, ปุณณพัฒน์ ไชยเมย์, และวัลลภา คชภักดี, 2555 และเปรมจิตร์ ตันบุญยืน, 2556.)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปร บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และผู้ดูแล ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือไม่ อย่างไร

4.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา (ประวัติการเจ็บป่วยและข้อมูลการรักษา)

4.2.1 ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสที่น้อยกว่า 4 ปี กับมากกว่า 4 ปี ไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต (น้องเล็ก คุณวรดิศย์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ฌัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เปรมจิตร ดันบุญยืน, ยุวดี ลีลัคณาวิระ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปร ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือไม่ อย่างไร

4.2.2 ระดับ CD4

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสที่น้อยกว่า 4 ปี กับมากกว่า 4 ปี ไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต (น้องเล็ก คุณวรดิศย์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ฌัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559) แตกต่างกับผลการศึกษาของ เปรมจิตร ดันบุญยืน, ยุวดี ลีลัคณาวิระ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อระดับ CD4 เพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปร ระดับ CD4 ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือไม่ อย่างไร

4.2.3 จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load)

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) ไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต (น้องเล็ก คุณวรดิศย์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ฌัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปร จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือไม่ อย่างไร

4.3 คุณภาพชีวิตโดยรวม

ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในมิติสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล, 2547; สันติ นวนพรัตน์สกุล, 2550; ฌัฐชยา ช้อนขา, ประณิต ส่วงวัฒนา และกิตติกร นิลมานันต์, 2551; รongรัตน์ ชนะจน, 2551; กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานันต์, 2552; ยุวดี ลีลัคณาวิระ, 2552; พิทยา จารุพูนผล, 2552; ถนอมจิตต์ ดวนด่วน, และกรรณา ลี้มเจริญ, 2552; เนตรนภา อินทร์รองพล, 2553; พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554; เกสรวี ละม้ายสกุล, 2555 ;เปรมจิตร ดันบุญยืน, 2556 และ น้องเล็ก คุณวรดิศย์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ฌัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559) ส่วนผลการศึกษาของ Aswin Kumar,

HO Girish, Ayesha S Nawaz, PS Balu, & B Vijay Kumar (2014) และของ Imam MH, Karim MR, Ferdous C, & Akhter S (2011) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ และผลการศึกษาของ Nnamdi O. Ndubuka, Hyun J. Lim, Dirk M. van der Wal, & Valerie J. Ehlers (2016) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlational descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์และการเปรียบเทียบ โดยการใช้รูปแบบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร จำนวนทั้งสิ้น 2,485 คน ซึ่งจำนวนประชากรนี้ ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2560) แยกตามรายโรงพยาบาล โดยการจัดแบ่งขนาดของโรงพยาบาลตามจำนวนเตียง ออกเป็น 3 กลุ่ม จะได้จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาลดังนี้

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงมากกว่า 90 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และโรงพยาบาลหลังสวน

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลขนาดกลาง มีจำนวนเตียง 30-90 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลปะทิว โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลพะโต๊ะ และโรงพยาบาลละแม

กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลขนาดเล็ก มีจำนวนเตียง น้อยกว่า 30 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลมาบอำมฤต โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร โรงพยาบาลทุ่งตะโก

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร แยกรายโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยในคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัส
1.	ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	981
2.	ปากน้ำชุมพร	155
3.	ปะทิว	133
4.	มาบอำมฤต	83
5.	ท่าแซะ	188
6.	สวี	216
7.	ทุ่งตะโก	95
8.	หลังสวน	325
9.	ปากน้ำหลังสวน	99
10.	พะโต๊ะ	54
11.	ละแม	150
รวม		2485

ตารางที่ 3.2 แสดงจำนวนประชากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร แยกตามขนาดโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยในคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัส
1.	โรงพยาบาลขนาดใหญ่	1306
2.	โรงพยาบาลขนาดกลาง	741
3.	โรงพยาบาลขนาดเล็ก	438
รวม		2485

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในในคลินิกยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลรัฐทั้งหมดในจังหวัดชุมพร

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) บรรลุนิติภาวะ (อายุมากกว่า 18 ปี) หรือผู้เยาว์ที่ผู้ปกครองให้ความยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย
- 2) ให้ความร่วมมือและความยินยอมในการวิจัย
- 3) มีสัญชาติหรือเชื้อชาติไทย

1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่มีตัวแปรเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ประชากรมีการจัดแบ่งเป็นชั้นภูมิ (Stratum) มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายและเป็นการเลือกแบบไม่กลับคืน (Simple sampling without replacement)

จากการคำนวณตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power เวอร์ชัน 3.1.9.2 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 252 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือไม่ครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 260 คน

ขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้นภูมิที่ h คือ $n_h = n W_h$

กำหนดให้ ความเชื่อมั่นที่ 95% และ $Z_{\alpha/2} = 1.96$

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในโรงพยาบาลแต่ละขนาด ดังแสดงในตาราง จะคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลแต่ละขนาดได้ดังนี้

ตารางที่ 3.3 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรับยาด้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร แยกตามขนาดโรงพยาบาล

ขนาดโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี	สัดส่วนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิ เมื่อ $n = 252$
	N_h	W_h	σ_h	$n_h = n W_h$
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	1306	0.5256	12.92	136
โรงพยาบาลขนาดกลาง	741	0.2982	12.05	77
โรงพยาบาลขนาดเล็ก	438	0.1762	12.20	47

1.2.2 การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยสุ่มจากสัดส่วนประชากรในแต่ละ รพ. ที่คำนวณจำนวนตัวอย่างได้จากข้างต้น จำนวน 260 คน ตามขั้นตอน ดังนี้

1) **ขั้นที่ 1** รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกรับยาต้านไวรัสในทุกโรงพยาบาลรัฐของจังหวัดชุมพร จำนวน 260 คน

2) **ขั้นที่ 2** การสุ่มแบบกำหนดโควตา (Quota Sampling) โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนขนาดเตียงของโรงพยาบาล โดยจัดแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลาง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก

3) **ขั้นที่ 3** การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มจากลำดับคิวผู้ป่วยที่มาตรวจในวันที่เก็บข้อมูล ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในตาราง ที่ 3.4 จนครบตามจำนวนในแต่ละโรงพยาบาล จำนวน 260 คน ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะจับฉลากรายชื่อใหม่จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

ตารางที่ 3.4 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร แยกตามรายและขนาดโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	ขนาดโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย ในคลินิกรับยาด้าน	จำนวน ตัวอย่าง
1.	ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	โรงพยาบาลขนาดใหญ่	981	102
2.	หลังสวน	โรงพยาบาลขนาดใหญ่	325	34
3.	ละแม	โรงพยาบาลขนาดกลาง	150	15
4.	ปะทิว	โรงพยาบาลขนาดกลาง	133	14
5.	พะโต๊ะ	โรงพยาบาลขนาดกลาง	54	7
6.	ท่าแซะ	โรงพยาบาลขนาดกลาง	188	20
7.	สวี	โรงพยาบาลขนาดกลาง	216	21
8.	ปากน้ำชุมพร	โรงพยาบาลขนาดเล็ก	155	17
9.	มาบอำมฤต	โรงพยาบาลขนาดเล็ก	83	10

ตารางที่ 3.4 (ต่อ)

ลำดับ	โรงพยาบาล	ขนาดโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยใน คลินิกรับยาต้าน	จำนวนตัวอย่าง
10.	ทุ่งตะโก	โรงพยาบาลขนาดเล็ก	95	10
11.	ปากน้ำหลังสวน	โรงพยาบาลขนาดเล็ก	99	10
รวม			2485	260

1.3 ตัวแปร

1.3.1 ตัวแปรอิสระ :

- 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ผู้ดูแล
- 2) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรค ระยะเวลาที่รักษา จำนวนเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซตส์ชนิดซีดีสี่ (CD4) ปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด โรคประจำตัวอื่นๆ โรคแทรกซ้อน ชนิดของยาต้านไวรัส และพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

1.3.2 ตัวแปรตาม : คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.1 ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการรักษา

1) ตอนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีคำถามจำนวน ๑๐ เป็นคำถามลักษณะให้เลือกตอบ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้ำหนักและส่วนสูงเพื่อหาดัชนีมวลกายก่อนเริ่มยาต้านไวรัสและดัชนีมวลกายในปัจจุบัน

(1) ตอนที่ 1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับ CD4 ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

และระดับ CD4 ปัจจุบัน ปริมาณ Viral load ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส และโรคประจำตัว
อื่นๆ

2.1.2 ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส ตามแผนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในด้านความตรงต่อเวลาและความสม่ำเสมอในการรับประทาน เป็นลักษณะข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2 และ 3 สำหรับด้านลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 โดยเป็น มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้ความหมายและคะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติเพียง 1-2 วันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 3-4 วันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 5-6 วัน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การให้คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถาม	คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	4
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนนของแบบสอบถาม นำค่าคะแนนที่ได้จาก 2 ด้าน มารวมคะแนน โดยคะแนนรวมของแบบสอบถาม มีค่าตั้งแต่ 4-20 คะแนน

การคำนวณ นำค่าที่ได้มากำหนดระดับของความสม่ำเสมอในพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส ที่มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน คิดเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ กำหนดค่าความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ (Paterson et al., 2000:24) คือ

คะแนนเฉลี่ย 15.00 – 20.00 หมายถึง มีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับดีมาก ที่ร้อยละ 95 ขึ้นไป

คะแนนเฉลี่ย 10.00 – 14.99 หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ที่ร้อยละ 80 - 94.9

คะแนนเฉลี่ย น้อยกว่า 10 หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับน้อย ที่น้อยกว่าร้อยละ 80

2.1.3 ชุดที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อฉบับแปลเป็นภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ประเมินค่าเป็น จิตวิสัย (Subjective) ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดย ทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพ ชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นมีการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย โลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษา กับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน แล้วนำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2545:1)

การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับ ภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ และมีการศึกษาทดสอบค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ (ปริมิวิชญา อินตะกัน, 2551:31, หทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์, 2553: 25)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วย คำถาม 2 แบบคือ แบบอัตวิสัย (Self-report subjective) และแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) ประกอบด้วย คำถาม 26 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ทั้งหมด 23 ข้อ และมีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบทั้งหมด 3 ข้อ มีเนื้อหาครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24

องค์ประกอบด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23

องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 14 และ 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20,

โดยมีเกณฑ์การให้ความหมายและคะแนน ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย หรือรู้สึกไม่พอใจมาก
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

เกณฑ์การให้คะแนนข้อความที่มีความหมายทางบวกและทางลบ มีการให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่เลย	1	5
เล็กน้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
มาก	4	2
มากที่สุด	5	1

ส่วนการแปลผลคะแนนรวมของระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ใช้ค่าคะแนนรวมเป็นรายชื่อ ในแต่ละด้านและคะแนนโดยรวม ใช้เกณฑ์แบ่งความกว้างของช่วงระดับ 3 ช่วง ดังตารางที่ 2 โดยการคำนวณอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ตารางที่ 3.5 แสดงการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบด้านต่าง ๆ

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ	ระดับคะแนน		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ เฉลี่ยรายชื่อ	1-2.33	2.34-3.66	3.67-5
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ รายด้าน			
ด้านสุขภาพกาย (7 ข้อ)	7 - 16.33	16.34 - 25.66	25.67 - 35
ด้านจิตใจ (6 ข้อ)	6 - 14.00	14.01 - 22.00	22.01 - 30
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม(3 ข้อ)	3 - 7.00	7.01 - 11.00	11.01 - 15

ตารางที่ 3.5 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ	ระดับคะแนน		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ด้านสิ่งแวดล้อม(8 ข้อ)	8 - 18.66	18.67 - 29.33	29.34 - 40
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยรวม (26ข้อ)	26 - 60.66	60.67 - 95.34	95.35 - 130

2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.2.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (Validity)

1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา และชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับตัวแปร โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมผู้เชี่ยวชาญในการรักษาด้านการดูแลและป้องกันผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ 1 ท่าน แพทย์อายุรกรรมทั่วไป ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติงานกลุ่มงานเวชกรรมสังคมดูแลการป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อ และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัย 1 ท่าน และพยาบาลกลุ่มงานเวชปฏิบัติและปฐมภูมิผู้เชี่ยวชาญในงานป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อ 1 ท่าน

โดยนำเอกสารที่จัดเตรียมไว้ดังกล่าวมาแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนรายข้อคำถาม แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์คะแนนดังนี้

+1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา

0 หมายถึง ไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้

-1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรง ไม่สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนได้ค่า IOC ของแบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการรักษา และชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส ทุกข้อเท่ากับ 1 โดยมีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่านในข้อคำถามของ แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส ให้เพิ่มความตรงเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัส หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของ

ภาษา ตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปทดลองใช้ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาแล้ว โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การศึกษาครั้งนี้ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญซ้ำอีกครั้ง

2.2.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา และชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ซึ่งมีลักษณะตามข้อกำหนดเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกรับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือเพื่อการหาความคงที่ภายใน (Measures of internal consistency) โดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Conbrach's alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาเท่ากับ 0.7 และแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเท่ากับ 0.7 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพมีผู้นำแบบสอบถามไปทดสอบ เท่ากับค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ (ปริมิวิชญา อินตะกัน, 2551:31 ; หทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์, 2553: 25) อยู่ในเกณฑ์ดี

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลมาเพื่อการวิเคราะห์ ดังนี้

3.1 รวบรวมข้อมูลประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 11 แห่ง ในจังหวัดชุมพร จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ได้จำนวนประชากรทั้งสิ้น 2,909 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 260 คน

และคำนวณกลุ่มตัวอย่างแยกตามรายโรงพยาบาล

3.2 ก่อนลงไปเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอดำเนินการวิจัย โดยการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดชุมพรทั้งหมด 11 แห่ง และประสานงานผู้รับผิดชอบคลินิกคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัส

3.3 เมื่อถึงวันที่มีคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ลงไปเก็บข้อมูลพร้อมกับผู้รับผิดชอบคลินิกคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสในโรงพยาบาลนั้นๆ โดยการสุ่มตัวอย่างจากลำดับคิวของผู้ป่วยที่มารับบริการ

3.4 ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แนะนำตัวผู้วิจัยและผู้เก็บข้อมูล บอกวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และให้เซ็นใบยินยอมในการให้ข้อมูลโดยเก็บข้อมูลเป็นความลับ

3.5 หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธในการให้ข้อมูลก็จะสุ่มตัวอย่างจากลำดับคิวที่เหลือ และหากโรงพยาบาลใดไม่สามารถเก็บตัวอย่างได้ครบในวันนั้น ก็จำคณนการเก็บข้อมูลในครั้งถัดไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยการใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) การเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ (Multiple Comparison Test) สถิติการทดสอบของครัสคาล-วอลลิส (Kruskal-Wallis's test) และสถิติทดสอบค่าทีที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired samples t-test)

4.1 การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงการวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือวิจัย เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อพิจารณา โดยได้รับการพิจารณาผ่านการรับรองการวิจัย เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561 ลำดับที่ 13/2561 หลังจากที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้แล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย โดยการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดชุมพรทั้งหมด 11 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลหลังสวน โรงพยาบาลปะทิว โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลพะโต๊ะ และโรงพยาบาลละแม โรงพยาบาลมาบอำมฤต โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และโรงพยาบาลทุ่งตะโก เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้รับผิดชอบคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัส เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นในวันที่มีคลินิกรับยาต้านเชื้อไวรัสจึงดำเนินการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 20 นาที อธิบายการพิทักษ์สิทธิ ในการยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการรักษาพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ให้ลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ

เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงบอกถึงการเก็บรักษาความลับความลับของผู้ป่วย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมที่จะให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยใช้รหัสตัวอักษรและตัวเลขแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และหากต้องการทราบผลการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดส่งไปให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแสดงไว้ในภาคผนวก ก



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlational descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์และการเปรียบเทียบ โดยการใช้รูปแบบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร โดยมีวิธีรายละเอียดผลการวิจัยดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านบุคคล ด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

ตอนที่ 1.1 ข้อมูลด้านบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลการรักษาด้วยยาต้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้ำหนักและส่วนสูงเพื่อหาดัชนีมวลกายก่อนเริ่มยาต้านไวรัส และดัชนีมวลกายในปัจจุบัน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ผู้ดูแล การเปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น

ตอนที่ 1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ระดับ CD4 ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ปัจจุบัน ปริมาณ Viral load ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส โรคประจำตัวอื่นๆ ชนิดของยาต้านไวรัส และจำนวนมือที่รับประทานยาต่อวัน

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

ตอนที่ 3 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

ตอนที่ 4 ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลการรักษา พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส กับคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตอนที่ 5 ข้อมูลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐระดับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก

1. ข้อมูลด้านบุคคล ด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

1.1 ข้อมูลด้านบุคคล

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร (n = 260 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	150	50.00
หญิง	150	50.00
อายุ (ปี)	$\bar{x} = 42.63$ ปี, S.D. = 10.12 ปี, min = 16 ปี, max = 78 ปี)	
น้อยกว่า 20	3	1.20
20 - 29	26	10.00
30 - 39	56	21.50
40 - 49	117	45.00
50 - 59	46	17.70
มากกว่า 60	12	4.60
BMI ก่อนรับประทานยาต้านไวรัส	$\bar{x} = 20.18$, S.D. = 3.79 , min = 12.11 , max = 36.90	
น้อยกว่า 18.50 (ผอม)	81	31.20
18.50 - 22.90 (ปกติ)	135	51.90
23.00 - 24.90 (น้ำหนักเกิน)	22	8.50
25.00 - 29.90 (อ้วนระดับ 1)	16	6.20
มากกว่า 30.00 (อ้วนระดับ 2)	6	2.30

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
BMI หลังรับประทานยาต้านไวรัส	$\bar{x} = 21.89$, S.D. = 3.62 , min =13.67 , max = 39.84	
น้อยกว่า 18.50 (ผอม)	37	14.20
18.50 – 22.90 (ปกติ)	136	52.30
23.00 – 24.90 (น้ำหนักเกิน)	41	15.80
25.00 – 29.90 (อ้วนระดับ 1)	40	15.40
มากกว่า 30.00 (อ้วนระดับ 2)	6	2.30
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	4	1.50
ประถมศึกษา	120	46.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	60	23.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	42	16.20
อนุปริญญา/ปวส.	8	3.10
ปริญญาตรี	3	1.20
ปริญญาตรีขึ้นไป	23	8.80
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐสาหกิจ	6	2.30
พนักงานมหาวิทยาลัย	2	0.80
พนักงานบริษัท	10	3.80
ลูกจ้าง	31	11.90
รับจ้าง	85	32.70
นักเรียน/นักศึกษา	1	0.40
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	50	19.20
เกษตรกร/ประมง	55	21.20
อื่น	20	7.70

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน $\bar{x} = 8029.11$ บาท , $SD = 5366.12$ บาท , $\min = 0$ บาท , $\max = 30000$ บาท)		
น้อยกว่า 5000	100	38.50
5000 – 10000	100	38.50
10000 – 15000	41	15.80
15000 – 20000	12	4.60
มากกว่า 20000	7	2.70
สถานภาพสมรส		
โสด	60	23.10
แต่งงานแล้ว	45	17.30
อยู่กินกับคู่	76	29.20
แยกกันอยู่	19	7.30
หย่าร้าง	15	5.80
หม้าย	45	17.30
เงินสนับสนุนจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น		
ไม่ได้รับ	200	76.90
ได้รับ	60	23.10
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน		
คนเดียว	38	14.60
คู่สมรส	104	40.00
บิดา/มารดา	58	22.30
บุตร	36	23.80
ญาติพี่น้อง	22	8.50
เพื่อนบ้าน	2	8.80
ผู้ดูแล		
ไม่มี	43	16.50
คู่สมรส	99	38.10

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บิดา/มารดา	56	21.50
บุตร	31	11.90
ญาติพี่น้อง	29	11.20
เพื่อนบ้าน	2	0.80
การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี		
ไม่เปิดเผย	77	29.60
เปิดเผยกับคนในครอบครัว	151	58.10
เปิดเผยกับบุคคลอื่นที่ไว้วางใจ	32	12.30

จากตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัด ชุมพร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเท่ากันระหว่างเพศชายและเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45) อายุเฉลี่ย 42.63 ปี (S.D. = 10.12 ปี) อายุน้อยสุดเท่ากับ 16 ปี อายุมากที่สุด เท่ากับ 78 ปี ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนรับประทานยาต้านไวรัสเฉลี่ย 20.18 (S.D. = 3.79) ค่าดัชนี มวลกาย (BMI) หลังรับประทานยาต้านไวรัสเฉลี่ย 21.89 (S.D. = 3.62) มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 46.20) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 23.10) และมัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช. (ร้อยละ 16.20) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.70) รองลงมา คือ เกษตรกร หรือประมง (ร้อยละ 21.20) และ ค้าขายหรืออาชีพอิสระ (ร้อยละ 19.20) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8029.11 บาท (S.D. = 5,366.12 บาท) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 77.00) ส่วนใหญ่ไม่ได้เงินสนับสนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 76.90) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ กับคู่สมรสหรืออยู่กับคู่ (ร้อยละ 40.00) รองลงมา คือ บุตร (ร้อยละ 23.80) และบิดามารดา (ร้อยละ 22.30) ตามลำดับ และส่วนใหญ่การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีกับคนในครอบครัว (ร้อยละ 58.10)

1.2 ข้อมูลการรักษา

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของ ข้อมูลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร (n = 260 คน)

ข้อมูลการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส (ปี) $\bar{x} = 6.62$, S.D. = 4.26, min = 1, max = 19		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	39	15.00
1 – 5 ปี	75	28.85
5-10 ปี	89	34.23
มากกว่า 10 ปี	57	21.92
ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส(เซลล์/ไมโครลิตร) $\bar{x} = 213.52$, S.D. = 98.89, min = 1, max = 996		
น้อยกว่า 100	95	36.54
100 – 200	53	20.38
200 – 300	46	17.69
มากกว่า 300	66	25.39
ระดับ CD4 ปัจจุบันหรือต่ำสุด(เซลล์/ไมโครลิตร) $\bar{x} = 508.94$, S.D. = 244.13, min = 5, max = 1252		
น้อยกว่า 100	9	3.46
100 – 200	19	7.31
200 – 300	19	7.31
มากกว่า 300	213	81.92
จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load)(copies/mL) $\bar{x} = 12.79$, S.D. = 87.71, min = ตรวจไม่พบเชื้อไวรัส, max = 861		
ตรวจไม่พบเชื้อไวรัส	233	89.62
1-40	5	1.92
41-100	4	1.54
มากกว่า 100	18	6.92

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	188	72.30
มี	72	27.70
ชนิดของยาต้านไวรัส		
เม็ดรวม	151	58.10
หลายเม็ด	109	41.90
จำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส		
วันละครั้ง	83	31.90
วันละ 2 ครั้ง	177	68.10

จากตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของข้อมูลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร พบว่า ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส อยู่ในช่วง 5-10 ปี (ร้อยละ 34.23) รองลงมาคือ อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 28.85) ระยะเวลาเฉลี่ย 12.79 ปี (S.D. = 87.71ปี) ส่วนใหญ่มีระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสจำนวนน้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 36.54) รองลงมาคือมีระดับ CD4 มากกว่า 300 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 25.39) ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส เฉลี่ย 213.52 เซลล์ต่อลบ.มม. (S.D. = 98.89 เซลล์/ลบ.มม.) ส่วนระดับ CD4 ปัจจุบันหรือต่ำสุดส่วนใหญ่มากกว่า 300 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 81.92) และระดับ CD4 ปัจจุบันหรือต่ำสุด เฉลี่ย 508.94 เซลล์ต่อลบ.มม. (S.D. = 244.13 เซลล์/ลบ.มม.) ซึ่งเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 2.38 เท่า

จำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือดโดยส่วนใหญ่ตรวจไม่พบเชื้อ (ร้อยละ 89.62) ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 72.30 โดยส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสชนิดเม็ดรวมร้อยละ 58.10 และส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 68.10

2. พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส (n = 260 คน)

พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)	
รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 80)	5	1.90
รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80 - 94.99)	47	18.10
รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับดี (มากกว่าร้อยละ 95)	208	80.00
(\bar{x} =19.32, S.D.=1.31, Min=8, Max=20)		

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออยู่ในระดับดีมาก รองลงมาร้อยละ 18.10 มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 1.90 ที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับน้อย

3. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพรายด้าน (n = 260 คน)

คุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพ	พิสัยของคะแนน คุณภาพชีวิต	พิสัยของกลุ่ม ตัวอย่าง	\bar{x}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย	7 – 35	16 – 35	25.20	3.49	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	6 – 30	15 – 30	22.84	3.69	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3 – 15	4 – 15	10.05	2.00	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 40	17 – 40	28.03	4.60	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพ	พิสัยของคะแนน คุณภาพชีวิต	พิสัยของกลุ่ม ตัวอย่าง	\bar{x}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 130	67 - 130	93.35	12.68	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 93.35$, S.D.=12.68) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ รายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 22.84.35$, S.D.=3.69) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 25.20$, S.D.=3.49; $\bar{x} = 10.05$, S.D.=2.00 และ $\bar{x} = 28.03$, S.D.=4.60 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.5 แสดงระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตาม WHOQOL-BREF-THAI จำแนกรายข้อ (n = 260 คน)

คุณภาพชีวิต ระดับคะแนน	จำนวนผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ)					\bar{x}	SD
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
คุณภาพชีวิตโดยรวม							
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้ เพียงใด	4 (1.5)	10 (3.8)	73 (28.1)	117 (45.0)	56 (21.5)	3.81	0.87
2. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	1 (0.4)	8 (3.1)	161 (61.9)	64 (24.6)	26 (10.0)	3.41	0.73
ด้านร่างกาย							
1. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	1 (0.4)	13 (5.0)	64 (24.6)	115 (44.2)	67 (25.8)	3.90	0.86

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต ระดับคะแนน	จำนวนผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ)					\bar{x}	SD
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
2. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำ สิ่งต่างๆในแต่ละวันใหม่(ทั้ง เรื่องงาน หรือการดำเนิน ชีวิตประจำวัน)	5 (1.9)	7 (2.7)	94 (36.3)	106 (40.8)	48 (18.5)	3.71	0.86
3. ท่านพอใจกับการนอน หลับของท่านมากน้อย เพียงใด	8 (3.1)	7 (2.7)	80 (30.8)	114 (43.8)	51 (19.6)	3.74	0.91
4. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแก่ ไหนดที่สามารถทำอะไรๆผ่าน ไปได้ในแต่ละวัน	7 (2.7)	13 (5.0)	80 (30.8)	109 (41.9)	51 (19.6)	3.71	0.93
5. ท่านจำเป็นต้องไปรับการ รักษาพยาบาลมากน้อย เพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือ มีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	81 (31.2)	71 (27.3)	57 (21.9)	30 (11.5)	21 (8.1)	2.38	1.26
6. ท่านพอใจกับความสามารถ ในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ มา มากน้อยเพียงใด	1 (0.4)	16 (6.2)	89 (34.2)	109 (41.9)	45 (17.3)	3.70	0.84
7. ท่านสามารถไปไหนมา ไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	1 (0.4)	9 (3.5)	48 (18.5)	117 (45.0)	85 (32.7)	4.06	0.83
ด้านจิตใจ							
8. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มี ความหวัง) มากน้อยเพียงใด	1 (0.4)	5 (1.9)	88 (33.8)	119 (45.8)	47 (18.1)	3.79	0.77
9. ท่านมีสมาธิในการทำงาน ต่างๆ ดีเพียงใด	13 (5.0)	76 (29.2)	126 (48.5)	44 (16.9)	1 (0.4)	3.78	0.80

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต ระดับคะแนน	จำนวนผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ)					\bar{x}	SD
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
10. ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง มากน้อยแค่ไหน	1 (0.4)	12 (4.6)	79 (30.4)	118 (45.4)	50 (19.2)	3.78	0.82
11. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตา ของตัวเองได้ไหม	3 (1.2)	18 (6.9)	92 (35.4)	100 (38.5)	47 (18.1)	3.65	0.89
12. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	8 (3.1)	19 (7.3)	61 (23.5)	92 (35.4)	80 (30.8)	3.89	1.04
13. ท่านพอใจกับการเดินทาง ไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มาก น้อยเพียงใด	2 (0.8)	11 (4.2)	55 (21.2)	111 (42.7)	81 (31.2)	3.99	0.87
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม							
14. ท่านพอใจต่อการผูกมิตร หรือเข้ากับคนอื่นอย่างทีพำ นมแค่ไหน	8 (1.5)	4 (3.1)	105 (40.4)	107 (41.2)	36 (13.8)	3.63	0.82
15. ท่านพอใจกับการ ช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก เพื่อนๆแค่ไหน	2 (0.8)	18 (6.9)	92 (35.4)	113 (43.5)	35 (13.5)	3.62	0.83
16. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศ ของท่านแค่ไหน	34 (13.1)	59 (22.7)	107 (41.2)	43 (16.4)	17 (6.5)	2.81	1.07
ด้านสิ่งแวดล้อม							
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความ มั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ ละวัน	6 (2.3)	11 (4.2)	95 (36.5)	106 (40.8)	42 (16.2)	3.64	0.88

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต ระดับคะแนน	จำนวนผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ)					\bar{x}	SD
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
18.ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	3 (1.2)	10 (3.8)	88 (33.8)	100 (38.5)	59 (22.7)	3.78	0.88
19.ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	4 (1.5)	50 (19.2)	148 (56.9)	39 (15.0)	19 (7.3)	3.07	0.83
20.ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	4 (1.5)	20 (7.7)	95 (36.5)	107 (41.2)	34 (13.1)	3.57	0.87
21.ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3 (1.2)	20 (7.7)	122 (46.9)	90 (34.6)	25 (9.6)	3.44	0.82
22.ท่านมีโอกาสดูพักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	0 (0.0)	28 (10.8)	135 (51.0)	73 (28.1)	24(9.2)	3.36	0.80
23.สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3 (1.2)	6 (2.3)	97 (37.3)	114 (43.8)	40 (15.4)	3.70	0.80
24.ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	1 (0.4)	23 (8.8)	119 (45.8)	84 (32.3)	33 (12.7)	3.48	0.84

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ในเรื่อง การไม่เจ็บปวดตามร่างกาย ($\bar{x} = 3.90$) การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน ($\bar{x} = 3.71$) การนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด ($\bar{x} = 3.74$) การพอใจในความสามารถที่จะทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{x} = 3.71$) ความสามารถในการทำงานได้อย่าง

ที่ ($\bar{x} = 3.70$) การเดินทางด้วยตนเอง ($\bar{x} = 4.06$) การพอใจในชีวิต ($\bar{x} = 3.79$) การมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ($\bar{x} = 3.78$) การพอใจในตนเอง ($\bar{x} = 3.78$) การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ ($\bar{x} = 3.65$) การมีความรู้สึกดี ($\bar{x} = 3.89$) ความพอใจกับการเดินทาง ($\bar{x} = 3.99$) การพอใจกับสภาพบ้านเรือน ($\bar{x} = 3.78$) และการมีสภาพแวดล้อมดี ($\bar{x} = 3.70$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ในด้านต่างๆ อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 2.66) และกลุ่มตัวอย่างไม่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ในด้านต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) โดยคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่สุด คือ ความจำเป็นที่ต้องไปรับการรักษาพยาบาล ($\bar{x} = 2.38$)

4. ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย และ ข้อมูลการรักษา กับคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1 สมมติฐานที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป (ปัจจัยส่วนบุคคล)และข้อมูลด้านการรักษามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.1 สมมติฐานย่อย ที่ 1.1 ปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านเพศ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านเพศ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรเพศ มีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงไม่ปกติ

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05) จึงทดสอบความสัมพันธ์ด้านเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านเพศ

เพศ	N	Mean	Mean Rank	Mann-Whitney U Value	Asymp. Sig. (2-tailed)
หญิง	130	92.67	125.13	7752.500	0.250
ชาย	130	94.03	135.87		

จากตารางที่ 4.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้านเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test พบว่า ได้ค่า Mann-Whitney U เท่ากับ 7752.500 และค่า p-value เท่ากับ 0.250 สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของทั้งเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกัน

4.1.2 สมมติฐานย่อย ที่ 1.2 ปัจจัยด้านอายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านอายุที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านอายุที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรอายุ มีค่าเท่ากับ 0.144 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบปกติ

สถิติเชิงอนุมานเพื่อการทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA เพื่อทดสอบความแตกต่างของความแปรปรวนและค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน (N)	Mean	S.D.	F	p-value
น้อยกว่า 20	3	100.33	4.93	2.449	0.034
20 – 29	26	99.31	15.45		
30 – 39	56	89.91	10.97		
40 – 49	117	94.10	13.22		
50 – 59	46	92.09	11.39		
มากกว่า 60	12	92.25	5.85		

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ $F = 2.449$ และมีค่า $p\text{-value}$ เท่ากับ 0.034 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 ดังนั้น สรุปได้ว่า ผลการทดสอบมีความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านอายุอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน จึงทดสอบต่อด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบพหุคูณ (Multiple comparisons) โดยเลือกใช้วิธี Scheffe's Method ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเท่ากันและไม่เท่ากัน ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.8 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านอายุด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบพหุคูณ (Multiple comparisons)

กลุ่มอายุ	Mean	น้อยกว่า 20	20 - 29	30 – 39	40 – 49	50 - 59	มากกว่า 60
น้อยกว่า 20	100.33	-	1.026 (1.000)	10.427 (0.847)	6.231 (0.981)	8.24638 (0.940)	8.08333 (0.961)
20 - 29	99.31	-	-	9.397 (0.074)	5.205 (0.588)	7.221 (0.348)	7.058 (0.753)
30 – 39	89.91	-	-	-	-4.192 (0.506)	-2.176 (0.978)	-2.339 (0.997)
40 – 49	94.10	-	-	-	-	2.016 (0.972)	1.853 (0.999)
50 - 59	92.09	-	-	-	-	-	-1.6304 (1.000)
มากกว่า 60	92.25	-	-	-	-	-	-

จากตารางการเปรียบเทียบแบบพหุคูณ (Multiple comparisons) โดยวิธี Scheffe's Method พบว่า ค่า p-value มากกว่า 0.05 จึงไม่ปฏิเสธ H_0 แสดงว่า ปัจจัยด้านอายุที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.1.3 สมมติฐานย่อย ที่ 1.3 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรระดับการศึกษา มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.9 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
ไม่ได้เรียน	4	96.00	146.25	8.954	0.176
ประถมศึกษา	120	91.53	118.64		
มัธยมต้น	60	94.22	137.82		
มัธยมปลาย/ปวช.	42	92.74	129.00		
อนุปริญญา/ปวส	8	99.00	151.06		

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ระดับการศึกษา	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test	
				Chi-Square	Asymp. Sig.
ปริญญาตรี	3	96.00	155.00		
ปริญญาตรีขึ้นไป	23	98.96	162.96		
ไม่ได้เรียน	4	93.35	146.25		

จากตารางที่ 4.9 แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 8.954 df = 6 ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.176 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติคเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.4 สมมติฐานย่อย ที่ 1.4 ปัจจัยด้านอาชีพ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติคเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านอาชีพที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติคเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านอาชีพที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติคเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรอาชีพ มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ สถิติเชิงอนุมานเพื่อการทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านอาชีพ

อาชีพ	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	99.33	160.25	20.696	0.008
พนักงานมหาวิทยาลัย	2	83.00	60.25		
พนักงานบริษัท	10	106.90	215.20		
ลูกจ้าง	31	95.10	138.65		
รับจ้าง	85	91.20	118.65		
นักเรียน/นักศึกษา	1	98.00	170.00		
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	50	94.78	139.25		
เกษตรกร/ประมง	55	92.82	127.67		
อื่นๆ	20	89.90	107.90		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	93.35	160.25		

จากตารางที่ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 20.696 df = 8 ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.008 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านอาชีพที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.5 สมมติฐานย่อย ที่ 1.5 ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรรายได้ต่อเดือน มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุมานเพื่อการทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal -Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.11 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
น้อยกว่า 5000	100	89.70	109.51	18.754	< 0.001
5000 – 10000	100	93.90	133.04		
10000 – 15000	41	98.85	161.37		
15000 – 20000	12	99.50	172.79		
มากกว่า 20000	7	94.86	140.86		

จากตารางที่ 4.10 แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 18.754 df = 4 ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือนที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.6 สมมติฐานย่อย ที่ 1.6 ปัจจัยด้านสถานภาพ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านสถานภาพที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านสถานภาพที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัว

แปรสภาพภาพ มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่ามีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุมานเพื่อการทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal -Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.12 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านสถานภาพ

สถานภาพ	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
โสด	60	94.37	133.43	1.492	0.914
แต่งงานแล้ว	45	93.73	135.39		
อยู่กินเป็นคู่	76	93.09	129.45		
แยกกันอยู่	19	90.47	111.68		
อย่าร้าง	15	93.07	131.57		
หม้าย	45	93.36	131.06		

จากตารางที่ 4.12 แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 1.492 df = 5 ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.914 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านสถานภาพที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.7 สมมติฐานย่อย ที่ 1.7 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05) จึงทดสอบความสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กับคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.13 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

การสนับสนุนจาก องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น	N	Mean	Mean Rank	Mann-Whitney U Value	Asymp. Sig. (2-tailed)
ไม่ได้รับ	200	94.3650	136.68	4763.500	0.015
ได้รับ	60	89.9667	109.89		

จากตารางที่ 4.13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้านเพศกับคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test พบว่า ได้ค่า Mann-Whitney U เท่ากับ 4763.500 และค่า p-value เท่ากับ 0.015 สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

4.1.8 สมมติฐานย่อย ที่ 1.8 ปัจจัยด้านผู้ดูแล ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านการมีผู้ดูแลที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านการมีผู้ดูแลที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่าการแจกแจงแบบไม่ปกติ สถิติเชิงอนุमानเพื่อทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.14 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านผู้ดูแล

ผู้ดูแล	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
ไม่มี	43	91.35	121.12	4.022	0.546
คู่สมรส	99	93.00	130.54		
พ่อแม่	56	96.18	144.01		
บุตร	31	94.23	135.08		
ญาติ	29	91.38	114.78		
เพื่อนบ้าน	2	89.50	109.25		

จากตารางที่ 4.14 แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 4.022 df = 5 ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.546 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.9 สมมติฐานย่อย ที่ 1.9 ปัจจัยด้านการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุमानเพื่อทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal -Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.15 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี

การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
ไม่เปิดเผย	77	93.16	128.65	0.641	0.726
เปิดเผยกับคนในครอบครัว	151	93.74	133.22		
เปิดเผยกับบุคคลอื่นที่ไว้วางใจ	32	91.97	122.13		

จากตารางที่ 4.15 แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 0.641 df = 2 ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.726 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.10 สมมติฐานย่อย ที่ 1.10 ปัจจัยด้านระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal -Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส

ระยะเวลาที่รักษาด้วย ยาต้านไวรัส	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	39	95.9231	149.06	3.504	0.320
1 – 5 ปี	75	93.2400	129.37		
5-10 ปี	89	93.3596	130.02		
มากกว่า 10 ปี	57	91.7193	120.04		

จากตารางที่ 4.16 แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 3.504 df = 3 ได้ค่า p-value = 0.320 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.11 สมมติฐานย่อย ที่ 1.11 ปัจจัยด้านระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส มีค่าเท่ากับ < 0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal -Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.17 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส

ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส (เซลล์/ไมโครลิตร)	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
น้อยกว่า 100	95	93.63	131.16	5.769	0.123
100 – 200	53	91.89	123.58		

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับ ยาด้านไวรัส (เซลล์/ไมโครลิตร)	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
200 – 300	46	96.54	152.55		
มากกว่า 300	66	91.89	119.73		

จากตารางที่ 4.17 แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 5.769 df = 3 ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.123 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาด้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.12 สมมติฐานย่อย ที่ 1.12 ปัจจัยด้านระดับ CD4 ล่าสุด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านระดับ CD4 ล่าสุด ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านระดับ CD4 ล่าสุด ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรระดับ CD4 ล่าสุด มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal -Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตรา และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.18 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านระดับ CD4 ล่าสุด

ระดับ CD4 ล่าสุด (เซลล์/ ไมโครลิตร)	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
น้อยกว่า 100	9	96.00	140.28	1.066	0.785
100 – 200	19	93.74	135.87		
200 – 300	19	91.47	115.00		
มากกว่า 300	213	93.37	130.99		

จากตารางที่ 4.18 แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 1.066 df = 3 ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.785 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านระดับ CD4 ล่าสุด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.13 สมมติฐานย่อย ที่ 1.13 ปัจจัยด้านจำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านจำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านจำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรจำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุमानเพื่อการทดสอบสมมติฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal -Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะตัวแปรเชิงคุณภาพระดับการวัดเป็นนามมาตรา หรืออันดับมาตร และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา

หรืออัตราส่วนมาตรา โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านจำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load)

จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) (copies/mL)	N	Mean	Mean Rank	Kruskal Wallis Test Chi-Square	Asymp. Sig.
ตรวจไม่พบเชื้อไวรัส	233	92.88	127.76	3.350	0.341
1-40	5	101.00	170.40		
41-100	4	95.00	140.75		
มากกว่า 100	18	96.8889	152.61		

จากตารางที่ 4.19 แสดงผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test ปรากฏว่า Chi-Square = 3.350 df = 3 ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.341 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ดังนั้น จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านจำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4.1.14 สมมติฐานย่อย ที่ 1.14 ปัจจัยด้านโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปรโรคประจำตัวอื่นๆ มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05) จึง

ทดสอบความสัมพันธ์ด้านโรคประจำตัวอื่นๆ กับคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านโรคประจำตัวอื่นๆ

โรคประจำตัวอื่นๆ	N	Mean	Mean Rank	Mann-Whitney U Value	Asymp. Sig. (2-tailed)
ไม่มี	188	93.27	130.84	6705.000	0.908
มี	72	93.57	129.63		

จากตารางที่ 4.20 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้านเพศกับคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test พบว่า ได้ค่า Mann-Whitney U เท่ากับ 6705.0 และค่า p-value เท่ากับ 0.908 สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีของผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นๆกับผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวอื่นๆไม่แตกต่างกัน

4.1.15 สมมติฐานย่อย ที่ 1.15 ปัจจัยด้านชนิดของยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านชนิดของยาต้านไวรัส ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านชนิดของยาต้านไวรัส ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปร ชนิดของยาต้านไวรัส มีค่าเท่ากับ 0.001ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05) จึงทดสอบความสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กับคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านชนิดของยาต้านไวรัส

ชนิดของยาต้านไวรัส	N	Mean	Mean Rank	Mann-Whitney U Value	Asymp. Sig. (2-tailed)
ชนิดยาเม็ดเดี่ยว	151	93.59	131.70	8048.00	0.762
ชนิดยารวม	109	93.02	128.83		

จากตารางที่ 4.21 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้านเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test พบว่า ได้ค่า Mann-Whitney U เท่ากับ 8048.00 และค่า p-value เท่ากับ 0.762สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีของผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ กับชนิดของยาต้านไวรัสแบบชนิดยาเม็ดเดี่ยวกับชนิดยารวม ไม่แตกต่างกัน

4.1.16 สมมติฐานย่อย ที่ 1.16 ปัจจัยด้านจำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านจำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

H_1 : ปัจจัยด้านจำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส ที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และค่า Asymp. Sig.(2-tailed) พบว่า p-value ของตัวแปร จำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส มีค่าเท่ากับ <0.001 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05) จึงทดสอบความสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านจำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส

จำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส	N	Mean	Mean Rank	Mann-Whitney U Value	Asymp. Sig. (2-tailed)
วันละครั้ง	83	93.4819	132.50	7179.500	0.769
วันละ 2 ครั้ง	177	93.2881	129.56		

จากตารางที่ 4.22 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้านเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U -Test พบว่า ได้ค่า Mann-Whitney U เท่ากับ 7179.50 และค่า p-value เท่ากับ 0.769สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาวันละครั้งกับ วันละ 2 ครั้ง ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.23 สรุปปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปัจจัย	Sig.
อาชีพ	0.008
รายได้	< 0.001
การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.015

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) คือ ความแตกต่างของอาชีพ รายได้ต่อเดือน และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. ข้อมูลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐระดับโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก

5.1 สมมติฐานที่ 2 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่แตกต่างกัน

5.1.1 สมมติฐานย่อยที่ 2.1 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกายของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกายของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่แตกต่างกัน

H_1 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกายของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก แตกต่างกัน

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 3 กลุ่ม ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 4.24 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกายในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล (n=260)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกาย	Levene's Test of Homogeneity of Variances	df1	df2	Sig.
กลุ่มตัวอย่างรายโรงพยาบาล (n=260)	0.651	2	257	0.552

จากตารางที่ 4.24 แสดงค่า Levene's Test of Homogeneity of Variances พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกายในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล มีค่า Sig. เท่ากับ 0.552 ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.25 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกายในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล (n=260)

	ค่าเฉลี่ย(X)	รพ.ขนาดใหญ่	รพ.ขนาดกลาง	รพ.ขนาดเล็ก
รพ.ขนาดใหญ่	25.5368	-	0.78352 (0.116)	0.57932 (0.327)
รพ.ขนาดกลาง	24.7532	-	-	-0.20420 (0.752)
รพ.ขนาดเล็ก	24.9574	-	-	-

จากตารางที่ 4.25 แสดงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกายในแต่ละขนาดโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.1.2 สมมติฐานย่อย ที่ 2.2 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านจิตใจของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านจิตใจของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่แตกต่างกัน

H_1 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านจิตใจของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก แตกต่างกัน

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 3 กลุ่ม ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 4.26 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านจิตใจ ในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล (n=260)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านจิตใจ	Levene's Test of Homogeneity of Variances	df1	df2	Sig.
กลุ่มตัวอย่างรายโรงพยาบาล (n=260)	0.557	2	257	0.574

จากตารางที่ 4.26 แสดงค่า Levene's Test of Homogeneity of Variances พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านจิตใจในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล มีค่า Sig. เท่ากับ 0.574 ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.27 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านจิตใจ ในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล (n=260)

	ค่าเฉลี่ย(X)	รพ.ขนาดใหญ่	รพ.ขนาดกลาง	รพ.ขนาดเล็ก
รพ.ขนาดใหญ่	23.13	-	0.61289 (0.246)	0.6004 (0.338)
รพ.ขนาดกลาง	22.52	-	-	-0.01243 (0.986)
รพ.ขนาดเล็ก	22.53	-	-	-

จากตารางที่ 4.27 แสดงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านจิตใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาใน โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร ใน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและ โรงพยาบาลขนาดเล็กโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในแต่ละขนาดโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.1.3 สมมติฐานย่อย ที่ 2.3 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่แตกต่างกัน

H_1 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก แตกต่างกัน

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 3 กลุ่ม ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 4.28 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล (n=260)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม	Levene's Test of Homogeneity of Variances	df1	df2	Sig.
กลุ่มตัวอย่างรายโรงพยาบาล (n=260)	1.187	2	257	0.307

จากตารางที่ 4.28 แสดงค่า Levene's Test of Homogeneity of Variances พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล มีค่า Sig. เท่ากับ 0.307 ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.29 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล (n=260)

	ค่าเฉลี่ย(X)	รพ.ขนาดใหญ่	รพ.ขนาดกลาง	รพ.ขนาดเล็ก
รพ.ขนาดใหญ่	10.35	-	0.54039 (0.057)	0.72857 (0.030)*

ตารางที่ 4.29 (ต่อ)

	ค่าเฉลี่ย(X)	รพ.ขนาดใหญ่	รพ.ขนาดกลาง	รพ.ขนาดเล็ก
รพ.ขนาดกลาง	9.81	- 0.54039 (0.057)	-	0.18817 (0.608)
รพ.ขนาดเล็ก	9.62	-0.72857 (0.030)*	-0.18817 (0.608)	-

จากตารางที่ 4.29 แสดงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็กโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 คู่ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.03$)

5.1.4 สมมติฐานย่อย ที่ 2.4 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถเขียนสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลขนาดใหญ่
โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่แตกต่างกัน

H_1 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลขนาดใหญ่
โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก แตกต่างกัน

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 3 กลุ่ม ที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) น้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 4.30 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล (n=260)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม	Levene's Test of Homogeneity of Variances	df1	df2	Sig.
กลุ่มตัวอย่างรายโรงพยาบาล (n=260)	0.262	2	257	0.770

จากตารางที่ 4.30 แสดงค่า Levene's Test of Homogeneity of Variances พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล มีค่า Sig. เท่ากับ 0.770 ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.31 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล (n=260)

	ค่าเฉลี่ย(X)	รพ.ขนาดใหญ่	รพ.ขนาดกลาง	รพ.ขนาดเล็ก
รพ.ขนาดใหญ่	10.35	-	1.00411 (0.122)	2.35310 (0.002)*
รพ.ขนาดกลาง	9.81	-	-	1.34899 (0.109)
รพ.ขนาดเล็ก	9.62	-	-	-

จากตารางที่ 4.31 แสดงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็กโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 คู่ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlational descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายและการเปรียบเทียบ โดยการใช้รูปแบบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสในคลินิกรับยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลรัฐ ของจังหวัดชุมพร ทั้งหมด 11 แห่งในจังหวัดชุมพร จำนวน 260 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการรักษา แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทายาต้านไวรัส และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (WHOQOL-BREF-THAI) โดยใช้ สถิติพรรณนา สถิติทดสอบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) การเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ (Multiple Comparison Test) สถิติการทดสอบของครัสคาล-วอลลิส (Kruskal-Wallis's test) และสถิติทดสอบค่าทีที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired samples t-test) ผลการวิเคราะห์ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเท่ากันระหว่างเพศชายและเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45) อายุเฉลี่ย 42.63 ปี (SD = 10.12 ปี) อายุน้อยสุดเท่ากับ 16 ปี อายุมากสุดเท่ากับ 78 ปี ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนรับประทายาต้านไวรัสเฉลี่ย 20.18 (SD = 3.79) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) หลังรับประทายาต้านไวรัสเฉลี่ย 21.89 (SD = 3.62) มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 46.20) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 23.10) และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 16.20) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.70) รองลงมา คือ เกษตรกรหรือประมง (ร้อยละ 21.20) และ ค้าขายหรืออาชีพอิสระ (ร้อยละ 19.20) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8029.11 บาท (SD = 5,366.12 บาท) โดยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 77.00) ส่วนใหญ่ไม่ได้เงินสนับสนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 76.90) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรืออยู่กับคู่ (ร้อยละ 40.00) รองลงมา คือ บุตร (ร้อยละ 23.80) และบิดามารดา (ร้อยละ 22.30) ตามลำดับ และส่วนใหญ่การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีกับคนในครอบครัว (ร้อยละ 58.10)

ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส อยู่ในช่วง 5-10 ปี (ร้อยละ 34.23) รองลงมาคือ อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 28.85) ระยะเวลาเฉลี่ย 12.79 ปี (SD = 87.71ปี) ส่วนใหญ่มีระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสจำนวนน้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 36.54) รองลงมาคือมีระดับ CD4 มากกว่า 300 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 25.39) ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสเฉลี่ย 213.52 เซลล์ต่อลบ.มม. (SD = 98.89 เซลล์/ลบ.มม.) ส่วนระดับ CD4 ปัจจุบันหรือค่าสุดส่วนใหญ่มากกว่า 300 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 81.92) และระดับ CD4 ปัจจุบันหรือค่าสุด เฉลี่ย 508.94 เซลล์ต่อลบ.มม. (SD = 244.13 เซลล์/ลบ.มม.) ซึ่งเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 2.38 เท่า

จำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือดโดยส่วนใหญ่ตรวจไม่พบเชื้อ (ร้อยละ 89.62) ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 72.30 โดยส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสชนิดเม็ดรวมร้อยละ 58.10 และส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 68.10

ในด้านพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออยู่ในระดับดีมาก รองลงมาร้อยละ 18.10 มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 1.90 ที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับน้อย

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในภาพรวม โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อฉบับแปลเป็นภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ประเมินค่าเป็น จิตวิสัย (Subjective) ได้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมในมิติสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($X=93.35$, S.D.=12.68) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ รายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=22.84.35$, S.D.=3.69) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=25.20$, S.D.=3.49; $\bar{x}=10.05$, S.D.=2.00 และ $\bar{x}=28.03$, S.D.=4.60 ตามลำดับ)

เมื่อวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตตาม WHOQOL-BREF-THAI จำแนกรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ในเรื่อง การไม่เจ็บปวดตามร่างกาย ($\bar{x}=3.90$) การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน ($\bar{x}=3.71$) การนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด ($\bar{x}=3.74$) การพอใจในความสามารถที่จะทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{x}=3.71$) ความสามารถในการทำงานได้อย่างที่ ($\bar{x}=3.70$) การเดินทางด้วยตนเอง ($\bar{x}=4.06$) การพอใจในชีวิต ($\bar{x}=3.79$) การมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ($\bar{x}=3.78$) การพอใจในตนเอง ($\bar{x}=3.78$) การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ ($\bar{x}=3.65$) การมีความรู้สึกดี ($\bar{x}=3.89$) ความพอใจกับการเดินทาง ($\bar{x}=3.99$) การพอใจกับสภาพบ้านเรือน ($\bar{x}=3.78$) และการมี

สภาพแวดล้อมดี ($\bar{x} = 3.70$) นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ในด้านต่างๆ อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 2.66) และกลุ่มตัวอย่างไม่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ในด้านต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) โดยคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่สุด คือ ความจำเป็นที่ต้องไปรับการรักษาพยาบาล ($\bar{x} = 2.38$)

2. อภิปรายผล

ผลการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

2.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในมิติสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 93.35$, S.D.=12.68) ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่มีการสังเคราะห์งานวิจัย ตั้งแต่ปี 2541- 2556 (ลาวัลย์ กิรุ่งเรืองกุล, 2547; สันติ นวนพรรัตน์สกุล, 2550; ณัฐชยา ช้อนชา , ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิลมานัต, 2551; รองรัตน์ ชนะจน , 2551; กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552; ยุวดี ลีลัคนาวีระ, 2552; พิทยา จารุพูนผล, 2552; ถนอมจิตต์ ดวนด่วน, และกรรณา ลิ้มเจริญ, 2552; เนตรนภา อินทร์รองพล, 2553; พรรณทิพา สักดิ์ทอง, 2554; เกสรวิ ละม้ายสกุล, 2555 ;เปรมจิตร์ ต้นบุญยืน, 2556 และ น้องเล็ก คุณวราดิศัย, นิตยา คาววงศ์ญาติ , กิติมา วรรณทอง ณัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยนันท์, 2559)

ผลการศึกษานี้แตกต่างกับผลการศึกษาของ Aswin Kumar, HO Girish, Ayesha S Nawaz, PS Balu, & B Vijay Kumar (2014) และของ Imam MH, Karim MR, Ferdous C, & Akhter S (2011) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ และแตกต่างกับการศึกษาของ Nnamdi O. Ndubuka, Hyun J. Lim, Dirk M. van der Wal, & Valerie J. Ehlers (2016) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ($\bar{x} = 84.6$, SD = 14.8)

จากคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังคงอยู่ที่ระดับปานกลาง ทั้ง ๆ ที่ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสอย่างทั่วถึงและได้รับการยอมรับในสังคมมากขึ้น แต่คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อก็ยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก อาจจะเนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่หายขาด มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องปกปิดจากบุคคลอื่น ยังไม่ได้รับการยอมรับในสังคมมากนัก ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นอย่างดีก็

ตาม ก็ยังไม่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รู้สึกพึงพอใจในชีวิตในระดับที่ดีมากกว่านี้ได้ ส่งผลให้การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ได้ ประกอบกับมีกลุ่มตัวอย่างบางคนยังมีความผิดปกติ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังคงอยู่ที่ระดับในมิติสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

หากพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรายด้านของการศึกษารั้งนี้แล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 22.84.35$, S.D. = 3.69) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร ของเกสรวิ ละเอียดสกุล (2555) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจรายข้ออยู่ในระดับสูงทุกข้อ ($\bar{x} = 3.67 - 5.00$) ทั้ง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ($\bar{x} = 3.79$, S.D. = 0.77) มีสมาธิในการทำงานต่างๆ ($\bar{x} = 3.78$, S.D. = 0.80) รู้สึกพอใจในตนเอง ($\bar{x} = 3.78$, S.D.=0.82) ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.89) การไม่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ($\bar{x} = 3.89$, S.D. = 1.04) และพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน ($\bar{x} = 3.99$, S.D.=0.87) ซึ่งการศึกษานี้ แตกต่างกับผลการศึกษาของ Nnamdi O. Ndubuka, Hyun J. Lim, Dirk M. van der Wal, & Valerie J. Ehlers (2016) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 25.20$, S.D. = 3.49; $\bar{x} = 10.05$, S.D. = 2.00 และ $\bar{x} = 28.03$, S.D. = 4.60 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป ดวงงาม, วัลลภา ษภักดิ์, และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ (2555) อธิบายได้จากข้อมูลทั่วไปและการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาต้านไวรัส มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยที่มีระดับ BMI ก่อนรับประทานยาต้านไวรัสเฉลี่ยร้อยละ 20.18 (S.D. = 3.79) และระดับ BMI หลังรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเป็นเฉลี่ยร้อยละ 21.89 (S.D. = 3.62) โดยกลุ่มตัวอย่างมี BMI น้อยกว่า 18.50 กก./ม² ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ผอม ก่อนรับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 31.20 หลังจากรับประทานยาต้านไวรัสลดน้อยลงเหลือร้อยละ 14.20 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกสรวิ ละเอียดสกุล (2555) ที่พบว่า มีระดับ BMI ก่อนรับประทานยาต้านไวรัส น้อยกว่า 18.5 กก./ม² ร้อยละ 43.50 ($\bar{x} = 19.61$, S.D. = 4.41) และหลังจากรับประทานยาต้านไวรัสมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 กก./ม² ขึ้นไปร้อยละ 88.00 ($\bar{x} = 22.28$, S.D. = 3.70) ซึ่งการศึกษานี้ แตกต่างกับผลการศึกษา ของ Nnamdi O. Ndubuka, Hyun J. Lim, Dirk

M. van der Wal, & Valerie J. Ehlers (2016) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่คุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ จากตารางที่ 4.3 แสดงพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 มีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออยู่ในระดับดีมาก รองลงมาร้อยละ 18.10 มีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 1.90 ที่มีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับน้อย ซึ่งมีเพียง 5 คน เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับ CD4 เฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยพบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสพบว่า มีระดับ CD4 เฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยก่อนรับประทานยาต้านไวรัส มีระดับ CD4 เฉลี่ย 213.52 เซลล์/ไมโครลิตร (S.D. = 98.89) ส่วนหลังรับประทานยาต้านไวรัส มีระดับ CD4 เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 508.94 เซลล์/ไมโครลิตร (S.D. = 244.13) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุฑทากศ, อุษณีย์ เทพวรชัย, และเขาวรัตน์ อินทอง (2553); เกสรวิไล ม้ายสกุล (2555); ไสว ตันทวาท, วิมาลัย ทินะ, และชินดนัย เขาว์ศิริกุล (2559), Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, Friedland G, (2005)

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาต้านไวรัสชนิดยาสูตรรวมเม็ดเดียว ขององค์การเภสัชกรรม ร้อยละ 58.10 ซึ่งการรับประทานยาชนิดยาสูตรรวมเม็ดเดียว ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้นกว่าการรับประทานยาแบบหลายเม็ด และพบว่า การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้มีค่า CD4 ที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (ประณีต ส่งวัฒนา, 2551; เชิดเกียรติ แก้วกสิกิจ, 2552; Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, Friedland G, 2005)

2.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกัน คือ ความแตกต่างของ อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการได้รับการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนปัจจัยอื่น ๆ นั้น ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกันซึ่งได้แก่ ความแตกต่างด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ผู้ดูแล การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส ระดับ CD4 ล่าสุด จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) โรคประจำตัวอื่นๆ ชนิดของยาต้านไวรัส และจำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

2.2.1 อาชีพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพที่ต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ($p\text{-value} = 0.008$) ที่ระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) โดยอาชีพที่มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่มากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ พนักงานบริษัท ($\bar{x} = 106.90$) รัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ ($\bar{x} = 99.33$) และนักเรียน/นักศึกษา ตามลำดับ ($\bar{x} = 98.00$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของ นื่องเล็ก คุณวาราดิษฐ์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ , กิติมา วรรณทอง ฉัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) ที่พบว่า อาชีพมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท รับจ้าง และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2555) ที่พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ ซึ่งอาชีพพนักงานบริษัท รัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ มักจะเป็นผู้ที่มีการศึกษาที่ดี มีรายได้ที่ดีกว่าอาชีพอื่นๆ ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าอาชีพอื่นๆ ทำให้สามารถดูแลตนเองได้

2.2.2 รายได้ต่อเดือนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 15,000 – 20,000 บาท ($\bar{x} = 172.79$) ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด คือ ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ($\bar{x} = 109.51$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆการศึกษาที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร์ สืบซึ่ง, 2549; เกษรวิ ละม้ายสกุล, 2555; เปรมจิตร ต้นบุญยืน, 2556; เปรมจิตร ต้นบุญยืน, ชวดี ลีลคณาวิระ, และพรนภา หอมสินธุ์, 2558; นื่องเล็ก คุณวาราดิษฐ์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ , กิติมา วรรณทอง ฉัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2555) ที่พบว่า รายได้ต่อเดือนไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาดังกล่าว ส่วนใหญ่จะพบว่ารายได้ต่อเดือนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ใช้จ่ายเพื่อซื้อสินค้าและบริการต่างๆในการดำรงชีวิต (สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ, 2531)

2.2.3 การได้รับการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเหมือนกับ การศึกษาของ สมพร เนติรัฐกร (2550), เกษรวิ ละม้ายสกุล (2555), ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และ ปญญพัฒน์ ไชยเมธ (2555), เปรมจิตร ต้นบุญยืน (2556), เปรมจิตร ต้นบุญยืน, ยุติ ลิ้มคนาวีระ, และพรนภา หอมสินธุ์, 2558 การศึกษาในครั้งนี้เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านเงิน ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Tangible Support) ที่ให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทองแรงงานหรือการให้บริการต่าง ๆ ตามความจำเป็นของการสนับสนุนทางสังคม (Schaefer C., Cuyne J. C., and Lazarus R. S., 1981) ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ดีขึ้น

2.2.4 เพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่าระหว่างเพศชายและหญิงไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.250$) สอดคล้องกับผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของน้องเล็ก คุณวราดิศย์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ณัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของทั้งเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.06$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษรวิ ละม้ายสกุล (2555); ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และ ปญญพัฒน์ ไชยเมธ (2555), Samson Akpan PE, Ojong IN, Ella R, & Edet OB (2013) และของ Tadeu Lessa da Costa, Denize Cristina de Oliveira, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Gláucia Alexandre Formozo (2014) ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงอยู่ในพื้นที่ที่มีสิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆที่ใกล้เคียงกัน จึงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แตกต่างไปจากผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในหมู่บ้านกาฐมาณฑุและแถบตะวันออกของประเทศเนปาล (Quality of Life Among HIV Positive Individuals in Kathmandu Valley and Eastern Region of Nepal) ของ Agrawal H, Mourya R, Shrestha RK, & Agrawal S. (2012) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิงนั้นสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

2.2.5 อายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า ช่วงอายุที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าช่วงอายุที่มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่มากที่สุด คือ ช่วงอายุ

น้อยกว่า 20 ปี ($\bar{x} = 103.33$, S.D. = 4.93) ส่วนช่วงอายุที่มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่น้อยที่สุดคือ ช่วงอายุ 30-39 ปี ($\bar{x} = 89.91$, S.D. = 10.97) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา บุญเดชะ, และ สมพร เนติรัฐกร (2550); เกษรวิ ละม้ายสกุล (2555); ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี, และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ (2555); น้องเล็ก คุณวาราดิษฐ์, นิตยา คาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง คุ้มมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) และของ Tadeu Lessa da Costa, Denize Cristina de Oliveira, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Gláucia Alexandre Formozo (2014) ที่พบว่า ช่วงอายุที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงานซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่และไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพาความสามารถในการดูแลตนเองได้ จึงทำให้ผลการศึกษพบว่าอายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

แต่ผลการศึกษาแตกต่างกับผลการศึกษาของ Aswin Kumar, HO Girish, Ayesha S Nawaz, PS Balu, & B Vijay Kumar (2014) ที่พบว่า ผู้ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี จะมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและสังคมดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ส่วนการศึกษาของ Imam MH, Karim MR, Ferdous C, & Akhter S (2011) และของ Nnamdi O. Ndubuka, Hyun J. Lim, Dirk M. van der Wal, & Valerie J. Ehlers (2016) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี และ น้อยกว่า 35 ปี จะมีจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ตามลำดับ

2.2.6 ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.15) โดยผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ($\bar{x} = 98.96$) ส่วนผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ($\bar{x} = 91.53$) แต่เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา บุญเดชะ, และสมพร เนติรัฐกร (2550); เปรมจิตร ต้นบุญยืน, 2556; น้องเล็ก คุณวาราดิษฐ์, นิตยา คาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง คุ้มมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมอย่างอื่นที่มีความใกล้เคียงกัน มีความสามารถในการดูแลตัวเองที่ใกล้เคียงกัน

2.2.7 สถานภาพ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพ อยู่กินกับคู่แต่ไม่ได้แต่งงาน (ร้อยละ 29.20) รองลงมาได้แก่ โสดและแต่งงานแล้ว ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่า คนที่โสดมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ($\bar{x} = 94.37$) ส่วนคนที่มีสถานภาพแยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ($\bar{x} = 90.47$) เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าสถานภาพ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา บุญเดชา, และสมพร เนติรัฐกร (2550); ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี, และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ (2555) แต่การศึกษามีความแตกต่างกับผลการศึกษาของ เปรมจิตร์ ตันบุญยืน, ยวดี ลีลัคณาวิระ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558); น้องเล็ก คุณวรดิษฐ์, นิตยา คาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ธรรมนูญ มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) และของ Tadeu Lessa da Costa, Denize Cristina de Oliveira, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Gláucia Alexandre Formozo (2014) โดยการศึกษาปัจจัยทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของเปรมจิตร์ ตันบุญยืน, ยวดี ลีลัคณาวิระ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) พบว่า สถานภาพคู่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 ($r = 0.13$) ส่วนการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของน้องเล็ก คุณวรดิษฐ์, นิตยา คาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ธรรมนูญ มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) พบว่า สถานภาพ ที่ต่างกันทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.014$)

จากผลการศึกษาของสถานภาพที่มีผลแตกต่างกันนี้ อาจจะสืบเนื่องมาจาก สถานภาพของจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่วนในพื้นที่ของจังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างมักได้รับการดูแล ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองของแต่ละโรงพยาบาลที่ไม่ค่อยแตกต่างกัน จึงส่งผลให้ปัจจัยสถานภาพที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.8 ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอช

ไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาอยู่ในช่วง ระยะเวลา 5-10 ปี (ร้อยละ 34.23) โดยผู้ที่ได้รับการรักษาในช่วงระยเวลาน้อยกว่า 1 ปี มีระดับ คุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x} = 95.92$) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาในช่วงระยะเวลามากกว่า 10 ปี มี ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 91.72$) เมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วพบว่า ระยะเวลาที่รักษาด้วย ยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของ น้องเล็ก คุณวรดิษฐ์, นิตยา คาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ธรรมนูญ มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.306$) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ของ เปรมจิตร์ ตันบุญ (2555) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรค เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ ≤ 0.05 ($r = -0.16, p = 0.16$) แต่ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกับผลการศึกษาระดับ

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง ของประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี, และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ (2555) ที่พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (p-value เท่ากับ 0.003 และ 0.002 ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาดังกล่าวนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตในประจำวันให้ได้เป็นอย่างดี เมื่อระยะเวลาผ่านไป พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีความเข้าใจและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (สุภารัตน์ วรรณสาร, 2541) จึงทำให้ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.9 ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ล่าสุด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสจำนวนน้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 36.54) รองลงมาคือมีระดับ CD4 มากกว่า 300 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 25.39) ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส เฉลี่ย 213.52 เซลล์ต่อลบ.มม. (S.D. = 98.89 เซลล์/ลบ.มม.) ส่วนระดับ CD4 ปัจจุบันหรือล่าสุดส่วนใหญ่มากกว่า 300 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 81.92) และระดับ CD4 ปัจจุบันหรือล่าสุด เฉลี่ย 508.94 เซลล์ต่อลบ.มม. (S.D. = 244.13 เซลล์/ลบ.มม.) ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนรับยาต้านไวรัส เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าปัจจัยด้านระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ล่าสุด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของน้องเล็ก คุณวาราศิษย์, นิตยา คาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง, ณัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) ที่พบว่า ปริมาณ CD4 ที่ต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (p-value = 0.409) ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของเปรมจิตร์ ตันบุญยืน, ยุวดี ลีลักษณ์วิระ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) และของประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ (2555) โดยผลการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของเปรมจิตร์ ตันบุญยืน, ยุวดี ลีลักษณ์วิระ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) พบว่า ระดับ CD4 หรือปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 ($r = 0.16$) ส่วนการศึกษาของประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ (2555) พบว่า ระดับ CD4 ครั้งล่าสุดมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.004)

จากผลการศึกษา จะเห็นว่า ระดับ CD4 อาจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในบางการศึกษา ในการศึกษา ซึ่งศึกษาในพื้นที่ของจังหวัดชุมพร พบว่า ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ล่าสุด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่ค่อยทราบค่าของ CD4 ว่ามีผลอย่างไรต่อร่างกายตนเองมากนักหรือเมื่อทราบค่าของ CD4 แล้ว แต่ไม่ทราบว่าจะมีผลอย่างไรต่อร่างกาย ซึ่งการที่ผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 ที่สูงขึ้น จะแสดงถึงระดับภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น สามารถใช้ในการพยากรณ์การดำเนินโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้ออวยโอกาสชนิดต่าง ๆ รวมทั้งการพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและประเมินผลของการรักษา

2.2.10 จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับเชื้อไวรัสในกระแสเลือดที่ตรวจไม่พบเชื้อหรือน้อยกว่าระดับที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 89.66) เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าปัจจัยด้านระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ล่าสุด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.341$) สอดคล้องกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของน้องเล็ก คุณวราดิศัย, นิตยา ดาววงศ์ญาติ , กิติมา วรรณทอง ฌัฐมน มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) ที่พบว่า จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ($p\text{-value} = 0.357$)

จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาและการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สืบเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับเชื้อไวรัสในกระแสเลือดที่ตรวจไม่พบเชื้อหรือน้อยกว่าระดับที่กำหนดไว้ จึงทำให้วิเคราะห์แล้วพบว่าปัจจัยด้านระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ล่าสุด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.11 โรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ (ร้อยละ 72.31) เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าปัจจัยด้านโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.908$) ในรายละเอียดของโรคประจำตัวในการศึกษานี้เป็นการระบุโรคประจำตัวทางกาย มีการศึกษาของ เปรมจิตร์ ดันบุญยืน, ยุติ ลิ้มกานาวีระ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 ($r = 0.32$)

โรคซึมเศร้านับเป็นหนึ่งในโรคที่เจอได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีอาการซ่อนเร้นอยู่ในร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ซึ่งแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่ใจ รู้สึกไร้ค่า และอาจมีความคิดอยากตาย จากการศึกษาของ นิทยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขียว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2555); Pornnipa Harnlakorn, Sudthanom Kamonlert, Somjai Rattanamane, & John F Smith (2015) และของ Nnamdi O. Ndubuka, Hyun J. Lim, Dirk M. van der Wal, & Valerie J. Ehlers (2016) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเอดส์ ร้อยละ 44.70, 44.00 และ 8.2 ตามลำดับ

2.2.12 ชนิดของยาต้านไวรัส และจำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสชนิดเม็ดรวมร้อยละ 58.10 และส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 68.10 เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าปัจจัยด้านชนิดของยาต้านไวรัส และจำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value เท่ากับ 0.762 และ 0.769 ตามลำดับ) จากผลการศึกษาดังกล่าว การรับประทานยาต้านไวรัสทั้งในชนิดและจำนวนมือของยาจะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับ CD4 หรือปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์ และการลดลงของจำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load)

2.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลาง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีดีสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจ ในแต่ละขนาดโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างกันของคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็กโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง

เดียว (One-Way ANOVA) พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 คู่ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.03$) สืบเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง รู้สึกว่าตนเองผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นได้ดี รู้สึกพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากบุคคลอื่น

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชุมพร ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็กโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 คู่ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) สืบเนื่องมา จากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคงปลอดภัยดี สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้สะดวก ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันเพียงพอ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รักษาในโรงพยาบาลขนาดเล็ก

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร ครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1 ด้านการดูแลรักษาและการช่วยเหลือทางสังคม

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกัน คือ ความแตกต่างของ อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนปัจจัยอื่น ๆ นั้น ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกันซึ่งได้แก่ ความแตกต่างด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ผู้ดูแล การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส ระดับ CD4 ล่าสุด จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) โรคประจำตัวอื่นๆ ชนิดของยาต้านไวรัส และจำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส ดังนั้นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลและในชุมชน ควรจะให้ความสนใจในการดูแลด้าน อาชีพ รายได้ต่อเดือน

และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

3.1.1 ส่งเสริมการมีอาชีพหรือการเพิ่มรายได้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของ เช่น องค์กรบริหารการปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการ หรือสำนักงานพัฒนาชุมชน เพื่อช่วยเพิ่มรายได้ให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3.1.2 ประสานองค์กรบริหารการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการจัดสรรงบประมาณในการช่วยเหลือปัจจัยขั้นพื้นฐาน รวมทั้งเงินช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีรายได้น้อย

การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากอดีตถึงปัจจุบัน การรักษาในเรื่องยาต้านไวรัสอาจจะไม่เปลี่ยนแปลงไปมากนัก แต่ควรมีการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในด้านอื่นๆ ไปด้วย เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือจากยาต้านไวรัส และการดูแลรักษาและป้องกัน โรคฉวยโอกาสต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องควรมีการประเมินผลลัพธ์จากการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ที่ดียิ่งขึ้น

3.2 ด้านการส่งเสริมปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่ามีความแตกต่างกันของคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลขนาดเล็ก จึงควรมีการส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมในโรงพยาบาลขนาดเล็กให้มากขึ้น เช่น การผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น หรือการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้อง บุคลากรของรัฐหรือเอกชน หน่วยงานอิสระต่างๆ โดยบุคลากรทางการแพทย์อาจจะเป็นตัวกลางในการประสานงาน อีกทั้งควรส่งเสริมให้เกิดความความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต การเดินทางไปใช้บริการสาธารณสุขหรือบริการต่างๆ ให้สะดวกมากขึ้น รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพหรือเรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตให้มากขึ้น

3.3 ด้านวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดเล็ก ของจังหวัดชุมพร ซึ่งเป็นพื้นที่ต่างจังหวัด มีความเป็นเมืองหรือชนบทแตกต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาในปัจจัยต่างๆหรือคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆอาจจะแตกต่างไปจาก

พื้นที่อื่นของประเทศ หรือแตกต่างกับต่างประเทศ ทั้งนี้ การนำผลการวิจัยไปใช้อาจจะต้องคำนึงถึง
ลักษณะพื้นที่หรือบริบทของแต่ละโรงพยาบาลด้วย



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2560). *สถานการณ์การติดเชื้อในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/aids/download.php>. (วันที่สืบค้น 23 กันยายน 2561)
- กรณิการ์ วีระ, อารยา ประเสริฐชัย, และสุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา. (กันยายน 2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. ใน *เอกสารการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2*. ปทุมธานี. กอบกาญจน์ ชูปาน. (2554). *คุณภาพชีวิตรายบุคคลในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ โรงพยาบาลวารินชำราบ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เกสรวิ ละม้ายสกุล. (2555). *คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสมุทรสงคราม*. *วารสารโรคเอดส์*, 19(2), 102-113.
- ชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์. (2557). *นโยบาย แผนงาน/โครงการด้านเอดส์ ปี 2558และแนวทางการตรวจรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2557*. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก http://odpc6.ddc.moph.go.th/webnew/attachments/article/71/AIDS%20TB%2058_BATS_CARE.pdf (วันที่สืบค้น 28 มกราคม 2561)
- น้องเล็ก คุณวาราดิษฐ์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง, ณัฐมน มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์. (2559). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 12(2), 21-32.
- ประทีป ดวงงาม, วัลลภา กชภักดิ์, และบุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2555). *ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง*. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 15(3), 217-227.

- ประทีป ดวงงาม. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- เปรมจิตร ดันบุญยืน. (2556). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- รมจิตร ดันบุญยืน, ยุวดี ลีลัคณาวิระ, และ พรนภา หอมสินธุ์. (2558). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 80-97.
- รองรัตน์ ชนะจน. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้อยู่กับเชื้อเอดส์ในจังหวัดอุดรดิศต. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สาขาวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิศต, อุดรดิศต.
- สุเทพ รักเมือง. (2546). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11. (วิทยานิพนธ์ปริญญาแพทยศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. (2561). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. กรมสุขภาพจิต. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>. (วันที่สืบค้น 28 มกราคม 2561)
- สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการตรวจรักษารักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/aids/download.php>. (วันที่สืบค้น 28 มกราคม 2561)
- หทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์, วิทยา กุลสมบูรณ์, และยุภาพรรณ มั่นกระโทก. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*. 16(3), 25-42.

- ศศิโสภิณ เกียรติบุญกุล. (2557). *การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อแบบผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- Agrawal H., Mourya R. Shrestha R.K., & Agrawal S. (2012 Dec) Quality of Life Among HIV Positive Individuals in Kathmandu Valley and Eastern Region of Nepal. *KATHMANDU UNIVERSITY MEDICAL JOURNAL*, 10(40), 3-7. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23575043>.
- Basavaraj, K. H., Navya, M. A., & Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV/AIDS. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*, 31(2), 75-80. doi:10.4103/0253-7184.74971.
- Cooper, V., Clatworthy, J., Harding, R., Whetham, J., & Emerge, C. (2017). Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. *Health Qual Life Outcomes*, 15(1), 220. doi:10.1186/s12955-017-0778-6.
- Costa, T. L. d., Oliveira, D. C. d., Gomes, A. M. T., & Formozo, G. A. (2014). Quality of life and people living with AIDS: relationship with sociodemographic and health aspects. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 582-590. doi:10.1590/0104-1169.3350.2455.
- Imam MH, Karim MR, Ferdous C, & Akhter S. (2011 Apr). Health related quality of life among the people living with HIV. *Bangladesh Med Res Counc Bull*, 37, 1-6. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21710808>.
- Kovaevi S. B., Vurui T., Duvani K. & Maja Maek. (2006). Quality of Life of HIV-Infected Persons in Croatia. *Coll. Antropol*, 2, 79-84. Retrived from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17508479>.
- Kumar, A., Girish, H., Nawaz, A., Balu, P., & Kumar, B. (2014). Determinants of quality of life among people living with HIV/AIDS: A cross sectional study in central Karnataka, India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(11). doi:10.5455/ijmsph.2014.230820142.
- Liping, M., Peng, X., Haijiang, L., Lahong, J., & Fan, L. (2015). Quality of Life of People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study in Zhejiang Province, China. *PLoS One*, 10(8), e0135705. doi:10.1371/journal.pone.0135705.
- Mannheimer, S. B., Matts, J., Telzak, E., Chesney, M., Child, C., Wu, A. W., for The Terry Beirn Community, P. (2010). Quality of life in HIV-infected individuals receiving

- antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*, 17(1), 10-22.
doi:10.1080/09540120412331305098.
- Ndubuka, N. O., Lim, H. J., van der Wal, D. M., & Ehlers, V. J. (2016). Health-related quality of life of antiretroviral treatment defaulters in Botswana. *South Afr J HIV Med*, 17(1), 475. doi:10.4102/sajhivmed.v17i1.475.
- Negesa, L. (2017). Adherence to Antiretroviral Therapy and Factors affecting among People Living with HIV/AIDS and Taking Antiretroviral Therapy, Dire Dawa Town, Eastern Ethiopia. *Journal of Infectious Diseases and Treatment*, 03(01).
doi:10.21767/2472-1093.100032
- Robberstad B. and Olsen A. J. (2010 April 16). The health related quality of life of people living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa - a literature review and focus group study. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. Retrieved from <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-8-5>.
- Samson-Akpan PE, Ojong IN, Ella R, & Edet OB. (2013). Quality of life of people living with HIV/AIDS in Cross River, Nigeria. *International Journal of Medicine and Biomedical Research*, 2(3), 207-212 Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/Quality-of-life-of-people-living-with-HIV-%2F-AIDS-in-Samson-Akpan>.
- Silva, A. C., Reis, R. K., Nogueira, J. A., & Gir, E. (2014). Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. *Rev Lat Am Enfermagem*, 22(6), 994-1000. doi:10.1590/0104-1169.3534.2508.
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2018 July 26). Global factsheets. Retrieved from <http://aidsinfo.unaids.org/>
- Tran, B. X. (2012). Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Vietnam. *PLoS One*, 7(7), e41062. doi:10.1371/journal.pone.0041062.
- Weinstein M.C., Torrance G., & McGuire, A. (2009). QALYs: The Basics. *VALUE IN HEALTH*, 12(1), s5-s9. Doi:10.1111/j.1524-4733.2009.00515.
- World Health Organization. (2018 July 19). HIV/AIDS. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงกนกกรรัตน์ เพชรศรีจันทร์

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตทั่วไป วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ประสบการณ์การทำงาน

- นายแพทย์เชี่ยวชาญ ในคลินิกโรคภัยด้านไวรัส โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์

2. นายแพทย์วุฒิเศรษฐ์ นันทเมือง

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราชพยาบาล)
- วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราชพยาบาล)
- วิทยาศาสตรโรครดติดเชื้อ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราชพยาบาล)

ประสบการณ์การทำงานที่และงานวิจัย

- นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ประจำคลินิกโรคภัยด้านไวรัส อายุรกรรมทั่วไป และอายุรกรรมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลราชบุรี
- งานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่ตรวจไม่พบเชื้อไวรัสในกระแสเลือด

3. นายแพทย์ถนอมศักดิ์ สະนหน้

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตทั่วไป จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประสบการณ์การทำงาน

- นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ประจำคลินิกผู้รับยาต้านไวรัส และอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลหลังสวน

4. แพทย์หญิงยิ่งลักษณ์ วัชรานันท์

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
- วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (รามาริบัติ)

ประสบการณ์การทำงาน

- นายแพทย์ชำนาญการประจำคลินิกผู้รับยาต้านไวรัส และอายุรกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลหลังสวน

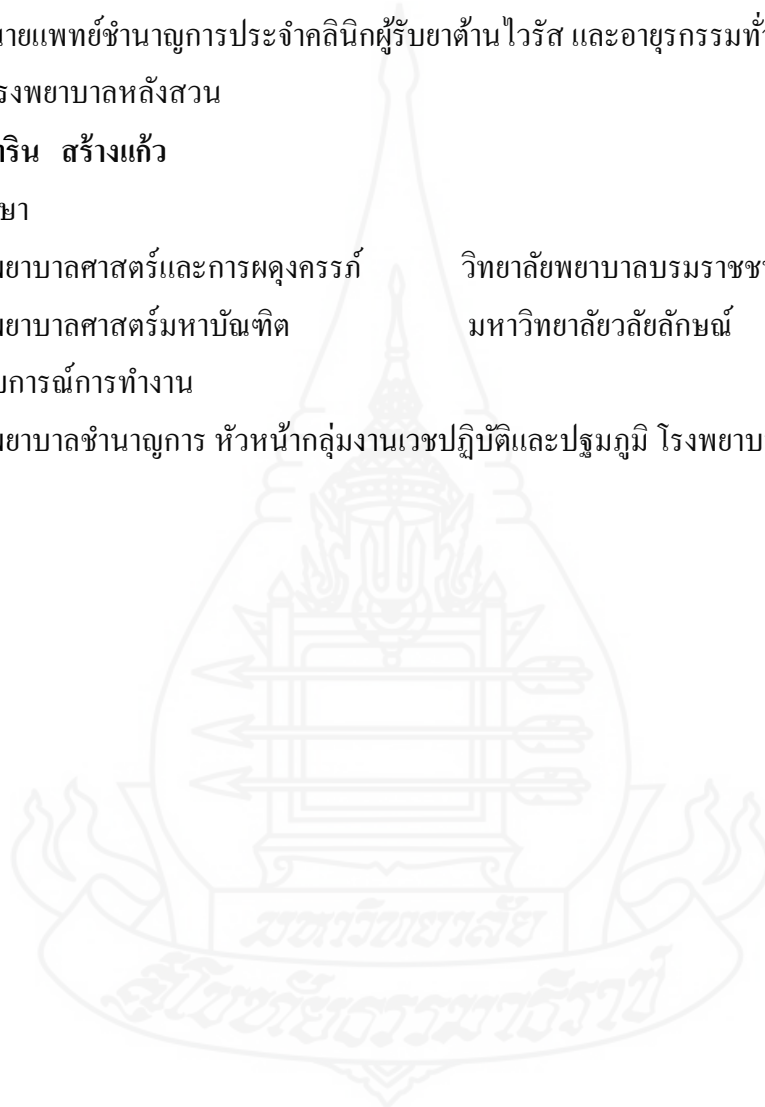
5. นางพัทริณ สร้างแก้ว

การศึกษา

- พยาบาลศาสตร์และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
- พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติและปฐมภูมิ โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน



**แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร**

ชื่อ – ผู้ทรงคุณวุฒิ.....

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ	
		สอดคล้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	ควรตัดออก	ควรปรับปรุงข้อความ ดังนี้ (โปรดระบุ)
ตอนที่ 1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและการสนับสนุนทางสังคม						
1	เพศ					
2	อายุ					
3	น้ำหนัก					
4	ส่วนสูง					
5	ระดับการศึกษา					
6	อาชีพ					
7	รายได้ส่วนตัวต่อเดือน					
8	สถานภาพสมรส					
9	การสนับสนุนจาก องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น					
10	บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยใน ปัจจุบัน					
11	ผู้ดูแล					
12	การเปิดเผยข้อมูลการ ติดเชื้อเอชไอวี แก่คน ครอบครัว/ผู้อื่น					

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ	
		สอดคล้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	ควรตัดออก	ควรปรับปรุงข้อความดังนี้ (โปรดระบุ)
ตอนที่ 1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา						
13	ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส					
14	ระดับCD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส					
15	ระดับCD4ปัจจุบัน (หรือล่าสุด)					
16	จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load)					
17	โรคประจำตัวอื่นๆ					
18	ชนิดของยาต้านไวรัส					
19	จำนวนมือที่รับประทานยา					

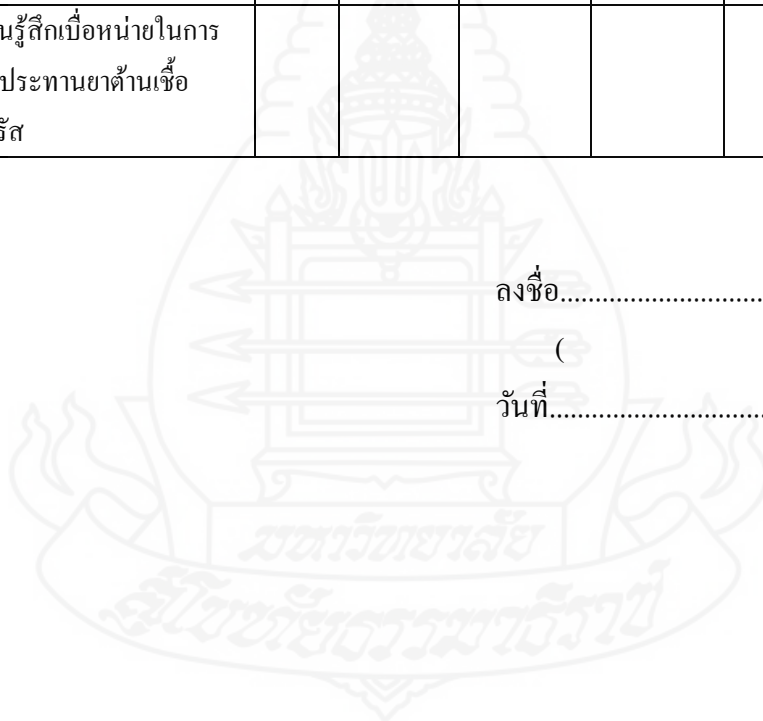
ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ	
		สอดคล้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	ควรตัดออก	ควรปรับปรุงข้อความ ดังนี้ (โปรดระบุ)
1	ท่านรับประทานยาต้านไวรัสทุกวัน					
2	ท่านรับประทานยาตามจำนวนเม็ดที่แพทย์สั่ง					
3	ท่านรับประทานยาครบตามจำนวนมือของยาต้านไวรัส					
4	ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลา					
5	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในการรับประทานยาต้านเชื้อไวรัส					

ลงชื่อ.....

()

วันที่.....





ภาคผนวก ข

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร

คำชี้แจง

1. กรุณากรอกแบบสอบถามตามความเป็นจริงและครบทุกข้อ เพื่อสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน

2. แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการกำหนดแนวทางในการวางแผนดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ให้ผู้บริหารสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ ต่อไป

3. การตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถเลือกตอบได้อย่างเสรี และคำตอบของท่าน ผู้ศึกษาถือว่าเป็นความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาก็จะเป็นลักษณะภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

ตอนที่ 1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ จำนวน 26 ข้อ

ขอขอบพระคุณท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

นายวิษณุ อนิลบล

นักศึกษาศรีวิภาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

ผู้ศึกษา

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ตอบ

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่

ตรงกับสภาพเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ หญิง ชาย
2. อายุปี (เต็มตาม พ.ศ.)
3. น้ำหนัก ก่อนทานยาต้านไวรัสกิโลกรัม
หลังทานยาต้านไวรัสกิโลกรัม
4. ส่วนสูงเซ็นติเมตร
5. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส.	
<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีขึ้นไป
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐสาหกิจ	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท
<input type="checkbox"/> ลูกจ้าง	<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา
<input type="checkbox"/> ค้าขาย/อาชีพอิสระ	<input type="checkbox"/> เกษตรกร/ประมง	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....
7. รายได้ส่วนตัวต่อเดือนบาท
8. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> แต่งงานแล้ว	<input type="checkbox"/> อยู่กินกับคู่
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> หม้าย
9. การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - 9.1 ท่านได้รับเงินสนับสนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ (โปรดระบุ) จำนวนเงิน.....บาท
------------------------------------	--

10. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน

- คนเดียว คู่สมรส บิดา/มารดา
 บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน

11. ผู้ดูแล

- ไม่มี คู่สมรส บิดา/มารดา
 บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน

12. ท่านเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี แก่คนรอบครัว/ผู้อื่นหรือไม่

- ไม่เปิดเผย เปิดเผยกับคนในครอบครัว เปิดเผยกับบุคคลอื่นที่ไว้วางใจ

ตอนที่ 1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับสภาพเป็นจริงของท่านมากที่สุด

13. ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสปี(เต็มตาม พ.ศ.)
 14. ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสเซลล์/ไมโครลิตร
 15. ระดับ CD4 ปัจจุบัน(หรือล่าสุด)เซลล์/ไมโครลิตร
 16. จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) copies/mL
 17. โรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มี มี (โปรดระบุ).....
 18. ชนิดของยาต้านไวรัส ชนิดยารวมเม็ดเดียว ชนิดยาสูตรหลายเม็ด
 19. จำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส วันละครั้ง วันละ 2 ครั้ง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีคำถาม 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติเพียง 1-2 วันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่าน

มา
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 3-4 วันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 5-6 วัน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่าน

ข้อที่	คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1	ท่านรับประทานยาต้านไวรัสทุกวัน					
2	ท่านรับประทานยาครบตามจำนวนมือของยาต้านไวรัส					
3	ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลา					
4	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในการรับประทานยาต้านไวรัส					

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีคำถาม 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่

พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่

หมายถึง ระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด รู้สึกพอใจมาก

หรือรู้สึกดีมาก

ข้อที่	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการมากนักหรือไม่					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม(ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					

ข้อที่	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมาก น้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน ของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อย เพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อย แค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึก ทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีการทำให้ผ่อนคลาย ลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือ การ มีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความ เป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



ภาคผนวก ค
จริยธรรมการวิจัย



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ
ในจังหวัดชุมพร

ผู้วิจัย คือ นายแพทย์วิษณุ อนิลบล

หน่วยงาน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่า

ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่าน
ความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๒๗ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลงชื่อ

(นายคัมภ์ มุกคัมณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลำดับที่ ๑๓/๒๕๖๑

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐
โทร. (๐๗๗) ๕๑๕๖๐๐ ต่อ ๑๔๐๐, โทรสาร (๐๗๗) ๕๑๕๖๕๒

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
เรื่อง
การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพร

เนื่องด้วย นาย วิษณุ อนิลบล ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพร เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ที่รับยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดชุมพร และ ศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดชุมพร

ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริงของท่านลงในแบบบันทึก และจะทำลายเมื่อการศึกษาครั้งนี้สิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ท่านแต่ประการใด จะไม่มีการระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัวของท่าน “จะไม่มีการเผยแพร่ภาพถ่ายหรือวิดีโอที่มีรูปของท่านแก่สาธารณะ” ในกรณีที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องแสดงภาพถ่ายหรือวิดีโอ ให้ใช้ข้อความว่า “หากผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องแสดงภาพถ่ายที่มีรูปของท่าน ผู้วิจัยจะระมัดระวังไม่ให้เห็นภาพหน้าทั้งหมดของท่าน และจะ只显示เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น” ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ทั้งสิ้น ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ท่านจะไม่เสียสิทธิ์ใด และจะไม่ระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัวของท่าน จึงไม่เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด/ ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต (ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย)

หากท่านมีปัญหาสงสัยหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการวิจัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ที่ โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โทร 0-7755-1250

หากท่านมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม โปรดสอบถามได้ที่ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

ชื่อเรื่องการวิจัย	การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร
ชื่อผู้วิจัย	นายวิษณุ อนิลบล
ชื่อประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง	นาย/นาง/นางสาว
<p>ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ในฐานะประชากร หรือ กลุ่มตัวอย่างการวิจัย</p> <p>ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้ให้ข้อมูล ถึงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ รวมทั้งผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว</p> <p>ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการ รักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือ สถานพยาบาลอื่นๆ และหากเกิดมีอาการข้างเคียงหรือสิ่งอื่นใดที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าจะรายงาน ให้ผู้วิจัย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในขณะนั้นทราบทันที</p> <p>ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย ในภาพรวมของการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย เท่านั้น</p> <p>ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ (ชื่อผู้วิจัย) นายวิษณุ อนิลบล คลินิกยาด้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก รพ.ปากน้ำหลังสวน โทรศัพท์ 077-551250</p> <p>ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ และหลังจากลงนามแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาของเอกสารฉบับนี้เก็บไว้ 1 ชุด</p>	
<p>ลงนามผู้ยินยอม/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (.....) (วันที่ เดือน พ.ศ.....)</p>	
<p>ลงนามผู้วิจัย (.....) (วันที่ เดือน พ.ศ.....)</p>	
<p>ลงนามพยาน (.....) (วันที่ เดือน พ.ศ.....)</p>	

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายวิษณุ อนิลบล
วัน เดือน ปีเกิด	10 มีนาคม 2532
สถานที่เกิด	อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร
ประวัติการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีที่จบการศึกษา 2556
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร
ตำแหน่ง	นายแพทย์

