

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

จากการสำรวจของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการศึกษาหาความชุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการหญิง และชาย กลุ่มชายที่ตรวจพบโรค กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มบริจาคโลหิต และ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (สำนักกระบวนวิชา, 2559) พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2559 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มพนักงานบริการตรง เท่ากับร้อยละ 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

ในกลุ่มชายที่รับการตรวจหาโรคพบความชุก ลดลงจากร้อยละ 4.42 เมื่อ พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 2.6 ในปี พ.ศ. 2559 ส่วนกลุ่มโลหิตบริจาคพบความชุกในภาพรวมในปี พ.ศ. 2559 เท่ากับร้อยละ 0.1 โดยมีแนวโน้มในระดับทรงตัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2559 กลุ่มโลหิตบริจาคชาย ใหม่พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น เช่นเดียวกับ กลุ่มโลหิตบริจาคชายเก่า และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ มีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2559 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.5 กลุ่มบริจาคโลหิตที่ระบุอาชีพเป็นนักเรียนและนักศึกษา ยังคงมีความชุกต่ำและมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2557 เป็น 0 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาค มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปี 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% (ชีวนันท์, 2557)

นอกเหนือจากเป้าหมายด้านการรักษาแล้ว คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากัน จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง (น้องเล็ก คุณวรวิทย์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ฌัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559; เปรมจิตร ดันบุญยืน, 2556; ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และปญญพัฒน์ ไชยเมตต์, 2554; หทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์, วิทยา

กุลสมบุญ, และยุภาพรณ มั่นกระโทก, 2553; พิทยา จารุพูนผล, 2552; รองรัตน์ ชนะจน, 2551) โดยจากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านจิตใจ การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร ของเกสรวิ ละม้ายสกุล (2555) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมคะแนนเฉลี่ยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และบุญญพัฒน์ ไชยเมล์, 2554) ส่วนปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นมีผลวิจัยที่แตกต่างกัน

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

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

พื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนและการจัดระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละอำเภอและระดับจังหวัดต่อไป

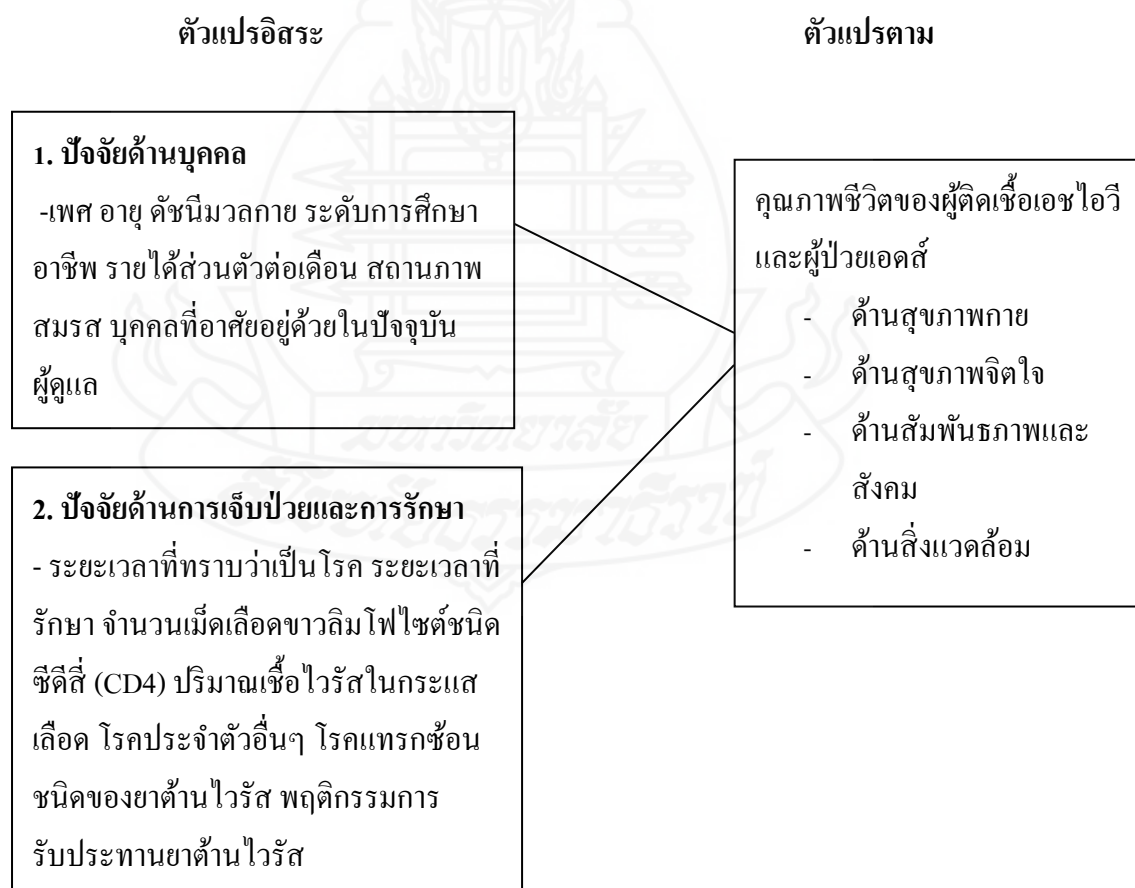
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

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 ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกฯ ด้านไวรัส ในคลินิกฯด้านไวรัสของโรงพยาบาลรัฐทั้งหมดในจังหวัดชุมพร จำนวน 2909 คน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลหลังสวน โรงพยาบาลปะทิว โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลพะโต๊ะ โรงพยาบาลละแม โรงพยาบาลมาบอำมฤต 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 และโรคประจำตัวอื่นๆ

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 ยาต้านไวรัส (Antiretroviral drugs) หมายถึง ยาที่ทางการแพทย์รับรองว่า ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

6.5 ชนิดของยาต้านไวรัส ได้แก่ ยาต้านเอชไอวีทั้งหมด 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) ยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งชนิดยาเดี่ยวและยาสูตรผสม (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 เป็นการประกอบอาชีพที่ไม่เป็นโทษแก่สังคม และมีรายได้ตอบแทนโดยอาศัยแรงงาน ความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการ แตกต่างกันไป เพื่อนำมาเลี้ยงตนเอง ครอบครัว และเพื่อใช้จ่ายปัจจัยที่จำเป็นหรือต้องการ

6.6.5 สถานภาพสมรส หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา แบ่งได้ดังนี้ 1) โสด ได้แก่ ผู้ที่ยังไม่เคยสมรส 2) สมรส ได้แก่ ผู้ที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาไม่ว่าจะได้ทำการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม และแม้ว่าะหว่างไปทำการสำรวจทั้งสามีและภรรยาจะไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่ยังมีความสัมพันธ์ ฉันท์สามีภรรยาฉันอยู่ เช่น สามีไปทำงานต่างจังหวัดหรือไปทำงานต่างประเทศ ก็ถือว่ายังสมรสกันอยู่ 3) หม้าย ได้แก่ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่ 4) หย่าร้าง ได้แก่ สามีภรรยาที่หย่ากันโดยถูกต้องตามกฎหมายแล้ว 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 ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์จนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล นับจำนวนปีเต็ม

6.7.2 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสจนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล นับจำนวนปีเต็ม

6.7.3 ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟ (CD4) หมายถึง จำนวนเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซท์ ชนิดซีดีโฟของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้จากการส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการครั้งสุดท้ายใน 1 ปี ที่ผ่านมา ตั้งแต่วันที่เจาะเลือดจนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

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

6.8 คุณภาพชีวิต หมายถึง มุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา” ตัวอย่างเช่น คนคนหนึ่งอาจให้ความสำคัญต่อเรื่องการทำงานและการหาเงินเป็นตัววัดคุณภาพชีวิตของเขา แต่อีกคนอาจให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการอยู่อาศัยมากกว่า หรือผู้สูงอายุอาจให้ความสำคัญเกี่ยวกับครอบครัวและความสวัสดีต่อสาธนามากกว่าคนอ่อนวัย 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