

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 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสในคลินิกโรคติดเชื้อ ณ โรงพยาบาลรัฐ ของจังหวัดชุมพร ทั้งหมด 11 แห่งในจังหวัดชุมพร จำนวน 260 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการรักษา แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทายาต้านไวรัส 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) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 77.00) ส่วนใหญ่ไม่ได้เงินสนับสนุนจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (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 ปัจจุบันหรือค่าสูงสุดส่วนใหญ่มากกว่า 300 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 81.92) และระดับ CD4 ปัจจุบันหรือค่าสูงสุด 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 ในภาพรวมโดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อฉบับแปลเป็นภาษาไทย (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 กิจรุ่งเรืองกุล, 2547; สันติ นวนพรัตน์สกุล, 2550; ณัฐชา ช้อนชา, ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิลมานัต, 2551; รองรัตน์ ชนะจน, 2551; กัลยา แซ่ชิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552; ยุติ ลีลักษณ์วิระ, 2552; พิทยา จารุพูนผล, 2552; ถนอมจิตต์ ดวนดวน, และกรรณา ลิ้มเจริญ, 2552; เนตรนภา อินทร์รองพล, 2553; พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554; เกสรวิ ละม้ายสกุล, 2555 ;เปรมจิตร ดันบุญยืน, 2556 และ น้องเล็ก คุณวราดิศัย, นิตยา ดาววงศ์ญาติ , กิติมา วรรณทอง ณัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 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 ละม้ายสกุล (2555) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจรายชื่ออยู่ในระดับสูงทุกข้อ ($\bar{x} = 3.67 - 5.00$) 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 ษขภักดี, และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ (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 ละม้ายสกุล (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 เพิ่มขึ้น โดยพบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสพบว่า มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้น โดยก่อนรับประทานยาต้านไวรัส มีระดับ CD4 เฉลี่ย 213.52 เซลล์/ไมโครลิตร (S.D. = 98.89) ส่วนหลังรับประทานยาต้านไวรัส มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นเป็น 508.94 เซลล์/ไมโครลิตร (S.D. = 244.13) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร กรุฑกาศ, อุษณีย์ เทพวรชัย, และเขาวรัตน์ อินทอง (2553); เกสรวิไล ม้ายสกุล (2555); ไสว ตันทุพพ, วิมาลย์ ทินะ, และชินดนัย เชาวศิริกุล (2559), Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, Friedland G, (2005)

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาต้านไวรัสชนิดยาสูตรรวมเม็ดเดียว ขององค์การเภสัชกรรม ร้อยละ 58.10 ซึ่งการรับประทานยาชนิดยาสูตรรวมเม็ดเดียว ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้นกว่าการรับประทานยาแบบหลายเม็ด และพบว่าคนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้มีค่า CD4 ที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (ประณีต สังวัฒนา, 2551; เชิดเกียรติ แก้วกลี กิจ, 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 และการได้รับการสนับสนุนจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนปัจจัยอื่นๆนั้นไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกันซึ่งได้แก่ 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 ($\bar{x} = 106.90$) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($\bar{x} = 99.33$) และนักเรียน/นักศึกษา ตามลำดับ ($\bar{x} = 98.00$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าของ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของ นื่องเล็ก คุณวรดิษฐ์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ , กิตติมา วรรณทอง ณัฐมน มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) ที่พบว่า อาชีพมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท รับจ้าง และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ (2555) ที่พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ ซึ่งอาชีพพนักงานบริษัท รับราชการ/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 สืบซึ้ง, 2549; เกษรวิ ละม้ายสกุล, 2555; เปรมจิตร ตันบุญยืน, 2556; เปรมจิตร ตันบุญยืน, ชวดี ลีลคณาวิระ, และพรนภา หอมสินธุ์, 2558; นื่องเล็ก คุณวรดิษฐ์, นิตยา ดาววงศ์ญาติ , กิตติมา วรรณทอง ณัฐมน มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์, 2559) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ (2555) ที่พบว่า รายได้ต่อเดือนไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาดังกล่าว ส่วนใหญ่จะพบว่ารายได้ต่อเดือนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ใช้จ่ายเพื่อซื้อสินค้าและบริการต่างๆในการดำรงชีวิต (สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ, 2531)

2.2.3 การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

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

2.2.4 เพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่าระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.250$) 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 ไชยเมล์ (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 แตกต่างไปจากผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในหมู่บ้านการุณมาณพและแถบตะวันออกของประเทศเนปาล (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); นื่องเล็ก คุณวาราดิษฐ์, นิตยา คาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ณัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) และของ Tadeu Lessa da Costa, Denize Cristina de Oliveira, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Gláucia Alexandre Formozo (2014) ที่พบว่า ช่วงอายุที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงานซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่และไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ 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 ($\bar{x} = 98.96$) ส่วนผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามีคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ($\bar{x} = 91.53$) แต่เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา บุญเดชะ, และสมพร เนติรัฐกร (2550); เปรมจิตร ต้นบุญยืน, 2556; นื่องเล็ก คุณวาราดิษฐ์, นิตยา คาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ณัฐมน 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 กษภักดี, และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ (2555) แต่การศึกษามีความแตกต่างกับผลการศึกษาของ เปรมจิตร ดันบุญยืน, ยวดี ลีลัคนาวีระ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558); นื่องเล็ก คุณวรดิษฐ์, นิตยา คาววงษ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ธรรมนูญ มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) และของ Tadeu Lessa da Costa, Denize Cristina de Oliveira, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Gláucia Alexandre Formozo (2014) โดยการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของเปรมจิตร ดันบุญยืน, ยวดี ลีลัคนาวีระ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) พบว่า สถานภาพคู่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 ($r = 0.13$) ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของนื่องเล็ก คุณวรดิษฐ์, นิตยา คาววงษ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ธรรมนูญ มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) พบว่า สถานภาพที่ต่างกันทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.014$)

จากผลการศึกษาของสถานภาพที่มีผลแตกต่างกันนี้ อาจจะสืบเนื่องมาจากสถานภาพของจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่วนในพื้นที่ของจังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างมักได้รับการดูแล ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองของแต่ละโรงพยาบาลที่ไม่ค่อยแตกต่างกัน จึงส่งผลให้ปัจจัยสถานภาพที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.8 ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาอยู่ในช่วงระยะเวลา 5-10 ปี (ร้อยละ 34.23) โดยผู้ที่ได้รับการรักษาในช่วงเวลาน้อยกว่า 1 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x} = 95.92$) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาในช่วงระยะเวลามากกว่า 10 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 91.72$) เมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วพบว่า ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของ นื่องเล็ก คุณวรดิษฐ์, นิตยา คาววงษ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ธรรมนูญ มูลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.306$) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ของ เปรมจิตร ดันบุญ (2555) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 ($r = -0.16$, $p = 0.16$) แต่ผลการศึกษานี้มีความแตกต่างกับผลการศึกษาระดับ

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

จากผลการศึกษาดังกล่าวนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันให้ได้อย่างปกติ 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 สอดคล้องกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ของน้องเล็ก คุณวราดิศย์, นิตยา คาววงศ์ญาติ, กิตติมา วรรณทอง, ณัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยนันท์ (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 ครั้งหลังสุดมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.004)

จากผลการศึกษา จะเห็นว่า ระดับ CD4 อาจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในบางการศึกษา ในการศึกษาซึ่งศึกษาในพื้นที่ของจังหวัดชุมพร พบว่า ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ล่าสุด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่ค่อยทราบค่าของ CD4 ว่ามีผลอย่างไรต่อร่างกายตนเองมากนักหรือเมื่อทราบค่าของ CD4 แล้ว แต่ไม่ทราบว่าจะมีผลอย่างไรต่อร่างกาย ซึ่งการที่ผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 ที่สูงขึ้น จะแสดงถึงระดับภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น สามารถใช้ในการพยากรณ์การดำเนินโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่าง 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 คุณวราดิศร, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรรณทอง ฌัฐมน มุลศรีแก้ว, และสมภพ ไทยานันท์ (2559) ที่พบว่า จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) ที่ต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ($p\text{-value} = 0.357$)

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 โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรบริหารการปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการ หรือสำนักงานพัฒนาชุมชน เพื่อช่วยเพิ่มรายได้ให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3.1.2 ประสานองค์กรบริหารการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการจัดสรรงบประมาณในการช่วยเหลือปัจจัยขั้นพื้นฐาน รวมทั้งเงินช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีรายได้น้อย

การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากอดีตถึงปัจจุบัน การรักษาในเรื่องยาต้านไวรัสจะไม่เปลี่ยนแปลงไปมากนัก แต่ควรมีการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในด้านอื่นๆ ไปด้วย เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือจากยาต้านไวรัส และการดูแลรักษาและป้องกัน โรคฉวยโอกาสต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องควรมีการประเมินผลลัพธ์จากการให้การดูแลรักษากลุ่มติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 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

