

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

สถาบันบำราศนราดูร

Quality of Life of HIV/AIDS Patients receiving HAART at

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

ถนอมจิตต์ ดวนต่วน พย.บ., พบ.ม.

Tanomchit Duanduan NS., MPA

กรรณา ลิ้มเจริญ พย.บ., ส.ม.

Karuna Limjaroen, NS., MPH.

สถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Department of Disease Control, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2552 จำนวน 400 คน ซึ่งจากการคัดเลือกแบบมีระบบตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย สถิติทดสอบ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.0 โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.36 คะแนน (S.D.=12.05, Range=54-121) จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาที่ใช้ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้แก่ทีมบริหารและทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ควรมุ่งเน้นให้เห็นความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เช่น การส่งเสริมด้านอาชีพและการดูแลตนเอง ทั้งนี้ควรมีการกำหนดนโยบายและปรับปรุงระบบการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

Abstract

The objectives of this cross-sectional descriptive research were to study quality of HIV/AIDS patients' life who receiving HAART at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute and to examine the association between respondents socio-demographic and quality of their life. The sample was 400 HIV/

AIDS patients who receiving HAART and attending the Out Patient Department of the Institute during May 1st to June 30th, 2009. The two types of self-administered questionnaire were used to collect data from samples. The questionnaires were data of socio-demographic and WHOQOL-BREF-THAI. The statistics were frequency, percentage, mean, standard deviation, range and Pearson use to examine the association. The results showed that quality of HIV/AIDS patients' life was reported at moderate level at 65%. The mean score was 90.36 from 130 (S.D.=12.05, Range=54-121). There was a statistically significant relationship between quality of HIV/AIDS patients' life and their socio-demographic characteristic which were level of education, occupation, income, health insurance, duration of HIV/AIDS infection, duration of received HAART and CD4 counts after received HAART ($p < 0.05$).

This study found many factors that had impact on quality of HIV/AIDS patients' life. Therefore, administrative team and health team needed to assure the factors influence of quality of HIV/AIDS patients' life especially, access to ART, encouraged of self-care that concerned in health care setting to improve the quality of their life. It would also improve the quality of health care service itself and to develop the health care workers' competency of caring on HIV/AIDS patients

| | |
|---|----------------------------------|
| ประเด็นสำคัญ- | Keywords |
| คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยาท้านไวรัส | Quality of life, HIV/AIDS, HAART |

บทนำ

จากสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของ UNAIDS/WHO ในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลก 33 ล้านคน⁽¹⁾ มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 4.5 - 5.8 ล้านคน ผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตจำนวน 2.5 - 3.5 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 95 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาสำหรับประเทศไทยโดยสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (31ธันวาคม 2552)⁽²⁾ พบว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์ยอดสะสมทั้งสิ้น 341,730 ราย เสียชีวิต จำนวน 92,600 ราย สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค มีภารกิจหลักในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ. 2551 จำนวนประมาณ 8,704 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำนวน 7,848 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.2⁽³⁾ แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์ และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว⁽⁴⁾ การเข้าถึงบริการการรักษาด้วยยา

ต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใหญ่และเด็กในปัจจุบันขยายกว้างอย่างถื่นหนักจาก ร้อยละ 41 ในปี พ.ศ. 2549 เป็น ร้อยละ 52.9 ในปี พ.ศ. 2550 ได้แก่ โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม โครงการสวัสดิการข้าราชการ โครงการสนับสนุนจากกองทุนโลก เป็นต้น⁽³⁾ สถาบันบำราศนราดูรให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งยาต้านไวรัสเอดส์จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น แต่ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพใหม่ เพื่อให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาล้มเหลว หรือภาวะดื้อยา เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย แต่คุณภาพชีวิตที่ดี

เป็นเป้าหมายสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ คุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ⁽⁵⁾ คุณภาพชีวิตยังเป็นเรื่องของการรับรู้ของศักยภาพ หรือประสิทธิภาพของตนเอง เพื่อควบคุมและจัดการสถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ ความนึกคิด สังคม และการดูแลรักษา⁽⁶⁾ มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองพฤติกรรมกรดูแลตนเอง การยอมรับจากสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก⁽⁷⁾ พบว่า อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ($p < 0.05$)⁽⁸⁾ ปัจจัยด้านสูตรยาต้านไวรัสเอ็ดส์ เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 33.4⁽⁹⁾ ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽¹⁰⁾

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอ็ดส์เป็นปัญหาเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ ของคนในสังคมและชุมชน อีกทั้งส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ ด้วย⁽¹¹⁾ ในปัจจุบันการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์จะได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนไม่ว่าด้านการพัฒนาระบบบริการ การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในสถาบันบำบัดโรค

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาที่ใช้ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ และปริมาณเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอ็ดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) ประชากรศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ที่เข้ามารักษาในสถาบันบำบัดโรค ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2552 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 15 ปี ขึ้นไปไม่จำกัดเพศ 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 3) มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และอ่านภาษาไทยได้ดี เลือกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systemic random sampling) กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตัวเองโดยเน้นความเป็นอิสระ เครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาที่ใช้ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ปริมาณเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ และปริมาณเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 (Cluster of differentiation: CD4) หลังได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยเป็นหลัก (WHOQOL-BREF THAI)⁽¹¹⁾ ซึ่งผ่านการทดสอบแล้วว่ามีความเที่ยงและแม่นยำ ข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย

(Self-report subjective) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน จำนวน 24 ข้อ คือ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 8 ข้อ แบบประเมินเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 อันดับจาก 1 (ไม่เลย) ถึง 5 (มากที่สุด) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 26-130 เกณฑ์การให้คะแนนใช้แบบอิงกลุ่ม การแปลความหมายคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตที่ดี ปานกลาง และไม่ดี ข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่าพิสัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ลักษณะทั่วไปกับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.3 เพศหญิง ร้อยละ

40.7 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 41.3 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 22.0 จบปริญญาตรี รองลงมาคือ มัธยมศึกษา และอนุปริญญา ร้อยละ 19.5 และ 19.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสคู่ ร้อยละ 45.5 ในด้านประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่รับจ้าง (พนักงานบริษัทประจำ) ร้อยละ 26.5 รองลงมาธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20.3 สำหรับรับจ้าง (ลูกจ้างรายวัน) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และไม่ได้ทำงาน พบว่า มีอัตราใกล้เคียงคือ ร้อยละ 18.5, 17.6 และ 17.3 ตามลำดับ มีรายได้ต่อคนอยู่ในช่วง 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 23.5 เมื่อพิจารณาสิทธิการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาของประกันสังคม ร้อยละ 42.4 ผลการตรวจปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์/ลบ.มม. ค่าเฉลี่ย 141.8 เซลล์/ลบ.มม. แต่หลังจากได้รับยาต้านไวรัส พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.8 มีปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 มากกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม. ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 400)

| ลักษณะทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) | ลักษณะทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) |
|--|----------------|-------------------------------|----------------|
| เพศ | | อาชีพ | |
| ชาย | 237 (59.3) | ไม่ได้ทำงาน | 69 (17.2) |
| หญิง | 163 (40.7) | รับจ้างประจำ (พนักงานบริษัท) | 106 (26.5) |
| อายุ (ปี) | | รับจ้างรายวัน | 74 (18.5) |
| >20 | 1 (0.3) | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 70 (17.5) |
| 21-30 | 24 (0.6) | ธุรกิจส่วนตัว | 81 (20.3) |
| 31-40 | 182 (45.5) | รายได้ (บาท/เดือน) | |
| 41-50 | 146 (36.5) | ไม่มีรายได้ | 49 (12.2) |
| 51-60 | 35 (8.8) | น้อยกว่า 5,000 | 56 (14.0) |
| > 60 | 12 (3.0) | 5,000-9,999 | 94 (23.5) |
| \bar{X} = 41.3, Range = 16-70, SD = 8.13 | | 10,000-14,999 | 74 (18.5) |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | 15,000-19,999 | 54 (13.5) |
| ไม่ได้เรียน | 6(1.5) | มากกว่า 20,000 | 73 (18.3) |
| ประถมศึกษา | 65(16.2) | สิทธิการรักษาที่ใช้ | |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 78 (19.5) | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | 84 (21.0) |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 72 (18.0) | สิทธิประกันสังคม | 170 (42.4) |
| อาชีวศึกษา/อนุปริญญา | 77 (19.3) | สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 79 (19.8) |
| ปริญญาตรี | 88 (22.0) | จ่ายเงินเอง | 69 (16.8) |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 14(3.5) | | |

(ต่อ) ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 400)

| ลักษณะทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) | ลักษณะทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---------------------------------------|--|----------------|
| สถานภาพสมรส | | ปริมาณ CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัส (เซลล์/ลบ.มม.) | |
| โสด | 99(24.8) | 0-200 | 300 (75.0) |
| คู่ | 226 (56.5) | 201-350 | 58 (14.5) |
| หม้าย/หย่า/แยก | 75 (18.7) | > 350 | 42 (10.5) |
| | | ไม่ได้ตรวจ | 0 (0.0) |
| | | $\bar{X}=141.18$, Range 0-1239, SD 172.43 | |
| ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (เดือน) | | ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัส (เซลล์/ลบ.มม.) | |
| < 12 | 12(3.0) | 0-200 | 101 (25.3) |
| 12 -59 | 127(31.8) | 201-350 | 86 (21.5) |
| 60 -119 | 247(61.8) | > 350 | 183 (45.8) |
| ≥120 | 14(3.5) | ไม่ได้ตรวจ | 30 (7.4) |
| | $\bar{X} = 64$, Range= 7-184, SD =30 | $\bar{X}360.14$, Range 0-1076, SD 235.87 | |
| ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี (เดือน) | | ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (เดือน) | |
| < 12 | 7(1.8) | < 12 | 233(58.3) |
| 12 -59 | 80(20.0) | 12 -59 | 99(24.8) |
| 60 -119 | 217(54.3) | 60 -119 | 57(14.3) |
| 120 -179 | 81(20.3) | 120 -179 | 10(2.5) |
| ≥180 | 15(3.8) | ≥180 | 1(0.3) |
| | $\bar{X} = 90$, Range= 7-252, SD =43 | $\bar{X} = 25$, Range=36-184, SD =36 | |

2. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม ร้อยละ 65.0 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 90.36 (S.D. = 12.05, Range = 54-121) จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน สำหรับคุณภาพชีวิต

รายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในระดับดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.0 มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากกว่าด้านอื่นๆ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ในภาพรวมและรายด้าน (n = 400)

| องค์ประกอบคุณภาพชีวิต | จำนวน | ร้อยละ | ระดับคะแนน | ค่าพิสัย |
|---|-------|--------|------------|----------|
| ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม | | | | |
| 26 - 60 | 2 | 0.5 | ไม่ดี | 54 -56 |
| 61 - 95 | 260 | 65.0 | ปานกลาง | 61-95 |
| 96 - 130 | 138 | 34.5 | ดี | 96 -120 |
| $\bar{X}=90.36$, S.D.=12.05, Range=54 -121 | | | | |
| ระดับคะแนนด้านสุขภาพร่างกาย | | | | |
| 7 - 16 | 0 | 0 | - | |
| 17 - 26 | 261 | 65.3 | ปานกลาง | 17 -26 |
| 27 - 35 | 139 | 34.8 | ดี | 27 - 35 |
| $\bar{X}=25.18$, S.D.=3.33, Range=17-35 | | | | |
| ระดับคะแนนด้านจิตใจ | | | | |
| 6 - 14 | 13 | 3.3 | ไม่ดี | 10 -14 |
| 15 - 22 | 211 | 52.8 | ปานกลาง | 15 - 22 |
| 23 - 30 | 176 | 44.0 | ดี | 23 - 30 |
| $\bar{X}=21.73$, S.D.=3.70, Range= 10- 30 | | | | |

(ต่อ) ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนองค์ประกอบคุณภาพชีวิต
ในภาพรวมและรายด้าน (n = 400)

| องค์ประกอบคุณภาพชีวิต | จำนวน | ร้อยละ | ระดับคะแนน | ค่าพิสัย |
|---|-------|--------|------------|----------|
| ระดับคะแนนสัมพันธภาพทางสังคม | | | | |
| 3 - 7 | 40 | 10.0 | ไม่ดี | 4 - 7 |
| 8 - 11 | 285 | 71.3 | ปานกลาง | 8 - 11 |
| 12 - 15 | 75 | 18.8 | ดี | 12 - 15 |
| $\bar{X}=9.79$, S.D.=2.00, Range= 4 - 15 | | | | |
| ระดับคะแนนด้านสิ่งแวดล้อม | | | | |
| 8 - 18 | 10 | 2.5 | ไม่ดี | 15 - 18 |
| 19 - 29 | 296 | 74.0 | ปานกลาง | 19 - 29 |
| 30 - 40 | 94 | 23.0 | ดี | 30 - 38 |
| $\bar{X}=26.86$, S.D.=4.12, Range= 15 - 38 | | | | |

3. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิตรายด้าน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ได้แก่ อาชีพ และรายได้ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน

สิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และสิทธิการรักษาที่ใช้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

| ลักษณะทั่วไป | คุณภาพชีวิต | | | | | | | |
|------------------------|-------------------|------|------------|------|------------------------|------|-----------------|------|
| | ด้านสุขภาพร่างกาย | | ด้านจิตใจ | | ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | | ด้านสิ่งแวดล้อม | |
| | Chi-square | p | Chi-square | p | Chi-square | p | Chi-square | p |
| 1. เพศ | .123 | .749 | .998 | .607 | 6.376** | .041 | 2.670 | .263 |
| 2. อายุ | 2.643 | .450 | 5.765 | .450 | 3.093 | .797 | 15.182** | .019 |
| 3. ระดับการศึกษา | 21.390** | .002 | 16.338 | .176 | 23.256* | .026 | 35.047** | .000 |
| 4. สถานภาพสมรส | 11.886* | .036 | 13.296 | .208 | 4.761 | .907 | 6.662 | .757 |
| 5. อาชีพ | 16.260** | .012 | 34.677** | .001 | 27.778** | .006 | 23.835** | .021 |
| 6. รายได้ | .24.802** | .000 | 32.193** | .000 | 25.827** | .004 | 23.853** | .008 |
| 7. สิทธิการรักษาที่ใช้ | 9.008* | .029 | 7.919 | .244 | 12.296 | 0.56 | 10.466 | .106 |

** p-value < 0.01 , *p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4

หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ในรูปของเมตริกสัมพัทธ์ (n = 400)

| ลักษณะทั่วไป | คุณภาพชีวิต | | | | | | | |
|--|-------------------|------|-----------|------|------------------------|------|-----------------|------|
| | ด้านสุขภาพร่างกาย | | ด้านจิตใจ | | ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | | ด้านสิ่งแวดล้อม | |
| | r | p | r | p | r | p | r | p |
| 1. ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี | .102* | .042 | .082 | .102 | .059 | .243 | .068 | .175 |
| 2. ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอดส์ | .026 | .609 | .048 | .335 | .002 | .968 | .008 | .874 |
| 3. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ | .118* | .018 | .062 | .218 | .081 | .104 | .087 | .081 |
| 4. ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ | -.012 | .810 | -.066 | .186 | .014 | .779 | -.036 | .468 |
| 5. ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ | .130* | .012 | .120* | .020 | .055 | .288 | .065 | .212 |

* P < 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม

จากตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ได้แก่ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และปริมาณ

เม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในระดับน้อย (r = .099, r = .112 และ r = .125) เมื่อพิจารณาระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอดส์และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุก ๆ ด้าน

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ในรูปของเมตริกสัมพัทธ์ (n = 400)

| ปัจจัย | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|-------|--------|--------|--------|--------|---|
| 1. คุณภาพชีวิตโดยรวม | 1 | | | | | |
| 2. ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี | .099* | 1 | | | | |
| 3. ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีถึงได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ | 0.026 | .726** | 1 | | | |
| 4. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ | .112* | .610** | -.102* | 1 | | |
| 5. ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ | -.010 | 0.03 | -0.058 | .110* | 1 | |
| 6. ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ | .125* | .246* | -0.021 | .379** | .319** | 1 |

** p < 0.01, * p < 0.05

รหัส 1= คุณภาพชีวิตโดยรวม 2=ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี, 3 = ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีถึงได้รับยาต้านไวรัสเอดส์, 4 = ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์, 5 = ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอดส์, 6 = ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

วิจารณ์

1. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษารายงานต่าง ๆ^(7,9-11-19) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานะทางสุขภาพ และความพึงพอใจใน

ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับพอควร ทั้งนี้เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ทุกด้าน ตั้งแต่ระยะแรกที่ทราบผล ระยะการรักษาหรือมีอาการป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี

และผู้ป่วยเอดส์มักจะมีชีวิตที่กังวลและกลัวตาย ร่วมกับการรังเกียจจากสังคมจึงไม่กล้าเปิดเผยตนเอง ทำให้ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว⁽¹¹⁾ เหตุผลอีกประการหนึ่ง คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้และประเมินส่วนบุคคลที่อาจแปรเปลี่ยนตามกาลเวลา ขณะเดียวกันโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมให้การยอมรับน้อย⁽¹¹⁾ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณชัย คำปาแสง⁽²⁰⁾ รสสุคนธ์ วาริษฐกุล⁽²¹⁾ และอุตร ศรีสุวรรณ⁽²²⁾ เหตุผล เพราะเป็นการศึกษาเจาะจงในกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อทั้งหมด เป็นผลให้สมาชิกมีโอกาสได้ระบายความรู้สึกถึงเครียดกดดัน ลดความวิตกกังวล มีความสบายใจ มีกำลังใจ ในการดำรงชีวิต และทำประโยชน์ต่อสังคมต่อไป มีเพื่อนและที่ปรึกษาทำให้รู้สึกอบอุ่น ชมรมมีกิจกรรมที่ทำประโยชน์ให้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ ครอบครัว และสังคม จึงทำให้เกิดผลดีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์มาจนถึงปัจจุบันนี้ รัตนภรณ์ ตั้งยีนยง อ่างในชุดิวรรณจันคามิ⁽⁹⁾ นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อ บางส่วนที่มีอาการของโรคเอดส์ และการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะเป็นระยะๆ หรือ รายที่เป็นโรคที่ทำให้เกิดรอยโรคที่ผิวหนังหรือไม่สุขสบายกายและใจ เนื่องจากภาวะอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของแรกซ์เดลและมอร์โรว์⁽⁹⁾ (Ragsdale Morrow) พบว่า ระยะของโรคมีผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีผลกระทบต่อ ผู้ที่ปรากฏอาการแสดงของโรคเอดส์มากกว่าผู้ยังไม่ปรากฏอาการ

สำหรับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามองค์ประกอบรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมี องค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ใน ระดับกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตระดับดี พบว่า ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี จำนวน 176 ราย (44.0%) โดยเฉพาะรายข้อ องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกว่าชีวิต มีความหมายสูงสุดอยู่ในระดับดี ซึ่งสัมพันธ์กับข้อมูล

ลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ลดปริมาณของเชื้อไวรัสเอดส์ในกระแสเลือดได้ดี โดยมีปริมาณเม็ดเลือด CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในช่วงระหว่าง 201-350 เซลล์/ลบ.มม. จำนวน 86 ราย (ร้อยละ 21.5) และมากกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม. จำนวน 183 ราย (ร้อยละ 45.8) มีอายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 31-40 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน โดยพบว่า ร้อยละ 82.8 มีงานทำ หรือประกอบอาชีพ ถึงแม้ค่อนข้างน้อย จึงทำให้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 23.5 มีรายได้ ระหว่าง 5,000-9,999 บาท แต่เนื่องจากการศึกษาใน โรงพยาบาลของรัฐ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.2) เป็นกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีสิทธิการรักษาที่ได้จากรัฐ (อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 19.8 ใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 42.4) และหน่วยงานของเอกชน โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้นการ มาตรวจแต่ละครั้งจึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยา หรือการตรวจพิเศษต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของถวิล สังฆมณี⁽⁸⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องการได้รับมาก คือการช่วยเหลือ ในรูปการรักษาฟรี เช่นเดียวกับการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย อ่างในชุดิวรรณ จันคามิ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ที่มีการประกอบอาชีพ มีรายได้เป็นของตนเอง และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายในชีวิตและมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในการประกอบอาชีพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ⁽⁹⁾ หรืออาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.8 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจเป็นอาชีพที่สังคมให้การยอมรับเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับดี มีรายได้มั่นคง จึงมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้าน สัมพันธภาพทางสังคม⁽⁸⁾

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษา พบว่า อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์ทางเชิงบวกกับคุณภาพชีวิต รายด้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมายังมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

ดังตารางที่ 3 นั่นคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่ประกอบอาชีพหรือมีงานทำ และมีรายได้มากจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์⁽²⁴⁾ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีรายได้ของตนเอง สามารถที่จะใช้จ่ายในการอุปโภคและบริโภคเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี และส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฉวิล สังฆมณี⁽⁸⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ทราบผลเลือด และการเปิดเผยตน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพชีวิต เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่สามารถตีความ โดยผ่านตัวกรองต้นความคิด ประกอบด้วยความคลาดเคลื่อนจากการมองที่หลากหลาย อันเนื่องมาจากประสบการณ์พื้นฐานความรู้ คุณภาพชีวิตที่ดีหรือดีกว่า นั้นย่อมเป็นการยอมรับและกำหนดคุณค่า โดยบุคคลในสังคมเดียวกัน ซึ่งมักเป็นชนชั้นกลางของสังคม ความคิดที่ก่อให้เกิดความเข้าใจในความเจริญงอกงาม และพัฒนาการของมนุษย์ การมีอายุยืนยาว กระบวนการทางด้านจิตใจล้วนอยู่ภายใต้อิทธิพลขององค์ประกอบต่างๆ รวมทั้งค่านิยมด้วย⁽⁸⁾

เมื่อพิจารณาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์ด้านคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระดับการศึกษาระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.005) ปริมาณ CD4 ย้อนหลัง 1 รอบ จากวันเก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .119$, p -value < 0.05) แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรหลายขนาน(High Active Anti-retroviral Treatment: HAART) สามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มเชื้อเอชไอวี

ไม่ให้ทำลายภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ระดับ CD4 ในกระแสเลือดสูงขึ้นลดการติดเชื้อฉวยโอกาส และมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติจัดการและควบคุมชีวิตของตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนระดับการศึกษาและรายได้อาจมีผลต่อสุขภาพชีวิตนั้น อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในแหล่งประโยชน์ บุคคลที่มีการพัฒนาความรู้และทักษะ เมื่อมีเหตุการณ์ในชีวิตเกิดขึ้นจะสามารถช่วยให้พวกเขาพบความหวังของตัวเอง นำพาตนเองสู่ความสุข หรือคุณภาพชีวิตได้⁽²⁸⁾ ในทำนองเดียวกันบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลตลอดจนรู้จักแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า⁽²⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร

1.1 ผู้บริหาร ควรกำหนดนโยบายในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นระยะยาว อย่างต่อเนื่อง หากพบมีความบกพร่องด้านคุณภาพชีวิต ควรร่วมวางแผนกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม การสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อมในการมีหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาลช่วยในการให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือมีการเยี่ยมบ้านร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง

1.2 ในการดำเนินการพัฒนาหรือส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ควรพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมาพิจารณาเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตดังกล่าว ซึ่งในภาพรวมแล้วควรส่งเสริมการให้ความรู้และแนวทางการดูแลรักษาด้วยวิธีที่เข้าใจง่าย สามารถทำความเข้าใจกับเรื่องการรักษา การรับประทานยา การดูแลสุขภาพ ด้วยความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เพราะจากการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับประถมศึกษา
มัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลาย อาชีวศึกษา/อนุปริญญา
ในอัตราใกล้เคียงกันซึ่งถือว่ามีความรู้ระดับต่ำ อาจไม่
สามารถเข้าใจหรือปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ซับซ้อน

2. ด้านบริการ

2.1 ควรให้บริการในเชิงรุกที่มีสิ่งจูงใจ
ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้าน
ไวรัสเอดส์ได้ร่วมเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อให้เพิ่มขึ้น
ควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อได้ตระหนักถึงการสร้างเครือข่าย
และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไว้วางใจได้ เพื่อให้เกิด
แรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

3. ด้านการศึกษาและวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตเชิง
เจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม

3.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพ
ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาฟรี
กลับกลุ่มที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง

3.3 สำหรับหลักสูตรนักศึกษาพยาบาล
ควรจัดให้มีหลักสูตรที่มีเนื้อหาที่เน้นประเด็นสำคัญของ
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ
ปัจจัยการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อเพิ่มศักยภาพ
และให้ความรู้เกี่ยวกับให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.4 ควรจัดให้พยาบาลในกลุ่มการ
พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
และผู้ป่วยเอดส์ไปเรียนหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลรักษา
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2008. WHO Library Cataloguing in Publication Data. 2008.
2. รุ้ทันเอดส์. สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ 2552 ; 17(87).
3. สถาบันบำราศนราดูร. รายงานประจำปี 2551.
4. วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์,
อ้างอิงจาก [http://www.aidsthai.org/
main.php](http://www.aidsthai.org/main.php).13 ธ.ค.2551

5. สุเทพ รักเมือง. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์
ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11. วิทยานพนธ์ ปรินญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ ชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
6. Ragsdate D, Kotarba J.A. & Morrow J.R Quality
of Life of hospitalize person with AIDS. IMAGE:
Journal of Nursing Scholarspip 1992; 24(4):
259-265.
7. จันทนา บุญเดชา, สมพร เนติรัฐกร. คุณภาพชีวิต
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัด
สมุทรสงคราม. วารสารโรคเอดส์ 2550; 19 (2):
102-113.
8. ถวิล สังฆมณี. คุณภาพชีวิต ศักยภาพของการดูแล
ตนเอง และความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตสาธารณสุขที่ 4.
วารสารโรคติดต่อ 2543; 26 (2): 107-117
9. ชุตีวรรณ จันคามิ. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแล
ตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ดัชนีชี้วัดภาพกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการ
พัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ.
วิทยานพนธ์ ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
10. พิพัสสรุรงค์, เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย
หมั่นแสงทรัพย์, สิริทัย จารุพูนผล, วิทยา จารุพูนผล.
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ใน
กรุงเทพมหานคร. ภาควิชาอนามัยชุมชน. คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.
(บทคัดย่อ)
11. กุละระวี วิวัฒน์ชีวิน, พิกุล นันทชัยพันธ์, ศิริพร
เปลี่ยนผดุง. ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเอง
ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วารสารวิจัยทางการ
พยาบาล 2542; (2): 173-191.

12. สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2540.
13. ศदानนท์ ปิยะกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
14. ภัสพร ขำวิชา, กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, กาญจน์ อังควรรานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2543; 18 (4): 51-60.
15. สุสันหา ยิ้มแย้ม, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, พิกุล นันทชัยพันธ์, ประสิทธิ์ แซ่ตั้ง. คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชนบทภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2548; 20 (1): 49-64.
16. ผกากรอง พันธุ์โพธิ์จั่น และคณะ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงขลา. โรงพยาบาลสงขลา. 2549.
17. ณิชกมล เปียอยู่. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลท่าวุ้ง อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี, 2549. (บทคัดย่อ)
18. ณัฐชา ช้อนขำ, ประณีต ส่งวัฒนา, กิตติกร นิลมานัต. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง วารสารโรคเอดส์ 2551; 20 (1): 46-57.
19. ปริมิวิชญา อินตะกัน. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551. (บทคัดย่อ)
20. วรณชัย คำป่าแลว. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชมรมผู้ติดเชื้อ อำเภอมือง ลำปาง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
21. รสสุคนธ์ วาริตสกุล. การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตใน ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ร่วมกับครอบครัว. พิษณุโลก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2545. (บทคัดย่อ)
22. อุดร ศรีสุวรรณ, โอบาส์ การย์กวินพงศ์. คุณภาพชีวิตและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี, 2548.
23. ถนอมศักดิ์ ทองมัน. การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการธรรมรักษันิเวศน์จังหวัดลพบุรี. มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, 2547. (บทคัดย่อ)
24. พิกุล นันทชัยพันธ์. การดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อ: การศึกษาคุณภาพ. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2539.
25. เกียรติ รักรุ่งธรรม. Advance on AIDS Pathogenesis and Therapy. ใน: สิริ เชี่ยวชาญวิทย์ (บรรณาธิการ). Color Atlas of HIV Infection. กรุงเทพมหานคร: พีบี ฟอเรนส บุค เวนเตอร์. 2541.
26. บุษดี ศรีคำ, เพ็ญพักตร์ อูทิต. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2547; 16 (2): 65-78.
27. วนิตา รัตนานนท์, สุรีพร ธนศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2546; 15(3): 72-83.
28. Orem D.E. Nursing : Concept of Practice 6th ed St. Louis: Mosby; 2001.
29. Muhlenkamp A.F. & Sayles J.A Nursing Research 1986; 35 (6): 334-38.