

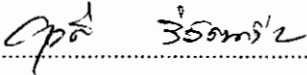
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์  
อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

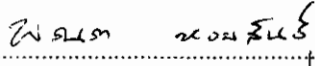
เปรมจิตร ตันบุญยืน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
กรกฎาคม 2556  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

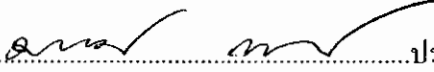
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ เปรมจิตร์ ตันบุญยืน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

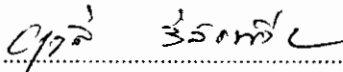
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

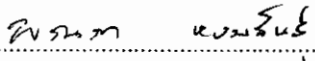
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุติ ลีถักนาวิระ)

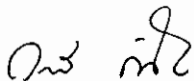
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

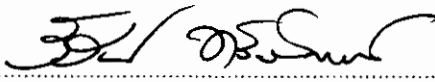
  
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุติ ลีถักนาวิระ)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

วันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2556

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความมุ่งมั่นของผู้วิจัย ได้รับกำลังใจและความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลีรัตนวิระ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ ด้วยความละเอียด ถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน และประธานชมรมทันตวันบ้านบึง ตลอดจนเจ้าหน้าที่คลินิกพิเศษทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ปลุกฝังให้มีการพัฒนาความคิดแนวทางในการพัฒนางานพยาบาล และเกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่และสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด จนข้าพเจ้าสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จ

เปรมจิตร์ ตันบุญยืน

49920781: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต เอชไอวี/ เอคส์

นางเปรมจิตร คันบุญยืน: ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์  
อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี (QUALITY OF LIFE PREDICTORS OF PEOPLE LIVING WITH  
HIV/AIDS IN BAN BUENG DISTRICT, CHON BURI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุม  
วิทยานิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุดี ลีลัคณาวิระ, วท.ค., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์,  
Ph.D. (Nursing), จำนวน 121 หน้า, ปี พ.ศ. 2556.

การวิจัยทำนายนี้เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต และสามารถ  
เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างการประเมินด้วยวิธี standard  
gamble กับ Visual Analog Scale กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อ  
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรีมี จำนวน 284 ราย สุ่มตัวอย่าง  
ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2556 เครื่องมือที่ใช้เป็น  
แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าที และสถิติถดถอย  
พหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประเมินคุณภาพ  
ชีวิตโดยวิธี Standard gamble (SG) ได้ค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ย เท่ากับ 0.63 (SD = 0.35) ช่วงความ  
เชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 0.59 -0.67 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ  
ชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $\leq .05$  ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่  
( $r = .13$ ) รายได้ ( $r = .11$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม ( $r = .20$ ) ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ ( $r = .16$ )  
ภาวะซึมเศร้า ( $r = .32$ ) และภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่มีอาการผิดปกติ ( $r = -.12$ ) และพบว่าภาวะซึมเศร้า  
ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ต่อ 100 เซลล์ และสถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิต  
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ร้อยละ 13.70 ( $R^2 = .137$ ,  $F = 14.79$ ,  $p < .01$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์  
ถดถอยเท่ากับ .26, .02 และ .12 ตามลำดับ ค่าอรรถประโยชน์ เมื่อประเมินด้วยวิธี Visual Analogue Scale  
(VAS) ได้เท่ากับ 0.78 (SD = 0.14) ซึ่งมากกว่าการวิเคราะห์ด้วยวิธี Standard Gamble (SG) อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อ  
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มากขึ้น เนื่องจากคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะคนที่  
ยังเป็นโรคที่พบว่าคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนที่แต่งงาน และควรดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้  
ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกายเพื่อให้มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ที่สูงขึ้น ร่วมกับมิติทางจิตด้วย  
การมีระบบเฝ้าระวังและการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

49920781: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE, UTILITY, HIV/AIDS

PRAMJIT TUNBOONYUEN: QUALITY OF LIFE PREDICTORS OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS IN BAN BUENG DISTRICT, CHON BURI PROVINCE. ADVISOR

COMMITTEE: YUWADEE LEELUKKANAVEERA, Ph.D., PORNNAPA HOM SIN, Ph.D.

121 P. 2013.

This predictive study aimed to study quality of life level, predicting factors and comparing the utility score assessed by standard gamble and visual analogue scale of people living with HIV and AIDS. Sample was 284 HIV infected people and AIDS patients registered as HIV infected and AIDS patients at Ban Bueng hospital, Ban Bueng district, Chon Buri province. The sample was drawn by simple random sampling method. Data were collected between March – April 2013 with questionnaires and interviewing. Data were analyzed using descriptive statistics, paired samples t-test and stepwise multiple regression.

The results showed that quality of life of sample, which were measured by Standard Gamble (SG) had the utility scores average of 0.63 (SD = 0.35), with 95 percent confidence interval of the mean of 0.59 to 0.67. For univariate analysis, marital status ( $r = .13$ ), income (.11) present physical health problems ( $r = -.12$ ), CD4 count ( $r = .16$ ), social support ( $r = .20$ ) and depression score ( $r = .32$ ) were significantly associated with quality of life. For multivariate analysis, the multiple regression models using stepwise procedure showed that depression ( $b = -.26$ ), 100 cells CD4 count ( $b = .02$ ) and marital status ( $b = .12$ ) could explain 13.70 % of the variations the quality of life of patients with HIV/ AIDS. ( $R^2 = .1370$ ,  $F = 14.79$ ,  $p < .01$ ). The utility score assessed by VAS was 0.78 (SD = 0.14), which was significantly higher than that measured by SG ( $p < .01$ ).

The findings suggest that health personnel should pay more attention on caring of those infected with HIV and AIDS since the level of quality of life of those infected was moderate.

Especially for those who are single, the level of quality of life is lower than that of those who are married. Also, caring of those infected with HIV and AIDS should cover both the physical dimension increasing CD4 count and mental dimension which having the surveillance system and promoting the mental health to prevent depression.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
โรคเอดส์และผลกระทบ.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	36
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	40
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต.....	55
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
4 ผลการวิจัย.....	68
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพด้านร่างกาย.....	68
ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้า.....	72
ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม.....	73
ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	76
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	77
ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพ ชีวิตด้วยวิธี Standard gamble (SG) กับวิธี Visual analogue scale (VAS) ในผู้ติด เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ด้วยสถิติทีที่ไม่อิสระ ต่อกัน (Paired Sample t-test).....	81
5 สรุปและอภิปรายผล.....	83
อภิปรายผล.....	84
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	90
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	89
บรรณานุกรม.....	92
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก.....	105
ภาคผนวก ข.....	107
ภาคผนวก ค.....	112
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	121

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	เกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ใหญ่..... 23
2	ปฏิกิริยาระหว่างยาร่วมกันต้านไวรัสเอชไอวี..... 26
3	อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัสเอชไอวี..... 27
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพกาย..... 68
5	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า..... 72
6	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามอาการของภาวะซึมเศร้า..... 72
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์..... 73
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกรายชื่อ..... 74
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด จำแนกตามวิธีการประเมินคุณภาพชีวิต..... 76
10	คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามระดับ CD4 ประเมินด้วยวิธี (SG)..... 76
11	การจัดระดับการวัดของตัวแปรและการให้รหัสตัวแปรหุ่น..... 78
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์..... 79
13	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน..... 80
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตเมื่อประเมินด้วยวิธี Standard Gamble (SG) กับวิธี Visual Analogue Scale (VAS) ด้วยสถิติค่าที่ที่ไม่อิสระต่อกัน..... 81



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 กรอบแนวคิดขององค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพชีวิต .....	45
3 แผนภาพกล่อง (Box plot) คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ .....	77

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีกว่า 34 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีรายใหม่ 2.5 ล้าน และมีผู้เสียชีวิต 1.7 ล้านคน ในจำนวนนี้พบมากที่สุดที่ทวีปแอฟริกาถึง 1.9 ล้านคน เสียชีวิตจากอาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ ประมาณ 1.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 69 จากทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2012)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้นจำนวน 376,690 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 98,721 ราย แนวโน้มผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลดลงกว่าในอดีต แต่ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 1.3 สูงเป็นอันดับที่ 38 ของโลก และเป็นอันดับ 1 ของทวีปเอเชีย สูงกว่ากัมพูชาที่มีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 0.5 (สำนักกระบวนศึกษา, 2555) ในแต่ละวันมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 27 คน หรือไม่ต่ำกว่าชั่วโมงละ 1 คน พบการแพร่ระบาดในกลุ่มประชากรทุกเพศทุกวัย ซึ่งกลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.70 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.48 (สำนักกระบวนศึกษา, 2554) ในจังหวัดชลบุรี ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 7,646 คน เป็นลำดับที่ 6 ของประเทศ (สำนักกระบวนศึกษา, 2554) และ ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสม จำนวน 12,217 ราย เป็นเพศชาย 6,065 ราย เพศหญิง 6,152 ราย อยู่ในเขตอำเภอบ้านบึง จำนวน 503 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 326 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2555)

โรคเอดส์ เป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง พบปัญหาการเจ็บป่วยและผลกระทบที่ซับซ้อนและรุนแรง มากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย อาการที่พบบ่อยได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม ลำไส้แปรปรวน ชา และปวดศีรษะ ตามลำดับ (Buseh, Kelber, Stevens, & Park, 2008) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การติดเชื้อวัณโรคทั้งในและนอกปอด คิดเป็นร้อยละ 29.87 รองลงมา คือ โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* คิดเป็นร้อยละ 18.98 Wasting

Syndrome คิดเป็นร้อยละ 18.23 Cryptococcosis คิดเป็นร้อยละ 13.28 และ Candidiasis ของหลอดอาหาร หรือปอด คิดเป็นร้อยละ 4.77 (สำนักกระบวนวิชา, 2554) การตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเร็วและเริ่มรักษาเร็วโดยให้ยาต้านไวรัสเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ดี (อัญชติ อวิหิงสานนท์, 2555) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์เพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็ง ลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ มีชีวิตยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจนทนไม่ได้ เช่น อาการชาปลายมือปลายเท้า (ผู้ป่วยไม่สามารถถือครองแก้วและได้) การเคลื่อนย้ายและสะสมของไขมันผิดปกติตำแหน่งมาก (ผู้ป่วยมีรูปร่างหน้าตาที่ผิดปกติ) อาการผื่นคันรุนแรง (มีไข้และมีคุ่มน้ำตามผิวหนังรวมทั้งแผลในเยื่อช่องปากและมีโอกาสคือยาได้ (กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ส่วนอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเรื่องใหม่ที่ต้องเฝ้าระวังเป็นเรื่องกระดูกนอกเหนือจากเรื่องไขมันตับฝ่อ โรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคตับ โรคไต โรคกระดูก เมตาบอลิกซินโดรม จะเห็นได้ว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ติดเชื้อบางส่วนเลือกที่จะยังไม่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบันพบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 3,653 ราย ตรวจพบมะเร็งจำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.52 ในจำนวน 92 ราย นี้เป็นมะเร็งในเอดส์ (AIDS defining malignancy) 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.7 ได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.1 2 พบในผู้ป่วยเอดส์มากกว่าคนทั่วไปประมาณ 60 เท่า ซึ่งยาต้านไวรัสจะช่วยลดการเกิดมะเร็งชนิดนี้ได้มากกว่าร้อยละ 60 และมะเร็งปากมดลูก 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.4 ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเป็นมากกว่าคนทั่วไปสิบเท่าและการกินยาต้านไวรัสไม่ได้ช่วยลดมะเร็งชนิดนี้ ส่วนมะเร็งที่ไม่เกี่ยวกับเอดส์ (Non-AIDS malignancy) 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.3 ที่สำคัญคือ มะเร็งตับ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3 (จุรีรัตน์ บวรวิฒนวงศ์, 2554) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ใช้เวลานานกว่าจะปรากฏอาการให้เห็นและยังส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคเอดส์ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ที่สำคัญคือเกิดการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจพบว่า ประเทศไทยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านเอดส์สูงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการพัฒนาประเทศอย่างมาก จากการวิเคราะห์ด้านการเงินการคลังที่ผ่านมา พบว่า ค่าใช้จ่ายโครงการเอดส์เพิ่มขึ้นมาก ประมาณ 5,800 ล้านบาท เป็น 7,200 ล้านบาท ในระหว่างปี ค.ศ. 2007-2009 คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 1.9 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น มีจำนวนประมาณ 150,000 คน โดยมีงบประมาณด้านเอดส์ในแต่ละปีจำนวน 3,000 ล้านบาท (สกริจ ภาคิชีพ, 2555) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด โดยต้นทุนผู้ป่วยนอกรวมเท่ากับ 1,478 บาท ต่อครั้งต่อราย ส่วนต้นทุนผู้ป่วยในรวมเท่ากับ 3,087 บาทต่อวันต่อราย (อุษา โภหิณัง, 2553) ซึ่งในปัจจุบันการใช้จ่ายด้านไวรัสในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเร็วขึ้นโดยใช้เกณฑ์ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553) ส่งผลให้แนวโน้มการใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สูงขึ้นในขนาดอย่างมาก

ที่สำคัญการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมาก ในระยะเริ่มแรกที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่รู้สึกกลัวตาย กลัวครอบครัวและสังคมรังเกียจ ร้อยละ 70 รู้สึกช็อค ตกใจ และเสียใจ ร้อยละ 52.5 และรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต ร้อยละ 17.5 (อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์, 2541) การปรับตัวที่ไม่ดีก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มจนถึง 3 เดือน (Gore-Felton, 2006) ผลกระทบทางสังคมพบว่า หลังจากเกิดการติดเชื้อเอชไอวีเกือบร้อยละ 70 มีปัญหาในการดูแลเด็ก ร้อยละ 88 มีความต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อนสนิทเวลาที่ตนเองเจ็บป่วย (Subramanian, Gupte, Dorairaj, Periannan, & Mathai, 2009) และพบว่า การตีตราและเลือกปฏิบัติในสังคมไทยยังคงมีอยู่ ทำให้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ต้องปิดบังการติดเชื้อ แยกตัวออกจากสังคมหรือกั้นตนเองจากการเข้าถึงการบริการ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อเนื่องจากเกรงว่าสถานะตนเองจะถูกเปิดเผย หรือถูกรังเกียจจากคู่เพศสัมพันธ์หรือคู่สมรส ลูกหลาน และสมาชิกอื่นในครอบครัว ทำให้เสียโอกาสในการดูแลรักษาที่เหมาะสมทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์และโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว โดยพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ได้รับเชื้อจนกระทั่งเสียชีวิตจากโรคเอดส์โดยไม่ได้รับยาต้านไวรัสของคนไทย คือ 7.5 ปี (เกียรติ รัชกรู้งธรรม, 2555)

จากอดีตถึงปัจจุบัน การติดเชื้อเอชไอวีเป็นความผิดปกติที่คุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น (Donlou, Wolcott, Gottibe, & Lark, 1985, pp. 39-40; กุละระวี วิวัฒน์ชีวิน, 2541) เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ประกอบกับมีการรักษาที่มีการพัฒนาใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ ยาต้านไวรัส ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้จ่ายด้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป หรือมากกว่า เป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อใช้อย่างเหมาะสมและถูกวิธี แต่ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อาจเกิดการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจนผู้ป่วยทนไม่ได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อบางส่วนเลือกที่จะยังไม่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการประเมินผลลัพธ์ทางด้านสาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล, 2547; ณัฐชยา ซ่อนขำ, ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิลมานัต, 2551; กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552; รองรัตน์ ชนะจน, 2551; พิทยา จารุพูนผล, 2552; สันติ นวนพรัตน์สกุล, 2550; युภาพรรณ มั่นกระโทก, วิทยา กุลสมบูรณ์ และหทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์, 2553; เนตรนภา อินทร์รองพล, 2553) ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปซึ่งวัดผลของการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ หลายมิติ ที่สำคัญคือ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยนิยมใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ซึ่งสั้นกว่า และมีมิติที่ครอบคลุมกว่า (ถนอมจิตต์ ดวนควน และกรรณา ลิ้มเจริญ, 2552; ปริมิวิชา อินตะกัน, 2551) ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี (WHOQOL-HIV-BREF) ขององค์การอนามัยโลก และใช้เครื่องมือดังกล่าวในการศึกษาของวันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ้ง (2549) กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต (2552) นอกจากนี้การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดเฟอร์รานส์ (Ferrans, 1990) พบได้ในการศึกษาของลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล (2547) สุรางค์รัตน์ สุรงค์พิตร, วารุณี ฟองแก้ว และพิกุล นันทชัยพันธ์ (2547) วรรณชัย คำป่าแลว (2545) ในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยมากที่ประเมินคุณภาพชีวิตออกมาเป็นค่าอัตราประโยชน์ซึ่งเป็นตัวเลขเพียงค่าเดียวที่อยู่ในช่วง 0-1 ซึ่งค่าที่ได้สามารถนำไปคำนวณหาจำนวนปีสุขภาวะ (Quality-adjusted life years) (พรรณทิพา สักดิ์ทอง, 2554) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการพัฒนาสุขภาพ และสามารถนำไปใช้ในการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการกำหนดขอบเขตการให้บริการสุขภาพภายใต้สิทธิประกันสุขภาพ รวมทั้งสามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการสุขภาพ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2552) โดยพบเพียงสองการศึกษาคือศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลบาราคนราคร (Sakthong, Schommer, Gross, Prasithsirikul, & Sakulbumrungsil, 2009) ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชน และศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ (ยุวดี ลีลัคณาวิระ, 2552) ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลบ้านบึงในปัจจุบัน

การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธีการวัดค่าอัตราประโยชน์ทางตรงมี 3 วิธี ได้แก่ วิธี Standard Gamble (SG), Time Trade Off (TTO), และ Visual Analogue Scale (VAS) ซึ่งวิธี Standard Gamble ถือว่าเป็นมาตรฐานของการประเมินค่าอัตราประโยชน์ทางตรงที่เป็นไปหลักการตามทฤษฎีอรรถประโยชน์ (Utility theory) ที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล

ภายใต้ความไม่แน่นอน (Rational Decision-making under Uncertainty) ของ John Von Neumann นักคณิตศาสตร์ และ Oscar Morgenstern นักเศรษฐศาสตร์ (Drummond & McGuire, 2001; Drummond, Sculpher, Torrance, O'Brien, & Stoddart, 2005) โดยการสัมภาษณ์ สถานการณ์สมมติให้ผู้ตอบเลือกตอบระหว่างการติดเชื้อเอชไอวีหรือมีโรคเอดส์ไปตลอดชีวิตกับการรักษาที่มีความเสี่ยง คือ ถ้าประสบความสำเร็จก็จะกลับมามีสุขภาพที่สมบูรณ์ หายจากโรคเอดส์ ถ้าการรักษาล้มเหลวก็จะเสียชีวิตได้ทันทีโดยไม่เจ็บปวดและไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งมีการรายงานว่าวิธี SG เป็นวิธีที่ยากที่สุดใน 3 วิธี และใช้เวลาเฉลี่ยในการสัมภาษณ์มากที่สุด (5.2 + - 2.4 นาที) วิธี TTO มีแนวคิดคล้ายกับปีสุขภาวะจะรวมผลลัพธ์ 2 ด้านเข้าไว้ด้วยกัน คือเวลาที่มีชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยผู้ตอบจะถูกถามโดยให้เลือกระหว่างการมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือการมีภาวะสุขภาพที่ดีแต่อยู่ในช่วงระยะเวลาที่สั้นกว่า ส่วนวิธี VAS จะเป็นวิธีที่ง่ายและใช้เวลาน้อยสุดในการให้ข้อมูล (0.9 + - 0.3 นาที) โดยให้ผู้ตอบกาเครื่องหมายกากบาทให้ตรงกับคะแนนภาวะสุขภาพที่ต้องการตอบบนสเกล (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ความสามารถในการใช้งานจริงของการวัดค่าอรรถประโยชน์ทางตรงที่สุดโดยวิธี SG กับวิธี VAS ซึ่งเป็นวิธีง่ายที่สุด ทั้ง 2 วิธีมีจุดเด่นที่ควรนำมาศึกษาเปรียบเทียบเพื่อใช้ในการพิจารณาเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยประเมินคุณภาพชีวิตออกมาเป็นค่าอรรถประโยชน์ด้วยวิธี Standard Gamble และ Visual Analogue Scale และใช้กรอบแนวคิดการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ (Testa & Simonson, 1996) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติทางกาย ทางจิต และทางสังคมที่สามารถประเมินออกมาในลักษณะวัตถุวิสัย (Objective assessment) และจิตวิสัย (Subjective assessment) โดยที่การประเมินด้านวัตถุวิสัย จะมีความสำคัญในการบ่งบอกระดับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แต่การรับรู้ด้านจิตวิสัย และการคาดหวังจะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะจิตวิสัย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้ง 3 มิติรวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โดยหวังว่าจะได้นำผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ โดยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนและการจัดระบบบริการ

ส่งเสริมสุขภาพ ปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดความพึงพอใจ มีสถานะทางสุขภาพที่ดี มีเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน อย่างมีคุณค่าและคุณภาพชีวิตที่ดี

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่ศึกษาด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรีหรือไม่ อย่างไร
3. การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard Gamble กับวิธี Visual Analogue Scale (VAS) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard Gamble กับวิธี Visual Analogue Scale (VAS) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

## สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

1. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

การศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้และเรียนรู้ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติตน ระดับการศึกษาของบุคคลจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและสุขภาพอนามัย (Pender, 1987) และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษา การดูแลตนเองตลอดจน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Orem, 1985) ระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตต่างกัน (รองรัตน์ ชนะจน, 2551)

2. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีสถานภาพคู่ จะมีความผาสุกในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มี สถานภาพโสด (Campbell, 1976) เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยเหลือ ในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงทำให้บุคคลที่มีสถานภาพสมรส คู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดูแลตนเองได้ดี ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มี สถานภาพโสด (สุภารัตน์ วรรณสาร, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสถานภาพ โสด

3. รายได้ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์

บุคคลและครอบครัวที่มีรายได้สูง ย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย หรือสิ่งจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพสูง ซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (William, Kevin, & Wilfried, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานิต (2552) วันเพ็ญ แก้วปาน และ สุรินทร์ สืบซึ้ง (2549) และถนอมจิตต์ ดวนคว้น และกรรณา ลิ้มเจริญ (2552) พบว่า รายได้ มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (อภิชาติ กันธู, 2548)

4. ระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นความผิดปกติที่คุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประเภท



อื่น (Donlou et al., pp. 39-40; กุละระวี วิวัฒน์ชีวิน, 2541) เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ใช้เวลานานกว่าจะปรากฏอาการให้เห็นและยังส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป จากการศึกษาของ สุदारัตน์ วรรณสาร (2541) พบว่าผู้ที่ติดเชื้อที่ทราบ การติดเชื้อมานานจะมีความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ ถนอมจิตต์ ควนด่วน และกรรณา ลิ้มเจริญ (2552) ระยะเวลาของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ในขณะที่เดียวกันระยะเวลาที่เป็นโรคอาจมีเกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ของการรับประทานยาต้านไวรัส หรือโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

5. ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ถ้าผู้ป่วยมีปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ แสดงถึงระดับภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ระดับ CD4 ใช้ในการพยากรณ์ระยะโรค การดำเนินโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่าง ๆ นอกจากนี้ยังใช้ประกอบการพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัส สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553) จากการศึกษาของ ผาสุข ลิ้มรัตนพิมพา (2551) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือ ระดับ CD4

6. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การรักษาที่ดีและเหมาะสมตลอดจนความยาวนานในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะมีความสำคัญอย่างมากในการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะพบว่า การได้รับยาต้านไวรัสของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความเครียด ความวิตกกังวลและอาการสมองเสื่อมในวัยสูงอายุ สามารถกลับไปทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การรับประทานยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลานาน ๆ ก็อาจมีผลในเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน (กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานิต, 2552; Beard, Feeley, & Rosen, 2009)

7. ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เนื่องจากผู้ติดเชื้อที่มีอาการของโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งมีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส (ชุติวรรณ จันคามิ, 2550) ความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกไม่

สุขสบาย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Testa & Simonson, 1996) บุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Ferrans & Power, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ่ง (2549) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

8. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึก โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้างรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เนื่องจากบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต มีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อตัวเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต ตามแนวคิดของ Beck (1967) ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้อาการของโรคกำเริบ และผู้ป่วยจะเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) อาจทำให้มีผลในเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต

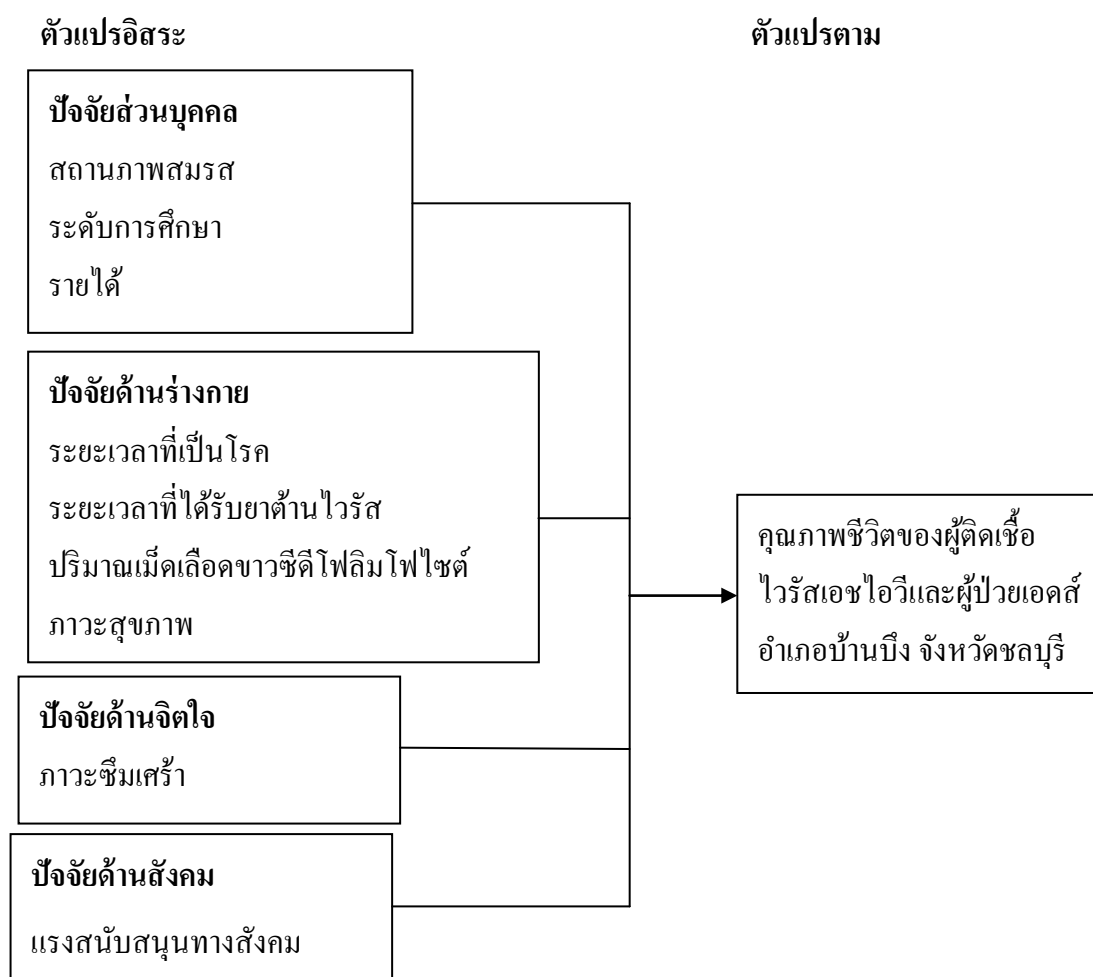
9. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการติดต่อสื่อสาร การได้รับข้อมูล และทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่า ยังมีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่อง ซึ่งทำให้บุคคล รู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากกระบวนการรับรู้ของบุคคล ที่ส่งผลช่วยประคับประคองจิตใจ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียดในชีวิต (Shaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (ยุภาพรรณ มั่นกระโทก และคณะ, 2553; ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล, 2547; สันตินวนพรรัตน์สกุล, 2550; จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร, 2550)

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โดยมีกรอบแนวคิดต่าง ๆ ดังนี้ ทฤษฎีอรรถประโยชน์ (Expected Utility Theory) ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลภายใต้ความไม่แน่นอนของ John Von Neumann และ Oskar Morgenstern

โดยวิธี Standard Gamble ส่วนปัจจัยที่ศึกษานำมาจากกรอบแนวคิดการประเมินผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของ Testa and Simonson (1996) ที่กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตว่าเป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย ได้แก่ อาการทางกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย และความพิการ มิติด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ด้านบวก หรือด้านลบต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต และมิติด้านสังคม ได้แก่ การทำงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพของบุคคล ในการศึกษาคั้งนี้ ปัจจัยด้านร่างกาย ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เป็นโรค ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ตามกรอบแนวคิดของกรมสุขภาพจิต และปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม และได้นำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เข้าร่วมร่วมศึกษาด้วยซึ่งปัจจัยดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังสรุปเป็นกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 284 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ดังนี้

### 1. ตัวแปรอิสระ

#### 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.1.1 สถานภาพสมรส

1.1.2 ระดับการศึกษา

1.1.3 รายได้

#### 1.2 ปัจจัยด้านร่างกาย

1.2.1 ระยะเวลาที่เป็นโรค

1.2.2 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส

1.2.3 ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4)

1.2.4 ภาวะสุขภาพ

### 3. ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

### 4. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิต

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง บุคคลที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีแล้วตรวจเลือดพบแอนติบอดี หรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่พบอาการที่สัมพันธ์กับเอดส์

**ผู้ป่วยเอดส์** หมายถึง บุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี มีอาการซีบ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม อย่างน้อยโรคใดโรคหนึ่งใน 25 โรค หรือมีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ต่ำกว่า 200 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในกรณีไม่ปรากฏอาการหรือกลุ่มโรค

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง การประเมินการรับรู้ถึงความรู้สึกพึงพอใจ หรือความชอบต่อสถานะทางสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการวัดอรรถประโยชน์ทางตรง รายงานเป็นคะแนนดัชนี (Index Score) ซึ่งอยู่ในช่วง 0-1 ซึ่งมีการประเมินคุณภาพชีวิต 2 วิธี ดังนี้

1. การประเมินโดยวิธี Standard Gamble โดยการสมมุติสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์ที่มีอยู่ 2 ทางเลือกให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เลือกตอบ โดยมี ทางเลือกที่หนึ่ง คือ ภาวะปัจจุบันที่มีการคิดเชื้อเอชไอวีหรือ โรคเอดส์ไปตลอดชีวิตที่เหลือ ซึ่งได้รับการรักษาตามแบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทางเลือกที่สอง คือ สมมุติว่ามีวิธีการรักษาที่สามารถรักษาการคิดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือ โรคเอดส์ให้หายขาดได้ โดยการรับการรักษาเพียงครั้งเดียว อย่างไรก็ตาม ถ้าวิธีการนี้ไม่ได้ผล จะทำให้ผู้รับการรักษาเสียชีวิตได้ทันทีโดยปราศจากความเจ็บปวดและไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

2. การประเมินโดยวิธี Visual Analogue Scale โดยผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ค่าคะแนนสถานะสุขภาพตนเองจากสเกลในแนวตั้ง โดยขอบบนจะมีคะแนน 100 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ และขอบล่างจะมีคะแนน 0 คะแนน หมายถึง ความตาย

**สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานะทางครอบครัวเกี่ยวกับการสมรสของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สถานภาพสมรส โสด และสถานภาพสมรสคู่ หม้าย หย่า/แยก

**ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบ่งเป็น 2 ระดับคือ ไม่ได้เรียนหรือจบระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า

**รายได้** หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณเป็นบาทที่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน จากการประกอบอาชีพหลักหรือได้รับการช่วยเหลือจากญาติ

**ระยะเวลาที่เป็นโรค** หมายถึง ระยะเวลาที่เป็นปีเต็มนับตั้งแต่วันที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นผู้คิดเชื้อเอชไอวีหรือ ผู้ป่วยเอดส์จนถึงวันที่ผู้ทำวิจัยเก็บข้อมูล

**ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส** หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นปีนับตั้งแต่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสจนถึงวันที่ผู้ทำวิจัยเก็บข้อมูล

**ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4)** หมายถึง จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟลิมโฟไซท์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้จากการส่งตัวอย่างเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งสุดท้ายไม่เกิน 4 เดือนตั้งแต่วันที่เจาะเลือดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล มีหน่วยเป็นเซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

**ภาวะสุขภาพ** หมายถึง สภาพร่างกายในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่อาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค จากภาวะแทรกซ้อนของโรคคิดเชื้อฉวยโอกาส และอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งภาวะสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ภาวะสุขภาพปกติ กับ ผิดปกติ

ภาวะสุขภาพปกติ หมายถึง สภาพร่างกายในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ไม่มีอาการไม่สบายหรือการเจ็บป่วยใด ๆ

ภาวะสุขภาพผิดปกติ หมายถึง สภาพร่างกายในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ว่าตนเองมีอาการไม่สบายหรือการเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพของโรค โรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา เช่น มีอาการอ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม ลำไส้แปรปรวน ชา ปวดศีรษะ ผื่นคัน และอาการอื่น ๆ เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้สึกจิตใจหม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ประเมินจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบสอบถามคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และเครือข่ายทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทองและบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของ สุภาวดี เนติเมธี (2547)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสรุป รวบรวม สารสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคเอดส์และผลกระทบ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

#### โรคเอดส์และผลกระทบ

ธรรมชาติของโรคเอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เกิดจากเชื้อ เอชไอวีเป็นไวรัส ในตระกูล Lentivirus ที่มีสายพันธุกรรมเป็น RNA สายเดี่ยว ซึ่งจะเข้าไปทำลาย เม็ดเลือดขาว ซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสอื่น ๆ แทรกซ้อนเข้าสู่ ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนัง บางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการจะรุนแรง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต เชื้อไวรัสเอดส์มีหลายสายพันธุ์ โดยสายพันธุ์หลักดั้งเดิมคือ เอชไอวี-1 (HIV-1) ซึ่งแพร่ระบาดในแถบสหรัฐอเมริกา ยุโรป และแอฟริกากลาง, เอชไอวี-2 (HIV-2) พบแพร่ระบาด ในแถบแอฟริกาตะวันตก นอกจากนี้ยังพบสายพันธุ์อื่น ๆ ที่กลายพันธุ์อีกมากมายซึ่งในปัจจุบัน ทั่วโลก พบสายพันธุ์เชื้อเอชไอวี มากกว่า 10 สายพันธุ์ กระจายอยู่ตามประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกโดยพบ มากที่สุดที่ทวีปแอฟริกา มีมากกว่า 10 สายพันธุ์ เนื่องจากเป็นแหล่งแรกที่พบเชื้อเอชไอวี และ กระจายอยู่เป็นเวลานานกว่า 70 ปี สายพันธุ์ที่พบมากที่สุดในโลก คือ สายพันธุ์ซี มากถึงร้อยละ 40 พบในทวีปแอฟริกา อินเดีย จีน รวมทั้งพม่า ส่วนในประเทศไทยส่วนใหญ่พบสายพันธุ์เอชไอวี-1 (HIV-1) และ 2 สายพันธุ์ย่อย คือ สายพันธุ์เอ-อี (A/E) หรืออี (E) พบมากกว่าร้อยละ 95 แพร่ระบาด ระหว่างคนที่มิเพศสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง กับสายพันธุ์บี (B) ที่แพร่ระบาดกันในกลุ่มรักร่วมเพศ และผ่านการใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้น

วงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวี HIV-1 เป็น RNA virus ลักษณะเป็นทรงกลม มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 100-120 นาโนเมตร แกนกลางเป็นรูปทรงกระบอก ที่บรรจุสี่อีเล็กตรอน (Electron-densed core) ประกอบด้วยโปรตีนที่สำคัญชั้นในสุด คือ ยีนอม (Genome) เป็น RNA สายเดี่ยว (Single strand) แต่จะอยู่เป็น diploid เสมอ ชั้นถัดมาเป็นโปรตีน p24 หุ้มล้อมรอบ ชั้นถัดมาเป็นโปรตีน p17 และชั้นนอกออกไปมีหนามยื่นออกมา ซึ่งมีกลัยโคโปรตีนเป็นส่วนประกอบ ห่อหุ้มอยู่ กลัยโคโปรตีนที่สำคัญ คือ gp120 มีลักษณะเป็นตุ่ม (knobs) อยู่ด้านนอกสุดของตัวไวรัส เป็นตำแหน่งโปรตีนที่สำคัญในการนำเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายโดยไปเกาะติดกับซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) บนผิวเซลล์ของ Host ซึ่งพบมากบน T-helper lymphocytes พบบ้างที่ผิวของ macrophage ดังนั้นเชื้อเอชไอวีจึงมีความจำเพาะที่จะติดเชื้อและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน T-helper lymphocytes โดยสรุปหลังจากติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย พบว่า เชื้อเอชไอวีจะใช้ส่วน gp 120 ที่เป็นหนามยื่นไปเกาะกับตำแหน่งรับของเซลล์ (Receptor site) บนผิวเซลล์ซึ่งเป็นตำแหน่งเดียวกันกับ CD4 ซึ่งพบมากบน T-helper lymphocytes มากกว่าเซลล์ชนิดอื่น ๆ เชื้อเอชไอวีมีการเพิ่มจำนวนขึ้นภายหลังที่เข้ามาในเซลล์ RNA Virus สามารถเปลี่ยนเป็น DNA virus โดยใช้เอนไซม์ RT และรวมตัวเข้ากับ DNA ของเซลล์เป็น Provirus โดยอาจจะแฝงอย่างสงบหรือแบ่งตัวไปพร้อมกับเซลล์ที่ติดเชื้อ เชื้อเอชไอวีจะเพิ่มจำนวนได้มากใน Activated T-cell ทำให้เซลล์ที่ติดเชื้อถูกทำลายลง จำนวนก็ลดลงด้วย การที่ T-helper cell ลดลงอย่างมาก มีผลทำให้เกิด ความบกพร่องของภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cell mediated immunity) ขึ้นจึงก่อให้เกิดการติดเชื้อโรคนานโอกาส (Opportunistic infection) ที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ง่าย หรืออาจเกิดมะเร็งของเนื้อเยื่อ/ หลอดเลือด Kaposi's Sarcoma หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองขึ้น โดยทั่วไปแล้วระยะพักตัวของโรค ตั้งแต่เชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจนเกิดเป็นโรคเอดส์ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 3-8 ปี ในเด็กระยะพักตัวสั้นกว่าประมาณ 2 ปี เชื้อเอชไอวีตัวใหม่จะออกมานอกเซลล์มนุษย์และใช้เอนไซม์ protease ในการตัดต่อชิ้นส่วนโปรตีนของตนเองให้พร้อมที่จะเป็นเชื้อเอชไอวีตัวสมบูรณ์ การทราบวงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวี มีประโยชน์ในการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ, 2553)

#### การติดต่อของโรคเอดส์ (HIV transmission)

เชื้อไวรัสเอชไอวีไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ดีภายนอกในร่างกายมนุษย์ การติดต่อเชื้อไวรัสเอชไอวี สามารถติดต่อได้ 3 ทาง ดังนี้

1. การร่วมเพศ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าจะชายกับชาย ชายกับหญิง หรือหญิงกับหญิง ทั้งช่องทางธรรมชาติ หรือไม่ธรรมชาติ ก็ล้วนมีโอกาสติดโรคนี้ได้ทั้งสิ้น และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น ได้แก่ การมีแผลเปิด และจากข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา ประมาณร้อยละ 84 ของผู้ป่วยเอดส์ ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์



2. การรับเชื้อทางเลือด ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี มักพบในกลุ่มผู้ติดเชื้อเสฟติด และหากคนกลุ่มนี้ติดเชื้อ ก็สามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ อีกทางหนึ่ง การรับเลือดในขณะที่ผ่าตัด หรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด ในปัจจุบันเลือดที่ได้รับบริจาคทุกขวดต้องผ่านการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และปลอดภัยเกือบ 100%

3. ทารกติดเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ในการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกผู้หญิงที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี หากตั้งครรภ์ และไม่ได้รับป้องกันการถ่ายทอดเชื้อในระยะก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอดเชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถถ่ายทอดไปยังลูกได้ ในอัตราร้อยละ 25-30 โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นถ้ากินนมแม่ อย่างไรก็ตามถ้าฝากครรภ์มีคุณภาพ ได้รับยาต้านไวรัสอย่างเหมาะสม จะช่วยลดการการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2-3 หรือต่ำกว่า

โดยปกติเมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว มักพบมากที่สุดที่เลือด น้ำเหลือง และปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีน้อย แต่มักไม่พบเลยในเหงื่อ ปัสสาวะ และอุจจาระ แม้ว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีจะปะปนในของเหลวที่ออกจากร่างกาย แต่พบว่าโอกาสแพร่โรคมิเฉพาะทางเลือด น้ำสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น

### การแบ่งระยะ (Staging) ของโรคเอดส์

ตั้งแต่ครั้งแรกองค์การอนามัยโลก ได้เสนอกำนิยามสำหรับโรคเอดส์ในปี 1986 ตั้งแต่นั้นมาการแบ่งระยะ (Staging) โรคเอดส์โดยองค์การอนามัยโลก ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาหลายครั้ง ล่าสุดเผยแพร่ในปี ค.ศ. 2007 ได้แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (WHO, 2007)

ระยะที่ 1: ระยะไม่มีอาการ (Asymptomatic) ระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 มากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร อาจรวมถึงอาการต่อมน้ำเหลืองขยายโต (Persistent generalized lymphadenopathy)

ระยะที่ 2: ระยะมีอาการเล็กน้อย (Mild symptoms) ระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมีอาการดังนี้

1. น้ำหนักตัวลดลงปานกลาง (<10% ของน้ำหนักร่างกาย)
2. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจซ้ำ เช่น ไซนัสอักเสบ (Sinusitis) ต่อมทอนซิลอักเสบ (Tonsillitis) หูชั้นกลางอักเสบ (Otitis media) คออักเสบ (Pharyngitis)
3. งูสวัด (Herpes zoster)
4. เป็นแผลที่มุมปาก (Angular cheilitis)
5. มีการกลับเป็นซ้ำของแผลในปาก (Recurrent oral ulceration)
6. เป็นผื่นคันที่ผิวหนัง เมื่อหายจะมีสีคล้ำ (Papular pruritic eruptions)
7. ผื่นไขมันอักเสบ (Seborrhoeic dermatitis)

### 8. เชื้อราที่เล็บ (Fungal nail infections)

ระยะที่ 3: ระยะมีอาการปานกลางหรือ ขั้นสูง (Advanced symptoms) ระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้แก่ อาการดังนี้

1. น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ (>10% ของน้ำหนักร่างกาย)
2. ท้องเสียเรื้อรังนานกว่า 1 เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ
3. มีไข้เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน (สูงกว่า 37.6 องศาเซลเซียส)
4. เป็นเชื้อราในปากซ้ำ ๆ (Persistent oral candidiasis)
5. วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis current)
6. ติดเชื้อแบคทีเรียอย่างรุนแรง (Pneumonia, empyema, pyomyositis, bone or joint infection, meningitis or bacteraemia)

7. ปากเปื่อยเป็นแผลเนื้อตายเฉียบพลัน เหงือกอักเสบ (Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis)

8. ซีดโดยไม่ทราบสาเหตุ คือ ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 8 กรัมต่อเดซิลิตร เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ น้อยกว่า  $0.5 \times 10^9$  เซลล์ต่อลิตร (Neutropenia) หรือมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำเรื้อรัง น้อยกว่า  $50 \times 10^9$  เซลล์ต่อลิตร (Chronic thrombocytopenia)

ระยะที่ 4: ระยะมีอาการรุนแรงหรือระยะ โรคเอดส์ ระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้แก่ อาการดังนี้

1. กล้ามเนื้อลีบหรือผอมแห้ง HIV wasting syndrome
2. ปอดบวมจากการติดเชื้อที่ปอด (Pneumocystis pneumonia)
3. ปอดบวมซ้ำอย่างรุนแรงโดยเป็นมากกว่า 1 ครั้ง (Recurrent severe bacterial pneumonia)

4. เป็นริ้วเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน บริเวณปากหรือริมฝีปาก อวัยวะเพศ รูทวารหนัก (Chronic herpes simplex infection (orolabial, genital or anorectal) และบริเวณอวัยวะส่วนอื่น ๆ

5. ติดเชื้อราที่หลอดอาหาร หลอดลม ถุงลมหรือปอด (Oesophageal candidiasis หรือ Candidiasis of trachea, bronchi or lungs)

6. ติดเชื้อวัณโรคที่ไม่ใช่ปอด (Extrapulmonary tuberculosis)

7. มะเร็งของเนื้อเยื่อ (Kaposi's Sarcoma)

8. การติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ที่กระจกตาหรืออวัยวะอื่น ๆ

9. การติดเชื้อทอกโซพลาสมาบริเวณระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system toxoplasmosis)

10. พยาธิสภาพในสมองหรือสมองเสื่อมจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy)
11. การติดเชื้อบริเวณนอกปอดรวมถึงเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (Extrapulmonary cryptococcosis including meningitis)
12. การติดเชื้อแบคทีเรียที่ไม่ใช่วัณโรค (Disseminated Non-tuberculous mycobacterial infection)
13. Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)
14. Chronic cryptosporidiosis (with Diarrhoea)
15. Chronic isosporiasis
16. การติดเชื้อ Occidiomycosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด ต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือไขว้ปอด Disseminated mycosis (Coccidiomycosis or histoplasmosis)
17. โรคติดเชื้อซาลโมเนลลาในกระแสเลือด (มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี)
18. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma (Cerebral or B-cell Non-Hodgkin) or other solid HIV-associated tumours)
19. ก้อนมะเร็งที่คอชนิดลุกลาม (Invasive cervical carcinoma)
20. Disseminated leishmaniasis
21. อาการ Symptomatic HIV-associated nephropathy or symptomatic HIV-associated cardiomyopathy

สำหรับการจำแนกระยะการติดเชื้อเอชไอวี โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (The United States Center for Disease Control and Prevention [US CDC], 2008) ได้จำแนกระยะการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ค่าระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 และอาการทางคลินิก มาร่วมในการอธิบายการติดเชื้อเอชไอวี 3 ระยะ ดังนี้ (CDC, 2008)

- ระยะที่ 1: ค่าระดับ CD4  $\geq$  500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และไม่มีอาการโรคเอดส์
- ระยะที่ 2: ค่าระดับ CD4 200-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และไม่มีอาการโรคเอดส์
- ระยะที่ 3: ค่าระดับ  $\leq$  200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมีอาการของโรคเอดส์

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย, 2553)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีแบ่งออก 2 ชนิด ได้แก่ การตรวจหาส่วนประกอบของเชื้อ และการตรวจหา antibody ต่อเชื้อเอชไอวี

1. การตรวจหาส่วนประกอบของไวรัส

1.1 การตรวจหาโปรตีนของไวรัส เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในระยะเริ่มแรก เช่น กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ได้การทดสอบ antibody ไม่ชัดเจน (indeterminate) และไม่สามารถรอผลการติดตาม นิยมตรวจหาส่วนของ p24 Ag ซึ่งเป็นโปรตีนที่อยู่ในส่วนแกน (core) ของเชื้อเอชไอวี ซึ่งตรวจพบได้ก่อนตรวจพบ antibody อย่างน้อย 5 วัน

1.2 การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี (Nucleic acid amplification test: NAT) เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อจากพลาสมา (Qualitative RNA) หรือการตรวจหา Proviral DNA ในเซลล์ที่ติดเชื้อ เป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมชนิด RNA ของเชื้อเอชไอวีเชิงคุณภาพ ที่มีความไวสูง นำมาใช้ในการวินิจฉัยผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกหลังรับเชื้อ ในขณะที่ระดับ antibody ยังไม่เพิ่มขึ้นถึงระดับสูงพอที่จะตรวจพบ และตรวจไม่พบ p24 Ag วิธีนี้เหมาะสำหรับใช้วินิจฉัยทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจาก antibody ของมารดาที่ส่งผ่านรก

การแปลผลและรายงาน การตรวจหาส่วนประกอบของไวรัส ถ้าผลบวก (positive) แสดงว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีแต่ถ้าได้ผลลบ (negative) หมายถึง ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี มีการติดเชื้อเอชไอวี แต่ปริมาณสารพันธุกรรมหรือโปรตีนของเชื้อเอชไอวี ต่ำเกินขีดความสามารถของวิธีการตรวจ หรือ ติดเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์อื่น ๆ ที่วิธีการตรวจที่ใช้ไม่สามารถครอบคลุมถึงได้ อย่างไรก็ตามไม่ว่าการตรวจผลจะมีผลบวกหรือผลลบควรตรวจ antibody ต่อเชื้อเอชไอวีซ้ำในเวลาต่อมา เมื่อ antibody สามารถตรวจพบได้

## 2. การตรวจหา antibody ต่อเชื้อเอชไอวี

การตรวจหา antibody ต่อเชื้อเอชไอวี เป็นวิธีที่ใช้แพร่หลาย สำหรับตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน ชุดตรวจที่สามารถจำหน่ายในประเทศไทยได้ ต้องผ่านการประเมินและขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อน ตามที่ระบุไว้ใน ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 35 ปี พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้ชุดตรวจวินิจฉัยรายบุคคลชนิดชุดตรวจคัดกรอง ต้องมีความไวไม่ต่ำกว่าร้อยละ 99.5 และมีความจำเพาะไม่ต่ำกว่าร้อยละ 99.0 โดยวิธีการตรวจหา antibody ต่อเชื้อเอชไอวี ได้แก่

2.1 วิธีอีไลซ่า หรือ Enzyme-linked Immunosorbent Assay (ELISA) วิธีนี้ HIV antigen ถูกตรึงบน solid phase อ่านผลปฏิกิริยาระหว่าง antigen กับ antibody โดยดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นซึ่งจะเกิดจากเอ็นไซม์ย่อย Substrate และวัดการเปลี่ยนแปลงนั้นด้วยเครื่องอ่าน มีความไวและความแม่นยำในการตรวจ 99.9% มีข้อควรระวัง คือ หลังจากได้รับเชื้อจะมีช่วงหนึ่งที่ตรวจเลือดยังไม่พบภูมิต่อเชื้อเอชไอวี เราเรียกช่วงนี้ว่า Window Period ถ้าหากคนผู้นั้นมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ร่วมเพศโดยที่ไม่ได้ป้องกัน ต้องรออีก 6 เดือน เพื่อเจาะเลือดอีกครั้ง ส่วนติดเชื้อด้วยเชื้อเอชไอวีอีกชนิดหนึ่ง เช่น HIV-2 การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ Influenza

vaccine ก็อาจจะให้ผลบวกหลอก การตรวจเลือดหาภูมิหากผลเลือดบวกโดยที่ผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อต้องทดสอบซ้ำอีกครั้ง

2.2 วิธีเกาะกลุ่ม (Agglutination) วิธีนี้ HIV antigen ถูกเคลือบบนผิวของอนุภาค อ่านผลโดยการเกาะกลุ่ม วิธีนี้เป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย (Simple test)

2.3 วิธี Dot หรือ Line Immunoassay วิธีนี้ HIV antigen ถูกตรึงบนผิวของ solid phase ในลักษณะเป็นจุด (dot) หรือเส้น (line) อ่านผลของปฏิกิริยาโดยดูสีที่เกิดขึ้นได้ผลรวดเร็ว (Rapid test)

3. การแปลผลและรายงานผล ผลการตรวจและรายงานต่าง ๆ ต้องปกปิดเป็นความลับ ถ้ารายงานเป็นผลบวก (Anti-HIV positive) แสดงว่าตรวจพบ antibody ต่อเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจกรอง 3 ชนิด ถ้ารายงานเป็นผลลบ (Anti-HIV negative) แสดงว่าตรวจไม่พบ antibody ต่อเชื้อเอชไอวี แต่ถ้ารายงานผลไม่ชัดเจน (indeterminate) แสดงว่าตรวจพบ antibody ด้วยวิธีต่างกันให้ผลขัดแย้งกัน ให้ติดตามตรวจซ้ำหลังจากครั้งแรก 2 สัปดาห์ และหรือในเดือนที่ 3 และ 6 ถ้าผลยังคงแสดงเช่นเดิม ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรม

ปัจจุบันพบว่า มีชุดตรวจเยื่อเมือกในปาก (OMT) ในการตรวจหา HIV-1 antibody มีความแม่นยำและจำเพาะ 99.9 % (Gallo et al, 1997) หากให้ผลบวกต้องตรวจยืนยัน โดยวิธี Western Blot or Immunofluorescence Assay

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

#### 1. การตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4-T lymphocyte

ปกติเราจะมีเซลล์ CD4 ประมาณ 500-13,000 เซลล์ต่อลบ.มม. ได้มีการใช้ระดับ CD4 เป็นตัวบอกระยะของโรคแต่ต้องระวังเพราะปริมาณเซลล์ผันแปรตามเวลาที่เจาะ และการติดเชื้อรวมทั้งสุขภาพ ถ้าหากค่าสูงหรือต่ำไปต้องเจาะเลือดเพื่อยืนยันอีกครั้ง ระดับ CD4 ที่เจาะเป็นระยะจะมีประโยชน์มากกว่าการเจาะครั้งเดียวเพราะสามารถบอกการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเซลล์ได้นอกจากจะใช้ปริมาณเซลล์แล้วยังใช้ร้อยละของ CD4 แต่ส่วนใหญ่นิยมใช้ปริมาณเซลล์ การเจาะตรวจระดับ CD4 ควรเจาะทุก 3-6 เดือนขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย ผู้ที่เจาะได้เซลล์ปริมาณน้อยก็ต้องเจาะถี่ ส่วนผู้ที่มีเซลล์มากก็เจาะทุก 6 เดือน ปัจจุบันเราใช้ปริมาณเซลล์ CD4 และปริมาณเชื้อ Viral Load หรือ HIV RNA มาเป็นตัวบอกระยะและพยากรณ์ของโรคซึ่งพบว่า

ผู้ที่มีปริมาณเซลล์ CD4 มากกว่า 500 เซลล์ต่อลบ.มม. จะมีโอกาสเสี่ยงต่ำ ในการเกิดโรคเอดส์และโรคแทรกซ้อนอื่นใน 3 ปี

ผู้ที่มีปริมาณเซลล์ CD4 200-500 เซลล์ต่อลบ.มม. จะมีความเสี่ยงปานกลาง

ผู้ที่มีปริมาณเซลล์ CD4 <200 เซลล์ต่อลบ.มม. จะมีความเสี่ยงสูง

## 2. การตรวจหาปริมาณเชื้อ Viral load (HIV RNA)

การตรวจหาปริมาณสารพันธุกรรม HIV RNA ของไวรัสในพลาสมา เป็นวิธีมีประโยชน์มากที่สุดในการบอกระยะของโรคและการดำเนินของโรค สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส ควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสควรตรวจก่อนไม่เกิน 1 เดือน และหลังเริ่มยาต้านปีแรกที่ 6 เดือน และ 12 เดือน หลังจากนั้นตรวจติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในการตรวจอาจจะมีปริมาณเชื้อ HIV RNA น้อยมากจนตรวจไม่พบหรืออาจจะมีมากเป็นล้าน โดยทั่วไปหากมีปริมาณเชื้อ 10,000-50,000 copies/ml จะบ่งบอกว่าโรคกำลังดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว ถ้าหากกำลังรักษาด้วยยาแสดงว่ายานั้นรักษาไม่ได้ผล ปริมาณเชื้อน้อยกว่า 5000 copies/ml แสดงว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่ำและโรคจะยังไม่ลุกลามใน 5 ปี HIV RNA สามารถตรวจพบก่อนแอนติเจนและก่อนภูมิคุ้มกัน (HIV antigen and HIV antibody) มักจะตรวจพบภายในสัปดาห์ การที่ตรวจไม่พบ HIV RNA ไม่ได้หมายความว่าหายเนื่องจากอาจจะมีปริมาณน้อยมาก และเชื้อ HIV ส่วนหนึ่งอยู่ในต่อมน้ำเหลือง ข้อควรระวังสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV อาจตรวจพบว่าค่า HIV RNA เพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อหวัด การเจาะเลือดตรวจควรเจาะเวลาเดียวกัน

## 3. การตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส (HIV drug resistance testing)

วิธีการตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส มี 3 วิธี คือ Genotypic drug resistance testing เป็นวิธีที่ประเทศไทยใช้ในการตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส, Phenotypic drug resistance testing และ Virtual phenotype เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยการรักษาล้มเหลวซึ่งควรส่งตรวจในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังรับประทานยาสูตรนั้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หรือส่งตรวจทันทีหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีหยุดยาสูตรนั้นไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังใช้ในการเลือกใช้และหรือปรับเปลี่ยนสูตรยา การติดตามการระบาดของเชื้อเอชไอวีคือยา

### ขั้นตอนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ในปัจจุบันแม้ว่าโรคเอดส์ จะยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ แต่ยาต้านไวรัสเอชไอวีก็สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันชนิด CD4 และป้องกันโรคแทรกซ้อนเชื้อฉวยโอกาสได้ และการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่ครบถ้วนต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ก็ช่วยให้ชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ยืนยาวขึ้น การรักษาแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน โรคติดเชื้อและอาการอื่น ๆ เช่น เป็นไข้ ท้องเสีย น้ำหนักลด ซึ่งในปัจจุบันมียาที่จะรักษาโรคติดเชื้อแทรกซ้อนหลายชนิดด้วยกัน
2. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี แม้จะยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่มียาที่สามารถช่วยหยุดยั้งการแบ่งตัวของไวรัสเอชไอวี ได้ เช่น ยาสูตร 3 ชนิด เป็นต้น

3. การรักษาที่มุ่งเสริมหรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่เสียไป ในปัจจุบันมีการทดลองยาหลายตัวในกลุ่มนี้ และคาดว่าหากใช้ร่วมกับยาต้านไวรัสเอชไอวี น่าจะได้ผลการรักษาที่ดี

4. การฟื้นฟูสภาพจิตใจ ได้แก่ การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ การสงเคราะห์ด้านอาชีพ รวมทั้งการรักษาทางจิตใจเพื่อผ่อนคลายความกดดันจากหลาย ๆ ด้าน

#### หลักการของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

การพิจารณาการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่พิจารณาดังนี้

1. โอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเข้าสู่ระยะเอดส์ขึ้นกับระดับ CD4 และปริมาณ viral load
2. การพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัส ให้พิจารณาทั้งจากอาการและระดับ CD4 เป็นสำคัญ
3. เป้าหมายของการรักษา คือ ลดปริมาณ viral load ให้ต่ำที่สุดและนานที่สุด รวมถึงให้ระดับ CD4 กลับมาสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness)

ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ควรมีการซักประวัติและตรวจคัดกรองอย่างน้อย ดังนี้

1. ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและยาที่ใช้ในการรักษาอยู่
2. ประวัติการเคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, ระดับ CD4, viral load, FBS, AST, ALT, lipid profile (TC, TG, LDL), HBsAg, anti- HCV, VDRL, urine analysis, CXR, pap smear
4. ในกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงอายุ หรือกรณีที่วางแผนว่าจะเริ่ม TDF หรือ IDV ควรตรวจ serum creatinine เพื่อคำนวณหาค่า creatinine clearance ด้วย ในกรณีจำเป็นต้องใช้ ABC ถ้าทำได้ควรส่งตรวจคัดกรอง HLA-B\*5701 เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะ hypersensitivity
5. การตรวจ funduscopy (eye ground) ในผู้ป่วยที่มีระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 100 เซลล์/ ลบ.มม. เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมี CMV retinitis โดยไม่มีอาการและจำเป็นต้องได้รับการรักษาก่อนเริ่มยาต้านไวรัส เพราะอาจเกิด IRIS ที่รุนแรงจนตาบอดได้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ใหญ่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2555)

อาการทางคลินิก	ระดับ CD4 (เซลล์/ ลบ.มม.)	คำแนะนำ
มีความเจ็บป่วยของระยะ เอดส์(AIDS-defining Illness)*	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านเอชไอวี
มีอาการทางคลินิก**	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านเอชไอวี
ไม่มีอาการ	≤ 350	เริ่มยาต้านเอชไอวี
ไม่มีอาการ	> 350	ยังไม่เริ่มยาต้านเอชไอวี ให้ติดตามอาการ และตรวจระดับ CD4 ทุก 6 เดือน
หญิงตั้งครรภ์	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านเอชไอวีและหยุดยาหลังคลอด ถ้าก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีระดับ CD4 > 350 (เซลล์/ ลบ.มม.)

\* ความเจ็บป่วยของระยะเอดส์ (AIDS-defining Illness) ยกเว้น วัณโรคปอด ควรตรวจดูระดับ CD4 ด้วย

\*\* อาการทางคลินิก ได้แก่ เชื้อราในปาก คุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ (Pruritic Popular Eruptions PPE) ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ อูจจาระร่วงเรื้อรังที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้นานเกิน 14 วัน น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 3 เดือน และ Herpes Zoster มากกว่า 2 Dermatomes

#### การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

สำหรับประเทศไทย การเริ่มยาต้านไวรัสพิจารณาทั้งจากอาการและระดับ CD4 เป็นสำคัญ ส่วนโอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเข้าสู่ระยะเอดส์พิจารณาจาก ระดับ CD4 และปริมาณ Viral load เป้าหมายของการรักษา คือ ลดปริมาณ Viral load ให้ต่ำที่สุดและนานที่สุด รวมถึงให้ระดับ CD4 กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AID-related illness) นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้ออันเนื่องมาจากยาต้านไวรัสช่วยหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวี อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และมีโอกาสที่จะเกิดการดื้อยาได้ การเริ่มยาต้านไวรัส จึงควรประเมินและเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง



ตรงเวลา สม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดไวรัสดื้อยา และเพื่อให้ยามีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นเวลานานที่สุด

ยาด้านไวรัสที่ใช้กันอยู่อย่างแพร่หลายในประเทศไทยในปัจจุบันแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. ยากลุ่ม Nucleoside/ Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI) ซึ่งยากลุ่มนี้จะไปยับยั้งการขยายตัวของเชื้อเอชไอวี โดยไปขัดขวางการทำงานของสาร โปรตีน ที่เรียกว่า Reverse Transcriptase (RT) ซึ่งเป็นสารที่จำเป็นต่อการขยายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี ได้แก่ AZT (Zidovudine) d4T (Stavudine) 3TC (Lamivudine) ddI (Didanosine) ABC (Abacavir) TDF (Tenofovir)

2. ยากลุ่ม Non-nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) ซึ่งยากลุ่มนี้จะไปยับยั้งการขยายตัวของเชื้อเอชไอวี โดยไปขัดขวางการทำงานของสาร โปรตีน ที่เรียกว่า Reverse Transcriptase (RT) เช่นกันแต่มีกลไกที่แตกต่างจากวิธีที่ 1 ได้แก่ NVP (Nevirapine) EFV (Efavirenz)

3. ยากลุ่ม Protease Inhibitors (PIs) ซึ่งยากลุ่มนี้จะไปขัดขวางการทำหน้าที่ของโปรตีน Protease ซึ่งเป็นโปรตีนที่จำเป็นต่อการเจริญเฝ้าพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี ได้แก่ IDV (Indinavir) RTV (Ritonavir) SQV (Saquinavir) NFV (Nelfinavir) LPV/r (Lopinavir/ Ritonavir) ATV (Atazanavir) DRV (Darunavir)

4. ยากลุ่ม Integrase Inhibitors (INSTIs) เป็นยาที่ป้องกันหรือยับยั้ง เอนไซม์อินทิเกรสที่จำเป็นต่อการติดเชื้อไวรัส ได้แก่ Raltegravir (RAL)

5. ยากลุ่ม Fusion Inhibitor (FI) เป็นยาที่ยับยั้งการหลอมตัวของเยื่อหุ้มเชื้อเอชไอวีกับเซลล์ของ Host ทำให้เชื้อเอชไอวีไม่สามารถส่งผ่านส่วนประกอบต่าง ๆ ของเซลล์เข้าไปในเซลล์ของ Host ได้แก่ ENF (Enfuvirtide) ซึ่งเป็นยาฉีดและมีราคาแพงมาก

ในปัจจุบัน เริ่มมีการใช้ยาด้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป หรือมากกว่า หรือเรียกว่า สูตรฮาร์ท (HAART = High Active Antiretroviral Therapy) เป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อใช้ยาอย่างเหมาะสมและถูกวิธี การรักษาด้วยยาด้านไวรัสที่ออกฤทธิ์สูง ทำให้ระดับ CD4 สูงขึ้นมากกว่า 50 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือร้อยละ 30 หลังจากได้รับยาไปแล้วนาน 1 ปีและลดปริมาณไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ หรือพบน้อยกว่า 50 copies/ml (ประเมินส่งวัฒนา, 2554) ยับยั้งการแพร่พันธุ์ของเชื้อเอชไอวี ช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้ดีขึ้นและ ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดขาวที่จำเป็นมาต่อสู้กับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ทำให้โรคภัยกลายเป็นโรคที่รักษาได้ แม้ไม่หายขาด โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ต่อเชื้อเอชไอวีหลัก ๆ 4 กลไก คือ

1. การยับยั้งขบวนการ Reverse Transcription (Inhibition of reverse transcription)
2. การยับยั้งขบวนการ Integration (Inhibition of proviral integration)
3. การยับยั้ง Transcription
4. การยับยั้ง Post-translation processing

### สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ใหญ่

สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ใหญ่ ประกอบด้วย สูตรพื้นฐาน สูตรทางเลือก และสูตรดื้อยา รายละเอียดของสูตรยาในแต่ละกลุ่มมีดังนี้

**สูตรพื้นฐาน เป็นสูตรยาเริ่มต้น (Initial Regimens) ในการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ มี 4 สูตร ดังนี้**

1. Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP) หรือ (GPO VIR Z-250 R)
2. Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
3. Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)
4. Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

**สูตรทางเลือก ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนผลข้างเคียงหรือแพ้ยาสูตรพื้นฐานมี 2 สูตร ดังนี้**

1. 2 NRTI (ddl, d4t, 3TC) + NNRTI (NVP, EFV)
2. 2 NRTI (ddl, d4t, 3TC) + Boosted Pls (LVP/r)

หมายเหตุ การใช้ยา LVP/r ต้องได้รับอนุมัติจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (AIDS Experts) ก่อน  
สูตรดื้อยา ใช้ในกรณีการรักษาล้มเหลว (Treatment Failure) ซึ่งเป็นผลจากเชื้อไวรัส

ดื้อยาในกลุ่มพื้นฐานมี 2 สูตร ดังนี้

1. 2 NRTI + Boosted Pls
2. 1 NRTI + 1NNRTI + Boosted Pls

### อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส

ยาต้านไวรัสเอชไอวี มีด้วยกันหลายชนิด ออกฤทธิ์แตกต่างกันไป การเลือกใช้ยาจะพิจารณาตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยแบบแผนการรักษาที่จะให้ผลดี และช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาได้ จะต้องใช้ยา 3 ตัวรวมกันหรือมากกว่า ที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) การรักษาด้วยวิธีนี้ จะทำให้อัตราป่วยจากโรคแทรกซ้อน และอัตราการตายของผู้ป่วยเอดส์ลดลงได้อย่างมาก ถึงแม้จะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในการดูแลที่บ้านจากเดิม คือ 1) ขาดยา 2) ขาดกำลังใจ 3) มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นเรื่องของการมีอาการข้างเคียงจากยาและความ

ไม่สม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยา (สุจิตร์ แก้วมณี, ประณิต ส่องวัฒนา และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, 2549; ประณิต ส่องวัฒนา, ประนอม หนูเพชร และพัชรียา ไชยลังกา, 2551)

### ปฏิกริยาระหว่างยากับยา

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV เมื่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จนถึงระดับหนึ่ง อาจติดเชื้อแทรกซ้อนได้ เช่น เชื้อรา เชื้อวัณโรค ฯลฯ ยาที่ใช้รักษาเชื้อแทรกซ้อนเหล่านี้ รวมทั้งยาอื่น ๆ ที่ใช้ร่วม อาจมีผลต่อระดับยาด้านไวรัสเอชไอวี ในเลือดได้ ยกตัวอย่าง เช่น

1. ยาด้านเชื้อรา ได้แก่ Ketoconazole, Itraconazole มีผลเพิ่มระดับยาด้านไวรัสเอชไอวีในเลือด
2. ยาด้านเชื้อวัณโรค ได้แก่ Rifampin มีผลลดระดับยาด้านไวรัสเอชไอวีในเลือด
3. ยารักษาไมเกรน ได้แก่ Ergotamine ไม่ควรรับประทานร่วมกับยาด้านไวรัสเอชไอวี เพราะมีผลทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณปลายมือปลายเท้าลดลง
4. ยานอนหลับ ได้แก่ Midazolam, Triazolam มีผลทำให้ฤทธิ์ยานอนหลับยาวนานขึ้น ยาหลาย ๆ ชนิด จะมีผลต่อระดับยาด้านไวรัสเอชไอวีในเลือด อาจทำให้เกิดความเป็นพิษจากยาได้ หรืออาจทำให้การรักษาไม่ได้ผล ดังนั้นหากจะใช้ยาดังอื่น ๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ควรปรึกษาแพทย์และเภสัชกรก่อนทุกครั้ง

ตารางที่ 2 ปฏิกริยาระหว่างยาร่วมกันยาด้านไวรัสเอชไอวี (คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

ยาที่ใช้ร่วม	ผลที่เกิด
ยาด้านเชื้อรา ได้แก่ Ketoconazole	เพิ่มระดับยาด้านไวรัส เอชไอวี
ยาด้านเชื้อวัณโรค ได้แก่ Rifampin	ลดระดับยาด้านไวรัส เอชไอวี
ยาลดไขมันในเลือด ได้แก่ Simvastatin, Lovastatin	ลดระดับยาลดไขมันในเลือด
ยากันชัก ได้แก่ Phenobarbitol, Phenytoin, Carbamazepine	ลดระดับยาด้านไวรัสเอชไอวี

ตารางที่ 3 อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัสเอชไอวี (ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2554)

ยาต้านไวรัส	อาการไม่พึงประสงค์
- กลุ่ม NRTIs	
Antivir, Retrovir (AZT)	คลื่นไส้อาเจียน โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ
Videx (ddI)	ตับอ่อนอักเสบ ชาปลายมือปลายเท้า กรดยูริกในเลือดสูง
Stavir, Zerit (d4T)	ตับอ่อนอักเสบ ชาปลายมือปลายเท้า
Ziagenavir (Abacavir)	ปฏิกิริยาภูมิแพ้ อ่อนเพลีย เปลือก น้ำหนักลด
- กลุ่ม NNRTIs	
Stocrin (Efavirenz)	ผื่น อาการข้างเคียงของระบบประสาทส่วนกลาง (มึนงง, นอนไม่หลับ, ผื่นร้าย) เอนไซม์ตับเพิ่ม
Viramune (Nevirapine)	ผื่น ตับอักเสบ เอนไซม์ตับเพิ่ม
- กลุ่ม PIs	
Kaletra	
(Lopinavir/Ritonavir)	ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง
Viracept (Nelfinavir)	การสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายผิดปกติ (แก้มตอบ แขนขาอ้วน ท้องโต มีหนอกที่หลัง) ยา Crixivan ทำให้เกิดนิ่วในไต
Norvir (Ritonavir)	ดังนั้นควรดื่มน้ำมาก ๆ ตามไปอีก 1 ลิตร หลังรับประทานยา
Fortavase (Saquinavir)	
Crixivan (Indinavir)	

\* อาการเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยบางราย

#### การป้องกัน (Prevention)

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำได้หลายวิธี ตั้งแต่ก่อนสัมผัส ขณะสัมผัส หลังสัมผัสกับเชื้อโรค การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ (ยูวดี ลีลัคณาวิระ, 2552)

การใช้ถุงยางอนามัย (Condom) เป็นวิธีการที่แพงน้อยที่สุด มีความคุ้มค่ามากที่สุด ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันระหว่างคู่นอนที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเชื้อเอชไอวี การติดต่อของเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ในโลกเป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและหญิงการใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าจะป็นชนิดสำหรับผู้ชายหรือผู้หญิง เป็นทางเดียวที่สามารถลดโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์อื่น ๆ และการตั้งครภได้ หลักฐานที่น่าเชื่อถือที่สุดในปัจจุบันระบุว่าถุงยางอนามัย โดยทั่วไปสามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีทางการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิงได้ประมาณ ร้อยละ 80 ในระยะยาว โดยประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยน่าจะยิ่งมีมากขึ้นหากได้ใช้ถุงยาง อนามัยในทุกครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์ถุงยางอนามัย

การตัดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Circumcision) มีรายงานการศึกษาที่พบว่าสามารถ ลดอัตราเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ถึงประมาณร้อยละ 58 มีความปลอดภัยมากขึ้น (Adjusted relative risk = 0.42, 95% CI 0.34-0.54)

การป้องกันการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง (Post-exposure prophylaxis) สามารถลดการสัมผัส เชื้อเอชไอวีได้โดยปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง (Precaution) เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัส เลือดที่มีเชื้อ มาตรการระมัดระวังเหล่านี้เช่นการใช้สิ่งกำบัง เช่น ถุงมือ หน้ากาก กระจกกันตา เสื้อ กาวน์ ผ้ากันเปื้อน ซึ่งลดโอกาสที่เชื้อจะสัมผัสผิวหนังหรือเยื่อ การล้างผิวหนังบ่อยครั้งและทั่วถึง หลังสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ สามารถลดโอกาสติดเชื้อได้ ที่สำคัญคือ วัตถุประสงค์ เช่น เข็ม ไขว้ ไม้ขีด กระจก จะต้องถูกทิ้งอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันอุบัติเหตุถูกเข็มตำ ในบางประเทศที่มีการ ติดเชื้อผ่านการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันมาก มีการนำวิธีการเช่น โครงการแลกเปลี่ยนมาใช้เพื่อลดผลเสีย ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส (Post-exposure prophylaxis, PEP) หมายถึงการให้ยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลาสั้น ๆ แก่ผู้ที่มีประวัติสัมผัสมาใหม่ ๆ เช่น บุคลากร ทางการแพทย์ที่ถูกเข็มตำ หรือผู้หญิงที่ถูกข่มขืน ซึ่งการให้ยาเหล่านี้ทำให้โอกาสการติดเชื้อลดลงแต่ ก็อาจไม่ได้ผล ร้อยละ 100

การใช้สารฆ่าจุลินทรีย์ (Microbicides) ที่สามารถการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ โดยสารนี้จะไปทำลายเชื้อจุลินทรีย์ (Microbes) หรือไปป้องกันมิให้เกิดการติดเชื้อ สารฆ่าเชื้อเอชไอวี (HIV Microbicide) ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่มี ศักยภาพวิธีหนึ่ง

การใช้วัคซีน (Vaccines) เพื่อป้องกันการติดเชื้อหรือช่วยทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของ ร่างกายทำงานได้ดีขึ้นทำงานอยู่ในระหว่างการทดสอบของนักวิจัย

การป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก (Mother-To-Child-Transmission, MTCT) สามารถ ทำให้การติดเชื้อลดลงได้อย่างมาก ด้วยการให้ยาต้านไวรัสแก่หญิงที่ติดเชื้อในขณะที่ตั้งครรภ์และ ขณะคลอด รวมทั้งแก่ทารกหลังคลอด

การให้มาตรการแทรกแซงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม (Socio-behavioral interventions) คือ การออกแบบวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เพื่อลดการสัมผัสหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การทำให้ใช้ถุงยางอนามัย

อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ลดหรือเลิกการมีคู่นอนหลายคน การยืดอายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น

การป้องกันก่อนการสัมผัส (Pre-exposure prophylaxis, PREP) คือ การให้ยาต้านไวรัส ก่อนที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ทั้งนี้เพื่อลด โอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประสิทธิผลของการป้องกันวิธีนี้ในมนุษย์ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ ยังอยู่ในระหว่างศึกษาทดลองในหลาย ๆ ประเทศ

## แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยโรคทางกาย และผู้ป่วยจิตเวช โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังและยังไม่มีวิธีการรักษาให้หาย จึงส่งผลกระทบต่ออย่างร้ายแรง ต่อสภาพจิตใจและการปรับตัวในการดำเนินชีวิต จะมีความทุกข์ใจและจิตใจ มีพยาธิสภาพอย่างมาก ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จนถึงระยะสุดท้ายของโรค โดยพบว่าร้อยละ 30 มีอาการของ โรคซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

### ความหมายของภาวะซึมเศร้า

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า (Depressive symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่าและเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา อาการซึมเศร้าอาจเกิดจากสาเหตุในสิ่งแวดล้อมหรือเกิดร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางจิต โรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น การไม่รู้สึกในสิ่งที่เคยสนุก ความรู้สึกผิด รู้สึกหมดเรี่ยวแรง กินไม่ได้เป็นต้น ซึ่งเป็นติดต่อกันเป็นระยะหนึ่ง และมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

สเปญญ อุ่นองงค์ (2549) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หดหู่ ไม่แจ่มใส ไม่อยากสนใจสิ่งต่าง ๆ แม้กระทั่งสิ่งที่ตนเคยสนใจ เวลาเมื่อไรดี ๆ เกิดขึ้นก็ไม่รู้สึกเป็นสุข เบื่ออาหาร กินได้น้อย ผอมลง หมดเรี่ยวแรง คิดแต่เรื่องร้าย ๆ บางคนเมื่อชีวิตมากจนคิดอยากตาย บางคนพยายามฆ่าตัวตาย ในคนที่มีอาการซึมเศร้ามาก ๆ บางรายอาจหูแว่ว ได้ยินเสียงคนที่ตายไปแล้ว มาชวนไปอยู่ด้วย บางรายเกิดความหลงผิดว่าตัวเองตายไปแล้ว หรือคิดว่าตนเองทำบาปทำกรรม ไว้มาก ต้องฆ่าตัวตายชดใช้กรรม ผู้ป่วยบางรายมีอาการทางร่างกายเด่นกว่าอาการทางอารมณ์ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง คลื่นไส้ อ่อนเพลีย วิงเวียน ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าจะมีอาการต่าง ๆ เกือบตลอดเวลาแทบทุกวันและอยู่เป็นสัปดาห์ไม่ใช่เพียงชั่วคราว

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่า เป็นภาวะอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์ สนุกสนานเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก อยู่ในช่วงเวลานาน 2 สัปดาห์

ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านพฤติกรรมคำพูด  
อาการทางกายและความคิดกังวล

Dinkmeyer and Sperry (2000) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติ โดยมีอาการเศร้า  
อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อารมณ์แปรปรวน หมดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม เชื่องช้าลง รู้สึกตนเองไร้  
ค่า ต่ำหนิตนเอง รู้สึกผิด อาการจะมีอยู่ประมาณ 2 สัปดาห์ขึ้นไป บางคนจะมีอาการหลงผิดและม  
ความคิดฆ่าตัวตาย

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า มีสัมพันธ์กับปฏิกิริยา  
ทางอารมณ์ต่อการสูญเสียทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือที่คาดการณ์ล่วงหน้า และความเสียใจ ความผิดหวัง  
ที่เกิดจากการไม่ได้ดังหวังหรือเกิดจาก การเปลี่ยนแปลงของโชคชะตาชีวิต ในทางคลินิกภาวะ  
ซึมเศร้าจะส่งผลให้ความผิดปกติของจิตใจและรบกวนต่อการปฏิบัติหน้าที่การงานอย่างมากและ  
ภาวะซึมเศร้าเกิดได้บ้างกับภาวะปกติของคนเรา ถ้าอยู่ในระดับรุนแรงก็จะมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็น  
โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่มี  
มีความรุนแรงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ก่อความสูญเสียอย่างมากต่อบุคคลและสังคม จำเป็นต้อง  
ให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างถูกต้อง โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 นัย ดังนี้

1. นัยทางอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก (Feeling) ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกถึง  
อารมณ์และความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกคนตลอดช่วงชีวิต แต่ไม่ใช่ความผิดปกติหรือโรค ถือว่า  
เป็นธรรมชาติของอารมณ์ ได้แก่ อาการเซ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง เป็นต้น แต่  
อารมณ์เศร้าที่ผิดปกติจะเกิดขึ้นเป็นระยะเวลา นานกว่า 2 สัปดาห์ ยิ่งนานยิ่งมากขึ้นยังมีความ  
รุนแรงจนอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือพฤติกรรมผิดปกติร่วมกับอาการทางด้านร่างกายและอาการ  
ทางจิตได้ในเวลาต่อมา

2. นัยทางอาการ (Symptom) อาการที่แสดงออกของอารมณ์เศร้า เช่น หงุดหงิด อุนเฉียว  
การนอนผิดปกติ อาจจะนอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ ใจลอย หลง ๆ ลืม ๆ เบื่ออาหาร  
อ่อนเพลีย เงียบซึม หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำหรือเคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ อาจจะมี  
อาการเหมือนเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุและรักษาที่ไหนก็ไม่หายเช่น อาการปวด  
ศีรษะไม่สบายท้อง ใจสั่น เป็นต้น

3. นัยของการเป็นโรค (Disease) หมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึง  
ความเจ็บป่วยทางจิตหลายโรค เช่น โรคประสาทวิตกกังวล (Anxiety disorder) โรคจิตเภท  
(Schizophrenia) โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) กลุ่มของโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorder  
หรือ Affective disorder)

### สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น เชื่อกันว่าสัมพันธ์กับหลาย ๆ ปัจจัย ทั้งจากด้านกรรมพันธุ์ การพลัดพรากจากพ่อแม่ในวัยเด็ก พัฒนาการของจิตใจ รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพ เช่นการเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมองบางตัว เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

### ปัจจัยสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า

1. กรรมพันธุ์ พบว่า กรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกรณีของผู้ที่มีอาการเป็นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง

2. สารเคมีในสมอง พบว่า ระบบสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน โดยมีสารที่สำคัญได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง ยาแก้เศร้าที่ใช้กันนั้นก็ออกฤทธิ์โดยการไปปรับสมดุลของระบบสารเคมีเหล่านี้

3. ลักษณะนิสัย บางคนมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ตกงาน หย่าร้าง ถูกทอดทิ้งก็มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมอาการอาจมากจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) แบ่งสาเหตุภาวะซึมเศร้าไว้แตกต่างจากที่กล่าวข้างต้น ดังนี้

1. สาเหตุทางพันธุกรรม พันธุกรรมมีบทบาทสำคัญในภาวะซึมเศร้าที่พบบนกับอาการ mania (Bipolar disorder) ใน Unipolar depression แม้จะพบบทบาทน้อยกว่าใน Bipolar แต่หลักฐานการศึกษาบทบาททางพันธุกรรม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นครั้งแรกในวัยรุ่นหรือเด็ก การศึกษาเด็กที่มีพ่อแม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป

2. สาเหตุทางจิตสังคม ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมหลายอย่างเป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นกะทันหัน การสูญเสียพ่อแม่ ถูกทอดทิ้ง หย่าร้าง

3. กลไกทางจิต Beck, Rush, Shaw, and Emery (1979) กล่าวถึงทฤษฎีทางความคิดที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่าคนที่มีความคิดในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคตมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

4. กลไกทางชีวภาพ เกิดจากสารสื่อประสาท Monoamines ที่ลดลง ความผิดปกติของฮอร์โมนที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า



โรคซึมเศร้านั้นไม่ได้มีสาเหตุจากแต่เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น อาการของโรคซึมเศร้านั้นมักมีปัจจัยกระตุ้นมากบ้างน้อยบ้าง บางครั้งอาจไม่มีก็ได้ซึ่งพบได้น้อย อย่างไรก็ตามการมีสาเหตุที่เห็นชัดว่าเป็นมาจากความกดดันด้านจิตใจนี้ มิได้หมายความว่า สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดาของคนเราไม่ว่าจะรุนแรงแค่ไหน การพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นผิดปกติหรือไม่ เราดูจากการมีอาการต่างๆ และความรุนแรงของอาการเป็นหลัก ผู้ที่มีอาการเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้น บ่งถึงภาวะของความผิดปกติที่จำต้องได้รับการช่วยเหลือ

### การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าดังที่จะกล่าวต่อไปนี้อาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเดือน ๆ หรือเป็นเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์เลยก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัย เช่น มีเหตุการณ์มากระทบรุนแรงมากน้อยเพียงใด บุคลิกเดิมของเจ้าตัวเป็นอย่างไร มีการช่วยเหลือจากคนรอบข้างมากน้อยเพียงใด เป็นต้น และผู้ที่เป็นอาจไม่มีอาการตามนี้ไปทั้งหมด แต่อย่างน้อยอาการหลัก ๆ จะมีคล้าย ๆ กัน เช่น รู้สึกเบื่อเศร้า ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า นอนหลับไม่ดี เป็นต้น

### ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อย คือ จะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมด บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจน แต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิม บางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยเคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่อยากทำหรือทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเข้ามา บางคนอาจมีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

2. ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกว่าย่ำไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง ชีวิตตอนนี้ก็รู้สึกว่าจะอะไร ๆ ก็ดูแย่มาก ไม่มีใครช่วยอะไรได้ ไม่เห็นทางออก มองอนาคตไม่เห็น รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต บางคนกลายเป็นคนไม่มั่นใจตนเองไป จะตัดสินใจอะไรก็ลังเลไปหมด รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่นทั้ง ๆ ที่ญาติหรือเพื่อน ๆ ก็ยืนยันว่ายินดีช่วยเหลือ เขาไม่เป็นภาระอะไรแต่ก็ยังคงคิดเช่นนั้นอยู่ ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจเหล่านี้ อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อย ๆ แรก ๆ ก็อาจคิดเพียงแค่อยากไปให้พ้น ๆ จากสภาพตอนนี้ ต่อมาเริ่มคิดอยากตายแต่ก็ไม่ได้คิดถึงแผนการดำเนินชีวิตอะไรที่แน่นอน เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็จะเริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

3. สมาธิความจำแย่ง จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ ๆ วางของไว้ที่ไหนก็นึกไม่ออก ญาติเพิ่งพูดด้วยเมื่อเช้าก็นึกไม่ออกว่าเขาสั่งว่าจะอะไร จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้ นานเนื่องจากสมาธิไม่มี คู่มือที่ศรัทธา ๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสือก็ดูไม่ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิด ๆ ถูก ๆ

4. มีอาการทางร่างกายต่าง ๆ ร่วม ที่พบบ่อย คือ จะรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร ก็จะทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจ ปัญหาด้านการนอนก็พบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับ ๆ ตื่น ๆ บางคนตื่นแต่เช้ามีดแล้วนอนต่อไม่ได้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม น้ำหนักลดลงมาก บางคนลดลงหลายกิโลกรัมภายใน 1 เดือน นอกจากนี้ยังอาจมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว

5. ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ดังกล่าวข้างแล้วข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจจะดูซึมลง ไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม แม้บ้านอาจทนที่ลูก ๆ ซนไม่ได้ หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อย ๆ

6. การงานแย่ง ความรับผิดชอบต่อการงานก็ลดลง ถ้าเป็นแม่บ้านงานบ้านก็ไม่ได้ทำ หรือทำลวก ๆ เพียงให้ผ่าน ๆ ไป คนที่ทำงานสำนักงานก็จะทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มีในช่วงแรก ๆ ผู้ที่เป็นอาจจะพอสนใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมาก ๆ ขึ้นก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลางานขาดงานบ่อย ๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือก็มักจะถูกให้ออกจากงาน

7. อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรงซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้ว จะยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อย คือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อารมณ์เศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็มักทุเลาตามพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

Beck et al. (1979) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของความรู้สึก กระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรมที่แสดงออกที่เบี่ยงเบนไป 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น เศร้า โศก เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว ไร้อารมณ์
2. มีอึดอัดโน้ตสนในทางลบ ประกอบด้วยความคิดถึงแต่ตนเองและตำหนิตนเอง
3. มีความปรารถนาที่ถดถอยและลงโทษตนเอง เช่น ปรารถนาจะหนี หลบซ่อนหรือปรารถนาที่จะตาย

4. มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ

5. มีการเปลี่ยนแปลงระดับของกิจกรรม เช่น เชื่องช้าลง กระวนกระวาย หรือ กระสับกระส่าย

ระดับความซึมเศร้า ความซึมเศร้าแบ่งตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ (Stuart & Sundeen, 1998)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์ที่เศร้า เหงาหงอยชั่วคราวซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ ในบางครั้งคนเราอาจมีภาวะซึมเศร้า รู้สึกถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ขาดคนสนใจขาดคนเข้าใจภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองถูกบั่นทอน ในระยะนี้ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเช่นหลับยากกว่าปกติหรือตื่นเช้ากว่าปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) อารมณ์เศร้าระยะนี้จะรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นที่กระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงานแต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มีอารมณ์เศร้ามากขึ้น รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิดร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและร่างกายตนเองมากขึ้น ต้องการหลีกเลี่ยงจากสังคม น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดคือ จะให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง จะมีความวิตกกังวลสูง มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองไม่ดี ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ จะตัดสินใจได้แต่เรื่องง่าย และมักนั่งเฉย ๆ อยู่กับที่ตลอดเวลาอยู่ในท่าเดียววน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่งผุ่ลุกผุ่ดิ่ง ไม่สนใจตนเองหรือดูแลตนเองไม่ได้ นอนไม่หลับ หมดความสนใจเรื่องเพศ มักจะถอนตัวจากโลกของความจริง อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน อาจมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวเอง

#### การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า มีการสร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นหลายแบบ สำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ค่อนข้างมากในประเทศไทย มีดังนี้คือ (दारवाररुन ๕๕ปีนด๑, 2555)

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค ( Beck Depressive Inventoty, BDI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ สามารถใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประโยชน์มากในผู้สูงอายุ ข้อดีของแบบสอบถามคือ จำนวนข้อไม่มาก ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ใช้ในการคัดกรองแยกวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-18 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ โดยจะถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3. เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Khon Kaen University Depression Inventory, KKU-DI) ซึ่งได้มีการพัฒนาและปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยข้อความ 11 ข้อ สามารถแยกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้

4. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2 คำถาม (2Q) เป็นแบบสอบถามที่สามารถใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป หรือสถานบริการปฐมภูมิ ด้วยการถาม 2 คำถามโดยจะถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากมีอาการข้อใดข้อหนึ่งจำเป็นต้องประเมินซ้ำด้วยแบบ การใช้แบบคัดกรองนี้จะทำให้ค้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้เร็วขึ้น

5. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบสอบถามที่สามารถใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป หรือสถานบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย 9 คำถามโดยจะถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) ได้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่ตรงกับบริบทของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล พบว่ามีความเที่ยงในระดับดีมากเท่ากับ 0.82 และมีความจำเพาะค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 93.37 จึงมีการนำมาใช้ประเมินอาการและติดตามอาการของโรคซึมเศร้าในคนไทย โดยมีการรายงานข้อมูลผ่านระบบดูแล เฝ้าระวังโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต

ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาของ มาลัย พัฒนา (2545) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 60 ราย ที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค ซึ่งแปลและพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าระดับมากถึงรุนแรงถึงร้อยละ 53.3 ส่วนพฤติกรรมกรมการเผชิญความเครียดที่ใช้บ่อยที่สุด ได้แก่ อยากให้มีปาฏิหาริย์ให้หายจากโรค พยายามมองสถานการณ์ที่เป็นปัญหานี้โดยรับฟังจากมุมมองของคนอื่น

และพยายามเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษา นิสารัตน์ เศวตวรรณ (2543) ศึกษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 62 ราย โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและระดับปานกลาง ร้อยละ 20.97 ในยุคปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพดีขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่เป็นปกติได้หลังได้รับยาต้านไวรัส แต่ปัญหาด้านจิตสังคมยังเป็นเรื่องสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ความสำคัญมากกว่าเรื่องอื่น ๆ หรืออาจมีมากกว่าทางกาย ดังเช่นการสำรวจอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระหว่างได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 180 ราย พบว่าอาการที่พบมากที่สุดเป็นอาการจิตสังคมที่สัมพันธ์กับอาการทางกายที่ปรากฏให้เห็นภายนอก ได้แก่ อาการผื่นคัน รวมทั้งมีความวิตกกังวลเรื่องรูปร่างหน้าตา ผิวพรรณที่เปลี่ยนไป กลัวเพื่อนบ้านและสังคมรู้และไม่ยอมรับ และหวาดกลัวความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (สุจิตกร แก้วมณี และคณะ, 2549) ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการทางจิตเวชที่ซับซ้อนมาเป็นเวลานานและมักเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมากที่เป็นโรค นอกจากนี้อาการซึมเศร้านี้อาจเป็นเพราะความเศร้าโศกเสียใจ (Grief) ที่คาดเอาไว้ล่วงหน้าว่าวันหนึ่งจะต้องเสียชีวิต (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

ในการศึกษานี้ได้ใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและพัฒนาจนเป็นเครื่องมือมาตรฐานตั้งแต่ปี 2549 และมีใช้เครื่องมือนี้ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2555 โดยเครื่องมือนี้มีข้อความกะทัดรัด เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามสั้น ๆ สามารถแบ่งระดับการวินิจฉัยหรือจำแนกคนที่ป่วยออกจากคนไม่ป่วย โดยแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีน้อยมาก ซึมเศร้าระดับน้อย ซึมเศร้าระดับปานกลาง และซึมเศร้าระดับรุนแรง ทำให้ทราบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันที่ ป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการติดต่อสื่อสาร การได้รับข้อมูล และทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่ายังมีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่องซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้ Cobb (1976) ยังแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่นรวมทั้งได้รับการยอมรับในสังคม

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่ให้ความช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Shaefer et al. (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากกระบวนการรับรู้ของบุคคล ที่ส่งผลช่วยประคับประคองจิตใจ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียดในชีวิต และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ลักษณะตามประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความรักความผูกพัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจ คำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทองแรงงานหรือการให้บริการต่าง ๆ ที่จำเป็น

House (1981) ได้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากร

Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก ได้รับการยกย่องนับถือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านการประเมิน รับรองการกระทำ อันทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Kahn (1979) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือและมีการช่วยเหลือด้านเงินทอง วัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) หมายถึง การแสดงออกถึงภาวะอารมณ์ในด้านบวกของบุคคล ซึ่งแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การเคารพและการยอมรับ

2. ความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล (Affirmation) หมายถึง การแสดงออกถึงการเห็นพ้องยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ได้แก่ ความช่วยเหลือด้านวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสารหรือแรงงานต่าง ๆ

Thoits (1986) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูล ซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือความเจ็บป่วย และสามารถตอบสนองต่อความเครียดหรือความเจ็บป่วยได้รวดเร็วขึ้น และได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Social-emotion aid) หมายถึง การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า และมีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมรวม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. การช่วยเหลือด้านสื่อและสิ่งของเครื่องใช้ (Instrumental aid) การได้รับคำแนะนำด้าน ข่าวสาร ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง

Weiss (1974) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกอึดใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง โดยแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ประเภท คือ

1. การได้รับการผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าคนเป็นที่รัก รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับจากคนใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย (Loneliness)

2. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity of nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือช่วยเหลือผู้อื่น แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า (Meaningless in Life)

3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแบ่งปัน

แลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม (Social isolation) และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต (Boring)

4. การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่องและชื่นชม ที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์ (Uselessness)

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of vulnerability and abandonment) การสนับสนุนจะได้มาจากครอบครัว หรือเครือข่ายที่มีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ (The obtaining of guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (Hopelessness or despair)

โดยสรุปแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการช่วยเหลือบุคคล ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การให้ความรู้สึกยอมรับและเห็นคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม และแรงสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม เช่น ลักษณะการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ บริการรักษาพยาบาล การให้คำปรึกษาและข้อมูลต่าง ๆ ก่อให้เกิดความรักความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีภาวะสุขภาพดีขึ้นอันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาของ จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร (2550) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .05$  และร่วมกับตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ร้อยละ 60.2 เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบแต่เพียงพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตในเชิง



บวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ตัวแปรดังกล่าวอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ร้อยละ 53.5 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ (แข็งแรงดี) ความสามารถในการดูแลตนเอง การยอมรับจากสังคมและการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูภาพรธมนันกระโทกและคณะ (2553) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมในทิศทางบวก จากการศึกษาของ สันติ นวนพรัตน์สกุล (2550) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของคลินิกศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากลิ โดยศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่าความต้องการสนับสนุน จากทางราชการ ชุมชนและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาของ ชนกพร ศรีประสาร (2551) พบว่า กลุ่มสนับสนุนช่วยลดการรับรู้ความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bekele et al. (2012) ที่พบว่า การรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผลทางอ้อม คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีของ คอบบ์ ที่กล่าวถึงการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร่วมกับแนวคิดของ เซฟเฟอร์ คอยน์ และลาซาร์ส ซึ่งกล่าวถึง การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

## แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

### 1. ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นมานานแล้วก่อนที่จะได้รับความสนใจในปัจจุบัน ในสมัยของ Aristotle ได้บรรยายว่าเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณเป็น “ความสุข” “เป็นพรที่พระเจ้าประทานให้” คนที่มีความสุขจะมีชีวิตที่ดีและทำแต่ความดี ในวัฒนธรรมของจีน แนวคิดของคุณภาพชีวิตได้หยั่งถึงอยู่ในศิลปะ วรรณกรรม ปรัชญา และการแพทย์ คนจีนเชื่อว่าชีวิตมีสองส่วน “หยิน และหยาง” มีร่ำรวยมียากจน การมีสุขภาพดีได้ก็เจ็บป่วยได้ การมีคุณภาพชีวิตตามวัฒนธรรมการคิดของจีนก็คือการทำให้หยินและหยางสมดุลกัน (Zhan, 1992) คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิด

เป้าหมายหลักที่สำคัญในปัจจุบันในการดูแลสุขภาพเพื่อพัฒนาบุคคลให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Ferrans, 1996)

คุณภาพชีวิตมีความหมายที่ครอบคลุมหลายมิติ ที่กว้างและซับซ้อน ทั้งเปลี่ยนแปลงไปตามบริบท วัฒนธรรมและภูมิประเทศที่บุคคลอาศัยอยู่ ดังนั้นการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดของนักการศึกษาและนักสังคมวิทยาของแต่ละคน การรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบสังคมที่มีคุณค่าที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์ต่อเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความคาดหวัง และการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย สภาวะจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล (WHO, 1996)

Flanagan (1982) ได้ทำการสำรวจเพื่อหาลำดับประกอบของคุณภาพชีวิตพบว่า ลำดับประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของบุคคล 5 องค์ประกอบ คือ การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ การมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมีกิจกรรมในสังคม ชุมชน การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพรวมทั้งมีความสำเร็จสมบูรณ์ทางพัฒนาการ และการมีสันติภาพ

Ferrell, Dow, Leigh, Ly, and Gulasekaram (1995, pp. 915-916) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ภาวะความสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ในชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกทางด้านร่างกายและอาการทางกาย (Physical Well-being and symptoms) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological Well-being) ความผาสุกด้านสังคม (Social Well-being) และ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอยู่บนพื้นฐานแนวคิดคุณภาพชีวิต

Padilla and Grant (1985 อ้างถึงใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับการอยู่อย่างปกติสุข หรือความเป็นอยู่ที่ดีมีความสุขและพึงพอใจในชีวิตของตน มีองค์ประกอบ ดังนี้ ความผาสุกทางด้านร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุด ความผาสุกทางด้านจิตใจการมีสติปัญญาและการรับรู้ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เป็นการคิดคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปได้ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคมความรู้สึกว่าตนได้รับความช่วยเหลือจากสังคม และภาวะโภชนาการเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและมีภาวะโภชนาการเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม รวมทั้งการตอบสนองต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา ความสามารถจัดการกับอาการของโรค ที่ส่งผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ป่วยได้

Zhan (1992) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิต การอยู่อย่างปกติสุข การมีสุขภาพเป็นปกติ มีความสุข มีความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจ มีคุณค่าของชีวิต รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย และร่างกายทำหน้าที่เป็นปกติ ซึ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan ประกอบด้วย

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) หมายถึง ความต้องการที่สมประสงค์ ความคาดหวัง ความปรารถนา ความอยาก และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัววัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไปและการดำเนินชีวิต
2. อัตมโนทัศน์ (Self concept) หมายถึง ส่วนประกอบของความเชื่อ และความรู้สึกที่คนยึดถือเกี่ยวกับตนเอง ความเชื่อและความรู้สึกนี้มาจากการรับรู้ปฏิกริยาของคนอื่นที่เข้าไปที่พฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอัตมโนทัศน์เป็นส่วนประกอบของบุคคล ที่สามารถประเมินบุคคลนั้นในด้านเรื่องราวของประสบการณ์ในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับสภาพลักษณะที่เป็นแนวคิดที่สัมพันธ์กัน มีการศึกษารายงานไว้ว่า อัตมโนทัศน์เชิงบวกเป็นแหล่งช่วยในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย การวัดอัตมโนทัศน์วัดได้จากการรวมความสามารถในการตรวจสอบตนเองและประเมินตนเอง ดังนั้นการยอมรับตนเอง และการประเมินด้วยตนเองด้วยความรู้สึกตัวเองย่อมรายงานผลเกี่ยวกับบุคคลนั้นได้โดยตรง
3. สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and functioning) สุขภาพเป็นแนวคิดที่สำคัญและเป็นแนวคิดหลักของคุณภาพชีวิต แต่การวัดสุขภาพนั้นไม่ง่ายนักเนื่องจากคำว่าสุขภาพ (Health) มีความหมายที่กว้าง เหมือนกับที่องค์กรอนามัยโลกบัญญัติไว้ว่า สุขภาพ คือการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรค ตัวชี้วัดของคุณภาพชีวิตได้ โดยวัดจากรูปแบบของ กิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหว หรือการไม่มีโรค พื้นฐานของคุณภาพชีวิต คือ การที่บุคคลทำหน้าที่และทำประสพผลสำเร็จได้ (WHO, 1948)
4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (Socio-economic factors) สภาพด้านวัตถุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของประสบการณ์ชีวิตการทำงาน ในการจำแนกระดับทางสังคมนั้น สถานะภาพทางเศรษฐกิจสังคม มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต เพราะว่าเป็นสิ่งที่บ่งบอกตำแหน่งของบุคคลในสังคมนั้น ๆ สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ประกอบด้วย อาชีพ การศึกษา รายได้ การรายงานเกี่ยวกับ จำนวนรายได้ อาชีพ ชนิดของทรัพย์สิน การบรรลุการศึกษา แบบแผนแหล่งรายได้ ใช้ในการวัดสถานะภาพทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตได้

Ferrans and Powers (1985) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกเป็นปกติสุขของบุคคล ที่เกิดขึ้นจากความสมดุลระหว่างความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจ ในแต่ละองค์ประกอบของชีวิต โดยแต่ละองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลนั้นมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละ

บุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณีวัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นมีชีวิตอยู่ องค์ประกอบ มีดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning domain) เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและบทบาทหน้าที่ของบุคคล หรือสิ่งที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลและสิ่งแวดล้อมการรักษาสุขภาพและการมีศักยภาพในการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย ความสามารถของบุคคลในการที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยอ่อนล้า ความเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมาในชีวิตความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาหรืออาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเองได้ รวมถึงการที่จะดำรงบทบาทและการทำหน้าที่ของตนเองในสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับการบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ที่งานความรับผิดชอบในครอบครัว การไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ชีวิตทางเพศ การทำให้ชีวิตมีความสุขสาน การทำให้มีชีวิตอยู่อย่างยืนยาวรวมถึงการกำหนดทางชีวิตของตนเอง

2. ด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic domain) เกี่ยวข้องกับ ภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเกี่ยวกับมาตรฐานในการดำเนินชีวิต การศึกษา การประกอบอาชีพการงาน การได้รับรายได้เพียงพอ ความสามารถในการจัดการดูแลเกี่ยวกับการเงิน การไม่เป็นภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ทางด้านการเงิน ความเป็นอยู่ของครอบครัว สภาพบ้านหรือพักอาศัยได้รับการยอมรับจากเพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชน การได้ผู้กมมิตรและเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น การที่เป็นประโยชน์และไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคม

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/ Spiritual domain) เกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวล ความรู้สึกพึงพอใจ ความสุข โดยทั่วไปในชีวิตของตนเอง การมีความสุขสบายทางใจ ความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตและมีความหวังในการดำเนินชีวิต การมีความมั่นคงในชีวิต รวมถึงความพึงพอใจ ในบุคคลลักษณะท่าทางและรูปร่างหน้าตาของตน การได้รับกำลังใจและการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ความเชื่อ ความศรัทธาในพระเจ้า และการนับถือศาสนาที่เป็นที่พึ่งทางใจ

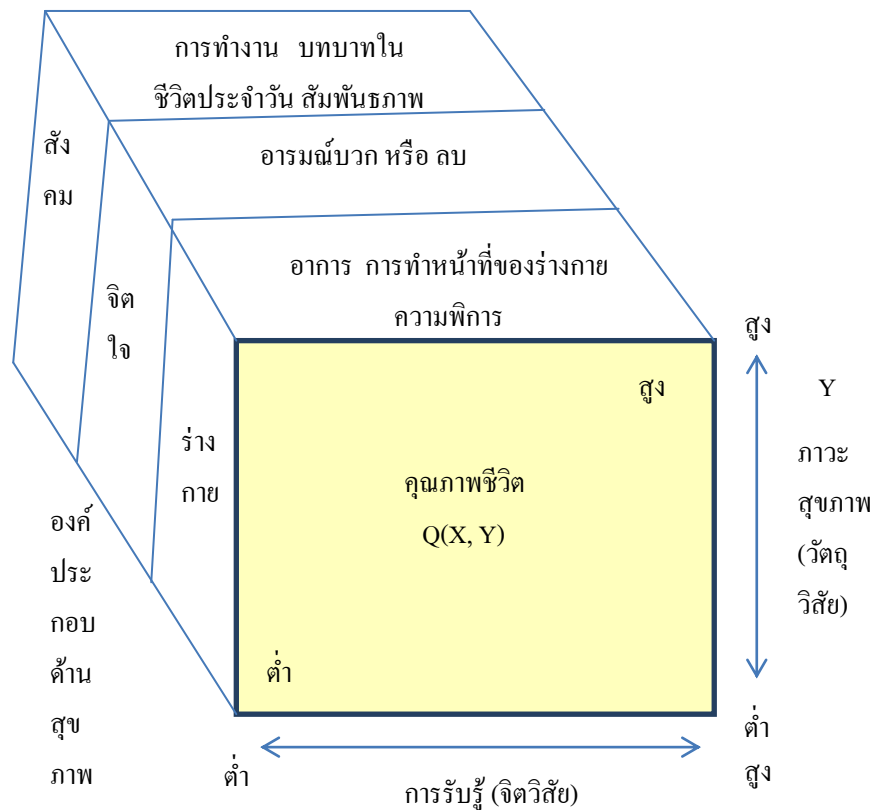
4. ด้านครอบครัว (Family domain) เกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจในครอบครัวและชีวิตสมรส ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์กับคู่สมรส รวมถึงภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว

The WHOQOL Group (1998) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นเหมือนการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบสังคมที่มีคุณค่าที่บุคคล

นั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์ต่อเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความคาดหวัง การเอาใจใส่ดูแล สุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย สภาวะจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล ที่มีองค์ประกอบในด้านสภาวะทางด้านร่างกายและการทำหน้าที่ สุขภาพจิต ระดับของการพึ่งพาตนเอง สัมพันธภาพทางสังคม และสภาพแวดล้อม

Testa and Simonson (1996) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มิติคือ มิติด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในแต่ละมิติสามารถประเมินได้สองลักษณะคือการประเมินวัตถุวิสัยได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย (แกน Y ในภาพที่ 2) และการประเมินในลักษณะจิตวิสัย ได้แก่การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล (แกน X) โดยที่การประเมินด้านวัตถุวิสัยจะเป็นตัวสำคัญในการกำหนดระดับภาวะสุขภาพ แต่การรับรู้ด้านจิตวิสัยและความคาดหวังจะเป็นตัวเปลี่ยนคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย เป็นคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย (แกน Q เกิดจากการผสมผสานระหว่างแกน X และ Y) โดยความคาดหวังและความสามารถในการปรับตัวต่อข้อจำกัดทางกายหรือความพิการ จะส่งผลที่สำคัญต่อ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ดังนั้นคนสองคนที่มีภาวะสุขภาพเหมือนกัน อาจมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยที่แตกต่างกัน ในแต่ละมิติประกอบไปด้วย ส่วนย่อย ๆ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย อาจประกอบด้วยอาการทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหรือความพิการ ซึ่งสามารถประเมินเป็นค่าที่ต่อเนื่องตั้งแต่การมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์จนถึงภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด มิติด้านจิตใจประกอบด้วย อารมณ์ทางบวก หรือทางลบต่อพฤติกรรมหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต และมิติด้านสังคม ได้แก่ การทำงาน บทบาทในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบตามมิติต่าง ๆ อธิบายได้ดังภาพที่ 2

Z องค์ประกอบย่อยของแต่ละองค์ประกอบ



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดขององค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพชีวิต (Testa & Simonson, 1996, p. 836)

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคล ถึงความเป็นปกติสุขของตนเองที่ดี ความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ในขณะนั้น ประกอบด้วย 3 มิติหลักคือ มิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ และ มิติด้านสังคมซึ่งเป็นมิติเดียวกับนิยามของคำว่าสุขภาพ ดังนั้นจึงมีผู้เรียกคุณภาพชีวิตที่เน้นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (Health outcome) ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ซึ่งเป็นการประเมินที่นอกเหนือจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทางคลินิกและการรอดชีพ (Survival) ยังเป็นการประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วย จากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Patient perspective) ซึ่งประกอบด้วยมิติทางสุขภาพหลายด้าน เช่น สุขภาพทางด้านร่างกาย สุขภาพทางด้านจิตใจ สุขภาพทางด้านสังคม ความพึงพอใจโดยรวม และ ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป นอกจากมิติหลักดังกล่าวมาแล้วยังมีมิติอื่น ๆ อีก เช่น ความสามารถในการ

คิดวิเคราะห์และความจำ การดำเนินชีวิตและการทำเลี้ยงชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การนอนหลับ อาการปวดและอาการของโรคต่าง ๆ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

### ประโยชน์ของการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1. เพื่อประโยชน์ในการวิจัยประเมินผลลัพธ์ (Outcome research) ของวิธีการรักษา หรือการดูแลทางด้านสุขภาพ โดยทั่วไปมี 3 ด้าน คือ ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก (Clinical outcomes) ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economics outcomes) และด้านคุณภาพชีวิต (Humanistic outcomes)
  2. เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical practice) ในแง่มุมดังต่อไปนี้
    - 2.1 เพื่อประเมินสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ทำให้ทราบสถานะสุขภาพอันนำไปสู่การค้นหาค่าปัญหาสาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา
    - 2.2 เพื่อตรวจหาภาวะทุพพลภาพและโรคในระยะเริ่มต้น โดยมีการศึกษาพบว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำงานทางด้านร่างกาย ป้องกันปัญหาจากการหกล้มและปัญหาเรื่องความจำ มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประเมินสุขภาพด้วยตนเอง
    - 2.3 เพื่อการติดตามพยาธิสภาพของโรคและการตอบสนองต่อการรักษา การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถทำนายหรือบ่งชี้ถึงบ่งบอกของการรอดชีพได้ คุณภาพชีวิตอาจจะไม่สัมพันธ์กับผลทางคลินิกแต่ทำให้เราทราบปัญหาของผู้ป่วยและผลกระทบของโรคและการรักษาจากมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง
    - 2.4 เพื่อการวางแผนการรักษาที่สอดคล้องกับความชอบของผู้ป่วย ทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วย ทราบว่าจะให้การรักษาแบบใดกับผู้ป่วย
    - 2.5 เพื่อเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ทำให้แพทย์มีการพูดคุยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้นรวมทั้งสามารถค้นหาปัญหาในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

จากนิยามความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ทุกคนต้องการ เพราะเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพ คือ มุ่งหวังที่จะให้ผู้รับบริการมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตควบคู่ไปกับการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น จึงมีความพยายามที่จะมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เพื่อจะได้นำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป โดยนำองค์ประกอบของการประเมินคุณภาพชีวิต 3 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Testa & Simonson, 1996) มาเป็นปัจจัยที่ศึกษา สรุปได้ดังนี้

## 1. องค์ประกอบด้านร่างกาย เนื่องจากสุขภาพกายเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต

(Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004; The WHOQOL Group, 1998) สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า บุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Ferrans & Power, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ชุตีวรรณ จันคามิ, 2550; วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ่ง, 2549; Tangkawanich, Yunibhand, Thanasilp, & Magilvy, 2008) จากการศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิต (ถนอมจิตต์ ดวนควน และกรรณา ลี้มเจริญ, 2552; สุภารัตน์ วรรณสาร, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ รองรัตน์ ชนะจน (2551) พิทยา จารุพูนผล และคณะ (2552) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาที่ทราบว่าได้รับเชื้อต่างกันมี คุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (อภิชาติ กันธู, 2548; ผาสุข ลิ้มรัตนพิมพา, 2551; ถนอมจิตต์ ดวนควน และกรรณา ลี้มเจริญ, 2552) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552; ถนอมจิตต์ ดวนควน และกรรณา ลี้มเจริญ, 2552) การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ่ง, 2549) โดยความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกไม่สุขสบาย ไม่พึงพอใจต่อภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Testa & Simonson, 1996) และพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัส สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 10.6 (กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552) นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายมากที่สุด คือ อยากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และอยากให้อาการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ (รองรัตน์ ชนะจน, 2551; พิทยา จารุพูนผล และคณะ, 2552)

## 2. องค์ประกอบด้านจิตใจ ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ

มาลัย พัฒนา (2545) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าระดับมากถึงรุนแรงถึงร้อยละ 53.3 นอกจากนี้มีการศึกษา ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับ ความเครียดที่มาจาก การดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ใช้บ่อย ที่สุดได้แก่ อยากให้มีปาฏิหาริย์ให้หายจากโรค พยายามมองสถานการณ์ที่เป็นปัญหานี้โดยรับฟัง



จากมุมมองของคนอื่น และพยายามเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้น (ปารีชาติ ไชยสลิ, 2549) การประเมินจากการรับรู้ถึง ความชอบ ความสุขและความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิต (Kimura & Silva, 2009) ซึ่งภาวะความเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความสุขและความพึงพอใจ ในชีวิต ดังนั้นความเครียดจึงมีผลมากต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การที่มนุษย์มีภาวะซึมเศร้าและไม่ได้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็จะทำให้เขาคิดฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสถานติกุล, 2542) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 75 (กรมสุขภาพจิต, 2543) ผลกระทบเหล่านี้ไม่สามารถประเมินค่าได้ มีการประมาณว่า คนที่ฆ่าตัวตาย 1 คน จะส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คนและส่งผลกระทบต่อคนในสังคมอย่างน้อย 100 คน (WHO, 2005)

**3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจและสังคม** ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ้ง, 2549; ถนอมจิตต์ ดวนดวน และกรรณา ลิมเจริญ, 2552) การศึกษาที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (รองรัตน์ ชนะจน, 2551) และเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้ (อภิชาติ กันธู, 2548; ชุติวรรณ จันคามิ, 2550) สถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าหรือ แยกกันอยู่ (สุดารัตน์ วรรณसार, 2541; เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว, 2536; จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร (2550) พบว่า สถานภาพสมรส (เดี่ยว) มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิต แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรองรัตน์ ชนะจน (2551) ที่พบว่าสถานภาพสมรสที่ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552; วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ้ง, 2549; ถนอมจิตต์ ดวนดวน และกรรณา ลิมเจริญ, 2552) และรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (อภิชาติ กันธู, 2548) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รองรัตน์ ชนะจน (2551) พบว่า รายได้ที่ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ยุภาพรรณ มั่นกระโทก และคณะ, 2553; ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล, 2547; สันตินวนพรรัตน์สกุล, 2550; จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร, 2550) การมีกลุ่มสนับสนุนช่วยลดการรับรู้ความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ชนกพร ศรีประสาร, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย ได้นำกรอบแนวคิดเรื่อง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ Testa and Simonson (1996) มาเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดปัจจัยที่ศึกษาโดยนำองค์ประกอบ ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือด้านร่างกายได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระยะเวลาที่ได้รับยา

ด้านไวรัส ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ภาวะสุขภาพ ด้านจิตใจ ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ด้านสังคมประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม และได้นำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เข้ามาศึกษาด้วย เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

## 2. การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980; Zhan, 1992; Meeberg, 1993) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective Indicators) การประเมินด้านวัตถุวิสัยวัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยาซึ่งอาจประเมิน โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย

Frank-Stromberg (1984) ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพโดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ เป็นต้น โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีผู้ศึกษาที่ผ่านมาพบที่มีความหลากหลายในการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป เมื่อพิจารณาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบมิติเดียว (Unidimensional health status measures) ซึ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบมิติเดียวอาจจะเป็นคำถามเพียงคำถามเดียวหรือหลายคำถาม แล้วรายงานเป็นคะแนนรวมในกรณีที่เครื่องมือใช้คำถามเดียวอาจจะถามถึงความผาสุกโดยรวมหรือภาวะสุขภาพโดยรวมหรืออาจจะถามเกี่ยวกับมิติทางสุขภาพอื่น ๆ เช่น

1.1 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย เช่น Katz Index และ Barthel Index

1.2 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ เช่น เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory

1.3 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านสังคม เช่น Social Support Survey

1.4 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านความจำ เช่น Mental Status Questionnaire

1.5 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านการนอนหลับ เช่น Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

1.6 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตวิญญาณ เช่น เครื่องมือ McGill of Life Questionnaire, Meaning in Life Scale และ Death Trancendence Scale

1.7 เครื่องมือประเมินอาการปวด เช่น การใช้เครื่องมือ Visual Analog Scale

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ (Multidimensional Health Status Measures) คือเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุก ๆ มิติที่สำคัญ คือ มิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แตกต่างกันไปในแต่ละเครื่องมือ ตัวอย่าง เช่น 1) SF-36 2) Sickness Impact Profile 3) Nottingham Health Profile 4) WHOQOL-BREF ซึ่งรายงานคะแนนตามแต่ละมิติ (Profile Scores) ในส่วนของเครื่องมือ 5) Quality of Well-being 6) Health Utility Index 7) EQ-5D 8) SF-6D รายงานคะแนนคุณภาพชีวิตแบบอรรถประโยชน์ (Utility Index Scores)

วิธีการวัดคุณภาพชีวิตมี 2 แบบ คือ วิธีวัดแบบมาตรฐานและวิธีวัดแบบรายบุคคล ซึ่งแต่ละวิธีมีเครื่องมือวัดที่หลากหลาย ดังนี้

1. วิธีวัดแบบมาตรฐาน (Standard or need approach) ส่วนมากในปัจจุบันจะใช้วิธีนี้เป็นหลักเป็นแบบสอบถามที่มีคำถามที่เหมือนกันสำหรับทุกคนโดยเป็นคำถามที่จำเป็นสำหรับประเมินสิ่งที่เป็นพื้นฐาน สามารถแบ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เป็น 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

## 1.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามลักษณะประชากร

1.1.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic instrument) ใช้ได้ในประชากรทั่วไป ไม่จำกัดอายุ เพศหรือภาวะโรคที่เป็น สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้ แต่อาจจะไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสภาวะ

1.1.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (Specific instrument) เช่น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (Disease specific instrument) และแบบเฉพาะอายุ (Age-specific instrument)

สอดคล้องกับ Mc Sweeny and Creer (1995) กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปและการประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรือความเจ็บป่วย

## 1.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามการรายงานคะแนน

1.2.1 Profile Scores เป็นเครื่องมือที่รายงานคะแนนตามมิติ (domain/ dimension) จะพบว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ว่าแบบทั่วไปหรือแบบเฉพาะจะมีรายงานคะแนนตามมิติส่วนใหญ่

1.2.2 Index Scores เป็นเครื่องมือที่ใช้วิธีการวัดอรรถประโยชน์ (Utility) ซึ่งจะให้คะแนนที่เป็นตัวเลขดัชนีเพียงค่าเดียว อยู่ในช่วง 0-1 โดยทั่วไป 0 หมายถึง ความตาย (Death) หรือเทียบเท่ากับระดับคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุด และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (Full health) หรือเทียบเท่ากับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด คะแนนอรรถประโยชน์อาจมีค่าติดลบ ซึ่งหมายถึงภาวะสุขภาพที่เลวร้ายกว่าการเสียชีวิต และค่าอรรถประโยชน์นี้ใช้ในการประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์ทางสุขภาพ โดยสามารถนำมาคำนวณหาจำนวนปีสุขภาพ (Quality-adjusted life years: QALYs) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญและนิยมใช้กันมากที่สุด ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ นอกจากนี้สามารถใช้เพื่อบ่งบอกถึงภาวะของผู้ป่วยและประชากรได้ แต่ข้อเสียของคะแนนอรรถประโยชน์ คือ ไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ และวิธีประเมินค่อนข้างยาก โดยมีวิธีการวัด 2 แบบใหญ่ ๆ คือ

แบบที่ 1 วิธีการวัดอรรถประโยชน์ทางตรง (Directly Measured Utility Methods) ที่เป็นที่รู้จักกันอย่างดี ได้แก่ Visual Analogue Scale (VAS), Standard Gamble (SG) และ Time Trade-off (TTO) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (พรหมทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

1. วิธี Standard Gamble (SG) มาจากแนวคิดทฤษฎีอรรถประโยชน์ (Expected Utility Theory) มีรากฐานมาจากทฤษฎีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลภายใต้ความไม่แน่นอน (Rational decision-making under uncertainty) ของ John Von Neumann นักคณิตศาสตร์ และ Oscar Morgenstern นักเศรษฐศาสตร์ ทฤษฎีอรรถประโยชน์นี้มี 3 หลักการคือ ความพึงพอใจมีอยู่และเคลื่อนย้าย (Preferences exist and are transitive) ความเป็นอิสระต่อกัน (Independence) ความต่อเนื่องของความพึงพอใจ (Continuity of preferences) มีรายละเอียดดังนี้

สมมติว่ามีทางเลือกให้ผู้ตอบเลือกระหว่าง 2 ทางเลือก ให้แต่ละบุคคลต้องตัดสินใจอยู่ 2 ทางเลือก โดยทางเลือกที่หนึ่ง คือ ภาวะปัจจุบันมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ไปตลอดชีวิตที่เหลือ ซึ่งกำลังได้รับการรักษาอยู่ในปัจจุบัน ทางเลือกที่สอง คือ สมมุติว่ามีวิธีการรักษาที่สามารถรักษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ให้หายขาดได้ โดยได้รับการรักษาเพียงครั้งเดียว การรักษาด้วยวิธีนี้มีโอกาสที่จะหายเป็นปกติ ด้วยค่าความน่าจะเป็นเท่ากับค่าหนึ่ง (p) อย่างไรก็ตามถ้าวิธีการนี้ไม่ได้ผล จะทำให้ผู้รับการรักษาเสียชีวิตโดยทันทีโดยปราศจากความเจ็บปวดและไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ด้วยความน่าจะเป็นเท่ากับ 1-p สำหรับทางเลือกที่หนึ่ง เป็นทางเลือกที่มีผลลัพธ์เกิดแน่นอน ส่วนทางเลือกที่สอง เป็นทางเลือกที่มีความเสี่ยงหรือความไม่แน่นอน (Risky or uncertain prospective) เมื่อแต่ละบุคคลตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่งจนถึงจุดที่เขาไม่รู้สึกว่าทางเลือกทั้งสองแตกต่างกัน (Indifferent) จุดนั้นคือ อรรถประโยชน์หรือความพึงพอใจของบุคคลนั้น รายงานเป็นคะแนนดัชนี (Index Score) อยู่ในช่วง 0 (ความตาย) ถึง 1 (ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์)

2. วิธี Visual Analogue Scale (VAS) มาจากแนวคิดทฤษฎีของการประมวล (Integration theory) ของ Frederik Funke & Ulf-Dietrich Reips ซึ่งเป็นวิธีการวัดอรรถประโยชน์ทางตรง โดยให้ผู้ตอบให้คะแนนสภาวะสุขภาพตนเองในวันที่ตอบตามสเกลในแนวตั้ง โดยขอบบนจะมีคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ และขอบล่างจะมีคะแนน 0 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือตาย ค่าอรรถประโยชน์จะหาได้จาก คะแนนที่ตอบหารด้วย 100 ซึ่งค่าที่ได้จะอยู่ในช่วง 0-1

ซึ่งเครื่องมือ 2 วิธีนี้ได้ผ่านการพัฒนา แปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือสามารถนำไปใช้ได้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย (Sakthong, Schommer ed al., 2009)

3. วิธี Time Trade-Off (TTO) ทฤษฎีของวิธีนี้มีแนวคิดของปีสุขภาวะ โดยผู้ตอบจะถูกถามโดยให้เลือกระหว่างการมีชีวิตอยู่ในภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (state  $i$ ) ในช่วงระยะเวลา (t) หรือการมีภาวะสุขภาพที่ดีแต่ช่วงระยะเวลาสั้นกว่า (x) ค่าอรรถประโยชน์จะหาได้จากระยะเวลาที่สั้นกว่า (x) ที่ผู้ตอบเลือกหารด้วย 10

แบบที่ 2 วิธีการวัดอรรถประโยชน์ทางอ้อม (Indirectly Measured Utility Methods) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกให้ผู้ตอบประเมินภาวะสุขภาพของตนเองจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพแบบทั่วไป เช่น Quality of Well-being (QWB), EuroQOL (EQ-5D), และ Health Utility Index (HUI) และ SF-6D ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ หลังจากนั้นก็นำมิติที่ผู้ตอบมาคำนวณหาอรรถประโยชน์ โดยใช้ค่าสมการที่ได้จากการทำนายของสมการถดถอย (Regression) จากวิธีอรรถประโยชน์ทางตรงที่ได้จากการสำรวจในประชากรทั่วไปจำนวนมากที่มีผู้ทำการศึกษาไว้แล้ว

2. วิธีวัดแบบรายบุคคล (Individualized or Want Approach) เป็นวิธีที่ให้ผู้ถูกประเมินแต่ละรายคิดเกี่ยวกับมิติของชีวิตที่คิดว่ามีความสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตของตนเอง และให้คะแนนความสำคัญของมิติแต่ละมิติตามลำดับความสำคัญในชีวิตของตนเอง ตรงกันข้ามกับแบบที่ 1 วิธีมาตรฐาน มีวิธีการวัดหลัก ๆ 2 วิธีได้แก่ SEIQOL (คล้ายกับการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป) และ PGI-CS (คล้ายกับการประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค)

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังและยังไม่มีวิธีรักษาให้หาย จึงส่งผลกระทบต่อร่างกายแรงต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งต่อร่างกาย จิตใจและสังคม การปรับตัวในการดำเนินชีวิต อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะสุดท้ายของโรค คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สามารถประเมินจากความพึงพอใจ หรือความชอบ (Preferences) ของบุคคลแต่ละบุคคล (Individual) หรือประเมินจากสังคม (Society) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปซึ่งวัดผลของการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ หลายมิติ คือ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมซึ่งเป็นมิติที่สำคัญที่ถูกนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตแบบนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยนิยมใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งสั้นกว่า และมีมิติที่ครอบคลุมกว่า พบในการศึกษาของ ปริมวิษญา อินตะกัน (2551) ศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 300 คน คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลเชียงใหม่กระหะห์ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้าน คุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ (อภิชาติ กันธุ, 2548; พิทยา จารุพูนผล และคณะ, 2552; ถนอมจิตต์ ดวนควน และกรุณา ลิมเจริญ, 2552) ซึ่งศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส สถาบันบำราศนราดูร พบว่าคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต แบบเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี (WHOQOL-HIV-BREF) ขององค์การอนามัยโลก และพบการใช้เครื่องมือดังกล่าวในการศึกษาของวันเพ็ญ

แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ่ง (2549) ศึกษาในคลินิกเอดส์ จังหวัดปราจีนบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานิต (2552) นอกจากนี้การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของ (Ferrans, 1990) พบได้ในการศึกษาของ วรรณชัย คำป่าแลว (2545) ศึกษาในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวอยู่ในระดับสูงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางค์รัตน์ สุรวงษพิตร และ คณะ (2547) ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงและสอดคล้องกับการศึกษาของ ผาสุข ลิ้มรัตนพิมพา (2551) ที่ศึกษาในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล (2547) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 จำนวน 10 เล่ม พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าเป็นการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเป็นแบบทั่วไปที่มีหลายมิติ มีการรายงานคะแนนตามมิติ แต่พบการศึกษาที่มีการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นค่าอัตราประโยชน์น้อยมาก โดยเฉพาะประเมินคุณภาพชีวิตโดยวิธี Standard Gamble (SG) และ Visual Analogue Scale (VAS) ซึ่งเป็นวิธีการวัดอัตราประโยชน์โดยตรง จากการทบทวนวรรณกรรมพบการประเมินคุณภาพชีวิต โดยการวัดค่าอัตราประโยชน์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้จากการศึกษาของ ยูวดี ลีลัคณาวิระ (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่มีอาการ ระยะมีอาการเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และระยะเอดส์เต็มขั้น จำนวน 1,277 คน รูปแบบการศึกษาเป็นการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ด้วยการสร้างแบบจำลอง สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัด Visual Analogue Scale (VAS) พบว่า มีค่าอัตราประโยชน์เท่ากับ 0.8605, 0.8529, 0.7220 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส และเท่ากับ 0.8221, 0.7994, 0.7591 สำหรับกลุ่มที่อยู่ระหว่างการได้รับยาต้านไวรัสตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาค่าอัตราประโยชน์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย จำนวน 120 คน ที่โรงพยาบาลบาราเซนครู โดยวิธี VAS, EQ-5D และ SG จากการศึกษาพบว่า VAS มีค่าอัตราประโยชน์เท่ากับ 0.79 (0.76-0.82), EQ-5D มีค่าเท่ากับ 0.80 (0.77-0.84) และ SG มีค่าเท่ากับ 0.65 (0.60-0.70) การประเมินคุณภาพชีวิตหาค่าอัตราประโยชน์โดยวิธี VAS, EQ-5D

และ SG มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยใน 3 วิธีนี้ วิธี SG เป็นวิธีที่ยากที่สุด แต่เป็นการวัดค่าอรรถประโยชน์ทางตรงที่สุด (Sakthong et al., 2009) ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของ การประเมินคุณภาพชีวิตระหว่างวิธี SG ซึ่งยากที่สุดกับ วิธี VAS ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรีและเปรียบเทียบกับค่าอรรถประโยชน์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของประเทศ ไทยในปัจจุบัน (Sakthong et al., 2009) ซึ่งในการประเมินคุณค่า (Value) หรือความคุ้มค่า (Worth) ที่ให้กับสถานะทางสุขภาพ (health state) หรือการดีขึ้นของสถานะทางสุขภาพ ที่จะเป็นแนวทางในการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ ของเทคโนโลยี หรือใช้เป็นการประเมินทางด้าน เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขต่อไป

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความเป็นปกติสุขของตนเองที่ดี ความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ในขณะนั้น ประกอบด้วย 3 มิติเป็นส่วนใหญ่คือ มิติด้านร่างกายได้แก่ อาการทางกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย และความพิการ มิติด้านจิตใจได้แก่ ผลกระทบต่อจิตใจด้านบวก ผลต่อจิตใจด้านลบ พฤติกรรม และมิติด้านสังคมได้แก่ การทำงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพของบุคคล รวมทั้งความสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้เป็นปกติ ไม่ว่าจะเจ็บป่วย พิกการหรือไม่ก็ตาม ภายใต้อกรอบแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ของคุณภาพชีวิตของ Testa and Simonson (1996) จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต สรุปได้ดังนี้

1. ระดับการศึกษา การศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้และเรียนรู้ตลอดจน แสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติตน ระดับการศึกษาของบุคคลจึงมีความสำคัญ ต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและสุขภาพอนามัย (Pender, 1987) และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษา การดูแลตนเองตลอดจนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Orem, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ รองรัตน์ ชนะจน (2551) พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. สถานภาพสมรส มนุษย์ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีสถานภาพคู่ จะมีความสุข ในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสดหรือหม้าย (Campbell, 1976) เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่ง สนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงทำให้บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดูแลตนเองได้ดี ตลอดจนมี



คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (สุดารัตน์ วรรณสาร, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่น ไวย (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสถานภาพโสด หม้ายหย่า แยก นอกจากนี้จากการศึกษาของ จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร (2550) พบว่า สถานภาพสมรส (เดี่ยว) มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิต

3. รายได้ พบว่ารายได้เป็นสิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถใช้จ่ายหาสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานและเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตถึงแม้รายได้ไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่รายได้ที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตที่ดีในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552) บุคคลและครอบครัวที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายหรือสิ่งจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพสูง ซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (William, Kevin, & Wilfried, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต (2552), วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ่ง (2549) และถนอมจิตต์ ดวนดวน และกรรณา ลิมเจริญ (2552) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (อภิชาติ กันธู, 2548)

4. ระยะเวลาที่เป็นโรค การติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นโรคเอดส์เป็นความผิดปกติที่คุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น (Donlou et al., 1985, pp. 39-40; กุละระวี วิวัฒน์ชีวิน, 2541) เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ใช้เวลานานกว่าจะปรากฏอาการให้เห็นและยังส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป จากการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) พบว่าผู้ที่ติดเชื้อที่ทราบการติดเชื้อมานานจะมีความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ ถนอมจิตต์ ดวนดวน และกรรณา ลิมเจริญ (2552) พบว่าระยะเวลาของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ในขณะที่เดียวกันระยะเวลาที่เป็นโรค อาจเกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ของการรับประทานยาต้านไวรัส หรือโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

5. ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ (CD4) ผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 ที่สูงขึ้นเรื่อยๆ แสดงถึงระดับภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น ซึ่งใช้ในการพยากรณ์ระยะโรค การดำเนินโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่าง ๆ การพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และประเมินผลการรักษา

ส่วนผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำมากที่ระดับ  $CD4 \leq 200$  เซลล์ต่อลบ.มม. ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ เช่น ปอดบวมจากการติดเชื้อที่ปอด ติดเชื้อวัณโรคที่ไม่ใช่ปอด มะเร็งของเนื้อเยื่อ (Kaposi's Sarcoma) การติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ที่กระเจตหรืออวัยวะอื่น ๆ ติดเชื้อทอกโซพลาสมาบริเวณระบบประสาทส่วนกลาง ติดเชื้อบริเวณนอกปอดรวมถึงเชื้อหุ้มสมองอักเสบ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ก้อนมะเร็งที่คอชนิดลุกลาม และมีอาการที่สัมพันธ์กับ โรคเอดส์ (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาสุข ลิ้มรัตนานิพินพา (2551) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือ ระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4

6. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส การรักษาที่ดีและเหมาะสมตลอดจนความยาวนานในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะมีความสำคัญอย่างมากในการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอดส์ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กัลยา แซ่จิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552) การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป หรือมากกว่า ออกฤทธิ์สูง ทำให้ระดับ CD4 สูงขึ้นมากกว่า 50 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือร้อยละ 30 หลังจากได้รับยาไปแล้วนาน 1 ปี และลดปริมาณไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ หรือพบน้อยกว่า 50 copies/ml (ประณีต ส่งวัฒนา, 2554) จะทำให้ลดอัตราป่วยจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมาก ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ได้ยาต้านไวรัสจะมีอาการทางกาย ทางจิตใจ และการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 3 เดือน และจะดีขึ้นจนคงที่เมื่อรักษาได้ประมาณ 1 ปี (Beard et al., 2009)

7. ภาวะสุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ของผู้ติดเชื้อที่มีอาการของโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งมีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส (ชุตีวรรณ จันคามิ, 2550) ความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Testa & Simonson, 1996) บุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Ferrans & Power, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ่ง (2549) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในคลินิกเอดส์ จังหวัดปราจีนบุรีโดยใช้แบบสอบถามซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-HIV-BREF ขององค์การอนามัยโลก จำนวน 31 ข้อ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยสอดคล้องกับการศึกษาแบบจำลองของสุขภาพ โดยศึกษาคุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 422 คน ภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางตรง เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tangkawanich et al., 2008)

8. ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึก โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้างรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เนื่องจาก บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต มีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อตัวเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคตตามแนวคิดของ Beck (1967) สุขภาพจิตเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญของคุณภาพชีวิต (Kimura & Silva, 2009; Skevington et al., 2004; The WHOQOL Group, 1998) มีการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างตราบาป ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 400 คน ในรัฐทมิฬนาฑู ประเทศอินเดีย พบว่าบุคคลที่มีตราบาป และมองตนเองในภาพลบอย่างรุนแรง เฉลี่ย 2.1 ครั้ง มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Charles et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษา Hasanah, Zaliha, and Mahiran (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 271 คน ประเทศ มาเลเซียพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าหรือทั้งสองอย่าง มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาอาการของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 228 คน รัฐเซาท์เปาโล ประเทศบราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 27 ผู้หญิงมีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรง กว่าผู้ชาย และผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Reis et al., 2011) การที่มนุษย์มีภาวะซึมเศร้าและไม่ได้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็จะทำให้เขาคิดฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 75 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543) ผลกระทบเหล่านี้ไม่สามารถประเมินค่าได้ มีการประมาณว่า คนที่ฆ่าตัวตาย 1 คน จะส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คนและส่งผลกระทบต่อคนในสังคมอย่างน้อย 100 คน (WHO, 2005) การมีภูมิคุ้มกันต่ำและต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูง อัตรารอดชีวิตลดลง ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้อาการของโรครำเริบและผู้ป่วยจะเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละระยะโรคและในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ละวิธี มีความแตกต่างกัน (ยุพา วงษ์มุล, 2551)

9. แรงสนับสนุนทางสังคม การติดต่อสื่อสาร การได้รับข้อมูลและการทำให้บุคคลนั้น เชื่อว่ายังมีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกค่า

ตนเองเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากกระบวนการรับรู้ของบุคคล ที่ส่งผลช่วยปรับประคองจิตใจ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียดในชีวิต (Shaefer et al., 1981) มีการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่สุดในทิศทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ยูภาพรธม มั่นกระโทก และคณะ, 2553; Tangkawanich, et al., 2008; Charles, et al., 2012) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bekele et al. (2012) ที่พบว่า การรับรู้ว่าคุณเองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผลทางอ้อมคือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การได้รับการปรึกษา และการรวมกลุ่ม มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (มาลัย พัฒนา, 2545) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับกลุ่มสนับสนุนช่วยลดการรับรู้ความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ชนกพร ศรีประสาร, 2551)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ปัจจัยด้านร่างกาย ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เป็นโรค ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ตามกรอบแนวคิดของกรมสุขภาพจิต และปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นพยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงควรตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเหล่านี้ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุขมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงตระหนักถึงความสำคัญ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ โดยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดความพึงพอใจ มีสถานะทางสุขภาพที่ดี มีเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน อย่างมีคุณค่าและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 503 คน ซึ่งจำนวนประชากรนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากทะเบียนรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของคลินิกพิเศษ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 15-60 ปี
2. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการพูด
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

##### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ (Cochran, 1977) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{NE^2 + Z^2\sigma^2}$$

N คือ ขนาดประชากรจำนวน 503 คน

n คือ ขนาดตัวอย่าง

Z คือ ค่ามาตรฐานของการกระจายปกติที่ระดับ  $\alpha = .05$ ,  $Z = 1.96$

$\sigma^2$  คือ ค่าความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของประชากรได้จากการศึกษาของยูวดี

ลีลันวาริระ (2552) = 0.017

E คือ ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า  $\mu$  ของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตจากความ เป็นจริงในกลุ่มประชากร = (0.01)

$$n = \frac{503 \times (1.96)^2 \times 0.017}{503 \times (0.01)^2 + (1.96)^2 \times 0.017}$$

$$= 284 \text{ คน}$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนอย่างน้อย 284 ราย

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยเปิด โอกาสให้ทุกหน่วยประชากรมีโอกาสถูกเลือกเป็นตัวอย่าง ด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบ ไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) มีขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 503 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 491 ราย
2. ทำลลการรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
3. สุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับสลากรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบบไม่ใส่คืน ขึ้นมาทีละชื่อจนครบ 284 คน หากมีการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการจับสลากรายชื่อ ใหม่จนได้จำนวนตามที่ต้องการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์จำนวน 4 ชุด มีรายละเอียด ดังนี้

**ชุดที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพด้านร่างกาย เป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ระยะเวลาที่ได้รับ ยาต้านไวรัส และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน โดยที่ข้อมูลระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส จะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากเวชระเบียน โดยจะยึด ข้อมูลจากเวชระเบียนเป็นหลัก หากข้อมูลไม่ตรงกันหรือผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้

**ชุดที่ 2** แบบสอบถามประเมินโรคซึมเศร้า 9 Q เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากศูนย์โรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ (ชรฉินทร์ กองสุข และคณะ, 2550) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจนเป็นเครื่องมือมาตรฐาน นำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในประเทศไทยและใช้พัฒนาแนวทางจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและทุติยภูมิทั่วประเทศในปี 2552 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 เป็นแบบสอบถามประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ สอบถามความรู้สึกลงในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ โดยมีค่าคะแนน 0, 1, 2 และ 3 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

เป็นทุกวัน	เท่ากับ 3 คะแนน
เป็นบ่อย (>7 วัน)	เท่ากับ 2 คะแนน
เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่มีเลย	เท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้ค่าจุดตัด (Cut off score) เท่ากับ 7 คะแนน เป็นจุดตัดที่แบ่งระดับการวินิจฉัยหรือจำแนกคนที่ป่วยออกจากคนไม่ป่วย (Cut off level) โดยเลือกจากค่าความไว (Sensitivity) 75.68 % ความจำเพาะสูง (Specificity) 92.85 % แบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีน้อยมาก	มีคะแนน < 7 คะแนน
ซึมเศร้าระดับน้อย	มีคะแนน 7-12 คะแนน
ซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีคะแนน 13-18 คะแนน
ซึมเศร้าระดับรุนแรง	มีคะแนน $\geq$ 19 คะแนน

**ชุดที่ 3** แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของ สุภาวดี เนติเมธี (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของเนตรนภา คู่พันธ์วิ (2534) ที่สร้างมาจากกรอบแนวคิดของ Cobb (1979) และ Schaefer et al. (1981) ที่ศึกษาความหวัง พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 คน กำหนดค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 เนื้อหาของแบบสอบถามนี้ครอบคลุม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ 4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 5) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลักษณะคำตอบใช้มาตราประเมินค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” จนถึง “ไม่เกิดขึ้นเลย” โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกเพียง 1 คำตอบเท่านั้น ในแต่ละข้อนั้นมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็น ส่วนมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือไม่เกิดขึ้นเลย

### การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00–5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1977 อ้างถึงใน ภรภัทร อิมโอส, 2550) ดังนี้

$$\begin{aligned} \frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= .80 \end{aligned}$$

ใช้เกณฑ์การประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ระดับค่าเฉลี่ย	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
4.21–5.00	หมายความ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
3.41–4.20	หมายความ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
2.61–3.40	หมายความ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
1.81–2.60	หมายความ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
1.00–1.80	หมายความ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด



**ชุดที่ 4** แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบสัมภาษณ์ที่วัดค่าคุณภาพชีวิตออกมาเป็นค่าอรรถประโยชน์ มี 2 วิธี ซึ่งพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยพรณทิพา ศักดิ์ทอง (2554) มีรายละเอียดของแต่ละวิธี ดังนี้

4.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard Gamble ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีอรรถประโยชน์ (Expected utility theory) ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลภายใต้ความไม่แน่นอน (Rational decision-making under uncertainty) ของ John Von Neumann and Oscar Morgenstern (1944) ประกอบด้วยข้อความจำลองทางเลือกเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งมีอยู่ 2 ทางเลือก ทางเลือกที่หนึ่ง คือท่านมีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ไปตลอดชีวิตที่เหลือของท่าน ซึ่งท่านกำลังได้รับการรักษาอยู่ในปัจจุบัน ทางเลือกที่สอง คือ สมมุติว่าวันนี้มีวิธีการรักษาที่สามารถรักษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ให้หายขาดได้ โดยรับการรักษาเพียงครั้งเดียว การรักษาด้วยวิธีนี้มีโอกาสที่จะหายเป็นปกติด้วยค่าความน่าจะเป็นเท่ากับค่าหนึ่ง (p) อย่างไรก็ตามถ้าวิธีการนี้ไม่ได้ผล จะทำให้ผู้รับการรักษาเสียชีวิตโดยทันทีโดยปราศจากความเจ็บปวดและไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ด้วยความน่าจะเป็น เท่ากับ 1-p ในความคิดของท่าน ท่านจะเลือกรับการรักษาโดยวิธีนี้หรือไม่ โดยจะให้ผู้ตอบเลือกระหว่างทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2 ด้วยค่าความน่าจะเป็นที่แตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ 0 และเพิ่มขึ้นทีละ 10 จะหยุดถามก็ต่อเมื่อผู้ตอบไม่สามารถเลือกได้ว่าจะมีชีวิตอยู่แบบเดิมหรือเลือกที่จะรักษาด้วยโอกาสที่จะหายด้วยค่าความน่าจะเป็นค่าหนึ่ง ค่าอรรถประโยชน์ที่ได้เท่ากับ ค่าความน่าจะเป็นที่ผู้ตอบไม่สามารถเลือกได้ระหว่างสองทางเลือก หรือจุดที่รู้สึกไม่แตกต่างระหว่าง 2 ทางเลือกนี้ หรือถ้าผู้ตอบเลือกที่จะรักษาด้วยโอกาสที่จะหายด้วยค่าความน่าจะเป็นค่าหนึ่ง ค่าอรรถประโยชน์ที่ได้เท่ากับครึ่งหนึ่งของค่าผลบวกระหว่างค่าความน่าจะเป็นของโอกาสที่จะรักษาหายที่ผู้ตอบเลือกกับค่าความน่าจะเป็นของโอกาสที่จะหาย ข้อผ่านมาที่ผู้ตอบไม่เลือก เช่น เมื่อถามถึงข้อที่ผู้ตอบมีโอกาสที่จะหาย 40% ผู้ตอบยังคงเลือกที่จะมีชีวิตอยู่แบบเดิมต่อไป แต่เมื่อเพิ่มโอกาสหายเป็น 50% ผู้ตอบเลือกที่จะรักษาแทนที่จะมีชีวิตอยู่แบบเดิม ค่าอรรถประโยชน์ จะเท่ากับ  $(50 + 40) / 2 = 45\%$  หรือ 0.45

ถ้าผู้ตอบเลือกรักษาที่โอกาสความน่าจะเป็นของการหายที่ค่าเริ่มต้นคือที่ 10% หรือมีโอกาสเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 90 ค่าอรรถประโยชน์ เท่ากับ 0

ถ้าผู้ตอบเลือกที่จะมีชีวิตอยู่แบบเดิมต่อไป หรือเลือกรักษาที่โอกาสความน่าจะเป็นของการหายที่ 100% ค่าอรรถประโยชน์ เท่ากับ 1

คะแนนอรรถประโยชน์ รายงานเป็นคะแนนดัชนี (Index Score) อยู่ในช่วง 0-1 หมายถึง

คะแนน 0 หมายถึง ความตาย

คะแนน 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์

4.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Visual analogue scale ซึ่งมาจากแนวคิดทฤษฎีของการประมวล (Integration theory) ของ Frederik Funke & Ulf-Dietrich Reips ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วยโครงสร้าง 2 ส่วน คือ การประมวล (integration) และการให้ค่า (valuation) โดยให้ผู้ตอบให้คะแนนสภาวะสุขภาพตนเองในวันที่ตอบตามสเกลในแนวดิ่ง โดยขอบบนจะมีคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน หมายถึง สภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ และขอบล่างจะมีคะแนน 0 คะแนน หมายถึง สภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือตาย

คะแนนอรรถประโยชน์จะหาได้จาก คะแนนที่ตอบหารด้วย 100 ซึ่งอยู่ในช่วง 0-1

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนนำไปใช้จริง ดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือที่ได้มีการพัฒนาและทดสอบแล้วว่ามีคุณภาพ และถูกนำไปใช้แล้วอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

#### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านบึงที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ ความเข้าใจในการตอบคำถาม ตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถามและความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้ หากความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามชุดประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ส่วนแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ไม่ได้คำนวณค่าความเชื่อมั่นเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาให้สามารถใช้ได้กับประชากรทั่วไปได้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการรวบรวมข้อมูลจากบันทึกประวัติคนไข้ การใช้สอบถาม และการสัมภาษณ์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2556 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีรัมย์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้างานคลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอกและประธานชมรมทานตะวัน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มรายชื่อได้ทางโทรศัพท์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูล ส่วนผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการจับฉลากรายชื่อขึ้นมาใหม่และดำเนินการติดต่อประสานงานใหม่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ ซึ่งจากผลการสุ่มมีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1 คน โดยให้เหตุผลว่ายังไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลในช่วงที่ผู้วิจัยกำหนด
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมอธิบายการพิทักษ์แก่กลุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ พร้อมตอบคำถามในส่วน of แบบสอบถามชุดที่ 1 -3 ด้วยตนเอง ส่วนชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตใช้การสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมทักษะด้านการให้การปรึกษา ซึ่งพร้อมจะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหากพบว่าผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากการสัมภาษณ์ รวมเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณคนละ 30 นาที
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือการวิจัย เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณา หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านบึง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้างานคลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอกและประธานชมรมทานตะวัน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มรายชื่อได้ทางโทรศัพท์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนตัดสินใจ

เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการรักษาพยาบาล เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตทั้งด้วยวาจาและให้ลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิเข้าร่วมการวิจัย เพื่อค้ำประกันถึงสิทธิความเป็นบุคคลและเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วย หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูลสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ถูกนำเสนอในภาพรวม และหากต้องการทราบผลการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดส่งไปให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรายละเอียดการชี้แจง และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างไว้ในภาคผนวก ก

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมบันทึกประวัติคนไข้ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องและนำไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีวิธีวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. พรรณนาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตที่ประเมินด้วยวิธี Standard Gamble ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard Gamble จะให้ค่าคุณภาพชีวิตที่ตรงกว่าวิธี Visual analogue scale เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องผ่านกระบวนการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในวิธีการประเมินและไม่มีความยุ่งยากใจในการตอบคำถามแม้ว่าการประเมินด้วยวิธีนี้จะยุ่งยากกว่าการประเมินด้วยวิธี Visual Analogue Scale
3. วิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard Gamble กับวิธี Visual Analogue Scale (VAS) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดชลบุรี ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบอิสระต่อกัน (Paired samples t-test)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี มีรายละเอียดผลการวิจัยดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

**ส่วนที่ 2** ภาวะซึมเศร้า

**ส่วนที่ 3** แรงสนับสนุนทางสังคม

**ส่วนที่ 4** คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

**ส่วนที่ 5** การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

**ส่วนที่ 6** การวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard Gamble กับวิธี Visual Analogue scale (VAS) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี (Paired Samples t-test)

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพด้านร่างกาย

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพกาย (n = 284)

ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	132	46.47
หญิง	152	53.53

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ( $\bar{X}$ = 40.05 ปี SD = 9.82 ปี min = 16 ปี max = 60 ปี)		
15-20 ปี	9	3.17
21-40 ปี	130	45.77
41-60 ปี	145	51.06
สถานภาพสมรส		
โสด	55	19.37
คู่	167	58.80
หม้าย	28	9.86
หย่า/แยก	34	11.97
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	9	3.17
ประถมศึกษา	140	49.30
มัธยมศึกษา/ ปวช	105	36.97
อนุปริญญา/ปวส	18	6.34
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	12	4.22
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( $\bar{X}$ = 7676.41 บาท SD = 6547.98 บาท min = 0 บาท max = 50,000 บาท)		
น้อยกว่า 3000 บาท	74	26.05
3001-6,000 บาท	61	21.48
6,001- 9,000 บาท	69	24.30
9,001-12000 บาท	31	10.92
มากกว่า 12,000 บาท	49	17.25
ระยะเวลาที่เป็นโรค ( $\bar{X}$ = 6.15 ปี SD = 4.49 ปี min = 1 ปี max = 21 ปี)		
ระยะเวลา 1-3 ปี	93	32.75
ระยะเวลา 4-6 ปี	88	30.99
ระยะเวลา 7-10 ปี	40	14.08
ระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป	63	22.18

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ( $\bar{X}$ = 424.37 เซลล์/ลบ.มม. SD = 243.65 เซลล์/ลบ.มม. min = 6 เซลล์/ลบ.มม. max = 1200 เซลล์/ลบ.มม.)		
1- 199 เซลล์/ ลบ.มม.	48	16.90
200 – 349 เซลล์/ ลบ.มม.	79	27.82
350 – 499 เซลล์/ ลบ.มม.	61	21.48
ตั้งแต่ 500 เซลล์/ ลบ.มม.ขึ้นไป	96	33.80
การได้รับยาต้านไวรัส		
ไม่ได้รับยาต้าน	21	7.39
ได้รับยาต้านไวรัส	263	92.60
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ( $\bar{X}$ = 4.07 ปี SD. = 3.36 ปี min = 1 ปี max = 17 ปี)		
ระยะเวลา 1-3 ปี	130	45.77
ระยะเวลา 4 -6 ปี	71	25.00
ระยะเวลา 7-9 ปี	38	13.38
ระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป	24	8.45
ภาวะสุขภาพ		
ปกติ	200	70.42
มีอาการผิดปกติ*	84	29.58
ผื่นคัน	40	47.62
อ่อนเพลีย	30	35.71
ลำไส้แปรปรวน	17	20.24
ชา	17	20.24
หายใจไม่อิ่ม	14	16.66
ปวดศีรษะ	13	15.48
อื่น ๆ	18	21.43

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ในปีที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	147	51.76
มีภาวะแทรกซ้อน*	137	48.24
เชื้อรา (ฝ้าขาว) ในช่องปาก	68	49.63
หลอดอาหาร หรือช่องคลอด		
วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด	31	22.63
ริมหรืองูสวัด	30	21.89
ปอดอักเสบ	29	21.17
แพ้ยาล	18	13.13
จอประสาทตาอักเสบ	9	6.57
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	5	3.65
อื่น	2	0.72

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.53) มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 51.06) อายุเฉลี่ย 40.05 ปี (SD = 9.82 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.80) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.30) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ร้อยละ 36.97) มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 26.05) รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 6,001-9,000 บาท (ร้อยละ 24.30) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,676.41 บาท (SD = 6,547.98 บาท) ระยะเวลาที่เป็นโรค อยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 32.75) รองลงมาคืออยู่ในช่วง 4-6 ปี (ร้อยละ 30.99) ระยะเวลาเฉลี่ย 6.15 ปี (SD = 4.49 ปี) มีระดับ CD4 ครั้งสุดท้าย จำนวนมากกว่า 500 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 33.80) รองลงมาคือมีระดับ CD4 อยู่ในช่วง 200-349 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 27.82) ระดับ CD4 เฉลี่ย 424.37 เซลล์ต่อลบ.มม. (SD = 243.65 เซลล์/ลบ.มม.) มีการได้รับยาต้านไวรัส (ร้อยละ 92.60) ในจำนวนนี้ได้รับยาด้านไวรัสในช่วงระยะเวลา 1-3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.77) รองลงมาคือในช่วงระยะเวลา 4-6 ปี (ร้อยละ 25.00) ภาวะสุขภาพมีอาการปกติ (ร้อยละ 70.42) มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 29.58) ในจำนวนนี้ มีอาการตื่นคันมากที่สุด (ร้อยละ 47.62) รองลงมา มีอาการอ่อนเพลีย (35.71) ในปีที่ผ่านมา มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ (ร้อยละ 48.24) โดยใน



จำนวนนี้เป็นเชื้อรา (ฝ้าขาว) ในช่องปาก หลอดอาหาร หรือช่องคลอด (ร้อยละ 49.63) รองลงมา เป็นวัน โรคที่ปอดหรือนอกปอด (ร้อยละ 22.63) ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ภาวะซีมีเสร่า

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามระดับภาวะซีมีเสร่า

ระดับของภาวะซีมีเสร่า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการซีมีเสร่าหรือมีน้อยมาก (0 < 7 คะแนน)	235	82.75
ซีมีเสร่าระดับน้อย (7-12 คะแนน)	38	13.38
ซีมีเสร่าระดับปานกลาง(13-18 คะแนน)	10	3.52
ซีมีเสร่าระดับรุนแรง (>-19-27 คะแนน)	1	0.35
รวม	284	100.00

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซีมีเสร่า (ร้อยละ 82.75) มีจำนวนน้อยมากที่มีภาวะซีมีเสร่าระดับรุนแรง (ร้อยละ 0.35)

ตารางที่ 6 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามอาการของภาวะซีมีเสร่า (n = 284)

อาการ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน	เป็นบ่อย	เป็นทุกวัน
		(1-7 วัน)	(>7 วัน)	
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	198 (69.71)	76 (26.77)	5 (1.76)	5 (1.76)
2. ไม่สบายใจ ซีมีเสร่า ท้อแท้	189 (66.55)	81 (28.52)	8 (2.82)	6 (2.11)
3. หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ	167 (58.80)	84 (29.58)	19 (6.69)	14 (4.93)
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	220 (77.46)	46 (16.20)	12 (4.23)	6 (2.11)
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	193 (67.96)	70 (24.65)	11 (3.87)	10 (3.52)
6. รู้สึกไม่ดีกับตนเอง คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	220 (77.46)	46 (16.20)	12 (4.23)	6 (2.11)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

อาการ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน	เป็นบ่อย	เป็นทุกวัน
		(1-7 วัน)	(>7 วัน)	
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่นดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	230 (80.99)	44 (15.49)	8 (2.82)	2 (0.70)
8. พุดซา ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	242 (85.21)	33 (11.62)	6 (2.11)	3 (1.06)
9. คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงดี	259 (91.20)	17 (5.99)	6 (2.11)	2 (0.70)

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาอาการซึมเศร้าเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีอาการซึมเศร้าที่พบทุกวันมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ (ร้อยละ 4.93) รองลงมาคือ เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป (ร้อยละ 3.52) และไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง และรู้สึกไม่ดีกับตนเอง คิดว่าตนเองล้มเหลว (ร้อยละ 2.11) ตามลำดับ

### ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (n = 284)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์	3.83	1.11	มาก
การได้รับการสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	3.87	1.01	มาก
การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ เงิน และบริการ	3.96	0.82	มาก
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	4.22	0.76	มาก
การได้รับการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.08	0.94	มาก
รวม	3.99	0.74	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.99$ ,  $SD = 0.74$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยมีการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ( $\bar{X} = 4.22$ ,  $SD = 0.76$ ) รองลงมาคือ การได้รับการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ( $\bar{X} = 4.08$ ,  $SD = 0.94$ ) และการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ ( $\bar{X} = 3.96$ ,  $SD = 0.82$ ) ตามลำดับ ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $\bar{X} = 3.83$ ,  $SD = 1.11$ )

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกรายข้อ (n = 284)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์</b>			
1. มีคนที่ฉันได้รับความไว้วางใจแล้ว	3.72	1.28	มาก
2. มีคนที่ฉันสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้	3.79	1.24	มาก
3. คนใกล้ชิดทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นใจและปลอดภัย	3.98	1.14	มาก
<b>การได้รับการสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ</b>			
4. คนใกล้ชิดทราบปัญหาและความต้องการดี	3.86	1.27	มาก
5. คนใกล้ชิดให้ความเคารพและไม่ดูถูก	4.04	1.23	มาก
6. เมื่อคนใกล้ชิดมีปัญหาจะมาขอคำปรึกษา	3.57	1.34	มาก
<b>คำแนะนำหรือความช่วยเหลือ</b>			
7. คนใกล้ชิดสนับสนุนช่วยเหลือให้คุณแก้ปัญหา สุขภาพร่างกายให้แข็งแรง	4.04	1.13	มาก
<b>การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ</b>			
8. เมื่อมีปัญหาด้านการเงินและขาดแคลน เครื่องใช้ต่าง ๆ มีคนช่วยเหลือได้	3.71	1.14	มาก
9. เมื่อไม่สบายมีคนคอยดูแลและช่วยเหลือ	4.04	1.01	มาก
10. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระที่รับผิดชอบ เมื่อไม่สามารถทำได้	3.72	1.14	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุดิบของ เงิน และบริการ</b>			
11. ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ ตรวจรักษาโรคและช่วยเหลือที่จำเป็น	4.38	0.82	มากที่สุด
<b>การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>			
12. ได้รับความรู้ และคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพปัจจุบัน	4.34	0.78	มากที่สุด
13. มีคนเคยบอกกล่าวหรือเตือนให้ปฏิบัติตน ให้ถูกต้องตามคำแนะนำที่ได้รับ	4.27	0.87	มากที่สุด
14. เมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัย เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีคนที่สามารถช่วยแก้ปัญหา หรือข้อสงสัยให้ได้	4.16	0.89	มาก
15. มีคนคอยให้คำแนะนำและเสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต	4.11	0.95	มาก
<b>การได้รับการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</b>			
16. ได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ	4.10	1.10	มาก
17. ปัจจุบันยังไปมาหาสู่กับคนอื่น ๆ ปกติ	4.22	1.06	มากที่สุด
18. มีโอกาสให้ความคิดเห็น หรือตัดสินใจร่วมกับคนอื่น ๆ	4.08	1.05	มาก
19. ร่วมมือกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน เช่น งานตามประเพณี งานสังสรรค์หรืองานกิจกรรมทางศาสนา	3.93	1.22	มาก
รวม	3.99	0.74	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ ( $\bar{X} = 4.38$ ,  $SD = 0.82$ ) รองลงมา ได้รับความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพปัจจุบัน ( $\bar{X} = 4.34$ ,  $SD = 0.78$ ) มีคนเคยบอกกล่าวหรือเตือนให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำที่ได้รับ ( $\bar{X} = 4.27$ ,  $SD = 0.87$ ) และปัจจุบันยังไปมาหาสู่กับคนอื่น ๆ ปกติ ( $\bar{X} = 4.22$ ,  $SD = 1.06$ ) ส่วนข้ออื่นๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงมากที่สุด 3 ลำดับ คือ เมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัย เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีคนที่สามารถช่วยแก้ปัญหา หรือข้อสงสัยให้ได้ ( $\bar{X} = 4.16$ ,

SD = 0.89) รองลงมา มีคนคอยให้คำแนะนำและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ( $\bar{X} = 4.11$ , SD = 0.95) และได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ( $\bar{X} = 4.10$ , SD = 1.10) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เมื่อคนใกล้ชิดมีปัญหาจะมาขอคำปรึกษา คำแนะนำหรือความช่วยเหลือ ( $\bar{X} = 3.57$ , SD = 1.34)

#### ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

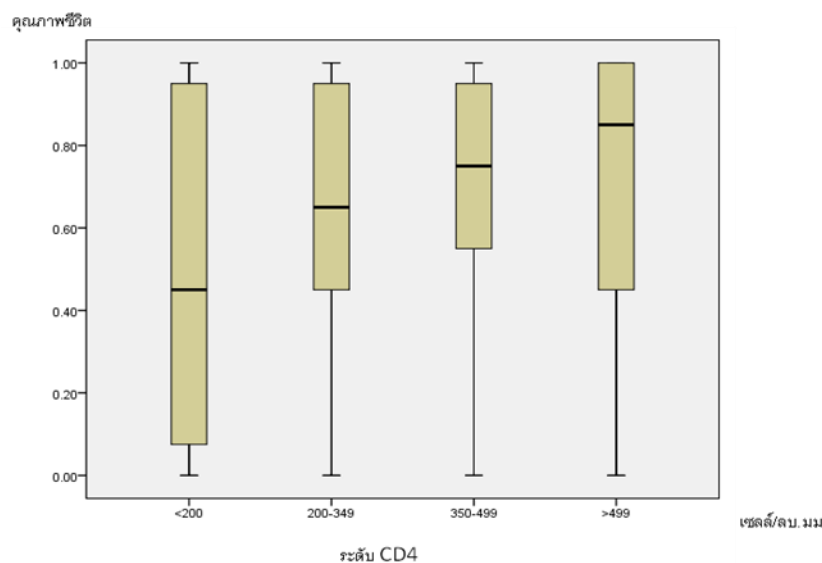
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด จำแนกตามวิธีการประเมินคุณภาพชีวิต

วิธีประเมินคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$ (SD)	95%CI	Median	Min	Max
1. Standard gamble (SG)	0.63 (0.35)	0.59 - 0.67	0.75	0.00	1.00
2. Visual analogue scale (VAS)	0.78 (0.14)	0.77 - 0.80	0.80	0.20	1.00

จากตารางที่ 9 พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี (SG) ได้ค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ย เท่ากับ 0.63 ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.59-0.67 ค่ามัธยฐาน 0.75 ค่าต่ำสุด 0 สูงสุด 1 ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี (VAS) ได้ค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ย เท่ากับ 0.78 ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.77 - 0.80 ค่ามัธยฐาน 0.80 ค่าต่ำสุด 0.20 สูงสุด 1

ตารางที่ 10 คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตาม ระดับ CD4 ประเมินด้วยวิธี (SG)

ระดับ CD 4 (เซลล์ /ลบ.มม.)	กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาต้านไวรัส			กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด		
	จำนวน	คุณภาพชีวิต		จำนวน	คุณภาพชีวิต	
		Mean (SD)	95%CI		Mean (SD)	95%CI
<200	40	0.50 (0.38)	0.38-0.62	48	0.51 (0.38)	0.40-0.62
200-349	75	0.59 (0.36)	0.51-0.67	79	0.58 (0.36)	0.50-0.66
350-499	58	0.71 (0.29)	0.63-0.79	61	0.71 (0.29)	0.64-0.78
มากกว่า 499	90	0.70 (0.35)	0.62-0.77	96	0.68 (0.36)	0.60-0.75
รวม	263	0.64 (0.35)	0.60-0.68	284	0.63 (0.36)	0.59-0.67



ภาพที่ 3 แผนภาพกล่อง (Box plot) คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (n = 284)

จากตารางที่ 10 และแผนภาพกล่องภาพที่ 5 พบว่าเมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ประเมินด้วยวิธี (SG) ตามระดับ CD4 โดยภาพรวม และกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าโดยรวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับ CD4 <200, 200-349, 350-499 และตั้งแต่ 500 เซลล์/ลบ.มม.ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.51 (SD = 0.38), 0.58 (SD = 0.36), 0.71 (SD = 0.29) และ 0.68 (SD = 0.36) ตามลำดับ ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัส ผู้ที่มีระดับ CD4 <200, 200-349, 350-499 และตั้งแต่ 500 เซลล์/ลบ.มม.ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.50 (SD = 0.38), 0.59 (SD = 0.36), 0.71 (SD = 0.29) และ 0.70 (SD = 0.35) ตามลำดับ

### ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยใช้สถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) และในการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังนี้

1. ตัวแปรตามเป็น Interval/ ratio scale ในที่นี้คือค่าคุณภาพชีวิตมีระดับการวัดเป็น Interval scale มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1

2. ตัวแปรต้นเป็น Interval/ ratio scale หรือเป็นตัวแปรหุ่น Dummy variable ตัวแปรต้นมีทั้งหมด 9 ตัว แต่ละตัวมีระดับการวัดดังในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การจัดระดับการวัดของตัวแปรและการให้รหัสตัวแปรหุ่น

ตัวแปร	ระดับการวัด	ตัวแปรหุ่น
1. สถานภาพสมรส	Nominal scales	0 = โสด 1 = สมรสหรือหม้าย หย่า แยก
2. ระดับการศึกษา	Ordinal scale	0 = ประถมศึกษา 1 = สูงกว่าประถมศึกษา
3. รายได้	Ratio scales	
4. ระยะเวลาที่เป็นโรค	Ratio scale	
5. ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์	Ratio scales	
6. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส	Ratio scale	
7. ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	Nominal scales	(0 = ปกติ, 1 = มีอาการผิดปกติ)
8. ภาวะซึมเศร้า (คะแนน)	Interval scale	
9. แรงสนับสนุนทางสังคม	Interval scale	

3. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง การทำ scatter plot ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรที่ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิตได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม

4. ค่าคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ค่าเฉลี่ย = 0 และเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation ทดสอบจากการ Plot normal curve ของค่า residual พบว่า residual มีการกระจายแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย = 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.99 และจากการวิเคราะห์ค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.84 ซึ่งเข้าใกล้ 2 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน

5. ตัวแปรอิสระ  $x_i$  และ  $x_j$  ต้องอิสระกัน ไม่มี Multicollinearity โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้น

คู่ใดที่ความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า  $r < .85$ ) และไม่มีค่า Tolerance ของตัวแปรใด  $< .02$  รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 13

6. ไม่มี Multivariate outliers พิจารณาจากการกระจายของค่า Residual ทุกค่าอยู่ในช่วง  $\pm 3$  แสดงว่าไม่มี Multivariate outliers

7. ค่าแปรปรวนของ  $\epsilon$  คือ  $\sigma^2$  ซึ่งต้องคงที่ในทุกค่าของ X (Homoscedasticity) พิจารณาจากกราฟที่ plot ระหว่าง ค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน (ZRES) และค่ามาตรฐานของค่าทำนาย (ZPRED) การกระจายของจุดบนกราฟไม่มีลักษณะที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กัน รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง จุดอยู่ห่างจาก เส้น 0 ในลักษณะสมมาตรด้านบนและด้านล่าง

8. จำนวนกลุ่มตัวอย่างต้องมากพอ (20-50 คน ต่อ 1 ตัวแปรต้น) ในการศึกษาที่มีตัวแปรต้น 9 ตัว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 284 คน เฉลี่ย 32 คนต่อ 1 ตัวแปรต้น

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (n = 284)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต	
	r	p (one-tailed)
สถานภาพสมรส (0 = โสด, 1 = สมรสหรือหม้าย หย่า แยก)	.13*	.01
ระดับการศึกษา (0 = ประถมศึกษา, 1 = สูงกว่าประถมศึกษา)	-.01*	.41
รายได้ (บาทต่อเดือน)	.11	.03
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)	-.06	.16
ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (เซลล์/ ลบ.มม.)	.16	<.01
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (ปี)	.02	.38
ภาวะสุขภาพ (0 = ปกติ, 1 = มีอาการผิดปกติ)	-.12*	.02
ภาวะซึมเศร้า (คะแนน)	-.32	<.01
แรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนน)	.20	<.01

หมายเหตุ \* Point biserial correlation coefficient

จากตารางที่ 12 พบว่า เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้ค่า



คุณภาพชีวิตที่ประเมินด้วยวิธี Standard gamble (SG) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ( $r = -.32, p < .01$ ) สถานภาพสมรส ( $r = .13, p = .01$ ) ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ ( $r = .16, p < .01$ ) รายได้ ( $r = .11, p = .03$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม ( $r = .20, p < .01$ ) และภาวะสุขภาพ ( $r = -.12, p = .02$ )

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ( $n = 284$ )

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t	p-value
ภาวะซึมเศร้า	-.256	-.306	-5.49	<.01
ปริมาณ CD4 ต่อ 100 เซลล์	.021	.142	2.54	.01
สถานภาพสมรส	.116	.129	2.32	.02

ค่าคงที่ = 0.538  $R^2 = .137$   $F = 14.785$   $p\text{-value} < .01$

จากตารางที่ 13 เมื่อนำตัวแปรต้นทุกตัวเข้าไปวิเคราะห์ใน โมเดลด้วยวิธีวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยโปรแกรมจะนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญ  $< .10$  เข้าในโมเดล ผลการวิเคราะห์ได้โมเดลทั้งหมด 3 โมเดล ในโมเดลสุดท้ายพบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนค่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คือ ภาวะซึมเศร้า ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ และสถานภาพสมรส โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 13.7 ( $R^2 = .137, F = 14.79, p\text{-value} < .01$ ) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ -0.2565, 0.0208 และ 0.1161 ตามลำดับ หมายความว่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ค่าคุณภาพชีวิตจะลดลง 0.2565 หรือเมื่อปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์เพิ่มขึ้น 100 เซลล์/ ลบ.มม. ค่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จะเพิ่มขึ้น 0.0208 และผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสรวมทั้งผู้ที่เป็นหม้าย/ หย่า/ แยก จะมีคุณภาพชีวิตมากกว่าคน โสด .1161

จากตารางที่ 13 สามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_3 X_3 + \dots + b_n X_n$$

$$Y_{\text{utility}} = b_0 + b_{\text{Depression}} X_{\text{Depression}} + b_{\text{CD4}_{100}} X_{\text{CD4}_{100}} + b_{\text{Status}} X_{\text{Status}}$$

แทนค่าในสูตร

$$Y_{\text{utility}} = .538 + (-.256)X_{\text{Depression}} + .021X_{\text{CD4}_{100}} + .116 X_{\text{Status}}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{utility}} = -.306 Z_{\text{Depression}} + .142 Z_{\text{CD4}_{100}} + .129 Z_{\text{Status}}$$

ในที่นี้

$Y_{\text{utility}}$  = ตัวแปรตาม (คุณภาพชีวิต)

$b_0$  = ค่าคงที่

$b_1, b_2, b_3$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression coefficient)

$X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$  = คะแนนของตัวแปรอิสระตัวที่ 1, 2, ..., n

Utility = ค่าคะแนนคุณภาพชีวิต

Depression = ภาวะซึมเศร้า

CD4\_100 = ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ต่อ 100 เซลล์

Status = สถานภาพสมรส

**ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard gamble (SG) กับวิธี Visual analogue scale (VAS) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ด้วยสถิติที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired Sample t-test)**

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตเมื่อประเมินด้วยวิธี Standard Gamble (SG) กับวิธี Visual Analogue Scale (VAS) ด้วยสถิติค่าที่ไม่อิสระต่อกัน (n = 284)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	t	p (one- tailed)
1. Standard Gamble (SG)	0.63	0.35	0.15	-7.700	<.01
2. Visual analogue scale (VAS)	0.78	0.14			

จากตารางที่ 14 พบว่าเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
ที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี SG เท่ากับ  $\bar{X}=0.63$ ,  $SD = 0.35$  และเมื่อประเมินด้วยวิธี VAS เท่ากับ  
 $\bar{X}=0.78$ ,  $SD = 0.14$  ซึ่งพบว่าการประเมินด้วยวิธี VAS ให้ค่าอรรถประโยชน์สูงกว่าการประเมิน  
ด้วยวิธี SG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$  ( $\bar{d} = 0.15$ ,  $SD = 0.35$ ,  $t = -7.70$ ,  $p < .01$ )

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี มีจำนวน 284 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพด้านร่างกาย แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired samples t-test) และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ผลการวิเคราะห์ พบว่า

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.53 มีอายุอยู่ระหว่าง 41- 60 ปี (ร้อยละ 51.06) อายุเฉลี่ย 40.05 ปี (SD = 9.82 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 49.30) รองลงมาในระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. (ร้อยละ 36.97) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 26.05) รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 6,001 - 9,000 บาท (ร้อยละ 24.30) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,676.41 บาท (SD = 6,547.98 บาท) ระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 1-3 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 32.75) รองลงมาอยู่ในช่วง 4-6 ปี (ร้อยละ 30.99) ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 6.15 ปี (SD = 4.49 ปี) มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ ตั้งแต่ 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 33.80) รองลงมา มี CD4 อยู่ในช่วง 200-349 เซลล์ต่อลบ.มม. (ร้อยละ 27.82) ปริมาณ CD4 เฉลี่ย 424.37 เซลล์ต่อลบ.มม. (SD = 243.65 เซลล์/ลบ.มม.) ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัส (ร้อยละ 92.60) ในจำนวนนี้ได้รับยาต้านไวรัสในช่วงระยะเวลา 1-3 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 45.77) รองลงมาได้รับยาต้านไวรัสในช่วงระยะเวลา 4-6 ปี (ร้อยละ 25.00) ภาวะสุขภาพร่างกายในปัจจุบันมีอาการปกติ ร้อยละ 29.58 ในจำนวนนี้มีอาการฟื้นคืนมากที่สุด (ร้อยละ 47.62) รองลงมา คืออาการอ่อนเพลีย (ร้อยละ 35.71) ในปีที่ผ่านมา มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ ร้อยละ 48.24 โดยในจำนวนนี้เป็นเชื้อรา (ฝ้าขาว) ในช่องปาก หลอดอาหาร หรือช่องคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 49.63) รองลงมา เป็นวัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด (ร้อยละ 22.63)

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในภาพรวมการประเมินคุณภาพชีวิต วิธี Standard Gamble (SG) ได้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.63 (SD = 0.35) ส่วนการประเมินคุณภาพ

ชีวิต วิธี Visual Analogue Scale (VAS) ได้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.78 (SD = 0.14) เมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตตามระดับ CD4 โดยภาพรวม และเฉพาะกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับ CD4 สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับ CD4 ต่ำ ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัส ผู้ที่มีระดับ CD4 <200, 200-349, 350-499 และตั้งแต่ 500 เซลล์ต่อลบ.มม.ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.50 (SD = 0.38), 0.59 (SD = 0.36), 0.71 (SD = 0.29) และ 0.70 (SD = 0.35) ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับเมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมทุกคน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $\leq .05$  ได้แก่ สถานภาพสมรส ( $r = .13$ ) รายได้ต่อเดือน ( $r = .11$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม ( $r = .20$ ) ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ ( $r = .16$ ) ภาวะซึมเศร้า ( $r = .32$ ) และภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่มีอาการผิดปกติ ( $r = -.12$ ) และพบว่าภาวะซึมเศร้า ( $b = -.26$ ) ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ ( $b = .02$ ) และสถานภาพสมรส ( $b = .12$ ) สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ร้อยละ 13.70 ( $R^2 = .137$ ,  $F = 14.79$ ,  $p\text{-value} < .01$ ) ซึ่งสามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{utility}} = 0.538 + (-.256)X_{\text{Depression}} + .021X_{\text{CD4-100}} + .116 X_{\text{Status}}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{utility}} = -.306 Z_{\text{Depression}} + .142 Z_{\text{CD4-100}} + .129 Z_{\text{Status}}$$

ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard Gamble (SG) กับวิธี Visual Analogue Scale (VAS) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี (SG) ( $\bar{X} = 0.63$ ,  $SD = 0.35$ ) แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี (VAS) ( $\bar{X} = 0.78$ ,  $SD = 0.14$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ยเท่ากับ ( $\bar{X} = 0.63$ ,  $SD = 0.35$ ) เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี

(SG) สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่มีการสังเคราะห์งานวิจัย ตั้งแต่ปี 2541- 2554 (ลาวัลย์ กิรุ่งเรืองกุล, 2547; ณัฐชยา ช้อนขำ, ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิลมานัต, 2551; กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552; รອງรัตน์ ชนะจน, 2551; พิทยา จารุพูนผล, 2552; สันติน นวนพรัตน์สกุล, 2550; ยูภาพรธม มั่นกระโทก และคณะ, 2553; เนตรรัตน์ อินทร์รองพล, 2553) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตโดยการให้คะแนนตามมิติของคุณภาพชีวิต หรือวิธีการศึกษาของ พรหมทิพา ศักดิ์ทอง (2554) ที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี SG หรือ ยูวดี ลีลัคณาวิระ (2552) ที่ประเมินด้วยวิธี VAS พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังคงอยู่ที่ระดับปานกลาง ทั้ง ๆ ที่ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสอย่างทั่วถึงและการยอมรับในสังคมก็มากขึ้น แต่คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อก็ยังคงอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนักทั้งนี้อาจเป็นเพราะคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินจากการรับรู้ของบุคคลถึงความเป็นปกติสุขของตนเองที่ดี ความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ในขณะนั้น เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่หายขาดและยังอาจถูกตีตราจากสังคม ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาดูแลเป็นอย่างดีก็ยังไม่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ได้ ประกอบกับมีกลุ่มตัวอย่างบางคนยังมีความผิดปกติ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เช่น จากภาวะแทรกซ้อนของโรคเอดส์เช่น เชื้อราในช่องปาก ร้อยละ 49.63 วันโรคที่ปอดหรือนอกปอด ร้อยละ 22.63 ริมหรืองูสวัด ร้อยละ 21.89 ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า

2.1 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่อิทธิพลมากที่สุด โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ค่าคุณภาพชีวิตจะลดลง 0.256 ( $b = -.256$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาคุณภาพชีวิตในครั้งนี้ประเมินเป็นค่าอรรถประโยชน์ ซึ่งเป็นการประเมินจากการรับรู้ถึง ความชอบ ความสุขและความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตในลักษณะที่เป็นจิตวิสัย (Testa & Simonson, 1996; Kimura & Silva, 2009) ภาวะความเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นความเครียดจึงมีผลมากต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับหลาย ๆ แนวคิดที่กล่าวว่าสุขภาพจิตเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญของคุณภาพชีวิต (Charles et al., 2012; Kimura & Silva, 2009; Skevington et al, 2004; The WHOQOL Group, 1998) สอดคล้องกับหลาย ๆ

การศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Charles et al., 2012; Hasanah et al, 2011; Reis et al., 2011)

2.2 ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าเชื้อเอชไอวี เป็นสาเหตุที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายโดยเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดส่วนที่ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ที่สำคัญคือเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4<sup>+</sup> T-lymphocyte) ซึ่งพบว่าจำนวน CD4 นี้มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อระดับความรุนแรงของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพทางกาย ทางจิตรวมทั้งด้านสังคมด้วย ดังนั้น จำนวน CD4 จึงมีความผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ( $b = .020$ ) อธิบายได้ว่าเมื่อปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์เพิ่มขึ้น 100 เซลล์ต่อลบ.มม. ค่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อจะเพิ่มขึ้น 0.020 สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาสุข ลิ้มรัตนพิมพา (2551) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิต คือระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4) และอีกหลาย ๆ การศึกษา (Campsmith, Nakashima, & Davidson, 2003; Ichikawa & Natpratan, 2006; Lopez-Bastida, Oliva-Moreno, Perestelo-Perez, & Serrano-Aguilar, 2009; Razera, Ferreira, & Bonamigo, 2008)

2.3 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ โดยพบว่าผู้ติดเชื้อฯ ที่มีสถานภาพสมรสคู่ รวมทั้งผู้ที่เป็นหม้าย หย่า/แยก มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่เป็นโสด อธิบายได้ดังนี้ การมีคู่สมรสช่วยให้ผู้ติดเชื้อฯ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้จึงทำให้บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดูแลตนเองได้ดี ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ (สุดารัตน์ วรรณสาร, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศดานันท์ ปิยกุล (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสถานภาพโสด หม้ายหย่า แยก นอกจากนี้จากการศึกษาของ จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร (2550) พบว่า สถานภาพสมรส (เดี่ยว) มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิต ในการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาที่กล่าวมาคือในการศึกษานี้ผู้ติดเชื้อฯ ที่เป็นหม้าย หย่า/ แยก มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่เป็น โสด ดังนั้นในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้รวมไว้กับกลุ่มที่สมรส อธิบายได้ว่าแม้ว่าผู้ติดเชื้อฯ กลุ่มนี้จะไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยแต่ก็ยังมีบุตรที่คอยดูแลหรือเป็นกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ในรายที่เป็นหม้ายและไม่ มีบุตรอาจจะรู้สึกหมดกำลังใจที่ไม่ต้องคอยดูแลคู่สมรสที่อาจจะติดเชื้อเอชไอวีเช่นเดียวกับตน

2.4 รายได้มีความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมมีผลโดยรวมแต่ไม่มีผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิต (Vidrine, Amick, Gritz, & Arduino, 2005) และการศึกษาที่ศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ช่วยลดภาระด้านค่าใช้จ่ายของผู้ติดเชื้อและครอบครัว สามารถนำรายได้ที่มีอยู่ไปจัดหาสิ่งที่จำเป็น พื้นฐานที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอาจมีลักษณะที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่แตกต่างกันมากนักเพราะอยู่ในบริบทของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเพียงโรงพยาบาลเดียว จึงทำให้พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตในระดับที่ต่ำ เมื่อถูกควบคุมด้วยปัจจัยอื่น ๆ รายได้จึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

2.5 ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่มีอาการผิดปกติ มีสัมพันธ์แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการของโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งมีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกไม่สบาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Testa & Simonson, 1996) บุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Ferrans & Power, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ แก้วปาน และ สุรินทร์ สืบซึ่ง (2549) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในคลินิกเอดส์ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติวรรณ จันคามิ (2550), Tangkawanich et al. (2008) แต่พบว่าภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่มีอาการผิดปกติไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ อาจเป็นเพราะความผิดปกติที่พบในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้พบน้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดและเป็นอาการที่ไม่รุนแรง เช่น มีผื่นคัน หรือรู้สึกอ่อนเพลีย จึงทำให้ความสัมพันธ์ที่พบมีระดับต่ำจนไม่สามารถเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hasanah et al. (2011) ที่พบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าด้านร่างกาย

2.6 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้ง



ไว้อธิบายได้ว่า การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้ระดับ CD4 สูงขึ้นมากกว่า 50 เซลล์ต่อลบ.มม. หรือร้อยละ 30 หลังจากได้รับยาไปแล้วนาน 1 ปีและลดปริมาณไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ หรือพบน้อยกว่า 50 copies/ml (ประณีต สังวัฒนา, 2554) จะทำให้ลดอัตราป่วยจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมาก ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ได้ยาต้านไวรัสจะมีอาการทางกาย ทางจิตใจ และการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 3 เดือน และจะดีขึ้นจนคงที่เมื่อรักษาได้ประมาณ 1 ปี (Beard et al., 2009) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัส (ร้อยละ 92.60) ที่ได้รับยามานานกว่า 6 เดือน ประกอบกับไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง จึงทำให้ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

2.7 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลและการทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่ายังมีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากกระบวนการรับรู้ของบุคคล ที่ส่งผลช่วยประคับประคองจิตใจ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียดในชีวิต (Shaefer et al., 1981) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bekele et al. (2012) ที่พบว่า การรับรู้ว่าตนเองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผลทางอ้อมคือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับอีกหลายการศึกษาอื่นที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ยูภาพรณ มั่นกระโทก และคณะ, 2553; Tangkawanich et al., 2008; Charles et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าการมีกลุ่มสนับสนุนช่วยลดการรับรู้ความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ชนกพร ศรีประสาร และคณะ, 2551) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ไม่แตกต่างกันมากนักคือได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านวัตถุประสงค์ของ เงิน และบริการ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และ ด้านอารมณ์ ความสัมพันธ์ที่พบจึงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำเมื่อควบคุมอิทธิพลโดยปัจจัยอื่น จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้

2.8 ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

อธิบายได้ว่าในการศึกษานี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยที่สุดคือ 1 ปี ซึ่งเป็นอาจเป็นช่วงเวลาที่ผู้ติดเชื้อฯ สามารถปรับตัวได้แล้ว ประกอบกับผู้ติดเชื้อฯ มากกว่าร้อยละ 60 มีระยะเวลาการติดเชื้อมานานน้อยกว่า 6 ปี ซึ่งสามารถเข้าถึงการได้รับยาต้านไวรัสเร็วกว่าในอดีต ทำให้ไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AID-related illness) ทำให้ระยะเวลาการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ทงศิริกูรศิริ (2551; อ้างถึงใน ถนอมจิตต์ ควนค่วน และกรรณา ลิมเจริญ, 2552) พบว่า ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของสุดารัตน์ วรรณสาร (2541) พบว่าผู้ที่ติดเชื้อที่ทราบผลการติดเชื้อมานานจะมีความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ถนอมจิตต์ ควนค่วน และกรรณา ลิมเจริญ (2552) ที่พบว่าระยะเวลาของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและระยะเวลาที่เป็นโรคอาจเกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ของการรับประทานยาต้านไวรัส หรือ โรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

2.9 ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และขัดแย้งกับคำกล่าวที่ว่าการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้และเรียนรู้ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการปฏิบัติตน ระดับการศึกษาของบุคคลจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและสุขภาพอนามัย (Pender, 1987) และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษา การดูแลตนเองตลอดจนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Orem, 1985) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการศึกษานี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับความรู้ และคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และมีคนเคยบอกกล่าวหรือเตือนให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำที่ได้รับตลอดจน ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจรักษาโรคและช่วยเหลือที่จำเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด ทำให้เกิดการรับรู้และเรียนรู้ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองจากโรคเอดส์ จึงทำให้ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชยา ช้อนขำ, ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิมนานต์ (2551) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

3. ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard Gamble (SG) กับวิธี Visual Analogue Scale (VAS) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี SG ค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ยเท่ากับ 0.63 (SD = 0.35) แต่เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี VAS ได้ค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ย

เท่ากับ 0.78 (SD = 0.14) ซึ่งพบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี VAS มีค่าคะแนน อรรถประโยชน์เฉลี่ย สูงกว่าการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี SG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$  ( $\bar{d} = 0.15$ ,  $t = -7.70$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยของ Sakthong et al. (2009) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ รพ.บาราศนราคร พบว่าค่าอรรถประโยชน์เมื่อประเมินด้วย VAS เท่ากับ 0.79 (95% CI = 0.76 – 0.82) เมื่อประเมินด้วย SG เท่ากับ 0.65 (95% CI = 0.60 – 0.70) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการประเมินด้วยวิธี SG จะให้ค่าคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าการประเมินด้วย VAS (Tengs & Lin, 2002) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการประเมินด้วย VAS ในประเทศไทยผู้ตอบมีความกลัวคะแนน 0.00 ซึ่งหมายถึงความตาย (พรรณทิพาศักดิ์ทอง, 2554) ซึ่งพบว่าการศึกษานี้ค่าคุณภาพชีวิตต่ำสุดที่ประเมินด้วยวิธีนี้เท่ากับ 0.20 และค่าต่ำสุดเมื่อประเมินด้วยวิธี SG เท่ากับ 0.00 ซึ่งพบถึงร้อยละ 16.2 จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ประเมินด้วย VAS สูงกว่าเมื่อประเมินด้วยวิธี SG

นอกจากนี้ยังพบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี SG มีความเหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง ดังเช่นในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพดีสามารถประกอบอาชีพและทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งไม่พบว่าผู้ป่วยมีความลำบากใจที่จะเลือกคำตอบระหว่างการมีชีวิตรูปแบบติดเชื้อเอชไอวีเหมือนที่เป็นอยู่ หรือเลือกที่จะรักษาให้หายขาดโดยมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตอยู่ด้วย ซึ่งถึงแม้จะใช้เวลาในการประเมินนานกว่าวิธี VAS แต่ก็ให้ค่าอรรถประโยชน์ที่ตรงกว่า

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้า ปริมาณเม็ดเลือดขาว ซีดีโฟลิมโฟไซต์ และสถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นจึงสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้เกิดความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดังนี้

- 1.1 ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ดียิ่งขึ้น โดยมีกิจกรรมประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าในคลินิก หากพบความผิดปกติควรส่งพบผู้ให้การรักษา

หรือให้การรักษาในผู้ที่มีความผิดปกติรุนแรงอย่างทันทั่วถึงเพื่อลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

1.2 ส่งเสริมสุขภาพกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีระดับ ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์สูงยิ่งขึ้น เน้นเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การลดโอกาสเสี่ยงที่จะรับเชื้อเพิ่ม และเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว และการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.3 ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้น โดยจัดกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ ในคนโสดหากไม่มีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ควรเน้นการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้า ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ และสถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นอาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลอ้างอิงในการจัดการเรียนการสอนนิสิตพยาบาล โดยเน้นการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม มีการประเมินปัญหาและสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา และการให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แบบรอบด้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ดีขึ้น

### 3. ด้านวิจัย

3.1 ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาตัวแปรต้นทั้งหมด 9 ตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนค่าคุณภาพชีวิตได้เพียงร้อยละ 13.7 ดังนั้นควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยการศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนแล้วจึงนำปัจจัยนั้นมาศึกษาเพิ่มเติมในเชิงปริมาณ และควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงอิทธิพลของตัวแปรมากขึ้น เช่น ศึกษาทั้งในกลุ่มที่เป็นสมาชิกกลุ่ม และไม่เป็นกลุ่มที่เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อของตนเองและไม่เปิดเผย กลุ่มที่เพิ่งติดเชื้อและติดเชื้อมานานแล้ว กลุ่มที่กำลังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและกลุ่มที่แข็งแรง เป็นต้น

3.2 การศึกษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากอดีตถึงปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องควรมีการประเมินผลลัพธ์การให้บริการและวิธีการดูแลผู้ป่วย ด้วยการประเมินคุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับตัวชี้วัดอื่น ๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตถือเป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์สุดท้ายที่การให้บริการต่าง ๆ ต้องพิสูจน์คุณค่า ซึ่งอาจประเมินด้วยการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล หรือต้นทุน-อรรถประโยชน์ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังกล่าวมาสามารถนำผลลัพธ์ไปเปรียบเทียบกับมาตรการอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายต่อไป

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ให้การศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- \_\_\_\_\_. (2546). *ภาวะซึมเศร้า*. วันที่ค้นข้อมูล 10 ธันวาคม 2555, เข้าถึงได้จาก [www.tsu.ac.th/mou/files/linkfiles/s/11.doc](http://www.tsu.ac.th/mou/files/linkfiles/s/11.doc)
- \_\_\_\_\_. (2546). *คู่มือการให้การศึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน. (2541). *ผลการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานันต์. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้าน ไวรัสในโรงพยาบาลสงขลา*. *วารสารโรคเอดส์*, 22(1), 23-29.
- เกียรติ รักรุ่งธรรม. (2555). *วิวัฒนาการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ*. ใน *สรุปประเด็นสำคัญในการเสวนาเอดส์ ครั้งที่ 3*. วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤษภาคม 2555. เข้าถึงได้จาก <http://www.redcross.or.th/node/15421>
- จุรีรัตน์ บวรวัฒนวงศ์. (2554). *เอดส์ไทย 2011: อันตรายแอบแฝงมากกว่าที่คิด*. ใน *รายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 13 วันที่ 29-31 มีนาคม 2554 ณ อิมแพคเมืองทองธานี*. (หน้า 247-248). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทนา บุญเดชะและสมพร เนติรัฐกร. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดสมุทรสงคราม*. *วารสารโรคเอดส์*, 19(2), 102-113.
- ชนกพร ศรีประสารา. (2551). *ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ขณะได้รับยาด้านไวรัส*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชุตีวรรณ จันคามิ. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คำนึงชีวิตากับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัส ระดับชาติ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชุมพล วรชรากุล และกรรณิการ์ ใจตรง. (2550). ผลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับยาต้านไวรัส. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 14(4), 78-86.
- ณัฐชา ช้อนขำ, ประณีต ส่องวัฒนา และกิตติกร นิลมานัต. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง. *วารสารโรคเอดส์*, 20(1), 45-57.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึ่มเศร่ารักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2555). *ภาวะซึ่มเศร่า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ถนอมจิตต์ ดวนคว้น และกรรณา ลิ้มเจริญ. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร. *วารสารควบคุมโรค*, 35(3), 176-186.
- ชรณินทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, พุระหงษ์ ไชยพันธ์โท และสิริธร บุตรวงศ์, (2549). *การประเมินโรคซึ่มเศร่า : การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ชรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณไพศาล, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวท, รุ่งมณี ยิ่งยง, สักดา ขำคม, ศิริจันทร์ สุขใจ และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2550). *การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึ่มเศร่า 9 คำถาม ภาษาอีสาน: การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 6 ประจำปี 2550*. กรุงเทพฯ.
- นิสารัตน์ เขตววรรณ. (2543 ). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึ่มเศร่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนตรนภา อินทร์รองพล. (2553). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัสจังหวัดชัยนาท*. การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). *วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประณีต ส่งวัฒนา, ประนอม หนูเพชร และพัชรียา ไชยลังกา. (2549). *กระบวนการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผลกระทบระยะยาวทางพฤติกรรม สังคมและเศรษฐกิจ: การศึกษาระยะที่ 1 ภาคใต้รายงานวิจัยสงขลา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- \_\_\_\_\_. (2551). *ภาวะสุขภาพและผลกระทบด้านพฤติกรรม สังคมและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา. วารสาร โรคเอดส์. 20(4), 192-212.*
- ประณีต ส่งวัฒนา. (2554). *การพยาบาลขั้นสูงสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในยุคยาต้านไวรัส. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*
- ปาริชาติ ไชยสลิ. (2549). *ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ปริมวิชญา อินตะกัน. (2551). *คุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ คลินิกพิเศษโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย. (2536). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ผาสุข ลีมรัตน์พิมพ์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ. (2555). *คำแนะนำในการรักษาการติดเชื้อ HIV/AIDS. วันที่ค้นข้อมูล วันที่ 10 ธันวาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://rxrama.com/article007.html>*
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- พิทยา จารุพูนผล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, สิริทัย จารุพูนผล และ โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสาธารณสุข, ฉบับที่ Special Issue on 60th Anniversary of Faculty of Public Health Mahidol University, 91-103.*
- เพ็ญศรี วงษ์พุ่ม. (2545). *ตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

- กรภัทร อุ่มโธ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มาลัย พัฒนา. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้ บริการโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย*. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาโนช หล่อตระกูล. *โรคซึมเศร้า ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี*. วันที่ค้นข้อมูล 29 ธันวาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th/depression/depress1.asp>
- ยุพา วงษ์มุล. (2551). *ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ เข้ารับการรักษาในศูนย์มะเร็งลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุภาพรรณ มั่นกระโทก, วิทยา กุลสมบูรณ์ และหทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด นครราชสีมา*. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา, 16(6), 25-42.
- ยุวดี ลีลัคณาวิระ. (2552). *การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การบริการพื้นฐานการให้คำปรึกษาและ ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์คณบดีบัณฑิต, สาขาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รองรัตน์ ชนะจน. (2551). *คุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอดส์ในจังหวัดอุดรดิษฐ์*. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุดรดิษฐ์.
- ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล. (2547). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.



- วรรณชัย คำป่าแลว. (2545). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชมรมผู้ติดเชื้ออำเภอเมือง จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา สาขารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ่ง. (2549). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในคลินิกเอดส์ จังหวัดปราจีนบุรี*. *วารสารวิชาการเขต 12*, 17(4), 27-38.
- วัลลภา กรุฑแก้ว. (2540). *ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล. (2552). *หลักการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ การจัดสรรปันส่วนอย่างสมเหตุสมผล โดยใช้ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์และความต้องการ มาตรฐานในระเบียบวิธีการศึกษา*. ในอุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระพัฒนานนท์, สิริพร คงพิทยาศัย และ เนติ สุขสมบูรณ์ (บรรณาธิการ), *คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้าน สุขภาพสำหรับประเทศไทย*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ศดานันท์ ปิยกุล. (2542). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย. (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สรกิจ ภาศิษฏธรรม. (2555). *ปัญหาด้านนโยบายและงบประมาณ*. ใน *สรุปประเด็นสำคัญในการ เสนวนาเอดส์ ครั้งที่ 3 วันที่ 23 มกราคม 2555 ณ อาคาร อปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤษภาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.redcross.or.th/node/15421>
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึ่มเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- \_\_\_\_\_. (2548). *โรคเอดส์ : อาการทางจิตเวชและการรักษา*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สเปญ อุ๋นอองค์. (2549). *โรคซึ่มเศร้า*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์รามาริบัติ คณะแพทย ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดารัตน์ วรรณสาร. (2541). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลเวียงพิงค์*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศตรมหาบัณฑิต, สาขาส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุภาวดี เนติเมธี. (2547). *ความหวัง พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรางค์รัตน์ สุรงค์พิตร, วารุณี ฟองแก้ว และพิกุล นันทชัยพันธ์. (2547). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุดจิตร แก้วมณี ,ประณีต ส่งวัฒนาและอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2549). *อาการและการจัดการกับอาการของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้*. *วารสารโรคเอดส์*, 18(1), 42- 45.
- สุสันหา ชีมรัมย์. (2546). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ในภาคเหนือประเทศไทย : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- สันติ นวนพรัตน์สกุล. (2550). *คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของคลินิกศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากลี*. *สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร*, 4 (3), 656-671.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2555). *ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ: งานควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2555). *การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค*. ใน *คู่มือบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สำนักกระบาดวิทยา. (2554). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ปี 2552-2554*. วันที่ค้นข้อมูล 10 ธันวาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=68>
- \_\_\_\_\_. (2555). *สถานการณ์ปัญหาเอดส์ระดับโลก*. วันที่ค้นข้อมูล 10 ธันวาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1267>
- สำนักกระบาดโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2554). *ชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง (HIV/AIDS Treatment Literacy)*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2548). *เอดส์ เรียนรู้ และเข้าใจ*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.

- อภิชาติ กันฐ. (2548). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอดส์ คลินิกรับยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์  
ใน การสัมมนาเรื่อง โรคเอดส์ ครั้งที่ 10, วันที่ 13-15 กรกฎาคม 2548, กรมควบคุมโรค,  
กระทรวงสาธารณสุข.
- อุสา โถหิน้ง. (2553). ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์  
จังหวัดเชียงราย. *วารสาร โรคเอดส์*, 22(4), 213-223.
- อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์. (2541). การเฝ้าระวังด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพุทธ  
ศาสนา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี อวิสิณานนท์. (2555). ปัญหาอุปสรรค ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อในประเทศไทย. ใน *สรุป  
ประเด็นสำคัญในการเสวนาเอดส์ ครั้งที่ 3*. วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤษภาคม 2555, เข้าถึงได้  
จาก <http://www.redcross.or.th/node/15421>
- Beard, J., Feeley, F., & Rosen, S. (2009). Economic and quality of life outcomes of antiretroviral  
therapy for HIV/AIDS in developing countries: a systematic literature review. *AIDS  
Care*, 21(11), 1343-1356.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Philadelphia:  
University of Pennsylvania.
- Beck, A. T., A. J. Rush, B. F. Shaw, and D. (1979). *Emery. Cognitive Therapy of Depression*.  
New York: Guilford.
- Bekele, T., Rourke, S. B., Tucker, R., Greene, S., Sobota, M., Koornstra, J. (2012). Direct  
and indirect effects of perceived social support on health-related quality of life in  
persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*.
- Brown, J. D., & Lawton, M. (1986). Stress and well-being in adolescence: The moderating role of  
physical exercise. *Journal of Human Stress*, 12, 125-131.
- Buseh, A. G., Kelber, S. T., Stevens, P. E, & Park, C. G. (2008). Relationship of symptoms,  
perceived health and stigma with quality with life among urban HIV- infected African  
American men. *Public Health Nursing*, 25(5), 409-419.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*. 31, 117-124.
- Campsmith, M. L., Nakashima, A. K., & Davidson, A. J. (2003). Self-reported health-related  
quality of life in persons with HIV infection: results from a multi-site interview  
project. *Health Qual Life Outcomes*, 1,12.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008, December 5). Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged <18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to <13 years. *MMWR. Recommendations and reports 57: Morbidity and mortality weekly report*. Retrieved December 10, 2012, from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a1.htm>
- Charles, B., Jeyaseelan, L., Pandian, A. K., Sam, A. E., Thenmozhi, M., & Jayaseelan, V. (2012). Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India - a community based cross sectional study. *BMC Public Health, 12*, 463.
- Cobb, S. L. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.
- Cochran, W. G. (1997). *Sampling technique* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Wiley.
- Dinkmeyer, D., & Sperry, L. (2000). *Counseling and Psychotherapy. An integrated, individual psychology approach* (3<sup>rd</sup> ed.). Upper Saddle Rian: N. J. Prentice Hall.
- Donlou, J. N., Wolcott, D. L., Gottlieb, M. S., & Landsverk, J. (1985). Psychosocial aspects of AIDS-relate complex: A pilot study. *Journal of Psychosocial Oncology, 3*, 39-55.
- Drummond, M., & McGuire, A. (2001). *Economic Evaluation in Health Care Merging Theory with Practice*. New York: Oxford University Press Inc.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. w., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. New York: Oxford University.
- Ferrans, C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 17*(3), 15-19.
- \_\_\_\_\_. (1997). Development of a conceptual model of quality of life. *Research and Theory for Nursing Practice, 10*(3), 293-304.
- Ferrans, C. E. & Power, M. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances In Nursing Science, 8*(1), 15-24.
- \_\_\_\_\_. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health, 15*, 29-28.

- Ferrel, R. B., Dow, K. H., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long term cancer survivors. *Oncology of Nursing Forum*, 22(6), 915-922.
- Flanagan, J. C. (1982). *Measurement of Quality of Life*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Frank-Stromborg, M. (1984 ). Selecting an instruments to measure quality of life. *Once Nurse Forum*, 11(5), 88-91.
- Gallo, D., J., George, R., Fitchen , J. H., Goldstein, A. S., & Hindahl, M. S. (1997). Evaluation of a system using oral mucosal transudate for HIV-1 antibody screening and confirmatory testing. *The Journal of the American Medical Association*. 277(3): 254-258.
- Gore-Felton, C., Koopman, C. Spiegel, D., Vosvick, M., Brondino, M., & Winningham, A. (2006). Effects of quality of and copeing on depression among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 711-729.
- Hasanah, C. I., Zaliha, A. R., & Mahiran, M. (2011). Factors influencing the quality of life in patients with HIV in Malaysia. *Qual Life Res*, 20(1), 91-100.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*, Reading Mass. California: Addison-Wesley.
- Ichikawa M, & Natpratan C. (2549). Perceived social environment and quality of life among people living with HIV/AIDS in northern Thailand. *AIDS Care*, 18, 128-132.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support: Aging from birth to Death. In Riley, M. W. (Ed.), *Interdisciplinary Perspectives* (pp.71-91). Colorado: Westview Press.
- Kimura, M., & Silva, J. (2009). Ferrans and Powers quality of life index. *Rev Esc Enferm USP*, 43(Spe), 1096-1102.
- Lopez-Bastida, J., Oliva-Moreno, J., Perestelo-Perez, L., & Serrano-Aguilar, P. (2009). The economic costs and health-related quality of life of people with HIV/AIDS in the Canary Islands, Spain. *BMC Health Serv Res*, 9, 55.
- Mario, L. B., & Kooser, J. A. (1981). The psychosocial care of cancers and their families: Periods of high risk. In Mario, L. B., & St. Louis , *Cancer Nursing*. The C.V. Mosby.
- Mc Sweeny, A. J., & Creer, T. L. (1995). Health- related quality of life assessment. *Medical Care*, 12:6-7.

- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing Concepts of Practice* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill Book .
- Palmer, A. K., Duncan, K. C., Ayalew, B., Zhang, W., Tzemis, D., Lima, V. (2011). "The way I see it": the effect of stigma and depression on self-perceived body image among HIV-positive individuals on treatment in British Columbia, Canada. *AIDS Care*, 23(11), 1456-1466.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.
- \_\_\_\_\_. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3<sup>rd</sup> ed.). Connecticut. New York: Appleton & Lanqe.
- Razera, F., Ferreira, J., & Bonamigo, R. R. (2008). Factors associated with health-related quality-of-life in HIV-infected Brazilians. *Int J STD AIDS*, 19(8), 519-523.
- Reis, R. K., Haas, V. J., Santos, C. B., Teles, S. A., Galvao, M. T., & Gir, E. (2011). Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Rev Lat Am Enfermagem*, 19(4), 874-881.
- Sakthong, P., Schommer, J. C., Gross, C. R., Prasithsirikul, W., & Sakulbumrungsil, R. (2009). Health utilities in patients with HIV/AIDS in Thailand. *Value Health*, 12(2), 377-384.
- Schaefer, C., Cuyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-405.
- Schneider, E., Whitmore, S., Glynn, K. M., Dominguez, K., Mitsch, A., McKenna, M. T., Stuart, G. W., & Sundeen, M. L. (1998). *Psychotic Nursing*. London: Mosby.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*, 13(2), 299-310.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1998). *Pocket Nurse Guide to Psychiatric Nursing*. London: Mosby.

- Subramanian, T., Gupte, M. D., Dorairaj Periannan, V., & Mathai, A. K. (2009).  
 Psycho-social impact and quality of life of people living with HIV /AIDS in south  
 India. *AIDS Care*, 21(4), 473-481.
- Tangkawanich, T., Yunibhand, J., Thanasilp, S., & Magilvy, K. (2008). Causal model of health:  
 health-related quality of life in people living with HIV/AIDS in the northern region of  
 Thailand. *Nursing Health Sciences*, 10(3), 216-221.
- Tengs, T. O., & Lin, T. H. (2002). A meta-analysis of utility estimates for HIV/AIDS. *Medical  
 Decision Making*, 22(6), 475-481.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *Current  
 Concepts*, 334(13).
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-  
 BREF quality of life assessment *Psychol Med*, 28(3), 551-558.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical  
 Psychology*, 54: 416-473.
- United Nations Educationnal Scientific and Cultural Organization. (1980). Evaluation the  
 quality of life in Belgium. *Social Indicators Research*, 8, 312-319.
- Vidrine, D. J., Amick, B. C., Gritz, E. R., & Arduino, R. C. (2005). Assessing a conceptual  
 framework of health-related quality of life in a HIV/AIDS population. *Quality of Life  
 Reserch*, 14(4), 923-933.
- Von Neumann, J., & Morgenstern, O. (1944). *Theory of Games and Economic Behavior*.  
 Princeton (NJ): Priceeton University Press, 1944.
- Wiess, R. S. (1974 ). The provision of social relationship. In Rubin, Z. (Ed.), *Doing unto other*  
 (pp.17-26). Englewood Chiff: N. J. Prentice Hall.
- William, E. C., Kevin, W. W., & Wilfried, J. D. (1995). Assess to medical care and health  
 related quality of life for low incoms persons with symptomatic human  
 immunodeficiency virus. *Medical care*, 33(7), 739-754.
- World Health Organization. (1948). *Basic documents: World Health Organization*. Geneva,  
 Swizerland: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- \_\_\_\_\_. (1996). What quality of life?. *World Health Forum*, 17, 354-356.

- World Health Organization. (2002). *HIV/AIDS quality of life group WHOQOL-HIV Instrument*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Mental Health*. Retrieved Mar 23, 2006 from [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en)
- \_\_\_\_\_. (2007). *WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children*. Retrieved December 10, 2012, from <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2012). *Global summary of the AIDS epidemic/2011*. Retrieved December 1, 2012, from [http://www.who.int/hiv/data/2012\\_epi\\_core\\_en.png](http://www.who.int/hiv/data/2012_epi_core_en.png)
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อเรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี  
Factors Related to Quality of Life of People Living with HIV/AIDS in Banbueng District, Chonburi Province

2. ชื่อนิติกร นางเปรมจิตร ตันบุญขึ้น

รหัสประจำตัวนิติกร 49920781 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 02-03-2556 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าว  
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย  
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 284 ราย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง (Informed consent) และ  
ผู้ปกครอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้ง  
การปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 29 มีนาคม 2556 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2556
- 5) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล: โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

4. วันที่ให้การรับรอง: 29 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2556

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**ภาคผนวก ข**

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-03-2556

ชื่อผู้วิจัย นางเปรมจิตร์ ตันบุญยืน

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเด็กในปกครองของท่านมีอายุอยู่ระหว่าง 15-60 ปี ขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนของการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด หากเด็กในปกครองของท่านมีข้อสงสัย สามารถซักถามได้ ผู้วิจัยจะตอบคำถามด้วยความเต็มใจ โดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น เมื่อเด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ รับสำเนาเอกสารและลงนามในเอกสารให้ความยินยอมในการศึกษา จากนั้นเด็กในปกครองของท่านตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ประโยชน์ที่จะได้รับจากผลการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เตรียมพร้อมเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงประชาคมและเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม และสามารถนำผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยที่สูงขึ้นและใช้เป็นกรอบการวางแผนการวิจัยในด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป อย่างไรก็ตาม อาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัยในระยะเวลา และโดยสถานที่ ผู้วิจัยจะขอใช้เวลาที่สะดวกในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ ในสถานที่ที่เด็กในปกครองของท่านสะดวก ตามการนัดหมายจากเด็กในปกครองของท่าน โดยระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที

การเข้าร่วมการวิจัยของเด็กในปกครองของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เด็กในปกครองของท่านมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และ

การบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแล การรักษาพยาบาล หรือสิทธิอื่น ๆ ที่เด็กในปกครองของท่านพึงจะได้รับต่อไป ส่วนข้อมูลส่วนตัว ความรู้สึก/ ความคิดเห็นที่เด็กในปกครองของท่านตอบในแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ และการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลของเด็กในปกครองของท่าน ข้อมูลจะถูกนำเสนอการรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัย ในภาพรวมเท่านั้น และหากต้องการทราบผลการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดส่ง ไปให้ท่าน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางเปรมจิตร์ ตันบุญยืน ผู้วิจัยหมายเลขโทรศัพท์ 089-400-6431หรือที่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลิ้มคนาวิระ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-590-3787

นางเปรมจิตร์ ตันบุญยืน  
ผู้วิจัย

หากเด็กในปกครองของท่านท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่เด็กในปกครองของท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี เด็กในปกครองของท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของเด็กในปกครองของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย  
เอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

QUALITY OF LIFE PREDICTORS OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS IN BAN  
BUENG DISTRICT, CHON BURI PROVINCE.

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมี  
ความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ  
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่  
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน  
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน  
ภาพรวมที่เป็น

การสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน  
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางเปรมจิตร์ ตันบุญยืน)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางเปรมจิตร์ ตันบุญยืน)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/  
ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางเปรมจิตร์ ตันบุญยืน)



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**ตัวอย่างแบบสอบถาม**  
**เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**  
**อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี**

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามอย่างไร โปรดตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นที่แท้จริงของท่าน คำตอบและข้อมูลที่ได้จากท่าน ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติในภาพรวมเท่านั้น

2. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ขอขอบคุณในความร่วมมืออย่างดีในการเก็บข้อมูลของท่านมา ณ ที่นี้

นางเปรมจิตร์ ตันบุญยืน

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อมูล และเติมคำลงในช่องว่างที่ ตรงกับความ เป็นจริง

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า/ แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด  
( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 3. มัธยมศึกษา, ปวช  
( ) 4. อนุปริญญา, ปวส ( ) 5.ปริญญาตรี ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้เฉลี่ยของท่าน ประมาณเดือนละ .....บาท
6. ระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวี.....ปี..... เดือน
7. ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ครั้งสุดท้าย.....เซลล์ต่อลบมม.
8. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส .....ปี..... เดือน
9. ปัจจุบันสุขภาพร่างกายของท่านเป็นอย่างไร
  1. ( ) แข็งแรงดี
  2. ( ) มีความผิดปกติ เช่น  
( ) 1. อ่อนเพลีย ( ) 2. หายใจไม่อิ่ม ( ) 3. ลำไส้แปรปรวน  
( ) 4. ซา ( ) 5. ปวดศีรษะ ( ) 6. ผื่นคัน  
( ) 7. อื่น ๆ.....
10. ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - ( ) 1. เป็นเชื้อรา (ฝ้าขาว) ในช่องปาก หลอดอาหาร หรือช่องคลอด
  - ( ) 2 ปอดอักเสบ
  - ( ) 3. เป็นวัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด
  - ( ) 4. เชื้อหุ้มสมองอักเสบ
  - ( ) 5. เริมหรืองูสวัด
  - ( ) 6. จอประสาทตาอักเสบ
  - ( ) 7. แพ้ยา ระบุอาการ.....
  - ( ) 8. อื่น ๆ.....

**ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคภาวะซึมเศร้า (9Q)**

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้ถามเพื่อทราบ ความรู้สึก/ อาการ ของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

**มาถึงปัจจุบัน**

กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ในคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกท่านในปัจจุบันมากที่สุด

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	เป็น ทุกวัน	สำหรับ ผู้วิจัย
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร					
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้					
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือ หลับ ๆ ตื่น ๆ					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไป คงดี					

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

**คำชี้แจง** แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือและ  
 ประคับประคองจากบุคคลต่างๆ มากน้อยเพียงใด

โปรดตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง  
 ของท่านในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ) การเลือกคำตอบคือ  
 เกณฑ์ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็น  
 ส่วนมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน  
 ปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือไม่เกิดขึ้นเลย

ข้อคำถาม	ระดับการสนับสนุนทางสังคม					สำหรับ ผู้วิจัย
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	จริง ปาน กลาง (3)	จริง น้อย (2)	ไม่ จริง (1)	
1) ฉันมีคนที่ฉันได้รับความไว้วางใจแล้ว						
2) ฉันมีคนที่ฉันสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้						
3) .....						
4) .....						
5) .....						
6) .....						
7) .....						

ข้อความ	ระดับการสนับสนุนจากสมาชิกของ ครอบครัว					สำหรับ ผู้วิจัย
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	จริง ปาน กลาง (3)	จริง น้อย (2)	ไม่ จริง (1)	
8) ฉันได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงาน ต่าง ๆ						
9) ปัจจุบัน ฉันยังไปมาหาสู่กับคนอื่น ๆ ปกติ						
10) .....						
11) .....						
12) .....						
13) .....						
14) .....						
15) .....						
16) .....						
17) มีคนเคยบอกกล่าวหรือเตือนให้ฉัน ปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำที่ได้รับ						
18) เมื่อฉันมีปัญหา หรือข้อสงสัย เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ ฉันมีคนที่สามารถช่วย แก้ปัญหา หรือข้อสงสัยให้กับฉันได้						
19) มีคนคอยให้คำแนะนำและและ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของฉัน						

## ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

### 4.1 การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard gamble

**คำชี้แจง** ต่อไปนี้ผู้วิจัยจะอ่านสถานการณ์จำลองให้ท่านฟัง แต่ละสถานการณ์จะมีคำตอบให้ท่านเลือก 2 ทางเลือก ขอให้ท่านเลือกสถานการณ์จำลองที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดหรือไม่เลือกสถานการณ์ใดเลย หากไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าจะเลือกทางเลือกใด

สถานการณ์จำลอง: มีทางเลือกเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ 2 ทางเลือก ได้แก่ **ทางเลือกที่หนึ่ง** คือ ภาวะปัจจุบันที่ท่านมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ไปตลอดชีวิตที่เหลือของท่าน ซึ่งท่านได้รับการรักษาในปัจจุบัน **ทางเลือกที่สอง** คือ สมมติว่ามีวิธีการรักษาที่สามารถรักษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ให้หายขาดได้ โดยการรับการรักษาเพียงครั้งเดียว อย่างไรก็ตาม ถ้าวิธีการนี้ไม่ได้ผล มันทำให้ผู้รับการรักษาเสียชีวิตได้ทันทีโดยปราศจากความเจ็บปวดและไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ในความคิดของท่าน ท่านจะเลือกรับการรักษาโดยวิธีนี้หรือไม่

ข้อความจำลองทางเลือก	เลือกวิธีการรักษา นี้	ไม่เลือกวิธีการ รักษา นี้
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 10 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาสเสียชีวิต 90 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, 10 คนหายขาดจากโรคเอดส์ มี 90 คนที่ เสียชีวิต)		
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 20 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาส เสียชีวิต 80 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, 20 คนหายขาดจากโรคเอดส์ มี 80 คนที่ เสียชีวิต)		
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 30 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาส เสียชีวิต 70 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, 30 คนหายขาดจากโรคเอดส์ มี 70 คนที่ เสียชีวิต)		
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 40 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาส เสียชีวิต 60 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, 40 คนหายขาดจากโรคเอดส์ มี 60 คนที่ เสียชีวิต)		

ข้อความจำลองทางเลือก	เลือกวิธีการรักษา นี้	ไม่เลือกวิธีการ รักษา นี้
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 50 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาสเสียชีวิต 50 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, 50 คนหายขาดจากโรคเอดส์ มี 50 คนที่ เสียชีวิต)		
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 60 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาส เสียชีวิต 40 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, 60 คนหายขาดจากโรคเอดส์ มี 40 คนที่ เสียชีวิต)		
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 70 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาส เสียชีวิต 30 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, 70 คนหายขาดจากโรคเอดส์ มี 30 คนที่ เสียชีวิต)		
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 80 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาส เสียชีวิต 20 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, 80 คนหายขาดจากโรคเอดส์ มี 20 คนที่ เสียชีวิต)		
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 90 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาส เสียชีวิต 10 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, 90 คนหายขาดจากโรคเอดส์ มี 10 คนที่ เสียชีวิต)		
- ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 100 เปอร์เซ็นต์หรือมีโอกาส เสียชีวิต 0 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษา นี้ 100 คน, ทุกคนหายขาดจากโรคเอดส์ไม่มีคน เสียชีวิต)		

ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ .....คะแนน



#### 4.2 การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Visual analogue scale

กรุณาประเมินภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้ว่าดีหรือไม่ดีเพียงไร เพื่อช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพของท่าน ทางเราได้จัดทำสเกลวัดระดับสุขภาพขึ้น เริ่มตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 100 โดยที่ 100 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด และ 0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน โดยการลากเส้นจากช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างนี้ไปยังจุดบนสเกลวัดระดับสุขภาพที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้

ภาวะสุขภาพของ  
ท่านในวันนี้

ภาวะสุขภาพที่ท่านรู้สึก  
ดีที่สุด



ภาวะสุขภาพที่ท่านรู้สึก  
แย่ที่สุด