

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี

น้องเล็ก คุณวรชาติชัย^{1*}, นิตยา ดาววงศ์ญาตี², กิตติมา วรรณทอง³, ณัฐมน มุลศรีแก้ว³, สมภพ ไทยานันท์³

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

²เภสัชกร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

³นักศึกษาเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 5 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

* ติดต่อผู้พิมพ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ น้องเล็ก คุณวรชาติชัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

โทร. 045 353 130 E-mail : phnongkh@ubu.ac.th

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี

น้องเล็ก คุณวรชาติชัย^{1*}, นิตยา ดาววงศ์ญาตี², กิตติมา วรรณทอง³, ณัฐมน มุลศรีแก้ว³, สมภพ ไทยานันท์³

ว. เภสัชศาสตร์อีสาน 2559; 12(2) : 21-32

รับบทความ : 18 มีนาคม 2559

ตอบรับ : 8 สิงหาคม 2559

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบปัญหาสำคัญในด้านคุณภาพในการดำรงชีวิต งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2553 **วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 238 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systemic random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับสั้นขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-HIV-BREF) ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน (ด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และ จิตวิญญาณ) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ รายได้ เป็นต้น) ภาวะโรค (ปริมาณ CD4, viral load, ระยะเวลาของการเป็นโรคและการรักษา) ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว โดยใช้ Mann-Whitney U Test และ Kruskal-Wallis Test **ผลการศึกษา:** ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนคุณภาพชีวิต (คะแนนเต็ม 4-20) ในแต่ละด้านเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (15.74) ด้านสิ่งแวดล้อม (13.53) ด้านจิตใจ (13.21) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (12.50) ด้านร่างกาย (12.10) ด้านจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคล (12.08) คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมคือ 3.31 (คะแนนเต็ม 5) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยด้านสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ภาวะแทรกซ้อน การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ และ $p < 0.001$) **สรุปผล:** ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ คลินิกผู้ป่วยนอกควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการให้กำลังใจจากสังคมและการสนับสนุนทางจิตใจ

คำสำคัญ: เอชไอวี, เอดส์, คุณภาพชีวิต, แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับสั้นขององค์การอนามัยโลก

Quality of Life of HIV Infected and AIDS Patients in Ubon Ratchathani

Nonglek Kunawaradisai^{1*}, Nittaya Dawnvongyad², Kitima Wannathong³, Natthamon Moonsrikaew³, Somphop Thaiyanan³

¹ Assistant Professor, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, Warinchamrab, Ubon Ratchathani.

² Clinical Pharmacist, Sappasitthiprasong Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani.

³ Fifth year Pharmacy Student, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, Warinchamrab, Ubon Ratchathani.

* **Corresponding author:** Nonglek Kunawaradisai, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, Warinchamrab, Ubon Ratchathani 34190. Tel. +66 4535 3130 E-mail: phnongkh@ubu.ac.th

Abstract

Quality of Life of HIV Infected and AIDS Patients in Ubon Ratchathani

Nonglek Kunawaradisai^{1*}, Nittaya Dawnvongyad², Kitima Wannathong³, Natthamon Moonsrikaew³, Somphop Thaiyanan³

IJPS, 2016; 12(2) : 21-32

Received : 18 March 2016

Accepted : 8 August 2016

This cross-sectional study was aimed to examine the quality of life (QOL) of HIV infected and AIDS patients in outpatient clinic, Sappasitthiprasong hospital, Ubon Ratchathani during Aug - Oct, 2010. **Material and methods:** subjects were 238 patients who were diagnosed with HIV infected or AIDS with or without antiretroviral agents. They were systemically random selected. The data were collected using a brief version of questionnaire for quality of life of HIV infected persons from World Health Organization (WHOQOL-HIV-BREF) which were divided into 6 dimensions (physical, psychological, level of independence, social relations, environment, spiritual/ personal beliefs/ religion). Quality of life was then assessed using percentage and mean of QOL score. The relationship between QOL and patients' characteristics (gender, age, occupation, income etc.), disease status (duration of disease and treatment, CD4 level, viral load), complications, perception of health status including family support were determined using Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test. **Results:** HIV infected and AIDS patients showed the scores for their quality of life (total score ranging from 4-20) in each dimension as follows: level of independence (15.74), environment (13.53), psychological (13.21), social relations (12.50), physical (12.10) and spiritual/ personal beliefs/ religion (12.08), respectively. The overall quality of life was presented as mean score of 3.31 (total score of 5). Moreover, marital status, occupation, income, complication, family care including perception of health status were significantly related to QOL score (p-value<0.05 and p-value<0.001). **Conclusions:** these findings suggested that to enhance quality of life in HIV infected and AIDS patients, the outpatient clinics should support both patients and their family in terms of knowledge about disease and self-care, prevention of complications, including social and mental support.

Keywords: HIV, AIDS, quality of life, WHOQOL-HIV-BREF

บทนำ

โรคเอดส์ (Auto immune deficiency syndrome, AIDS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องอันเนื่องมาจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่เรียกว่า HIV (Human Immunodeficiency Virus) ผลจากการที่ภูมิคุ้มกัน

ร่างกายเสื่อมลงทำให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย (Surongkaborpittra, 2006) โรคนี้ติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือจากเข็มฉีดยาที่เปื้อนเลือดของผู้

ติดเชื้อมี หรือได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะของผู้ติดเชื้อ และติดต่อ ได้จากการดาไปยังบุตรขณะอยู่ในครรภ์ขณะคลอด หรือจากการ ตื่นนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้การสัมผัสถูกเลือดหรือ สารคัดหลั่งต่างๆ จากทางบาดแผลหรือทางอื่นใดที่สามารถเข้าสู่ กระแสเลือดของผู้สัมผัสเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของการติดเชื้อไวรัส เอชไอวีได้ (Dawnvongyad, 2008)

สถานการณ์ของโรคเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 จากศูนย์ข้อมูลสำนักระบาดวิทยา (Bureau of Epidemiology, 2009) ได้รายงานผู้ป่วยเอดส์จาก สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 รวมทั้งสิ้น 358,967 ราย และมีผู้เสียชีวิต 95,991 ราย กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-44 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 30-34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 24.95) รองลงมาอายุ 25-29 ปี, 35-39 ปี และ 40-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.13, 17.82 และ 10.19 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.42) ด้านอาชีพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกรรม วางงาน ค่าขาย และแม่บ้าน (ร้อยละ 45.06, 19.89, 5.98, 4.52 และ 4.25 ตามลำดับ) ความรุนแรงของโรค ทำให้ประชากรป่วยและตายในทุกเพศ ทุกวัย และทุกกลุ่มอาชีพ การแพร่ระบาดส่งผลต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยในระดับบุคคล ครอบครัวและประเทศชาติ ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาของโรคที่ภูมิคุ้มกันเสื่อมลงและผลทางจิตใจเนื่องจากความเครียดที่ต้องปิดบังผู้อื่นเกี่ยวกับการเป็นโรคและขาดการยอมรับจากสังคมเพราะเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ มีความวิตกกังวลในเรื่องการรักษาพยาบาล เพราะเสียค่าใช้จ่ายสูงและสูญเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงาน และไม่มียางานทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพ (Luksameejarunkul, 1998) ในระดับประเทศการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีส่งผลต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ กฎหมาย และจริยธรรม โดยรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการช่วยผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การพัฒนาวัคซีน เป็นต้น โดยที่ภาคเหนือมีการยอมรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ให้อยู่ร่วมกันในสังคมมากขึ้น ปฏิกริยาของชุมชนและครอบครัวเป็นไปในทางบวก ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ที่ยอมรับและรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะยอมเปิดเผยตัวเมื่อปรากฏอาการของโรคชัดเจน หรือมีเหตุจำเป็นให้ไม่สามารถปกปิดได้ ในส่วนของภาคใต้ สังคมและครอบครัวยังมีปฏิกริยาในทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ ไม่เปิดเผยสถานะของตนเอง

(Lertwilairatanapong and Kaewpan, 2007) อย่างไรก็ตามพบว่าหากผู้ป่วยเอดส์เปิดเผยตัวว่าเป็นผู้ติดเชื้อจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น เนื่องจากมีความกล้าในการร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและได้รับรู้ว่ามีบุคคลอื่นๆ ที่ประสบปัญหาเอดส์เช่นเดียวกัน (Rukmoung, 2003)

จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อแล้วยังส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตและจิตใจของผู้ติดเชื้อ การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นโครงสร้างที่ประกอบขึ้นด้วยหลายแนวความคิดทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพด้านร่างกาย สุขภาพด้านจิตใจ สุขภาพด้านสังคม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของ “สุขภาพ” โดยองค์การอนามัยโลกที่ว่าสุขภาพไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายถึงการมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การประเมินคุณภาพชีวิตจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ นอกจากผลทางคลินิกหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยคุณภาพชีวิตตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงภาวะของตนในด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพา มีความสัมพันธ์ทางสังคมและมีชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และมีความเชื่อส่วนบุคคลที่มีความสุขภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายของชีวิตอันจะส่งผลให้บุคคลมีความสุขและพึงพอใจในชีวิต (The WHOQOL Group, 1994) ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้น 2 ชุด คือ WHOQOL-HIV มีคำถามจำนวน 120 ข้อ และ WHOQOL-HIV-BREF ซึ่งเป็นฉบับย่อ มีจำนวนคำถาม 31 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเป็นอิสระสัมพันธ์ภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคล/ศาสนา (The WHOQOL-HIV Group, 2002) โดยมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวีด้วยการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อของ WHO ในจังหวัดนราธิวาส (Lertwilairatanapong and Kaewpan, 2007) แต่ยังไม่มียางานถึงการศึกษาในลักษณะดังกล่าวในกลุ่มผู้ติดเชื้อจังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงประยุกต์ใช้แบบวัด WHOQOL-HIV-BREF ขององค์การอนามัยโลก เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด

อุบลราชธานี ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนปรับปรุงการให้บริการในคลินิกผู้ป่วยนอกเอชไอวีให้มีความเหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกาย สังคมและจิตใจต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) โดยทำการเก็บข้อมูลที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2553

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยนอกอายุ 18-60 ปี จากคลินิกเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับยาต้านไวรัส สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (systemic random sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยสูตร $n = \frac{Z^2 \sigma^2}{d^2}$ เมื่อ Z คือ ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96 σ คือ ค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งได้จากโครงการศึกษานำร่องในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลสุโขทัย-โก-ลก จังหวัดนครราชสีมา มีค่าเท่ากับ 217.0 (Lertwilairatanapong and Kaewpan, 2007) d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ผู้วิจัยกำหนดในการวิจัยนี้เท่ากับ 30 คะแนน จำนวนขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 201 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจะใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 241 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย คือ เวชระเบียนและฐานข้อมูลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ HIV ฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในฉบับภาษาอังกฤษ (The WHOQOL-HIV Group, 2002) และฉบับภาษาไทย (Lertwilairatanapong and Kaewpan, 2007) ซึ่งได้ถูกนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นที่คลินิกเอดส์โรงพยาบาลสุโขทัย-โก-ลก จำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้นำมาดัดแปลงโดยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คำถามส่วนบุคคล 8 ข้อ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การได้รับการดูแลจากบุคคลใน

ครอบครัว เป็นต้น ส่วนที่ 2 คำถามภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบหรือมิติ (domain) ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คำถาม 5 ข้อ 3) ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (level of independence domain) คำถาม 4 ข้อ 4) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social relation domain) คำถาม 4 ข้อ 5) ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental domain) คำถาม 8 ข้อ 6) ด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อส่วนบุคคล และศาสนา (spiritual/ personal beliefs/ religion domain) คำถาม 4 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 1 – 5 คือ ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย เล็กน้อย/รู้สึกนานๆ ครั้ง รู้สึกปานกลาง รู้สึกมาก/บ่อยๆ และรู้สึกมากที่สุด โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนตามที่ระบุข้างต้น ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ไปทดสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 2 ท่าน ทำการตรวจสอบ จากนั้นนำแบบวัดคุณภาพชีวิตมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในคลินิกเอดส์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบหาความน่าเชื่อถือ (reliability) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.832 โดยในแต่ละมิติมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (physical) 0.511 2) ด้านจิตใจ (psychological) 0.467 3) ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (level of independence) 0.604 4) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social relation) 0.595 5) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) 0.473 6) ด้านจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคล/ศาสนา (spiritual/ personal beliefs/ religion) 0.798

การแปลผลคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ จะใช้ผลรวมของค่าคะแนนในแต่ละข้อของมิตินั้นหารด้วยจำนวนข้อคำถามในแต่ละมิติ และคูณด้วย 4 ได้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 4 – 20 (The WHOQOL-HIV Group, 2002)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 15 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละในการอธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนและการได้รับยาต้านไวรัสรวมถึงคะแนนและระดับคุณภาพชีวิต และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Mann-

Whitney U Test และ Kruskal-Wallis One-Way Analysis of Variance Test ในการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาที่แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (เพศ ศาสนา ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาของการเป็นโรค ระยะเวลาในการรักษาและปริมาณ viral load) และเมื่อปัจจัยที่ศึกษามีมากกว่า 2 กลุ่ม (สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ การได้รับการดูแลจากครอบครัว การรับรู้ ภาวะสุขภาพ และปริมาณ CD4) ตามลำดับ

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ

ภาวะแทรกซ้อน การได้รับยาต้านไวรัส

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับ การรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน สิงหาคม-ตุลาคม 2553

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n=238)			สถานภาพสมรส (n=238)		
ชาย	119	50	สมรสและอยู่ด้วยกัน	86	36.1
หญิง	119	50	สมรสและไม่ได้อยู่ด้วยกัน	26	10.9
อายุ (n=236)			อยู่ด้วยกัน	24	10.1
21-30	23	9.7	(ไม่จดทะเบียนสมรส)		
31-40	134	56.8	โสด	56	23.5
41-50	69	29.2	หม้าย	30	12.6
51-60	10	4.2	หย่า	16	6.7
ศาสนา (n=238)			อาชีพ (n=237)		
พุทธ	237	99.6	รับจ้าง	80	34.9
คริสต์	1	0.4	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	24	10.5
ระดับการศึกษา (n=237)			เกษตรกร	33	14.4
ไม่ได้เรียน	4	1.7	ค้าขาย	30	13.1
ประถมศึกษา	88	37.0	แม่บ้าน	22	9.6
มัธยมศึกษา	85	35.7	ว่างงาน	18	7.9
ต่ำกว่าปริญญาตรี	26	10.9	นักศึกษา	2	0.9
ปริญญาตรี	31	13.0	พนักงานบริษัท	20	8.7
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.7	ธุรกิจส่วนตัว	8	3.4
รายได้ต่อเดือน (n=234)			ความเพียงพอของรายได้ (n=235)		
<2,000	57	24.4	พอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ	31	13.2
2,001 – 5,000	81	34.6	พอใช้จ่ายและไม่มีเหลือเก็บ	118	50.2
5,001 – 10,000	61	26.1	ไม่เพียงพอใช้จ่าย	86	36.6
>10,000	35	15.0			

จำนวน 238 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน อายุเฉลี่ย 38.47 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.6 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37.0 ส่วนใหญ่สมรสแล้วอยู่ ด้วยกัน ร้อยละ 36.1 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.9 มีรายได้ เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 50.2 (ตารางที่ 1) กลุ่ม ตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 50.8 เมื่อ ประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกายพบว่าร้อยละ 76.4 อยู่ในระดับปกติ สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเอดส์ถึงร้อยละ 93.7 และร้อยละ 93.3 ได้รับยาต้านไวรัส สำหรับการดูแลตนเอง พบว่า ร้อยละ 66.2 ดูแลตนเองนอกนั้นได้รับการดูแลจากภรรยาสามี บิดามารดาและบุตรในเรื่องอาหารและความเป็นอยู่ทั่วไป โดยได้รับในระดับดีถึงดีมากร้อยละ 78.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน การได้รับยาต้านไวรัสและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพ (n=238)			การได้รับยาต้านไวรัส (n=238)		
ดีมาก	37	15.5	ไม่ได้รับ	16	6.7
ดี	121	50.8	ได้รับ	222	93.3
ปานกลาง	72	30.3	ระยะของโรคเอดส์ (n=238)		
แย่มาก	8	3.4	ระยะไม่ปรากฏอาการ	4	1.7
ดัชนีมวลกาย (n=208)			ระยะมีอาการ	11	4.6
ผอม	18	8.7	ระยะโรคเอดส์	223	93.7
ปกติ	159	76.4	การได้รับการดูแล (n=237)		
น้ำหนักตัวเกิน	28	13.5	ดูแลตนเอง	157	66.2
อ้วน	3	1.4	บิดา/มารดา	12	5.1
สาเหตุของการติดเชื้อ (n=238)			ภรรยา/สามี	56	23.6
มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน	18	7.6	บุตร	11	4.6
มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม	186	78.2	ระดับการได้รับการดูแล (n=224)		
การฉีดยาเสพติด	11	4.6	ดีมาก	83	37.1
การได้รับเลือด	6	2.5	ดี	92	41.1
สักลาย	2	0.8	ปานกลาง	43	19.2
ฝังเข็ม	1	0.4	ไม่ดี	1	0.4
ไม่ทราบสาเหตุ	14	5.9	ไม่ดีเลย	5	2.2

2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3 โดยคะแนนคุณภาพชีวิตและการรับรู้สภาวะสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็น 3.31 และ 3.17 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตามการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติตาม The WHOQOL-HIV (2002) ซึ่งมีค่าคะแนนในช่วง 4 - 20 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1. ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (15.74 คะแนน) 2. ด้านสิ่งแวดล้อม (13.53 คะแนน) 3.ด้านจิตใจ (13.21 คะแนน) 4. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (12.50 คะแนน) 5. ด้านร่างกาย (12.10 คะแนน) 6. ด้านจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคล (12.08 คะแนน) (ตารางที่ 4) โดยผลของการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา) ภาวะโรค (ระยะเวลาของการเป็นโรคและการรักษา ปริมาณ CD4, viral load) ภาวะแทรกซ้อน (เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการ) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการได้รับการดูแลจากครอบครัว พบว่าผู้ที่ไม่เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.034$) (ตารางที่ 5) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างด้านสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.014, 0.014, 0.003, <0.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตาม WHOQOL-HIV-Bref จำแนกรายข้อ (n=238)

ข้อคำถามในแต่ละด้าน	ระดับคะแนน	จำนวนผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ)					X̄
		ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากแค่ไหน		8 (3.4)	40 (16.8)	95 (39.9)	60 (25.2)	35 (14.7)	3.31
ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้มากแค่ไหน		25 (10.5)	30 (12.6)	80 (33.6)	85 (35.7)	18 (7.6)	3.17
ด้านร่างกาย							
1.การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ [†]		10 (4.2)	30 (12.6)	80 (33.6)	79 (33.2)	39 (16.4)	2.55
2.ท่านมีปัญหาสุขภาพจากภาวะแทรกซ้อนของเชื้อเอชไอวี [†]		7 (2.9)	24 (10.1)	70 (29.4)	78 (32.8)	58 (24.4)	2.33
3.ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวัน		2 (0.8)	11 (4.6)	95 (39.9)	92 (38.7)	38 (16.0)	3.64
4.ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน		3 (1.3)	19 (8.0)	83 (34.9)	94 (39.5)	37 (15.5)	3.58
ด้านจิตใจ							
5.ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข สงบ มีความหวัง)		2 (0.8)	9 (3.8)	94 (39.5)	90 (37.8)	43 (18.1)	3.68
6.ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดี		3 (1.3)	11 (4.6)	90 (37.8)	99 (41.6)	34 (14.3)	3.50
7.ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง		5 (2.1)	18 (7.6)	112 (47.1)	76 (31.9)	27 (11.3)	3.43
8.ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง		4 (1.7)	17 (7.1)	94 (39.5)	85 (35.7)	38 (16.0)	3.57
9.ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น เหนงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหวัง กังวล [†]		6 (2.5)	22 (9.2)	69 (29.0)	88 (37.0)	53 (22.3)	2.33
ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ							
10.ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน [†]		62 (26.1)	79 (33.2)	49 (20.6)	35 (14.7)	13 (5.5)	3.60
11.ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี		1 (0.4)	7 (2.9)	37 (15.5)	97 (40.8)	96 (40.3)	4.18
12.ท่านพอใจที่สามารถทำอะไรๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน		3 (1.3)	2 (0.8)	44 (18.5)	116 (48.7)	72 (30.3)	4.05
13.ท่านพอใจกับความสามารถของตนเองในการทำงานได้		3 (1.3)	8 (3.4)	57 (23.9)	110 (46.2)	60 (25.2)	3.91
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม							
14.ท่านได้รับการยอมรับจากคนที่รู้จัก เมื่อบุคคลนั้นทราบว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี		37 (15.5)	37 (15.5)	89 (37.4)	55 (23.1)	18 (7.6)	2.89
15.ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา		3 (1.3)	24 (10.1)	96 (40.3)	89 (37.4)	26 (10.9)	3.47
16.ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน		34 (14.3)	39 (16.4)	102 (42.9)	51 (21.4)	11 (4.6)	2.84
17.ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ		6 (2.5)	28 (11.8)	107 (45.0)	82(34.5)	15 (6.3)	3.30
ด้านสิ่งแวดล้อม							
18.ท่านรู้สึกว่าชีวิตในแต่ละวันของท่านมั่นคงปลอดภัยดี		5 (2.1)	20 (8.4)	106 (44.5)	80 (33.6)	25 (10.5)	3.29
19.สภาพรอบๆ บ้านดีต่อสุขภาพอนามัยของท่าน		2 (0.8)	13 (5.5)	97 (40.8)	90 (37.8)	36 (15.1)	3.61
20.ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น		11 (4.6)	67 (28.2)	133 (55.9)	20 (8.4)	5 (2.1)	2.73
21.ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน		2 (0.8)	24 (10.1)	125 (52.5)	77 (32.4)	10 (4.2)	3.29
22.ท่านมีโอกาสพักผ่อนคลายเครียด		3 (1.3)	27 (11.3)	124 (52.1)	70 (29.4)	14 (5.9)	3.27
23.ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ปัจจุบันนี้		3 (1.3)	16 (6.7)	78 (32.8)	95 (39.9)	46 (19.3)	3.69
24.ท่านพอใจที่สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ตามจำเป็น		14 (5.9)	8 (3.4)	93 (39.1)	96 (40.3)	27 (11.3)	3.48
25.ท่านพอใจกับความสะดวกในการเดินทางไปไหนมาไหน		3 (1.3)	12 (5.0)	85 (35.7)	93 (39.1)	45 (18.9)	3.69
ด้านจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคลและศาสนา							
26.ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่ามีประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม		1 (0.4)	10 (4.2)	80 (33.6)	106 (44.5)	41 (17.2)	3.74
27.ท่านรู้สึกเป็นทุกข์เมื่อมีผู้คนตำหนิว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี [†]		30 (12.6)	35 (14.7)	66 (27.7)	73 (30.7)	34 (14.3)	2.81
28.ท่านรู้สึกกลัวต่ออนาคต [†]		42 (17.6)	39 (16.4)	64 (26.9)	68 (28.6)	25 (10.5)	3.02
29.ท่านรู้สึกกังวลต่อความตาย [†]		28 (11.8)	25 (10.5)	48 (20.2)	77 (32.4)	60 (25.2)	2.51

[†] คำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

ตารางที่ 4 คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตาม WHOQOL-HIV-Bref จำแนกรายด้าน (n = 238)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	การคิดค่าคะแนน	คะแนนคุณภาพชีวิต (คะแนนเต็ม 4 - 20)
1. ด้านร่างกาย	$(2.55 + 2.33 + 3.64 + 3.58)/4 * 4$	12.10
2. ด้านจิตใจ	$(3.68 + 3.50 + 3.43 + 3.57 + 2.33)/5 * 4$	13.21
3. ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ	$(3.60 + 4.18 + 4.05 + 3.91)/4 * 4$	15.74
4. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	$(2.89 + 3.47 + 2.84 + 3.30)/4 * 4$	12.50
5. ด้านสิ่งแวดล้อม	$(3.29 + 3.61 + 2.73 + 3.29 + 3.27 + 3.69 + 3.48 + 3.69)/8 * 4$	13.53
6. ด้านจิตวิญญาณ/ความเชื่อ ส่วนบุคคลและศาสนา	$(3.74 + 2.81 + 3.02 + 2.51)/4 * 4$	12.08

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

ปัจจัย	N	Median	Z	p-value
เพศ	238		- 1.957	0.060
ชาย	119	97.0		
หญิง	119	95.0		
ศาสนา	238		-1.522	0.128
พุทธ	237	96.0		
คริสต์	1	-		
เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการ	238		-2.117	0.034*
ไม่เคย	90	98.5		
เคย	148	95.0		
ระยะเวลาของการเป็นโรค	233		-1.024	0.306
< 4 ปี	99	97.0		
4 ปี ขึ้นไป	134	96.0		
ระยะเวลาของการรักษา	219		-0.440	0.660
< 4 ปี	127	97.0		
4 ปี ขึ้นไป	92	96.0		
ปริมาณ Viral load	178		-0.921	0.357
< log ₁₀ 2.6	175	97.0		
log ₁₀ 2.6 ขึ้นไป	3	95.0		

Mann-Whitney U Test; *p-value <0.05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

ปัจจัย	N	Median	χ^2	p-value
อายุ	236		1.158	0.763
21-30 ปี	23	95.0		
31-40 ปี	134	96.0		
41-50ปี	69	96.0		
51-60ปี	10	96.0		
สถานภาพ	238		8.467	0.014*
โสด	56	93.5		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	110	99.0		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	72	94.0		
ระดับการศึกษา	238		1.293	0.524
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	92	96.0		
มัธยมศึกษาและต่ำกว่าปริญญาตรี	111	96.0		
ปริญญาตรีขึ้นไป	35	100.0		
อาชีพ	237		12.418	0.014*
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	44	99.0		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	38	95.5		
เกษตรกร	33	94.0		
ว่างงาน	42	90.5		
รับจ้าง	80	97.0		
รายได้	234		14.261	0.003*
≤ 2,000	57	91.0		
2,001-5,000	81	96.0		
5,001-10,000	61	97.0		
> 10,000	35	101.0		
การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว	234		30.218	<0.001**
ดีมาก	83	104.0		
ดี	92	94.0		
ปานกลาง	43	91.0		
ไม่ดี	1	-		
ไม่ดีเลย	5	79.0		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	238		47.816	<0.001**
ดีมาก	37	107.0		
ดี	121	97.0		
ปานกลาง	72	91.5		
แย่	8	74.0		
ปริมาณ CD 4	202		1.786	0.409
<200	38	95.0		
200-500	114	96.0		
>500	50	96.0		

Kruskal-Wallis test; *p-value <0.05; **p-value <0.001.

อภิปรายผล

1. ปัจจัยด้านลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของ Bureau of Epidemiology (2008) ที่พบว่าผู้หญิงมีการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น โดยให้ข้อสังเกตว่าอาจสืบเนื่องจากการที่ผู้หญิงไม่กล้าที่จะตอรองเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จึงทำให้มีการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นจนใกล้เคียงกับเพศชาย ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จบประถมศึกษามากที่สุด มีอาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,001-5,000 บาท และมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในภาวะที่ดำรงชีพได้อย่างเพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น (Lertwilairatanapong and Kaewpan, 2007; Darikanon, 1998) เช่นเดียวกับสถานภาพสมรส ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน รองลงมาคือ โสด คิดเป็น ร้อยละ 36.1 และ 23.5 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีการติดเชื้อทั้งในกลุ่มที่แต่งงานแล้ว และกลุ่มที่ยังไม่แต่งงาน สอดคล้อง กับรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอดส์จาก Bureau of Epidemiology (2008) ที่พบว่าประชากรของประเทศไทยมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าบุคคลในครอบครัวให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับดีซึ่งมีส่วนส่งเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วยได้ ต่อมาเนื่องจากระยะเวลาที่ผ่านมาหลายปี มีการให้ความรู้เรื่องเอดส์แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคล ชุมชนและสังคมเริ่มมีความเข้าใจต่อโรคและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและมีสุขภาพโดยรวมดีขึ้น ทำให้มีอิสระไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองได้ดีและมีกำลังใจรวมทั้งให้คุณค่าตนเอง โดยเห็นว่าชีวิตมีประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม

2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง (3.31 คะแนน) และคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านมีค่าคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (คะแนนอยู่ในช่วง 4-20) โดยพบว่าคุณภาพชีวิตใน domain ของ level of independence environment และ psychological อยู่ในระดับคะแนน 3 อันดับต้น สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งพบว่า

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Lertwilairatanapong and Kaewpan, 2007; Darikanon, 1998) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสรวมถึงสถานพยาบาลมีการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งชุมชนและสังคมเริ่มมีความเข้าใจต่อโรคและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในมิติของ social relation physical และ spiritual/personal beliefs อยู่ในอันดับรองลงมา โดยพบว่าผู้ป่วยรู้สึกกังวลต่อความตายและมีปัญหาสุขภาพจากภาวะแทรกซ้อนของโรครวมถึงปัญหาต่อความพอใจในชีวิตทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Darikanon, 1998) ซึ่งพบว่าส่วนมากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยกลัวต่ออนาคตและความตาย รวมทั้งรู้สึกเป็นทุกข์เมื่อมีผู้คนตำหนิว่าติดเชื้อเอชไอวี

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยด้านลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้วหรืออยู่ร่วมกันโดยไม่ได้จดทะเบียน มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ (Rukmoung, 2003; Jiramahavitayakul and Chuamuangphan, 2008; Piyakul, 1999) ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีคนรักหรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถพูดคุยให้กำลังใจและดูแลกันได้ จะทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์คือความรัก ความเข้าใจและความห่วงใย ช่วยส่งเสริมให้สามารถคิดแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ได้ ส่วนผู้ที่มิสถานภาพโสดหรือบุคคลที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว มักมีแนวโน้มที่จะไม่มีความสุขและขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ทำให้ประสบปัญหาด้านจิตใจ ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจหรือพนักงานบริษัทและอาชีพรับจ้างมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ว่างงาน สอดคล้องกับการศึกษาในโครงการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (AIDS, TB and STIs Control Division, 2008) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ทำงานจะมีความรู้สึกมั่นคงและรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ที่ทำงานได้ รวมทั้งมีการติดต่อกับเพื่อนร่วมงาน จึงรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า เช่นเดียวกับการพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากสามารถจัดการต่อการใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและการใช้จ่ายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ

(Jiramahavitayakul and Chaumuangpan, 2008) การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวในระดับดีมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่ผู้ที่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวในระดับอื่นๆ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่พบว่าผู้ป่วยซึ่งรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองในระดับที่ต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกันซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lertwilairatanapong and Kaewpan (2007) ทั้งนี้เนื่องจากหากผู้ติดเชื้อพบว่าตนเองมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดีสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มที่ แต่หากมีอาการเจ็บป่วยมากจะรบกวนศักยภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและเป็นไปในทิศทางเช่นเดียวกับภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lertwilairatanapong and Kaewpan (2007) ที่ชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามผลที่พบนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Rukmuang (2003) ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ (เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการ) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

ในส่วนของปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ ระยะเวลาในการเป็นโรคและรักษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Noimuanwai (1994) ที่พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นคุณภาพชีวิตจะดีขึ้นโดยอธิบายว่าอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีการปรับตัวและการยอมรับต่อความเจ็บป่วยมากขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของ Jiramahavitayakul and Chaumuangpan (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อนานกว่า 3-6 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการรับรู้สั้น เนื่องจากมีประสบการณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการปรับตัวและมีการยอมรับภายในครอบครัว และชุมชนดีกว่า นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีปริมาณ CD4 ที่แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องผลการศึกษาของ Rukmuang (2003) อย่างไรก็ตามผลที่พบนี้ขัดแย้งกับการศึกษาอื่น (Lertwilairatanapong and Kaewpan, 2007; Gill *et al.*, 2002) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณ CD4 สูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากปริมาณ CD4 เป็นตัวชี้วัดระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย ถ้ามีปริมาณสูงจะช่วยป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้ชีวิตมีความสุขและมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี ในส่วนของปริมาณ Viral load จากการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีปริมาณ Viral load น้อยกว่า $\log_{10} 2.6$ ร้อยละ 98.3 ($n=175$) ในขณะที่ปริมาณ Viral load ตั้งแต่ $\log_{10} 2.6$ ขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 1.7 ($n=3$) ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันมาก จึงทำให้การวิเคราะห์ความแตกต่างพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ตรงข้ามกับผลการศึกษาของ Gill *et al.* (2002) และ Call *et al.* (2000) ที่พบว่า ปริมาณ viral load มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต โดยผู้ป่วยที่มีปริมาณ viral load น้อยอาจทำให้ให้มีการเพิ่มขึ้นของการทำหน้าที่ทางร่างกาย จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามขึ้นไปด้วยเช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้อมูลด้านศาสนา จากการศึกษาส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.6 (271 ราย) และนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.4 (1 ราย) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างไม่ได้ ต่างจากการศึกษาของ Lertwilairatanapong and Kaewpan (2007) ที่พบว่าศาสนามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้ทำในภูมิภาคทางใต้ของประเทศไทย จึงพบความแตกต่างของการนับถือศาสนาที่ชัดเจน

สรุปผล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยที่มีความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจกับชุมชนและครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการแก้ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

References

- AIDS, TB and STIs Control Division Department of Health BMA. Evaluation of quality of life in HIV infected/AIDS and persons with an effect from AIDS in Bangkok. [Online]. 2008 Sep [cited 2009 Dec 26]. Available from: <http://www.bangkok.go.th/aids/>

- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control
Ministry of Public Health. Statistics on AIDS.
[Online] 2008 Oct 31 [cited 2009 Dec 30].
Available from: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20100830_20772250.pdf
- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control
Ministry of Public Health. Statistics on AIDS.
[Online] 2009 Nov 30 [cited 2009 Dec 26].
Available from: http://epid.moph.go.th/epi32_aids.html
- Call SA, Klapow JC, Stewart KE, *et al.* Health-related quality of life and virologic outcomes in an HIV clinic. *Quality of Life Research* 2000, 9(9):977-85.
- Dariganon S. Quality of life and suicidal ideation in people living with AIDS in Chiangmai. *J of Mental Health of Thailand* 1998; 5(3):25-57.
- Dawnvongyad N. Dyslipidemia and effect from patient counseling on therapeutic life style modification in patients with HIV infected and AIDS receiving antiretroviral agent: GPO-VIR S. [thesis master of clinical pharmacy]. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University; 2008.
- Gill CJ, Griffith JL, Jacobson D, *et al.* Relationship of HIV viral loads, CD4 counts, and HAART use to Health-Related Quality of Life. *JAIDS* 2002; 30(5):485-492.
- Jiramahavitayakul K, Chuamuangphan S. Quality of life of HIV-infected persons and patients: a case study of The Ruam Nam Jai Rim Nam Lao Group, Mae Lao District, Chiang Rai Province. *J of Health Systems Res* 2008; 2(Suppl 3): 699-708
- Lertwilairatanapong T and Kaewpan W. Quality of Life of HIV Infected and AIDS Patients in Changwat Narathiwat: Evaluation by WHOQOL-HIV-BREF. *J of Health Sci* 2007; 16(6):847-58.
- Luksameejarunkul P. Situations about HIV infection/AIDS and prevention control. *J Pub Health* 1998; 28(2): 55-62.
- Noimuanwai P. Social support, self-care deficit and quality of life in HIV infected persons. [thesis master of sciences]. Bangkok: Mahidol University; 1994.
- Piyakul S. Quality of life of PLWA in Sanpatong Hospital and Sansai Hospital in Chiangmai Province. [thesis master of social science]. Bangkok: Mahidol University; 1999.
- Rukmoung S. Quality of life among AIDS patients receiving antiretroviral therapy in region 11. [thesis master of science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2003.
- Surongkaborpitra S, Fongkaew W, Nantachaipun P. Quality of life among people living with HIV/AIDS at Doi Saket Hospital, Chiang Mai Province. *Nursing J* 2006; 33:122-34.
- The WHOQOL Group. *The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)*. In: Orley J and Kuyken W, editors. *Quality of Life Assessment, International perspective*. Berlin: Springer-Verlog; 1994. 41-60.
- The WHOQOL-HIV Group. Department of Mental Health and Substance Dependence. WHOQOL-HIV Instrument Users Manual. Geneva. [Online]. 2002 Apr [cited 2009 Dec 26]. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL-HIV%20BREF