

บทวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*

QUALITY OF LIFE PREDICTORS OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

เปรมจิตร ดันบุญยืน**

ยุวดี ลีลัคนาวีระ*** พรณา หอมสินธุ์***

บทคัดย่อ

บทคัดย่อ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยและผลกระทบที่ซับซ้อนและรุนแรงมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี มีจำนวน 284 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2556 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยซ์ไบเซรียลและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตโดยวิธี Standard gamble ได้ค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ย เท่ากับ .63 (.35) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ย เท่ากับ .59 - .67 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ ($r = .13$) รายได้ ($r = .11$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .20$) ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ ($r = .16$) ภาวะซึมเศร้า ($r = .32$) และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ที่มีอาการผิดปกติ ($r = -.12$) และพบว่าภาวะซึมเศร้า ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ต่อ 100 เซลล์ และสถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ร้อยละ 13.70 ($R^2 = .137$, $F = 14.79$, $p\text{-value} < .01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ $-.26$, $.02$ และ $.12$ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มากขึ้นเนื่องจากคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก โดยเฉพาะคนที่ยังเป็นโสดที่พบว่ามีความเสี่ยงชีวิตต่ำกว่าคนที่แต่งงาน และควรดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ครอบคลุมทั้งมิติด้านกายให้มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ที่สูงขึ้นร่วมกับมีระบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ เอชไอวี/ เอดส์

ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุวดี ลีลัคนาวีระ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านบึง

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ABSTRACT

AIDS is a major public health problem in all countries, including Thailand. AIDS causes problems of illness and has impact which is more complex and severe than other chronic illnesses. This research, which was a predictive study, aimed to study factors predicting quality of life of those infected with HIV and AIDS at one community hospital in Chon Buri province. Sample was 284 HIV infected people and AIDS patients registered as HIV infected and AIDS patients. The sample was drawn by simple random sampling method. Data were collected between 29 March – 15 April 2013 with questionnaires and interviewing. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, point biserial correlation, and stepwise multiple regression.

The results showed that quality of life of sample of HIV-infected and AIDS patients, which was analyzed by Standard gamble had the utility scores average of 0.63 (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. ($R^2 = .1370$, $F = 14.79$, $p\text{-value} < .01$).

Suggestion: 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 were not satisfactory high. 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 dimensions that the body has higher amounts of CD4 lymphocyte and having the surveillance system and promoting the mental health to prevent depression.

Keywords: Quality of life; utility; HIV/AIDS.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีกว่า 34 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีรายใหม่ 2.7 ล้าน และมีผู้เสียชีวิต 1.8 ล้านคน ในจำนวนนี้พบมากที่สุดที่ทวีปแอฟริกาถึง 1.9 ล้านคน เสียชีวิตจากอาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์

ประมาณ 1.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 69 จากทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization, 2012)

สำหรับประเทศไทยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรมากที่สุดทั้งในเพศชายและเพศหญิง และเป็นสาเหตุลำดับแรกของความสูญเสียสุขภาพ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสิ้น จำนวน 376,690 ราย เสียชีวิต จำนวน 98,721 ราย แนวโน้มผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ลดลงกว่าในอดีต แต่ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทยคิดเป็น ร้อยละ 1.3 สูงเป็นอันดับที่ 38 ของโลก และเป็นอันดับ 1 ของทวีปเอเชีย (สำนัก ระบาดวิทยา, 2555) แต่ละวันมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 27 คน หรือไม่ต่ำกว่าชั่วโมงละ 1 คน ในจังหวัดชลบุรี ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2554 มี ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 7,646 คน เป็นลำดับที่ 6 ของ ประเทศ (สำนักระบาดวิทยา, 2554) และ ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์สะสม จำนวน 12,217 รายเป็นเพศชาย 6,065 ราย เพศหญิง 6,152 ราย อยู่ในเขตอำเภอ บ้านบึง จำนวน 503 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ได้รับยา ด้านไวรัส จำนวน 326 ราย (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี, 2555)

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นความผิดปกติที่ คุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ และ สังคมมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น ส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์อย่างไรก็ตาม จากการ ศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีหลาย ปัจจัย เช่น มิติด้านร่างกาย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็น โรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ (CD4) ระยะเวลาที่ได้รับยาด้านไวรัส การรับรู้ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบัน (ถนอมจิตต์ ดวนดวน และกรุณา ลิ่มเจริญ, 2552; สุดารัตน์ วรรณสาร, 2541) มิติด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Reis et al., 2011) และมิติ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม

(ถนอมจิตต์ ดวนดวน และกรุณา ลิ่มเจริญ, 2552; วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ สืบซึ้ง, 2549) การมี กลุ่มสนับสนุน (ชนกพร ศรีประสาร, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพ ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล, ณัฐชยา ช้อนขำ, ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิลมานัต, 2551; กัลยา แซ่ชิด และกิตติกร นิลมานัต, 2552; รองรัตน์ ชนะจน, 2551; พิทยา จารุพูนผล, 2552; สันติ นวนพรัตน์สกุล, 2550; ญาภาพรรณ มั่นกระโทก, วิทยา กุลสมบูรณ์ และหทัยรัตน์ โคตร-สมพงษ์, 2553; เนตรนภา อินทร์รองพล, 2553) การ ประเมินคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่เป็นการประเมิน แบบทั่วไปที่มีหลายมิติ มีการรายงานคะแนนตามมิติ โดยการให้คะแนนตามมิติของคุณภาพชีวิตแต่พบว่า ในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยมากที่ประเมิน คุณภาพชีวิตออกมาเป็นค่าอรรถประโยชน์เป็น ตัวเลขเพียงค่าเดียวที่อยู่ในช่วง 0-1 ซึ่งค่าที่ได้ สามารถนำไปคำนวณหาจำนวนปีสุขภาพ (Quality-adjusted life years) (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการพัฒนาสุขภาพ และ สามารถนำไปใช้ในการประเมินความคุ้มค่าทาง การแพทย์ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการกำหนด ขอบเขตการให้บริการสุขภาพภายใต้สิทธิประกัน สุขภาพรวมทั้งสามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการ จัดลำดับความสำคัญของการให้บริการสุขภาพ (วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร และภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2552) การวัดค่าอรรถประโยชน์ด้วยวิธี standard gamble นี้ถือว่าเป็นมาตรฐานของการประเมินค่า อรรถประโยชน์ทางตรงและเป็นวิธีการวัดที่เป็นไป หลักการตามทฤษฎีอรรถประโยชน์ (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) ที่พบเพียงการศึกษาเดียวในประเทศไทยที่ศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลบาราศนราดรุ (Sakthong, Schommer, Gross, Prasithsirikul, & Sakulbumrungsil, 2009) ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชน

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับมิติ 3 ด้านประกอบด้วยมิติด้านสุขภาพกาย มิติด้านจิตใจ และมิติด้านสังคม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพกายได้แก่ระยะเวลาที่เป็นโรคจากการศึกษาของสุธารัตน์ วรรณสาร (2541) พบว่าผู้ที่ติดเชื้อที่ทราบการติดเชื้อมานานจะมีความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์(CD4) มีการศึกษาของผาสุข ลิ้มรัตนพิมพา (2551) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือ ระดับ CD4 ส่วนระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าการรักษาที่ดีและเหมาะสมตลอดจนความยาวนานในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะมีความสำคัญอย่างมากในการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กัลยา แซ่ซิด และกิตติกร นิลมานันต์, 2552; Beard, Feeley, & Rosen, 2009) ภาวะสุขภาพบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Ferrans & Power, 1985) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ที่มีการซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Reis et al., 2011) และภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(Charles et al., 2012) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (ยุภาพรรณ มั่นกระโทก และคณะ, 2553; ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล, 2547; สันติ นวนพรัตน์สกุล, 2550; จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร, 2550) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน(รองรัตน์ ชนะจน,2551) สถานภาพสมรส ผู้มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสถานภาพโสด (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2536) รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (อภิชาติ กันธ, 2548)

การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของเทสตาและซิมมอนสัน (Testa & Simonson, 1996) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 3 มิติ คือมิติทางกาย ทางจิต และทางสังคมที่สามารถประเมินออกมาในลักษณะวัตถุวิสัย (objective assessment) และจิตวิสัย (subjective assessment) โดยที่การประเมินด้านวัตถุวิสัยจะมีความสำคัญในการบ่งบอกระดับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แต่การรับรู้ด้านจิตวิสัยและการคาดหวังจะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะจิตวิสัย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้งสามมิติรวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีมิติด้านร่างกาย ได้แก่ ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อหรือเป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้าน

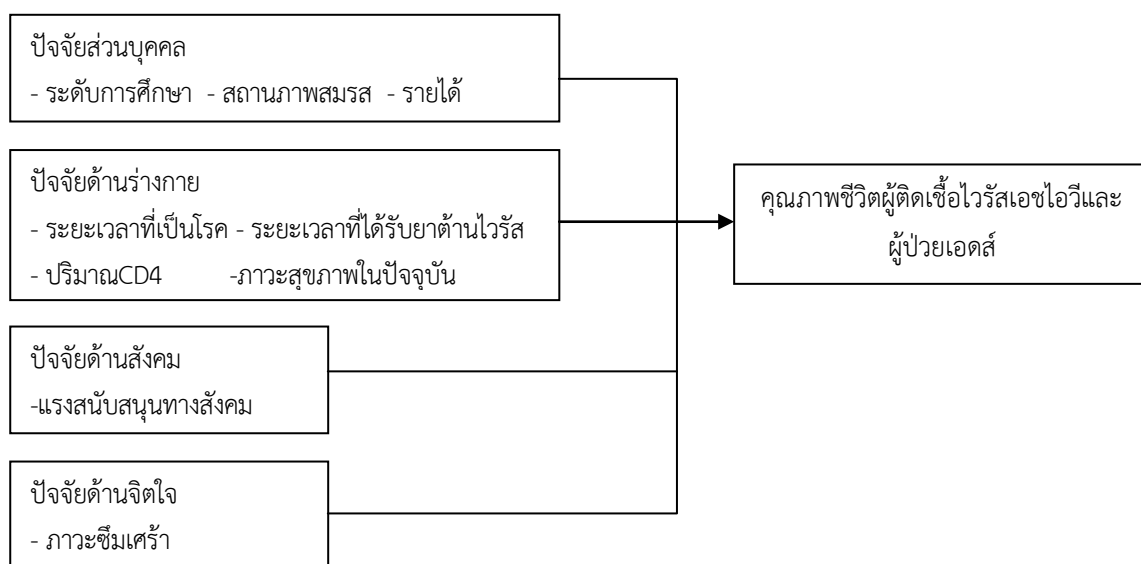
ไวรัส ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนและพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในอำเภอบ้านบึงจังหวัดชลบุรีจำนวน 503 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 15-60 ปี
2. สามารถสื่อสาร อ่านออกเขียนได้

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเอดส์ในระยะที่มีอาการรุนแรง หรือระยะโรคเอดส์ที่เกิดจากพยาธิสภาพในสมองหรือสมองเสื่อมจากเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อที่สมอง

4. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ (Cochan, 1997) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 284 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยเปิดโอกาสให้ทุก หน่วยประชากรมีโอกาสถูกเลือกเป็นตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) มีขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 503 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 491 ราย

2. ทำผลการรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

3. สุ่มเลือกโดยวิธีจับฉลากรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบบไม่ใส่คืนขึ้นมาทีละชื่อจนครบ 284 คนผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างโดยตรงเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยพร้อมขอความร่วมมือ โดยทำการขณะทีกลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่โรงพยาบาล และทางโทรศัพท์ ซึ่งทำให้ความลับของผู้ป่วยไม่ถูกเปิดเผย หากมีการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการจับฉลากรายชื่อใหม่จนได้จำนวนตามที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์จำนวน 4 ชุด มีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพด้าน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซท์ (CD4) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน จำนวน 9 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้า ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ สอบถามความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคือ มีอาการทุกวัน ให้ 3 คะแนน เป็นบ่อย (> 7 วัน) ให้ 2 คะแนน เป็นบางวัน (1-7 วัน) ให้ 1 คะแนน ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าสูง เกณฑ์ที่ใช้ในการพรรณนาข้อมูลมีดังนี้ คะแนน < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า หรือมีน้อยมาก คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าระดับปานกลาง และ คะแนน ≥ 19 คะแนน หมายถึงซึมเศร้าระดับรุนแรง

ชุดที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามที่สร้างมาจากกรอบแนวคิดของ (Cobb, 1976) และ (Schaefer, Cuyne, & Lazarus, 1981) ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของสุภาวดี เนติเมธี (2547) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 เนื้อหาครอบคลุม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ 4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 5) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตวิธี standard gamble ประกอบด้วยข้อความจำลอง

สถานการณ์ที่มี ทางเลือกให้ผู้ตอบเลือกระหว่าง 2 ทางเลือก ทางเลือกที่หนึ่ง คือ ภาวะปัจจุบันท่านมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ไปตลอดชีวิตที่เหลือของท่าน ซึ่งท่านกำลังได้รับการรักษาอยู่ในปัจจุบัน ทางเลือกที่สอง คือ สมมุติว่าวิธีการรักษาที่สามารถรักษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ให้หายขาดได้ โดยได้รับการรักษาเพียงครั้งเดียว การรักษาด้วยวิธีนี้มีโอกาสที่จะหายเป็นปกติ ด้วยค่าความน่าจะเป็นเท่ากับค่าหนึ่ง (p) อย่างไรก็ตามถ้าวิธีการนี้ไม่ได้ผล จะทำให้ผู้รับการรักษาเสียชีวิตโดยทันทีโดยปราศจากความเจ็บปวดและไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ด้วยความน่าจะเป็นเท่ากับ 1-p ผู้วิจัยอ่านสถานการณ์ให้ผู้ตอบเลือกระหว่างทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2 ด้วยค่าความน่าจะเป็นที่แตกต่างกันเริ่มต้นตั้งแต่ 0 และเพิ่มขึ้นทีละ 10 จะหยุดถามก็ต่อเมื่อผู้ตอบไม่สามารถเลือกได้ว่าจะมีชีวิตอยู่แบบเดิมหรือเลือกที่จะรักษาด้วยโอกาสที่จะหาย ด้วยค่าความน่าจะเป็นค่าหนึ่ง ค่าอรรถประโยชน์ที่ได้เท่ากับค่าความน่าจะเป็นที่ผู้ตอบไม่สามารถเลือกระหว่าง 2 ทางเลือกนี้ ค่าอรรถประโยชน์ รายงานเป็นคะแนนดัชนี (Index Score) อยู่ในช่วง 0-1 โดยที่คะแนน 0 หมายถึง ความตาย และ คะแนน 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ แบบประเมินนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย พรพนทิพา ศักดิ์ทอง (2554) มีลักษณะเป็นค่าเดียวและผู้วิจัยเก็บข้อมูลคนเดียว จึงไม่จำเป็นต้องประเมินความสอดคล้องภายใน และความเที่ยงระหว่างผู้สัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-03-2556 วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2556 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยการรวบรวม

ข้อมูลจากบันทึกประวัติคนไข้ รวมทั้งการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตัวเองพร้อมทั้งสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง

2. เข้าพบหัวหน้างานคลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอกและประธานชมรมทานตะวัน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มรายชื่อได้ทางโทรศัพท์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งนัดวันและสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูลซึ่งอาจเป็นที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเองในส่วนของการสอบถามชุดที่ 1 - 3 ส่วนชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตใช้การสัมภาษณ์ รวมเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 30 นาที

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณพร้อมยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีวิธีวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. พรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ

เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) สำหรับตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็น interval หรือ ratio scale ส่วนตัวแปรที่ระดับการวัดที่ต่ำกว่า ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งมีลักษณะ เป็น dichotomous outcome วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พอยซ์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation) และ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

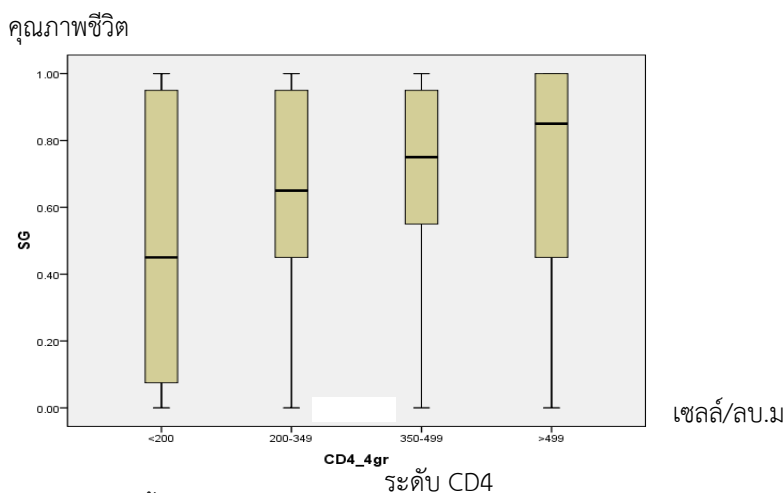
สรุปผลการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถดำเนินการตามกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ครบ 284 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.5 อายุเฉลี่ย 40.05 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.8 จบระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. ร้อยละ 49.3 และ 37.0 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้ น้อยกว่า 9,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,676.41 บาท ระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวี อยู่ในช่วงระยะเวลา 1- 3 ปี มากที่สุด รองลงมาระยะเวลา 4 -6 ปี ร้อยละ 32.7 และ 31.0 ตามลำดับ เฉลี่ย 6.15 ปี ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ (CD4) จำนวน 500 เซลล์ต่อไมโครลิตรขึ้นไป ร้อยละ 33.8 รองลงมา 200 - 349 เซลล์ต่อไมโครลิตร ร้อยละ 27.8 เฉลี่ย 424.37 เซลล์ต่อไมโครลิตร ส่วน

ใหญ่ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 92.6 เฉลี่ยระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส 4.07 ปี ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ร้อยละ 29.6 ในจำนวนนี้มีอาการผื่นคันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.62 รองลงมามีอาการอ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 35.71 ด้านสภาพจิตใจพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 13.4 และซึมเศร้าระดับปานกลางหรือรุนแรง ร้อยละ 4.0 การสนับสนุนทางสังคมได้รับอยู่ในระดับมากทุกด้าน คือ การได้รับสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือและอารมณ์ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) โดยภาพรวมและรายด้าน เท่ากับ 3.99 (.74), 4.22 (.76), 4.08 (.94), 3.96 (.82), 3.87(1.01) และ 3.83(1.11) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเฉลี่ยเท่ากับ .63 (.36) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .59 - .67 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เฉพาะผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน เฉลี่ยเท่ากับ .64 (.35) และพบว่าผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อระดับ CD4 มีค่าเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1 และรูปที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตาม ระดับ CD4

ระดับ CD 4	กลุ่มตัวอย่างได้รับยาต้านไวรัส			กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด		
	จำนวน	คุณภาพชีวิต		จำนวน	คุณภาพชีวิต	
		Mean (SD)	95%CI		Mean (SD)	95%CI
<200 เซลล์/ ลม.มม.	40	.50 (.38)	.38 - .62	48	.51 (.38)	.40 - .62
200-349 เซลล์/ ลม.มม.	75	.59(.36)	.51 - .67	79	.58(.36)	.50 - .66
350-499 เซลล์/ ลม.มม.	58	.71 (.29)	.63 - .79	61	.71 (.29)	.64 - .78
>499 เซลล์/ ลม.มม.	90	.70(.35)	.62 - .77	96	.68(.36)	.60 - .75
รวม	263	.64(.35)	.60 - .68	284	.63(.36)	.59 - .67



รูปที่ 1 คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ (CD4)

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 ได้แก่ สถานภาพสมรส ($r = .13$) รายได้ ($r = .11$) ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ ($r = .16$) ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่มีอาการผิดปกติ ($r = -.12$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .20$) และภาวะซึมเศร้า ($r = .32$) และพบว่าภาวะซึมเศร้า ($b = -.26$) ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ต่อ 100 เซลล์ ($b = .02$) และสถานภาพสมรส ($b = .12$) สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ร้อยละ 13.70 ($R^2 = .137$, $F = 14.79$, $p\text{-value} < .01$) รายละเอียดในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ($n=284$)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต	
	rp	(one- tailed)
สถานภาพสมรส (0=โสด, 1=คู่ หม้าย หย่า)	.13	.01*
ระดับการศึกษา(0=ประถมหรือไม่ได้เรียน, 1=สูงกว่าประถม)	-.01	.41
รายได้ (บาทต่อเดือน)	.11	.03*
ระยะเวลาการเป็นโรค (ปี)	-.06	.18
ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์	.16	<.01**
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (ปี)	.02	.38
ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน(0=ปกติ, 1=มีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง)	-.12	.02
ภาวะซึมเศร้า	-.32	<.01**
แรงสนับสนุนทางสังคม	.20	<.01**

** $p\text{-value} < 0.1$, ** $p\text{-value} < 0.5$

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย (n=284)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p
ภาวะซึมเศร้า	-.267	-.30	-5.49	<.01
ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ (ต่อ 100 เซลล์)	.020	.14	2.55	<.05
สถานภาพสมรส	.116	.13	2.32	<.05

ค่าคงที่ = .538 R² = .137 F = 14.785 p-value <.01

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตโดยวิธี Standard gamble (SG) ได้ค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ยเท่ากับ .63 (.35) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .59 - .67 ใกล้เคียงกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย โดยวิธี SG ได้ค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ยเท่ากับ .65 ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .60 - .70 (Sakthong, Schommer, Gross, Prasithsirikul, & Sakulbumrungsil, 2009) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมยังอยู่ในระดับที่ไม่ดีมากนัก แม้จะผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้อย่างทั่วถึงแล้วก็ตาม ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังคงไม่พึงพอใจกับสภาวะสุขภาพโดยรวมมากนัก ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง จากข้อมูลแบบสอบถามพบว่าผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพในปัจจุบัน คือ มีอาการผื่นคัน จำนวน 40 คน (ร้อยละ 47.62) อ่อนเพลีย จำนวน 35 คน (ร้อยละ 35.71) และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ จำนวน 137 คน (ร้อยละ 48.24) ส่วนใหญ่มีเชื้อราในช่องปาก จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 49.63) และอาจเนื่องมาจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสถึงแม้ว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเพิ่ม แต่ก็ส่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ยาบางชนิดทำ

ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างเนื่องจากไขมันย้ายที่ทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ (Palmer et al., 2011) สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ติดเชื้อที่มีอาการของโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งมีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส (ชุดิวรรณ จันคามิ, 2550) ความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Testa & Simonson, 1996) จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วนที่จะต้องพยายามส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเรียงตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า การศึกษาค้นพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่อิทธิพลมากที่สุดในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ค่าคุณภาพชีวิตจะลดลง .267 (b = -.267) ทั้งนี้เนื่องมาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อาจมีความวิตกกังวล ไม่กล้าเปิดเผยตนเองแก่ชุมชน กลัวสังคมจะรับรู้ตัวตนติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ถูกตีตราบาปทางสังคม มองตนเองในภาพลบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า บุคคลที่มีตราบาป และมองตนเองในภาพลบอย่างรุนแรงเฉลี่ย 2.1 ครั้ง มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Charles, Jeyaseelan, Pandian, Sam, Thenmozhi, & Jayaseelan, 2012) ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่เกิดขึ้นได้ ทั้งในระยะสั้นระยะยาว ยาบางชนิดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างเนื่องจากไขมันย้ายที่ทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Palmer et al., 2011) จากข้อมูลแบบสอบถามพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีอาการซึมเศร้าที่เป็นบ่อยๆ และมากที่สุด คือ อาการ หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ ร้อยละ 4.93 และ ร้อยละ 6.69 เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป ร้อยละ 3.52 ไม่สบายใจ เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง รู้สึกไม่ดีกับตนเองคิดว่าตนเองล้มเหลว ร้อยละ 2.11 ส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดีนัก สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Charles, Jeyaseelan, Pandian, Sam, Thenmozhi, & Jayaseelan, 2012; Hasanah, Zaliha, & Mahiran, 2011; Reis et al., 2011)

ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ (CD4) เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคที่กระทบต่อสุขภาพกาย จิตและสังคมของผู้ติดเชื้อ ดังนั้นจึงพบว่า CD4 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .01$ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ($b=.020$) โดยที่เมื่อปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์เพิ่มขึ้น 100 เซลล์/ลบ.มม. ค่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อจะเพิ่มขึ้น .020) ผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 ที่สูงขึ้นเรื่อยๆ แสดงถึงระดับภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น ซึ่งใช้ในการพยากรณ์ระยะโรค การดำเนินโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่างๆ การพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ ประเมินผลการรักษา ส่วนผู้ที่มีภูมิต้านทานต่ำมากที่ระดับ $CD4 \leq 200$ เซลล์ต่อ ลบ.มม. ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ผาสุข ลิ้มรัตนพิมพา (2551) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือ ระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 และอีกหลายๆ การศึกษา (Campsmith, Nakashima, & Davidson, 2003; Ichikawa & Natpratan, 2549; Lopez-Bastida, Oliva-Moreno, Perestelo-Perez, & Serrano-Aguilar, 2009; Razera, Ferreira, & Bonamigo, 2008)

สถานภาพสมรส พบว่ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ($b=.116$) โดยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือเคยมีคู่สมรส (ร้อยละ 80.6) มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่เป็นโสด จากข้อมูลแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้น้อย การมีคู่สมรสอาจทำให้มีการสนับสนุนทางด้านจิตใจ มีความรัก เอาใจใส่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งทางด้าน เศรษฐกิจและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541); เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536); จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร, (2550) พบว่า ผู้ที่มีคู่สมรสหรือเคยมีคู่สมรสเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมากกว่าคนโสด มีแหล่งสนับสนุนทางจิตใจช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด และสอดคล้องกับการศึกษาของ อาชานาและคณะ (Hasanah, Zaliha, & Mahiran, 2011) ที่พบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าด้านร่างกาย

รายได้ การศึกษานี้เมื่อยังไม่ได้ควบคุมปัจจัยอื่น พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($r=.112$) แต่เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้วพบว่ารายได้ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ทั้งนี้จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยเฉลี่ยต่อเดือน 7,676 บาท กลุ่มตัวอย่างอาจมีลักษณะที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่แตกต่างกันมากนักเพราะอยู่ในบริบทของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเพียงโรงพยาบาลเดียว และจากการศึกษานี้ศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพช่วยลดภาระด้านค่าใช้จ่ายของผู้ติดเชื้อและครอบครัว สามารถนำรายได้ที่มีอยู่ไปจัดหาสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมมีผลโดยรวมแต่ไม่ผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิต (Vidrine, Amick, Gritz, & Arduino, 2005)

ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่ มีอาการผิดปกติในช่วงที่เก็บข้อมูล ร้อยละ 29.6 ส่งผลให้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่มีอาการผิดปกติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($r = -.120$) จากข้อมูลแบบสอบถามพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพในปัจจุบันคือ มีอาการผื่นคัน จำนวน 40 คน (ร้อยละ 47.62) อ่อนเพลีย จำนวน 35 คน (ร้อยละ 35.71) และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ จำนวน 137 คน (ร้อยละ 48.24) ส่วนใหญ่มีเชื้อราในช่องปาก จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 49.63) อาจเป็นเพราะความผิดปกติที่พบในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้พบน้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดและเป็นอาการที่ไม่รุนแรงเช่น มีผื่นคันหรือรู้สึกอ่อนเพลีย จึงทำให้ความสัมพันธ์ที่พบมีระดับต่ำจนไม่สามารถเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของฮาซานาห์และคณะ (Hasanah, Zaliha, & Mahiran, 2011) ที่พบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าด้านร่างกาย

แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($r = .196$) อธิบายได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่ายังมีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณเองเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของเบเคเล่ (Bekele et al., 2012) ที่พบว่า การรับรู้ว่าคุณเองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผลทางอ้อมคือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับอีกหลายการศึกษาอื่นที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ชนกพร ศรีประสาร, 2551; ยุภาพรณ มั่นกระโทก, วิทยา กุลสมบุรณ์ และหทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์, 2553; Tangkawanich, Yunibhand, Thanasilp, & Magilvy, 2008.; C Charles, Jeyaseelan, Pandian, Sam, Thenmozhi, & Jayaseelan, 2012) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ไม่แตกต่างกันมากนักคือได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมากทุกด้านทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านวัตถุสิ่งของ เงินและบริการ ด้านการได้รับการยอมรับ นับถือและด้านอารมณ์ ความสัมพันธ์ที่พบจึงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำเมื่อควบคุมอิทธิโดยปัจจัยอื่นจึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้

ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอธิบายได้ดังนี้

ระดับการศึกษา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = -.014$, $p\text{-value} = .410$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรและอาสาสมัครที่เป็นผู้ติดเชื้อ รวมทั้งสามารถหาข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์ในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองจากโรคเอดส์จากแหล่งต่างๆ ทำให้เกิดการปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชา ช้อนข้า, ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิมนานต์ (2551) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลาการเป็นโรค กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.15 ปีต่ำสุด 1 ปี ส่วนใหญ่เข้าถึงการได้รับยาต้านไวรัสทำให้ไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AID-related illness) ทำให้ระยะเวลาการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุธารัตน์ วรรณสาร (2541) พบว่าผู้ที่ติดเชื้อที่ทราบการติดเชื้อมานานจะมีความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุมจิตต์ ดวนดวน และกรุณา ลิ้มเจริญ (2552) ที่พบว่าระยะเวลาของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและระยะเวลาที่เป็นโรค

ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่มีความสัมพันธ์และไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่าการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้ระดับ CD4 สูงขึ้นมากกว่า 50 เซลล์ต่อไมโครลิตร หรือร้อยละ 30 หลังจากได้รับยาไปแล้วนาน 1 ปีและลดปริมาณไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ หรือ

พบน้อยกว่า 50copies/ml (ประณีต ส่งวัฒนา, 2554) จะทำให้ลดอัตราป่วยจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างมาก ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ได้ยาต้านไวรัสจะมีอาการทางกาย ทางจิตใจ และการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 3 เดือน และจะดีขึ้นจนคงที่เมื่อรักษาได้ประมาณ 1 ปี (Beard, Feeley, & Rosen, 2009) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัส (ร้อยละ 92.7) ที่ได้รับยามานานกว่า 6 เดือน ประกอบกับไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง จึงทำให้ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้า ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ และสถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นจึงสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดังนี้

1.1 ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ดียิ่งขึ้น โดยมีกิจกรรมประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าในคลินิก หากพบความผิดปกติควรส่งพบผู้ให้การปรึกษาหรือให้การปรึกษาในผู้ที่มีความผิดปกติรุนแรงอย่างทันทั่วทั้งที่เพื่อลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น กิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด กิจกรรมเสริมพลังอำนาจ

1.2 ส่งเสริมสุขภาพกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ให้มีระดับ ปริมาณเม็ดเลือดขาว ซีดีโฟลิมโฟไซต์สูงยิ่งขึ้น เน้นเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การลดโอกาสเสี่ยงที่จะรับเชื้อเพิ่ม และเรื่องการเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว และการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.3 ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้นเพื่อลดการหย่าร้างโดยจัดกิจกรรมวันครอบครัวสัมพันธในคนโสดหากไม่มีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ควรเน้นการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้า ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ และสถานภาพสมรส สามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นอาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลอ้างอิงในการจัดการเรียนการสอนนิสิตพยาบาล โดยเน้นการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวมมีการประเมินปัญหาและสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา และการให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แบบรอบด้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ดียิ่งขึ้น

3. ด้านวิจัย

3.1 ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาตัวแปรต้นทั้งหมด 9 ตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนค่าคุณภาพชีวิตได้เพียงร้อยละ 13.7 ดังนั้นควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยการศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนแล้วจึงนำปัจจัยนั้นมาศึกษาเพิ่มเติมในเชิงปริมาณ และควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้นซึ่งจะทำให้เห็นถึงอิทธิพลของตัวแปรมากขึ้น เช่น ศึกษาทั้งในกลุ่มที่เป็นสมาชิกกลุ่ม และไม่เป็น กลุ่มที่เปิดเผยสถานะ

การติดเชื้อของตนเองและไม่เปิดเผย กลุ่มที่เพิ่งติดเชื้อและติดเชื้อมานานแล้วกลุ่มที่กำลังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและกลุ่มที่แข็งแรง เป็นต้น

3.2 การศึกษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากอดีตถึงปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องควรมีการประเมินผลลัพธ์การให้บริการและวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยการประเมินคุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับตัวชี้วัดอื่นๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตถือเป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์สุดท้ายของการให้บริการต่างๆ ต้องควรพิสูจน์คุณค่า ซึ่งอาจประเมินด้วยการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล หรือต้นทุน-อรรถประโยชน์ เปรียบเทียบระหว่างมาตรการการดูแลผู้ป่วยแบบต่างๆ ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถนำผลลัพธ์ไปเปรียบเทียบกับมาตรการอื่นๆ เพื่อนำไปสู่การกำหนดในเชิงนโยบายต่อไป

3.3 ค่าอรรถประโยชน์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละกลุ่มที่มีค่าปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์แตกต่างกันที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นค่าที่ได้จากการประเมินด้วยเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินอรรถประโยชน์โดยตรง ในบริบทของผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นจึงสามารถนำไปเป็นค่าอ้างอิงในการสร้างแบบจำลองเพื่อประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่จะจัดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้นทั้งผู้เข้ารับการรักษาและยังไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ศึกษาให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้นเพื่อให้ค่าสถิติที่ได้มีความเป็นตัวแทนประชากรมากขึ้น สามารถวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มย่อยให้ได้รายละเอียดที่ชัดเจนมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นปัญหาความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ควบคู่กับเชิงปริมาณซึ่งจะนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

3. พัฒนาวิธีการหรือรูปแบบการบริการที่สามารถช่วยลดความเครียดและความซึมเศร้า เสริมพลังอำนาจ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้ในเชิงการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล หรือต้นทุน -อรรถประโยชน์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดในเชิงนโยบายต่อไป

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. งานวิจัยในครั้งนี้ไม่สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลเอกชน เพื่อความสะดวกในการรับบริการและปกปิดสถานะการติดเชื้อของตนเอง

2. งานวิจัยในครั้งนี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลและมารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ดังนั้นภาวะสุขภาพโดยทั่วไปจึงอยู่ในสภาพช่วยเหลือตนเอง ดังนั้นค่าอรรถประโยชน์ที่ได้อาจแตกต่างจากผู้ป่วยที่กำลังมีอาการที่รุนแรง

เอกสารอ้างอิง

กัลยา แซชิตและกิตติกร นิลมานัต. (2552).

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล สงขลา. *วารสารโรคเอดส์*, 22(1), 23-29.

จันทนา บุญเดชาและสมพร เนติรัฐกร. (2550).

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารโรคเอดส์*, 19(2), 102-113.

ชนกพร ศรีประสาร. (2551). *ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ขณะได้รับยาต้านไวรัส*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัทยมหาสารคาม.

ชุตีวรรณ จันคามิ. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ดัชนีชีวิภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส ระดับชาติ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐชา ซ่อนขำ, ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิลมานัต. (2551). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง*. *วารสารโรคเอดส์*, 20(1), 45-57.

ณอมจิตต์ ดวนดวน และกรุณา ลัมเจริญ. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร*. *วารสารควบคุมโรค*, 35(3), 176-186.

เนตรนภา อินทร์รองพล. (2553). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัสจังหวัดชัยนาท*. การศึกษาอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ประณีต ส่งวัฒนา. (2554). *การพยาบาลขั้นสูงสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในยุคนาต้านไวรัส*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2536). *แรงสนับสนุนทางสังคมความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผาสุข ลิ้มรัตนพิมพา. (2551). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยุภาพรรณ มั่นกระโทก, วิทยา กุลสมบูรณ์ และ หทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา*. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา*, 16(6), 25-42.

รองรัตน์ ชนะจน. (2551). *คุณภาพชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอดส์ในจังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.

ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล. (2547). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วันเพ็ญ แก้วปานและสุรินทร์ สืบซึ้ง. (2549). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย*

เอดส์ที่รับบริการในคลินิกเอดส์ จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารวิชาการเขต* 12, 17(4), 27-38.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและภิรมย์ กมลรัตนกุล. (2552). *หลักการประเมินทางเศรษฐศาสตร์การจัดสรรปันส่วนอย่างสมเหตุสมผลโดยใช้ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์และความต้องการมาตรฐานในระเบียบวิธีการศึกษา*. ในอุษานายเลิศแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, สิริพร คงพิทยายัย และเนติ สุขสมบูรณ์ (บรรณาธิการ), *คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย*. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สุภารัตน์ วรรณสาร. (2541). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลเวียงพิงค์*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาวดี เนติเมธี. (2547). *ความหวัง พฤติกรรมและการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สันติ นวนพรัตน์สกุล. (2550). *คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของคลินิกศูนย์รวมใจโรงพยาบาลตากลิ*. *สวรรค์ประชากรเวชสาร*, 4(3), 656-671.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2555). *ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. งานควบคุมโรค, สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานผล
การศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของ
ประชากรไทย พ.ศ. 2547. [ออนไลน์]
เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2556, จาก
[http://www.hiso.or.th/hiso/picture/re
portHealth/pro2-chapter8\(10\).pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter8(10).pdf)

สำนักกระบาดวิทยา. (2554). สถานการณ์ผู้ป่วย
เอดส์ ปี 2552-2554. [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ
วันที่ 10 ธันวาคม 2555, จาก [http://www.
boe.moph.go.th/report.php?cat=68](http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=68)

สำนักกระบาดวิทยา. (2555). สถานการณ์ปัญหา
เอดส์ระดับโลก.[ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อวันที่
10 ธันวาคม 2555, จาก[http://www.boe.
moph.go.th/report.php?cat=19&id=1267](http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1267)

อภิชาติกันธุ์. (2548). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอดส์
คลินิกรับยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาล
เพชรบูรณ์ ใน การสัมมนาเรื่องโรคเอดส์
ครั้งที่ 10,วันที่ 13-15 กรกฎาคม 2548,
กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.

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.

Bekele, T., Rourke, S. B., Tucker, R., Greene,
S., Sobota, M., Koornstra, J., et al.
(2012). Direct and indirect effects of
perceived social support on health-
related quality of life in persons
living with HIV/AIDS. *AIDS Care*.

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.

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*
(3rd ed.). New York: Wiley.

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 Press Inc.

Ferrans, C. E. & Power, M. (1985). Quality of
life index: Development and
psychometric properties. *Advances In
Nursing Science*, 8(1), 15-24.

- Hasanah, C. I., Zaliha, A. R., & Mahiran, M. (2011). Factors influencing the quality of life in patients with HIV in Malaysia. *Quality Life Research*, 20(1), 91-100.
- 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.
- 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 Service Research*, 9, 55.
- Palmer, A. K., Duncan, K. C., Ayalew, B., Zhang, W., Tzemis, D., Lima, V., et al. (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.
- Razera, F., Ferreira, J., & Bonamigo, R. R. (2008). Factors associated with health-related quality-of-life in HIV-infected Brazilians. *International Journal 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. *Revista Latino-Americana de 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.
- 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 Science*, 10(3), 216-221.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assesment of quality-of-life outcomes. *Northern England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Vidrine, D. J., Amick, B. C., 3rd, 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 Research* 14(4), 923-933.
- World Health Organization.(2012). *Global situation and trends*. Retrieved December 1, 2012, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en