

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11



นายสุเทพ รักเมือง

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

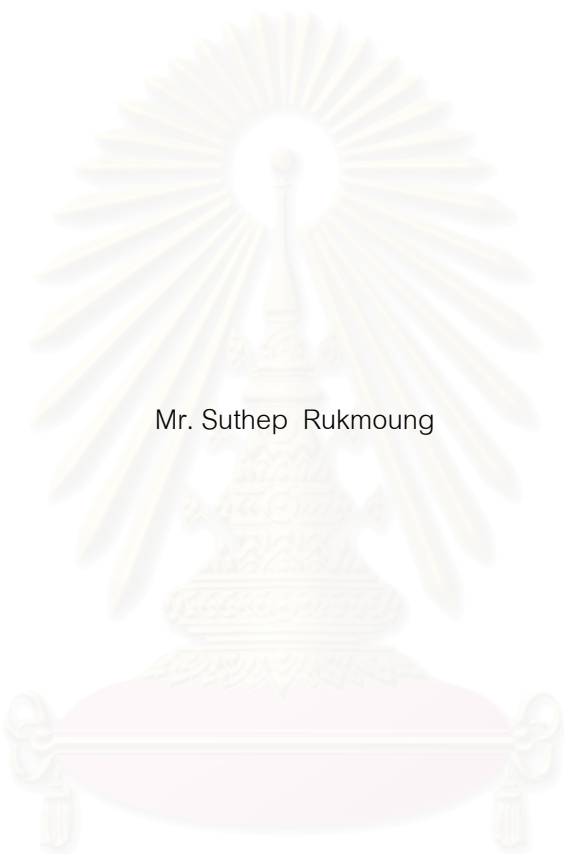
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-4737-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

QUALITY OF LIFE AMONG AIDS PATIENT RECEIVING ANTIRETROVIRAL THERAPY
IN REGION 11.



Mr. Suthep Rukmoung

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine
Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine
Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-4737-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์
โดย
สาขาวิชา
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11
นายสุเทพ รักเมือง
เวชศาสตร์ชุมชน
รองศาสตราจารย์นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล
ศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริศิรินัยกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริศิรินัยกุล)

..... กรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุเทพ รักเมือง : คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 (QUALITY OF LIFE AMONG AIDS PATIENTS RECEIVING ANTIRETROVIRAL THERAPY IN REGION 11.)

อ.ที่ปรึกษา : รศ.นพ. นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล , อ.ที่ปรึกษาร่วม : ศ.นพ. พรชัย สิทธิศรัณย์กุล จำนวน 88 หน้า. ISBN 974-17-4737-3

เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์คือการยืดอายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์จำเป็นต้องได้รับการรักษาในระยะยาว ดังนั้นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต 11 ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543-2546 ศึกษาในช่วง เดือนตุลาคม 2546 - กุมภาพันธ์ 2547 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 352 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากรกับระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้ Chi-square test (χ^2) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มัธยฐานของอายุ เท่ากับ 34.03 ปี สถานภาพ สมรสร้อยละ 53.1 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.7 เป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 45.5 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 63.1 มัธยฐานของรายได้ 3,350.0 บาท รายได้ส่วนใหญ่ไม่พอใช้ และที่อยู่อาศัยเป็นบ้านของตนเองร้อยละ 56.2 กินยาต้านไวรัสสูตร Stavudine + Lamivudine + Nevirapine (GPO-vir^R) ร้อยละ 54.3 พบอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบันร้อยละ 8.5 และระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการร้อยละ 76.4 CD4 count ตรวจวัดครั้งสุดท้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์/มล เฉลี่ย 210.9 เซลล์/มล และน้ำหนักตัวหลังรับยาไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 77.5 ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่ามัธยฐาน 88.1 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และพบว่า สถานภาพ สมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ผลที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ วิธีการประเมินคุณภาพชีวิตและผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ต่อไป

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2546	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4575267230 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE.

KEY WORD : Quality of life/ AIDS / Antiretroviral therapy / Region 11.

SUTHEP RUKMOUNG : QUALITY OF LIFE AMONG AIDS PATIENTS RECEIVING ANTIRETROVIRAL THERAPY IN REGION 11. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF NARIN HIRANSUTHIKUL, Ph.D. THESIS CO-ADVISOR : PROF. PORNCHAI SITHISARANKUL, MD, MPH, Dr.PH. 88 pp. ISBN. 974-17-4737-3.

The optimal goals of treatment of HIV/AIDS patients are to prolong their survival and to help them maintaining good quality of life. Because the antiretroviral therapy is time consuming, the study of quality of life among HIV/AIDS patients receiving antiretroviral therapy is necessary for the success of the treatment. This research was conducted in order to study the quality of life among AIDS patients receiving antiretroviral therapy in region 11. It was a cross-sectional descriptive study. The target population were those HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy in hospitals under region 11, the Ministry of Public Health, during 2000–2003. The study was done between October 2003 – February 2004 from total studied samples of 352 subjects through questionnaire interview. The questionnaire about general information and Medical Outcome Study 36(SF-36) were applied in the study. The percentage, arithmetic mean, median, standard deviation, minimum and maximum value and relation between sociodemographic factors and quality of life by Chi–square test were used for statistical analyses. It was found that there were more female than male counterparts with median age of 34.03 years. 53.1 % were married, 49.7% completed primary school, 45.5 % of them were breadwinners of the family, and 63.1% were employees. Their median monthly income was 3,350 bahts which was hardly enough for most of them. Fifty six point two percents of them owned their houses. According to antiretroviral therapy, 54.3 % were currently taking Stavudine+Lamivudine+ Nevirapine(GPO-vir^R) and 8.5 % reported of having side effects. Seventy eight point seven percents had taken the drugs for 12 months or less while 76.4 % suffered from opportunistic infection. Most of them had their last CD4 counts 200 cells/ml or less with mean of 210.9 cells/ml. After taking the drugs, 77.5 % had no significant change in their body weight. The median total quality of life was 88.1 points and most of them showed good quality of life. There were statistically significant associations (p -value<0.05) between marital status and level of education with quality of life.

The results of this study could serve as baseline information showing the level of quality of life of the AIDS patients receiving antiretroviral therapy and related factors. The process of quality of life evaluation and the results can be applied to the service system development and follow up of AIDS patients who received antiretroviral therapy in the future.

Department	Preventive and Social Medicine	Student's signature
Field of study	Community Medicine	Advisor's signature.....
Academic year	2003	Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดี จาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล ศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูริย์ โล่ห์สุนทร อาจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ ที่ได้สละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งได้ตรวจสอบความถูกต้องของวิทยานิพนธ์ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ คุณธรรม และให้ความเมตตากรุณา แก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษา

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมทุกโรงพยาบาลในเขต 11 ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการ ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บแบบสัมภาษณ์

ขอขอบคุณ คุณโสภณ สมบุญ และเพื่อนนิสิตปริญญาโท รุ่น 14 สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและ อาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกคน ที่ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดาและมารดา ที่ให้การเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน และให้การ สนับสนุนด้านการศึกษามาตลอด จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามของการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 ข้อยกเว้นเบื้องต้น	4
1.5 ข้อยกเว้นในการวิจัย.....	4
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย.....	4
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 คุณภาพชีวิต	7
2.2 โรคเอดส์และการดำเนินโรคจากการติดเชื้อเอชไอวี	18
2.3 การให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์.....	23
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
3.1 รูปแบบการวิจัย	34
3.2 ระเบียบวิธีวิจัย	34
3.3 การรวบรวมข้อมูล.....	37
3.4 เกณฑ์การให้คะแนน.....	38
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	45
ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์	45
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร.....	46
ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	47
ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการรักษา	49
ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสุขภาพ.....	50
ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิต.....	51
ส่วนที่ 7 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับระดับคุณภาพชีวิต	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	61
5.1 สรุปผลการวิจัย	61
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	63
5.3 ข้อเสนอแนะ	66
รายการอ้างอิง.....	68
ภาคผนวก	73
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	87
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	88

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	แสดงยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบัน จำแนกตามการออกฤทธิ์หลัก.....	24
2.2	แสดงยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดต่างๆ ที่นำมาใช้รวมกันเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการต้านเชื้อไวรัสเอดส์.....	25
2.3	แสดงผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์.....	26
3.1	แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกรายจังหวัดในเขต 11	34
4.1	การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11.....	45
4.2	ปัจจัยด้านลักษณะประชากรของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11.....	46
4.3	ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้าน ไวรัสเอดส์ ในเขต 11.....	47
4.4	ปัจจัยด้านการรักษา ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11.....	49
4.5	ปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11.....	50
4.6	คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 จำแนกตาม คุณภาพชีวิต ทั้ง 10 ด้าน.....	51
4.7	คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 จำแนกตามสถานะด้านสุขภาพ	52
4.8	คุณภาพชีวิตด้านสถานะทางด้านร่างกายและสถานะทางด้านจิตใจ ของผู้ป่วย เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต.....	53
4.9	คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 10 ด้าน ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	54
4.10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยา ต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	55
4.11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยเอดส์ที่ รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	56
4.12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษา ของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม	58
4.13	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม	59

สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1.7	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
แผนภูมิที่ 2.1	Model การแบ่ง SF-36 เป็นสถานะสุขภาพทางด้านร่างกาย และ สถานะสุขภาพทางด้านจิตใจ ของ Dennis A Revicki และคณะ.....	17



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

จากการรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก (ธันวาคม พ.ศ.2546) โดย UNAIDS/WHO ⁽¹⁾ พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 34-46 ล้านคน นอกจากนี้ ยังพบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2546 ประมาณ 4.2-5.8 ล้านคน ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มากกว่าร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งคาดว่าในปี 2545 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ยวันละประมาณ 14,000 ราย มากกว่าร้อยละ 50 เป็นเพศหญิง และกลุ่มอายุส่วนใหญ่ 15-24 ปี สำหรับการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ(The Thai Working Group)ได้คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ.2547 ว่าน่าจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,074,000 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 47,600 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม ประมาณ 501,700 ราย และมีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ต้องการดูแลรักษา จำนวน 572,500 ราย และคาดว่าในปี พ.ศ.2549 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,109,000 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการกินยาต้านไวรัสเอดส์ประมาณ 508,300 ราย ⁽¹⁾ รายงานจากสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2546 ⁽²⁾ มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 317,065 ราย และมีผู้เสียชีวิต 72,965 ราย ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกรรม ส่วนโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ Mycobacterium tuberculosis (Pulmonary or Extrapulmonary), โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii, Cryptococcosis, Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม(Trachea, bronchi) หรือปอด และ Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

ด้านผลกระทบของโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญปัญหานานับประการ เช่น ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่าย มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมลง นอกจากนั้นด้านจิตใจยังมีผลกระทบอีกมากมาย ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิต วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง คิดหรือลงมือฆ่าตัวตาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต้องออกจากงาน ไม่มีที่พักอาศัย สูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และถูกปฏิเสธจากสังคม ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสังคมทุกระดับ ทั้งต่อ

บริการสาธารณสุข การพัฒนาเศรษฐกิจและการเมืองของชาติ โรคเอดส์จึงเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศ ทั้งในด้านการป้องกันและการรักษา⁽³⁾

ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายได้ เป็นเพียงยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอายุยืนยาวไปอีกระยะหนึ่งเท่านั้น การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาในปัจจุบันคือการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งประเทศในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ประมาณร้อยละ 5-24 (WHO) นอกจากนี้การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการดูแลสุขภาพด้วยทางเลือกอื่นเป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างง่าย ๆ โดยคำนึงถึงมิติอันหลากหลายของมนุษย์ ไม่เน้นเฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ซึ่งให้ผลในแง่ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพิ่มภูมิคุ้มกันและมีจิตใจสงบ⁽⁴⁾ ปัจจุบันมีหลายประเทศที่ให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้ผล โดยสามารถลดอัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดอัตราเสียชีวิตจากโรคเอดส์ได้⁽⁵⁾

การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยเริ่มในปี พ.ศ.2535⁽⁶⁾ โดยเริ่มโครงการให้ยาด้านไวรัสชนิดตัวเดียว (Monotherapy) คือยา Zidovudine (AZT) และในปี พ.ศ.2540 เริ่มให้ยาด้านไวรัสเอดส์ในสูตรแบบสองชนิดพร้อมกัน คือ AZT+ddl และ AZT+ddC ต่อมาในปี พ.ศ.2543 ได้เริ่มให้ยาด้านไวรัสเอดส์ด้วยสูตรการรักษาแบบสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) ซึ่งเป็นสูตรยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy : HAART) ต่อมาในปี พ.ศ.2546 เพิ่มสูตรการรักษาเป็น boosted PIs (NRTI+2PI) ซึ่งยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ทางคลินิกในปัจจุบัน (Current Antiretroviral Drug in Clinical Use) และได้รับการจดทะเบียนโดย U.S.FDA มีทั้งหมด 16 ชนิด ประกอบด้วยยา 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม Nucleoside analogues Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI), กลุ่ม Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) และ กลุ่ม Protease Inhibitors (PIs) ยาด้านไวรัสต่างๆ ดังกล่าวนี้อาจมีความแตกต่างกันในแง่ผลข้างเคียง การทนต่อยาของผู้ป่วย ความสะดวกและความไวต่อยา และการตัดสินใจเปลี่ยนสูตรยาของแพทย์มักเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ การที่ผู้ป่วยทนยาไม่ได้ (Intolerance) หรือการรักษาล้มเหลว (Treatment failure)

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลรักษาและความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัสเอดส์นั้น นอกจากฤทธิ์ของตัวยา อาการข้างเคียง และระบบการดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุขแล้ว สิ่งที่สำคัญคือ ปัจจัยทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ ปัญหาครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เป็นที่ยอมรับกันว่าจิตใจและกำลังใจของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าสังคม ชุมชน และครอบครัวมีปฏิกิริยาทางบวก มีการให้ความรัก ความเข้าใจต่อผู้ป่วย ก็จะมีผลต่อชีวิตที่ยืนยาวของผู้ป่วย การที่สังคม ชุมชน และครอบครัวมีปฏิกิริยาเชิงลบ เช่น รังเกียจ ทอดทิ้ง ขังขัง ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล ไม่เปิดเผยตัวต่อสังคม คิดหรือลงมือฆ่าตัวตายได้ ซึ่งบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละภาคมีความแตกต่างกัน

โดยที่ภาคเหนือมีการยอมรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้อยู่ร่วมกันในสังคมมากขึ้น ปฏิบัติการของชุมชนและครอบครัวเป็นไปในทางบวก⁽⁷⁾ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ที่ยอมรับและรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะยอมเปิดเผยตัวเมื่อปรากฏอาการของโรคชัดเจนหรือมีเหตุจำเป็นทำให้ไม่สามารถปกปิดได้⁽⁸⁾ ในส่วนของภาคใต้ ชุมชน สังคม และครอบครัวยังมีปฏิสัมพันธ์ทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังไม่เปิดเผยสถานะของตนเอง⁽⁹⁾ การที่ผู้ป่วยเอดส์เปิดเผยตัวว่าติดเชื้อเอดส์ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น การร่วมกิจกรรมกลุ่มมีความสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการที่ผู้ติดเชื้อได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทำให้ได้รับรู้ว่าไม่ได้มีเขาคนเดียวที่ประสบปัญหาเอดส์⁽¹⁰⁾

แม้ว่าการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ผลจากอาการข้างเคียงของฤทธิ์ยาต้านไวรัสเอดส์อาจก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และผลกระทบต่อด้านความเจ็บป่วยต่างๆ เช่น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง รวมทั้งรายได้ลดลง สูญเสียบทบาทในครอบครัวและสังคม ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ก่อให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุขในชีวิต ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ปัจจุบันยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องความหมายของคุณภาพชีวิต แต่เป้าหมายสูงสุดของการบริการทางการแพทย์ก็คือการยืดอายุผู้ป่วยเอดส์และการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยยังมีน้อยมาก และในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยยังไม่มีใครศึกษา ดังนั้นผล การศึกษานี้จะช่วยบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอดส์ ในเขตอื่นๆ และใช้ในการพัฒนาระบบบริการและประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

1.2 คำถามของการวิจัย (Research questions)

1.2.1 คำถามหลัก (Primary research questions)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 เป็นอย่างไร

1.2.2 คำถามรอง (Secondary research questions)

1.2.2.1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 เป็นอย่างไร

1.2.2.2 ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป (General objective)

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific objectives)

1.3.2.1 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์

ในเขต 11

1.3.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้าน

ไวรัสเอดส์ ในเขต 11

1.4 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2543-2546 และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบันมานานมากกว่า 6 เดือน

2. ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการดังกล่าว ในเขต 11 (เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขมี 12 เขต)

1.5 ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จากการเข้าร่วมในโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย และมารับบริการที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย (Operational Definitions)

1.6.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ตรวจพบ แอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือด โดยยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงว่าป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection)

1.6.2 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ หมายถึง ผู้ที่ตรวจพบ แอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือด โดยแสดงอาการว่าป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1.6.3 ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือด ตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้อย่างใดอย่างหนึ่ง ใน 27 โรค หรือตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ได้น้อยกว่า 200 cell/ml อย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งอาจไม่มีโรคใดโรคหนึ่งใน 27 โรค

1.6.4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง

1. ผู้ป่วยเอดส์ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้

(AIDS-defining illness)

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการ

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่มีอาการแต่มีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 cell/cu.mm.
4. รับประทานยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งตามข้อ 1.6.5 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2543 ถึง 31

สิงหาคม 2546

1.6.5 ยาต้านไวรัสเอชไอวี หมายถึง ยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยสูตรการรักษาแบบสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) โดยแบ่งการออกฤทธิ์หลักที่ 2 ตำแหน่ง คือ ยับยั้งเอนไซม์ Reverse Transcriptase และ Protease โดยแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. 2Nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor (2NRTI) + Nonnucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor (NNRTI):2NRTI+NNRTI จำนวน 6 สูตร คือ (AZT+3TC)+NVP, AZT+ddI+NVP, (AZT+3TC)+EFV, d4T+ddI+EFV, d4T+3TC+Nevitapine(GPO-vir), d4T+3TC+Efavirenz.

2. 2Nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor (2NRTI) + Protease inhibitor :2NRTI+boosted PI จำนวน 5 สูตร คือ (AZT+ddI)+SQV / RTV, d4T+ddI+SQV/RTV, (AZT+3TC)+IDV / RTV, d4T+ddI+IDV / RTV และ d4T+3TC+(indinavir+Ritonavir)

1.6.6 คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาวะที่ตนดำรงอยู่ ซึ่งเป็นการรับรู้และตัดสินใจของบุคคลนั้น

1.6.7 คุณภาพชีวิตของป่วยโรคเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี หมายถึง การประเมินความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยตนเอง เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพ ซึ่งวัดจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยใช้เครื่องมือวัดผลของการดูแลรักษา (Medical Outcomes Study 36: MOS 36 item. short form : SF-36) ของ Wu AW. และคณะ โดยแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี และคุณภาพชีวิตดี

1.6.8 เขต 11 หมายถึง เขตตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี 12 เขต จังหวัดในเขต 11 มี 7 จังหวัดคือ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พังงา กระบี่ และภูเก็ต

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1.7.1 เพื่อทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

1.7.2 นำวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเอดส์ในเขตอื่น ๆ หรือระดับประเทศประเทศต่อไป

1.7.3 สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวน และรวบรวม แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 2.1 คุณภาพชีวิต (Quality of life)
- 2.2 โรคเอดส์ (AIDS) และการดำเนินโรคจากการติดเชื้อเอชไอวี (Progression of HIV infection)
- 2.3 การให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 คุณภาพชีวิต

“คุณภาพชีวิต” เป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ (Well-being) เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ ในปัจจุบัน ได้มีการกล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิต กันอย่างแพร่หลาย โดยถือว่าคุณภาพชีวิตเป็นดัชนีวัดสถานะสุขภาพและดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญตัวหนึ่งของการประเมินผลในการดูแลรักษาด้วยยา (Drug therapy) ตลอดจนจนถึงการให้บริการทางด้านสาธารณสุข (Health service)

2.1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม (Subjective) ยากแก่การอธิบายให้มีความเข้าใจ หรือนิยามตรงกันในแต่ละบุคคล องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1993) ได้ระบุไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์⁽¹¹⁾

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization:WHO)⁽¹²⁾ ได้ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้น เป็นมิติที่ซับซ้อนหลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคล ในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการสร้างดัชนีที่จะวัดคุณภาพชีวิตจึงมีความหลากหลายตามเป้าหมาย และแนวคิดของแต่ละกลุ่มคนในสังคม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542^{(13)m} ให้ความหมาย “คุณภาพชีวิต” ว่า ประกอบด้วย 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึงลักษณะที่ดีเด่นของบุคคล หรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึงความเป็นอยู่ ดังนั้น “คุณภาพชีวิต” หมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Spilker⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาความหมายของ คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สภาวะสุขภาพทางกาย (Physical health status) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี (Psychological status and well-being) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interactions) และสถานภาพทางเศรษฐกิจ (Economic status)

Howard Leventhal และ Stacey Colman⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความสำคัญในการประเมินผลของการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินผลของการรักษาที่มีความคล้ายคลึงกัน แต่ไม่มีความหมายที่ชัดเจนของคำว่า “คุณภาพชีวิต” คุณภาพชีวิตสามารถวัดได้ แต่การประเมินและการอภิปรายผลในเรื่องเดียวกันอาจออกมาต่างกัน

Holmes and Dickerson⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมและมีความหมายซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกายและจิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

จากแนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น จะมีความแตกต่างกันในรายละเอียด แต่มีสิ่งที่เหมือนกันคือ คุณภาพชีวิตเป็นเชิงจิตวิสัย(subject) และเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล (Individualized) เป็นมโนทัศน์หลายมิติประสานกัน จึงเป็นการยากที่จะหาเครื่องชี้วัดที่ครอบคลุม⁽¹⁷⁾ คุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับการรับรู้(Percipition) ของแต่ละบุคคล ดังนั้น แม้บุคคล 2 คน จะอยู่ในสภาวะสุขภาพแบบเดียวกัน แต่เนื่องจากความคิด สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต ที่แตกต่างกัน ก็ทำให้บุคคลทั้ง 2 คนนั้น ประเมินคุณภาพชีวิตของตนออกมาแตกต่างกัน

ดังนั้น คุณภาพชีวิต น่าจะหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาวะที่ตนดำรงอยู่ ซึ่งเป็นการรับรู้และตัดสินใจของบุคคลนั้น

2.1.2 แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

2.1.2.1 ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

Maslow⁽¹⁸⁾ ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (Basic human needs) โดยเชื่อว่าพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการหรือลดความต้องการ ตามลำดับชั้น และเมื่อความต้องการต่างๆ ของมนุษย์ ถูกขัดขวางหรือล้มเหลว เนื่องมาจากสาเหตุใดก็ตาม ก็ จะส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาต่างๆ จากเล็กน้อยไปถึงขั้นรุนแรง ทฤษฎีนี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต อย่างแพร่หลาย โดยแบ่งลำดับชั้นตอนความต้องการของมนุษย์จากระดับต่ำถึงระดับสูง เป็น 5 ชั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ความต้องการน้ำ อาหาร อากาศ ที่พักอาศัย การได้ขับถ่ายของเสีย การได้รับการกระตุ้น และความรู้สึกสุขสบาย

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) มีบุคคลให้พึ่งพิง สามารถขอความช่วยเหลือได้ ไม่ตกอยู่ในความหวาดกลัว หรือถูกคุกคามต่างๆ สามารถควบคุมตัวเองในการกิน ดื่ม นอน

ขั้นที่ 3 ความต้องการทางด้านสังคม (Social needs) ความต้องการที่จะเข้าร่วมและได้รับการยอมรับในสังคม ความรักและความเป็นมิตรจากเพื่อนร่วมงาน

ขั้นที่ 4 ความต้องการมีฐานะเด่นหรือมีชื่อเสียง (Self Esteem needs) ได้รับการยกย่อง ได้รับเกียรติ มีศักดิ์ศรีในความเป็นตัวเอง มีคุณค่าในความเป็นคนที่จะดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง

ขั้นที่ 5 ความต้องการความสมหวังในชีวิต (Self Actualization Needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของคน อยากที่จะสำเร็จสมประสงค์ตามความนึกคิดที่ตนใฝ่ฝันไว้

2.1.2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จะต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบ มีความสำคัญมากน้อยต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือแต่ละเรื่อง ได้มีนักวิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตหรือดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ซึ่งมีส่วนแตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียด ดังนี้⁽¹⁹⁾

1. ด้านสุขภาพและหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพทางร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ และบทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยการบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อ

ครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ(Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ มีเพื่อนบ้าน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการศึกษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ(Psychological/Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไป ความพึงพอใจในตนเอง การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา

4. ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว/คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2.1.2.3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต^(20,21)

นอกจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดอาการและความผิดปกติอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์แล้ว ความแตกต่างทางด้านบุคคล ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านประชากร ด้านสุขภาพ และด้านเศรษฐกิจและสังคม และน่าจะเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ด้วย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร

เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทและสถานภาพของบุคคลในสังคมไทย ซึ่งให้ความสำคัญกับเพศชายว่าเป็นผู้นำในครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลงทำให้ตนเองไร้คุณค่า เกิดความรู้สึกไม่พอใจตนเองและไม่พอใจในสิ่งที่สูญเสียไป ส่วนเพศหญิงกำหนดบทบาทเป็นแม่บ้าน เป็นผู้ดูแลผู้อื่นแม้ยามเจ็บป่วยต้องดูแลตนเองและผู้อื่นด้วย

อายุ เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม คนที่อยู่ในวัยกลางคน มีหน้าที่รับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมมากกว่าวัยอื่นๆ และเป็นวัยที่เป็นกำลังของชาติ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย⁽²²⁾ ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมความบกพร่องในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือเมื่ออายุเพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

สถานะภาพสมรส Hubbard et al.⁽²³⁾ กล่าวว่า กลุ่มคนที่มีชีวิตคู่จะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าคนโสด เพราะการมีชีวิตคู่จะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย⁽²³⁾ ที่พบว่าสถานะภาพสมรสคู่จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีสมรสคู่จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มี สถานภาพโสด ม่าย หย่าและแยก บุคคลที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างมักมีแนวโน้มที่จะไม่มีความสุข (Alexander C.A. อ้างใน ศิรามาส รอดจันท์ และชัยชนะ นิมนวล)⁽²⁴⁾

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ⁽²⁰⁾ ได้แก่

การได้รับการรักษา บริการสุขภาพที่ได้รับและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีระบบบริการที่ซับซ้อนและไม่เท่าเทียมกัน บางสถานที่ที่มีบริการที่ค่อนข้างพร้อมมูล สะดวกแก่การติดต่อและเข้าถึง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ทันสมัยและเพียงพอ บางสถานที่ตรงกันข้าม ตลอดจนนิสัยส่วนตัวของผู้ให้บริการ ซึ่งเหล่านี้มีส่วนในการเลือกใช้บริการ

3. ปัจจัยด้านสถานะภาพทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา การศึกษาทำให้บุคคลมีความเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้อย่างดี เรียนรู้เรื่องโรค แผนการรักษา และสามารถนำมาปฏิบัติ มีรายงานว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวี

อาชีพและรายได้ เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีอาชีพและรายได้ดี มักจะมีการดูแลเอาใจใส่ตนเองดีไปด้วย มีโอกาสที่ดีในการจัดสรรปัจจัยที่ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ทันสมัยและระดับที่ดีกว่า ตลอดจนทำใจให้ยอมรับได้เพราะไม่ต้องวิตกกังวลกับค่าใช้จ่าย

การทำหน้าที่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี กล่าวคือ ภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในฐานะของบิดา มารดา ลูก สามี และภรรยา เป็นแรงจูงใจไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเอง ตลอดจนตั้งความหวังและเป้าหมายใหม่ให้กับเวลาของชีวิตที่เหลือ

2.1.2.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต มีประโยชน์ช่วยในการประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการวางแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การเลือกยาหรือการรักษา 2 วิธี ให้กับผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพต่างๆแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงผลกระทบต่อที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์อีกปัจจัยหนึ่งด้วย

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา รวมถึงผลกระทบจากโรคและการรักษา การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นยังไม่มีข้อตกลงที่แน่นอนว่า เรื่องใดควรจะรวมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต Meeberg⁽²⁵⁾ ได้เสนอเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการประเมินโดยผู้อื่น วัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยบุคคลนั่นเอง

Feank-Stromberg⁽²⁶⁾ อธิบายว่าการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาเลือกเครื่องมือได้หลายรูปแบบ และหลายประเด็น ดังนี้

วิธีแรก คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative and quantitative data) เครื่องมือประเมินคุณภาพแบบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการระบุประเด็นที่มีผลกระทบจากโรค ส่วนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการระบุประเด็นประเด็นคุณภาพชีวิต สามารถนำคะแนนไปรวมเป็นคะแนนรวมได้

วิธีที่ 2 คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย (Objective and subjective instrument) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย คือการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคลากรสุขภาพ ผู้ประเมินสามารถสังเกตได้โดยตรง ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย คือการประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองโดยบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นตอบหรือให้ข้อมูล และเป็นการสะท้อนความรู้สึกที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง

นอกจากนี้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตตามโครงสร้างหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว (Unidimension) ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่ง Howard L. และ Stacey C.⁽²⁷⁾ ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลนั้นถูกบังคับให้เลือกระหว่าง หัวข้อ ปัญหา สัญลักษณ์ และสถานการณ์ต่างๆ ของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยแยกขอบเขตหรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตน โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

2. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ(Mutidimension) โดยคุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง เช่น ภาวะสุขภาพ อากาศ ความเจ็บปวด การทำหน้าที่ทางกาย และทางสังคม ภาพลักษณ์ ครอบครัว เพศสัมพันธ์ การงานอาชีพ เศรษฐฐานะ และอารมณ์ เป็นต้น ซึ่ง Padilla and Grant⁽²⁸⁾ ให้ความหมายว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด และยังสามารถศึกษาผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิต บุคคลโดยทั่วไปมักเห็นว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นการสะท้อนความรู้สึกต่อการตอบสนองของความต้องการของบุคคลที่เป็นประสบการณ์ของบุคคลนั้น เป็นมิติที่สำคัญที่สุด

Spitze W.และคณะ⁽²⁹⁾ กล่าวว่า เครื่องมือที่ดีในการประเมินคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

- 1.) ข้อความนั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้สะดวก
- 2.) ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน จำนวนข้อ ควรมีรายละเอียดมากพอที่จะครอบคลุมในแต่ละด้าน
- 3.) เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา
- 4.) ควรเป็นการวัดเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลที่ใช้สามารถให้คะแนนเป็นตัวเลขได้ สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์
- 5.) มีข้อจำกัดที่น้อยที่สุดเกี่ยวกับปัจจัยทางด้าน อายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรค
- 6.) ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้

- 7.) เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
- 8.) มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
- 9.) แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่

แตกต่างกัน

- 10.) สอดคล้องกับความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และคะแนนที่วัดได้สอดคล้องกับที่คนอื่นวัด

ในการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นมีความจำเป็นมากในการประเมินผลลัพธ์ (Outcome) ของการรักษา เมื่อต้องการเปรียบเทียบการรักษา 2 ชนิด ที่ให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน แต่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่แตกต่างกัน หรือเมื่อการรักษาที่เป้าหมายของการรักษาคือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น(Comfort) หรือเพื่อประคับประคองสุขภาพ(Maintain) และการทำงานต่างๆของร่างกายมากกว่าการที่จะทำให้หายขาดจากโรค อย่างไรก็ตามการประเมินคุณภาพชีวิตอาจไม่มีความจำเป็นใน บางกรณี เช่น การรักษาโรคเฉียบพลัน(Acute therapy) หรือในกรณีที่ยาหรือการรักษาที่ใช้อยู่นั้นมีประสิทธิภาพเหนือกว่าวิธีอื่นอย่างเด่นชัด

ถึงแม้ว่าจะยังไม่มี ความหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต แต่หลายประเทศ เช่น แคนาดา สหรัฐอเมริกา และประเทศแถบสแกนดิเนเวีย ได้เริ่มพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถวัดได้ละเอียดมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะด้านการมีชีวิตรอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความมีสุขภาวะที่สมบูรณ์พร้อมทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งความยืนยาวของชีวิตที่ดีารอยู่อย่างมีสุขภาพดี⁽³⁰⁾

2.1.3 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเอดส์

โรคแต่ละโรคทำให้มีอาการและผลกระทบต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจึงต้องมีความสอดคล้องต่อผลกระทบของโรคต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และไม่เพียงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ อีกด้วย นอกจากนี้การทางร่างกายแล้ว โรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงทางด้านจิตใจและสังคมอีกด้วย เนื่องจากเป็นโรคที่ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาด

การประเมินผลลัพธ์ของการให้การดูแลรักษา ควรมีการประเมินทั้งในแง่ของผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome) ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Outcome) และผลลัพธ์ทาง

มนุษยศาสตร์ (Humanistic Outcome) ซึ่งได้แก่ คุณภาพชีวิต หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยนั่นเอง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ควรประเมินในมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเอดส์นั่นเอง

2.1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต

ในประเทศไทยได้มีการนำคุณภาพชีวิตมาเป็นตัวแปรตามในการศึกษาผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็งเต้านม จิตเภท โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น แบบวัดคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่แตกต่างจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO และของนักวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น มนลิน แยมสกุล (2542)⁽¹⁷⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก(WHOQOL-BREF)⁽³¹⁾ ศิริยุพา นันสุนานนท์ (2543)⁽³²⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่ ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต Quality of life Questionnaire (QQQ) ที่พัฒนามาจาก Quality of Life Interview ของ Lehman⁽³³⁾ เป็นข้อคำถามวัดคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ที่ประเมินโดยบุคคลนั่นเอง ศदानันท์ ปียกุล (2542)⁽³⁶⁾ ได้นำ (Medical Outcomes Study 36: MOS 36 item. short form :SF-36) ของ Wu AW. และ คณะ⁽³⁴⁾ มาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

Medical Outcomes Study 36: MOS 36 item. short form :SF-36 นี้ Wu AW. และ คณะ ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือนี้ขึ้นมาตั้งแต่ปี 1991⁽³⁴⁾ และถูกใช้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในต่างประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ.1992 - 2003 มากกว่า 33 เรื่อง⁽³⁵⁾ SF-36 ถูกแปลและนำไปใช้มากกว่า 14 ภาษารวมทั้งภาษาไทย และได้ถูกรวมเป็นแบบวัดทุติยภูมิในทางคลินิกเกี่ยวกับระยะการดำเนินโรค⁽³⁶⁾ เป็นเครื่องมือที่กระชับและครอบคลุมเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลลัพธ์แสดงเป็นค่าคะแนน ซึ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีสุขภาพดี Jan A., et al (1999)⁽³⁷⁾ ได้นำ SF-36 ไปทดสอบ reliability และ validity ในประเทศฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์ พบว่าได้ค่า reliability ใกล้เคียงกัน (ประมาณ 0.7) Paton NI., et al (2002)⁽³⁸⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศสิงคโปร์ โดยใช้ SF-36 พบว่า SF-36 สามารถนำไปขยายผลใช้กับพื้นที่อื่นๆ ได้

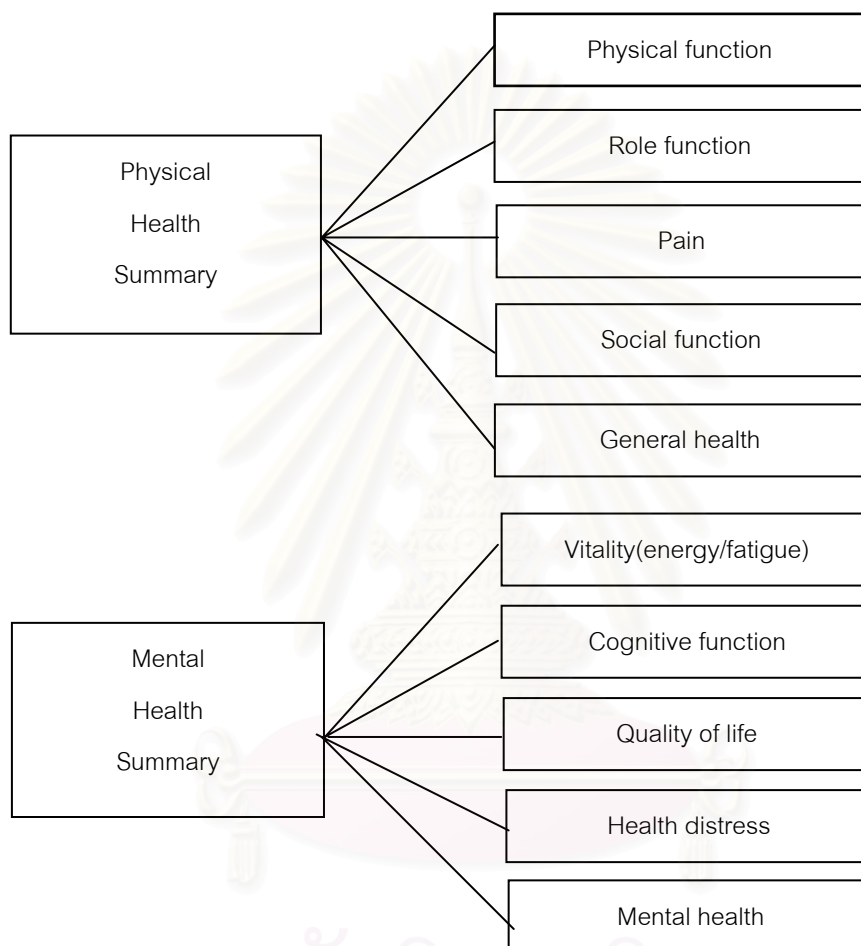
การศึกษานี้ต้องการวัดผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องเผชิญกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการกินยา ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สุขภาพไม่แข็งแรง กังวลกลัวบุคคลอื่นทราบว่าติดเชื้อ และการรักษาล้มเหลว (Treatment failure) เป็นต้น⁽⁶⁾ จึงเลือก Medical Outcomes Study 36: MOS 36 item. short form :SF-36 ของ Wu AW.⁽³⁹⁾ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย โครงการวิจัยคุณภาพชีวิต สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁽⁴⁰⁾ ประเมินสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน (10 Domains) คือ

1. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning) หมายถึง สุขภาพทางร่างกายที่เป็นข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรม เช่น การยกของหนัก ๆ การวิ่ง หรือ การเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก กิจกรรมที่ต้องใช้แรงปานกลาง เกี่ยวกับการย้ายโต๊ะ หัวตะกร้ากลับจากตลาด เดินขึ้นเนินหรือยอตัว เดินไกล ประมาณ 1 ช่วงเสาไฟฟ้า การแต่งตัว อาบน้ำหรือการใช้ห้องน้ำ การกินอาหารได้ด้วยตนเอง
2. ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (Role Functioning) หมายถึง บทบาททั่วไปเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ หรือ การทำงานบ้าน
3. ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (Body pain) หมายถึง อาการเจ็บป่วยทางกายเนื่องจากสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตามตัว ปวดข้อ และอาการปวดทางร่างกาย รบกวนการทำงานตามปกติ
4. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง สุขภาพหรือสภาวะทางอารมณ์ ทำให้เป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ไปเยี่ยม เพื่อน ญาติ หรือการไปร่วมกิจกรรมภายในหมู่บ้านหรือชุมชน
5. ด้านภาวะทางอารมณ์ (Emotional) หมายถึง ความรู้สึกเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ตลอดเวลา หรือ มีความสุขตลอดเวลา
6. ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า (energy/fatigue) หมายถึง มีความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีกำลังพอที่จะทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการได้ หรือว่า รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือเหนื่อยล้า
7. ด้านการรับรู้หน้าที่ (Cognitive function) หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากในการหาเหตุผลหรือแก้ปัญหา เช่น ในการวางแผน การตัดสินใจ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือสิ่งของที่เพิ่งจะเกิดขึ้น และไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรม
8. ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perception) หมายถึง สุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเหมือนคนอื่น หรือยังเจ็บป่วยอยู่
9. ด้านปัญหาทางสุขภาพ (Health distress) หมายถึง มีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหวาดกลัว เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ
10. ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด (Overall Qol) หมายถึง คุณภาพชีวิตดีหรือแย่อย่างไร

นอกจากนี้ Dennis A Revicki และคณะ⁽⁴¹⁾ ได้สร้าง Model จาก SF-36 รวมสถานะทางสุขภาพ เป็น 2 สถานะ (Summary Measures) คือ

1. สถานะสุขภาพทางด้านร่างกาย (Physical Health Summary) ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning) ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (Role Functioning) ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (Body pain) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) และด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป (General health perception)

2. สถานะสุขภาพทางด้านจิตใจ(Mentall Health Summary) ได้แก่ ด้านภาวะทางอารมณ์ (Emotional) ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า (energy/fatigue) ด้านการรับรู้หน้าที่ (Cognitive function) ด้านปัญหาทางสุขภาพ (Health distress) และ ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด (Quality of life) ดังแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 Model การแบ่ง SF-36 เป็นสถานะสุขภาพทางด้านร่างกาย และสถานะสุขภาพทางด้านจิตใจ ของ Dennis A Revicki และคณะ

ข้อดีของ SF-36⁽⁴²⁾

1. มีองค์ประกอบครบ ครอบคลุมความหมายของคุณภาพชีวิต
2. ใช้ได้ดีกับกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วย หรือพิการ
3. ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการได้รับการรักษาจากระบบบริการสุขภาพ

ในสถานะต่างๆ

ข้อจำกัดของ SF-36

1. เป็นการประเมินการรับรู้ของแต่ละบุคคล
2. ไม่เหมาะกับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมาก

2.2 โรคเอดส์ (AIDS) และการดำเนินโรคจากการติดเชื้อเอช ไอ วี (Progression of HIV infection)

2.2.1 โรคเอดส์ (AIDS)

โรคเอดส์ (Acquired Immuno Deficiency Syndrome: AIDS)⁽⁴⁾ เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV : Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้เกิดโรคชนิดอื่นๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งอาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว เชื้อเอชไอวี พบมากที่สุดในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ รองลงมาคือ น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ และน้ำนม มีปริมาณไวรัสเอดส์น้อย ในแง่ของ ปัจจัย และอุจจาระ แทบไม่พบเลย แม้ว่าเชื้อเอชไอวี จะปะปนในของเหลวที่ออกจากร่างกาย แต่พบว่า โอกาสแพร่โรค มีเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น โรคเอดส์สามารถติดต่อ 3 ทาง คือ ทางเพศสัมพันธ์ การรับเชื้อทางเลือด และการติดต่อโดยการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งสำนักโรคระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ได้รายงานสถานการณ์เอดส์ เมื่อ 31 ธันวาคม 2546 พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี จากเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.7 รองลงมา ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 4.8 โรคเอดส์แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ⁽⁴⁾

1. ระยะติดเชื้อเอชไอวี (Asymptomatic HIV infection) ผู้ที่ตรวจพบ แอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือดโดยยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงว่าป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ระยะนี้อาจเป็นระยะที่ยาวนานถึง 10 ปี ผู้ที่ติดเชื้อไม่มีอาการสามารถเป็นพาหะของโรคได้
2. ระยะติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection) ผู้ที่ตรวจพบ แอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือด โดยแสดงอาการว่าป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection)
3. ระยะเอดส์ ผู้ที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือด ตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย อย่างใดอย่างหนึ่งใน 27 โรค หรือตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ได้น้อยกว่า 200 cell/ml อย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งอาจไม่มีโรคใดโรคหนึ่งใน 27 โรค

2.2.2 ผลกระทบของโรคเอดส์

1. ด้านการป้องกันการแพร่ระบาด ขณะนี้โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดจากกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เข้าสู่ประชาชนทั่วไป โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตรา 2 : 1⁽²⁾ และมีเด็กที่ติดเชื้อจากแม่

ไม่ต่ำกว่า 33,000 ราย ถึงแม้ว่าจะสามารถลดการติดเชื้อรายใหม่ได้ในประชากรกลุ่มต่างๆ แต่ยังมีข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรมต่างๆ ทางด้านเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หากไม่มีมาตรการการป้องกันที่ได้ผลและยั่งยืนต่อเนื่อง ก็อาจเกิดการระบาดระลอกใหม่ได้⁽³⁾

2. ด้านการบริการรักษา จากจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 700,000 ราย⁽³⁾ ประกอบกับงบประมาณที่มีค่อนข้างจำกัด ทำให้รัฐสามารถให้บริการทางด้านสุขภาพได้ในวงจำกัด ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีจึงไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีที่ไม่ได้เข้าถึงระบบบริการรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง ซึ่งจากการศึกษาของสุภาวงศ์ โตะคุณาลัย⁽⁴³⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยจ่ายเงินซื้อเองจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 87,223.22 บาทต่อคนต่อปี และมีค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดที่ใช้ในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 3,235.51 บาทต่อคนต่อปี

3. ด้านสังคมเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศไทยสูญเสียกำลังคนก่อนวัยอันควร เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเอชไอวีส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ถึงร้อยละ 77.53⁽²⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้สูญเสียผู้นำครอบครัว Obremsky⁽⁴⁴⁾ ได้ประมาณการไว้ว่าการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอยู่ในวัยแรงงานเสียชีวิตลง จะทำให้ลดอัตราเพิ่มของแรงงานจากร้อยละ 7.8 ในปี พ.ศ.2436 เหลือร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ.2546 โดยกำหนดให้ผู้เสียชีวิตทุกคนเป็นผู้ที่อยู่ในตลาดแรงงาน ซึ่งอาจทำให้ประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานในอนาคต เด็กที่ได้รับผลกระทบ แม้ไม่ติดเชื้อก็สูญเสียโอกาสการได้รับการศึกษา ภาระการเลี้ยงดูตกแก่ ปู่ย่า ตายาย ทำให้พัฒนาการทางสังคมถดถอยไป ซึ่งมีหลายหน่วยงานที่เข้ามารองรับปัญหาของผู้ป่วยเอชไอวีเหล่านี้ เช่น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้ให้เงินสนับสนุนผู้ป่วยเอชไอวีสำหรับยังชีพรายเดือน รวมทั้งมีงบประมาณสำหรับฝึกอาชีพและการลงทุนเพื่อเริ่มอาชีพใหม่⁽⁴⁵⁾

4. ด้านจิตใจ ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายขณะที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรคเอชไอวีนั้น ผู้ติดเชื้อจะเผชิญกับภาวะความไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิต หรือคาดการณ์ในอนาคตจากการคุกคามของโรค อันนำมาซึ่งความรู้สึกหวาดกลัว วิดกกังวล โกรธ รู้สึกผิด เกลียดชัง ท้อแท้ สิ้นหวัง คิดหรือลงมือฆ่าตัวตาย เมื่อบุคคลต้องประสบกับการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นเอชไอวี ไม่ว่าจะมีความสามารถน้อยเพียงใด อาชีพใด เพศหญิงหรือชาย เศรษฐฐานะใด อายุมากน้อยเพียงใด⁽⁴⁶⁾ จากการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ และคณะ⁽⁴⁷⁾ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้เวลาในการปรับตัว และทำใจให้ยอมรับสภาพแตกต่างกันไป บางรายอาจเป็นสัปดาห์ เดือน หรือหลายเดือน และบางรายสามารถแปรผันกลับไปกลับมาได้ตามเงื่อนไขปัจจัยต่างๆ มีการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมี 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เมื่อทราบว่าติดเชื้อจะมีการตกใจ เสียใจ ไม่แน่ใจ ตื่นเต้น ร้องไห้ ทำอะไรไม่ถูก

วิตกกังวล นอนไม่หลับ เกียยดตนเอง รู้สึกโชคร้ายเป็นการถูกลงโทษ และรับประทานอาหารไม่อร่อย

ระยะที่ 2 จะแสวงหาข้อมูลความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูล และบุคลากรสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอชไอวี อาการและความรุนแรงของโรค

ระยะที่ 3 เป็นระยะปรับตัว เลือกวิธีการดำเนินชีวิตที่ตนต้องการ ผู้ที่ปรับตัวไม่ถูกต้องจะทำร้ายตนเองหรือก้าวร้าวผู้อื่นอย่างรุนแรง

Allen J.A. และ Curran⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สรุปว่า การเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ภาวะวิกฤติทางอารมณ์ เกิดขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี การตอบสนองจะแตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยา ตกใจ ใจหาย ไม่เชื่อ สับสน งุนงง หวาดวิตก โกรธ เสียใจ ไม่สามารถยอมรับได้ ตัดสินใจไม่ถูก ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร กลัวคนรอบข้างรู้ กลัวถูกออกจากงาน หวาดระแวง มีความรู้สึกสูญเสียและสูญเสียทุกอย่างในชีวิตรวมทั้งมีความรู้สึกกลัวตาย และมีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีความเครียดสูง พยายามปกปิดสภาพการเป็นผู้ติดเชื้อด้วยวิธีการต่างๆ และมักไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดหรือไม่สามารถปรับตัวได้

ระยะที่ 2 การปรับสภาพทางจิต ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์ พยายามหาวิธีการหรือเหตุผลอธิบายกับตนเองเพื่อบรรเทาอาการบีบคั้นทางอารมณ์ให้สามารถปรับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดยอมรับ แสวงหาความหมายของชีวิตใหม่ ตลอดจนวิธีการต่างๆ อันจะนำไปสู่การมีปฏิริยาตอบสนองทางบวก

ระยะที่ 3 การจัดการและปรับพฤติกรรมตนเอง การจัดการและปรับพฤติกรรมตนเองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปรับความคิด พยายามหาเหตุผลมาอธิบายกับตนเอง ในกลุ่มที่หลีกเลี่ยง จะมีการปรับพฤติกรรมในการที่จะบริหารข้อมูลทางสังคมเพื่อปกปิดฐานะการติดเชื้อ ส่วนกลุ่มที่ยอมรับการติดเชื้อจะมีการปรับพฤติกรรมที่มุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด

ระยะที่ 4 การมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ เป็นระยะที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาการเริ่มทรุดลงเรื่อยๆ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ในระยะที่ 3 และพบว่า ความพยายามในการปรับวิธีการดำเนินชีวิตและหาวิธีการรักษาเยียวยาต่างๆ ไม่สามารถหยุดยั้งการดำเนินโรคไว้ได้ ต้องทุกข์ทรมานจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือ และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนใหญ่จึงต้องเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีบุคคลที่มั่นใจว่าสามารถให้การสนับสนุนทางอารมณ์และแหล่งผลประโยชน์ต่างๆ ได้ ปัญหาความเจ็บป่วยมักทำให้แยกออกจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมถูกตัดไป มีปัญหาการทำงานและปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงทำให้หลายรายคิดหรือลงมือฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นความทุกข์ทรมาน

นอกจากนั้นผู้ป่วยเอดส์ยังมีพฤติกรรมหรือการทำกิจกรรม เพื่อเยียวยาอาการเจ็บป่วยต่างๆ ให้ความหาย หรือบรรเทาอาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งที่กระทำด้วยตนเองและหรือที่ต้องพึ่งพาผู้ให้การรักษาหรือผู้อื่น ดังนี้⁽²¹⁾

1. ด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ ซึ้อยากินเอง การไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลต่างๆตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ รวมถึงการไปรับการรักษาเยียวยาจากหมอพื้นบ้านได้แก่ สมุนไพร และอื่นๆ

2. ด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อรักษาเยียวยาความรู้สึกด้านจิตอารมณ์ เพื่อให้ตนเองสามารถปรับสภาพความรู้สึกนึกคิดให้อยู่ในสภาพสมดุล จิตสงบ ไม่คิดฟุ้งซ่าน วิตกกังวล หวาดระแวง ลดความกดดันทางอารมณ์ ซึ่งอาจกระทำด้วยตนเองหรือโดยบุคคลอื่น ตลอดจนการสร้างความหวังและตั้งเป้าหมายใหม่ให้กับชีวิต อันจะนำไปสู่การมีพลังใจที่เข้มแข็งสำหรับการเผชิญปัญหาชีวิตต่อไป⁽²⁸⁾

2.2.3 การดำเนินโรคจากการติดเชื้อเอช ไอ วี (Progression of HIV infection)

การดำเนินโรคจากการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ⁽⁴⁹⁾

1. Intermediate (or Average) Progressors ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 80-90 จะมีการดำเนินโรคเฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี ในการเกิดอาการของ AIDS
2. Rapid Progressors ผู้ติดเชื้อที่มีอาการดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว จนภายในไม่เกิน 3 ปี จะเกิดอาการของ AIDS พบได้ประมาณร้อยละ 5
3. Long-term Nonprogressors ผู้ติดเชื้อที่มีอาการดำเนินโรคที่ช้ามากหรือคงสภาพเดิม(คือไม่มีอาการของโรค และ CD4+cell ยังคงมากกว่า 50 เซลล์ต่อไมโครลิตร) โดยไม่มีการดำเนินของโรคเลย แม้จะติดเชื้อ HIV มาแล้วนานมากกว่า 10 ปี พบว่า มีน้อยกว่าร้อยละ 5 ของผู้ติดเชื้อที่เป็น Long-term Nonprogressor
4. Long - term survivors ผู้ติดเชื้อที่อยู่ได้นานกว่า 10-15 ปี ภายหลังติดเชื้อทั้ง ๆ ที่ไม่ได้รับการรักษา (ทั้งนี้ไม่คำนึงถึง CD4 +cell count รวมทั้งการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสใน AIDS) ผู้ติดเชื้อบางรายในกลุ่มนี้อาจมี CD4+cell ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร แต่ยังมีสภาพของโรคคงที่เป็นหลาย ๆ ปีได้ ไม่มีตัวเลขของผู้ติดเชื้อระยะนี้

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสกลายเป็นโรค (Disease progression) ร้อยละ 6.8 ต่อปี⁽⁵⁰⁾ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจะมีชีวิตเฉลี่ย 7 เดือน⁽⁵¹⁾ แต่โดยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 2 ปี คนไทยจะเกิดอาการของเอดส์นับจากเริ่มติดเชื้อใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 7 ปี⁽⁵²⁾

การติดต่อของเชื้อเอชไอวี⁽⁴⁸⁾ จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งสามารถติดต่อกันได้เมื่อมีการรับเอาเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย หลังจากที่ได้รับเชื้อประมาณ 2-3 สัปดาห์ จะเริ่มตรวจพบเชื้อไวรัสโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อจากการตรวจเลือดหรือการตรวจหา DNA หรือ RNA ของไวรัส หรือตรวจแอนติเจน (HIV RNA ตรวจพบภายใน 11 วัน และ HIV p24 Ag ตรวจพบ

ภายใน 16 วัน) หลังจากตรวจพบเชื้อประมาณ 3-4 สัปดาห์(HIV Antibody ตรวจพบภายใน 22 วัน) จึงสามารถตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันหรือแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ในกระแสโลหิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นจะแบ่งการตรวจเป็น 2 กลุ่ม คือ⁽⁶⁾

1. การตรวจเพื่อบ่งบอกถึงสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้แก่การตรวจหาแอนติเจน และแอนติบอดี ต่อเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการตรวจหาอีโนมของเชื้อเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ
2. การตรวจเพื่อประเมินผู้ป่วยเป็นการตรวจเพื่อประเมินสภาวะก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 การซักประวัติโดยละเอียด
 - 2.2 การตรวจร่างกาย
 - 2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
 1. Complete Blood Count: CBC
 2. Blood Chemistry
 3. CD4 count
 4. Viral load

2.3 การให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

จุดประสงค์ของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์⁽⁶⁾ มี 5 ประการ คือ

- 1.) เป้าหมายทางคลินิก เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยเอดส์ ให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 2.) เป้าหมายในแง่ไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้(<50/มล) และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (as much as possible and as long as possible) เพื่อหยุดการดำเนินโรค และป้องกันการเกิดการดื้อยา มีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าการตอบสนองในระยะแรกต่อการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ นั้นจะบ่งชี้ว่าการตอบสนองระยะยาวเป็นอย่างไร การยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวี ในเลือดน้อยกว่า 50/ มล จะสามารถยับยั้งเชื้อได้ในระยะยาวกว่าการที่ค่าไวรัสในเลือดยังมีค่าระหว่าง 50-400/มล.
- 3.) เป้าหมายในด้านภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ภูมิคุ้มกันกลับคืนมาในแง่ปริมาณ(จำนวนCD4) และคุณภาพ(ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่าง ๆ)
- 4.) เป้าหมายในเชิงการควบคุมการระบาด เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี
- 5.) เป้าหมายในแง่แนวทางการรักษา เพื่อรักษาสูตรยาที่อาจเป็นทางเลือกใน อนาคตที่มีผลข้างเคียงน้อยมาก และผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ยาต้านไวรัสเอดส์ (Antiretroviral therapy)

ยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ต้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ (Interference with attachment and entry)

1.) การยับยั้งขบวนการ Reverse Transcription (Inhibition of Reverse Transcription)

2.) การยับยั้งขบวนการ Integration (Inhibition of Proviral Integration)

3.) การยับยั้ง Transcription

4.) การยับยั้ง Post-translation processing

ปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอดส์ออกมามีใช้ทางคลินิกทั้งหมด 16 ชนิด⁽⁶⁾ (ตารางที่1) ซึ่งยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันออกฤทธิ์หลักๆ ที่ 2 ตำแหน่ง คือ ยับยั้งเอนไซม์ Reverse transcriptase และ Protease (ดังตารางที่ 2.1) มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1. ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์ Reverse transcriptase (reverse transcriptase inhibitor, RTI) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่ 1 มีลักษณะเลียนแบบ base ของ Neucleic acid [Nucleoside analogued Reverse transcriptase inhibitor (NRTI)] เช่น Zidovudine, Stavudine มีโครงสร้างคล้ายกับ Thymidine, Didanosine คล้ายกับ Adenosine, Lamivudine และ Abacavir คล้ายกับ Cytosine การยับยั้งเอนไซม์ Reverse Transcription เป็นแบบแย่งจับไม่ถาวร (Reversible competitive) จึงมีฤทธิ์ด้อยกว่ายาในกลุ่มที่ 2

- กลุ่มที่ 2 มีลักษณะไม่เหมือน base ของ Neucleic acid [Nonnucleoside analogued Reverse-transcriptase inhibitor (NNRTI)] กลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase แบบจับถาวร (Irreversible noncompetitive inhibitor) และคนละตำแหน่งกับเอนไซม์จับกับ Nucleic acid base ทำให้มีฤทธิ์แรงกว่า NRTI มาก

2. ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์ Protease (Protease inhibitor, PI) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้ดีมาก ไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆเข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์และออกจากเซลล์ได้ ทำให้ไวรัสไม่สามารถก่อโรคได้

ตารางที่ 2.1 แสดงยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบัน จำแนกตามการออกฤทธิ์หลัก

Nucleoside analogued	Non-nucleoside analogued	
Reverse transcriptase Inhibitor (NRTI)	Reverse transcriptase Inhibitor (NNRTI)	Protease inhibitor (PI)
Zidovudine (AZT)	Efavirenz (EFV)	Indinavir (IDV)
Stavudine (d4T)	Nevirapine (NVP)	Nelfinavir (NFV)
Didanosine (ddl)	Delavirdine (DLV)	Ritronavir (RTV)
Zalcitabine (ddc)		Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)
Lamivudine (3TC)		Saquinavir hard gel (SGC - HGC)
Abacavir (ABC)		Saquinavir soft gel (SGC- SGC)
		Amprenavir (RPV)

สูตรยาต้านไวรัสเอดส์

ปัจจุบันมีการนำเข้ายาต้านไวรัสเอดส์ชนิดต่างๆ มาใช้รวมกันเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการต้านเชื้อเอชไอวี แต่สูตรยาต่างๆ นี้มีความแตกต่างกันในแง่ผลข้างเคียง การทนต่อยาของผู้ป่วย ความสะดวก และความไวต่อยา โดยเลือกยาใน A จำนวน 1 ตัว รวมกับยาใน B จำนวน 1 ตัว ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 แสดงยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดต่างๆ ที่นำมารวมกันเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการต้านเชื้อไวรัสเอดส์

	A	B
สูตรยาแนะนำ	Efavirenz	Zidovudine + Didanosine
	Indinavir	Stavudine + Lamivudine
	Nevirapine	Zidovudine + Didanosine
	Delavirdine	Zidovudine + Lamivudine
		Didanosine + Lamivudine
	Abacavir	Zidovudine+ Zalcitabine

ตารางที่ 2.2 แสดงยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดต่างๆ ที่นำมารวมกันเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการต้านเชื้อไวรัสเอดส์ (ต่อ)

	A	B
สูตรยาทดแทน	Delavirdine	
	Indinavir (IDV)	
	Nelfinavir + Saquinavir – SGC	
	Nevirapine	
	Ritronavir	
	Saquinavir - SGC	
ไม่แนะนำ เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ	Hydroxyurea in combination with other antiretroviral drugs	
	Amprenavir + Ritronavir	
	Nelfinavir + Ritronavir	
ไม่แนะนำ	Saquinavir - HGC	Stavudine + Zidovudine
		Zalcitabine + Lamivudine
		Zalcitabine + Stavudine
		Zalcitabine + Didanosine

ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์

ยาต้านไวรัสเอดส์แต่ละชนิดมีผลข้างเคียงแตกต่างกันไป นัยนา ซ็อบนูญ⁽⁵³⁾ ศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์จากยาต้านไวรัสสูตร AZT+3TC มากที่สุดร้อยละ 34.0 ซึ่งเกิดขึ้นกับระบบทางเดินอาหารร้อยละ 53.2 และผู้ป่วยสามารถกินยาสูตรเดิมได้ตลอดการรักษาร้อยละ 70.2

เมื่อมีการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น ก็มีการค้นพบผลข้างเคียงใหม่ๆมากขึ้น และผลข้างเคียงบางอย่างพบบ่อยเมื่อใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เฉพาะบางกลุ่ม อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้ในขณะนี้ยังเป็นการรวบรวมข้อมูลที่มีรายงานเข้ามายังไม่มีการศึกษาทางระบาดวิทยาหรือการศึกษาแบบควบคุมที่จะแสดงความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจน ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 แสดงผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์

ยาต้านไวรัสเอดส์	ชื่อย่อ	ชื่อการค้า	ผลข้างเคียง
Zidovudine	AZT	Retrovir Antivir	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย
Didanosine	ddl	Videx Divir	ตับอ่อนอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
Zalcitabine	ddc	Hivid	ปลายประสาทอักเสบ แผลในปาก
Stavudine	d4T	Zerit Stavir	ปลายประสาทอักเสบ
Lamivudine	3TC	Epivir Lamivir	ไม่ค่อยมีรายงาน
Abacavir	ABC	Ziagen	ภูมิไวเกิน (ร้อยละ2-5) มีอาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ไอ หายใจลำบาก ผื่น
Nevirapine	NVP	Viragen	ผื่น (ร้อยละ15-30) ตับอักเสบ
Delavirdine	DLV	Rescriptor	ผื่น ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูง
Efavirenz	EFV	Stocrin	ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สับสน ประสาทหลอน เกิดขึ้นในผู้ป่วย(ร้อยละ40) ผื่นอาจรุนแรงได้
Saquinavir hard gel	SGC- HGC	Invirase	คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ10-20) ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น

ตารางที่ 2.3 แสดงผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ (ต่อ)

ยาต้านไวรัสเอดส์	ชื่อย่อ	ชื่อการค้า	ผลข้างเคียง
Saquinavir soft gel	SGC- SGC	Fortovase	คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ10-20) ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น
Ritonavir	RTV	Norvir	คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ20-40) ชารอบๆปาก หรือปลายมือปลายเท้า(ร้อยละ10) ลึนรับรส เปลี่ยนไป(ร้อยละ10) ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูง(ร้อยละ10-15) มี TriglyCerideสูงขึ้น (ร้อยละ60)
Indinavir	IDV	Crixivan	คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ10-20) นิ่วในไต (ร้อยละ10-15)ปวดศีรษะ มี indirect bilirubin สูงขึ้น
Nelfinavir	NFV	Viracept	ท้องเสีย (ร้อยละ10-30)
Lopinavir/Ritonavir	LPV/RTV	Kaletra	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น
Amprenavir	RPV	Agenerase	คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ10-30)ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น ผื่น (ร้อยละ20-30) ชารอบๆปาก หรือปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ10-30)

ผลข้างเคียงที่เกิดบ่อยกับการใช้ยาเฉพาะกลุ่ม

1. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม Nucleoside analogued Reverse transcriptase Inhibitor (NRTI)

เกิดภาวะ Lactic acidosis และตับโตมากจากภาวะ steatosis ในระยะที่ใช้ยาด้านไวรัส เอ็ดส์กลุ่ม NRTI พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง จากการศึกษาย้อนหลัง พบอัตราอุบัติการณ์ 1.3 ราย ต่อ 1000 คนต่อปี ในผู้ที่รับยา NRTI ในกรณีที่ใช้วิธีการวัดระดับ Lactate ในเลือดจะพบว่า มีค่า Lactate สูงได้ถึง ร้อยละ 5-10 ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีค่า HCO_3^- ในเลือดต่ำ ตรวจเลือดจะมีค่า Lactate, CPK, SGOT ขึ้นสูง เมื่อทำ CTscan ของช่องท้องและการตัดชิ้นเนื้อตับจะพบภาวะ steatosis การรักษามักจะไม่ค่อยได้ผล มีอัตราตายสูง บางครั้งผู้ป่วยหายเป็นปกติหลังจากหยุดยา NRTI พบว่าเกิดกับยา NRTI ทุกตัว แม้บางรายงานจะพบว่ามีอัตราเกิดขึ้นสูงกับยา d4T หรือ ddI/Hydroxyurea มากกว่ายาอื่นก็ตาม เชื่อว่าเป็นพิษต่อ myopathy, neuropathy, cardiomyopathy, pancreatitis, asthma, lipodystrophy การรักษามารวมนี้คือการหยุดยา NRTI และให้การรักษาประคับประคอง มีรายงานว่า การให้ riboflavin อาจจะช่วยได้บ้าง

2. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม Non-nucleoside analogued Reversetranscriptase Inhibitor (NNRTI)

การให้ยา NNRTI โดยเฉพาะ Nevirapine พบเกิดผื่น (rash) ได้บ่อยร้อยละ 16 ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง มักเกิดใน 2-3 สัปดาห์แรก อาจหายได้หรืออาจให้ยาแก้แพ้โดยไม่ต้องหยุดยาในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 อาจเกิดผื่นรุนแรงจนเป็น Stevens Johnson Syndrome จนเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ Nevirapine ยังอาจทำให้เกิดตับอักเสบได้ถึง ร้อยละ 12.5 มักเกิดใน 12 สัปดาห์แรก ถ้าไม่รุนแรงอาจไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้า SGPT สูงมากกว่า 5 เท่า ควรหยุดยา Nevirapine

3. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม Protease inhibitor (PI)

มีรายงานการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะ diabetic ketoacidosis ในผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสกลุ่ม Protease inhibitor ผู้ป่วยจะมีอาการเฉื่อยภายใน 63 วัน (ระหว่าง 2-390 วัน) หลังจากได้ยา PI ผู้ป่วยบางรายที่มีน้ำตาลในเลือดสูงจะลดลงเป็นปกติเมื่อหยุดยากกลุ่ม PI บางรายยังคงใช้ยากกลุ่ม PI ต่อ ร่วมกับการกินยาเบาหวานหรือฉีดอินซูลิน แพทย์ที่รักษาจึงต้องคอยเฝ้าระวังอาการที่บ่งชี้ว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงแต่ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองด้วย glucose tolerance test แพทย์บางรายอาจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะๆ ทุก 3-4 เดือน

ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Protease inhibitor จะมีการเปลี่ยนแปลงการกระจายของไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย อาการทางคลินิกที่พบได้แก่ central obesity, peripheral fat wasting นอกจากนี้ อาจรวมถึง visceral fat accumulation, dorsocervical fat accumulation (buffalo hump),

extremity wasting with venous prominence, facial thinning, breast enlargement, lipomatosis อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบว่าอาการเหล่านี้เกิดจากสาเหตุต่างๆกัน หรือสาเหตุเดียวกันเพราะมีรายงานการเกิดอาการเหล่านี้กับสูตรยาที่ไม่มี Protease inhibitor ร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายอาการดีขึ้นเมื่อหยุดยา Protease inhibitor

ผู้ป่วยที่กินยาที่มี Protease inhibitor จะมีไขมันในเลือดขึ้นสูงทั้ง Cholesterol, Triglyceride โดยอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของการสะสมไขมันร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ พบร่วมกับการให้ยา ritonavir บ่อยที่สุด และมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและตับอ่อนอักเสบ เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังไม่มียารายงานการเกิดอาการของเส้นเลือดหัวใจอุดตันในผู้ป่วยที่อายุน้อย การเกิดโรคเส้นเลือดสมอง นิ้วในถุงน้ำดี แพทย์บางรายเจาะตรวจหาระดับของ Cholesterol Triglyceride ทุก 3-4 เดือน การรักษาภาวะแทรกซ้อนนี้ยังไม่เป็นที่แน่นอน แต่จะต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจด้วย มีการแนะนำให้รักษาตามแนวทางการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงของ National Cholesterol Educational Program บทบาทของการให้ยาลดไขมัน เช่น Gemfibrozil และ Niacin ยังไม่เด่นชัด ผู้ป่วยบางรายที่มีไขมันในเลือดสูง จะลดลงเป็นปกติเมื่อหยุดยากลุ่ม Protease inhibitor มีรายงานการเกิดเลือดออกง่ายในผู้ป่วย Hemophilia A และ B ที่ใช้ยากลุ่ม Protease inhibitor มักเป็นเลือดออกในข้อและเนื้อเยื่ออ่อน แต่มีรายงานที่เกิดเลือดออกในสมองและลำไส้ ซึ่งอาการเลือดออกจะเกิดประมาณ 22 วัน หลังเริ่มให้ยา Protease inhibitor

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ 3 ชนิดพร้อมกัน สามารถลดอัตราการตายได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้อธิบายได้จากการให้ยามากกว่า 2 ชนิดพร้อมกัน จะมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวี ในพลาสมา (plasma viral load) ได้มากกว่าและมักจะลดจนมีเชื้อต่ำกว่าระดับที่ตรวจวัดได้โดยวิธีตรวจที่มีความไวสูง (Ultra-sensitive viral load) คือต่ำกว่า 20 copies/ml ดังนั้นย่อมทำให้ CD4 ไม่ถูกทำลาย หรือถูกทำลายน้อยมาก และพบว่าโอกาสที่เชื้อดื้อยาจะเกิดขึ้นได้ยากเนื่องจากยาที่รักษาสามารถยับยั้งเชื้อเอชไอวี จนอยู่ในระดับที่แทบจะไม่มีการแบ่งตัวได้โดยนั่นเอง ศรชนก สุทาวาน (54) ศึกษาผลของการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สามชนิดพร้อมกันในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ส่วนด้านคุณภาพชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมในระดับดี

การกินยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก⁽⁶⁾ เนื่องจากความสม่ำเสมอในการกินยา (Adherence) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะบอกประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณไวรัส (HIV viral load) การเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล (Durability) ผู้ป่วยต้องกินยาอย่างน้อยร้อยละ 90-95 นั่นคือต้องกิน

ยารวันละ 2 ครั้ง ขาดยาได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน การรักษาที่ไม่สามารถลดปริมาณไวรัสได้ดีพอจะทำให้ไวรัสเอดส์ที่ื้อยอาจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งจะทำให้การรักษาล้มเหลว

การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection :OI) และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสด้วยยา (Opportunistic Infection prophylaxis)

การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection : OI) และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสด้วยยา(Opportunistic Infection prophylaxis) มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในทางที่ดีขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มี CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มล. ควรได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทุกราย⁽⁵⁴⁾ หรือตามแพทย์สั่ง ซึ่งจะต้องกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสไปตลอดชีวิต แต่ในผู้ป่วยที่กินยาด้านไวรัสเอดส์ที่มี CD4 สูงกว่า 200 เซลล์/มล. และตรวจไม่พบไวรัสในกระแสเลือดอย่างน้อย 3 เดือนติดต่อกัน สามารถหยุดยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ ซึ่งโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรกในประเทศไทย⁽²⁾ คือ

1. Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary
2. โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carini
3. Cryptococcosis
4. Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด
5. Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

ยาที่ใช้ในการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แนะนำแนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสไว้ 7 โรค⁽⁵¹⁾ ดังนี้คือ

1. Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี ยาที่ใช้ป้องกัน ได้แก่

Cotrimoxazole ข้อบ่งชี้ : CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มล. หรือ CD4 น้อยกว่าร้อยละ 14 ประวัติมีเชื้อราในช่องปาก ประวัติการป่วยที่สัมพันธ์กับเอดส์ หรือเป็นเอดส์ ผื่นคัน (Pruritic papular eruption) และ Wasting syndrome

2. Toxoplasmosis ยาที่ใช้ป้องกัน ได้แก่ Cotrimoxazole
3. Mycobacterium tuberculosis ยาที่ใช้ป้องกัน ได้แก่ Azithromycin หรือ Clarithromycin
4. Tuberculosis ยาที่ใช้ป้องกัน ได้แก่ Isoniazid ก่อนจะให้ยาป้องกัน Tuberculosis ต้องตรวจว่าผู้ป่วยยังไม่เป็นวัณโรค(มีความผิดปกติจากวัณโรค) และให้คำปรึกษาจนแน่ใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีพร้อมจะกินยาและมารับการตรวจได้อย่างต่อเนื่อง มิฉะนั้นจะเกิดปัญหาเชื้อดื้อยา

5. Cryptococcosis, Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด ยาที่ใช้ป้องกัน ได้แก่ Itraconazole หรือ Fluconazole ข้อบ่งชี้ : 1. ไม่มีอาการแสดงของเยื่อหุ้มสมอง

อีกเสบจากเชื้อรา Cryptococcus และ 2. CD4 น้อยกว่า 100 เซลล์/มล. โดยต้องกินยาตลอดชีวิต หรือจนมีการเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจาก Cryptococcus

6. Cytomegalovirus ยาที่ใช้ป้องกัน ได้แก่ Gancicovir
7. Candidiasis ยาที่ใช้ป้องกัน ได้แก่ Fluconazole

การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของขบวนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ สิ่งที่สำคัญ คือการบริการการปรึกษา ที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา การดูแลสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและกินยาอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลรักษาและต่อความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเอดส์นั้น นอกจากฤทธิ์ของตัวยา อาการข้างเคียงและระบบดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ของหน่วยงานแล้ว ปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งปัญหาครอบครัว และปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยดังกล่าวมีความซับซ้อน แต่หากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถทำความเข้าใจและมีวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็จะสามารถทำให้ตนเองมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตัวอย่างปัจจัยที่เป็นปัญหา อุปสรรคต่อการรับยาที่สามารถพบได้เสมอ ได้แก่ การลืมกินยา การปิดบังครอบครัวทำให้สามารถกินยาได้ในบางมือ มีอาการข้างเคียง ยาหาย ยาหมด นอกจากนี้ยังพบสาเหตุการขาดยาซึ่งเป็นปัญหาในชีวิตประจำวัน และปัญหาครอบครัวอื่นๆ ได้แก่ การย้ายที่อยู่ การย้ายที่ทำงาน ไม่มีค่ารถไปรับยาลางานไม่ได้ หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากครอบครัวหรือจากสื่อ และเกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการกินยาเป็นต้น⁽⁶⁾

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Wachtel T., et al(1992)⁽³⁰⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่กินยา zidovudine โดยมี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 520 คน ที่มารับการรักษาที่ศูนย์โรคเอดส์ จำนวน 7 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่วัดผลการรักษา(Medical Outcomes Study 36: MOS 36. item short form:SF-36.) วัดระดับคุณภาพชีวิตด้านสถานะทางสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านสุขภาพจิต ด้านการรับรู้สถานะสุขภาพ และด้านความเจ็บปวด โดยแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง และต่ำ ผลการศึกษา พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 36 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 89 พบว่า คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ตัวชี้วัดที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ อาการเจ็บป่วย ($p < 0.001$) โดยในผู้ติดเชื้อที่มีอาการเจ็บป่วยจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

ศदानันท์ ปิยกุล (2542)⁽²¹⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล สันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่วัดผลของการรักษา (SF-36) วัดสถานทางสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านการรับรู้สภาวะสุขภาพ ด้านสุขภาพจิต และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม แบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตสูง ปานกลาง และต่ำ พบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นม้าย อาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พอใช้ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตต่ำ ร้อยละ 26.7 และน้อยที่สุดคุณภาพชีวิตสูงร้อยละ 18.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะการดำเนินโรค กลุ่มอาการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สถิติที่ใช้ทดสอบคือ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient และเมื่อควบคุมปัจจัยตัวอื่นพบว่าปัจจัยที่ยังคงมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ คือ สถานภาพสมรส กลุ่มอาการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.005$)

Bucciardini R., et al(2000)⁽⁵⁶⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ รูปแบบการศึกษาเป็นเชิงทดลอง ใช้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน เป็นเพศชาย 28 คน เพศหญิง 24 คน อายุเฉลี่ย 36.4 ปี โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่วัดผลของการรักษา (SF-36) 10 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้านปัญหาทางสุขภาพ ด้านสุขภาพจิต ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และคุณภาพชีวิตทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า ยาสูตร 3 ชนิดจะให้ผลดีกับภูมิคุ้มกันและการตอบสนองต่อเชื้อไวรัสได้ดี ยาสูตร 2 ชนิดมีผลดีกับสถานะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทางคลินิก ($\chi^2=5.8$, $p\text{-value}=0.02$ และ $\chi^2=9.2$, $p\text{-value}=0.01$ ตามลำดับ) และพบว่าคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงตามน้ำหนักของร่างกาย

Pythia T., et al (2001)⁽⁵⁷⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่อง โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่วัดผลของการรักษา (SF-36) สถิติที่ใช้คือ Chi-square test (χ^2) และ Kruskal – Wallis tests โดยประเมินในสัปดาห์ที่ 0, 12, 24, 36, 48, 72 และ 96 โดยเปรียบเทียบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตร 3NRTI จำนวน 35 คน NRTI+2PI จำนวน 74 คน และ NNRTI+PI จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังกินยาต้านไวรัสเอดส์ 24 เดือน ขึ้นไปและยาต้านไวรัสสูตร 3NRTI และ NRTI+2PI มีคุณภาพชีวิตดีกว่า สูตร NNRTI+PI

Cohen C., et al (1998)⁽⁵⁸⁾ ศึกษาถึงผลกระทบของยา ritonavir ที่รวมกับ reverse transcriptase inhibitor กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โดยใช้ SF-36 เป็นการศึกษาระยะยาวเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 <100 เซลล์/มล. หลังจากได้รับยา 3-6 เดือน จำนวน 1,090 คน โดยกลุ่มที่รับยา ritonavir 543 คน กลุ่มได้รับ ยาหลอก (placebo) 547 คน โดยรวม SF-36 เป็น 2 สถานะคือ สถานะด้านร่างกาย (physical health summary) และสถานะด้านจิตใจ (mental health summary) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา ritonavir กับได้รับยาหลอก 3 เดือนขึ้นไป พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.03$) ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา ritonavir กับได้รับยาหลอก 6 เดือนขึ้นไปมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา ritonavir มากกว่า 6 เดือน จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ได้รับยา ritonavir น้อยกว่า 6 เดือน และนอกจากนั้น พบว่าผู้ที่ได้รับยา ritonavir จะมีอาการไข้เล็กน้อย และมีอาการเกี่ยวกับประสาทร่วมด้วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 ประกอบด้วยรูปแบบการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เกณฑ์การให้คะแนน และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study)

3.2 ระเบียบวิธีวิจัย

3.2.1 ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

3.2.2 ประชากรตัวอย่าง (Population to be sampled) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2543-2546 ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขต 11 จำนวน 369 ราย ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกรายจังหวัดในเขต 11 ⁽⁵⁹⁾

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ (n=369)
สุราษฎร์ธานี	108
นครศรีธรรมราช	72
ระนอง	49
ภูเก็ต	43
กระบี่	40
พังงา	30
ชุมพร	27

3.2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Samples) หมายถึงผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต 11 จำนวนโดยใช้สูตร⁽⁶⁰⁾

$$n = Z^2pq / d^2$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

z = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติมีค่าเท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงสูงได้มาจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของ ศदानันท์ ปิยกุล เท่ากับ 0.73

q = 1- p เท่ากับ 0.27

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Maximum error) เท่ากับ 0.05

$$n = (1.96)^2 (0.73) (0.27) / (0.05)^2 = 303$$

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง (Samples) มีขนาดใกล้เคียงกับประชากรตัวอย่าง (Population to be sampled) จึงใช้ทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่าง 369 ตัวอย่าง

3.2.4 การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

3.2.4.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนักตัวหลังกินยา รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพในครอบครัว ที่พักอาศัย โรคติดเชื้อฉวยโอกาส CD4 count ตรวจวัดครั้งสุดท้าย อาการข้างเคียงจากการรับยาต้านไวรัสเอดส์ การรับประทานยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน

3.2.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ คุณภาพชีวิตซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี และคุณภาพชีวิตดี

3.2.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (Instrument)

การศึกษานี้ผู้วิจัยออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร เป็นแบบข้อให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นแบบข้อให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และที่อยู่อาศัย

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านการรักษา เป็นแบบข้อให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย อาการข้างเคียงจากการรับยาต้านไวรัสเอดส์ การกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สูตริยาต้านไวรัสเอดส์ และระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน

ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นแบบเลือกข้อให้ตอบและเติมข้อความ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาส CD4 count ตรวจวัดครั้งสุดท้าย น้ำหนักตัวหลังรับกินยา

ตอนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่วัดผลของการรักษา (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36) ของ Wu AW. และคณะ วัดสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน จำนวน 35 ข้อเป็นแบบข้อให้เลือกตอบ คือ

1.) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	จำนวน	6	ข้อ
2.) ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	จำนวน	2	ข้อ
3.) ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย	จำนวน	2	ข้อ
4.) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	จำนวน	1	ข้อ
5.) ด้านภาวะทางอารมณ์	จำนวน	5	ข้อ
6.) ด้านพลกำลัง/ความเหนื่อยล้า	จำนวน	4	ข้อ
7.) ด้านการรับรู้หน้าที่	จำนวน	4	ข้อ
8.) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป	จำนวน	6	ข้อ
9.) ด้านปัญหาทางสุขภาพ	จำนวน	4	ข้อ
10.) ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด	จำนวน	1	ข้อ

3.2.6 การตรวจความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต

ความถูกต้องของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ

ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ศดานันท์ ปิยกุล ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิต(SF-36) มาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดเชียงใหม่ได้ค่า reliability เท่ากับ 0.8988 การศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ไปทดสอบ (Pretest Questionnaire) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายๆ กันกับประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 ราย ใช้วิธีการวัดความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ^(61,62) ค่าความเชื่อถือของแบบวัดคุณภาพชีวิตที่นำไปทดสอบใช้ มีผลดังนี้

- ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	มีค่าเท่ากับ	0.7939
- ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	มีค่าเท่ากับ	0.7894
- ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย	มีค่าเท่ากับ	0.9097
- ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	มีค่าเท่ากับ	0.7536
- ด้านภาวะทางอารมณ์	มีค่าเท่ากับ	0.9715
- ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า	มีค่าเท่ากับ	0.7957
- ด้านการรับรู้หน้าที่	มีค่าเท่ากับ	0.7601
- ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป	มีค่าเท่ากับ	0.7524
- ด้านปัญหาทางสุขภาพ	มีค่าเท่ากับ	0.7880
- ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด	มีค่าเท่ากับ	0.7501
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้งหมด	มีค่าเท่ากับ	0.7655

3.3 การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

3.3.1 ชั้นเตรียมการ

3.3.1.1 เตรียมอุปกรณ์การวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยการรักษ และปัจจัยด้านสุขภาพ และแบบวัดคุณภาพชีวิต

3.3.1.2 ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสำนักงานควบคุมโรคเขต 11 ในการช่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ให้ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล และถึงโรงพยาบาลทุกแห่งที่เก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3.3.1.3 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล จำนวน 1 ท่านเพื่อชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูลและช่วยนัดผู้ป่วยโรคเอดส์และเตรียมสถานที่ที่ผู้วิจัยจะเข้าไปสัมภาษณ์ในส่วน of แบบสัมภาษณ์ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจ และแบบวัดคุณภาพชีวิต

3.3.2 ชั้นดำเนินการ

3.3.2.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตอนที่ 1,2 และ 5 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มาใช้บริการรับยาต้านไวรัสเอดส์ ตามเวลาวันที่ตามที่โรงพยาบาลนัด จนครบตามจำนวน

3.3.2.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตอนที่ 3 และ 4 จากแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ATC1) ของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่ถูกล้มภาวะณ์ แต่ละราย

3.3.2.3 นำแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้มาทำการตรวจสอบ (Manual Editing) จากนั้นแปลงข้อมูลที่ได้เป็นรหัส โดยมีขั้นตอน ได้แก่ สร้างคู่มือลงรหัส แปลงข้อมูล เป็นรหัสตามคู่มือลงรหัส สร้างแฟ้มข้อมูล (Data Edit) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกใน แฟ้มข้อมูล และกำหนดรหัสใหม่ (Recode) เพื่อให้สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.4 เกณฑ์การให้คะแนน

3.4.1 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การวัดผลคุณภาพชีวิตโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของ Ronald D Hays, Cathy D., Sherbourn., Rebecca M. ⁽⁶³⁾ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย

ข้อ 1-6	เป็นข้อจำกัดอย่างมาก	=	0	คะแนน
	เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย	=	1	คะแนน
	ไม่เลย	=	2	คะแนน

- ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท

ข้อ 7	ใช่	=	1	คะแนน
	ไม่ใช่	=	0	คะแนน

ข้อ 8	ใช่	=	0	คะแนน
	ไม่ใช่	=	1	คะแนน

- ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย

ข้อ 9-10	ไม่มีเลย	=	4	คะแนน
	เล็กน้อย	=	3	คะแนน
	ปานกลาง	=	2	คะแนน
	ค่อนข้างมาก	=	1	คะแนน
	มากที่สุด	=	0	คะแนน

- ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม

ข้อ 11	ตลอดเวลา	=	0	คะแนน
	เกือบตลอดเวลา	=	1	คะแนน
	ค่อนข้างบ่อย	=	2	คะแนน
	บางครั้ง	=	3	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	4	คะแนน
	ไม่เคย	=	5	คะแนน

- ด้านภาวะทางอารมณ์

ข้อ 13,15	ตลอดเวลา	=	5	คะแนน
	เกือบตลอดเวลา	=	4	คะแนน
	ค่อนข้างบ่อย	=	3	คะแนน
	บางครั้ง	=	2	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	1	คะแนน
	ไม่เคย	=	0	คะแนน
ข้อ 12,14,16	ตลอดเวลา	=	0	คะแนน
	เกือบตลอดเวลา	=	1	คะแนน
	ค่อนข้างบ่อย	=	2	คะแนน
	บางครั้ง	=	3	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	4	คะแนน
	ไม่เคย	=	5	คะแนน

- ด้านพลังกำลัง/ความเหนียวแน่น

ข้อ 17,20	ตลอดเวลา	=	5	คะแนน
	เกือบตลอดเวลา	=	4	คะแนน
	ค่อนข้างบ่อย	=	3	คะแนน
	บางครั้ง	=	2	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	1	คะแนน
	ไม่เคย	=	0	คะแนน

ข้อ 18,19	ตลอดเวลา	=	0	คะแนน
	เกือบตลอดเวลา	=	1	คะแนน
	ค่อนข้างบ่อย	=	2	คะแนน
	บางครั้ง	=	3	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	4	คะแนน
	ไม่เคย	=	5	คะแนน

- ด้านการรับรู้หน้าที่

ข้อ 21-24	ตลอดเวลา	=	0	คะแนน
	เกือบตลอดเวลา	=	1	คะแนน
	ค่อนข้างบ่อย	=	2	คะแนน
	บางครั้ง	=	3	คะแนน
	นานครั้ง	=	4	คะแนน
	ไม่เคย	=	5	คะแนน

- ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป

ข้อ 25	ดีขึ้นมาก	=	4	คะแนน
	ดีขึ้นเล็กน้อย	=	3	คะแนน
	เหมือนเดิม	=	2	คะแนน
	แย่ลงเล็กน้อย	=	1	คะแนน
	แย่ลงมาก	=	0	คะแนน

ข้อ 26,29	ถูกต้องแน่นอน	=	0	คะแนน
	ค่อนข้างถูกต้อง	=	1	คะแนน
	ไม่แน่ใจ	=	2	คะแนน
	ค่อนข้างผิด	=	3	คะแนน
	ผิดแน่นอน	=	4	คะแนน

ข้อ 27-28,30	ถูกต้องแน่นอน	=	4	คะแนน
	ค่อนข้างถูกต้อง	=	3	คะแนน
	ไม่แน่ใจ	=	2	คะแนน
	ค่อนข้างผิด	=	1	คะแนน
	ผิดแน่นอน	=	0	คะแนน

- ด้านปัญหาทางสุขภาพ

ข้อ 31-34	ตลอดเวลา	=	5	คะแนน
	เกือบตลอดเวลา	=	4	คะแนน
	ค่อนข้างบ่อย	=	3	คะแนน
	บางครั้ง	=	2	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	1	คะแนน
	ไม่เคย	=	0	คะแนน

- ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด

ข้อ 35	ดีมากและคงไม่ดีกว่านี้แล้ว	=	4	คะแนน
	ดีพอใช้	=	3	คะแนน
	ดีและแย่มากพอๆกัน	=	2	คะแนน
	ค่อนข้างแย่	=	1	คะแนน
	แย่มากและคงไม่แย่ไปกว่านี้แล้ว	=	0	คะแนน

3.4.2 รวมคะแนนทั้งหมด ของ คุณภาพชีวิตแต่ละด้าน ดังนี้

- ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	คะแนนรวม	12	คะแนน
- ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	คะแนนรวม	2	คะแนน
- ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย	คะแนนรวม	8	คะแนน
- ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	คะแนนรวม	5	คะแนน
- ด้านภาวะทางอารมณ์	คะแนนรวม	25	คะแนน
- ด้านพลกำลัง/ความเหนื่อยล้า	คะแนนรวม	20	คะแนน
- ด้านการรับรู้หน้าที่	คะแนนรวม	20	คะแนน
- ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	คะแนนรวม	24	คะแนน
- ด้านปัญหาทางสุขภาพ	คะแนนรวม	20	คะแนน
- ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม	คะแนนรวม	4	คะแนน
รวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด		142	คะแนน

3.4.3 ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการเปรียบเทียบทางสถิติ จึงนำคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน มาถ่วงน้ำหนัก (Weights) เพื่อให้คะแนนรวมแต่ละด้านเท่ากัน คือด้านละ 10 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 10 ด้าน เท่ากับ 100 คะแนน คะแนนจะมีช่วง 0-100 โดยคะแนนที่ 0 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำสุด และ 100 หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

3.4.5 นำคะแนนที่ได้มาแบ่งคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่าสถิติ ควอไทล์ (Quartiles) ดังนี้

ระดับคะแนน	คุณภาพชีวิต
คะแนนน้อยกว่า 85.1 (น้อยกว่า ควอไทล์ที่ 2)	ไม่ดี
คะแนน 85.1 ขึ้นไป (ควอไทล์ ที่ 2 ขึ้นไป)	ดี

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

1.1.1 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

1.1.2 ปัจจัยทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ต่อเดือน สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

1.1.3 ปัจจัยทางการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตร ปัจจุบันสรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

1.1.4 ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี CD4 count ตรวจวัดครั้งสุดท้าย สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

1.2.1 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง

1.2.2 ปัจจัยทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ที่อยู่อาศัย สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง

1.2.3 ปัจจัยทางการรักษา ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการรับยาต้านไวรัสเอดส์ การกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง

1.2.4 ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดเชื้อฉวยโอกาส น้ำหนักตัวหลังกินยา สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับคุณภาพชีวิต กับปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ปัจจัยทางด้านสถานะสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้านการรักษา และปัจจัยด้านสุขภาพ โดยใช้ Chi-squares test (χ^2)⁽⁶⁰⁾ ในการทดสอบ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทุกราย ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต 11 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 – 2546 ศึกษาในช่วง เดือนตุลาคม 2546 - กุมภาพันธ์ 2547 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 352 คน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการรักษา ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิต 10 ด้าน ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านพลังกำลังใจ/ความเหนื่อยล้า ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด และแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 2 สถานะ คือ สถานะสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้สุขภาพทั่วไป และ สถานะสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย ด้านพลังกำลังใจ/ความเหนื่อยล้า ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด

ส่วนที่ 7 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านสุขภาพ กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2)

ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ตารางที่ 4.1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11					
	ได้สัมภาษณ์		ไม่ได้สัมภาษณ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พังงา	30	100.0	0	0.0	30	100.0
กระบี่	40	100.0	0	0.0	40	100.0
ภูเก็ต	42	97.7	1	2.3	43	100.0
นครศรีธรรมราช	69	95.8	3	4.2	72	100.0
สุราษฎร์ธานี	102	94.4	6	5.6	108	100.0
ระนอง	45	91.8	4	8.2	49	100.0
ชุมพร	24	88.9	3	11.1	27	100.0
รวม	352	95.4	17	4.6	369	100.0

จากตารางที่ 4.1 สัดส่วนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนการให้สัมภาษณ์ร้อยละ 95.4 เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดพังงาและจังหวัดกระบี่ได้สัมภาษณ์มากที่สุดร้อยละ 100.0 รองลงมาจังหวัดภูเก็ตร้อยละ 97.7 น้อยที่สุดจังหวัดชุมพรร้อยละ 88.9 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ตารางที่ 4.2 ปัจจัยด้านลักษณะประชากรของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 352)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	189	53.7
ชาย	163	46.3
อายุ (ปี)		
<25	21	6.0
25-29	77	21.8
30-34	82	23.4
35-39	115	32.6
40 ขึ้นไป	57	16.2
Min = 23 Max = 58 Median 34.0 Mean = 34.03 S.D.= 5.83		
สถานภาพสมรส		
สมรส	187	53.1
โสด	70	19.9
ม่าย,หย่า,แยก	95	27.0

จากตารางที่ 4.2 ปัจจัยด้านลักษณะประชากรของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.7 เพศชายร้อยละ 46.3 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 35-39 ปี ร้อยละ 32.6 อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 58 ปี มีฐานฐานของอายุ 34.03 ปี และสถานภาพ สมรสร้อยละ 53.1

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ตารางที่ 4.3 ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	จำนวน (n = 352)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	0.5
ประถมศึกษา	175	49.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	109	31.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.	58	16.5
อนุปริญญา, ปวส.	8	2.3
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0	0.0
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	160	45.5
สมาชิกในครอบครัว	192	54.5
อาชีพ		
รับจ้าง	222	63.1
ว่างงาน	45	12.8
ค้าขาย	44	12.5
เกษตรกร	30	8.5
รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	11	3.1
รายได้ (บาท/เดือน)		
< 2,500	106	30.1
2,500 - 3,500	78	22.2
3,501 - 4,500	71	20.2
4,501 - 5,500	62	17.6
5,501 ขึ้นไป	35	9.9
Min = 1000 Max = 15,700 Mean = 3,805.7 Median = 3,350.0 S.D.= 2,087.52		

ตารางที่ 4.3 ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์
ในเขต 11 (ต่อ)

ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	จำนวน (n = 352)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	231	65.6
พอใช้	121	34.4
ที่อยู่อาศัย		
บ้านของตนเอง	198	56.2
บ้านเช่า	154	43.8

จากตารางที่ 4.3 ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.7 สถานภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63.1 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,500 บาท ร้อยละ 30.1 มีฐานะของรายได้ 3,350.0 บาท ส่วนใหญ่รายได้ไม่พอใช้ และที่อยู่อาศัยเป็นบ้านของตนเอง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการรักษา ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ตารางที่ 4.4 ปัจจัยด้านการรักษา ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 (n = 352)

ปัจจัยด้านการรักษา	จำนวน (n = 352)	ร้อยละ
การกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส		
ไม่ได้กิน	45	12.8
กิน	307	87.2
Cotrimoxazole และ Fluconazole	260	84.7
Cotrimoxazole	47	15.3
สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับในปัจจุบัน		
d4T+3TC+NVP(GPO-vir)	191	54.3
d4T+3TC+EFV	129	36.6
d4T+3TC+(Indinavir+Ritonavir)	24	6.8
(AZT+3TC)+EFV	8	2.3
อาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน		
ไม่มีอาการ	322	91.5
มีอาการ	30	8.5
ผื่นคัน	16	53.4
เวียนศีรษะ	9	30.0
คลื่นไส้อาเจียน	4	13.3
บวมตามตัว/แขนขาตีบ	1	3.3
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน		
≤12 เดือน	277	78.7
13 เดือนขึ้นไป	75	21.3
Min = 6 Max = 24 Median = 12.0 Mean = 11.2 S.D.= 4.61		

จากตารางที่ 4.4 ปัจจัยด้านการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11 พบว่า มีอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบันร้อยละ 8.5 ส่วนอาการข้างเคียงพบส่วนใหญ่มีผื่นคันร้อยละ 53.4 กินยาต้านไวรัสสูตร d4T+3TC+NVP(GPO-vir) ร้อยละ 54.3 และระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ 12.0 เดือน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ตารางที่ 4.5 ปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 352)	ร้อยละ
เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการ		
ไม่เคยเป็นหรือมีอาการ	269	76.4
เคยเป็นหรือมีอาการ	83	23.6
CD4 count (ตรวจวัดครั้งสุดท้าย: เซลล์/มล.)		
≤200	204	58.0
>200	148	42.0
Min = 50 Max = 611 Mean = 210.9 S.D.= 114.31		
น้ำหนักตัวหลังกินยาต้านไวรัสเอดส์		
ลดลง	7	2.0
ไม่เปลี่ยนแปลง	273	77.5
เพิ่มขึ้น	72	20.5

จากตารางที่ 4.5 ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 พบว่า เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการร้อยละ 23.6 CD4 count ตรวจวัดครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์/มล. ร้อยละ 58.0 เฉลี่ย 210.9 เซลล์/มล และน้ำหนักตัวหลังกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 77.5

ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คุณภาพชีวิต 10 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านสุขภาพจิต ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ตารางที่ 4.6 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11
จำแนกตาม คุณภาพชีวิต ทั้ง 10 ด้าน (n=352)

คุณภาพชีวิต	คะแนน					
	คะแนนเต็ม	MIN	MAX	MEDIAN	MEAN	S.D
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	10	5.0	10.0	10.0	8.6	1.64
ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	10	0.0	10.0	10.0	8.7	3.47
ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย	10	7.5	10.0	10.0	9.8	0.60
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	10	6.0	10.0	10.0	8.6	1.60
ด้านภาวะทางอารมณ์	10	7.2	10.0	8.8	8.9	0.70
ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า	10	6.0	10.0	8.5	8.6	0.70
ด้านการรับรู้หน้าที่	10	6.5	10.0	9.5	9.1	1.00
ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	10	5.8	9.2	7.5	7.8	0.84
ด้านปัญหาทางสุขภาพ	10	8.0	10.0	10.0	9.6	0.55
ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด	10	5.0	10.0	7.5	8.4	1.31
คุณภาพชีวิตโดยรวม	100	71.4	98.7	88.1	88.2	6.24

จากตารางที่ 4.6 คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 10 ด้าน ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมนี้อาศัยฐาน 88.1 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 71.4 คะแนน และคะแนนสูงสุด 98.7 คะแนน

ตารางที่ 4.7 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11
จำแนกตามสถานะสุขภาพ

สถานะสุขภาพ	คะแนน					
	คะแนนเต็ม	MIN	MAX	MEDIAN	MEAN	S.D
ด้านร่างกาย (n=352)	50	28.9	49.2	44.5	43.4	4.82
ด้านจิตใจ (n=352)	50	39.4	49.5	44.6	44.7	2.46

จากตารางที่ 4.7 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11 พบว่าสถานะสุขภาพทางด้านจิตใจมีค่ามัธยฐาน 44.6 คะแนน สถานะสุขภาพทางด้านร่างกายมีค่ามัธยฐาน 44.5 คะแนน โดยมีคะแนนเต็มสถานะละ 50 คะแนน

ตารางที่ 4.8 คุณภาพชีวิตด้านสถานะสุขภาพด้านร่างกายและสถานะสุขภาพด้านจิตใจ ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย (n=352)		
คุณภาพชีวิตดี	263	74.7
คุณภาพชีวิตไม่ดี	89	25.3
ด้านจิตใจ (n=352)		
คุณภาพชีวิตดี	258	73.3
คุณภาพชีวิตไม่ดี	94	26.7

จากตารางที่ 4.8 คุณภาพชีวิตด้านสถานะสุขภาพด้านร่างกายและสถานะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 พบว่า สถานะทางด้านสุขภาพร่างกาย มีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 74.4 และสถานะสุขภาพด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 73.3

ตารางที่ 4.9 คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 10 ด้านของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11
จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n=352)

คุณภาพชีวิต โดยรวมทั้ง 10 ด้าน	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตดี	264	75.0
คุณภาพชีวิตไม่ดี	88	25.0

จากตารางที่ 4.9 คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 10 ด้าน ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์
ในเขต 11 พบว่า มีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 75.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 7 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านสุขภาพ กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (n=352)

ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						χ^2	df	p-value
	ไม่ดี		ดี		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ									
ชาย	40	24.5	123	75.5	163	100.0	.034	1	.853
หญิง	48	25.4	141	74.6	189	100.0			
อายุ									
≤34	54	25.1	161	74.9	215	100.0	.004	1	.950
34 ขึ้นไป	34	24.8	103	75.2	137	100.0			
สถานภาพสมรส									
สมรส	26	13.9	161	86.1	187	100.0	72.547	2	.000*
โสด	45	64.3	25	35.7	70	100.0			
ม่าย,หย่า,แยก	17	17.9	78	82.1	95	100.0			

* $\alpha = 0.001$

จากตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า เพศ และ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ส่วน สถานภาพสมรส พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยที่สถานะภาพ สมรส มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสถานะภาพ ม่าย หย่า แยก และ โสด

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (n=352)

ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						χ^2	df	p-value
	ไม่ดี		ดี		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา									
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	53	29.9	124	70.1	177	100.0	4.640	1	.031*
มัธยมศึกษาขึ้นไป	35	20.0	140	80.0	175	100.0			
สถานภาพในครอบครัว									
หัวหน้าครอบครัว	45	28.1	115	71.9	160	100.0	1.528	1	.216
สมาชิกในครอบครัว	43	22.4	149	77.6	192	100.0			
อาชีพ									
รับจ้าง	58	26.1	164	73.9	222	100.0	2.231	1	.693
ว่างงาน	12	26.7	33	73.3	45	100.0			
ค้าขาย	9	20.5	35	79.5	44	100.0			
เกษตรกร	8	26.7	22	73.3	30	100.0			
รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	1	9.1	10	90.9	11	100.0			
รายได้ (บาท/เดือน)									
<2,500	27	25.5	79	74.5	106	100.0	3.921	4	.417
2,500 - 3,500	22	28.2	56	71.8	78	100.0			
3,501 - 4,500	21	29.6	50	70.4	71	100.0			
4,501 - 5,500	10	16.1	52	83.9	62	100.0			
5,501 ขึ้นไป	8	22.9	27	77.1	35	100.0			

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (n=352) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						χ^2	df	p-value
	ไม่ดี		ดี		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย									
ไม่พอใช้	56	24.2	175	75.8	231	100.0	.206	1	.650
พอใช้	32	26.4	89	73.6	121	100.0			

จากตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และสถานภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ส่วนการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษา ของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์
ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (n=352)

ปัจจัยด้านการรักษา	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						χ^2	df	p-value
	ไม่ดี		ดี		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส									
กิน	74	24.1	233	75.9	307	100.0	1.028	1	.311
ไม่กิน	14	31.1	31	68.9	45	100.0			
สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับในปัจจุบัน									
d4T+3TC+ nevirapine หรือGPO-vir	50	26.2	141	73.8	191	100.0	.338	2	.884
d4T+3TC+Efavirenz และ (AZT+3TC)+EFV	32	23.4	105	76.6	137	100.0			
d4T+3TC+ (Indinavir+Ritonavir)	6	25.0	18	75.0	24	100.0			
อาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน									
ไม่มีอาการ	84	26.1	238	73.9	322	100.0	.338	1	.123
มีอาการ	4	13.3	26	86.7	30	100.0			
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน									
≤12 เดือน	66	23.8	211	76.2	277	100.0	.954	1	.329
13 เดือนขึ้นไป	22	29.3	53	70.7	75	100.0			

จากตารางที่ 14.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษา ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า การกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับในปัจจุบัน อาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน และระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($n=352$)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						χ^2	df	p-value
	ไม่ดี		ดี		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมี									
อาการ									
ไม่เคยเป็น	26	31.3	57	68.7	83	100.0	2.318	1	.128
หรือมีอาการ									
เคยเป็น	62	23.0	207	77.0	269	100.0			
หรือมีอาการ									
CD4 count									
ตรวจวัดครั้งสุดท้าย									
(เซลล์/มล.)									
≤ 200	49	24.0	155	76.0	204	100.0	.249	1	.618
200 ขึ้นไป	39	26.4	109	73.6	148	100.0			
น้ำหนักตัวหลังกินยา									
ต้านไวรัสเอดส์									
ลดลง	2	28.6	5	71.4	7	100.0	.049	2	.976
ไม่เปลี่ยนแปลง	68	24.9	205	75.1	273	100.0			
เพิ่มขึ้น	18	25.0	54	75.0	72	100.0			

จากตารางที่ 14.13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11 กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการ CD4 count ต่ำสุดครั้งสุดท้าย(เซลล์/มล) ความเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P>0.05$)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต 11 ในปี พ.ศ. 2543-2546 ศึกษาในช่วง เดือนตุลาคม 2546 - กุมภาพันธ์ 2547 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 352 คน

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 การสัมภาษณ์

สัดส่วนการทำให้สัมภาษณ์ ร้อยละ 95.4 เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดพังงา และจังหวัดกระบี่ได้สัมภาษณ์มากที่สุด ร้อยละ 100.0 น้อยที่สุด จังหวัดชุมพร ร้อยละ 88.9

5.1.2 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร

ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 35-39 ปี ร้อยละ 32.6 อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 58 ปี มัธยฐานของอายุ 34.03 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.1

5.1.3 ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.7 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.0 สถานภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่ เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 45.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63.1 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,500 บาท ร้อยละ 30.1 มัธยฐานของรายได้ 3,350.0 บาท รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 65.6 และที่อยู่อาศัยเป็นบ้านของตนเอง ร้อยละ 56.2

5.1.4 ปัจจัยด้านการรักษา

ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ มีอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์ สูตรปัจจุบัน ร้อยละ 8.5 และอาการข้างเคียงพบมีผื่นคัน ร้อยละ 53.4 กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตร d4T+3TC+NVP(GPO-vir) ร้อยละ 54.3 และระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน ร้อยละ 78.7 มัธยฐานของระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน 12.0 เดือน

5.1.5 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการ ร้อยละ 76.4 CD4 count ตรวจวัดครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์/มล ร้อยละ 58.0 เฉลี่ย 210.9 เซลล์/มล และน้ำหนักตัวหลังรับยาไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 77.5

5.1.6 คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่ามัธยฐาน 88.1 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 71.4 คะแนน คะแนนสูงสุด 98.7 คะแนน คะแนนเต็ม 100.0 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 75.0 เมื่อแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 2 สถานะ โดยสถานะสุขภาพทางด้านจิตใจมีค่ามัธยฐาน 44.6 คะแนน สถานะสุขภาพทางด้านร่างกายมีค่ามัธยฐาน 44.5 คะแนน สถานะทางด้านสุขภาพร่างกายและสถานะสุขภาพด้านจิตใจ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี

5.1.7 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านสถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านสุขภาพ กับ ระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ ดังนี้

5.1.7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า เพศ และ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ส่วน สถานภาพสมรส พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

5.1.7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และสถานภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ส่วนการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

5.1.7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษา ของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า การกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับในปัจจุบัน อาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน และระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

5.1.7.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการ CD4 count ตรวจวัดครั้งสุดท้าย(เซลล์/มล) การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังกินยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P > 0.05$)

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive study) ซึ่งช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย และใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่วัดผลของการรักษา (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36) ของ Wu AW. และคณะ วัดสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับว่าสามารถใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวีได้ดี โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาล ในเขต 11 ซึ่งแบ่งตามเขตตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข มี 7 จังหวัด เป็นเขตที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นภาพรวมของเขต กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 303 คน แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาล มีจำนวน 369 คน จึงใช้ทั้งหมด ได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 352 คน คิดเป็นร้อยละ 95.4 โดยที่จังหวัดพังงาและจังหวัดกระบี่ได้สัมภาษณ์มากที่สุด อาจเนื่องจากความคุ้นเคยของผู้สัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นคนในพื้นที่เดียวกัน ส่วนจังหวัดชุมพรได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะมาตามวันเวลาที่แพทย์นัด ซึ่งจะนัดเป็นจำนวนน้อยรายต่อวัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดในเรื่องเวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้สัมภาษณ์ต้องเดินทางไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ด้วยดีและเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 15 นาทีต่อคน ส่วนเวลาที่ใช้ในการคัดลอกข้อมูลจากแบบบันทึกการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี(ATC1) ใช้เวลาเฉลี่ยร้อยละ 10 นาที สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สรุปเป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test (χ^2) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีปัจจัยหลายตัวที่มีความสัมพันธ์กัน

5.2.2 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางด้านสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยทางการรักษา และปัจจัยทางด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในเขต 11 เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล⁽²¹⁾ และการศึกษาของนัยนา ชี้อธนนุญ⁽⁵²⁾ แต่แตกต่างจากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอชไอวีของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ที่พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 35-39 ปี สถานภาพ สมรส เป็นส่วนใหญ่ แตกต่างกับการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล ที่พบว่าอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-35 ปี และสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ ม่าย จากการวิจัยครั้งนี้พบผู้มารับยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นหญิงมากกว่าชาย สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป อาจเนื่องจากคู่สมรสหรือสามีเสียชีวิตแล้ว

และการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในตลาดแรงงานอาจทำให้ประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานในอนาคต ในด้านระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเป็นปัญหาบ้างในการปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาดีอาจมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเข้าใจ เช่น การปฏิบัติตัวในการกินยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ส่วนใหญ่ไม่พอใช้ ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเอง รองลงมาเป็นบ้านเช่า ซึ่งรายได้ส่วนหนึ่งต้องจ่ายเป็นค่าเช่าบ้านแล้ว ยังต้องใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายประจำวันอื่นๆ ซึ่งสุภางศ์ ไตคุณาลัย⁽⁴³⁾ ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาที่โรงพยาบาล บำราศนคราคร พบว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดอื่นๆ ในการเดินทางมารับยา 3,235.51 บาท ต่อคนต่อปี และแม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจได้รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงาน ก็อาจไม่พอใช้ในสภาพเศรษฐกิจปัจจุบัน ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างไม่พบผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ที่พักอาศัยในบ้านพักชั่วคราวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือวัด อาจแสดงให้เห็นว่า ครอบครัว ชุมชนและสังคม เข้าใจผู้ติดเชื้อเอดส์และอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่จะได้รับยาต้านไวรัสสูตร d4T+3TC+NVP

(GPO-vir^R) ซึ่งเป็นสูตรแรกในการรักษา ถ้าผู้ป่วยแพ้ยาสูตรนี้แพทย์จะเปลี่ยนสูตรอื่น ๆ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ที่พบได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน และเวียนศีรษะ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในระยะแรก ของการกินยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถแก้ไขได้โดยการรักษาตามอาการ หรือบางครั้งก็หายไปเองโดยไม่ต้องหยุดยา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน CD4 count เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ อาจทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถทำกิจกรรมหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ

5.2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wachtel T., et al⁽³⁰⁾ เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตตามสถานะสุขภาพด้านร่างกายและสถานะสุขภาพด้านจิตใจ พบว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับดี มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 88.1 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับดี ค่ามัธยฐานของคุณภาพชีวิตด้านสถานะสุขภาพทางร่างกายมีค่าใกล้เคียงกันด้านสถานะสุขภาพทางด้านจิตใจ และอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จากโรงพยาบาลจะได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ มีการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้พูดคุยกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยกัน ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือได้รับผลข้างเคียงจากการแพ้ยา ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมหรือเข้าสังคมหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ มีรายได้ ทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น

5.2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

5.2.4.1 สถานภาพสมรส โดยผู้ที่สมรสแล้ว มีคุณภาพชีวิตในระดับดีสูงกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล อธิบายได้ว่า การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่คู่สมรสเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สามารถพูดคุยให้กำลังใจและดูแลกันและกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ตามหลักของ Maslow ในขั้นที่ 3 คือความต้องการความรัก ต้องการคนที่เข้าใจและห่วงใยกัน ทั้งยังส่งเสริมให้รู้จักคิดและสามารถแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ได้ ส่วนผู้ที่มีสถานภาพโสดหรือบุคคลที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างมักมีแนวโน้มที่จะไม่มีความสุข⁽²⁴⁾ และผู้ที่ไม่ได้ดูแลอาจทำให้ประสบปัญหาด้านจิตใจ

5.2.4.2 การศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าอาจมีแนวโน้มที่จะเข้าใจและสามารถรับการรักษาตามคำสั่งของแพทย์ด้วยความเข้าใจ ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาน้อยที่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ได้ไม่ดี ส่วนในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาลงมา

นอกจากนี้ผลการศึกษพบว่าปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} > 0.05$ ดังนี้

5.2.4.3 เพศ แตกต่างจากการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์สูตรเดียวกันและอาการข้างเคียงเหมือน ๆ กันทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ว่าเพศใดก็ไม่แตกต่างกัน

5.2.4.4 อายุ แตกต่างกับการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย⁽²³⁾ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่ออายุมากขึ้นคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย

5.2.4.5 รายได้ และความเพียงพอของรายได้ แตกต่างจากการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในการศึกษานี้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ฟรี จึงไม่มีความกังวลใจในค่าใช้จ่ายในส่วนนี้

5.2.4.6 การกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์จะได้กินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสถ้า CD4 ต่ำ และไม่มีมีอาการแพ้ยา และในผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ที่เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการ จะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ในระยะแรก ๆ ที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งอาการอาจเป็นไม่มาก เมื่อได้รับการรักษาก็จะมีอาการดีขึ้นและยังกินยาอยู่

ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่กินยาป้องกันโรคติดเชื้ออวัยวะกับกลุ่มที่ไม่กินยาป้องกันโรคติดเชื้ออวัยวะ ไม่แตกต่างกัน

5.2.4.7 สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ แตกต่างจากการศึกษาของ Pythia T., et al ที่พบว่า ยาต้านไวรัสสูตร 3NRTI และ NRTI+2PI มีคุณภาพชีวิตดีกว่า สูตร NNRTI+NRTI จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเฉลี่ย 11.2 เดือน อาจยังไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากนัก การกินยาต้านไวรัสเอดส์ ในระยะเวลาอันยาวนานอย่างต่อเนื่องเกิน 2 ปี หรือมากกว่านั้น อาจแสดงให้เห็นถึงผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ต่อคุณภาพชีวิตได้มากขึ้น ดังนั้นจากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัสสูตรต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

5.2.4.8 อาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์ อาจเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์มีอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์เล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถกินยาสูตรเดิมได้ตลอดการรักษา

5.2.4.9 จำนวน CD4 count ตรวจวัดครั้งสุดท้าย บอกได้ถึงความต้านทานบกพร่อง แต่ไม่ได้บอกสภาพร่างกายโดยรวม และสภาวะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต จึงทำให้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

5.2.4.10 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังกินยา แตกต่างจากการศึกษาของ Bucciardini R., et al⁽⁵⁶⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงตามน้ำหนักของร่างกาย และแตกต่างจากการศึกษาของ ศรชนก สุธาวัน⁽⁵³⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังกินยา อาจไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจึงทำให้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

5.2.5 ข้อบกพร่องของงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่รับยาต้านไวรัสเอดส์มาระยะหนึ่งแล้ว แต่เนื่องจากการวัดคุณภาพชีวิตตามถึง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ปัจจัยด้านตัวแปรตามถามย้อนหลังมากกว่า 1 เดือน อาจไม่บ่งชี้คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.2.3 ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

5.2.3.1 ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีสถานภาพ โสด หรือฝ่าย หย่า หรือ แยก ควรได้มีโอกาสได้รับคำปรึกษาหรือพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งการกินยา ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ และ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ให้มากขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

5.2.3.2 การให้ข้อมูลความรู้ และแนวทางการดูแลรักษา ด้วยวิธีการที่เข้าใจง่าย จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่มีการศึกษาน้อยสามารถทำความเข้าใจกับ เรื่องการรักษา การกินยา การดูแลสุขภาพ ด้วยความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เพราะจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสส่วนใหญ่จะมีการศึกษาน้อย อาจไม่สามารถเข้าใจหรือปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ซับซ้อนหรือเข้าใจยาก

5.2.3.3 ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ และจะเป็นประโยชน์ในการประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จึงควรนำวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตครั้งนี้ไปประยุกต์ไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอดส์ในขั้นต่อไป

5.4.1.4 เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36) ใช้เวลาไม่นานในการสัมภาษณ์ สามารถสะท้อนปัญหาหลายมุมมอง จึงควรนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในพื้นที่อื่นต่อไป

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่รับยาต้านไวรัสเอดส์พรีกับกลุ่มที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง

5.4.2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนและหลังรับยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่รับยาต้านไวรัสเอดส์มาระยะหนึ่งแล้ว เพื่อที่จะได้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และในระยะยาว รวมทั้งใช้กลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

5.4.2.3 ควรวางรูปแบบการศึกษานิดไปข้างหน้าในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์

5.4.2.3 เนื่องจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม แนวคิด และความเป็นอยู่ การนำแบบสอบถามที่แปลมาจากประเทศตะวันตก ควรมีการปรับเปลี่ยนบางข้อคำถามให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงของแต่ละพื้นที่ก่อนนำไปใช้

รายการอ้างอิง

1. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [http:// www.aidsthai.org/satana-02.html](http://www.aidsthai.org/satana-02.html). Online 15 มกราคม 2547.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยาสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. http://www.epi.moph.go.th/epi32_aids.html. Online 12 กรกฎาคม 2546.
3. อนุพงศ์ ชิตวรากร. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2545-2549. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธรรมดา เพรส จำกัด,2544.
4. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รู้ทันเอดส์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา,2545.
5. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. <http://www.aidsthai.org/knowaids.html>. Online 12 กรกฎาคม 2546.
6. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย ปี 2545. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจ เอส การพิมพ์, 2545: 3 หน้า 26-27.
7. ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และคณะ. รายงานเบื้องต้นปัจจัยกำหนดที่มีผลต่อการยอมรับการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS โดยชุมชน: ประสบการณ์จากภาคเหนือ.เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ.โรงแรมปาร์ควินน์ธนา. โรงพิมพ์มิ่งเมือง,2539.
8. สุธีรา ชุนตระกูล. การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในบริบทวัฒนธรรม ภาคกลาง. สรุปรายงานสัมมนา ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8. โรงพิมพ์การศาสนา,2544.
9. ดวงใจ ไทยวงษ์. โครงการดูแลรักษาโรคเอดส์.วารสารสำนักงานควบคุมโรคเขต 6 ขอนแก่น. ปีที่ 1 ฉบับที่ 9.2545.
10. ประณีต ส่งวัฒนา และขวัญตา บาลทิพย์. การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในบริบทวัฒนธรรมภาคใต้. สรุปรายงานสัมมนา ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 8.โรงพิมพ์การศาสนา,2544.
11. UNESCO. Quality of Life Improvement Programmers,Bangkok :UNESCO Regional Office.
12. The WHOQOL Group. The development of The World Health Organization Quality of Life assessment : International Prospective.Berlin : Springer-Verlog,1993: pp.41-57.

13. พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน. ฉบับที่ 42.กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์นานมีบุ๊คส์เพबลิเคชั่นส์, 2546: 253,366.
14. Spilker, B. Quality of Life assessment in clinical trial : New York : Raven Press,1990.
15. Howard, L., Stacey, C. Psychology and health. 1997,vol.2 12,p.753-767:quality of life:Aprocess view)
16. Holmes, S., and Dickerson,J. The quality of life: Designs and evaluation of self-assessment Instrument for use with cancer patient. Int J Nurse Stud 1987;24: pp15-24.
17. มนสิณ แย้มสกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ .กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2542.
18. Maslow, A.H. Maslow on Management.John Wley&Sons,Inc,1998.
19. Ferrans, C.E., and Powers, M. Psychometric assessment of Quality of Life index. Res Nurs Health.1992,15: pp 29:38.
20. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน. องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุขสวัสดิการและสังคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา. โรงพิมพ์รุ่งแสง, 2541 .
21. ศदानันท์ ปิยกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล,2542.
22. Hubbard, P., and Muhlenkamp A.F. The Relationship between Social Support and Self-Care Practice.Nursing Research.33(September/October 1984): pp 266-269.
23. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. แรงสนับสนุนทางสังคม ความบกพร่องในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2537.
24. ศีรามาส รอดจันทร์ และชัยชนะ นิมนวล. ความพึงพอใจในชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อน.วารสารโรคผิวหนัง 2545;19: pp 117-130.
25. Meeberg, G.A. Quality of Life : a concept analysis.Journal of Advanced Nursing 1993;18 : pp 45-60.
26. Frank, S.M. Instruments for clinical nursing research. Connecticut:Appleton&Lange,1988.
27. Howard, L . Stacey C. Psychology and health,1997,vol.2 12,pp.753-767:quality of life:Aprocess view.

28. Padilla, G.V., and Grant M.M. Quality of life.as a cancer nursing outcomes variable. *Adv nurses Sci* 1985;8: pp 45-60.
29. Spitzer, W.,Dobson, A., and Hall, J. Measuring the Quality of life of Cancer Patients. A Concise QL- Index for Use by Physicians.*Journal of Chronic Disease*.34(June 1981 : pp 585-597.
30. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.การวัดสุขภาพเชิงบวก.<http://hsri.or.th/hin/download/PositivePhase1.doc>. online 16 มกราคม 2547.
31. แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-Brief) สำหรับภาคสนาม สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข. 1996.
32. ศิริยุพา นันสุนานนท์.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2543.
33. Lehman, AF. Quality of life interview.In:Sederer LI, Dickey N,editers.Outcome assessment in clinical practice,Baltimore:Williams &Wilkins,1996: pp117-9.
34. Wu, A.W.,et al . Item included in selected measures of HRQOL of persons with HIV. *Quality of Life Research* .Vol.6.1997.
- 35 National Center for Biotechnology information and National Library of Medicine. Medicine outcomes Study+HIV.<http://www.ncbi.nlm.gov>. online 3 มีนาคม 2546.
36. Wu, A.W., Revicki, D.A., Jacobson, D,. and Malitz, F.E. Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey(MOS.).*Qul Life Res*.1997 Aug;6(6): pp 481-93.
37. Jan, A., Scott-Lennox, Wu, A.W., et al. Reliability and Validity of Freach, German, Italian, Dutch and UK English Translations of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey. *Med Care*. 1999,37(9): pp 908-25.
38. Paton, N.I., Chapman C.A., Chan S.P., et al. Validation of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey as a measure of quality of life in HIV-infection patients in Singapore.*Int J AIDS*.2002 Jul;13(7): pp 456-61.
39. Wu, A.W, Robin H.R., Mathews, W.C, et al. A Health status questionnaire 30 items from the medical outcomes study.*Med Care* 1991;29: pp 786-89.
40. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .โครงการวิจัยคุณภาพชีวิต. <http://www.Jhsph.Edu/MOS-HIV/Tudox.html>. on line 12 กรกฎาคม 2546

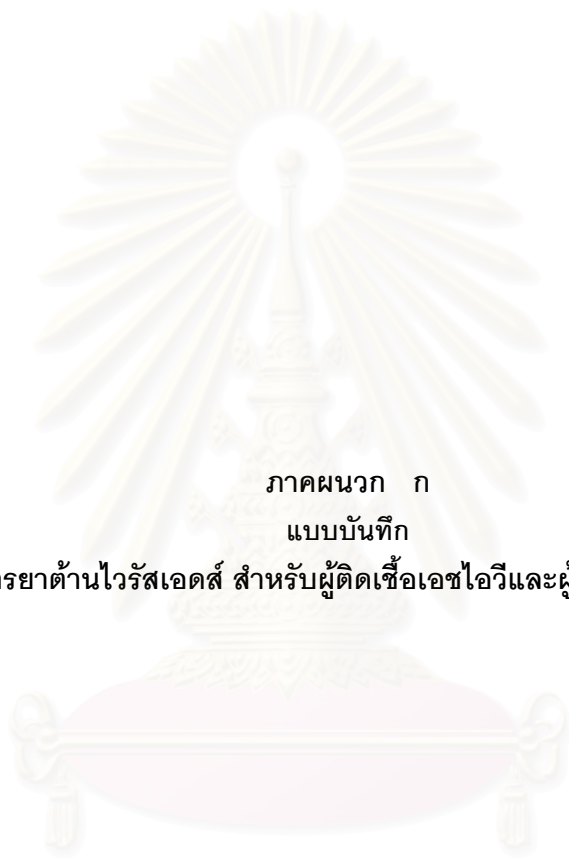
41. Dennis, A., et al. Reliability and Validity of Physical and Health Summary Scores from the Medical Outcomes Study HIV Health Survey. *Med Care* .Volume 36, pp 126-137.
42. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ดัชนีวัดภาวะสุขภาพ. <http://www.hsri.or.th/hin/download/NegativeP1.pdf>. online 12 กรกฎาคม 2546.
43. สุภางค์ โตคุณาลัย. การวิเคราะห์ผลตอบแทนจากการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอดส์และการไม่รับยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์:กรณีศึกษาโรงพยาบาลบำราศนราดรุ.วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,2546.
44. Obremsky, S. Economic Impact of the Epidemiology and children. In the Impact of HIV on Children in Thailand.edited by Brown T.and Sittitri W., Program or AIDS,Thai Red Cross Society, 1995.
45. วิพุธ พูลเจริญ. วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2542. pp 78-79.
46. Kelly, J.A. Factors associated with severity of depression and high risk sexual behavior among persons diagnosed with Human Immunodeficiency Virus(HIV) Infection. *Health Psychology*,1993,13(3): pp 215-219.
47. พิกุล นันทชัยพันธ์. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลดุสิต บัณฑิต สาขาพยาบาลตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2539.
48. Allen J.A. Prevention of AIDS and HIV infection : Needs and priorities for epidemiologic research.*American journal of Public Health*;78: p 381-386.
49. เกียรติ รักษาธรรม และคณะ. การประมวลและสังเคราะห์ความรู้ เอดส์:การวิจัยทางคลินิก พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์,2542; หน้า11.
50. Sirivichayakul S, Clinical correlation of the immunological markers of HIV infection in individuals from Thailand .*AIDS* 1992;6: pp 393-97.
51. Kitiyaporn, D. Survival of AIDS patients in the emerging epidemic in Bangkok Thailand.*J AIDS and Hum Retroviral* 1996;11: pp 77-82.
52. Ministry of Public Health, Thailand. Guideline for the clinical mangement of HIV infection in children/adult fifth edition 1997.Bangkok:MOPH,1997.
53. นัยนา ชี้อบุญ. การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช.2546.
54. ศรชนก สุธาวัน. ผลการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสสามชนิดพร้อมกันในโรงพยาบาล ศิริเกษ.วารสารโรคเอดส์.ฉบับที่ 43 ปีที่ 4.หน้า 23-28.

55. Robert, L., and Gazzard, B. European guideline for the clinical management and Treatment of HIV-infect adults in Europe. AIDS.2003 Vol.75 (suppl2): p 56.
55. Bucciardini, R., Wu, A.W., floridia, M., et al. Quality of life outcomes of combination zidovudine-didanosine-nevirapine and zidovudne-didanosine for antiretroviral-naïve advanced HIV-infected patients. AIDS.200 Nov 10;14(16): pp 2567-74.
56. Pythia, T., Elisableth, H., Monique, H.E., Joep, M.A., Sven, A., and Mirjam, A.G . et al. Long-term quality of life outcomes in three antiretroviral treatment strategies for HIV-1 infection. AIDS.2001,15: pp 1985-91.
57. Cohen, C., et al. A randomized trial of the effect of ritonavir in maintaining quality of life in advanced HIV disease. AIDS 1998,12: pp1495-1502.
59. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช.การจัดสรรยาต้านไวรัสเอดส์ ตามโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ประจำเดือน มิถุนายน 2546.
60. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติวิจัยทางการแพทย์.พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย,2544.หน้า 111-113.
61. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย.พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2546. หน้า 113-120.
62. บดี ธนะมัน และทัสสนี นุชประยูร บรรณานิการ. การทดสอบความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย.การวิจัยชุมชนทางการแพทย์.พิมพ์ครั้งที่ 3.ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2541:หน้า 241-50.
63. Ronald, D., Hays, C.D., Sherbourn, Rebecca M.Mazel. User' Manual for the Medical Outcomes Study (MOS) Core Measures of Health-Related quality of Life. <http://www.rand.org/publications/MR/MR162/>.online 20 สิงหาคม 2546



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

แบบบันทึก

การให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ATC 1)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึก

การให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ATC 1)

โรงพยาบาล..... ATC ID _____ เลขที่บัตรประชาชน _____

ชื่อ-สกุล ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ถ. ต. อ. จ. รหัส โทรศัพท์.....

เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี.....เดือน วัน เดือน ปี เกิด.....ทราบผลการตรวจเลือดว่าติดเชื้อ ปี พ.ศ.

ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ เพศสัมพันธ์ ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น คลอดจากแม่เด็กติดเชื้อ HIV รับเลือดติดเชื้อ HIV ไม่ทราบ

อื่น ๆ ระบุ.....

เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการดังนี้ เชื้อราในปาก ใช้เข็มฉีดยา อุจจาระร่วงเรื้อรัง ผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรัง

ปอดอักเสบ PCP วัณโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบ อื่น ๆ ระบุ.....

การตรวจร่างกาย oral candidiasis hairy leukoplakia PPE Herpes zoster scars อื่น ๆ ระบุ.....

เคยกินยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ไม่เคย PMTCT ATC ระบุสูตรยา..... อื่น ๆ ระบุ.....

ระยะการติดเชื้อ เอช ไอ วี ของผู้ป่วยเมื่อแรกเข้าโครงการ Asymptomatic HIV Symptomatic HIV AIDS

วันที่ ตรวจ	วันที่ นัด	CD4 (cell/mm ³) และ %CD	Viral lode (copie/mL)	โรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส เกิดขึ้นใหม่	อาการข้างเคียง จากการใช้ยา ต้านไวรัสเอดส์	การรับประทานยา ต้านไวรัสเอดส์	สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยได้รับ	การรับประทานยา ป้องกันการ ติดเชื้อฉวยโอกาส	สรุปสถานะของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดเดือน
0				รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์สูตร.....		รับประทานยาป้องกัน		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole	
								<input type="checkbox"/> Fluconazole <input type="checkbox"/> INH	
1				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ระบุ.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ระบุ.....	<input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Switch () Fail () ADR <input type="checkbox"/> Terminate () Fail () ADR	<input type="checkbox"/> AZT <input type="checkbox"/> ddl <input type="checkbox"/> NVP <input type="checkbox"/> d4T <input type="checkbox"/> 3TC <input type="checkbox"/> EFV <input type="checkbox"/> GPO-vir <input type="checkbox"/> Zarlivir (Comvir) <input type="checkbox"/> SQV/RTV <input type="checkbox"/> IDV/RTV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole <input type="checkbox"/> Fluconazole <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> On treatment <input type="checkbox"/> Refer out <input type="checkbox"/> Loss to FU <input type="checkbox"/> Dead related to HIV <input type="checkbox"/> Dead not related to HIV วันที่

หมายเหตุ.....



ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ วป.737/2546

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

21 พฤศจิกายน 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน

ด้วย นายสุเทพ รักเมือง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขออนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูลดังกล่าวโดยใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ซึ่งผลจากการวิจัยนี้ จะช่วยบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และพัฒนาระบบบริการและประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บดี ธนะมั่น)

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

โทรศัพท์ 02-252-7864 ต่อ 102

โทรสาร 02-256-4292

แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลผู้รับยาด้านไวรัสเอดส์ในเขต 11

ตอนที่ 1 และ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์

กรอกข้อมูลในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน หน้าข้อความ ที่เป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

<p>ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร</p> <p>1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง</p> <p>2. อายุ.....ปี (เศษของอายุมากกว่า 6 เดือน บัดขึ้น)</p> <p>3. สถานภาพสมรส</p> <p><input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. หย่า <input type="checkbox"/> 3. ม่าย <input type="checkbox"/> 4. สมรสและอยู่ด้วยกัน</p> <p><input type="checkbox"/> 5. สมรสแต่แยกกันอยู่เพราะความจำเป็นที่เกี่ยวกับอาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> 6. สมรสแต่แยกกันอยู่เพราะเหตุผลอื่น</p>	<p>สำหรับผู้วิจัย</p> <p>sex</p> <p>age</p> <p>status</p>
<p>ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม</p> <p>1. ระดับการศึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา, ปวส</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า</p> <p><input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี</p> <p><input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช. <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>2. สถานะในครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> 1. หัวหน้าครอบครัว <input type="checkbox"/> 3. สมาชิกในครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ผู้อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>3. อาชีพของท่าน</p> <p><input type="checkbox"/> 1. นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6. รับจ้าง</p> <p><input type="checkbox"/> 3. พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/> 7. งานบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> 4. เกษตรกร <input type="checkbox"/> 8. ว่างาน</p> <p><input type="checkbox"/> 9. อื่น ๆ ระบุ.....</p>	<p>edu</p> <p>shome</p> <p>occ</p>

ตอนที่ 1 และ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ (ต่อ)

<p>4. ปัจจุบันท่านมีรายได้ต่อเดือนจากที่ใด และจำนวนเท่าไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. จากการประกอบอาชีพ จำนวน.....บาท/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 2. จากบิดา, มารดา จำนวน.....บาท/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 3. จากสามี/ภรรยา จำนวน.....บาท/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 4. หน่วยงานราชการสนับสนุน จำนวน.....บาท/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ...ระบุ.....</p> <p>5. ความเพียงพอของรายได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่พอใช้</p> <p><input type="checkbox"/> 2. พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ</p> <p><input type="checkbox"/> 3. พอใช้และเหลือเก็บ</p> <p>6. ที่อยู่อาศัย</p> <p><input type="checkbox"/> 1. บ้านของตนเอง <input type="checkbox"/> 4. วัด</p> <p><input type="checkbox"/> 2. บ้านเช่า <input type="checkbox"/> 5. ที่พักชั่วคราวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี</p> <p><input type="checkbox"/> 3. บ้านของสามีหรือภรรยา <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ.....</p>	<p>สำหรับผู้วิจัย</p> <p><i>from</i></p> <p><i>income</i></p> <p><i>enough</i></p> <p><i>home</i></p>
--	---

ตอนที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจากแบบบันทึกการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ATC 1)

	สำหรับผู้วิจัย
ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านการรักษา	
1. อาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน.....	sideeff
.....	
2. การกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	toi
<input type="checkbox"/> 1. ไม่กิน	
<input type="checkbox"/> 2. กิน	
<input type="checkbox"/> 2.1 fluconazole	toi1
<input type="checkbox"/> 2.2 Cotrimoxazole	
<input type="checkbox"/> 2.3 Cotrimoxazole+ fluconazole	
<input type="checkbox"/> 2.4 อื่นๆ.....	
3. สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับในปัจจุบัน	ARV
<input type="checkbox"/> 1. (AZT+3TC)+NVP	
<input type="checkbox"/> 2. AZT+ddi+NVP	
<input type="checkbox"/> 3. (AZT+3TC)+EFV	
<input type="checkbox"/> 4. d4T+ddi+EFV	
<input type="checkbox"/> 5. d4T+3TC+NVP(GPO-vir)	
<input type="checkbox"/> 6. d4T+3TC+EFV	
<input type="checkbox"/> 7. AZT+3TC+SQV / RTV	
<input type="checkbox"/> 8. d4T+ddi+SQV/RTV	
<input type="checkbox"/> 9. AZT+3TC+IDV / RTV	
<input type="checkbox"/> 10. d4T+ddi+IDV / RTV	
<input type="checkbox"/> 11. d4T+3TC+IDV+RTV	
<input type="checkbox"/> 12. อื่น ๆระบุ.....	
4. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบัน.....เดือน	longARV
ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านสุขภาพ	
1. เคยเป็นโรคฉวยโอกาสหรือมีอาการดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
<input type="checkbox"/> 1. เชื้อราในปาก	oied 1
<input type="checkbox"/> 2. ไข้เรื้อรัง	oid5
<input type="checkbox"/> 3. อูจากระวังเรื้อรัง	oied2.
<input type="checkbox"/> 4. ผิวหนังอักเสบเรื้อรัง	oid6
<input type="checkbox"/> 5. ปอดอักเสบ	ied3
<input type="checkbox"/> 6. วัณโรค	oid7
<input type="checkbox"/> 7. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	oied4
<input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ ระบุ.....	oid8
2. ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกรับยาต้านไวรัสเอดส์	type
<input type="checkbox"/> 1. ติดเชื้อไม่มีอาการ	
<input type="checkbox"/> 2. ติดเชื้อมีอาการ	
<input type="checkbox"/> 3. เอดส์	
3. CD4 count (ตรวจวัดครั้งแรก).....เซลล์/ไมโครลิตร	cd4f
วันที่.....เดือน.....ปี	

ตอนที่ 4 (ต่อ)

	สำหรับผู้วิจัย
4. CD4 count (ตรวจวัดครั้งสุดท้าย).....เซลล์/ไมโครลิตร วันที่.....เดือน.....ปี	cd4n
5. ViralLoad.....มม ³ (ตรวจวัดครั้งแรก) วันที่.....เดือน.....ปี	Viral1
6. Viral Load.....มม ³ (ตรวจวัดครั้งสุดท้าย) วันที่.....เดือน.....ปี	Viral2
7. น้ำหนักตัวก่อนรับยา.....กิโลกรัม เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	Weight1
8. น้ำหนักตัวปัจจุบัน.....กิโลกรัม เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	Weight2
<input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง	Weight3
<input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น.....กิโลกรัม	
<input type="checkbox"/> ลดลง.....กิโลกรัม	
ในระยะเวลา.....เดือน	

ตอนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36)

โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด สำหรับผู้วิจัย

1.) ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย

ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในปัจจุบันเป็นข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่
ถ้าใช่ มากน้อยแค่ไหน

1. การยกของหนัก ๆ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เช่น วิ่ง หรือ เล่นกีฬา
 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย 3.ไม่เลย q1
2. การเคลื่อนไหว การถือถุงใส่ของหนัก
 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย 3.ไม่เลย q2
3. การเดินขึ้นบันได โดยไม่ต้องหยุด หรือ การเดินขึ้นเนิน
 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย 3.ไม่เลย q3
4. การเดินในระยะทางประมาณ 1 ช่วงตึก
 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย 3.ไม่เลย q4
5. การก้มๆ เงยๆ หรือการย่อตัว
 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย 3.ไม่เลย q5
6. การดูแลตนเอง เช่น การกิน การอาบน้ำ การแต่งตัว เข้าห้องน้ำ การลุกจากเตียง
หรือเก้าอี้
 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย 3.ไม่เลย q6

2.) ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท

7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถทำงาน หรือเดินรอบบ้าน
 1.ใช่ 2 ไม่ใช่. q7
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านคิดว่า สุขภาพของท่านเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ
หรือ การทำงานบ้านมากน้อยเพียงใด
 1.ใช่ 2 ไม่ใช่. q8

3.) ด้านการเจ็บปวดทางร่างกาย

9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดตามตัว
ปวดข้อเนื่องจาก สภาวะสุขภาพมากน้อยเพียงใด
 1.ไม่มีเลย 2.เล็กน้อย 3.ปานกลาง q9
 4.ค่อนข้างมาก 5.มากที่สุด

ตอนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36)

(ต่อ)

		สำหรับผู้วิจัย
10.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาการปวดทางร่างกายรบกวนการทำงานตามปกติของท่าน มากน้อยเพียงใด (กิจกรรมตามปกติ ทั้งที่ทำงานนอกบ้านและในบ้าน) <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีเลย <input type="checkbox"/> 2. เล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. ค่อนข้างมาก <input type="checkbox"/> 5. มากที่สุด	q10
4.) <u>ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม</u>		
11.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายหรือสภาวะทางอารมณ์ของท่านทำให้เกิด ปัญหา ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อน ญาติ หรือการไปร่วม ทำบุญ งานบวช งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ ภายในหมู่บ้านหรือชุมชน ของท่าน มากน้อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1. ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2. เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3. ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5. นานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> 6. ไม่มีเลย	q11
5.) <u>ด้านภาวะทางอารมณ์</u> เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ท่านคิดว่าใกล้เคียงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด		
12.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกตึงเครียด <input type="checkbox"/> 1. ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2. เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3. ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5. นานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> 6. ไม่มีเลย	q12
13.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกสงบใจ <input type="checkbox"/> 1. ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2. เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3. ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5. นานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> 6. ไม่มีเลย	q13
14.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกซึมเศร้า <input type="checkbox"/> 1. ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2. เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3. ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5. นานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> 6. ไม่มีเลย	q14
15.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกมีความสุขมาก <input type="checkbox"/> 1. ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2. เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3. ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5. นานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> 6. ไม่มีเลย	q15

ตอนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36)

(ต่อ)

		สำหรับผู้ป่วย
16.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกท้อแท้มากจนไม่มีสิ่งใดที่สามารถทำให้ท่านดีขึ้นได้ <input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3.ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4.บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 6.ไม่เลย	q16
6.) ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า		
17.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกกระปรี้กระเปร่า <input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3.ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4.บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 6.ไม่เลย	q17
18.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง <input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3.ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4.บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 6.ไม่เลย	q18
19.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกเหนื่อยล้า <input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3.ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4.บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 6.ไม่เลย	q19
20.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกมีกำลังพอที่จะทำอะไรที่ท่านต้องการได้ <input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3.ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4.บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 6.ไม่เลย	q20
7.) การรับรู้หน้าที่		
21.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกยากลำบากในการหาเหตุผลหรือแก้ไขปัญหา เช่น ในการวางแผนการตัดสินใจ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3.ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4.บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 6.ไม่เลย	q21
22.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมักจะลืมสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น หาสิ่งของที่วางไว้ไม่พบ หรือลืมว่านัดกับใคร <input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3.ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4.บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 6.ไม่เลย	q22

ตอนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36)

(ต่อ)

	สำหรับผู้วิจัย
<p>23. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการตั้งใจทำกิจกรรมเป็นเวลานาน ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2. เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3. ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4. บางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 5. นานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> 6. ไม่เลย</p>	q23
<p>24. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยสมาธิและความคิด เช่น อ่านหนังสือ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2. เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 3. ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> 4. บางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 5. นานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> 6. ไม่เลย</p>	q24
<p>8.) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป</p>	
<p>25. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ดีขึ้นมาก <input type="checkbox"/> 2. ดีขึ้นเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. เหมือนเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> 4. แย่ลงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 5. แย่ลงมาก</p>	q25
<p>26. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกไม่สบาย</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ถูกต้องแน่นอน <input type="checkbox"/> 2. ค่อนข้างถูก <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ค่อนข้างผิด <input type="checkbox"/> 5. ผิดแน่นอน</p>	q26
<p>27. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าตัวท่านมีสุขภาพร่างกายดีเหมือนคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จัก</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ถูกต้องแน่นอน <input type="checkbox"/> 2. ค่อนข้างถูก <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ค่อนข้างผิด <input type="checkbox"/> 5. ผิดแน่นอน</p>	q27
<p>28. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าตัวท่านมีสุขภาพร่างกายดีมาก</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ถูกต้องแน่นอน <input type="checkbox"/> 2. ค่อนข้างถูก <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ค่อนข้างผิด <input type="checkbox"/> 5. ผิดแน่นอน</p>	q28
<p>29. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของท่านไม่ดีในช่วงหลัง ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ถูกต้องแน่นอน <input type="checkbox"/> 2. ค่อนข้างถูก <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ค่อนข้างผิด <input type="checkbox"/> 5. ผิดแน่นอน</p>	q29
<p>30. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ดี <input type="checkbox"/> 2. ดีมาก <input type="checkbox"/> 3. ดี <input type="checkbox"/> 4. พอใช้ <input type="checkbox"/> 5. ไม่ดี</p>	q30.

ตอนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36)

(ต่อ)

9.) ด้านปัญหาสุขภาพ

31. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกแย่งจากปัญหาสุขภาพของตนเอง

- 1.ตลอดเวลา 2.เกือบตลอดเวลา 3.ค่อนข้างบ่อย 4.บางครั้ง
 5.นานๆครั้ง 6.ไม่เลย

สำหรับผู้วิจัย

q31

32. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกท้อแท้เนื่องจากปัญหาสุขภาพของตนเอง

- 1.ตลอดเวลา 2.เกือบตลอดเวลา 3.ค่อนข้างบ่อย 4.บางครั้ง
 5.นานๆครั้ง 6.ไม่เลย

q32

33. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกสิ้นหวังเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพของตนเอง

- 1.ตลอดเวลา 2.เกือบตลอดเวลา 3.ค่อนข้างบ่อย 4.บางครั้ง
 5.นานๆครั้ง 6.ไม่เลย

q33

34. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกหวาดกลัวเนื่องมาจากสุขภาพของตนเอง

- 1.ตลอดเวลา 2.เกือบตลอดเวลา 3.ค่อนข้างบ่อย 4.บางครั้ง
 5.นานๆครั้ง 6.ไม่เลย

q34

10.) ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด

35. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณภาพชีวิตของท่านเป็นอย่างไรบ้าง

- 1.ดีมากและคงไม่ดีไปกว่านี้แล้ว
 2.ดีพอใช้
 3.ดีและแย่มาก
 4.ค่อนข้างแย่
 5.แย่มากและคงไม่แย่ไปกว่านี้แล้ว

q35

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแบบสัมภาษณ์

1. ศาตราจารย์กิตติคุณ แพทย์หญิงทัสสนี นุชประยูร
อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล
อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นายแพทย์พร พงศ์พนิตานนท์
นายแพทย์ 9(ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา
4. นายแพทย์ภานุมาศ ญาณเวชกุล
ผู้อำนวยการสำนักกามโรคและโรคเอดส์ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อที่ 11
นครศรีธรรมราช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสุเทพ รักเมือง เกิดเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2503 ที่อำเภอเมือง จังหวัดพังงา สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ จังหวัดยะลา (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร)พ.ศ.2523 สำเร็จการศึกษานิเทศศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2536 และสำเร็จการศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2537 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ในปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว. กลุ่มส่งเสริมวิชาการ งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย