

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญต่อไปนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 1.1 การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัส
 - 1.2 ผลกระทบของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ความหมายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือด การฉีดยาเข้าหลอดเลือดโดยใช้เข็มฉีดยา และอุปกรณ์อื่น ๆ ร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อ หรือได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาที่มีเชื้อเอชไอวีในระหว่างตั้งครรภ์ และตรวจเลือดพบเชื้อแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี แต่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น (ปิยรัตน์ นิลอัยกา, 2537; สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทราชัย, 2540)

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวี และได้รับตรวจเลือดพบเชื้อแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ได้ผลเป็นบวกซ้ำ 2 ครั้ง และได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธี Western Blot พบระดับ Serum Immunoglobulin สูง มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายชนิดฟั้งเซลล์เสื่อมลง โดยเฉพาะ T-helper Lymphocytes ทำให้ร่างกายอ่อนแอลง จนมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ 25 โรคด้วยกัน เช่น วัณโรค (Tuberculosis) ปอดบวม (Pneumonia) การติดเชื้อราของหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด เป็นต้น (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทราชัย, 2540; สุวีพร ธนศิลป์, 2538)

ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวี และได้รับการตรวจเลือดพบเชื้อแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ได้ผลเป็นบวกซ้ำ 2 ครั้ง และได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธี Western Blot ซึ่งในระยะแรกอาจไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น จนกระทั่งเมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายชนิดพึ่งเซลล์ลดลงมาก จะทำให้ร่างกายอ่อนแอลง จนมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

กลไกการเกิดโรค

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome [AIDS]) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ซึ่งอยู่ในตระกูล Retroviridae เมื่อเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกายซึ่งจะทำให้เกิดพยาธิสภาพตามวงจรชีวิตของเชื้อ โดยเชื้อเอชไอวีจะจับกับเซลล์ในร่างกาย โดยอาศัย gp120 ที่อยู่บริเวณเปลือกหุ้มตัวเชื้อ ไปเกาะติดกับเซลล์เป้าหมายที่มีโมเลกุลของ CD4 receptor บนผิวเซลล์ที่อยู่บริเวณผิวของ T-helper Lymphocytes (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535) และพบว่าเชื้อเอชไอวียังสามารถเข้าสู่เซลล์อื่นของร่างกายได้อีก เช่น Lymphocytes, Monocyte, Macrophage เซลล์สมอง และเซลล์เยื่อปมด้ายได้ เป็นต้น และเมื่อเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด T-helper Lymphocytes ถูกทำลายมากขึ้น ทำให้เกิดการบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cell Mediated Immunity) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีร่างกายอ่อนแอลง และเกิดกลุ่มอาการของโรคซึ่งเกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องที่มีได้เกิดขึ้นมาแต่กำเนิด ที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่าโรคเอดส์ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ต่าง ๆ จากเชื้อแบคทีเรีย โปรโตซัว พาราสิต ไวรัส และเชื้อราที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ง่าย อีกทั้งยังก่อให้เกิดมะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (B-cell Lymphoma) ได้ง่าย กลุ่มอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากกว่าร้อยละ 90 เสียชีวิตภายใน 2-5 ปี (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535) ซึ่งระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ส่วนใหญ่อายุร้อยละ 80-90 จะพบว่า มีการดำเนินของโรคประมาณ 8-10 ปี ในการปรากฏอาการของโรค แต่บางรายอาจนานถึง 15 ปี (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2541)

การแบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ศูนย์ควบคุม โรคติดต่อประเทศอเมริกา (The Center of Disease Control [CDC]) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) แบ่งระยะการดำเนินของโรค โดยใช้ลักษณะทางคลินิก และจำนวนซีดีโฟร์เอ็มโฟว์ไชท์ เป็น 3 กลุ่ม (AIDS Education & Training Centers, 2006) ดังนี้

กลุ่ม A ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic HIV infection) การติดเชื้อเอชไอวีจะมีระยะฟักตัวประมาณ 1-6 สัปดาห์ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะไม่มีอาการใด ๆ แต่บางรายมีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ต่อมน้ำเหลืองโต หรือมีผื่น เป็นต้น โดย

อาการจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าระดับ CD4 มักมีจำนวนมากกว่า หรือเท่ากับ 500 cells/mm³ และสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีแก่ผู้อื่นได้ ซึ่งร้อยละ 25 ของบุคคลกลุ่มนี้จะลุกลามต่อไปเป็นโรคเอดส์ และอีกประมาณร้อยละ 40 จะเปลี่ยนไปเป็นผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS-Related Complex [ARC]) ระหว่าง 5-7 ปี (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532)

กลุ่ม B ระยะที่ปรากฏอาการ (Symptomatic HIV Infection) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งติดต่อกันเป็นเวลานานไม่ต่ำกว่า 3 เดือน ได้แก่ มีไข้สูงเกิน 37.8°C เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ต่อมน้ำเหลืองโต อูจจาระร่วง มีเชื้อราแคนดิดาในปาก หรือช่องคลอด อาจมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ค่อนข้างรุนแรง เช่น วัณโรค ปอดชนิดทุติยภูมิ ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย หรืออาจมีโรคแทรกซ้อนที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น ภาวะเกล็ดเลือดต่ำโดยไม่ทราบสาเหตุ (Thrombocytopenia) และในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับของซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์ที่อยู่ในช่วง 200-499 cells/mm³ การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการจะให้การรักษาตามอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ภาวะซิด ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ เป็นต้น

กลุ่ม C ระยะของ โรคเอดส์ (Full blown AIDS) ในระยะนี้จะมีอาการแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยตรวจระดับ CD4 มีค่าน้อยกว่า 200 cells/mm³ จำนวน 2 ครั้ง หรือพบอาการ 1 ใน 25 อาการ ประกอบด้วย

1. Candidiasis บริเวณหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด
2. Cervical Carcinoma ระยะลุกลาม และได้รับการยืนยันจากผลชิ้นเนื้อ
3. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด ต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
4. Cryptococcosis ชนิดนอกปอด
5. Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
6. Cytomegalovirus disease ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งนอกเหนือจากตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง
7. การอักเสบของเรตินา จากเชื้อ Cytomegalovirus
8. Encephalopathy
9. Herpes Simplex นานเกิน 1 เดือน
10. Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด
11. Isosporiasis และมีอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
12. Kaposi's Sarcoma
13. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Burkitt

14. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Immunoblastic
15. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด ที่มีต้นกำเนิดในสมอง
16. Mycobacterium Avium Complex (MAC) หรือ M Kansasii ชนิดแพร่กระจาย

ของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด

17. Mycobacterium Tuberculosis ในปอด หรือนอกปอด
18. Mycobacterium สายพันธุ์อื่นๆ
19. Pneumonia มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี
20. Pneumocystis Jiroveci (Formerly Carinii) Pneumonia (PCP)
21. Progressive Multifocal Leukoencephalopathy (PML)
22. Penicillium Marneffei
23. Salmonella Septicemia ระยะลุกลาม
24. Toxoplasmosis
25. Wasting Syndrome น้ำหนักลดมากกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัวเดิม

การรักษาผู้ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์จะรักษาตามอาการร่วมกับให้ยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แพทย์จะพิจารณาให้ยาด้านไวรัสเมื่อสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ เป้าหมายของการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพื่อให้ปริมาณของเชื้อเอชไอวีในพลาสมา น้อยกว่า 50 Copies/ ml และมีค่าซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์มากกว่า 200 Cells/ mm³ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ด้วยยาด้านไวรัส

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ตั้งแต่ พ.ศ.2543 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้บริการยาด้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ โดยใช้สูตรยา 3 ชนิดพร้อมกัน (Highly Active Antiretroviral Therapy [HAART]) (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) โดยประสิทธิภาพในการรักษาสามารถทำให้จำนวนไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดลดลงได้ถึง 10 เท่า ภายใน 2-8 สัปดาห์ และลดลงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งต่ำกว่า 50 Copies/ ml ภายใน 4-5 เดือนของการรักษา (HHS, 2001 อ้างถึงใน สันยุชย์ ชาสุมบัตติ, ชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์ และพรทิพย์ ยุกตานนท์, 2546) ในขณะที่เดียวกันจำนวน CD4 ก็จะสามารถสูงขึ้น ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์จะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่เดือนแรกของการได้รับยาด้านไวรัส (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

เป้าหมายของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

จุดประสงค์ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ด้วยยาต้านไวรัส (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) มี 5 ประการ คือ

1. เป้าหมายทางคลินิก เพื่อยืดอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
 2. เป้าหมายในแง่ไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อหยุดการดำเนินโรค และป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา การยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดได้น้อยกว่า 50 Copies/ ml จะสามารถยับยั้งเชื้อได้ระยะยาวกว่าการที่ค่าไวรัสในเลือดยังมีค่าระหว่าง 50-400 Copies/ ml
 3. เป้าหมายในด้านภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ภูมิคุ้มกันกลับคืนมาทั้งแง่ปริมาณ (จำนวน CD4 Cell) และคุณภาพ (ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่าง ๆ)
 4. เป้าหมายในเชิงการควบคุมการระบาด เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี
 5. เป้าหมายในแง่แนวทางการรักษา เพื่อรักษาสูตรยาที่อาจจะเป็นทางเลือกในอนาคต มีผลข้างเคียงน้อยมาก และผู้ป่วยสามารถรับประทานได้สม่ำเสมอต่อเนื่อง
- จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพจากการใช้ยาต้านไวรัสเป็นจำนวนมาก เช่น การศึกษาถึงอัตราตาย และความก้าวหน้าของโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์หลังการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า มีอัตราการตายลดลงจากร้อยละ 3.8 เหลือร้อยละ 0.7 จากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้รับยาระหว่างปี ค.ศ.1996 ถึงปี ค.ศ.2000 (Sighem et al., 2003) การศึกษาค่า CD4 ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นเวลา 4 ปี พบว่า ระดับ CD4 เพิ่มขึ้น และสามารถยับยั้งจำนวนเชื้อไวรัสเอดส์ให้ลดลงอยู่น้อยกว่า 1,000 Copies/ ml (Hunt et al., 2003) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการใช้ยาต้านไวรัส 3 ชนิดพร้อมกันพบว่า ระดับ CD4 หลังได้รับยา 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.88 เท่า และหลังได้รับยา 12 เดือนเพิ่มขึ้น 3.86 เท่า (Nigsanon et al., 2004) และการศึกษาการตอบสนองของยาต้านไวรัสหลังได้รับยามาแล้ว 24 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่า CD4 เพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ย 100–145 Cells/ mm³ (Knobel et al., 2001)

อย่างไรก็ตามยาต้านไวรัสแต่ละชนิดก็มีผลข้างเคียงที่แตกต่างกันไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตลอดชีวิต ตามกำหนดเวลา เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสให้ต่ำที่สุด และไม่เพิ่มจำนวนจนมีอาการของเชื้อดื้อยา จึงจำเป็นต้องมีการตรวจติดตามอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์อย่างสม่ำเสมอ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวต้องมีความพร้อมอย่างมาก ทั้งตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ผู้ให้บริการ สถานบริการ รวมทั้งครอบครัว และชุมชน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เพื่อรับยาต้านไวรัส (สัญญา ชาสสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ และพีรมน นิงสานนท์, 2547)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เนื่องจากมีข้อบ่งชี้
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ร่วมกับค่า CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 250 Cells/mm^3

2.1 ใช้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ

2.2 อูจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 14 วัน

2.3 น้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 15 ภายใน 3 เดือน

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ แต่มีค่า CD4 น้อยกว่า 200 Cells/mm^3

ประเภทของยาต้านไวรัสเอดส์และอาการข้างเคียง

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสใช้ในทางคลินิกทั้งหมด 16 ชนิด และออกฤทธิ์ที่

2 ตำแหน่ง คือ ยับยั้งเอนไซม์รีเวิร์ทรานสคริปเตส (Reverse Transcriptase) และ โปรติเอส (Protease) มีรายละเอียดดังนี้ (สัญญา ชาสสมบัติ และคณะ, 2546)

1. ยาค้านไวรัสที่ยับยั้งเอนไซม์รีเวิร์ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (Reverse transcriptase inhibitor [RTI]) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1 กลุ่มนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวิร์ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (Nucleoside Analogued Reverse Transcriptase Inhibitor [NRTI]) ได้แก่ ยา Zidovudine (AZT), Stavudine (d4T), Didanosine (ddI), Lamivudine (3TC), Abacavir (ABC) และ Tenofovir (TDF) ซึ่งผลข้างเคียงจากการใช้ยา จะทำให้เกิดภาวะกรดในร่างกายน (Lactic Acidosis) และตับโต จากภาวะไขมันเสื่อม (Steatosis) ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วยน้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีค่าไฮโดรเจนคาร์บอนेटในเลือดต่ำ ตรวจเลือดจะมีค่ากรดแลคติกเอนไซม์หัวใจขึ้นสูง การรักษามักจะไม่ค่อยได้ผล มีอัตราการตายสูง การรักษาภาวะนี้คือการหยุดยากลุ่ม NRTI และให้การรักษาระดับประคอง

1.2 กลุ่มนอนนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวิร์ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (Nonnucleoside Analogued Reverse Transcriptase Inhibitor [NNRTI]) ได้แก่ ยา Nevirapine (NVP) และ Efavirenz (EFV) ผลข้างเคียงจากการใช้ยา จะทำให้เกิดผื่นร่วมกับมีไข้ พบได้บ่อย 16% ส่วนใหญ่มักไม่รุนแรงมักเกิดใน 2-4 สัปดาห์แรก อาจหายเองหรืออาจใช้ยาแก้แพ้ โดยที่ไม่ต้องหยุดยา ในผู้ป่วยประมาณ 5% อาจเกิดผื่นรุนแรงจนเป็นกลุ่มอาการสตีเวนจอห์นสัน (Stevens-johnson Syndrome) จนอาจเสียชีวิตได้ หรืออาจมีพิษต่อตับ (Hepatotoxicity) ทำให้เกิดการอักเสบของตับ ถ้าไม่รุนแรงอาจไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้า SGPT สูงมากกว่า 5 เท่า ควรหยุดยา

2. ยาด้านไวรัสที่ยับยั้งเอนไซม์โปรติเอส อินฮิบิเตอร์ (Protease Inhibitor [PI]) ได้แก่ ยา Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV) และ Nelfinavir (NFV) ผลข้างเคียงจากการใช้ยา อาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ซึ่งจะมีอาการภายใน 63 วัน บางรายน้ำตาลในเลือดที่สูงจะลดลงเป็นปกติเมื่อหยุดยา บางรายยังคงใช้ยาในกลุ่มนี้ต้องร่วมกับการกินยาเบาหวาน หรือฉีดยาอินซูลิน แต่ต้องคอยระวังอาการที่บ่งชี้ว่ามีน้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงการกระจายตัวของไขมันส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติ และมักมีไขมันในเลือดสูงทั้งคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของการสะสมไขมันร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

สูตรยาด้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

ประสิทธิภาพการรักษาด้วยการใช้ยาด้านไวรัสในสูตรยา HAART เป็นสูตรยาที่ยอมรับเป็นมาตรฐานในการรักษา คือ 2NRTIs + 1PI และ 2NRTIs + 1NNRTI และสูตรยาสำหรับประเทศไทย ในผู้ป่วยที่เริ่มต้นการรักษาด้วยยาด้านไวรัสประกอบด้วย (สัญชัย ชาสสมบัติ และคณะ, 2547)

สูตรที่ 1 d4T + 3TC + Nevirapine หรือ GPO-vir ถ้าผู้ติดเชื้อมีอาการแพ้ Nevirapine ให้ใช้สูตร 2

สูตรที่ 2 d4T + 3TC + Efavirenz ถ้าผู้ติดเชื้อมีอาการแพ้ Efavirenz ให้ใช้สูตร 3

สูตรที่ 3 d4T + 3TC + (Indinavir + Ritonavir)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคติดต่อได้พัฒนา ยาด้านไวรัสเอชไอวีชนิดต่าง ๆ ให้มีผลข้างเคียงน้อยที่สุด และมีการบริหารยาที่สะดวกต่อการรับประทานมากขึ้น ประกอบกับสามารถผลิตยาด้านไวรัสได้ในราคาถูก จึงเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น แต่ยังคงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ มักจะได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเริ่มมีอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว ดังนั้น จำนวน CD4 มักน้อยกว่า 200 Cells/mm³ การให้ยาด้านไวรัสจึงเป็นเพียงการชะลอเวลาออกไป เนื่องจากจะต้องรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีอยู่ก่อน ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างมาก ตลอดจนอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หยุดการรับประทานยาด้านไวรัส (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างมาก

ผลกระทบของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งถึงแม้ยาต้านไวรัสจะมีผลดี แต่ยังคงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว เชื้อเอชไอวีมีการแบ่งตัวในอัตราที่สูง และระบบภูมิคุ้มกันคือ CD4 ถูกทำลายลงเรื่อย ๆ โดยมีอัตราการลดลงเฉลี่ยปีละ 40-60 cells/mm³ (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2541) จนเข้าสู่ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ โดยภาวะของโรคที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย มีผื่นแดงตามร่างกาย มีเหงื่อออกตอนกลางคืน มีเชื้อราในช่องปาก และหลอดอาหาร เป็นโรคผิวหนังเป็นคัน และเมื่อถึงระยะป่วยเป็นเอดส์เต็มขั้น อาจพบมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนขึ้นมาได้ เช่น ปอดอักเสบ (Pneumocystis Carinii Pneumonia) และวัณโรคปอดได้ บางคนอาจเกิดสมอง และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น ดังนั้นจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง แต่ก็พบว่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่ม RTI ทำให้เกิดภาวะกรดในร่างกาย (Lactic Acidosis) และตับโตมาจากภาวะไขมันเลื่อม (Steatosis) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่ม NNRTI ทำให้เกิดผื่นร่วมกับมีไข้ ในผู้ป่วยประมาณ 5% อาจเกิดผื่นรุนแรงจนเป็นกลุ่มอาการสตีเวนจอห์นสัน (Stevens-johnson Syndrome) จนอาจเสียชีวิตได้ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่ม PI ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) นอกจากนี้จะเกิดการกระจายตัวของไขมันส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติ และมีไขมันในเลือดสูงทั้งคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ (สัญญา ชาสสมบัติ และคณะ, 2546)

จากสภาวะความเจ็บป่วย หรือขาดความสมดุลของร่างกายดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงในรายที่อาการหนักก็จะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลที่ใกล้ชิด ญาติพี่น้อง รวมทั้งแพทย์ พยาบาลผู้ให้การดูแลรักษา ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นหัวหน้าครอบครัวก็ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้นำครอบครัวได้ แต่กลับเป็นภาระที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบ (วันชัย มั่งคั่ง, 2551) และภาวะของโรคยังส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน ซึ่งถ้ามีอาการรุนแรงทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการป่วย จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Wilson & Clearly, 1995) ตลอดจนอาจคุกคามต่อชีวิตได้

ผลกระทบด้านจิตใจ การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นระยะวิกฤติการตอบสนองทางอารมณ์ มีตั้งแต่รู้สึกชา บางคนเกิดอาการช็อก ปฏิเสธ และไม่สามารถรับรู้ข้อมูลใด ๆ รู้สึกกลัวและวิตกกังวลอย่างมาก (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2540) ความคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม ทำให้รู้สึกหวั่นไหวเกิดความไม่มั่นคง ขาดการควบคุมตนเองในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหา ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวี ทำให้มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunchy, 1991 อ้างถึงใน พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545) จนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวีอาจคิดฆ่าตัวตายได้ (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2540)

จากการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวีที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm³ มักมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวีมีความวิตกกังวล กลัว กับอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ และมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วย 1,120 ราย ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นั้นมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส (Newshan & Sherman, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ชายติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 226 คน ทางตอนใต้ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งใช้เวลาในการศึกษาติดตามนาน 24 เดือนพบว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงถึง 85 ราย (36.5 %) จนต้องได้รับการบำบัดจากจิตแพทย์ (Jia et al., 2004) เช่นเดียวกันกับการศึกษาผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ (Liu et al., 2006)

ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ไปจากเดิม เช่น น้ำหนักตัวลด มีอาการอ่อนเพลีย ถูกแบ่งแยก และถูกสังคมรังเกียจ (Dunchy, 1991 อ้างถึงใน พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545) รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังพบว่าการกระจายตัวของไขมันส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติ ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวีไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Steel, Landsittel, Calhoun, Wieand, & Kingsley, 2006) เมื่ออาการทางร่างกายปรากฏรุนแรงมากยิ่งขึ้น จนผู้อื่นสามารถสังเกตเห็น โดยไม่สามารถปกปิดได้ ซึ่งจะส่งผลต่อความกลัว และวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวีคิดทำร้ายผู้อื่น เพื่อประชดสังคม หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคต่อบุคคลอื่นมากยิ่งขึ้น และโรคแพร่สู่สังคมมากขึ้น (วันชัย มั่งคั่ง, 2551) หรือในทางตรงกันข้าม อาจมีพฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม จนส่งผลต่อสัมพันธภาพกับคนในสังคมลดลง เสี่ยงพบปะ และขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ซึ่งในที่สุดทำให้ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/เอดส์ขาดการติดต่อกับสังคมกลายเป็นคนที่หมกมุ่นกับตนเอง ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับตนเองลดลง และอาจเกิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผลลบต่อภาวะสุขภาพ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2541)

นอกจากนี้ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จากความไม่แน่นอนของโรคในระยะต่าง ๆ ประกอบกับยาไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องหยุดหรือออกจากงาน เพราะประสิทธิภาพในการทำงานลดลงหรือนายจ้างรังเกียจ (ปิยรัตน์ นิลอัยกา, 2537) ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งทำให้ขาดรายได้และต้องเสียเงินเป็นจำนวนมากเพื่อใช้ในการดูแลรักษา ถึงแม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการให้บริการยาต้านไวรัส แต่ผู้รับบริการเองยังมีต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Costs) เช่น ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาจากการมารับบริการ (สัญชัย ชาสุมบัติ และคณะ, 2547) รวมทั้งบางรายแสวงหาวิธีการรักษาต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพดีขึ้น อาจทำให้ค่านี้อันตรายขึ้น และผู้ที่มิมีฐานะทางสังคม เศรษฐกิจต่ำ มักมีการดำเนินของโรคไปอย่างรวดเร็ว และมีช่วงชีวิตสั้น รวมทั้งไม่ได้รับการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีพอ จึงทำให้ภาวะสุขภาพทรุดลงอย่างรวดเร็ว (นงนุช เชาวนศิลป์, 2540) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง

โดยสรุป ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต้องเผชิญกับผลกระทบอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อเนื่องด้านสังคม และเศรษฐกิจที่ระดับชาติอีกด้วย ซึ่งจะเห็นได้จากผลกระทบด้านต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยตรง ดังนั้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยยืดอายุการมีชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ยืนยาวขึ้น มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้รับความสนใจจากทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพราะเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำรงชีวิต เนื่องจากมีปัจจัยที่ผลักดันให้ประชากรต้องมีการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างมาก เนื่องจากการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้มีการดำเนินของโรคช้าลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นกิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถกระทำและจัดการได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งจัดการสอแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/ เอดส์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถสรุปเป็นการปฏิบัติกิจกรรม 2 ด้าน (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ดังต่อไปนี้

1. ด้านการรับประทานยาต้านไวรัส เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งประกอบด้วยการรับประทานอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการรักษา เนื่องจากความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เป็นปัจจัยสำคัญที่จะบอกประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งด้านความสามารถในการลดปริมาณไวรัส (Viral Load) การเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล ดังผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ มากกว่า 95% (Battaglioli, 2007; Paterson et al., 2000) เป็นผู้ประสบผลสำเร็จในการยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์รับประทานยาวันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อเดือน และต้องรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลา คลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ลืมรับประทานยาต้านไวรัสห่างจากมื้อถัดน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ควรดยาในมื้อนั้นและเริ่มรับประทานยาในมื้อต่อไปตามปกติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

รวมทั้งมีการตรวจติดตามผลแทรกซ้อน อันเนื่องมาจากการใช้ยาต้านไวรัสที่สามารถเกิดขึ้นได้ เช่น เกิดผื่นร่วมกับมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย การกระจายตัวของไขมันส่วนต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ มักพบไขมันในเลือดสูงทั้งคลอเรสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ เป็นต้น ดังนั้นจากนโยบายของรัฐบาลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีโอกาสในการเข้าถึงยาต้านไวรัสมากขึ้น ซึ่งนับว่ามีความสำคัญที่จะสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส จะได้ลดอาการข้างเคียงที่รุนแรงไม่เกิดปัญหาการดื้อยาตามมา เพื่อจะได้ดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง และการรับประทานยาต้านไวรัสได้รับประโยชน์สูงสุด

2. ด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย จะมีผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยทำให้เสียสมดุลของการทำหน้าที่ทางร่างกาย ซึ่งเริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการแสดงทางร่างกาย จนกระทั่งปรากฏอาการ โดยระยะแรก ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ยังไม่ปรากฏอาการ สามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ หรือหากไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นก็อาจไม่มีอาการใด ๆ (วันชัย มุ่งดูย, 2551) โดยจะสามารถชะลอการเข้าสู่ระยะเอดส์ให้ช้าลงได้ ตลอดจนการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก็ยังมีผลข้างเคียงดังที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว ดังนั้นถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป ให้สอดคล้องตามแผนการรักษาได้ จะทำให้ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีภาวะสุขภาพที่ดี ตลอดจนสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วย

2.1 การรับประทานอาหาร และการดื่มน้ำอย่างเพียงพอทั้งปริมาณ และคุณภาพ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มักมีอาการเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้ยาก เนื่องจากแผลในปากและคอ โดยเฉพาะเมื่อเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสอาจส่งผลให้กระบวนการเผาผลาญอาหารของร่างกาย โดยเฉพาะไขมันมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต้องรับประทานอาหารให้มากขึ้น เพื่อให้ร่างกายพร้อมต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วย และทดแทนน้ำหนักที่สูญเสียไป รับประทานอาหารให้ครบหมู่ และเลือกรับประทานชนิดอาหารในแต่ละวันให้หลากหลาย ครอบคลุมกลุ่มของอาหาร (ปริญญา อรุโณทยานันท์, 2547) ได้แก่

อาหารกลุ่มแป้ง เช่น ข้าว ขนมปัง ธัญพืช เผือก เป็นต้น จะให้พลังงานแก่ร่างกาย รวมถึงเกลือแร่ วิตามินและกากใยอาหาร ควรรับประทานวันละ 4-6 ส่วน (1 ส่วน เท่ากับข้าวหนึ่งถ้วย หรือขนมปัง 1 แผ่น)

ผักและผลไม้ ให้วิตามิน เกลือแร่ และ กากใยอาหาร ควรรับประทานทุกวัน วันละ 5 ส่วน (1 ส่วน เท่ากับผลไม้ 1 ผล หรือผักสดขามใหญ่ หรือน้ำผลไม้คั้นสด 1 แก้ว)

เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ให้ทั้งโปรตีน เกลือแร่ และวิตามิน รับประทานวันละ 2-3 ส่วน ทุกวัน (1 ส่วน เท่ากับไข่ 2 ฟองเล็ก หรือเนื้อหมู ไก่ 100 กรัม หรือเนื้อปลา 150 กรัม)

ผลิตภัณฑ์จากนม เช่น นมสด โยเกิร์ต เนยแข็ง ซึ่งเป็นแหล่งของวิตามิน เกลือแร่ และแคลเซียม ควรรับประทานวันละ 3 ส่วน (1 ส่วน เท่ากับนม 1 แก้ว หรือโยเกิร์ต 1 ถ้วย)

ไขมัน จากน้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหาร เนย ไขมันที่อยู่ในเนื้อสัตว์ ซึ่งจะให้พลังงานกรดไขมันที่จำเป็น วิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามิน A, D, E, K แคลเซียม และฟอสเฟต

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มักจะพบผลข้างเคียง คือ ภาวะผิดปกติของไขมัน (Lipodystrophy) โดยมีไขมันสะสมเฉพาะที่ (Steel et al., 2006) มีรูปร่างเปลี่ยนแปลง ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น และอาจส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจ หรือเบาหวานได้ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรลดอาหารกลุ่มไขมัน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว ซึ่งจะมีมากในกลุ่มเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากนม และเน้นการรับประทานผัก และผลไม้ ประมาณ 5 ส่วนต่อวัน ร่วมกับการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เป็นต้น (ปริญญา อรุโณทยานันท์, 2547) และไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารที่ดองทิ้งไว้หรือค้างคืน อาหารหมักดอง และอาหารที่มีราขึ้น เนื่องจากจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง จนมีโอกาสรับเชื้อต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น

286050

๒
6/6 9/9/1
04/5/2

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสควรดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอประมาณ 3,000–5,000 ซีซีต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ปรับสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ลดอาการท้องผูก ช่วยในการทำงานและป้องกันผลข้างเคียงของยาบางชนิดได้ เช่น Indinavir เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภาวะไข้ ท้องเสีย หรือสูญเสียเหงื่อจากการออกกำลังกาย ก็ควรดื่มน้ำมากขึ้นเป็น 150-250 มิลลิลิตรทุก 15 นาที อาจดื่มน้ำผลไม้แทนได้ แต่ควรงดเหล้า ชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะมีส่วนทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (ปริญา อรุโณทยานันท์, 2547)

2.2 การขับถ่าย เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มักเกิดอาการท้องเสียได้บ่อย ทั้งนี้มักมีสาเหตุจากผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านไวรัส โดยเฉพาะยากุ่ม Protease Inhibitors, DdI, และ Abacavir หรือยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาอาการติดเชื้ออื่น ๆ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระดับ CD4 ต่ำ อาการท้องเสียอาจเกิดได้จากการติดเชื้อฉวยโอกาสโดยตรง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงควรดูแลตนเองด้วยการล้างมือก่อนปรุงอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง เมื่อมีอาการท้องเสีย ควรงดอาหารที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร เช่น ผักสด ผลไม้สด อาหารรสจัด น้ำอัดลม ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รับประทานอาหาร และเครื่องดื่มที่ช่วยทดแทนการสูญเสียเกลือแร่ และน้ำ โดยเฉพาะกล้วย มันฝรั่ง เนื้อไก่ และปลา สามารถทดแทนการสูญเสียโปแตสเซียมได้ดี (ปริญา อรุโณทยานันท์, 2547) ตลอดจนฝึกนิสัยการขับถ่ายให้เป็นเวลา สังเกตลักษณะ สี จำนวนของการขับถ่ายอุจจาระ ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังบริเวณที่ขับถ่ายให้สะอาด สังเกตสี และลักษณะของผิวหนัง เป็นต้น (กุลระวี วิวัฒนชีวิน, 2541)

2.3 การออกกำลังกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยไม่ให้น้ำหนักเกินไปอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งโดยการออกกำลังกายนานครั้งละ 20–40 นาที เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ เดินเร็ว ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายมีสมรรถภาพแข็งแรงมากขึ้น ลดการเกิดภาวะไขมันสะสมได้ จากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดภาวะไขมันกระจายผิดปกติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้วไม่น้อยกว่า 17 เดือนมีจำนวน 34% โดยอวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบไขมันลดรุนแรงที่สุด คือ ก้น อวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบไขมันเพิ่มรุนแรงที่สุดคือท้อง (ธีรพล สุขมาก, เพียงใจ ดัฒนชน, อารี สุภาวงศ์ และรุ่งฤดี พิกุลงาม, 2549) ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกล้ามเนื้อที่แข็งแรง รวมทั้งไม่ต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาเป็นสูตรที่ราคาแพงมากขึ้นด้วย และช่วยลดการเกิดข้ออักเสบ ทำให้การแลกเปลี่ยนอากาศดีขึ้น และเพิ่มการต้านทานต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ปอดบวม หรือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

พบว่า การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงทน และทำให้เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เพิ่มขึ้น และเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายได้อีกด้วย (Smith, Coombs, & Larson, 1994)

2.4 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ควรนอนหลับในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก และควรนำเทคนิคในการผ่อนคลายความตึงเครียดมาใช้ หากนอนไม่หลับ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง นั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เพราะในขณะนอนหลับการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตในการนำสารอาหาร และแร่ธาตุต่าง ๆ ไปสู่เซลล์ทั่วร่างกายจะเป็นไปโดยสม่ำเสมอและเต็มที่ ทำให้เซลล์ได้รับการบำรุง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพสมบูรณ์ดังเดิม โดยทั่วไปบุคคลจะนอนหลับได้ดี และมีคุณภาพในช่วงกลางคืน ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงควรนอนหลับให้สนิทอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง (รสสุคนธ์ วาริษฐกุล และคณะ, 2544)

2.5 การป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และไม่แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสควรป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องสำคัญมาก เนื่องจากจะช่วยชะลอการดำเนินของโรค ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงควรระมัดระวังในการสัมผัส สิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำอสุจิ น้ำลาย อุจจาระ ปัสสาวะ เสมหะ และเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายอื่น ลดการมีเพศสัมพันธ์ งดการสำล่อนทางเพศ และมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย โดยต้องป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ระมัดระวังการแพร่เชื้อทางเลือด ระมัดระวังอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการมีเลือดออก เช่น หกล้ม มีดบาด ในกรณีที่มีแผลให้ระมัดระวังไม่ให้เลือดเปื้อนเสื้อผ้าอื่น ไม่ใช้ของมีคมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น เช่น กรรไกรตัดเล็บ ใบมีดโกน งดบริจาคเลือด อวัยวะ และเนื้อเยื่อ นอกจากนี้ เครื่องนุ่งห่มที่เปื้อนเลือด น้ำเหลือง หรืออาเจียน ควรแช่ด้วยน้ำยาซักผ้าขาว 1 ส่วน ต่อ น้ำ 9 ส่วน นาน 30 นาที หรือนำไปต้มนาน 20 นาที ก่อนนำไปทำความสะอาดตามปกติ สิ่งขับถ่ายต่าง ๆ เช่น ปัสสาวะ อุจจาระควรชำระล้างให้สะอาด รวมทั้งการทำลายของเสีย เช่น สิ่งปนเปื้อน น้ำลาย เสมหะและเลือด โดยการเผา (กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

2.6 การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส การติดเชื้อฉวยโอกาส นับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงต้องดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเอง เช่น อาบน้ำ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง บ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก และควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม เพื่อลดการเกิดบาดแผล ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นไข้หวัด หรือวัณโรค หลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนที่แออัด หลีกเลี่ยงการเลี้ยงสัตว์ หรือเข้าใกล้สัตว์เลี้ยง รวมทั้งควรหลีกเลี่ยงการไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อต่าง ๆ เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มี

ภูมิคุ้มกันทานโรคต่ำอยู่แล้ว จึงมีโอกาสรับเชื้อจากผู้อื่นได้ง่าย (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) และดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า และอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น ถ้วย ชาม แก้วน้ำ ให้สะอาดอยู่เสมอ

2.7 การใช้สารเสพติดทุกชนิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่ควรใช้สารเสพติดทุกชนิด เช่น สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ ซึ่งมีผลทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง จากการศึกษาผลกระทบของการดื่มเหล้าต่อระบบของภูมิคุ้มกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 11 ราย เปรียบเทียบระดับ CD4 ก่อนหยุดดื่มเหล้า และหลังจากหยุดดื่มเหล้าประมาณ 5-10 วัน พบว่า หลังจากหยุดดื่มเหล้าระดับ CD4 เพิ่มขึ้น 9 ราย ไม่เพิ่ม 2 ราย และค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของระดับ CD4 เท่ากับร้อยละ 41 (Pol et al., 1996)

2.8 การจัดการกับความเครียด ความซึมเศร้า ทำจิตใจให้สงบ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบมากมายทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้เกิดความเครียดได้มากขึ้น ซึ่งความเครียดจะส่งผลให้มีการลดจำนวนของ CD4 และมีการลดของคิลเลอร์เซลล์ในร่างกาย (Killer Cell) ของร่างกาย (Gray, 1996) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงต้องมีความพยายามและความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด แสวงหาวิธีจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ โดยการหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล มองโลกในแง่ดี นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการหมกหมุ่นการทำ เพื่อช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายความเครียด เช่น รดน้ำต้นไม้ อ่านหนังสือ ทำงานบ้าน ฝึกทำสมาธิ เป็นการทำจิตใจให้สงบ หรืออาจรวมกลุ่มทำกิจกรรม โดยมีส่วนร่วมในงานที่ตนสามารถปฏิบัติได้ และไม่เป็นอุปสรรคต่อตนเอง ยอมรับสภาพที่ตนเป็นอยู่ มีความมั่นใจที่จะดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

2.9 การมาตรวจตามนัด หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการผิดปกติก่อนวันนัด ควรมารับการปรึกษากับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขก่อน ถึงแม้จะไม่ใช่วันนัดก็ตาม ซึ่งจะเป็นผลดีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพราะแพทย์จะได้ติดตามการดำเนินของโรค ช่วยให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เข้าใจแผนการรักษา รวมทั้งปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ไม่หยุดยาเอง ซึ่งจะทำให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แข็งแรงขึ้น ดังนั้น การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนช่วยลดต้นทุนในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้

2.10 การรักษาทางเลือก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส บางรายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เป็นการรักษาทางเลือก เพื่อช่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ตลอดจนช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน ได้แก่

การใช้สมุนไพร จากการศึกษาวิจัยของจามจุรี แซ่หลู่ (2543) พบว่า สมุนไพรที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นำมารับประทานเพื่อช่วยเพิ่มภูมิต้านทาน ได้แก่ มะระขี้นก ฟ้าทะลายโจร เห็ดหลินจือ และบอระเพ็ด สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณพร อิฐรัตน์ (2542) พบว่า มะระขี้นกเป็นสมุนไพรที่ช่วยยับยั้งการเจริญ และการขยายตัวของเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งสารสำคัญที่ออกฤทธิ์คือ แอลฟาและเบต้า มอมอร์ดิซิน (α & β Momorcidin) ส่วนเห็ดหลินจือมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ โพลีแซคคาไรด์ (Polysaccharide) ชนิดเบต้าดีกลูแคน (Beta-d-glucan) มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดขาว มีผลเพิ่มประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันโรค โดยมีการเพิ่มอิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin) และอินเตอร์ลิวคิน (Interleukin) มีผลในการต่อต้านเชื้อไวรัส และยังมีกลุ่มสารนิวคลีโอไทด์ (Nucleotides) ชนิดสารอาร์เอ็นเอ ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายสารอินเตอร์เฟอรอน (Interferon-link Substance) ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัส

การทำสมาธิ จากการศึกษาวิจัยของจามจุรี แซ่หลู่ (2543) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการนำสมาธิมาใช้ในการดูแลตนเอง โดยจุดเริ่มต้นที่ได้เริ่มสมาธิเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าการทำสมาธิจะช่วยเพิ่มทำให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ภายหลังการทำสมาธิพบว่า การทำสมาธิช่วยให้รู้สึกสบายใจ รู้จักปลงมากขึ้น กลัวตายน้อยลง และช่วยทำให้ระดับเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับปกติได้

กล่าวโดยสรุป เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่สอดคล้องกับแผนการรักษา จะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เกือบเท่าบุคคลปกติ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกำลังใจ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีในการดำเนินชีวิตต่อไป แต่ในทางตรงกันข้ามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่เข้าใจการปฏิบัติตนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ย่อมส่งผลเสียต่อตนเองและสังคม ดังนั้นพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีการดำเนินการของโรคช้าลง และน่าจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสดีขึ้น

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิตของบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ หลายด้านที่สลับซับซ้อน รุนแรง และมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กิจกรรมการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มียานั้นหลากหลาย ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม พยาบาลในฐานะที่มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงมีโอกาสนในการให้การช่วยเหลือดูแล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา เช่น การลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/เอดส์ การช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทราบถึงความต้องการและมีทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับตนเองรับฟัง เอื้ออาทร ปกป้องให้ได้รับความปลอดภัย เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลควรดูแลโดยคำนึงถึงคุณค่าของบุคคล และสิทธิที่จะได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

นอกจากความรู้ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้ว พยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความหวัง มีที่พึ่งพิง และมีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป (สุริพร ธนศิลป์, 2538) ดังนั้นการให้การพยาบาลควรครอบคลุมการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีกิจกรรมการพยาบาล (พัฒนากร ทองคำ, 2548) ดังนี้

1. จัดการกับอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ โดยสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดให้การดูแล ให้คำปรึกษา มีเจตคติที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้เล่า หรือระบายความรู้สึกออกมาเพื่อบรรเทาความกลัว ความกังวลใจ และให้ตัดสินใจเลือกเอง ให้ข้อมูล และคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรค การรักษา การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค การแพร่กระจายเชื้อ
2. ตรวจสอบการปฏิบัติดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โดยตรวจสอบการปฏิบัติ และการประเมินผลร่วมกัน ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ จัดการกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือที่เกี่ยวข้อง
3. จัดการกับปัญหา หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยช่วยวิเคราะห์สถานการณ์ และทางเลือก ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ประสานความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
4. จัดวางระบบการดูแลตนเอง โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดลำดับกิจกรรมการดูแล เช่น การดูแลสุขภาพทั่วไป เพราะมีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการแพร่กระจายเชื้อ โดยการดูแลความสะอาดของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม การดูแลความสบายทั้งร่างกาย จิตใจ ด้วยการพักผ่อน
5. ส่งเสริมการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะในการใช้ชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ฝึกการเผชิญ หรือแก้ไขปัญหาย่างมีวิจารณญาณ ฝึกการแสวงหา และเลือกใช้ข้อมูล ข่าวสาร ฝึกการปรับตัว ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทางบวกในการดำเนินชีวิต
6. ประสานความร่วมมือกับบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยชักจูงบุคคลสำคัญเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เป็นสื่อกลางในการติดต่อ

จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยการสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้เหมาะสม รวมทั้งการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งมีผลดี และผลข้างเคียงต่อสุขภาพเช่นเดียวกัน ดังนั้นถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดี จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้เกือบเท่าคนปกติ และรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ และความสุขในการดำเนินชีวิต โดยสะท้อนให้เห็นว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่ามีสุขภาพดี ก็จะทำให้มีกำลังใจ และสนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Wilson & Clearly, 1995) สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ตามศักยภาพ และสถานภาพแห่งตน ซึ่งถึงแม้จะมีภาวะเจ็บป่วยก็สามารถรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นการมีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งไม่สามารถรักษาให้กลายเป็นปกติได้ เพราะฉะนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความหมายที่กว้างและซับซ้อน เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีความหมายที่ครอบคลุมหลายมิติ ดังนั้นการให้ความหมายคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันไป คุณภาพชีวิตถูกกล่าวถึงไว้หลายทัศนะดังนี้

คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำตัวบุคคล หรือสิ่งของ และชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้สรุปมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไว้ ดังนี้คือ คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้และความรู้สึกของบุคคล ซึ่งเกิดจากความรู้ และประสบการณ์เดิม มีความซับซ้อนหลายมิติ (Multidimensional Construct) มีความเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบหรือมิติหนึ่งของชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1981 อ้างถึงใน นงนุช เชาวน์ศิลป์, 2540) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐาน และ

สิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ ซึ่งเป็นผลอันซับซ้อนจากสุขภาพของร่างกาย จิตใจ ระดับของความอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของบุคคล

Padilla and Grant (1985) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีขอบเขตกว้างรวมลักษณะทางกายและทางจิตใจ ซึ่งสามารถอธิบายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล และการรับรู้ความพึงพอใจในสิ่งที่เขากระทำด้วย

Zhan (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล นอกจากนั้น ภูมิหลังของบุคคล สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ต่างกัน

Ferrans (1996) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิต โดยแต่ละองค์ประกอบนั้นมีผลกระทบ หรือมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตในอดีต สิ่งแวดล้อม ประเพณี และวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

Wilson and Clearly (1995) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ และความสุขในการดำเนินชีวิต

จากการให้ความหมายของนักวิชาการดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับความพึงพอใจและ/หรือความสุขในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล โดยคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันไปตามอายุ ประสบการณ์ สังคม ระบบคุณค่าที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังมาตรฐาน ซึ่งเป็นผลอันซับซ้อนจากสุขภาพของร่างกาย จิตใจ ระดับของความอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคลแตกต่างกันไปตามทัศนะของบุคคลหรือแต่ละสังคม ดังนี้

Padilla and Grant (1985) มีแนวคิดว่า ผู้ป่วยโรครีอรั้งมีอาการของโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนแปลงไป ตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกทางด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา ภาวะโภชนาการ

Zhan (1992) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป และการดำเนินชีวิต ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว ซึ่งบุคคลจะรับรู้ได้จากความแตกต่างระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ กับความสำเร็จที่ได้รับ

2. อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Self Concept) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง รวมไปถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อภาพลักษณ์ (Self Image) ของตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

3. สุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และภาวะสุขภาพ

4. เศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic Factor) เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกด้านสังคมทั่วไป ที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ได้แก่ การศึกษา อาชีพ และรายได้

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน ดังนี้ (WHOQOL Group, 1995)

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ไม่มีความเจ็บปวด เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

3. ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (Level of Independence) คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพา เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม เป็นต้น

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต เป็นต้น

6. ด้านจิตวิญญาณ/ ศาสนา/ ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/ Religion/ Personal Beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับด้านจิตวิญญาณ/ ศาสนา/ ความเชื่อส่วนบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

Ferrans (1996) ได้เสนอว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning Domain) หมายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคล หรือสิ่งที่สัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคลและสิ่งแวดล้อม การมีศักยภาพในการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย เป็นต้น
2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Domain) หมายถึง ภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจซึ่งเกี่ยวกับมาตรฐานในการดำเนินชีวิต การศึกษา การประกอบอาชีพ การงาน การได้รับรายได้เพียงพอ การไม่เป็นภาระพึ่งพิงผู้อื่นทางด้าน เป็นต้น
3. ด้านภาวะจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/ Spiritual Domain) หมายถึง ภาวะทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง การมีความสุขสงบสุขทางใจ การที่มีความสุขโดยทั่วไปมีเป้าหมายที่สำคัญ การมีความมั่นคงในชีวิต เป็นต้น
4. ด้านครอบครัว (Family Domain) หมายถึง ความพึงพอใจในครอบครัว และชีวิตสมรส รวมถึงภาวะสุขภาพของบุคคลภายในครอบครัว

โดยสรุป องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความหลากหลาย เช่นเดียวกับความหมาย คุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตเฉพาะของผู้มีความเจ็บป่วยควรจะครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิต คือ ภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุก ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ จิตใจ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ความมีคุณค่าในตนเอง การตอบสนองต่อการรักษา ความเป็นอิสระไม่พึ่งพา และความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่ว ๆ ไป

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995)

ปัจจุบันการประเมินคุณภาพชีวิตจัดว่ามีความสำคัญอย่างมากในการให้บริการการดูแลสุขภาพ เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคล ทำให้บุคคลรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ดังนั้นคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด คือ ถ้าบุคคลรับรู้การมีภาวะสุขภาพที่ดีก็จะรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Wilson & Clearly, 1995)

Wilson and Clearly (1995) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคลที่สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพแห่งตน (Health Related Quality of Life) ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน ได้แก่

1. ตัวแปรด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and Physiological Variable) หมายถึง กระบวนการที่เป็นการทำงานระดับเซลล์ และอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการตรวจร่างกาย และ

การวินิจฉัยโรค เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย เพื่อใช้ในการค้นหาการทำงานร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป จนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้

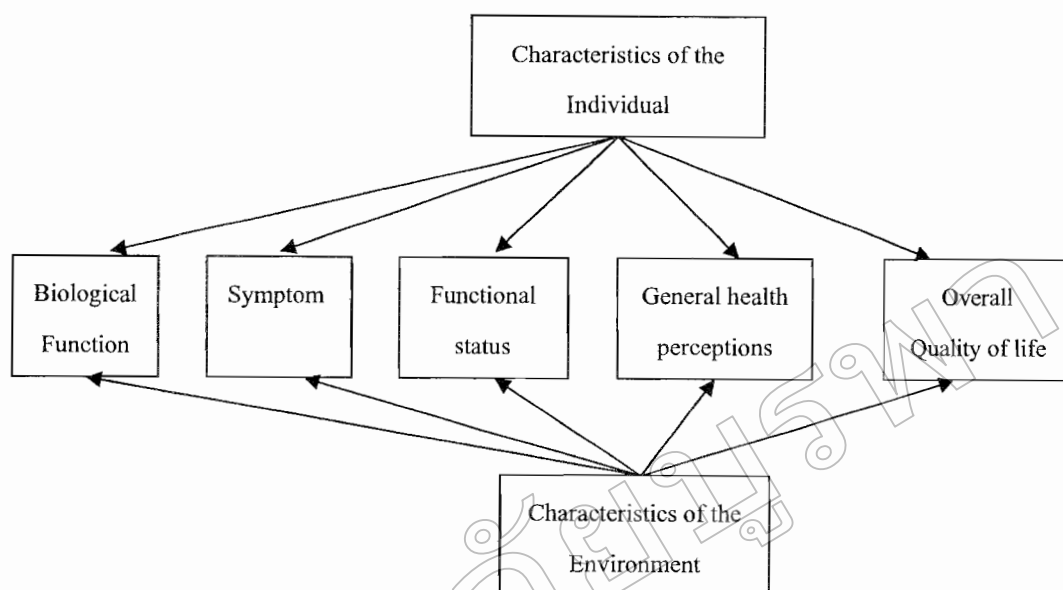
2. อาการ (Symptom Status) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา และสรีรวิทยาในแต่ละอาการ

3. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Status) หมายถึง ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา กับอาการ และความสัมพันธ์ระหว่างอาการกับบทบาทการทำหน้าที่ได้

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perceptions) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยถ้าบุคคลมีการทำงานของร่างกายไม่สมบูรณ์ มีภาวะเจ็บป่วย จะทำให้มีการรับรู้อาการที่รุนแรง และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่เต็มที่ ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ตลอดจนรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตลดลงได้ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วย ตลอดจนร่างกายทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ ก็จะส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพที่ดี และสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สภาพบ้าน และสถานที่ทำงาน เป็นต้น และปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ก็มีผลโดยตรงต่ออาการ บทบาทการทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และยังมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลที่แตกต่างกันด้วย (Wilson & Clearly, 1995)

ต่อมา Ferrans et al. (2005) ได้ปรับปรุงแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995) ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคล (Characteristics of the Individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) กับคุณภาพชีวิต โดยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ระดับ BMI สีมวลกระดูก ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับโรค และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น รวมทั้ง เพศ อายุ สถานภาพสมรส (Eyler et al., 2002) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สภาพบ้าน และ สถานที่ทำงาน เป็นต้น ซึ่งพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Biological Function) อาการ (Symptoms) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Status) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (General Health Perceptions) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ (Ferrans et al., 2005) แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans et al. (2005) นำเสนอผังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 คุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans et al. (2005, p. 338)

จากภาพที่ 2 อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจและ/หรือความสุขในการดำรงชีวิต ที่สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Biological Function) อาการ (Symptom) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Status) และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perceptions) โดยปัจจัยที่กล่าวข้างต้นส่งผลต่อกันจนทำให้บุคคลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน แต่ละปัจจัยมีความหมาย ดังนี้

1. การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Biological Function) หมายถึง การทำหน้าที่ระดับเซลล์ หรืออวัยวะ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยสามารถประเมินได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยทางการแพทย์
2. อาการ (Symptom) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด
3. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Status) หมายถึง ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล โดยการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายนี้ จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perceptions) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล เมื่อการหน้าที่ระดับเซลล์ หรืออวัยวะ จะทำให้บุคคลเกิดอาการที่ดี

หรือไม่ดี ซึ่งจะมีผลต่อบทบาทการทำหน้าที่ และทำให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนที่ดี หรือไม่ดี ตามมา โดยจะนำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี หรือไม่ดีด้วยเช่นกัน

ในขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านบุคคล (Characteristics of the Individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) ก็ส่งผลโดยตรงต่อทุกปัจจัย และคุณภาพชีวิตโดยรวมด้วย

จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans et al. (2005) เป็นแนวคิดที่อธิบายถึง การรับรู้และความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจและ/หรือความสุขในการดำรงชีวิต ที่สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลสัมพัทธ์กันซึ่งมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต และยังเป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในปัจจุบัน ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ต่ำลง ถือเป็นผลกระทบอีกประการหนึ่งของการติดเชื้อเอชไอวี โดยปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก็มีความแตกต่างจากโรคอื่น ๆ เนื่องจากโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ เศรษฐกิจ และสังคมมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง และถ้าสังคมยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) ดังแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans et al. (2005) มีความเหมาะสมในการใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากอาการของโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Biological Function) หมายถึง การทำหน้าที่ระดับเซลล์ หรืออวัยวะซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยหลังจากที่ร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีแล้ว จะมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายชนิดพึ่งเซลล์เสื่อมลง โดยเฉพาะ T-helper Lymphocytes ถูกทำลายมากขึ้น ทำให้เกิดการบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cell Mediated Immunity) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีร่างกายอ่อนแอลง และ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ต่าง ๆ ได้ (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงนี้ สามารถประเมินได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งการประเมินความก้าวหน้าของโรค จะพบว่า CD4 จะถูกทำลายลงเรื่อย ๆ และมีอัตรา

การลดลงเฉลี่ยปีละ 40-60 Cells/ mm³ ดังนั้น ผลของระดับ CD4 จึงเป็นตัวประเมินที่ดี และใช้ติดตามประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ดีที่สุดที่สุดในปัจจุบัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

จากการศึกษาค่า CD4 ในผู้ใหญ่ที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นเวลา 4 ปี พบว่า ระดับ CD4 เพิ่มขึ้น และสามารถยับยั้งจำนวนเชื้อไวรัสเอดส์ให้ลดลงน้อยกว่า 1,000 Copies/ ml (Hunt et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้ยาต้านไวรัส 3 ชนิดพร้อมกัน พบว่า ค่า CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัส 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.88 เท่า และหลังได้รับยาต้านไวรัส 12 เดือนเพิ่มขึ้น 3.86 เท่า (Nigsanon et al., 2004) และหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 24 เดือน พบว่า ระดับ CD4 เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 100-145 Cells/ mm³ (Knobel et al., 2001) ซึ่งแสดงถึงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

2. อาการ (Symptom) หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เกี่ยวกับ

ความผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึนึกคิด โดยส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย ซึ่งในระยะแรกการติดเชื้อเอชไอวีอาจยังไม่พบอาการของโรคเอดส์ ต่อมาเมื่ออาการของโรคเข้าสู่ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีอาการอ่อนเพลีย มีผื่นแดงตามร่างกาย มีเหงื่อออกในตอนกลางคืน มีเชื้อราในช่องปากและหลอดอาหาร และเป็นโรคมะเร็ง เมื่อถึงระยะป่วยเป็นเอดส์เต็มขั้น ซึ่งอาจพบมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนขึ้นมาได้ อาจเกิดปอดอักเสบ (Pneumocystic Carinii Pneumonia) วัณโรคปอด สมอองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ รวมถึงมีการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบประสาทเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS Dementia Complex) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น (Flaskerud & Ungvarski, 1995; Kalichman, 1998)

จะเห็นได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีอาการป่วย ลักษณะอาการของโรคที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก และคุกคามต่อชีวิตได้ นอกจากนี้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง ได้แก่ การกดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ บางรายเกิดความเจ็บปวด และเมื่อยล้าร่วมด้วย ซึ่งการตรวจทางพยาธิวิทยาจะพบระดับของ CD4 ลดต่ำลง อย่างไรก็ตาม ประสพการณ์จากอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก ถ้าบุคคลมีประสพการณ์อาการอย่างถูกต้องและมีการจัดการอาการอย่างเหมาะสม (Palacio et al., 2004) จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเช่นกัน

3. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Status) หมายถึง ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยการสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายนี้ จะมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน

ของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จากการติดเชื้อเอชไอวี และภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งมีผลต่อระดับ CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทำให้ลดลง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) ตลอดจนผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสอาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้อาการที่รุนแรง (จิตวิทยา ตั้งคำวานิช, 2549) จากสภาวะดังกล่าว เมื่อผู้ติดเชื้อเริ่มมีอาการป่วย ปัญหาต่าง ๆ ก็จะทวีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น อาจต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้กลายเป็นภาระให้กับครอบครัว และสังคมที่ต้องมาดูแล ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ลดลงได้

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perceptions) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละบุคคล เมื่อ CD4 ถูกทำลายลงเรื่อย ๆ จนเข้าสู่ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และระยะป่วยเป็นเอดส์เต็มขั้นตามมา ซึ่งจากสภาวะความเจ็บป่วย หรือขาดความสมดุลของร่างกาย จนทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลที่ใกล้ชิด ญาติพี่น้อง รวมทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ให้การดูแลรักษา ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นหัวหน้าครอบครัว ก็ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้นำครอบครัวได้ แต่กลับเป็นภาระที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบ (วันชัย มั่งคั่ง, 2551) และส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้น จะเห็นได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และส่งผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วย (Ferrans et al., 2005)

นอกจากปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ดังกล่าวมาแล้ว ยังพบว่าปัจจัยด้านบุคคล (Characteristics of the Individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) ก็มีผลโดยตรงต่อทุกปัจจัย และคุณภาพชีวิตโดยรวมด้วย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Characteristics of the Individual) หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยความแตกต่างของบุคคลทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจและ/หรือความสุขในการดำรงชีวิต รวมถึงการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเองแตกต่างกันออกไป อันเนื่องมาจากภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละคน โดยปัจจัยด้านบุคคลนี้มีผลต่อการทำหน้าที่ทางร่างกาย อาการ บทบาทการทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Eylar et al., 2002) ซึ่งปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือสังคม ซึ่งมีผลต่อการรับรู้สุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนี้มีผลต่อการทำหน้าที่ทางร่างกาย อาการ บทบาทการทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยเช่นกัน รวมทั้งมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Eyler et al., 2002) โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ เช่น การติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวหลายประการ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเสียไป จากบทบาทเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี และมีสุขภาพทรุดโทรมลง ทำให้ต้องหยุดงานขาดรายได้ กลายเป็นภาระพึ่งพิง ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบมากขึ้น ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวอาจไม่เข้าใจ และขาดความช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อการดำรงบทบาทและหน้าที่ในสังคม ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (สุรางค์รัตน์ สุรงค์พิตร, 2547) ซึ่งในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ก็ส่งผลต่อสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีได้

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แตกต่างจากการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลโดยทั่วไป เนื่องจากผลของโรคและอาการเจ็บป่วยต่างๆ จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณเป็นอย่างมาก ดังนั้นการประเมิน หรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรครอบคลุม ทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุพิสัย (Objective) และด้านจิตพิสัย (Subjective) (Meeberg, 1993) สอดคล้องกับแนวคิดที่สอดคล้องกัน คือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) และความสุข (Happy) เป็นมิติที่สำคัญที่สุด และถือว่าเป็นตัวชี้วัดของการประเมินคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงทำให้มีผู้ศึกษา และพัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างไรก็ดีตามยังพบว่าเครื่องมือส่วนมากไม่สามารถวัดได้ครอบคลุมครบทุกมิติที่กล่าวมา (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

ในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาจากคุณสมบัติของเครื่องมือที่ดี ซึ่ง Spitzer, Dobson, and Hall (1981) ได้กล่าวสรุปว่าเครื่องมือที่ดีในการประเมินคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน จำนวนข้อความควมมีรายละเอียดมากพอที่จะครอบคลุมองค์ประกอบในแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา

4. ควรเป็นปริมาณ เช่น ข้อมูลที่ใช้สามารถให้คะแนนเป็นตัวเลขได้
5. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ ด้วยข้อจำกัดน้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้าน อายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรค
6. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
9. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพที่แตกต่างกัน
10. สอดคล้องกับความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และคะแนนที่วัดได้สอดคล้องกับเครื่องมืออื่นที่ใช้วัด

การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่จำเป็นในการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป ในประเด็นของคุณภาพชีวิตที่ถูกกระทบด้วยการติดเชื้อและการป่วยด้วยเอดส์ นอกจากคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต่ำกว่าประชากรทั่วไปแล้ว ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ อีกด้วย (Wachtel et al., 1992) โรคแต่ละโรคทำให้มีอาการและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจึงต้องมีความสอดคล้องต่อผลกระทบของโรคต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตอาจจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยมะเร็งในบางด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิจัยหลายท่านได้ให้แนวทางประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยมะเร็ง พอเป็นสังเขป ดังนี้

Padilla and Grant (1985) ได้สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ออกทางหน้าท้องชื่อว่าดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) เพื่อวัดคุณภาพชีวิตใน 6 มิติ คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความรู้สึกต่อสังคม และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา ซึ่งได้มีนักวิจัยหลายท่านได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้มาประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอื่น โดย Hanucharumkul (1988) ได้แปล และประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยคนไทย

เพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ คอ และปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งได้ตัดข้อคำถามเกี่ยวกับโคลอสโตมีย์ น้ำหนักตัว และเพศสัมพันธ์จำนวน 4 ข้อ ออกจากของเดิม 23 ข้อ คงเหลือ 19 ข้อ โดยเป็นคำถามด้านบวก 14 ข้อ และคำถามด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบในคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง (Linear Analog Scale) โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษาจำนวน 112 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 ต่อมาเปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย (2536) ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้ในผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 120 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

Zhan (1992) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตว่า ควรประเมินทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ครอบคลุมโครงสร้าง 4 ด้าน ของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล สุขภาพและการทำงานของร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งได้มีนักวิจัยหลายท่านได้นำแบบวัดนี้มาประเมินคุณภาพชีวิต โดยมณฑา แห่งทรัพย์เจริญ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด โดยอาศัยแนวคิดบางส่วน ของ Zhan (1992) เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามตามนโนทัศน์ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ลักษณะคำตอบในคำถามแต่ละข้อเป็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80

Wu, Revicki, Jacobson, and Malitz (1997) ได้ใช้แบบวัดผลการรักษา (Medical Outcome Study [MOS]) จำนวน 30 คำถาม มาประเมินสถานะทางสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ และ ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ แต่ Wachtel et al. (1992) มีความเห็นว่า MOS ยังไม่มีความเหมาะสมที่จะใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรง ดังนั้น Wachtel et al. (1992) จึงได้นำ MOS มาประยุกต์ และดัดแปลงข้อคำถามให้กระชับขึ้น โดยปรับให้เหลือเพียง 20 ข้อคำถาม ซึ่งการวัดระดับคุณภาพชีวิตนั้นเป็นการวัดสถานะทางสุขภาพใน 6 มิติ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม คือ ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical Functioning) ความเจ็บปวด (Pain) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Health Perception) สุขภาพจิต (Mental Health) การทำหน้าที่ตามบทบาท (Role Functioning) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning)

มีนักวิจัยหลายท่านได้นำแบบวัดผลการรักษามาประเมินคุณภาพชีวิต เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สดานันท์ ปิยกุล, 2542) ได้นำแบบการวัดคุณภาพชีวิตด้านสถานะทางสุขภาพ

ใน 6 มิติมาพัฒนาให้เหมาะสมกับสังคมไทย โดยเพิ่มด้านการวัดความพึงพอใจในภาพรวมเข้ามา เพื่อวัดคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย 6 ข้อ ความเจ็บปวด 1 ข้อ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ 4 ข้อ สุขภาพจิต 6 ข้อ การทำหน้าที่ตามบทบาท 1 ข้อ การทำหน้าที่ทางสังคม 1 ข้อ ด้านการวัดความพึงพอใจในภาพรวม 1 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหาและความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความพึงพอใจในภาพรวม 0.76 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสถานะทางสุขภาพเท่ากับ 0.89

WHOQOL Group (1995) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต สำหรับใช้ในประเทศต่าง ๆ ขึ้นมาตั้งแต่ปี 1992 เครื่องวัดฉบับมาตรฐานประกอบด้วย 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องมือจนเหลือ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) โดยแบบวัด WHOQOL-BREF ที่พัฒนาได้นำมาทดสอบเปรียบเทียบกับ WHOQOL-100 ในกลุ่มตัวอย่างชาย 208 คน หญิง 459 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม WHOQOL-100 และ WHOQOL-BREF เท่ากับ 0.89 และ 0.84 ตามลำดับ ($r = .65, p < .01$) ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะ (WHOQOL-HIV group, 2003) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล รวมทั้งหมด 100 ข้อ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหาและความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิขององค์การอนามัยโลก นำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 200 ราย ในประเทศออสเตรเลีย บราซิล อินเดีย ไทย และ ซิมบับเว โดยผลพบว่าจุดอ่อนของเครื่องมือคือ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีการศึกษา หรือมีการศึกษาน้อยอาจแปลความหมายของคำถามผิดพลาดได้

สำหรับในประเทศไทย มีการประยุกต์เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) ซึ่งได้เลือกคำถามจาก 100 ข้อ มาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84 โดยลักษณะคำตอบในคำถามแต่ละข้อเป็นมีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ต่อมาได้มีนักวิจัยหลายท่านได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตนี้ไปใช้ โดยวรรณภา กุมารจันทร์ (2541) ได้นำแบบสอบถามนี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ ตอนบน จำนวน 400 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.85 และเสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ (2545) ได้นำไปวัดคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง และ

โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84 และพบว่า จุดอ่อนของเครื่องมือเมื่อนำไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุอาจมีปัญหาในการใช้ เนื่องจากในการพัฒนาเครื่องมือไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และข้อคำถามบางข้อมีความไม่ชัดเจนในข้อคำถาม โดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ ทั้งนี้เนื่องจากคำถามที่ต้องการบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียว แล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้อง (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545)

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จากการทบทวนวรรณกรรม และความรู้ที่ได้จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและความสุขทั่วไป 5 ข้อ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 6 ข้อ ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ 4 ข้อ ด้านทัศนคติต่อตนเอง 5 ข้อ และด้านความพึงพอใจในชีวิต 4 ข้อ รวม 24 ข้อ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจนและความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณจำนวน 5 ท่าน นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90 เช่นเดียวกับกฤษะวี วัฒนชีวิน (2541) ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิต ไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มูลนิธิสภาคริสตจักรในประเทศไทย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 29 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.78

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาไวรัส โดยประยุกต์มาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 26 ข้อ (WHOQOL-BREF) (WHOQOL Group, 1995) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยปรับเนื้อหาของแบบสอบถามในส่วนข้อคำถาม เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และปรับจำนวนข้อคำถาม แยกข้อคำถามในส่วนข้อคำถามความสัมพันธ์ทางสังคม ข้อ 13 เป็น 2 ข้อ เนื่องจากการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม อาจให้คำตอบที่แตกต่างกัน และปรับข้อคำถามทางลบในข้อ 11 ให้เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก เนื่องจากจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เข้าใจในข้อคำถามได้ดีขึ้น โดยสรุปมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 27 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่าแบบประเมินดังกล่าวมีความสอดคล้องครอบคลุมกับคุณภาพชีวิตที่ศึกษาตามแนวคิดของ Wilson and Clearly (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans et al. (2005) และเหมาะสมกับประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปรวมถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และ/ หรือมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีมากมาย โดยผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยต่างๆ ที่พบว่ามี ความสัมพันธ์กันชัดเจนกับการรับรู้คุณภาพชีวิต ภายใต้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (2005) ที่ใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ระดับ CD4 เป็นตัวที่สะท้อนการทำหน้าที่ทางร่างกาย (Biological Function) ประสบการณ์อาการเป็นตัวที่สะท้อนถึงอาการ (Symptom) พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นตัวที่สะท้อนถึงความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Status) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวที่สะท้อนถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) มาศึกษาการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระดับ CD4

เมื่อเลือดขาวชนิด CD4 ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นการติดตามประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ดีที่สุดในปัจจุบัน สามารถบ่งชี้ความรุนแรงของโรคได้ (Jia et al., 2005) การวัดระดับ CD4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 3 เดือน เพื่อติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างใกล้ชิด (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) โดยปกติพบว่าการลดลงของซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์เฉลี่ยปีละ 40-60 Cells/ mm³ (เกียรติ รัชกรุ่งธรรม, 2541) ซึ่งการตรวจระดับ CD4 หลังจากเริ่มการรับประทานยาต้านไวรัสใน 8-12 สัปดาห์ จะช่วยในการพิจารณาสูตรยาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ควรได้รับ ช่วยติดตามระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย รวมทั้งบ่งชี้ว่าเมื่อใดควรหยุดการรับประทานยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (OI Prophylaxis) แต่ละชนิดได้ ในบุคคลที่รับประทานยาต้านไวรัสจะพบว่า การรักษาที่ได้ผลหลังจากเริ่มในเวลา 16-20 สัปดาห์ ระดับ CD4 จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันถ้าระดับ CD4 ลดลงต่อเนื่องมากกว่า 30% จากค่าเดิมสูงสุดอย่างน้อย 2 ครั้ง ติดกันซึ่งจะบ่งบอกถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายที่มักจะทรุดโทรมลงในเวลาที่รวดเร็ว มีการดำเนินของโรคเร็วขึ้น และโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ชายที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 197 ราย ทางตอนใต้ของสหรัฐอเมริกา เป็นระยะเวลา 12 เดือน พบว่า ระดับ CD4 สามารถทำนาย

คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2, p < .001$) (Jia et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตกร แก้วฉวี (2548) ศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้จำนวน 185 ราย พบว่าระดับ CD4 เพิ่มขึ้นเฉลี่ย $130.90 \text{ Cells/mm}^3$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stangl et al. (2007) พบว่า คุณภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ชาย จำนวน 947 ราย ในประเทศอุกันดา หลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลา 12 เดือน มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) และระดับ CD4 สูงขึ้นเฉลี่ย 211.6 Cells/mm^3

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jia et al. (2005) พบว่า คุณภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ชาย จำนวน 197 ราย ทางตอนใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา หลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลา 12 เดือน มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับ CD4 มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2, p < .0001$) โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ (Hays et al., 2000; Jia et al., 2005; Murri et al., 2003; Stangl et al., 2007) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้เกือบเท่าคนปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพที่ดี และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม Eriksson et al. (2000) พบว่า ระดับ CD4 ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลค่อนข้างมาก ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาการดำเนินของโรค และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 18 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นต้น

ดังนั้นระดับ CD4 จึงใช้เป็นดัชนีบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการประเมินประสิทธิผลของการรักษา ซึ่งระดับ CD4 ที่สูงจะแสดงถึงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งน่าที่จะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ประสบการณ์อาการ

ประสบการณ์อาการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995) โดยการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่ถูกต้อง จะส่งผลต่อการดูแลและจัดการอย่างเหมาะสม (Palacio et al., 2004) รวมถึงการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ล้วนต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากสภาพความเจ็บป่วยที่อยู่บนความไม่แน่นอน รวมทั้งในบางรายต้องเผชิญกับอาการที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นผลให้ร่างกายมีการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มี

ระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 Cells/mm³ และมีกลุ่มอาการต่าง ๆ เช่น ปวด คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ โรคผิวหนัง มีความวิตกกังวล มีความกลัว เป็นต้น (Coyne et al., 2002)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังพบอาการข้างเคียงมากมาย และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถรับรู้อาการไม่พึงประสงค์หลายประการ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การเกิดภาวะกรดในร่างกายน (Lactic Acidosis) ตับโตจากภาวะไขมันเสื่อม (Steatosis) จากการใช้ยาในกลุ่ม NRTI หรืออาจเกิดผื่นรุนแรงจนเป็นกลุ่มอาการสตีเวนจอห์นสัน (Stevens-johnson Syndrome) จนอาจเสียชีวิตจากการใช้ยาในกลุ่ม NNRTI เป็นต้น (สัญญา ชาสัมบัติ และคณะ, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีประสบการณ์ทางร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย มีไข้ หายใจลำบาก ปวด คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปากแห้ง กระหายน้ำ ถ่ายเหลว และอาการทางระบบประสาท (Holzemer et al., 2001) นอกจากนี้สุดจิตร์ แก้วมณี (2548) ได้ศึกษาอาการที่เกิดขึ้นของผู้ได้รับยาต้านไวรัส พบว่า การมีผื่นขึ้นตามผิวหนังในระหว่างที่ได้รับยาต้านไวรัส เป็นอาการทางกายที่สร้างความรำคาญรวมทั้งทำให้เป็นที่สังเกตกับบุคคลทั่วไป ส่วนอาการทางจิตใจที่พบบ่อย และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสรับรู้ว่ามี ความรุนแรง คือ อาการวิตกกังวล หวาดกลัว นอนไม่หลับ และซึมเศร้า (Holzemer et al., 2001; Liu et al., 2006)

เช่นเดียวกันกับการศึกษา อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในเขต 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผลกระทบจากการใช้ยาต้านไวรัสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้มากที่สุด คือ อาการในระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 53.2) อาการคลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ 48.9) (นัยนา ชื่นธนบุญ, 2545) จากการศึกษาของงามจรี แซ่หลู่ (2543) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี มีการรับรู้อาการ (Perception of Symptoms) และการประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) ตามการรับรู้ของตนเองอันจะนำไปสู่การเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Symptom Management Strategies) เพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีมากขึ้นแตกต่างกัน และมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วย

โดยสรุปจากผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน พบว่า ประสบการณ์อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.55, r = -.52, r = -.54, r = -.23, p < .05$ ตามลำดับ) (จิตติอาภา ตั้งถ้าวานิช, 2549; Bastardo & Kimberlin, 2000; Jia et al., 2004; Murri et al., 2003) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ (Bastardo & Kimberlin, 2000; Jia et al., 2004; Murri et al., 2003) ดังนั้นการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นระหว่างที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/เอดส์สามารถดูแล และจัดการอาการที่เกิดขึ้นของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Palacio et al., 2004) ซึ่งจะส่งผลต่อการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา ทำให้ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เกือบเท่าคนปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสบการณ์อาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิจัยได้ให้แนวทางประเมินประสบการณ์อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พอเป็นสังเขป ดังนี้

Holzemer et al. (2001) ได้สร้างเครื่องมือประเมินประสบการณ์อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยให้ชื่อว่าแบบประเมิน Check-list for HIV (SSC-HIV) ซึ่งได้พัฒนามาจาก Check-list for HIV (SSC-HIV) (Holzemer et al., 1999) ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 933 ราย ใน 7 รัฐ ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เครื่องมือมีความเที่ยงตรงสูง เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นผู้รายงานอาการด้วยตนเอง ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยครอบคลุม 11 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย 4 ข้อ อาการกล้ามเนื้อ 4 ข้อ อาการไข้ 4 ข้อ อาการไม่สุขสบายของระบบทางเดินอาหาร 6 ข้อ อาการเกี่ยวกับหัวใจ 3 ข้อ อาการระคายเคือง 4 ข้อ อาการตา 4 ข้อ อาการปวดศีรษะ 4 ข้อ อาการระคายเคืองทวารหนัก 3 ข้อ อาการปวดแผลถลอก/มีเลือดออก 4 ข้อ และอาการรูปร่างเปลี่ยนแปลง 5 ข้อ รวม 45 ข้อ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 372 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบสอบถามประสบการณ์อาการของจิตอาภา ตั้งคำวานิช (2549) ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาประสบการณ์อาการ อาการ และอาการแสดงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของ Holzemer et al. (2004) โดยประเมินประสบการณ์อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน 6 กลุ่มอาการ ได้แก่ ความวิตกกังวล (Anxiety) ความซึมเศร้า (Depression) ความเหนื่อยล้า (Fatigue) อาการท้องเสีย หรือถ่ายเหลว (Diarrhea) อาการคลื่นไส้ (Nausea/ Vomiting) อาการที่เกี่ยวกับระบบประสาท (Neuropathy) โดยแบบสอบถามดังกล่าว ได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน เมื่อนำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกระยะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย จำนวน 422 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92, 0.92, 0.88, 0.93, 0.92 และ 0.93 ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่า แบบสอบถามดังกล่าวมีความสอดคล้อง ครอบคลุมกับประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย และศึกษาตามแนวคิคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (2005) มีเหมาะสมกับลักษณะประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

สรุปได้ว่า ประสพการณ์อาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นอย่างมาก โดยที่ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีประสพการณ์อาการที่เหมาะสม จะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีภูมิคุ้มกันใกล้เคียงปกติในเวลาอันรวดเร็ว (Kanabus & Frederiksson, 2005) ลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย ลดอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาส และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Wilson & Clearly, 1995) โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่สอดคล้องตามแผนการรักษา จะช่วยยืดเวลาให้สามารถมีชีวิตต่อไป แต่อย่างไรก็ตามโรคหรือความเจ็บป่วยก็มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่โรคเรื้อรังมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการสุขภาพสูงขึ้น ค่านิยมด้านสุขภาพเปลี่ยนไปสู่การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ประชาชนมีความรู้มากขึ้น จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แสวงหารูปแบบการรักษาและการ自我ดูแลตนเอง ซึ่งพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Levin (1976) กล่าวว่า พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

Orem (1991) ได้ให้ความหมายของการ自我ดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มขึ้น และกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน

จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่ได้กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้สอดคล้องกับแผนการรักษาเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีแห่งตน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, r = .74, r = .57, r = .49, p < .05$) (จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร, 2550; รสสุคนธ์ วาริตสกุล และคณะ, 2544; Clingerman, 2004) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ (Bastardo & Kimberlin, 2000; Liu et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับผลศึกษา พบว่า พฤติกรรม自我ดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดย

พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาพบว่า การปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ($p < .05$) (Jia et al., 2004) ทั้งนี้การติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบกับบุคคลทั้งทางด้านสุขภาพ ร่างกาย และจิตสังคม ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการดำเนินไปสู่การเกิดโรคช้าลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิจัยหลายท่าน ได้ให้แนวทางประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พอเป็นสังเขป ดังนี้

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) ได้สร้างแบบประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยประยุกต์มาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาของนิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ได้ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบารวศนราคร โดยเพิ่มข้อคำถามเพื่อประเมินความต้องการในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อเอดส์ มีคำถามทั้งหมด 27 ข้อ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.73 และในการเก็บข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.70

ดวงกมล วราตุลย์ (2537) ได้สร้างแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยประยุกต์มาจากแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของชนินฐา หาญประสิทธิ์คำ (2535) ได้ศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 71 ราย เพื่อวัดกิจกรรมการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป 14 ข้อ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ 10 ข้อ และกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการ 7 ข้อ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามก่อน และหลังการทดลองเท่ากับ 0.81 และ 0.83 ตามลำดับ

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) โดยทำการศึกษาที่แผนกพันธกิจเอดส์ มูลนิธิสภาคริสตจักรในประเทศไทย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 ราย ราย เพื่อวัดความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้านของโอเร็ม ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลตนเองโดยทั่วไป 13 ข้อ ความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ 3 ข้อ และความ

พร้อมในการดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงเบนสุขภาพ 14 ข้อ รวม 30 ข้อ โดยแบบสอบถามดังกล่าว ได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสใน 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยประเมินการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่สอดคล้องตามแผนการรักษา เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี จากการที่ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสขึ้นใหม่ ทั้งนี้เนื่องจากแบบสอบถามที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามในภาพรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนั้น มีการดูแลตนเองที่มากกว่า ตลอดจนพฤติกรรมบางอย่างมีผลต่อการรับประทุษยาต้านไวรัส และภาวะสุขภาพด้วย โดยแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนี้ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทุษยาต้านไวรัส และด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป โดยมีข้อความที่มีความหมายค้ำบวกรวมจำนวน 30 ข้อ และข้อความที่มีความหมายค้ำบลบจำนวน 5 ข้อ

จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีการปฏิบัติกิจกรรม的自我ดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ที่สอดคล้องกันแผนการรักษา จะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เกือบเท่าบุคคลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกำลังใจ และมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีในการดำเนินชีวิตต่อไป แต่ในทางตรงกันข้ามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่เข้าใจการปฏิบัติตนเองที่ผิดไม่เหมาะสม ย่อมส่งผลเสียต่อตนเอง และสังคม ดังนั้นพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการดำเนินการของโรคช้าลง และน่าจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทุษยาต้านไวรัสดีขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ (Wilson & Clearly, 1995) โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ จะช่วยให้ปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น (จริยาวัฒน์ คมพยัคฆ์ และคณะ, 2541)

จากแนวความคิดนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายแบบที่แตกต่างกันไป ดังนี้

Weiss (1974) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคม ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของแรงงาน การให้ข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของแรงงาน การให้ข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลนั้นรับรู้ได้รับการยกย่องมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะ คือ

1. การให้ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบใน คู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2. การให้ความรู้สึกว่าคุณคนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม โดยบุคคลจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้าขาดในด้านนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกแยกออกจากสังคม

3. การให้โอกาสเลี้ยงดูผู้อ่อนแอกว่า (Opportunity for Nurture) ทำให้บุคคลมีข้อผูกพันที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อบุคคลอื่นที่ตนผูกพัน และรับผิดชอบ พยายามที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ ถ้าขาดในด้านนี้จะทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

4. การให้ความรู้สึกมีคุณค่า (Reassurance of Worth) เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัว หรือเพื่อน บุคคลรู้สึกว่าบทบาททางสังคมของตนเองมีคุณค่า ก่อให้เกิดกำลังใจ

ที่จะดำรงบทบาทนั้น ๆ โดยบทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าขาดในด้านนี้จะทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่น หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การให้ความรู้สึกว่ามีบุคคลพึ่งพาได้ (A Sense of Reliable Alliance) ทำให้บุคคลคาดหวังว่า จะได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เป็นการสนับสนุนในระยะยาว เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านการแนะนำ ชี้แนะ หรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา ถ้าขาดในด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกทอดทิ้ง

House (1981) ได้พิจารณาการสนับสนุนทางสังคมเป็น โครงสร้างมากขึ้น โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย การได้รับความไว้วางใจ การยอมรับ เห็นคุณค่า
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม เป็นการเห็นพ้องการรับรองพฤติกรรมเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และคำแนะนำ
4. การสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ เป็นการสนับสนุนด้านการจัดหาวัสดุสิ่งของ บริการ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีปัญหาทางร่างกายเพิ่มขึ้นเมื่อรับรู้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลง (Zich & Temoshok, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 100 คน พบว่า ผู้ป่วยพอใจแรงสนับสนุนทางสังคม และจะเปิดเผยความจริงกับเพื่อนมากกว่าครอบครัว (Stowe et al., 1993) เช่นเดียวกับการศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 120 ราย พบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การปรับตัวต่อปัญหา และการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต และการสนับสนุนจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อนสนิท (Frieland, Renwick, & McColl, 1996) สอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, r = .24, r = .45, r = .26, p < .05$) (จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร, 2550; ศดานันท์ ปิยกุล, 2542; Clingerman, 2004; Jia et al., 2005) และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสได้ (Liu et al., 2006) อย่างไรก็ตาม Jia et al. (2004) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรชายเพียงกลุ่มเดียว ทำให้มีข้อจำกัด คือ ขาดความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง

โดยสรุป การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเข้มแข็งจะทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ดีขึ้น ช่วยบรรเทาความท้อแท้ สิ้นหวัง สามารถปรับตัว และเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งน่าจะสะท้อนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัยได้ให้แนวทางประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พอเป็นสังเขป ดังนี้

House (1981) ได้สร้างเครื่องมือประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่ง วันทนีย์ สุวรรณช่าง (2542) ได้ประยุกต์แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรร กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการโรงพยาบาลชลบุรี ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ 6 ข้อ การได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม 5 ข้อ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ 6 ข้อ รวม 22 ข้อ แบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน และนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90

สมจิตร ดุลาทอง (2547) ได้พัฒนาแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จาก Maneesriwongul, Tulathong, Deekong, and Williams (2003) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 14 ข้อ การได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม จำนวน 14 ข้อ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 14 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ จำนวน 13 ข้อ รวม 55 ข้อ แบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน และนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลบาราศราคร จำนวน 48 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88

Brandt and Weinert (1981) ได้สร้างเครื่องมือประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดของ Weiss (1969) โดยให้ชื่อว่า แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 (Personal Resource Questionnaires: PRQ 85-Part 2) ประกอบด้วยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับใน 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้รับการอบรมเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยจิรา หงส์ตระกูล (2532) และประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ วัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ แบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน นำไปศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90 และเปรมฤทัย น้อยหมั่นไว (2536) ได้ประยุกต์แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้ให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกระยะ จำนวน 120 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของ Puttapitukpoi (2001) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt and Weinert (1981) ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับสนับสนุนด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านการมีโอกาสได้รับการอบรมเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ และนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 422 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84 โดยมีข้อความที่มีความหมายด้านลบมีจำนวน 5 ข้อ

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และ/หรือมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีมากมาย โดยผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยต่าง ๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันชัดเจนกับการรับรู้คุณภาพชีวิต ภายใต้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans et al. (2005) ที่ใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ระดับ CD4 ประสบการณ์อาการ พฤติกรรม

การดูแลตนเอง และการสนับสนุนน่าจะสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้เป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่อไป

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คั่งแพง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเมืองละเซิงเทรา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก ตลอดจนพยาบาล และเจ้าหน้าที่คลินิก ประกันสังคมทุกท่านที่สนับสนุน และให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก ตลอดจนพยาบาล และเจ้าหน้าที่คลินิก รับผิดชอบด้านไวรัสของโรงพยาบาลอำเภอทุกแห่งในจังหวัดละเซิงเทรา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ติดต่อเอชไอวี/เอดส์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เนื่องจากการงานวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย และทุนส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ จึงขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย และมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ มา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ ทุกๆ คนในครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโท ตลอดจนเพื่อนพยาบาลที่เป็นกัลยาณมิตรทุกท่านที่ทำให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บพทรี นูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

วันเพ็ญ นวาทธณ์