

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส*

Predictors of Health-Related Quality of Life Among People Living
with HIV/AIDS Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy

วันเพ็ญ วนาภรณ์** พย.ม.
เขมารดี มาสิงบุญ***D.S.N.
สุภาภรณ์ ดั่งแพง**** ปร.ด.

Wanpen Wanaporn, M.N.S.
Khemaradee Masingboon, D.S.N.
Supaporn Duangpaeng, D.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ระดับ CD 4 ประสิทธิภาพอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มารับบริการ ณ คลินิกรับยาด้านไวรัส โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 141 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น และตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามประสิทธิภาพอาการ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .90, .90, .77 และ .90 ตามลำดับ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 105.46$, $SD = 13.67$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเช่นกัน ($\bar{X} = 27.89$, $SD = 3.16$, $\bar{X} = 27.43$, $SD = 4.36$ และ $\bar{X} = 31.24$, $SD = 4.72$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.94$, $SD = 2.86$)

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้มากที่สุด ($Beta = .34$, $p < .05$) รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($Beta = .27$, $p < .05$)

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา
*** อาจารย์กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผลการศึกษากลับนี้ แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ น่าจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

Abstract

The purpose of this descriptive research was to examine predictors of health-related quality of life among people living with HIV/AIDS receiving highly active antiretroviral therapy. The selected variables composed of CD 4 level, symptom experiences, self-care behaviors, and social support. One-hundred and forty-one people living with HIV/AIDS were recruited by stratified random sampling from antiretroviral therapy clinics of hospitals in Chachoengsao province. Study Instruments consisted of the Personal Data Record Form, the Quality of Life Questionnaire, the Symptom Experience Questionnaire, the Self-Care Behaviors Questionnaire, and the Social Support Questionnaire. The internal consistency reliability of questionnaires were .90, .90, .77 and .90 respectively. Data were collected during September to November 2008. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyze data.

The results revealed that; people living with HIV/AIDS receiving highly active antiretroviral therapy had high scores of overall

quality of life ($\bar{X} = 105.46$, $SD = 13.67$). Considering in each dimension of quality of life, the scores of physical, psychological and environment domain were at high level. ($\bar{X} = 27.89$, $SD = 3.16$, $\bar{X} = 27.43$, $SD = 4.36$, and $\bar{X} = 31.24$, $SD = 4.72$ respectively); while the social relationship scores were at moderate level ($\bar{X} = 14.94$, $SD = 2.86$).

Results of the study indicated that self-care behaviors and social support were significant predictors of quality of life among people living with HIV/AIDS receiving highly active antiretroviral therapy and accounted for 27 percents of variance ($p < .05$). The most influential factor to quality of life was social support ($Beta = .34$, $p < .05$) and self-care behaviors was the second predictors of quality of life ($Beta = .27$, $p < .05$).

Results of the study emphasize the provision of social support and promoting self-care behaviors among people living with HIV/AIDS receiving highly active antiretroviral therapy can help them perceive good quality of life and live with happiness.

Key words : Health-related quality of life, HIV/AIDS, highly active antiretroviral therapy

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก แต่ละประเทศล้วนประสบปัญหาการแพร่ระบาด และมีการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั่วโลกสูงถึง 33.2 ล้านคน (UNAIDS, 2008) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้ติด

เชื้อเอชไอวี/ เอดส์สะสมประมาณ 1,127,168 ราย (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า สถานการณ์เอดส์ในปัจจุบันรุนแรง และวิกฤติมาก

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสูตร Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถลดและยับยั้งปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดได้ถึงร้อยละ 60-90 ของผู้ที่ได้รับยา (Gottlieb, 2000) สามารถรักษาระดับจำนวนเชื้อเอชไอวีให้น้อยกว่า 1,000 copies/ml (Hunt et al., 2003) ชะลอการดำเนินโรค เพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD 4 cell count) ลดอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาส อัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายได้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมาก (Carriei et al, 2002) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด สม่าเสมอ และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ซึ่งอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดความเบื่อหน่าย และส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ (Chesney et al., 2000; Paterson et al., 2000) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการเกี่ยวกับระบบประสาทส่วนกลางและอาการทางผิวหนัง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รู้สึกทรมาน และหยุดการรับประทานยาต้านไวรัสได้ (Youle, 1998) มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภูมิคุ้มกันต่ำลง เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และโรคแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ภาวะสุขภาพทรุดโทรมลง ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งมีผลต่อ

การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างมาก

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสุข และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี ก็จะทำให้มีกำลังใจ และสนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Wilson & Clearly, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (Carriei et al, 2002; Hays et al., 2000; Murri et al., 2003; Stangl, Wamai, Mermin, Awor, & Bunnell, 2007) โดยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ฐิติอาภา ดังแก้วนิช, 2549; Cowdery & Pesa, 2002; Hays et al., 2000; Liu et al., 2006) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะการดำเนินของโรค หรือความรุนแรงของโรค การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (Liu et al., 2006) และระดับ CD 4 มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2, p < .0001$) โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ (Hays et al., 2000; Jia et al., 2005; Murri et al., 2003; Stangl et al., 2007)

นอกจากนี้ยังพบว่า ประสบการณ์อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23$ และ $-.55, p < .05$) (ฐิติอาภา ดังแก้วนิช, 2549; Bastardo & Kimberlin, 2000; Jia et al, 2004; Murri et al., 2003) และปัจจัยด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27$ และ $-.74, p < .05$) (จันทนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร, 2550; รสสุคนธ์ วาริตสกุล และคณะ, 2544; Clingerman, 2004) รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24$ และ $-.49, p < .05$) (จันทนา บุญเดชา สมพร เนติรัฐกร, 2550; ศดานันท์ ปิยกุล, 2542; Clingerman, 2004; Jia et al., 2005) และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสได้ (Liu et al., 2006)

อย่างไรก็ตาม พบว่า มีความขัดแย้งในผลการศึกษาที่ผ่านมา ดังเช่นการศึกษาของ Eriksson, Nordström, Berglund, & Sandström. (2000) พบว่า ระดับ CD 4 ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลค่อนข้างมาก ซึ่งได้แก่ ระยะการดำเนินของโรค และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 18 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นต้น นอกจากนี้ Jia et al. (2004) ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มประชากรชายเพียงกลุ่มเดียว ทำให้ขาดความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ศึกษาดังกล่าวหลายงานมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้มากน้อยแตกต่างกัน และมีความขัดแย้งของผลการศึกษาในแต่ละงานวิจัยเช่นกัน นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติด

เชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในต่างประเทศ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยยังพบน้อย และเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในภาพรวมมากกว่าการศึกษาเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่ ระดับ CD 4 ประสิทธิภาพอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความแตกต่าง และไม่ชัดเจนในผลการศึกษาที่ผ่านมา โดยในการศึกษารั้งนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้นทุกปีโดยในปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2551 พบจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 3,042, 3,143 และ 3,172 ราย ตามลำดับ ซึ่งเสียชีวิตแล้ว 666 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2551) จะเห็นได้ว่าสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และจำนวนผู้รับบริการยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งของจังหวัดฉะเชิงเทราเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดฉะเชิงเทราได้ส่งเสริมการให้ความรู้ในด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงผู้ติดเชื้อด้วยตนเอง โดยผลจากการศึกษารั้งนี้จะสะท้อนผลการรักษาในภาพรวมตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

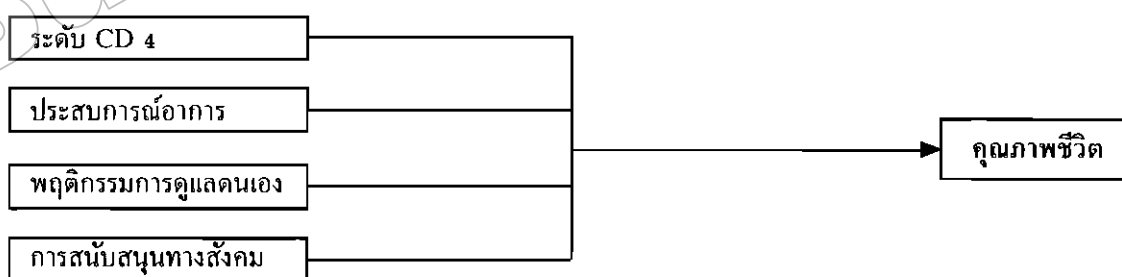
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งได้แก่ ระดับ CD 4 ประสิทธิภาพอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans, Zerwic, Wilbur and Larson (2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจและ/หรือความสุขในการดำรงชีวิต (Ferrans et al., 2005) ประกอบด้วยการรับรู้ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล โดยมีองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน คือ 1) การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Biological function) 2) อาการ (Symptoms) 3) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) และ 4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (General health perceptions) โดยองค์ประกอบดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันคือ เมื่อบุคคลมีภาวะเจ็บป่วย จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายให้ลดลง ทำให้เกิดอาการ มีการรับรู้ถึงอาการต่างๆ ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน และส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics

of the Environment) และปัจจัยด้านบุคคล (Characteristics of the Individual) มีอิทธิพลโดยตรงต่อองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน และต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลที่แตกต่างกันเช่นกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มาศึกษาตามกรอบแนวคิดของ คุณภาพชีวิตของ Wilson and Clearly (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans et al. (2005) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความแตกต่างและไม่ชัดเจนในผลการศึกษา โดยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ระดับ CD 4 เป็นตัวที่สะท้อนการทำงานที่ทางร่างกาย (Biological function) ประสบการณ์อาการเป็นตัวที่สะท้อนถึงอาการ (Symptom) ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างรับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นตัวที่สะท้อนถึงความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวที่สะท้อนถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) ซึ่งผู้วิจัยมีสมมติฐานในการศึกษา คือ ระดับ CD 4 ประสบการณ์อาการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

นิยามศัพท์เฉพาะของตัวแปรที่ศึกษาต่างๆ มีดังนี้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรับรู้จากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากผลการตรวจเลือดโดยวิธี ELISA และยืนยันผลด้วยวิธี Western Blot พบเชื้อเอชไอวี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรเดิมอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ระดับ CD 4 หมายถึง จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4 ในพลาสมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ตรวจวัดครั้งล่าสุด ในระยะเวลา 6 เดือน มีหน่วยการวัดเป็น cells/mm³ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เกี่ยวกับความพึงพอใจและ/หรือความสุขในการดำรงชีวิต ประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ประสบการณ์อาการ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในด้านความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกทุกข์ทรมาน ประเมินใน 6 กลุ่มอาการ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเหนื่อย อาการท้องเสีย หรือถ่ายเหลว อาการคลื่นไส้ และอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตามกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประเมินใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาต้านไวรัส และด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เกี่ยวกับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคล

ในสังคม ประเมินใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสได้รับการอบรมเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในจังหวัดระยอง ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรเดิม เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งการศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 141 คน จากโรงพยาบาลที่ให้บริการยาด้านไวรัสควบคู่กับการให้ความรู้ คำปรึกษาในการรับประทายาต้านไวรัส และ การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามขนาดเตียงของโรงพยาบาล ได้แก่ ขนาด 551, 90, 60 และ 30 เตียง ตามลำดับ หลังจากนั้นจึงใช้วิธีสุ่มแบบง่ายด้วยการจับสลาก เพื่อให้ได้จำนวนโรงพยาบาล 2 ใน 3 จากแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างที่มี 1 โรงพยาบาล นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ต้องนำไปจับสลาก ซึ่งจำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลใช้วิธีคำนวณตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละชั้น ได้กลุ่มตัวอย่าง 141 คน (Power analysis เท่ากับ .80 และ Effect Size เท่ากับ .25, α เท่ากับ .05 และคำนวณเพิ่ม 10%)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับ BMI สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยปัจจุบัน และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ระยะการดำเนินโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงในการได้รับเชื้อ ระดับ CD 4 สูตรยาต้านไวรัส การเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ความสม่ำเสมอ และความตรงเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตรวจตามนัด การติดเชื้อฉวยโอกาสร่วม และประวัติโรคประจำตัว

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) (WHOQOL group, 1995) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยเลย และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการคิดคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมารวมคะแนนได้คะแนนรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 27-135 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้คุณภาพชีวิตไม่ดี (27-63 คะแนน) การรับรู้คุณภาพชีวิตปานกลาง (64-99 คะแนน) และการรับรู้คุณภาพ

ภาพชีวิตดี (100-135 คะแนน) โดยการศึกษาครั้งนี้ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ .90

ชุดที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์อาการ เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามประสบการณ์อาการของจิตติอาภา ตั้งคำวานิช (2549) ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของ Hudson, Kirksey, and Holzemer (2004) โดยประเมินประสบการณ์อาการ 6 กลุ่มอาการ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า อาการท้องเสียหรือถ่ายเหลว อาการคลื่นไส้ และอาการที่เกี่ยวข้องระบบประสาท ซึ่งแต่ละกลุ่มอาการประเมินใน 4 ลักษณะ คือ ความถี่ ความรุนแรง ความรู้สึกทุกข์ และผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกทำเฉพาะประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นในระยะ 1 สัปดาห์ผ่านมา สำหรับการคิดคะแนนโดยถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสบการณ์อาการในแต่ละข้อคิดเป็น 1 คะแนน รวมกับการประเมินความรุนแรง 10 คะแนน และความรู้สึกทุกข์ทรมาน 10 คะแนน ซึ่งคะแนนแต่ละกลุ่มอาการเท่ากับ 21 คะแนน ส่วนการประเมินความถี่ และผลกระทบต่อชีวิตประจำวันจะไม่นำมารวมคะแนน ใช้เพียงประกอบการอภิปรายผลเท่านั้น ดังนั้นคะแนนของการรับรู้ประสบการณ์อาการโดยรวมเท่ากับ 0-126 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ คะแนนมาก(64-126 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ประสบการณ์อาการมาก และคะแนนน้อย (0-63 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ประสบการณ์อาการน้อย โดยการศึกษาครั้งนี้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสบการณ์อาการเท่ากับ .90

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นแบบประเมินกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับ

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ ทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประเมินใน 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส มีข้อคำถาม 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาต้านไวรัส และ ด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย และ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ สำหรับการคิดคะแนนโดยนำ คะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมารวมคะแนน ได้คะแนนรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 35-175 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี (35-82 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง (83-129 คะแนน) และพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (129-175 คะแนน)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้านการรักษาทาง เลือกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เลือกใช้ร่วมกับการ รักษาด้วยยาต้านไวรัส มีข้อคำถาม 1 ข้อ โดยถามถึง วิธีการที่เลือกใช้ในการจัดการอาการ แต่ไม่ได้นำมา คิดคะแนน และใช้ประกอบการอภิปรายผลเท่านั้น

โดยการศึกษาครั้งนี้ค่าความเที่ยงของแบบ สอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/เอดส์เท่ากับ .82

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทาง สังคมด้วยตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการ รักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคมของ Puttapitukpoi (2001) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทาง สังคมของ Brandt and Weinert (1981) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสได้รับการยอมรับ เลี้ยงดู ด้านการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าของตนเอง และ ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ลักษณะ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง สำหรับการคิดคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมา รวมคะแนน ได้คะแนนรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 25-125 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี (25-58 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง (59-92 คะแนน) และพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (93-125 คะแนน) โดยการศึกษาครั้งนี้ค่าความเที่ยงของ เครื่องมือเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัย เสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อพิจารณา และตรวจสอบเป็นที่เรียบร้อยแล้วจึง ดำเนินการวิจัย โดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิก รับประทานไวรัสจะเป็นผู้แนะนำกลุ่มตัวอย่างให้รู้จัก ผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ ผลเสียของการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นได้ และอธิบายการ พิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยให้เวลากับกลุ่ม ตัวอย่างในการตัดสินใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถ ยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และไม่มีผลต่อการ รับบริการจากโรงพยาบาลแห่งนั้น ข้อมูลที่ได้จากการ ตอบแบบสอบถามจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ และ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดี ให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสำรวจรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัส คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และสุ่มตามวิธีการที่กำหนด หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมร่วมมือในการวิจัย โดยการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการของโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว และรอรับยา ผู้วิจัยจะใช้เวลาช่วงนี้เช็กกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามอย่างอิสระในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่รบกวน และไม่จำกัดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการรักษาด้วยยาด้านไวรัส และคะแนนประสบการณ์อาการ โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และวิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายของตัวแปรด้วยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 141 ราย เป็นเพศหญิง และเพศชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 49.6 และ 48.9 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 38.14 ปี ($SD = 8.19$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 48.2) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 56) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 66.7) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยกว่า

5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 64.5) อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 87.2) และมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 65.2)

ข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษาด้วยยาด้านไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะของโรคเอดส์มากที่สุด (ร้อยละ 66) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 85.2) เปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 56) มีปัจจัยเสี่ยงในการได้รับเชื้อจากเพศสัมพันธ์มากที่สุด (ร้อยละ 78.7) ใช้สูตรยาด้านไวรัส GPO vir (S30) (ร้อยละ 58.9) ไม่เคยเปลี่ยนสูตรยาด้านไวรัส (ร้อยละ 58.9) มีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสระหว่าง 6 เดือน-1 ปี และ 4 ปี-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.4 ($\bar{X} = 2.56, SD = 1.89$) และมาตรฐานค่าสมมาตร (ร้อยละ 92.9)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.7 มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ($\bar{X} = 85.96, SD = 14.44$) และรับประทานยาด้านไวรัสคลาดเคลื่อนไม่เกิน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 97.2) มีเชื้อฉวยโอกาสร่วม (ร้อยละ 60.3) ซึ่งได้แก่ วัณโรคปอด (ร้อยละ 28.4) รองลงมาคือ ปอดอักเสบจากเชื้อ PCP (ร้อยละ 16.3) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 28.4) ซึ่งได้แก่ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 12.1) และร้อยละ 88.7 มีระดับ CD 4 ครั้งแรกโดยเฉลี่ย 94.55 cell/mm³ ($SD = 98.91$) และร้อยละ 44 มีระดับ CD 4 ปัจจุบันโดยเฉลี่ย 390.9 ($SD = 242.25$)

2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

ประสบการณ์อาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 56.7) โดยประสบการณ์อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการเกี่ยวกับระบบประสาท ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า (ร้อยละ 26.2, 24.1 และ 22 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับอาการโดยรวม ($\bar{X} = 33,$

$SD = 2.83$) และรายด้าน ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า อาการท้องเสีย หรือถ่ายเหลว อาการคลื่นไส้ และอาการเกี่ยวกับระบบประสาท ค่อนข้างไปทางด้านน้อย

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 150.92, SD = 12.25$) และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาต้านไวรัส และด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 97.83, SD = 12.49$) และรายด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดผูกพัน

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำแนกตามคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ($n = 141$)

คุณภาพชีวิต	พิสัยของแบบบันทึก	พิสัยของกลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
โดยรวม	27-135	64-135	105.46	13.67	ดี
รายด้าน					
ด้านร่างกาย	7-35	13-35	27.50	3.59	ดี
ด้านจิตใจ	6-30	10-30	23.82	3.89	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	4-20	7-20	14.94	2.89	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	17-40	31.24	4.72	ดี
ความพอใจสุขภาพ	1-5	1-5	3.9	.85	ดี
ความพอใจคุณภาพชีวิต	1-5	1-5	4.05	.97	ดี

3. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .27, p <$

ด้านการมีโอกาสได้รับการอบรมเลี้ยงดู ด้านการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าของตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมระดับปานกลาง

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 105.46, SD = 13.67$) และรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเช่นกัน และมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1 ดังนี้

.05) โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้มากที่สุด ($Beta = .34, p < .05$) รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($Beta = .27, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ($n = 141$)

ตัวแปรทำนาย	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
การสนับสนุนทางสังคม	.38	.09	.34	4.28***
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.30	.09	.27	3.37***

Constant = 23.23, $R = .52$, $R^2 = .27$, Adjusted $R^2 = .27$, $SEE = 11.78$, $F(1, 138) = 25.32***$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้
 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 105.46$, $SD = 13.67$) อภิปรายได้ว่า ถึงแม้ว่าร้อยละ 66 ของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระยะของโรคเอดส์ แต่ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเฉลี่ย 2.6 ปี ทำให้ระดับ CD 4 หลังรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉลี่ย 205.35 cell/mm³ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (Kanabus & Frederiksson, 2005) สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Stangl et al., 2007) ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Wilson & Clearly, 1995)

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุโดยเฉลี่ย 38.14 ปี ($SD = 8.19$) และระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 5 ปี มีระดับ CD 4 ณ ปัจจุบันอยู่ในช่วง 200-400 cell/mm³ และร้อยละ 71.6 ไม่

พบโรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อน จึงยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ อีกทั้งการได้รับความรู้ในด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตระหนักในความสำคัญ และมีการดูแลตนเองที่ดีมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสด้วยสูตร GPO vir (S30) (ร้อยละ 58.9) ซึ่งมีผลข้างเคียงน้อย จำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละครั้งไม่มาก ทำให้สะดวกในการรับประทานมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีการเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสถึงร้อยละ 58.9 ซึ่งสะท้อนถึงการประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่เกิดภาวะดื้อยา โดยพบว่าร้อยละ 97.2 ของกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสคลาดเคลื่อนไม่เกิน 1 ชั่วโมง ทำให้ระดับ CD 4 เพิ่มสูงขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับรู้การมีภาวะสุขภาพที่ดี รวมถึงการรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Wilson and Clearly, 1995)

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

จากการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทำนาย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .27, p < .05$) โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้มากที่สุด ($Beta = .34, p < .05$) รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเอง ($Beta = .27, p < .05$) สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผลจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ดีที่สุด ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (จิตติอาภา คังคำวานิช, 2549; Bastardo & Kimberlin, 2000; Cowdery & Pesa, 2002; Liu et al., 2006) โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 97.83, SD = 12.49$) และรายด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านการมีโอกาสได้รับการยอมรับและดูแล ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ อยู่ในระดับมากเช่นกัน และมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 87.2) จึงทำให้รู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย ได้รับความรักจากครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกำลังใจ ประกอบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อ (ร้อยละ 56) จึงทำให้ครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน และบุคลากรทางสุขภาพมีโอกาสได้รับรู้ปัญหา

ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยจะได้รับการดูแล เอาใจใส่ และช่วยเหลือ (ทิพวรรณ วานิชสันต์, 2545) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ปรับตัวในการแก้ปัญหา และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยการเปิดเผยตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทำให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น รวมทั้งได้รับการดูแล และรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยครอบครัวหรือเพื่อนจะช่วยกระตุ้น เตือนในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา ตลอดจนได้รับคำแนะนำ และข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองต่อไป ซึ่งการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านดี จึงมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภาวะสุขภาพที่ดี และประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากขึ้น เกิดโรคแทรกซ้อนน้อย ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน (Wilson & Clearly, 1995)

พฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นตัวแปรร่วมที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 150.92, SD = 12.25$) และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาต้านไวรัส และด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป อยู่ในระดับดีเช่นกัน อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นสมาชิกของชมรมผู้ติดเชื้อของโรงพยาบาล จึงได้รับการสนับสนุน ได้รับกำลังใจ การดูแลกันและกันในกลุ่มสมาชิกภายใต้การดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี ประกอบกับมีการรับรู้ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสค่อนข้างน้อย จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

เอดส์สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่งประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสจะเกิดการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี และเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD 4) (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) จึงทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่มีระดับ CD 4 ณ ปัจจุบันมากกว่า 200 cell/mm³ และถึงแม้ว่าร้อยละ 66 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะเป็นระยะของโรคเอดส์ก็ตาม แต่ระยะเวลาการรับเชื้อเอชไอวีก่อนข้างน้อย ($\bar{X} = 4.86, SD = 3.45$) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน และมีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สนใจข่าวสาร และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีตามมา ตลอดจนเมื่อมีความเจ็บป่วยก็มีความเข้าใจ สามารถไปรับบริการที่โรงพยาบาล และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอได้ (ร้อยละ 92.9) ซึ่งจะทำให้ไม่ขาดการรับประทานยาต้านไวรัสเช่นกัน

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ระดับ CD 4 และประสบการณ์อาการ ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน ทำให้มีระดับ CD 4 ดี คือ มากกว่า 200 cell/mm³ ($\bar{X} = 390.9, SD = 242.25$) และระดับ CD 4 เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 296.35 cells/mm³ ถึงแม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะพบว่า ระดับ CD 4 ระหว่าง 6 เดือนแรกของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ เนื่องจากอาจมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส (Jia et al., 2005; Murri et al., 2003) แต่ในการศึกษานี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้อาการโดยรวม

ค่อนข้างน้อย ($\bar{X} = 33, SD = 2.83$) และอาการทางด้าน ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า อาการท้องเสีย หรือถ่ายเหลว อาการคลื่นไส้ และอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ค่อนข้างน้อยเช่นกัน ซึ่งการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นความรู้สึกในแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งหมดมีระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน ดังนั้นจึงมีการปรับตัวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้พอสมควร ตลอดจนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และมีวิธีการจัดการอาการที่หลากหลาย เช่น การเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกในการจัดการอาการ รวมทั้งการเปิดเผยผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวียังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการดูแล สนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน และบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป และรับรู้ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นน้อย หรือสามารถควบคุม บรรเทา ความรุนแรงของประสบการณ์อาการที่ประสบอยู่ ทำให้ผลกระทบจากอาการต่างๆ จึงเกิดขึ้นน้อย ทำให้รับประทานยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอมากขึ้น และส่งผลต่อระดับ CD 4 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ระดับ viral load ลดลงจนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ว่าคุณภาพร่างกายแข็งแรง จนสามารถใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งประกอบอาชีพได้ตามปกติ มีสภาพจิตใจที่ดี และการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Wilson & Clearly, 1995)

กล่าวโดยสรุป ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการ

รักษาด้วยยาต้านไวรัส มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ร่วมกับมีการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษากครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มากยิ่งขึ้น

2. บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมความตระหนักให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ ส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสให้สม่ำเสมอ และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นต้น

3. พัฒนาโปรแกรม หรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่น การส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส หรือ ส่งเสริมโปรแกรมการจัดการอาการโดยมุ่งเน้นพฤติกรรมดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส เป็นต้น

4. เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 66.7 มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ($\bar{X} = 85.96$, $SD = 14.44$) ดังนั้นสถานพยาบาลควรมีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ค้นหาสาเหตุของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ และหาแนวทางในการช่วยเหลือ/ส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสให้มากยิ่งขึ้น

5. บุคลากรผลการศึกษาในครั้งนี้ ในการจัดการเรียนการสอน โดยควรเน้นให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเอง

6. นำข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการพัฒนาบุคลากรในทีมสุขภาพ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษากครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพิ่มเติมตัวแปรส่วนบุคคล และตัวแปรอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และการเปิดเผยผลเลือด ว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหรือไม่

2. เนื่องจากการศึกษากครั้งนี้จำกัดเฉพาะอยู่ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่อยู่ภายใต้โครงการของภาครัฐ และเป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น (cross-sectional) ดังนั้น ควรศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้ไม่เข้าร่วมโครงการยาต้านไวรัส และติดตามประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อขยายผลการศึกษากต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ

และคำปรึกษา ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน รวมทั้งครอบครัวที่คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาของทุกท่าน และขอขอบคุณทุนอุดหนุนและส่งเสริมระดับบัณฑิตศึกษาจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา และทุนส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาในการทำวิทยานิพนธ์จากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑลารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส พ.ศ.2546*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ร.ส.พ.

จินตนา บุญเดชา และสมพร เนติรัฐกร. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารโรคเอดส์*, 19(2), 102-113.

จิตติอาภา ดังคำวานิช. (2549). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพวรรณ วานิชสันต์. (2545). *ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในโครงการการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีศึกษาโรงพยาบาลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ปี 2545*. กรุงเทพฯ: สถาบันสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1.

รสสุคนธ์ วาริตสกุล, แสงหล้า พลนอก, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, มัลลิกา ดังคำวานิช และประภา ลีมีประสูติ. (2544). *การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ร่วมกับครอบครัว*. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศดานันท์ ปิยกุล. (2542). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2551). *สถานการณ์โรคเอดส์ จังหวัดฉะเชิงเทรา สิงหาคม 2551*. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานการประชุม

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2552*. วันที่ค้นข้อมูล 19 เมษายน 2552, เข้าถึงได้จาก <http://www.aidsthai.org>

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2547). *แนวทางดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง พ.ศ. 2547*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.

สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วีระวรรณ ดันดิพิ วัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

Bastardo, Y. M., & Kimberlin, C. L. (2000). Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *AIDS Care*, 12(5), 673-684.

Brandt, P., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.

Carriei, P., Spire, B., Duran, S., Katlama, C., Peyramond, D., Francois, C., et al. (2002). Health-related quality of life after 1 year of

highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 32(1), 38-45.

Chesney, M. A., Ickovics, J. R., Chambers, D. B., Gifford, A. L., Neidig, J., Zwickl, B., & Wu, A. W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG adherence instruments. *AIDS Care*, 12(3), 255-266.

Clingerman, E. (2004). Physical activity, social support, and health-related quality of life among persons with HIV disease. *Journal of Community Health Nursing*, 21(3), 179-197.

Cowdery, J. E., & Pesa, J. A. (2002). Assessing quality of life in women living with HIV infection. *AIDS Care*, 14(2), 235-245.

Eriksson, L. E., Nordström, G., Berglund, T., & Sandström, E. (2000). The health-related quality of life in a Swedish sample of HIV-infected persons. *Journal of Advances Nursing*, 32(5), 1213-1223.

Ferrans, C. E., Zrewic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.

Gottlieb, S. (2000). Non-compliance often the cause when AIDS drug "fail". *British Medicine Journal*, 320, 208.

Hays, R. D., Cunningham, W. E., Sherbourne, C. D., Wilson, I. B., Wu, A. W., Cleary, P. D., McCaffrey, D. F., Fleishman, J. A., Crystal, S., Collins, R., Shapiro, F. M., & Bozzette, S. A. (2000). Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency

virus infection in the United States: Results from the HIV cost and services utilization study. *The American Journal of Medicine*, 108, 714-722.

Hudson, A., Kirksey, K., & Holzemer, W. L. (2004). The influence of symptoms on quality of life among persons HIV-infected woman. *Western Journal of Nursing Research*, 26, 9-23.

Hunt, P. W., Deek, S. G., Rodriguez, B., Valdez, H., Shade, S. B., Abrams, D. I., et al. (2003). Continued CD4 cell count increases in HIV-infection adults experiencing 4 years of virus suppression on antiretroviral therapy. *AIDS*, 17, 1907-1915.

Jia, H., Uphold, C. R., Wu, S., Reid, K., Findley, K., & Duncan, P. W. (2004). Health-related quality of life among men with HIV infection: Effects of social support, coping, and depression. *AIDS Patient Care and STDs*, 18, 594-603.

Jia, H., Uphold, C. R., Wu, S., Chen, G. J., & Duncan, P. W. (2005). Predictive of change in health-related quality of life among men with HIV infection in HAART era. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 395-405.

Kanabus, A., & Fredriksson, J. (2005). *History of AIDS up to 1986, History of AIDS from 1987 to 1992, History of AIDS from 1993 to 1997 and History of AIDS from 2003 onwards*. Retrieved November 29, 2007, from <http://www.AVERT.org>

Liu, C., Johanson, L., Ostrow, D., Silvestre, A., Visscher B., & Jacobson, L. P. (2006). Predictors for lower quality of life in

the HAART era among HIV-infection men. *Acquire Immune Deficiency Syndrome*, 42(4), 470-477.

Murri, R., Fantoni, M., Borgo, C. D., Visona, R., Barracco, A., Zambelli, A., Testa, L., Orchi, N., Tozzi, V., Bosco, O., & Wu, A. W. (2003). Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*, 15(4), 581-590.

Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E.N., Squier, C., Waqener, M. M., & Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21-30.

Puttapitukpol, S. (2001). *A Causal Model of the Health Responsibility of Pregnant Adolescents*. Doctoral dissertation, Department of Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Stangl, A. L., Wamai, N., Mermin, J., Awor, A. C., & Bunnell, R. E. (2007). Trends

and predictors of quality of life among HIV-infection adults taking highly active antiretroviral therapy in rural Uganda. *AIDS Care*, 19(5), 626-636.

UNAIDS. (2008). *08 AIDS epidemic update*. Retrieved April 18, 2009, from http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2008/2008_epiupdate_en.pdf

WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Link clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.

Youle, M. (1998). Reasons for discontinuation of protease inhibitor treatment: A clinical survey. (12th ed.) [Abstract]. *World AIDS conference Geneva abstract*, 4, 3235.