

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษากลุ่ม “รมน้ำใจรมน้ำลาว” อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

เกียรติชาย จิระมหวิทยากุล*

สำราญ เชื้อเมืองพาน*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ: ๑) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย, ๒) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย, และ ๓) ศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่มไม่น้อยกว่า ๑ เดือน จำนวน ๑๘๐ คนในกลุ่มรมน้ำใจรมน้ำลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. เครื่องมือในการศึกษา คือแบบสอบถาม. สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, การทดสอบที และการทดสอบเอฟ.

ประชากรที่ศึกษาร้อยละ ๕๐.๖ เป็นหญิง และร้อยละ ๔๙.๔ มีอายุต่ำกว่า ๓๕ ปี, ร้อยละ ๖๘.๕ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา, ร้อยละ ๕๐.๖ สถานภาพสมรสคู่, ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ ๖๐ และเกษตรกรร้อยละ ๓๙.๔, ร้อยละ ๔๒.๘ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท; ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นสมาชิกกลุ่มรมน้ำใจรมน้ำลาว ๔ ปีขึ้นไป. เหตุผลในการเข้ากลุ่มคือต้องการดูแลสุขภาพตนเองและได้รับยาต้านไวรัส, ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ๑ - ๔ ครั้ง, ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ๖ ปีขึ้นไป, เจ็บป่วยเล็กน้อยเดือนละครั้ง, กินยาต้านไวรัสปีครั้งถึง ๓ ปี, การดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย ๐.๘๔ จากคะแนนเต็ม ๑). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕๕ จากคะแนนเต็ม ๕. เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และคุณภาพชีวิตด้านชุมชน อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๖ และ ๓.๘๔ ตามลำดับ. ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๔๓ และ ๓.๐๓ ตามลำดับ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ได้แก่ สถานภาพสมรส, รายได้, ระยะเวลาการรับรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี และลักษณะการเจ็บป่วย. สำหรับตัวแปรระดับการศึกษา, ระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และการดูแลสุขภาพตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการป่วย.

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

๑. ควรส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย, การนอนหลับพักผ่อนอย่างพอเพียง, การล้างมือก่อนกินอาหารและหลังจากขับถ่ายทุกครั้งด้วยสบู่, การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว, การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์, การไม่ใกล้ชิดสัตว์เลี้ยงที่เป็นชน.

๒. ควรส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เช่น ทำการอบรมให้ความรู้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่สมัครใจ.

๓. ควรส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการแก้ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน, การสร้างความเข้าใจกับชุมชนร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยในชุมชน.

๔. ควรส่งเสริมอาชีพให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพื่อเพิ่มรายได้.

๕. ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยร่วมกันหลายฝ่าย ทั้งในภาครัฐ, เอกชน, ครอบครัว, ชุมชน, ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป.

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยโรคเอชไอวี, โรคระยะเอดส์, คุณภาพชีวิต

*โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย



Abstract **Quality of Life of HIV-infected Persons and Patients: A Case Study of the “Ruam Nam Jai Rim Nam Lao” Group, Mae Lao District, Chiang Rai Province**
Kiatchai Jiramahavitayakul*, Samran Chuamuangphan*

**Mae Lao Hospital, Chiang Rai Province*

The objectives of this study were to: (1) examine the quality of life of HIV-infected persons and patients; (2) identify the factors related to their quality of life, and (3) map out the problems and seek ways to improve their quality of life.

A questionnaire was employed as the research instrument to obtain information from 180 HIV-infected persons and patients who had been members of the Ruam Nam Jai Rim Nam Lao Group in Mae Lao district, Chiang Rai Province, for at least three months. Frequency, percentage, t-test and F-test were used for data analysis. About 50.6 percent of the subjects were females, aged below 35 years (43.9%) and married. The majority (68.9%) had finished elementary school. The majority (60%) were engaged in general employment or in agriculture (33.9%), among others. The average monthly income was below 1,000 baht (42.80%). Most of them had been members of the Ruam Nam Jai Rim Nam Lao Group for four years or more. The reason for joining the group was to access the facilities to look after their own health and to get anti-AIDS medicines. They participated in the group activities 1-4 times. They learned that they were HIV-infected at least six years previously. They experienced a mild ill-feeling approximately once a month. The period of treatment with anti-HIV medicines was one and a half years to three years. To a great extent, they looked after their own health ($x = 0.74$ out of 1).

Overall, the quality of life of the HIV-infected persons and patients was moderate ($x = 3.59$ out of 5). When the individual dimensions were considered separately, it was found that the quality of family life and that of community life were high ($x = 4.07$ and 3.84, respectively). Their health and economic security were found to be moderate ($x = 3.43$ and 3.03, respectively).

The factors relating significantly to their quality of life at the 0.05 level were gender, marital status, income, length of time knowing about their HIV infection, and the nature of their illness, respectively. In contrast, education, number of years of taking anti-HIV medication and self-care were all found to have no relationship to their quality of life.

From the findings of the study, the researchers were able to compile some suggestions for improving the situation of the HIV-infected persons and patients in the communities; the details of the study are described in the text.

Key words: HIV-infected persons, HIV patients, AIDS, quality of life

ภูมิหลังและเหตุผล

คุณภาพชีวิต หมายถึงการที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตและการดำเนินกิจกรรมทั้งหลายของชีวิตด้วยพลังกำลัง ความรู้ความสามารถทั้งปวงที่ตนมีอยู่ด้วยความราบรื่น ทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และได้รับการยอมรับและนับถือจากสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ตามสมควร^(๑). มีผู้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้มากมายในมุมมองที่แตกต่างกันไปและคล้ายคลึงกันบ้าง

ดังเช่นที่ศึกษาไว้โดย UNESCO^(๒), ESCAP^(๓), Cambell^(๔), Sharma^(๕), สุพรรณิ ไชยอำพร และสนธิ สมัครการ^(๖), วิชัย รูปชาติ และคณะ^(๗) ซึ่งสรุปได้ใน ๗ ตัวแปรหลักหรือ ๗ มิติ ได้แก่ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ, สุขภาพ, ชีวิตด้านการใช้สติปัญญา, ชีวิตการทำงาน, สภาพแวดล้อมทางกายภาพ, ชีวิตครอบครัวและชีวิตในชุมชน. ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อมนุษย์ทั่วไปต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วย (ก่อนระยะเอดส์ หรือเอดส์) ก็ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่

ดีเช่นกัน ดังนั้นการจะบอกได้ว่าระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมีมากน้อยเพียงใดและอย่างไร ก็จะต้องทำการศึกษา.

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นทุกปี. จากข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๑ ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๔๙ มีผู้ป่วยโรคเอชไอวีระยะเอดส์ ๒๐,๘๔๒ คนและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการถึง ๗,๖๕๑ คน และเสียชีวิตไปแล้ว ๑๔,๒๘๒ คน^(๑). อำเภอแม่ลาวเป็นอำเภอ หนึ่งในจังหวัดเชียงรายมีประชากร ๓๑,๖๒๑ คน เป็นชาย ๑๕,๖๓๑ คนและหญิง ๑๕,๙๙๐ คน, มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ ๘๘๗ คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ ๒,๘๘๒.๕๘ ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ ๒ ของจังหวัดเชียงราย^(๑). ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่ลาวได้ให้ความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ, จัดสรรงบประมาณ, จัดสรร และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี, รวมทั้งหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้วยดีมาตลอด ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการได้รับการดูแลรักษา และป้องกันอย่างเป็นระบบ. นอกจากนี้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอำเภอแม่ลาวยังได้รวมตัวกันในระดับหมู่บ้านและตำบล โดยการนำของสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อและได้รับการสนับสนุนจากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานใน ลักษณะกิจกรรมดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ, มีคณะกรรมการดำเนินงานในระดับตำบลและรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายในระดับอำเภอตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้นมา โดยมีโรงพยาบาลแม่ลาวเป็นผู้สนับสนุนและให้สถานที่ทำงานกลุ่มในระดับอำเภอ, มีคณะทำงานในระดับอำเภอและใช้ชื่อกลุ่มว่า “กลุ่มรวมน้ำใจริม น้ำลาว”.

ในปัจจุบัน “กลุ่มรวมน้ำใจริม น้ำลาว” มีสมาชิก ๑๘๐ คน เป็นชาย ๘๙ คนและหญิง ๙๑ คน. วัตถุประสงค์ของผู้เข้าร่วมกลุ่มคือ ๑) เพื่อรวมกลุ่มกันดูแลสุขภาพตนเองและฟื้นฟูจิตใจของกันและกัน, ๒) ใช้เพื่อนให้คำปรึกษาเพื่อน, ๓) เพื่อเป็นแนวทางต่อรองกับภาครัฐในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้ติดเชื้อ, ๔) เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเพื่อนสมาชิกด้วย

กันเองทั้งในด้านสุขภาพและด้านสังคม, ๕) สร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละตำบล, และ ๖) รวมกลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์แก่สังคม เช่น ร่วมรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอชไอวีแก่ประชาชนทั่วไป. ที่ผ่าน มาสมาชิกของกลุ่มรวมน้ำใจริม น้ำลาวได้รับการดูแลเอาใจใส่ระหว่างสมาชิกด้วยกันเองและจากองค์กรภาครัฐและเอกชนที่ให้การสนับสนุน ทำให้ ๑) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลแม่ลาว โดยได้รับยาต้านไวรัสทั้ง ๑๘๐ คนในกลุ่มที่มี CD4 ต่ำ, ๒) ได้รับเบี้ยยังชีพ ๑๔๕ คน, ๓) เด็ก ๙๐ คนได้รับผลกระทบได้รับทุนการศึกษา, ๔) การเยี่ยมบ้านโดยสมาชิกกันเองในจำนวน ๑๘๐ คน, ๕) การพบปะภายในกลุ่มเดือนละครั้ง มีสมาชิกที่เข้าร่วม ๔๐-๕๐ คน, และ ๖) มีการรวมกลุ่มทำอาชีพเสริมใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ เช่นทำดอกไม้ประดิษฐ์, ลูกประคบสมุนไพร.

จากสภาพการณ์และการดำเนินงานของกลุ่มรวมน้ำใจริม น้ำลาวดังกล่าวมา ทำให้ผู้ศึกษาสนใจทำการศึกษาคูณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มรวมน้ำใจริม น้ำลาว เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวไปเสนอผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มอื่นๆ ได้นำไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตให้ที่ดียิ่งขึ้นและอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยจากการติดเชื้อที่เป็นสมาชิกกลุ่มรวมน้ำใจริม น้ำลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงรายไม่น้อยกว่า ๓ เดือน มีจำนวนทั้งหมด ๑๘๐ คน. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่แบบสอบถามซึ่งมีคำถามปลายเปิดและปลายปิด. การหาความเชื่อมั่นใช้แบบวัดมาตราส่วนประเมินค่าเลือกใช้วิธีของครอนบาค หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๕๕. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติพรรณนาค่าความถี่, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไป



ของประชากรที่ศึกษา. สถิติอนุมาน (inferential statistics) ได้จากการทดสอบที และเอฟ เพื่อทดสอบสมมติฐาน.

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ประชากรตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ ๕๐.๖ มากกว่าชาย ร้อยละ ๔๙.๔ เล็กน้อย, ร้อยละ ๔๓.๙ มีอายุต่ำกว่า ๓๕ ปี, ร้อยละ ๓๓.๙ มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป และร้อยละ ๒๒.๒ มีอายุ ๓๕-๔๐ ปี, ร้อยละ ๖๘.๙ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา, ร้อยละ ๑๕.๖ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น, ร้อยละ ๗.๘ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช., ร้อยละ ๕.๖ ไม่ได้เรียน, และร้อยละ ๒.๒ จบปวส. หรืออนุปริญญา; ร้อยละ ๕๐.๖ สมรสแล้ว, ร้อยละ ๒๕ เป็นหม้าย, หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ และร้อยละ ๒๔.๔ เป็นโสด; มีอาชีพรับจ้างร้อยละ ๖๐, เกษตรกรรม ร้อยละ ๓๓.๙, ค่าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวร้อยละ ๓.๙ และไม่มีอาชีพร้อยละ ๒.๓; ร้อยละ ๔๒.๘๐ มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท, รองลงมาร้อยละ ๓๘.๓ มีรายได้ ๑,๐๐๐-๓,๐๐๐ บาท และร้อยละ ๑๘.๙๐ มากกว่า ๓,๐๐๐ บาทขึ้นไป.

การดูแลสุขภาพตนเอง

ในภาพรวมของการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง ๐.๗๔. ส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองได้ดีตามสุขบัญญัติ ๑๐ ประการ ได้แก่ การอาบน้ำ, การแปรงฟัน, การสระผม, การตัดเล็บมือเล็บเท้า ตลอดจนการดูแลตนเองให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีเหมาะสม.

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นผู้ป่วย แบ่งเป็น ๓ ระดับ. ระดับคุณภาพชีวิตต่ำมีค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๒.๓๓, ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย ๒.๓๔-๓.๖๗, และระดับคุณภาพชีวิตสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๖๘ - ๕.๐๐.

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕๙ โดยที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งคือร้อยละ ๕๕.๖ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง, ส่วนที่เหลือมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๔๔.๔.

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และคุณภาพชีวิตด้านชุมชนอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๗ และ ๓.๘๔ ตามลำดับ. ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๔๓ และ ๓.๐๓ ตามลำดับ.

การทดสอบสมมติฐานการศึกษา

สมมติฐานที่ ๑ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน. จากการศึกษาค้นพบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียน (๑๓๔ คน ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 3.55 ± 0.34) และ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (๔๖ ราย ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 3.63 ± 0.45) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบที พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (ค่าที 0.483 และที่ -0.702). ดังนั้นผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐาน นั่นก็คือระดับการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต.

สมมติฐานที่ ๒ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน. จากการศึกษาค้นพบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ได้แก่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๗๓, รองลงมาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ สถานภาพสมรส โสด และหย่าร้างแยก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๔๘ และ ๓.๔๑ ตามลำดับ. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบเอฟพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕ (เอฟ = ๑๖.๑๘๑). ดังนั้น ผลการศึกษาจึงสนับสนุนสมมติฐานที่ ๒ นั่นก็คือ สถานภาพสมรสของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต.

คุณภาพชีวิตเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Scheffe พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสสมรส ๓๑ คน มีระดับคุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ย ๓.๗๓±๐.๓๓ สูงกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด ๔๔ คน ค่าเฉลี่ย ๓.๔๘±๐.๒๗ และสูงกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสฝ่าย หย่า และแยก ๔๕ คน ค่าเฉลี่ย ๓.๔๒±๐.๔๐.

สมมติฐานที่ ๓ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีรายได้แตกต่างกัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน. จากการศึกษาค่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ๑๘๐ คน ค่าเฉลี่ย ๓.๕๙±๐.๓๗ พบผู้ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ ๓,๐๐๐ บาทขึ้นไป ๓๔ คน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๗๘±๐.๓๓, รองลงมาผู้ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ ๑,๐๐๐-๓,๐๐๐ บาท ๖๙ คน ค่าเฉลี่ย ๓.๖๗±๐.๓๓ และรายได้ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท ๗๗ คน ค่าเฉลี่ย ๓.๔๔±๐.๓๖. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบเอฟ พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๐๐ (เอฟ = ๑๔.๖๒๗). ดังนั้น ผลการศึกษาจึงสนับสนุนสมมติฐานที่ ๓ นั่นคือ รายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต.

คุณภาพชีวิตเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Scheffe พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีรายได้ ๓,๐๐๐ บาทขึ้นไปมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท และผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีรายได้ ๑,๐๐๐-๓,๐๐๐ บาท มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท.

สมมติฐานที่ ๔ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน. จากการศึกษาค่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นสมาชิกกลุ่ม ๒-๔ ปี, ๔ ปีขึ้นไป และต่ำกว่า ๒ ปี มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๖๗, ๓.๖๐ และ ๓.๕๐ ตามลำดับ. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบเอฟ พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕

(เอฟ=๓.๐๐๐). ดังนั้นผลการศึกษาจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ ๔ นั่นคือระยะเวลาในการเป็นสมาชิกกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต.

สมมติฐานที่ ๕ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่างกัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน. จากการศึกษาค่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อ ๓-๖ ปี ๔๗ คน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๗๔±๐.๓๔). ส่วนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ๗๒ คน ที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อ ๖ ปีขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย ๓.๕๖±๐.๔๐) และต่ำกว่า ๓ ปี ๖๑ คน (ค่าเฉลี่ย ๓.๕๒±๐.๓๒) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบเอฟ พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (เอฟ = ๕.๗๑๑). ดังนั้น ผลการศึกษาจึงสนับสนุนสมมติฐานที่ ๕ คือระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต.

คุณภาพชีวิตเมื่อทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Scheffe พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ๓-๖ ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อต่ำกว่า ๓ ปี และ ๖ ปีขึ้นไป.

สมมติฐานที่ ๖ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่มีลักษณะด้านการเจ็บป่วยต่างกัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน. จากการศึกษาค่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะด้านการเจ็บป่วยที่ไม่เจ็บป่วยเลย ๔๕ คน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๗๖±๐.๓๑). ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีลักษณะด้านการเจ็บป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (๑ ครั้ง) ๙๓ รายและบ่อยพอสมควรถึงบ่อยมาก (ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป) ๔๒ ราย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕๕±๐.๓๓ และ ๓.๕๐±๐.๔๔ ตามลำดับ. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบเอฟพบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีลักษณะด้านการเจ็บป่วยต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (เอฟ = ๗.๒๘๐).



ดังนั้น ผลการศึกษาจึงสนับสนุนสมมติฐานที่ ๖ คือ ลักษณะด้านการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต.

คุณภาพชีวิตเมื่อทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Sheffe พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะด้านการเจ็บป่วยที่ไม่เจ็บป่วยเลยมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีลักษณะด้านการเจ็บป่วยเล็กน้อย (๑ ครั้ง) และลักษณะด้านการเจ็บป่วยบ่อยครั้งพอสมควรถึงบ่อยมาก (ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป).

สมมติฐานที่ ๗ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่มีระยะเวลารักษาด้วยยาต้านไวรัสต่างกัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน. จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๓ ปีขึ้นไป, ๑ ปีครึ่ง - ๓ ปี และต่ำกว่า ๑ ปีครึ่ง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๖๔, ๓.๕๘ และ ๓.๕๖ ตามลำดับ. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบเอฟพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (เอฟ = ๐.๗๓๖). ดังนั้น ผลการศึกษาจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ ๗ นั่นก็คือระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต.

สมมติฐานที่ ๘ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่มีการดูแลสุขภาพตนเองต่างกัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน. จากการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยแยกตามการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีการดูแลสุขภาพตนเองสูงและต่ำ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๖๒ และ ๓.๕๖ ตามลำดับ. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบทีพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีการดูแลสุขภาพต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (ที=๑.๐๖๖). ดังนั้นผลการศึกษาไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ ๘ นั่นก็คือ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต.

ปัญหา อุปสรรคของคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย

ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคของคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีดังนี้: ด้านสุขภาพร้อยละ ๗๑.๓ ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ, รองลงมา ร้อยละ ๑๘.๓ มีการเจ็บป่วยบ้าง, ร้อยละ ๔.๔ มีการเจ็บป่วยบ่อยไม่แข็งแรง มีการพักผ่อนไม่เพียงพอ, และร้อยละ ๑.๗ สุขภาพจิตไม่ดี. ด้านครอบครัว ร้อยละ ๙๕.๔ ไม่มีปัญหาครอบครัวมีความเข้าใจกันดี, ร้อยละ ๓.๗ มีการทะเลาะกันบ้าง, และร้อยละ ๐.๙ ขาดความอบอุ่นคู่สมรสทำงานต่างจังหวัด. ด้านชุมชนร้อยละ ๙๒.๕ ไม่มีปัญหาในการอยู่ร่วมกันในชุมชน, และร้อยละ ๗.๕ ถูกรังเกียจบ้างเล็กน้อย. ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ร้อยละ ๓๙.๐ ไม่มีปัญหาพออยู่ได้, ร้อยละ ๒๗.๐ มีรายได้ไม่พอรายจ่าย, ร้อยละ ๒๖.๐ มีรายได้ไม่แน่นอน, ร้อยละ ๔.๐ มีงานทำไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ ๔.๐ มีรายได้ดี.

ข้อเสนอแนะของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพ อยากให้มีการส่งเสริมการออกกำลังกายทั้งในชุมชนและเมื่อมีกิจกรรม. กลุ่มตัวอย่าง ๑๖ คน อยากให้มีการอบรมให้ความรู้ทุกเดือน ๑๐ คน, อยากให้มีการให้ยาต้านไวรัสกินตลอดไป ๕ คน, อยากให้มีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษา จำนวน ๒ คน.

ด้านครอบครัว เสนอแนะว่าเมื่อเกิดปัญหาในครอบครัวให้ปรึกษากันภายในครอบครัว ๔ คน, อยากให้ครอบครัวเข้าใจ ๓ คน, อยากให้ครอบครัวให้กำลังใจ ๒ คน, อยากให้จัดกิจกรรมพบครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ๑ คน.

ด้านชุมชน ให้ร่วมและเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับชุมชน ๔ คน, ให้จัดให้ความรู้เรื่องโรคเอชไอวีกับชุมชน ๔ คน, อยากให้ชุมชนเข้าใจและให้ความสำคัญกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๔ คน

ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ อยากให้มีการส่งเสริมอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ ๓๖ คน, การให้เงินช่วยเหลือ ๑๑ คน และส่งเสริมการใช้ชีวิตแบบพอเพียง ๑๑ คน.

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง. เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านชุมชนอยู่ในระดับสูง, ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง.

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ การไม่มีความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง การไม่มีความกังวลใจ และรู้สึกพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข มีความหวัง หรือมีคุณค่า.

คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่การมีความสัมพันธ์อันดีกับคนในครอบครัว, การไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย, คนในครอบครัวไม่ทำให้เศร้าใจ ไม่รังเกียจ มีการบริการรับฟังความคิดเห็น มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน, การมีส่วนร่วมรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ในครอบครัว, การแสดงความห่วงใย, การได้รับกำลังใจและมีความสุขเมื่ออยู่บ้าน.

คุณภาพชีวิตด้านชุมชนที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ความสัมพันธ์อันดีกับชุมชน, การไม่รังเกียจ, การไม่ถูกกีดกันในการเข้าร่วมกิจกรรม, ไม่ต้องการย้ายที่อยู่ใหม่ และการไม่ได้รับผลกระทบจากปัญหามลพิษในชุมชนทั้งขยะมูลฝอย, เสียงดัง, กลิ่นเหม็น, น้ำเสียและฝุ่นละออง.

คุณภาพชีวิตด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ความสามารถในการหารายได้ด้วยตนเอง และการมีหนี้สินที่อยู่ในขั้นที่สามารถจัดการได้.

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีไม่มีความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง. การไม่มีความกังวลใจ และรู้สึกพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข มีความหวัง หรือมีคุณค่า แม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอยู่บ้าง ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง. ส่วนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและชุมชนที่อยู่ในระดับสูงเนื่องจากการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างดี, มีความสัมพันธ์อันดีกับคนในครอบครัว ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย, คนในครอบครัวไม่ทำให้เศร้าใจ ไม่รังเกียจ, มีการบริการรับ

ฟังความคิดเห็น มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน, มีส่วนรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ในครอบครัว การแสดงความห่วงใย ได้รับกำลังใจและมีความสุขเมื่ออยู่บ้าน. ด้านชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีกับชุมชน การไม่ถูกรังเกียจ การไม่ถูกกีดกันในการเข้าร่วมกิจกรรม มีความพอใจในถิ่นที่อยู่อาศัยไม่ต้องการย้ายที่อยู่ใหม่ และการไม่ได้รับผลกระทบจากปัญหามลพิษในชุมชนทั้ง ขยะมูลฝอย เสียงดัง กลิ่นเหม็น น้ำเสียและฝุ่นละออง จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับสูง และคุณภาพชีวิตด้านความมั่นคง. ทางเศรษฐกิจที่อยู่ในระดับปานกลางเป็นเพราะผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยยังมีความสามารถในการหารายได้ด้วยตัวเอง แม้ว่าจะมีเงินออมพอเพียงที่จะเป็นค่าใช้จ่ายในอนาคตต่ำและมีภาวะหนี้สินอยู่แต่เป็นภาวะหนี้สินที่สามารถจัดการได้. จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้ง ๔ ด้านจึงทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของ กาญจนา ทองเกษม^(๑๐) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสมาชิกกองทุนหมู่บ้านเฉพาะกรณีจังหวัดอ่างทอง. ส่วนความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านความเสมอภาค ด้านการใช้เวลว่างและการพักผ่อน ด้านความเชื่อทางศาสนา ด้านชีวิตทางสังคม และด้านตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และภาพรวมคุณภาพชีวิตทั้ง ๘ ด้าน พบว่าสมาชิกกองทุนหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวนีย์ ตนะดุลย์^(๑๑).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ที่มีรายได้กว่า ๓,๐๐๐ บาทขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐ บาท และผู้ที่มีรายได้มากกว่า ๑,๐๐๐-๓,๐๐๐ บาทมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐ บาท. ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีรายได้มากกว่าจะมีแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ใช้จ่ายในครอบครัวและมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวนีย์ ตนะดุลย์^(๑๑).

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อมานานกว่า ๓-๖ ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลา



การรับรู้ว่าติดเชื้อมากกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี และผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อมานานกว่า ๓-๖ ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้ที่ติดเชื้อมานานกว่า ๖ ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้การติดเชื้อมานานกว่า ๓-๖ ปี มีประสบการณ์หรือเป็นผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้นกว่า ทำให้เกิดการเรียนรู้, มีการปรับตัว, มีการยอมรับทำให้สุขภาพตนเองดีกว่า, มีการปรับตัวภายในครอบครัวและชุมชนดีกว่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทนา พงษ์สมบุญ^(๑๒).

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีลักษณะด้านการเจ็บป่วยไม่เจ็บป่วยเลยคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีลักษณะด้านการเจ็บป่วยเล็กน้อย (๑ ครั้ง) และลักษณะด้านการเจ็บป่วยบ่อยครั้งพอสมควรถึงบ่อยมาก (ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป). ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีการเจ็บป่วยบ่อยครั้งมากกว่าแสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและความผาสุกมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของลาวัยย์ กิจรุ่งเรืองกุล^(๑๓) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน. ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้ความสนใจและความตระหนักของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง หากไม่เห็นความสำคัญสุขภาพ ต่อครอบครัว ชุมชนและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ก็ทำให้มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าได้. ในทางกลับกันผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหากเห็นความสำคัญมากกว่าก็อาจจะทำให้มีคุณภาพชีวิตมากกว่าได้. ดังนั้นไม่ได้หมายความว่าระดับการศึกษาต่างกันจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมัลลิกา ตั้งเจริญ และแจ่มจิตร เทพนามวงศ์^(๑๔) ที่ศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์, และประนอม พรหมล้อย^(๑๕) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิต

ของชาวชนบทชุมชนแออัดบ้านสันกลาง ตำบลโนนตาล อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม.

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน. ทั้งนี้เนื่องจากการเป็นสมาชิกกลุ่มทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียดและสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ต้องพึ่งพาอาศัยกัน มีความไว้วางใจกัน ช่วยเหลือกัน รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น. ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนหรือคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับสูงจึงทำให้ระยะเวลาการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน^(๑๕).

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน. ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แต่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน หรือมีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว จึงทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน.

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากหลังได้รับยาต้านไวรัสเกิน ๖ เดือนไปแล้วอัตราการเสียชีวิตและการเกิดโรคฉวยโอกาสลดลง. ส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และจำนวนมากกว่าครึ่งยอมรับว่าตนเองแข็งแรงขึ้น และสามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม. ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวต่อชุมชน หลังการรักษาเมื่อมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้น ทำให้ได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้านและคนในชุมชนมากขึ้น ซึ่งก็เป็นผลดีต่อการมีชีวิตร่วมกันในสังคม.

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีการดูแลสุขภาพตนเองต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน. ทั้งนี้เนื่องจากเป็นไปตามภาวะของโรคที่มีการเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง แม้ว่า

จะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน. ในด้านครอบครัว และชุมชนถึงแม้ว่าจะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน แต่ก็ไม่ทำให้ความสัมพันธ์ การมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และชุมชนต่างกันจึงทำให้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมัลลิกา ตั้งเจริญ และ แจ่มจิตร เทพนามวงศ์^(๑๕) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา มีดังต่อไปนี้

๑. ควรส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย, การนอนหลับพักผ่อนอย่างพอเพียง, การล้างมือก่อนกินอาหาร และหลังจากขับถ่ายด้วยสบู่ทุกครั้ง, การดื่มน้ำต่อวันอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว, การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์, การไม่ใกล้ชิดสัตว์เลี้ยงที่เป็นชน.

๒. ควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง เช่น เป็นผู้นำในการออกกำลังกายในทุกครั้งที่มีการนัดพบสมาชิกกลุ่ม.

๓. ควรส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เช่น การอบรมให้ความรู้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่สมัครใจในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยอย่างถูกต้อง.

๔. ควรส่งเสริมให้ชุมชนได้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน การสร้างความเข้าใจกับชุมชนร่วมกันในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน.

๕. ควรส่งเสริมอาชีพให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเพื่อที่จะมีรายได้เพิ่ม.

๖. ควรส่งเสริมในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยหลายฝ่ายร่วมกันทั้งในส่วนของภาครัฐ, เอกชน, ครอบครัว, ชุมชน, ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเองเพื่อที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือจาก

หลายฝ่ายด้วยกัน. นายแพทย์สุรินทร์ สุมนาพันธ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ. คณะกรรมการงานเอดส์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาวได้ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย และกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อำเภอแม่ลาวทุกท่านที่ยินดีให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้. คุณความดีที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบให้แก่สมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อำเภอแม่ลาวทุกคน.

เอกสารอ้างอิง

๑. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, นิภา มนูญิจ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์; ๒๕๒๕.
๒. UNESCO. Quality of life. An orientation of population education. Bangkok; 1981.
๓. ESCAP. Guidelines on methodological approaches to the conduct of a regional survey of the quality of life as and aspect of human resources development. New York: 1990.
๔. Campbell A. Subject measure of well-being. Am Psychologist 1976;117-24.
๕. Sharma RC. Population and socio-economic development. In: Sharma RC. Population trend, resources and environment. Handbook on Population. New Delhi; 1975.
๖. สุพรรณิ ไชยอำพร, สนิท สมัครการ. รายงานการวิจัยคุณภาพชีวิตของคนไทย: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชาวเมืองและชาวชนบท. โครงการวิจัยสมบูรณแบบเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; ๒๕๓๔.
๗. วิชัย รูปจำดี. คุณภาพชีวิตประชาชนในชุมชนริมคลองแสนแสบกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพคลอง. กรุงเทพมหานคร: บริษัทฟ้าอภัยจำกัด; ๒๕๔๒.
๘. งานเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จังหวัดเชียงราย, บทนำ; ๒๕๔๕.
๙. งานเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จังหวัดเชียงราย, ๒๕๔๕. หน้า ๔๔-๕.
๑๐. กาญจนา ทองเกษม. คุณภาพชีวิตของสมาชิกกองทุนหมู่บ้าน: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดอ่างทอง. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; ๒๕๔๖.



๑๑. เสาวนีย์ ตนะคุลย์. คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๓๓.
๑๒. จันทนา พงษ์สมบูรณ์. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๔๓.
๑๓. ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๔๖.
๑๔. ประนอม พรหมสุ้ย. คุณภาพชีวิตของชาวชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนบ้านผือกลาง ตำบลโนนตาล อำเภอนาคู จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๔๔.
๑๕. มัลลิกา ตั้งเจริญ, แจ่มจิต เทพนามวงศ์. ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเอดส์. รายงานการวิจัย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์; ๒๕๓๗.