

การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี



นายถนอมศักดิ์ ทองมัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1768-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELF CARE AND QUALITY OF LIFE OF AIDS PATIENTS IN  
DRAMARAKSANANIVESANA PROJECT, LOP BURI PROVINCE

Mr.Thanomsak Thongmun

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-1768-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการ ธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี
โดย	นายถนอมศักดิ์ ทองมัน
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูริย์ โล่ห์สุนทร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง)

..... กรรมการ  
(พระอุดมประชาทร (อลงกต ติกุขปญโญ))

ถนอมศักดิ์ ทองมัน : การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรม  
 รักษนิเวศน์ จังหวัดลพบุรี (SELF CARE AND QUALITY OF LIFE OF AIDS PATIENTS  
 IN DRAMARAKSANANIVESANA PROJECT, LOP BURI PROVINCE.) อ.ที่ปรึกษา:  
 รศ.นพ. นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล, อ.ที่ปรึกษาร่วม: อ.นพ. อานนท์ วรยิ่งยง, 114 หน้า.  
 ISBN 974-53-1768-3.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ใน  
 โครงการธรรมรักษนิเวศน์ จังหวัดลพบุรี เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดย  
 กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยเอดส์ ศึกษาในช่วง เดือน ธันวาคม 2547 - มกราคม 2548 โดยการสัมภาษณ์  
 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 169 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง และ  
 แบบวัดคุณภาพชีวิต (MOS – SF 36) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย  
 (ร้อยละ 71) มีฐานของอายุ เท่ากับ 36 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 34.3)  
 การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.8) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่  
 จากเพศสัมพันธ์ ชนิดต่างเพศ (ร้อยละ 71) มีฐานของระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการ  
 ธรรมรักษนิเวศน์ เท่ากับ 5 เดือน และ ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 78.1) การดูแลตนเองโดย  
 รวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 87.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ การประกอบอาชีพเดิม รายได้เดิม อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา การ  
 ยอมรับของครอบครัว และความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี  
 (ร้อยละ 65.7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่  
 อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์เคยพักอาศัยอยู่ด้วยเดิม ความเอาใจใส่ของ  
 บุคลากร/ผู้ดูแล และยังพบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติ ( $p < 0.05$ )

ผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการ  
 จัดบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยให้เหมาะสมต่อไป

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิติ.....
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2547	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4674727530: MAJOR COMMUNITY MEDICINE.

KEY WORD: SELF CARE / QUALITY OF LIFE/ AIDS PATIENTS.

THANOMSAK THONGMUN: SELF CARE AND QUALITY OF LIFE OF AIDS PATIENTS  
IN DRAMARAKSANANIVESANA PROJECT, LOP BURI PROVINCE. THESIS ADVISOR:  
ASSOC. PROF. NARIN HIRANSUTHIKUL, M.D., M.P.H., Ph.D., THESIS CO-ADVISOR:  
ARNOND VORAYINGYONG, M.D., 114 pp. ISBN 974-53-1768-3.

This was a cross-sectional analytic study to assess the self care and quality of life of AIDS patients in Dramaraksananivesana project, Lop buri province. The study was conducted between December 2004 – January 2005. The studied samples were 169 AIDS patients. Data were collected by using questionnaire interviews about general information, self care and Medical Outcome Study 36: MOS 36 item. Short form: SF-36 (MOS – SF 36). The results showed that most of the AIDS patients were male (71%), the median age was 36 years, 34.3% were married, 43.8% completed primary school. 71% of risk behavior for HIV acquisition were heterosexual, the median duration of care in Dramaraksananivesana project was 5 months and 78.1% were currently taking antiretroviral drugs. 87.6% of studied subjects had good level of self care. There were statistically significant associations ( $p$ -value $<0.05$ ) between previous occupation, previous income, physical illness, acceptance of family member and care from health personnel. 65.7% had low quality of life. There were statistically significant associations ( $p$ -value $<0.05$ ) between physical illness, previous household and care from health personnel. It was also found that there was statistically significant association ( $p$ -value $<0.05$ ) between self care and quality of life.

The results of this study may be served as baseline information about the level of self care and quality of life of the AIDS patients and applied for optimizing the service system for health promotion and appropriate treatment for AIDS patients in Thailand.

Department	Preventive and Social Medicine	Student's signature .....
Field of study	Community Medicine	Advisor's signature.....
Academic year	2004	Co-advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความเมตตากรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง และศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูริย์ โล่ห์สุนทร ที่ได้สละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งได้ตรวจสอบความถูกต้องของวิทยานิพนธ์ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ พระอุดมประชาทร (อลงกต ติกุขปญฺโญ) ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยกับผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการธรรมรักษณีเวศน์ จังหวัดลพบุรี และได้เมตตาอนุเคราะห์เป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ คุณธรรม และให้ความเมตตากรุณาแก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษา

ขอขอบคุณ นายแพทย์ประศักดิ์ สันติภาพ ที่ได้กรุณาสละเวลาให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำตลอดมา

ขอขอบคุณ ผู้จัดการโครงการธรรมรักษณีเวศน์ จังหวัดลพบุรี และคุณชีพ ฌ พัทลุง ที่ได้กรุณาประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเอดส์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้สนับสนุนทุนในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ครั้งนี้

ขอขอบคุณ พี่น้อง นิสิตปริญญาเอกและปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ชุมชน และอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกคน ที่ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มารดา คุณป้า และคุณน้า ที่ให้การเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน และให้การสนับสนุนด้านการศึกษามาตลอด จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ .....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามของการวิจัย .....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
สมมติฐาน.....	3
กรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	5
ปัญหาทางจริยธรรม.....	5
คำนิยามเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรคเอดส์และผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี.....	7
การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์.....	9
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์.....	15
ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์.....	26
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
รูปแบบการวิจัย.....	27
ระเบียบวิธีวิจัย.....	27
การรวบรวมข้อมูล.....	29



	๗
บทที่	หน้า
3. วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
เกณฑ์การให้คะแนน.....	30
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	40
ส่วนที่ 2 ปัจจัยการเจ็บป่วย.....	43
ส่วนที่ 3 ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง.....	45
ส่วนที่ 4 การดูแลตนเอง.....	47
ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต.....	50
ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยอื่นที่ เกี่ยวข้องกับระดับการดูแลตนเองโดยรวม.....	53
ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยอื่นที่ เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	57
ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการดูแลตนเองโดยรวมกับระดับคุณภาพชีวิต โดยรวม.....	62
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	63
อภิปรายผล.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	73
รายการอ้างอิง.....	75
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ไปยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์ แบบสัมภาษณ์.....	83
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้องของแบบ สัมภาษณ์ .....	101
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	103



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์จังหวัดลพบุรี.....	40
4.2	จำนวนและร้อยละของปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี .....	44
4.3	จำนวนและร้อยละของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี.....	46
4.4	คะแนน การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม การดูแลตนเอง ทั้ง 5 ด้าน.....	48
4.5	จำนวนและร้อยละของการดูแลตนเองรายด้าน 5 ด้านของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกตามระดับการดูแลตนเอง.....	49
4.6	จำนวนและร้อยละของการดูแลตนเองโดยรวมทั้ง 5 ด้านของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกตามระดับการดูแลตนเอง.....	50
4.7	คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม คุณภาพชีวิต ทั้ง 10 ด้าน.....	51
4.8	คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกตามสถานะสุขภาพ.....	51
4.9	จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตด้านสถานะสุขภาพด้านร่างกายและสถานะสุขภาพด้านจิตใจ ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต .....	52
4.10	คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 10 ด้านของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรีจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต .....	52
4.11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม.....	53
4.12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดย รวม.....	55
4.13	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดย รวม.....	56

ตารางที่	ญ หน้า
4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์ นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	58
4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์ นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	60
4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรม รักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	61
4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการดูแลตนเองโดยรวม กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดย รวมของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี.....	62



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1.1	กรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	4
2.1	Model การแบ่ง MOS - SF36 เป็นสถานะสุขภาพทางด้านร่างกาย และ สถานะสุขภาพทางด้านจิตใจ ของ Revicki D.A และคณะ.....	22



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background & Rationale)

โรคเอดส์ (Acquired Immuno Deficiency Syndrome : AIDS) ถือเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่มีการระบาดไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2547 รวมทั้งสิ้น 326,651 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 74,801 ราย โดยเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 239,477 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 65,548 ราย พบมากในกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 26.12 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง (1) จากข้อมูลดังกล่าว ซึ่งยังไม่รวมผู้ติดเชื้อที่ยังไม่แสดงอาการและยังไม่ได้รับการตรวจเลือด ซึ่งคาดว่าจะมีอีกจำนวนหนึ่ง นับได้ว่าภาวะระบาดของโรคเอดส์เป็นวิกฤตการณ์ทางสุขภาพที่สำคัญ ถ้ายังไม่สามารถป้องกันและควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบของการป่วย การตาย และการติดเชื้อมิได้เกิดเฉพาะผู้ติดเชื้อและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชากรโดยรวม เช่น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปัญหาการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอดส์ ปัญหาเด็กกำพร้าที่บิดามารดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์ ปัญหาการสูญเสียแรงงาน และปัญหาสังคมอื่นๆที่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว (2) และยังก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวในการให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม (3) รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงดังนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8-9 ซึ่งเน้นที่คุณภาพชีวิตของประชาชนด้านสุขภาพอนามัยโดยทั้งภาครัฐและเอกชนได้เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในรูปแบบต่างๆการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการให้กำลังใจและการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว แต่สภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ทำให้บุคคลในครอบครัวไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนประสบกับปัญหาการรังเกียจ ครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ บางรายไม่มีญาติ เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ถูกทอดทิ้ง และประสบปัญหาในการดูแลตนเอง มีผลทำให้อาการและพยาธิสภาพของโรครุนแรงยิ่งขึ้น จึงทำให้ต้องการสถานที่ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อ

การอยู่รอดของชีวิต ที่พักระยะสุดท้ายหรือบ้านพักผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นสิ่งที่ต้องการและจำเป็นสำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในขณะนี้ (4) จากภาวะสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยเอดส์ลดลงไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ลดลงด้วย ดังที่กล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงสภาวะจำเป็นเร่งด่วนที่บุคลากรทีมสุขภาพและผู้ที่ทำการดูแลผู้ป่วยเอดส์จะต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพอย่างเหมาะสมส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเกิดการยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ผู้วิจัยตระหนักดีว่าการป่วยด้วยโรคเอดส์ไม่เพียงแต่เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้นแต่เป็นภาวะวิกฤตของสังคมแวดล้อมอีกด้วยดังนั้นผู้ป่วยเอดส์จึงควรเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญกลุ่มหนึ่งที่ต้องให้ความสนใจอย่างจริงจังทั้งด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ การดูแลตนเอง การป้องกัน การแพร่ กระจายของโรครวมทั้งคุณภาพชีวิตซึ่งมีผู้ทำการศึกษาไม่มากนักทั้งที่ในความเป็นจริงนั้นช่วงเวลาชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ยังเหลืออยู่นั้นมีความสำคัญไม่น้อยและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายรวมถึงผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในสถานพักฟื้นหรือบ้านพักผู้ป่วยเอดส์ การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรทำการศึกษาในกลุ่มนี้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้เลือกและทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์จังหวัดลพบุรีเนื่องจากเป็นสถานพักฟื้นผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายซึ่งส่วนใหญ่มักถูกครอบครัวและสังคมทอดทิ้งให้มาอยู่ร่วมกันมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันการใช้ชีวิตและทำกิจกรรมร่วมกันในบ้านพักฟื้นรวมทั้งมีความพร้อมและเอื้อต่อการศึกษาดูด้วย นอกจากนี้ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลให้กับโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ในการจัดระบบการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขในสังคมและนำไปประยุกต์ใช้วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเอดส์รวมถึงเป็นข้อมูลการรณรงค์เพื่อต่อต้านการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั่วไปให้เกิดความตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการติดเชื้อและป่วยด้วยโรคเอดส์ต่อไป

### คำถามของการวิจัย (Research Questions)

1. ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี มีการดูแลตนเองเป็นอย่างไร?
2. ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี มีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร?
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับ การ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี หรือไม่?

4. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี หรือไม่

5. การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี หรือไม่?

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

#### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

#### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

2.1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

2.2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

2.3. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

2.4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

2.5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

2.6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

### สมมติฐาน (Hypothesis)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี



3. การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์  
นิเวศน์จังหวัดลพบุรี

### กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



### ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์เฉพาะในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

### ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

1. ประชากรตัวอย่างอาจไม่ตรงกับจำนวนที่ได้จากการสำรวจทั้งหมดเนื่องมาจากมีการรับเพิ่มและจำหน่ายออกเพราะเสียชีวิตรวมถึงระยะเวลาที่อยู่ในโครงการน้อยกว่า 1 เดือนตามที่กำหนด ในช่วงดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ประชากรตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายซึ่งบางรายอาจมีอาการป่วยหนัก ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

### ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Consideration)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตซึ่งผู้ป่วยเอดส์ยินยอมให้ข้อมูล โดยไม่มีการระบุชื่อและอ้างอิงถึงบุคคลอื่นและไม่มีการใส่สิ่งแทรกแซงเข้าไป ข้อมูลที่ได้ทุกอย่างเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม จึงคาดว่าไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

### คำนิยามเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

การดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองขณะพักอยู่ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ตามสภาวะสุขภาพที่ตนดำรงอยู่ซึ่งเป็นการรับรู้และตัดสินใจของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งวัดจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอดส์ MOS – SF 36 ของ Wu AW. และคณะ

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือดและ ตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่งใน 27 โรค หรือตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ได้น้อยกว่า 200 cell/ml อย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งอาจไม่มีโรคใดโรคหนึ่งใน 27 โรค และได้รับการรับรองจากแพทย์

โครงการธรรมรักษณีเวศน์ หมายถึง บ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายที่ให้การดูแล สำหรับผู้ป่วยเอดส์ซึ่งส่วนใหญ่ครอบครัวและสังคมทอดทิ้ง ซึ่งมีสถานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดลพบุรี

#### ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. เป็นแนวทางในการประเมินการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์เพื่อใช้วางแผนการจัดบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ให้เหมาะสม
2. เป็นข้อมูลให้กับโครงการธรรมรักษณีเวศน์ในการจัดระบบการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขในสังคมได้
3. บุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และสามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้นมาวางแผนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4. เป็นข้อมูลการรณรงค์เพื่อต่อต้านการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั่วไปให้เกิดความตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการติดเชื้อดังกล่าวได้อย่างชัดเจน
5. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาความสามารถการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนและรวบรวม แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคเอดส์และผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี
2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

### โรคเอดส์และผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี

#### 1. โรคเอดส์ (AIDS) (5)

โรคเอดส์ (Acquired Immuno Deficiency Syndrome: AIDS) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV : Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ติดโรคชนิดอื่นๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งอาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว เชื้อเอชไอวี พบมากที่สุดในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ รองลงมาคือ น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ และน้ำนม มีปริมาณไวรัสเอดส์น้อย ในห้องปัสสาวะ และอุจจาระ แทบไม่พบเลย แม้ว่าเชื้อเอชไอวี จะปะปนในของเหลวที่ออกจากร่างกาย แต่พบว่า โอกาสแพร่โรค มีเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น โรคเอดส์สามารถติดต่อ 3 ทาง คือ ทางเพศสัมพันธ์ การรับเชื้อทางเลือด และการติดต่อโดยการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก โรคเอดส์แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection) ผู้ที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือดโดยยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงว่าป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ระยะนี้อาจเป็นระยะที่ยาวนานถึง 10 ปี ผู้ที่ติดเชื้อไม่มีอาการสามารถเป็นพาหะของโรคได้

2. ระยะติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ (symptomatic HIV infection) ผู้ที่ตรวจพบ แอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือดโดยแสดงอาการว่าป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection)

3. ระยะเอดส์ ผู้ที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ในกระแสเลือด ตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย อย่างใดอย่างหนึ่ง ใน 27 โรค หรือตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ได้น้อยกว่า 200 cell/ml อย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งอาจไม่มีโรคใดโรคหนึ่งใน 27 โรค

## 2. ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี (6),(7),(8)

### 2.1. ผลกระทบต่อตัวบุคคล

#### 2.1.1. ด้านร่างกาย

เมื่อบุคคลใดได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย สุขภาพจะเกิดการขาดสมดุลตามความรุนแรงของโรค อาการทางร่างกายที่ปรากฏภายหลังได้รับเชื้อ มีตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนกระทั่งอาการของโรคปรากฏ ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ หากบุคคลนั้นสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ หรือไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น ก็อาจไม่มีอาการใดๆนอกจากตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีภายในร่างกาย และในระยะที่ปรากฏอาการจะมีอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการเริ่มจากมีอาการของต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อุจจาระเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลื่นฝ้าขาว บางรายเห็นอหอบเนื่องจากเชื้ออุกกลามมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ในรายที่มีอาการหนัก ร่างกายทรุดโทรมเกิดโรคแทรกซ้อน ร่างกายผ่ายผอม ปรากฏอาการทางผิวหนัง ติดเชื้อรา เข้าสู่ภาวะเอดส์เต็มขั้น จำเป็นต้องพึ่งบุคคลใกล้ชิด ญาติ พี่น้อง รวมถึง แพทย์ พยาบาล ในการดูแลรักษาตามอาการของโรคที่แทรกซ้อน ผู้ป่วยในระยะนี้มักจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา

#### 2.1.2. ด้านจิตใจ

นอกจากสภาพร่างกายที่ถูกกระทบแล้ว ผู้ป่วยบางรายจะมีการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท เช่นมีอาการความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า สภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยเอดส์ ก็ได้รับผลกระทบ เกิดความทุกข์ในจิตใจ หมดความสุข ตื่นกลัว ไม่แน่ใจ สับสน หงุดหงิด คิดมาก เก็บตัว โกรธตัวเอง โทษผู้อื่น โทษสังคม เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น บางรายคิดทำร้ายตัวเอง คิดฆ่าตัวตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป

จึงอาจกล่าวได้ว่าการได้รับเชื้อเอชไอวี เป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพด้านร่างกาย โดยทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง หรือเปลี่ยนไป ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ เกิดการเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ส่งผลต่อสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ ทำให้เกิดทุกข์ทางใจ วิตกกังวล เครียด จนถึงขนาดคิดฆ่าตัวตายได้

## 2.2. ผลกระทบต่อครอบครัว

สมาชิกต้องเผชิญกับภาวะเครียดหลายอย่างโดยเฉพาะการปิดบังไม่ให้ผู้อื่นทราบว่าสมาชิกในครอบครัวป่วย และสุดท้ายคือการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยและยังวิตกกังวลกลัวว่าสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้อจากผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ภาระทั้งหมดจะตกอยู่กับครอบครัวรวมทั้งภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยมีหลายครอบครัวที่ทำใจยอมรับผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของตนเองไม่ได้ ก็มักจะละเลยการดูแลรวมทั้งทอดทิ้งให้ผู้ป่วยต้องหาที่พึ่งพิง ซึ่งจะเป็นในลักษณะศูนย์พักฟื้นผู้ป่วยเอดส์ เครือข่ายชมรม จึงอาจทำให้เป็นภาระในการดูแล

## 2.3. ผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ

ทำให้ประเทศไทยสูญเสียกำลังคนก่อนวัยอันควรเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นจักรกลสำคัญในการผลักดันภาวะเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษา จัดหาเวชภัณฑ์ จัดสถานที่บริการต่างๆ เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น ต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการเผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์และการศึกษาวิจัยเพื่อค้นคว้าหาวัคซีนในการป้องกันโรคเอดส์

### การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ (9),(10),(11),(12),(13)

#### 1. แนวคิดในการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองกำเนิดขึ้นครั้งแรกในประเทศทางซีกโลกตะวันตก โดยเฉพาะอเมริกา เลวิน อังในสมจิต หนูเจริญ(9)ให้นิยามการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลธรรมดาสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย และการรักษาโรคในระดับที่เป็นทรัพยากรเบื้องต้นของระบบการดูแลสุขภาพเลวิน ยังเน้นว่าค่านิยมของเขานั้นให้มุมมองไว้ชัดเจน การดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งหรือองค์ประกอบหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพในทำนองเดียวกัน ฟรายนและบีม อังในสมจิต หนูเจริญ(9)ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน (1) การส่งเสริมสุขภาพ (2)การป้องกันโรค(3)การวินิจฉัยโรค การใช้ยา และการรักษาโรคด้วยตนเอง(4) การมีส่วนร่วมกับการบริการทางวิชาชีพ ในขณะที่วิกเคอร์อังในสมจิต หนูเจริญ(9) กล่าวว่า การดูแลตัวเองทางการแพทย์หมายถึง การกระทำทั้งหมดที่กระทำโดยบุคคลเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ซึ่งส่วนมากจะเป็นความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือโรคเรื้อรัง แต่ก็อาจรวมไปถึงความเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วย



ในปัจจุบัน แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้รับความสนใจจากทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพ เพราะเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำรงชีวิตเนื่องจากมีปัจจัยที่ผลักดันให้ประชาชนต้องมีการดูแลตนเองมากขึ้น เช่นโรคหรือความเจ็บป่วยมีความเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเรื้อรังมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการสุขภาพสูงขึ้น ค่านิยมด้านสุขภาพเปลี่ยนไปสู่การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ประชาชนมีความรู้ที่กว้างไกลขึ้นด้วยความเจริญทางสังคมและการเมืองทำให้ประชาชนมีความตระหนักในสิทธิและทางเลือกของตนมากขึ้น ความไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคบางอย่างทำให้ผู้คนแสวงหารูปแบบการรักษาและการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้ที่มีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation) การติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตสังคม ผู้ติดเชื้อจะมีความต้องการการดูแลที่จำเป็นเพิ่มมากขึ้นในทุกๆด้าน กล่าวคือนอกจากการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการตามปกติแล้วต้องมีการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอีก ผู้ป่วยเอดส์จำเป็นต้องมีการจัดระบบการดูแลตนเองใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น การติดเชื้อถือเป็นปัจจัยพื้นฐาน(Basic Conditioning Factor) อย่างหนึ่งของบุคคลที่อาจมีผลกระทบต่อศักยภาพในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเอดส์มักประสบกับความเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคม และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ ปัญหาดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาพลังความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มักขาดทักษะในการแสวงหาความรู้และแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม และมักมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ผลกระทบต่อการติดเชื้อและป่วยจะทำให้พลังความสามารถในการดูแลตนเองลดลงขณะที่ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

การดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเวอิม ซึ่งเชื่อว่า คนมีแรงจูงใจในความต้องการที่จะดูแลตนเองโดยความสามารถในการดูแลตนเอง(Self-Care Abilities) และความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-Care Needs) มีความสมดุล คนก็สามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ ในขณะที่ไม่มีความเจ็บป่วย ความจำเป็นในการดูแลตนเองคือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป(Universal Self-Care Needs)ในภาวะที่เจ็บป่วยความจำเป็นในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้น (Health Deviation Self-Care Needs)

การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างมาก การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ติดเชื้อมีการดำเนินกรของโรคช้าลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยเอดส์สามารถกระทำและจัดการได้ด้วยตนเองพร้อมทั้งจัดการสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองด้านต่างๆที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

### การส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

1. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ ทั้งปริมาณและคุณภาพ คือ ครบทั้ง 5 หมู่ โดยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงกว่าปกติที่ควรได้รับ 2 เท่า อาจจะได้รับจากนมวัว หรือนมถั่วเหลือง และควรได้รับวิตามินและเกลือแร่โดยเลือกรับประทานพืชผัก ผลไม้ตามฤดูกาล การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอจะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกาย และ ชะลอการดำเนินกรของโรค

2. ดื่มน้ำที่สะอาดให้เพียงพอ ผู้ป่วยเอดส์ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว จะทำให้ร่างกายสดชื่น การขับถ่ายสะดวก และเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังและทางเดินหายใจ

3. ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเอดส์ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายนานครั้งละ 20 – 40 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่นการวิ่งเหยาะๆ เดินเร็ว ว่ายน้ำ ซี่จักรยาน เต้นแอโรบิค การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพแข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย

4. การพักผ่อนนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็น ควรหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง จะทำให้ร่างกายสดชื่น แข็งแรง

5. ผู้ป่วยเอดส์ควรมีการเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองตลอดจนแสวงหาแหล่งช่วยเหลือให้ข้อมูลข่าวสารและมาพบแพทย์อย่างเหมาะสม โดยการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีไข้ เหงื่อออกตอนกลางคืน ไอเรื้อรัง หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก มีฝ้าขาวที่ลิ้น มีผื่นงูสวัดที่ผิวหนัง น้ำหนักตัวลด ต่อม่าน้ำเหลืองโต คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ อาจจะมีการแสวงหาข้อมูลและเรียนรู้ การใช้ยาสมุนไพร และการรักษาแบบพื้นบ้านและมาพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง ปฏิบัติตามแผนการรักษา มาตรฐานตามนัดสนใจซักถามเรื่องแผนการรักษา รวมทั้งปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างต่อเนื่อง

### สุขวิทยาส่วนบุคคล

1. ดูแลการขับถ่ายและสุขวิทยาส่วนบุคคลการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารโดยรับประทานอาหารและน้ำที่สุกและสะอาด ดื่มน้ำของหมักดอง หรืออาหารสุกๆดิบๆ ล้างมือก่อนปรุงอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง เมื่อมีอาการท้องเสีย



ควรงดอาหารที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร เช่น ผักสด ผลไม้สด อาหารรสจัด น้ำอัดลม ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย และดื่มเครื่องดื่มเกลือแร่วันละ 2.5 – 3 ลิตร เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำและเกลือแร่

2. ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้นและไม่แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ผู้ป่วยเอดส์ควรระมัดระวังการสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำอสุจิ น้ำลาย เสมหะ อุจจาระ ปัสสาวะ และเลือดของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์คนอื่นๆ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ระมัดระวังการแพร่เชื้อทางเลือด โดยระวังอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการมีเลือดออก เช่น หกล้ม มีบาดแผลในกรณีที่มีบาดแผลให้ระมัดระวังไม่ให้เลือดเปื้อนเสื้อผ้า ไม่ใช่ของมีคมต่างๆร่วมกับผู้อื่น เช่น กรรไกรตัดเล็บ ใบมีดโกน งดบริจาคเลือด อวัยวะและเนื้อเยื่อ

3. การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและการดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติโดยการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจโดยหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นไข้หวัด หรือวัณโรค หลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่ชุมชนแออัด ดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และเสื้อผ้า อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ เช่น ถ้วยชาม แก้วน้ำ ให้สะอาดอยู่เสมอ

#### **การไม่ใช้สารเสพติด**

งดเว้นจากสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง รวมทั้งการงดสูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ

#### **การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย**

ระมัดระวังเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยอย่างปลอดภัย งดการสำส่อนทางเพศ หลีกเลี่ยงการร่วมเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ใดๆกับผู้อื่น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการรับเชื้อเพิ่ม หากมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนของตนเอง ควรป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์

#### **การฟื้นฟูสภาพจิตใจ**

1. ใช้เวลาส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเอดส์ควรรหาโอกาสพักผ่อนหย่อนใจและหาโอกาสพบปะพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพ

2. ลดความเครียด ความซึมเศร้าทำจิตใจให้สงบ ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีความพยายามและความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียด แสวงหาวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ นอกจากนี้ควรรหากิจกรรมนันทนาการทำเพื่อช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย

ความเครียด เช่นรดน้ำต้นไม้ เล่นเกมส์ ทำงานบ้าน แกะสลัก ประดิษฐ์ดอกไม้ หรืออาจร้องเพลง เล่นดนตรี

3. การฝึกสมาธิ เป็นการทำให้จิตใจให้สงบไม่เครียดหรือซึมเศร้าเพราะภาวะซึมเศร้าทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง

4. ปรับตัวและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามหาวิธีที่จะเปลี่ยนความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดๆของบุคคลรอบข้างให้ถูกต้อง

5. รวมกลุ่มทำกิจกรรม โดยมีส่วนร่วมในงานที่ตนสามารถปฏิบัติได้และไม่เป็นอุปสรรคต่อตนเอง

6. ยอมรับสภาพที่ตนกำลังเป็นอยู่ มีความมั่นใจที่จะดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

7. สนใจหาความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง

## 2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

2.1. เพศ มีความแตกต่างของการทำหน้าที่และบทบาทในครอบครัว เพศหญิงต้องดูแลตนเองมากกว่าและยังต้องดูแลสามีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆอีกด้วย ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพศหญิงจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะจากสามี ซึ่งเป็นผลจากระบบความเชื่อและค่านิยมของสังคม จึงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพศหญิงมีการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย (14)

2.2. อายุและพัฒนาการ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีพัฒนาการเป็นไปตามอายุ เป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะจะสามารถคิดพิจารณาตัดสินใจและกระทำการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีผลไปถึงความสามารถในการรับรู้ การคิด การจำ การเรียนรู้ และการทำความเข้าใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองได้ (14)

2.3. สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สังคม วัฒนธรรมและประเพณี เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่าครอบครัวที่มีความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่นและอยู่ในชุมชนที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกำลังใจ และสามารถดูแลตนเองได้ดี แต่หากครอบครัวไม่มีความเข้าใจ ความรักและเอื้อกันหรือสภาพชุมชนไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทัศนคติไม่ดี รังเกียจ ขาดการดูแล ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเท่าที่ควร (15)

**2.4.ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย** พบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง เป็นอย่างมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีสภาพเจ็บป่วยมาก รักษาอาการไม่หายขาดและอาการทรุดลงจะไม่สามารถตัดสินใจและดูแลตนเองได้ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ค่อยมีอาการจะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นเรื่อยๆ และยังพบว่าสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในทางบวก (15)

**2.5. แหล่งสนับสนุนและฐานะทางเศรษฐกิจ** พบว่ามีความสอดคล้องกันคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะแสวงหาแหล่งสนับสนุนได้มาก และสามารถดูแลตนเองได้ดี (14)

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์

รสสุคนธ์ วาริตสกุล และคณะ (3) ศึกษาการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ร่วมกับครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวและเข้าร่วมชมรมสายธารใจ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบประเมินการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะ ซึ่งนำมาดัดแปลงใช้ในในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

พิกุล นันทชัยพันธ์ (14) ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 60 ราย ที่มารับบริการในสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ แผนกพันธกิจเอดส์ สภาคริสตจักรในประเทศไทย ผู้วิจัยให้บริการที่คลินิกร่วมกับการเยี่ยมบ้าน โดยให้บริการติดต่อกัน 3 – 6 เดือน พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 42 ราย (18 รายป่วยหนักและเสียชีวิต) ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นมีอาการเจ็บป่วยน้อยลง และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการได้ 1 – 2 เดือน และค่อนข้างมีความคงตัวไปจนถึง 6 เดือน

Sowell RL และคณะ (16) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงจำนวน 27 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ในชนบทและในเมืองทางตอนใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ และให้อธิบายวิธีการดูแลตนเอง โดยการจัดเป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง 7 กลุ่ม 1) การดูแลเรื่องอาหารและสารอาหารที่จำเป็น 2) เลือกลงไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา 3) มีความเชื่อทางจิตใจ และใช้พิธีกรรมทางศาสนา 4) การมีกิจกรรมในการออกกำลังกาย 5) ใช้กลยุทธ์ในการใช้ความคิดในด้านที่เป็นบวก 6) มีการศึกษาหาวิธีการรักษาตนเอง 7) มีการปรับเปลี่ยนชีวิตให้มีสุขภาพดี โดย

ผู้วิจัยอธิบายว่าสิ่งที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงติดเชื้อเอชไอวี

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (17) ศึกษาเรื่องวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ผู้ติดเชื้อจะมีการยอมรับและปรับวิถีชีวิต มีการหาแนวทางในการดูแลตนเอง มีการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในด้านสุขภาพและไม่ใช้บุคลากรด้านสุขภาพรวมทั้งบุคคลใกล้ชิด มีการแสวงหากลุ่มหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

วัชรินทร์ แก้วมรินทร์ (18) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ 4 ด้าน คือ ร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและความเป็นอยู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (19) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการติดเชื้อ การได้รับยารักษาอาการโรคเอดส์ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

### 1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม (Subjective) ยากแก่การอธิบายให้มีความเข้าใจหรือนิยามตรงกันในแต่ละบุคคล องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1993) ได้ระบุไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ (20)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิต” (21) โดยเน้นถึงการรับรู้ของบุคคล คุณภาพชีวิตเป็นมิติหลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคล ในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการสร้างดัชนีที่จะวัดคุณภาพชีวิตจึงมีความหลากหลายตามเป้าหมาย และแนวคิดของแต่ละกลุ่มคนในสังคม

Howard Leventhal และ Stacey Colman(22)กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความสำคัญในการประเมินผลของการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินผลของการรักษาที่มีความคล้ายคลึงกัน แต่ไม่มีความหมายที่ชัดเจนของคำว่า “คุณภาพชีวิต” คุณภาพชีวิตสามารถวัดได้ แต่การประเมินและการอภิปรายผลในเรื่องเดียวกันอาจออกมาต่างกัน

Holmes and Dickerson (23) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมและมีความหมายซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกายและจิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

Ferrell (24) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ภาวะความสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ในชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกทางด้านร่างกายและอาการทางกาย (physical well-being and symptoms) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ความผาสุกทางด้านสังคม (social well-being) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง อยู่บนพื้นฐานแนวคิดคุณภาพชีวิต

จากแนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น จะมีความแตกต่างกันในรายละเอียด แต่มีสิ่งๆที่เหมือนกันคือ คุณภาพชีวิตเป็นเชิงจิตวิสัย(subject) และเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล (Individualized) เป็นมโนทัศน์หลายมิติประสานกัน จึงเป็นการยากที่จะหาเครื่องมือวัดที่ครอบคลุม (25) คุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับการรับรู้(Perception) ของแต่ละบุคคล ดังนั้น แม้บุคคล 2 คน จะอยู่ในสภาวะสุขภาพแบบเดียวกัน แต่เนื่องจากความคิด สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต ที่แตกต่างกันก็ทำให้บุคคลทั้ง 2 คนนั้น ประเมินคุณภาพชีวิตของตนออกมาแตกต่างกัน

ดังนั้น คุณภาพชีวิต น่าจะหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาวะที่ตนดำรงอยู่ ซึ่งเป็นการรับรู้และตัดสินใจของบุคคลนั้น

## 2. การประเมินคุณภาพชีวิต

มีประโยชน์ช่วยในการประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการวางแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การเลือกยาหรือการรักษา 2 วิธี ให้กับผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพต่างๆแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงผลกระทบที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์อีกปัจจัยหนึ่งด้วย

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา รวมถึงผลกระทบจากโรคและการรักษา การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นยังไม่มีข้อตกลงที่แน่นอนว่า เรื่องใดควรจะรวมอยู่



ในการประเมินคุณภาพชีวิต Meeberg (26) ได้เสนอเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

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

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

Frank-Stromberg (27) อธิบายว่าการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาเลือกเครื่องมือได้หลายรูปแบบ และหลายประเด็น ดังนี้

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

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

นอกจากนี้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตตามโครงสร้างหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว (Unidimension) ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่ง Howard L. และ Stacey C. (22) ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลนั้นถูกบังคับให้เลือกระหว่าง หัวข้อ ปัญหา สัญลักษณ์ และสถานการณ์ต่างๆ ของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยแยกขอบเขตหรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตน โดยแสดงออกตามการรับรู้

เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

2. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ(Mutidimension) โดยคุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง เช่น ภาวะสุขภาพ อารมณ์ ความเจ็บปวด การทำหน้าที่ทางกายและทางสังคม ภาพลักษณ์ ครอบครัว เพศสัมพันธ์ การงาน อาชีพ เศรษฐฐานะ และอารมณ์ เป็นต้น ซึ่ง Padilla and Grant (28) ให้ความหมายว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด และยังสามารถศึกษาผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อก้าวถึงคุณภาพชีวิต บุคคลโดยทั่วไปมักเห็นว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิตซึ่งเป็นการสะท้อนความรู้สึกต่อการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่เป็นประสบการณ์ของบุคคลนั้นเป็นมิติที่สำคัญที่สุด

Spitze W.และคณะ (29) กล่าวว่าเครื่องมือที่ดีในการประเมินคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

- 1.) ข้อความนั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้สะดวก
- 2.) ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน จำนวนข้อ ควรมีรายละเอียดมากพอที่จะครอบคลุมในแต่ละด้าน
- 3.) เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา
- 4.) ควรเป็นการวัดเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลที่ใช้สามารถให้คะแนนเป็นตัวเลขได้สามารถใช้ได้ในหลายสถานการณ์
- 5.) มีข้อจำกัดที่น้อยที่สุดเกี่ยวกับปัจจัยทางด้าน อายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรค
- 6.) ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
- 7.) เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
- 8.) มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
- 9.) แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
- 10.) สอดคล้องกับความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และคะแนนที่วัดได้สอดคล้องกับที่คนอื่นวัด



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

ถึงแม้ว่าจะยังไม่มี ความหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต แต่หลายประเทศ เช่น แคนาดา สหรัฐอเมริกา และประเทศแถบสแกนดิเนเวีย ได้เริ่มพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถวัดได้ละเอียดมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะด้านการมีชีวิตรอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความมีสุขภาพที่สมบูรณ์พร้อมทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งความยืนยาวของชีวิตที่ดำรงอยู่อย่างมีสุขภาพดี (30)

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์กลายเป็นสิ่งจำเป็นในการติดตามประเมินผลผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากการวัดภาวะซึมเศร้าหรือความเครียดของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะอธิบายถึงการตอบสนองที่มีความสลับซับซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ได้ การศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ด้วยเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบต่างๆแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไปประเด็นของคุณภาพชีวิตที่ถูกกระทบด้วยการติดเชื้อและการป่วยด้วยเอดส์ อาจแตกต่างกันบ้างในแต่ละการศึกษา เช่น บางการศึกษาพบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (31) บางการศึกษาพบเฉพาะด้านจิตใจ (32) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จะต่ำกว่าประชากรทั่วไปแล้ว ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (33) อีกด้วย โรคแต่ละโรคทำให้มีอาการและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจึงต้องมีความสอดคล้องต่อผลกระทบของโรคต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต

ศदानันท์ ปียกุล (2542) (34) ได้นำ (Medical Outcomes Study 36: MOS 36 item. short form :SF-36) ของ Wu AW. และ คณะ มาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ Medical Outcomes Study 36: MOS 36 item. short form :SF-36 นี้ Wu AW. และ คณะ ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือนี้ขึ้นมาตั้งแต่ปี 1991 (35) และถูกใช้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใน

ต่างประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ.1992 - 2003 มากกว่า 33 เรื่อง MOS – SF 36 ถูกแปลและนำไปใช้มากกว่า 14 ภาษารวมทั้งภาษาไทย และได้ถูกรวมเป็นแบบวัดทฤษฎีในทางคลินิกเกี่ยวกับระยะการดำเนินโรค เป็นเครื่องมือที่กระชับและครอบคลุมเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลลัพธ์แสดงเป็นค่าคะแนน ซึ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีสุขภาพดี Jan A., et al (36) ได้นำ MOS – SF 36 ไปทดสอบ reliability และ validity ในประเทศ ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์ พบว่าได้ค่า reliability ใกล้เคียงกัน (ประมาณ 0.7) Paton NI., et al (37) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศสิงคโปร์ โดยใช้ MOS - SF 36 พบว่า MOS – SF 36 สามารถนำไปขยายผลใช้กับพื้นที่อื่นๆ ได้ .

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องเผชิญกับภาวะความทุกข์ทรมานจากการป่วย การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สุขภาพไม่แข็งแรง ภาวะซึมเศร้า เครียด และการรักษาล้มเหลว (Treatment failure) เป็นต้น จึงเลือก Medical Outcomes Study 36: MOS 36 item. short form :SF-36 ของ Wu AW. ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย โครงการวิจัยคุณภาพชีวิต สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประเมินสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน (10 Domains) (38) คือ

- 1.ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning) หมายถึง สุขภาพทางร่างกายที่เป็นข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรม เช่น การยกของหนัก ๆ การวิ่ง หรือ การเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก กิจกรรมที่ต้องใช้แรงปานกลาง เกี่ยวกับการย้ายโต๊ะ หิ้วตะกร้ากลับจากตลาด เดินขึ้นเนินหรือย้อตัว เดินไกลประมาณ 1 ช่วงเสาไฟฟ้า การแต่งตัว อาบน้ำหรือการใช้ห้องน้ำ การกินอาหารได้ด้วยตนเอง

- 2.ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (Role Functioning) หมายถึง บทบาททั่วไปเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ หรือ การทำงานบ้าน

- 3.ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (Body pain) หมายถึง อาการเจ็บปวดทางกายเนื่องจากสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตามตัว ปวดข้อ และอาการปวดทางร่างกาย รบกวนการทำงานตามปกติ

- 4.ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง สุขภาพหรือสภาวะทางอารมณ์ทำให้เป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ไปเยี่ยม เพื่อนญาติ หรือการไปร่วมกิจกรรมภายในหมู่บ้านหรือชุมชน

- 5.ด้านภาวะทางอารมณ์ (Emotional) หมายถึงความรู้สึกเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ตลอดเวลา หรือมีความสุขตลอดเวลา

6.ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า (energy/fatigue) หมายถึง มีความรู้สึก กระปรี้กระเปร่า มีกำลังพอที่จะทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการได้ หรือว่า รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือ เหนื่อยล้า

7.ด้านการรับรู้หน้าที่ (Cognitive function) หมายถึง ความรู้สึก ยากลำบากในการหาเหตุผลหรือแก้ปัญหา เช่น ในการวางแผน การตัดสินใจ หรือการเรียนรู้สิ่ง ใหม่ ๆ หรือสิ่งของที่เพิ่งจะเกิดขึ้น และไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรม

8.ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perception) หมายถึง สุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเหมือนคนอื่น หรือยังเจ็บป่วยอยู่

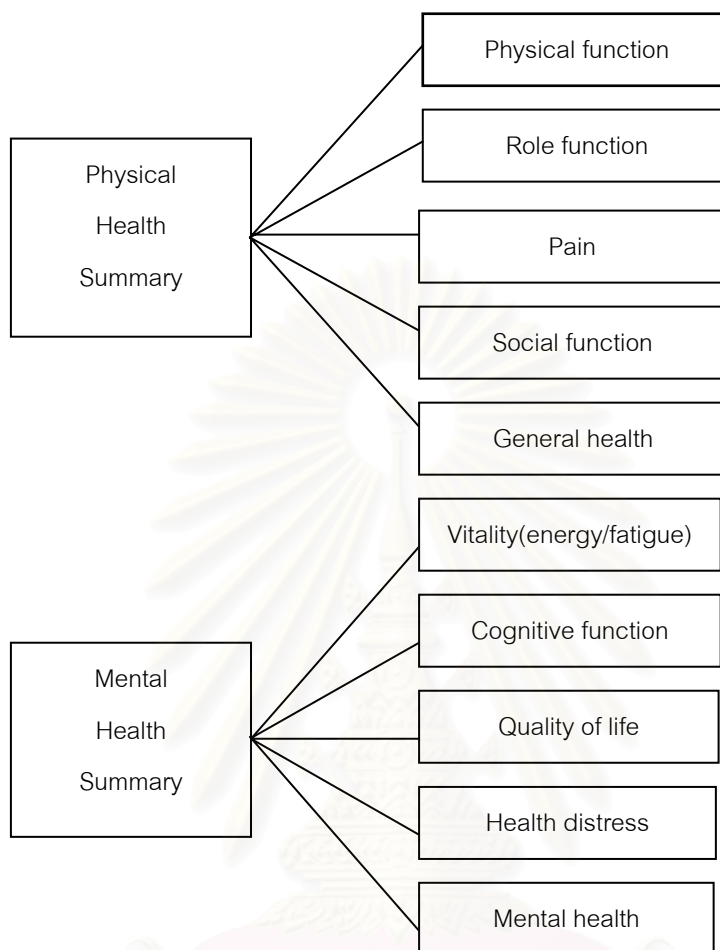
9.ด้านปัญหาทางสุขภาพ (Health distress) หมายถึง มีความกังวล เกี่ยวกับสุขภาพ และรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหวาดกลัว เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

10.ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด (Overall Quality of Life) หมายถึง คุณภาพ ชีวิตดีหรือแย่อย่างไร

นอกจากนี้ Dennis A Revicki และคณะ (39) ได้สร้าง Model จาก MOS - SF36 รวมสถานะทางสุขภาพ เป็น 2 สถานะ (Summary Measures) คือ

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

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



แผนภูมิที่ 2.1 Model การแบ่ง MOS - SF36 เป็นสถานะสุขภาพทางด้านร่างกาย และสถานะสุขภาพทางด้านจิตใจ ของ Revicki D.A และคณะ

#### ข้อดีของ MOS – SF 36 (40)

1. มีองค์ประกอบครบ ครอบคลุมความหมายของคุณภาพชีวิต
2. ใช้ได้ดีกับกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วย หรือพิการ
3. ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการได้รับการรักษาจากระบบบริการสุขภาพในสถานะต่างๆ

#### ข้อจำกัดของ MOS - SF 36 (40)

1. เป็นการประเมินการรับรู้ของแต่ละบุคคล
2. ไม่เหมาะกับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมาก

MOS – SF 36 เป็นเครื่องมือที่มีองค์ประกอบครบ ครอบคลุมความหมายของคุณภาพชีวิต ใช้ได้ดีกับกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วย หรือพิการ และสามารถใช้ในการประเมิน คุณภาพชีวิตภายหลังการได้รับการรักษาจากระบบบริการสุขภาพในสภาวะต่างๆ แต่ก็ยังมี ข้อจำกัด คือ เป็นการประเมินการรับรู้ของแต่ละบุคคลเท่านั้น ไม่เหมาะกับการเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมาก

#### 4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

4.1. **อายุ** Padilla & Grant (อ้างใน วัลลภา ครุฑแก้ว)(41) กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัย หนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในชีวิตมากกว่าซึ่ง ประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลต่อการปรับตัว และช่วยให้การเผชิญกับปัญหาได้ดี และมีการรับรู้ คุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุมาก มีคุณภาพชีวิตด้านสมรรถนะทางร่างกาย การรับรู้ สุขภาพ การมีบทบาทในหน้าที่การงานและสังคม และสุขภาพจิต ด้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า อายุของผู้ป่วยเอดส์มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่วัดด้วย WHOQOL ในด้านความอิสระ และ คุณภาพชีวิตโดยรวม

4.2. **เพศ** Anderson & Noris (อ้างใน วัลลภา ครุฑแก้ว )(41) กล่าวว่าเพศเป็น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับแก้ความเครียด และการปรับตัวของบุคคลเนื่องจากเพศชายและเพศ หญิงมีค่านิยม ทศนคติ ต่อการเจ็บป่วยและการเลือกวิธีระบายความทุกข์ในลักษณะที่สังคม ยอมรับได้แตกต่างกัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วย เอดส์ชาย แต่บางการศึกษา ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเพศหญิง มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง กว่าเพศชาย

4.3. **สถานภาพสมรส** Hanucharumkul (อ้างใน วัลลภา ครุฑแก้ว)(41) กล่าวว่า สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัวและคู่สมรส ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง ของแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยคู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับแก้ กับปัญหาได้ดีความเครียดลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ ดีขึ้น

4.4. **อาชีพ รายได้ และการศึกษา** Hanucharumkul (อ้างใน วัลลภา ครุฑแก้ว) (41) พบว่าเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการ พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถทำความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษา ตลอดจนเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ดีกว่าผู้ มีการศึกษาต่ำ นอกจากนี้การศึกษายังมีความสัมพันธ์กับอาชีพและรายได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูง มีการประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูงในขณะที่คนที่มีการศึกษาต่ำ มักมีรายได้น้อยผู้ที่มีสถานภาพ



ทางเศรษฐกิจและสังคมสูงก็จะมี การแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ในสังคมได้มากกว่า จะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีรายได้สูง มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีรายได้ต่ำ

**4.5. การมีงานทำ** การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีงานทำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีงานทำ(42),(43)

**4.6. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย** จากการศึกษาของ Weitz ( อ่างใน วัลลภา ครุฑแก้ว)(41) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าในระยะ 4 – 6 เดือนผ่านไปหลังได้รับการวินิจฉัย พบว่าผู้ติดเชื้อมีการปรับตัวได้ดี เรียนรู้ว่าจะควบคุมการมีชีวิตรอยู่อย่างไรกับภาวะติดเชื้อ ตั้งความหวังว่าตนเองจะมีสุขภาพปกติได้มากซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้นมีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อปรับสภาพจิตใจของตนเอง ช่วยให้ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี

**4.7. การได้รับการรักษา** บริการสุขภาพที่ได้รับและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีระบบบริการที่ซับซ้อนและไม่เท่าเทียมกัน บางสถานที่ให้บริการที่ค่อนข้างพร้อมมูล สะดวกแก่การติดต่อและเข้าถึง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ทันสมัยและเพียงพอ บางสถานที่ตรงกันข้าม ตลอดจนนิสัยส่วนตัวของผู้ให้บริการ ซึ่งเหล่านี้มีส่วนในการเลือกใช้บริการ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยการรักษาทางเลือก มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น(44)

**4.8. การสนับสนุนทางสังคม** ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ขณะเดียวกันผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน มีความเข้าใจปัญหา มีวิธีการแก้ปัญหา การดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม(45),(46)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

ศดานันท์ ปิยกุล (34) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่วัดผลของการรักษา(MOS – SF 36) วัดสถานะทางสุขภาพ 6 ด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตต่ำ ร้อยละ 26.7 และน้อยที่สุดคุณภาพชีวิตสูงร้อยละ 18.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาดำเนินโรค กลุ่มอาการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สถิติที่ใช้ทดสอบคือ Pearson's Product Moment

Correlation Coefficient และเมื่อควบคุมปัจจัยตัวอื่น พบว่าปัจจัยที่ยังคงมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ คือ สถานภาพสมรส กลุ่มอาการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $p < 0.005$ )

ชยันตธีรพร ปทุมานนท์ และคณะ (47) ศึกษาคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่าย และปัจจัยที่กำหนดการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ใน 5 จังหวัดภาคเหนือ ได้แก่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง และพะเยาโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL – BREF) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อลดลงตามลำดับตามระยะของโรคที่รุนแรงขึ้น โดยลดลงมากในระหว่างการติดเชื้อไม่มีอาการและระยะป่วยเป็นเอดส์ คุณภาพชีวิตด้านร่างกายเป็นส่วนที่ถูกกระทบมากที่สุดในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนที่ถูกกระทบน้อยที่สุด

รสสุคนธ์ วาริทสกุลและคณะ (3) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ร่วมกับครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวและเข้าร่วมชมรมสายธารใจ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งดัดแปลงจากพาดิลา และแกรนท์ ซึ่งนำมาดัดแปลงใช้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

Lubeck DP (48) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยเครื่องมือ MOS – SF 20 พบว่าผู้ติดเชื้อระยะไม่มีอาการ มีสุขภาพทั่วไปดีกว่าผู้ติดเชื้อระยะมีอาการมีความเจ็บปวดน้อยกว่ามีสมรรถภาพร่างกาย ความจำและคุณภาพชีวิตดีกว่า

สุเทพ รักเมือง (49) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 11 จำนวน 352 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (MOS – SF 36) ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

วรรณชัย คำป่าแลว (50) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชมรมผู้ติดเชื้อ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 109 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพและหน้าที่การทำงานของร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง และพบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการเงิน ได้แก่ การประกอบอาชีพหรือการมีงานทำ รายได้ รายจ่ายของครอบครัวและหนี้สินของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต



### ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยให้บุคคลริเริ่มและคงความพยายามในการดูแลตนเองไว้ (51) ดังนั้นการดูแลตนเองจึงมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับคุณภาพชีวิต และวิธีที่ผู้ป่วยเอดส์เลือกปฏิบัติในการดูแลตนเองมากที่สุด ที่พบในรายงานได้แก่ การปรับทัศนคติให้เป็นเชิงบวก การลดภาวะเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอน การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต การปฏิบัติเพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรง การป้องกันโรคแทรกซ้อนและการให้เหตุผลในการเผชิญปัญหาและอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีคือการพัฒนาและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นดังนั้นการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (3)

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

รสสุคนธ์ วาริตสกุล และคณะ (3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ร่วมกับครอบครัว จำนวน 20 ราย พบว่าการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.57, p<.01$ )

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Analytic study)

#### ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

##### 1. ประชากร (Population)

- 1.1. ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย
- 1.2. ประชากรที่ศึกษา (Study Population) คือ ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำนวน 173 ราย

1.3. ตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำนวน 173 ราย ซึ่งได้จากการสำรวจ ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2547 โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งว่าติดเชื้อเอชไอวี
- พักอยู่ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
- เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- รู้สึกตัวดี พูดออกเสียงได้ สามารถเขียนได้ และ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

##### 2. การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

2.1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพเดิม รายได้เดิม รายได้ปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ด้วยเดิม การรับทราบของครอบครัว การยอมรับของครอบครัว ระยะเวลาที่อยู่ในโครงการฯ บุคลากรที่ให้การดูแล

2.2. ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (Instrument)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบข้อให้เลือกตอบและเติมคำหรือข้อความ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิภาคเดิม การประกอบอาชีพเดิม รายได้เดิม รายได้ปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย เป็นแบบข้อให้เลือกตอบและเติมคำหรือข้อความ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี อาการทางร่างกาย การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

3. ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบข้อให้เลือกตอบและเติมคำหรือข้อความ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ด้วยเดิม การรับทราบของครอบครัว การยอมรับของครอบครัว ระยะเวลาที่อยู่ในโครงการฯ เหตุผลที่เข้าอยู่ในโครงการฯ บริการสนับสนุนจากโครงการฯ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่ ยา บุคลากรที่ให้การดูแลสุขภาพแฉดล้อม

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามการดูแลตนเองของอภิรดี เขมะวงนิช(10) เป็นแบบข้อให้เลือกตอบ จำนวน 22 ข้อ คือ

- |  |       |   |     |
|--|-------|---|-----|
| 1.) ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง | จำนวน | 4 | ข้อ |
| 2.) ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล                  | จำนวน | 8 | ข้อ |
| 3.) ด้านการไม่ใช้สารเสพติด                 | จำนวน | 4 | ข้อ |
| 4.) ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย         | จำนวน | 3 | ข้อ |
| 5.) ด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ                 | จำนวน | 3 | ข้อ |

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่วัดผลของการรักษา (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36 ) ของ Wu AW. และคณะ (38) วัดสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน จำนวน 36 ข้อเป็นแบบข้อให้เลือกตอบ คือ

- |                                |       |   |     |
|--------------------------------|-------|---|-----|
| 1.) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย | จำนวน | 6 | ข้อ |
| 2.) ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท   | จำนวน | 2 | ข้อ |
| 3.) ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย  | จำนวน | 2 | ข้อ |

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

#### 4. การตรวจความถูกต้องและความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองและแบบวัดคุณภาพชีวิต

4.1. **ความถูกต้องของเนื้อหา** (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองและแบบวัดคุณภาพชีวิต ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ

4.2. **ความเที่ยง** (Reliability) ศदानันท์ ปียกุล(34) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิต (MOS – SF 36) มาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดเชียงใหม่ได้ ค่า reliability เท่ากับ 0.8988 สุเทพ รักเมือง(49) ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต(MOS – SF 36) กับผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11 โดยมีค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.7655 การศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต (MOS – SF 36) ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ไปทดสอบ (Pretest questionnaire) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายๆ กันกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)(52)ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิตที่นำไปทดสอบ มีผลดังนี้

ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง	มีค่าเท่ากับ	0.55
ค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต	มีค่าเท่ากับ	0.91

#### การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่าง วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2548 โดยมีขั้นตอนดังนี้

### ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมอุปกรณ์การวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต
2. ทำหนังสือ จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้จัดการโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่
3. ประชุมทำความเข้าใจถึงรายละเอียดของข้อคำถาม วิธีการถาม แก่ผู้ช่วยสัมภาษณ์ จำนวน 2 คน

### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยสัมภาษณ์เข้าพบผู้จัดการโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี เพื่ออธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยสัมภาษณ์ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเอดส์ และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมให้ทำการวิจัย เมื่อผู้ป่วยเอดส์ยินยอมจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์
3. นำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิตที่รวบรวมได้มาทำการตรวจสอบ (Manual Editing) จากนั้นแปลงข้อมูลที่ได้เป็นรหัส และบันทึกลงในแฟ้มข้อมูล เพื่อให้สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

### เกณฑ์การให้คะแนน

#### เกณฑ์การให้คะแนนของแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง

1. ผู้วิจัยได้ตัดแปลงข้อคำถามและปรับการเลือกตอบจากแบบสอบถามการดูแลตนเองของอภิตี เหมะวนิช(10) โดยการตอบแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงที่ได้ปฏิบัติมากที่สุด ซึ่งลักษณะคำตอบประยุกต์จากมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

#### ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

ข้อ 1	ถ้าเลือกตอบ	อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ	ได้คะแนน	2	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	วันละ 2 มื้อ	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	วันละ 1 มื้อ	ได้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 2	ถ้าเลือกตอบ	อย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว	ได้คะแนน	2	คะแนน

	ถ้าเลือกตอบ	วันละ 4 – 5 แก้ว	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	น้อยกว่า 4 แก้ว	ได้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 3	ถ้าเลือกตอบ	อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	ได้คะแนน	2	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	เดือนละ 1 – 3 ครั้ง	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่เคยออกกำลังกายเลย	ได้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 4	ถ้าเลือกตอบ	อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง	ได้คะแนน	2	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	วันละ 4 – 5 ชั่วโมง	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	ได้คะแนน	0	คะแนน

#### ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล

ข้อ 5	ถ้าเลือกตอบ	อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง/1 ครั้ง	ได้คะแนน	2	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	อาบเป็นบางวัน	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่อาบเลย	ได้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 6	ถ้าเลือกตอบ	อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	ได้คะแนน	2	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	วันละ 1 ครั้ง	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	แปรังเป็นบางวัน	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่แปรังเลย	ได้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 7	ถ้าเลือกตอบ	ทุกครั้ง	ได้คะแนน	2	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	บางครั้ง	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่เคยเลย	ได้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 8	ถ้าเลือกตอบ	ทุกวัน	ได้คะแนน	2	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	บางวัน	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่เปลี่ยนเลย	ได้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 9-10, 12	ถ้าเลือกตอบ	ใช่	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่ใช่	ได้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 11	ถ้าเลือกตอบ	ใช่	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่ใช่	ได้คะแนน	1	คะแนน

#### ด้านการไม่ใช้สารเสพติด

ข้อ 13	ถ้าเลือกตอบ	เคยทุกวัน	ได้คะแนน	0	คะแนน
--------	-------------	-----------	----------	---	-------



	ถ้าเลือกตอบ	เคยบางวัน	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่เคยใช้เลย	ได้คะแนน	1	คะแนน
ข้อ 14	ถ้าเลือกตอบ	สูบทุกวัน	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	สูบบางวัน	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่สูบเลย	ได้คะแนน	1	คะแนน
ข้อ 15	ถ้าเลือกตอบ	ดื่มทุกวัน	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ดื่มบางวัน	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่ดื่มเลย	ได้คะแนน	1	คะแนน
ข้อ 16	ถ้าเลือกตอบ	เสพทุกวัน	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	เสพบางวัน	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่เสพเลย	ได้คะแนน	1	คะแนน

#### ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

ข้อ 17,19	ถ้าเลือกตอบ	ใช่	ได้คะแนน	0	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่ใช่	ได้คะแนน	1	คะแนน
ข้อ 18	ถ้าเลือกตอบ	ใช่	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่ใช่	ได้คะแนน	0	คะแนน

#### ด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

ข้อ 20	ถ้าเลือกตอบ	เป็นประจำทุกวัน	ได้คะแนน	2	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	เป็นบางวัน	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่เคยเลย	ได้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 21-22	ถ้าเลือกตอบ	ทุกครั้ง	ได้คะแนน	2	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	เป็นบางครั้ง	ได้คะแนน	1	คะแนน
	ถ้าเลือกตอบ	ไม่เคยเลย	ได้คะแนน	0	คะแนน

#### 2. รวมคะแนนทั้งหมดของการดูแลตนเองในแต่ละด้าน ดังนี้

- 1.) ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง คะแนนรวม 8 คะแนน
- 2.) ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล คะแนนรวม 12 คะแนน
- 3.) ด้านการไม่ใช้สารเสพติด คะแนนรวม 4 คะแนน
- 4.) ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย คะแนนรวม 2 คะแนน

5.) ด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ	คะแนนรวม	6	คะแนน
รวมคะแนนการดูแลตนเองทั้งหมด			32

3. นำคะแนนที่ได้มาแบ่งการดูแลตนเอง เป็น 2 ระดับ คือระดับดี และ ระดับไม่ดี โดยผู้ที่จะได้คะแนนรวมสูงสุด จะต้องปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามคู่มือการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ของดร.ณัฐ รุจกรกานต์ (11) และการศึกษาของรสสุคนธ์ วาริทสกุลและคณะ (3) โดยประยุกต์การแบ่งเกณฑ์พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติอิงแบบ Likert's Scale 5 ระดับ (53) คือ

0 – 50 %	ระดับ	น้อยมาก
51 – 59 %	ระดับ	น้อย
60 – 69 %	ระดับ	ปานกลาง
70 – 79 %	ระดับ	มาก
80 – 100 %	ระดับ	มากที่สุด

ทั้งนี้พฤติกรรมทั้ง 5 ด้าน เป็นพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติจริงและปฏิบัติเป็นประจำ จึงกำหนดให้ค่าคะแนนที่ผ่านเกณฑ์อยู่ที่ระดับ 80 % เป็นเกณฑ์ชี้วัด ดังนี้

ระดับคะแนน	การดูแลตนเอง
น้อยกว่า 80% (น้อยกว่า 25.6 คะแนน)	ไม่ดี
เท่ากับหรือมากกว่า 80%(เท่ากับหรือมากกว่า 25.6 คะแนน)	ดี

### เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดคุณภาพชีวิต

1. ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและปรับลดตัวเลือกและได้กำหนดเกณฑ์การวัดผลคุณภาพชีวิตโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของ Ronald D Hays, Cathy D. Sherbourn., Rebecca M. Mazel (54) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

<u>ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย</u>				
ข้อ 1-6	เป็นข้อจำกัดอย่างมาก	=	0	คะแนน
	เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย	=	1	คะแนน
	ไม่เลย	=	2	คะแนน
<u>ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท</u>				
ข้อ 7	ใช่	=	1	คะแนน
	ไม่ใช่	=	0	คะแนน
ข้อ 8	ใช่	=	0	คะแนน
	ไม่ใช่	=	1	คะแนน

ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย

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

ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม

ข้อ 11	ตลอดเวลา	=	0	คะแนน
	บ่อย	=	1	คะแนน
	ปานกลาง	=	2	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	3	คะแนน
	ไม่เลย	=	4	คะแนน

ด้านภาวะทางอารมณ์

ข้อ 13,15	ตลอดเวลา	=	4	คะแนน
	บ่อย	=	3	คะแนน
	ปานกลาง	=	2	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	1	คะแนน
	ไม่เลย	=	0	คะแนน
ข้อ 12,14,16	ตลอดเวลา	=	0	คะแนน
	บ่อย	=	1	คะแนน
	ปานกลาง	=	2	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	3	คะแนน
	ไม่เลย	=	4	คะแนน

ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า

ข้อ 17,20	ตลอดเวลา	=	4	คะแนน
	บ่อย	=	3	คะแนน
	ปานกลาง	=	2	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	1	คะแนน
	ไม่เลย	=	0	คะแนน
ข้อ 18,19	ตลอดเวลา	=	0	คะแนน

บ่อย	=	1	คะแนน
ปานกลาง	=	2	คะแนน
นานๆ ครั้ง	=	3	คะแนน
ไม่เคย	=	4	คะแนน

#### ด้านการรับรู้หน้าที่

ข้อ 21-24	ตลอดเวลา	=	0	คะแนน
	บ่อย	=	1	คะแนน
	ปานกลาง	=	2	คะแนน
	นานครั้ง	=	3	คะแนน
	ไม่เคย	=	4	คะแนน

#### ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป

ข้อ 25	ดีขึ้นมาก	=	4	คะแนน
	ดีขึ้นเล็กน้อย	=	3	คะแนน
	เหมือนเดิม	=	2	คะแนน
	แย่ลงเล็กน้อย	=	1	คะแนน
	แย่ลงมาก	=	0	คะแนน
ข้อ 26	ดีขึ้นมาก	=	4	คะแนน
	ดีขึ้นเล็กน้อย	=	3	คะแนน
	เหมือนเดิม	=	2	คะแนน
	แย่ลงเล็กน้อย	=	1	คะแนน
	แย่ลงมาก	=	0	คะแนน

ข้อ 27,30	ใช่	=	0	คะแนน
	ไม่แน่ใจ	=	1	คะแนน
	ไม่ใช่	=	2	คะแนน

ข้อ 28-29	ใช่	=	2	คะแนน
	ไม่แน่ใจ	=	1	คะแนน
	ไม่ใช่	=	0	คะแนน

ข้อ 31	ดีมาก	=	3	คะแนน
	ดี	=	2	คะแนน

	พอใจ	=	1	คะแนน
	ไม่ดี	=	0	คะแนน
<u>ด้านปัญหาทางสุขภาพ</u>				
ข้อ 32-35	ตลอดเวลา	=	0	คะแนน
	บ่อย	=	1	คะแนน
	ปานกลาง	=	2	คะแนน
	นานๆ ครั้ง	=	3	คะแนน
	ไม่เคย	=	4	คะแนน
<u>ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด</u>				
ข้อ 36	ดีมาก	=	4	คะแนน
	ดี	=	3	คะแนน
	ปานกลาง	=	2	คะแนน
	ค่อนข้างแย่	=	1	คะแนน
	แย่มาก	=	0	คะแนน

2. รวมคะแนนทั้งหมด ของ คุณภาพชีวิตแต่ละด้าน ดังนี้

- ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	คะแนนรวม	12	คะแนน
- ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	คะแนนรวม	2	คะแนน
- ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย	คะแนนรวม	8	คะแนน
- ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	คะแนนรวม	4	คะแนน
- ด้านภาวะทางอารมณ์	คะแนนรวม	20	คะแนน
- ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า	คะแนนรวม	16	คะแนน
- ด้านการรับรู้หน้าที่	คะแนนรวม	16	คะแนน
- ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	คะแนนรวม	19	คะแนน
- ด้านปัญหาทางสุขภาพ	คะแนนรวม	16	คะแนน
- ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม	คะแนนรวม	4	คะแนน
รวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด		117	คะแนน

3. ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการเปรียบเทียบทางสถิติ จึงนำคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านมาถ่วงน้ำหนัก (Weights) เพื่อให้คะแนนรวมแต่ละด้านเท่ากัน คือด้านละ 10 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 10 ด้าน เท่ากับ 100 คะแนน คะแนนจะมีช่วง 0-100 โดยคะแนนที่ 0 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำสุด และ 100 หมายถึงมีคุณภาพดีที่สุด(55)

4. นำคะแนนที่ได้จากข้อ 3. จัดระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยอิงจากผลการศึกษาดัชนีวัดสถานะการมีสุขภาพดีของผู้ป่วยเอดส์ ในต่างประเทศ ซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 75 คะแนนของคะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน (36),(39),(56),(57) เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายหรือระยะเอดส์นี้ หากมีการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ก็จะกลับมามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงได้โดยแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	คุณภาพชีวิต
น้อยกว่า 75 คะแนน	ไม่ดี
เท่ากับหรือมากกว่า 75 คะแนน	ดี

5. นำคะแนนที่ได้จากข้อ 3. มาแบ่งคุณภาพชีวิตโดยรวมลักษณะอิงกลุ่มเป็น 2 ระดับเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้ค่าสถิติ ควอไทล์ (Quartiles) ดังนี้

ระดับคะแนน	คุณภาพชีวิต
คะแนนน้อยกว่า 67.87 (น้อยกว่า ควอไทล์ที่ 2)	ไม่ดี
คะแนน 67.87 ขึ้นไป (ควอไทล์ที่ 2 ขึ้นไป)	ดี

## การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) มีรายละเอียด ดังนี้

### 1.1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

1.1.1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้เดิม รายได้ปัจจุบัน สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

1.1.2. ปัจจัยการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

1.1.3. ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในโครงการสรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

### 1.2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

1.2.1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนาเดิม การประกอบอาชีพเดิม แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง



1.2.2 ปัจจัยการเจ็บป่วย ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง

1.2.3. ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ด้วยเดิม การรับทราบของครอบครัว การยอมรับของครอบครัว เหตุผลที่เข้าอยู่ในโครงการฯ บริการสนับสนุนจากโครงการฯ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่ ยา บุคลากรที่ให้การดูแล สภาพแวดล้อม สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1. หาคความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง กับระดับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต โดยใช้ Chi-squares test ( $\chi^2$ ) และ Fisher's Exact test (58) ในการทดสอบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$

2.2. หาคความสัมพันธ์ระหว่างระดับการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต โดยใช้ Chi-squares test ( $\chi^2$ ) และ Fisher's Exact test (58) ในการทดสอบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Analytic Study) โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี ศึกษาในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2547 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2548 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 169 ราย การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 4 การดูแลตนเอง

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการดูแลตนเองโดยรวม กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษณีเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่า เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71) เพศหญิง (ร้อยละ 29) ส่วนใหญ่อายุ 41 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 27.8) อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 65 ปี มัธยฐานของอายุ 36 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 34.3) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.8) มีภูมิลำเนาเดิมในเขตภาคกลาง (ร้อยละ 52.7) เดิมประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 69.2) ส่วนใหญ่มีรายได้เดิมก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการธรรมรักษณีเวศน์ ต่อเดือน 3,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 30.8) โดยมีรายได้สูงสุด 50,000 บาทต่อเดือน มัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท มีรายได้ปัจจุบันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 58.6) โดยมีรายได้ปัจจุบันสูงสุด 3,000 บาทต่อเดือน มัธยฐานรายได้ปัจจุบัน 600 บาท แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบันมาจากค่าตอบแทนจากการทำงานในโครงการธรรมรักษณีเวศน์ (ร้อยละ 50.9) ส่วนใหญ่รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 54.3) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษณีเวศน์ จังหวัดลพบุรี

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 169)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	120	71.0
หญิง	49	29.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
≤ 25	14	8.3
26-30	38	22.5
31-35	32	18.9
36-40	38	22.5
41 ขึ้นไป	47	27.8
Min = 19    Max = 65    Median = 36    Mean = 35.76    S.D. = 8.08		

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 169)	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	58	34.3
โสด	49	29.0
แยกกันอยู่	30	17.8
หย่าร้าง	17	10.0
ม่าย	15	8.9
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	74	43.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	24.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ปวท.	36	21.3
อนุปริญญา/ ปวส.	7	4.1
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	5	2.9
ไม่ได้เรียน	6	3.6
<b>ภูมิลำเนาเดิม</b>		
ภาคกลาง	89	52.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	47	27.8
ภาคเหนือ	19	11.3
ภาคตะวันออก	7	4.1
ภาคใต้	7	4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 169)	ร้อยละ
<b>การประกอบอาชีพเดิม(ก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการ)</b>		
รับจ้าง	117	69.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	20	11.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	5.9
เกษตรกรรม	5	3.0
ขายบริการทางเพศ	2	1.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	8.9
<b>รายได้เดิมก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการ(บาท/เดือน)</b>		
ไม่มีรายได้	16	9.5
≤ 3,000	22	13.0
3,001 - 5,000	52	30.8
5,001 - 7,000	29	17.1
7,001 - 9,000	21	12.4
9,001 ขึ้นไป	29	17.2
Min = 0    Max = 50000    Mean = 6433.14    Median = 5000    S.D.= 5686.30		
<b>รายได้อัจจุบันขณะที่ได้รับการดูแลจากโครงการ(บาท/เดือน)</b>		
ไม่มีรายได้	53	31.3
≤ 1,000	99	58.6
1,001 - 2,000	14	8.3
2,001 ขึ้นไป	3	1.8
Min = 0    Max = 3000    Mean = 592.90    Median = 600    S.D.= 567.11		

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ จังหวัดลพบุรี (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 116)	ร้อยละ
<b>แหล่งที่มาของรายได้</b>		
ค่าตอบแทนจากการทำงานในโครงการ ญาติ	86 30	74.1 25.9
<b>ความเพียงพอของรายได้ปัจจุบัน</b>		
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	63	54.3
พอใช้และเหลือเก็บ	24	20.7
ไม่พอใช้	29	25.0

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยการเจ็บป่วย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีจากทางเพศสัมพันธ์ ชนิดต่างเพศ (ร้อยละ 71) ระยะเวลาที่ทราบว่ามีเชื้อเอชไอวี อยู่ระหว่าง 1 – 3 ปี (ร้อยละ 37.3) โดยระยะเวลาที่ทราบต่ำสุด 1 เดือน ระยะเวลาที่ทราบสูงสุด 195 เดือน (16 ปี 3 เดือน) มีพื้นฐานของระยะเวลาที่ทราบว่ามีเชื้อเอชไอวี 36 เดือน (3 ปี) ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 78.1) และมีอาการทางร่างกายที่เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 50.3) โดยมีอาการปวดมากที่สุด (ร้อยละ 44.7) ดังตารางที่ 4.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

ปัจจัยการเจ็บป่วย	จำนวน (n = 169)	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี</b>		
ทางเพศสัมพันธ์ ชนิดต่างเพศ	120	71.0
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	24	14.2
ทางเพศสัมพันธ์ ชนิดเพศเดียวกัน	12	7.1
ทางเพศสัมพันธ์ ชนิดต่างเพศ และใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	12	7.1
ทางเพศสัมพันธ์ ชนิดเพศเดียวกันและใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	1	0.6
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวี</b>		
< 1 ปี	32	18.9
1 – 3 ปี	63	37.3
4 – 6 ปี	30	17.8
7 – 9 ปี	25	14.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	19	11.2
Min = 1    Max = 195    Median = 36    Mean = 49.95    S.D.= 44.06 (เดือน)		
<b>อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา</b>		
มีอาการ	85	50.3
- มีอาการปวด	38	44.7
- อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	37	43.5
- เดินไม่ได้	6	7.1
- หายใจไม่สะดวก	4	4.7
ไม่มีอาการ	84	49.7

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษณีเวศน์ จังหวัดลพบุรี (ต่อ)

ปัจจัยการเจ็บป่วย	จำนวน (n = 169)	ร้อยละ
<b>การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์</b>		
ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	132	78.1
ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	37	21.9

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษณีเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่า ก่อนเข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษณีเวศน์ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 26.6) ครอบครัวทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 91.1) และยอมรับได้ (ร้อยละ 56.2) ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษณีเวศน์ ระหว่าง 1 – 4 เดือน (ร้อยละ 46.7) ระยะเวลาต่ำสุด 1 เดือน ระยะเวลาสูงสุด 72 เดือน (6ปี) มัธยฐานของระยะเวลาที่เข้ารับการดูแล 5 เดือน โดยร้อยละ 27.8 ให้เหตุผลว่าไม่มีคนดูแลหรือถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยทุกรายได้รับการสนับสนุนปัจจัย 4 จากทางโครงการธรรมรักษณีเวศน์ รวมทั้งเห็นว่าสภาพโดยรวมของบ้านพักและหอผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.5 เห็นว่าบุคลากร/ผู้ดูแล เอาใจใส่ดูแลดี ดังตารางที่ 4.3

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์  
นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง	จำนวน ( n = 169 )	ร้อยละ
<b>บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์พักอาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้ารับการ ดูแลจากโครงการฯ</b>		
อยู่กับสามี/ ภรรยา	45	26.6
อาศัยอยู่กับญาติ	40	23.7
บิดามารดา	39	23.1
บ้านคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	14	8.3
เพื่อน	3	1.8
อยู่คนเดียว	28	16.5
<b>การรับทราบของครอบครัว</b>		
ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	154	91.1
ไม่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	15	8.9
<b>การยอมรับของครอบครัว ( n = 154)</b>		
ยอมรับ	95	61.7
ไม่ยอมรับ	59	38.3
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลจากโครงการฯ</b>		
1 – 4 เดือน	79	46.8
5 – 8 เดือน	31	18.3
9 – 12 เดือน	24	14.2
มากกว่า 12 เดือน	35	20.7
Min = 1    Max = 72    Median = 5    Mean = 10.72    S.D.= 14.47		

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์  
นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี (ต่อ)

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (n = 169)	ร้อยละ
<b>เหตุผลสำคัญที่ทำให้เข้ารับการรักษาในโครงการฯ</b>		
ไม่มีคนดูแล/ถูกทอดทิ้ง	47	27.8
สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง	44	26.0
กลัวจะมีผลกระทบต่อครอบครัว	38	22.5
ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง	20	11.8
กลัวถูกสังคมรังเกียจ	17	10.1
ไม่มีเงินรักษา	3	1.8
<b>ความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล</b>		
ดี	153	90.5
ไม่ดี	16	9.5

#### ส่วนที่ 4 การดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง 5 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการไม่ใช้สารเสพติด ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

คะแนนการดูแลตนเอง ทั้ง 5 ด้าน ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่า การดูแลตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงมีค่ามัธยฐาน 7 คะแนน ต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 8 คะแนน ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ค่ามัธยฐาน 12 คะแนน ต่ำสุด 8 คะแนน สูงสุด 12 คะแนน ด้านการไม่ใช้สารเสพติด ค่ามัธยฐาน 4 คะแนน ต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 4 คะแนน ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ค่ามัธยฐาน 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 2 คะแนน และด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ค่ามัธยฐาน 5 คะแนน ต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 6 คะแนน การดูแลตนเองโดยรวม ค่ามัธยฐาน 28 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 19 คะแนน และคะแนนสูงสุด 32 คะแนน ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษันิเวศน์ จังหวัดลพบุรี  
จำแนกตาม การดูแลตนเอง ทั้ง 5 ด้าน ( n = 169 )

การดูแลตนเอง	คะแนน					
	คะแนน					
	เต็ม	MIN	MAX	MEDIAN	MEAN	S.D
1.ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย						
ให้แข็งแรง	8	2	8	7	6.66	1.34
2.ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	12	8	12	12	11.45	0.85
3.ด้านการไม่ใช้สารเสพติด	4	1	4	4	3.51	0.74
4.ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	2	0	2	2	1.82	0.40
5.ด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ	6	2	6	5	4.80	1.12
การดูแลตนเองโดยรวม	32	19	32	28	28.24	2.59



เมื่อพิจารณาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกรายด้าน 5 ด้าน พบว่า ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ด้านการไม่ใช้สารเสพติด ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงและ ด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ สามารถดูแลตนเองระดับดี (ร้อยละ 97, 82.2 ,64.5,63.3 และ 63.3) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5. จำนวนและร้อยละของการดูแลตนเองรายด้าน 5 ด้าน ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกตามระดับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้ แข็งแรง ( n = 169 )		
ระดับดี	107	63.3
ระดับไม่ดี	62	36.7
ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ( n = 169 )		
ระดับดี	164	97.0
ระดับไม่ดี	5	3.0
ด้านการไม่ใช้สารเสพติด ( n = 169 )		
ระดับดี	109	64.5
ระดับไม่ดี	60	35.5
ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ( n = 169 )		
ระดับดี	139	82.2
ระดับไม่ดี	30	17.8
ด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ( n = 169 )		
ระดับดี	107	63.3
ระดับไม่ดี	62	36.7

เมื่อพิจารณาการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษินีเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่า มีการดูแลตนเองระดับดี (ร้อยละ 87.6) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของการดูแลตนเอง โดยรวมทั้ง 5 ด้านของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษินีเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกตามระดับการดูแลตนเอง (n = 169)

การดูแลตนเอง โดยรวมทั้ง 5 ด้าน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	148	87.6
ระดับไม่ดี	21	12.4

### ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต 10 ด้าน แบ่งเป็น 2 สถานะ คือ สถานะสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้สุขภาพทั่วไป และ สถานะสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 10 ด้านของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษินีเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งมีค่ามัธยฐาน 67.87 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 16.64 คะแนน และคะแนนสูงสุด 98.64 คะแนน ดังตารางที่ 4.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.7 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษินีเวศน์ จังหวัดลพบุรี  
จำแนกตาม คุณภาพชีวิต ทั้ง 10 ด้าน ( n= 169 )

คุณภาพชีวิต	คะแนน					
	คะแนน					
	เต็ม	MIN	MAX	MEDIAN	MEAN	S.D
<b>สถานะสุขภาพด้านร่างกาย</b>						
1.ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	10	0.00	10	6.67	6.75	2.65
2.ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	10	0.00	10	10.00	7.75	3.45
3.ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย	10	1.25	10	7.50	6.59	2.42
4.ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	10	0.00	10	7.50	7.26	2.70
5.ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	10	0.00	10	5.26	5.42	2.50
<b>สถานะสุขภาพด้านจิตใจ</b>						
6.ด้านพลัง/ความเหนื่อยล้า	10	0.00	10	6.20	5.76	2.80
7.ด้านภาวะทางอารมณ์	10	1.00	10	6.50	5.91	2.34
8.ด้านการรับรู้หน้าที่	10	2.50	10	6.87	6.67	2.11
9.ด้านปัญหาทางสุขภาพ	10	0.00	10	8.12	7.50	2.57
10.ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด	10	2.50	10	5.00	6.00	2.15
คุณภาพชีวิตโดยรวม	100	16.64	98.64	67.87	65.62	18.41

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามสถานะสุขภาพทางด้านร่างกายและสถานะสุขภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษินีเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่าสถานะสุขภาพทางด้านร่างกายมีค่ามัธยฐาน 36.29 คะแนน สถานะสุขภาพทางด้านจิตใจมีค่ามัธยฐาน 33.12 คะแนนโดยมีคะแนนเต็มสถานะฯละ 50 คะแนนดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษินีเวศน์ จังหวัดลพบุรี  
จำแนกตามสถานะสุขภาพ

สถานะสุขภาพ	คะแนน					
	คะแนนเต็ม					
	คะแนนเต็ม	MIN	MAX	MEDIAN	MEAN	S.D
ด้านร่างกาย ( n= 169 )	50	6.89	49.47	36.29	33.77	10.65
ด้านจิตใจ ( n= 169 )	50	9.75	50.00	33.12	31.85	9.80

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านสถานะสุขภาพด้านร่างกายและสถานะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่า สถานะสุขภาพด้านร่างกายมีคุณภาพชีวิตไม่ดีจำนวน 96 คน (ร้อยละ 56.8) และสถานะสุขภาพด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตไม่ดีจำนวน 108 คน (ร้อยละ 63.9) ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตด้านสถานะสุขภาพด้านร่างกายและสถานะสุขภาพด้านจิตใจ ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านร่างกาย (n= 169 )</b>		
คุณภาพชีวิตไม่ดี	96	56.8
คุณภาพชีวิตดี	73	43.2
<b>ด้านจิตใจ (n= 169 )</b>		
คุณภาพชีวิตไม่ดี	108	63.9
คุณภาพชีวิตดี	61	36.1

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 10 ด้าน ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่า มีคุณภาพชีวิตไม่ดี (ร้อยละ 65.7) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 10 ด้านของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรีจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n= 169)

คุณภาพชีวิต โดยรวมทั้ง 10 ด้าน	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี	111	65.7
คุณภาพชีวิตดี	58	34.3

## ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ กับระดับการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา รายได้ปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้ปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเอง ส่วนการประกอบอาชีพเดิม และรายได้เดิมก่อนเข้ารับการรักษาจากโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดย รวม ( n = 169 )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการดูแลตนเองโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>							
ชาย	105	87.5	15	12.5	120	100	0.964
หญิง	43	87.8	6	12.2	49	100	
<b>อายุ ***</b>							
<36	77	91.7	7	8.3	84	100	0.109
36 ขึ้นไป	71	83.5	14	16.5	85	100	
<b>สถานภาพสมรส</b>							
โสด	43	87.8	6	12.2	49	100	0.916
คู่	50	86.2	8	13.8	58	100	
ม่าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	55	88.7	7	11.3	62	100	
<b>ระดับการศึกษา</b>							
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	69	86.3	11	13.8	80	100	0.621
มัธยมศึกษาขึ้นไป	79	88.8	10	11.2	89	100	

\*\*\* แบ่งกลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐาน

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม ( n = 169 ) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการดูแลตนเองโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>การประกอบอาชีพเดิม(ก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการฯ)</b>							
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	66.7	5	33.3	15	100	0.025
ประกอบอาชีพ	138	89.6	16	10.4	154	100	
<b>รายได้เดิมก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการฯ(บาท/เดือน) ***</b>							
< 5,000	74	82.2	16	17.8	90	100	0.024
5,000 ขึ้นไป	74	93.7	5	6.3	79	100	
<b>รายได้ปัจจุบันขณะที่ได้รับการดูแลจากโครงการฯ(บาท/เดือน)***</b>							
< 600	73	90.1	8	9.9	81	100	0.335
600 ขึ้นไป	75	85.2	13	14.8	88	100	
<b>ความเพียงพอของรายได้ปัจจุบัน</b>							
( n =116)							
ไม่พอใช้	24	82.8	5	17.2	29	100	0.523
พอใช้	77	88.5	10	11.5	87	100	

\*\*\* แบ่งกลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐาน



เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอชไอวี และการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเอง ส่วนอาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดย รวม (n = 169)

ปัจจัยการเจ็บป่วย	ระดับการดูแลตนเองโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอชไอวี ***</b>							
< 3 ปี	68	90.7	7	9.3	75	100	0.276
3 ปี ขึ้นไป	80	85.1	14	14.9	94	100	
<b>อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา</b>							
มีอาการ	66	77.6	19	22.4	85	100	<.001
ไม่มีอาการ	82	97.6	2	2.4	84	100	
<b>การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์</b>							
ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	113	85.6	19	14.4	132	100	0.170
ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	35	94.6	2	5.4	37	100	

\*\*\* แบ่งกลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐาน

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยเดิม ก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการธรรมรักษานิเวศน์ การรับทราบการติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัว ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเอง ส่วนการยอมรับของครอบครัวและความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดย รวม (  $n = 169$  )

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง	ระดับการดูแลตนเองโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์พักอาศัยอยู่ด้วยก่อนได้รับการดูแลจากโครงการฯ</b>							
อยู่คนเดียว	24	85.7	4	14.3	28	100	0.755
อยู่กับคนอื่น	124	87.9	17	12.1	141	100	
<b>การทราบของครอบครัว</b>							
ไม่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	14	93.3	1	6.7	15	100	0.417
ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	134	87.0	20	13.0	154	100	
<b>การยอมรับของครอบครัว</b> ( $n = 154$ )							
- ยอมรับ	88	92.6	7	7.4	95	100	0.008
- ไม่ยอมรับ	46	78.0	13	22.0	59	100	
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลจากโครงการฯ ***</b>							
< 5 เดือน	70	88.6	9	11.4	79	100	0.703
5 เดือนขึ้นไป	78	86.7	12	13.3	90	100	

\*\*\* แบ่งกลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐาน

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์  
นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม ( n = 169 ) (ต่อ)

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง	ระดับการดูแลตนเองโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ความเอาใจใส่ของ บุคลากร/ผู้ดูแล</b>							
ดี	139	90.8	14	9.2	153	100	0.001
ไม่ดี	9	56.2	7	43.8	16	100	

**ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม**

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์  
นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ  
การศึกษา การประกอบอาชีพเดิม รายได้ก่อนเข้ารับการรักษาในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ รายได้  
ปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 4.14

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ( n = 169 )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>							
ชาย	61	50.8	59	49.2	120	100	0.646
หญิง	23	46.9	26	53.1	49	100	
<b>อายุ ***</b>							
<36	42	50.0	42	50.0	84	100	0.939
36 ขึ้นไป	42	49.4	43	50.6	85	100	
<b>สถานภาพสมรส</b>							
โสด	27	55.1	22	44.9	49	100	0.168
คู่	23	39.7	35	60.3	58	100	
ม่าย/หย่าร้าง/ แยกกัน	34	54.8	28	45.2	62	100	
<b>อยู่</b>							
<b>ระดับการศึกษา</b>							
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	45	56.2	35	43.8	80	100	0.107
กว่า							
มัธยมศึกษาขึ้นไป	39	43.8	50	56.2	89	100	
<b>การประกอบอาชีพเดิม (ก่อนเข้ารับการรักษาจากโครงการฯ)</b>							
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	33.3	10	66.7	15	100	0.184
ประกอบอาชีพ	79	51.3	75	48.7	154	100	

\*\*\*แบ่งกลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐาน

ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ( n = 169 ) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>รายได้ก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการฯ(บาท/เดือน) ***</b>							
< 5,000	28	42.4	38	57.6	66	100	0.130
5,000 ขึ้นไป	56	54.4	47	45.6	103	100	
<b>รายได้ปัจจุบันขณะที่ได้รับการดูแลจากโครงการฯ(บาท/เดือน)***</b>							
< 600	43	53.1	38	46.9	81	100	0.399
600 ขึ้นไป	41	46.6	47	53.4	88	100	
<b>ความเพียงพอของรายได้ปัจจุบัน (n=116)</b>							
ไม่พอใช้	14	48.3	15	51.7	29	100	0.830
พอใช้	40	46.0	47	54.0	87	100	

\*\*\*แบ่งกลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐาน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอชไอวี และการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (  $n = 169$  )

ปัจจัยการเจ็บป่วย	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอชไอวี***</b>							
< 3 ปี	33	44.0	42	56.0	75	100	0.185
3 ปี ขึ้นไป	51	54.3	43	45.7	94	100	
<b>อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา</b>							
มีอาการ	14	16.5	71	83.5	85	100	<0.001
ไม่มีอาการ	70	83.3	14	16.7	84	100	
<b>การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์</b>							
ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	64	48.5	68	51.5	132	100	0.549
ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	20	54.1	17	45.9	37	100	

\*\*\*แบ่งกลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐาน



เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า การมีบุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์พักอาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ ความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนการรับทราบการติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัว การยอมรับของครอบครัว ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (n = 169)

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์พักอาศัยอยู่ด้วยก่อนได้รับการดูแล</b>							
<b>จากโครงการฯ</b>							
อยู่คนเดียว	19	67.9	9	32.1	28	100	0.035
อยู่กับคนอื่น	65	46.1	76	53.9	141	100	
<b>การทราบของครอบครัว</b>							
ไม่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	6	40.0	9	60	15	100	0.431
ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	78	50.6	76	49.4	154	100	
<b>การยอมรับของครอบครัว</b>							
(n = 154)							
ยอมรับ	53	55.8	42	44.2	95	100	0.105
ไม่ยอมรับ	25	42.4	34	57.6	59	100	
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแล</b>							
<b>จากโครงการฯ***</b>							
< 5 เดือน	39	49.4	40	50.6	79	100	0.935
5 เดือนขึ้นไป	45	50.0	45	50.0	90	100	

\*\*\*แบ่งกลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐาน

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์  
นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ( n = 169 ) (ต่อ)

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ความเอาใจใส่ของบุคลากร/ ผู้ดูแล</b>							
ดี	80	52.3	73	47.7	153	100	0.038
ไม่ดี	4	25.0	12	75.0	16	100	

#### ส่วนที่ 8 สัมพันธ์ระหว่างระดับการดูแลตนเองโดยรวม กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการดูแลตนเองโดยรวมกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี พบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการดูแลตนเองโดยรวม กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี ( n = 169 )

ระดับการดูแลตนเองโดยรวม	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						p - value
	ดี		ไม่ดี		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดี	83	56.1	65	43.9	148	100	<0.001
ไม่ดี	1	4.8	20	95.2	21	100	

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Analytic Study) กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จำนวน 169 ราย ศึกษาในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2547 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2548 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองที่ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจาก อภินิติ เขมะวณิช และใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่วัดผลของการรักษา (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form MOS – SF 36 ) ของ Wu AW. และคณะ วัดสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิต (MOS – SF 36) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับว่าสามารถใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ได้ดี สถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ สถิติ เชิงพรรณนา สรุปเป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test ( $\chi^2$ ) และ Fisher's Exact test ผลการศึกษาค้นคว้าได้ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71) อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 65 ปี มัธยฐานของอายุ 36 ปี สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 34.3) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.8) ภูมิลำเนาเดิมในเขตภาคกลาง (ร้อยละ 52.7) เดิมประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 69.2) โดยมีรายได้เดิมสูงสุด 50,000 บาทต่อเดือน ต่ำสุดไม่มีรายได้ มัธยฐานของรายได้เดิม 5,000 บาท มีรายได้ปัจจุบันสูงสุด 3,000 บาทต่อเดือน ต่ำสุดไม่มีรายได้ มัธยฐานรายได้ปัจจุบัน 600 บาท ร้อยละ 50.9 ของผู้ป่วยเอดส์มีรายได้ปัจจุบันมาจากค่าตอบแทนจากการทำงานในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 54.3)

##### 2. ปัจจัยการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี จากทางเพศสัมพันธ์ ชนิดต่างเพศ (ร้อยละ 71) ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอชไอวี อยู่ระหว่าง 1 – 3 ปี (ร้อยละ 37.3) โดยระยะเวลาที่ทราบต่ำสุด 1 เดือน ระยะเวลา

ที่ทราบสูงสุด 16 ปี 3 เดือน มัธยฐานของระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี 3 ปี ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 78.1) และมีอาการทางร่างกายที่เป็นปัญหาต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 50.3) โดยมีอาการปวดมากที่สุด (ร้อยละ 44.7)

### 3. ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

ก่อนเข้ารับการรักษาในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี ผู้ป่วยเอดส์เคยอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 26.6) ส่วนใหญ่ครอบครัวของผู้ป่วยทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 91.1) และยอมรับได้ (ร้อยละ 56.2) ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ อยู่ระหว่าง 1 – 4 เดือน (ร้อยละ 46.7) ระยะเวลาต่ำสุด 1 เดือน ระยะเวลาสูงสุด 6 ปี มัธยฐานของระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา 5 เดือน โดยเหตุผลที่เข้ามาอยู่ในโครงการฯ เพราะไม่มีคนดูแลหรือถูกทอดทิ้ง (ร้อยละ 27.8) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการสนับสนุนปัจจัย 4 จากทางโครงการธรรมรักษานิเวศน์ รวมทั้งเห็นว่าสภาพโดยรวมของบ้านพักและหอผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.5 ของผู้ป่วยเอดส์เห็นว่าบุคลากร/ผู้ดูแล เอาใจใส่ดูแลดี

### 4. การดูแลตนเอง

การดูแลตนเองโดยรวมมีค่ามัธยฐาน 28 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 19 คะแนน และคะแนนสูงสุด 32 คะแนน ร้อยละ 87.6 ของผู้ป่วยเอดส์มีการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์จำแนกรายด้าน 5 ด้าน พบว่า ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ด้านการไม่ใช้สารเสพติด ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงและ ด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 97, 82.2, 64.5, 63.3 และ 63.3) ตามลำดับ

### 5. คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่ามัธยฐาน 67.87 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 16.64 คะแนน และคะแนนสูงสุด 98.64 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 65.7) เมื่อแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 2 สถานะ โดยสถานะสุขภาพทางด้านร่างกาย มีค่ามัธยฐาน 36.29 คะแนน สถานะสุขภาพทางด้านจิตใจมีค่ามัธยฐาน 33.12 คะแนน คุณภาพชีวิตทางสถานะด้านร่างกายและสถานะด้านจิตใจ อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 56.8 และ 63.9) ตามลำดับ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม ดังนี้

6.1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้ปัจจุบัน ไม่มีความ

สัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเอง ส่วนการประกอบอาชีพเดิม และรายได้เดิมก่อนเข้ารับการดูแล จากโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

6.2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอชไอวี และการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเอง ส่วนอาการทางกายที่เป็นปัญหา มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

6.3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยเดิม ก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ การรับทราบการติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัว ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเอง ส่วนการยอมรับของครอบครัวและความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังนี้

7.1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพเดิม รายได้เดิมก่อนเข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ รายได้ปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

7.2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า อาการทางกายที่เป็นปัญหา มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอชไอวี และการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

7.3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ จังหวัดลพบุรี กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยเดิมก่อนเข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ ความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนการรับทราบการติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัว การยอมรับของครอบครัว ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต



8. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการดูแลตนเองโดยรวมกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังนี้

พบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## อภิปรายผล

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (59) ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบาราศนราดรุร มัลลิกาตั้งคำวานิช(60) ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเชิงราชประชาอนุเคราะห์ และพิกุล นันทชัยพันธ์(14) ศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการในสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ แผนกพันธุวิศวกรรม สภาคริสตจักรในประเทศไทย ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน อาจทำให้ประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ วาริตสกุล และคณะ(3) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ เนื่องจากในปัจจุบันสามี/ภรรยาของผู้ป่วยเอดส์เข้าใจ และให้การยอมรับผู้ป่วยเอดส์ได้ จึงยังคงใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุเทพ รักเมือง(49) แตกต่างกับการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล(34) และอภิรดี เขมะวนิช(10)ที่พบว่า สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ ม่าย เนื่องจากสามี/ภรรยา อาจป่วยด้วยโรคเอดส์และเสียชีวิตไปก่อน จึงทำให้ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นม่าย ในด้านระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเอดส์ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ และขาดโอกาสทางสังคม ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เคยประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ส่วนใหญที่ได้ก่อนเข้ารับการรักษาในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ มาจากงานที่ทำ โดยมีค่ามัธยฐาน 5,000 บาทต่อเดือนซึ่งค่อนข้างต่ำ ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในเขตภาคกลาง เนื่องจากภาคกลางเป็นที่ตั้งของโครงการธรรมรักษานิเวศน์ ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาจึงมาจากพื้นที่ใกล้เคียงกับโครงการฯ ปัจจุบันรายได้หลักที่ผู้ป่วยเอดส์ได้ ส่วนใหญ่มาจากการช่วยทำงานในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ โดยได้ค่าตอบแทนเป็นรายเดือน ประกอบด้วยงานหัตถกรรม เช่น เย็บผ้า ร้อยลูกปัด พวงกุญแจ อัดกรอบพระ งานด้านการดูแลรักษาความสะอาดและสิ่งแวดล้อม งานด้านโรงอาหาร งานด้านการรักษาความปลอดภัย งานด้านเกษตรกรรม งานด้านการแสดงโชว์คาร์บาเร่ย์ และงานอื่นที่ได้รับมอบหมายให้ทำ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งผู้ป่วยจะได้รับเงินช่วยเหลือจากญาติ ซึ่งมีไม่มากนัก ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีรายได้ที่พอใช้เนื่องจากเมื่ออยู่ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ มักจะไม่ได้ใช้



จ่ายด้านต่างๆมาก เพราะทางโครงการได้สนับสนุนปัจจัย 4 ให้กับผู้ป่วยเอดส์ทุกราย พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี ส่วนมากมาจากเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะชนิดต่างเพศ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(61) ที่พบถึง ร้อยละ 83.64 ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ระหว่าง 1- 3 ปี ซึ่งค่อนข้างเป็นช่วงระยะเวลาที่สั้น ระยะเวลาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ร้อยละ 78.1 ซึ่งไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากมีโรคแทรกซ้อนแพทย์สั่งหยุดยาต้านไวรัสเอดส์ อีกส่วนหนึ่งมีค่า CD4 สูงกว่า200 แล้วผู้ป่วยเอดส์หยุดยาเอง และส่วนหนึ่งอยู่ระหว่างการรับโอนย้ายสถานที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนใหญ่ขณะสัมภาษณ์มีอาการทางร่างกายที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่มีการแสดงอาการของโรคอย่างเห็นได้ชัด ก่อนเข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษันิเวศน์ จังหวัดลพบุรี ผู้ป่วยเอดส์เคยอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา โดยครอบครัวทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี และยอมรับได้ แต่เนื่องจากสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยเอดส์ และการประสบปัญหาการรังเกียจของสังคมรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงสังคม เพื่อไม่ให้มีผลกระทบกับครอบครัว ผู้ป่วยเอดส์จึงต้องหาที่พักเพื่อการดูแลรักษาตัวเอง ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษันิเวศน์ อยู่ระหว่าง 1 – 4 เดือน ระยะเวลาขึ้นอยู่กับอาการป่วยของโรค หากมีอาการป่วยหนักถึงขั้นเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ก็จะมีระยะเวลาที่อยู่ในโครงการสั้นกว่า ผู้ป่วยทุกคนได้รับการสนับสนุนปัจจัย 4 จากทางโครงการธรรมรักษันิเวศน์ รวมทั้งเห็นว่าสภาพโดยรวมของบ้านพักและหอผู้ป่วยอยู่ในระดับดี และเห็นว่าบุคลากร/ผู้ดูแล เอาใจใส่ดูแลดี แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการดำเนินงานของโครงการธรรมรักษันิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

## 2. การดูแลตนเอง

การดูแลตนเองทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้าน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ด้านการไม่ใช้สารเสพติด ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงและ ด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ของผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ที่มีความสนใจในการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตนเองได้ดี เนื่องมาจากการได้รับการส่งเสริมความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตน มีแหล่งข้อมูลความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และยังได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากโครงการธรรมรักษันิเวศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี เขมะ วณิช(10) และรสสุคนธ์ วาริตสกุล(3) แต่แตกต่างจากการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์(19)ที่พบว่า การดูแลตนเองอยู่ใน

ระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ และอาจไม่มีเวลาในการดูแลตนเองเนื่องจากต้องทำงาน หรือต้องดูแลครอบครัว จึงไม่กังวลเกี่ยวกับอาการป่วย และอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้น้อยและมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ จึงมีความสนใจในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น

### 3. คุณภาพชีวิต

ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในระยะสุดท้าย มักจะมีอาการของโรคเอดส์ที่เห็นได้ชัด มีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง(47) แตกต่างจากการศึกษาของ สุเทพ รักเมือง(49) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ โดยให้เหตุผลว่าอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จากโรงพยาบาลจะได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ มีการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้พูดคุยกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยกัน ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือได้รับผลข้างเคียงจากการแพ้ยา ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมหรือเข้าสังคม หรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ มีรายได้ ทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น และ Wachtel T และคณะ (33) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้เหตุผลว่าเนื่องจากผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรคเอดส์ จึงสามารถอาศัยอยู่ในสังคมได้ตามปกติ คุณภาพชีวิตจึงไม่ลดต่ำลง

### 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษันิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

การประกอบอาชีพเดิม พบว่า มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ที่มีเคยมีอาชีพมักมีรายได้ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และสามารถดูแลตนเองได้ดี จึงมีผลทำให้มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน และทราบว่าควรจะดูแลตนเองอย่างไร จึงปฏิบัติตนอย่างที่เคยปฏิบัติมาเมื่อครั้งยังประกอบอาชีพอยู่ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์(19) ที่พบว่า การมีอาชีพและไม่มีอาชีพไม่ได้ทำให้การดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยให้เหตุผลว่า เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับจ้างรายวัน ไม่ได้ทำทุกวัน จึงไม่ได้ทำรายได้มากกว่ากลุ่มที่มีอาชีพเท่าใดนัก จึงมีผลให้การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

รายได้เดิมก่อนเข้ารับการรักษาจากโครงการธรรมรักษันิเวศน์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยกลุ่มที่เคยมีรายได้สูง มีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่เคยมีรายได้ต่ำกว่า อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามีโอกาสในการแสวงหาสิ่งจำเป็นในการดูแลสุขภาพมากกว่า

อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา พบว่ามีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่ไม่มีอาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา มักจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้มากกว่าผู้ที่มีอาการทางกาย จึงสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า แตกต่างจากการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (19) ที่พบว่ากรณีหรือไม่มีอาการทางกายไม่ได้ทำให้เกิดการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยมีเหตุผลว่าอาจเนื่องมาจากการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ที่มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง ทำให้ผู้ป่วยเอดส์เชื่อว่าตนเองต้องเข้าสู่ระยะแสดงอาการทุกราย จะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้น จึงมีการดูแลตนเองอยู่แล้ว ไม่ว่าจะมีอาการหรือไม่มีอาการ

การยอมรับของครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากประการหนึ่ง ผู้ที่ครอบครัวให้การยอมรับจะมีการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจาก ได้รับกำลังใจ และการช่วยเหลือสนับสนุน จากครอบครัว

ความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการดูแลตนเอง หากมีการดูแลและแนะนำที่ดีและถูกต้อง ผู้ป่วยก็สามารถดูแลและปฏิบัติตนได้ดี

5. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่อยู่ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองที่เหมือนกัน และผู้ป่วยสามารถให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงทำให้การดูแลตนเองของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ วาริตสกุลและคณะ(3) วัชรินทร์ แก้วมรินทร์(18) แตกต่างจากการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์(19) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยเพศหญิงมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย เนื่องมาจากเพศหญิงมีความวิตกกังวล กลัวความรุนแรงของโรค มีความดูแลเอาใจใส่มากกว่าเพศชาย

อายุ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมกัน ได้รับการสนับสนุนการดูแลที่ไม่ต่างกัน และมีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงทำให้การดูแลตนเองไม่แตกต่างกันด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ วาริตสกุลและคณะ(3) แตกต่างจากการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (19) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเอดส์ ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องมาจากผู้ที่มีอายุมากกว่าอาจมีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ผู้ที่มีสถานภาพสมรส(คู่) โสด และม่าย หย่า แยก และผู้ที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ ที่เหมือนกัน รู้สึกอบอุ่น

ไม่ถูกทอดทิ้ง จึงทำให้ดูแลตนเองได้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์(19)รสสุคนธ์ วาริตสกุล(3) และ วัชรินทร์ แก้วอมรินทร์(18)

รายได้ปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้ปัจจุบัน ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆตลอดระยะเวลาที่ได้รับการดูแล และได้รับการสนับสนุนจาก โครงการธรรมรักษนิเวศน์ รายได้จึงอาจไม่จำเป็นมากนัก จึงทำให้รายจ่ายมีน้อยหรืออาจไม่มีรายจ่ายเลย ซึ่งแตกต่างกับการศึกษา ของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์(19) ที่พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่า อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่ามีการตระหนักถึงภาระรายจ่ายที่ต้องรับผิดชอบในวันข้างหน้า จึงสนใจและมีการดูแลตนเอง มากขึ้นเพื่อให้เจ็บป่วยน้อยลงและไม่เสียค่าใช้จ่าย และแตกต่างจากการศึกษา ของสมจิต หนูเจริญกุล(9) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า มีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องมาจากผู้ที่มีรายได้มากกว่ายอมแสวงหาสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า

ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ที่ทราบว่าเป็นมานานมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองได้ดี ในขณะที่เดียวกันผู้ที่ทราบว่าเป็นในระยะไม่นาน ก็อาจมีการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากมีความกลัวพยาธิสภาพของโรคเอดส์ ประกอบกับมีแหล่งข้อมูลความรู้ อย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยเอดส์จึงแสวงหาความรู้และวิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้มีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์(19) ที่พบว่าผู้ที่ทราบระยะเวลาติดเชื้อเอดส์มากกว่า 1 ปี มีการดูแลตนเองได้ดี โดยให้เหตุผลว่าผู้ที่ทราบว่าเป็นมานานกว่า 1 ปี มีประสบการณ์ในการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ทราบว่าเป็นน้อยกว่า 1 ปี และเชื่อว่าผู้ที่ทราบว่าเป็นน้อยกว่า 1 ปีอาจยังอยู่ในระยะที่ทำให้ใจยอมรับสภาพไม่ได้ จึงไม่ค่อยสนใจในการดูแลตนเอง

การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษนิเวศน์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สภาพจิตใจที่ดี ซึ่งยาต้านไวรัสเอดส์เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ทำให้ร่างกายแข็งแรงเท่านั้น ผู้ป่วยเอดส์ยังคงต้องดูแลตนเองด้านจิตใจด้วย จึงทำให้มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยเดิมก่อนเข้ารับการรักษาจากโครงการธรรมรักษนิเวศน์ การรับทราบการติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อาจเป็นไปได้ว่า สัมพันธภาพ และ การดูแลเอาใจใส่ ของโครงการธรรมรักษนิเวศน์และการยอมรับของ



ครอบครัว มีส่วนทำให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกอบอุ่นใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง จึงสามารถดูแลตนเองได้ดีไม่แตกต่างกัน

ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ ผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ ได้รับการดูแลให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงที่เหมือนกัน ผู้ที่อยู่ยาวนานกว่า ก็ย่อมมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองได้ดี ขณะเดียวกันผู้ที่เข้ามาอยู่ไม่นานและต้องการให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ก็พยายามดูแลตนเองให้ดีขึ้นเช่นกัน รวมทั้งยังได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ยาวนานกว่า การดูแลตนเองจึงไม่แตกต่างกันตามระยะเวลาที่เข้ารับการดูแล

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เป็นปัญหา ย่อมไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้สะดวก และยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า จึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zander K. et al (62)

บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์เคยพักอาศัยอยู่ด้วยเดิมก่อนเข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ โดยผู้ป่วยเอดส์ที่เคยอยู่คนเดียว จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่กับครอบครัว หรือกับบุคคลรอบข้าง ทั้งนี้เนื่องมาผู้ป่วยเอดส์ไม่ต้องวิตกกังวล หรือกลัวว่าสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างจะทราบอาการป่วยของตนเอง อีกทั้งผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่คนเดียวไม่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ อีกด้วย

ความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล ขณะที่ผู้ป่วยเอดส์อยู่ในบ้านพักผู้ป่วยย่อมต้องการผู้ที่จะคอยดูแลช่วยเหลือ หากมีการดูแลเอาใจใส่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีผู้ป่วยย่อมมีกำลังใจที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ ในทางกลับกันหากไม่มีการช่วยเหลือ ดูแล ผู้ป่วยเอดส์บางรายที่ไม่มีญาติก็จะท้อแท้สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ

7. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

เพศ และ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ ได้รับการสนับสนุนและการดูแลที่เหมือนกัน และผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงานเหมือนกัน เคยมีประสบการณ์การดำรงชีวิตภายใต้สังคม วัฒนธรรม ประเพณีและกฎระเบียบใกล้เคียงกัน ส่วนหนึ่งญาติผู้ป่วยไม่ได้ตามมาดูแลในโครงการธรรมรักษัณิเวศน์ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณชัย คำปาแล้ว(50) สุเทพ รักเมือง(49) รสสุคนธ์วาริทสกุล(3)และยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเวเนซุเอล่า (63)

สถานภาพสมรส และ ระดับการศึกษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของประเศสหรัฐอเมริกา(42),(43)ที่พบว่าระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจาก การได้รับการดูแลและการสนับสนุนที่ไม่แตกต่างกันจากโครงการธรรมรักษนิเวศน์ และผู้ป่วยเอดส์มีการช่วยเหลือดูแล ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ ญาติไม่ได้ตามมาดูแลในโครงการธรรมรักษนิเวศน์ด้วย ต่างจากการศึกษาของสุเทพ รักเมือง(49) ที่พบว่าสถานภาพสมรส และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยอธิบายว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส คู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากมีคนคอยดูแลห่วงใยใกล้ชิดดีกว่า และผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่าอาจมีแนวโน้มที่จะเข้าใจและสามารถรับคำแนะนำได้เข้าใจกว่าและปฏิบัติได้ถูกต้องกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

การประกอบอาชีพเดิม ผู้ที่มีอาชีพมักจะแสวงหาสิ่งสนับสนุนด้วยตนเอง ขณะเดียวกันกับผู้ที่ไม่มีอาชีพก็ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว จึงอาจมีปัจจัยที่ดำรงชีวิตคล้ายกัน ทำให้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาสอดคล้องกับถวิล สังฆมณี(64)แต่แตกต่างจากการศึกษาของวรรณชัย คำป่าแลว(50) ที่พบว่าผู้ที่มีอาชีพ มั่นคงคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่มีอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสามารถประกอบอาชีพได้ มีรายได้เป็นของตนเองที่ค่อนข้างสูงและไม่มีปัญหาทางหนี้สิน จึงทำให้ชีวิตความเป็นอยู่โดยรวมดี จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

รายได้เดิมก่อนเข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษนิเวศน์ รายได้ปัจจุบัน และ ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความแตกต่างกันเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการดูแล และได้รับการสนับสนุนจาก โครงการธรรมรักษนิเวศน์ รายได้จึงอาจไม่จำเป็นมากนัก จึงทำให้รายจ่ายมีน้อยหรืออาจไม่มีรายจ่ายเลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุเทพ รักเมือง(49) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11 ไม่แตกต่างกัน เนื่องมาจากได้รับยาฟรี ผู้ป่วยจึงไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

ระยะเวลาที่ทราบข่าวติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ที่ทราบข่าวติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่นานกับผู้ป่วยเอดส์ที่ทราบข่าวติดเชื้อเอชไอวีมานานแล้ว ยังไม่สามารถปรับตัวและทำใจยอมรับกับสภาพที่เกิดขึ้นได้ จึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ร่างกายผู้ป่วยเอดส์แข็งแรงขึ้น แต่ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนหนึ่งอาจมีสภาพจิตใจที่แย่งลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ถึงแม้จะมีร่างกายที่แข็งแรงหรือไม่แข็งแรงก็ตาม การได้รับหรือไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จึงไม่ทำให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน



การรับทราบการติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัว การยอมรับของครอบครัว และถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวไม่ยอมรับ หรือผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในโครงการในระยะเวลายังสั้น ก็มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน กับผู้ที่ครอบครัวยอมรับ และผู้ที่เข้ารับการดูแลในระยะเวลานานแล้วก็ตาม ทั้งนี้เนื่องมาจากการอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ภายในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์

ระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ ผู้ที่อยู่ในโครงการนานกว่ามีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้เข้ามาอยู่ไม่นาน ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือจากโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ ที่เหมือนกัน

8. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

ผลการศึกษา พบว่าการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยเอดส์มีการดูแลตนเองดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สภาพจิตใจดีขึ้น ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจดีขึ้นด้วย

### จุดอ่อนของงานวิจัย

1. เนื่องจากการสัมภาษณ์การดูแลตนเองและการวัดคุณภาพชีวิตตามถึงขณะที่ผู้ป่วยเอดส์อยู่ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ ตัวแปรต้นบางตัวแปรและตัวแปรตามจึงมีการวัดผลคนละเวลากัน
2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย บางรายมีอาการหนัก ไม่เข้าใจข้อคำถาม ต้องอธิบายหลายครั้ง จึงใช้เวลาในการสัมภาษณ์นาน
3. การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาในการศึกษาสั้น จึงมีผลทำให้การได้ข้อมูลบางอย่างไม่เพียงพอ ซึ่งบางปัจจัยควรศึกษาให้ละเอียดมากขึ้น
4. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแลของโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปอ้างถึงผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในสถานที่อื่นได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย
  - 1.1. ควรมีการพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ให้ทราบถึงความหมายและ

มโนทัศน์ของคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตน ให้ข้อมูลแก่ญาติที่ถูกต้อง

1.2. ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยเอดส์ในด้านรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

1.3. ส่งเสริมศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วยเอดส์ในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจหรือสามารถทำได้ การเข้าร่วมองค์กรต่างๆ เพื่อเผยแพร่ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำงานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

1.4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของระดับจังหวัด ควรให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแบบองค์รวม ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้เกิดการยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วย จากครอบครัว และชุมชนในเชิงรุกอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถอยู่ในสังคมตามปกติได้

1.5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับประเทศควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาและส่งเสริมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยเอดส์ให้มากยิ่งขึ้น โดยการบูรณาการแผนงานแบบองค์รวม ในกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดบริการทางการแพทย์และสังคมสำหรับผู้ป่วยเอดส์ ให้ครอบคลุมทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการกับผู้ป่วยเอดส์

2.2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระหว่างบ้านพักผู้ป่วยเอดส์ กับ ผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในชุมชน

2.3. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลตนเองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในบ้านพักผู้ป่วยเอดส์

2.4. เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมาก ดังนั้น ควรมีการศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่าย ในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในบ้านพักผู้ป่วยเอดส์ ด้วย

## รายการอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย[ออนไลน์]. 2547. แหล่งที่มา : <http://www.epid.moph.go.th>[19 กรกฎาคม 2547]
2. สุคนธา คงศิลป์. ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2(2), 2536.
3. รสสุคนธ์ วาริตสกุล, แสงหล้า พลนอก, ชูสิทธิ์ ด้านยุทธศิลป์, มัลลิกา ตั้งคำวานิช, ประภา ลิ้มประสูต. การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ร่วมกับครอบครัว. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2544.
4. ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. การศึกษาความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์จากการทำงานบ้านพักผู้ป่วยในประเทศไทย. รายงานการวิจัย กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544.
5. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ผู้ติดเชื้อเอดส์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา, 2546.
6. ปิยรัตน์ นิลอัยยกา. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ต่อบุคคลครอบครัวและชุมชน. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุดมเลขกะ, พูนทรัพย์ ไสภารัตน์, การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
7. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บังอร ศิริโรจน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, สมมาตร พรหมภักดี, ศศิธร ไชยประเสริฐ, วรรณภา จารุสมบุญ. ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์"หญิง – ชาย". กรุงเทพฯ : แสงแดด, 2536.
8. สุदारัตน์ วรรณสาร. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลเวียงพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
9. สมจิต หนูเจริญ. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : วิจิ พรินต์, 2536.
10. อภิรดี เขมะวนิช. การดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
11. ดร.ณิ รุจกรกานต์. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. ศูนย์ประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.

12. พิกุล นันทชัยพันธ์. การดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์ : การศึกษาเชิงคุณภาพ. รายงานการศึกษาระบบวิชาการค้นคว้าด้วยตนเอง สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
13. รจนา วิริยะสมบัติ. ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
14. พิกุล นันทชัยพันธ์. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
15. กุละวี วิวัฒน์ชีวิน. ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
16. Sowell, R. L., Moneyham, L., Guillory, J., Seals, B., Cohen, L., and Demi, A. Self – care activities of women infected with human immunodeficiency virus. Holistic Nursing Practice. 11(2), 1997 : 18 – 26.
17. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
18. วชิรินทร์ แก้วมรินทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2545.
19. อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
20. UNESCO. Quality of Life Improvement Programmers. Bangkok : UNESCO Regional Office.
21. The WHOQOL Group. The development of The World Health Organization Quality of Life assessment. International Prospective. Berlin : Springer-Verlog, 1993 : 41-57.

22. Howard, L., and Stacey, C. Psychology and health. quality of life:Aprocess view. 2(12), 1997 : 753 -767.
23. Holmes, S., and Dickerson, J. The quality of life: Designs and evaluation of self-assessment Instrument for use with cancer patient. Int J. Nurse Stud. 24, 1987 : 15-24.
24. Ferrell, R. B., Dow, H. K., Leigh, S., Ly, J., and Gulasekaram, P. Quality of Life in long term cancer survivors. Oncology of Nursing Forum. 22(6), 1995 : 915 – 922.
25. มนลิน แยมสกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
26. Meeberg, G. A. Quality of Life : a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 18, 1993 : 45-60.
27. Frank, S. M. Instruments for clinical nursing research. Connecticut :Appleton & Lange, 1988.
28. Padilla, G. V., and Grant, M. M. Quality of life.as a cancer nursing outcomes variable. Adv nurses Science. 8, 1985 : 45-60.
29. Spitzer, W., Dobson, A. and Hall, J. Measuring the Quality of life of Cancer Patients. A Concise QL- Index for Use by Physicians. Journal of Chronic Disease. 34 (June 1981) : 585-597.
30. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การวัดสุขภาพเชิงบวก[ออนไลน์]. 2548. แหล่งที่มา : <http://www.hsri.or.th/hin/download/PositivePhase1.doc>[16 มกราคม 2548]
31. Kennedy, C., Holland, B., Phillips, L., Buersmeyer, P., Ho, P., and Harrison, D. Quality of Life correlates at an urban day treatment center. Int Conf AIDS. 12, 1994 : 252 (abstract no.14350).
32. Geels, R. M., Bonsel, G., verhen, H., Dijkgraaf, M. G., Jager, J. C., and Borleffs, J. C. Changes in quality of life in patients with HIV Infections. Int Conf AIDS. 6(3), 1990 : 180 (abstract no.SB377).
33. Wachtel, T., Pietle, J., Mor, V., Stein, M., Fleishman, J., and Carpenter, C. Quality of Life in persons with human immunodeficiency virus infection : measurement



- by the Medical Outcomes Study instrument. Ann Intern Med. 116(2), 1992 : 129-37.
34. ศदानันท์ ปิยกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขา สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
35. Wu, A. W, and et al. Item included in selected measures of HRQOL of persons with HIV. Quality of Life Research. 6, 1997.
36. Scott-Lennox, J. A., Wu, A. W., Boyer, J. G., and Ware, J. E. Reliability and Validity of French, German, Italian, Dutch and UK English Translations of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey. Med Care. 37(9), 1999 : 908 -25.
37. Paton, N. I., Chapman, C. A., Chan, S. P., and et al. Validation of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey as a measure of quality of life in HIV-infection patients in Singapore. Int J AIDS. 13(7), 2002 : 456-61.
38. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . โครงการวิจัยคุณภาพชีวิต[ออนไลน์]. 2547. แหล่งที่มา : <http://www.jhsph.edu/MOS-HIV/Tudox.html>[19 กรกฎาคม 2547]
39. Revicki, D. A., Sorensen, S., and Wu, A. W. Reliability and Validity of Physical and Mental Health Summary Scores from the Medical Outcomes Study HIV Health Survey. Med Care. 36(2), 1998 : 126-137.
40. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ดัชนีวัดภาวะสุขภาพ[ออนไลน์]. 2547. แหล่งที่มา : <http://www.hsri.or.th/hin/download/NegativeP1.pdf>[12 กรกฎาคม 2547]
41. วัลลภา ครูทแก้ว. ความเข้มแข็ง อุดหนุน และคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
42. Singh, N., Berman, S., Swindells, S., Justis, J., Squier, C., Mohr, J., and et al. Quality of life (QOL) in HIV infection : role of social support, pessimism, and coping. Int conf AIDS. 12, 1998 : 253 (abstract no.14353).



43. Swindells, S., Mohr, J., Justis, J., Berman, S., Squier, C., Wagener, M. M., and et al. Quality of life in patients with immunodeficiency virus infection : impact of social support, coping style and hopelessness. Int J. STD AIDS. 10(6), 1999 :383-91.
44. Purohit, A., Levine, D., Aranow, R., Kalla, S., Morewitz, M. and Chakrabort, J. Use of alternative therapies to improve quality of life for people with HIV/AIDS. Int Conf AIDS. 12, 1998: 850.
45. Ragsdale, D., Kotarba, J. A. and Morrow, J. R. Work-related activities to improve quality of life in HIV disease. J.Assoc Nurse AIDS Care. 3(1), 1992: 39-44.
46. Szalardi, M.,Reboredo, G., Miguez-Burbano, M. J., Shor-Posner, G. and Baum, M. K. Voluntary support groups improve the quality of life of HIV-1 infected patients. Int Conf AIDS. 10(1), 1994: 420.
47. ชัยนตร์ธร ปทุมานนท์, ชไมพร ทวีศรี, เฉลิมศักดิ์ สุวิชัย, วราภรณ์ ศิริสว่าง, เกียรติกร ศรีธนวิบูลย์, สุรัชย์ ปิยะวรรณค์, และคนอื่นๆ. คุณภาพชีวิตค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่กำหนดการรอดชีพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2545.
48. Lubeck, D. P., and Fries, J. E. Changes in quality of life among persons with HIV infection. Qual Life Res. 1(6), 1992 : 359-66.
49. สุเทพ รักเมือง. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
50. วรรณชัย คำป่าแลว. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชมรมผู้ติดเชื้ออำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
51. Orem, D. E. Nursing: Concepts of Praticce. 5<sup>th</sup> ed. St.Louis : Mosby Year Book, 1995.
52. บดี ธนะมัน และทัสสนี นุชประยูร บรรณาธิการ. การทดสอบความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย. การวิจัยชุมชนทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541: 241-50.

53. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2540.
54. Hays, R. D., Sherbourn, C. D., and Mazel, R. M. User' Manual for the Medical Outcomes Study (MOS) Core Measures of Health-Related Quality of Life[online]. 2004. Available from : [http://www.rand.org/publications/MR/MR162/\[2004, August 25\]](http://www.rand.org/publications/MR/MR162/[2004, August 25])
55. Wu A. W., Revicki, D. A., Jacobson, D., Malitz, F. E. Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS – HIV). Qual Life Res. 6(6), 1997 Aug : 481 – 93.
56. McHorney, C. A., Haley, S. M. and Ware, J. E. Evaluation of the MOS SF-36 Physical Function Scale (PF – 10) : II Comparison of relative precision using Likert and Rasch Scoring methods. J.clin Epidemiol. 50(4), 1997 : 451-61.
57. Kaplan, R. M., Anderson, J. P., Wu, A. W., Mathews, W. C., Kozin, F. and Orenstien, D. The Quality of well-being Scale Applications in AIDS, cystic, fibrosis and arthritis. Med Care. 27(3 supply),1989:s27-43.
58. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
59. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. แรงสนับสนุนทางสังคม ความบกพร่องในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
60. มัลลิกา ตั้งคำวานิช. ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอดส์. รายงานการวิจัย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2537.
61. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเอดส์[ออนไลน์]. 2548. แหล่งที่มา : [http://www.aidsthai.org/sathana\\_050131.html](http://www.aidsthai.org/sathana_050131.html)[ 31 มกราคม 2548]
62. Zander, K., Jager, H., Palitzsch, M., Poppinger, J., Von Steinbuchel, N. and Bullinger, M. Health related quality of life (HRQL) in HIV disease: influence of symptom load, functioning, mood and coping styles. Int Conf AIDS. 9(1), 1993: 79.

63. Bastardo, Y. M., and Kimberlin, C. L. Relationship between quality of life and social support in HIV infected persons in Venezuela. Int Conf AIDS. 12, 1998 : 251(abstract no. 14344).
64. ถวิล สังฆมณี. คุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเองและความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อ HIV เขตสาธารณสุขที่ 4. รายงานการวิจัยสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 4 จังหวัด ราชบุรี กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

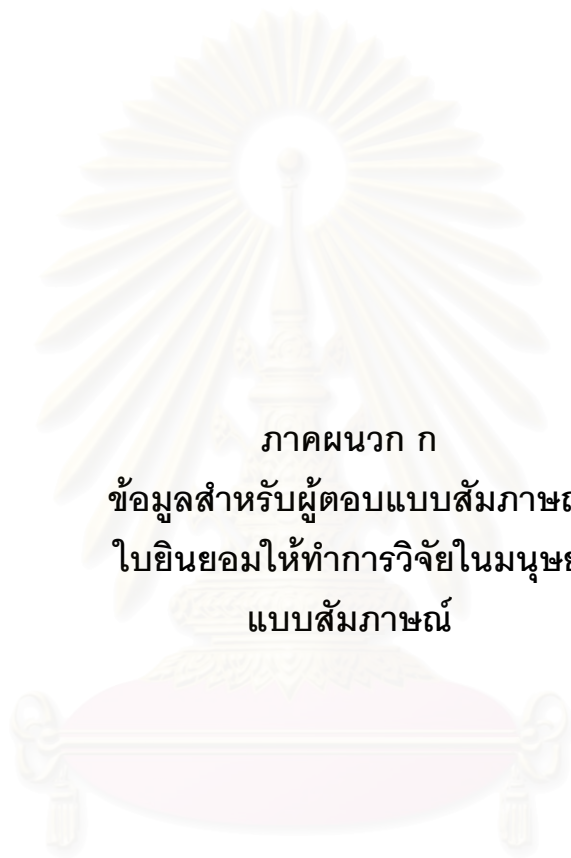


สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์  
ไบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์  
แบบสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

### การศึกษา : การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

เรียน ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

โรคเอดส์เป็นวิกฤตการณ์ทางสุขภาพที่สำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบของการป่วย การตาย และการติดเชื้อมีได้เกิดเฉพาะผู้ติดเชื้อและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชากรโดยรวมและยังก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวในการให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายรวมถึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและคุณภาพชีวิต ในปัจจุบัน ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนประสบปัญหาการรังเกียจ ครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ บางรายไม่มีญาติ เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ถูกทอดทิ้ง และประสบปัญหาในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตลดลง

การวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษา การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ เพื่อนำผลการศึกษามาจัดระบบการดูแลช่วยเหลือ การส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเกิดการยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขในสังคม รวมถึงบุคลากรทีมสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเอดส์และเป็นข้อมูลการรณรงค์เพื่อต่อต้านการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั่วไปให้เกิดความตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการติดเชื้อและป่วยด้วยโรคเอดส์ได้

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์จากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ชุด ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ซึ่งขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามในทุกส่วน และในทุกข้อของแบบสัมภาษณ์

การเข้าร่วมการศึกษา จะเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการดูแลที่ท่านได้รับจากโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ และที่สำคัญข้อมูลต่างๆที่ได้จากการศึกษา จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ และไม่มีการแพร่พรายสู่สาธารณชน และขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับตัวของท่านในใดๆ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



## ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์  
นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.2547

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบคำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ว่าเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมา จัดระบบการดูแลช่วยเหลือ การส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเกิดการยอมรับและมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยเอดส์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขในสังคม รวมถึง บุคลากรทีมสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเอดส์ และเป็น ข้อมูลการรณรงค์เพื่อต่อต้านการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั่วไปให้เกิดความตระหนักถึงผลเสียที่ เกิดจากการติดเชื้อและป่วยด้วยโรคเอดส์ได้

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรม รักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี ตามแบบสัมภาษณ์ จำนวนประมาณ 173 คน

ผู้วิจัยขอรับรองว่า จะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อน เร้น จนกว่าข้าพเจ้าจะพึงพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบคำ ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้า ฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์อายุน้อยกว่า 18 ปี จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้  
อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบ

ด้วยกฎหมาย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์อายุน้อยกว่า 18 ปี และไม่มีผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบ  
ด้วยกฎหมาย ให้ผู้ดูแลสถานที่เป็นผู้ลงนามยินยอม

ลงนาม.....ผู้ดูแลสถานที่

(.....)

ลงนาม.....พยาน

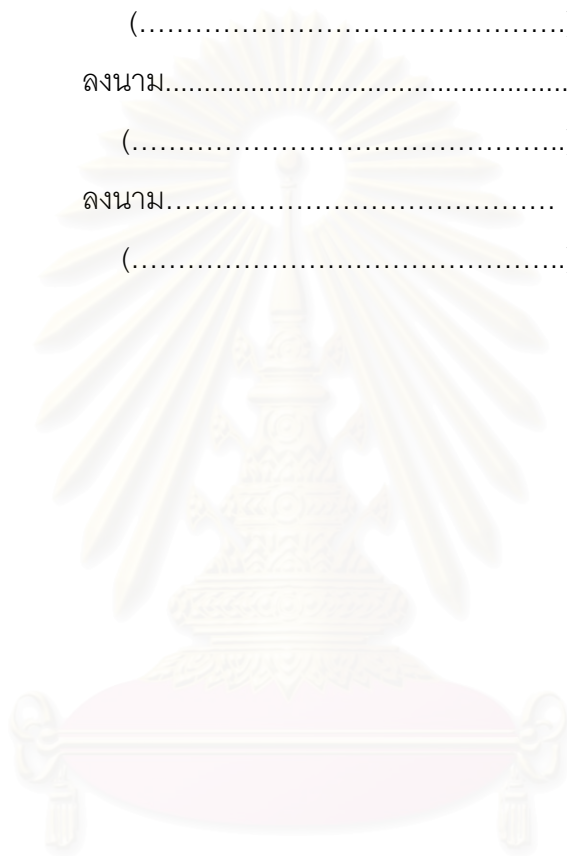
(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์(ID) 

## แบบสัมภาษณ์

การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์  
จังหวัดลพบุรีส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการ  
เจ็บป่วย ข้อมูลด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) และเติมข้อความลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง	สำหรับผู้วิจัย
<b>1.) ข้อมูลส่วนบุคคล</b>	
1. อายุ.....ปี	Age ___
2. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง	Sex ___
3. สถานภาพสมรส	Status ___
( ) 1. โสด ( ) 2. คู่	
( ) 3. หย่าร้าง ( ) 4. ม่าย	
( ) 5. แยกกันอยู่ ( ) 6. สมณะ	
4. ระดับการศึกษา	Edu ___
( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา	
( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	
( ) 5. อนุปริญญา/ปวส ( ) 6. ปริญญาตรี	
( ) 7. ปริญญาโท/เอก	
5. ภูมิลำเนาเดิม (ก่อนเข้ารับการรักษาจากโครงการธรรมรักษานิเวศน์)	Home ___
( ) 1. ภาคเหนือ ( ) 2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
( ) 3. ภาคกลาง ( ) 4. ภาคตะวันตก	
( ) 5. ภาคตะวันออก ( ) 6. ภาคใต้	

ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการ  
เจ็บป่วย ข้อมูลด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

	สำหรับผู้วิจัย
6. การประกอบอาชีพเดิม (ก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์)	Occ ____
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน <input type="checkbox"/> 4. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆระบุ.....	
7. รายได้เดิมของท่านเฉลี่ย.....บาท/เดือน (ก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์)	Income1 ____
<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 2. ต่ำกว่า 3,000 บาท <input type="checkbox"/> 3. ตั้งแต่ 3,001 – 5,000 บาท <input type="checkbox"/> 4. ตั้งแต่ 5,001 – 7,000 บาท <input type="checkbox"/> 5. ตั้งแต่ 7,001 – 9,000 บาท <input type="checkbox"/> 6. มากกว่า 9,000 บาท	
8. รายได้ปัจจุบันของท่านเฉลี่ย.....บาท/เดือน(ขณะที่ได้รับการดูแลจากโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์)	Income2 ____
<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 2. ต่ำกว่า 3,000 บาท <input type="checkbox"/> 3. ตั้งแต่ 3,001 – 5,000 บาท <input type="checkbox"/> 4. ตั้งแต่ 5,001 – 7,000 บาท <input type="checkbox"/> 5. ตั้งแต่ 7,001 – 9,000 บาท <input type="checkbox"/> 6. มากกว่า 9,000 บาท แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบันของท่าน(โปรดระบุ)..... .....	
9. ความเพียงพอของรายได้ในปัจจุบันของท่าน	Enough ____
<input type="checkbox"/> 1. ไม่พอใช้ <input type="checkbox"/> 2. พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ <input type="checkbox"/> 3. พอใช้และเหลือเก็บ <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....	

ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

<p>2.) ข้อมูลการเจ็บป่วย</p>	<p>สำหรับผู้วิจัย</p>
<p>10. ท่านคิดว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีของท่านคือข้อใด</p>	
<p>(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p>	<p>Behavior ___</p>
<p>( ) 1. ทางเพศสัมพันธ์(เพศเดียวกัน)</p>	
<p>( ) 2. ทางเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ)</p>	
<p>( ) 3. ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น</p>	
<p>( ) 4. ไม่ตอบ</p>	
<p>( ) 5. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>11. ระยะเวลาที่ท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี.....ปี.....เดือน ( ) จำไม่ได้</p>	<p>Time __ / __</p>
<p>12. อาการทางกายที่เป็นปัญหาของท่านในขณะนี้มากที่สุด (เลือกเพียงคำตอบเดียว)</p>	<p>illness ___</p>
<p>( ) 1. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง</p>	
<p>( ) 2. เดินไม่ได้</p>	
<p>( ) 3. มีอาการปวด</p>	
<p>( ) 4. หายใจไม่สะดวก</p>	
<p>( ) 5. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>13. ขณะนี้ท่านได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อยู่หรือไม่</p>	<p>Drug ___</p>
<p>( ) 1. ได้รับ</p>	
<p>( ) 2. ไม่ได้รับ เนื่องจาก (ระบุ).....</p>	
<p>.....</p>	
<p>3.) ข้อมูลด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</p>	
<p>14. ก่อนเข้ารับการดูแลจากโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ ท่านอาศัยอยู่กับ</p>	<p>Live ___</p>
<p>( ) 1. อยู่คนเดียว</p>	
<p>( ) 2. อาศัยอยู่กับญาติ</p>	
<p>( ) 3. บิดามารดา</p>	
<p>( ) 4. บ้านคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ</p>	
<p>( ) 5. อยู่กับสามี/ ภรรยา</p>	
<p>( ) 6. สถานสงเคราะห์</p>	
<p>( ) 7. อื่นๆ ระบุ.....</p>	



ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

	สำหรับผู้วิจัย
15. ครอบครัวของท่านทราบหรือไม่ว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี ( ) 1. ไม่ทราบ ( ) 2. ทราบ	Family __ Family1 __
( ) 2.1. ยอมรับ ( ) 2.2. ไม่ยอมรับ	
16. ระยะเวลาที่ท่านเข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษานิเวศน์.....ปี.....เดือน	Time1__ / __
17. เหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้ท่านเข้ารับการดูแลที่โครงการธรรมรักษานิเวศน์ (เลือกคำตอบเดียว)	Reason __
( ) 1. สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ( ) 2. กลัวถูกสังคมรังเกียจ ( ) 3. ไม่มีคนดูแล/ถูกทอดทิ้ง ( ) 4. ไม่มีเงินรักษา ( ) 5. ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง ( ) 6. กลัวมีผลกระทบต่อครอบครัว ( ) 7. อื่นๆระบุ.....	
18. ท่านคิดว่าสภาพโดยรวมของบ้านพัก/หอผู้ป่วยดีหรือไม่ ( ) 1. ดี ( ) 2. ไม่ดี เพราะ.....	Drama1.__
19. โครงการธรรมรักษานิเวศน์ให้การสนับสนุนอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) 1. อาหาร ( ) 2. เครื่องนอนเช่น ที่นอน หมอน มุ้ง ผ้าห่ม ( ) 3. เครื่องใช้ส่วนตัว ( ) 4. เสื้อผ้า ( ) 5. ยาสามัญประจำบ้าน ( ) 6. อื่นๆ.....	Drama2.__
20. ท่านคิดว่าความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร ( ) 1. ดี ( ) 2. ไม่ดี เพราะ.....	Drama3.__

## ส่วนที่ 2. แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อที่ตรงกับกรปฏิบัติจริงมากที่สุด

	สำหรับผู้วิจัย
<b>ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)</b>	
1. ท่านรับประทานอาหารวันละกี่มื้อ ( ) 1. อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ ( ) 2. วันละ 2 มื้อ ( ) 3. วันละ 1 มื้อ	SC1. ___
2. ท่านดื่มน้ำสะอาด รวมทั้งน้ำหวาน/น้ำผลไม้วันละกี่แก้ว ( ) 1. อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ( ) 2. วันละ 4-5 แก้ว ( ) 3. น้อยกว่า 4 แก้ว	SC2. ___
3. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินออกกำลัง วิ่งเหยาะหรือเล่นกีฬาชนิดต่างๆ บ่อยครั้งแค่ไหน ( ) 1. อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ( ) 2. สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ( ) 3. เดือนละ 1-3 ครั้ง ( ) 4. ไม่เคยออกกำลังกายเลย	SC3. ___
4. ท่านนอนหลับวันละกี่ชั่วโมง ( ) 1. อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ( ) 2. วันละ 4-5 ชั่วโมง ( ) 3. น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	SC4. ___
<b>ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)</b>	
5. ท่านอาบน้ำวันละกี่ครั้ง ( ) 1. อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ( ) 2. วันละ 1 ครั้ง ( ) 3. อาบเป็นบางวัน ( ) 4. ไม่อาบเลย	SC5. ___
6. ท่านแปรงฟันวันละกี่ครั้ง ( ) 1. อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ( ) 2. วันละ 1 ครั้ง ( ) 3. แปรงเป็นบางวัน ( ) 4. ไม่แปรงเลย	SC6. ___
7. หลังจากขับถ่ายท่านล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหรือไม่ ( ) 1. ทุกครั้ง ( ) 2. บางครั้ง ( ) 3. ไม่เคยเลย	SC7. ___

ส่วนที่ 2.แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง (ต่อ)

	สำหรับผู้วิจัย
8. ท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาดทุกวันหรือไม่ ( ) 1. ทุกวัน ( ) 2. บางวัน ( ) 3. ไม่เปลี่ยนเลย	SC8. __
9. ท่านสังเกตสุขภาพของตนเองอยู่บ่อยๆ เช่น ดูความผิดปกติตามตัว และผิวหนัง สังเกตอาการซีด ผอม/ช้ำ น้ำหนัก สังเกตอาการไข้ ไอ ไซ้หรือไม่ ( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่	SC9. __
10. ท่านแยกแก้วน้ำดื่มจากผู้อื่น ไซ้หรือไม่ ( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่	SC10. __
11. ท่านใช้อุปกรณ์ส่วนตัว เช่น ใบบิดโกนหนวด/กรรไกรตัดเล็บ/ตุ้มหู อย่างไร อย่างหนึ่งร่วมกับบุคคลอื่น ไซ้หรือไม่ ( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่	SC11. __
12. เมื่อเสื้อผ้าของท่านเปื้อนเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ หนอง น้ำลาย ท่านหรือผู้ดูแลท่านซักทำความสะอาดโดยผงซักฟอก/น้ำยาซักผ้า ไซ้หรือไม่ ( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่	SC12. __
<b>ด้านการไม่ใช้สารเสพติด (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)</b>	
13. ท่านเคยใช้ยานอนหลับ หรือไม่ บ่อยครั้งแค่ไหน ( ) 1. เคยทุกวัน ( ) 2. เคยบางวัน ( ) 3. ไม่เคยใช้เลย	SC13. __
14. ท่านสูบบุหรี่ หรือไม่ บ่อยครั้งแค่ไหน ( ) 1. สูบทุกวัน ( ) 2. สูบเป็นบางวัน ( ) 3. ไม่สูบเลย	SC14. __
15. ท่านดื่มสุรา หรือไม่ บ่อยครั้งแค่ไหน ( ) 1. ดื่มทุกวัน ( ) 2. ดื่มเป็นบางวัน ( ) 3. ไม่ดื่มเลย	SC15. __
16. ท่านเสพยาเสพติด หรือไม่ บ่อยครั้งแค่ไหน ( ) 1. เสพทุกวัน ( ) 2. เสพเป็นบางวัน ( ) 3. ไม่เสพเลย	SC16. __
<b>ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)</b>	
17. ท่านยังคงมีเพศสัมพันธ์ ( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 19)	SC17. __

ส่วนที่ 2.แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง (ต่อ)

<p>18. เมื่อมีเพศสัมพันธ์ท่านหรือคู่นอนของท่านมีการป้องกันโดยการใส่ถุงยางอนามัย</p> <p>( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่</p>	<p>สำหรับผู้วิจัย</p> <p>SC18. __</p>
<p>19. ท่านใช้วิธีสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองแทนการมีเพศสัมพันธ์</p> <p>( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่</p>	<p>SC19. __</p>
<p><b>ด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)</b></p>	
<p>20. ท่านพยายามทำจิตใจให้สบายเช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ</p> <p>( ) 1. เป็นประจำทุกวัน ( ) 2. เป็นบางวัน ( ) 3. ไม่เคยเลย</p>	<p>SC20. __</p>
<p>21. ท่านสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่นได้</p> <p>( ) 1. ทุกครั้ง ( ) 2. เป็นบางครั้ง ( ) 3. ไม่เคยเลย</p>	<p>SC21. __</p>
<p>22. ท่านสามารถทำใจได้ในสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง</p> <p>( ) 1. ทุกครั้ง ( ) 2. เป็นบางครั้ง ( ) 3. ไม่เคยเลย</p>	<p>SC22. __</p>

**ส่วนที่ 3.แบบวัดคุณภาพชีวิต** โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36 )

<p>คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน <input type="checkbox"/> หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด</p>	<p>สำหรับผู้วิจัย</p>
<p><b>1.) ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย</b></p>	
<p>ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในปัจจุบันเป็นข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่ ถ้าใช่ มากน้อยแค่ไหน</p>	
<p>1. การยกของหนัก ๆ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เช่น วิ่ง หรือ เล่นกีฬา  <input type="checkbox"/> 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก <input type="checkbox"/> 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3.ไม่เลย</p>	<p>QoL1 __</p>
<p>2. การเลื่อนโต๊ะ การถือถุงใส่ของหนัก  <input type="checkbox"/> 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก <input type="checkbox"/> 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3.ไม่เลย</p>	<p>QoL2 __</p>
<p>3. การเดินขึ้นบันได โดยไม่ต้องหยุด หรือ การเดินขึ้นเนิน  <input type="checkbox"/> 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก <input type="checkbox"/> 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3.ไม่เลย</p>	<p>QoL3 __</p>
<p>4. การเดินในระยะทางประมาณ 1 ช่วงตึก  <input type="checkbox"/> 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก <input type="checkbox"/> 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3.ไม่เลย</p>	<p>QoL4 __</p>
<p>5. การก้มๆ เงยๆ หรือการย่อตัว  <input type="checkbox"/> 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก <input type="checkbox"/> 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3.ไม่เลย</p>	<p>QoL5 __</p>
<p>6. การดูแลตนเอง เช่น การกิน การอาบน้ำ การแต่งตัว เข้าห้องน้ำ การลุกจากเตียงหรือเก้าอี้  <input type="checkbox"/> 1.เป็นข้อจำกัดอย่างมาก <input type="checkbox"/> 2.เป็นข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3.ไม่เลย</p>	<p>QoL6 __</p>
<p><b>2.) ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท</b></p>	
<p>7.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถทำงานบ้าน หรือเดินรอบที่พัก  <input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่.</p>	<p>QoL7 __</p>
<p>8.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านคิดว่า สุขภาพของท่านเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพหรือ การทำงานบ้านใช่หรือไม่  <input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่.</p>	<p>QoL8 __</p>

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36 ) (ต่อ)

<p>3.) <b>ด้านการเจ็บปวดทางร่างกาย</b></p>	สำหรับผู้วิจัย
<p>9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดตามตัว ปวดข้อเนื่องจาก สภาวะสุขภาพมากน้อยเพียงใด</p>	QoL9__
<p><input type="checkbox"/> 1.ไม่มีเลย                      <input type="checkbox"/> 2.เล็กน้อย                      <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.ค่อนข้างมาก                      <input type="checkbox"/> 5.มากที่สุด</p>	
<p>10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาการปวดทางร่างกายรบกวนการทำงานตาม ปกติทั้งที่ทำงานนอกบ้านและในบ้าน ของท่านมากน้อยเพียงใด</p>	QoL10__
<p><input type="checkbox"/> 1.ไม่มีเลย                      <input type="checkbox"/> 2.เล็กน้อย                      <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.ค่อนข้างมาก                      <input type="checkbox"/> 5.มากที่สุด</p>	
<p>4.) <b>ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม</b></p>	
<p>11. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายหรือสภาวะทางอารมณ์ของ ท่านทำให้เกิดปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อน ญาติ หรือการไปร่วมทำบุญ งานบวช งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ ภาย ในหมู่บ้านหรือชุมชน ของท่านมากน้อยเพียงใด</p>	QoL11__
<p><input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา                      <input type="checkbox"/> 2.บ่อย                      <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง                      <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย</p>	
<p>5.) <b>ด้านภาวะทางอารมณ์</b> <u>เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ท่านคิดว่าใกล้เคียงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด</u></p>	
<p>12. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกตึงเครียด</p>	QoL12__
<p><input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา                      <input type="checkbox"/> 2.บ่อย                      <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง                      <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย</p>	
<p>13. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกจิตใจสงบ</p>	QoL13__
<p><input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา                      <input type="checkbox"/> 2.บ่อย                      <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง                      <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย</p>	



ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36) (ต่อ)

	สำหรับผู้วิจัย
14. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกซึมเศร้า	QoL14__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง	
<input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	
15. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกมีความสุขมาก	QoL15__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง	
<input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	
16. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกท้อแท้มากจนไม่มีสิ่งใดที่สามารถทำให้ท่านดีขึ้นได้	QoL16__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง	
<input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	
<b>6.) ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า</b>	
17. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกกระปรี้กระเปร่า	QoL17__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง	
<input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	
18. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง	QoL18__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง	
<input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	
19. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกเหนื่อยล้า	QoL19__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง	
<input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	
20. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกมีกำลังพอที่จะทำอะไรที่ท่านต้องการได้	QoL20__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง	
<input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Out comes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36 ) (ต่อ)

<p>7.) <u>การรับรู้หน้าที่</u></p>	<p>สำหรับผู้วิจัย</p>
<p>21. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกยากลำบากในการหาเหตุผลหรือแก้ไข ปัญหา เช่น ในการวางแผนการตัดสินใจ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา                      <input type="checkbox"/> 2.บ่อย                      <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง                      <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย</p>	<p>QoL21__</p>
<p>22. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมักจะลืมสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น หาสิ่งของที่วางไว้ไม่พบหรือลืมนัดกับใคร</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา                      <input type="checkbox"/> 2.บ่อย                      <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง                      <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย</p>	<p>QoL22__</p>
<p>23. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการตั้งใจทำกิจกรรมเป็นเวลานาน ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา                      <input type="checkbox"/> 2.บ่อย                      <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง                      <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย</p>	<p>QoL23__</p>
<p>24. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยสมาธิ และความคิด เช่น อ่านหนังสือ</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา                      <input type="checkbox"/> 2.บ่อย                      <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง                      <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย</p>	<p>QoL24__</p>
<p>8.) <u>ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป</u></p>	
<p>25. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าสุขภาพทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ดีขึ้นมาก                      <input type="checkbox"/> 2. ดีขึ้นเล็กน้อย                      <input type="checkbox"/> 3.เหมือนเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> 4.แย่ลงเล็กน้อย                      <input type="checkbox"/> 5.แย่ลงมาก</p>	<p>QoL25__</p>
<p>26. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าสุขภาพทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ดีขึ้นมาก                      <input type="checkbox"/> 2. ดีขึ้นเล็กน้อย                      <input type="checkbox"/> 3.เหมือนเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> 4.แย่ลงเล็กน้อย                      <input type="checkbox"/> 5.แย่ลงมาก</p>	<p>QoL26__</p>
<p>27. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกไม่ค่อยสบายตลอดเวลา</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ใช่                      <input type="checkbox"/> 2. ไม่แน่ใจ                      <input type="checkbox"/> 3.ไม่ใช่</p>	<p>QoL27__</p>

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Out comes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36 ) (ต่อ)

	สำหรับผู้วิจัย
28. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพร่างกายดีเหมือนคนอื่นที่ท่านรู้จัก	QoL28__
<input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่น่าใจ <input type="checkbox"/> 3.ไม่ใช่	
29. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพร่างกายดีมาก	QoL29__
<input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่น่าใจ <input type="checkbox"/> 3.ไม่ใช่	
30. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณสุขภาพร่างกายของท่านไม่ดี	QoL30__
<input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่น่าใจ <input type="checkbox"/> 3.ไม่ใช่	
31. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด	QoL31__
<input type="checkbox"/> 1.ดีมาก <input type="checkbox"/> 2.ดี <input type="checkbox"/> 3.พอใช้ <input type="checkbox"/> 4.ไม่ดี	
<b>9.) <u>ด้านปัญหาสุขภาพ</u></b>	
32. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกแย่ลงจากปัญหาสุขภาพของตนเอง	QoL32__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	
33. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกท้อแท้เนื่องจากปัญหาสุขภาพของตนเอง	QoL33__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	
34. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกสิ้นหวังเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพของตนเอง	QoL34__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	
35. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกหวาดกลัวเนื่องมาจากสุขภาพของตนเอง	QoL35__
<input type="checkbox"/> 1.ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2.บ่อย <input type="checkbox"/> 3.ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> 5.ไม่เลย	

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (Medical Out comes Study 36 : MOS 36 item. short form :SF-36 ) (ต่อ)

10.) ด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด

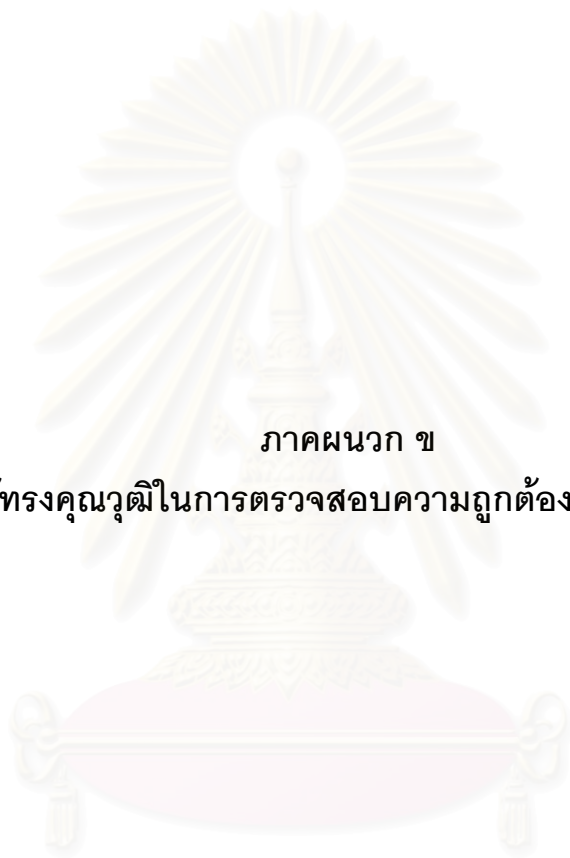
36. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณภาพชีวิตของท่านเป็นอย่างไรบ้าง

- 1.ดีมาก
- 2.ดี
- 3.ปานกลาง
- 4.ค่อนข้างแย่
- 5.แย่มาก

สำหรับผู้วิจัย

QoL36\_\_

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแบบสัมภาระณ์

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร  
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล  
รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง  
อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล  
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นางสาวศันสนีย์ สมิติเกษตริน  
นักจิตวิทยา 8 กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายถนอมศักดิ์ ทองมัน เกิดวันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2518 ที่อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี พ.ศ.2544 และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2546 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 5 ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยใหญ่ อำเภอสะโบสถ์ จังหวัดลพบุรี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย