การศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร

ปริญญานิพนธ์

ของ

นพนัฐ จำปาเทศ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา
พฤษภาคม 2546

ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

362.196992
น16ก
ร.3

การศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร

10 ก.ค. 2546

บทคัดย่อ

ของ

นพนัฐ จำปาเทศ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา
พฤษภาคม 2546

นพนัฐ จำปาเทศ. (2546). *การศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาตราจารย์ อังคณา สายยศ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระวีวรรณ พันธ์พานิช.

การวิจัยในครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลบำราศนราดูร ที่ได้รับวิธีการรักษา และอยู่ในผู้ป่วยประเภทที่ต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร จำนวน 37 คน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว จำแนกตามประเภทผู้ป่วยกลุ่ม B_3 กับ C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างดี ยกเว้นผู้ป่วยกลุ่ม B_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลค่อนข้างไม่ดี ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส จำแนกตามประเภทผู้ป่วยกลุ่ม B_3 กับ C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างดี

สำหรับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวจำแนกตามประเภทผู้ป่วยกลุ่ม B_3 กับ C_3 มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย โดยกลุ่ม B_3 เปลี่ยนแปลงลดลง และกลุ่ม C_3 เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส จำแนกตามประเภทผู้ป่วยกลุ่ม B_3 กับ C_3 มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น

2. ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 351.33 ถึง 760.33 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 531.40 บาท ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลอยู่ระหว่าง 1490.00 ถึง 3671.67 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 2109.48 บาท

สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 229.33 ถึง 2577.00 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 1043.05 บาท และผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลอยู่ระหว่าง 1330.67 ถึง 3645.00 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 2127.91 บาท

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05และ.01ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลดีกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลดีขึ้นสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

4. ผู้ป่วยประเภทกลุ่ม B_3 และ C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้ป่วยประเภทกลุ่ม B_3 และ C_3 มีความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยกลุ่ม C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลดีขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่ม B_3

5. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

6. ผู้ป่วยประเภทกลุ่ม B_3 และ C_3 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

8. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

THE STUDY OF HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE (HRQOL) AND MEDICAL TREATMENT'S EXPENDITURE OF AIDS PATIENTS AT BAMRASNARADURA HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

NOPPHANATH CHUMPATHAT

Presented in partial fulfillment of the requirements

for the Master of Education degree in Educational Research and Statistics

at Srinakharinwirot University

May 2003

Nopphanath Chumpathat. (2003). *The study of health related quality of life (HRQOL) and medical treatment expenditures of AIDS patients at Bamrasnaradura hospital.* Master Thesis, M.Ed. (Educational Research and Statistic). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Aungkana Saiyos, Assist. Prof. Raweewan Panpanich.

The purpose of this research was to study the comparison of health related quality of life (HQOL) in accordance with health and medical treatment expenses of Bamrasnaradura hospital AIDS patients. These patients were from different categories receiving different treatment. The group sample was 37 AIDS patients having the amount of white blood cell type CD4 less than 200 per cubic milliliter. The instruments used in collecting data were the health related measurement of quality of life questionnaire, questionnaire and recording form of medical treatment expenses.

The results were as followes:

1.The AIDS patients in group B_3 and C_3 that received the only treatment and prevention from opportunistic infection and those who received treatment and prevention of opportunistic infection together with antiretroviral drug had quite a good level of health related quality of life both before and after treatment except the AIDS patients in group B_3 that received the only treatment and prevention of opportunistic infection were quite poor.

For the changing of health related quality of life after treatment, the AIDS patients in group B_3 and C_3 receiving only treatment and prevention of opportunistic infection have changed slightly by group B3 has declined and group C3 has improved. However, the patients that received treatment and prevention of opportunistic infection together with antiretroviral drug have improved in health related quality of life.

2. The monthly medical treatment expenses of AIDS patients in group B_3 that received the only treatment and prevention of opportunistic infection were approximately ranging from 351.33 to 760.33 baht with the mean of 531.40 baht. The AIDS patients in group B_3 that received the treatment and prevention of opportunistic infection together with antiretroviral drug have medical treatment monthly expenses approximately ranging from 1490.00 to 3671.67 baht with the mean of 2109.48 baht.

For medical monthly treatment expenses of the AIDS patients in group C_3 that received the only treatment and prevention of opportunistic infection were approximately ranging from 229.33 to 2577.00 baht with the mean of 1043.05 baht. The AIDS patients in group C_3 that received the treatment and prevention of opportunistic infection together with antiretroviral drug were approximately ranging from 1330.67 to 3645.00 baht with the mean of 2127.91 baht.

3. The AIDS patients who received only treatment and prevention of opportunistic infection and those who additionally received antiretroviral drug have different statistically significant in health related quality of life both before and after treatment at .05 and .01 respectively by AIDS patients that received the treatment and prevention of opportunistic infection together with antiretroviral drug have better health related quality of life both before and after treatment.

For the changing of health related quality of life after treatment, the AIDS patients that received only treatment and prevention of opportunistic infection and the patients who received treatment and prevention of opportunistic infection together with antiretroviral drug have different statistically significant of health related quality of life after treatment at .05 and AIDS patients who received treatment and prevention of opportunistic infection together with antiretroviral drug have better health related quality of life.

4. The AIDS patients in group B_3 and C_3 having different health related quality of life before treatment were not statistically significant health related quality of life both before and after treatment .

For the changing of health related quality of life after the treatment, the AIDS patients in group B_3 and C_3 have statistically significant different at .05 and patients in group C_3 have a better change than the patients in group B_3.

5. The AIDS patients that received only treatment and prevention of opportunistic infection and those who received treatment and prevention of opportunistic infection together with antiretroviral drug have different monthly medical treatment expenses statistically significant at .01 and AIDS patients that received treatment and prevention of opportunistic infection together with antiretroviral drug have monthly medical treatment expenses higher than the AIDS patients that received only treatment and prevention of opportunistic infection.

6. The monthly medical treatment expenses for the AIDS patients in group B_3 and C_3 different were not statistically significant.

7. The interaction between treatment methods and the types of patients affecting the health related quality of life were not statistically significant different.

8. The interaction between treatment methods and the types of patients affecting the monthly medical treatment expenses were not statistically significant.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์
โรงพยาบาลบำราศนราดูร

ของ
นายนพนัฐ จำปาเทศ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาภรณ์ หะวานนท์)
วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ อังคณา สายยศ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระวีวรรณ พันธ์พานิช)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิคม ตังคะพิภพ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ วัญญา วิศาลาภรณ์)

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
ทุน " มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ "
ประจำปีการศึกษา 2544
ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ เพราะได้รับความกรุณาช่วยเหลือและเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ อังคณา สายยศ ในฐานะประธานที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระวีวรรณ พันธ์พานิช ในฐานะกรรมการที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิคม ตังคะพิภาพ และรองศาสตราจารย์วัญญา วิศาลาภรณ์ ในฐานะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะ รองศาสตราจารย์ นิภา ศรีไพโรจน์ อาจารย์ ดร. สุวพร เซ็มเฮง นายแพทย์วสันต์ ภิญโญวิวัฒน์ และนายแพทย์วิศิษฏ์ ประสิทธิศิริกุล เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำราศนราดูร หัวหน้าศูนย์วิจัยฯ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานภูมิคุ้มกันวิทยา และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลบำราศนราดูร ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง และขอบคุณชมรมแสงเทียนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยของกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาวัดผลและวิจัยการศึกษาทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนความรู้แก่ผู้วิจัย และขอบคุณเพื่อนๆ พี่ ๆ น้อง ๆ สาขาวิจัยและสถิติทางการศึกษาที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ

ท้ายที่สุดนี้ ขอให้คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาแก่พระคุณบิดา มารดา และครูบาอาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณที่ได้รับการอบรมสั่งสอนตลอดมา

นพนัฐ จำปาเทศ

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
	ความสำคัญของการวิจัย	3
	ขอบเขตของการวิจัย	4
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	4
	ตัวแปรที่ศึกษา	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ	5
	สมมติฐานในการวิจัย	8
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
	โรคเอดส์	9
	ความหมายของโรคเอดส์	9
	ประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์	10
	สาเหตุและปัจจัยของโรคเอดส์	12
	การแพร่ระบาดของโรคเอดส์	13
	การรักษาและการดูแลทางการแพทย์	14
	การป้องกันการแพร่ระบาด	16
	ผลกระทบของโรคเอดส์	17
	คุณภาพชีวิต	18
	ความหมายของคุณภาพชีวิต	19
	องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	20
	คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ	23
	การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ	26
	เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ	29
	คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์	37
	ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเอดส์	41
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
	งานวิจัยในประเทศ	43
	งานวิจัยในต่างประเทศ	46
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	48
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง	48
	ประชากร	48
	กลุ่มตัวอย่าง	48
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49

สารบัญ(ต่อ)

บทที่		หน้า
3 (ต่อ)	ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	49
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	54
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	56
	สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	56
	การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	56
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	57
5	สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	63
	ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า	63
	สรุปผลการวิจัย	65
	อภิปรายผล	67
	ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม		71
ภาคผนวก		76
	ภาคผนวก ก	76
	ภาคผนวก ข	79
	ภาคผนวก ค	82
	ภาคผนวก ง	87
	ภาคผนวก จ	90
ประวัติย่อผู้วิจัย		92

บัญชีตาราง

ตาราง หน้า

1. การแบ่งประเภทผู้ป่วยเอดส์ 11
2. รายชื่อยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยแบ่งตามกลุ่ม 15
3. คะแนนความสามารถตามคะแนนคาร์นอฟสกี (Kanofsky Score) 29
4. การแปลผลคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย 35
5. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยจำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย 49
6. ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ 57
7. ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงความเชื่อมั่น 95 % ของค่าเฉลี่ย ของค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ 58
8. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนการรักษาพยาบาลจำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย 59
9. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ หลังการรักษาพยาบาลจำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย 60
10. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเอดส์หลังการรักษาพยาบาลจำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย 61
11. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย 61
12. ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ 80
13. ค่าอำนาจจำแนก (t) ของแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ 81
14. ตารางค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 88

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ หน้า

1. รูปแบบการประเมินผลการรักษาพยาบาลรูปแบบที่ 1 24
2. รูปแบบการประเมินผลการรักษาพยาบาลรูปแบบที่ 2 25
3. ลำดับขั้นตอนการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ..... 50

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

โรคเอดส์ (AIDS:Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และจะเข้าไปทำลายเม็ดโลหิตขาวซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ผู้ที่มีเชื้อดังกล่าวป่วยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่างๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันคาดว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 35 ล้านคน สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2544 มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 176,807 ราย เสียชีวิตแล้ว 48,826 ราย (กองระบาดวิทยา.2544:2) ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มียาหรือแนวทางที่จะสามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษาจึงเป็นเพียงทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงให้มากที่สุดและยาวนานที่สุด เพื่อป้องกันการทำลายและมีการฟื้นกลับมาของภูมิต้านทาน และช่วยลดอัตราการตายและอัตราการเป็นเอดส์ (AIDS Advance)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์เพื่อลดอัตราการตาย และสามารถดำรงชีวิตยาวนานขึ้นหรือทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ดีขึ้น มีแนวทางการรักษาทางการแพทย์ 2 แนวทางคือ (1) การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว (2) การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส ในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง (HAART Therapy : Highly Active Antiretroviral Therapy) เริ่มเห็นผลตั้งแต่ปี ค.ศ.1996 จากรายงานของศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control : CDC) ในปี ค.ศ.1996 พบว่าอัตราการตายจากโรคเอดส์ในสหรัฐอเมริกาลดลงร้อยละ 23 และลดลงอีกร้อยละ 47 ในปี ค.ศ.1997 จำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงถึงร้อยละ 45 - 55 และอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนลดลงร้อยละ 60 - 80 (สุจิตรา พุทธวงศ์.2544:1 ; อ้างอิงจาก Hogg, et al.1997:349 ; Torres & Barr.1997:336) ส่วนการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยร่วมกับการใช้ยาต้านไวรัส และใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาต้านไวรัส เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ราคายาที่สูงมาก และค่าใช้จ่ายที่สูงในการตรวจโลหิตเพื่อประเมินผลการรักษา และการติดตามการรักษา และต้องใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสแต่ไม่สามารถรับยาต้านไวรัสได้

ในการประเมินประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล หรือการบริการสาธารณสุขเพื่อการตัดสินใจในการให้การรักษาหรือการจัดบริการ เช่น การให้ยาคนไข้ สิ่งแรกที่พิจารณาคือ ยาหรือการให้บริการนั้นดีจริงหรือไม่ (Efficacy) ซึ่งต้องควบคุมสภาพการณ์ต่างๆ ให้เป็นสภาพการณ์ในอุดมคติ เพราะถ้าหากสภาพการณ์ต่างๆ ไม่เป็นไปตามอุดมคติ ก็จะบอกว่ายาหรือบริการนั้นดีจริงหรือไม่ยังไม่ได้ สิ่งที่ต้องพิจารณาต่อมาคือ ยาหรือการบริการนั้นใช้ได้ในทางปฏิบัติหรือไม่ (Effective) ซึ่งการประเมินการใช้ได้ในทางปฏิบัตินั้นเป็นการประเมินภายใต้สภาพการณ์ที่เป็นจริงในชีวิตประจำวัน การวัดผลการรักษาทางการแพทย์จึงนิยมวัดออกมาเป็นประสิทธิผล (Effectiveness) ของยาหรือบริการ และเมื่อยาหรือบริการนั้นสามารถผ่านการประเมินในขั้นแรกแล้วว่า ดีและผ่านการประเมินในขั้นที่สองว่าใช้ได้ จึงมีการประเมินในขั้นที่ 3 คือ ประเมินว่าคุ้มค่าหรือไม่ และสามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome) จากการรักษาหรือการบริการ เช่น สามารถทำให้ชีวิตผู้ป่วยยืนยาวขึ้นหรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือไม่ เรียกลักษณะการประเมินนี้ว่าการวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ (Cost–Utility Analysis) ซึ่งสามารถประเมินได้จากคุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ของผู้ป่วย และเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแนวทางในการรักษาพยาบาลที่ต่างกันได้ (สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์.2538:125)

การวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยพิจารณาจากขนาดและความรุนแรงของปัญหา ผลกระทบของปัญหาและโครงการต่างๆ ซึ่งนอกจากการวัดด้วยจำนวน หรืออัตราป่วยและอัตราตายแล้ว ยังมีผลกระทบอื่นๆ ทางสังคมที่เป็นปัญหาเชิงคุณภาพซึ่งไม่สามารถมองเห็นเป็นตัวเลขหรือวัดเป็นเชิงปริมาณได้ จึงได้มีการนำวิธีการทางเศรษฐศาสตร์เข้ามาช่วยในการวัดค่าให้เป็นเชิงปริมาณ เช่น ความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการป่วยและการตาย ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของแต่ละโรคหรือปัญหา เพื่อช่วยในการตัดสินใจกำหนดนโยบายและวางแผนงานสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และทำให้สามารถมองเห็นขนาดและความรุนแรงของปัญหาชัดเจนขึ้น ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534) ของประเทศไทย ได้มีการนำวิธีการทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาใช้ในการวางแผน และนักวิจัยหลายท่านได้ใช้วิธีการทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการประเมินปัญหาการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น การเปรียบเทียบต้นทุนการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นกับระบบยาพื้นฐานคนไข้วัณโรค (ภิรมย์ กมลรัตนกุล.2534) ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อเดงกี่ไวรัส (ศิราภรณ์ สวัสดิวร.2534) เป็นต้น ส่วนตัวอย่างการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเอดส์ คือ ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สุคนธา คงศีล และคณะ.2535) การคาดคะเนค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูร (วิไลวรรณ พร้อมมูล.2538) และ สถานการณ์ทางด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2539 (ชัยยศ คณานุสนธ์.2539) ถึงแม้ว่าได้มีความพยายามในการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อแสดงให้เห็นถึงค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น แต่มิได้มีความพยายามที่จะตีค่าผลกระทบของการรักษาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการประเมินต้นทุนที่แท้จริงควรประเมินต้นทุนที่มาจากฐานผู้ป่วย (ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์.2541 :187) และเนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ การเลือกให้การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว จึงเป็นแนวทางที่สำคัญที่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีอายุยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ในระดับหนึ่ง การสำรวจค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ จะเป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์ผู้รักษาพยาบาล และผู้ป่วยร่วมกันพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทางหรือวิธีการรักษาพยาบาล และยังสามารถนำไปเพื่อพิจารณากำหนดนโยบายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อไป ดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในศูนย์วิจัยทางการแพทย์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคติดต่อและโรคเอดส์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์เมื่อได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวกับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับการใช้ยาต้านไวรัส

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดจุดมุ่งหมายไว้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์

2. เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์

3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ระหว่างวิธีการรักษาต่างกัน

4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ระหว่างประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน

5. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ระหว่างวิธีการรักษาต่างกัน

6. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ระหว่างประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน

7. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์

8. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์

ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทราบถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินผลของการรักษาและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่นอกเหนือไปจาก อัตราการป่วย และอัตราการตาย และในการเปรียบเทียบการรักษา 2 วิธี ได้แก่ (1) การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว (2) การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส ว่าวิธีใดมีต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันหรือไม่ และมีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปวิเคราะห์และศึกษาความเป็นไปได้ในการเลือกวิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพดีกว่า ซึ่งเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการรักษาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนผู้กำหนดนโยบายและวางแผนในการจัดบริการสุขภาพ นำไปวิเคราะห์ถึงความคุ้มค่า (Benefit) ของวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และได้รับยารักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ/หรือยาต้านไวรัส ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูรทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกตั้งแต่ 16 กันยายน 2545 ถึง 15 มกราคม 2546 จำนวนและรายชื่อผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จากทะเบียนของกลุ่มงานอิมมูโนวิทยา โรงพยาบาลบำราศนราดูรจำนวนทั้งสิ้น 628 ราย และคัดเลือกประชากรออกจากเกณฑ์ (Exclusion Criteria) ดังนี้

- ใช้ยาต้านไวรัสนานเกิน 1 เดือน
- เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิกของโรงพยาบาล
- เข้ารับบริการคลินิกนอกเวลาราชการ
- ใช้สิทธิประกันสังคม, ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ไม่มารับบริการตามกำหนดนัด

เมื่อคัดผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วจะเหลือประชากรทั้งสิ้น 113 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และได้รับยารักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ/หรือได้รับยาต้านไวรัสที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูรทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณจากสูตรของยามาเน่ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ.2538:297 ; อ้างอิงจาก Yamane Taro.1967 : 886) เท่ากับ 89 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่
   1.1วิธีการรักษา แบ่งเป็น 2 วิธี คือ
      1.1.1 ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว
      1.1.2 ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร่วมกับการใช้ยาต้านไวรัส
   1.2 ประเภทของผู้ป่วยโรคเอดส์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ
      1.2.1 ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B3
      1.2.2 ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C3
2. ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่
   2.1 คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
   2.2 ค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โรคเอดส์ หมายถึง ภาวะของร่างกายที่มีความอ่อนแอและเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ รวมทั้งเชื้อโรคฉวยโอกาส และมะเร็งบางชนิด ซึ่งโดยปกติแล้วภูมิคุ้มกันธรรมชาติที่อยู่ในร่างกายสามารถต้านทานไม่ให้เกิดโรคได้ โดยภาวะร่างกายดังกล่าวเกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่เรียกว่าไวรัสเอชไอวี ซึ่งในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงให้การรักษาตามอาการหรือโรคแทรกของผู้ติดเชื้อ การให้ยาเพื่อชะลอการเพิ่มขึ้นของเชื้อเอชไอวีในร่างกาย และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีอายุให้ยืนยาวที่สุด

2. ผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ต้องมีเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูรทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

3. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นสุขและความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตในแต่ละบุคคล ซึ่งจะเน้นในเรื่องของผลกระทบจากลักษณะของสุขภาพกาย สุขภาพจิต ที่มีต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งมีความจำเป็นและเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดำรงชีวิต เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมาตรฐานของแวร์ (MOS – SF36 : Medical Outcome Study – Short Form 36 Items) ซึ่งจำแนกออกตามรายละเอียดดังนี้

3.1 ด้านสุขภาพทางด้านร่างกาย (Physical Health) แบ่งเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

3.1.1 ความสามารถทางกายในการทำกิจกรรม (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การยกของ การออกแรง การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การเคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น

3.1.2 การปฏิบัติหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวัน (Role – Physical) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การไปโรงเรียน การไปทำงาน การดูแลตนเอง ได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การทำงานบ้าน เป็นต้น

3.1.3 ความเจ็บปวดทางร่างกาย (Bodily Pain) หมายถึง ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับร่างกายตั้งแต่ เล็กน้อย จนถึงรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศรีษะ ปวดหลัง เป็นต้น

3.1.4 สุขภาพทั่วไป (General Health) หมายถึง การรับรู้และการประเมินตนเองต่อสภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม อาจโดยการเปรียบเทียบกับสภาวะสุขภาพของบุคคลทั่วๆ ไป

3.2 สุขภาพจิต (Mental Health) แบ่งเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

3.2.1 พลังที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ (Vitality) หมายถึง ความรู้สึกถึงพลัง ความสมารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ

3.2.2 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) หมายถึง การรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเองที่เป็นข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการทำหน้าที่หรือบทบาทในสังคม เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชน สังคมได้ เป็นต้น

3.2.3 ปัญหาทางจิตและอารมณ์ ที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรประจำวัน (Role – Emotion) หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะทางจิตและอารมณ์ของตนเองที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรประจำวัน

3.2.4 สุขภาพจิตทั่วไป (Mental Health) หมายถึง สภาวะอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อการรับรู้ถึงสภาวะทางกายของตนเอง เช่น ความรู้สึกกลัวเพราะปัญหาสุขภาพ ความรู้สึกท้อแท้ เป็นต้น

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างต้องสูญเสียเงินในการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อป่วยเป็นโรคเอดส์ ที่ผู้วิจัยรวบรวมจากแบบสอบถามค่าใช้จ่ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น

4.1ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ (Medical Cost) หมายถึง จำนวนเงินที่กลุ่มตัวอย่างต้องสูญเสียเนื่องจากการรับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าออกซิเจน ค่ากายภาพบำบัด ค่ายาฉีด ค่าเลือดและสารประกอบทางเลือดทุกชนิด ค่าสารที่ให้ทางโลหิตทุกชนิด และค่าบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

4.2ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (Non - Medical Cost) หมายถึง จำนวนเงินที่กลุ่มตัวอย่างต้องสูญเสียเนื่องจากการรับบริการทางการแพทย์ แต่เป็นค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องจ่ายในระหว่างรับบริการ โดยมิได้จ่ายให้สถานบริการ ได้แก่ ค่ายานพาหนะในการเดินทาง ค่าอาหาร และค่าที่พัก ทั้งของผู้ป่วยและญาติ และ ค่าสูญเสียโอกาสและรายได้ในการประกอบอาชีพ

5. เม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 (CD4) หมายถึง เม็ดโลหิตขาวชนิดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในภูมิคุ้มกัน และเป็น ตัวรับ(Receptor) ของเชื้อไวรัสเอชไอวี ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวี จึงมีการทำลายเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ตลอดเวลา ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยลดลงซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยเลวลง และทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ และใช้จำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล

6. โรคติดเชื้อฉวยโอกาส หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อโรคชนิดต่างๆ ที่โดยปกติแล้วไม่สามารถทำอันตรายต่อมนุษย์ เนื่องจากการทำงานของกลไกการต่อสู้ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย เมื่อเกิดความบกพร่องในระบบภูมิคุ้มกันเชื้อโรคเหล่านี้สามารถทำให้เกิดโรคได้ และจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเอดส์เมื่อเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ลดต่ำลงมาก ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่

- วัณโรค (Tuberculosis)
- ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส แครินิไอ (*Pnemocystis Carinii*)
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราชนิดคริปโตคอคคอล (*Crytococcal* Meningitis)
- ผิวหนังอักเสบจากเชื้อราชนิดเพ็นนิซิโลซิส (*Pennicillosis)*
- การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางจากเชื้อท็อกโซพลาสโมซิส (*Toxoplasmosis gondii)*
- ผิวหนังอักเสบจากเชื้อฮิสโตพลาสมา (*Histoplasma Capsulatum)*
- เชื้อราในระบบทางเดินอาหาร (Candidiasis)
- การติดเชื้อในร่างกายชนิดแมค (MAC:Mycobacterium Avium Complex Infection)
- การติดเชื้อซีเอ็มวี (CMV: Cytomegarovirus Infection) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ตาบอดเนื่องจากจอประสาทตาอักเสบ
- ท้องเสียเรื้อรังจากเชื้อคริปโตสปอไรดิโอซิส (Cryptosporidiosis)

7. ประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่จำแนกออกเป็นประเภทต่างๆ ตามลักษณะอาการและความก้าวหน้าของโรคและใช้ปริมาณของเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4โดยใช้เกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรค

แห่งชาติสหรัฐอเมริกา ค.ศ.1993 (HIV Classification System and Expanded AIDS Surveillance Definition for Adolescent and Adults) แบ่งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

7.1 ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม A3 หมายถึงผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการอยู่ในกลุ่ม A (Clinical Category A) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ (Asymptomatic) หรือเป็นกลุ่มที่มีต่อมน้ำเหลืองที่นอกเหนือจากบริเวณขาหนีบมีขนาดโตมากกว่า 1 เซ็นติเมตร มากกว่า 2 ตำแหน่ง เป็นเวลานานติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน (PGL: Persistent Generalized Lymphadophathy) และมีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

7.2 ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B3 หมายถึงผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการอยู่ในกลุ่มอาการ B (Clinical Category B) คือ เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเกิดขึ้น ได้แก่

- งูสวัด (Reactivation Herpes Zoster)
- ฝ้าขาวที่ยื่นเป็นชี่ๆ มักขึ้นบริเวณขอบลิ้น (OHL:Oral harily leukoplakia)
- เป็นฝ้าขาวที่เกิดจากเชื้อราที่บริเวณลิ้น (Oral Candidiasis)
- การมีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน และ/หรือน้ำหนักลดไปมากกว่าร้อยละ10 และ/หรือท้องเดินเรื้อรัง โดยไม่ทราบสาเหตุ (Constitutional Symtom)
- ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Trombocytopenia)
- อาการทางผิวหนัง คัน มีตุ่มแดงคล้ายยุงกัด (PPE:Pyuritic papular eruption)
- มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

7.3 ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C3 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการอยู่ในกลุ่มอาการ C (Clinical Category C) หมายถึงผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งมะเร็งบางชนิด ได้แก่

- วัณโรค (*Tuberculosis*)
- ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส แครินิไอ (*Pnemocystis Carinii*)
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราชนิดคริปโตคอคคอล (*Crytococcal* Meningitis)
- ผิวหนังอักเสบจากเชื้อราชนิดเพ็นนิซิโลซิส (*Pennicillosis)*
- การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางจากเชื้อทอกโซพลาสโมซิส (*Toxoplasmosis gondii)*
- ผิวหนังอักเสบจากเชื้อฮิสโตพลาสมา (*Histoplasma Capsulatum)*
- เชื้อราในระบบทางเดินอาหาร (Candidiasis)
- การติดเชื้อในร่างกายชนิดแมค (MAC:Mycobacterium Avium Complex Infection)
- การติดเชื้อซีเอ็มวี (CMV: Cytomegarovirus Infection) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ตาบอดเนื่องจากจอประสาทตาอักเสบ
- ท้องเสียเรื้อรังจากเชื้อคริปโตสปอไรดิโอซิส (Cryptosporidiosis)
- มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาเฉพาะกลุ่ม B3 และ C3 เนื่องจากกลุ่ม A3 จะเป็นผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการที่จะต้องรับการรักษา

8. วิธีการการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งแบ่งประเภทการรักษาออกเป็น 2 วิธี ได้แก่

8.1 การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว หมายถึง ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งจะได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยเพียงอย่างเดียว

8.2 การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับการใช้ยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งจะได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับการได้รับยาต้านไวรัส

9. อาการแทรกซ้อน หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเงินในการรับการรักษาพยาบาล เช่น ไข้ ไข้หวัด ท้องเสีย ฯลฯ เป็นต้น

สมมติฐานในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูรต่างกันเมื่อได้รับวิธีการรักษาต่างกัน

2. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูรต่างกัน เมื่อประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน

3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ต่างกันเมื่อได้รับวิธีการรักษาต่างกัน

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ต่างกันเมื่อประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน

5. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์

6. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคเอดส์
   - 1.1 ความหมายของโรคเอดส์
   - 1.2 ประเภทผู้ป่วยเอดส์
   - 1.3 สาเหตุและปัจจัยของโรคเอดส์
   - 1.4 การแพร่ระบาดของโรคเอดส์
   - 1.5 การรักษาและการดูแลทางการแพทย์
   - 1.6 การป้องกันการแพร่ระบาด
   - 1.7 ผลกระทบของโรคเอดส์
2. คุณภาพชีวิต
   - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
   - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
   - 2.3 คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
   - 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
   - 2.5 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
   - 2.6 คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์
3. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเอดส์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
   - 4.1 งานวิจัยในประเทศ
   - 4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

1.โรคเอดส์

1.1 ความหมายของโรคเอดส์

กองโรคเอดส์ (2540:2) ให้ความหมายของโรคเอดส์ (AIDS : Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า "เอชไอวี" (HIV : Human Immuno – deficiency Virus) ซึ่งเชื้อไวรัสเอชไอวี จะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคต่างๆ ได้หรือทำให้เกิดโรคมะเร็งบางชนิด ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตทุกราย และสามารถแพร่ระบาดไปยังผู้อื่นได้ตลอดชีวิตของผู้ติดเชื้อ

โกลด์ (Gold.1997 : 2) ให้ความหมายของโรคเอดส์ว่า เป็นสภาพทางการแพทย์ที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งตามธรรมชาติจะเป็นตัวต้านทานโรคและการติดเชื้อต่างๆ นั้นได้ถูกทำลายอย่างรุนแรงโดยเชื้อไวรัสที่เรียกว่าเอชไอวี ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความอ่อนแอต่อโรคและมีการติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งๆ ที่โดยปกติแล้วระบบภูมิต้านทานของร่างกายสามารถควบคุมเชื้อเหล่านี้ไว้ได้

ไรท์เตอร์ (Writer. 2001:1) ให้ความหมายของโรคเอดส์ว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งสามารถวินิจฉัยได้ด้วยผลการตรวจเลือดที่พบว่าเอชไอวีบวก โรคเอดส์ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคตามธรรมชาติของมนุษย์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ซึ่งทำให้ร่างกายสามารถติดเชื้อโรคฉวยโอกาส หรือมะเร็งบางชนิดซึ่งโดยธรรมชาติไม่สามารถทำให้เกิดโรคได้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ทำให้ภาวะของร่างกายมีความอ่อนแอและเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ รวมทั้งเชื้อโรคฉวยโอกาส และมะเร็งบางชนิด ซึ่งโดยปกติแล้วภูมิคุ้มกันธรรมชาติที่อยู่ในร่างกายสามารถต้านทานไม่ให้เกิดโรคได้ โดยภาวะร่างกายดังกล่าวเกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่เรียกว่าไวรัสเอชไอวี ซึ่งในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาในปัจจุบันคือการรักษาตามอาการหรือโรคแทรกของผู้ติดเชื้อ การให้ยาเพื่อชะลอการเพิ่มขึ้นของเชื้อเอชไอวีในร่างกาย และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันเพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีอายุให้ยืนยาวที่สุด

1.2 ประเภทของผู้ป่วยโรคเอดส์

การแบ่งประเภทของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (HIV Classification System and Expanded AIDS Surveillance Definition for Adolescent and Adults) แบ่งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อายุ 13 ปีขึ้นไปโดยใช้เกณฑ์จากอาการและความก้าวหน้าของโรค และระดับเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ในการแบ่งดังนี้ (Meric, et al. 2000:10)

1. แบ่งโดยใช้อาการและความก้าวหน้าของโรค แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มอาการ A (Clinical Category A) เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ (Asymtomatic) หรือเป็นกลุ่มที่มีต่อมน้ำเหลืองที่นอกเหนือจากบริเวณขาหนีบมีขนาดโตมากกว่า 1 เซ็นติเมตร มากกว่า 2 ตำแหน่ง เป็นเวลานานติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน (PGL: Persistent Generalized Lymphadophathy)

1.2 กลุ่มอาการ B (Clinical Category B) เป็นกลุ่มที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเกิดขึ้น ได้แก่

- งูสวัด (Reactivation Herpes Zoster)
- ฝ้าขาวที่ยื่นเป็นซี่ๆ มักขึ้นบริเวณขอบลิ้น (OHL:Oral harily leukoplakia)
- เป็นฝ้าขาวที่เกิดจากเชื้อราที่บริเวณลิ้น (Oral Candidiasis)
- การมีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน และ/หรือน้ำหนักลดไปมากกว่าร้อยละ10 และ/หรือท้องเดินเรื้อรัง โดยไม่ทราบสาเหตุ (Constitutional Symtom)
- ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Trombocytopenia)
- อาการทางผิวหนัง คัน มีตุ่มแดงคล้ายยุงกัด (PPE:Pyuritic papular eruption)

1.3 กลุ่มอาการ C (Clinical Category C) หมายถึงผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งมะเร็งบางชนิด ได้แก่

- วัณโรค (Tuberculosis)
- ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส แครินิไอ (*Pnemocystis Carinii*)
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราชนิดคริปโตคอคคอล (*Crytococcal* Meningitis)
- ผิวหนังอักเสบจากเชื้อราชนิดเพ็นนิซิโลซิส (*Pennicillosis)*

- การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางจากเชื้อท้อกโซพลาสโมซิส (*Toxoplasmosis gondii)*
- ผิวหนังอักเสบจากเชื้อฮิสโตพลาสมา (*Histoplasma Capsulatum)*
- เชื้อราในระบบทางเดินอาหาร (Candidiasis)
- การติดเชื้อในร่างกายชนิดแมค(MAC:Mycobacterium Avium Complex Infection)
- การติดเชื้อซีเอ็มวี (CMV: Cytomegarovirus Infection) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ตาบอด เนื่องจากจอประสาทตาอักเสบ
- ท้องเสียเรื้อรังจากเชื้อคริปโตสปอไรดิโอซิส (*Cryptosporidiosis*)

2. แบ่งโดยปริมาณเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ผู้ที่มีระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 มากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

2.2 ผู้ที่มีระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ตั้งแต่ 200 - 499 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

2.3 ผู้ที่มีระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

3. แบ่งโดยพิจารณาร่วมกันระหว่าง อาการและปริมาณเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มอาการ A (Clinical Category A) ที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 มากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคือ ประเภท A1 ผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ตั้งแต่ 200 ถึง 499 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคือประเภท A2 และผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคือ ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม A3

3.2 กลุ่มอาการ B (Clinical Category B) ที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 มากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคือ ประเภท B1 ผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ตั้งแต่ 200 ถึง 499 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคือประเภท B2 และผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคือ ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B3

3.3 กลุ่มอาการ C (Clinical Category C) ที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 มากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคือประเภท C1 ผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ตั้งแต่ 200 ถึง 499 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคือประเภท C2 และผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคือ ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C3

ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยโดยพิจารณาร่วมกันระหว่าง อาการและปริมาณเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 สามารถแบ่งได้ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การแบ่งประเภทผู้ป่วยเอดส์

CD4 Cell Count ($cells/mm^3$)	Clinical Category		
	A	B	C
	Asymptomatic,or PGL	Symptomatic,not A or C	AIDS – Indicator condition
1. ≥ 500	A1	B1	C1
2. 200 – 499	A2	B2	C2
3. < 200	A3	B3	C3

ที่มา : The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2000:10

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B3 และ C3 ซึ่งพิจารณาจากประวัติจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และเนื่องจากการพิจารณาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อผู้ป่วยเอดส์มีระดับเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสโลหิต (HIV-RNA) มากกว่า 30,000 copies/ml และในการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จะพิจารณาจากระดับเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และ/หรือมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ/หรือเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (กระทรวงสาธารณสุข. 2545:158)

1.3 สาเหตุและปัจจัยของโรคเอดส์

นักวิทยาศาสตร์สามารถแยกเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเอดส์ได้ตั้งแต่ พ.ศ. 2526 วิวัฒนาการของความรู้และการค้นคว้าวิจัยได้ชี้ให้เห็นสาเหตุ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคดังนี้ (วิพุธ พูลเจริญ. 2539 : 1 - 9)

1.3.1 สาเหตุและปัจจัยจากเชื้อไวรัส เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดโรคเอดส์ในมนุษย์ ซึ่งอยู่ในตระกูลรีโทรไวรัส (Retro Virus) ซึ่งได้จำแนกความแตกต่างของสายพันธุ์เป็นเอชไอวี 1 และเอชไอวี 2 (HIV-1, HIV-2) โดยที่เอชไอวี 1 เป็นไวรัสที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประชากรส่วนใหญ่ของทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อจากไวรัสเอชไอวี 1 เป็นส่วนใหญ่แต่ก็เริ่มมีการตรวจพบเชื้อไวรัสเอชไอวี 2 ในผู้ติดเชื้อในประเทศไทยบ้างแล้วแม้จะเป็นส่วนน้อยทำให้ต้องใช้น้ำยาที่ตรวจเชื้อที่ครอบคลุมได้ทั้ง 2 ชนิด ไวรัสเอชไอวีเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีการกลายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2535 นักวิทยาศาสตร์แจกแจงสายพันธุ์ของเอชไอวี 1ออกเป็น 5 สายพันธุ์ หลังจากนั้นพบว่ามีสายพันธุ์ของไวรัสใหม่ๆ แตกต่างไปมากมายในปัจจุบัน ไวรัสเอชไอวี 1 แยกตามลักษณะของการเรียงลำดับโปรตีนที่เปลือกของไวรัสออกเป็น M กับ O โดยในกลุ่ม O มีการเรียงของโปรตีนแตกต่างไปจากปกติเกินกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 50 (ถ้าเกินกว่าร้อยละ 50 จัดว่าเป็นเอชไอวี 2) ซึ่งในกลุ่ม M สามารถจำแนกตามความแตกต่างของการเรียงลำดับโปรตีนที่เปลือกเป็น 10 สายพันธุ์ (Clade or Subtype) ได้แก่ A B C D E F G H I J ใน พ.ศ. 2538 ได้มีการค้นพบว่ามีสายพันธุ์ข้ามสายพันธุ์ของไวรัส (Recombinant) ทำให้เกิดสายพันธุ์ที่แตกต่างกันออกไป สะท้อนให้เห็นว่ามีการติดเชื้อไวรัสมากกว่า 1 สายพันธุ์ในคนๆ เดียวกันได้ และวงจรชีวิตของไวรัสในร่างกายคนใช้เวลาประมาณ 2.4 วันต่อการแบ่งตัว ในเซลล์เม็ดโลหิตขาว (Lymphocyte) จนออกมาเป็นไวรัสอิสระ (Free Virus) และติดเชื้อเข้าไปในเซลล์เม็ดโลหิตขาวอีกครั้งหนึ่ง ผลของวงจรชีวิตที่รวดเร็วเช่นนี้ก่อให้เกิดการกลายพันธุ์และทำให้การดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วการหยุดยั้งวงจรชีวิตของไวรัสด้วยยาต้านไวรัสจึงเป็นแนวทางที่จะชลอการดำเนินของโรคได้

1.3.2 สาเหตุและปัจจัยจากปฏิกิริยาภูมิต้านทานของมนุษย์ (Host Immune Response) จากการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ล่าสุดพบว่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อจนป่วยมีค่าประมาณ 10 ปี ซึ่งปัจจัยส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อแต่ละคนมีอาการป่วยเร็วหรือช้า ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับภูมิต้านทานซึ่งสัมพันธ์กับพันธุกรรม (Genetic Factor) ของผู้ติดเชื้อแต่ละคน จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงในเนื้อเยื่อต่อมน้ำเหลือง (Lymphoid Tissue) ของผู้ติดเชื้อ พบว่าอาจจำแนกเป็น 3 ระยะ ในระยะแรกมีการสร้างเซลล์เพิ่มขึ้นในต่อมน้ำเหลืองทำให้สามารถดักจับเชื้อไวรัสได้มากขึ้น โดยเฉพาะในเดนไดตริกเซลล์ (Dendritic Cell) ซึ่งอยู่ที่ส่วนกลางของต่อมน้ำเหลืองดังนั้นในระยะนี้การตรวจพบไวรัสในกระแสโลหิตจะมีได้น้อย และจะมีปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันเกิดขึ้น ในระยะปานกลางเนื้อเยื่อของต่อมน้ำเหลืองจะถูกทำลายลงทำให้ศักยภาพใน

การดักจับเชื้อไวรัสลดลง และต่อมน้ำเหลืองที่มีเชื้อไวรัสจะมีจำนวนมากขึ้น ในขณะเดียวกันไวรัสอิสระที่ปล่อยออกมาในกระแสโลหิตก็จะมากขึ้น ในระยะสุดท้ายต่อมน้ำเหลืองจะถูกทำลายลงจนหมดและไม่สามารถดักจับเชื้อไวรัสได้เลย พร้อมกันนั้นก็จะมีการผลิตเชื้อไวรัสออกมาจากเนื้อเยื่อต่อมน้ำเหลืองด้วย ส่งผลให้มีปริมาณของไวรัสในกระแสโลหิตสูงขึ้น ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยทางคลินิกในปัจจุบันบ่งชี้ว่า ปริมาณไวรัสในกระแสโลหิตจะสัมพันธ์กับการที่เม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ลดจำนวนลง และผู้ติดเชื้อจะมีอาการป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากขึ้น

1.3.3 สาเหตุและปัจจัยจากพฤติกรรม (Behavioral Determinant) พฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี แบ่งได้ 2 ประการ คือ

1.3.3.1 พฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็นปัจจัยในการติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อและเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ผู้อื่น จากการศึกษาทางระบาดวิทยาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การติดเชื้อในระยะแรกพบในกลุ่มที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศต่อมาจึงพบว่ามีการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางโลหิต (Haemophilia) ซึ่งได้รับเลือดบ่อยๆ และเป็นจำนวนมาก หลังจากนั้นจึงพบการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพย์ติดที่ฉีดยาเข้าเส้น การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จากการร่วมเพศระหว่างชายกับหญิงกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบไปยังเด็กทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเนื่องจากพบว่าประมาณร้อยละ 20 ถึง 30 ของเด็กเหล่านี้จะติดเชื้อจากมารดา และการให้นมมารดาแก่ทารกของแม่ที่ติดเชื้อก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่ไปสู่ทารกประการหนึ่งเช่นกัน

1.3.3.2 พฤติกรรมที่ส่งผลให้มีอาการป่วยได้เร็วและรุนแรงขึ้น ประกอบด้วยการยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีตามที่เคยปฏิบัติอยู่ เช่น มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศบ่อยๆ โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย การฉีดยาเสพย์ติดเข้าเส้น ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการรับเชื้อใหม่ๆ เพิ่มเติมเข้าไปเรื่อยๆ และพฤติกรรมที่บ่อนทำลายสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การพักผ่อนไม่เพียงพอ การได้รับสารอาหารไม่เหมาะสมเพียงพอสุขภาพจิตที่ตึงเครียดและหวาดระแวง ฯลฯ

1.4 การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (Transmission and Epidemic) แบ่งเป็น

1.4.1 ระบาดวิทยาในเชิงของเชื้อไวรัส (Molecular Epidemiology) การแพร่ระบาดของไวรัสในแต่ละทวีปมีลักษณะที่แตกต่างกัน โดยในแต่ละทวีปมักจะมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอดส์มากกว่า 1 ชนิด ซึ่งจะส่งผลต่อการพิจารณาการศึกษาวิจัย และพัฒนาวัคซีนด้วย ไวรัสกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ พบว่ามีสมรรถนะในการติดเชื้อเข้าไปในเม็ดโลหิตขาวแต่ละชนิดแตกต่างกัน โดยเฉพาะสายพันธุ์ A C และ E จะมีสมรรถนะสูงกว่าในการติดเชื้อเข้าไปในลางเกอร์ฮานเซลล์ (Langerhan Cell) ซึ่งเป็นเม็ดโลหิตขาวที่อยู่กับเยื่อเมือก (Mucosal Tissue) เช่นในช่องคลอด หรือบริเวณหนังหุ้มอวัยวะเพศชายได้ดีกว่าสายพันธุ์ B ซึ่งส่งผลให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสแต่ละสายพันธุ์ จะมีความแตกต่างกันคือ สายพันธุ์ B จะแพร่ระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ทางเลือด และกลุ่มที่ติดยาเสพย์ติด ส่วนสายพันธุ์ A C และ E มักจะแพร่ผ่านทางเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงได้ดีกว่า

1.4.2 ระบาดวิทยาในเชิงของสังคมและเศรษฐกิจ การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในสหรัฐอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลียในระยะแรกเป็นปัญหาของกลุ่มรักร่วมเพศ ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย และผู้ติดยาเสพย์ติดซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับกลางถึงสูง แต่การแพร่ระบาดในระยะหลังเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามีการถ่ายทอดเชื้อ โดยการร่วมเพศระหว่างชายและหญิงเป็นปัจจัยสำคัญที่สำคัญ

ยิ่งไปกว่านั้นผลการศึกษาทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นถึง สาเหตุสำคัญที่เป็นพื้นฐานของการแพร่ระบาด 2 ประเด็นที่มีความสัมพันธ์ต่อกันและกัน คือ

1.4.2.1 การพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างไม่สมดุลกับการพัฒนาทางสังคม ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง เช่น การสร้างสาธารณูปโภค เครือข่ายสื่อสารทางโทรคมนาคม ทำให้ช่องว่างทางเศรษฐกิจของคนในสังคมมีมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานทางอาชีพ และความเป็นอยู่จากภาคเกษตรกรรมในชุมชนชนบทเป็นภาคอุตสาหกรรมและการบริการในสังคมเมือง มีการอพยพโยกย้ายถิ่นที่อยู่เพื่อแสวงหารายได้และยกระดับความเป็นอยู่ของตนเอง สะท้อนให้เห็นในภาพของแรงงานอพยพทั้งในประเทศ และระหว่างประเทศ

1.4.2.2 ปัจจัยทางสังคมในประเทศกำลังพัฒนา ประกอบด้วย

1) สถานะภาพของสตรีในสังคมยังด้อยกว่าบุรุษ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคม และเศรษฐกิจด้อยกว่ากลุ่มอื่น ทำให้ขาดโอกาสที่จะต่อรองและได้รับข้อมูลข่าวสาร

2) ความเสื่อมสลายของระบบความสัมพันธ์ในชุมชนทำให้ไม่มีระบบตรวจสอบพฤติกรรมส่วนบุคคลในสังคมต่างจากแต่เดิมในสังคมชนบท ซึ่งมีพ่อแม่ญาติพี่น้องคอยดูแลให้อยู่ในสายตา และเงื่อนไขของสังคมตลอดเวลา

3) ความล่มสลายของครอบครัวซึ่งส่งผลให้แต่ละบุคคลขาดความอบอุ่น และขาดจินตภาพของครอบครัวที่เอื้ออาทรต่อกันและกันจนในที่สุด ไม่สามารถสร้างแบบอย่างของครอบครัวขึ้นมาเพื่อใช้เป็นจุดหมายของชีวิตแต่ละคนได้

1.5 การรักษาและการดูแลทางการแพทย์

การรักษาและการดูแลทางการแพทย์แกผู้ป่วยโรคเอดส์ ประกอบด้วยการรักษาและการดูแลทางการแพทย์ดังนี้ (ศุภชัย ฤกษ์งาม. 2544:6 - 8)

1.5.1 การป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก จากผลการนำร่องการให้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก นำไปสู่นโยบายการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทั่วประเทศ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ลดอัตราการติดเชื้อของลูก และการให้ยาต้านไวรัสในลูกภายในสองชั่วโมงภายหลังคลอดมีผลอย่างมากในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่ถึงแม้ว่าจะไม่ได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน ซึ่งปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะขยายไปสู่การดูแลหลังคลอดในหญิงติดเชื้อโดยการให้ยาต้านไวรัสต่อไปหลังคลอด เพื่อยืดอายุแม่ให้สามารถดูแลลูกที่เกิดมาได้

1.5.2 การใช้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy) แนวคิดการทำลายหรือหยุดยั้งเชื้อไวรัสได้พัฒนาเป็นวิธีการรักษาในปัจจุบัน และการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหลายๆ ประเทศได้มีการกำหนดแนวทางการรักษาของตนเองออกมาซึ่งก็ได้มีการประยุกต์ให้เหมาะสมตามสภาพเศษฐกิจ สังคมและประชากรของแต่ละประเทศ ซึ่งของประเทศไทยเรานั้นมีข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ จึงไม่สามารถใช้มาตรฐานเดียวกับประเทศอื่นๆ จึงเลือกที่จะเริ่มการรักษาเมื่อระดับเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 250 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสโลหิตมากกว่า 30,000 copies/ml เพราะที่ระดับดังกล่าวผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสมาก ยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัจจุบันมีทั้งหมด 3 กลุ่ม คือ NRTIs (Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors), NNRTIs (Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors) และ PIs(Protease Inhibitors) ดังตาราง 2

ตาราง 2 รายชื่อยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยแบ่งตามกลุ่ม

กลุ่มยาต้านไวรัส	รายชื่อยาต้านไวรัส
1. NRTIs (Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors)	
1.1 Thymidine Nucleoside Analog RTI	Zidovudine (AZT, ZDV) ,Stavudine (d4T)
1.2 Nonthymidine Nucleoside Analog RTI	Didanosine (ddI),Zalcitabine (ddC), Lamivudine (3TC), Abacavir (ABC)
2. NNRTIs (Non- Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors)	Nerirapine (NVP),Efavirenz (EFV),Delavirdine (DLV)*
3. Pis (Protease Inhibitor)	Saquinavir (SQV)-HGC,SGC, Ritonavir (RTV), Indinavir (IDV), Nelfinavir (NFV), Lopinavir (LPV), Amprenavir (APV)*

* ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย

ที่มา : สุจิตรา พุทธวงศ์.(2544) *การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย HIV/AIDS โรงพยาบาลบำราศนราดูร*. :5

การใช้ยารักษาผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางการรักษาของประเทศต่างๆนั้น ให้ใช้สูตรยาอย่างน้อย 3 ตัวขึ้นไป (Combination Therapy) ที่เรียกว่าฮาร์ท (HAART:Highly Active Antiretroviral Therapy) เพราะสามารถลดจำนวนไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำลงจนไม่สามารถตรวจวัดได้ (Undetectable Viremia)

1.5.3 การรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการรักษาอาการแทรกซ้อน (Opportunistic Infection Treatment and Prophylactic Treatment) หมายถึง การรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการติดเชื้อโรคชนิดต่างๆ ที่โดยปกติแล้วไม่สามารถทำอันตรายต่อมนุษย์ เนื่องจากการทำงานของกลไกการต่อสู้ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดความบกพร่องในระบบภูมิคุ้มกันเชื้อโรคเหล่านี้สามารถทำให้เกิดโรคได้ และจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเอดส์เมื่อเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ลดต่ำลงมาก ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต รวมทั้งอาการแทรกซ้อน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเงินในการรับการรักษาพยาบาล เช่น ไข้ ไข้หวัด ท้องเสีย เป็นต้น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่

- วัณโรค (Tuberculosis)
- ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส แครินิไอ (*Pnemocystis Carinii*)
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราชนิดคริปโตคอคคอล (*Crytococcal* Meningitis)
- ผิวหนังอักเสบจากเชื้อราชนิดเพ็นนิซิโลซิส (*Pennicillosis)*
- การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางจากเชื้อท็อกโซพลาสโมซิส (*Toxoplasmosis gondii)*
- ผิวหนังอักเสบจากเชื้อฮิสโตพลาสมา (*Histoplasma Capsulatum)*
- เชื้อราในระบบทางเดินอาหาร (Candidiasis)

- การติดเชื้อในร่างกายชนิดแมค (MAC:Mycobacterium Avium Complex Infection)
- การติดเชื้อซีเอ็มวี (CMV: Cytomegarovirus Infection) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ตาบอด เนื่องจากจอประสาทตาอักเสบ
- ท้องเสียเรื้อรังจากเชื้อคริปโตสปอร์ไรโดซิส (Cryptosporidiosis)

การรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการรักษาอาการแทรกซ้อน แบ่งเป็น

1.5.3.1 การให้ยาเพื่อการรักษาตามอาการและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1.5.3.2 การให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (Primary Prophylactic)

1.5.3.3 การให้ยาป้องกันการกลับเป็นซ้ำการติดเชื้อฉวยโอกาส (Secondary Prophylactic)

1.5.4 การรักษาอื่น ๆ ซึ่งเป็นการรักษาเพื่อเสริมประสิทธิภาพของการใช้ยาต้านไวรัสและสุขภาพอื่นๆ ได้แก่

1.5.4.1 การให้สารสังเคราะห์ที่เลียนแบบสารเคมีในเซลล์เม็ดโลหิตขาวที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิคุมกันต่อต้านไวรัส (Immune Modulators)

1.5.4.2 เป็นการสร้างปฏิกิริยาของไวรัสที่หมดฤทธิ์แล้วเข้าไปกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ป่วย (Immunotherapy)

1.5.4.3 เป็นการใช้ยาบางตัวเพื่อเสริมฤทธิ์ของยาต้านไวรัส (Adjuvant Therapy)

1.5.4.4 การส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอดส์ (Health Promotion) ได้แก่ การให้โภชนบำบัด (Nutrition Therapy) ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารพอเพียง การส่งเสริมออกกำลังกายและพักผ่อน (Recreation and Exercise) การดูแลสุขภาพจิตใจ (Psychosocial Support) เพื่อผ่อนคลายความเครียดสร้างสมดุลทางจิตและสังคม และการดูแลรักษาด้วยทางเลือกอื่น (Alternative Medicine) เช่น การใช้สารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidative Agent) สมุนไพรต่างๆ ฯลฯ เป็นต้น

1.6 การป้องกันการแพร่ระบาด

การป้องกันไม่ให้มีการติดเชื้อและการแพร่ระบาด โดยการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ป้องกันการแพร่เชื้อ และการใช้มาตรการทางสังคมและวัฒนธรรมควบคู่กับเทคโนโลยีทางการแพทย์ เนื่องจากการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ไปใช้ในการดำเนินการให้สามารถเกิดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างจริงจังนั้น จะต้องปรับเปลี่ยนการยอมรับของสังคม หรือสร้างวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ ให้เหมาะสม จึงจะทำให้เทคโนโลยีเหล่านั้นรับใช้สังคมได้ (วิพุธ พูลเจริญ. 2539 : 10 - 12) ได้แก่

1.6.1 การสร้างค่านิยม และความเชื่อในการป้องกันเอดส์ ในกลุ่มผู้ค้าบริการทางเพศ และผู้ใช้บริการทางเพศจนมีการใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการทางเพศ ในขณะที่ยังไม่สามารถสร้างพฤติกรรมเช่นนี้ในกรณีเพศสัมพันธ์นอกสมรสได้

1.6.2 การป้องกันแบบครอบจักรวาล (Universal Precaution) เป็นเรื่องของการสร้างธรรมเนียมปฏิบัติและความเคยชินของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข นอกเหนือไปจากการจัดให้มีวัสดุทางการแพทย์ที่ปลอดเชื้อที่พอเพียง

1.6.3 การตรวจคัดกรองเลือดที่ติดเชื้อเอดส์ การให้ตรวจแอนติบอดี้ และแอนติเจน เพื่อลดโอกาสติดเชื้อในระยะที่เชื้อแอบแฝง (Window Period) เนื่องจากกระบวนการบริการธนาคารเลือดของ

ประเทศไทยมิได้มีมาตรฐานของเครื่องมือและบุคลากรเดียวกัน และยังมองเรื่องการให้เลือดเป็นการช่วยเหลือเป็นการทำบุญแทนที่จะพิจารณาประเด็นผลิตผลทางเภสัชกรรมที่ต้องสร้างมาตรฐานและความปลอดภัยเท่าเทียมกัน

1.6.4 โครงการแลกเปลี่ยนหลอดฉีดยาและเข็มฉีดยาในกลุ่มผู้ติดยาเสพย์ติด สามารถลดอัตราความชุกของผู้ติดยาเสพย์ติดชนิดฉีดเข้าเส้นใน สหรัฐอเมริกายุโรป และออสเตรเลีย ในขณะที่ในประเทศไทยซึ่งมีวัฒนธรรมที่ไม่ให้ดำเนินการเช่นนั้นได้จึงใช้วิธีการจ่ายยามีทาโดน (Methadone Maintenance)

1.6.5 การใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการลดอัตราการแพร่เชื้อจากแม่ไปสู่ลูกในขณะตั้งครรภ์ ในแง่ของการดำเนินการจะต้องคำนึงถึงการปรับแนวคิดสังคมจิตวิทยาของแม่ที่ติดเชื้อและครอบครัวให้เกิดการยอมรับในขณะเดียวกันจะต้องปรับวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการต่างๆ ให้สามารถดำเนินการได้

1.7 ผลกระทบของโรคเอดส์

ภาวะวิกฤติเนื่องจากการระบาดของเอดส์ ในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2529 เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ในระยะแรกโรคเอดส์ระบาดอยู่เฉพาะในกลุ่มรักร่วมเพศเป็นส่วนใหญ่ หลังจากนั้นไม่นานก็มีรายงานผู้ติดเชื้อจากการได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด และที่สำคัญคือ เริ่มมีรายงานหญิงรักต่างเพศติดเชื้อหนึ่งรายจากผู้ติดเชื้อทั้งหมดไม่ถึงหนึ่งร้อยราย ซึ่งยืนยันข้อสันนิษฐานว่าการระบาดจะไปสู่ประชากรรักต่างเพศได้ไม่ยาก เอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อเศรษฐกิจสังคมของอย่างกว้างขวางที่สุดเท่าที่เคยมีมาในอดีต เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดกับประชากรที่อยู่ในวัยแรงงาน การสูญเสียที่เกิดกับประชากรกลุ่มนี้มีทั้งการสูญเสียโดยตรงจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา และทรัพยากรสาธารณสุขต่างๆ ซึ่งต้องใช้ไปเนื่องจากการเจ็บป่วยและการสูญเสียผลผลิต รวมถึงการสูญเสียแรงงานโดยเฉพาะแรงงานหญิง ซึ่งนอกจากจะเป็นผู้ติดเชื้อเองแล้ว ส่วนใหญ่ยังรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ การสูญเสียการลงทุนในตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนั้นยังมีการสูญเสียทางอ้อมที่เกิดจากการเสียรายได้ที่พึงจะเกิดขึ้นของผู้ป่วยเอดส์ ถ้าไม่ต้องป่วยและตามก่อนวันอันควร การสูญเสียเหล่านี้จะส่งผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น นอกจากผลกระทบทางเศรษฐกิจแล้วเอดส์ยังส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม เนื่องจากเอดส์เป็นโรคที่เกิดกับประชากรกลุ่มที่ควรจะเป็นผู้รับผิดชอบครอบครัว แต่กลับต้องมาเป็นผู้สร้างภาระให้ครอบครัว และเอดส์ยังเป็นโรคที่มีการรังเกียจในสังคม ครอบครัวและชุมชนที่มีผู้ป่วยเอดส์อยู่ต้องเผชิญกับความกดดันและความตึงเครียดทางจิตใจและอาจนำไปสู่การล่มสลายของครอบครัวได้ และเอดส์ยังทำให้เกิดการตายของเด็กเพิ่มขึ้นเป็นทวีจากการติดเชื้อ ส่วนเด็กที่รอดจากการติดเชื้อก็จะกลายเป็นเด็กกำพร้า เมื่อพ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ อีกส่วนหนึ่งต้องกลายมาเป็นเด็กเร่ร่อน ทำให้กลายเป็นกลุ่มด้อยโอกาสในสังคม ซึ่งเมื่อโตขึ้นก็จะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ง่ายต่อการติดเชื้อเอดส์ต่อไปอีกซึ่งองค์การอนามัยโลก(1992) ได้ประมาณว่ามีเด็กเหล่านี้อยู่ประมาณ 100 ล้านคน (ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์. 2541: 177 – 178) ผลกระทบของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นต่อประเทศไทยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (Wongkhomthong S. 1995 : 35 – 37)

1.7.1 ผลกระทบของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นต่อประเทศไทยในระยะแรก ได้แก่

1.7.1.1 ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐจำเป็นต้องปรับสมรรถนะ เพื่อให้สามารถจัดบริการต่อคนไข้เหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม โดยเริ่มจากมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบครอบจักรวาลเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนทั่วไปว่า จะปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุข และเป็นป้องกันเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขจาก

การติดเชื้อโรคเอดส์ โดยพัฒนาความรู้และเทคโนโลยีในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และเพิ่มงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ ในปีพ.ศ. 2532 ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย ได้กำหนดแนวทางในการมุ่งเน้นให้ใช้เลือดที่ได้รับการบริจาคและให้มีการตรวจเลือดที่จะรับบริจาคทุกหน่วย เพื่อป้องกันไม่ให้มีการนำเลือดที่ติดเชื้อไปใช้ในการให้บริการแก่คนไข้ส่งผลให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณ เพื่อการตรวจหาเชื้อในเลือดบริจาคมากกว่า 800,000 หน่วย ในแต่ละปีนอกจากนั้นการใช้อวัยวะบริจาคอื่นๆ ก็จะต้องมีการตรวจคัดกรองเชื้อโรคอย่างเคร่งครัด ในด้านบุคลากรปัจจุบันหน่วยงานของรัฐมีบุคลากรทำงานอยู่เพียงครึ่งหนึ่งของตำแหน่งที่มีอยู่เท่านั้น สำหรับด้านโรคเอดส์ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสำหรับดูแลผู้ป่วยเอดส์ยิ่งมีมากขึ้น เพราะระบบโดยรวมขาดบุคลากรอยู่แล้ว ประกอบกับความกังวลความกลัวจะติดเชื้อเอดส์ทำให้บุคลากรไม่ปรารถนาจะดูแลผู้ป่วยเอดส์

1.7.1.2 การให้คำปรึกษา : ภาระใหม่ของบริการสาธารณสุข ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงผู้ต้องการตรวจหาการติดเชื้อและผู้ติดเชื้อเอดส์มีปริมาณเพิ่มขึ้น ทำให้การพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์กลายเป็นความจำเป็น และเพิ่มภาระให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้นทุกที การใช้งบประมาณเพื่อฝึกอบรม และพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถจัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องการบริการ ในปัจจุบันได้มีหน่วยงานภาคเอกชนจำนวนมากได้เข้ามาช่วยในการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน ทั้งในลักษณะของการให้บริการให้คำปรึกษาในสถานที่ และทางโทรศัพท์

1.7.1.3 การตรวจหาเชื้อโรคเอดส์ : ภาระต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ปริมาณการใช้ชุดทดสอบ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในระยะเวลาที่ผ่านมาจนคาดประมาณว่ามีการตรวจเลือดดังกล่าวทั้งในสถานบริการทางสาธารณสุขและมีเงื่อนไขอื่นๆ ไม่ต่ำกว่า 3 ล้านชุดต่อปี นอกจากสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบแล้วยังก่อให้เกิดปัญหา ในกรณีที่มีการตรวจเลือดโดยไม่ได้ให้บริการคำปรึกษาอย่างเหมาะสมเพียงพอ ก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคมจิตวิทยาแก่ผู้ติดเชื้อที่ขาดการเตรียมพร้อม

1.7.2 ผลกระทบของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นต่อประเทศไทยในระยะหลังมีผลต่อทางสังคม และเศรษฐกิจเกิดขึ้นอย่างชัดเจนและกลายเป็นปัญหาสำคัญขึ้นในสังคมไทย ได้แก่ ความแตกแยกในสังคมไทย จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม และถูกครอบครัวรังเกียจจนต้องหนีออกจากชุมชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีการสร้างบ้านกึ่งวิถี และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นมากมาย ทั้งโดยหน่วยงานเอกชนสาธารณประโยชน์ และหน่วยงานของภาครัฐ สภาพดังกล่าวบ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องจากสถานบริการทางสาธารณสุขเชื่อมโยงไปสู่ชุมชนและครอบครัว เพื่อเสริมสร้างชุมชนและครอบครัวให้สามารถดูแลคนเหล่านี้ได้

2. คุณภาพชีวิต

ในการนิยามหรือให้ความหมายของคุณภาพชีวิตซึ่งจะแตกต่างกันในศาสตร์แต่ละสาขา ซึ่งขึ้นอยู่กับการมองและการให้ความสำคัญในคุณค่าของสิ่งนั้น ๆ ซึ่งอาจจะมีความคล้ายคลึงกันในความหมายแต่อาจจะมีความแตกต่างในรายละเอียด โดยที่สามารถแบ่งความหมายของคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเน้นรายละเอียดทางด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย และการได้รับการรักษาพยาบาล และคุณภาพชีวิตทั่ว ๆ ไป ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทุกด้านของการดำรงชีวิต ซึ่งมีความหมายและราย

ละเอียดที่มากและกว้างกว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (อิชูโกะ โยชิดะ. 2001: 23 - 24 อ้างอิงจาก Spilker : 1996) โดยมีรายละเอียดแตกต่างกันดังนี้

1. คุณภาพชีวิตทั่วๆ ไป (NHRQOL : Non Health Related Quality of Life) ซึ่งจะประกอบไปด้วยมิติของ ค่านิยมและความเชื่อ ความปรารถนาและเป้าหมาย ลักษณะส่วนบุคคล การเผชิญปัญหา สภาวะทางจิตวิญญาณ เครือข่ายทางสังคม โครงสร้างครอบครัว กลุ่มทางสังคมและอาชีพ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทางสังคม
2. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (HRQOL : Health Related Quality of Life) จะมุ่งเน้นในด้านของสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งจะประกอบด้วย สุขภาพทางกาย สุขภาพจิต ความรู้สึกนึกคิดและสังคม รวมทั้งการทำหน้าที่ในสังคม และการดำรงอยู่ในสภาวะที่ดี

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่า "คุณภาพชีวิต (Quality of Life)" ถูกเขียนไว้ครั้งแรกโดยปิกู (Pigou) ในปี ค.ศ.1920 ซึ่งเขียนไว้ในหนังสือที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ที่ดี (Economics and Welfare) เป็นข้อเขียนถึงการเรียกร้องให้รัฐบาลได้เข้ามาดูแลความเป็นอยู่ของกลุ่มชนชั้นล่าง (Wood.1999: 355) คุณภาพชีวิตตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานปี พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตโดยจำแนกเป็น 2 คำ คือ "คุณภาพ" ซึ่งหมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล หรือสิ่งของ และคำว่า "ชีวิต" หมายถึง ความเป็นอยู่ ซึ่งเมื่อรวมความแล้ว คุณภาพชีวิตจะมีความหมายว่าลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2525 : 189,271) ซึ่งในการให้ความหมายของคุณภาพชีวิต อาจจะมีความแตกต่างกันไปตามศาสตร์แต่ละสาขา ซึ่งขึ้นอยู่กับการมองและให้ความสำคัญในคุณค่าที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งเป็นการยากที่จะกำหนดนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตให้ยอมรับกันเป็นสากล ซึ่งก็มีนักวิชาการหลายท่านได้รวบรวมความหมายและสรุปดังนี้

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540 : 5) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

กลุ่มคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ.2540 : 5 อ้างอิงจาก WHOQOL Group.1994) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

โอเร็ม (Orem.1991 :179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2536:33) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับสังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคม สามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนแนวทางการแสวงหาสิ่งที่คนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

ศดานันท์ ปิยกุล (2542:22) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นคำที่มีความหมายกว้างมาก สามารถครอบคลุมเรื่องต่างๆ ทั้งในทางรูปธรรมและนามธรรม แต่นักวิชาการส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คือความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of Well – being) คือ จะครอบคลุมความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรทุกด้าน ซึ่งคำที่มีความหมายเหมือนกันคือ ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาวะที่ตนดำรงอยู่ ซึ่งเป็นการรับรู้และตัดสินโดยบุคคลนั้น

โอเลสัน (Oleson. 1990 : 187) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นความพึงพอใจหรือความสุขของชีวิตของแต่ละบุคคล ตามองค์ประกอบที่บุคคลนั้นพิจารณาว่ามีความสำคัญต่อตนเอง

ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ กล่าวโดยสรุปแล้ว หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่โดยรวมที่ดี ความรู้สึกเป็นสุข และความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตอยู่ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเกี่ยวข้องในทุกๆ ด้านของการดำรงชีวิต ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมของตนเองตามสภาวะที่ตนดำรงอยู่

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่มีผู้นิยามไว้ จะแตกต่างกันในศาสตร์แต่ละสาขา และแตกต่างกันในการมองและการให้ความสำคัญในคุณค่า หรืออาจมีความคล้ายคลึงกันในความหมาย แต่อาจมีความแตกต่างกันในรายละเอียดและองค์ประกอบดังนี้

เย็นใจ เลาหวนิช (สมกิจ กิจพูนวงศ์. 2539 : 8 – 9 ; อ้างอิงจาก เย็นใจ เลาหวนิช. 2523) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ส่วนที่จำเป็นระดับพื้นฐาน ได้แก่

1.1 สิ่งที่จำเป็นในการยังชีพเบื้องต้น คือ ปัจจัย 4

1.2 สุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ไม่พิการหรือเจ็บป่วย หรือเป็นโรคเรื้อรัง

1.3 ชีวิตในการทำงานที่มั่นคงปลอดภัย ไม่มีภัยคุกคามชีวิตและทรัพย์สิน อันเกิดจากโจรผู้ร้าย การกดขี่ข่มเหง มีอาชีพมั่นคงไม่ตกงานหรือเดือดร้อนเพราะการงานบ่อยๆ

1.4 มีอิสระเสรีตามสิทธิมนุษยชนสามารถใช้สิทธิ์ในขอบเขตแห่งกฎหมายหรือประเพณีของสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่

2. ส่วนที่จำเป็นต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นส่วนเพิ่มเติมจากสภาพพออยู่ได้ให้กลายเป็นสภาพกินดีอยู่ดี ได้แก่

2.1 สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งในด้านกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคม สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตได้แก่

2.1.1 สภาพแวดล้อมที่มีมลภาวะน้อยที่สุด ใกล้ชิดกับธรรมชาติมากที่สุด

2.1.2 สภาพแวดล้อมที่สงบ สะดวก และยุติธรรม

2.1.3 สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาตนเอง

2.2 คุณสมบัติส่วนบุคคลที่เหมาะสม เป็นคุณสมบัติที่เป็นเหตุปัจจัยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง ได้แก่

2.2.1 มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความสามารถในการตัดสินใจเรื่องเล็กๆ ไปจนถึงเรื่องสำคัญในชีวิต

2.2.2 มีพื้นฐานความเป็นอยู่เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่นั่นคือ ความ

เข้าใจตนเอง และเข้าใจโลกปัญหาที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของคนมีไม่น้อยที่เกิดจากความไม่เข้าใจตนเอง กลายเป็นการสร้างความลำบากให้ตนเองไม่สิ้นสุด

2.2.3 ความอุตสาหะพยายาม และอดทน

2.3 คุณสมบัติที่ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันโดยสันติ ได้แก่

2.3.1 มีความมักน้อยประหยัดพยายามสร้างความสมดุลให้เกิดระหว่างความต้องการกับความเป็นไปได้ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมมีสาเหตุมาจากความมักได้ไม่มีที่สิ้นสุดของมนุษย์

2.3.2 รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของการอยู่ร่วมกันเพราะเป็นเหตุให้เข้าใจและเห็นใจผู้อื่น สามารถให้อภัยผู้อื่นได้ง่ายมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

2.3.3 มีระเบียบวินัยโดยเฉพาะวินัยในตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสังคม เพราะถ้าไม่มีวินัยสังคมจะอยู่คงรูปเดิมไม่ได้ ต้องสลายไป เพราะคนไม่เคารพวินัย ไม่ยึดมั่นในประเพณีของสังคม

2.3.4 มีจริยธรรมอื่น ๆ ที่โลกยอมรับ

ฟลานาแกน (Flanagan.1978:138 – 147) จำแนกเป็น 15 มิติ (Dimension) ซึ่งเป็นองค์ประกอบใน 5 กลุ่ม (Domain) ดังนี้

1. กายภาพและความสุขสบายทางกาย (Physical and Material well – Being) แบ่งเป็น

1.1 ความสุขสบายทางกาย และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (Material well – Being and Financial Security)

1.2 สุขภาพและความปลอดภัย (Health and Personal Safety)

2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relation with Other People) แบ่งเป็น

2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรส (Relation with Spouse)

2.2 มีและเลี้ยงดูบุตร (Having and Rearing Children)

2.3 สัมพันธภาพกับบิดามารดา (Relation with Parents)

2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อน (Relation with Friends)

3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน (Social, Community,Civic Activities) แบ่งเป็น

3.1 มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น(Helping and Encourage Others)

3.2 มีส่วนร่วมกับท้องถิ่นและส่วนราชการ (Paticipation in Local and Governmental Affairs)

4.พัฒนาการทางบุคลิกภาพ และความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ (Personal Development, Fulfillment) แบ่งเป็น

4.1 การพัฒนาสติปัญญา (Intellectual Development)

4.2 ความสามารถในการเข้าใจและการวางแผน (Understanding and Planing)

4.3 มีอาชีพที่ถูกต้อง (Occupational role Career)

4.4 ความคิดสร้างสรรค์ และ มีความประทับใจในบุคคล (Creativity and Personal Expression)

5. นันทนาการ และการพักผ่อนหย่อนใจ(Recreation) แบ่งเป็น

5.1 การมีส่วนร่วมในสังคม (Socializing with Other)

5.2 มีส่วนร่วมและสังเกตในกิจกรรมต่างๆ (Passive and Observational Activities)

5.3 มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนันทนาการที่เกิดขึ้นเป็นประจำ (Participating in Active Recreation)

คอนโด (สมกิจ กิจพูนวงศ์. 2539: 14 ; อ้างอิงจาก Kondo. 1985) เสนอปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ได้แก่

1.มาตรฐานความเป็นอยู่ (Physical Standard of Living) ได้แก่ อาหารหรือโภชนาการ สุขภาพ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก โรงเรียน เทโรงพยาบาลและการรักษาพยาบาล น้ำ การสุขาภิบาล การขนส่ง ฯลฯ เป็นต้น

2. จิตใจหรืออารมณ์ (Mental/Emotion) ได้แก่ ความรัก การแต่งงานหรือการมีบุตร ครอบครัว นันทนาการ ความพึงพอใจในงานและความมั่นคง การศึกษา สถานภาพ และความมั่นคงในวัยชรา ฯลฯ เป็นต้น

3. ความรู้สึกนึกคิด (Spiritual) ได้แก่ มีอิสระต่อความเชื่อและการปฏิบัติต่อความเชื่อ เป็นต้น

เดย์ (สมกิจ กิจพูนวงศ์ 2539:16 ; อ้างอิงจาก Day.1978) เสนอว่าชีวิตมนุษย์แต่ละคนประกอบด้วย 13 มิติ คือ ครอบครัว การงานอาชีพ ชีวิตสังคม การพักผ่อนหย่อนใจ สุขภาพอนามัย การสาธารณสุข การบริโภคสินค้าและบริการ การครอบครองทรัพย์สิน ทัศนภาพเกี่ยวกับตนเอง ความเชื่อและศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับท้องถิ่นของตนเอง ความรู้สึกเกี่ยวกับรัฐบาลของตนเอง และความรู้สึกเกี่ยวกับประเทศของตนเอง ซึ่งคุณภาพชีวิตของมนุษย์คือมีความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 13 มิติ

กลุ่มคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุลและคณะ. 2540 : 14 – 15 ; อ้างอิงจาก WHOQOL Group. 1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรักษู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ(Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทาจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of Independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

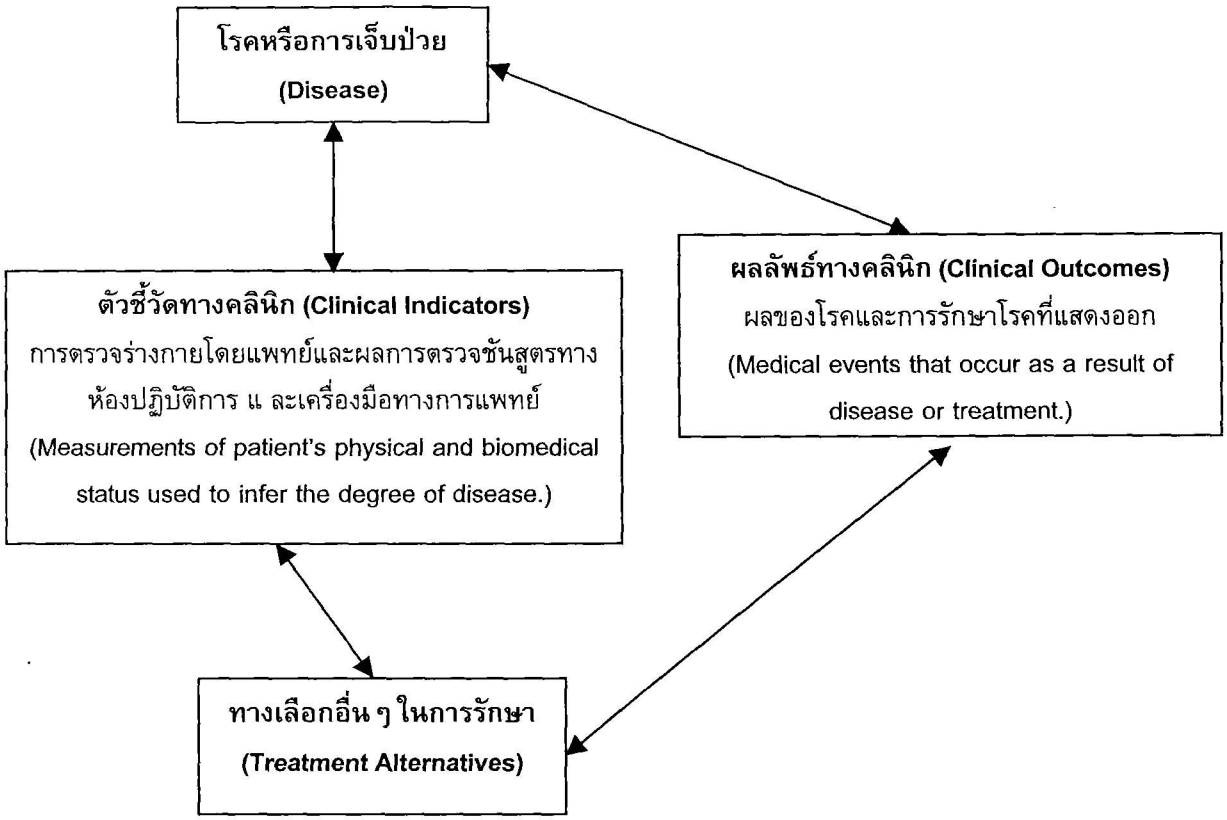
5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

2.3 คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

" สุขภาพ (Health)" เป็นองค์ประกอบหนึ่งของ "คุณภาพชีวิต" ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า สุขภาพไม่ได้มีความหมายแค่เพียงการปราศจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคเท่านั้น แต่จะมีความหมายรวมไปถึงความเป็นอยู่ที่เป็นสุข หรือ ความผาสุข (Well – Being or Wellness) ของชีวิต ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ สังคม และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งจะมีความเกี่ยวพันกับความเจ็บป่วยและสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบย่อยในคุณภาพชีวิตแล้ว สุขภาพเป็นปัจจัยที่มีขอบเขตจำกัดกว่าองค์ประกอบอื่น และสามารถนำไปพิจารณาในขอบเขตของการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลได้ (US.CDC.2002:3 ; อ้างอิงจาก WHO. 1948)

" สถานะทางสุขภาพ" และ "การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ" (Health Status , Health Perceptions) สถานะทางสุขภาพเป็นระดับความสุขสบาย (Level of Wellness and Illness) ซึ่งเป็นตัวแทนของความผิดปกติทางกายภาพและชีวภาพ อาการและความสามารถในการทำหน้าที่ ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวกับสุขภาพของตน บางคนจะรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีแม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย บางคนอาจจะรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดี ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ป่วยเป็นโรคใดๆ "คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ" (HRQOL:Health Related Quality of Life) หมายถึงความพึงพอใจและความสุขของตน ในแต่ละองค์ประกอบของชีวิตของแต่ละบุคคล ที่เป็นผลมาจาก หรือเป็นเหตุให้เกิด ที่เกี่ยวกับสุขภาพไม่ว่าจะเป็น สถานะทางสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งจะแตกต่างกับคุณภาพชีวิตทั่วๆ ไปเพราะคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะนำมาพิจารณาในขอบเขตของการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั่วๆ ไป และองค์ประกอบด้านโรคและอาการ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จะเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Ware.1995 : 327 – 354)

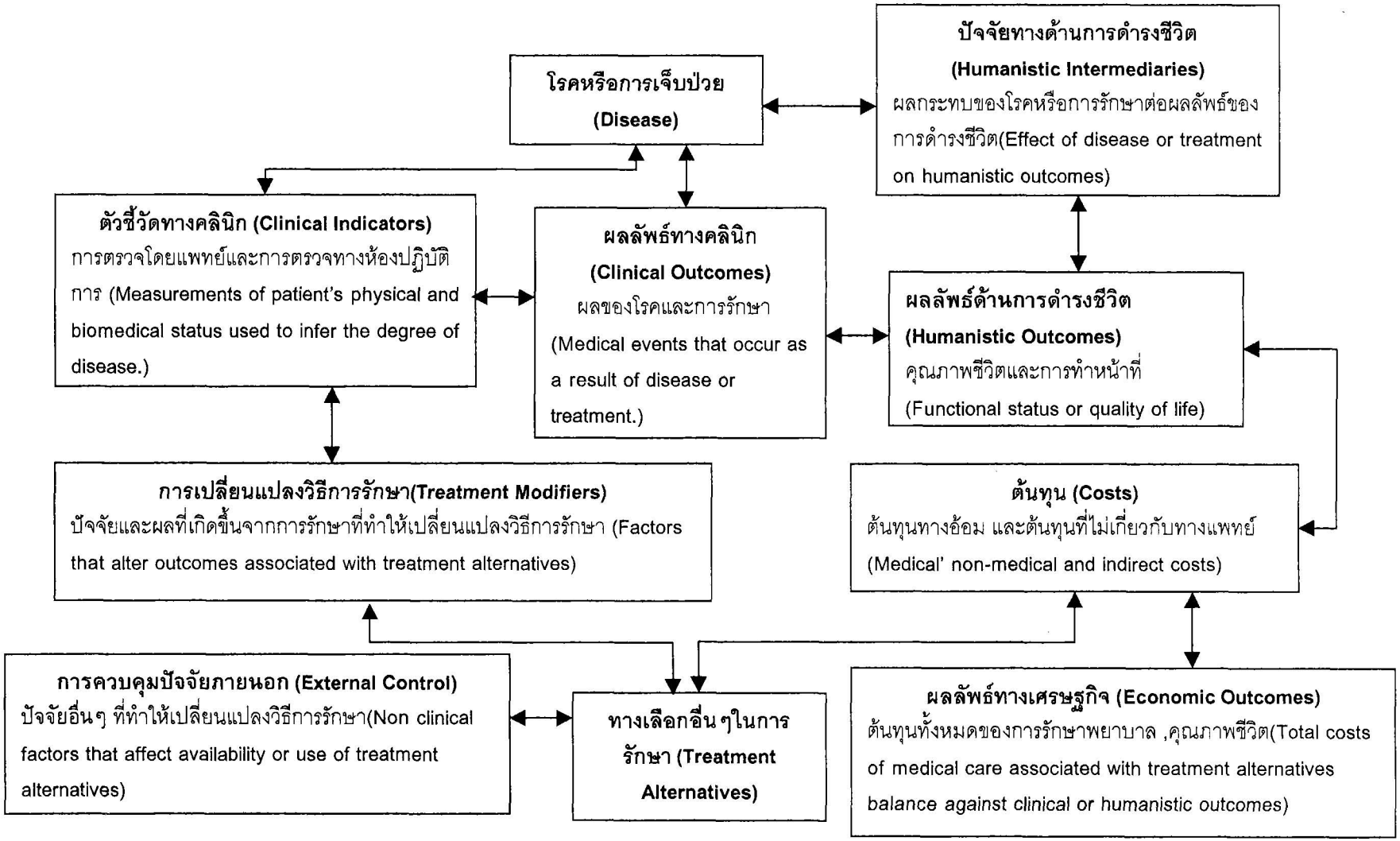
" ผลลัพธ์ทางสุขภาพ" (Health Outcomes) จุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพตามการแพทย์สมัยก่อน คือการรักษาโรคให้หาย และลดความทุกข์ทรมานจากโรค แต่จะพบว่ามีหลายโรคในปัจจุบันที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเอดส์ เป็นต้น แต่กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวสามารถมีชีวิตอยู่กับโรคของตนเองได้อย่างผาสุก ดังนั้นการดูแลสุขภาพของประชาชนจึงมิได้มุ่งไปที่การรักษาโรคให้หายขาด และลดความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ได้ขยายขอบเขตจุดมุ่งหมายการดูแลไปที่แบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและทำให้สุขภาพดีขึ้น หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ดรุณี รุจกรกานต์. 2541:102) และในการประเมินผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ โดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) ซึ่งโดยทั่วไปมักจะประเมินในด้านของอาการทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต ผลการตรวจโลหิต จังหวะการเต้นของหัวใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบการประเมินผลการรักษาพยาบาล (Traditional Medical Practice Model) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการประเมินผลการรักษาพยาบาล (Traditional Medical Practice Model)
ที่มา : แสวง วัชระธนกิจ. การวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิผลของยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. 2540 : 20 ; อ้างอิงจาก Kozma, et al.1993.

จากภาพประกอบ 1 สรุปได้ว่า การรักษาโรคโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะมุ่งเน้นไปที่อาการทางคลินิก โดยการลดและขจัดปัญหาหรือเชื้อโรคให้หมดไป การประเมินผลจึงประเมินเฉพาะอาการทางคลินิก และการตรวจร่างกายว่าเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางดีขึ้น หรือไม่

แต่ในปัจจุบัน การประเมินผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำเป็นต้องนำตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจ (Economics Outcomes) และสภาพการดำรงชีวิตหรือที่เรียกว่าคุณภาพชีวิต (Humanistic Outcomes as Quality of life) ตามรูปแบบการประเมินผลการรักษาพยาบาลแบบ 2 (The Economic' Clinical and Humanistic Outcome Model) ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการประเมินผลการรักษาพยาบาลรูปแบบที่ 2 (The Economic' Clinical and Humanistic Outcome Model)
ที่มา : Kozma, CM. (1995, July). " Outcome research and pharrmacy practice, " *American Pharmacy* ;1995 NS35(7) : 35

จากแผนภาพ 2 สรุปได้ว่าในการประเมินผลการรักษาพยาบาลหรือการดูแลสุขภาพ จำเป็นต้องใช้ตัวชี้วัดหลายๆ ชนิดร่วมกันนอกเหนือจากลักษณะอาการทางคลินิก เช่น เศรษฐกิจหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ คุณภาพชีวิต หรือการดำรงชีวิตที่เป็นปกติสุข เป็นต้น ซึ่งรูปแบบดังกล่าวจะช่วยลดข้อจำกัดของรูปแบบที่ 1 เนื่องจากความซับซ้อนของปัญหาของผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวพันกันและมีความซ้ำซ้อนไม่ว่าจะเป็น ผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลหรือการได้รับยา ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อวิธีการรักษาหรือผู้รักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งต้องอยู่ในสภาวะของผู้ป่วย หรือผู้ที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลเป็นเวลายาวนาน หรืออาจตลอดชีวิต (Kozma.1995:36-37) เบเดียและคณะ (Badia, et al. 2000:1439) กล่าวว่าที่ผ่านมาการประเมินผลการรักษาพยาบาลจะประเมินเกี่ยวกับอัตราการตาย หรือการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโรคที่รักษาเท่านั้น และในปัจจุบันคุณภาพชีวิตจะเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญมากที่สุดตัวหนึ่งในการประเมินผลการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ หรือโรคที่ต้องอยู่ในสภาวะที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เช่น เบาหวาน มะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคเอดส์ เป็นต้น ซึ่งเรียกว่า "การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ" (HRQOL:Health Related Quality of Life) ซึ่งกำลังได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการวัดผลด้านนี้เป็นส่วนหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญว่าเป็นข้อมูลที่มาจากผู้ป่วยโดยตรง ส่วนในการนิยามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพอาจจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของผู้วิจัยแต่ละคน อย่างไรก็ตามจะครอบคลุมถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (Functional Capacity) การรับรู้ (Perception) เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และอาการของโรครวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากโรค (Symptoms and Their Consequences) (วัชรี เลอมานกุล. 2544 : 72 ; อ้างอิงจาก Wenger, et al.1984 : 908 – 913)

ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ กล่าวโดยสรุปแล้ว หมายถึง การรับรู้ถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นสุข และความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตอยู่ของตนเองในแต่ละบุคคล ซึ่งจะเน้นในเรื่องของผลกระทบจากลักษณะของสุขภาพกาย สุขภาพจิต ที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม ที่มีความจำเป็นและเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพสามารถใช้เป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ ในการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นการประเมินค่าของสุขภาพ ซึ่งมาจากพื้นฐานของคำว่า "สุขภาพที่ดี (Healthy) ซึ่งมิได้มีความหมายจำกัดเฉพาะเพียงแค่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความหมายรวมกว้างไปถึงการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ และสามารถดำรงชีวิตได้ในสังคมอย่างปกติสุข

2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

เลิร์นเนอร์ (สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล.2534 : 167 – 168; อ้างอิงจาก Lerner.) ได้เสนอวิธีการหาดัชนีสถานะสุขภาพ โดยวิเคราะห์สุขภาพว่าประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ประการ คือ ปริมาณของชีวิต (Quantity of Life) หมายถึงระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ และคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ซึ่งหมายถึงความสมบูรณ์ของการมีชีวิตทางร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนถึงความสมบูรณ์ทางด้านศีลธรรมและจรรยาด้วย มอนโร ตั้งข้อสมมติฐานว่า สำหรับการมีชีวิตอยู่ถือว่ามีสุขภาพดีกว่าการไม่มีชีวิต ดังนั้นคนเราที่ยังมีชีวิตอยู่ถือว่ามีสุขภาพดีกว่า แม้ว่าการมีชีวิตอยู่นั้นจะมีชีวิตอยู่แบบยังหายใจได้แต่ไม่มีความรู้สึกใด ๆ หรือพิการ หรือป่วยแบบรักษาไม่ได้ และตราบใดที่บุคคลนั้นยังมีชีวิตอยู่ก็จะถือว่ามีสุขภาพดีกว่าการเสียชีวิต ส่วนคุณภาพชีวิตจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสมบูรณ์ด้านต่าง ๆ และด้านจิตใจของบุคคลนั้น

คูลเยอร์ (สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล.2534:169 – 171 ; อ้างอิงจาก Culyer.) ได้เสนอวิธีการประเมินคุณภาพชีวิต โดยการรวมการป่วยและการตายเข้าเป็นดัชนีเดียวกันเพื่อการตัดสินใจตามลำดับก่อนและหลังของ กิจกรรม/โครงการ เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข ซึ่งได้เสนอวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 5 วิธี ดังนี้

1. วิธีจัดจำพวก เป็นการจัดจำพวกของลักษณะกรณีต่างๆ ที่จะทำให้คนมีสถานะสุขภาพใกล้เคียงกันเข้าเป็นกลุ่มด้วยกัน ซึ่งทำโดยการจัดทำรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหากรณีต่างๆ และกำหนดช่วงของตัวเลขเพื่อประกอบการพิจารณารายละเอียดของปัญหากรณีต่าง ๆ ดังกล่าว แล้วแจกให้แต่ละคนในกลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มถูกสอบถามให้เสนอข้อมูลและขอให้แต่ละคนในกลุ่มกำหนดตัวเลขภายในช่วงที่ระบุนั้นสำหรับแต่ละปัญหากรณี ถ้าตัวเลขที่กำหนดนั้นเท่ากันแสดงถึงสถานะสุขภาพที่อธิบายโดยปัญหากรณีนั้นๆ เท่ากัน

2. วิธีการจัดขนาด กลุ่มที่ถูกสอบถามเพื่อหาข้อมูลแต่ละคนจะได้รับรายละเอียดปัญหากรณีต่างๆ เช่นเดียกับวิธีแรกแต่ถูกถามให้กำหนดตัวเลขภายในช่วงที่ระบุนั้นในลักษณะที่ว่าสัดส่วนหรืออัตราส่วนของเลขสองจำนวนใด ๆ จะแสดงถึงอัตราส่วนสถานะสุขภาพที่ตัวเลขนั้นวัด

3. วิธีเทียบเสมอกัน ผู้ที่ถูกสอบถามแต่ละคนจะได้รับรายละเอียดปัญหากรณีต่างๆ เช่นเดียวกับวิธีแรก แต่มีข้สมมติว่าหน่วยสุขภาพนั้นเหมือนกันไม่เกี่ยวข้องกับบุคลซึ่งถูกกล่าวถึง คำถามที่ถามก็คือผู้ป่วยกี่คนจึงจะมีสถานะสุขภาพอนามัยรวมเท่ากับสถานะสุขภาพอนามัยรวมของคนที่แข็งแรงจำนวนหนึ่งที่กำหนดให้

4.วิธีชดเชยเวลา ผู้ที่จะตัดสินคือ กลุ่มที่ถูกถามนั้นแต่ละคนจะถูกให้จัดลำดับตำแหน่งความพอใจของสถานะสุขภาพชุดหนึ่ง สมมติว่าสถานะสุขภาพหลังจากถูกจัดลำดับตำแหน่งแล้วเป็นตัวเลข 1,2,3,...n แสดงการลดลงตามลำดับความพอใจ และผู้ที่จะเป็นผู้ตัดสินก็จะถูกถามว่า ช่วงเวลา x ในภาวะสุขภาพดีนั้น นานเป็นเท่าใดจึงจะพอใจเท่ากับระยะเวลา t ที่นานกว่า ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มีชีวิตโดยไม่สามารถประกอบกิจกรรมตามปกติได้

สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534: 180) วิธีการประเมินคุณภาพชีวิตโดย วิธีคำนวณจากสภาพการมีชีวิตที่มีคุณภาพโดยแปลงเป็นจำนวนปี (Quality Adjusted Life Years : QALYs) หลักการพื้นฐานคือ คนที่มีสุขภาพ (Healthy) คือ มีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ จะมีหน่วยของคุณภาพชีวิต (Utility Unit) เท่ากับ 1 และถือว่าการตายมีค่าเป็น 0 ซึ่งสภาพทั้งสองนี้ถือเป็น สภาพมาตรฐานซึ่งจะช่วยในการคิดต่อไป ดังนั้นสถานการณ์ต่างๆ จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1นี้ ซึ่งการประเมินจะทำโดยวิธีให้ลำดับและให้ค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ของคุณภาพชีวิตโดยบุคคลนั้นเองและบุคคลอื่น เช่น มีการศึกษาไว้ว่า สตรีที่มีอาการหมดประจำเดือนจะมีคุณภาพชีวิตเหลือ 0.99 ผู้ป่วยโรคไตพิการแบบเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตตลอดเวลาจะมีคุณภาพชีวิตเหลือ 0.56 อาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงจากเส้นเลือดหัวใจตีบจะมีคุณภาพชีวิตเหลือ 0.50 คนตาบอดหรือหูหนวกหรือเป็นใบ้จะมีคุณภาพชีวิตเหลือ 0.39 เป็นต้น ในทางปฏิบัติจำเป็นต้องปรับค่าคุณภาพชีวิตต่อไปให้เป็นเชิงปริมาณ เช่น เราทราบว่าคนไข้ไตวายเรื้อรังที่ต้องทำการล้างไตเป็นประจำ จะมีคุณภาพชีวิตเพียง 0.56 ของคนที่มีสุขภาพดี ดังนั้นถ้าสมมติผู้ป่วยคนนี้อยู่ได้ด้วยการล้างไตจะมีชีวิตยืนยาว 15 ปี สามารถคำนวณได้ว่า ในระยะ 15 ปี ที่อยู่ได้ด้วยการล้างไตจะมีชีวิตเทียบเท่ากับ 0.56 x 15 = 8.4 ปี ของการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ

โดยทั่วไปคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจะมีเนื้อหาหรือมีองค์ประกอบหลายอย่าง จากการรวบรวมเอกสารของโบว์ลิ่ง (Bowling.1999 : 6 – 7) พบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำกิจกรรม รวมทั้งที่บ้านและการทำงาน (Function Ability : Including Role

Functioning – Domestic, Return to Work) คุณภาพในด้านสังคมและการปฏิสัมพันธ์ในสังคม (The Degree and Quality of Social and Community interaction) ด้านความเป็นสุขทางจิตใจ (Psychological Well – Being) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Somatic Sensation) และความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

เวนเจอร์และคณะ (วัชรี เลอมานกุล 2544 : 72 ; อ้างอิงจาก Wenger, et al.1984 : 908 – 913) แบ่งองค์ประกอบที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ดังนี้

1. โรคหรืออาการของโรค (Disease and Symptoms)
2. ความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Functional Capacity)
3. การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง (General Health Perception)

แวร์ และคณะ (Ware, et al.2001: 2 – 3) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ออกเป็น 2 กลุ่ม 8 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สุขภาพทางด้านร่างกาย (Physical Health) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 ความสามารถทางกายในการทำกิจกรรม (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การยกของ การออกแรง การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การเคลื่อนย้าย เฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น

1.2 การปฏิบัติหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวัน (Role – Physical) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การไปโรงเรียน การไปทำงาน การดูแลตนเอง ได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การทำงานบ้านและงานรอบๆ บ้าน เป็นต้น

1.3 ความเจ็บปวดทางร่างกาย (Bodily Pain) หมายถึง ความรู้สำเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ตั้งแต่ เล็กน้อย จนถึงรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น

1.4 สุขภาพทั่วไป (General Health) หมายถึง การรับรู้และการประเมินตนเองต่อสภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม ว่าเป็นอย่างไร อาจโดยการเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วๆ ไปก็ได้

2. สุขภาพจิต (Mental Health) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 พลังที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ (Vitality) หมายถึง ความรู้สึกถึงพลัง ความสมารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ

2.2 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) หมายถึง การรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเองที่เป็นข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการทำหน้าที่หรือบทบาทในสังคม เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชน สังคมได้ เป็นต้น

2.3 ปัญหาทางจิตและอารมณ์ ที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรประจำวัน (Role – Emotion) หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะทางจิตและอารมณ์ของตนเองที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรประจำวัน

2.4 สุขภาพจิตทั่วไป (Mental Health) หมายถึง สภาวะอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อการรับรู้ถึงสภาวะทางกายของตนเอง เช่น ความรู้สึกกลัวเพราะปัญหาสุขภาพ ความรู้สึกท้อแท้ เป็นต้น

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ในแง่ที่เป็นตัวชี้วัดหรือใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ของการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้แบ่งองค์ประกอบแตกต่างกันไปในลายละเอียด สรุปแล้วจะครอบคลุมในเนื้อหาสำคัญ 3 ประการคือ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (Perception) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (Functional

Capacity) และอาการของโรคตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากโรคหรือการเจ็บป่วย (Symptoms and Their Consequences) โดยที่แต่ละเนื้อหาก็จะแตกเป็นองค์ประกอบแตกต่างกันในรายละเอียด ตามการให้ความสำคัญและมุมมองของนักวิชาการและการศึกษาวิจัย กล่าวโดยสรุปคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นสุข และความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตในแต่ละบุคคล ซึ่งจะเน้นในเรื่องของผลกระทบจากลักษณะของสุขภาพกาย สุขภาพจิต ที่มีต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งมีความจำเป็นและเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดำรงชีวิต

2.5 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

โบว์ลิ่ง (Bowling.1999) รวบรวมเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพไว้ในหนังสือ การวัดผลทางสุขภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Measuring Health : A Review of Quality of Life Measurement Scales) ดังนี้

1.1 ดัชนีของคาร์นอฟสกี เพอร์ฟอร์แมน (The Kanofsky Performance Index)

คาร์นอฟสกี (Kanofsky.1948) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและความสามารถทางกาย ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ซึ่งในปัจจุบันสามารถนำไปไปใช้วัดองค์ประกอบด้านสุขภาพกายของคุณภาพชีวิต โดยผู้ประเมินจะเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือบุคลากรทางการแพทย์ มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 100 แบ่งเป็น 11 ระดับ ดังตาราง 3 (Bowling.1999:29 – 30 ; citing Karnofsky.1948:634 – 656)

ตาราง 3 คะแนนความสามารถตามคะแนนคาร์นอฟสกี (Kanofsky Score)

ลักษณะทั่วไป	คะแนน	สภาวะสุขภาพและความช่วยเหลือตนเอง
ดำเนินชีวิตปกติทำงานได้ ไม่ต้องการผู้ดูแล	100	สุขภาพปกติทำงานได้ ไม่มีการเจ็บป่วยแต่อย่างใด
	90	ดำรงชีวิตได้ตามปกติ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่เป็นปัญหา
	80	ดำรงชีวิตได้ แต่ต้องใช้ความพยายาม ผู้อื่นมองเห็นอาการเจ็บป่วยได้
ทำงานไม่ได้	70	ไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติ ทำงานไม่ได้ แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้
	60	ทำงานไม่ได้ แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้ โดยส่วนใหญ่อาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างเฉพาะบางกิจกรรม
	50	ดูแลตนเองได้ครึ่งเดียว ต้องการบริการรักษาทางการแพทย์และการดูแลจากผู้อื่นอีกครึ่งหนึ่ง
ดูแลตนเองไม่ได้ ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถาบันที่ให้การดูแล	40	ช่วยตัวเองได้น้อย ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวันต่างๆ
	30	ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องอยู่ในโรงพยาบาล
	20	ป่วยมาก ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
	10	ป่วยหนัก ต้องพึ่งพาระบบช่วยชีวิต
	0	ไม่มีชีวิต/เสียชีวิต

ที่มา : The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy.2000:11

การใช้ดัชนีคาร์นอฟสกี เพอร์ฟอร์แมน เป็นการประเมินผลทางสุขภาพที่สำคัญอันหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่ก็ยังมีปัญหาในการใช้ในด้านของผู้ประเมิน เนื่องจากนิยามหรือข้อวินิจฉัยมีความหลากหลาย จึงไม่แนะนำให้ใช้ ดัชนีคาร์นอฟสกี เพอร์ฟอร์แมน เพียงอย่างเดียวควรใช้ประกอบกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ด้วย

1.2 ดัชนีคุณภาพชีวิตของสปิทเซอร์ (Spitzer's Quality of Life Index :QL)

สปิทเซอร์ (Spitzer, et al. 1981) ร่วมกับคณะแพทย์ สร้างเครื่องมือดังกล่าวเพื่อใช้กับ ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งใช้อย่างแพร่หลายในการวัดสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการรวบรวมคุณลักษณะหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติ แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ประชาชนทั่วไป รวมทั้งนักบวช จำนวน 43 คน ในซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย โดยการใช้แบบสอบถามปลายเปิดที่ถามถึงปจจัยที่มีผลต่อการลดหรือเพิ่มคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามที่มีโครงสร้างเพื่อถามถึงความหมายตามที่เข้าใจหรือคาดหวัง แล้วนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดมาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่สำคัญของคุณภาพชีวิต หลังจากนั้นนำมาสร้างแบบสอบถามให้ผู้ป่วยนอกจำนวน 399 คน ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 หมวดใหญ่ ๆ คือ 1) การทำกิจกรรมหรือกิจกรรมประจำวัน (Activity; Performance of Activities of Daily Living) 2) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน (Perception of Health;Support from Family and Friends) 3) ภาพของชีวิตที่แสดงออกมา (Outlook on Life) (Bowling.1999:65 – 67 ; citing Spitzer.1981:585 – 597)

แบบวัดคุณภาพชีวิตของสปิทเซอร์ แบ่งข้อคำถามออกเป็นเป็น 5 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1. การทำงานคำถามคือ ฉันสามารถทำงาน/เรียน/ทำงานบ้านได้เต็มเวลาหรือเกือบเต็มเวลา หรือทำกิจกรรมอาสาสมัครได้ตามปกติ

ข้อ 2. กิจวัตรประจำวันคำถามคือ สามารถรับประทานอาหาร ซักล้าง ไปห้องน้ำ แต่งตัว ขับรถหรือเดินทางโดยขนส่งมวลชนได้โดยไม่ต้องการผู้ช่วยเหลือ

ข้อ 3. สุขภาพ คำถามคือ โดยทั่วไปฉันรู้สึกสบายดี

ข้อ 4. การสนับสนุน คำถามคือฉันมีความสัมพันธ์อันดีกับคนอื่น และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและ/หรือเพื่อน

ข้อ 5. ภาพของชีวิตที่แสดงออกมา คำถามคือฉันเป็นคนใจเย็น และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเองและสิ่งรอบๆ ตัวได้

แต่ละข้อจะมี 3 ตัวเลือกให้ตอบ โดยให้คะแนนจาก 0 – 2 ในแต่ละข้อ และสามารถสรุปคะแนนในภาพรวมหรือแยกแต่ละข้อก็ได้ การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินตนเองและแพทย์ประเมินผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์สูง (r = 0.61) ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายใน (Internal Consistency Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.77 มอร์ (More. 1987) ได้หาความสัมพันธ์กับแบบวัดดัชนีคาร์นอฟสกี เพอร์ฟอร์แมน (The Kanofsky Performance Index) พบว่ามีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลางคือเท่ากับ 0.63

1.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของศูนย์ประเมินผลทางสุขภาพแสตมฟอร์ด (The Stamford Arthritis Center Health Assessment Questionnaire : HAQ)

ไฟร์ส และคณะ (Fries, et al.1980) เป็นผู้พัฒนา จากความเชื่อที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ อย่างปราศจากความเจ็บปวด สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปกติ การได้รับสิ่งเป็นพิษเพียงเล็กน้อย และไม่มีปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งเครื่องมือนี้ปกติจะใช้กับผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ และโรคที่

เกี่ยวกับกระดูกและข้อเสื่อม เนื้อหาในการวัดจะเป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การแต่งกาย การลุกขึ้น การรับประทานอาหาร การเดิน สุขอนามัย การยึดการจับ การทำกิจกรรมนอกบ้าน และกิจกรรมทางเพศ โดยแบ่งเนื้อหาการวัดออกเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวด และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (Bowling.1999:20 – 22 ; citing Fries, et al.1980:137 – 145)

ตัวอย่างข้อคำถาม

1. คุณสามารถทำสิ่งต่อไปนี้ :

1.1 การแต่งตัว ติดกระดุม และสวมรองเท้าด้วยตนเอง

1.2 สามารถลุกขึ้นโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้า

1.3 สามารถไปเข้านอนได้

1.4 เดินเล่นนอกบ้าน

1.5 ทำงานบ้าน เช่น ดูดฝุ่น ทำสวน

คำตอบ 1) ทำได้ไม่ลำบาก = 0

2) ทำได้ลำบากเล็กน้อย = 1

3) ทำได้แต่ลำบากมาก = 2

4) ไม่สามารถทำได้ = 3

ส่วนเนื้อหาที่ใช้วัดความเจ็บปวดจะวัดจากความรุนแรง คือ ถ้าไม่เจ็บปวด = 0 และเจ็บปวดมาก = 3 ความไม่สุขสบายดูจากคำตอบที่ว่า ดีกว่า = 1 เหมือนเดิม = 2 แย่ลง =3 ส่วนการได้รับความเป็นพิษจะถามเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาและการรักษาพยาบาล ก็คือ ถ้าไม่ได้รับ = 0 และถ้าได้รับอย่างรุนแรง = 3

การวัดค่าใช้จ่าย ใช้การเก็บข้อมูลภายใน 1 ปี โดยรวบรวมจากค่าแพทย์ เอกซเรย์ การผ่าตัด อาการแทรกซ้อน ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางสังคม เช่น รายจ่ายจากการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นต้น แบบวัดคุณภาพชีวิตของศูนย์ประเมินผลทางสุขภาพแสตมฟอร์ด เป็นแบบวัดที่ดีเพราะมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง โดยการศึกษาของ เบอร์กเนอร์ (Bergner.1981) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่าง แบบวัดคุณภาพชีวิตของศูนย์ประเมินผลทางสุขภาพแสตมฟอร์ด กับ แบบประเมินข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Functional Limitation Profile) พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูง และค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีความสอดคล้องภายในระหว่างข้อคำถามกับแบบสอบถามทั้งฉบับพบว่ามีค่าความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.47 – 0.88 และเมื่อใช้วิธีการสอบซ้ำ พบว่ามีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.98 และยังสามารถใช้ได้ทั้งการสำรวจตนเอง และการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ

1.4 ดัชนีการทำกิจวัตรประจำวัน (The Index of Activities of Daily Living : ADL)

เครื่องมือนี้พัฒนาโดยเคทซ์และคณะ (Katz, et al.1963,1966,4968,1970,1973 , Katz & Akporn.1976) เป็นเครื่องที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยใช้กับผู้สูงอายุ โดยเนื้อหาในการวัด เน้นที่การวัดความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งวัดโดยผู้ให้การรักษาหรือผู้สังเกต (Bowling.1999:25 – 27 ; citing Katz & Akporn.1976:116 – 118)

ตัวอย่างข้อคำถาม

1. การอาบน้ำ
    1) ไม่ต้องการผู้ช่วย
    2) ต้องการผู้ช่วยสาหรับบางส่วนของร่างกายเช่น ขาด้านหลัง
    3) ต้องการผู้ช่วยสำหรับบางส่วนของร่างกายมากกว่า 1 ส่วน
2. การแต่งตัว
    1) ไม่ต้องการผู้ช่วย
    2) ไม่ต้องการผู้ช่วยยกเว้นการใส่รองเท้า
    3) ต้องการผู้ช่วยแต่งตัวและใส่รองเท้า
3. การควบคุมการขับถ่าย
    1) สามารถควบคุมการปัสสาวะ และอุจจาระได้ปกติ
    2) ไม่สามารถควบคุมได้บางครั้ง
    3) ควบคุมไม่ได้ อาจต้องใส่สายสวนปัสสาวะ
4. การรับประทานอาหาร
    1) ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่ต้องการผู้ช่วย
    2) ต้องการผู้ช่วยเฉพาะการตัดเนื้อหรือขนมปัง
    3) ต้องการผู้ช่วยทุกอย่าง หรือให้อาหารทางสายยางหรือทางเส้นเลือด

การจำแนกทำได้ดังนี้ แบ่งเป็น

A หมายถึง สามารถรับประทานอาหาร การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายร่างกาย การแต่งตัว การอาบน้ำ ได้ด้วยตนเอง

B หมายถึง สามารถทำได้เองทุกกิจกรรม ยกเว้น กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

C หมายถึง สามารถทำเองได้ทุกกิจกรรม ยกเว้นการอาบน้ำ และกิจกรรมใดอีกหนึ่งกิจกรรม

D หมายถึง สามารถทำเองได้ทุกกิจกรรม ยกเว้น การอาบน้ำ การแต่งตัว และกิจกรรมใดอีกหนึ่งกิจกรรม

E หมายถึง สามารถทำเองได้ทุกกิจกรรม ยกเว้น การอาบน้ำ การแต่งตัว การไปห้องน้ำและกิจกรรมใดอีกหนึ่งกิจกรรม

F หมายถึง สามารถทำเองได้ทุกกิจกรรม ยกเว้น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนย้ายร่างกายและกิจกรรมใดอีกหนึ่งกิจกรรม

G หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้ช่วยเหลือทั้ง 6 กิจกรรม

1.5 แบบประเมินของนอทติ้งแฮม (The Nottingham Health Profile :NHP)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพชนิดนี้ถูกพัฒนาและเป็นที่นิยมใช้ในประเทศอังกฤษ โดยใช้ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของการรักษาพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการผ่าตัด เป็นแบบวัดที่สั้นและใช้ได้ง่าย โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นการวัดการรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพที่เกี่ยวกับ ความสามารถในการเคลื่อนย้าย ความเจ็บปวด กำลังงาน การนอนหลับ อารมณ์ และการแยกตัวในสังคม และในส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับผลกระทบของสุขภาพต่อกิจกรรม 7 ชนิด ในกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำงาน การดูแลบ้าน ชีวิตในสังคม ชีวิตในครอบครัว เรื่องเพศ ความสนใจ งานอดิเรก และวันหยุด (Bowling.1999:43 – 47 ; citing Hunt, et al.1986)

ตัวอย่างข้อคำถาม

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ในปัจจุบัน

1) ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
2) ฉันมีความเจ็บปวดเมื่อคืนนี้
3) บางสิ่งบางอย่างในชีวิตฉันแย่ลง
4) ฉันทนความเจ็บปวดไม่ได้
5) ฉันต้องใช้ยาช่วยในการนอนหลับ

เป็นแบบวัดที่ใช้ได้ดีอันหนึ่ง ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งการสำรวจตนเอง และการสัมภาษณ์ แต่มีข้อเสีย คือ ขาดองค์ประกอบทางด้านความสามารถในการทำกิจกรรมและด้านสุขภาพจิต

1.6 แบบประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วย (The Sickness Impact Profile : SIP)

เบอร์กเนอร์ (Bergner) เป็นผู้พัฒนาซึ่งเน้นในเรื่องของการรับรู้สถานะทางสุขภาพ โดยวัดผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อกิจวัตรประจำวัน มากกว่าจะวัดความรู้สึกหรืออาการทางคลินิก การพัฒนาเครื่องมือโดยนำไปเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยใน/นอก ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้านซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยห้องไอซียู รวมทั้งผู้ป่วยที่เปลี่ยนสะโพกและมีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ มีข้อคำถาม 136 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่หรือกิจกรรม ความรู้สึกและอารมณ์ที่เป็นสุข และการทำหน้าที่ในสังคม โดยเนื้อหาเป็นการเอาความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการผิดปกติในการทำกิจกรรม ได้แก่ เรื่องงาน นันทนาการ อารมณ์ ผลกระทบ ชีวิตครอบครัว การนอนหลับ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การเดินไปเดินมา การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และสังคม (Bowling.1999:39 – 43 ; citing Bergner, et al.1981:787 – 805)

ตัวอย่างข้อคำถาม

1. ฉันใช้เวลาส่วนใหญ่ใน 1 วัน กับการนอนเพื่อพักผ่อน
2. ฉันใช้เวลาส่วนใหญ่ใน 1 วัน กับการนั่ง
3. ฉันใช้เวลาส่วนใหญ่ทั้งกลางวันและกลางคืนกับการนอนหลับ
4. ฉันยืนขึ้นโดยต้องใช้ใครบางคนช่วยเหลือ
5. ฉันคุกเข่า โค้งตัว หรือนอนโดยใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุง
6. ฉันถูกจำกัดท่าทางตลอดเวลา
7. ฉันทำงานรอบๆ บ้านในระยะเวลาสั้นๆ
8. ฉันทำกิจวัตรประจำวันรอบๆ บ้านได้น้อยกว่าปกติ
9. ฉันไม่สามารถทำความสะอาดบ้านได้ตามปกติ
10. ฉันออกไปพบหรือเยี่ยมคนอื่นได้น้อย
11. ฉันไม่สามารถไปเยี่ยมคนอื่นได้เลย
12. ฉันไปออกงานสังคมได้ 2 – 3 ครั้ง

โดยคำตอบจะเป็น ใช่ และไม่ใช่

เบอร์กเนอร์ และคณะ (Bergner, et al.1981) ทดสอบความเที่ยงตรงโดยการหาความสัมพันธ์กับแบบวัดดัชนีการทำกิจวัตรประจำวัน (The Index of Activities of Daily Living : ADL) ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.64 และความสัมพันธ์กับแบบสัมภาษณ์สุขภาพนานาชาติ (National Health Interview Survey Instrument) เท่ากับ 0.55 ดีโยและคณะ (Deyo, et al.) ใช้วิธีสอบซ้ำในผู้ป่วยโรคไขข้อและกระดูกเสื่อมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และมีการศึกษาในสหรัฐอเมริกา และในยุโรปพบว่าโดยวิธีหาความสอดคล้อง

ภายในมีค่าเท่ากับ 0.91 – 0.95 โดยวิธีสอบซ้ำเท่ากับ 0.75 – 0.85 (Bruin, et al.1992) แบบประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วย มีการนำไปพัฒนาโดยโรงพยาบาลเซนท์โทมัส ประเทศอังกฤษ ซึ่งเรียกว่า แบบประเมินข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Functional Limitation Profile)

1.7 แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)

เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่กรมสุขภาพจิต (2537)แปลจากฉบับภาษาอังกฤษ (WHOQOL – BREF) ซึ่งเป็นฉบับย่อของชุด 6 องค์ประกอบ 100 ตัวชี้วัด ซึ่งพัฒนาโดยดร.จอห์น ออร์ลีย์ โดยการสำรวจหาโครงสร้างของคุณภาพชีวิตใน 15 ศูนย์ทั่วโลก ใช้การอภิปรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ผู้ป่วยและคนปกติ ได้ข้อคำถาม 236 ข้อ ครอบคลุม 29 หัวข้อ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 300 คน ในแต่ละศูนย์ แล้วคัดเลือกด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเหลือเพียง 100 ข้อ แบ่งเป็น 24 หมวด แต่ละหัวข้อมี 4 คำถาม และมีหัวข้อที่เกี่ยวกับคุณภาพและสุขภาพโดยรวมอีก 4 ข้อ และจัดให้เป็น 6 องค์ประกอบ (Domain) และยังพัฒนาและสรุปเป็น 4 องค์ประกอบ แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อขององค์การอนามัยโลก ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลโดยเร็วมีขนาดสั้นประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ โดยการเลือกข้อคำถามเพียง 1 ข้อจากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมหัวข้อที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอีก 2 ข้อ ซึ่งมีการจัดทำไว้ 19 ภาษา 6 องค์ประกอบได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of Independence) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม(Social Relationship) ด้านสิ่งแวดล้อม(Environment) และ ด้านความเชื่อส่วนบุคคล(Spirituality Religion/Personal Beliefs) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ.2540)

ตัวอย่างข้อคำถาม

1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม(เรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต(เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)มากน้อยเพียงใด

แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่ระดับกลางๆ

4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกเช่นนั้นมาก รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์

รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การให้คะแนนจะมีข้อคำถามทั้งทางบวก และทางลบ และการแปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนทั้งฉบับ ดังตาราง 4

ตาราง 4 การแปลผลคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย

องค์ประกอบ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี
1. ด้านสุขภาพ	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย 26 ชี้วัด มาปรับปรุงภาษาและทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 667 คน วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.8406

1.8 แบบประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ (Medical Outcomes Study : MOS)

พัฒนาโดยแวร์และคณะ (Ware, et al.) เป็นเครื่องมือวัดที่มีองค์ประกอบและเนื้อหาครอบคลุมด้านสุขภาพทางร่างกาย สุขภาพจิต อารมณ์ สังคม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีผู้นำไปประยุกต์และใช้อย่างแพร่หลาย เช่น องค์การที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนานาชาติ (International Quality of Life Association : IQOLA) นำไปประยุกต์แปลหลายภาษา แบบประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ (Medical Outcomes Study : MOS MOS : SF-36) คัดเลือกจาก 8 องค์ประกอบที่ใช้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพบ่อยๆ ในการสำรวจสถานะสุขภาพ และองค์ประกอบที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษา ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม (Function and Dysfunction) ความเครียดและความผาสุข (Distress and well-being) สภาวะวัตถุวิสัย และจิตวิสัย (Objective and Subjective Report) และความพึงพอใจที่มีต่อสุขภาพทั่วๆ ไปของตนเอง (Favorable and Unfavorable Self – Evaluation of General Health Status) รูปแบบและเนื้อหาในการประเมินแบ่งเป็นดังนี้ (Ware, et al.2001:1-12)

1. สุขภาพทางกาย (Physical Health) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 ความสามารถทางกายในการทำกิจกรรม (Physical Functioning) จำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อที่ 1. กิจกรรมประเภทหรือปริมาณที่ต้องออกแรงมากซึ่งท่านสามารถทำได้ เช่น การยกของหนัก การวิ่งหรือร่วมเล่นกีฬาที่ต้องใช้พลังมาก

ข้อที่ 2. กิจกรรมประเภทหรือปริมาณที่ต้องออกแรงมากปานกลางซึ่งท่านสามารถทำได้ เช่น การเลื่อนโต๊ะ การยกของที่ซื้อจากร้านขายของชำ

คำตอบทุกข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ถูกจำกัดมาก ถูกจำกัดเล็กน้อย และไม่ถูกจำกัดเลย

1.2 การปฏิบัติหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวัน (Role – Physical) จำนวน 4 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อที่ 1. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา สุขภาพกายทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ การทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ

ข้อที่ 2. ใน 4สัปดาห์ที่ผ่านมา สุขภาพทางกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงานบางประเภท ให้สำเร็จได้ตามที่ต้องการ

คำตอบทุกข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ตลอดเวลา เวลาส่วนใหญ่ เวลาค่อนข้างมาก เวลาส่วนน้อยและไม่ใช้เวลาเลย

1.3 ความเจ็บปวดทางร่างกาย (Bodily Pain) จำนวน 2 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อที่ 1. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทั่วไปท่านมีความเจ็บปวดทางร่างกายมากเพียงใด คำตอบแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อยมาก เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก

ข้อที่ 2. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่ความเจ็บปวดของท่านส่งผลต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ ได้แก่ การทำงานในและนอกบ้าน คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

1.4 สุขภาพทั่วไป (General Health) จำนวน 5 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อที่ 1. โดยทั่วไปท่านจะกล่าวว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร คำตอบ 5 ระดับคือ ดีเยี่ยม ดีมาก ดี พอใช้ และอ่อนแอ

ข้อที่ 2. ฉันรู้สึกว่าฉันเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนอื่น คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ถูกต้องมากที่สุด ถูกต้อง ไม่ทราบ ไม่ถูกต้อง และ ไม่ถูกต้องเลย

2. สุขภาพจิต (Mental Health) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 พลังที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ (Vitality) จำนวน 4 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อที่ 1. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกเต็มไปด้วยชีวิตชีวา

ข้อที่ 2. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง

คำตอบทุกข้อแบ่ง เป็น 5 ระดับ คือตลอดเวลา เวลาส่วนใหญ่ เวลาค่อนข้างมาก เวลาส่วนน้อยและไม่ใช้เวลาเลย

2.2 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning)จำนวน 2 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อที่ 1. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพของท่านทำให้คุณไม่สามารถ ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว สังคม เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือ การเข้ากลุ่ม คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด

ข้อที่ 2. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นเวลานานเท่าใดที่ปัญหาสุขภาพของคุณ ส่งผลให้คุณ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือญาติสนิท) คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ตลอดเวลา เวลาส่วนใหญ่ เวลาค่อนข้างมาก เวลาส่วนน้อยและไม่ใช้เวลาเลย

2.3 การปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรประจำวัน (Role – Emotion) จำนวน 3 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อที่ 1. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปัญหาทางจิตและอารมณ์ทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานทำงาน หรือกิจกรรมอื่นๆ

ข้อที่ 2. ใน 4สัปดาห์ที่ผ่านมา ปัญหาทางจิตแลอารมณ์ทำให้ท่านไม่สามารถทำงานบางประเภทให้สำเร็จได้ตามที่ต้องการ คำตอบทุกข้อแบ่งเป็น5 ระดับ คือ ตลอดเวลา เวลาส่วนใหญ่ เวลาค่อนข้างมาก เวลาส่วนน้อย และไม่ใช้เวลาเลย

2.4 สุขภาพจิต (Mental Health) จำนวน 5 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อที่ 1. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกกลัวเพราะปัญหาสุขภาพของท่าน

ข้อที่ 2. ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกท้อแท้มากเสียจนกระทั่งไม่มีสิ่งใดทำให้ท่านดีขึ้นได้ คำตอบทุกข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ตลอดเวลา เวลาส่วนใหญ่ เวลาค่อนข้างมาก เวลาส่วนน้อยและไม่ใช้เวลาเลย

2.6 คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนปกติจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากโรคและผลกระทบจากโรคหรืออาการเจ็บป่วยต่างๆ จะมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยก็จะมีผลต่อด้านจิตใจด้วย สำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จะมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคมะเร็ง แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์จะมีข้อแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ คือในความเรื้อรังนั้นยังคุกคามต่อชีวิต และผลกระทบของโรคเอดส์จะมีผลกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม เพราะเป็นโรคที่เป็นตราบาป และสังคมรังเกียจ และในแง่ของการใช้คุณภาพชีวิตเป็นการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ก็จะทำให้ความหมาย นิยาม และองค์ประกอบในการประเมินของคนปกติและผู้ป่วยแตกต่างกัน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่มักใช้การประยุกต์หรือปรับปรุงจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพทั่วๆ ไป แล้วเพิ่มเติม ปรับปรุง ในส่วนที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้แก่

แรกส์เดล และ มอร์โรว์ (ศดานันท์ ปิยกุล.2542: 30 ; อ้างอิงจาก Ragsdale & Morrow.1990:355 - 359) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์เปรียบเทียบกลุ่มที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยใช้ แบบประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วย (The Sickness Impact Profile) และแบบประเมินอาการที่ไม่สุขสบาย (Symptom Distress Scale)

ดรุณี รุจกรกานต์ (2541: 107 – 120) นำองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 5 ด้าน คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยประยุกต์แนวคิดของเบอร์ฮอร์นและคณะ(1981) และแนวคิดคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐานของประชาชนไทย 8 หมวด โดยปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในสังคมไทย ซึ่งมีความเชื่อมั่นสูงคือค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Coefficient) เท่ากับ 0.91 ลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1.สถานภาพทางเศรษฐกิจ จำนวน 6 ข้อ

2. สุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

3. สภาพแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ

4. การพึ่งพาตนเอง จำนวน 5 ข้อ

5. การทำกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำตอบขององค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ในการสัมภาษณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง ซึ่งในแต่ละข้อผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกตนเองมากที่สุด แต่ละระดับมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยมาก/4 เห็นด้วยปานกลาง/3 เห็นด้วยน้อย/2 ไม่เห็นด้วย/1

คะแนนของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตทั้งชุดขึ้นกับจำนวนข้อคำถามทั้งหมด จะอยู่ในช่วง 32-128 คะแนน และพิจารณาแบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ซึ่งพิจารณาจากค่าพิสัยของคะแนนต่ำสุดของคุณภาพชีวิตโดยรวม แล้วจึงนำค่าคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วง

ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 32 – 63

ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 64 – 95

ระดับคุณภาพชีวิตดี คะแนน 96 – 128

ตัวอย่างข้อคำถาม

1.สถานภาพทางเศรษฐกิจ จำนวน 6 ข้อ

ข้อ 1. ท่านคิดว่าครอบครัวของท่านมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย

ข้อ 2 . ท่านคิดว่าท่านมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมค่ารักษาของท่าน

2. สุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ข้อ 1. ท่านหลับสนิทได้นาน 6 – 8 ชั่วโมงต่อคืน

ข้อ 2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน

3. สภาพแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ

ข้อ 1. ท่านรู้สึกมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ข้อ 2. ท่านพอใจที่มีบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง

4. การพึ่งพาตนเอง จำนวน 5 ข้อ

ข้อ 1. ท่านทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง

ข้อ 2. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้ด้วยตนเอง เช่น การไปวัด ไปตลาด ไปทำบุญ

5. การทำกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ

ข้อ 1. ท่านทำงานบ้านต่างๆ ได้ตามปกติ เช่น ทำครัว กวาดบ้าน ถูบ้าน ซัก/รีดผ้า

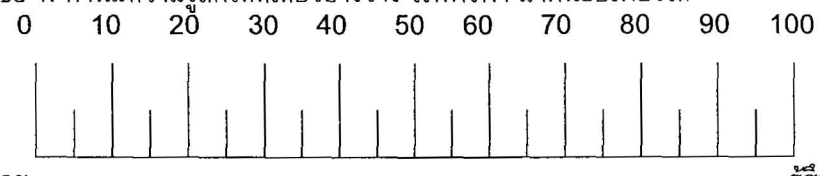
ข้อ 2. ท่านเป็นสมาชิกกลุ่มภายในชุมชนได้ตามปกติ

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539 : 65 – 66) สร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยการทบทวนวรรณกรรมและความรู้ที่ได้จากการศึกษานำร่อง เป็นการประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิต 5 ด้าน คือ ด้านร่างกายและความสุขทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจำนวน 6 ข้อ ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจจำนวน 4 ข้อ ด้านทัศนคติต่อตนเองจำนวน 5 ข้อ และด้านความพึงพอใจในชีวิตจำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ มีข้อคำถามความหมายทางลบจำนวน 9 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็น Linear Analog Scale ที่มีความยาว 100 มิลลิลิตร มีค่าตั้งแต่ 0 – 100 การแปลผลคะแนนของคำถามนำมาบวกกัน (กรณีเป็นคำถามทางลบต้องกลับคะแนนก่อน) แล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด 24 ข้อ ให้ได้คะแนนเต็ม 100 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี เครื่องมือมีความเชื่อมั่นโดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน

(Internal Consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .92 และวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 - .90

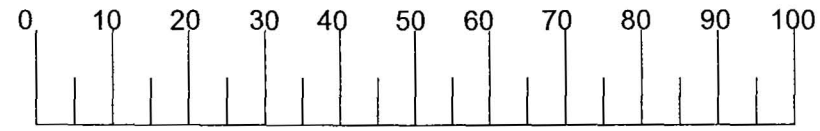
ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ 1. ท่านมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้ที่พึ่งพา มากน้อยเพียงใด



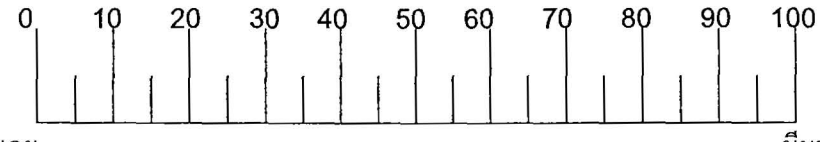
ไม่รู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกมากที่สุด

ข้อ 2. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองมากน้อยเพียงใด



ไม่มีความวิตกกังวลเลย วิตกกังวลมากที่สุด

ข้อ 3 ท่านมีความรู้สึกว่าเป็นที่รักและมีคุณค่าสำหรับครอบครัวเพียงใด



ไม่มีเลย มีมากที่สุด

ศดานันท์ ปิยกุล (2542: 53 - 56) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดมาตรฐานของงานวิจัยเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการใช้เครื่องมือจากแบบประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ (Medical Outcomes Study) (Wachtel et al.1992) แบ่งการประเมิน 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical Functioning) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1.1 – 1.6) คำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับคือ ลำบากมาก ลำบากพอควร ลำบากเล็กน้อย และไม่ลำบากเลย ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ 1. ท่านคิดว่าสุขภาพร่างกายของท่านทำให้เกิดความลำบากต่อการประกอบกิจกรรมประจำวันต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด (ตอบคำถามข้อ 1.1 – 1.6)

1.1 การยกของหนัก การวิ่งออกกำลังกาย

1.2 การเลื่อนโต๊ะ การถือถุงใส่ของน้ำหนักไม่เกิน 5 กิโลกรัม

การรวมคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มาถ่วงน้ำหนัก ให้มีคะแนนของด้านนี้เป็นคะแนนเต็ม 1 คะแนน และนำมาจัดกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\overline{X} - 0.5SD$ มีความลำบากมากในการประกอบกิจกรรม

คะแนนระหว่าง $\overline{X} \pm 0.5SD$ มีความลำบากปานกลางในการประกอบกิจกรรม

คะแนนมากกว่า $\overline{X} + 0.5SD$ มีความลำบากเล็กน้อยในการประกอบกิจกรรม

2. ด้านความเจ็บป่วยของร่างกาย (Pain) มีคำถาม 1 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ 7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความเจ็บปวดทางร่างกายเนื่องจากสภาวะสุขภาพมากน้อยเพียงใด คำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เจ็บปวดมาก พอควร เล็กน้อย และไม่มีเลย

การรวมคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มาถ่วงน้ำหนัก ให้มีคะแนนของด้านนี้เป็นคะแนนเต็ม 1 คะแนน และนำมาจัดกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\overline{X} - 0.5SD$ มีความเจ็บปวดทางร่างกายมาก

คะแนนระหว่าง $\overline{X} \pm 0.5SD$ มีความเจ็บปวดทางร่างกายปานกลาง

คะแนนมากกว่า $\overline{X} + 0.5SD$ มีความเจ็บปวดทางร่างกายเล็กน้อย

3. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Health Perception)จำนวน 4 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ 8. โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร คำตอบ 4 ระดับคือ แย่มาก ไม่ค่อยดี พอใช้ และ ดี

ข้อ 9. ท่านรู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงเป็นปกติเหมือนคนอื่นๆ คำตอบ 4 ระดับ คือ ไม่จริงแน่นอน ไม่แน่ใจ จริงเป็นส่วนใหญ่ และจริงที่สุด

การรวมคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มาถ่วงน้ำหนัก ให้มีคะแนนของด้านนี้เป็นคะแนนเต็ม 1 คะแนน และนำมาจัดกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\overline{X} - 0.5SD$ มีการรับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพร่างกายว่าอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนระหว่าง $\overline{X} \pm 0.5SD$ มีการรับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพร่างกายว่าอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า $\overline{X} + 0.5SD$ มีการรับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพร่างกายว่าอยู่ในระดับดี

4.ด้านสุขภาพจิต (Mental Health) จำนวน 6 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นตลอดเวลา ส่วนใหญ่ บางครั้ง และไม่เป็นเลย

ข้อ 12. ท่านรู้สึกยากลำบากในการที่จะตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหา

ข้อ 13. ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจมาก

การรวมคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มาถ่วงน้ำหนัก ให้มีคะแนนของด้านนี้เป็นคะแนนเต็ม 1 คะแนน และนำมาจัดกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\overline{X} - 0.5SD$ มีสุขภาพจิตในระดับไม่ดี

คะแนนระหว่าง $\overline{X} \pm 0.5SD$ มีสุขภาพจิตในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า $\overline{X} + 0.5SD$ มีสุขภาพจิตในระดับดี

5. ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (Role Functioning) จำนวน 1 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นมาก พอควร บางครั้งและไม่เป็นเลย ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ 18. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมากชท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ หรือการเรียน การทำงานบ้าน มากน้อยเพียงใด

การรวมคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มาถ่วงน้ำหนัก ให้มีคะแนนของด้านนี้เป็นคะแนนเต็ม 1 คะแนน และนำมาจัดกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\overline{X} - 0.5SD$ สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้ในระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง $\overline{X} \pm 0.5SD$ สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า $\overline{X} + 0.5SD$ สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้ในระดับสูง

6. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) จำนวน 1 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นมาก พอควร บางครั้ง และไม่เป็นเลย ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ 19. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาสุขภาพร่างกายหรือสภาวะอารมณ์ของท่านทำให้เกิดปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน ญาติ หรือการไปร่วมทำบุญ งานบวช งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ ภายในหมู่บ้านหรือชุมชนของท่านมากน้อยเพียงใด

การรวมคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มาถ่วงน้ำหนัก ให้มีคะแนนของด้านนี้เป็นคะแนนเต็ม 1 คะแนน และนำมาจัดกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\overline{X} - 0.5SD$ สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ในระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง $\overline{X} \pm 0.5SD$ สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า $\overline{X} + 0.5SD$ สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ในระดับสูง

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของแบบวัดคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.8988

การประเมินหรือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ มักใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวัด เนื่องจากสามารถได้รายละเอียดที่น่าเชื่อถือจากผู้ป่วยโดยตรงในระยะเวลาอันสั้น อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบในปัจจุบันคือ ยังไม่มีแบบสอบถามมาตรฐานที่เป็นภาษาไทย การนำแบบสอบถามของต่างประเทศมาแปลเป็นทางเลือกหนึ่ง แต่อาจประสบปัญหาบางประการ เช่น ค่าลิขสิทธิ์ของแบบสอบถาม และความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ดังนั้นการรวบรวมแบบสอบถามที่มีอยู่และการทบทวนงานวิจัยจะช่วยให้สามารถเลือกแบบสอบถามที่จะนำมาประยุกต์ใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ในการวัดคุณลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย และองค์ประกอบของเนื้อหาที่ต้องการวัด ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดใช้หลักการของการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและนำเครื่องมือวัดของแวร์ คือ แบบประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ (Medical Outcome Study : MOS – SF36) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากครอบคลุมถึงความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ คือ การรับรู้ถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นสุข และความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตในแต่ละบุคคล ซึ่งจะเน้นในเรื่องของผลกระทบจากลักษณะของสุขภาพกาย สุขภาพจิต ที่มีต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม ซึ่งมีความจำเป็นและเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดำรงชีวิต

3. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ตลอดจนค่าความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้นทุนชนิดหนึ่งที่สามารถนำมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบทางเลือกในการรักษาพยาบาล หรือการบริการได้วิธีหนึ่ง ซึ่งค่าใช้จ่ายในแง่ของการเป็นต้นทุนไม่ว่าจะเป็นต้นทุนที่หน่วยงานหรือสถานบริการ หรือต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ก็จะเป็นต้นทุนรวมในการพิจารณาความคุ้มค่าในการรักษาพยาบาลหรือบริการนั้นๆ ในการประเมินการรักษาพยาบาลและการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความพยายามอยู่ไม่น้อยที่จะวัดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของความเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ เช่น ศึกษาความสูญเสียในรูปของจำนวนวันที่มีสุขภาพดีที่ต้องเสียไป (Healthy Days Lost) ในบางครั้งมีการคำนวณความสูญเสียในรูปของจำนวนปีของการมีชีวิตที่สูญเสียไป (Year of Potential Lost) และในกรณีเหล่านี้อาจมีการให้น้ำหนักของสมรรถภาพการผลิตที่สูญเสียไป (Productivity Loss) และมีการนำดัชนีทางด้านการทำกิจกรรม (Functional Ability Index) หรือดัชนีเกี่ยวกับคุณภาพเข้ามาพิจารณาด้วยเพื่อให้เห็น

ความสูญเสียที่ละเอียดมากขึ้น ความสูญเสียด้านสุขภาพนั้น อาจมีทั้งการตาย การเจ็บป่วย พิการบางส่วน พิการทั้งหมด ซึ่งการประเมินอาจจำเป็นต้องแยกต้นทุนและภาระทางเศรษฐกิจในแต่ละด้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องที่จะศึกษาด้วย ส่วนใหญ่แล้วนักเศรษฐศาสตร์ได้นำเสนอในการที่จะทำให้จำนวนวัน จำนวนปีที่สูญเสียไป สามารถแสดงได้ในรูปของจำนวนเงิน เพื่อแสดงให้เห็นชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้นว่าความสูญเสียนั้นมีมูลค่าเท่าใด โดยอาศัยหลักในการตีมูลค่าตามแนวความคิดต่าง ๆ ที่มีใช้กันคือ (สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2534 : 45 – 50)

1. การดูจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย ตาย พิการ แล้วนำมาคูณกับรายได้ที่คาดว่าจะหาได้ถ้าไม่ตาย ป่วย พิการ ซึ่งรายได้นี้อาจจะคิดจากค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ รายได้เฉลี่ยรายเดือน รายได้ประชาชาติ หรือรายได้ตามแต่อาชีพที่กำลังพิจารณา เป็นต้น แล้วแต่ความเหมาะสมในการศึกษา และมีแนวความคิดด้วยว่าควรมีการทำการลดหย่อน (discount) ปีที่สูญเสีย เนื่องจากค่าของเวลาในปัจจุบันและในอนาคตต่างกัน นอกจากนี้ยังมีความคิดในการถ่วงน้ำหนักของประสิทธิภาพในการทำงาน (Productivity) ในกรณีที่พิจารณาความเจ็บป่วย พิการ และการนำ QALYs มาปรับเพื่อแสดงให้เห็นคุณภาพของจำนวนปีที่เหลือมีชีวิตอยู่ (Human Capital Approach หรือ Opportunity Loss Approach)

2. การตีมูลค่าชีวิตโดยการพิจารณาถึงมูลค่าที่ผู้เจ็บป่วยหรือมีโอกาสตายจะเต็มใจที่จะจ่ายเพื่อเป็นการประกันความเสี่ยงต่าง ๆ อย่างไรก็ตามมูลค่าที่แต่ละคนเต็มใจที่จะจ่ายหรือมูลค่าที่บุคคลให้กับชีวิตตนเองอาจแตกต่างกัน และนอกจากนี้สังคมแต่ละสังคมอาจจะให้มูลค่าที่ต่างกันด้วย ดังนั้นจึงเป็นการไม่ง่ายนักที่จะกำหนดมูลค่าด้วยวิธีนี้ (Willingness to Pay Approach)

3. อาศัยสิ่งที่ได้เกิดขึ้น และมีการตีความมูลค่าชีวิตโดยอิงค่าที่เกิดขึ้นจากการกำหนดค่าชดเชยที่ได้จากการฟ้องร้องในศาลบ้าง จากกฎหมายบ้าง (Impiled Value Apporach)

การประเมินภาระต้นทุนทางเศรษฐกิจของปัญหาสุขภาพ อาจจะสามารถช่วยให้เห็นความสำคัญของปัญหาเป็นรูปธรรมได้มากขึ้นและสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อนำไปสู่การป้องกันได้ถึงแม้สถิติตัวเลขทางด้านสุขภาพที่คิดเป็นอัตราต่อประชากร จะแสดงถึงความสำคัญของปัญหาและใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ แต่การนำเศรษฐศาสตร์เข้ามาประยุกต์เพื่อแสดงถึงความสูญเสียทรัพยากร ในรูปมูลค่าที่เป็นตัวเงิน ผลผลิตที่เสียไป จะเป็นการเน้นถึงความสำคัญของปัญหาได้อย่างชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะในปัญหาที่สามารถป้องกันได้ ต้นทุน (Cost) ตามทัศนะของนักเศรษฐศาสตร์ หมายถึงทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน รวมทั้งผลพวงทางด้านลบ (Negative Consequence) ซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายและมองไม่เห็น แต่จะมีการกำหนดค่าประเมินขึ้น และนับรวมเข้าเป็นต้นทุนด้วย ต้นทุนสามารถจำแนกได้หลายประเภทขึ้นกับลักษณะใช้งาน ลักษณะวิเคราะห์ วัตถุประสงค์ และพฤติกรรมต้นทุน ตัวอย่างเช่น สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534:140 - 144) ได้จัดกลุ่มต้นทุนและจำแนกได้ดังนี้

3.1 การจัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์"ผู้รับภาระต้นทุน" จัดได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

3.1.1 ต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในองค์การที่จัดบริการหรือ ต้นทุนภายใน (Internal Cost)

3.1.2 ต้นทุนที่เกิดขึ้นภายนอกองค์การที่จัดบริการ เช่น ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือชุมชนเป็นต้น เรียกว่า ต้นทุนภายนอก (External Cost)

3.2 การจัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ "กิจกรรม" แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

3.2.1 กลุ่มรายการที่เป็นต้นทุนโดยตรงของกิจกรรมนั้น (Direct Cost)

3.2.2 กลุ่มรายการที่ไม่ใช่ต้นทุนโดยตรงของกิจกรรมนั้น (Indirect Cost) เป็นต้นทุนของกิจกรรมเสริมซึ่งเป็นต้นทุนโดยทางอ้อมของกิจกรรมนั้น

3.3 การจัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ "การจ่าย" แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

3.3.1 ต้นทุนที่จ่ายจริงมองเห็น (Explicit Cost หรือTangible Cost)

3.3.2 ต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายไปจริง (Implicit Cost หรือ Intangible Cost) ซึ่งเป็นต้นทุนที่แฝงอยู่มองไม่เห็นแต่ต้องถูกประเมินและนับรวมเป็นต้นทุนด้วย

3.4 การจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ "การแพทย์" แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

3.4.1 ต้นทุนที่เกี่ยวกับการแพทย์ (Medical Cost)

3.4.2 ต้นทุนอื่นๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวกับการแพทย์ (Non Medical Cost)

4. การประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เป็นการประเมินที่ไม่ยุ่งยากเหมือนกับการประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นกับองค์การ วิธีการประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการนั้นการเก็บข้อมูลทำได้โดยการสำรวจข้อมูลปฐมภูมิ โดยอาจเก็บข้อมูลครั้งเดียวหรือติดตามเก็บข้อมูลหลายครั้งก็ได้ การเก็บข้อมูลอาจใช้การสัมภาษณ์โดยอาศัยแบบสอบถาม ใช้การสังเกต หรือใช้การเข้าไปมีส่วนร่วมก็ได้ ข้อมูลที่ถามอาจเป็นข้อมูลย้อนหลังไปบ้างในระยะเวลาไม่นานเกินที่จะจำได้ หรือการเก็บเฉพาะข้อมูลที่กำลังเกิดขึ้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ต้นทุนในมุมมองของผู้มารับบริการหรือของผู้ป่วย โดยรวบรวมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการซึ่งในแง่ของความสำคัญคือ ตามปรัชญาของการมีสิทธิที่จะได้รับการบริการและสุขภาพที่ดี แต่ถ้าการที่มารับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงไม่มีเงินเพียงพอที่จะมารับบริการได้ ก็จะเป็นการตัดสิทธิ์ในลักษณะที่แอบแฝงมองไม่เห็น ดังนั้นการพิจารณาต้นทุนที่เกิดกับผู้รับบริการปรือผู้ป่วย จึงนับว่ามีความสำคัญมากสำหรับการกำหนดนโยบายและการวางแผนบริการสาธารณสุข ข้อมูลต้นทุนที่สามารถเก็บรวบรวมจากผู้รับบริการได้แก่

4.1 ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ (Medical Cost) หมายถึง จำนวนเงินที่กลุ่มตัวอย่างต้องสูญเสียเนื่องจากการรับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ และวัสดุทางการแพทย์ ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าออกซิเจน ค่ากายภาพบำบัด ค่ายาฉีด ค่าเลือดและสารประกอบทางเลือดทุกชนิด ค่าสารที่ให้ทางโลหิตทุกชนิด และค่าบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

4.2 ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (Non Medical Cost) หมายถึง จำนวนเงินที่กลุ่มตัวอย่างต้องสูญเสียเนื่องจากการรับบริการทางการแพทย์ แต่เป็นค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องจ่ายในระหว่างรับบริการ โดยมิได้จ่ายให้สถานบริการ ได้แก่ ค่ายานพาหนะในการเดินทาง ค่าอาหาร และค่าที่พัก ทั้งของผู้ป่วยและญาติ และค่าสูญเสียโอกาสและรายได้ในการประกอบอาชีพ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยในประเทศ

สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับบริการรักษาอาการเจ็บป่วยที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป หรือคลินิกฝากครรภ์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และวชิระพยาบาลคณะแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนพฤษภาคม – ธันวาคม 2542 จำนวน 110 คน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลแบบองค์รวม สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามคุณลักษณะด้านเพศ อายุ

ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ ภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย กลุ่มละ 55 คน และประเมินความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การปฏิบัติในการรักษาทางเลือก/การรักษาเสริมการเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลองหลังการทดลองครบ 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการปฏิบัติในการรักษาทางเลือก/การรักษาเสริม ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตของตัวอย่างในกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และประสิทธิผลรูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีค่าร้อยละ 71.0 และร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

ศดานันท์ ปิยกุล (2542:70 - 72) ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน ต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์บริการทางการแพทย์และสังคม บ้านร่มเย็น โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2541 ถึง มีนาคม 2542 จำนวน 53 ราย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ก่อนและหลังได้รับการติดตามดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านทุก 2 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในดารดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านสภาพทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีร้อยละ 100 ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 73.6 – 81.1 ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 52.8 – 60.4 ด้านการพึ่งพาตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 90.6 – 94.3 และด้านกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 50.9 – 58.5

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539: บทคัดย่อ) ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 60 ราย เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการในสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ แผนกพันธกิจเอดส์สภาคริสตจักรในประเทศไทย เพื่อส่งเสริมการดูแลที่บ้าน ผู้วิจัยได้ให้บริการที่คลินิกร่วมกับการเยี่ยมบ้าน โดยให้บริการ 1 – 6 ครั้งต่อเดือนติดต่อกัน 3 – เดือน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การประเมินประสิทธิภาพขอโครงการใช้ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน ที่สามารถติดตามได้ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป แม้จะมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 รายที่ป่วยหนักและเสียชีวิตไปตลอดการศึกษาครั้งนี้ แต่ผลของการประเมินก็เป็นที่น่าพอใจ คือ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น มีอาการเจ็บป่วยน้อยลง และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

สุจิตรา พุทธวงษ์ (2544:11 - 12) ศึกษาการใช้ยาต้านไวรัสHIV ในผู้ป่วยHIV/AIDS โรงพยาบาลบำราศนราดูร เพื่อศึกษารูปแบบการใช้ยาและเปรียบเทียบประนสิทธิภาพของสูตรยาและเพื่อสืบค้นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยนอก (Retrospective Study) ที่มารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2544 ถึง 15 พฤษภาคม 2544 จำนวน 303 ราย ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วย HIV/AIDS นั้นเป็นไปตามแนวทางการใช้ยาของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยที่กำหนดไว้ สูตรยาที่มีการใช้มากที่สุดเป็นสูตรยา 3 ตัว (Triple

Therapy) ร้อยละ 62.1 และเป็นสูตรที่ประสบความสำเร็จในการรักษาซึ่งสามารถลดจำนวนไวรัสในกระแสเลือด และ/หรือเพิ่มจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ได้มาก

แสวง วัชระธนกิจ (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิผลของยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดป่วยเอดส์ โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างสูตรยา 2 สูตร คือ AZT และ AZT switch to ddI และวัดผลการรักษาโดยวัดจากระยะเวลา(เดือน) ที่ปลอดเอดส์ และผลข้างเคียง และศึกษาเฉพาะค่ายาต้านไวรัสซึ่งเป็นต้นทุนโดยตรง การศึกษาครั้งนี้เป็น Retrospective Cohort Study กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบำราศนราดูรครั้งแรกระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 มิถุนายน 2538 จำนวน 1,267 คน ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ปลอดเอดส์เฉลี่ยของกลุ่มที่ใช้ยา AZT คือ 9.08 เดือน ระยะเลาที่ปลอดเอดส์ในกลุ่มที่ใช้ AZT Switch to ddI คือ 15.51 เดือน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ต้นทุนเฉลี่ยของยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่ใช้ AZT คือ 12,797.55 บาท และต้นทุนเฉลี่ยของยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่ใช้ AZT Switch to ddI คือ 28,520.14 บาท สรุปได้ว่าวิธีการรักษาที่ 2 สามารถชะลอการกำเริบของโรคได้ดีกว่าวิธีการรักษาที่ 1 แต่ต้นทุนการรักษามากกว่า กล่าวคือต้องลงทุนเพิ่มขึ้นอีก 2,445.19 บาท เพื่อให้ได้ระยะเวลาปลอดเอดส์เพิ่มอีก 11 เดือน

สุวัตร์ เลิศชยันตี (2543: 141-149)ศึกษาเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพะเยา เป็นการรักษาตามอาการและโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วย เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ตุลาคม 2538 – กันยายน 2540 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ทุกราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยประเภทที่รับไว้ในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยใน จำนวน 1,880 ราย เพื่อศึกษาขนาดและองค์ประกอบของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ การรับภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อขนาดของค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแบ่งเป็นค่ายามากที่สุดคือร้อยละ 69.03รองลงมาได้แก่ ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าชันสูตร ค่าเอ็กซ์เรย์ และค่าทำหัตการ คือ ร้อยละ 11.97 3.91 1.46 และ 0.78 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 4,895.01 บาท

ถวิล สังฆมณี (2543:107-117) ศึกษาคุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเอง ความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยด้านประชากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เป็นผู้ป่วยเอดส์เฉพาะผู้ป่วยนอกอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ 32 แห่งใน 7 จังหวัดเขตการสาธารณสุขที่ 4 เดือนพฤษภาคม 2543 – กันยายน 2543 จำนวน 176 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตของโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี แต่เมื่อแบ่งรายด้านพบว่า ด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 49.4) ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 42.6, 46.6 และ 44.9 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ทราบผลเลือด และการเปิดเผยตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

วิไลวรรณ พร้อมมูล (2538:154 - 162) ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 212 คน โรงพยาบาลบำราศนราดูร ตั้งแต่ มกราคม 2536 – ตุลาคม 2537 โดยรวบรวมเฉพาะค่าบริการที่โรงพยาบาลคิดจากคนไข้ แบ่งผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 3 ครั้ง/ปี จำนวนวันเฉลี่ย 32 วัน/ครั้ง ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 19,752 บาท/ครั้ง และ 60,067 บาท/ปี ผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 12 ครั้ง/ปี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 3,280 บาท/ครั้ง ผู้ป่วยสามารถจ่ายเองร้อยละ 46

วาสนา อิ่มเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ(2542:103) ศึกษาการจัดสรรทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นการศึกษานำร่องเพื่อค้นหาปัจจัยบ่งชี้ที่สำคัญที่ควรนำไปขยายผลเพื่อศึกษาต่อ การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จาก 4 หมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่

ตุลาคม 2540 ถึง มีนาคม 2541 ผลการศึกษาพบว่า ค่ารักษาตัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนเสียชีวิตซึ่งรวมค่ายาและค่าเดินทางตลอดจนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ประมาณรายละ 29,274 บาท ค่าใช้จ่ายในการทำศพประมาณ 52,775 บาทต่อราย ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจะตกกับครอบครัวคือส่วนใหญ่ใช้เงินออมของครอบครัวมาใช้ การได้รับสงเคราะห์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการขายทรัพย์สินที่มีอยู่ ตามลำดับ

4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

สมิทธ์ และคณะ (Smith, et al. 1994: 2-3) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชายที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ที่เรียกว่า MQOL – HIV (Multidimentional Quality of Life Quesionaire for Person with HIV/AIDS) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 3 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อพบผู้ป่วย และติดตาม 2 ครั้ง ที่ 2 สัปดาห์ และ 6 เดือน จำนวน 92 ราย ที่ Boston Community Health Center ผลการศึกษาพบว่า หลังจาก 5.5 เดือน ผู้ป่วยร้อยละ 46 มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ร้อยละ 32 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และร้อยละ 23 มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

บอซเซทท์ และคณะ (Bozzette, et al. 2001:817-823) ศึกษาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้ยาต้านไวรัส โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสของสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ต้นปี ค.ศ.1996 และเก็บข้อมูลรวมทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 มกราคม 1996 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายต่อเดือน เท่ากับ 1,792 เหรียญ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 2,864 ราย ครั้งที่ 2 มีนาคม 1997 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายต่อเดือน เท่ากับ 1,359 เหรียญ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 2,466 ราย ครั้งที่ 3 พฤศจิกายน 1997 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายต่อเดือน เท่ากับ 1,419 เหรียญ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 2,265 ราย และครั้งที่ 4 ตุลาคม 1998 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายต่อเดือน เท่ากับ 1,410 เหรียญ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 1,915 ราย เมื่อจำแนกผู้ป่วยโรคเอดส์ตามอาการและความก้าวหน้าของโรคพบว่า กลุ่มอาการ A หรือกลุ่มที่ยังไม่แสดงอาการมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,067 เหรียญต่อรายต่อเดือน กลุ่มอาการ B หรือกลุ่มที่มีอาการมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,119 เหรียญต่อรายต่อเดือน และกลุ่มอาการ C หรือกลุ่มที่ป่วยเป็นเอดส์มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,767 เหรียญต่อรายต่อเดือน

และเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามปริมาณเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 พบว่า ผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 มากกว่าหรือเท่ากับ 500 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 532 เหรียญต่อรายต่อเดือน ผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ตั้งแต่ 200 – 499 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 925 เหรียญต่อรายต่อเดือน ผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 ตั้งแต่ 50 - 199 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 1,361 เหรียญต่อรายต่อเดือน และผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 50 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 2,344 เหรียญต่อรายต่อเดือน

โอโซวิกกี และคณะ (Osowiecki, et al. 2001:1327 – 1332) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการรับรู้ (Cognitive Status) และอารมณ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะเพศหญิงจำนวน 69 รายมีอายุเฉลี่ย 37.9 ปี ผลการศึกษาพบว่าสภาวะการรับรู้และอารมณ์มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ฟรีดเบอร์ก และคณะ (Freedberg, et al. 2001:804 – 831) ศึกษาต้นทุน – ประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยในโครงการวิจัยทางคลินิกเรื่องยาต้านไวรัสประเทศสหรัฐอเมริกา (ACTG 320 Study) ผู้ป่วยในโครงการวิจัยทางคลินิกในประเทศ อิตาลี เนเธอร์แลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย (INCAS Trial) และโครงการดูปองค์ (Dopont 006 Trial) ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยในการมีชีวิตต่อไป (Life Expectancy) เพิ่มขึ้น 1.38 – 2.67 ปี ในกลุ่มที่ใช้ยาต้านไวรัส และอายุเฉลี่ยในการ

มีชีวิตต่อไปในกลุ่มที่ไม่ใช้ยาต้านไวรัสลดลง 1.97 ปี เมื่อนำมาคำนวณแล้วปรับเป็นคุณภาพชีวิตโดยการประเมินคุณค่าของการดำเนินชีวิต(Quality Adjusted Life-Years) พบว่ามีค่าเท่ากับ $13,000 - $23,000ต่อปี

เบเดีย และคณะ (Badia, et al. 2000:1493-1447) ศึกษาถึงการประเมินผลได้ทางการแพทย์ โดยการประเมินคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบเครื่องมือที่ใช้ 2 ชนิด ได้แก่ MOS (Medical Outcome Study) และ MQOL (Multidimensional Quality of Life) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีประเทศเสปน จำนวน 296 ราย ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2540 – มิถุนายน 2541 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 2 แบบ เมื่อเริ่มได้รับการรักษา และหลังการรักษา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลา 3 เดือนของการรักษาสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตได้ และแบบวัด MQOL (Multidimensional Quality of Life) แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนกว่า

จากการทบทวนทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การประเมินผลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ในปัจจุบัน ควรเป็นการประเมินทั้งคุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนในการรักษาพยาบาล แต่ในงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการประเมินเพียงสิ่งใดสิ่งหนึ่งเท่านั้น ซึ่งตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของการรักษาพยาบาลหรือการดูแลสุขภาพที่ใช้ทั้งค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิตยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ ซึ่งทั้งค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิต จะเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินผลในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคเอดส์

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยตามสภาพจริงของโรงพยาบาลบำราศนราดูร โดยการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลบำราศนราดูร ที่ได้รับการรักษา และจัดอยู่ในประเภทของผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และได้รับยารักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ/หรือยาต้านไวรัส ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูรทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2545 – 15 มกราคม 2546 ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จากทะเบียนของกลุ่มงานอิมมูโนวิทยา โรงพยาบาลบำราศนราดูรจำนวนทั้งสิ้น 628 ราย และคัดกลุ่มประชากรออกจากเกณฑ์ (Exclusion Criteria) ดังนี้

- ใช้ยาต้านไวรัสนานเกิน 1 เดือน
- เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิกของโรงพยาบาล
- เข้ารับบริการคลินิกนอกเวลาราชการ
- ใช้สิทธิประกันสังคม, ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ไม่มารับบริการตามกำหนดนัด

เมื่อคัดผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วจะเหลือประชากรทั้งสิ้น 113 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และได้รับยารักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ/หรือได้รับยาต้านไวรัส ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูรทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณจากสูตรของยามาเน่ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ.2538:297 ; อ้างอิงจาก Yamane Taro.1967 : 886) เท่ากับ 89 คน และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลผู้ป่วยครั้งแรกจำนวน 94 คน แต่มีผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาจนครบ 3 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 37 คน ดังตาราง 5

ตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยจำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย	วิธีการรักษา		รวม
	ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว	ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส	
B_3	5	14	19
C_3	7	11	18
รวม	11	26	37

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบบันทึกลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย จำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 วิธีการรักษา โดยการคัดลอกจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามและแบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งที่มารับการรักษาพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วน

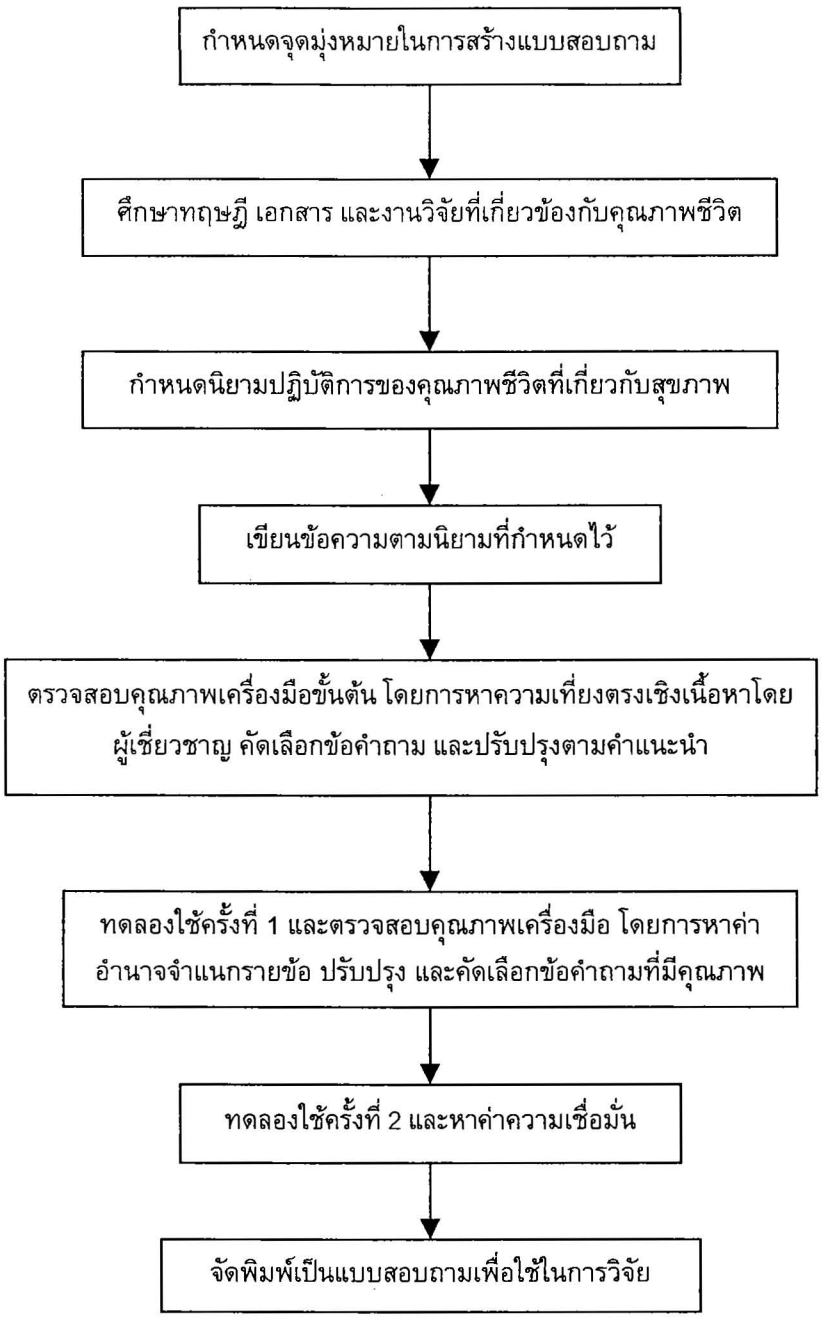
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Non-Medical Cost) ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก การสูญเสียรายได้ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Medical Cost) ได้แก่ ค่ายา ค่าเอ็กซ์เรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

3. แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือเฉพาะแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีขั้นตอนดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ลำดับขั้นตอนการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

จากภาพประกอบดังกล่าว ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพดังนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมายในการสร้างแบบสอบถาม เพื่อสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์

2. ศึกษานิยาม ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. เขียนนิยามและคุณลักษณะหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องการวัดตามที่นิยามไว้

4. เขียนข้อความในแบบสอบถามให้สอดคล้องตามที่นิยามไว้ โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ จริง ค่อนข้างจริง จริงน้อย และไม่จริง จำนวน 50 ข้อ

5. ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นของแบบสอบถามโดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำข้อความที่เขียนไว้ในข้อ 4 ไปให้ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์พิจารณาปรับปรุงแก้ไข แล้วจึงนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขจำนวน 2 ท่าน และนักวัดผลที่มีประสบการณ์ทางการวัดผลไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถามที่เขียนนิยามไว้ โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ซึ่งจากผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจำนวน 49 ข้อ ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.8 – 1.0 และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและคัดเลือกไว้ 33 ข้อ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.8 – 1.0

6. นำแบบสอบถามที่คัดเลือกจากข้อ5 ไปสอบถามผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่โรงพยาบาลบำราศนราดูรเป็นรายบุคคล จำนวน 50 คน ในเดือนมิถุนายน 2546 นำผลคะแนนวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้เทคนิค 25 % ของกลุ่มสูงกลุ่มต่ำ แล้วจึงวิเคราะห์โดยใช้ t-test พบว่าแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (t) อยู่ระหว่าง 1.00 – 8.83 ดังนั้นจึงคัดเลือกข้อคำถามไว้จำนวน 30 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (t) อยู่ระหว่าง 2.38 – 8.83 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

7.นำแบบสอบถามที่ได้จากข้อ 6 ไปสอบถามผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ชมรมแสงเทียนโรงพยาบาลบำราศนราดูร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ในเดือนกรกฎาคม 2546 แล้วนำผลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ปรากฏว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

8. จัดทำแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

H.N.....ผู้ป่วยชื่อ – สกุล .....อายุ.....ปี เพศ ❑ 1. ชาย ❑ 2. หญิง

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และการรักษาพยาบาล

1. การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❑ 1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

❑ 2. การรักษาหรือการป้องกัน/การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2. จำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดCD4 เมื่อเริ่มรักษา .....เซลล์/ลบ.ซม

3. การป่วยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ❑ 1.ไม่เคยป่วย ❑ 2.เคยป่วยด้วยโรคระบุ.....

4. ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

4.1 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล.....ครั้ง

❑ ผู้ป่วย**นอก**วันที่.....อาการสำคัญ/การวินิจฉัย.....

❑ ผู้ป่วย**ใน**อยู่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ .....ถึง.....รวม.....วัน วินิจฉัย.....

4.2 ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเป็นค่ายา เวชภัณฑ์ และอื่นๆ ในการรักษาพยาบาลจำนวน.....บาท

4.3 ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ได้แก่

1) ค่าเดินทางไป – กลับของผู้ป่วยและญาติจำนวน .....บาท

2) ค่าอาหารของผู้ป่วยและญาติจำนวน.....บาท 3) ค่าที่พักของญาติ.....บาท

4.4 ผู้ป่วยและญาติหยุดงานและเสียรายได้ในการมารับการรักษาครั้งนี้หรือไม่

1) ผู้ป่วยหยุดงานและเสียรายได้จำนวน.....บาท 2) ญาติหยุดงานและเสียรายได้จำนวน.....บาท

แบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

คำชี้แจง ขีด ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับท่านมากที่สุดดังนี้

จริง หมายถึง ข้อความหรือเหตุการณ์ **ตรง**กับการปฏิบัติ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน **มากที่สุด**

ค่อนข้างจริง หมายถึง ข้อความหรือเหตุการณ์ **ตรง** กับการปฏิบัติ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน **ปานกลาง**

จริงน้อย หมายถึง ข้อความหรือเหตุการณ์ **ตรง**กับการปฏิบัติ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน**น้อย**

ไม่จริง หมายถึง ข้อความหรือเหตุการณ์**ไม่ตรง**กับการปฏิบัติ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน

เนื้อหาในการวัด	จริง	ค่อนข้างจริง	จริงน้อย	ไม่จริง
1. ด้านสุขภาพทางร่างกาย **ใน 1 เดือนที่ผ่านมาสุขภาพร่างกายของท่านเป็นอย่างไร** 0. ท่านสามารถเคลื่อนย้ายของหนักที่ต้องออกแรงมากกว่าปกติ เช่น ข้าวสาร หรือสิ่งของที่มีน้ำหนักประมาณ50 กิโลกรัม หรือเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมากๆ เช่นฟุตบอล ว่ายน้ำ เป็นต้น				
00. ท่านสามารถทำงานบ้าน หรือบริเวณบ้านที่ท่านทำประจำได้ หรือออกกำลังกายที่ท่านทำเป็นประจำได้				
000. ท่านหยุดงาน / เรียน หรือกิจกรรมประจำวัน อื่น ๆ เพราะปัญหาสุขภาพ				
2.ด้านสุขภาพจิต ใน 1 เดือนที่ผ่านมาสุขภาพทางจิตและอารมณ์ของท่านเป็นอย่างไร 0. เต็มไปด้วยพลังที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้				
00. ท่านรู้สึกว่าท่านมีความสุขและรื่นเริง				
000. อารมณ์เสีย หรือหงุดหงิดกับคนรอบข้างบ่อยๆ				
0000. ปัญหาสุขภาพทำให้ท่านรู้สึก**ท้อแท้**กับการดำเนินชีวิต				

วิธีการตรวจให้คะแนน

ข้อความที่สร้างมี 2 ลักษณะ คือ ข้อความทางบวกและข้อความทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เมื่อข้อความเป็นทางบวก ให้คะแนนดังนี้		เมื่อข้อความเป็นทางลบ ให้คะแนนดังนี้	
จริง	3	จริง	0
ค่อนข้างจริง	2	ค่อนข้างจริง	1
จริงน้อย	1	จริงน้อย	2
ไม่จริง	0	ไม่จริง	3

การแปลความหมายของคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

เมื่อคะแนนเฉลี่ยรายข้อมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2.5 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพระดับดี
เมื่อคะแนนเฉลี่ยรายข้อมีค่าระหว่าง 1.50 – 2.49 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพระดับค่อนข้างดี
เมื่อคะแนนเฉลี่ยรายข้อมีค่าระหว่าง 0.50 – 1.49 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพระดับค่อนข้างไม่ดี
เมื่อคะแนนเฉลี่ยรายข้อมีค่าน้อยกว่า 0.50 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพระดับไม่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม และใช้แบบบันทึกข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำราศนราดูร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานกับหน่วยงานในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนกห้องปฏิบัติการ แผนกเวชระเบียน แผนกเวชสถิติ และงานการพยาบาล เพื่อนัดหมายวันเวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. จัดเตรียมแบบสอบถามให้พอเพียง

4. ศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียน เรื่องการรักษาพยาบาล และความสม่ำเสมอของการมารับการรักษา จำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี4 อาการเจ็บป่วย วิธีการรักษา และกำหนดนัดครั้งต่อไป บันทึกในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยผู้วิจัยและทีมงานที่ได้รับการอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามแล้ว ผู้ป่วยตามแบบสอบถาม ดังนี้

5.1 แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

5.2 รวบรวมประวัติการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล จากเวชระเบียนและบันทึกลงใบแบบบันทึกข้อมูล ติดตามผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลบำราศนราดูร รวมระยะเวลาการรักษาทั้งสิ้นนาน 3 เดือน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 สิงหาคม 2545 – 12 มีนาคม 2546 โดยมีการบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับการรักษาพยาบาล ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลประมาณเดือนละครั้ง หรือมากกว่าในกรณีมีอาการป่วยฉุกเฉิน

5.3 ผู้วิจัยและพยาบาลผู้ช่วยวิจัย คือ นางสาวสิริมา เทพสุภา ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพครั้งที่ 1 เมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรกที่ได้รับการรักษาไม่เกิน 1 เดือน และติดตามผู้ป่วยต่อจนครบระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาพยาบาลรวมทั้งสิ้น 3 เดือน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพตามแบบสอบถามครั้งที่ 2 กรณีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น

ผู้ป่วยที่สามารถอ่านหนังสือได้ กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านได้ ผู้วิจัยและทีมงานจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยฟังแล้วให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ

1.1 ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยการพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ.2539 : 248 – 249 ; อ้างอิงจาก Rowinelli & Hambleton. 1977)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

1.2 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถาม (Item Analysis)โดยใช้ t – test แบบเทคนิค 25 % ของกลุ่มสูงกลุ่มต่ำ (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2543 : 304 - 306)

$$t = \frac{\overline{X}_H - \overline{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเป็นรายข้อ

$\overline{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง

$\overline{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ

S_H^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มสูง

S_L^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ

n_H แทน จำนวนคนในกลุ่มสูง

n_L แทน จำนวนคนในกลุ่มต่ำ

1.3 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟา(α-coefficient) ของครอนบัค (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2538 : 200-201)

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left\{1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2}\right\}$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
n แทน จำนวนข้อของเครื่องมือวัด
S_i^2 แทน คะแนนแปรปรวนเป็นรายข้อ
S_t^2 แทน คะแนนแปรปรวนของเครื่องมือทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

2.1 สถิติพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

2.2.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยที่ได้จากแบบทดสอบ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทิศทาง (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2538 : 120 - 126)

Source of variation	SS	df	MS	F
Row	SSR	$r-1$	$\frac{SSR}{df_R}$	$F_R = \frac{MS_R}{MS_E}$
Column	SSC	$c-1$	$\frac{SSC}{df_C}$	$F_C = \frac{MS_C}{MS_E}$
Interaction	$SS(RC)$	$(r-1)(c-1)$	$\frac{SS(RC)}{df_{(RC)}}$	$F_{(RC)} = \frac{MS_{(RC)}}{MS_E}$
Error	SSE	$rc(n-1)$	$\frac{SSR}{df_E}$	
Total	SST	$rcn-1$		

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์ของอักษรย่อต่างๆ ดังนี้

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

k	แทน	คะแนนเต็มรายข้อของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\overline{X}$	แทน	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในการรักษาพยาบาล
$\overline{X}_1$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาล
$\overline{X}_2$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาล
$\overline{X}_1 - \overline{X}_2$	แทน	ความเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาล
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล
S_1	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาล
S_2	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาล
S_{x2-x1}	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาล
SS	แทน	ผลบวกกำลังสอง
df	แทน	ชั้นของความอิสระ
MS	แทน	คะแนนความแปรปรวน
F	แทน	ค่านัยสำคัญของการแจกแจง F

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ และค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วย
2. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วย
3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วย
4. การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วย

ผู้วิจัยรวบรวมคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อน และหลังการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากแบบสอบถาม จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 37 ราย จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วย แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย และวิธีการรักษา

ประเภทผู้ป่วย	วิธีการรักษา	n	k	คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ					
				$\overline{X}_1$	S_1	$\overline{X}_2$	S_2	$\overline{X}_2 - \overline{X}_1$	S_{x2-x1}
B_3	ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว	5	3	1.76	0.34	1.47	0.49	-0.30	0.18
	ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับการใช้ยาต้านไวรัส	14	3	1.93	0.42	2.04	0.40	0.11	0.32
C_3	ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว	7	3	1.60	0.62	1.65	0.64	0.05	0.48
	ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับการใช้ยาต้านไวรัส	11	3	2.13	0.48	2.48	0.41	0.23	0.44

จากตาราง 6 พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลเท่ากับ 1.76 และ 1.47 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลเท่ากับ 1.93 และ 2.04 ตามลำดับ แสดงว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 อยู่ในระดับค่อนข้างดี ยกเว้นผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี

ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลเท่ากับ 1.60 และ 1.65 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลเท่ากับ 2.13 และ 2.48 ตามลำดับ แสดงว่าผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งก่อนและหลังการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างดี

สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ –0.30 ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีค่าเท่ากับ 0.11 ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับ

การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ 0.05 และผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ 0.23 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการรักษาพยาบาลทั้ง 2 วิธีดีขึ้น ยกเว้นผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปลดลง

และถ้าพิจารณาการกระจายคะแนนในรูปค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนและหลังการรักษาพยาบาลทั้ง 2 วิธี จำแนกตามประเภทผู้ป่วยกลุ่ม B_3 และ C_3 มีค่าระหว่าง 0.34 ถึง 0.49 และ 0.39 ถึง 0.64 แสดงว่ามีการกระจายน้อยและใกล้เคียงกัน ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลมีค่าระหว่าง 0.18 ถึง 0.48 แสดงว่ามีการกระจายน้อยและใกล้เคียงกันเช่นกัน

2. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์

ผู้วิจัยรวบรวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการสอบถามผู้ป่วยโรคเอดส์ และข้อมูลจากโปรแกรมข้อมูลค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 37 ราย จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วย แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงความเชื่อมั่น 95 % ของค่าเฉลี่ย ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงความเชื่อมั่น 95 % ของค่าเฉลี่ย ของค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์หลังจากได้รับการรักษาพยาบาล จำแนกตามประเภทผู้ป่วยและวิธีการรักษา

ประเภทผู้ป่วย	วิธีการรักษา	n	ค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล					
			ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	$\overline{X}$	S	ช่วงความเชื่อมั่น 95 %	
							ช่วงล่าง	ช่วงบน
B_3	ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว	5	351.33	760.33	531.46	181.03	306.63	756.17
	ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับการใช้ยาต้านไวรัส	14	1490.00	3671.67	2109.48	580.32	1774.41	2444.54
C_3	ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว	7	229.33	2577.00	1043.05	798.95	304.14	1781.96
	ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับการใช้ยาต้านไวรัส	11	1330.67	3645.00	2127.91	656.77	1686.68	2569.14

จากตาราง 7 พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 351.33 ถึง 760.33 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 531.40 บาท ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 1490.00 ถึง 3671.67 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 2109.48 บาท

สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 229.33 ถึง 2577.00 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 1043.05 บาท ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 1330.67 ถึง 3645.00 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 2127.91 บาท

เมื่อพิจารณาการกระจายในรูปค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้ง 2 วิธี มีค่าระหว่าง 181.03 ถึง 798.95 แสดงว่ามีการกระจายของค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก

3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย

3.1 ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาล จำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมีสองตัวประกอบ ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนการรักษาพยาบาลจำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย

แหล่งตัวแปร	*SS*	*df*	*MS*	*F*
ระหว่างวิธีการรักษา	0.98	1	0.98	4.39*
ระหว่างประเภทผู้ป่วย	0.003	1	0.003	0.01
ปฏิสัมพันธ์	0.27	1	0.27	1.20
ความคลาดเคลื่อน	7.37	33	0.22	
รวม	8.72	36		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 พบว่า ผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

สำหรับผู้ป่วยระหว่างประเภทกลุ่ม B_3 และ C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีรักษา และประเภทผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ หลังการรักษาพยาบาล จำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมีสองตัวประกอบ ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์หลังการรักษาพยาบาลจำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย

แหล่งตัวแปร	*SS*	*df*	*MS*	*F*
ระหว่างวิธีการรักษา	3.92	1	3.92	18.13**
ระหว่างประเภทผู้ป่วย	0.75	1	0.75	3.48
ปฏิสัมพันธ์	0.13	1	0.13	0.60
ความคลาดเคลื่อน	7.14	33	0.22	
รวม	11.96	36		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 9 พบว่า ผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิติที่เกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

สำหรับผู้ป่วยระหว่างประเภทกลุ่ม B_3 และ C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีรักษา และประเภทผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาล จำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมีสองตัวประกอบ ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์หลังการรักษาพยาบาล จำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย

แหล่งตัวแปร	*SS*	*df*	*MS*	*F*
ระหว่างวิธีการรักษา	0.98	1	0.98	7.36*
ระหว่างประเภทผู้ป่วย	0.67	1	0.67	5.00*
ปฏิสัมพันธ์	0.02	1	0.02	0.19
ความคลาดเคลื่อน	4.40	33	0.13	
รวม	5.86	36		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 พบว่า ผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

สำหรับระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม B_3 และ C_3 มีความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยกลุ่ม C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้ป่วย B_3 ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีรักษา และประเภทผู้ป่วยมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลจำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วยโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมีสองตัวประกอบ ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย

แหล่งตัวแปร	*SS*	*df*	*MS*	*F*
ระหว่างวิธีการรักษา	14036638.78	1	14036638.78	36.61**
ระหว่างประเภทผู้ป่วย	556192.10	1	556192.10	1.45
ปฏิสัมพันธ์	481518.73	1	481518.73	1.26
ความคลาดเคลื่อน	12652531.03	33	383410.03	
รวม	26863324.34	36		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 พบว่า ผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม B_3 และ C_3 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีรักษา และประเภทผู้ป่วยมีผลต่อค่าใช้จ่ายต่อเดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์

2. เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์

3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ระหว่างวิธีการรักษาต่างกัน

4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ระหว่างประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน

5. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ระหว่างวิธีการรักษาต่างกัน

6. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ระหว่างประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน

7. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์

8. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และได้รับยารักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ/หรือยาต้านไวรัส ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูรทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2545 ถึง 15 มกราคม 2546 ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จากทะเบียนของกลุ่มงานอิมมูโนวิทยา โรงพยาบาลบำราศนราดูร ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 113 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคที่มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และได้รับยารักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ/หรือได้รับยาต้านไวรัส

ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูรทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 94 คน และสามารถติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลครบ 3 เดือน จำนวน 37 คน

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูรต่างกันเมื่อได้รับวิธีการรักษาต่างกัน

2. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูรต่างกัน เมื่อประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน

3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ต่างกันเมื่อได้รับวิธีการรักษาต่างกัน

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ต่างกันเมื่อประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน

5. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์

6. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบบันทึกลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย จำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 วิธีการรักษา โดยการคัดลอกจากเวชระเบียนของผู้ป่วย
2. แบบสอบถามและแบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งที่มารับการรักษาพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Non-Medical Cost) ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก การสูญเสียรายได้ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Medical Cost) ได้แก่ ค่ายา ค่าเอ็กซ์เรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

3. แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรส่วนประมาณค่า 4 มาตรา จำนวน 30 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก (t) ตั้งแต่ 2.38 – 8.83 และค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.93

การเก็บราบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 30 สิงหาคม 2545 ถึงวันที่ 12 มีนาคม 2546 โดยดูกำหนดนัดครั้งต่อไปของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ที่จะเก็บข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และ เก็บข้อมูลต่างๆ และ

ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ครั้งที่ 1 จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 94 คน โดยใช้เวลาช่วงเช้าก่อนผู้ป่วยจะพบแพทย์ จากนั้นผู้วิจัยจะมาสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโดยติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 3 เดือน แล้วจึงให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพครั้งที่ 2 โดยมีผู้ป่วยที่ติดตามได้ครบ 3 เดือนจำนวน 37 ราย ผู้ป่วยที่ติดตามได้ไม่ครบเนื่องจากผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการรักษา ไม่มาตามกำหนดนัด เปลี่ยนมาใช้สิทธิประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้าและไปรักษาต่อในสถานพยาบาลอื่น

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลสรุปดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 และ C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างดี ยกเว้นผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี

สำหรับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพลดลงหลังการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิที่เกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้นหลังการรักษาพยาบาล ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิที่เกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้นหลังการรักษาพยาบาล

2. ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 351.33 ถึง 760.33 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 531.40 บาท ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 1490.00 ถึง 3671.67 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 2109.48 บาท

สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 229.33 ถึง 2577.00 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 1043.05 บาท ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 1330.67 ถึง 3645.00 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 2127.91 บาท

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อ

ฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาลดีกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลดีกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลดีขึ้นสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

4. ผู้ป่วยประเภทกลุ่ม B_3 และ C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยประเภทกลุ่ม B_3 และ C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผู้ป่วยประเภทกลุ่ม B_3 และ C_3 มีความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยกลุ่ม C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลดีขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่ม B_3

5. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

6. ระหว่างผู้ป่วยประเภทกลุ่ม B_3 และ C_3 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

8. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 และ C_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างดี เนื่องจากผู้ป่วยทั่วไปก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะดูแลสุขภาพของตัวเองเป็นอย่างดี เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ยอมรับถึงความเจ็บป่วยของตนเอง จะมีความหวังว่าจะสามารถยืดเวลาให้ตนมีสุขภาพดีแข็งแรงต่อไปได้ โดยพยายามจะไม่ทำงานหนัก หรือทำงานหักโหมเพื่อถนอมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอโซวิกกี และคณะ (Osowiecki, et al.2544 : 1327 – 1332) ที่พบว่าสภาวะการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองและอารมณ์มีผลต่อคุณภาพชีวิต และยังสอดคล้องกับดรุณี รุจกรกานต์ (2541 : 139) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีสุขภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสจะมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังได้รับการรักษาดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวจะลดลง หลังได้รับการรักษาพยาบาล เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ในปัจจุบันพบว่ายาต้านไวรัสเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่จะยืดอายุผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย โอกาสในการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดน้อยลง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยาต้านไวรัสจะมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวอชเทล และคณะ (พิกุล นันทชัยพันธ์ 2539 : 40 ; อ้างอิงจาก Wachtel, et al.1992) ที่รายงานการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอดส์ว่า ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอาการน้อยกว่าในทุก ๆ ด้าน

2. ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 351.33 ถึง 760.33 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 531.40 บาท ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม B_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 1490.00 ถึง 3671.67 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 2109.48 บาท สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 229.33 ถึง 2577.00 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 1043.05 บาท ส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่าง 1330.67 ถึง 3645.00 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 2127.91 บาท เนื่องจากยาต้านไวรัสในประเทศไทยยังมีราคาสูงตลอดจนการกระจายยาต้านไวรัสยังไม่มีในโรงพยาบาลอำเภอ หรือจังหวัดทั่วไป ซึ่งจะมีเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ และโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคเท่านั้น ผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสต้องเดินทางเข้ามารับยาในกรุงเทพฯ หรือสถานพยาบาลที่ไกลจากที่อยู่ของตน ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เช่น การเดินทาง ค่าอาหาร และค่าที่พักมากตามไปด้วย จากการศึกษาของวิไลวรรณ พร้อมมูล (2538 : 154 – 162) ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 3,280 บาท/เดือน และผู้ป่วยสามารถจ่ายได้เพียงร้อยละ 46 คือ ประมาณ 1,508 บาท/เดือน ซึ่งคิดเฉพาะค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์เท่านั้น

3. ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาล สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ และมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลดีขึ้นกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ตามข้อ 1 ซึ่งสอดคล้องการการศึกษาของ ฟรีดเบอร์ก และคณะ (Freedburg, et al. 2001 : 804 – 831) ที่พบว่าผู้ป่วยในโครงการวิจัยทางคลินิกที่ใช้ยาต้านไวรัสมีอายุเฉลี่ยในการมีชีวิตต่อไป (Life Expectancy) เพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช้ยาต้านไวรัสจะลดลง และสรุปไว้ว่าการรักษาผู้ป่วยด้วยการให้ยาต้านไวรัสเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า (Cost – Effective) และจากการศึกษาของสุจิตรา พุทธวงษ์ (2544 : 11 – 12) ที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสสูตร 3 ตัว (Triple Therapy) สามารถลดประมาณเชื้อในกระแสเลือด และ/หรือทำให้จำนวนเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้มากขึ้น โอกาสการเจ็บป่วยก็จะลดน้อยลงด้วย

4. ผู้ป่วยโรคเอดส์ประเภทกลุ่ม B_3 มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพก่อนและหลังการรักษาพยาบาลแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วยกลุ่ม C_3 และ ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่ม C_3 มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหลังการรักษาพยาบาลดีขึ้นกว่า ผู้ป่วยกลุ่ม B_3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับแร็กส์เดล และมอร์โรว์ (พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539 : 40 ; อ้างอิงจาก Ragsdale & Morrow.1990) ที่เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในระยะต่าง ๆ พบว่ามีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่มีระยะของโรคต่างกัน เนื่องจากการแบ่งประเภทของกลุ่มผู้ป่วยแบ่งตามอาการและประวัติการเจ็บป่วย ๆ ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม B_3 ถึงแม้ว่าจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคน้อย จะยังไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่สำคัญ (Major Opportunistic infection) จึงทำให้สุขภาพของผู้ป่วยยังดีอยู่ แต่ผู้ป่วยกลุ่ม C_3 จะเป็นกลุ่มที่เรียกอีกแบบหนึ่งว่าเอดส์เต็มขั้น (AIDS Advance) ซึ่งจะป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่สำคัญและรุนแรงจึงทำให้คุณภาพชีวิตลดน้อยลง หรือไม่ดี

5. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัสมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ตามข้อ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของชัยยศ คณานุสนธิ์ และคณะ (2539) ได้รายงานถึงความพยายามในการประเมินความคุ้มค่าการรักษาและป้องกันโรคเอดส์ พบว่าการใช้ยาต้านไวรัสเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่าเพราะผลตอบแทนต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ลงไป เนื่องจากการใช้ยาต้านไวรัสจำเป็นต้องใช้ยาอย่างน้อย 3 ตัว จึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งยาต้านไวรัสในประเทศไทยยังมีราคาสูง ตลอดจนการกระจายตัวของยาต้านไวรัสยังไม่แพร่หลายไปสู่โรงพยาบาลทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยาต้านไวรัสต้องเดินทางเข้ากรุงเทพฯ หรือต้องในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคต่าง ๆ จึงทำให้ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง การสูญเสียรายได้ จากการเดินทางมาพบแพทย์มากตามไปด้วย

6. ผู้ป่วยโรคเอดส์ประเภทกลุ่ม B_3 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กับผู้ป่วยกลุ่ม C_3 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบอซเซทท์และคณะ (Bozzette, et al. 2001 : 817 – 823) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม C มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่ม B และผู้ป่วยที่มีเม็ดโลหิตขาวชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 50 จะมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนมากที่สุด จากการแบ่งประเภทผู้ป่วยโดยใช้ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่สำคัญ (Major Opportunistic infection) ในอดีตและปัจจุบันเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ซึ่งการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วยจะได้รับการรักษาและหายดีแล้ว ทำให้ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคนั้น ๆ แล้ว

7. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ และค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการรักษาพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 และข้อที่ 6 แสดงว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเกี่ยวพันระหว่างวิธีการรักษาและประเภทผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสร่วมกับการให้ยารักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยาต้านไวรัส ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะมากกว่าด้วยก็ตาม การใช้ยาต้านไวรัสก็ยังแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยงแปลงไปในทางที่ดีขึ้นด้วย แสดงว่า การใช้ยาต้านไวรัสซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นวิธีการรักษาที่แพทย์ผู้รักษา และผู้ป่วยควรพิจารณาเลือก และผู้กำหนดนโยบายในการรักษาพยาบาลควรดำเนินการให้ยาต้านไวรัสมีราคาถูกลง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาต้านไวรัสมากยิ่งขึ้น

2. ข้อจำกัดการวิจัยและข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ข้อจำกัดการวิจัย

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างมีการสูญหายระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในการติดตามการรักษาพยาบาลนาน 3 เดือน ซึ่งเนื่องจาก การเปลี่ยนวิธีการรักษา การไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่นๆ ขาดการติดต่อ หรือเสียชีวิต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่สอบถามครั้งแรกจำนวน 94 ราย จะเหลือจนครบการติดตาม 3 เดือน เพียง 37 ราย

2.1.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวและไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ด้วย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายให้กับโรงพยาบาลบำราศนราดูร ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่าสูญเสียรายได้เมื่อเจ็บป่วยหรือมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้แยกวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในแต่ละส่วนเนื่องจากกำหนดนิยามศัพท์ไว้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาบลตามที่กล่าวไว้ข้างต้น

2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.2.1 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เป็นต้น ว่ามีค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนในการรักษาแตกต่างกันหรือ

ไม่ เพื่อจะช่วยในการพิจารณากำหนดให้การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสมีความคุ้มค่าหรือไม่ และสามารถบรรจุอยู่ในสิทธิประกันสุขภาพได้หรือไม่

2.2.2 ควรทำการศึกษาสัดส่วนการครอบคลุมของระบบการประกันสุขภาพในผู้ป่วยโรคเอดส์ และแนวทางการพัฒนาให้มีความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ เพื่อลดปัญหาของค่าใช้จ่ายที่สูงของการใช้ยาต้านไวรัส

2.2.3 ควรทำการศึกษาต้นทุน – ผลประโยชน์ หรือต้นทุน – ผลได้ของวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการใช้สมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่าง ๆ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายในส่วนของสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และแนวทางการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นภาระส่วนหนึ่งของผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กองโรคเอดส์, กระทรวงสาธารณสุข. (2535). ***ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข***. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

กองระบาดวิทยา, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2544). ***เอกสารสรุปสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2544***. นนทบุรี : กองฯ.

เกียรติ์ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ. (2541). " การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เอดส์, " ***การวิจัยทางคลินิก***. กรุงเทพฯ : สหมิตรพริ้นติ้ง.

งานเวชสถิติ, โรงพยาบาลบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข.(2544) สรุปรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อปี 2544.

ชัยยศ คุณานุสนธิ์ และคณะ.(2539, เมษายน). " สถานการณ์ทางด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ.2538 – 2539, " ***โรคเอดส์***.8(4):191 – 199.

ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ.(2541). ***ผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลมหาสารคาม***. รายงานวิจัย.

ถวิล สังฆมณี. (2543, กุมภาพันธ์). " คุณภาพชีวิตศักยภาพในการดูแลตนเองและความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เขตสาธารณสุข 4," ***โรคติดต่อ***. 26 (2) : 107 – 117.

พิกุล นันทชัยพันธ์.(2539). ***รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์***. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภิรมย์ กมลรัตนกุล และคณะ. (2534, มีนาคม). " เปรียบเทียบต้นทุนการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นกับระบบยาพื้นฐานของคนไข้วัณโรค, "***โรคติดต่อ***. 17 (3) : 153-162.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2538) ***เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา***.กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

วาสนา อิ่มเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ. (2542). ***การจัดสรรทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์***. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรสังคมฯ.

วิพุธ พูลเจริญ. (2539). " ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์" ใน ***เอกสารสำหรับการเสนองบประมาณแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2541***. กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข.

วิไลวรรณ พร้อมมูล.(2538, เมษายน). " การคาดคะเนค่าใช้จ่ายด้านการบริการทางแพทย์ของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูร, " ***วิชาการสาธารณสุข*** .12 (4):154 – 162

ศิราภรณ์ สวัสดิวร,วินัย สวัสดิวร, สุนทรี โรจนสุพจน์.(2534, มกราคม)." ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Dengue virus โรงพยาบาลมหาสารคาม," ***โรคติดต่อ***.17(1): 43-54.

ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์. (2541). "ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของโรคเอดส์ " ***ในองค์ความรู้ของงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์***. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศุภชัย ฤกษ์งาม.(2544, กันยายน). " สรุปสาระสำคัญด้านการดูแลทางการแพทย์และสังคม/คุ้มครองสิทธิ์," ***ก้าวทันโรคติดต่อ***.12 (9) : 6 – 8.

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. (2534). ***เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข***. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุคนธา คงศีลและคณะ.(2535) ***ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข***. กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุจิตรา พุทธวงศ์.(2544). ***การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย HIV/AIDS โรงพยาบาลบำราศนราดูร***. รายงานการวิจัย.โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์.(2538)." Clinical Economics,"***วิจัยทางคลินิก(Clinical Research)***. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2539).***คำนิยามสถิติสาธารณสุข***. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

_____.(2544). สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2544.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,กระทรวงสาธารณสุข.(2545).***แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทยปี พ.ศ.2545***. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.

แสวง วัชระธนกิจ. (2540).***การวิเคราะห์ต้นทุน –ประสิทธิผลของยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี.*** วิทยานิพนธ์ ภ.ม. (เภสัชกรรมโรงพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ.(2543). ***ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์***. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวัตร์ เลิศชยันตี.(2543, มีนาคม). " การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพะเยา," ***โรคเอดส์***. 12(3) : 141 – 149.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ.(2540). ***เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด*** 100 ตัวชี้วัดและ26ตัวชี้วัด . รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่.

ศดานันท์ ปิยกุล. (2542). ***คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่***. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bowling, Ann.(1999). ***Measuring Health : a Review of Quality of Life Measurement Scales***. 2nd ed. Buckingham – Philadelphia : St Edmundsbury Press.

Bozzette, Samuel A. et al. (2001, November). " Expenditures for The Care of HIV – infected Patients in The Era of Highly Active Antiretroviral Therapy, " ***New English***. 344(11) : 817 – 823.

Chris, M. Kozma. (1995, July). " Outcomes Research and Pharmacy Practice : Evaluating Phamaceutical Products and Services Requires Looking at The Economic, Clinical, and Humanistic Outcomes of Therapy, " ***J American Pharmacy***. 35 (7) :36 – 37.

Flanagan, JC. (1978, November). " A Research Approach to Improving Our Quality of Life, " ***AM Psychol***. 33 (11) :138-147.

Freedberg, Kenneth A. et al.(2001,November). " The Cost Effectiveness of Combination Antiretroviral Therapy for HIV Disease, " ***New English***. 344(11): 824 – 831.

Gold, J. et al. (1994).***The AIDS Manual***. 3rd ed. Albion Street Centre (AIDS) Australia.

Kozma,CM.(1995,July). " Outcome research and pharmacy practice," ***American Pharmacy*** ; 1995 NS35(7): 36 – 37.

Oleson, M.(1990, April). " Subjectively Perceived Quality of Life, " ***Image***. 22 (4) :187 – 190

Orem, D.E. (1991). ***Nursing : Concepts of Practice***. 4thed. St.Louis : Mosby Year Book.

Osowiecki, Dana M.& Cohen, Ronald A.(2000, October). " Neurocognitive and Psychological Contributions to Quality of Life in HIV – infected Women, " ***AIDS***.14 (10) : 1327 – 1332.

Sande, Merle A., Gilbert, David N., Moellering, Robert C. (2000) . ***The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy***. 9thed. USA : Antimicrobial Therapy, Inc.

Smith, Kevin W.& Mayer, Avis N. (2002).***Responsiveness of The MQOL – HIV to Quality of Life Changes in a Cohort of HIV+ Men***. http://rrr.heri.org/HTML/INSTRU/mqolresp.htm.

United States Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention.(US.CDC)(2002). ***Origins and Use of CDC HRQOL Measures and Data in Health Related QOL – Methods***. http://www.cdc.gov/hrqol/methods.htm.

Ware, John E. (1995, March). " The Status of Health Assessment 1994, " ***Ann Pub Health***. 16(3):327-354.

_____.(2001).***The SF-36 Health Survey***: http://www.sf36.com/tools/sf36.shtmldocumentation. September.

Wood,Dauphinee S. (1999, March). " Assessing Quality of Life in Clinical Research: from Where Have We Come and Where are We going?, " ***J Clinic Epidemiology*** 52 (3) :55 – 63.

Writer, Staff .(2002).***HIV/AIDS Newly Diagnosed***.http://webmd.lycos.com/content/article/1624.50216.

Xavier, Badia & Daniel, Podzamezer.(2000,October). " Evaluating Changes in Health Status in HIV – infected Patients : Medical Outcome Study – HIV and Multidimensional Quality of Life, " **AIDS.** 14(10):1439 – 1447.

Yoshida, Itsuko.(2001). ***Health – Related Quality of Life and Home-Based Care Status among People with HIV/AIDS, Bangkok, Thailand***. Master thesis. M.Sc. (Primary Health Care Management) Bangkok : Graduate school Mahidol University. Photocopied.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

จดหมายติดต่อขอเชิญผู้เชี่ยวชาญ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ทม 1012/6483 **วันที่** 29 สิงหาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

เนื่องด้วย นายนพนัฐ จำปาเทศ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร" โดยมี รองศาสตราจารย์อังคณา สายยศ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระวีวรรณ พันธ์พานิช เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ชูศรี วงศ์รัตนะ รองศาสตราจารย์นิภา ศรีไพโรจน์ และ อาจารย์สุวพร เซ็มเฮง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้นายนพนัฐ จำปาเทศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาภรณ์ หะวานนท์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ 6454



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 สิงหาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำราศนราดูร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นายนพนัฐ จำปาเทศ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร" โดยมี รองศาสตราจารย์อังคณา สายยศ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระวีวรรณ พันธ์พานิช เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์วิศิษฏ์ ประสิทธิศิริกุล นายแพทย์วสันต์ ภิญโญวิวัตน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายนพนัฐ จำปาเทศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาภรณ์ หะวานนท์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618
โทรสาร. 02-258-4119

ภาคผนวก ข

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 12 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อที่	ค่า IOC	หมายเหตุ	ข้อที่	ค่า IOC	หมายเหตุ
1	1.0	คัดเลือกไว้	26	0.8	คัดเลือกไว้
2	1.0	คัดเลือกไว้	27	0.8	คัดเลือกไว้
3	0.4	ตัดออก	28	0.8	คัดเลือกไว้
4	0.4	ตัดออก	29	0.8	รวมข้อความ
5	1.0	คัดเลือกไว้	30	0.8	เป็นข้อเดียวกัน
6	0.4	ตัดออก	31	0.8	รวมข้อความ
7	1.0	คัดเลือกไว้	32	0.8	เป็นข้อเดียวกัน
8	1.0	คัดเลือกไว้	33	0.8	รวมข้อความ
9	1.0	คัดเลือกไว้	34	0.8	เป็นข้อเดียวกัน
10	0.4	ตัดออก	35	0.8	คัดเลือกไว้
11	0.4	ตัดออก	36	0.8	คัดเลือกไว้
12	1.0	คัดเลือกไว้	37	0.4	ตัดออก
13	1.0	คัดเลือกไว้	38	0.8	คัดเลือกไว้
14	1.0	คัดเลือกไว้	39	0.8	คัดเลือกไว้
15	1.0	คัดเลือกไว้	40	0.8	คัดเลือกไว้
16	1.0	คัดเลือกไว้	41	0.8	คัดเลือกไว้
17	0.4	ตัดออก	42	0.4	ตัดออก
18	0.4	ตัดออก	43	0.4	ตัดออก
19	1.0	คัดเลือกไว้	44	0.8	คัดเลือกไว้
20	1.0	คัดเลือกไว้	45	0.8	คัดเลือกไว้
21	1.0	คัดเลือกไว้	46	0.8	คัดเลือกไว้
22	0.4	ตัดออก	47	0.4	ตัดออก
23	0.8	คัดเลือกไว้	48	0.4	ตัดออก
24	0.8	คัดเลือกไว้	49	0.8	คัดเลือกไว้
25	0.8	คัดเลือกไว้	50	0.8	คัดเลือกไว้

ตาราง 13 ค่าอำนาจจำแนก (t) ของแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อที่	t	หมายเหตุ	ข้อที่	t	หมายเหตุ
1	2.826**	คัดเลือกไว้	18	4.679**	คัดเลือกไว้
2	2.379*	คัดเลือกไว้	19	3.695**	คัดเลือกไว้
3	2.513*	คัดเลือกไว้	20	3.787**	คัดเลือกไว้
4	8.832**	คัดเลือกไว้	21	4.743**	คัดเลือกไว้
5	1.00	ตัดออก	22	4.382**	คัดเลือกไว้
6	1.723	ตัดออก	23	4.382**	คัดเลือกไว้
7	1.723	ตัดออก	24	5.196**	คัดเลือกไว้
8	4.041**	คัดเลือกไว้	25	5.500**	คัดเลือกไว้
9	4.977*	คัดเลือกไว้	26	3.989**	คัดเลือกไว้
10	6.008**	คัดเลือกไว้	27	6.008**	คัดเลือกไว้
11	8.584**	คัดเลือกไว้	28	5.136**	คัดเลือกไว้
12	3.488**	คัดเลือกไว้	29	4.961**	คัดเลือกไว้
13	3.800**	คัดเลือกไว้	30	4.784**	คัดเลือกไว้
14	4.477**	คัดเลือกไว้	31	4.105**	คัดเลือกไว้
15	5.443**	คัดเลือกไว้	32	5.793**	คัดเลือกไว้
16	4.496**	คัดเลือกไว้	33	5.196**	คัดเลือกไว้
17	3.770**	คัดเลือกไว้			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (α) เท่ากับ .93

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

ชื่อโครงการ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
ของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลบำราศนราดูร

ชื่อผู้วิจัย นายนพนัฐ จำปาเทศ โรงพยาบาลบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี โทร.02 – 5903631 – 2

ความเป็นมาโครงการ

โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และจะเข้าไปทำลายเม็ดโลหิตขาวซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ผู้ที่มีเชื้อดังกล่าวป่วยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่างๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มียาหรือแนวทางที่จะสามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษาจึงเป็นเพียงทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงให้มากที่สุดและยาวนานที่สุด เพื่อป้องกันการทำลายและมีการฟื้นกลับมาของภูมิต้านทาน และช่วยลดอัตราการตายและอัตราการเป็นเอดส์ (Aids Advance) ซึ่งในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาทางการแพทย์ 2 แนวทางคือ (1) การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว (2) การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส ส่วนการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยร่วมกับการใช้ยาต้านไวรัส และใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาต้านไวรัส เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ราคายาที่สูงมาก และค่าใช้จ่ายที่สูงในการตรวจโลหิตเพื่อประเมินผลการรักษา และการติดตามการรักษา และต้องใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสแต่ไม่สามารถรับยาต้านไวรัสได้ การประเมินประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล หรือการบริการสาธารณสุขเพื่อการตัดสินใจ ในการให้การรักษาหรือการจัดบริการ ซึ่งการประเมินการใช้ได้ในทางปฏิบัตินั้นเป็นการประเมินภายใต้สภาพการณ์ที่เป็นจริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถประเมินได้จากคุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแนวทางในการักษา โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย คือเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของ
ผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร จำแนกตามวิธีการรักษา และประเภทผู้ป่วยโรคเอดส์

รายละเอียดที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติเมื่อเข้าโครงการ

ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัยจากผู้ป่วยและญาติจากการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากประวัติการรักษาพยาบาลในเวชระเบียนและการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ และติดตามผู้ป่วยต่อไปอีก 3เดือน ซึ่งข้อมูลต่างๆ ที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ

คำยินยินของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยอย่างชัดเจน และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถขออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่ปิดบังข้อมูลใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(.....)

แบบบันทึกข้อมูลการศึกษาวิจัย
เรื่อง "คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
ผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

H.N.....	ผู้ป่วยชื่อ – สกุล .....

1. เพศ ❑ 1. ชาย ❑ 2. หญิง 2. อายุ.....ปี

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

1. การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❑ 1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

❑ 2. การรักษาหรือการป้องกัน/การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2. จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดCD4 เมื่อเริ่มรักษา .....เซลล์/ลบ.ซม.

3. การป่วยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ❑ 1.ไม่เคยป่วย ❑ 2.เคยป่วยด้วยโรคระบุ

❑ 1 Tuberculosis ❑ 2 *Pneumocystis* ❑ 3 *Pennicillosis* ❑ 4 Cryptosporidiosis

❑ 5 *Cryptococcal* Meningitis ❑ 6*Toxoplasmosis* ❑ 7 *Histoplasma Capsulatum*

❑ 8 Esophageal Candidiasis ❑ 9 CMV: Cytomegarovirus Infection)

❑ 10 MAC:Mycobacterium Avium Complex Infection) ❑ 11.อื่น ๆระบุ.....

4. ข้อมูลด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายเมื่อได้รับการรักษาพยาบาล.....เดือน

❑ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล .....ครั้ง ตั้งแต่ .....ถึง.....

❑ ผู้ป่วย**นอก**วันที่.....อาการสำคัญ/การวินิจฉัย.....

❑ ผู้ป่วย**ใน**อยู่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ .....ถึง.....รวม.....วัน การวินิจฉัย.....

4.1 ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเป็นค่ายา เวชภัณฑ์ และอื่นๆ ในการรักษาพยาบาลจำนวน.....บาท

4.2 ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ได้แก่

1) ค่าเดินทางไป – กลับของผู้ป่วยและญาติจำนวน .....บาท

2) ค่าอาหารของผู้ป่วยและญาติจำนวน.....บาท 3) ค่าที่พักของญาติ.....บาท

4.3 ผู้ป่วยและญาติหยุดงานและเสียรายได้ในการมารับการรักษาครั้งนี้หรือไม่

1) ผู้ป่วยหยุดงานและเสียรายได้จำนวน.....บาท 2) ญาติหยุดงานและเสียรายได้จำนวน.....บาท

❑ ผู้ป่วย**นอก**วันที่.....อาการสำคัญ/การวินิจฉัย.....

❑ ผู้ป่วย**ใน**อยู่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ .....ถึง.....รวมจำนวน.....วัน

อาการสำคัญ/การวินิจฉัย.....

4.1 ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเป็นค่ายา เวชภัณฑ์ และอื่นๆ ในการรักษาพยาบาลจำนวน.....บาท

4.2 ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ได้แก่

1) ค่าเดินทางไป – กลับของผู้ป่วยและญาติจำนวน .....บาท

2) ค่าอาหารของผู้ป่วยและญาติจำนวน.....บาท 3) ค่าที่พักของญาติ.....บาท

4.3 ผู้ป่วยและญาติหยุดงานและเสียรายได้ในการมารับการรักษาครั้งนี้หรือไม่

1) ผู้ป่วยหยุดงานและเสียรายได้จำนวน.....บาท 2) ญาติหยุดงานและเสียรายได้จำนวน.....บาท

ตอนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ❑ ครั้งที่ 1 ❑ ครั้งที่ 2

คำชี้แจง ขีด ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับท่านมากที่สุดดังนี้

จริง หมายถึง ข้อความหรือเหตุการณ์ **ตรง**กับการปฏิบัติ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน **มากที่สุด**

ค่อนข้างจริง หมายถึง ข้อความหรือเหตุการณ์ **ตรง** กับการปฏิบัติ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน**ปานกลาง**

จริงน้อย หมายถึง ข้อความหรือเหตุการณ์ **ตรง**กับการปฏิบัติ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน**น้อย**

ไม่จริง หมายถึง ข้อความหรือเหตุการณ์**ไม่ตรง**กับการปฏิบัติ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	ข้อความหรือเหตุการณ์	ระดับความคิดเห็น			
		จริง	ค่อนข้างจริง	จริงน้อย	ไม่จริง
1	**ใน 1 เดือนที่ผ่านมาสุขภาพร่างกายของท่านเป็นอย่างไร (ข้อ 1 – 13)** ท่านสามารถเคลื่อนย้ายของหนักที่ต้องออกแรงมากกว่าปกติ เช่น ข้าวสาร หรือสิ่งของที่มีน้ำหนักประมาณ 50 กิโลกรัม หรือเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมากๆ เช่นฟุตบอล ว่ายน้ำ เป็นต้น				
2	ท่านสามารถก้มตัว ย่อตัว และงอเข่า แล้วลุกขึ้น				
3	ท่านสามารถทำงานบ้าน หรือบริเวณบ้านที่ท่านทำประจำได้ หรือออกกำลังกายที่ท่านทำเป็นประจำได้				
4	ท่านหยุดงาน / เรียน หรือกิจกรรมประจำวัน อื่น ๆ เพราะปัญหาสุขภาพ				
5	ท่านสามารถดูแลเรื่องรับประทานอาหารด้วยตนเองได้				
6	ท่านต้องมีคนประคองเมื่อต้องการไปห้องสุขาในการขับถ่าย				
7	ท่านต้องขับถ่ายบนที่นอนโดยใช้ผ้าอ้อม หรือภาชนะรองรับ				
8	ท่านมีความเจ็บปวดทางร่างกายทุกวัน				
9	ความเจ็บปวดทางร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้				
10	จะกล่าวได้ว่า สุขภาพด้านร่างกายของท่านโดยทั่วไปดี				
11	ท่านรู้สึกว่าสุขภาพด้านร่างกายของท่านดีเท่ากับบุคคลอื่น				
12	ท่านสามารถดำรงชีวิตได้ โดยมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่ถือว่าเป็นปัญหา				
13	**ใน 1 เดือนที่ผ่านมาสุขภาพทางจิตและอารมณ์ของท่านเป็นอย่าง (ข้อ 13-18)** ใจเย็น สงบสุข มีสมาธิในการคิด				
14	เต็มไปด้วยพลังที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้				
15	มีความสุข และรื่นเริง				
16	อารมณ์เสีย หรือหงุดหงิดกับคนรอบข้างบ่อยๆ				
17	**ไม่อยาก**พบปะผู้คน				
18	รู้สึกกลัวว่า ปัญหาสุขภาพของท่านจะทรุดลง				

ข้อ	ข้อความหรือเหตุการณ์	ระดับความคิดเห็น			
		จริง	ค่อนข้างจริง	จริงน้อย	ไม่จริง
19	**ใน 1 เดือนที่ผ่านมาสุขภาพทางจิตและอารมณ์ของท่านส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านหรือไม่อย่างไร (ข้อ 19-30)** ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้ เช่น ไปเยี่ยมญาติ				
20	**ไม่สามารถ**ไปร่วมงานทางสังคมได้ เช่น งานบวช งานแต่งงาน เป็นต้น				
21	รู้สึกสับสนจนไม่สามารถคิดแก้ไขปัญหาของตนเองหรือครอบครัวได้				
22	รู้สึกหงุดหงิดจน**ไม่อยาก** ไปทำงาน หรือเรียนหนังสือ				
23	รู้สึกหงุดหงิดจนทำให้**ไม่สามารถ** ทำงาน หรือเรียนหนังสือได้ตามที่ต้องการ				
24	รู้สึกว่างานที่ทำ หรือการเรียนมีความยากและลำบากมากขึ้นจน**ไม่อยาก**เรียนหรือทำงาน				
25	รู้สึกเหนื่อยหน่ายจนไม่อยากทำอะไร				
26	นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
27	รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ท่านทำเป็นประจำ				
28	ปัญหาสุขภาพทำให้ท่านรู้สึก**กลัว**ไปทุกสิ่งทุกอย่าง				
29	ปัญหาสุขภาพทำให้ท่านรู้สึก**ท้อแท้**กับการดำเนินชีวิต				
30	ท่านพึงพอใจต่อสุขภาพกายและใจโดยรวมของท่าน				

ภาคผนวก ง

ตารางค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ตาราง 14 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์

ID	ประเภทผู้ป่วย	วิธีการรักษา	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพาบาล	
			Medical Cost	Non – Medical Cost
01	C_3	2	1369.67	320.00
02	B_3	2	1601.33	713.33
03	C_3	2	2058.67	320.00
04	B_3	2	1744.33	72.00
05	B_3	2	1388.33	220.00
07	C_3	2	1982.67	132.33
10	C_3	2	1567.67	158.67
11	B_3	2	1348.00	1060.00
13	C_3	2	2245.00	1400.00
14	C_3	2	1896.33	176.67
15	B_3	1	292.67	86.67
23	B_3	2	1271.67	233.33
24	B_3	2	1847.00	710.00
26	B_3	2	1591.33	173.33
36	C_3	1	201.33	28.00
37	C_3	2	1528.00	570.00
40	C_3	1	343.67	66.67
43	B_3	2	1350.00	140.00
47	B_3	2	1757.33	98.33
48	C_3	1	227.33	350.00
49	B_3	1	108.67	380.00
58	B_3	1	534.00	143.33
61	C_3	1	2473.67	103.33
66	B_3	2	3401.67	270.00
72	C_3	2	1547.67	40.00
74	B_3	1	427.00	333.33
75	B_3	2	2509.67	108.33
76	B_3	2	1780.33	126.67
77	C_3	2	1620.67	243.33

ตาราง 14 (ต่อ)

ID	ประเภทผู้ป่วย	วิธีการรักษา	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	
			Medical Cost	Non – Medical Cost
78	B_3	2	1690.33	408.33
80	C_3	2	2830.67	68.33
83	C_3	1	863.67	83.33
85	B_3	1	258.00	93.33
86	C_3	1	975.33	110.00
87	C_3	2	950.67	380.00
91	B_3	2	1451.00	466.67
93	C_3	1	1250.00	225.00

หมายเหตุ

วิธีการรักษา

1 หมายถึง การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพียงอย่างเดียว

2 หมายถึง การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมกับยาต้านไวรัส

ภาคผนวก จ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวัดผลทางการศึกษา

รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะ	ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองศาสตราจารย์ นิภา ศรีไพโรจน์	ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ ดร. สุวพร เซ็มเฮง	ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

นายแพทย์วสันต์ ภิญโญวิวัฒน์	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลบำราศนราดูร
นายแพทย์วิศิษฏ์ ประสิทธิศิริกุล	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลบำราศนราดูร

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นายนพนัฐ จำปาเทศ
วันเดือนปีเกิด	5 พฤศจิกายน 2513
สถานที่เกิด	อำเภอพระสมุทรเจดีย์ สมุทรปราการ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	217 หมู่ 2 ต.ในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ สมุทรปราการ 10290
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2531	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนราชประชาสมาสัยฯ สมุทรปราการ
พ.ศ. 2533	ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคกลาง ชลบุรี
พ.ศ. 2536	สบ.(สาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี
พ.ศ. 2543	กศ.ม. (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2546	กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ