

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immuno Deficient Syndrome) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ แม้ว่าจะมีการร่วมมือในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง จนสามารถทำให้จำนวนการเพิ่มของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) มีแนวโน้มว่าจะชะลอตัวลงก็ตาม แต่ในระดับประเทศการระบาดของเชื้อ HIV ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ไปยังคนในทุกกลุ่มของประชากร อัตราการติดเชื้อ HIV เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในกลุ่มผู้ชายบริการทางเพศรวมทั้งการตรวจพบผู้ติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ก็เพิ่มสูงขึ้น การระบาดของเชื้อ HIV มีลักษณะพิเศษจากโรคระบาดอื่นๆคือสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ ทางมารดาสู่บุตรระหว่างตั้งครรภ์ และการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ มีผลกระทบต่อแบบแผนการเจ็บป่วยและการตายของกลุ่มคนในช่วงวัยเจริญพันธุ์ วัยทารกและวัยเด็ก ดังนั้นโรคเอดส์จึงมีผลกระทบต่อทั้งจำนวนและคุณภาพชีวิตของประชากรเป็นอย่างมาก โดยผลกระทบในแต่ละช่วงเวลาหลังการระบาดของโรคอาจมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไป โดยทั่วไปการระบาดในช่วงแรกมักจะรุนแรง แต่หลังจากนั้นระยะเวลาหนึ่งเมื่อมีการเฝ้าระวังและมีการให้การศึกษเกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นแล้วโรคเอดส์อาจเข้าสู่ภาวะโรคเรื้อรัง (Endemic) ทำให้รูปแบบของผลกระทบที่มีต่อประชากรนั้นเปลี่ยนแปลงได้ โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตราการเจ็บป่วยและการตายของประชากรเกิดควบคู่ไปกับการปรับตัวของอัตราการเจริญพันธุ์

สำหรับประเทศไทยนั้น ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาจำนวนประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นโดยประมาณปีละหนึ่งล้านคน ทำให้จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาอย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวได้มีส่วนสำคัญทำให้การเพิ่มขึ้นของประชากรลดลงสู่ระดับเกิดทดแทน (Replacement Level) แต่การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ HIV ที่เกิดขึ้นนั้นได้ทำให้สภาพของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ทั้งสภาพทางด้านโครงสร้างทางประชากรศาสตร์และโครงสร้างทางด้านคุณภาพชีวิต การศึกษาผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อประชากรรวมทั้งผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายหรือมีต้นทุนในการรักษาต่อหัวผู้ป่วยที่สูงมากทั้งต้นทุนในด้านการรักษาด้วยตัวยา (บุญรอด ประสิทธิผล และคณะ, 2545 : 80-91) และต้นทุนในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งต้นทุนทางอ้อมอื่นๆ

เช่น ต้นทุนค่าเสียโอกาสกล่าวคือ ต้นทุนอันเนื่องมาจากรายได้ที่หายไปเนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ รายได้ของผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วย ค่าเดินทางมาพบแพทย์ เป็นต้น ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ปัญหาสุขภาพอนามัยที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับจำนวนทางเลือกของการแก้ปัญหาที่สูงขึ้นโดยมีเงื่อนไขของความจำกัดทางทรัพยากรสำหรับสุขภาพอนามัย ทำให้รัฐบาลไม่อาจละเลยต่อประเด็นความมีประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในด้านสุขภาพอนามัยได้ ประกอบกับโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยเป็นโรคที่เพิ่มอัตราป่วยและอัตราการตายของประชากรของประเทศมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงกิจวัตรเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่รักษาไม่หายและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค และต้องรับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษา จากอาการและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพและด้านปัจจัยในการรักษาโรคนั้นนำมาซึ่งการก่อให้เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายขาดความกระตือรือร้น ซึมเศร้าและรู้สึกไร้ค่าถูกสังคมรังเกียจมีอาการตอบสนองต่อโรคในทางลบ เช่น กลัวตาย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย รู้สึกยากลำบากในการดูแลตนเองบางรายต้องเปลี่ยนงาน หรือออกจากงานเนื่องจากปัญหาทางด้านสังคมส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วย บทบาททางสังคมและบทบาทในครอบครัวและระดับประเทศทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า เป็นผู้ไร้ความสามารถ เนื่องจากผู้ป่วยมีขีดจำกัดด้านกิจกรรม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตของการมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

เมื่อพิจารณาทางด้านมาตรฐานการรักษาผู้ติดเชื้อในปัจจุบันนั้นพบว่า ยาต้านไวรัสในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปี พ.ศ.2535 องค์การเภสัชกรรมได้เริ่มทำการผลิตยา Zidovudine สูตรสามัญ แต่เนื่องจากผลลัพธ์จากการใช้ยาชนิดเดียวไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการรักษาระยะยาว ได้ทำให้ยา Zidovudine สูตรสามัญมีข้อจำกัดในการใช้เฉพาะสำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ในปี พ.ศ.2540 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานการให้ยาด้านไวรัส โดยให้เริ่มให้ยาด้านไวรัสชนิดต้านเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันเมื่อวัดปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4+T ของผู้ติดเชื้อได้ต่ำกว่า 500 เซลล์/ไมโครลิตร 2 ครั้งติดต่อกัน เนื่องจากประสิทธิผลในการรักษาที่จำกัดของการใช้ยาด้านไวรัสสูตรยา 2 ชนิดข้างต้น ประกอบกับการไม่มีโครงสร้างห้องปฏิบัติการเพื่อรองรับการตรวจปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4+T รวมไปถึงการ

ขาดงบประมาณสนับสนุนค่ายาต้านไวรัส มาตรฐานการใช้ยาต้านไวรัสที่ออกโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงไม่มีการใช้อย่างแพร่หลายแม้ว่าในปี พ.ศ.2543 จะมีการเริ่มใช้ยาต้านไวรัสสูตร 3 ขนานร่วมกันในประเทศต่างๆ แต่สำหรับประเทศไทยนั้นไม่สามารถปฏิบัติตามได้เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะเรื่องงบประมาณ ในปี 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานการใช้ยาต้านไวรัสใหม่โดยให้มีการเริ่มใช้ยาสูตร 3 ขนานเมื่อผู้ติดเชื้อมีปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4+T ลดลงต่ำกว่า 200-250 เซลล์/ไมโครลิตร อย่างไรก็ตามการใช้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ขนานนี้ยังไม่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ถึงแม้ว่าบริษัทยาจะทำการลดราคาขายลง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังคงเป็นต้นทุนที่สูงมากสำหรับประเทศไทยทั้งในปัจจุบันและอนาคต ตามรายละเอียดต้นทุนค่ายาต้านไวรัสที่แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1.1 จากปัญหาข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ ผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะความเป็นอยู่ค่อนข้างยากจน จึงยังคงได้รับการรักษาโดยใช้เพียงการรักษาอาการติดเชื้อตามอาการที่เนื่องจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเท่านั้น ไม่มีโอกาสได้ใช้ยาต้านไวรัสกับผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 1.1 ค่าใช้จ่ายของยาต้านไวรัสต่อผู้ติดเชื้อ HIV เฉลี่ยคนต่อวันและเฉลี่ยต่อปี

สูตรยา ¹	น้ำหนักผู้ป่วย	ค่าใช้จ่ายต่อวัน (บาท) ²	ค่าใช้จ่ายต่อปี (บาท)
AZT+ddi+NVP	(<60 กิโลกรัม)	106	38,690
AZT+ddi+NVP	(>60 กิโลกรัม)	144.5	52,742
(AZT+3TC)+NVP	(ทุกน้ำหนักตัว)	90	38,850
d4T+ddI+NVP	(<60 กิโลกรัม)	85	31,025
d4T+ddI+NVP	(>60 กิโลกรัม)	119	43,435
d4T+3TC+NVP	(<60 กิโลกรัม)	57	20,805
d4T+3TC+NVP	(>60 กิโลกรัม)	59	21,535
(d4T+3TC+NVP)	(<60 กิโลกรัม)	40	14,600
(d4T+3TC+NVP)	(>60 กิโลกรัม)	44	16,060

1.AZT คือ Zidovudine , ddi คือ Didanosine , NVP คือ Nevirapine , 3TC คือ Lamivudine , (AZT+3TC) คือยาเม็ดรวม Zidovudine และ Lamivudine , (d4T+3TC+NVP) คือยาเม็ดรวม Stavudine , Lamivudine และ Nevirapine

2.ราคาขายแบบขายส่งที่เสนอ โดยองค์การเภสัชกรรมเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2545

จากสถิติของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 273,873 ราย และมีผู้เสียชีวิต 62,763 ราย อัตราส่วนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 2.9 อัตราส่วนเพิ่มมากขึ้นในผู้หญิงจนเป็น 1: 1.9 ในปี 2544 ผู้ติดเชื้อที่พบมากจะเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมา คือ เกษตรกรรม ค้าขาย งานบ้านและข้าราชการพลเรือน เป็นร้อยละ 44.2 20.8 4.3 3.6 และ 2.5 ตามลำดับ โดยมีปัจจัยเสี่ยงส่วนมากมาจากการมีเพศสัมพันธ์สูงที่สุดรองลงมาคือการใช้ยาเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้น ติดเชื้อจากมารดา และรับเลือด สำหรับเพศสัมพันธ์ที่มีพฤติกรรมแบบชายรักร่วมเพศ พบว่ามีการรายงานเพียงร้อยละ 0.7 เท่านั้น

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงที่สุดคือ ระยอง, พะเยา, ตรัง ตามลำดับ ในส่วนจังหวัดลำพูนมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับภูมิภาคและระดับประเทศที่สำคัญและต้องมีมาตรการการแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วน

จากสถิติของงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนที่แสดงในตารางที่ 1.2 และ 1.3 พบว่าจังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่ติดอันดับที่มีสถิติผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ โดยในปี 2536-2539 การระบาดสูงมากโดยพบผู้ติดเชื้อมากกว่า 3,000 ราย และการระบาดเริ่มลดลงในปี 2540 จนปี พ.ศ.2545 การระบาดค่อนข้างลดลงมาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากนโยบายส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ให้ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เสียชีวิตไปค่อนข้างมาก การระบาดส่วนมากพบในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือเกษตรกร ซึ่งกลุ่มอาชีพเหล่านี้ส่วนมากจะมีการศึกษาและระดับรายได้ค่อนข้างต่ำไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาได้ ปัญหาการแพร่ระบาดนี้จะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งด้านประชากรศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ ถึงแม้ว่านโยบายในการป้องกันการติดเชื้อจะสามารถใช้ได้ผลคือลดปริมาณจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อใหม่ลงได้ แต่จำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อสะสมยังคงมีอยู่จำนวนมาก และมีผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการและไม่ได้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยคาดว่าจะมีปริมาณที่ค่อนข้างสูง

ตารางที่ 1.2 สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในจังหวัดลำพูน ตั้งแต่ ปี 2532 ถึงวันที่
31 กรกฎาคม 2545

ปี พ.ศ	ผู้ป่วยเอดส์			ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ			เสียชีวิต (ราย)	อัตราส่วน ชาย:หญิง
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม		
2532-2533	2	0	2	4	3	7	1	2:1
2534	13	3	16	8	2	10	9	4.2:1
2535	30	4	34	41	6	47	25	7.1:1
2536	192	40	232	105	19	124	101	5:1
2537	406	73	479	205	45	250	179	5.2:1
2538	405	92	497	304	70	374	286	4.4:1
2539	411	97	508	358	102	460	293	3.9:1
2540	358	110	468	336	116	452	311	3.1:1
2541	315	121	436	239	131	370	191	2.2:1
2542	311	135	446	189	103	292	185	2.1:1
2543	287	164	451	115	89	204	120	1.6:1
2544	212	134	346	90	60	150	82	1.6:1
2545	45	31	76	20	16	36	8	1.3:1
รวม	2987	1004	3991	2014	762	2776	1791	2.9:1

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค (2545)

ตารางที่ 1.3 สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในจังหวัดลำพูนแสดงจำนวน จำแนกตามอาชีพตั้งแต่ พฤษภาคม 2531- 31 กรกฎาคม 2545

อาชีพ	ปี <2541	ปี 2541	ปี 2542	ปี 2543	ปี 2544	ปี 2545
เกษตรกรกรรม	847	136	135	109	75	19
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	66	12	8	13	11	2
ค้าขาย	126	19	16	27	23	4
รับจ้างทั่วไป	2329	543	501	425	317	69
หญิงอาชีพพิเศษ	11	8	10	9	11	4
นักเรียน/นักศึกษา	15	0	0	1	0	0
งานบ้าน	58	15	13	11	10	4
นักโทษ	31	2	0	1	0	1
พระ/นักบวช	28	2	1	3	0	1
ในปกครอง (เด็กก่อนวัยเรียน)	159	33	19	11	8	1
ว่างงาน	30	4	7	8	15	6
ชรา	81	13	7	11	0	0
อื่นๆ	44	1	2	3	0	0
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	135	18	19	23	26	1
รวม	3960	806	738	655	496	112

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค (2545)

จากสถานการณ์ดังกล่าวเบื้องต้น ประเทศไทยจะต้องรับภาระทางตรงและทางอ้อมเป็นมูลค่าสูงมากในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในส่วนของการรักษาถึงแม้ว่าจะต้องใช้ต้นทุนจำนวนมากเนื่องจากต้นทุนค่ายาที่แพง และโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้หายขาดในปัจจุบัน แต่การรักษาที่ถูกวิธีจะช่วยยืดอายุของผู้ป่วยออกไปได้และเนื่องจากสังคมในปัจจุบันได้เปิดโอกาสให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้มีบทบาทในสังคมมากขึ้น โดยได้ให้โอกาสในการทำงาน การใช้ชีวิตกับคนในสังคมเยี่ยงคนปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถใช้ระยะเวลาที่เหลืออยู่สร้างประโยชน์ก่อให้เกิดผลผลิต (Output) ต่อครอบครัวสังคมและประเทศชาติหลายประการ ผลจากการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้นอีกทั้งในปัจจุบันนี้ยังไม่มีการศึกษาวิจัยถึงผลได้ของการรักษาผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ HIV ทางด้านเศรษฐศาสตร์อย่างเพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัย

จึงสนใจศึกษาถึงผลได้ในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และเปรียบเทียบถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย 2 กลุ่ม ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เพื่อจะได้นำไปใช้ในการเสนอแนะนโยบายในการรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อประเมินค่าใช้จ่ายด้านการรักษาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ HIV เปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและมีวัตถุประสงค์เฉพาะสำหรับการศึกษาดังนี้คือ

1.2.1 ประเมินต้นทุนทางตรงและทางอ้อม ของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1.2.2 ประเมินผลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะได้รับการรักษาเพียงการให้ยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเท่านั้น

1.2.3 ประเมินผลได้ทางเศรษฐศาสตร์เปรียบเทียบระหว่างการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

เมื่อศึกษาผลได้หลังจากการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างละเอียดแล้วจะทำให้ได้รับประโยชน์ดังนี้

1.3.1 ทราบถึงต้นทุนทางตรง และทางอ้อมของการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1.3.2 ทราบถึงผลด้านคุณภาพชีวิต (Quality of Life) จากการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเฉพาะยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

1.3.3 ทราบถึงผลได้ทางเศรษฐศาสตร์ด้านคุณภาพชีวิตของการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1.3.4 สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการพิจารณาถึงหลักเกณฑ์การรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลลำพูน

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

ประชากรของการศึกษานี้คือผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำพูนซึ่งประกอบด้วย 7 อำเภอคือ อำเภอเมือง อำเภอบ้านธิ อำเภอแม่ทา อำเภอป่าซาง อำเภอบ้านโฮ่ง อำเภอลี้ และอำเภอทุ่งหัวช้าง โดยจะทำการจัดแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการรักษาเฉพาะโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และจากการเก็บข้อมูลในหน่วยงานเวชสถิติของโรงพยาบาลในช่วงระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2545-เมษายน พ.ศ. 2546 โดยผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องยินยอมในการตอบข้อมูลด้วยความเต็มใจตามสิทธิผู้ป่วยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเลือกตัวอย่างผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ จะเลือกจากตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยได้รับการรักษาพยาบาลด้วยยาอย่างใดอย่างหนึ่งคือ ยาต้านไวรัส หรือยาที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ทางด้านสภาพร่างกายต้องไม่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร และต้องยินดีเข้าร่วมการศึกษาตามสิทธิของผู้ป่วย

1.5 นิยามศัพท์

ผู้ติดเชื้อ HIV หมายถึงผู้ที่ติดเชื้อ HIV ในกระแสเลือดซึ่งอาจอยู่ในระยะแสดงอาการแล้วหรือยังไม่แสดงอาการ แต่เชื้อโรคยังคงมีการแบ่งตัวโดยเฉพาะในต่อมน้ำเหลืองอย่างต่อเนื่องระยะนี้จะครอบคลุมไปถึงระยะต่อมน้ำเหลืองโต โดยปราศจากอาการอื่นร่วมด้วย

ผู้ป่วยเอดส์ที่แสดงอาการอย่างเด่นชัด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของเอดส์คืออาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าร่วมกัน เนื่องจากปริมาณของเชื้อ HIV มากขึ้นและภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจนบ่งการตรวจเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 จะต่ำกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร โดยมีโรคฉวยโอกาสที่พบมากคือ วัณโรคปอด เชื้อสมองอักเสบเนื่องจากเชื้อรา ปอดอักเสบ เป็นต้น

ผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการเด่นชัด หมายถึง ผู้ติดเชื้อในระยะที่เริ่มแสดงอาการอาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองโต อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลงเล็กน้อย มีไข้ เจ็บคอ ท้องเสียเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ ซึ่งจะเป็นระยะที่จะพัฒนาจนกลายเป็นเอดส์เต็มขั้นต่อไป

ผู้ป่วยนอก (out patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาและรับบริการหรือคำแนะนำที่อาคารผู้ป่วยนอกโดยไม่ได้เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องทำการลงทะเบียนประวัติเป็นผู้ป่วยนอกเสียก่อน แล้วจึงไปตรวจยังห้องตรวจ โดยแพทย์ทำการตรวจรักษาให้

ผู้ป่วยใน (in patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง โดยต้องได้รับการตรวจจากแผนกผู้ป่วยนอกก่อน

ต้นทุนทางตรง (direct cost) หมายถึง ต้นทุนทางการแพทย์ (direct medical cost) เริ่มตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น การรักษาต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาระยะสุดท้าย (terminal care) นอกจากนี้ยังครอบคลุมต้นทุนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ แต่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการในการดูแลสุขภาพ (direct non-medical cost) เช่นค่าเดินทางของผู้ป่วย และญาติ เป็นต้น

ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) หมายถึง ผลผลิตของสังคมที่ลดลงหรือขาดหายไปอันเนื่องมาจากการขาดงานชั่วคราว หรือยุติการทำงานเนื่องมาจากความพิการหรือเสียชีวิต อันเป็นผลพวงมาจากการเจ็บป่วย