

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร วารสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามขอบเขตการศึกษาที่ได้กำหนดไว้เป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
2. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

#### ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

โรคเอดส์ นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งสำหรับวงการแพทย์และสาธารณสุข ของทุกประเทศทั่วโลก อีกทั้งโรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความมั่นคงของประเทศ ตลอดจนปัญหาอื่น ๆ อีกมากมาย (กองโรคเอดส์, 2543, หน้า 4) การระบาดของโรคเอดส์เป็นไปอย่างรุนแรงและกว้างขวาง เพราะผู้ติดเชื้อเอดส์นอกจากจะต้องเสียชีวิต โดยไม่มีทางรักษาแล้วต้องทนทุกข์ทรมานยาวนาน ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง รวมทั้งการมีชีวิตอย่างคนสิ้นหวัง หมดกำลังใจและเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (ทักษิณ ชินวัตร, 2544, หน้า 20) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ชุมชนและสังคมนั้น ๆ ตลอดจนยังส่งผลกระทบต่อปัญหาพื้นฐานด้านอื่น ๆ ในชุมชนด้วย (สุมาลี สุวรรณรัตน์, 2542, หน้า 8 ) รวมทั้งปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมด้วย (รณยุทธ ศรีน้อย, 2544, หน้า 101) ซึ่งปัญหาและผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์มีมากมายหลายด้านดังหัวข้อและรายละเอียดต่อไปนี้

#### ผลกระทบต่อตัวบุคคล

เมื่อบุคคลใดก็ตามที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย สภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น จะเกิดการขาดสมดุลตามความรุนแรงของโรค อาการทางกายที่ปรากฏภายหลังได้รับเชื้อ มีตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนกระทั่งอาการของโรคปรากฏ ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ หากบุคคลนั้นสามารถดูแล

สุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ หรือ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น ก็อาจไม่มีอาการ ใด ๆ นอกจาก ตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีในร่างกาย และในระยะเวลาที่ปรากฏอาการจะมี อาการของการมีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย เริ่มจากบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ มีอาการไข้ เรื้อรัง ระยะเวลาผู้ป่วยมักจะเริ่มไปพบแพทย์เพื่อขอรับการรักษา ระยะต่อมาการเจริญและการขยายจำนวน ของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อุดจากร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว บางรายเหนื่อยหอบ เนื่องจาก มีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ ระบบการหายใจ ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบาย หายใจหอบเหนื่อย ยืงนานวันความสามารถ ในการช่วยเหลือตนเอง รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ในรายที่อาการหนัก โดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ทำให้ร่างกายฝ่ายผอม ผิดรูปผิดร่าง ปรากฏอาการ ทางผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณเยื่อเมือกเป็นฝ้าขาว โดยเฉพาะเยื่อเมือกของอวัยวะทางเดินอาหาร จากการเจริญเติบโตของเชื้อรา ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ร่างกายทรุดโทรมเกิดภาวะ แทรกซ้อนติดเชื้อได้ง่าย จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นโดยเฉพาะบุคคล ใกล้ชิด ญาติพี่น้อง รวมทั้ง แพทย์ พยาบาล ในการดูแลรักษา ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถรักษาได้ รักษาให้หายได้ และผู้ป่วย จะเสียชีวิตในเวลาต่อมา (ปิยรัตน์ นิลอัยยิกา, 2537, หน้า 214-215)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าว ในผู้ป่วยบางรายจะมีการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปเพิ่มจำนวนในระบบประสาท โดยทำให้เกิด อาการทางจิตประสาท (AIDS dementia complex หรือ ADC) เช่น มีอาการความจำเสื่อม อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัยไม่มีสมาธิ คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า ส่งผลให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง รวมถึงสภาวะจิตใจ อารมณ์ ของบุคคลนั้น ก็จะได้รับผลกระทบตามมาด้วย โดยเริ่มจากความไม่สุขสบายทางกาย จะส่งผลให้เกิดความทุกข์ ในจิตใจ หมดความสุข ตื่นกลัว ไม่แน่ใจ สับสน อารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิด คิดมาก เก็บตัว กลัวบุคคลรอบข้างจะรู้และรังเกียจตน โกรธตัวเอง โกรธผู้ที่แพร่เชื้อมาสู่ตน โทษผู้อื่นโทษสังคม หลบหนีสังคม เมื่อสภาวะของโรคเริ่มรุนแรงขึ้น ปรากฏอาการให้คนอื่นเห็นจนไม่สามารถปกปิด ได้อีกต่อไป ก็จะมีกังวลกลัวที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนแปลงไป บางรายยอมรับ ภาพลักษณ์ของตนเองไม่ได้ ความทุกข์ท่วงใจจะเพิ่มมากขึ้น บางรายถึงกับคิดทำร้ายตนเอง ไม่อยาก มีชีวิตอยู่อีกต่อไป (Aryal, 2001, p.111) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับจิตใจ อารมณ์ จะทำให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หมดความอดทนไม่เข้มแข็ง ที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วย ส่งผลให้ร่างกาย กลับทรุดโทรมมากยิ่งขึ้น บางรายคิดประชดตนเองโดยไม่ยอมลดละพฤติกรรมเสี่ยง และลงโทษ สังคมด้วยการหาทางแพร่เชื้อให้กับผู้อื่น (ปิยรัตน์ นิลอัยยิกา, 2537, หน้า 215) และผู้ป่วยบางราย มีความเครียด ความกดดันมากและได้มีการประชดชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2541,

หน้า 113) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสาเหตุการตายของประชากรของจังหวัดลำปางประจำปี 2544 ซึ่งพบว่า ผู้คิดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์มี การฆ่าตัวตาย เนื่องจากสาเหตุจากการคิดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2544, หน้า 30)

จึงอาจกล่าวได้ว่าการที่บุคคลคิดเชื้อเอชไอวี เป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลทางด้านร่างกาย โดยทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงหรือแปรเปลี่ยนไป ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เกิดอาการหรือภาวะของโรคแทรกซ้อน ทำให้บุคคลเจ็บป่วย และมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ร่างกายทรุดโทรม และส่งผลลุกลามกระทบไปสู่สภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ ทำให้เกิดความทุกข์ทางใจ เกิดความกลัว ความวิตกกังวล เครียด ผู้ป่วยบางรายตัดสินใจผิดพลาด โดยการฆ่าตัวตาย เพื่อหนีจากโรคร้ายนี้ ซึ่งอาการดังที่กล่าวมานี้ นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว การคิดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังได้ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ ซึ่งรวมถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

#### ผลกระทบต่อครอบครัว

ปัจจุบันโรคเอดส์ได้มีการแพร่ระบาดเข้าสู่สถาบันครอบครัว ได้มีการประมาณว่าครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ด้วยประมาณ 2-3 ล้านครอบครัว (วิพุธ พูลเจริญ, 2542, หน้า 24) ซึ่งได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ คือสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วย บุตร บิดามารดา และ ญาติพี่น้องของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากจะเป็นเรื่องภาระการดูแลที่เกิดขึ้น แล้วยังมีปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจตามมา (วาราลักษณ์ ไชยเมืองชื่น และคณะ, 2544, หน้า 3)

ผลกระทบของสมาชิกในครอบครัว ในระยะแรกของการระบาดของโรคเอดส์นั้น สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์มีความเกลียดกลัว เพราะการสื่อข้อมูลเน้นว่าเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง น่าเกลียด ผู้ติดเชื้อถูกประมาณว่ามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมทางเพศหรือการใช้ยาเสพติด สมาชิกครอบครัวมีความรังเกียจและโกรธแค้นผู้ป่วยเป็นสองเท่า เนื่องจากพวกเขาต้องถูกรังเกียจจากสังคมหรือเพื่อนบ้าน ในระยะต่อมาเมื่อครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการคิดเชื้อเอชไอวีและเอดส์มากขึ้น ก็เริ่มเกิดการยอมรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จนกระทั่งได้ให้ความเห็นใจและช่วยเหลือดูแลรักษาอาการป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ (ชัยยศ คุณาสนธิ, 2543, หน้า 81) ผลกระทบของการคิดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่มีต่อครอบครัวสามารถอธิบายเป็นประเด็น ๆ ดังนี้

## 1. สมาชิกในครอบครัว

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้มีการแพร่ระบาดมาถึงบุคคลในครอบครัว เริ่มจากที่หัวหน้าครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นชายและ/หรือเป็นสามี ซึ่งเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ เช่น ชายซึ่งอยู่ห่างบ้านหรือมีภรรยาหลายคนพร้อมกัน (ชัยยศ คุณาสนธิ, 2543, หน้า 16) ชายบางรายหรือมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หรือการเที่ยวหาความสำราญนอกบ้าน แล้วไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ หรือหญิงอื่นที่มีเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ โดยไม่มีการป้องกันการติดเชื้อ แล้วนำเชื้อเอชไอวีมาสู่ครอบครัวโดยการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาโดยที่ภรรยาไม่รู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามีหรือรู้แต่ขาดอำนาจต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (ทัศนศรี เสมียนเพชร, 2541, หน้า 124) ทำให้ภรรยาซึ่งบางรายกำลังอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์เกิดการติดเชื้อเอชไอวีและมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อสู่ทารกได้ในที่สุด และจากการศึกษาพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีในบางประเทศพบในจำนวนและอัตราที่สูง เช่น ในประเทศยูกันดา มีอัตราสูงถึงประมาณร้อยละ 5-20 (Nyamayarwo, 2001, p. 124) และในกรณีที่ไม่มีการดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก พบว่า บุตรที่เกิดมาประมาณ 1 ใน 3 จะมีการติดเชื้อจากมารดา (ศิริพร กัญชนะ, 2544, หน้า 112) และจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์แต่ละปีเพิ่มขึ้นประมาณ 15,000 คน รวมทั้งมีเด็กแรกคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเพิ่มขึ้นปีละ 3,000-4,000 คน (มานิตย์ ชีรตันติกานนท์, 2544, หน้า 112) ผลที่ตามมาจากเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา ทางด้านปัญหาการเจริญเติบโตของร่างกาย คือ ภาวะทุพโภชนาการ เด็กมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยและมีระดับพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย คิดเป็นร้อยละ 38.3 โดยเฉพาะพัฒนาการทางด้านทักษะการใช้ภาษา (พรทิพย์ มิ่งเจริญ, 2542, หน้า 48-52)

ในปัจจุบันได้แบ่งกลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) เด็กที่เกิดจากบิดามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ส่วนใหญ่จะเป็นเด็กเล็ก ซึ่งอาจติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อก็ได้ 2) เด็กที่เกิดก่อนบิดามารดาจะติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเด็กโตจนถึงเด็กวัยรุ่น จากการคาดประมาณจำนวนเด็กที่เกิดก่อนและหลังจากรับการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย คาดว่า ปี 2544 มีเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอดส์ถึง 436,856 คน และอาจสูงถึงเกือบ 5 แสนคน ในปี 2548 (Brown and Sititrai, 1995 อ้างในวรลักษณ์ ไชยเมืองชื่น และคณะ, 2544, หน้า 1) และเด็กที่ได้รับผลกระทบไม่ว่าจะเป็นเด็กเล็กหรือหรือเด็กโตจะมีปัญหาเดียวกันคือ ปัญหาทางด้านอารมณ์อันเนื่องมาจากการป่วยและการสูญเสียชีวิตของบิดามารดาจากโรคเอดส์ เด็กจะมีความรู้สึกกลัวเอดส์ ไม่มีความมั่นคงในอารมณ์ ซึมเศร้าเสียใจ แสดงความก้าวร้าวรุนแรง ความรู้สึกด้อยและเกิดความสูญเสีย และยังเกิดปัญหาทั้งในด้านขาดผู้ดูแล ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การถูกรังเกียจจากสังคม กีดกันไม่ให้เข้าโรงเรียน (Grace, 2001, p. 129) และขาดความมั่นคงทาง

จิตใจ มีการประมาณว่า จำนวนของเด็กและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ จะมีประมาณเท่ากับ 2-3 เท่าของผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย (วาราลักษณ์ ไชยเมืองชื่น และคณะ, 2544, หน้า 1-3)

ผลกระทบต่อผู้เป็นบิดามารดาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งแทนที่ชีวิตที่บั้นปลายจะได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน กลับต้องมาเป็นผู้ดูแลบุตรหลานเอง (วิพุธ พูลเจริญ, 2542, หน้า 24) ซึ่งผู้ดูแลผู้ติดเชื้อจะเป็นผู้หญิง (Sharma, 2001, p. 120) และร้อยละ 90 เป็นหญิงวัยกลางคนและผู้สูงอายุ (Senaratana, 2001, p. 33) มักจะมีปัญหาทางด้านร่างกาย สุขภาพไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ติดเชื้อและเด็ก และเมื่อผู้ดูแลเกิดภาวะการเจ็บป่วย ก็มักจะขาดคนดูแลเช่นกัน โดยทั่วไปผู้ดูแลไม่มีรายได้เพียงพอต่อการเลี้ยงดูเด็ก ทำให้เด็กมีโอกาสขาดสารอาหารได้ และผู้ดูแลยังเกิดภาวะเครียดจากการดูแลและมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นห่วงอนาคตเด็กและผู้ป่วยเอดส์ ถ้าตนเองเสียชีวิตไป นอกจากนี้อายุที่ต่างกันกับเด็ก ทำให้ผู้สูงอายุกับเด็กขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น และในกรณีของเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ผู้ดูแลที่สูงอายุมักขาดข้อมูลข่าวสารในการดูแล การบำบัดรักษาและการเข้าถึงแหล่งบริการ เป็นต้น (วาราลักษณ์ ไชยเมืองชื่น และคณะ, 2544, หน้า 3) จะเห็นว่าหากว่ามีบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมได้รับผลกระทบ ตามมาได้ (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537, หน้า 217)

## 2. สัมพันธภาพของครอบครัว

ในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ยอมรับความเป็นจริง เช่น ครอบครัวที่ภรรยาถูกตรวจพบแอนติบอดีคือเชื้อเอชไอวี มีผลทำให้เกิดความหวาดระแวงและไม่ไว้วางใจกัน ซึ่งกันและกันระหว่างสามีและภรรยา (กาญจนา แก้วเทพ, 2542, หน้า 193) กล่าวคือสามีอาจไม่ไว้วางใจภรรยาหรือคิดว่าตนเองมิได้เป็นผู้ล่าสอนทางเพศ ก็จะไม่ยอมรับ อาจจะไม่ยอมรับ ภรรยาไปเพราะรังเกียจเกรงว่าตนเองจะติดเชื้อเอชไอวีจากภรรยา หากทั้งคู่มีบุตรด้วยกัน สามีอาจจะละทิ้งไปเพราะเกรงว่าตนจะต้องรับเลี้ยงบุตรตามลำพังเมื่อภรรยามีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตในขณะเดียวกันถ้าภรรยาคิดว่าตนต้องได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามีก็อาจโกรธเคียดแค้น หรือทั้งรักทั้งแค้น ทำให้สัมพันธภาพที่เคยดีกลับไม่ดี (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537, หน้า 217) เนื่องจากภรรยามีความหวาดระแวงสามีนอกใจ ภรรยาจะมีสัมพันธภาพทางเพศกับสามีเปลี่ยนไปโดยมีความรู้สึกทางเพศลดลง ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรืองดการมีเพศสัมพันธ์กับสามีโดยสิ้นเชิง เพราะกลัวการได้รับเชื้อเพิ่มจากสามีหรือกลัวการเพิ่มเชื้อให้สามี (ทัศนศรี เสมียนเพชร, 2541, หน้า 130) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างสามีหรือภรรยาเปลี่ยนแปลงไปนั้น ทำให้ครอบครัวเสี่ยงต่อการแตกแยกได้ในที่สุด (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532, หน้า 75)

### 3. ภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัว

ผลจากการคิดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ทำให้สมรรถภาพของร่างกายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมหรือดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เนื่องจากอ่อนเพลีย มีไข้สูง เจ็บป่วยบ่อย จำเป็นต้องดูแลรักษา ซึ่งในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างแพง ยิ่งผู้ป่วยค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์บางรายไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ ต้องขาดงานหรือหยุดงาน ออกจากงาน ขาดรายได้ และมีปัญหาในการใช้จ่ายทางด้านค่ารักษาพยาบาลและค่ายาสูง (Diad, 2001, p. 122) บางรายเป็นหนี้สินจากการแสวงหาวิธีการรักษา จึงส่งผลกระทบต่อภาระความรับผิดชอบสำหรับบุคคลในครอบครัว (กองโรคเอดส์, 2543, หน้า 5-6) และหากว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวได้ แต่กลับเป็นภาระที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบ ก็จะส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้มากยิ่งขึ้น (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537, หน้า 217) และยิ่งไปกว่านั้นถ้าสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตอันเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ฝ่ายที่ยังมีชีวิต ก็จะต้องรับภาระต่าง ๆ ของครอบครัวต่อไป (Sharma, 2001, p. 120) อาจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว รับภาระในการเลี้ยงดูบุตรซึ่งกำพร้าพ่อหรือแม่ นับเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นของครอบครัวที่ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537, หน้า 218)

### 4. บทบาทของสมาชิกในครอบครัว

เมื่อสามีหรือภรรยาเกิดการติดเชื้อเอชไอวีและป่วยด้วยโรคเอดส์ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของคนได้อย่างเต็มกำลัง หรืออาจจะสูญเสียบทบาทนั้นไป เช่น สามีเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ บทบาทนี้ต้องตกเป็นของภรรยา ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ทั้งแม่บ้านและหาเลี้ยงครอบครัวไปด้วย เป็นต้น (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537, หน้า 218) นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัวและสังคม แม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์จะประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ แต่ผลจากการมีภาวะภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลคิดว่าตนเองต้องจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถทำอะไรได้เหมือนคนปกติทั่วไปและมักจะต้องพึ่งพามุคคลอื่น ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า เกิดความรู้สึกผิด ละอายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว (กองโรคเอดส์, 2543, หน้า 5)

ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อครอบครัวสรุปได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญมาก การที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวไม่มากก็น้อย การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ทำให้บุคคลนั้นเป็นภาระของครอบครัว และเกิดปัญหาทางด้านสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป โดยมี

ความหวาดระแวงซึ่งกันและกัน ครอบครัวเสี่ยงต่อการแตกแยกและล้มสลาย อีกทั้งครอบครัวต้องสูญเสียเงินทองเป็นจำนวนมากในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่ายา แก่ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัว ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ จึงกล่าวได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวด้วย ซึ่งปิยรัตน์ นิลอัยยกา (2537, หน้า 217) กล่าวว่า หากว่ามีบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวตามมาได้

### ผลกระทบต่อชุมชน

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ของบุคคลหนึ่งบุคคลใดก็ตามย่อมมีผลกระทบต่อตัวบุคคลนั้น ๆ ต่อมาก็คือ ครอบครัว ซึ่งครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ดังนั้นชุมชนที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ย่อมได้รับผลกระทบด้วย ซึ่งผลกระทบที่เกิดต่อชุมชน คือ

ชุมชนเกิดความตื่นตระหนก จากการรับรู้ว่าเป็นชุมชนของตนมีคนติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ หากชุมชนนั้นมีความเข้าใจในสถานการณ์ มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ การติดต่อ การแพร่กระจาย ยอมรับและให้ความร่วมมือ ความตื่นตระหนกก็จะน้อยลง แต่โดยทั่วไปแล้ว ส่วนใหญ่ประชาชนในชุมชนต่าง ๆ ยังไม่ค่อยเข้าใจ ยังรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ ไม่อยากให้ความช่วยเหลือ ไม่ยอมรับ รังเกียจและละทิ้งไม่สนใจ แบ่งแยก เกิดความกลัวเอดส์ (Balaba, 2001, p. 129) ประชาชนบางส่วนได้ลดพฤติกรรมสำส่อนทางเพศลง เปลี่ยนค่านิยมโดยการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศลดลง แต่จะมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนมากยิ่งขึ้น และบางรายมีการขอตรวจเลือดคูร์กก่อนแต่งงาน ตลอดจนชุมชนมีการจัดสรรงบประมาณบางส่วนเพื่อรองรับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ รวมทั้งการดูแลเด็กกำพร้าที่เกิดจากครอบครัวที่บิดามารดาเป็นโรคเอดส์ด้วย (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537, หน้า 219)

อย่างไรก็ตาม พบว่า ชุมชนบางแห่งได้มีความเข้าใจและมีการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น จึงได้มีการช่วยเหลือ การไปเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยเป็นสถานที่หรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อทางด้านสุขภาพ ส่วนแหล่งช่วยเหลือทางด้านจิตใจ จะเป็นญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และวัด เป็นต้น (อุดม สุวรรณวุฒิ, 2542, หน้า 10) และผู้ติดเชื้อบางส่วนได้มีการเปิดเผยตัวมากขึ้นและยังได้มีการรวมกลุ่มกัน เพื่อพัฒนาตนเอง หาทางออกและการแก้ไขปัญหให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอง (เสรี พงศ์พิศ, 2542, หน้า 17)

## ผลกระทบต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ

การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเป็นการพัฒนาที่มุ่งเน้นทางวัตถุและเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเกิดความแตกแยก ประชาชนวัยทำงานต้องมีการอพยพย้ายถิ่นเป็นจำนวนมาก ทำให้ขาดความอบอุ่น มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ และเมื่อมีผู้ติดเชื้อในครอบครัวหรือชุมชน ก็ขาดความเอื้ออาทรเห็นอกเห็นใจ มีปัญหาทางสังคมเพิ่มมากขึ้น (ชัยยศ คุณาสนธิ, 2543, หน้า 26) ปัญหาเอดส์เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่น่าเป็นห่วง เพราะทำให้ประเทศไทยเราต้องสูญเสียกำลังคนก่อนวัยอันสมควร ไปจำนวนไม่น้อยในแต่ละปี ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียผู้นำ เด็กได้รับผลกระทบ แม้ไม่ติดเชื้อก็สูญเสียโอกาสในการเรียน เป็นภาระการเลี้ยงดูต่อปู่ย่าตายาย เป็นสาเหตุหนึ่งของครอบครัวและการพัฒนาสังคมที่ถดถอย (ชัยยศ คุณาสนธิ, 2543, หน้า 78; ทักษิณ ชินวัตร, 2544, หน้า 21) เพราะว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นั้น ได้สร้างปัญหาทั้งในเชิงสังคมและเชิงเศรษฐกิจ ในเชิงสังคมทำให้สังคมต้องสูญเสียแรงงานจำนวนมากจากการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคเอดส์ เด็กจำนวนมากที่เติบโตขึ้นมาในครอบครัวที่พ่อแม่เป็นโรคเอดส์ ไม่สามารถเลี้ยงดูหรือสนับสนุนให้เขาโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ประเด็นของเศรษฐกิจ คือในช่วงที่ผ่านมาประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจมีผลมาก โดยก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมที่รุนแรง คือปัญหาคนตกงาน เด็กจำนวนมากต้องออกจากโรงเรียนก่อนวัยอันควร คนในสังคมมีชีวิตที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ปัญหากลุ่มผู้ที่ขายบริการทางเพศแบบชั่วคราวเป็นปัญหามากขึ้น ปัญหาแรงงานข้ามชาติมาขายบริการทางเพศในประเทศไทยมากขึ้น ซึ่งเป็นผลกระทบอย่างรุนแรงต่อประเทศชาติ (วิพุธ พูลเจริญ, 2542, หน้า 22-23)

นอกจากนี้ในระยะแรกที่มีการระบาดของโรคเอดส์ การดำเนินงานในด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยการรณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนให้มีความกลัวต่อโรคเอดส์ ซึ่งไม่ได้ผลในการควบคุมเท่าที่ควร น่าจะเป็นเพราะผู้ทำงานในช่วงแรก มีการคิดว่า ความกลัวจะทำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง แต่สถานการณ์กลับกลายเป็นว่า ประชาชนส่วนใหญ่กลัวเอดส์จริง แต่ประชาชนส่วนหนึ่งก็ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่โดยไม่สามารถลด ละเลิกพฤติกรรมเหล่านั้นได้เพราะกลุ่มประชากรดังกล่าว รู้จักเอดส์ตามการรณรงค์ที่เป็นภาพน่ากลัว โดยเรียนรู้ว่าผู้เป็นเอดส์ จะมีลักษณะผอม ทรวดโทรมมีผื่นหรือตุ่มขึ้นตามลำตัว เป็นต้น จึงเข้าใจว่าผู้ให้บริการทางเพศ ซึ่งมีรูปร่างสวยงาม ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ จึงพยายามเลือกผู้ให้บริการทางเพศหรือผู้ที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย โดยดูจากรูปร่างหน้าตา มาให้บริการอันทำให้ติดเชื้อในที่สุด อีกทั้งกลุ่มที่ใช้ยาเสพติด ที่ไม่สามารถลดเลิกได้และมีการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกันอยู่ ซึ่งยังคงมีอยู่ในสังคมปัจจุบัน ตลอดจนผู้ที่ไม่ทราบว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก็คือกลุ่มผู้หญิงซึ่ง



ติดเชื่อจากสามี และผู้ชายซึ่งอยู่ห่างบ้านและหรือมีภรรยาหลายคนพร้อมกัน เป็นต้น ซึ่งผลกระทบจากกระบวนการ การให้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ชัดเจนแก่ประชาชน ก่อให้เกิดการรังเกียจผู้ติดเชื้อมีการแบ่งแยกหรือการกีดกันทางสังคม (social discrimination) เช่น การไม่รับเข้าทำงาน ไม่รับเข้าศึกษา เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่า การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ได้ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมหาศาลต่อสังคมไทย (ชัยยศ คุณาสนธิ, 2543, หน้า 15-20) ทางออกที่จะต้องเร่งดำเนินการพร้อม ๆ กันไปคือ เน้นการแก้ปัญหาที่ตัวบุคคลด้วยการเสริมศักยภาพของตนเองได้ พร้อมกันกับการเสริมศักยภาพของครอบครัว ชุมชน ให้ยอมรับ ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ การปรับระบบวิถีชีวิตและวิถีสังคม ให้เอื้ออำนวยต่อการป้องกันและควบคุม โรคเอดส์ (ชัยยศ คุณาสนธิ, 2543, หน้า 26)

### ผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข

ผลกระทบจากการระบาดของโรคเอดส์ยังส่งผลทั้งต่อสถานบริการ บุคลากรและการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้เตียง ยา อุปกรณ์อื่น ๆ ซึ่งในขณะนี้ได้มีการศึกษาเพื่อประเมินต้นทุนและประสิทธิผล หรือต้นทุนและผลของโครงการควบคุมป้องกัน การรักษาและการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ดำเนินอยู่มีน้อยมากในประเทศไทย (ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์, 2541, หน้า 183)

ชัยยศ คุณาสนธิ (2543, หน้า 37-41) ได้ศึกษาสถานการณ์ทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยปี 2537 พบว่า ค่ารักษาที่ต้องใช้สำหรับรักษาอาการป่วยของผู้ป่วยเอดส์ประมาณคนละ 60,000 บาทต่อปี ทั้งนี้ไม่รวมความสูญเสียทางอ้อม เช่น ค่าเสียโอกาสในการทำงาน ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายของคนในครอบครัว และพบว่าความต้องการด้านเวชภัณฑ์ของ ผู้ป่วยเอดส์แต่ละราย ต้องการเวชภัณฑ์เพื่อรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเวชภัณฑ์เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นโรคติดเชื้อต่าง ๆ ตั้งแต่รายละ 3,000 บาท ถึง 120,000 บาทต่อปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เป็นและระดับภูมิคุ้มกันที่เสียไป โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยเอดส์ 1 ราย ต้องการเวชภัณฑ์มูลค่า 44,000 บาทต่อปี นับเป็นความต้องการทรัพยากรเพื่อการรักษาอาการป่วยเฉพาะที่รัฐบาลจำเป็นต้องให้การสนับสนุนและบริการแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยในภาพรวมของประเทศ ทั้งสิ้นประมาณ ปีละ 2,000 -3,000 ล้านบาท นอกจากนี้ยังพบว่า ความต้องการบริการสถานพยาบาลผู้ป่วยเอดส์แต่ละราย ต้องการครองเตียงประมาณปีละ 1 เดือน (เจ็บป่วยปีละ 3 ครั้ง เฉลี่ยนอนโรงพยาบาลครั้งละ 12 วัน) ทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อเตียงปีละประมาณ 300,000 บาท จากการประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งต้องการใช้เตียงในการรักษาพยาบาลไม่ต่ำ

กว่า 5,000 เติง คิดเป็นเงินงบประมาณทั้งสิ้น 1,500 ล้านบาท ซึ่งนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องรับภาระที่สูงมาก (ชัยศ คุณาสนธิ์, 2543, หน้า 37-41)

นอกจากการศึกษาวิจัยดังกล่าวแล้ว ยังมีผู้ศึกษาพบว่าต้นทุนประสิทธิผลของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดพะเยา คิดเป็น 109,880 บาท และ 171,400 บาท ต่อการป้องกันไม่ให้ทารกติดเชื้อ 1 คน ตามลำดับ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2544, หน้า 2) จากการศึกษาความต้องการทรัพยากรสาธารณสุขนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนโยบายในการให้ยาและการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย นับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการหยุดยั้งการระบาดของโรคเอดส์ และการบริหารจัดการทรัพยากรของหน่วยงานองค์กรและของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์อย่างแท้จริงต่อไป (ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์, 2541, หน้า 183-192)

โดยสรุปแล้วการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ได้ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมหาศาลต่อสังคมไทย กล่าวคือ ทุกคนจะได้รับผลกระทบของเอดส์ทั้งสังคมและด้านเศรษฐกิจ เพราะเอดส์ได้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งระยะสั้น เช่น ปัญหาความขาดแคลนทั้งเวชภัณฑ์ ผู้ดูแลรักษา กับการรักษาพยาบาล และในระยะยาว เช่น การทำลายโอกาสทางการศึกษาของบุตรผู้ป่วยเอดส์ เมื่อโตขึ้นอาจทำให้เกิดปัญหาต่อสังคม เกิดอาชญากรรมสูงขึ้น สังคมเสื่อมลงได้ (ชัยศ คุณาสนธิ์, 2543, หน้า 19-20) ซึ่งปัญหาและผลกระทบเหล่านี้มีแนวโน้มจะทวีความซับซ้อน ความรุนแรง และมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นไปตามกาลเวลา

### คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

#### ความหมายคุณภาพชีวิต

คำว่า คุณภาพชีวิต มีการกล่าวถึงและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่มุมมอง แนวคิด และการให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตยังคงมีความหลากหลาย คุณภาพชีวิตเป็นคำที่กว้าง ซึ่งนักวิชาการต่าง ๆ อาจจะได้ให้ความหมายแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด ตามแนวความคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้น ๆ (Campbell, 1976, p. 117)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996, pp. 354-356) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต โดยเน้นถึงการรับรู้ของบุคคล คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคล ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

เฟอร์เรลและคณะ (Ferrell et al., 1995, pp. 915-916) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภาวะความสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ในชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกทางด้านร่างกายและอาการทางกาย (physical well-being and symptoms) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ความผาสุกทางด้านสังคม (social well-being) และ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง อยู่บนพื้นฐานแนวคิดคุณภาพชีวิต

เฟอร์รานส์และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985, pp. 15-24) ให้ความหมายคำ คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของผู้ป่วยที่เกิดจากความสมดุลระหว่างความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิตในแต่ละบุคคลให้ความสำคัญแตกต่างกันไป ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายของบุคคล เช่น ความสามารถในการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว การทำประโยชน์ต่อบุคคลอื่น งานอดิเรกและชีวิตพิเศษ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ หมายถึง ความสุข ความพึงพอใจในตนเองและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เช่น ความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิต ความสุขความพึงพอใจโดยทั่วไป ความพึงพอใจต่อรูปร่างหน้าตาและความพึงพอใจต่อตนเองโดยทั่วไป รวมทั้งความรู้สึกสงบในจิตใจ ความเชื่อและศรัทธาทางศาสนา

3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง สัมพันธภาพกับเพื่อน เพื่อนบ้าน และสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนและเพื่อนบ้าน การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ได้จากเพื่อนและเพื่อนบ้าน สภาพที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

4) ด้านครอบครัว หมายถึง ความสุขและสัมพันธภาพในครอบครัว เช่นภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ได้รับจากครอบครัว เป็นต้น

## การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดหรือข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวความคิดของคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลที่ทำให้ยากที่จะสรุปถึงการใช้เครื่องมือหรือเครื่องชี้วัดในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงมีความหลากหลายและมีรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น ๆ

ชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ 1) ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เป็นต้น และ 2) ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตนาคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึกอารมณ์ และจิตใจของบุคคล ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย (UNESCO, 1980, pp. 312-319; Zhan et al., 1992, pp. 795-800; Meeberg, 1993, pp. 32-38)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของแฟรงค์-สตรอมเบอร์ก (Frank-Stromberg, 1984, pp. 88-91) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะ คือ

- 1) การประเมินเชิงปริมาณโดยผู้อื่น (objective scales yielding quantitative data) เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษา หรืออาชีพ และประเมินออกมาเป็นคะแนน
- 2) การประเมินเชิงปริมาณโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding quantitative data) ขึ้นอยู่กับค่านิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ ความสุขที่ตนเองได้รับ เป็นต้น โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
- 3) การประเมินเชิงคุณภาพโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding qualitative data) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคม หรือภาวะเจ็บป่วย ผลออกมาเป็นการบรรยายถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวชี้วัด ที่บุคคล จะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก ทศนคติของตนเอง จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ความถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งเป็นคำตอบที่นักวิจัยและทีมสุขภาพต้องการของแท้จริง (Campbell, 1976, pp. 117-124; Frank-Stromberg, 1984, pp. 88-91; Meeberg, 1993, pp. 32-38) โดยทั่วไปแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือการประเมินแบบมีมิติเดียว หรือการประเมินแบบหลายมิติ ตัวอย่างการประเมินคุณภาพชีวิตแบบมีมิติเดียวได้แก่แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1960 cited in McKeehan et al., 1986, pp. 285-294) ประกอบด้วยข้อคำถามเพียงข้อเดียว เป็นคำถามสรุปว่าความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับใด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ ที่มีลักษณะขั้นบันไดในแนวตั้ง บันไดขั้นแรกมีค่าเท่ากับ 1 และบันไดขั้นสุดท้ายมีค่าเท่ากับ 10 คะแนนสูงสุดแสดงว่าคุณภาพชีวิตดี คุณภาพของเครื่องมือค่อนข้างดี แต่มีจุดอ่อนของเครื่องมือชนิดนี้คือเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้ขาดรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ทำให้ไม่ทราบบุคคลมีความพึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบแต่ละด้านของชีวิตอย่างไร ซึ่งยากต่อการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนั้นจึงมีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพแบบหลายมิติ โดยมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่าง ๆ ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ ประสบการณ์ และปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985, pp. 15-24) เป็นต้น

### คุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ได้อาศัยแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985, pp. 15-24) ที่ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตซึ่งประกอบด้วยในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ สังคมและเศรษฐกิจ และครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย

จากการที่บุคคลได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายสภาวะสุขภาพจะเกิดการขาดสมดุลตามความรุนแรงของโรค อาการทางกายจะปรากฏภายหลังจากการรับเชื้อ มีตั้งแต่ไม่มีอาการจนกระทั่งถึงปรากฏอาการ ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการหากบุคคลนั้นสามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ หรือไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นก็อาจไม่มีอาการใด ๆ นอกจากตรวจพบ แอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีภายในร่างกาย (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537, หน้า 214) ในระยะต่อมาอาการของโรคจะปรากฏ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เจ็บแผล

ในปากจากการเป็นเชื้อราในช่องปาก มีปัญหาในการรับประทานอาหารทำให้น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 55-56) สอดคล้องกับการศึกษาของ นมิตา ล.สกุล (2544, หน้า 49) ซึ่งพบว่าอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยโรคเอดส์ทางกายส่วนใหญ่จะมีไข้ ไอ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกายและอ่อนเพลีย และอาการของโรคก็จะกำเริบและลุกลามอย่างรวดเร็ว โดยจะปรากฏอาการของการมีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย เริ่มจากบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ และมีอาการไข้ ไอเรื้อรังนอนไม่หลับ อูจาจาระร่วงเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว บางรายเหนื่อยหอบ เนื่องจากมีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบการหายใจ ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบาย หายใจหอบเหนื่อย โดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ ส่วนใหญ่ ร่างกายผ่ายผอม ผิดรูปผิดร่าง มีอาการทางผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณเยื่ออ่อนเป็นฝ้าขาว โดยเฉพาะเยื่ออ่อนของอวัยวะทางเดินอาหารจากการเจริญเติบโตของเชื้อรา ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารไม่ได้ ร่างกายทรุดโทรมเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อได้ง่าย (ปิยรัตน์ นิลอัยกา, 2537, หน้า 214) ยิ่งนานวันทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันก็จะยิ่งลดลงไป เช่น การอาบน้ำ เช็ดตัว การแปรงฟัน การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น และผู้ป่วยจะมีความรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าขณะทำงาน และจะมีความรุนแรงมากขึ้น โดยมีอาการ อ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้าตลอดเวลา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมถึงไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 57; จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และคณะ, 2543, หน้า 138) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจทางร่างกาย คือ ความสามารถรักษาคุณภาพทางร่างกายลดลง ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนได้ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างที่ใจต้องการ (ลัดดาวัลย์ ปิ่นเต 2543, หน้า 59) จากสภาวะดังกล่าวได้ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวันและรวมถึงการประกอบอาชีพด้วย ส่งผลกระทบต่อ ความผาสุกทางร่างกาย ซึ่งเปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย (2536, หน้า 69-70) ได้ทำการศึกษาโดยพบว่า คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้น มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำในเรื่องของ ความอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด การรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานภาพจากการเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือผู้หาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นภาระของครอบครัว (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 64)

## 2. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

การทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี มีผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดความแปรปรวนทางด้านอารมณ์และการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Donlou et al., 1985, p.39) ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีประชาชนบางส่วนของสังคมได้แสดงความรังเกียจหรือหวาดระแวงผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวอยู่ รวมทั้งการที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์บางรายที่มีสุขภาพ

ไม่แข็งแรงและกลัวคนอื่นจะรังเกียจ (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 66) ก่อให้เกิดปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเอดส์ทั้งทางร่างกายและจิตใจคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ/หรือผู้ป่วยเอดส์เกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง โดยมองว่าตนเองไร้ค่าและมีความรู้สึกต่ำกว่าตนเอง ถูกแยกจากสังคมซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Nicholas, 1985, p. 766) มีความเกี่ยวข้องกับตนในลักษณะของความเครียดที่เป็นอันตราย ก่อให้เกิดความสูญเสียและเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534, หน้า 108) ในระยะแรกนี้ปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดความ สับสน วิตกกังวล ซึ่งเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยที่สุด (ปิยรัตน์ นิลอภัยกา, 2537, หน้า 215) นอกจากนี้ (จิระภา ศิริวัฒน์-เมธานนท์ และคณะ, 2543, หน้า 138) พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพจิต คือ มีความวิตกกังวล คิดมาก ท้อแท้ กลัวสังคมรังเกียจ กลัวอาการของโรคปรากฏ กลัวตาย (Charles, 2001, p. 119) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นเพศหญิง (สันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542, หน้า 8)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่เป็นหญิงตั้งครรภ์นั้นจะมีความแตกต่างและละเอียดซับซ้อนกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์โดยทั่วไป เพราะว่าหญิงตั้งครรภ์นอกจากเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจกับภาวะการตั้งครรภ์ปกติแล้ว และต้องมาเผชิญกับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของตนเองและทารกในครรภ์อีก นอกจากนี้ยังต้องกังวลของผลที่ตามมาอีก เช่น การดำรงการตั้งครรภ์ต่อไปอีกหรือไม่ การเลี้ยงดูบุตร ค่าครองชีพ การหย่าร้าง ความรังเกียจจากญาติหรือบุคคลรอบข้าง ซึ่งก็เป็นภาระที่ซับซ้อนและยุ่งยากกว่าการติดเชื้อเอดส์ในคนทั่วไป (มัลลิกา ขลาสนธิ และคณะ, 2540, หน้า 66) ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตใจ (Sharma, 2001, p.120) มีความวิตกกังวลมากที่สุด มีความรู้สึกสับสนวุ่นวาย ประมาณ 1 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องตัดสินใจการยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง (ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, 2541, หน้า 32-34) และยังพบว่ามารดาหลังคลอดบุตรนั้นมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับ อันตรายที่เกิดขึ้นกับสุขภาพบุตร กลัวบุตรติดเชื้อเอดส์จากตน กลัวบุตรมีปมด้อย กลัวบุตรไม่โตตามวัย (ทัศนศรี เสมียนเพชร, 2541, หน้า 128)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีความรู้สึกวิตกกังวล กับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย เช่น รูปร่างผอมลง น้ำหนักลดลง หรือมีร่องรอยของโรคบริเวณผิวหนัง (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 57 ; ลัดดาวัลย์ ปิ่นเด, 2543, หน้า 59) อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา ทำให้เกิดความหวั่นไหว ไม่มั่นใจในอนาคต ความรู้สึกกลัวตายจะเกิดขึ้น รวมทั้งเกิดความรู้สึกสูญเสียโอกาสในเรื่องเพศ ความหวังในชีวิต สถานภาพทางเศรษฐกิจและบทบาทในสังคม ก่อให้เกิดความเศร้า มีอาการซึมเศร้ามากขึ้น นอกจากนั้นบางรายอาจพบว่า มีความโกรธแค้น ขุ่นเคือง เครียด ไม่อยากมีชีวิตอยู่ (Aryal, 2001, p.111) และมีแนวโน้มของการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (Charles, 2001, p. 119; สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล และคณะ, 2538, หน้า 64-65) ซึ่งเสาวภา

พรสิริพงษ์ (2541, หน้า 113) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี บางรายมีการประชดสังคมโดยการแพร่เชื้อให้กับคนอื่นและประชดชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ คันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542, หน้า 8) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรงพยาบาลบาราคนราคร โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เป็นจำนวนค่อนข้างสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัจฉรา ดันศรีรัตนวงศ์ (2541, หน้า 70) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย โดยวิธีการกระโดดตึก กระโดดน้ำตาย กระโดดให้รถชนตาย รวมทั้งการกินยาฆ่าตัวตาย เป็นต้น

จากการศึกษาของจิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และคณะ (2543, หน้า 138) พบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นส่วนใหญ่ คือ มีความวิตกกังวล คิดมาก ท้อแท้ กลัวสังคมรังเกียจ กลัวอาการของโรคปรากฏ และกลัวตาย เช่นเดียวกับการศึกษาของอารยาล (Aryal, 2001, p. 111) พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนมาก มีความรู้สึกเสียใจ สิ้นหวังในชีวิต ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป รวมทั้งการคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (Charles, 2001, p.119) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดเชื้อได้หันเข้าหาที่พึ่งทางหลักธรรมทางพุทธศาสนา เพื่อบรรเทาความทุกข์ใจและเป็นการเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยของลัดดาวัลย์ ปันเต (2543, หน้า 48-55) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์บางรายเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจด้านจิตใจ โดยส่วนใหญ่หันเข้าหาที่พึ่งทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 96 โดยมีกิจกรรมที่ปฏิบัติ เช่น การทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ อธิษฐานจิต ทำจิตใจให้สบาย เป็นต้น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ศศิมา ณ อยุธา และคณะ (2541, หน้า 80) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเครียด มีความรู้สึกอยากทำลายสิ่งของรอบ ๆ ตัว เพื่อระบายความในใจ และพยายามสืบเสาะแสวงหาวิธีการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น รดน้ำมันดี สะเดาะเคราะห์ หรือวิธีอื่น ๆ ทางไสยศาสตร์ ซึ่งการกระทำเช่นนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังที่จะหายจากโรคและยังพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ยังพึ่งพาการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการไปรับบริการที่โรงพยาบาลและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนมากยังได้รับการดูแลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยจากบุคคลในครอบครัวด้วยเช่นกัน (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 58-62)

### 3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เป็นที่รังเกียจของสังคมทั่วไป (Balaba, 2001, p. 129) ผู้ติดเชื้อมักจะถูกแบ่งแยกและต่อต้านจากบุคคลรอบข้างหรือบุคคลในสังคมไม่ให้เข้าร่วมคบหาสมาคมด้วย (Donlou et al., 1985, p. 39) ชุมชนและสังคมมีความรังเกียจ ไม่ยอมรับ หวาดระแวงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว (สมคิด โพธิชนะพันธุ์ และคณะ, 2543, หน้า 37 ; จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และคณะ, 2543, หน้า 138 ; นมิตา ล.สกุล, 2544,



หน้า 59) สังคมมักจะตีตราโดยมองว่าการติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น การสำส่อนทางเพศ การติดสารเสพติด เป็นต้น (สมณชา กบิลพัตร, 2541, หน้า 85) ซึ่งเป็นที่รังเกียจของสังคม ทำให้บุคคลในครอบครัว ตลอดจนญาติพี่น้องรวมทั้งผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านสังคมด้วยเช่นกัน (ประเทือง พิมพ์โพธิ์, 2541, หน้า 64) ผลกระทบที่ตามมา ก็คือทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวในชุมชนและสังคมลดลง (นมิตา ล.สกุล, 2544, หน้า 59) ตลอดจนสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคลเปลี่ยนแปลงเพราะตนเองติดต่อกับญาติและเพื่อนฝูงลดลง (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 62) เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาสังคม โรคเอดส์จึงเสมือนกับต้นเหตุของข้อจำกัดทางสังคม เพราะผู้ป่วยอาจอยู่อย่างถูกกลโหย โดยการตัดสินของสังคม ซึ่งเปรียบเสมือนตราบาททางสังคม ทำให้สัมพันธ์ภาพทั่ว ๆ ไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความหวาดระแวงไม่แน่ใจในสัมพันธ์ภาพระหว่างตนกับผู้อื่นว่าจะต้องเสียไป จึงมักจะแยกออกมาตามลำพังหรือย้ายที่อยู่อาศัยเพื่อหลบเลี่ยงสังคมนั้น ๆ เพราะกลัวถูกปฏิบัติจากสังคม (สุวรรณ นันทนินันตร์กุล และคณะ, 2538, หน้า 64; รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 65) รวมทั้งการหนีสังคม เมื่อสภาวะของโรคเริ่มรุนแรงขึ้น (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537, หน้า 215)

ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์ (2541, หน้า 177-178) ได้ทำการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ส่วนมากจะเป็นประชากรซึ่งกำลังอยู่ในวัยแรงงาน พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่จะต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัวและเป็นกำลังแรงงานที่สำคัญของครอบครัว (ต้นสนีย์ สมิตะเกษตริน; 2542, หน้า 8; ลัดดาวัลย์ ปิ่นเต, 2543, หน้า 47; จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และคณะ, 2543, หน้า 127) ซึ่งผลจากการมีสุขภาพที่ไม่ดีมีการเจ็บป่วยบ่อย ๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ จึงขาดรายได้ (จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และคณะ, 2543, หน้า 138) รวมทั้งยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง เช่น ค่ายา และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ดังเช่น ค่าใช้จ่ายเฉพาะค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อคนต่อปี เท่ากับ 60,066.87 บาท จะเห็นว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์จะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนเงินไม่ใช่น้อย (วิไลวรรณ พร้อมมูล, 2538, หน้า 154) ส่งผลทำให้เกิดปัญหารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย อีกทั้งสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดามารดา หรือญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต้องลาทำงานและขาดงานเพื่อนำผู้ป่วยเอดส์เดินทางไป ตรวจสุขภาพและ หรือไปรับบริการรักษาพยาบาล และรวมถึงต้องเสียค่าพาหนะ ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่าเสียเวลาที่หยุดงานด้วย (นมิตา ล.สกุล, 2544, หน้า 54-60) ซึ่งก็ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัวต่อมา อันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติที่จะทำให้ครอบครัวล่มสลายและเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาครอบครัวและการพัฒนาสังคมที่ถดถอยลงไป (ทักษิณ ชินวัตร, 2544, หน้า 21)

นอกจากนี้กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์บางส่วนได้มีการรวมกลุ่มกันจัดตั้งชมรมสมาชิกเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในชุมชน สังคม เพื่อเรียกร้องสิทธิประโยชน์ และเพื่อช่วยเหลือกันและกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีการพบปะ เสริมสร้างกำลังใจ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำแก่กลุ่มสมาชิกในการดูแลสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (พีชโรบล นาดประทาน, 2541, หน้า 14-17) และยังพบว่าผลจากการเข้ากลุ่มของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในชีวิต ซึ่งรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (นงนุช เขาวนศิลป์, 2540, หน้า 75)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้นได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรที่สามารถช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนที่จะเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่ประสบปัญหาทางสังคม/เศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านสิ่งของหรืองบประมาณช่วยเหลือในการประกอบอาชีพ หรือการสงเคราะห์ด้านอื่น ๆ ยังมีน้อย ยังไม่ค่อยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ มากนัก (ประเทือง พิมพ์โพธิ์, 2541, หน้า 65) จากการขาดการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางลบ ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา (จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และคณะ, 2543, หน้า 138) และจากการศึกษาพบว่าผู้ที่ให้การสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว คือ คู่สมรส รองลงมาคือญาติพี่น้อง (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 62; สุมณฑา กบิลพัตร, 2541, หน้า 79)

#### 4. ด้านครอบครัว

การที่สมาชิกในครอบครัวมีการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ได้ส่งผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงชีวิต ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อครอบครัวโดยตรง คือเกิดความหวาดระแวงกันระหว่างคนในครอบครัว ไม่ไว้วางใจกัน (กาญจนา แก้วเทพ, 2542, หน้า 193) โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรส จะได้รับผลกระทบมากที่สุด คู่สมรสมีสัมพันธภาพทางเพศเปลี่ยนแปลงไป เช่น การมีเพศสัมพันธ์ลดลง หรือไม่มีเลย (ทัศนศรี เสมียนเพชร, 2541, หน้า 124 ) ทำให้แบบแผนของ คู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ การใช้ชีวิตประจำวัน และความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเปลี่ยนแปลงไป อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ทำให้ชีวิตคู่เสี่ยงต่อการแตกหักในที่สุด

ในส่วนของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา จะมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือทางด้านร่างกายพบว่า เด็กมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยและมีระดับพัฒนาการล่าช้ากว่า ปัญหาด้านภาวะทุพโภชนาการ (พรทิพย์ มิ่งเจริญ, 2542, หน้า 48-52) ปัญหาทางด้านจิตใจ คือ ปัญหาทางด้านอารมณ์ เด็กจะมีความรู้สึกกลัว ซึมเศร้า เสียใจ แสดงความก้าวร้าวรุนแรง ความรู้สึกน้อยและสูญเสีย และยังเกิดปัญหาทั้งในด้านขาดผู้ดูแล ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การถูกรังเกียจจากสังคม การถูก

คิดกันไม่ให้เข้าโรงเรียน และขาดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ (วราลักษณ์ ไชยเมืองชื่น และคณะ, 2544, หน้า 1-3) นอกจากนี้ยังพบปัญหาเอคตส์ยังทำให้เกิดการตายของเด็กที่ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ส่วนเด็กที่รอดจากการติดเชื้อมักต้องเป็นเด็กกำพร้าเนื่องจากบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอคตส์ (Ratsaka, 2001, p. 114) ซึ่งเด็กกำพร้าส่วนหนึ่งต้องกลายเป็นเด็กเร่ร่อน หากินตามข้างถนนและกองขยะ เป็นเด็กไร้ผู้ดูแลหรือขาดผู้ดูแลที่เหมาะสม ทำให้กลายเป็นเด็กกลุ่มด้อยโอกาสในสังคม เป็นต้น (Prane, 2001, p. 230)

ผลกระทบทางด้านผู้เป็นบิดามารดาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอคตส์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ (วิพุธ พูลเจริญ, 2542, หน้า 24) และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ โดยร้อยละ 90 เป็นหญิงวัยกลางคน และเป็นผู้สูงอายุ (Senaratana, 2001, p. 33) ส่วนใหญ่จะเป็นมารดาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอคตส์ (พเชีย ศรีแสงทอง, 2541, หน้า 124) มักจะมีปัญหาทางด้านร่างกาย สุขภาพไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ติดเชื้อและเด็ก และเมื่อผู้ดูแลเกิดภาวะการเจ็บป่วย ก็มักจะขาดคนดูแลเช่นกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากเป็นห่วงอนาคตเด็กและผู้ป่วยเอคตส์ ถ้าตนเองเสียชีวิตไปอีกทั้งผู้ดูแลที่สูงอายุมักขาดข้อมูลข่าวสารในการดูแล การบำบัดรักษาและการเข้าถึงแหล่งบริการ เป็นต้น (วราลักษณ์ ไชยเมืองชื่น และคณะ, 2544, หน้า 3)

อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอคตส์ส่วนใหญ่ที่อยู่ในครอบครัวขยาย และอยู่ในชนบทซึ่งเป็นภูมิลำเนาของตนเอง (ลัดดาวัลย์ ปิ่นเต, 2543, หน้า 57) และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและกันอยู่ในระดับที่ดี และยังได้ให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านสุขภาพกายและจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอคตส์ ซึ่งได้แก่ บิดามารดา คู่สมรสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอคตส์ เป็นต้น (ทัศนศรี เสมียนเพชร, 2541, หน้า 145; พเชีย ศรีแสงทอง, 2541, หน้า 124; สุมณฑากบิลพัตร, 2541, หน้า 88) หากพบว่ามิบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอคตส์ คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537, หน้า 217)

โดยสรุปแล้วจะเห็นว่า การติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาได้ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอคตส์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ และผลกระทบดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอคตส์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสุสัณหา ยัมแย้ม (2544) ซึ่งได้แปลและดัดแปลงตามกรอบแนวคิดของเฟอร์รานส์ (Ferrans, 1997, pp. 110-121) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีโครงสร้าง หลายมิติ และสามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ครอบคลุมถึง ความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ สังคมและเศรษฐกิจ และครอบครัว ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม และแนวคิด

ดังกล่าวเป็นการวัดคุณภาพชีวิตในเชิงอัตนัย โดยให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นหลัก ซึ่งผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะต้องประเมินความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเป็นแนวคิดที่มีองค์ความรู้ที่มีการทดสอบและได้มีการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน จึงทำให้เป็นแนวคิดที่น่าจะมีคุณค่าและมีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดนิยาม ความหมายเป็นความพึงพอใจในชีวิตและการดำเนินชีวิต และผู้ศึกษาเชื่อว่าน่าจะเป็นแนวคิดที่สามารถวัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรตัวอย่างได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

มนุษย์ทุกคนล้วนมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันทั้งนี้เนื่องจากว่าบุคคลนั้นมีภูมิหลัง ค่านิยม ความเชื่อและประสบการณ์แตกต่างกันออกไป จึงทำให้แต่ละบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยพื้นฐานหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กล่าวคือ

เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตและการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจาก เพศชายและเพศหญิงมีบทบาทและค่านิยมในสังคมที่แตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษาของ Nunes และคณะ (Nunes et al., 1995, pp.174-196) พบว่าในกลุ่มผู้คิดเชื้อเอชไอวี คะแนนคุณภาพชีวิตในเพศหญิง ต่ำกว่าเพศชายทั้งในด้านบทบาทหน้าที่และสุขภาพจิต แต่การศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมั่นไว (2536, หน้า 80) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของเพศชายต่ำกว่าเพศหญิง โดยผู้วิจัยได้อธิบายว่า เพศหญิงถูกกำหนดบทบาทโดยสังคมให้เป็นภรรยาและเป็นมารดาที่ดี เมื่อเกิดเจ็บป่วยจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ ดูแล ในขณะที่เพศชายถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้หาและหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพศชายจะรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลงและจากการศึกษาของ ถวิล สังฆมณี (2544, หน้า 78) พบว่า ปัจจัยทางด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื้อเอชไอวี

อายุ จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่าบุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นด้วย (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้คนเราสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้มากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในชีวิตและรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (Yasko, 1986 cited in Dirksen, 1990, pp. 629-643) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541, หน้า 153) ที่พบว่าผู้คิดเชื้อที่มีอายุมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดีกว่าผู้มีอายุน้อยกว่า แต่ผลการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย (2536, หน้า 80) พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้ชีวิตเผชิญ ปัญหาชีวิตที่ต่างกัน และรับรู้ถึงความพึงพอใจที่ต่างกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นจะ เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นและปรับตัวได้ดี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการ ทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง และมีความเบื่อหน่ายในการต่อสู้กับชีวิตจึงรับรู้คุณภาพชีวิต ที่ต่ำ

การศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความคาดหวังต่อความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิต ก่อนข้างสูง แต่ในขณะที่เดียวกันเมื่อเกิดอุปสรรคที่ทำให้ไม่อาจบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ก็จะทำให้เกิด ความแตกต่างระหว่างการตอบสนองความต้องการของตนเองในสถานการณ์ที่เป็นจริงกับเป้าหมาย ที่ตั้งไว้มาก ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Ferrans & Powers, 1993) แต่ผลการศึกษาของสุดารัตน์ วรรณสาร (2541, หน้า 153-154) พบว่า ผู้คิดเชื่อเฮอไอวี่ที่มี ระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการพักผ่อน และดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้คิดเชื่อที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้คิดเชื่อเฮอไอวี่ที่มี ระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย มีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับ ตนเองได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

สถานภาพสมรส พบว่าโดยทั่วไปมนุษย์ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีสถานภาพ สมรสคู่ จะมีความสุขในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสดหรือหม้าย (Campbell, 1976, pp.117-124; Glenn & Weaner, 1979 cited in Dirksen, 1990, pp. 629-643) อาจเนื่องจากคู่สมรส เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุ เป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงทำให้บุคคลที่มีสถานภาพการสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการดูแลตนเองได้ดี ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (สุดารัตน์ วรรณสาร, 2541, หน้า 153) สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย (2536, หน้า 80) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะรับรู้คุณภาพชีวิตได้ดีกว่า เนื่องจากคู่สมรสจะมีคู่ครองคอยให้ ความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ดูแลห่วงใย รับฟังปัญหาเป็นคู่ปรึกษา เป็นความหวังและเป็นกำลังใจ ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น

การประกอบอาชีพ บุคคลที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ดังเช่น การศึกษาของดิเรกเซ็น (Dirksen, 1990 pp. 629-643) ที่พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสุขในชีวิต กล่าวคือ บุคคลที่ยังประกอบอาชีพ

นั้นจะมีการรับรู้ความผาสุกในชีวิตสูงกว่าบุคคลที่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536, หน้า 79) และพบว่าผู้ที่มีอาชีพที่มั่นคงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีอาชีพ

รายได้ จัดเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพสังคม เศรษฐกิจ มีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (ประภา รัตนเมธานนท์, 2532) สอดคล้องกับ ศศิมา ณ อุรุยา และคณะ (2541, หน้า 78) สมฉาภา กบิลพัตร (2541, หน้า 94) และสุภารัตน์ วรรณสาร (2541, หน้า 154) พบว่าบุคคลและครอบครัวที่มีรายได้สูง ย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายหรือสิ่งจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพสูง ซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (William, Kevin & Wilfried, 1995, อ้างในวัลลภา ครุฑแก้ว, 2540, หน้า 52) ในขณะที่บางการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2536, หน้า 80)

สภาวะสุขภาพ พบว่า บุคคลที่มีสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Ferrans, & Powers, 1985, pp.15-24) ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพที่ดี จะสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอกับเป้าหมายในชีวิตที่ตนเองตั้งเอาไว้ จึงทำให้บุคคลที่มีสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตดีกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ วรรณสาร (2541, หน้า 155) พบว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการแสดงของโรค มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ติดเชื้อมีอาการของโรค และผลการศึกษาของรจนา วิริยะสมบัติ (2540, หน้า ๖) ได้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536, หน้า 78) พบว่าผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่แสดงอาการ กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่แสดงอาการมักจะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงร่างกายที่เคยแข็งแรงจะเกิดการเจ็บป่วยบ่อย การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากโรคเอดส์เองและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ขณะเดียวกันก็มีความกังวลใจในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวสังคมจะรู้ว่าตนเป็นโรคนี้อีกกลัวถูกไล่ออกจากงาน มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ในขณะที่ผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์นั้นได้มีการปรับตัวต่อภาวะนี้มานานกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ วรรณสาร (2541, หน้า 155) พบว่าผู้ติดเชื้อที่ทราบการติดเชื้อมานาน จะมีความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อ

กล่าวโดยสรุปได้ว่าปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย น่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

#### กรอบแนวคิดในการศึกษา

การติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยด้วยโรคเอดส์ ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ เกิดปัญหาสุขภาพ และการเจ็บป่วย ทำให้ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลช่วยเหลือตนเองลดลง และเนื่องจากปัญหาทางด้านสุขภาพ ร่างกายได้ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคลนั้น ๆ ตามมา บุคคลเกิดปัญหาทาง ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความกลัว ความซึมเศร้าและความเครียด มีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมาน ชีวิตไม่มีความสุข สุขภาพทรุดโทรม เกิดภาวะของโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง และผลจากความเจ็บป่วยทางกายทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ขาดรายได้ บทบาทหน้าที่ของ บุคคลเปลี่ยนไปจากผู้นำครอบครัว กลับต้องเป็นภาระของครอบครัว นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วย มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ส่งผลถึงการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ใน ครอบครัว โดย ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ค่อนข้างสูง สมาชิกในครอบครัว ต้องขาดรายได้หรือรายได้ไม่พอกับรายจ่าย เนื่องจากการที่จะต้องลางาน หยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องประสบกับปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ครอบครัวขาดความ อบอุ่น เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคม โดยการที่ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยง หลบหนีสังคมหรือ ถูกสังคมแบ่งแยก ซึ่งผลกระทบดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์กันซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องกัน และอย่างเป็นระบบ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนถึง ครอบครัวและสังคมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ด้วย โดยสามารถสรุปเป็นแผนภูมิ ได้ดังนี้

## แผนภูมิกรอบแนวคิดในการศึกษา

