

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เกือบสามทศวรรษนับตั้งแต่มีการค้นพบเชื้อเอชไอวี ที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2524 โรคเอดส์หรือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องได้แพร่กระจายไปทั่วโลก ปัจจุบันมีการคาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 60 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีแล้วประมาณ 25 ล้านคน โดยร้อยละ 97 ของผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (UNAIDS, 2009) ซึ่งกลายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศกำลังพัฒนาในแถบแอฟริกาและเอเชีย เพราะเอดส์เป็นโรคที่เกิดขึ้นกับประชากรในวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นกำลังแรงงานหลักของครอบครัวและประเทศชาติ เอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว สำหรับประเทศไทยสำนักโรคบาตวิทยาได้รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2527 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2552 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์จำนวน 358,260 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 95,983 ราย (สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค,2552) จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมสูงสุด 5 อันดับแรกของประเทศไทย คือ กรุงเทพมหานคร เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา และลำปาง ในปี 2553 คาดว่าจะมีผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,138,020 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้วประมาณ 641,633 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวนประมาณ 499,324 รายและคาดว่าจะมีผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 10,853 ราย (Thai Working Group and The Asian Epidemic Model Projection for HIV/AIDS in Thailand : 2005 - 2025, 2009) ในส่วนของจังหวัดลำปางตั้งแต่ปี 2533 จนถึง 25 พฤศจิกายน 2552 มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 12,487 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 6,431 ราย เพศชายมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อพบจากเพศสัมพันธ์สูงที่สุด ส่วนช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 30 - 34 ปี โดยพบผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการทุกอำเภอ พบมากที่สุดที่อำเภอเมือง ส่วนอำเภอเกาะคาอยู่อันดับ 3 ของจังหวัด มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน

1,160 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 695 ราย ซึ่งสถานการณ์ปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกับข้อมูลในระดับประเทศ (สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดลำปาง,2552)

จากปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายแก้ไขปัญหาเอดส์ เพื่อลดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม โดยการจัดตั้งคลินิกเอดส์ในโรงพยาบาลที่มีระบบการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยภาครัฐ อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ บุคลากร ยาที่ใช้รักษา และการยอมรับจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาความทุกข์ทรมานจากโรค บางคนไม่มีญาติให้การดูแล บางคนมีความเครียดและอยากฆ่าตัวตาย โดยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยากฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 18.6 (ศิริชัยคาริกานนท์, 2541) ในส่วนของโรงพยาบาลเกาะคาได้จัดตั้งคลินิกเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เพื่อบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยา มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีระบบการติดตามให้มาตรวจตามนัด และได้จัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยได้รับงบประมาณจากโครงการความร่วมมือแก้ไขปัญหาเอดส์ระหว่างประเทศไทยและเยอรมัน (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit: Thai-German Technical Cooperation: GTZ) (สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มสานสัมพันธ์, 2547) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์บางส่วนได้มีการรวมกลุ่มกันจัดตั้งชมรมสมาชิกเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในชุมชน สังคม เพื่อเรียกร้องสิทธิประโยชน์ และเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีการพบปะ เสริมสร้างกำลังใจ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มสมาชิกในการดูแลสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (พิชโรบล นาถประทาน, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่า ผลจากการเข้ากลุ่มของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในชีวิต ซึ่งรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (นงนุช เซาว์ศิลป์, 2540) คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อาจไม่ดีเท่าที่ควร และรัฐจำเป็นต้องจัดระบบบริการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมตามสมควร (ประณีต ส่วงวัฒนา และคณะ, 2547)

นับจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ยังไม่ปรากฏว่ามีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ แต่พบว่ามีภารกิจงานของกลุ่มต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพา มีความสัมพันธ์ทางสังคมและมีชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่

เหมาะสม และมีความเชื่อส่วนบุคคลที่มีความสุขภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายของชีวิต อันจะส่งผลให้บุคคลมีความสุขและพึงพอใจในชีวิต (The WHOQOL Group, 1996) คุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่มีผู้สนใจศึกษาในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประเมินคุณภาพชีวิตของ บุคคลทั่วไปโดยแบบวัด WHOQOL ชุด 100 ตัวชี้วัดและฉบับย่อ เรียกว่า WHOQOL-BREF จำนวน 26 ข้อ ซึ่งในประเทศไทย (สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ, 2541) ได้นำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของ ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นทั้งชุด 100 ตัวชี้วัดและฉบับ ย่อเท่ากับ 0.8921 และ 0.8406 ต่อมาผู้วิจัยไปศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยเอดส์และ ผู้ป่วยจิตเวช (ศิริชัย คาริกานนท์, 2541) การศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้มีแบบวัดคุณภาพชีวิต มากมาย เช่น MOS-HIV (Medical Outcome Study-HIV) HAT-QOL (HIV/AIDS-Targeted Quality of life Instrument) MOQL-HIV (Multidimensional Quality of life) (William L et al, 1998) สำหรับ ในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2541 (ศิริชัย คาริกานนท์, 2541) ได้นำแบบวัด WHOQOL-BREF ฉบับย่อ จำนวน 26 ข้อ ภาษาไทยของสุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัด เชียงใหม่ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.7 และมีคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคมต่ำมาก สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาในการดำรงชีวิตและ สมควรได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยไม่เป็นภาระของผู้ใด

ใน พ.ศ. 2544 องค์การอนามัยโลกโดย HIV/AIDS Quality of Life Group (WHO, 2002) ได้ สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพัฒนาจากแบบวัด WHOQOL ได้เป็นแบบวัด 2 ชุด คือ WHOQOL-HIV มีจำนวนคำถาม 120 ข้อ และ WHOQOL-HIV-BREF ซึ่งเป็นฉบับย่อมีคำถาม จำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคล/ศาสนา ผู้ศึกษาซึ่งเป็น ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของอำเภอเกาะคาจึงมีความสนใจในการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็น สมาชิกกลุ่มสามัคคีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่รับยาต้านไวรัสใน คลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเกาะคา ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง การให้บริการที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

คำถามการศึกษา

1. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโรงพยาบาลเกะคา เป็นอย่างไร
2. ลักษณะการเป็นสมาชิกและการร่วมกิจกรรมกับกลุ่มสานสัมพันธ์ของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโรงพยาบาลเกะคาเป็นอย่างไร
3. การเป็นสมาชิกกลุ่มสานสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเกะคาอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโรงพยาบาลเกะคา
2. เพื่อศึกษาลักษณะการเป็นสมาชิกกลุ่มสานสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโรงพยาบาลเกะคา
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มสานสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลเกะคา

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาการเป็นสมาชิกกลุ่มสานสัมพันธ์ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มสานสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลเกะคา ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2553

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

การเป็นสมาชิกกลุ่มสานสัมพันธ์ หมายถึง การเป็นสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลเกะคา ซึ่งมีการจัดตั้งมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 โดยมีสมาชิกทั้งหมด จำนวน 272 คน ตั้งอยู่ที่ห้องพักรักษาหลังของคลินิกให้คำปรึกษาโรงพยาบาลเกะคา อำเภอเกะคา จังหวัด

ลำปาง มีบทบาทในการช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเรื่องต่างๆ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลเกะกา ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาระยะเวลาการเป็นสมาชิก และจำนวนครั้งของการร่วมกิจกรรมกลุ่ม

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคล คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายชีวิตของแต่ละบุคคลในองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของชีวิต คือ 1.ด้านร่างกาย (physical domain) 2.ด้านจิตใจ (psychological domain) 3.ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (level of independence) 4.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social relationships domain) 5.ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) 6.จิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล (spiritual/personal belief/religion) สามารถประเมินได้จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-HIV-BREF ขององค์การอนามัยโลก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง บุคคลที่มีผลการตรวจเลือดแล้วพบแอนติบอดี หรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวี ตามการวินิจฉัยของแพทย์และเป็นผู้ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่คลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเกะกา จังหวัดลำปาง