

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “แบบแผนความสัมพัทธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หลังรับยาต้านไวรัส” ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความสัมพัทธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
4. ความรู้เรื่องเอชไอวีและเอดส์
5. แนวคิดเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี
6. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

1.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model or HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีข้อสมมติฐานว่า บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การไปรับการรักษาตามโรคที่แพทย์ตรวจพบ) ภายใต้อาณัติการเฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง (ต่ำสุด) และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าการใช้จ่ายของการควบคุมโรค (ในรูปของการป้องกันที่แนะนำ หรือการปฏิบัติตน) ไม่สูงจนเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ได้แก่ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ (บางสิ่งบางอย่างสามารถจะทำได้เพื่อรักษาโรค) และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา (Self-Efficacy) และสุดท้ายการรับรู้เกี่ยวกับราคาค่าใช้จ่าย (ในด้านเวลา เงิน พลังงาน ความสนใจ ความกลัว ความอาย และอื่น ๆ) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยองค์ประกอบดังกล่าวมาแล้ว เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นโดยฮอชบอม (Hochbaum), ลีเวนเทล (Leventhal), กิเกลล์ (Kegeles), โรเซนสตอค

(Rosenstock) ซึ่งพัฒนาขึ้นในช่วง ค.ศ. 1950-1960 มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคของแต่ละบุคคล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

ดังได้กล่าวแล้วว่าในช่วงแรก แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพใช้สำหรับอธิบายและทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค แต่ต่อมาได้มีการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อนำไปใช้อธิบายและ ทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลจากแนวคิด “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ของ เคิร์ต ลีวิน (Kert Levin อ้างใน วนิดา อินทรราช, 2537) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีอาณาเขตชีวิตของตน ประกอบด้วยเขตที่ให้คุณค่าทางบวก (Positive Valued) บางเขตให้คุณค่าทางลบ (Negative Valued) และบางเขตมีคุณค่าเป็นกลาง ดังนั้น จึงตั้งสมมติฐานว่าโรคเปรียบเสมือนขอบเขตที่ให้ คุณค่าในทางลบ มีแรงมากจึงดึงดูดให้บุคคลหนีออกจากขอบเขตนี้ (Davidhizar) (อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นกลวิธีหลีกเลี่ยงขอบเขตที่ให้คุณค่าในทางลบของ การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาพบว่านอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อ หรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ Becker และคณะ (อ้างใน รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และคณะ, 2546) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคล โดยมีองค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อ หรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสุขภาพนั้นน้อยเพียงใด และถ้าเป็น การรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเน ถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

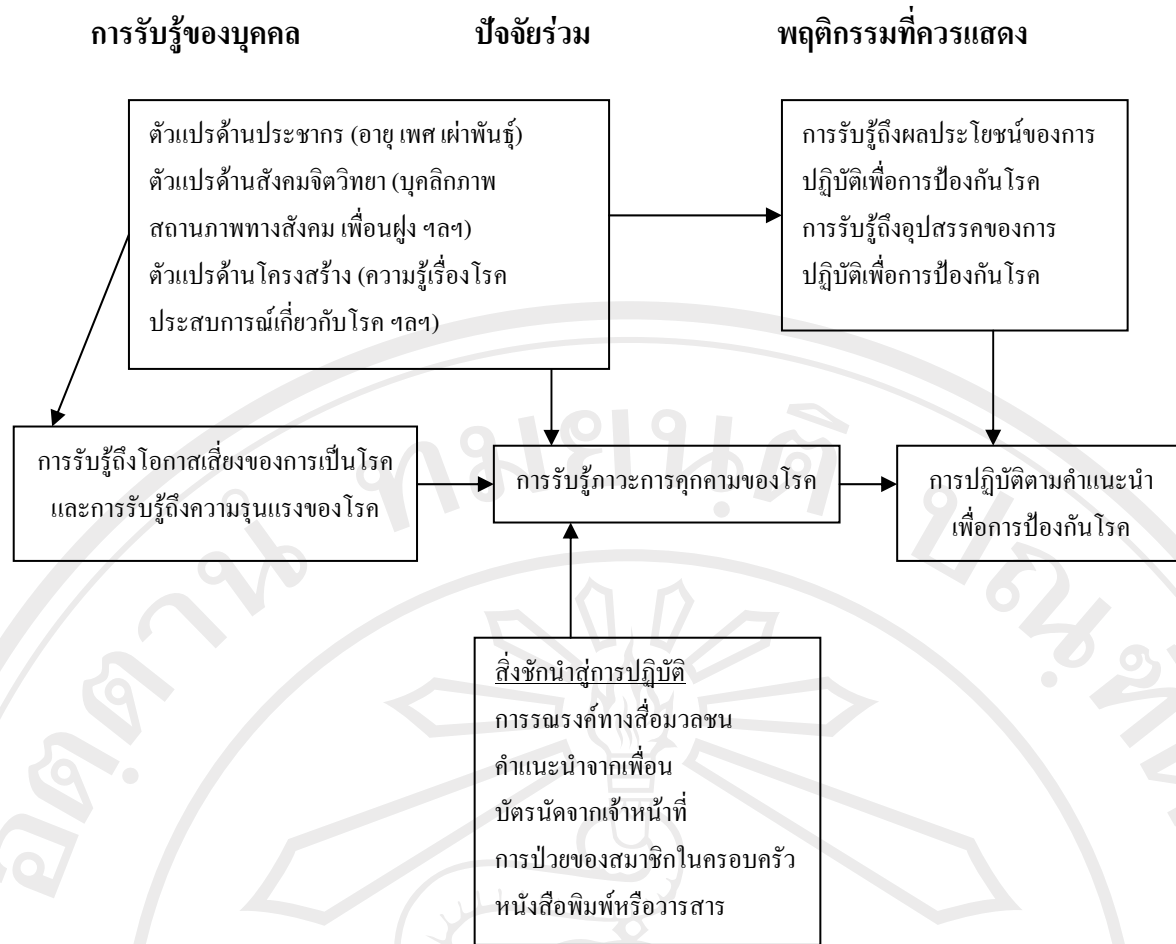
2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย เช่น บางคนเชื่อว่า ผลของการเกิดโรคนั้น อาจทำให้ถึงตายได้ บางคนเชื่อว่าผลของโรคอาจทำให้การทำงานของร่างกาย จิตใจมีสมรรถภาพ ลดลงเป็นระยะเวลายาวนาน บางคนเชื่อว่า ผลของโรคนั้นจะทำให้เขาพิการ นอกจากนี้การรับรู้ ความรุนแรงของโรคยังรวมถึงผลกระทบของโรคต่อหน้าที่การงาน ต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว และความสัมพันธ์ในสังคม ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคดังกล่าว อาจมีความแตกต่างจากความ รุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา มีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมการป้องกันและเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยง

3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Benefit and Perceived Barrier) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม เป็นความเชื่อของบุคคลด้านบวกที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงความเป็นไปได้ที่จะกระทำพฤติกรรม และประสิทธิภาพของพฤติกรรมนั้นสามารถลดความน่ากลัว ลดความรุนแรงของโรคได้เพียงไร ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรค เป็นการรับรู้ในด้านลบต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ความไม่สะดวกในการไปรับบริการในการป้องกันโรค ค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพง ความไม่พึงพอใจ (เช่น ความเจ็บปวด ความยุ่งยาก) และกลัวมีอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น

4) แรงจูงใจในด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

5) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เผ่าพันธุ์ ของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิดคุณภาพ ความต่อเนื่อง เป็นต้น ดังปรากฏเป็นโครงสร้างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Becker, MH., Drachman, RH., RH. and Kirscht, J.P., 1974 อ้างใน รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และคณะ, 2546)



แผนภาพ 1

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker, MH., Drachman, RH., RH. and Kirscht, J.P., 1974 อ้างใน รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และคณะ, 2546)

ในรูปแบบที่นำเสนอนี้ เชื่อว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมการป้องกันได้ตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพนั้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อตน เช่น สามารถป้องกันโรคได้จริง สามารถลดความรุนแรงของโรคได้จริง หรือผลการตรวจเชื่อถือได้ เป็นต้น ในทางตรงข้าม บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันเมื่อรับรู้ถึงผลประโยชน์หรือรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับแรงจูงใจด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยร่วมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ที่ใช้เป็นแนวทางการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงและภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค เนื่องจากการรับรู้ทำให้เกิดความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อโรคเอดส์ ทำให้บุคคลมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามแนวคิดนั้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

2.1 แบบแผนความสัมพันธ์ทางเพศ

2.1.1 ความหมาย

คำว่า เพศ หรือ Sex นั้น เป็นคำที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์เป็นอย่างมาก เพราะเรื่องเกี่ยวกับเพศนี้เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ตั้งแต่เกิดจนตาย ไม่ว่ามนุษย์จะยอมรับหรือไม่ก็ตาม ดังที่ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เคยกล่าวไว้ว่า มนุษย์เรามีสัญชาตญาณทางเพศมาตั้งแต่เกิด ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เพราะทางชีววิทยานั้นถือว่ามนุษย์มีสัญชาตญาณอยู่ 2 อย่าง คือ สัญชาตญาณของความอยู่รอด และสัญชาตญาณของการสืบพันธุ์ ซึ่งสัญชาตญาณของการสืบพันธุ์นี้มีไว้เพื่อป้องกันมิให้เผ่าพันธุ์ของมนุษย์หมดสิ้นไป เช่นเดียวกับแนวความคิดของ Maslow ที่กล่าวว่า ความต้องการพื้นฐาน (Basic Needs) ได้แก่ความต้องการที่เกิดจากความหิวกระหาย หรือความต้องการทางเพศ

อีกความหมายหนึ่ง Sex นั้นเป็นการแสดงคุณลักษณะ เช่น เพศหญิง เพศชาย และเป็นการแสดงถึงเรื่องเพศอย่างกว้าง ๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง ความต้องการทางเพศของชาย-หญิง แต่คำว่าพฤติกรรมทางเพศหรือ Sexuality นั้นรวมไปถึงค่านิยม ทศนคติ ความรู้สึก และเป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง 2 เพศตามแรงขับทางชีววิทยาด้วย โดยทั่วไปแล้วความสัมพันธ์ทางเพศนั้นจะเป็นเรื่องส่วนตัวของบุคคล 2 คน โดยถือว่าเป็นพฤติกรรมทางเพศระหว่างบุคคล แต่เมื่อบุคคลนั้นอยู่ในสังคมร่วมกับคนอื่น ๆ พฤติกรรมทางเพศระหว่างบุคคลจึงถือว่าเป็นพฤติกรรมทางสังคมอย่างหนึ่งหรือเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ถ้าพฤติกรรมทางเพศระหว่างบุคคลนี้อยู่ในภาวะไม่พร้อมหรือเป็นพฤติกรรมที่มาจากความรู้ความเชื่อและทัศนคติที่ผิด ๆ แล้วผลที่เกิดจากพฤติกรรมทางเพศนี้จะไปกระทบถึงบุคคลอื่น ๆ ในสังคม อาจจะเลยไปถึงการสร้างปัญหาให้กับผู้อื่นได้ ให้กับคนในสังคมโดยรวม

2.2 ค่านิยมและความสัมพันธ์ทางเพศในสังคมไทย

วันทนี วาสิกะสิน (2526) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสังคมไทยกับค่านิยมในเรื่องเพศ โดยกล่าวถึง ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสังคมไทย ในแง่มุมพฤติกรรมทางเพศ และค่านิยมทางเพศในสังคมไทย ดังนี้คือ

2.2.1 ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสังคมไทยในแง่มุมพฤติกรรมทางเพศ

มนุษย์ต้องอยู่ร่วมกันเป็นสังคม จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ในเรื่องพฤติกรรมทางเพศก็เช่นกัน มนุษย์ต้องมีกิจกรรมทางเพศเพราะเป็นธรรมชาติของมนุษย์เพื่อความอยู่รอดจึงมีพฤติกรรมทางเพศรวมอยู่ในพฤติกรรมอื่น ๆ ของมนุษย์ในชีวิตประจำวันและพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์ก็ถูกกำหนดจากสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่ล้อมรอบตัว ซึ่งแตกต่าง

กันไปตามแต่ละวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมของสังคมนั้น เจกเช่นกับพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ซึ่งเรียนรู้โดยกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมและได้เรียนรู้ค่านิยม และหลายสิ่งหลายอย่างที่มาหรือสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ จนกลายกลืนเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ซึ่งแบบแผนการเรียนรู้ดังกล่าวมีจุดเริ่มต้นมาจากสถาบันครอบครัวเป็นอันดับแรก

2.2.2 ค่านิยมทางเพศในสังคมไทย

ค่านิยมหรือทัศนคติในเรื่องเพศของสังคมไทยนั้น มีค่านิยมที่ไม่สนับสนุนหรือส่งเสริมให้คนในสังคมพูดคุยกันในเรื่องเพศอย่างเปิดเผย นอกจากนั้นยังมีค่านิยมที่เป็นมาตรฐานสองชั้น (Double Standard) ได้แก่ค่านิยมที่ยกย่องให้เพศชายเป็นใหญ่กว่าเพศหญิง เพศชายสามารถแสดงออกซึ่งความต้องการทางเพศได้ เพศชายสามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศก่อนแต่งงานได้โดยสังคมไม่ตำหนิ และสังคมยังให้การยอมรับถ้าเพศชายมีภรรยาที่นอกเหนือไปจากภรรยาที่ถูกต้องตามกฎหมาย ในขณะที่เพศชายก็มีค่านิยมเกี่ยวกับเพศหญิงว่าต่ำต้อยกว่าตน เพศหญิงเป็นเพียงเครื่องสนองความต้องการทางเพศ จากค่านิยมดังกล่าวทำให้เกิดพฤติกรรม “สำส่อนทางเพศ” ซึ่งหมายถึง การมีเพศสัมพันธ์ทางเพศกับเพศตรงข้ามเป็นจำนวนมาก และรวมไปถึงการเที่ยวหญิงบริการทางเพศ เป็นผลมาจากความเจริญทางวัตถุ

จากแนวคิดดังกล่าว สอดคล้องตามที่ ธงชัย ทวีชชาชาติ (ดวงกัศสร พานิชสุภผล อ้างใน กาญจนา แก้วเทพ, 2542) กล่าวว่า แม้ว่าโดยพื้นฐานแล้ว การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของสัญชาตญาณของสิ่งมีชีวิตก็ตาม แต่รูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศเป็นเหตุปัจจัยนำไปสู่โรคเอดส์ได้ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเพศในด้านชีวภาพดูได้ง่ายจากสภาพร่างกายและอวัยวะเพศที่ธรรมชาติกำหนดมาอย่างตายตัว แต่เพศเชิงสังคมนั้นเป็นเพียงข้อตกลงของแต่ละสังคม ในแต่ละยุคสมัยซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ที่เรียกว่าความเป็นชายและความเป็นหญิง ซึ่งสังคมไทยได้กำหนดไว้แตกต่างกันมาก เช่น ถ้าเป็นเยาวชนชายไทยก็ต้องขึ้นครุ จึงเป็นลูกผู้ชายเต็มตัว “ชายไทยแท้ต้องมีคู่นอนไม่ซ้ำหน้า” “ลูกผู้ชายไทยต้องเสียผู้หญิง สิ่งหจ้ให้เล่า” และ “ถ้าไม่ใช่ถุงยางอนามัย จึงแสดงว่าแท้จริง” ตัวอย่างเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า สังคมไทยกำหนดเอาไว้ว่า การจะเป็นลูกผู้ชายที่แท้จริงต้องสนใจเรื่องเพศ แสวงหาความแปลกใหม่และเรียนรู้ทางเพศอย่างไม่จำกัด และต้องกล้าหาญที่จะเสี่ยงภัยทางเพศเป็นสำคัญ ซึ่งตรงข้ามกับความเป็นหญิง ผู้หญิงที่ดีต้องไม่แสดงความสนใจหรือปรารถนาทางเพศ ออกมานอกหน้า ความเป็นผู้หญิงถูกกำหนดบทบาทให้เป็นฝ่ายตั้งรับ โอนอ่อนผ่อนตามสว่นท่าที่ ขณะที่ประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกของผู้ชายนั้นคือการมีเพศสัมพันธ์กับโสเภณี แต่ผู้หญิงกลับมีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกกับชายคนรักถึงร้อยละ 93 และแน่นอนว่าย่อมเป็นฝ่ายชายที่เริ่มต้นก่อน (อุไรวรรณ ภู่วิจิตรสุทิน อ้างใน กาญจนา แก้วเทพ, 2542)

นอกจากนี้ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างคนสองคนมากกว่าประสบการณ์อย่างอื่น เป็นการกระทำทางสังคมที่คนสองคนยินยอมให้อีกฝ่ายหนึ่งล่วงล้ำถึงส่วนที่เป็นตัวตนอย่างลึกซึ้งที่สุดเท่าที่มนุษย์จะพึงมีต่อกัน แต่สังคมไทยโดยส่วนใหญ่กลับปฏิบัติกับรูปแบบความสัมพันธ์อย่างหยาบกร้านและผิวเผิน ดังเช่นผลการศึกษาของกฤติยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) พบว่า คนไทยมี Sex เร็วขึ้น มี Sex นอกสมรสมากขึ้น และใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะกับหญิงบริการเป็นส่วนมาก พฤติกรรมทางเพศของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นหญิงมีอายุน้อยลง ขณะที่หญิงและชายมีความเห็นที่ต่างกันถึงเหตุผลการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่าผู้ชายมีเพศสัมพันธ์เพราะความอยากรู้อยากเห็น แต่ผู้หญิงกลับทำเพราะความรัก

พอสรุปได้ว่า เพศเป็นคำที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์ ซึ่งมนุษย์มีสัญชาตญาณทางเพศมาตั้งแต่เกิด และเรื่องเพศนี้เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย แต่รูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศเป็นเหตุปัจจัยนำไปสู่โรคเอดส์ได้ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและเพศหญิง หากมองในด้านชีวภาพ แต่เพศในด้านสังคมหมายถึงความเป็นชายเป็นหญิง ซึ่งในสังคมไทยกำหนดให้ชายมีบทบาททางเพศที่แตกต่างจากเพศหญิง ซึ่งในความหมายของแบบแผนความสัมพันธ์ทางเพศในการศึกษานี้ หมายถึง ลักษณะการจัดความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งมีทั้งแบบแผนความสัมพันธ์ทางด้านบวกหรือด้านลบต่อคู่ครอง ซึ่งในที่นี้ได้แก่ การสื่อสารทางเพศที่ดีหรือการขาดการสื่อสารทางเพศที่ดี ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังรับยาต้านไวรัส

2.3 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นสำคัญ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ทางเพศนั้นเป็นเรื่องของพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล ซึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ได้มีการศึกษาไว้มากมาย มีทฤษฎีทางสังคมและจิตวิทยาหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ เช่น แนวคิดพื้นฐาน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมของแฮร์รี่ ทริแอนด์ริส ฯลฯ และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงของแฮร์รี่ ทริแอนด์ริส (Harry Triandis อ้างใน อร์ทัย รวยอาจิน, 2534) มาประยุกต์ใช้

ทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการติดโรคของทริแอนด์ริสโดยทั่วไป การศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ มักจะอ้างอิงกรอบแนวคิด “ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม” เป็นหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลและออกแบบโครงการสุขภาพศึกษาต่างๆ อยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม การสำรวจความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสามารถให้ข้อมูลได้ในขอบเขตจำกัด และไม่สามารถนำไปสู่

การทดสอบทฤษฎีทางพฤติกรรมที่เราต้องการอธิบาย ทำนาย หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงได้ตามต้องการ จากข้อจำกัดของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ “ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม” ดังกล่าว นักจิตวิทยา แฮรี่ ทริชแมนดิส (อ้างใน อร์ทัย รวยอาจิน, 2534) ได้สร้างทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมของสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยสังคมต่างๆ ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1980 สรุปความสัมพันธ์ของประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ดังนี้

1) การแปลความหมายของพฤติกรรม โดยแปลจากผลลัพธ์ที่จับต้องได้ในโลกของความเป็นจริง (ผลลัพธ์ปรัวิสัย) การแปลผลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของบุคคลอันเป็นองค์ประกอบของลำดับขั้นตอนของสถานการณ์-พฤติกรรม-การเสริมแรง ที่บุคคลได้จากประสบการณ์ในอดีต และการแปลผลของพฤติกรรมทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนได้รับแรงเสริมให้กระทำการใดอย่างหนึ่ง ซึ่งการเสริมแรงยังมีผลกระทบต่อการรับรู้คุณค่าที่มีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก

2) ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่

- ปัจจัยด้านสังคมขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลเกี่ยวกับประเด็นด้านวัฒนธรรมที่เป็นอัตวิสัย อันเป็นผลมาจากวัฒนธรรมของชุมชนและภูมิหลังของชุมชน ซึ่งมีอิทธิพลในการกำหนดลักษณะของวัฒนธรรมเชิงอัตวิสัย

- ความพอใจในพฤติกรรมย่อมสะท้อนให้เกิดการตอบโต้ทางอารมณ์โดยตรงต่อการคิดถึงพฤติกรรมนั้นๆ และประสบการณ์เดิมของแต่ละปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมอันใดอันหนึ่ง มักจะทำให้บุคคลเกิดความชอบต่อพฤติกรรมนั้นๆ

- การให้คุณค่าต่อผลของพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ ซึ่งมีอยู่ 2 ส่วนด้วยกัน ได้แก่ ส่วนแรกอะไรที่น่าจะเป็นผลของพฤติกรรม ส่วนที่สองคือ แต่ละบุคคลประเมินว่าอะไรคือคุณค่าของผลของพฤติกรรม ซึ่งการให้คุณค่าใน 2 ส่วนนี้ ได้รับผลกระทบมาจากการเสริมแรงในปัจจัยการแปลผลความหมายของพฤติกรรม และการเสริมแรงส่งผลกระทบต่อรับรู้ในผลของพฤติกรรมใน 2 ลักษณะ คือ การเสริมแรงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้โอกาสที่พฤติกรรมจะนำมาซึ่งผลลัพธ์อย่างใดอย่างหนึ่ง และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในคุณค่าที่มีผลต่อพฤติกรรมเหล่านี้

3) อุปนิสัยเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์บางอย่างเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติและเป็นความเคยชิน จึงเป็นพฤติกรรมที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยความตั้งใจในการเกิดพฤติกรรม

4) ปัจจัยเสริมแรงที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น มีทั้งปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงความรู้ว่าเขาควรจะต้องประพฤติปฏิบัติอย่างไร ราคาค่าใช้จ่ายในการดำเนินพฤติกรรมนั้น การเข้าถึงแหล่งบริการและการสนับสนุนทางสังคม

โดยสรุปแล้ว การนำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมเสี่ยงของแฮร์รี่ ทรีแอนดิส ซึ่งมีกรอบในด้าน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม มาอธิบายเกี่ยวกับเงื่อนไขของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งในการศึกษานี้ หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ภายหลังรับยาต้านไวรัสแล้ว ซึ่งเกิดขึ้นในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การไม่สวมถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยผิดวิธี การบังคับข่มขู่ทางเพศ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยครั้ง การมีคู่อื่นขึ้น ขาดการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม มีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

สถาบันครอบครัว เป็นระบบย่อยระบบหนึ่งในสังคมที่จัดว่าเก่าแก่ที่สุดของมนุษย์ที่ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดคุณค่า วิธีการประเพณีปฏิบัติและมาตรฐานทางสังคมให้แก่สมาชิกรุ่นใหม่ ของสังคม ครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการจัดกลทางสังคม (Socialization) ตั้งแต่เด็กจนโต โดยผ่านกระบวนการหล่อหลอมบุคลิกภาพ ในขณะเดียวกันก็ถ่ายทอดให้สมาชิกได้เรียนรู้ วัฒนธรรม ระบบความเชื่อ แนวคิด ค่านิยมต่างๆ ในรูปแบบที่สอดคล้องกับแบบแผนบรรทัดฐานของสังคมหรือระบบใหญ่ (ปพาณี จิตวัฒนา, 2541) ดังนั้น ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต่างมีอิทธิพล และได้รับอิทธิพลจากสมาชิกในครอบครัวด้วยกันจากการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวที่ถือกำเนิด (ระพีพรรณ คำหอม, ม.ป.ท.)

3.1 หน้าที่ของครอบครัว

มนุษย์ทุกคนถือกำเนิดและเติบโตขึ้นมา โดยผ่านกระบวนการเลี้ยงดูจากครอบครัวซึ่งถือเป็นหน้าที่ที่ครอบครัวพึงปฏิบัติ หน้าที่ของครอบครัวมีด้วยกันหลายประการ ได้มีผู้จำแนกหน้าที่ของครอบครัวไว้แตกต่างกัน แล้วแต่มุมมองและวิธีการจำแนก แต่ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้รวบรวมหน้าที่สำคัญอันเป็นพื้นฐานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติไว้ดังนี้คือ 1) ตอบสนองความต้องการทางเพศ 2) อบรมขัดเกลาทางสังคมให้รู้ระเบียบของสังคมไม่ว่าจะเป็นด้านทัศนคติ ค่านิยม แบบแผนความประพฤติ ความเชื่อ 3) เพิ่มหรือผลิตสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม 4) เลี้ยงดู เอาใจใส่ ดูแลสมาชิกผู้เยาว์ให้เติบโตอยู่รอดและมีคุณภาพในสังคม 5) กำหนดสถานภาพโดยกำเนิดแก่สมาชิก 6) จัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจ โดยมีการจัดแบ่งงาน การแสวงหารายได้ และจัดการดูแลรักษาทรัพย์สินสมบัติ 7) ดูแลสุขภาพสมาชิก โดยรวมแล้วหน้าที่ของครอบครัวนั้นเป็นการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิก และสังคมที่ตนอาศัยอยู่ หน้าที่ของครอบครัวเป็นกิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันทำ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการอยู่รอดของครอบครัว และเพื่อให้ครอบครัว

สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ (เบญญา อ่อนท้วม อ้างใน วรรณิ ดวงดีวิรัตน์, 2540 : ปาณิ จิตวิวัฒนา, 2541 ; Friediman, 1992. อ้างใน กาญจนา ชินาจิวิร, 2541)

ลักษณะของการทำหน้าที่ของครอบครัวในการเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในภาวะที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากเด็กให้เจริญเติบโตจนสามารถเลี้ยงดูตนเองได้นั้น ครอบครัวต้องทำหน้าที่แบบองค์รวม ผสมผสานกันไปในทุกๆ ด้าน แต่อย่างไรก็ตาม หน้าที่ในการดูแลสุขภาพยังคงเป็นหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัว แม้ว่าจะมีสถาบันอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระไปได้บ้างแล้ว เช่น มีโรงพยาบาล สถานบริการทางการแพทย์ แต่ไม่สามารถทดแทนได้ทั้งหมด ครอบครัวยังคงเป็นสถาบันแห่งแรกที่มีส่วนเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับการดูแลสุขภาพให้แก่สมาชิกครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นพื้นฐานของระบบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกทั้งในภาวะที่สมาชิกสุขภาพดีและเจ็บป่วย การเจริญเติบโตและความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของมนุษย์ทุกคน ครอบครัวในฐานะหน่วยผลิตที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นแรงงานสำคัญ หากสมาชิกสุขภาพไม่แข็งแรงมีความเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่เป็นเสมือนบุคคลในทีมสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว และการที่ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่ประกอบขึ้นเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ หากครอบครัวมีสุขภาพดีย่อมหมายถึง สุขภาพของประชาชนโดยรวมก็ดีขึ้น ทั้งนี้การที่ครอบครัวจะปฏิบัติหน้าที่ได้ดีหรือไม่ขึ้น เกี่ยวเนื่องกันกับลักษณะโครงสร้าง และสัมพันธภาพในครอบครัว (Friedman, 1992 อ้างใน กาญจนา ชินาจิวิร, 2541 : สมพงษ์ ธนัญญา, ม.ป.ท.)

3.2 โครงสร้างและรูปแบบครอบครัว

ลักษณะโครงสร้างและรูปแบบของครอบครัวพิจารณาได้จากขนาดของครอบครัว และสถานภาพของสมาชิกที่อยู่ในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อสัมพันธภาพและส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วย ลักษณะโครงสร้างและรูปแบบของครอบครัวในสังคมไทย ได้มีการจำแนกไว้ในหลากหลายลักษณะด้วยกัน แล้วแต่ยุคสมัยเนื่องจากทั้งโครงสร้าง รูปแบบ หน้าที่ของครอบครัวนั้น มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจโดยรวมที่เปลี่ยนไป พรพิมล เจียมนาครินทร์ ได้จำแนกลักษณะโครงสร้างและรูปแบบของครอบครัวในสังคมไทยไว้ ซึ่งค่อนข้างใกล้เคียงกับสภาพครอบครัวในสังคมไทยที่พบโดยทั่วไป คือ 1) ครอบครัวเดี่ยว คือ ครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีพ่อ แม่ และลูกที่ยังไม่ได้แต่งงาน 2) ครอบครัวขยาย ประกอบด้วยครอบครัวหลักหนึ่งครอบครัว และมีครอบครัวอื่นๆ เสริม เช่น ลูกที่แต่งงานแล้วเข้ามาอยู่ด้วยหรือประกอบด้วยคนมากกว่า 2 รุ่นขึ้นไปอาศัยอยู่ร่วมกัน อำนาจการตัดสินใจอยู่ที่หัวหน้าครอบครัว 3) ครอบครัวประสมเป็นครอบครัวที่เกิดจากการที่พ่อแม่มีภรรยาหลายคน และอยู่ร่วมกันในบ้าน

เดียวกัน รวมทั้งลูกที่เกิดมาด้วย ครอบครัวลักษณะนี้เป็นครอบครัวในกรณีที่ฝ่ายชายหาเลี้ยงฝ่ายหญิง ฝ่ายหญิงไม่มีอำนาจการต่อรอง 4) ครอบครัวที่ขาดพ่อแม่ เป็นครอบครัวที่ขาดสมาชิกหลักของครอบครัวคนใดคนหนึ่ง อาจเนื่องมาจากการหย่าร้างหรือการตายจากกัน (อ้างใน วรรณิ ดวงดี ทวีรัตน์, 2541)

นอกจากโครงสร้างของครอบครัว 4 ลักษณะที่เกิดจากการรวมตัวทางสังคมของกลุ่มคนที่เข้ามาอยู่ในบ้านเดียวกันดังกล่าวแล้ว โครงสร้างของครอบครัวไทยยังประกอบด้วยกลุ่มเครือญาติ (เล็ก สมบัติ, ม.ป.ท.) ซึ่งมีความสำคัญและมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากครอบครัวมิได้เป็นหน่วยอิสระสมบูรณ์พร้อมในตัวเอง นอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัวแล้วกลุ่มเครือญาติจะเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ครอบครัวมากกว่าเพื่อนบ้านหรือชาวบ้านอื่นๆ ที่มีได้เกี่ยวข้องกัน (ยศ สันตสมบัติ, 2540)

3.3 ครอบครัวไทยในยุคปัจจุบัน : ปัจจัยที่ทำให้สถาบันครอบครัวเปลี่ยนแปลง

ครอบครัวและสังคมเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน กระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างระบบทั้งสองนี้มีความซับซ้อนอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงใดๆ ในสังคมย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัวและในทางกลับกันการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวก็ส่งผลกระทบต่อสังคมเช่นกัน แต่เนื่องจากสังคมเป็นระบบใหญ่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจึงมีผลกระทบที่รุนแรงต่อครอบครัวและเห็นได้ชัดเจนว่า ในระยะเวลาที่ผ่านมาครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปมากมายทั้งด้านโครงสร้าง รูปแบบหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัจจุบันครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง มีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีหลากหลายรูปแบบมากขึ้น ทั้งครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยเฉพาะสามี-ภรรยา สามี-ภรรยาและบุตร (หรือบุตรบุญธรรม) สามีหรือภรรยาและบุตร ป้าย่าหรือตายายและหลาน ญาติหลายความสัมพันธ์มาอยู่ด้วยกัน เป็นต้น ส่วนด้านความสัมพันธ์ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างกันนั้นก็มีความเสื่อมคลายลงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในสังคมเมือง แต่ด้านความสัมพันธ์หญิง-ชายแล้ว สถานภาพของสตรีในครอบครัวดีขึ้นกว่าในอดีต ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามี-ภรรยาเป็นประชาธิปไตยและมีความยึดหยุ่นในบทบาทมากขึ้น เช่น สามีช่วยเหลือภรรยามากขึ้น อย่างไรก็ตามในสังคมชนบทที่มีเศรษฐกิจต่ำ สถานภาพของภรรยาก็ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจยังอยู่ในสามีเหมือนเช่นอดีต ภรรยายังคงต้องรับภาระหนักทั้งในบ้านนอกบ้านเช่นเดิม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) และอมรา พงศาพิชญ์ (อ้างใน สุชีลา ดันชัยนันท์, 2541)

ทั้งนี้ ปัจจัยที่ทำให้สถาบันครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปก็คือ ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจโดยรวมที่เกิดขึ้นกับระบบสังคมไทยในยุคโลกาภิวัตน์ กระแสโลกาภิวัตน์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาประเทศ ซึ่งเป็นไปในทิศทางที่ขาดความสมดุล จากการเปลี่ยนแปลงสังคมเกษตรมาสู่สังคมอุตสาหกรรมที่มีความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อิทธิพล

จากสื่อที่ไร้พรมแดนทำให้เกิดโอกาสในการรับเอาวัฒนธรรมแบบตะวันตกเข้ามาได้ง่ายและขาดการเอาใจใส่ในการกลั่นกรองเป็นเหตุให้วิถีการดำเนินชีวิต รวมทั้งทัศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมของคนในสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดความบีบรัดตัวทางเศรษฐกิจหรือความอยู่รอดทางเศรษฐกิจมากขึ้น มีการอพยพแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ สมาชิกในครอบครัวเดิมถูกตัดขาดหายไป โดยแยกไปเริ่มครอบครัวใหม่ที่มีสมาชิกน้อยลง บางครอบครัวมีเฉพาะภรรยา-ลูกหรือสามี-ลูก บางครอบครัวมีเฉพาะสามี-ภรรยา ต้องทิ้งลูกไว้กับตายาย ปู่ย่า ทำให้เด็กขาดความอบอุ่นจากพ่อแม่ในการที่ต้องอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีเฉพาะแต่ปู่ย่าหรือตายาย บางคนต้องทำงานหนักไม่มีเวลาใกล้ชิดลูก บางครอบครัวพ่อแม่ต้องแยกกันอยู่ เพื่อความอยู่รอดของครอบครัวหรือเพื่อต้องการแสวงหาเงินทอง การมุ่งทำงานเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพย์สิน ไม่ใส่ใจในศีลธรรม จริยธรรมเนื่องมาจากกระแสค่านิยมในสังคมวัตถุนิยมหรือสังคมบริโภคนิยม สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ลูกต้องจืดจางลงไป อันเป็นเหตุให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ไม่เหมาะสม ปัญหาสังคมต่างๆ จึงเกิดขึ้น รวมไปถึงหน้าที่ในการดูแลสุขภาพสมาชิกครอบครัวด้วย พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจะเป็นไปตามลักษณะ โครงสร้างของครอบครัวที่เอื้อต่อการเกิดสัมพันธภาพที่ดี มีเวลาร่วมกัน มีการขัดเกลาทางสังคมให้กับสมาชิก เช่น การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและเชื่อในเรื่องความดี ชั่ว บาป กรรม เป็นต้น (ระพีพรรณ คำหอม, ม.ป.ท. และ สมพงษ์ ธนธัญญา, ม.ป.ท.) ซึ่งกิจกรรม วิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยนั้น ต้องการมีเวลาร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพที่ดี การมีสมาชิกในครอบครัวอยู่หลายคนจะได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลมากขึ้นด้วย

ครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์ต่อกัน สถาบันครอบครัวจึงมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจโดยรวม การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้าง รูปแบบ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วย หน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกเป็นหน้าที่สำคัญยิ่งของครอบครัว หากโครงสร้าง รูปแบบและความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนไป ย่อมมีผลกระทบถึงบทบาทหรือการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกด้วย

3.4 บทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของครอบครัวมาตั้งแต่อดีต ต่อมาภายหลังการดูแลสุขภาพส่วนหนึ่งได้แปรเปลี่ยนไปสู่บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข หลังจากมีการปฏิวัติอุตสาหกรรม และเกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง แต่อย่างไรก็ตาม บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลรักษาสุขภาพของสมาชิกก็ยังดำรงอยู่โดยที่ครอบครัวไม่เคยยกบทบาทในการดูแลสุขภาพให้กับวิชาชีพแพทย์อย่างสมบูรณ์ (มัลลิกา มดีโก, 2530)

3.4.1 ความหมายของบทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

“บทบาท” เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติ หรือหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำเมื่อเข้าดำรงตำแหน่งนั้น โดยพฤติกรรมหรือหน้าที่นั้นๆ จะต้องมีความสอดคล้องกับความคาดหวังของคนส่วนใหญ่หรือสังคมด้วย เป็นการให้ความหมายโดย ทศนา บุญทอง ซึ่งสอดคล้องกับการนิยามของ Nye ที่ได้กล่าวถึงความหมายของบทบาทว่า หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐานตามความคาดหวังของสังคม ตามสถานภาพของบุคคลนั้นๆ พฤติกรรมที่บุคคลจะแสดงออกตามบทบาท (ทศนา บุญทอง, Mye อ้างใน เสวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล, 2537)

มัลลิกา มัติโก (2533) กล่าวว่า “ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ” หมายถึง กิจกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยที่กระทำกันภายในบ้าน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลนั้นๆ จะเป็นการกระทำของครอบครัวอย่างอิสระหรืออยู่ภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือบุคคลนอกวิชาชีพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีส่วนช่วยจัดการ การดำเนินการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยให้ครอบครัว

ดังนั้น “บทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพ” จึงหมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยที่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกระทำตามหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะทำต่อผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมนั้นจะกระทำกันภายในบ้านไม่ว่าจะเป็นการกระทำของครอบครัวอย่างอิสระ หรืออยู่ภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือบุคคลนอกวิชาชีพก็ตาม

3.4.2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพ

Doherty และ McCubbin ได้เสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวที่มีต่อการจัดการในเรื่องสุขภาพอนามัยให้กับสมาชิกว่า ครอบครัวจะมีกลไกในการจัดการการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยเป็น 6 ขั้นตอนดังนี้ (อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2530)

ขั้นตอนแรก : บทบาทครอบครัวต่อการส่งเสริมสุขภาพและการลดภาวะการเสี่ยงต่อโรคในสภาพปกติ ครอบครัวมีการจัดการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะการเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกครอบครัว

ขั้นตอนที่สอง : บทบาทครอบครัวกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเผชิญกับการเจ็บป่วย เป็นช่วงที่ครอบครัวเกิดภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะดังกล่าวได้แก่ ปัญหาการหย่าร้าง

การหย่าร้างเป็นปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การหย่าร้างเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว

ขั้นตอนที่สาม : บทบาทครอบครัวต่อการประเมินเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นช่วงของความพยายามของครอบครัวที่จะให้ความหมายเกี่ยวกับอาการของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ครอบครัวจะทำการประเมินความเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลาและให้ความหมายในเรื่องสุขภาพ ซึ่งการให้ความหมายก็ได้รับอิทธิพลจากลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลในครอบครัว ในบางกรณีครอบครัวต้องเผชิญกับการให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่ไม่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น โรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่สี่ : การตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อความเจ็บป่วย เป็นช่วงที่ครอบครัวมีการโต้ตอบอย่างฉับพลันต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ห้า : บทบาทครอบครัวต่อการเลือกวิธีการรักษาเยียวยา เป็นช่วงการตัดสินใจของครอบครัวในการแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก หรือจะทำการดูแลตนเองภายในครอบครัวหรือตัดสินใจที่จะปรึกษากับเพื่อนบ้าน ญาติมิตร

ขั้นตอนที่หก : การปรับตัวของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย เป็นการปรับตัวให้เข้ากับ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความไปถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือความพิการของสมาชิกครอบครัว

พอสรุปได้ว่า ครอบครัวเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งในสังคม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้แตกต่างกันมากมาย ซึ่งในการศึกษานี้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวมาอธิบายในส่วนเกี่ยวกับแบบแผนความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งหมายถึง ลักษณะการจัดความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การปฏิบัติตัวตามบทบาทของสามี และภรรยาที่ดี ทั้งนี้รวมถึง การเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพของคู่ครอง เป็นต้น

4. ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์

4.1 สาเหตุของโรคและการแพร่ระบาดของโรค

ในปี พ.ศ. 2524 ได้พบกลุ่มอาการของโรคที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ขึ้นในโลกโดยไม่ทราบสาเหตุที่เรียกว่า The Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ซึ่งพบครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาในกลุ่มชายรักรัชาย มีต้นกำเนิดที่เชื่อว่ามาจากประเทศทางกลุ่มแอฟริกา และต่อมาในปี พ.ศ. 2527 จึงได้พบตัวเชื้อ (Agent) ที่เป็นสาเหตุ เรียกว่า The Human Immunodeficiency Virus (HIV) โรคติดต่อที่จะทำให้เกิดกลุ่มอาการเฉพาะในคนเท่านั้น และเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายของคนเราก็จะกระจายอยู่ตามส่วนต่าง ๆ มากน้อยต่างกัน สำหรับแหล่งที่พบ

เชื้อในปริมาณมาก ได้แก่ เลือด น้ำเหลือง น้ำหนอง น้ำสุจิ น้ำช่องคลอด สมอง และน้ำหล่อเลี้ยง
 สมอง โดยเชื้อจะเข้าไปทำให้ภูมิคุ้มกันของมนุษย์ลดลงหรือบกพร่อง เกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้
 ง่าย ต่อมาเรียกว่า เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั่นเอง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีร่างกายที่อ่อนแอลง และ
 จะเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้

การแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เริ่มเมื่อกลางทศวรรษที่ 80
 ถึงต้นทศวรรษที่ 90 ประเทศไทยและอินเดียเกิดการระบาดของโรคอย่างมาก ผู้ป่วยรายแรกใน
 ประเทศไทยเป็นชายรักรัชาย ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศในปี พ.ศ. 2524 ต่อมา จากการรายงาน
 ความชุกทางระบาดวิทยา พบการระบาดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่ฉีดเข้าเส้น
 ก่อนเป็นเชื้อ HIV-1 ชนิดย่อย B จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มต่าง ๆ พบการติดเชื้อในหญิง
 ให้บริการทางเพศมากขึ้นในเวลาต่อมา เชื้อ HIV-1 ชนิดย่อย E ในช่วงแรกอัตราการติดเชื้อมี
 เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2530 แต่ต่อมาการระบาดได้มีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่าง
 รวดเร็วเป็นร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2533 การระบาดกระจายไปทั่วทุกกลุ่มแม่ในกลุ่มแม่บ้าน ต่อมาใน
 ปัจจุบันพบมีการระบาดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงทางเพศสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2535 จำนวน
 ประเทศที่มีการแพร่ระบาดได้เพิ่มขึ้นทั่วโลก

เอดส์เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี มีผลทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายได้เสียไป เมื่อ
 เชื้อเข้าสู่ร่างกายจะใช้ ซีดี 4 (CD4 Reception) ซึ่งเป็นเปลือกของเม็ดเลือดขาวชนิด
 Tlymphocyte (มีสายพันธุกรรมคู่) ซึ่งมีรูปร่างที่เข้าได้พอดีกับเปลือกนอกของเชื้อเอชไอวีที่มี
 รูปร่างเป็นค้อน ๆ เอชไอวี (ที่มีสายพันธุกรรมเดี่ยว) จะเกาะติดเม็ดเลือดขาวแล้วก็จะเข้าสู่เม็ดเลือด
 ขาวโดยการถอดเปลือกออก แล้วแทรกตัวเข้าไป เชื้อเอชไอวี จะเปลี่ยนจากสายพันธุกรรมเดี่ยวเป็น
 สายคู่โดยใช้สาร Reverse Transcribease (RT) เพื่อจะได้เข้าสู่นิวเคลียส และการขยายพันธุ์ เพิ่ม
 จำนวนโดยการแบ่งตัว แล้วออกจากนิวเคลียส มาเป็นสายยาว ๆ หลังจากนั้น เชื้อเอชไอวี จะใช้สาร
 Protease ของมันเองในการตัดสายเดี่ยวสั้น ๆ จะมีสั้นบ้างยาวบ้าง ประกอบตัวเป็นเอชไอวี จำนวน
 มาก ในระหว่างกระบวนการที่เชื้อมีการเพิ่มจำนวน ($10^5 - 10^6$) เชื้อจะมีการกลายพันธุ์ (Mutation)
 ในอัตราส่วน 1 ต่อ 10,000 เปรียบเทียบมีเอชไอวีสายใหม่เกิดขึ้น พร้อมกันนั้นจะทำลายซีดี 4 ลงไป
 เรื่อย ๆ ซึ่งเมื่อแรกเริ่มเชื้อ การทำงานของเม็ดเลือดขาวจะเริ่มขึ้น เม็ดเลือดขาว M (Macrophage)
 จะล้อมจับเชื้อเอชไอวี ถ้าเชื้อเข้ามาน้อยเม็ดเลือดขาว M จะจัดการได้หมด แต่ถ้าเชื้อมากเม็ดเลือด
 ขาว M จัดการไม่ได้หมด จะเป็นหน้าที่ของ T-Lymphocyte ซึ่ง T- Lymphocyte จะสั่งให้เม็ด
 เลือดขาว M ที่อยู่ใกล้ ๆ มาจัดการเชื้อเอชไอวี แล้วสั่งให้ B-Lymphocyte สร้าง Antibody เพื่อ
 มาช่วยจัดการเชื้อเอชไอวี การสร้าง Antibody จะเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อในวันแรกๆ และสร้าง

เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนมีปริมาณมาก ที่จะตรวจหา HIV-Antibody พบและให้ผลเชื่อถือได้ใน 3 เดือน หลังการรับเชื้อ

การที่เชื้อเอชไอวีมีการกลายพันธุ์ เปรียบเหมือนมีเชื้อเอชไอวีสีใหม่เกิดขึ้นนี้ แต่ Antibody ที่สร้างขึ้นสามารถจัดการได้แต่ เชื้อเอชไอวีสีเดิมเท่านั้น ซึ่งถ้าการจัดการทำลายเชื้อเอชไอวีสีใหม่ ด้วย ร่างกายต้องสร้าง Antibody ตัวใหม่ขึ้นมาเรื่อย ๆ ตามสีใหม่ของเชื้อเอชไอวี แต่ขณะเดียวกัน ที่การสร้าง Antibody ตัวเชื้อเอชไอวีก็จะไปเกาะกับซีดี 4 และเกิดวงจรในการกลายพันธุ์ของเชื้อ เพิ่มขึ้นไปอีก ขบวนการสร้าง Antibody เพื่อจัดการเชื้อไม่สามารถสร้างได้ทันการกลายพันธุ์ของ เชื้อเอชไอวี และไม่อาจจะทำลายเชื้อเอชไอวีได้หมดได้ทัน ร่วมกับเชื้อเอชไอวี มีการหลบซ่อนอยู่ นิ่ง ๆ ในเซลล์ได้นาน จะมีการแบ่งตัวและออกจากเซลล์เมื่อเซลล์ถูกกระตุ้นเท่านั้น ซีดี 4 ก็จะถูกทำลาย ลงเรื่อย ๆ และไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม ในการกำจัดเชื้อเอชไอวี จำนวนซีดี 4 จะลดลง เรื่อย ๆ ถึงแม้จะมีการสร้างขึ้นใหม่ก็ตาม จนเกิดการบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันด้านทานในร่างกายและ เกิดอาการป่วยจากการติดเชื้อในที่สุด (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และองค์การหมอไร้พรมแดน, 2541)

เมื่อรับเชื้อในช่วงแรก ๆ จะไม่มีอาการป่วยแต่อย่างใด เฉลี่ย 7-10 ปี หรือกว่านั้น (ขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตน) จนเมื่อเชื้อเพิ่มขึ้น จำนวนซีดี 4 ลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะทำให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี เริ่มป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย และรุนแรงขึ้นจนเสียชีวิตในที่สุด ปัจจัยที่ ทำให้ป่วยช้าหรือเร็ว ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันพื้นฐานของแต่ละบุคคล ปริมาณและความรุนแรงของเชื้อ เอชไอวี การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการดูแลสุขภาพกายและใจ รวมถึงลด พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่หรือรับเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง

4.2 อาการของโรคเอดส์

อาการของการติดเชื้อเอชไอวี จะมีความหลากหลายขึ้นกับระยะของโรคซึ่งอาการของโรค ในระยะต่าง ๆ มี 3 ระยะคือ

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage) ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติ แต่อย่างใด ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวก หลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ก็อาจจะถ่ายทอดเชื้อเอดส์ได้
2. ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symptomatic HIV Infection) ระยะนี้เดิมเรียกระยะมี อาการสัมพันธ์กับเอดส์ ปัจจุบันได้ปรับปรุงใหม่เพื่อความเข้าใจง่ายขึ้น ซึ่งระยะนี้นอกจากเลือดจะ ให้ผลบวกแล้วยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น มีราในปากและลำคอ ต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณลำคอ รักแร้และขาหนีบ เป็นงูสวัด หรือแผลริมชนิดลุกลาม มีอาการเรื้อรังนาน เกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นหนังอักเสบ น้ำหนักลด

3. ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) หรือระยะโรคเอดส์ ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายลงมาก ทำให้เกิดอาการติดเชื้อโรคที่มียาป้องกันแล้วไม่สามารถทำอันตรายคนปกติได้เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีหลายชนิดแล้วแต่ว่ามีอาการติดเชื้อชนิดใดที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ถ้าปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* จะมีไข้ หอบ ถ้าเป็นเชื้อราในทางเดินอาหารและมีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก ถ้าเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* จะปวดศีรษะคอแข็ง บางรายอาจเป็นมะเร็ง เช่น มะเร็งหลอดเลือด มีอาการจำสับสน แดงคล้ำตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง จะมีก้อนโตตามที่ต่าง ๆ ของร่างกาย (กรมควบคุมโรค, 2537)

สรุปแล้วโรคเอดส์เป็นปัญหาที่มีความรุนแรง ส่งผลในด้านความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นสำคัญ ซึ่งในการศึกษานี้ เป็นการศึกษาถึงแบบแผนความสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หลังรับยาด้านไวรัสแล้ว ซึ่งผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้ได้รับการให้ความรู้ในเรื่องสุขศึกษาในเรื่องการลดความเสี่ยงทางเพศ มาแล้วจากโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษานำไปสู่การปรับปรุงหรือวางแผนการให้ความรู้ในด้านสุขศึกษากับผู้ติดเชื้อที่รับยาด้านไวรัสต่อไปในอนาคต เพื่อลดการแพร่เชื้อรายใหม่ และลดการรับและแพร่เชื้อสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง

5. แนวคิดเรื่องการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวี

5.1 เป้าหมายของการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวี

การรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบันเนื่องจากไม่มีวัคซีนที่ใช้ในการป้องกันโรค รวมถึงยาที่ใช้ในการรักษาโรคให้หายขาดได้ แต่มีการรักษาที่ช่วยชะลอการเจริญเติบโตของเชื้อที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันซึ่งเรียกว่ายาด้านรีโทรไวรัส (Antiretroviral, ARV) โดยมีจุดหมายเพื่อลดไม่ให้ไวรัสเพิ่มจำนวนเพื่อหยุดยั้งการลดลงของภูมิคุ้มกันของร่างกายและพยายามเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายให้มากขึ้น ตลอดจนป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2541) นับกว่าสิบปีมาแล้วที่แพทย์ได้ค้นพบยาด้านไวรัสเอชไอวี ที่สามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในร่างกายได้ เริ่มจากยาซีโดวูดีนหรือเอแซดที (AZT) และติดตามมาด้วยยาใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นอีกหลายชนิดที่ช่วยควบคุมจำนวนไวรัสเอชไอวีในร่างกายไม่ให้ทำลายภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพแข็งแรงและดำเนินชีวิตปกติดังเดิมได้ ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาได้มีการคิดค้นยาด้านไวรัสออกมาหลายชนิดและมีการพัฒนาสูตรของการใช้ยาเพื่อเป็นแนวทางในการรักษา ในปัจจุบันพบว่าการใช้ยาด้านไวรัสที่มีสูตรของการใช้ยาอย่างน้อย 3 ตัวยาที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy หรือเรียกย่อว่า HAART นั้นถือเป็นแนวทางในการรักษาที่ได้ประสิทธิผล อยู่ในเกณฑ์ที่ดีเป็นอย่างยิ่งและได้ประสิทธิผลดีกว่าการใช้ยาเพียงตัวเดียว

ในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมีระดับภูมิคุ้มกันร่างกายที่สูงขึ้น การติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง (เกียรติ รัชฎ์ธรรม, 2546; ภพ โกศลารักษ์, 2545) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมาก (จินตนาถ อนันต์วรณัย, 2545) นอกจากนั้นยังช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลงและอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ลดลง (Zambrano, 2002)

สถานการณ์การใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ปัจจุบันพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงยาได้ องค์การอนามัยโลกจึงได้มียุทธศาสตร์โดยคาดหวังให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับการรักษาได้เข้าถึงยาต้านไวรัส อย่างถ้วนหน้าตามหลักยุทธศาสตร์ของ Access For All ประเทศไทยถือว่าได้มีนโยบายและมีแนวทางแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกตลอดมา และถือได้ว่ามีผลงานอยู่ในระดับแนวหน้าที่ประสบผลสำเร็จเป็นตัวอย่างที่ดีประเทศหนึ่งของโลก เมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาคู่กันทั่วโลก ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้จะทำโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโครงการ National Access for People living with HIV/AIDS (NAPHA) และได้ดำเนินนโยบายให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค และนับตั้งแต่มีโครงการยาต้านไวรัสเอชไอวีมาจนถึงปัจจุบัน รัฐได้ให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยมีโรงพยาบาลมากกว่า 850 แห่งให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นการรักษาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องและตรงเวลาทุกวัน เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพในการลดไวรัสในเลือดให้ต่ำสุด ลดโอกาสการติดเชื้อ และเป็นการป้องกันการรักษาได้อย่างหนึ่ง ปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่า 20 ชนิด โดยแต่ละชนิดทำหน้าที่ในการขัดขวางกระบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัสในแต่ละขั้นตอน ที่แตกต่างกันไป การจะใช้สูตรใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และประวัติการใช้ยา การติดเชื้อ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา

ยาที่ใช้แพร่หลายที่สุดในประเทศไทย ในปัจจุบัน คือ GPO-VIR เป็นการรวมยาสามชนิดเข้าเป็นเม็ดเดียว ทำให้ง่ายสะดวกต่อการรับประทาน ทางเภสัชกรรมแห่งประเทศไทยสามารถที่จะผลิตได้เองในประเทศ ทำให้ราคาถูกลงอย่างมาก (1200 บาท/เดือน) ยาต้านไวรัสแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่

1. กลุ่มเอ็นอาร์ทีไอ (NRTI) คือ ยาเอแซดที (AZT) ดีโฟรที (D4T) สามทีซี (3TC) ดีดีไอ (ddI) อะบาคาเวียร์ (Abacavir)

2. กลุ่มเอ็นเอ็นอาร์ทีไอ (NNRTI) คือ ยา เนวิราปีน (NVP) เอฟฟาไวเรนซ์ (EFV)

3. กลุ่มพีไอ (PI) คือ ยาอินดินาเวียร์ (IDV) ซาควินาเวียร์ (SQV) ริโทนาเวียร์ (RTV) เนลฟินาเวียร์ (NFV)

5.2 เกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Inclusion Criteria) สำหรับผู้ใหญ่ (ทัศนาลหวิเสรี และคณะ, 2547)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในการรักษาไม่จำเป็นที่จะต้องให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีทุกราย เพราะการเริ่มยาที่เร็วเกินไป โดยที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ และซีดี 4 ยังสูงอยู่ จะก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี คือ อาจจะทำให้เกิดโอกาสดื้อยาได้ในอนาคต ซึ่งจะมีผลเสียที่ตามมา ในการเลือกให้สูตรยาในอนาคตจะยากมากขึ้น และขณะเดียวกัน การเริ่มยาที่ช้าเกินไป รอจนผู้ป่วยมีอาการทรุดลงมาก หรือระดับซีดี 4 ต่ำมากเกินไป อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะทนต่อยาได้ และภูมิคุ้มกันอาจจะกลับคืนมาได้ช้าเกินไป อาจจะทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและอาจจะเสียชีวิตได้เช่นกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีเกณฑ์ ขอบ่งชี้ในการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งในแต่ละประเทศจะไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะเศรษฐกิจของประเทศนั้น ๆ ขอบ่งชี้ในการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่ในประเทศไทย คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ (AIDS Defining Illness)
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ และมีค่า CD4 < 250 cell/cu.mm รวมด้วย
 - 1) ใช้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ
 - 2) อุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 14 วัน ไม่ทราบสาเหตุ
 - 3) น้ำหนักลดลงมากกว่า 15% ภายใน 3 เดือน
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่มีอาการ แต่มีค่า CD4 < 200 cell/cu.mm นอกจากนี้ต้องประเมินสถานะตับ ความสามารถของตับในการรับยา ถ้าตับมีปัญหาควรได้รับการรักษาก่อนและควรงดสุรา เหล้า เบียร์

5.3 การติดตามผลการรักษา (สัญญา ชาสสมบัติและคณะ, 2547)

1. ติดตามประสิทธิภาพการรักษา โดยการประเมินอาการของผู้ป่วย การแสดงทางคลินิก และการตรวจค่าซีดี 4 ทุก 6 เดือน
2. ติดตามผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส เช่น ฝืนตามผิวหนัง ตับอักเสบที่อาจเกิดจากยา Nevirapine โดยตรวจค่า SGPT ในสัปดาห์ที่ 2,4,8 และทุก 2 เดือน เทียบกับค่า SGPT ก่อนการรับประทานยาต้านไวรัส

3. ติดตามวินัยการรับประทานยา (Drug Adherence) ของการรับประทานยาต้านไวรัส

4. ติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ผลดีผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น โอกาสการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสจะน้อยลง

5.4 ปัญหาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี อาจเกิดจากความไม่สะดวกในการรับประทานยา เช่น วันละหลายครั้ง ก่อนหรือพร้อมอาหาร ต้องดื่มน้ำมาก ๆ ความต่อเนื่องในการรับประทานยา การดื้อยา ต้องเปลี่ยนสูตรยา ปัญหาคนรอบข้าง การไม่อาจจะเปิดเผยตนเองได้ทำให้การรับประทานยามีความยุ่งยากบางครั้ง และผลข้างเคียงของยา เป็นต้น

5.4.1 การดื้อยา

หมายถึง ยาชนิดนั้นใช้ไม่ได้ผลในการรักษาแล้ว ในกรณีของยาต้านไวรัสเอชไอวี คือการใช้ยาสูตรใดสูตรหนึ่งแล้วไม่ได้ผล แม้จะมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาแล้วก็ตาม การดื้อยาด้านไวรัสเอชไอวี : ขึ้นอยู่กับ

1) ยาสามารถทำให้ปริมาณไวรัสเอชไอวี ในกระแสเลือดลดลงได้มากน้อยเพียงใดในการรับประทานยาครั้งแรก เช่น ถ้าปริมาณไวรัสเอชไอวีสูงให้ยา 2 ตัว ปริมาณไวรัสเอชไอวียังคงสูงอยู่ จะพัฒนาเป็นไวรัสที่ดื้อยา ภายในไม่ช้า ถ้าให้ยา 3 ตัว ยาสามารถลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดลง จนไม่สามารถตรวจพบในกระแสเลือดได้ (แต่ไวรัสยังคงหลบซ่อนอยู่ในเซลล์สมอง และต่อมน้ำเหลือง) และถ้ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เชื้อเอชไอวีจะกลายพันธุ์และดื้อยาได้ ต้องเปลี่ยนสูตรยา ทำให้การรักษามีความซับซ้อนยิ่งขึ้น

2) ประสบการณ์การรับประทานยาต้านไวรัสในอดีต ร่างกายจะตอบสนองไม่ดีเท่ากับคนที่ไม่เคยรับประทานยาต้านไวรัส

3) การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือมีวินัยการรับประทานยาไม่ดี เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโอกาสดื้อยา อาการที่แสดงว่าสูตรยาที่ใช้อยู่ล้มเหลว คือ อาการทางคลินิกแย่ลง เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่ จำนวนซีดี 4 ลดลง และปริมาณไวรัสในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น

5.4.2 อาการข้างเคียงที่พบในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง คือ เป็นอาการที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ไม่มีอันตรายถึงชีวิต เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ท้องเสีย ท้องอืด นอนไม่หลับ ฝันไม่ดี ฝันแปลก ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในช่วง 2 เดือนแรกของการรับประทานยา

อาการที่รุนแรง อาจจะเสียชีวิตได้ ซีด ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ชาปลายมือปลายเท้า นิ้วในไต อาจจะได้ทุกช่วงของการรับประทานยา มักพบมากในผู้ป่วยที่มี ซีดี 4 ต่ำ

อาการข้างเคียงในระยะยาว มักเกิดขึ้นในระยะยาว 3-4 ปี เช่น น้ำตาลในเลือดสูง (มีอาการทางเบาหวาน) ไขมันกระจายตัวผิดปกติ ผิดที่ เช่น ลงพุง ไขมันพอกที่ลำคอ หน้าอก แต่แขนขาลีบ เป็นต้น (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และองค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม ประเทศไทย, 2546)

5.5 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว (Treatment Failure)

5.5.1 ข้อบ่งชี้ที่ทำให้สงสัยว่าการรักษาไม่ได้ผล (ทัศนา หลิวเสรีและคณะ, 2547)

1) ข้อบ่งชี้ทางคลินิก : เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่ (ยกเว้นวัณโรคปอด) หรือกลับมาเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซ้ำอีก หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี นานกว่า 6 เดือน

2) ข้อบ่งชี้ทางระดับภูมิคุ้มกัน : ซีดี 4 ต่ำลง ร้อยละ 30 จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน และพิจารณาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของเปอร์เซ็นต์ซีดี 4 ด้วย และการตรวจควรจะเป็นเวลาเดียวกัน หากอาการทางคลินิกไม่เป็นไปตามผลเลือดต้องส่งตรวจซ้ำ

5.5.2 ปัจจัยที่มีผลทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีล้มเหลว (สัญญาชัย ชาสมบัติและคณะ, 2547)

1) ประสิทธิภาพของยา/สูตรยาที่ให้ไม่ดีพอ ถ้าผู้ป่วยได้รับสูตรยาที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะลดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ จะทำให้เกิดการคัดลอกของไวรัสคือยาและการเพิ่มของไวรัสอย่างรวดเร็ว ปริมาณซีดี 4 จะลดลงเรื่อย ๆ ผลการรักษาจะให้ผลดีในช่วงสั้น ๆ เท่านั้น และเกิดการดื้อยาในที่สุด

2) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือมีวินัยการรับประทานยาไม่ดี (Poor Drug Adherence) เนื่องจากจำนวนไวรัสเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณอย่างรวดเร็วในร่างกาย เป็น 10^{10} อนุภาคถ้าไม่ได้รับการรักษา ประกอบกับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มี Half-life สั้น ต้องรับประทานบ่อย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอแม้การขาดยาเพียงครั้งเดียวก็จะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัสลงได้ และก่อให้เกิดการดื้อยาได้ ส่วนสาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อาจจะเนื่องมาจากความรู้ความเข้าใจเรื่องยา ผลข้างเคียงของยา ภาวะเศรษฐกิจไม่มีเงินค่ายา และการที่ต้องหลบซ่อนในการรับประทานยาเหล่านี้ เป็นต้น ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องคำนึงถึงสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ เป็นราย ๆ ไป

3) ปัจจัยในทางเภสัชวิทยา (Pharmacological Factors) การเลือกใช้ยาจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรู้จักปัจจัยในทางเภสัชวิทยา ที่พบบ่อยคือ เรื่อง การเลือกใช้ยาโดยไม่ทราบปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหาร หรือยาที่รับประทานด้วยกัน ซึ่งมีผลต่อการดูดซึมและการทำลายยาในร่างกาย เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี คู่กับยาด้านวัณโรค ยาต้านไวรัสเอชไอวีรับประทานคู่กับยาลดไขมัน เป็นต้น และการเน้นในเรื่องของการรับประทานยาก่อนและหลังอาหารเป็นต้น

4) ระยะของโรคติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมามากแล้ว (Advanced Disease) ในผู้ป่วยที่มีอาการมาก และระดับ ซีดี 4 ต่ำมาก การรักษาอาจจะไม่ได้ผลดี และนำไปสู่ความล้มเหลวได้ ซึ่งเหตุผลอาจจะเนื่องจาก มีระดับไวรัสเอชไอวีในเลือดสูงมากจนไม่สามารถเพิ่มระดับซีดี 4 ได้ และ/หรือ การที่ผู้ป่วยมีร่างกายไม่แข็งแรงจนไม่สามารถทนต่อผลของยาข้างเคียงได้

5) การดื้อยาที่มีมาก่อน (Pre-Existing Mutation) ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีมาจากผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีดื้อยามาแต่แรกติดเชื้อเอชไอวี เช่น ได้รับเชื้อมาจากผู้ที่เคยรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน แล้วเกิดการดื้อยา ต่อมาแพร่เชื้อต่อให้ผู้อื่น ผู้นั้นก็จะได้เชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาไปด้วย การรักษาเป็นเรื่องยาก เช่นกัน

5.6 แนวทางการให้การปรึกษาเรื่องความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส

แนวทางการให้การปรึกษาเรื่องความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส มีขั้นตอนดังนี้

5.6.1 ทักทายทั่วไปเป็นการเริ่มสัมพันธ์ภาพ และตกลงบริการในเรื่องที่จะให้การปรึกษา

- 1) ทบทวนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโครงการ และสูตรยาของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ
- 2) ประเมินความเข้าใจ ความสนใจ และความเข้าใจในการกินยา

5.6.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาการติดเชื้อเอชไอวีในโครงการวิจัย และความต่อเนื่องในการกินยา

- 1) ให้ความรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วไปทำลายส่วนของร่างกาย และจะทำหน้าที่อย่างไร การกินยาไม่ต่อเนื่องจะส่งผลอย่างไรต่อร่างกาย
- 2) พูดคุยเรื่องความสม่ำเสมอในการกินยาให้ได้ถึงร้อยละ 95-100 ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของโครงการ

3) พูดคุยเรื่องผลที่จะเกิดขึ้นจากการแบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน ซึ่งจะเกิดผลเสียขึ้นทั้งสองคนยิ่งกว่าการที่ไม่ได้กินยาเลยด้วยซ้ำ เพราะมีโอกาสที่จะเกิดยากดื้อยาสูงมาก

- 4) ทบทวนประเด็นทั้งหมดในข้อ 1) – 3) และประเมินความเข้าใจของผู้ติดเชื้อ

5.6.3 การให้ความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวี

- 1) อธิบายเรื่องผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นของยาต้านไวรัสแต่ละตัวที่ผู้ติดเชื้อได้รับ
- 2) อธิบายว่าผลข้างเคียงเหล่านั้นอาจเป็นอุปสรรคต่อการกินยาอย่างต่อเนื่อง และแม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้วเมื่อกินยาไปสักระยะหนึ่ง ผู้ติดเชื้ออาจไม่อยากกินยาอีกต่อไป
- 3) พูดคุยถึงวิธีลดผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส
- 4) เน้นให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจว่า ไม่ควรอย่างยิ่งที่จะหยุดยาเองโดยที่ยังไม่ได้ปรึกษา

แพทย์หรือผู้ให้คำปรึกษา

5) ให้เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษาหรือแพทย์ได้ตลอด 24

ชั่วโมง

5.6.4 การจ่ายยาให้ผู้ติดเชื้อ

- 1) นำตัวอย่างยาแต่ละชนิดมาให้ผู้ติดเชื้อดู พร้อมบอกชื่อยา
- 2) อธิบายการออกฤทธิ์ของยาแต่ละชนิด
- 3) อธิบายเรื่องเวลาในการกินยา ข้อจำกัดเรื่องอาหารบางอย่าง(ถ้ามี)
- 4) ทบทวนและประเมินความเข้าใจ ตอบข้อซักถาม
- 5) ตรวจสอบเม็ดยาและนับเม็ดยาร่วมกับอาสาสมัคร

5.6.5 ทำตารางการกินยาและแบ่งยาที่จะต้องกินเป็นรายวัน

- 1) แบ่งยาเป็นรายวันตามเวลาที่ต้องกิน โดยอาจแบ่งในใส่กล่องเล็กๆ หรือถุงยาเป็นชุดๆ พร้อมเขียนป้ายติดไว้
- 2) พุดคุยเรื่องเวลากินยาแต่ละชุด
- 3) จัดเวลากินยาร่วมกับการทำกิจกรรมอื่นที่อาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน เช่น ตรงกับเวลาอาหาร เวลาตื่นนอนแล้วกินทันที เป็นต้น
- 4) ระบุเวลากินยาเมื่อตารางเวลากินยาแตกต่างไปจากเวลาปกติ เช่น การกินยาในวันทำงานคู่กับวันหยุด วันที่สมาชิกครอบครัวอยู่บ้านคู่กับวันที่ไม่มีใครอยู่บ้าน
- 5) ย้ำกับผู้ติดเชื้อเรื่องเวลาที่ต้องกินยากับการจำกัดอาหาร
- 6) ทบทวนตารางกินยาที่แน่นอนที่สุด ตัวอย่าง ถ้าแพทย์ให้กิน 2 ครั้ง/วัน หมายความว่าต้องกินทุก 12 ชั่วโมง ซึ่งจะตรงข้ามกับคนที่กินยาเมื่อเวลา 08.00 น. ครั้งหนึ่ง แล้วไปกินยาอีกที่เมื่อเวลา 13.00 น. ซึ่งจะห่างกันเพียง 5 ชั่วโมงเท่านั้น
- 7) ทบทวนเรื่องการปรับตารางการกินยาให้เข้ากับกิจกรรมปกติของผู้ติดเชื้อให้

มากที่สุด

- 8) ตอบข้อซักถาม และประเมินความเข้าใจ

5.6.6 กลวิธีในการเตือนกินยา

- 1) การมีส่วนร่วมของกลุ่มสมรส/คู่สมรส หรือระบุบุคคลที่จะช่วยเตือนเรื่องยา
- 2) ใช้อุปกรณ์ช่วยเตือน เช่น นาฬิกาปลุก หรือสติ๊กเกอร์ (ป้ายเตือนต่างๆ) ติดตั้งไว้ในที่ต่างๆ
- 3) มีที่เก็บยาเฉพาะที่สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้นึกถึงการกินยาได้

5.6.7 ครอบครัว ชุมชน การสนับสนุนจากสังคม และการปกปิดสถานภาพการติดเชื้อ

- 1) สอบถามว่ามีใครที่รู้สถานภาพการติดเชื้อของอาสาสมัครบ้าง

- 2) มีใครที่จะช่วยเตือนเรื่องการกินยาได้บ้าง
- 3) มีใครที่จะสนับสนุนให้กำลังใจเรื่องอุปสรรคต่างๆ ในการมารับการรักษาได้บ้าง
- 4) มีใครบ้างที่อาสาสมัครไม่ต้องการให้ทราบผลเลือด
- 5) การไม่เปิดเผยผลเลือด มีผลกระทบต่อการกินยาอย่างสม่ำเสมอของอาสาสมัครหรือไม่อย่างไร

6) จะเก็บยาไว้ที่ไหน (ควรคำนึงถึงความสะดวกที่จะกินยา โดยไม่ต้องเปิดเผยต่อใคร)

5.6.8 เพิ่มเติมประเด็นเรื่องอุปสรรคต่างๆ ที่อาจกระทบถึงการกินยาอย่างต่อเนื่อง

- 1) ประเด็นต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ การเดินทาง อาหาร ปัญหาชีวิต บ้านไม่มีไฟฟ้า/น้ำใช้ ทำงานนอกบ้าน การปิดบังผลเลือด การใช้สารเสพติด การดูแลเด็ก หน้าที่ต่อครอบครัว ฯลฯ
- 2) ช่วยผู้คิดเชื้อวางแผนในการแก้ปัญหา การสนับสนุนจากสังคมหรือการปกปิดสถานภาพการติดเชื้อ

5.6.9 การกลับมากินยาต่อหลังจากที่ได้เว้นหยุดไป

แม้ว่าเป้าหมายของโครงการคือ ให้ผู้ติดเชื้อกินยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ แต่มีบางคนที่อาจทำไม่ได้ ด้วยเหตุผลใดก็ตาม

- 1) พุดยถึงเรื่องว่าทำอะไร จึงจะกลับมากินยาต่อได้ทันทีหลังจากที่เว้นหยุดไป
- 2) ติดต่อแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา เพื่อเริ่มกินยาใหม่

จะเห็นได้ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสคำว่า“วินัยในการรับประทานยา (Drug Adherence)” เป็นหัวใจของการรักษา ซึ่งความร่วมมือในการรักษา (Compliance) หมายถึง ความพร้อมความตั้งใจ ประารถและตกลงใจที่รับการรักษานั้น ๆ และรวมถึงความร่วมมือ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามข้อตกลงของการรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลประสบผลสำเร็จหรือมีประสิทธิภาพสูงสุด (Dimaatteo R.M. 1982) บางผู้วิจัยได้กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นการวัดค่าหรือระดับความแข็งแกร่งของการมีส่วนร่วมในการรักษาระหว่างคนไข้กับแพทย์ การประเมินความร่วมมือในการรักษา ไม่ใช่เรื่องง่ายหรือวัดกันได้อย่างแม่นยำ ปัจจัยหนึ่งคือความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์ดีแค่ไหนและคนไข้มีความรู้ความเข้าใจในการระมัดระวังในการปฏิบัติตัวแค่ไหนในระหว่างการรักษานั้น ๆ เหตุปัจจัยคืออะไร แพทย์ต้องศึกษาถึงปัจจัย ความจริงและบริบทของผู้ป่วยด้วย และที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้ป่วยมีความกล้าที่จะบอกกับแพทย์แค่ไหน นี่เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และแพทย์ด้วย การประเมินความร่วมมือจึงมีปัจจัยเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องมาก แพทย์สามารถสื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติดีแค่ไหน และถ้ามีปัญหาในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยสามารถที่จะสื่อให้แพทย์รับรู้เข้าใจได้แค่ไหนด้วยเช่นกัน การประเมินความ

ร่วมมือในการรักษา เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผลการรักษาประสบผลสำเร็จ และก็เป็นไปตามการ รักษาอย่างหนึ่ง ปัจจัยที่อาจจะเป็นผลในความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยคือ 1) ความรู้ความ เข้าใจของผู้ป่วย การรับรู้เรื่องโรคและการรักษา 2) ระดับการศึกษา 3) ความสัมพันธ์และการ สื่อสารของแพทย์และผู้ป่วย 4) วิถีชีวิตของผู้ป่วยเอง 5) ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม รวมทั้ง ความเชื่อ ทศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ 6) แรงสนับสนุนทางสังคม 7) ครอบครัว รวมถึงความเข้าใจ และแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง 8) ด้านจิตใจ และ 9) ปัจจัยด้านของตัวเอง และผลข้างเคียง ของยาโดยเฉพาะยาต้านที่มีผลข้างเคียงสูง

โดยสรุปแล้ว ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้น ส่วนหนึ่งมาจาก วินัยในการกินยา (Drug Adherence) และอีกส่วนหนึ่งมาจากการแพร่เชื่อต่อไปให้กับผู้อื่นหรือ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่ปลอดภัยนั่นเอง ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวเกิดจากปัจจัยในเรื่องความรู้ความ เข้าใจในเรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ และผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้รวมไปถึงวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อเองซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ความ เชื่อ ทศนคติ แรงสนับสนุนจากสังคม ครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสที่มีประสิทธิภาพ หรือล้มเหลว

6. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลพัฒนาขึ้นมาจาก เอจเซน (Ajzen) และฟิชไบน์ (Fishbein) ในปี พ.ศ. 2518 (อ้างใน นิรัตน์ อิมามิ และคณะ, 2546) โดยมีแนวคิดหลัก (Key Concept) เพื่อ ทำนายพฤติกรรมของบุคคลจากความตั้งใจ โดยมีข้อสมมติฐานว่าโดยปกติแล้วมนุษย์เป็นผู้ที่มี เหตุผล ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจะนำไปใช้เป็นประโยชน์อย่างมีระบบ เพื่อบรรเทาจากการตัดสินใจของ ตนเองโดยไม่เชื่อว่าพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์จะถูกควบคุมโดยแรงขับในระดับไร้สำนึก หรือ จากอำนาจของแรงปรารถนาต่าง ๆ และพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้ถูกกำหนดโดยอารมณ์หรือขาด การพิจารณาก่อน อาจกล่าวโดยสรุปว่า “มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลและใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างมีระบบ และ พิจารณาผลที่คิดว่าจะเกิดจากการกระทำของตนก่อนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม”

เนื่องจากจุดมุ่งหมายของทฤษฎีนี้คือการทำนายพฤติกรรมจากความตั้งใจที่จะกระทำ พฤติกรรม และเนื่องจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดใกล้ชิดของการกระทำหรือ พฤติกรรมตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมถูกกำหนดด้วยกำหนด พื้นฐาน คือ

1. เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude Toward Performing Behavior) ซึ่งเป็นตัวกำหนดหรือองค์ประกอบด้านบุคคล หรือธรรมชาติของบุคคลที่เกี่ยวกับการประเมินทั้งในด้านบวกและด้านลบหรือด้านดีและไม่ดีของบุคคลนั้น ต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นการแสดงออกอย่างง่าย ๆ ถึงการตัดสินใจของบุคคลว่า พฤติกรรมนั้นดีหรือเลว ชอบหรือต่อต้านการกระทำนั้น โดยทฤษฎีแล้วจะเน้นที่เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเจตคติต่อวัตถุ หรือเป้าหมายโดยตรง

2. บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) เป็นองค์ประกอบด้านสังคมหรือเป็นผลกระทบจากสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแรงผลักดันของสังคมที่ให้กระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมนั้นคือการรับรู้ในบรรทัดฐานของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่มีความสำคัญต่อเขา โดยการคาดหมายถึงความรู้สึกรับรู้ของบุคคลเหล่านั้นที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมของเขา เช่น การรับรู้ว่าคุณค่าหรือกลุ่มสังคมที่มีอิทธิพลต่อเขา สนับสนุนหรือคัดค้านการที่เขาจะกระทำพฤติกรรมนั้น

โดยปกติบุคคลจะมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม เพื่อผลประเมินการกระทำพฤติกรรมเป็นไปในทางบวก และเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญคิดว่าควรจะทำพฤติกรรมนั้น ๆ ในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งกันระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น บุคคลมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงไม่สนับสนุนให้เขากระทำพฤติกรรม จึงจำเป็นจะต้องพิจารณา “ความสำคัญในเชิงความสัมพันธ์” (Relative Importance) ขององค์ประกอบที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม นั้นคือต้องทราบน้ำหนักของความสัมพันธ์ (Relative Weights) ของแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งตามทฤษฎีสันนิษฐานว่าน้ำหนักของความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวกำหนด อาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล แต่ทฤษฎีได้แนะนำว่า ในบางครั้งองค์ประกอบด้านเจตคติจะมีความสำคัญกว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ในกรณีพฤติกรรมที่ต้องร่วมมือกันมากกว่าพฤติกรรมที่แข่งขันกัน ฟิชไบน์และเอจเซน ได้เสนอแบบแผนของความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมในการทำนายพฤติกรรมในรูปแบบสมการทางคณิตศาสตร์ ดังนี้ คือ

$$B \sim BI = (A_B)W_1 + (S_N)W_2$$

เมื่อ

B = พฤติกรรม

BI = ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม

A_B = เจตคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม

S_N = บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรม

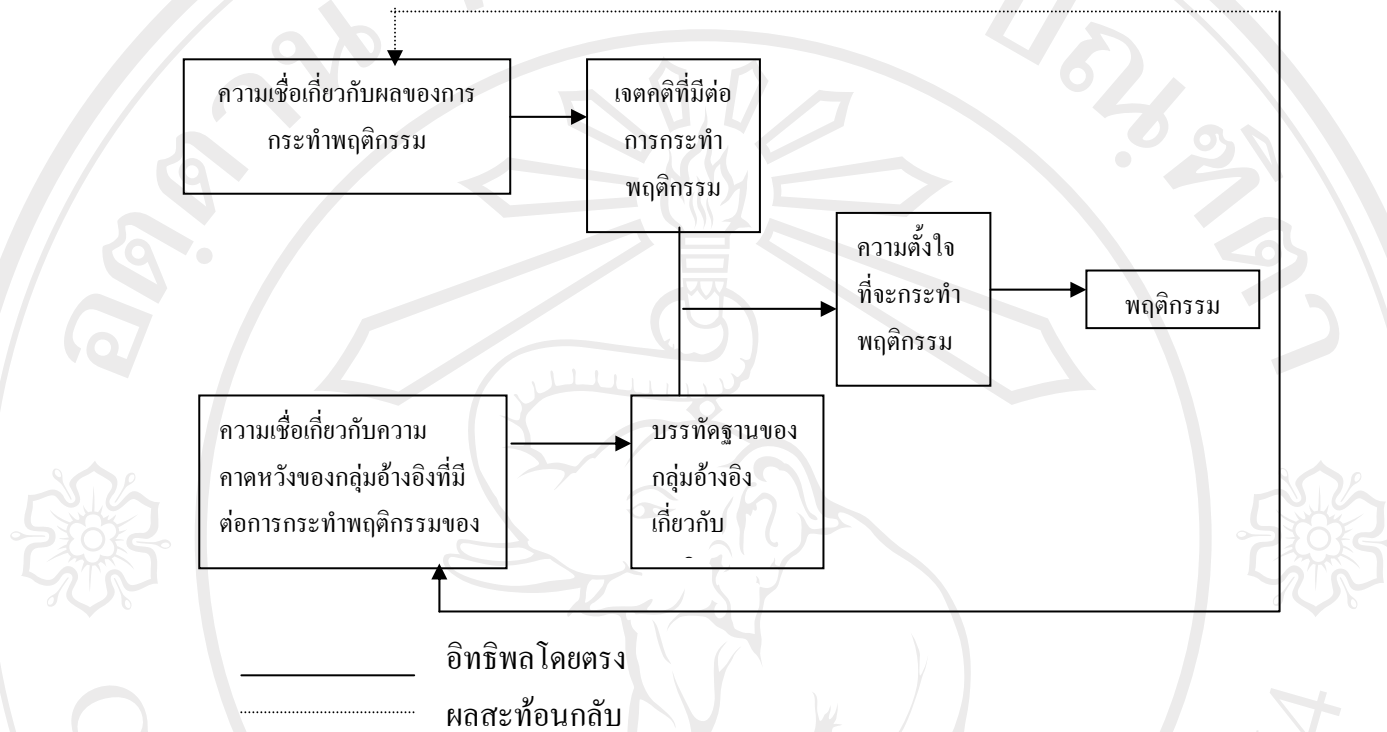
W_1, W_2 = น้ำหนักของตัวทำนาย

ซึ่งอาจแทนค่าของความหมายได้ดังนี้

$$\text{พฤติกรรม} \sim \text{ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม} = \text{เจตคติที่มีต่อพฤติกรรม} \times \text{น้ำหนักตัวทำนาย} + \text{บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง} \times \text{น้ำหนักตัวทำนาย}$$

นั่นคือ เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรมและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรม จะร่วมกันกำหนด หรือทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมโดยนำอิทธิพลหรือน้ำหนักของความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสองมาพิจารณาด้วย

ในการประเมินตัวกำหนดหรือองค์ประกอบของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ความเชื่อ (Beliefs) ได้รับการพิจารณาว่า เป็นตัวกำหนดพื้นฐานของเจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ดังนั้นในการวัดเจตคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงจึงวัดบนพื้นฐานของความเชื่อแทน ดังแผนภาพแสดงกรอบแนวคิดในการทำนายพฤติกรรมจากองค์ประกอบด้านเจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ของฟิชไบน์และเอจเซน ดังนี้



แผนภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการทำนายพฤติกรรมจากองค์ประกอบด้านเจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ของฟิชไบน์และเอจเซน

จากแผนภาพแสดงให้เห็นว่า ความเชื่อมีอิทธิพลต่อเจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ซึ่งทั้งสององค์ประกอบนี้จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม จะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรม ซึ่งผลของการกระทำพฤติกรรม จะส่งผลย้อนกลับไปที่ความเชื่อของบุคคลได้ น้ำหนักหรืออิทธิพลของตัวแปรตามองค์ประกอบในกรอบ

แนวคิดนี้จะไม่จำเป็นต้องเท่ากันและไม่สามารถสลับตำแหน่งกันได้ ดังนั้นในการศึกษากับพฤติกรรมจึงต้องศึกษาตั้งแต่ความเชื่อที่เป็นตัวกำหนดเจตคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม และบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมจนถึงการกระทำพฤติกรรมในขั้นสุดท้าย

โดยสรุปแล้ว การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังรับยาต้านไวรัส โดยใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมาอธิบายนั้น เนื่องจากว่า ผลของการกระทำพฤติกรรมการป้องกันการรับเชื้อหรือการแพร่เชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่นั้น ย่อมมาจากอิทธิพลของความเชื่อ ซึ่งส่งผลต่อเจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ซึ่งในที่นี้หมายถึง ครอบครัว สามี ภรรยา และลูก ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังรับยาต้านไวรัสโดยตรงมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและตำรางานวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

โกศล เงินขวง (2539) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ของคนงานก่อสร้างในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์ของคนงานก่อสร้างที่มีการศึกษาต่อ และส่วนใหญ่จะรับรู้จากวิทยุและโทรทัศน์มากที่สุดและมีการรับรู้จากการอ่านสื่อการพิมพ์น้อย การรับรู้ข่าวสารของคนงานส่วนมากได้จากเพื่อน ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของคนงานก่อสร้าง พบว่า คนงานส่วนใหญ่รับรู้ความน่ากลัวของโรคเอดส์ แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังคงเที่ยวหญิงขายบริการทางเพศเพราะติดเพื่อน เกรงใจเพื่อน กลัวไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลคือ กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด ความอิสระในการใช้ชีวิต ไม่มีคนมาบังคับควบคุม จึงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์

จันทร์ฉาย ศิริชาติวาปี และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่สาทรณสุขที่ 6 ปี พ.ศ. 2541-พ.ศ. 2546 ผลการศึกษาพบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มคนงานชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศลดลง และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากร้อยละ 64.5 ในปี พ.ศ. 2544 ลดลงเป็นร้อยละ 40.8 ในปี พ.ศ. 2546 ขณะเดียวกันก็มีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก หรือเพื่อนสนิทมากขึ้น แนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟน คนรัก หรือเพื่อนสนิท ลดลงร้อยละ 44.6 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 24.8 ในปี พ.ศ. 2546

และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับผู้หญิงอื่นก็ลดลงคือในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 30.7 ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับผู้หญิงอื่นในการร่วมเพศครั้งสุดท้ายลดลงจากร้อยละ 50.0 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 40.7 ในปี พ.ศ. 2546 และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับผู้ชายลดลงจากร้อยละ 40.0 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 35.0 ในปี พ.ศ. 2546

นพวรรณ นพเคราะห์ (2536) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ของกรรมกรก่อสร้างชายเขตเมืองเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กรรมกรชายมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์ แต่ไม่มีการปรับพฤติกรรมเสี่ยง ยังมีการเฝ้าหาความสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ เพราะความต้องการทางเพศ และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เมื่อรับเงินเดือนก็จะมีการดื่มเหล้าแล้วชวนกันไปหาหญิงบริการ

บุญทิน จิตรสระบาย (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดลำพูน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด คือกับคู่สมรส แฟน หรือเพื่อนสนิท โดยมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งต่ำ และมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยน้อยลงเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนหนึ่งมีความคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยก็ได้

บังอร ศิริโรจน์ (2537) ได้ทำการศึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของชายที่ติดเชื้อเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอดส์หลังจากได้รับแจ้งผลการติดเชื้อ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อ หรือแพร่เชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับหรือแพร่เชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อ คือการเผชิญปัญหาและการปรับตัวเป็นไปตามองค์ประกอบส่วนบุคคลและภาวะแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงแบบแผนพฤติกรรม วิธีชีวิตเป็นเรื่องยาก เป็นเรื่องเฉพาะกลุ่มที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงยิ่งกว่าวิธีชีวิตในชุมชนทั่วไป ความเคยชินและความคุ้นเคยจากแบบแผนพฤติกรรมสิ่งเร้า สิ่งกระตุ้น เพื่อสนองความต้องการความพึงพอใจตามธรรมชาติ อิทธิพลและแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน การลดพฤติกรรมเสี่ยงในระยะเวลายาวทำให้เกิดความทุกข์ และความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจในชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยมในสังคมที่ให้สิทธิแก่ผู้ชายแสดงออกในเรื่องเพศได้ค่อนข้างเสรี การเที่ยวหญิงขายบริการทางเพศเป็นเรื่องของลูกผู้ชายไม่ใช่เรื่องเสียหาย ชุดของพฤติกรรมที่เกิดร่วมกัน คือการคบเพื่อน เที่ยวเตร่ ดื่มเหล้า และชวนกันไปเที่ยวหญิงขายบริการ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ความสัมพันธ์ บทบาทและอำนาจในครอบครัว ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางครอบครัวจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถาวร การได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสาร

พิพัฒน์ ยิ่งเสรีและพิมพ์ผกา นิศาวัฒนานนท์ (2535) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่นชนบทจังหวัดลำปาง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี แต่การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์นั้น พบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาวัยรุ่นร้อยละ 53.28 ยังคงเที่ยวหาบริการ และมีเพียงร้อยละ 46.38 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ทั้งที่มีความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ดี และมีความเชื่อว่าถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัยจะมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย แต่ก็ไม่ได้ปฏิบัติตามที่ทราบ และมีความเชื่อนั่น อีกทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงหรือคู่อีกก็พบว่ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

โยธิน แสงวดี และพิมพ์พรณ อิศรภักดี (2534) ได้ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงของ พนักงานขับรถสลิปต่อการรับและแพร่เชื้อโรคเอดส์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของพนักงานขับรถสลิปในส่วนของการบริการทางเพศ จะไม่นิยมมี ขาประจำ ต้องการเปลี่ยนคู่นอนเสมอ เพราะส่วนใหญ่ตอบว่าต้องการเปลี่ยนรสชาติไปเรื่อย ๆ ไม่ ต้องการจำเจอ ส่วนน้อยที่มีขาประจำ ทั้งนี้เพราะความรักซึ่งกันและกัน การเที่ยวหาบริการทางเพศ พนักงานขับรถสลิปส่วนใหญ่กล่าวว่า เป็นเรื่องธรรมดา และเป็นของกลุ่มกัน และพนักงานขับรถสลิปส่วนใหญ่จะไม่ขอใช้และสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยให้เหตุผลว่ามีความรู้สึก ไม่เป็นธรรมชาติ ทำให้อารมณ์ทางเพศลดลง ถ้าจะให้ใส่ถุงยางอนามัยร่วมเพศให้สำเร็จความใคร่ ด้วยตนเองดีกว่า พนักงานขับรถสลิปเชื่อว่า การติดเชื้อโรคเอดส์จะมีแพร่หลายในกลุ่มหาบริการทางโทรศัพท์ หรือบริการทางเพศที่ราคาแพงและมีเพศสัมพันธ์กับชาวต่างประเทศ โรคเอดส์จะไม่ติดต่อในกลุ่มโสเภณีราคาถูก เพราะพวกนี้ไม่มีโอกาสร่วมเพศกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ และเชื่อว่าโสเภณีในกลุ่มนี้จะมีการตรวจร่างกายทุกอาทิตย์ไม่ว่าจะป่วยเป็นกามโรค หรือไม่ก็ตาม นอกจากนี้ยังเชื่อว่าโสเภณีราคาถูกไม่มีโอกาสเป็นเอดส์ เพราะมีใบตรวจสุขภาพรับรองจากสถาน บริการสาธารณสุขของรัฐ

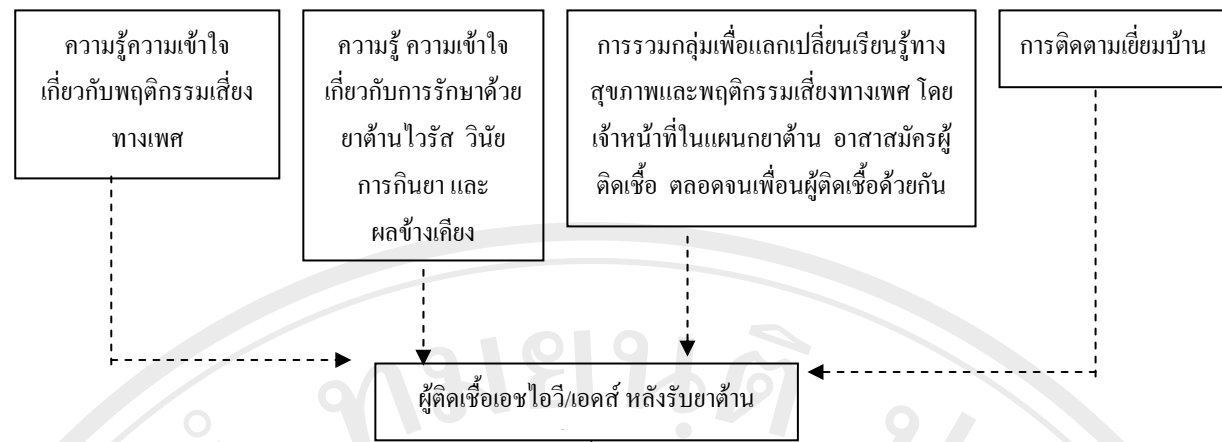
วันเพ็ญ ริมวิทยากร (อ้างใน มนต์อมร, 2534) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2533 พบว่า ทหารเกณฑ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้ เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และ 2 ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีมากกว่าก่อน และพบว่าการปฏิบัติตัวในการ

ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ และรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ทำให้เห็นว่า เจื่อนใจหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งมาจากความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยม ส่วนบุคคล รวมไปถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หรือยังคงมีความเสี่ยงอยู่ต่อไป

จากข้อมูลดังกล่าว สามารถนำมาสู่การสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ว่า ความสัมพันธ์ทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังรับยาต้านไวรัส ในสถานภาพต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ซึ่งสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากเจ้าหน้าที่ในแผนกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงได้รับการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทำงานภายในศูนย์คัดกรองตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งในแบบแผนความสัมพันธ์และพฤติกรรมทางเพศจะเป็นไปในทางที่ดีหรือไม่ นั้น ย่อมมาจากความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ความเชื่อและเหตุผลทางสุขภาพส่วนบุคคล รวมไปถึง เวลา สถานที่ และสถานภาพความสัมพันธ์ ซึ่งเจื่อนใจหรือปัจจัยดังกล่าวย่อมส่งผลต่อระดับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังรับยาต้านไวรัสแล้ว ดังกรอบความคิดการวิจัยต่อไปนี้

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย



แบบแผนความสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	เงื่อนไขที่มีอิทธิพล
- การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ต่อคู่อุปการ - พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์หลังรับยาต้านไวรัส - พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ - การบังคับ ข่มขู่ และการต่อรองทางเพศ	- ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และค่านิยมของปัจเจกบุคคล - ความเชื่อ และเหตุผลทางสุขภาพส่วนบุคคล