

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่มีความรุนแรงในทุกอาชีพและทุกกลุ่มอายุ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเด็กรายแรกในปี พ.ศ. 2531 พบว่าการรายงานโรคเอดส์ในเด็กเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับและพบรายงานสูงที่สุดในปี 2540 หลังจากนั้นแนวโน้มเริ่มมีการชะลอตัวและลดลง (ซิษณุ พันธุ์เจริญ และคณะ, 2545) ร้อยละ 57.3 ของผู้ป่วยเริ่มป่วยเมื่ออายุน้อยกว่า 2 ปี โดยมีแนวโน้มของอายุเมื่อเริ่มป่วยครั้งแรกสูงขึ้น จึงส่งผลให้เด็กเสียชีวิตเมื่ออายุมากขึ้นด้วย (เกรียงไกร ยอดเรือน, 2544) จากรายงานการประชุมนานาชาติว่าด้วยเอดส์ ครั้งที่ 15 ของ unicef พบว่าแนวโน้มว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มวัยรุ่นสูงขึ้น ณ ปลายปี 2546 มีผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 37.8 ล้านคน หนึ่งในสามของจำนวนนี้เป็นบุคคลอายุต่ำกว่า 25 ปี ณ ตอนนี้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นทุกวัน วันละ 5000-6000 ราย ครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้เป็นวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในทวีปเอเชียแปซิฟิก มีผู้ติดเชื้อที่เป็นวัยรุ่น 810,000 ราย และการติดเชื้อสูงสุดในกลุ่มวัยรุ่นแรงงาน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มวัยรุ่นเจริญพันธุ์ ซึ่งการระบาดของโรคเอดส์ส่วนใหญ่เกิดจากเพศสัมพันธ์ จึงทำให้เพศหญิงมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นและมีโอกาสแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารก ถึงแม้ว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์จะลดลงจากร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2538 เป็น ร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2543 (ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, 2544) ก็ยังพบเด็กที่ติดเชื้อทั้งในพื้นที่ชนบทอย่างจังหวัดมุกดาหารจากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดมุกดาหารถึง ร้อยละ 7.5 มีจำนวนเด็กอายุ 0-14 ปี ติดเชื้อเอดส์ 103 ราย (งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร, 2548) และพบเด็กติดเชื้อที่อยู่ในพื้นที่ที่เป็นเมืองอย่างกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 4.29 มีเด็กที่ติดเชื้อเอดส์อายุ 0-14 ปี 1,264 คน (กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร, 2548)

การดำเนินของโรคเอดส์ในเด็ก ตั้งแต่ติดเชื้อจนกระทั่งเกิดอาการรุนแรง สามารถแบ่งอาการทางคลินิกได้หลายระดับ จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่า เด็กที่ติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่กำเนิด แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เกิดอาการของโรคเอดส์เร็วและเสียชีวิตภายใน 1-2 ปี ซึ่งมีน้อยกว่าเด็กที่เกิดอาการของโรคเอดส์ช้ากว่า โดยเฉลี่ยมีอายุ 9-10 ปี อาการทางคลินิกของโรคเอดส์ในเด็กที่พบบ่อยคือเด็กไม่เจริญเติบโต มีความผิดปกติทางพัฒนาการ ปอดอักเสบ มีเชื้อราในปาก ปอดบวม (ทิม บราวน์ และ วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์, 2539) ในภายหลังมีการรักษาโดยการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีและยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มสุขภาพดีขึ้นและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งบางรายอาจจะแสดงอาการของโรคเอดส์ครั้งแรก เมื่ออายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ซิษณุ พันธุ์เจริญ และอุษา ทิสยากร,

2545) ด้วยเหตุที่เชื้อเอชไอวี สามารถอยู่ในร่างกายเป็นระยะเวลานานและการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการและให้ยาควบคุมการเจริญเติบโตของเชื้อเอชไอวี เด็กติดเชืวจึงต้องรับประทานยาตลอดชีวิต

ได้มีผู้ศึกษาถึงจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายท่าน พบว่า ปัญหาทางจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย ความหวั่นไหวและไม่มั่นใจเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยที่สุด ส่วนหนึ่งมาจากความกลัวว่าจะถูกรังเกียจจากครอบครัวและสังคม เกิดความรู้สึกสูญเสีย เช่น สูญเสียภาพลักษณ์ที่เคยงดงามน่าดู เสียโอกาสในเรื่องเพศ ความหวังในชีวิต บทบาททางสังคม และสถานภาพทางเศรษฐกิจ เกิดความรู้สึกกลัวต่อความตาย โดยเฉพาะการตายการตายด้วยโรคเอดส์จะต้องโดดเดี่ยวและทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ อาจพบความรู้สึกโกรธตนเองและผู้อื่นที่นำเชื้อเอชไอวีมาสู่ตน ความภาคภูมิใจและนับถือตนเองจะลดลง และสุดท้ายคือความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะวิกฤตที่ยังไม่สามารถรับสภาพการติดเชื่อได้ ผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายได้สำเร็จโดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (กิตติพัฒน์ นนทปัทมะตุล และคณะ, 2533; Dilley, Herbert, Ochitill, Perl & Volberding, 1985b Wolcott, 1986, Slowinski, 1989) สุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอดส์เมื่อรับทราบผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อจะประเมินสถานการณ์ในลักษณะของความเครียดที่เป็นอันตราย ทำให้เกิดการสูญเสีย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) และเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์ เป็นโรคที่ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ จะมีอาการรุนแรงน่ากลัวและเรื้อรัง สามารถติดต่อสู่บุคคลอื่นได้ จึงมักเป็นที่รังเกียจของสังคมทั่วไป ในระยะนี้หลังทราบผลการตรวจเลือดแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้วิธีเผชิญภาวะความเครียดในลักษณะของการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping behavior) เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ร้องไห้ โวยวาย ปฏิเสธผลการตรวจเลือด รู้สึกสับสน กลัว และวิตกกังวล ต่อความไม่แน่นอนของการพยากรณ์โรค และวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายกลัวถูกรังเกียจแบ่งแยกจากคนรอบข้าง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2536) โกรธตัวเองหรือผู้อื่นที่ทำให้ตนติดเชื้อมา จากการศึกษาของไพรินทร์ กันทะ, 2543) ได้ศึกษาภาวะของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อพยายามที่จะไม่ให้บุคคลอื่นๆ ในสังคมรู้ว่าตนเป็นผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี คอยปกปิดความลับ ปิดตัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุริสา ล่ำมช้าง รัตนาวดี ขอนตะวัน และอันชนา โตติลากุล, 2546 ได้ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการเล่านิทานประกอบภาพการ์ตูน พบว่าผู้ปกครองของเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.0 (จำนวน 19 ราย) ไม่ได้เปิดเผยให้เด็กทราบว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกรังเกียจ จากเพื่อนบ้าน โรงเรียน และกลัวเด็กทุกข์ใจ เศร้าใจ เมื่อสัมภาษณ์ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เด็กรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเป็น 2 ลักษณะ คือรับรู้ตนเองมีเชื้อโรคในร่างกาย มีสุขภาพไม่แข็งแรงแต่ไม่เป็นโรคเอดส์และเด็กรับรู้ตนมีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีเชื้อโรคในร่างกาย ซึ่งเด็กส่วนใหญ่ในจังหวัดมุกดาหารได้รับยาต้านไวรัส เนื่องจากมีภูมิคุ้มกัน CD4 น้อย

กว่า ร้อยละ 15 ปัจจุบันมีเด็กที่รับยาในโรงพยาบาลมุกดาหาร 49 คน เด็กในพื้นที่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71 ยังไม่รับรู้ความจริงเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง และผู้ปกครองยังลังเลที่จะเปิดเผยความจริงกับเด็ก

เนื่องจากที่ผ่านมาได้มีการวิจัยด้านจิตวิทยาสังคมแต่การวิจัยที่มีส่วนในการศึกษาเรื่องของจิตวิทยา ความซึมเศร้า หรือจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มเด็กมีน้อย จากประสบการณ์การทำงานของวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่รับรู้เรื่องโรคเอดส์มีภาวะความกังวล กลัว เหวง ห่อ แอบร้องไห้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของเด็กด้วย และที่ผ่านมายังไม่มีงานวิจัยใดที่สามารถบอกถึงความชัดเจนของผลที่เกิดขึ้นกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ทราบหรือรับรู้เรื่องการติดเชื้อของตนเอง เนื่องจากเด็กมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะที่สามารถพิจารณาได้อย่างมีเหตุผล ประกอบกับผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่ติดเชื้อมีคำถามในการปฏิบัติตัวต่อเด็กที่ติดเชื้อในเรื่องการปกปิด หรือเปิดเผยกับเด็กอย่างไรถึงจะเป็นประโยชน์สูงสุด

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัยและเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย

2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัย และเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย

3. วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.1 เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า/ความกังวลในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อและเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย

3.2 เพื่ออธิบายการบริโภคอาหารในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อและเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย

3.3 เพื่ออธิบายการพักผ่อนในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัยและเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย

3.4 เพื่ออธิบายการออกกำลังกายในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อและเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย

3.5 เพื่ออธิบายการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อและเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย

4. คำถามการวิจัย

เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัย และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัยมีพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไร

5. สมมติฐาน

- 5.1 เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัยมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย
- 5.2 เด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่รู้ผลการวินิจฉัยมีการบริโภคอาหารแตกต่างจากเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย
- 5.3 เด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่รู้ผลการวินิจฉัยมีการพักผ่อนมากกว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย
- 5.4 เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัยมีการออกกำลังกายมากกว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย
- 5.5 เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลการวินิจฉัยมีการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัย

6. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส อายุ 7-14 ปี ที่อยู่ในการดูแลขององค์การสยาม-แคร์ ในปี 2548 ทั้งเด็กที่รู้ผลการวินิจฉัย และเด็กที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัยในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

7. คำสำคัญของเรื่องที่ทำกรวิจัย

เด็กรับรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบผลการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพซึ่งในงานวิจัยได้พิจารณาปัจจัยที่บ่งชี้ในพฤติกรรมสุขภาพ คือความเครียด การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การพักผ่อน การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร

ความซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ทำให้รู้สึกเศร้า เสียใจมากและหมดหวัง การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง โกรธง่าย ความจำไม่ดี มรการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย การกินและการนอนหลับลดลง ความสนใจสังคมลดลง

การพักผ่อน หมายถึง การที่ร่างกายได้ผ่อนคลายซึ่งการพักผ่อนที่ดีที่สุดคือ การนอนหลับ

การดูแลสุขภาพเมื่อป่วย หมายถึง การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในการดูแลและรักษาอาการเจ็บป่วยให้หายเริ่มด้วยการสังเกตอาการ และเลือกวิธีการที่จะดูแลรักษาขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และค่านิยมในการดูแลสุขภาพ

การออกกำลังกาย หมายถึง การที่ร่างกายได้ใช้พลังงานกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกิดการเคลื่อนไหว และส่งผลให้อวัยวะที่อยู่ในการควบคุมของกล้ามเนื้อมัดนั้นๆ มีการเคลื่อนไหวตามไปด้วย ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่กระทำจนเป็นนิสัยในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ประเภทและจำนวนการบริโภคอาหาร

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการช่วยเหลือและดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอนาคต

8.2 ใช้เป็นข้อมูลประกอบการให้คำปรึกษากับผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับผลกระทบในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสม