

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (Acquired Immuno Deficiency Syndrome [AIDS]) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus [HIV]) เชื้อจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่งผลให้ติดเชื้อโรคง่ายโอกาสแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ปัจจุบันโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ปี ค.ศ. 2009 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั่วโลกประมาณ 33.3 ล้านคน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.6 ล้านคน เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี ร้อยละ 41 จากร้อยละ 40 ในปีที่ผ่านมา และผู้ติดเชื้อเสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1.8 ล้านคน ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากเป็นอันดับที่ 17 ของโลก และอันดับที่ 2 ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (World Health Organization [WHO] & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2010a) ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งสิ้น 373,874 ราย เสียชีวิตจำนวน 98,153 ราย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 24.9 รองลงมาอายุระหว่าง 25-29 ปี ร้อยละ 21.7 และอายุระหว่าง 15-24 ปี ร้อยละ 8.5 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ ในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 69,364 ราย จังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากเป็นอันดับที่ 5 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4,770 ราย (สำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) มีผู้ติดเชื้ออายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 163 ราย พบที่อำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอเสลภูมิและอำเภอเมืองร้อยเอ็ดร้อยละ 20.2, 17.8 และ 16.6 ตามลำดับ (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของเชื้อเอชไอวี, 2554) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในทุกกลุ่มอายุรวมถึงกลุ่มเยาวชน

การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวนมาก และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์หลายล้านคน จึงมีการพัฒนาการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีชีวิตยืนยาวขึ้น ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ได้มากกว่าในอดีตที่ผ่านมา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550;

WHO, 2009a) เนื่องจากขาดไวรัสสามารถลดปริมาณไวรัสในร่างกาย ทำให้การดำเนินเข้าสู่ระยะของโรคเอดส์ช้าลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) และทำให้ผู้ติดเชื้อมีภูมิคุ้มกันร่างกายเพิ่มขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; ก่อพงษ์ ทศพรพงศ์, 2551; วรรณทิพย์ ตั้งสถิตพร, 2552; Dietz et al., 2010; Harries et al., 2010; WHO, 2010) ซึ่งการเพิ่มภูมิคุ้มกันแก่ร่างกายจะช่วยป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (นุธิรา บุญนะ, 2549) ลดอัตราป่วยและอัตราตาย (Abaasa et al., 2008) ส่งผลให้มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วันเพ็ญ วนาภรณ์, เขมารัตน์ มาสิงบุญ, และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2553) ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องมีความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด

ความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัสหมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องรับประทานยาต้านไวรัสให้ถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 95 ของจำนวนยาที่รับประทานในช่วงเวลานั้น จึงจะทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549; WHO, 2003) หากขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสจะก่อให้เกิดผลเสียได้แก่ การเพิ่มของปริมาณไวรัสเอชไอวีในร่างกาย เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการดื้อยา ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว ต้องเปลี่ยนสูตรยาที่มีราคาแพงมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549; โอภาส การย์กวินพงศ์, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, และ ศัญชัย ชาสสมบัติ, 2551; WHO, 2003) ซึ่งประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1,363 บาทต่อรายต่อปี และเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจะสูญเสียค่าใช้จ่ายมากถึง 120,000 บาทต่อรายต่อปี (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งพบความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่าผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้ใหญ่ ดังการสำรวจข้อมูลในประเทศไทยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลุ่มผู้ใหญ่ในจังหวัดร้อยเอ็ดมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสถึงร้อยละ 81.8 (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) และในต่างประเทศมีวินัยร้อยละ 83.1 (Russell, Krantz, & Neville, 2004) ในขณะที่เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดร้อยเอ็ดมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพียงร้อยละ 41.4 (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) และในต่างประเทศเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 55-70 (Murphy et al., 2005; Rudy, Murphy, Harries, Muenz, & Ellen, 2009; Tanney, Naar-King, Murphy, Parsons, & Janisse, 2010) จะเห็นว่าเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มี

วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของไทย มีวินัยน้อยกว่าเยาวชนที่ติดเชื้อในต่างประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความ มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่อายุน้อยจะมีวินัยในการ รับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าผู้ที่อายุมาก (Salami, Fadeyi, Ogunmodede, & Desalu, 2010; Tanney et al., 2010)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังขาดวินัย ในการรับประทานยาต้านไวรัสเนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และด้าน การดูแลสุขภาพ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 2549) ปัจจัยด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีการศึกษาระดับสูงมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ (Giday & Shiferaw, 2010; Knowlton et al., 2010) ส่วนด้านเพศ ผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่เป็นไปใน ทิศทางเดียวกัน ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพศหญิงมีวินัยในการรับประทานยา ต้านไวรัสมากกว่าเพศชาย (Wouter, Van Damme, Van Loom, Van Rensburg, & Meulemans, 2009) บางการศึกษาพบเพศชายมีวินัยมากกว่าเพศหญิง (Russell et al., 2004; Salami et al., 2010) จึงไม่ สามารถสรุปได้ว่าเพศใดมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า ด้านความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสิ้นหวัง จะมีวินัยใน การรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าผู้ที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (Giday & Shiferaw, 2010) ด้าน การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองในระดับดีจะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า (ปวีณา ชื่นจิตร, 2548) และปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพพบว่า การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ทนอาการไม่ไหว อาจทอดทิ้งที่จะใช้ยาต่อ ส่งผลให้ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (วีณา พร้อมประเสริฐ, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละครั้งมีจำนวนมาก และจำนวนมียาที่รับประทานในแต่ละวันมากเกินไปทำให้ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ (Ma, Chen, Chau, & Saberi, 2010) จะเห็นว่านอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ลักษณะเฉพาะของ กลุ่มเยาวชนมีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเช่นเดียวกัน เนื่องจากเยาวชนที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์อยู่ในช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Arnett, 2001) เป็นวัยที่ต้องการได้รับการยอมรับจากสังคมและกลุ่มเพื่อน (Rice, 1996, อ้างใน สุภาภรณ์ ปัญหาราช, 2547) ไม่กล้าเปิดเผยตัวเองว่าติดเชื้อ ทำให้ไม่กล้ารับประทานยาต้านไวรัสเพราะกลัว เป็นที่สังเกตและสงสัย และยังกลัวถูกเพื่อน แฟน และคนในครอบครัวรังเกียจ (ณัฐชา ช้อนคำ,

ประณีต ส่งวัฒนา, และ กิตติกร นิลมานัต, 2551; Holzemer et al., 2009) จึงส่งผลให้กลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่ากลุ่มอื่น

นอกจากปัญหาการขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางเพศที่มีความสมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่ แต่การพัฒนาทางอารมณ์ จิตใจ และสังคมยังไม่พัฒนาไปตามร่างกาย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และจิตใจได้ มีความแปรปรวนไปตามสิ่งแวดล้อมรอบตัว ขาดวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ จึงทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้งพฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด (พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิจิตร นฤสิทธิ์, และ วิโรจน์ อริย์กุล, 2547) ดังรายงานข้อมูลเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ และโรงพยาบาลเสลภูมิ สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 64.3 และ 62.5 ตามลำดับ (คลินิกเฉพาะโรคเชิงผสมผสาน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554; คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) นอกจากนี้เยาวชนยังมีพฤติกรรมให้ความสำคัญและคล้อยตามกลุ่มเพื่อน จึงทำให้เยาวชนที่คบเพื่อนประเภทใดมักมีพฤติกรรมแบบเดียวกันเพื่อต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่ม (Arnett, 2001) ดังการศึกษาที่พบว่า กลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ (Elkington, Bauermeister, Brackis-Cott, Dolezal, & Mellins, 2009) จึงทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการฉ้อโกง ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่ประสบความสำเร็จ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข [TUC], 2551; นุสรา คำปาเชื้อ, 2552) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; WHO, 2009b)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของไทยสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 20-30 (WHO & UNAIDS, 2010b) และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดร้อยเอ็ดสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 61.6 และร้อยละ 23.2 มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) ในสหรัฐอเมริกามีการสำรวจข้อมูลพบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 352 ราย มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยร้อยละ 42 (Tanney et al., 2010) และ

เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 206 ราย ในนิวยอร์ก มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ร้อยละ 8.4 (Elkington et al., 2009) เช่นเดียวกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2010 พบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยมากกว่าผู้ติดเชื้อในกลุ่มอื่น (WHO & UNAIDS, 2010b) และการไม่เปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอนถือเป็นความเสี่ยงที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้เช่นเดียวกัน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) จากการสำรวจพบเยาวชนที่ติดเชื้อมีการเปิดเผยผลเลือดบางส่วน ใน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และโรงพยาบาลเสกภูมิเปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอนร้อยละ 60.7 และ 66.7 ตามลำดับ (คลินิกเฉพาะโรคเชิงผสมผสาน โรงพยาบาลเสกภูมิ ภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554; คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) และในเคปทาวน์ แอฟริกาใต้ เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอนร้อยละ 67.6 และร้อยละ 73.5 มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีผลเลือดลบหรือไม่ทราบผลเลือด (Eisele et al., 2009) ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทำให้เกิดการแพร่เชื้อเอชไอวีและรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ดังรายงานจาก สำนักโรคเอดส์ วัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ของการติดเชื้อเอชไอวีมาจากการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 84

นอกจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังมีพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด ดังรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO & UNAIDS, 2010b) พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของไทยใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นร้อยละ 38.7 และรายงานเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และโรงพยาบาลเสกภูมิ ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นคิดเป็นร้อยละ 6.1 และ 10.3 ตามลำดับ และใช้เข็มฉีดยาร่วมกันร้อยละ 50 และ 33.3 ตามลำดับ (คลินิกเฉพาะโรคเชิงผสมผสาน โรงพยาบาลเสกภูมิ ภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554; คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) ซึ่งการกระทำดังกล่าวก่อให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีได้อย่างรวดเร็ว (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; WHO, 2009a) และมีการสำรวจพบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.7 (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) ซึ่งจะทำให้ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ไม่ดื่ม และแอลกอฮอล์ยังทำให้ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสลดลง (Azar, Springer, Meyer, & Altice, 2010; Holstad, Pace, De, & Ura, 2006) ในสหรัฐอเมริกาพบเยาวชนหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เสกัญชาร้อยละ 37 และร้อยละ 47 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Dietz et al., 2010) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย (Eisele et al., 2008; Hendershot, Magnan, & Bryan, 2010) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า

เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจะทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อและรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้ และอาจส่งผลให้ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ นอกจากนี้การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต การดูแลรักษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีแนวคิดและกระบวนการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยอมรับการเจ็บป่วย มีความรู้เพื่อนำสู่การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดต่างๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เช่น การใช้แนวคิดการสอนอย่างมีแบบแผนร่วมกับการนำกลุ่มระดับประคับประคองมาช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาล 3 แห่ง ของภาคใต้ ใช้ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 เดือน มีการประเมินผลเมื่อครบ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนร่วมกับการเข้ากลุ่มระดับประคับประคองมีพฤติกรรมความร่วมมือดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผล CD4 ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาใช้ระยะเวลาสั้นจึงทำให้ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมความร่วมมือที่ต่อเนื่องได้ (พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล, 2546) และการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยใช้ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 เดือน พบว่า การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ติดเชื้อมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 76.7 การศึกษาดังกล่าวใช้ระยะเวลาสั้นในการจัดกิจกรรม อาจทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการกระตุ้นส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในระยะเวลาต่อมาได้ (อรทัย จินดาไตรรัตน์, 2549) จะเห็นได้ว่าการศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดที่ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสั้นเกินไป ทำให้ไม่สามารถคงการปฏิบัติที่ต่อเนื่องได้ ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่กลัวสังคมรังเกียจ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Anderson et al., 2009) ดังนั้นจึงมีความจำเป็น ต้องมีแนวทางที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสามารถในการคิด มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้พลังอำนาจในตนเอง สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1993) จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีการศึกษาที่ได้นำ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุระหว่าง 18-59 ปี เพื่อให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและวัดซ้ำเป็นระยะ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น แต่เป็นการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกวัยและศึกษากลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบทำให้ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าผลที่เกิดขึ้นเกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ (จุฬา ช่วยเมือง, 2550) และในลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 50 ราย อายุระหว่าง 23-48 ปี พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้หญิงที่ติดเชื้อมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (Marellich & Murphy, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น แต่การนำมาใช้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้น มีการนำมาใช้รวมทุกกลุ่มอายุและกลุ่มผู้ใหญ่ ยังไม่พบมีการใช้เฉพาะในกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังที่กล่าวมาข้างต้น

การทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาที่นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) ไปใช้ในกลุ่มเยาวชนเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้มีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันสารเสพติด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดสารเสพติดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ และหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บุญเตือน เหลืองเลิศขจร, 2547) และการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนการรับรู้ความสามารถต่อการออกกำลังกาย และคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สุภาภรณ์ วรอรุณ, และ ทิพา มหาพรหม, 2549) จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในกลุ่มเยาวชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในเยาวชนทั่วไป แต่ยังไม่พบการนำมาใช้ในกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) มาใช้ในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้พลังอำนาจในตนเอง สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ โดยใช้กลวิธีการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะ

ปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก การใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้แนวทาง รวมทั้งให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็น บุคคลและการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในกรณียังไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผ่านกระบวนการดังกล่าวจะทำให้รับรู้พลังอำนาจและ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อตนเอง ส่งผลให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส มากขึ้นและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม โดย การมี เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย งดใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น รวมทั้งงดดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติดได้

วัตถุประสงค์การทำวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. เพื่อเปรียบเทียบความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หลัง ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมากกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมากกว่าเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่ได้รับการเสริมสร้าง พลังอำนาจ

4. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

นิยามศัพท์

การเสริมสร้างพลังอำนาจในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง การส่งเสริมให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยอมรับการติดเชื้อเอชไอวี การป่วยเป็นโรคเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ให้มีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุและปัญหาของการปฏิบัติของตนเอง ทำให้มีความรู้เพื่อนำไปพิจารณาวางแผนทางในการแก้ไขปัญหา ทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และเกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติเพื่อให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้ รวมทั้งสามารถประเมินการปฏิบัติโดยทบทวนเมื่อพบการปฏิบัติที่ยังไม่บรรลุผลสำเร็จ และปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติใหม่ให้เหมาะสมกับตนเองโดยการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่มีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง การที่เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสได้ครบถ้วนอย่างน้อยร้อยละ 95 ประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยา (pill counts) โดยเภสัชกร

ยาต้านไวรัส หมายถึง ยาที่เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานเพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด ในการวิจัยนี้ยาต้านไวรัสที่เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานได้แก่ สูตรพื้นฐานคือ GPO-VIR ได้แก่ Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC) และ Nevirapine (NVP) หรือ Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC) และ Nevirapine (NVP)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม หมายถึง การกระทำของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่นและรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้แก่ 1) การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย 2) การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น และ 3) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม

เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจเลือดแล้วมีเชื้อเอชไอวี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี หรือป่วยเป็นโรคเอดส์ ซึ่งมีอายุระหว่าง 15-24 ปี



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved