

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 พยาธิสรีรวิทยาของการติดเชื้อ
 - 1.3 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 1.4 การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส
2. ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส
 - 2.3 การประเมินความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส
3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม
 - 3.1 การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย
 - 3.2 การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
 - 3.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด
 - 3.4 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจ
 - 4.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.5 ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.6 การนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ความหมาย

การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การได้รับเชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งเป็นเรโทรไวรัส (retrovirus) ชนิดที่มี RNA เข้าสู่ร่างกายและเพิ่มจำนวนในเซลล์ร่างกายของมนุษย์ และเมื่อตรวจจะพบแอนติบอดี (antibody) ต่อเชื้อเอชไอวี หรือพบส่วนประกอบของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (WHO, 2007)

โรคเอดส์ (AIDS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวี เข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้นเช่น วัณโรคปอดหรือวัณโรคต่อมน้ำเหลือง เชื้อหูดสมองอักเสบจากเชื้อรา และโรคผิวหนังบางชนิดหรือมะเร็งผิวหนังบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งมักเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

พยาธิสรีรวิทยาของการติดเชื้อ

เชื้อเอชไอวีที่เข้าในร่างกายของมนุษย์เป็นเรโทรไวรัสชนิดที่มี RNA เป็นสารพันธุกรรม และสารย่อยสลายทรานสคริปเทส (transcriptase) ซึ่งจะเปลี่ยน RNA เป็น DNA ภายในเซลล์ของมนุษย์ เมื่อ RNA ถูกคัดลอก (transcribe) ไปเป็น DNA โดยผ่านกระบวนการจำลองแบบ (replication) กลายเป็นเชื้อไวรัส ซึ่งสามารถทำให้เกิดความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) เมื่อภูมิคุ้มกันบกพร่องจะแสดงอาการของโรคที่เรียกว่า HIV disease หรือ AIDS บางรายแสดงอาการในเวลา 2-3 ปี หลังได้รับเชื้อจัดเป็นผู้ที่โรคดำเนินเร็ว (rapid progressor) ส่วนใหญ่ถ้าไม่ได้รับยาต้านไวรัสจะปรากฏอาการในเวลา 8-12 ปี บางรายติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการนานถึง 20 ปี เรียกว่า ผู้ที่ดำเนินโรคช้า (Long Term Non-Progressor: LTNP) (สมชาย แสงกิจพร, 2550) ลักษณะทางคลินิกของผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคเอดส์ (WHO, 2007) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ไม่มีอาการและอาการแสดง พบต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป

ระยะที่ 2 น้ำหนักลด (น้อยกว่า 10% ของน้ำหนักตัว) เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นๆ หายๆ เป็นงูสวัด (Herpes zoster) มีแผลในปาก พบขึ้นไขมันใต้ผิวหนังอักเสบ และเกิดเชื้อราที่เล็บ

ระยะที่ 3 น้ำหนักลด (มากกว่า 10% ของน้ำหนักตัว) ท้องเสียเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน มีไข้เป็นพักๆ หรือมีไข้ตลอดเวลาเกินกว่า 1 เดือน มีเชื้อราในปาก วันโรคปอด ติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรง ได้แก่ ปอดอักเสบ ฝีในปอด เชื้อหุ้มสมองอักเสบ กระดูกหรือข้อต่ออักเสบ ติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด อังเชิงกรานอักเสบรุนแรง กระเพาะลำไส้อักเสบ เหงือกอักเสบ ภาวะเลือดจาง (anemia) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) และหรือ ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia)

ระยะที่ 4 กลุ่มอาการเอชไอวี พบปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Pneumocystis jiroveci* และเกิดริมฝีปากเรื้อรัง พบเชื้อที่หลอดคอ หลอดลม และปอด วันโรคปอด โรคมะเร็งผิวหนัง (kaposi sarcoma) ติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง อาการแสดงของเอชไอวีที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบประสาทและหัวใจ

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์จะพิจารณาทั้งลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ระบุว่ามีอาการติดเชื้อจะต้องมีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก และยืนยันผลการตรวจ 2 ครั้ง และหรือ ได้รับการตรวจไวรัสและส่วนประกอบของเชื้อเอชไอวี (p24) ยืนยันผลการตรวจ 2 ครั้ง ส่วนการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ต้องเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการแสดงทางคลินิกเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือ ระยะที่ 4 และหรือ ผล CD4 น้อยกว่า 350 cell/mm^3 (WHO, 2007)

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เมื่อภูมิคุ้มกัน CD4 ถูกทำลายจนเหลือน้อยกว่า 200 cell/mm^3 ถือว่าเข้าสู่ระยะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งบางชนิดในอัตราที่สูง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจเกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็งบางชนิดได้ทั้งๆ ที่จำนวน CD4 มากกว่า 200 cell/mm^3 (เกียรติ รัชบุรุษธรรม, 2541) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) รายงานโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ วันโรคในปอดและนอกปอด (mycobacterium tuberculosis) พบร้อยละ 30.1 รองลงมาคือ โรคปอดติดเชื้อ *Pneumocystis carinii* ร้อยละ 19.7 Wasting Syndrome ร้อยละ 19.3 โรค Cryptococcosis ร้อยละ 13.5 และโรค Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม ร้อยละ 4.9 ในแคปปาโดเซีย ตุรกี ได้สำรวจข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างปี ค.ศ. 1992-2009 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร้อยละ 45.5 เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ เชื้อราในปาก (oral candidiasis) โรคปอดติดเชื้อ *Pneumocystis carinii* วันโรค และมะเร็งผิวหนัง (Alp, Bozkurt, & Doganay, 2011)

การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะจะช่วยลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในร่างกายและช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; ก่อพงษ์ ทศพรพงศ์, 2551; วรณทิพย์ ตั้งสถิตพร, 2552; Dietz et al., 2010; Harries et al., 2010; WHO, 2003) ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต้องรับประทานยาต้านไวรัสให้ถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่อง ถ้าหากไม่เคร่งครัดในการรับประทานยาอาจเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระหว่างที่รับประทานยาได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังการศึกษาของ นงลักษณ์ เกษม (2549) สำรวจข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในจังหวัดแพร่ จำนวน 186 ราย ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสร้อยละ 4.3 โรคติดเชื้อที่พบคือ วัณโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา เชื้อราที่ผิวหนัง เชื้อราในช่องปาก และงูสวัด และการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 92 ราย รับบริการที่โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปางพบว่า เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระหว่างรับประทานยาต้านไวรัสโดยพบโรคปอดติดเชื้อ *Pneumocystis jiroveci* มากที่สุดร้อยละ 22.8 และวัณโรคปอดร้อยละ 15.2 (ศุภกรณ์ ปัญธิษฐ์, 2552) ดังนั้นการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จึงต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานยาต้านไวรัส รวมทั้งต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์เหล่านั้น

การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส

ประเทศไทยสามารถให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัสได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 76 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา (WHO, 2010) ซึ่งยาต้านไวรัสจะทำให้ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น ทำให้ลดจำนวนผู้เสียชีวิตได้มากกว่าในอดีต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2009) ผู้ให้การดูแลสุขภาพต้องมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้ในปัจจุบันถึงกลไกการออกฤทธิ์ อาการไม่พึงประสงค์ของยา การพยาบาลผู้ที่ได้รับยา ขอบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัส และสูตรยาที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งการติดตามผลการรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กลุ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

ปัจจุบันยาต้านไวรัสเอชไอวีแบ่งเป็น 4 กลุ่ม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังต่อไปนี้

1.1 กลุ่ม nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) ได้แก่ Zidovudine (AZT), Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC), Didanosine (ddI), Abacavir (ABC) และ Tenofovir (TDF)

กลไกการออกฤทธิ์ ขากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยจับกับเซลล์แบบไม่ถาวรจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ การออกฤทธิ์ที่สำคัญคือ การยับยั้งเอนไซม์ HIV reverse transcriptase และหยุดยั้งการเรียงสายเบสของ DNA ส่งผลให้ได้ DNA virus ที่ไม่สมบูรณ์และไม่สามารถสร้างไวรัสตัวใหม่ได้ (เกียรติ รัชกรธรรม, 2546)

อาการไม่พึงประสงค์ มีผลต่อผิวหนัง และมีภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Introcaso, Hines, & Kovarik, 2010) คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไขมันในเลือดสูง (Hawkins, 2010) ตับอ่อนอักเสบ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010) การใช้ยา Zidovudine ทำให้เกิดภาวะเลือดจางได้ (Hawkins, 2010) ดังรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หญิงที่ได้รับยา Zidovudine ร่วมกับ Lamivudine และ Nevirapine เป็นระยะเวลา 1 ปี เกิดภาวะเลือดจางอย่างรุนแรง (Hassan, Babadoko, Mamman, & Ahmed, 2009) และรายงานผู้ใช้ Lamivudine ทำให้เกิดภาวะเลือดจางเช่นเดียวกัน (Melanie-Anne, Rhemtula, Menezes, & Grobusch, 2008) Stavudine และ Didanosine ทำให้เกิดเส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) Tenofovir มีพิษต่อไต และทำให้กระดูกเสื่อม (Hawkins, 2010) นอกจากนี้ต้องระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจเมื่อใช้ยา Stavudine Didanosine และ Abacavir (Hawkins, 2010) และอาการท้องเสียมักพบในผู้ใช้ยา Abacavir และ Tenofovir (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การพยาบาลผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ กรณีมีอาการตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ควรหยุดยาต้านไวรัส กรณีมีภาวะเลือดจางควรประเมินฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ถ้าน้อยกว่า 7.0 g/dl เปลี่ยนยาต้านไวรัสและให้เลือดแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และขากลุ่มนี้มักพบมีพิษต่อไตจึงควรประเมินการทำงานของไต หรือพบภาวะไขมันในเลือดสูง มีอาการเส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (peripheral neuropathy) พิจารณาเปลี่ยนยาต้านไวรัสตัวใหม่แทนเช่นเดียวกัน และไม่รับประทานร่วมกับยาอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์ ระวังระดับน้ำตาลจากอาการมีน้ำตาลสูง หลีกเลี่ยงการทำงานกับเครื่องจักร ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงควรพบแพทย์ทันที ไม่ควรหยุดยาเอง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010)

1.2 กลุ่ม non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ Nevirapine (NVP) และ Efavirenz (EFV)

กลไกการออกฤทธิ์ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัส มีผลยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase ขัดขวางไม่ให้ RNA จำลองตัวเป็น DNA แตกต่างจากยากลุ่ม NRTI ที่สามารถจับกับเซลล์ได้อย่างถาวร โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2546)

อาการไม่พึงประสงค์ เกิดผื่นคันหรือผื่นแพ้ยาได้ (Hawkins, 2010) ดังการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยา Nevirapine พบว่า มีอาการผื่นคันหลังรับประทานยา แต่พบในระดับเล็กน้อยและเป็นชั่วคราว และทำให้เกิดพิษต่อตับ ส่วน Efavirenz ทำให้เกิดไขมันในเลือดสูง ไขมันฟอสโฟลิพิด และเกิดอาการประสาทหลอนได้ (Hawkins, 2010)

การพยาบาลผู้มีอาการ ไม่พึงประสงค์ โดยสังเกตอาการผื่นที่เกิดขึ้นตามลำตัว แขนขา กรณีไม่มากให้หยุดยาไปก่อน 3-5 วัน กรณีผื่นรุนแรงควรพิจารณาให้หยุดยาด้านไวรัส และให้การรักษาแบบประคับประคอง และประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติเช่น LFT, CBC เพื่อประเมินอาการตับอักเสบ ซึ่งมักพบในผู้ที่ได้รับยากลุ่มนี้ ผู้ที่ได้รับยา Efavirenz มักพบภาวะไขมันในเลือดสูง ไขมันฟอสโฟลิพิด และประสาทหลอน ควรพิจารณาเปลี่ยนยาด้านไวรัสตัวใหม่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010)

1.3 กลุ่ม protease inhibitors (PIs) ได้แก่ Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Nelfinavir (NFV), Saquinavir soft gel capsule (SQV-sgc), Lopinavir/ritonavir (LPV/r) และ Atazanavir (ATV)

กลไกการออกฤทธิ์ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ Protease ทำให้เชื้อเอชไอวีไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆ เป็นไวรัสที่สมบูรณ์และออกจากเซลล์ได้ ทำให้ไม่สามารถก่อโรคได้ (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2546)

อาการไม่พึงประสงค์ของยา พบภาวะไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ triglyceride และ cholesterol โดยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 70-80 (Calza, Manfredi, & Chiodo, 2003) และมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Calza et al., 2003; Introcaso et al., 2010) ดังการศึกษาเปรียบเทียบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มที่ได้รับ Indinavir/Ritonavir จำนวน 52 ราย กับกลุ่มที่ได้รับ Lopinavir/Ritonavir จำนวน 55 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับ Indinavir/Ritonavir ตรวจพบระดับไวรัสในกระแสเลือดลดลงได้มากกว่า แต่มีผลข้างเคียงคือไขมันในเลือดสูงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ Lopinavir/Ritonavir อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Bongiovanni et al., 2004) และทำให้เกิดพิษต่อตับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังการศึกษาตามข้อมูลย้อนหลังผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับยา Nelfinavir และ Indinavir จำนวน 4,268 ราย ในโรงพยาบาลซานมาติโอ อิตาลี พบเกิดพิษต่อตับ โดยตรวจพบเอ็นไซม์ตับเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 2.9 ในผู้ที่ได้รับ Nelfinavir

และร้อยละ 3.1 ในผู้ที่ได้รับ Indinavir (Bruno, Sacchi, Maiocchi, Zocchetti, & Filici, 2005) และทำให้เกิดอาการตัวเหลืองในผู้ที่ใช้ Saquinavir และ Atazanavir (Hawkins, 2010) ดังมีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ชายเกิดภาวะบิริลูบินคั่งหลังได้รับยา Atazanavir (Uglietti, Novati, Gulminetti, & Maserati, 2009) นอกจากนี้ยากลุ่มดังกล่าวยังทำให้เกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำตาลในเลือดสูง อาจทำให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกไม่หยุด (hemophilia) เลือดออกได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การพยาบาลผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ โดยประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ LFT, triglyceride เนื่องจากยากลุ่มนี้ทำให้เกิดพิษต่อตับ และภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง เมื่อมีอาการดังกล่าวควรพิจารณาเปลี่ยนยาต้านไวรัสตัวใหม่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010)

1.4 กลุ่ม fusion inhibitors ได้แก่ Enfuvirtide เป็นยาฉีดเพียงชนิดเดียว จะใช้เป็นตัวเลือกสุดท้าย กรณีมีการดื้อยาชนิดอื่น

กลไกการออกฤทธิ์ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการเกาะติดของไวรัสที่เยื่อหุ้มเซลล์ของ T lymphocyte ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของไวรัสที่จะผ่านกระบวนการจำลองแบบไปเป็นไวรัสตัวใหม่ (วิรัตน์ ทองรอด, 2551)

อาการไม่พึงประสงค์ของยา เกิดผลข้างเคียงจากปฏิกิริยาการฉีดยา จากข้อมูลการสำรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้ยากลุ่มนี้พบว่า ร้อยละ 49.7 มีอาการกดเจ็บเล็กน้อยหลังฉีด ร้อยละ 41.7 มีอาการปวดแต่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ และร้อยละ 8.7 มีอาการปวดหรือไม่สุขสบายมากจนต้องได้รับยาแก้ปวดหรือจำกัดกิจกรรม (Lalezari et al., 2003) รวมทั้งพบอาการปวดบวม และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงได้ (Hawkins, 2010)

การพยาบาลผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ โดยสังเกตปฏิกิริยาหลังฉีดยา กรณีมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ควรพบแพทย์ทันที (วิรัตน์ ทองรอด, 2551; WHO, 2010)

2. ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้พิจารณาจากอาการและระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เป็นสำคัญ ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) มีดังนี้

2.1 เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะเอดส์ ไม่ว่าระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 จะเท่าใดก็ตาม

2.2 เมื่อมีอาการเชื้อราในปาก คุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ (Pruritic Popular Eruptions[PPE]) ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ อูจากระวังเรื้อรังที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้เป็นเวลานานกว่า 14 วัน น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 3 เดือน เป็นต้น ควรให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ร่วมด้วย แต่ไม่ควรเริ่มพร้อมกับยาต้านไวรัสเอชไอวี

2.3 ไม่มีอาการ ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 น้อยกว่า 200 cell/mm³

2.4 ไม่มีอาการ ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 200-350 cell/mm³ ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี แต่ให้ติดตามอาการและตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ทุก 3 เดือน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 200-250 cell/mm³ อาจพิจารณาให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ประมาณ 2 เดือน หลังเริ่มยารักษาวัณโรคในบางราย เช่น ไม่สามารถตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ที่ 3 เดือน เป็นต้น

2.5 ไม่มีอาการ และระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 มากกว่า 350 cell/mm³ ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี แต่ให้ติดตามอาการและตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ทุก 6 เดือน

3. สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี นอกจากพิจารณาการใช้ยาตามอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 แล้ว ควรพิจารณาเริ่มการรักษาตามสูตรที่กำหนดเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในการรักษา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010) มีดังนี้

สูตรแรก (สูตรพื้นฐาน) ใช้ Stavudine, Lamivudine และ Nevirapine ร่วมกันหรือ Zidovudine, Lamivudine และ Nevirapine ยาสูตรเมื่รวมดังกล่าวมีประสิทธิภาพดี ราคาถูกและรับประทานเพียงครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง จึงแนะนำให้ใช้เป็นสูตรแรก ควรพิจารณาเปลี่ยนให้ผู้ป่วยรับประทานยาสูตรสองเมื่อผู้ป่วยแพ้ยา Nevirapine หรือเกิดตับอักเสบรุนแรงจากยา Nevirapine

สูตรสอง ใช้ Stavudine หรือ Zidovudine, Lamivudine และ Efavirenz ร่วมกัน โดยใช้ Efavirenz แทน Nevirapine ควรพิจารณาเปลี่ยนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาสูตรสามเมื่อมีผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจากยา Efavirenz หรือเป็นผู้ที่กำลังตั้งครรภ์ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด

สูตรสาม ใช้ Stavudine หรือ Zidovudine, Lamivudine และ Indinavir 400-800 มก./Ritronavir 100 มก. ร่วมกัน วันละ 2 ครั้ง แนะนำให้ใช้ Indinavir/Ritronavir เป็นตัวกระตุ้น Protease inhibitors เป็นสูตรแรก

4. การติดตามผลการรักษา

หลังจากเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำเป็นต้องมีการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินผลการรักษาและอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา โดยการวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด และการวัดระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งการวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดถือเป็นดัชนีบ่งบอกประสิทธิภาพในการรักษาได้แม่นยำกว่าการวัดระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 หลังจากเริ่มให้การรักษา ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต้องลดลงจนน้อยกว่า 50 copies/ml ในเวลา 6 เดือน มิเช่นนั้นให้สงสัยว่าการรักษาล้มเหลว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจะลดลงเมื่อสัปดาห์ที่ 8-12 หลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Gazzard et al., 1997) และควรมีการวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดก่อนเริ่มต้นการรักษาจึงจะเกิดผลดีที่สุด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Volberding & Deeks, 2010) สำหรับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 จะเพิ่มขึ้น 50-75 cell/mm³ หลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสแล้ว 3 เดือน (Volberding & Deeks, 2010)

ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส

ความหมาย

ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (antiretroviral drug adherence) หมายถึง การรับประทานยาต้านไวรัสได้ถูกต้อง (ถูกวิธี ครบทุกเม็ด และทุกมื้อตรงเวลา) และรับประทานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดชีวิต (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของ ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องรับประทานยาต้านไวรัสให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอ อย่างน้อยร้อยละ 95 ของจำนวนยาที่รับประทานในช่วงเวลานั้น (WHO, 2003)

ปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส

ความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีสาเหตุจากหลายประการเช่น การขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549; WHO, 2003) การลืมรับประทานยา งานยุ่ง นอนหลับ ไม่มียาหรือยาหมด ต้องการหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Murphy et al., 2005; Rudy et al., 2009)

ความวิตกกังวล (Nugent et al., 2010) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสิ้นหวัง (Giday & Shiferaw, 2010) การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่ดี (ปวีณา ชื่นจิตร, 2548) และระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า ช่วงเริ่มรับประทานยาจนถึง 6 เดือน มักพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขาดวินัยในการรับประทานยาเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา การไม่เข้าใจวิธีการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาไม่ตรงเวลา เมื่อรับประทานยา 6-12 เดือน จึงจะผ่านพ้นการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา การล้มหรือผิเวลาจะน้อยลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เริ่มมีอาการดีขึ้นและสุขภาพแข็งแรงขึ้นสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างเดิม แต่เมื่อรับประทานยาเกิน 12 เดือน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะละเลยและให้ความเอาใจใส่ในการรับประทานยาน้อยลงเนื่องจากมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น สาเหตุดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะอาการเจ็บป่วย ลักษณะสถานบริการ ปัจจัยด้านผู้รักษา และปัจจัยด้านยา ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย และด้านการดูแลรักษา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่

อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสดังการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 195 ราย ในปีโรตัส บราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่อายุน้อยมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าผู้ที่อายุมาก (Pinheiro, Carvalho-Leite, Drachler, & Silveira, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 352 ราย ในสหรัฐอเมริกา (Tanney et al., 2010)

เพศ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 195 ราย ในปีโรตัส บราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพศหญิงมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าเพศชาย (Pinheiro et al., 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 396 ราย ในอังกฤษ (Rudy et al., 2009) แต่การศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 234 ราย ในบอมเบซา เคนยา พบว่า เพศชายมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าเพศหญิง (Sama et al., 2008) และการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 134 ราย ในโตเลโด รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา (Duggan, Locher, Fink, Okonta, & Chakraborty, 2009) จะเห็นได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมยังสรุปไม่ได้ว่าเพศใดมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสดังการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และ จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2553) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคู่ครองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่ยังไม่มีคู่ครอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sarna et al. (2008) ในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 234 ราย ในบอมเบซา เคนยา และการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 134 ราย ในโตเลโด รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา (Duggan et al., 2009)

ระดับการศึกษา จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 195 ราย ในปีโรดส์ บราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีการศึกษาดั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้มีการศึกษาดำรงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Pinheiro et al., 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 510 ราย ในเอธิโอเปีย (Giday & Shiferaw, 2010) ส่วนการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 234 ราย ในบอมเบซา เคนยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระดับการศึกษาดำรงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป (Sarna et al., 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 134 ราย ในโตเลโด รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา (Duggan et al., 2009) จะเห็นได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมยังสรุปไม่ได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงหรือต่ำที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสดังการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 195 ราย ในปีโรดส์ บราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีรายได้มากจะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Pinheiro et al., 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 234 ราย ในบอมเบซา เคนยา (Sarna et al., 2008) ซึ่งการมีรายได้มากทำให้มีความสะดวกในการเสียค่าใช้จ่ายเพื่อเดินทางมารับยาที่สถานบริการจึงทำให้ผู้ติดเชื้อรับยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา (จุฬารัตน์, 2550) ส่วนการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 134 ราย ในโตเลโด รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีรายได้น้อยมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีรายได้มาก (Duggan et al., 2009) จะเห็นได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมยังสรุปไม่ได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีรายได้มากหรือรายได้น้อยที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า

อาชีพ มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสดังการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 234 ราย ในบอมเบซา เคนยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่

มีการประกอบอาชีพมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่ไม่มีการประกอบอาชีพ (Sarna et al., 2008) ส่วนการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 134 ราย ในโตเลโด รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่มีการประกอบอาชีพมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีการประกอบอาชีพ (Duggan et al., 2009) จะเห็นได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมยังสรุปไม่ได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาชีพหรือไม่มีอาชีพที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสิ้นหวัง จะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าผู้ที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (Giday & Shiferaw, 2010)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับดีจะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ (ปวีณา ชื่นจิตร, 2548)

1.2 ลักษณะอาการเจ็บป่วย ลักษณะอาการเจ็บป่วยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสได้แก่

ระยะเวลาในการรักษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 32 ราย ในรัฐชิคาโก และรัฐไอโอรีน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสมานานมีความสัมพันธ์กับการขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Martinez et al., 2000) และการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 195 ราย ในปีโรตัส บราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส น้อยกว่า 6 เดือน มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่ระยะเวลาในการรับประทานยามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (Pinheiro et al., 2002)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือการมีโรคร่วม จากการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 234 ราย ในบอมเบซา เคนยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ป่วยด้วยโรคที่สัมพันธ์กับเอชไอวีและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคที่สัมพันธ์กับเอชไอวีและได้เข้ารักษาในโรงพยาบาล (Sarna et al., 2008)

ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังการศึกษาในเยาวชนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 31 ราย ในลอสแอนเจลิส สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 100,000 copies/ml มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าผู้ที่มีปริมาณไวรัสใน

กระแสเลือดระหว่าง 10,000-100,000 copies/ml (Belzer, Fuchs, Luftman, & Tucker, 2000) และ การศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 396 ราย ในอังกฤษ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ CD4 มากกว่ามีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ CD4 น้อยกว่า และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีค่าเฉลี่ยของปริมาณไวรัสในกระแสเลือดมาก มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส น้อยกว่าผู้ที่มีค่าเฉลี่ยของปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อย (Rudy et al., 2009) และการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 234 ราย ในบอมเบซา เคนยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระดับ CD4 มากกว่า 200 cell/mm³ มีวินัยในการรับประทาน ยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 cell/mm³ (Sarna et al., 2008)

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 352 ราย ในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับรู้ว่าคุณค่าของการมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณค่าของการมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่า (Tanney et al., 2010)

2. ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

2.1 ด้านผู้ให้การดูแลรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแลรักษาที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่

เวลาที่มีให้ผู้ป่วย ผู้ให้การดูแลที่มีเวลาให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการ สอนสาธิตวิธีการรับประทานยาตามคู่มือ พุฒยให้คำแนะนำจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัย ในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสอนสาธิตและให้คำแนะนำ (Morse et al., 1991)

ทักษะทางคลินิก ผู้ให้การดูแลที่มีประสบการณ์และมีทักษะในการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ส่งผลให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (Ungvarski, 1998)

ทักษะในการประเมินผู้ป่วย ผู้ให้การดูแลรักษาที่สามารถประเมินอาการผู้ป่วย ได้รวดเร็วและถูกต้อง จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันเวลา และมีวินัย ในการรับประทานยาต้านไวรัส (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ทักษะในการพูดสื่อสาร ผู้ให้การดูแลรักษาที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้สนทนาและซักถามข้อสงสัย มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทาน ยาต้านไวรัสมากขึ้น (Russell et al., 2004)

2.2 ด้านยา ยามีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่

จำนวนเม็ดยา จำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละครั้งไม่มาก จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสะดวกในการรับประทานมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ถ้าจำนวนเม็ดยาที่รับประทานแต่ละครั้งมีจำนวนมากจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ (Moyer et al., 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 263 ราย ในซานฟรานซิสโก รัฐแคลิฟลอเนีย พบว่า เมื่อลดจำนวนเม็ดยาจาก 7 เม็ด/วัน มาเป็น 5 เม็ด/วัน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นจากร้อยละ 81 เป็นร้อยละ 89 (Ma et al., 2010)

จำนวนมื้อยา จำนวนมื้อของยาที่รับประทานต่อวันมากเกินไปจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าจำนวนมื้อยาที่น้อยกว่า (Moyer et al., 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 195 ราย ในปีโรตัส บราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส 2 ครั้ง/วัน มีวินัยมากกว่าผู้ที่รับประทานยามากกว่า 4 ครั้ง/วัน (Pinheiro et al., 2002) และการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 263 ราย ในซานฟรานซิสโก รัฐแคลิฟลอเนีย พบว่า เมื่อลดจำนวนมื้อยาลงจาก 2 ครั้ง/วัน มาเป็น 1 ครั้ง/วัน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นจากร้อยละ 81 เป็นร้อยละ 89 (Ma, Chen, Chau & Saberi, 2010)

ขนาดเม็ดยา เม็ดยาที่มีขนาดใหญ่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสได้มากกว่า (Moyer et al., 1999)

อาการไม่พึงประสงค์ของยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บางรายที่เริ่มใช้ยาและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาอาจท้อถอยที่จะใช้ยาต่อ ส่งผลให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ตรงเวลา หรือหยุดรับประทานยา (วิณา พร้อมประเสริฐ, 2549) เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 195 ราย ในปีโรตัส บราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยาจะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่าผู้ที่ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา (Pinheiro et al., 2002)

2.3 ด้านสถานบริการ ปัจจัยด้านสถานบริการมีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่

ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 253 ราย ในรัฐไอโออริน ไนจีเรีย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลใกล้จะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลไกลกว่า (Salami et al.,

2010) ซึ่งการมีระยะทางใกล้สถานบริการทำให้ผู้ติดเชื้อมีความสะดวกในการมารับการตรวจรักษา จึงให้รับยาได้อย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

คลินิกเฉพาะโรค การมีคลินิกสำหรับให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเฉพาะ แยกจากคลินิกให้บริการอื่น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดความไว้วางใจ มั่นใจในการไม่ถูกเปิดเผย ทำให้มารับยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

โครงการยาต้านไวรัส การมีโครงการยาต้านไวรัสที่ให้บริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ดังการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 134 ราย ในโตเลโด รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีประกันสุขภาพตามโครงการประกันสุขภาพของรัฐจะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ (Duggan et al., 2009)

บริการติดตามส่งเสริมการใช้ยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ดังการศึกษาของ จูพา ช่วยเมือง (2550) ใช้วิธีการโทรศัพท์กระตุ้นการปฏิบัติพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น การเข้ารับการรักษตามนัด พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มาตามนัดเพื่อรับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ขาดนัด (Knowlton et al., 2010)

ปัจจัยที่กล่าวมาล้วนมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ การประเมินความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสจึงเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากมีความสำคัญในการวางแผนการรักษาให้มีความเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละราย และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องต่อไป

การประเมินความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส

การเลือกวิธีประเมินความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสที่เหมาะสมจะช่วยให้ประเมินวินัยได้ถูกต้องและใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุด อาจใช้วิธีการมากกว่า 1 วิธีร่วมกัน เพื่อช่วยยืนยันผล เพิ่มความถูกต้องแม่นยำ และเพิ่มความน่าเชื่อถือ วิธีประเมินความมีวินัยในการรับประทานยา

ต้านไวรัส (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549; WHO, 2009a) มีดังนี้

1. การตรวจวัดระดับยาในเลือด (therapeutic drug monitoring)

เป็นการตรวจเพื่อติดตามระดับยาอยู่ในช่วงของการรักษาคือ ช่วงของระดับยาในเลือดที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ที่มีระดับยาในเลือดอยู่ในช่วงนี้มักจะได้รับฤทธิ์รักษาโดยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรืออาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย

ข้อดี คือ สามารถวัดระดับหรือปริมาณของยาที่มีอยู่ในกระแสเลือดได้โดยตรง

ข้อเสีย คือ ไม่สามารถบอกได้ว่ารับประทานยาได้ถูกต้องตรงตามเวลาที่กำหนดหรือไม่

2. การให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต่อหน้า (directly observed therapy [DOT])

เป็นวิธีการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต่อหน้านักวิชาการทุกครั้งเมื่อถึงเวลารับประทานยา

ข้อดี คือ สามารถประเมินได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาด้านไวรัสจริงหรือไม่

ข้อเสีย คือ ต้องใช้อัตรากำลังบุคลากรเป็นจำนวนมากทำหน้าที่เป็นผู้ให้ยา หรือต้องเดินทางออกไปสังเกตการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพเพื่อที่จะรับประทานยาต่อหน้านักวิชาการ

3. การนับเม็ดยา (pill counts)

โดยให้ยาจำนวนที่แน่นอนกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และนับเม็ดยาลหลังจากระยะเวลาหนึ่ง โดยอนุมานว่า จำนวนยาที่หายไปคือจำนวนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใช้ไปตามแพทย์สั่ง และสามารถเห็นได้ชัดเจนว่าใช้ยาหรือไม่ ปริมาณเท่าใด แต่ในการนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ต้องปกปิดไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทราบว่ามีกรนับเม็ดยา เพราะอาจมีการใช้ยาถูกต้องในระยเวลานั้น หรืออาจทิ้งยาบางส่วนไป

ข้อดี คือ เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก

ข้อเสีย คือ วิธีนี้ไม่สามารถบอกให้ทราบได้ว่ายาที่ถูกใช้ไปนั้น ใช้ไปในวิธีที่ผิดหรือผิดเวลา หรือยานั้นหายไปโดยไม่ได้ออกใช้ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้อาจพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าความเป็นจริงได้จากการที่ผู้ป่วยทิ้งเม็ดยา

4. การรายงานโดยผู้ป่วย (patient self report)

การรายงานโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีทั้งแบบใช้แบบสัมภาษณ์การรับประทานยาด้านไวรัสถึงจำนวนครั้งที่รับประทานยาเลยเวลาเกิน 30 นาที ในช่วง 7 วัน และในช่วง 1 เดือน และแบบที่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บันทึกข้อมูลการรับประทานยาลงในแบบบันทึกด้วยตนเอง

ข้อดี คือ มีความสะดวก รวดเร็ว และประหยัด

ข้อเสีย คือ ขาดความแม่นยำ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำไม่ได้ ผลการประเมินที่ได้มักสูงเกินความเป็นจริง เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกรงว่าจะถูกตำหนิจากเจ้าหน้าที่

5. บันทึกเวลาการใช้ยา

โดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บันทึกเวลาที่รับประทานยาในสมุดบันทึกทุกครั้ง

ข้อดี คือ ทำให้ทราบเวลาที่รับประทานยาทุกมื้อ และลดปัญหาการจำไม่ได้

ข้อเสีย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บางรายไม่ให้ความสำคัญในการบันทึกเวลา รับประทานยาทุกมื้อ และไม่สะดวกสำหรับผู้ที่มีสายตาไม่ดี อ่านหรือเขียนหนังสือไม่ได้

6. การมาตรวจรับยาตามกำหนดนัด

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การมาตรวจตามวันทีนัดทุกครั้งจึงมีความสำคัญต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ข้อดี คือ ทำให้ทราบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มาตรวจและรับยาตามกำหนดนัดหรือไม่

ข้อเสีย คือ ไม่ทราบเวลา (ตรง/คลาดเคลื่อนเพียงใด) และจำนวนยาที่รับประทานหรือไม่รับประทาน

7. เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (mems cap)

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปิดฝาขวดยาเครื่องจะบันทึกเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสทุกครั้ง

ข้อดี คือ ช่วยบันทึกเวลาการรับประทานยาอย่างละเอียดทุกครั้ง หากรับประทานยาทุกครั้งที่มีการเปิดฝาขวดยา

ข้อเสีย คือ ราคาแพง สิ่งที่ได้คือจำนวนครั้งที่ฝาขวดยาถูกเปิด ไม่มีสิ่งที่ยืนยันว่า รับประทานยาทุกครั้งที่มีการเปิดฝาขวด และขนาดยาที่รับประทานถูกต้องหรือไม่

การทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาในซานฟรานซิสโก ซึ่งศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 34 ราย ประเมินวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยเปรียบเทียบ 3 วิธี พบว่า วิธีการรายงานโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีผู้ติดเชื้อที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 89 การนับเม็ดยาร้อยละ 73 และการใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ร้อยละ 67 (Bangberg et al., 2000) ทั้งนี้อาจเนื่องจากวิธีการรายงานโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อาจมีการรายงานผลที่มากกว่าความเป็นจริงได้ เพราะผู้ติดเชื้ออาจเกรงว่าจะถูกตำหนิจากบุคลากร (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549; WHO, 2009a) เช่นเดียวกับการสังเกต

เมื่อดำถึงวิธีการประเมินวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยการรายงานโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า มีแนวโน้มทำให้เกิดการประเมินสูงกว่าความเป็นจริง จึงแนะนำให้ใช้หลายวิธีในการประเมิน (Simoni et al., 2006) สำหรับวิธีใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ถึงแม้จะมีความเหมาะสมในการนำมาประเมินวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสตามการศึกษาของ แบงก์เบิร์ก และคณะ (Bangberg et al., 2000) แต่อาจไม่เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์มีราคาแพง สิ่งที่วัดได้คือ จำนวนครั้งที่ฝ่าขวดยาถูกเปิด ไม่มีสิ่งที่ยืนยันว่าผู้ติดเชื้อรับประทานยาทุกครั้งที่มีการเปิดฝ่าขวด และขนาดยาที่รับประทานถูกต้องหรือไม่ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549; WHO, 2009a) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกวิธีนับเม็ดยาโดยเภสัชกรในการประเมินวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเนื่องจากเป็นแนวทางในการประเมินวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสของหน่วยงานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) เป็นวิธีที่ง่าย สะดวกและน่าเชื่อถือ และในการศึกษาทั้งเภสัชกรและกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดไม่ให้ทราบวิธีการประเมินดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจะทราบเพียงความจำเป็นที่ต้องนำยากลับมาเพราะเภสัชกรจะให้ยาเพิ่มจากจำนวนยาที่มีอยู่เดิม ซึ่งเป็นวิธีที่สถานที่ดำเนินการศึกษาปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำวิธีการนับเม็ดยาโดยเภสัชกรมาเป็นวิธีประเมินวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งน่าจะมีความเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม

เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและทางเพศที่มีความสมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่ แต่การพัฒนาทางอารมณ์ จิตใจ และทางสังคมยังไม่พัฒนาตามร่างกาย ยังไม่สามารถควบคุมอารมณ์และจิตใจได้ มีความแปรปรวน ขาดวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ จึงทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมทั้งพฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด (พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา และคณะ, 2547) นอกจากลักษณะเฉพาะของเยาวชนยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มเช่น การมีที่พักใกล้สถานบันเทิง/เรีงรมย์ ทำให้มีสิ่งยั่วยุ เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองตามธรรมชาติจึงทดลองเที่ยวสถานเรีงรมย์ ทำให้ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด และมีเพศสัมพันธ์ได้ (อรอุยา จันทรวิรุฑ, 2544) นอกจากนี้ลักษณะที่พักรังยังมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศพบว่า ผู้ที่พักอาศัยในสถานที่ที่ไม่ใช่บ้านตนเองโดยเฉพาะหอพักหรือวัด เป็นผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าผู้ที่พักอาศัยที่บ้านตนเอง (สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์, วิณนา นานาศิลป์, นิลววรรณ ฉันทะปริดา, และ กฤตยา แสงวงเจริญ,

2541) จึงทำให้เยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ดังรายงานข้อมูลของ องค์การอนามัยโลกในปีค.ศ. 2010 พบว่า เยาวชนเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนและมี เพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มอื่น (WHO & UNAIDS, 2010b) พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวประกอบด้วย การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้เข็มฉีดยา ร่วมกัน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2003; WHO, 2009b)

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร้อยละ 42-70 มีเพศสัมพันธ์แม้ในช่วงที่สุขภาพไม่ดี แต่อาจมีการ ลดพฤติกรรมทางเพศลง (Dave, Stephenson, Mercey, Panahmand, & Jungmann, 2006; Sirivongrangson et al., 2006) เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีสุขภาพดีขึ้น ทำให้มี พฤติกรรมทางเพศไม่แตกต่างจากคนปกติ (Boya & Durante, 2003) อัตราเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงทางช่องคลอดมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ เอชไอวีเป็น 10 เท่า ของผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่หญิงมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ 20 เท่า ของผู้ที่ ไม่มีเพศสัมพันธ์ (CDC, 2003) แต่การแพร่เชื้อพบได้ในทั้งคู่ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยจะ มีโอกาสแพร่เชื้อและรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ทำให้เชื้อเกิดการกลายพันธุ์และก่อให้เกิดการดื้อยา ส่งผล ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลวได้ (นุสรา คำปาเชื้อ, 2552; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; WHO, 2003) การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ทางช่องคลอด และทางปาก เป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ถ้าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือมีบาดแผลที่อวัยวะเพศในขณะที่มีกิจกรรมทางเพศจนทำให้ เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและมีเลือดออก พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศยังรวมถึงการไม่ตรวจสอบการ แฉก ฉีกขาด วันหมดอายุของถุงยางอนามัย และการไม่เปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอนก่อนมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก ถือเป็นความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ เนื่องจากทำให้ทั้งคู่ไม่ได้ ร่วมกันวางแผนในการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) จากการสำรวจข้อมูลพบ เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ และโรงพยาบาลเสลภูมิ มีการเปิดเผยผล เลือดต่อคู่นอนร้อยละ 60.7 และ 66.7 ตามลำดับ (คลินิกเฉพาะโรคเชิงผสมผสาน โรงพยาบาลเสล ภูมิ ภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554; คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) และ

ในเคปทาวน์ แอฟริกาใต้ เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอนร้อยละ 67.6 และมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีผลเลือดลบหรือไม่ทราบผลเลือดถึงร้อยละ 73.5 (Eisele et al., 2009) การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (สำนึกโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; CDC, 2003; WHO, 2009b) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนโดยไม่ป้องกัน

การมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในระยะเวลาเดียวกัน เยาวชนในปัจจุบันมีความเชื่อว่าเป็นเรื่องที่สามารถปฏิบัติได้อย่างเสรี (สิริวรรณ รัชญผล, 2548) เป็นเรื่องธรรมดา ไม่เสียหาย และวัยรุ่นเพศชายมีความเชื่อว่าตนเองสามารถมีคู่นอนได้หลายคน (จุฑพล อภิวงศ์งาม, 2547; อนุศักดิ์ ประสานงานกิจ, ประณีต ส่งวัฒนา, และ บุญดี เพชรรัตน์, 2552) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะธรรมชาติของเพศชายที่มีความเป็นผู้นำ มีลักษณะของการป้องกัน มีความกล้าและสามารถทำในสิ่งที่เหนือกว่าเพศหญิง (Bakan, 1970, อ้างใน ปรีชา อรุณสวัสดิ์, 2531) ดังนั้นจึงพบมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว สอดคล้องกับข้อมูลเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดร้อยเอ็ดมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนโดยไม่ป้องกันร้อยละ 23.2 (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) และในนิวยอร์กพบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 206 ราย มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ร้อยละ 8.4 (Elkington et al., 2009) และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเวียดนามมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนร้อยละ 20 และมีเพียง 1 ใน 3 ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (Thanh et al., 2009) จึงสนับสนุนข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2010 ว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มอื่น (WHO & UNAIDS, 2010b) ถือเป็นค่านิยมที่นำไปสู่ความเสี่ยงในการแพร่เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. การมีเพศสัมพันธ์ที่นอกเหนือจากการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด

2.1 การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (oral sex) แม้จะมีความเชื่อว่าปลอดภัย แท้จริงแล้วหากไม่ป้องกันมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้เป็น 2 เท่า ของผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บางรายยังมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางปากมีความปลอดภัย ไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี ดังการศึกษาของ วิมลศิริ ศรีคันทะ (2553) ศึกษาผลของการสอนบนเว็บต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางปากไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และเหตุผลที่ไม่ป้องกันเพราะแผ่นรองปากหาซื้อยากและมีราคาแพง การมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยไม่ป้องกันสำหรับชายที่เป็นเจ้าของอวัยวะเพศอาจไม่มีความเสี่ยง แต่อาจเสี่ยงในกรณีในปากของผู้รับมีแผลหรือเลือดออก แม้โอกาสในการติดเชื้อจะต่ำแต่ยังมีความเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในคู่นอนที่มีผลเลือดต่าง (CDC, 2003)

2.2 การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (anal sex) เป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีได้สูง เนื่องจากเนื้อเยื่อของลำไส้ตรง (rectum) หรือทวารหนักมีลักษณะบางและไม่มีน้ำหล่อลื่นเหมือนช่องคลอด เวลาร่วมเพศจึงทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย รวมทั้งลำไส้ตรงและลำไส้ใหญ่มีพื้นที่มากกว่าช่องคลอดทำให้เชื้อเอชไอวีมีโอกาสเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น (UNAIDS, 2000) การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี โดยชายที่เป็นฝ่ายรุก (insertive anal sex) มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเป็น 13 เท่า ของผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ฝ่ายรับ (receptive anal sex) มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเป็น 100 เท่า ของผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ ถึงแม้ฝ่ายรุกจะมีความเสี่ยงน้อยกว่าฝ่ายรับแต่ยังมีความเสี่ยงอยู่โดยการติดเชื้อเกิดได้ในรายที่มีแผลในทอปปัสสาวะ เชื้ออาจผ่านทางทอปปัสสาวะขึ้นไปได้ อย่างไรก็ตามบางรายมีเพศสัมพันธ์ครั้งเดียวโดยไม่ป้องกันอาจติดเชื้อได้เช่นกัน (CDC, 2003)

3. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็น 20 เท่า ของผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ (CDC, 2003) สำหรับผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยจะมีความเสี่ยงได้ถ้าใช้ไม่ถูกวิธี และพบถุงยางอนามัยแตกรั่วในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) องค์การอนามัยโลกรายงานข้อมูลเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของไทยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 20-30 (WHO & UNAIDS, 2010b) จังหวัดร้อยเอ็ดสำรวจข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยร้อยละ 39.3 (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวจังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) เช่นเดียวกับในสหรัฐอเมริกาพบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 352 ราย มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยร้อยละ 42 (Tanney et al., 2010) และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 512 ราย ในเคปทาวน์ แอฟริกาใต้ ไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำร้อยละ 43.7 และคู่นอนชั่วคราวร้อยละ 52.3 (Eisele et al., 2009) ถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มที่สำคัญ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นสาเหตุของการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มที่สำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยการส่งเสริมและให้คำแนะนำให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้แก่ การงดมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สอดใส่ (abstinence) เป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุด แม้ไม่มีเพศสัมพันธ์อาจเลือกการแสดงความรักด้วยวิธีอื่นเช่น การจับมือกอด จูบ การช่วยสำเร็จความใคร่ให้ซึ่งกันและกัน และการใช้อุปกรณ์สำเร็จความใคร่ กรณีมีเพศสัมพันธ์ควรสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง และสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปิดเผยผลเลือด

ต่อคุณอน เพื่อช่วยให้เกิดการตัดสินใจและการสื่อสารระหว่างคุณในการใช้ถุงยางอนามัย และเข้าสู่ การรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การลดพฤติกรรมเสี่ยงยังรวมถึงการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเป็น รายบุคคล ส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการต่อรองกับคุณอนเพื่อป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (สำนัก โรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551)

การใช้ถุงยางอนามัยที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ เมื่อใช้อย่างถูกต้องและใช้ทุกครั้ง อย่างไรก็ตามการใช้ถุงยางอนามัยอาจไม่ได้ผล ถ้ามีการแตก ร้าวของถุงยางอนามัยก่อนใส่ หรือมีการฉีกขาดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงหรือการ ใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี (สำนักโรคเอดส์ วันโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; WHO, 2009b) ดังการศึกษาการของ Walsha et al. (2004) พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีมีโอกาสที่ถุงยางอนามัยจะแตกเพียงร้อยละ 0.4 เลื่อนหลุด ร้อยละ 1.1 ส่วนใหญ่ที่แตกมักแตกก่อนมีการหลั่งน้ำสุจิ การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยจะช่วยลดปัญหาถุงยางอนามัยแตกและเลื่อนหลุดได้ (Steiner et al., 2007) ในกรณีมีเพศสัมพันธ์ทางปากต้องป้องกันโดยใช้แผ่นรองปาก อาจพบปัญหาขาดอุปกรณ์ ไม่สามารถหาซื้อได้และมีราคาแพง จึงควรแนะนำการใช้วัสดุทดแทนได้แก่ ถุงยางอนามัยเพศชาย ตัดเป็นแผ่นสี่เหลี่ยม หรือใช้พลาสติกห่ออาหารรองที่อวัยวะเพศ สามารถนำมาใช้ป้องกันเมื่อมี เพศสัมพันธ์ทางปากได้เช่นเดียวกัน สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารต้องระมัดระวังเพราะส่วน ใหญ่จะใช้ถุงยางอนามัยเพศชายซึ่งมีลักษณะบาง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทำให้ถุงยางฉีกขาดได้ (สำนัก โรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) ดังนั้น การป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี เหมาะสมและ ทุกครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; WHO, 2009b)

การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นและผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นวิธีการแพร่เชื้อที่มีความเสี่ยงสูง การติดเชื้อขึ้นกับปริมาณของเชื้อไวรัสที่มีอยู่ในกระแสเลือด และปริมาณเลือดที่มีการแลกเปลี่ยนกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ที่มี เชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ 1 ใน 150 (Cohen, 2005, อ้างใน สำนักโรคเอดส์ วันโรค และ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) และทำให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ทำให้เชื้อเกิดการกลายพันธุ์และก่อให้เกิดการดื้อยาได้ (นุสรา คำปาเชื้อ, 2552; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; WHO, 2003) ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้สารเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้นร้อยละ 38.7 (WHO & UNAIDS, 2010b) และพบเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และโรงพยาบาลเสกภูมิ สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นคิดเป็นร้อยละ 6.1 และ 10.3 ตามลำดับ ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันร้อยละ 50 และ 33.3 ตามลำดับ (คลินิกเฉพาะโรคเชิงผสมผสาน โรงพยาบาลเสกภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554; คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด) ในสหรัฐอเมริกาพบเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันร้อยละ 51 (Palepu et al., 2005) และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเวียดนามใช้เข็มฉีดยาร่วมกันร้อยละ 35 (Thanh et al., 2009) จากรายงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังมี พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการแพร่เชื้อและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลทางโทรศัพท์และการให้หมายเลขโทรศัพท์ของบุคลากรเพื่อให้ เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ติดต่อรับคำปรึกษา ทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปิดเผยข้อมูล มากกว่าการสัมภาษณ์โดยตรง ทั้งนี้การได้รับข้อมูลที่เป็นจริงสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือและ หาแนวทางในการแก้ไขได้ (Tsu, Michael, Burm, Gilhooly, & Selis, 2002) การให้ความรู้และ สนับสนุนเข็มและกระบอกฉีดยาให้เพียงพอ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถเปลี่ยนเข็มทุกครั้งใน การฉีดสารเสพติดเข้าเส้น แต่วิธีที่ดีที่สุดคือ ทำให้ผู้เสพเลิกเสพยาให้ได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551)

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด

การดื่มแอลกอฮอล์หมายถึง การปฏิบัติตนซึ่งเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ดื่ม เป็นพฤติกรรมที่ แสดงออกมาในรูปของระดับปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังจะทำให้สมองเสื่อม และมีอาการหลงลืม เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ได้แก่ สุรา เบียร์ ไวน์ ยาแดง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

สารเสพติดหมายถึง สารเคมี หรือสารใดก็ตามเมื่อบุคคลเสพหรือรับเข้าสู่ร่างกายไม่ว่า โดยการฉีด การสูบ การกิน การดม หรือวิธีอื่น ซึ่งการเสพสารเสพติดเรื้อรังจะทำให้ผู้เสพเกิดอาการ สมองเสื่อม สติปัญญาด้อย นอนไม่หลับ ประสาทหลอน สารเสพติดมีหลายประเภท ประเภทที่กด ประสาทได้แก่ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยากล่อมประสาท ทินเนอร์ แอลกอฮอล์

น้ำมันเบนซิน กาว ประเภทกระตุ้นประสาทได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี กระเทียม โคลเคน เครื่องดื่มคาเฟอีน ประเภทหลอนประสาทได้แก่ แอลเอสดี เห็ดขี้ควาย ดี.เอ็ม.ที. และยาเค เป็นต้น และประเภทออกฤทธิ์ผสมผสานคือ ทั้งกระตุ้น กด และหลอนประสาทรวมกัน ได้แก่ กัญชา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

การแพร่ระบาดของการใช้สารเสพติดในกลุ่มนักศึกษา ส่งผลให้เยาวชนไทยทั้งหญิงและชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน นำไปสู่ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น (วารุณี พองแก้ว, ปรียกมล รัชกุล, และ กังวาล พองแก้ว, 2549) ดังข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดร้อยเอ็ด (2554) พบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 33.7 ในสหรัฐอเมริกาพบเยาวชนหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 37 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 47 (Dietz et al., 2010) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดทำให้มีการตัดสินใจผิดพลาด ควบคุมตนเองไม่ได้ นำไปสู่ความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จึงทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; Hendershot et al., 2010) ดังการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนโดยไม่ป้องกันมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มและเสพ (Eisele et al., 2008; Hendershot et al., 2010; Kiene, Barta, Tennen, & Armeli, 2009; Raj et al., 2009; Shuper, Joharchi, Irvin, & Rehm, 2009) และยังพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ไม่ดื่ม และแอลกอฮอล์ยังทำให้ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสลดลง (Azar et al., 2010; Holstad et al., 2006) และการศึกษาในซานมาติโน รัฐแคลิฟอร์เนีย พบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เสพยาเสพติดขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่ไม่เสพถึง 3.3 เท่า (Jong, Prentiss, McFarland, Machekano, & Israelski, 2005)

จึงควรมีแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มารับบริการ เพื่อให้ทราบข้อมูลการปฏิบัติและนำไปสู่การวางแผนให้การส่งเสริมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551; Shuper et al., 2009)

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะช่วยให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ เพื่อวางแผนให้การดูแลและส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อและการรับเชื้อเอชไอวีได้ องค์การอนามัยโลกให้แนวทางในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ (WHO, 2009b) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ใช้คำถามครอบคลุมในเรื่อง
 - 1.1 การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน
 - 1.2 ระยะเวลาครั้งสุดท้ายที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ
 - 1.3 ชนิดของการมีเพศสัมพันธ์คือ มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการ มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน มีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทางทวารหนัก
 - 1.4 การใช้ถุงยางอนามัย ประเมินโดยใช้คำถามเกี่ยวกับ สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ และถามคู่นอนในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์
 - 1.5 การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่นอน
2. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้สารเสพติด ใช้คำถามครอบคลุมในเรื่อง การเปลี่ยนกระบอกฉีดและเข็มทุกครั้งเมื่อฉีดสารเสพติดเข้าเส้นและการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
3. การดื่มเครื่องดื่มที่ทีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด ใช้คำถามครอบคลุมในเรื่อง ระยะเวลา 30 วัน 60 วัน หรือในช่วง 90 วัน ที่ผ่านมามีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสอบถามการใช้สารเสพติดที่นอกเหนือจากแอลกอฮอล์

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแนวทางสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2551) ใช้แบบสัมภาษณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
2. อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
3. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน กรณีมีคู่นอนจะคัดกรองเกี่ยวกับ 1) การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 2) การให้คู่นอนได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี 3) การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้คู่นอนทราบ 4) การตั้งครรภ์ของตนหรือคู่นอน 5) การวางแผนที่จะมีบุตรในอนาคต และ 6) การคุมกำเนิดโดยการใส่ห่วง ทำหมัน กินยาคุมกำเนิดหรือสวมถุงยางอนามัย

4. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด

การบันทึกข้อมูลในแบบคัดกรองควรบันทึกทุกครั้งที่มาใช้บริการ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้ใช้ข้อมูลเป็นประเด็นในการพูดคุยและให้คำปรึกษาในขั้นตอนต่อไป ในรายที่คัดกรองแล้วพบพฤติกรรมเสี่ยง ควรมีการประเมินเพิ่มเติมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์หรือปัจจัยด้านอื่นที่ทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสเสี่ยงในการแพร่เชื้อและรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม เพื่อสามารถให้บริการที่ตรงกับปัญหาและสถานการณ์ของผู้รับบริการ อาจทำการประเมินในช่วงก่อนหรือระหว่างการให้บริการ การเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยสัมพันธภาพและทักษะในการสื่อสารที่ดีเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีประกอบด้วย

1. ข้อมูลผู้รับบริการ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การมีเพศสัมพันธ์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส พฤติกรรมเสี่ยงใน 3 เดือนที่ผ่านมา การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่นอน การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่นอน และการใช้ถุงยางอนามัย

2. ประเด็นบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลการคัดกรอง การตรวจการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้บริการด้านการป้องกัน

การศึกษาครั้งนี้ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยง 3 ด้าน ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น (WHO, 2009b)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นและทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ส่งผลให้เกิดการดื้อยา ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ จึงควรดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว และส่งเสริมให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันผลกระทบที่ตามมา

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมาย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้พลังอำนาจในตนเอง สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal process) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำรงชีวิตของตนเอง เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน มีการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงการสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น เป็นการแก้ปัญหาที่มากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่ง ความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่แค่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกหรือการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโตและการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน เพื่อให้บุคคลมีความรู้ความสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจ (Gibson, 1993) จากการศึกษาบรรดาที่มีบุตรปวยเร่ 12 ราย พบว่า มีทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคล

1. ปัจจัยภายในบุคคล (intrapersonal factors) ประกอบด้วยค่านิยม (value) ความเชื่อ (beliefs) ความมุ่งมั่นตั้งใจ (determine) และประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience)

ค่านิยม ได้แก่ ค่านิยมที่มีต่อบุตร ค่านิยมของการเป็นมารดา ค่านิยมในความเป็นครอบครัว ค่านิยมเหล่านี้มาจากประสบการณ์การดูแลบุตรจนกลายเป็นความตระหนักรู้

ความเชื่อ จะช่วยให้มารดาเผชิญกับปัญหาอุปสรรคหรือความยุ่งยาก ความเชื่อประกอบด้วยความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเชื่อเกี่ยวกับระบบสุขภาพในการทำให้เกิดบริการด้านสุขภาพที่ดีที่สุดแก่บุตร ความเชื่อเกี่ยวกับพระเจ้าที่มีอิทธิพลต่อตนเองและมีอิทธิพลในการทำให้สุขภาพของบุตรดีขึ้น การมองอนาคต การมองโลกในแง่ดีเป็นความเชื่อเชิงบวกที่มีผลต่ออนาคต

ความมุ่งมั่นตั้งใจ มารดาจะมีความเข้มแข็งและมีแรงจูงใจในการที่จะให้บุตรได้รับการดูแลที่ดีที่สุด มารดาจะมีความอดสาหัสหรือมีความพยายาม ความพากเพียรในการทำทุกอย่างเท่าที่จะทำได้ให้แก่บุตร

ประสบการณ์ การเผชิญกับความท้าทายที่เกิดจากการมีบุตรป่วยเรื้อรังทำให้มารดาใช้ประสบการณ์ในอดีตทั้งประสบการณ์จากครอบครัว จากการทำงาน และจากการศึกษาเพื่อจัดการกับความท้าทายนั้น นอกจากนี้มารดายังเกิดการเรียนรู้จากการดูแลบุตร ซึ่งประสบการณ์จากการเรียนรู้เป็นสิ่งที่หาสิ่งใดมาทดแทนไม่ได้

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal factors) ประกอบด้วย

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เกิดประโยชน์ต่อมารดาที่บุตรป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุตร การวางแผนการรักษาและการคาดการณ์ในอนาคต นอกจากนี้การที่บุคลากรสุขภาพดูแลบุตรเป็นอย่างดีทำให้มารดารับรู้ถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์ รวมถึงการที่บุคลากรสุขภาพให้ความสำคัญกับการที่มารดาดูแลบุตรได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การดูแลในระยะสุดท้ายที่บุคลากรสุขภาพทำให้บุตร ทำให้มารดารับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากทำให้สามารถกลับสู่สภาวะสมดุลได้ นอกเหนือจากบริการที่ได้รับจากชุมชน เช่น การฟื้นฟูสภาพ การดูแลที่บ้าน นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากมารดาคนอื่นๆ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสนับสนุนและการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งปฏิสัมพันธ์กับมารดาคนอื่นๆ ทำให้รับรู้ถึงความเข้าใจและรับรู้ถึงสัมพันธภาพ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1993) ได้เสนอรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ จากการศึกษาในมารดาที่มีบุตรป่วยเรื้อรัง การสร้างเสริมพลังอำนาจมีปัจจัยนำเข้าได้แก่ พันธะสัญญาหรือความมุ่งมั่น ทูมเท ความผูกพัน และความรัก จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า ภายหลังบุตรได้รับการวินิจฉัยโรค

เรื่อรังมารดาจะมีการพัฒนาความผูกพันกับบุตร มีความรักบุตรอย่างลึกซึ้ง และมุ่งมั่นทุ่มเท และ
 รับผิดชอบในการดูแลบุตร เพื่อให้มั่นใจว่าบุตรได้รับการดูแลที่ดีที่สุด นำมาสู่แรงจูงใจ และการ
 คงไว้ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality)

เป็นขั้นตอนที่ทำให้บุคคลค้นพบและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ประกอบด้วย
 การตอบสนองทางด้านอารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรม ดังนี้

การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น
 จะรู้สึกสับสนวุ่นวายกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองในช่วงแรก แต่อย่างไรก็ตามบุคคลจะยอมรับกับ
 สถานการณ์และความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ว่าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

การตอบสนองด้านสติปัญญา (cognitive responses) เมื่อบุคคลสูญเสียความรู้สึก
 ความไม่แน่นอน และไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก
 โดยหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุด เพื่อช่วยให้เข้าใจในเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด
 บุคคลจะใช้ความรู้มาประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหในสถานการณ์ต่างๆ ต่อไป

การตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavior responses) บุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า
 การดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุด
 ที่สามารถทำได้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
 จนสามารถรู้ชัดว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงในการดูแลตนเองคืออะไร เกิดความเข้าใจชัดเจน
 ในการดูแลตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา มาประยุกต์เข้า
 กับสถานการณ์ใหม่ บุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดีและจะทำทุกอย่างเพื่อให้การดูแล
 ตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection)

ขั้นตอนนี้เป็นระยะที่บุคคลจะพัฒนาความเชื่อมั่นในความรู้และความสามารถของ
 ตนเอง โดยรับรู้ว่าเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดเกี่ยวกับโรคที่เป็น และรู้สถานการณ์เพื่อให้เข้าใจอย่างถ่อง
 แท้และนำมาสู่การเกิดทัศนคติและพฤติกรรม ทำให้เรียนรู้สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับตนเองในการ
 ปฏิบัติที่ถูกต้อง บุคคลจะคิดเชิงบวกโดยเปรียบเทียบสถานการณ์ของตนเองกับสถานการณ์ของ
 บุคคลอื่นเพื่อช่วยให้สามารถรับรู้สถานการณ์ของตนเองในแง่บวกได้ จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มี
 ความสำคัญ สามารถนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และตระหนักถึงความแข็งแกร่งใน
 ตนเอง ความสามารถ และการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น

3. การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ (taking charge)

เมื่อบุคคลตระหนักถึงความแข็งแกร่งของตนเองและเชื่อมั่นในความรู้และความสามารถของตนเอง บุคคลจะควบคุมสถานการณ์เนื่องจากรับรู้ว่ามีใครช่วยได้ดีที่สุดเท่าตัวเอง โดยจะเรียนรู้ในการพัฒนาตนเองและรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิด 1) การเป็นปากเป็นเสียงให้ตนเอง 2) การเรียนรู้เครือข่ายด้านสุขภาพเพื่อให้ได้รับการดูแลในระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การเรียนรู้ในการทำให้ความต้องการของตนเองได้รับการตอบสนอง 4) มีการต่อรองกับบุคลากรสุขภาพโดยแสดงความคิดเห็นและเรียกร้อง และ 5) มีการพัฒนาความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนที่ได้รับการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารแบบเปิดเผยกับบุคลากรสุขภาพ และมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on)

เป็นระยะที่บุคคลสามารถคงอำนาจของตนเองไว้ได้ แม้จะเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือเป้าหมายยังไม่บรรลุผลสำเร็จ เมื่อบุคคลได้นำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบผลสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับเข้าในวงจรของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อีกอย่างเป็นพลวัตร โดยทำการประเมินผลและเลือกทางเลือกในการปฏิบัติใหม่ให้เหมาะสมกับตนเอง

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องอาศัยกลวิธีที่จะทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจประสบผลสำเร็จ จากการทบทวนวรรณกรรม (จุฬา ช่วยเมือง, 2550; จุฬารัตน์ สุริยาทัย, 2547; นันทวดี ปิ่นปิ่นคง, 2549; อนุกุล เอกกุล, 2551; Marelich & Murphy, 2003) มีกลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการประกอบการตัดสินใจเพื่อจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้วิธีการให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (Marelich & Murphy, 2003) นอกจากนี้การได้รับความรู้ยังทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีส่งผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (อนุกุล เอกกุล, 2551)

2. การยอมรับความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเอง ให้ความสำคัญและยอมรับในความสามารถของบุคคล สร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมที่อบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และสื่อสารกันอย่างเปิดเผย ดังการศึกษาของ จุฬา ช่วยเมือง (2550) ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แสดง

ความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในระหว่างดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

3. การให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก และให้ใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ดังการศึกษาของ จูพา ช่วยเมือง (2550) ให้เพื่อนเป็นผู้สนับสนุนในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพโดยให้คำแนะนำและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสนับสนุนสิ่งที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพเช่น การให้ความสะดวกในการรับยาต้านไวรัส การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และคู่มือในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพในระหว่างรับประทานยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีขึ้น นอกจากกลวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีการสนับสนุนจากบุคลากร ดังการศึกษาของ นันทดี ปิ่นปิ่นคง (2549) ที่ได้พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

4. การให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและกำหนดเป้าหมาย ดังการศึกษาของ จูพา ช่วยเมือง (2550) ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองเป็นวิธีหนึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีขึ้น และการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รวมกลุ่มเพื่อตัดสินใจร่วมกันในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จุฬารัตน์ สุริยาทัย, 2547)

5. การให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้แนวทาง โดยยึดตามความจำเป็นของแต่ละบุคคลเช่น การติดตามและส่งเสริมความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยการให้หมายเลขโทรศัพท์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้สามารถติดต่อปรึกษากรณีมีปัญหาในการรับประทานยา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) การโทรศัพท์ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (จูพา ช่วยเมือง, 2550; จุฬารัตน์ สุริยาทัย, 2547)

6. การให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวก เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ดังการศึกษาของ จูพา ช่วยเมือง (2550) ใช้วิธีการแจ้งผลการปฏิบัติที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างทุกครั้งหลังการประเมินผลทุก 2 สัปดาห์ และการให้กำลังใจจากเพื่อนหลังดำเนินกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง เป็นวิธีการหนึ่งในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพดีขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลวิธีการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร การยอมรับความเป็นบุคคล การให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ให้ใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น โดยสนับสนุนให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เข้าถึงการรับยาต้านไวรัส

สนับสนุนดูยางอนามัยให้เพียงพอ การให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้แนวทางโดยใช้กิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์และโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติ การให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติโดยการกล่าวคำชมเชยและให้รางวัล เมื่อนำกลวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาดำเนินการร่วมกับกิจกรรมที่จัดขึ้นในขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ส่งผลให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น และสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนาตนเองทำให้มารดารับรู้ถึงความแข็งแกร่งและความสามารถของตนเอง จนนำมาสู่ศักยภาพใหม่เกิดขึ้น รู้สึกถึงความแข็งแกร่งที่มากขึ้น และมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองมากขึ้น รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในตนเอง รับรู้ถึงความหมายในประสบการณ์ของตนเอง การค้นหาความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นช่วยให้บุคคลมีมุมมองต่อชีวิตในทางบวก มีการผสมผสานหรือบูรณาการประสบการณ์สามารถค้นหาจุดมุ่งหมายในตนเองและการช่วยเหลือผู้อื่น บุคคลไม่เพียงแต่มุ่งช่วยเหลือบุคคลอื่นแต่มีการถ่ายทอดพลังไปสู่งานหรือกิจกรรม ทำให้เกิดความพึงพอใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาหรือความยุ่งยากได้ และสามารถวางแผนอนาคตได้

อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเกิดผลเชิงลบได้นั้นคือ การที่บุคคลกระตือรือร้นถึงความสามารถของมารดา นำมาสู่การมุ่งหวังความรับผิดชอบของมารดาที่มากเกินไป ส่งผลให้มารดาเกิดความเครียด และไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอในการจัดการกับความเครียด รวมถึงการที่บุคคลที่ไม่เคารพในการตัดสินใจของผู้รับบริการ หรือการไม่ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ

การทบทวนวรรณกรรมมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ไปใช้ในการศึกษา พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนใหญ่ทำให้บุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจและความสามารถในตนเอง มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ อายุระหว่าง 18-59 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 39 ราย โดยให้การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกันพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมี

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสุขภาพตั้งแต่วันแรกถึงสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสัปดาห์ที่ 2 แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 4 และ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และสัปดาห์ที่ 6 และ 8 ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสดีขึ้น (จุฬา ช่วยเมือง, 2550) เช่นเดียวกับการศึกษาในลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อายุระหว่าง 23-48 ปี จำนวน 50 ราย โดยการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารจากบุคคลากร ผลการศึกษาพบว่า หลังให้การเสริมสร้างพลังอำนาจหญิงที่ติดเชื้อมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (Marellich & Murphy, 2003) และการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพื่อให้มีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดสารเสพติดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ และหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บุญเดือน เหลืองเลิศขจร, 2547) และการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลพบว่า หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนการรับรู้ความสามารถต่อการออกกำลังกาย และคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ลัดดาวัลย์ และคณะ, 2549)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) เมื่อนำมาใช้กับการศึกษา ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถของตนเองว่าเป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดความรู้สึกตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดการยอมรับ และต้องการหาแหล่งข้อมูลที่จะช่วยทำให้ตนเองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยใช้กลวิธียอมรับในความเป็นบุคคลและการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ประเมินผลการผ่านขั้นตอนที่

1 โดยเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถบันทึกหัวข้อที่กำหนดครบทุกหัวข้อ และร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กรณีเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้เขียนบันทึกในหัวข้อที่กำหนดให้ครบทุกคน ก่อนให้เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้ โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล ประเมินผลการผ่านขั้นตอนที่ 2 โดยเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถบันทึกหัวข้อที่กำหนดครบทุกหัวข้อ ร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง และร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กรณีเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้เขียนบันทึกในหัวข้อที่กำหนดให้ครบทุกคน ก่อนให้เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม สามารถกำหนดเป้าหมายเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ โดยใช้กลวิธีการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การให้การสนับสนุน อำนาจความสะดวก และให้ใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้แนวทาง รวมทั้งให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ประเมินผลการผ่านขั้นตอนที่ 3 โดยเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกคนบันทึกหัวข้อที่กำหนดครบทุกหัวข้อ และร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และลงมือปฏิบัติตามวิธีที่เลือก กรณีเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้เขียนบันทึกในหัวข้อที่กำหนดให้ครบทุกคน ก่อนให้เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถประเมินการปฏิบัติของตนเองว่ามีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล และการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในกรณีที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ ประเมินผลการผ่านขั้นตอนที่ 4 โดยเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกคนบันทึกหัวข้อที่กำหนดครบทุกหัวข้อ และร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กรณีไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้เขียนบันทึกในหัวข้อที่กำหนดให้ครบทุกคน ก่อนจะให้เข้าร่วมกิจกรรมชุดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การใช้กลวิธีต่างๆ ในการเสริมสร้างพลังอำนาจและกิจกรรมที่จัดขึ้นตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ น่าจะทำให้เยาวชนที่ติดเชื่อรับรู้พลังอำนาจและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อตนเอง ส่งผลให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

เยาวชนที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์เป็นกลุ่มมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นวัยที่ขาดวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้งพฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด ประกอบกับการติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ผู้ติดเชื่อกลัวสังคมรังเกียจ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง การวิจัยนี้จึงใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Glibson, 1993) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้พลังอำนาจในตนเอง สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

การศึกษานี้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ทำให้เยาวชนที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์เกิดความรู้สึกตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดการยอมรับ และต้องการหาแหล่งข้อมูลที่จะช่วยทำให้ตนเองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล ทำให้เยาวชนที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ โดยใช้กลวิธีการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวก และให้ใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้แนวทาง รวมทั้งให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ทำให้เยาวชนที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถกำหนดเป้าหมายเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคลและการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ทำให้เยาวชนที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้

ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ และสามารถควบคุมให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องได้ เมื่อเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผ่านกระบวนการดังกล่าวทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อรับรู้พลังอำนาจและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ส่งผลให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นและลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย งดใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติดได้



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved