

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี รับประทานไวรัสที่คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และโรงพยาบาลเสถภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวนทั้งสิ้น 46 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 23 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย บุคคลที่ร่วมพักอาศัย ที่พักอยู่ใกล้สถานบันเทิง/เรณูมัย รายได้ของครอบครัว บุคคล/องค์กรที่สนับสนุนด้านการเงิน ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาในการรับรู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เหตุผลที่ทำให้ไม่รับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา และการได้รับการสนับสนุนจากญาติ ดังแสดงในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	(n=23)		(n=23)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
15-17	13	56.5	11	47.8	.087	.768
18-24	10	43.5	12	52.2		
$\bar{X}$ (SD.)	18.22 (3.37)		19.35 (3.76)			
Range	15-24		15-24			
เพศ						
ชาย	10	43.5	10	43.5	.000	1.000
หญิง	13	56.5	13	56.5		
สถานภาพสมรส						
โสด	20	87.0	20	87.0	2.564	.352
คู่	1	4.3	3	13.0		
หย่า/แยก	2	8.7	0	0		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	7	30.4	3	13.1	3.200	.202
มัธยมต้น	13	56.5	13	56.5		
มัธยมปลาย/ปวช.	3	13.1	7	30.4		

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกต่างกันในเรื่อง อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 18.22 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 19.35 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในสัดส่วนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 56.5 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดในสัดส่วนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 87.0 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมต้นในสัดส่วนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 56.5

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว
ลักษณะที่อยู่อาศัย บุคคลที่ร่วมพักอาศัย ที่พักอยู่ใกล้สถานบันเทิง/เรีงมย์ รายได้ของครอบครัว
บุคคล/องค์กรที่สนับสนุนด้านการเงิน และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	4	17.4	9	39.1	1.716	.190
ครอบครัวขยาย	19	82.6	14	60.9		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)						
1-5	15	65.2	17	73.9	.103	.749
6-10	8	34.8	6	26.1		
ลักษณะที่อยู่อาศัย						
บ้านตนเอง	23	100.0	22	95.7	.000	1.000
หอพัก	0	0	1	4.3		
บุคคลที่ร่วมพักอาศัย						
บิดา/มารดาและญาติ	22	95.7	19	82.6	1.299	.346
คู่รัก/แฟน	1	4.3	3	13.1		
เพื่อน	0	0	1	4.3		
ที่พักอยู่ใกล้สถานบันเทิง/ เรีงมย์						
ไม่อยู่ใกล้	18	78.3	19	82.7	1.617	.845
คาราโอเกะ	1	4.3	2	8.7		
โรงแรม/ม่านรูด	1	4.3	1	4.3		
ห้องอาหาร/คาเฟ่	3	13.1	1	4.3		
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)						
< 1,000	4	17.4	2	8.7	1.881	.724
1,000-3,000	2	8.7	4	17.4		
3,001-5,000	8	34.8	10	43.5		
> 5,000	9	39.1	7	30.4		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	(n=23)		(n=23)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บุคคล/องค์กรที่สนับสนุนด้านการเงิน						
บิดา/มารดาและญาติ	20	87.0	17	73.9	3.069	.342
คู่รัก/แฟน	2	8.7	6	26.1		
องค์กรของรัฐ/มูลนิธิ	1	4.3	0	0		
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล (กิโลเมตร)						
< 10	10	43.5	9	39.1	.000	1.000
≥ 10	13	56.5	14	60.9		

จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกต่างกันในเรื่องลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย บุคคลที่ร่วมพักอาศัย ที่พักอยู่ใกล้สถานบันเทิง/เรียมย์ รายได้ของครอบครัว บุคคล/องค์กรที่สนับสนุนด้านการเงิน ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 82.6 และ 60.9 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 และ 73.9 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พักอาศัยในบ้านตนเองร้อยละ 100.0 และ 95.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดาและญาติร้อยละ 95.7 และ 82.6 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ที่พักไม่อยู่ใกล้สถานบันเทิง/เรียมย์คิดเป็นร้อยละ 78.3 และ 82.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือน และ 3,000-5000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 39.1 และ 43.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีบิดา/มารดาและญาติเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงินคิดเป็นร้อยละ 87.0 และ 73.9 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลตั้งแต่ 10 กิโลเมตรขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.5 และ 60.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาที่รับรู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เหตุผลที่ไม่รับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา และการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาที่รับรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี (ปี)						
< 3	1	4.3	5	21.7	3.296	.210
3-6	10	43.5	10	43.5		
> 6	12	52.2	8	34.8		
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (เดือน)						
< 6	1	4.3	1	4.3	.678	1.000
6-12	1	4.3	2	8.7		
> 12	21	91.4	20	87.0		
เหตุผลที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา						
ลืมรับประทานยา	21	91.4	18	78.4	4.377	.498
ไม่ต้องการเป็นที่สังเกตและสงสัย	1	4.3	2	8.7		
ยาหมดแต่ไม่ได้ไปพบแพทย์	0	0	1	4.3		
ปรับเปลี่ยนเวลาดำเนินชีวิต	0	0	1	4.3		
จำนวนมือยามาก	1	4.3	0	0		
ไม่แน่ใจวิธีการรับประทานยา	0	0	1	4.3		
การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์						
เพียงพอ	23	100.0	23	100.0	-	-

จากตารางที่ 3 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกต่างกันในเรื่องระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เหตุผลที่ไม่รับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา และการได้รับการสนับสนุนดูยาองานามัย โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีเชื้อเอชไอวีมากกว่า 6 ปีขึ้นไป และ 3-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.2 และ 43.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 12 เดือนคิดเป็นร้อยละ 91.4 และ 87.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีเหตุผลที่ไม่รับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาคือ ลืมรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 91.4 และ 78.4 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการสนับสนุนดูยาองานามัยคิดเป็นร้อยละ 100.0

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยา (pill counts) กลุ่มตัวอย่างที่ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 95 ขึ้นไป เป็นกลุ่มมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส และกลุ่มตัวอย่างที่ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่าร้อยละ 95 เป็นกลุ่มขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังแสดงในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=23$)

		หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ		McNemar test	
		มีวินัยในการ รับประทานยา ต้านไวรัส	ขาดวินัยในการ รับประทานยา ต้านไวรัส	χ^2	p-value
ก่อนได้รับการ เสริมสร้าง พลังอำนาจ	มีวินัยในการ รับประทานยา ต้านไวรัส	19	4	18.070	.000
	ขาดวินัยในการ รับประทานยา ต้านไวรัส	0	0		

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสจำนวน 0 คน จากจำนวนทั้งหมด 23 คน หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 19 คน ซึ่งมากกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กลุ่มตัวอย่าง	มีวินัยในการ รับประทานยา ต้านไวรัส		ขาดวินัยในการ รับประทานยา ต้านไวรัส		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง (n=23)	19	82.6	4	17.4	14.723	.000
กลุ่มควบคุม (n=23)	5	21.7	18	78.3		

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสคิดเป็นร้อยละ 82.6 ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสคิดเป็นร้อยละ 21.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มจำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด ดังแสดงในตารางที่ 6-7

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=23$)

ช่วงระยะเวลาที่ศึกษา	$\bar{X}$	S.D	Paired t-test	
			t	p-value
ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ	32.06	7.56	11.753	.000
หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ	14.83	4.82		

หมายเหตุ. คะแนนเต็ม 72 คะแนน

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยง 32.06 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.56) จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงลดลงเป็น 14.83 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.82) ซึ่งน้อยกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D	Independent t-test	
			t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=23)	14.83	4.82	-5.019	.000
กลุ่มควบคุม (n=23)	28.53	10.81		

หมายเหตุ. คะแนนเต็ม 72 คะแนน

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยง 14.83 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.82) จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยง 28.53 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) เมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้รับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้ จึงทำให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ตารางที่ 1) เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 195 ราย ในปีโรตัสบราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพศหญิงมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าเพศชาย (Pinheiro et al., 2002) และการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 396 ราย ในอังกฤษ (Rudy et al., 2009) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะธรรมชาติของเพศหญิงที่มีความอ่อนโยน และมีความสนใจในตนเองมากกว่าเพศชาย (Bakan, 1970, อ้างใน ปรีชา อรุณสวัสดิ์, 2531) จึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ รับประทานยาได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ตารางที่ 1) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญาวัดนา และคณะ (2553) การศึกษาของ ซาน่า และคณะ (Sarna et al., 2008) ในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 234 ราย ในบอมเบยา เคนยา และการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 134 ราย ในโตเลโด รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา (Duggan et al., 2009) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคู่ครองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่ยังไม่มีคู่ครอง ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษายังไม่มีคู่ครองแต่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาและญาติ (ตารางที่ 2) จึงมีบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือในการรับประทานยาต้านไวรัส จึงทำให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีวินัยเป็นกลุ่มที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ตารางที่ 1) เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 234 ราย ในบอมเบซา เคนยา (Sama et al., 2008) และการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 134 ราย ในโตเลโด รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา (Duggan et al., 2009) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีการศึกษาค่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระดับการศึกษาค่ำแต่เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่กับบิดา/มารดาและญาติ (ตารางที่ 2) คอยช่วยเหลือในการรับประทานยา จึงทำให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นรายได้มากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 195 ราย ในปีโรตัส บราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีรายได้มากจะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Pinheiro et al., 2002) อาจเป็นเพราะเมื่อมีรายได้มากทำให้มีความสะดวกในการเสียค่าใช้จ่ายเพื่อเดินทางมารับยาที่สถานบริการได้ (จุฬา ช่วยเมือง, 2550) และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 10 กิโลเมตร (ตารางที่ 2) ใกล้กว่ากลุ่มที่ขาดวินัย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 253 ราย ในรัฐโอไฮโอ ในจีเรีย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลใกล้จะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลไกล (Salami et al., 2010) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสะดวกในการรับบริการตรวจตามนัดจึงทำให้รับยาได้อย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 12 เดือน (ตารางที่ 3) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 195 ราย ในปีโรตัส บราซิล พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่า 6 เดือน มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่รับประทานยามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (Pinheiro et al., 2002) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการรับประทานยามานานแต่ยังมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส อาจเป็นเพราะผ่านพ้นระยะของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และอาจเป็นเพราะเป็นกลุ่มที่รับรู้ว่าคุณค่าของการรับประทานยาต้านไวรัสได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และอาจเป็นเพราะเป็นกลุ่มที่รับรู้ว่าคุณค่าของการรับประทานยาต้านไวรัสได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) จึงเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาต้านไวรัส ทำให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สาธารณสุข, 2549) เช่นเดียวกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 352 ราย ในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับรู้ว่าจะติดเชื้อมานานจะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่รับรู้ว่าจะติดเชื้อในระยะเริ่มต้น (Tanney et al., 2010)

จากผลการวิจัยหลังยุติกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดังคำกล่าว “เราต้องสู้ เราทำดีทำถูก ผลก็ตกที่ตัวเรา” “เรากินยาตลอดร่างกายเราก็แข็งแรง คุณหมอเขาแค่แนะนำแต่คนทำก็ตัวเรา เราต้องทำเอง” “พอหนูกินยาตรงเวลา ไม่ขาดยา รู้สึกได้ว่าแข็งแรง ไม่ป่วย คิดว่าจะต้องทำให้ได้แบบนี้ตลอดไป หนูอยากเรียนหนังสือให้จบ อยากมีงานทำจะได้ดูแลตัวเอง” “หนูคิดว่าหนูทำได้ เพราะเป็นตัวเรา เราทำเพื่อตัวเรา ทำแล้วสุขภาพเราก็ดี ไม่ป่วย” “หนูคิดว่าสุขภาพเป็นของเรา เราทำดีเพื่อตัวเรา ตอนที่หนูทำตามคุณหมอนแนะนำว่าใช้หลายๆ วิธีเดือน หนูก็กินยาตรงเวลาตลอด หนูจะตั้งใจทำเพราะรู้สึกว่าจะดีขึ้น แข็งแรง ไม่เหนื่อยง่ายเหมือนเดิม” จะเห็นได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับดีจะมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ (ปวีณา ชื่นจิตร, 2548) นอกจากเกิดการรับรู้พลังอำนาจและความสามารถของตนเอง ยังทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีวินัยการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ จุฬา ช่วยเมือง (2550) พบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผ่านขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเกิดความเชื่อมั่นและตั้งใจปฏิบัติตามสิ่งที่ได้กำหนดไว้ ทำให้มีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพดีขึ้น รับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาและมาตรวจรับยาตามนัดมากขึ้น

ทั้งนี้จากการศึกษายังมีกลุ่มตัวอย่างขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส เป็นเพศชาย 3 คน และเพศหญิง 1 คน โดยเพศชาย 3 คน มีสาเหตุจากการลืมรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เหตุผลที่ไม่รับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาส่วนใหญ่คือ ลืมรับประทานยา (ตารางที่ 3) เป็นผู้ใช้สารเสพติด และดื่มแอลกอฮอล์ (ภาคผนวก ข) ซึ่งการเสพสารเสพติดเรื้อรังจะทำให้ผู้เสพเกิดอาการสมองเสื่อม นอนไม่หลับ และประสาทหลอน ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังให้ผลคล้ายกันคือทำให้สมองเสื่อม และหลงลืม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างลืมรับประทานยาต้านไวรัส และทำให้ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (Azar et al., 2010) และการเสพติดยาทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ไม่เสพถึง 3.3 เท่า (Jong et al., 2005) จึงนำปัญหาที่พบรายงานต่อเจ้าหน้าที่รับผิดชอบคลินิกโรคเอดส์ เพื่อนำกลุ่ม

ตัวอย่างเข้ารับคำปรึกษาเพื่อเลิกเสพยาเสพติด จะทำให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส และส่งผลให้การรักษาประสบผลสำเร็จ (Azar et al., 2010; Holstad et al., 2006)

กลุ่มตัวอย่าง 1 คน เป็นเพศหญิง ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการใช้สารเสพติด ให้เหตุผลที่ทำให้ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสคือ ทำงานบ้านจนลืมเวลาในการรับประทานยา ใช้โทรศัพท์มือถือในการเตือน แต่เวลาทำงานไม่พกติดตัวทำให้ไม่ได้ยินเสียง จึงแนะนำให้พกติดตัวและให้บุคคลในครอบครัวช่วยเตือน เห็นได้ว่าการใช้หลายวิธีในการเตือนจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) เมื่อยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างว่า “ผมจะระวังเวลาจะมีอะไรกับแฟนต้องป้องกันทุกครั้ง จะได้ไม่เอาเชื้อไปให้ใคร” “ต่อไปต้องทำอย่างจริงจัง อยากรมีชีวิตอยู่กับลูกนานๆ ต้องไม่กินเหล้า ต้องบอกให้แฟนป้องกัน” “ตอนนี้ผมป้องกันทุกครั้ง เพราะไม่อยากให้คนอื่นติดเชื้อจากเรา และผมก็ไม่อยากรับเชื้อมา กลัวคือยา ผมกินยาตรงเวลาถ้าพฤติกรรมผมไม่ดี ก็คือยาเหมือนที่คุณหมอบอก ผมอยากแข็งแรง ไม่อยากป่วย อยากมีชีวิตอยู่นานๆ” ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของจุฬา ช่วยเมือง (2550) พบว่า หลังผู้ติดเชื้อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีขึ้น มีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด และการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอาจเป็นเพราะมีที่พัก ไม่อยู่ใกล้สถานบันเทิง/เรียมย์ (ตารางที่ 2) ทำให้ไม่มีสิ่งยั่วเย้า เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองตามธรรมชาติจึงทดลองเที่ยวสถานเรียมย์ทำให้ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด และมีเพศสัมพันธ์ได้ (อรอุยา จันทรวิรุฑ, 2544) และลักษณะที่พักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยที่บ้านตนเอง (ตารางที่ 2) จึงอาจทำให้ลดโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ดังการศึกษาของ สุทธิลักษณ์ ดั่งกูรบริบูรณ์ และคณะ (2541) พบว่า ลักษณะที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผู้ที่พักอาศัยในสถานที่ที่ไม่ใช่บ้านตนเองโดยเฉพาะหอพักหรือวัด เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าผู้ที่พักอาศัยที่บ้านตนเอง

เมื่อแยกพฤติกรรมเสี่ยงเป็นรายกิจกรรมพบว่า หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ยกเว้น กิจกรรมการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในช่วงระยะเวลาเดียวกัน และการมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือแผ่นรอง (ตารางที่ 3)

กิจกรรมการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในช่วงระยะเวลาเดียวกันพบว่า ก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีกิจกรรมเสี่ยงดังกล่าวภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจำนวน 5 คน เป็นเพศชาย ให้เหตุผลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพราะเป็นคู่นอนประจำจึงยังมีการแสดงความรักต่อกัน ไม่กล้าที่จะบอกเลิกและปฏิเสธ แต่ใช้วิธีป้องกันทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับข้อมูลการตอบแบบสอบถามในกิจกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำมีคะแนนเฉลี่ยลดลงหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (ตารางที่ 3) ซึ่งการมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ชาวชนในปัจจุบันมีความเชื่อว่าเป็นเรื่องสามารถปฏิบัติได้อย่างเสรี (สิริวรรณ วัฒนผล, 2548) เป็นเรื่องธรรมดา ไม่เสียหาย และวัยรุ่นเพศชายมีความเชื่อว่าตนเองสามารถมีคู่นอนได้หลายคน (จุฑพล อภิวงค์งาม, 2547; อนงค์ ประสานนันทกิจ และคณะ, 2552) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะธรรมชาติของเพศชายที่มีความเป็นผู้นำ มีลักษณะของการป้องกันตัวมีความกล้าและสามารถทำในสิ่งที่เหนือกว่าเพศหญิง (Bakan, 1970, อ้างใน ปรีชา อรุณสวัสดิ์, 2531) ดังนั้นจึงพบมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว เช่นเดียวกับรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2010 พบว่า ชาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนมากกว่าผู้ติดเชื้อในกลุ่มอื่น (WHO & UNAIDS, 2010b) จากปัญหาดังกล่าวจึงส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของความเสี่ยงเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนโดยไม่ป้องกัน โดยประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มทุกครั้งที่มาใช้บริการและให้คำแนะนำเป็นรายกรณี เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (WHO, 2009b)

การมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือแผ่นรองพบว่า มีการปฏิบัติไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ปฏิบัติเมื่อมีกิจกรรมดังกล่าวจำนวน 14 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่ากัน โดยให้เหตุผลที่ไม่ปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจาก แผ่นรองปากหาซื้อยากและมีราคาแพง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยฝ่ายชายเป็นผู้ปฏิบัติจะไม่ปฏิบัติเพราะไม่มีแผ่นรองปาก แต่เมื่อฝ่ายหญิงเป็นผู้ปฏิบัติจะปฏิบัติได้เนื่องจากฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากคลินิกโรคเอดส์ที่รับบริการ (ตารางที่ 3) จะเห็นได้ว่ากรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากขาดอุปกรณ์ในการป้องกัน จึงแนะนำการใช้วัสดุทดแทนได้แก่ ถุงยางอนามัยเพศชายตัดเป็นแผ่นสี่เหลี่ยม หรือใช้พลาสติกห่ออาหารรองที่

อวัยวะเพศ สามารถนำมาใช้ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปากได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) และกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 2 คน มีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางปากไม่น่าจะทำให้ติดเชื้อเมื่อไม่มีแผลที่ปากและอวัยวะเพศ เช่นเดียวกับการศึกษาผลการสอนบนเว็บต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายของ วิลลิสรี ศรีคันทะ (2553) พบว่า การใช้แผ่นรองปากเมื่อมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังการสอนบนเว็บ ไม่มีความแตกต่างกันเนื่องจากแผ่นรองปากหาซื้อยากและมีราคาแพง และมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางปากไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากผลการศึกษาได้ให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องความเสี่ยงเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยไม่ป้องกัน ทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้เป็น 2 เท่า ของผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ ส่วนชายที่เป็นเจ้าของอวัยวะเพศอาจไม่มีความเสี่ยง แต่อาจเสี่ยงในกรณีที่ในปากของผู้รับมีแผลหรือเลือดออก แม้โอกาสในการแพร่เชื้อจะต่ำแต่ยังมีความเสี่ยงในคู่ที่มีผลเลือดต่าง (CDC, 2003; WHO, 2009b)

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงรายกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ยกเว้น กิจกรรมการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในช่วงระยะเวลาเดียวกัน การเปิดเผยผลเลือดของตนเองเมื่อเปลี่ยนคู่นอน และการถามผลเลือดของคู่นอนเมื่อเปลี่ยนคู่นอน (ตารางที่ ข4)

กิจกรรมการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ ข4) ดังข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ชาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนมากกว่าผู้ติดเชื้อในกลุ่มอื่น (WHO & UNAIDS, 2010b) เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและทางเพศที่มีความสมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่ แต่การพัฒนาทางอารมณ์ จิตใจ และสังคมยังไม่พัฒนาไปตามร่างกาย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และจิตใจได้ มีความแปรปรวนไปตามสิ่งแวดล้อมรอบตัว ขาดวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ จึงทำให้ชาวชนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้งพฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด (พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา และคณะ, 2547) ประกอบกับชาวชนยังมีความเชื่อว่าการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในปัจจุบันถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา ไม่เสียหาย (จุฑพล อภิวงค์งาม, 2547) และสามารถปฏิบัติได้อย่างเสรี (สิริวรรณ ธัญญผล, 2548)

การเปิดเผยผลเลือดของตนเองเมื่อเปลี่ยนคู่นอน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการถามผลเลือดของคู่นอนเมื่อเปลี่ยนคู่นอน (ตารางที่ ข4) อาจเนื่องจากการเปิดเผยผลเลือดเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551)

กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวที่จะบอกผลเลือดของตนเองและไม่กล้าถามผลเลือดของคู่รักดังกล่าว “หนูไม่กล้าบอกแฟนว่าติดเชื้อ หนูกลัวเขาทิ้ง” “เราอยากป้องกันแต่แฟนยังไม่รู้ว่าติดเชื้อ จะทำอย่างไรดี” ดังข้อมูลจากการสำรวจเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปิดเผยผลเลือดของตนต่อคู่นอนร้อยละ 60.7 (คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) ในเคปทาวน์ แอฟริกาใต้ พบเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปิดเผยผลเลือดของตนต่อคู่นอนร้อยละ 67.6 และมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีผลเลือดลบหรือไม่ทราบผลเลือดร้อยละ 73.5 (Eisele et al., 2009) จะเห็นว่าเกือบร้อยละ 40 ของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่เปิดเผยผลเลือด ถือเป็นความเสี่ยงทำให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ถึงแม้การเปิดเผยผลเลือดจะเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และคู่นอนได้มีการเปิดเผยผลเลือด เพื่อให้ทั้งคู่ได้ร่วมกันวางแผนในการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) แต่จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ไม่กล้าบอกหรือกลัวคนหมอง ไม่ใช้แค่แฟนผมนะ เกิดคนอื่นรู้ด้วยว่าผมติดเชื้อคงไม่มีใครรับผมทำงาน” “หนูยังไม่กล้าบอกพ่อกับแม่ว่าติดเชื้อ กลัวพ่อกับแม่เสียใจ” จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดเพราะกลัวผลกระทบที่ตามมา จึงควรประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม และให้คำปรึกษาเป็นรายกรณีเมื่อเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มารับบริการ เพราะเป็นแนวทางช่วยลดการแพร่เชื้อและการไม่รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ลดการฉ้อฉล และการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (WHO, 2009a)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มลดลง ดังการศึกษาของ จูฟา ช่วยเมือง (2550) ถึงผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา โดยการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารพบว่า หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจหญิงที่ติดเชื้อมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (Marelich & Murphy, 2003)