

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาแบบแผนและเงื่อนไขของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีคู่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. โรคเอดส์
2. แบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
4. แนวคิดเกี่ยวกับคู่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน
5. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์งานวิจัย

โรคเอดส์

เอดส์ (AIDS Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคซึ่งเกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV = Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ที่มีชื่อว่า CD4 ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค จนมีระดับต่ำลงอย่างช้าๆ ทำให้ร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดภูมิคุ้มกันและเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) คนส่วนใหญ่มักมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ว่าเป็นแบบเดียวกัน แต่โดยความหมายแล้วมีความแตกต่างกัน ดังนี้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือบุคคลที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย แต่มีจำนวนเซลล์ CD4+ lymphocytes มากกว่า 200 cells/mm³ จึงยังไม่เกิดอาการจากเชื้อฉวยโอกาส โดยทั่วไปจะไม่มีอาการแสดงเป็นเวลา 5-10 ปี แต่จะตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี หรือส่วนประกอบของเชื้อเอชไอวีในเลือดของบุคคลนั้น และถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการแต่เชื้อไวรัสเอชไอวีก็ยังคงแบ่งตัวและทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอยู่ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551)

ผู้ป่วยเอดส์ คือบุคคลที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี และเชื้อไวรัสได้เข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่มีชื่อว่า CD4 lymphocyte จนทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง มี CD4+ count น้อยกว่า 200 cells/mm³

และอาจจะทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสและมะเร็งบางชนิด เช่น Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP), Cryptococcal Meningitis มะเร็งบางชนิด เช่น Cervical Cancer, Kaposi's Sarcoma, Central Nervous System Lymphoma (สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ, 2551)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ความหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือบุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวี และได้รับการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการหรือการวินิจฉัยจากแพทย์ในโรงพยาบาล ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือมีผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเป็นบวก มีจำนวนเซลล์ CD4 + lymphocytes มากกว่า 200 cells/mm³ และยังไม่เกิดอาการจากเชื้อฉวยโอกาส

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง ดังนั้นผู้ที่สัมผัสกับเชื้อเอชไอวีโดยตรง มีโอกาสได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย และมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่บุคคลอื่นได้เช่นกัน

การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวีพบได้ในของเหลวและสารคัดหลั่งต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือด น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำตา น้ำลาย และสารคัดหลั่งอื่นๆ ของร่างกายที่มีส่วนประกอบของเลือด ดังนั้นบุคคลจะได้รับเชื้อเอชไอวีได้โดยผ่านทางสัมผัสกับของเหลวและสารคัดหลั่งต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีมีการติดต่อได้ 3 ทางดังนี้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2010)

1. การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เชื้อเอชไอวีสามารถแพร่กระจายได้ทางเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง หรือชายกับชาย และเกิดได้กับทุกช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างอวัยวะเพศของผู้ชายกับช่องคลอดของผู้หญิง อวัยวะเพศของผู้ชายกับทวารหนักของผู้ชายหรือทวารหนักของผู้หญิง เนื่องจากเยื่อเมือกของทั้งช่องคลอดและทวารหนักมีตัวรับ (receptor) ที่ทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปเกาะจับได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 84.03 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

2. การติดต่อทางเลือด โดยการสัมผัสเลือดผ่านทางแผลเปิด การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี พบร้อยละ 0.02 แต่ในปัจจุบันประเทศไทยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อโดยวิธีการนี้ลดลง เพราะเลือดทุกยูนิตจะได้รับการตรวจ anti-HIV ก่อนนำไปให้กับผู้ป่วย การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักจะพบในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดร้อยละ 4.43 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีที่ตำหรือ

บาด ซึ่งมักเกิดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยโอกาสเกิดการติดเชื้อเอชไอวีจากการถูกเข็มที่มามี
น้อยกว่าร้อยละ 1 (Centers for Disease Control and Prevention, 2010)

3. การติดต่อจากมารดาสู่ทารก เป็นการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกในขณะที่ทารกยังอยู่ในครรภ์
มารดาโดยเชื้อเอชไอวีจะผ่านจากรกไปยังทารกที่อยู่ในครรภ์ หรือเป็นการติดเชื้อขณะคลอดจากการที่
เด็กสัมผัสกับมูกเลือดในช่องคลอดและน้ำคร่ำขณะคลอดผ่านทางผิวหนัง ปาก จมูก ตา และรอยตัด
ของสายสะดือ หรือเป็นการติดเชื้อหลังคลอดจากการดื่มนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งปัจจุบันพบ
กลุ่มที่ติดเชื้อจากมารดาร้อยละ 3.62 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,
2555)

นอกจากนี้การติดเชื้อเอชไอวียังขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริมต่างๆ ที่ทำให้เกิดโอกาสการติดเชื้อเอชไอวี
ได้ง่ายและเร็วขึ้น ซึ่งปัจจัยเสริมดังกล่าวได้แก่ ปริมาณของเชื้อเอชไอวีที่มีอยู่ในเลือดหรือสารคัดหลั่ง
โดยเลือด น้ำอสุจิและน้ำคร่ำ เป็นสารคัดหลั่งที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีที่มีความเข้มข้นสูงสุด น้ำในช่อง
คลอดและน้ำนม พบเชื้อเอชไอวีในปริมาณปานกลาง ส่วนสารคัดหลั่งที่พบเชื้อเอชไอวีในปริมาณ
น้อยมากได้แก่ น้ำตา น้ำลาย ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำมูก เสมหะ เหงื่อและอาเจียน การป่วยด้วยโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ก็เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโอกาสการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ความถี่ของการ
สัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งเช่นการมีเพศสัมพันธ์ ก็เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโอกาสการติดเชื้อ
เอชไอวีสูงมากขึ้นได้เช่นกัน นอกจากนี้หากผู้สัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งที่มีเชื้อเอชไอวี มีภาวะ
สุขภาพอ่อนแอ มีการเจ็บป่วย ก็ทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2532,
อ้างใน จินดา ทิสอูน, 2547)

ดังนั้นคนที่สัมผัสกับ โรคเอดส์หรือคนที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ในร่างกาย ไม่จำเป็นต้องมีการ
ติดเชื้อเอชไอวีเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและความแข็งแรงของเชื้อเอชไอวี ปริมาณเชื้อเอชไอวีที่
สัมผัส จำนวนครั้งที่สัมผัส และภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายขณะสัมผัสโรค ซึ่งหากบุคคลมีการติด
เชื้อเอชไอวีแล้ว ก็จะมีอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ตามระยะต่างๆ ดังนี้

อาการและอาการแสดงของโรคเอดส์

อาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นมีได้หลายระยะตามการดำเนินของโรค ดังนี้
(สมชาย แสงกิจพร, 2550)

ระยะที่ 1: การติดเชื้อระยะแรก ภายใน 2-3 อาทิตย์หลังจากได้รับเชื้อเอชไอวีพบว่าร้อยละ 10
ของผู้ติดเชื้อจะมีอาการคล้ายไข้หวัด คือมีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ต่อมมน้ำเหลืองโต
ผื่นตามตัว แขนขาชาหรืออ่อนแรง และอาการจะหายไปเองประมาณ 10-14 วัน ส่วนใหญ่จะตรวจพบว่า

มีภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีที่เรียกว่าแอนติบอดี (antibody) อยู่ในกระแสเลือดหรือที่เรียกว่าเลือดบวก หลังจากได้รับเชื้อไปแล้วประมาณ 3 เดือน และบางรายอาจต้องรอถึง 6 เดือนจึงจะตรวจพบ โดยที่ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการแสดงใดๆ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะแรกมีโอกาสแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้มาก เนื่องจากไวรัสเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วและมีปริมาณมาก สามารถเข้าสู่กระแสเลือดและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ทั่วร่างกาย

ระยะที่ 2: ระยะไม่แสดงอาการ ระยะนี้เชื้อไวรัสเอชไอวียังคงเพิ่มจำนวนอยู่ตลอดเวลา และจำนวน CD4 T-cell ลดจำนวนลงต่อเนื่อง การที่จำนวน CD4 T-cell ลดลงจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น จำเป็นต้องเริ่มต้นรักษา และเมื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วต้องติดตามว่า viral load ลดลงและ CD4 T-cell เพิ่มขึ้น จึงจะบอกได้ว่า ยาที่ใช้เหมาะสม เชื้อไวรัสไม่คือยา ระยะไม่ปรากฏอาการนี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางรายแสดงอาการในเวลา 2 ปีหลังได้รับเชื้อเอชไอวีซึ่งจัดได้ว่าเป็นผู้ที่โรคดำเนินเร็ว (rapid progressor) แต่โดยส่วนใหญ่ถ้ายังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะปรากฏอาการแสดงในเวลา 8-12 ปี อย่างไรก็ตามพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการแสดงนานกว่า 20 ปี และจำนวน CD4 T-cell ไม่ลดลง เรียกว่าผู้โรคดำเนินช้า (Long Term Non-Progressor)

ระยะที่ 3: ระยะแสดงอาการของโรค เนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง ที่เรียกว่า HIV disease หรือ AIDS เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมาก ผู้ป่วยจะมีอาการของการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ปกติมีความรุนแรงต่ำไม่ก่อโรคในคนปกติ ได้แก่ วัณโรคปอด และวัณโรคปอดนอกเช่นที่ต่อมน้ำเหลือง ตับหรือสมอง ปอดอักเสบจากนิวโมซิสติส (PCP) เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา คริปโตค็อกคัส ทำให้มีอาการไข้ ปวดศีรษะ ชิมและอาเจียน หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อราแคนดิดา ทำให้มีอาการกลืนลำบาก และมักมีโรคเชื้อราในช่องปากร่วมด้วย ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียต่างๆ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ เช่น จอตาอักเสบจากเชื้อไวรัสไซโตเมกะโล (CMV) ทำให้สายตาพร่ามัว อารมณ์รุนแรงถึงตาบอดได้ ท้องเสียรุนแรงจากเชื้อซัลโมเนลลา ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส การติดเชื้อไวรัสเอชพีวีซึ่งอาจทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสโพลีโอมาที่สมองทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง และการติดเชื้อรุนแรงชนิดแพร่กระจายทั่วร่างกายจากเชื้อแบคทีเรีย (MAC) เชื้อโปรโตซัว และเชื้อรา มะเร็งที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งของผนังหลอดเลือดที่มีชื่อว่าแคโปซิซาร์โคมา มะเร็งต่อมน้ำเหลืองกลุ่มไม่ใช่ออดกินส์ มะเร็งปากมดลูก ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและสมองที่พบบ่อยคือ ภาวะความจำเสื่อม หลงลืมง่าย สับสน การทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ เช่น พูดลำบาก เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินเซ แขนขาชาหรือเป็นอัมพาต ชิม กระสับกระส่าย ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็็นโรคเอดส์เต็มขั้นจะเสียชีวิตภายใน 2-4 ปี จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เป็นมากหรือรักษาไม่ได้ หรือโรคติดเชื้อที่ยังไม่มียา

ที่จะรักษา หรือเสียชีวิตจากมะเร็ง ปัจจุบันพบภาวะเหล่านี้ได้น้อยลงเนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีกว่าจะรู้ตัวว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งมีอาการของโรคเอดส์นั้นใช้ระยะเวลาแตกต่างกัน ดังนั้นการตรวจเลือดเพื่อหาร่องรอยการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเริ่มจึงมีความสำคัญ เพราะจะทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดการยอมรับและตระหนักในการดูแลตนเอง และที่สำคัญเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่น

การตรวจเลือดเพื่อการวินิจฉัย

การตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละบุคคล เพื่อยืนยันข้อสงสัยของการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทยจะใช้วิธีการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักตรวจพบได้ในเวลา 3-12 สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจต้องใช้เวลานานกว่านี้แต่ไม่เกิน 6 เดือน โดยวิธีการตรวจจะแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (สุรพล เกาะเรียนอุดม และ สัญชัย ชาติสมบัติ, 2548)

การตรวจกรองเบื้องต้น เรียกว่าวิธีอีไลซ่า (Elisa Test) หรือ วิธีพีเอ (Gel Partical Agglutination) กรณีที่ผลตรวจครั้งแรกเป็นบวกจะต้องทำการตรวจซ้ำทันที หากผลการตรวจซ้ำเป็นลบหรือไม่แน่ใจ ควรทำการตรวจซ้ำอีกหลังจากตรวจครั้งแรก 3-6 เดือน แต่ในกรณีที่ผลการตรวจด้วยวิธีอีไลซ่าเป็นบวกทั้งสองครั้ง จะต้องทำการตรวจยืนยันขั้นตอนต่อไป

การตรวจยืนยัน ด้วยวิธีเวสเทิร์นบลอต (Western Blot) ถ้าผลการตรวจเป็นบวกแสดงว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีในร่างกาย แต่ถ้าเป็นลบแสดงว่าไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีในร่างกาย

การตรวจทั้ง 2 วิธีใช้ตรวจหาแอนติบอดีต่อโปรตีนที่สำคัญและมีความจำเพาะต่อเชื้อเอชไอวีเท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติจะต้องทำการตรวจโดยวิธี Elisa ก่อนเนื่องจากเป็นวิธีที่มีความไวสูง และทำได้ง่าย ใช้เวลาไม่นาน เสียค่าใช้จ่ายน้อย ถ้าผลเป็นบวก จึงทำการตรวจยืนยันด้วยวิธีเวสเทิร์นบลอต เพื่อเป็นการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นวิธีที่ยังมีราคาแพงอยู่ (สุรพล เกาะเรียนอุดม และ สัญชัย ชาติสมบัติ, 2548)

อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่เฉพาะเจาะจงและได้ผลในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดเป็นบวกให้หายขาดได้ ดังนั้นการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ซึ่งได้แก่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความสำคัญอย่างมากในปัจจุบัน เนื่องจากทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะโรคเอดส์ช้าลง ผู้ป่วยสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ซึ่งในประเทศไทยได้กำหนดให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นบริการหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อขยายโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างครอบคลุมมากขึ้น (เพชรศรี ศิริรินทร์, 2549)

ปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอชไอวีหลายชนิด ซึ่งออกฤทธิ์แตกต่างกันออกไป การเลือกใช้ยาจะพิจารณาตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย การรักษาเพื่อให้ได้ผลดีและช่วยลดปัญหาการดื้อยา คือการใช้ยาต้านไวรัสร่วมกัน 3 ชนิดหรือมากกว่า ที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) ซึ่งถือเป็นแนวทางในการรักษาที่ได้ประสิทธิผลดีกว่าการใช้ยาต้านไวรัสเพียงตัวเดียวในการรักษา ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายที่สูงขึ้น และการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2546)

การแบ่งกลุ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี มีการจำแนกตามกลไกการทำงานของยาเป็น 4 กลุ่ม (ปริณาสนธิสมบัติ, 2550) คือ กลุ่ม Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI) ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase ของไวรัสเอชไอวีโดยผ่านกระบวนการ Phosphorylation ได้แก่ ยา Zidovudine (AZT), Stavudine (D4T), Lamivudine (3TC), Didanosine (ddI), Abacavir (ABC) และ Tenofovir (TDF) กลุ่ม Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI) ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase โดยตรงและขัดขวางกระบวนการ Transcription ของเชื้อไวรัสเอชไอวี ได้แก่ ยา Nevirapine (NVP) และ Efavirenz (EFV) กลุ่ม Protease Inhibitors (PI) ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Protease ได้แก่ ยา Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Nelfinavir (NFV), Atazanavir (ATV) Saquinavir soft gel capsule (SQV-sgc) และ Lopinavir/ritonavir (LPV/r) กลุ่ม Fusion Inhibitors ออกฤทธิ์ยับยั้งการเข้าสู่เซลล์ของเชื้อไวรัสเอชไอวี ยากลุ่มนี้ได้แก่ ยา Enfuvirtide (T-20) ซึ่งเป็นยาชนิดเพียงชนิดเดียว และมีราคาแพง

การติดตามประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี วิธีที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือการวัดปริมาณไวรัส (Viral Load) และการวัดระดับ CD4 ทั้งนี้พบว่าการวัดปริมาณไวรัสเป็นดัชนีที่บอกถึงประสิทธิภาพในการรักษาได้แม่นยำกว่า หลังจากเริ่มให้การรักษาด้วยสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี ปริมาณไวรัสเอชไอวีจะต้องลดลงจนน้อยกว่า 50 copies/ml ในเวลา 6 เดือน ซึ่งการตรวจวัดปริมาณไวรัสอาจตรวจทุก 3-6 เดือน ความถี่ในการตรวจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่นค่าใช้จ่ายในการตรวจ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่

ได้ผลดีจะใช้เวลาอย่างน้อย 24-48 สัปดาห์ จากการมีระดับ CD4 ที่เพิ่มขึ้นและมีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดลดลง (กระทรวงสาธารณสุข, 2545, อังโน นิตยา กออิสรานุกภาพ, 2554)

การตรวจวัดระดับ CD4 มีความสำคัญในการติดตามประเมินประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งควรตรวจอย่างน้อยทุก 3-4 เดือน โดยทั่วไปหลังจากเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ระดับ CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จะเพิ่มขึ้น 100-150 เซลล์ต่อไมโครลิตรต่อปี แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจเพิ่มขึ้นน้อยกว่านี้ ซึ่งหากระดับ CD4 ลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้นให้สงสัยว่าผลการรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะถ้าระดับ CD4 ลดลงจากเดิมร้อยละ 30 (สมนึก สังฆานุกภาพ, 2550)

จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรง และยังมีความยุ่งยากในการเฝ้าระวังรักษา แต่อย่างไรก็ตาม โรคเอดส์ก็ยังคงเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งแนวทางในการป้องกันโรคเอดส์ มีดังนี้

แนวทางการป้องกันโรคเอดส์

วิธีการป้องกันโรคเอดส์ สำหรับประชาชนทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ มีดังนี้ (นุชนาฏ เนตรประเสริฐศรี, 2544)

สำหรับประชาชนทั่วไป ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่มีใช้คู่อุปกรณ์ ชื่อสตั๊ดต่อ สามีภรรยาหรือคู่อรัก รักเดียวใจเดียว หากยังมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะหญิงบริการหรือคู่นอนชั่วคราว ควรจะใช้ถุงยางอนามัยป้องกันทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จนเมา เพราะอาจชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือดของบุคคลอื่น เช่น ขณะช่วยเหลือผู้ที่มีบาดแผลเลือดออกควรใส่ถุงมือยางหรือสวมถุงพลาสติก 2-3 ชั้นเพื่อป้องกันระดับระวางการสัมผัสถูกเลือดโดยตรง หลีกเลี่ยงการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม เช่น ที่ตัดเล็บหรือใบมีด โคนร่วมกับผู้อื่น หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก่อนใช้ควรทำลายเชื้อด้วยการแช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ 70%, โฟวิโคน ไอ โอดีน 2.5%, ทิงเจอร์ไอ โอดีน, ไลโซล 0.5-3%, โซเดียมไฮโปคลอไรด์ 0.1-0.5% หรือน้ำยาคลอเร็กซ์ 1 ส่วนผสมน้ำ 9 ส่วน นาน 10-20 นาที เป็นต้น ก่อนแต่งงานควรปรึกษาแพทย์ในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ถ้าพบว่าคนใดคนหนึ่งมีเลือดบวกควรพิจารณาหาทางป้องกันมิให้มี การแพร่เชื้อเอชไอวีสู่อีกบุคคลหนึ่ง คู่สมรสที่มีคนใดคนหนึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีการคุมกำเนิดและป้องกันการแพร่เชื้อ โดยการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

หญิงตั้งครรภ์ที่คิดว่าตนเองหรือคู่สมรสมีพฤติกรรมเสี่ยง ควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจเลือด ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ใหม่ๆ หากพบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวี แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดการติดเชื้อสู่ทารกในครรภ์

มาตรการในระยะยาว คือการรณรงค์ให้เกิดค่านิยมใหม่ ในการสร้างครอบครัวที่อบอุ่น เพื่อป้องกันไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่นการเที่ยวหญิงบริการ และการใช้สารเสพติด

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย ควรมีการใช้มาตรการป้องกัน (Universal Precaution) อย่างเคร่งครัด เช่น การสวมถุงมือ การใช้ผ้าปิดจมูกหรือหน้ากาก การใส่เสื้อคลุมหรือการใช้อุปกรณ์ป้องกัน เมื่อต้องปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสถูกเลือด สารคัดหลั่งหรือสิ่งขับถ่ายของผู้ป่วยทุกคน

ในกรณีที่ถูกตำด้วยเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งถือเป็นอุบัติเหตุที่พบได้บ่อย ควรรีบตรวจเลือดโดยเร็ว และตรวจซ้ำในระยะ 6 สัปดาห์ 3 เดือนและ 6 เดือนต่อมา และควรกินยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกัน โดยเร็วที่สุด โดยการใช้ยาต้านไวรัส 3 ตัวรวมกัน เช่น AZT + 3TC + Indinavir นาน 4-6 สัปดาห์ โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่ถูกเข็มที่ใช้กับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีตำ มีโอกาสติดเชื้อประมาณ 0.47%

ทั้งนี้หากทุกกลุ่มบุคคลมีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวี ในที่สุดก็จะสามารถยุติการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

แบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดต่อของเชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง หรือชายกับชาย และเกิดได้กับทุกช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างอวัยวะเพศของผู้ชายกับช่องคลอดของหญิง อวัยวะเพศของผู้ชายกับทวารหนักของผู้ชายหรือทวารหนักของหญิง ดังนั้นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมีผลทำให้เกิดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งข้อมูลจากกองระบาดวิทยาระบุว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 84.03 รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2554) เห็นได้ว่าพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญคือพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สามีภรรยา การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศโดยไม่สวมถุงยางอนามัย รวมถึงการใช้สารเสพติดบางชนิด เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยาไอซ์ ยาไอซ์ ทำให้ขาดสติและไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (ศศิวิมล นันทสุคนธ์, 2552) ดังนั้นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ทำให้เกิดโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ จึงได้แก่พฤติกรรมดังต่อไปนี้

การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันระหว่างคู่นอนที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเชื้อเอชไอวี การใช้ถุงยางอนามัยจึงเป็นทางเลือกที่สามารถลดโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นถุงยางอนามัยชนิดสำหรับผู้ชายหรือผู้หญิง ในปัจจุบันเชื่อว่าถุงยางอนามัยโดยทั่วไปสามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีทางการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงได้ 78-83% โดยประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยน่าจะยังมีมากขึ้นหากได้ใช้ถุงยางอนามัยในทุกครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์ (Cayley, 2004) นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นเรื่องปกติธรรมดา ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยการใส่ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนที่มีพฤติกรรมทางเพศที่ยังขาดการป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้ง โดยให้เหตุผลว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้มีความรู้สึกทางเพศลดลง บางคนมีอาการแพ้ถุงยางอนามัย และบางคนไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะ Oral Sex ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งที่ไม่มีการป้องกันโดยใช้ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเลย จะให้เหตุผลที่แตกต่างกัน ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทำให้หมดสนุก และคู่นอนไม่ยอมใส่ถุงยางอนามัย (รจนา ญาณปริษาชาญ, 2550)

การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน หมายถึงการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน หรือการมีเพศสัมพันธ์กับชายหรือหญิงที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาของตนจำนวนมากกว่า 1 คนขึ้นไป ทำให้มีโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้สูงกว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือภรรยาหรือคู่นอนแค่เพียงคนเดียว มีข้อสังเกตว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนยังคงมีคู่นอนหลายคน และไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีเลย เนื่องจากคู่นอนไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย บางส่วนจะใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะกับคู่นอนที่ตนเองรักเท่านั้นเพราะกลัวคู่ของตนจะติดเชื้อเอชไอวี (เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล, 2553)

การเที่ยวหญิงบริการทางเพศ เป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ก่อให้เกิดโอกาสในการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งโดยปกติแล้วจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะทางสุขภาพ หากไม่ได้มีการป้องกันที่ถูกต้องขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะหญิงขายบริการทางเพศตามสถานบันเทิงต่างๆ ทั้งนี้จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ติดเชื้อเพศชายส่วนใหญ่ภายหลังจากรับยาต้านไวรัสแล้ว ไม่มีความเสี่ยงและมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงขายบริการทางเพศนอกจากคู่นอนของตน ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์ ประสบการณ์การได้รับเชื้อจากหญิงขายบริการทางเพศ รวมถึงผู้ติดเชื้อบางคนมีการวางแผนชีวิตในครอบครัวที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนหนึ่งที่ยังคงเที่ยวหญิงบริการทางเพศภายหลังจากรับยาต้านไวรัสแล้ว โดยมีเหตุผลคือได้รับการชักชวนจากเพื่อน การทำไปงานต่างอำเภอหรือต่างถิ่น และการทะเลาะกับภรรยา แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวยังคงมีการป้องกันคือการใช้ถุงยางอนามัย (รจนา ญาณปริษาชาญ, 2550)

แนวทางในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนโดยให้ความสำคัญกับการรณรงค์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ซึ่งนักระบาดวิทยาและนักพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า การทำงานป้องกันเอดส์ตามแนวทาง positive prevention หรือการรณรงค์การป้องกันเอดส์กับผู้ติดเชื้ออย่างเข้มข้น จะช่วยลดอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากผู้ติดเชื้อผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่า กล่าวคือจะช่วยลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คนจำนวนมากกว่า ในขณะที่การรณรงค์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรที่ยังไม่ติดเชื้อสามารถช่วยลดการติดเชื้อได้แก่คนเดียว (อัจฉรา เชาวะวนิช และคณะ, 2550) นอกจากนี้ยังช่วยไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ที่แตกต่างไปจากเดิมเข้าสู่ร่างกายเพิ่ม ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอง

แบบแผนเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ทางสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลได้ทำการสำรวจแบบแผนเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัส จาก 31 โรงพยาบาล ใน 24 จังหวัด

สรุปเป็นแบบแผนเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ (สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สุริย์พร พันพืง, 2551)

เพศสัมพันธ์ คู่นอน และผลเลือดของคู่นอน การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีผลเลือดบวกและคู่นอนที่มีผลเลือดต่าง และอัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีผลเลือดลบมีจำนวนมากขึ้น (อัจฉรา เชาวะวนิช และคณะ, 2550) อย่างไรก็ตามมีการรวมสัดส่วนของคู่นอนประจำที่ไม่ทราบผลเลือดเข้าไป ทำให้ร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีผลเลือดเป็นลบหรือคู่นอนที่มีผลเลือดต่างเพิ่มขึ้นไปอีก

แบบแผนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหญิงและชายมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำครั้งล่าสุดโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนจำไม่ได้ว่าเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายได้ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ (สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สุริย์พร พันพืง, 2551) ส่วนในประเด็นเรื่องความถี่ในการใช้ถุงยางอนามัยกับผลเลือดของคู่นอน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีผลเลือดบวกเหมือนกันและคู่ที่มีผลเลือดต่างมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประจำค่อนข้างสูง แต่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนที่ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอกับคู่นอน และยังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนเลย (สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สุริย์พร พันพืง, 2551) ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยในคู่ที่มีผลเลือดต่างกันมีความสำคัญในทางระบาดวิทยาสูง เพราะมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในประเทศ

เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยให้เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยว่าเพราะคู่นอนประจำติดเชื้อเอชไอวีเหมือนตน และคู่นอนไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนให้เหตุผลว่าเพราะถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง หรือเพราะไม่ได้พกถุงยางอนามัยติดตัว และมีบางคนไม่ยอมให้เหตุผลในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย (สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สุริย์พร พันพืง, 2551)

แบบแผนการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนประจำของตนและพบว่า เพศ วัย และผลเลือดของคู่นอนมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สุริย์พร พันพืง, 2551)

จากข้อมูลข้างต้นเห็นได้ว่า แบบแผนการมีเพศสัมพันธ์และแบบแผนของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศหญิงและเพศชายในแต่ละช่วงวัย ไม่ได้แตกต่างกันไปจาก

แบบแผนเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่พบในประชากรทั่วไป เนื่องจากยังพบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของประชากรทั้งสองกลุ่มเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามข้อมูลเชิงคุณภาพจะช่วยชี้ให้เห็นว่าเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในความเป็นจริงมีความซับซ้อน เพราะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้หญิงมีความกังวลในเรื่องสุขภาพและพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ชายบางคนไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาเพราะห่วงสุขภาพของตนเองและภรรยา แต่ก็เกรงว่าภรรยาจะคิดว่าตนเองมีคนอื่นหรือตนเองหมดสมรรถภาพทางเพศ นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากมีทัศนคติว่าการอยู่ในภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักถูกมองว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนล่า่อนทางเพศ ทำให้การพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ การหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวียิ่งถูกประทับตราหนักกว่าเดิม (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 2550, อ่างในสุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สุริย์พร พันพิ่ง, 2551) ดังนั้นการศึกษาแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกันในครั้งนี้ จึงศึกษารูปแบบของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือการใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอกับคู่สามีภรรยาที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกัน เจาะลึกในประเด็นของแบบแผนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่่นอนที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกัน และการเปิดเผยผลเลือดกับคู่

นอน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาเงื่อนไขหรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ศึกษาได้นำ แบบจำลองด้านนิเวศน์วิทยา (Ecology Model) มาประกอบการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งแบบจำลองด้านนิเวศน์วิทยาเชื่อว่าแบบแผนของพฤติกรรมมีผลมาจากปัจจัย 5 ด้าน คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล อันได้แก่ บุคลิกภาพส่วนบุคคล เช่นความรู้ ทักษะ การรับรู้ เจตคติ พฤติกรรม ทศนคติ ค่านิยม ความเชื่อของบุคคล รวมถึงประวัติการพัฒนาส่วนบุคคล 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ เครือข่ายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของสังคม ระบบการสนับสนุนของสังคม รวมถึงครอบครัว กลุ่มเพื่อนที่ทำงานร่วมกัน และเครือข่ายเพื่อน 3) ปัจจัยด้านสถาบัน ได้แก่สถาบันทางสังคม ซึ่งมีส่วนในการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลและกฎระเบียบอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่สถาบันทางศาสนา สถาบันการเมืองท้องถิ่น สถาบันการศึกษา 4) ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร, สถาบันและเครือข่ายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มสหกรณ์ กลุ่มอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 5) ปัจจัยด้านนโยบาย ได้แก่กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของรัฐ เป็นต้น (McLeroy et al., 1992, อ้างใน เรื่องฤทธิ์ ชัยยาศรี, 2539) จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และได้แบ่งเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 มิติ ดังนี้

มิติปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor)

ปัจจัยภายในบุคคล เป็นบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่มีผลต่อแบบแผนของพฤติกรรมบุคคลนั้น ซึ่งปัจจัยด้าน ทศนคติ ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดต่อของเชื้อเอชไอวี ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวี (เรื่องฤทธิ์ ชัยยาศรี, 2539) ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่าภายหลังจากการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นในประเทศไทย หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องต่างมีมาตรการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมมุ่งเน้นการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ จัดอบรมให้ความรู้อย่างจริงจังและต่อเนื่องให้กับกลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะเป็กลุ่มเสี่ยงรวมถึงประชาชนโดยทั่วไป ทำให้เกิดความตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดตามมา เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผลการศึกษาทศนคติ ความเชื่อ ในเรื่องเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศกับคู่ครอง พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังมีการสื่อสารทางเพศที่ขาดความเหมาะสมภายในครอบครัว รวมถึงยังมีแบบแผนความเชื่อและทศนคติเกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศในเชิงลบ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อว่าการเกี้ยวพาราสี บริการทางเพศเป็นเรื่องปกติธรรมดาสำหรับเพศชาย การที่ผู้หญิงพูดคุยเรื่องเพศเป็นเรื่องที่น่าละอายใจและยอมรับไม่ได้ และผู้หญิงไม่ควรพูดเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเพราะจะทำให้ผู้ชายไม่ไว้วางใจ

(รจนา ญาณปริชาชาญ, 2550) มีการศึกษาพฤติกรรมทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบผลเลือดของตนเองมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 69.2 และในกลุ่มผู้ที่ยังมีเพศสัมพันธ์ มีการใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งหรือไม่ใช้เลยถึงร้อยละ 39.6 และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีต่อโรคเอดส์พบว่า กลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งมีการรับรู้มากกว่ากลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชุตินา พรหมศร, 2547) ซึ่งทัศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ กล่าวคือเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจะทำให้เกิดความรู้ (Knowledge) เมื่อมีความรู้ก็จะมีผลทำให้เกิดทัศนคติ (Attitude) และขั้นตอนสุดท้ายคือก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นการกระทำ (Practice) ดังนั้นหากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งใดเพิ่มขึ้นหรือได้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ ก็ย่อมสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติเดิมได้ แต่อาจต้องใช้เวลาที่ยาวนานหรือแตกต่างกันในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Roger, 1978, อ้างใน อภาพร เผ่าวัฒนา, 2554)

มิติปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor)

ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ เครือข่ายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของสังคม ระบบการสนับสนุนของสังคมนวมถึงครอบครัว กลุ่มเพื่อนที่ทำงานร่วมกันและเครือข่ายเพื่อน ซึ่ง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวรวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างคู่สามีภรรยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เรืองฤทธิ์ ชัยยาศรี, 2539) ทั้งนี้การเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ผ่านกลุ่มเพื่อนจะมีลักษณะที่เป็นกระบวนการ โดยการสังเกต การมีส่วนร่วม และการเลียนแบบพฤติกรรม รวมถึงพฤติกรรม การสวมถุงยางอนามัยเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน (สุวิมล สุกันธา, 2550) มีการศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น พบว่าปัจจัยทางด้านเพื่อนมีอิทธิพลในเรื่องการเป็นแบบอย่างทำตาม หรือการมีคูร์ักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน (ปิยวร กุมภีรัตน์, 2546) และจากการศึกษาการสื่อสารระหว่างบิดามารดากับสตรีวัยรุ่นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสตรีวัยรุ่น พบว่าพ่อแม่ที่มีการสื่อสารในเรื่องของภาวะเสี่ยงทางเพศกับวัยรุ่นหญิงน้อย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกัน โรคเอดส์เช่นกัน (ชญญา ดิษเจริญ, 2548)

มิติปัจจัยด้านชุมชน (Community factor)

ปัจจัยด้านชุมชนเป็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร สังคม ชุมชน จึงถือว่าเป็นตัวเชื่อมระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เรืองฤทธิ์ ชัยยาศรี,

2539) หากสถาบันชุมชนมีความเข้มแข็งจะส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้อย่างมาก เห็นได้จากการที่โรคเอดส์ถูกสร้างภาพให้น่ากลัว ทำให้ทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว ผู้ใกล้ชิดถูกรังเกียจในรูปแบบต่างๆ ยิ่งตอกย้ำให้สมาชิกในชุมชนเกิดความรังเกียจ มีการศึกษาทัศนคติของผู้นำชุมชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้นำชุมชนยังมีทัศนคติทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนด้านความรู้ ผู้นำชุมชนสามารถให้ความหมายของโรคเอดส์ อาการ การติดต่อ การป้องกันและการรักษาได้ แต่ยังไม่มีความเข้าใจที่ถูกต้องลึกซึ้งเพียงพอ โดยเฉพาะด้านการติดต่อ ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกตีตราจากสังคม และอาจมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หรือ ปฏิเสธที่จะดูแลรักษาตนเอง (เปรมิตาร์ ทองสง โสม, 2552)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว เห็นได้ว่ามีเงื่อนไขและปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการศึกษาแบบแผนและเงื่อนไขของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ในครั้งนี้จะพิจารณาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3 มิติ ได้แก่ มิติปัจจัยภายในบุคคลประกอบด้วย การรับรู้ ทัศนคติ และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัย มิติปัจจัยระหว่างบุคคลประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สามีภรรยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน และมิติปัจจัยด้านชุมชนที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มผลเลือดเอชไอวีต่างกัน

กลุ่มผลเลือดเอชไอวีต่างกันเป็นกลุ่มสำมะโนหรือคู่รักที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งติดเชื้อเอชไอวีและอีกฝ่ายผลการตรวจเลือดเป็นลบ มีการศึกษาวิจัยหลายเรื่องที่แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มผลเลือดต่างยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับคู่ของตน และมีปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มผลเลือดต่าง ทั้งในบริบทของต่างประเทศและในบริบทของประเทศไทย ดังนี้

การศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่ออธิบายรูปแบบของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีคู่ที่มีสัมพันธ์ภาพคงที่ ในกลุ่มประเทศแถบ sub-Saharan Africa พบว่ากลุ่มประเทศที่มีความชุกของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีต่ำเป็นคู่ที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกันประมาณ 75% และกลุ่มประเทศที่มีความชุกของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง พบคู่สำมะโนที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกัน 49.58% (Chemaitelly, Cremin, Shelton, Hallett, & Abu-Raddad, 2011)

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มผลเลือดเอชไอวีต่างกัน มีการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มผลเลือดเอชไอวีต่างกันที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในประเทศจีน จำนวน 1,009 คู่ เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ประเมินความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย พละกำลังและความอ่อนเปลี้ยในการทำกิจกรรมต่างๆ การนอนหลับและการพักผ่อนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มผลเลือดต่าง เท่ากับ 12.91 คะแนน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจำนวน CD4, ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจที่ประเมินความรู้สึกรังเกียจทั้งทางด้านบวกและลบ การรับรู้และการให้ความสนใจ ภาพลักษณ์ของร่างกายและความนับถือในตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มผลเลือดต่างเท่ากับ 12.35 คะแนน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ อายุ, ระดับการศึกษาและอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มผลเลือดต่างที่ประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมทางเพศ เท่ากับ 13.96 คะแนน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ประเมินการได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ ความพร้อมในบริการด้านสุขภาพ โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ และโอกาสสำหรับการสื่อสารที่สะดวกสบายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มผลเลือดต่าง เท่ากับ 12.45 คะแนน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา, อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอาชีพ (Shan et al., 2011)

ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกันส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีการศึกษาเพื่อประเมินผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสด้วยอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ที่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ในประเทศอูกันดา ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ Cohort Study พบว่า มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเลือดต่าง ที่ผู้ติดเชื้อยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัสในอัตรา 9.2 ต่อ 100 คนต่อปี และในกลุ่มเลือดต่างที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มยาต้านไวรัสแล้วไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และพบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ที่เริ่มยาต้านไวรัส และปริมาณไวรัสลดลงอย่างเห็นได้ชัดในกลุ่มที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Reynolds et al., 2011)

อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับคู่ของตน โดยมีการศึกษาเพื่อประเมินอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีและประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม การรักษาและคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ที่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ในประเทศจีน ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study พบว่าคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการติดเชื้อเอชไอวีในอัตรา 1.71 ต่อ 100 คน ต่อปี ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน และมีผลเลือดต่างที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ 7.0% โดยคู่สามีภรรยาบอกว่าเหตุผลของการที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอคือ มีราคาแพง 43.8%, ไม่มีความจำเป็น 25.8%, ไม่ต้องการที่จะใช้ 16.8%, ลืม 3.4% และอื่นๆ 10.2% (Lu et al., 2010)

การศึกษาวัยรุ่นของการติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยเสี่ยงของคู่ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ที่ผลเลือดเอชไอวีต่างกันในประเทศอูกันดา ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ cohort study พบว่า มีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของคู่ในอัตรา 4.3 ต่อ 100 คน ต่อปี ในผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุที่น้อยคือ 18-24 ปี และ 25-34 ปี, การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Ruzagira et al., 2011)

ในประเทศเคนยา มีการศึกษาพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษ พบว่า 24.5% มีคู่นอนหลายคน และคู่นอนดังกล่าว 10.2% เป็นคู่ที่มีผลเลือดเอชไอวีเป็นลบ ในขณะที่ 74.5% ไม่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี และ 52% มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนของตน โดยพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ประสิทธิภาพจากการถูกตีตราจากสังคม และความเชื่อที่ว่าถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง (Sama et al., 2012)

การศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเลือดต่าง ในประเทศแถบละตินเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพของการให้ intervention ในคู่ที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกัน โดยหลังจากได้รับการให้ความรู้และการปรับทัศนคติเกี่ยวกับเอชไอวี การใช้ถุงยางอนามัยและทักษะการสำเร็จความใคร่

ให้กันและกัน ในผู้ชายพบว่า อาสาสมัครมีทัศนคติด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยดีขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย เหตุผลที่ทำให้อาสาสมัครมีทัศนคติทางด้านบวกเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองคือเพื่อเป็นการป้องกันคู่ของตนเองไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี (Pérez-Jiménez & Orengo-Aguayo, 2011)

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของทีม HPTN 052 ซึ่งเป็นการทดสอบโดยการสุ่มเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสร่วมกับการดูแลรักษาเบื้องต้น เปรียบเทียบกับการดูแลรักษาเบื้องต้นแต่เพียงอย่างเดียว เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีในกลุ่มสมรสหรือคู่นอนที่มีผลเลือดต่างกัน โดยทำการศึกษาวิจัยใน 9 ประเทศ และมีอาสาสมัครคู่ผลเลือดต่างจากหลายพื้นที่ของจังหวัดภาคเหนือของประเทศไทยเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วย พบว่าการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ยังมีภูมิคุ้มกันต้านทานดี คือระดับเม็ดเลือดขาว CD 4 อยู่ระหว่าง 350-550 เซลล์/ลบ.มม. สามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการแพร่เชื้อไปสู่คู่สมรสที่ยังไม่ติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 96 เมื่อเทียบกับการให้ยาต้านแก่ผู้ติดเชื้อเมื่อมีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีต่ำกว่า 200-250 เซลล์/ลบ.มม. นอกจากนี้ยังช่วยลดโอกาสการป่วยเป็นโรคฉวยโรคนอกปอดได้อย่างมีนัยสำคัญ (Ngure et al., 2011)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี ในคู่ผลเลือดต่างในเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เขตภาคเหนือตอนล่าง พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีพยายามที่จะปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค รับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ออกกำลังกาย และพักผ่อนอย่างเพียงพอ ด้านพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีคู่ของตน โดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษา และยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนเห็นว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นสิ่งไม่จำเป็น ปล่อยให้ตามธรรมชาติ เพราะด้วยความรัก ความมั่นใจ บางครั้งเนื่องมาจากผู้ชายมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องการใช้อาสาสมัครมากกว่าผู้หญิง ในขณะที่ผู้หญิงมีอำนาจในการต่อรองในเรื่องดังกล่าวน้อย (เอกภพ จันทร์สุคนธ์, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่มีคู่สามีภรรยาหรือคู่นอนประจำเป็นคู่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ซึ่งในกลุ่มนี้บางส่วนยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับคู่ของตน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่ศึกษา ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่ผลเลือดต่าง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและได้รับการบริการการให้คำปรึกษาด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงในคลินิกโรคติดเชื้อและคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาแล้ว

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์งานวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม หรือปัญหาของมนุษย์จากสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติในทุกมิติ ให้ความสำคัญกับความเข้าใจและการตีความจากข้อมูลของผู้วิจัย ตามการรับรู้ของบุคคลในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพที่สำคัญคือตัวผู้วิจัยเอง

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการเก็บข้อมูลหลายแบบตามความเหมาะสมของข้อมูลและตามลักษณะของประชากร ซึ่งจะใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ การเก็บข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพมี 3 วิธี ดังต่อไปนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2554)

1. การสังเกต (Observation) การสังเกตในงานวิจัยเชิงคุณภาพมี 2 แบบ คือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) คือการสังเกตที่ผู้สังเกตเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มคนที่ศึกษา มีการทำกิจกรรมร่วมกัน จนเกิดความเข้าใจความรู้สึกและความหมายที่กลุ่มคนที่ศึกษามีต่อปรากฏการณ์ทางสังคมที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาอยู่ ซึ่งเมื่อสังเกตแล้วจะต้องมีการซักถามและจดบันทึกข้อมูล (Note taking) ด้วย ซึ่งอาจจดบันทึกในระหว่างการสังเกตหรือบันทึกในภายหลังก็ได้ และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) คือการสังเกตที่ผู้สังเกตไม่ได้เข้าไปใช้ชีวิตร่วมหรือทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มคนที่ศึกษา เนื่องจากไม่ต้องการให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกอึดอัด เพราะอาจทำให้พฤติกรรมผิดไปจากปกติได้

2. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการเจาะลึกในประเด็นต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยสนใจ อาจใช้การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ แบ่งเป็น 4 แบบ ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (Formal interview) หรือการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้เตรียมคำถามและข้อกำหนดไว้แน่นอนตายตัว ทั้งนี้การวิจัยเชิงคุณภาพมักจะไม่ใช่วิธีการนี้เป็นหลัก เนื่องจากไม่ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมเพียงพอ

2.2 การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) มักใช้ควบคู่กับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เห็นภาพและเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมวัฒนธรรม โดยเตรียมคำถามแบบกว้างๆมาล่วงหน้าแบบไม่จำกัดคำตอบ

2.3 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) เป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant interview) ซึ่งเป็นผู้มีความรู้หรือมีข้อมูลในเรื่องที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาดีที่สุดหรือมีความเกี่ยวข้องมากที่สุด โดยกำหนดตัวผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงเอาไว้ล่วงหน้า

2.4 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นการระดมสมองและการอภิปรายในเรื่องที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนาควรมีพื้นฐานประสบการณ์ที่ใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกัน ในการจัดกลุ่มสนทนาจะใช้คนประมาณ 8-12 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา และมีผู้ช่วยอีก 1-2 คน

3. วิธีการอื่น ๆ ผู้วิจัยอาจใช้วิธีการอื่น ๆ เช่นแบบสำรวจ แบบสอบถาม การศึกษาจากเอกสาร ซึ่งโดยปกติจำแนกเป็นเอกสารชั้นต้นคือเอกสารที่เป็นต้นฉบับ และเอกสารชั้นรองคือเอกสารที่มีผู้รวบรวมเอาไว้แล้ว ผู้วิจัยจะต้องศึกษาอย่างละเอียดเพื่อนำมาประกอบการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการวิจัย ผู้วิเคราะห์ข้อมูลนับเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่ง ซึ่งหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ต้องทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพเรียกว่า การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลได้ข้อค้นพบมาเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย เน้นการตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่า ได้ข้อค้นพบที่เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง และ 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี เน้นการตรวจสอบว่าถ้ามีการใช้ทฤษฎีที่หลากหลายแล้ว ข้อมูลที่ได้มาเข้าไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ ถ้าผู้วิจัยพบว่าไม่ว่าจะนำทฤษฎีใดมาใช้ ก็ได้ข้อค้นพบที่เหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

สำหรับเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีดังต่อไปนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2554)

1. การวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้มาจำแนกและจัดหมวดหมู่ให้เป็นระบบ โดยแบ่งเป็นการจำแนกข้อมูลในระดับจุลภาค คือการวิเคราะห์คำหลักกับการวิเคราะห์สารระบบ และการจำแนกข้อมูลระดับมหภาค คือการจำแนกข้อมูลตามเหตุการณ์ ตามเรื่องราวที่ปรากฏ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับมหภาคมีทั้งการวิเคราะห์เหตุการณ์แบบอิงทฤษฎีและแบบไม่อิงทฤษฎี

2. การเปรียบเทียบเหตุการณ์ (Constant Comparison) เป็นการนำข้อมูลที่ได้มาเทียบเคียงหรือเปรียบเทียบกับเหตุการณ์อื่น เพื่อหาความเหมือนและความแตกต่างกันที่เกิดขึ้น วิธีการนี้สามารถทำได้โดยการที่ผู้วิจัยสังเกตหรือรวบรวมข้อมูลได้หลาย ๆ อย่างแล้วนำมาแยกตามชนิด นำมา

เปรียบเทียบกัน และสรุปผลออกมา ทั้งนี้โดยทั่ว ๆ ไป วิธีนี้มักจะกระทำภายหลังจากได้ทำการวิเคราะห์จำแนกหรือจัดกลุ่มข้อมูลแล้ว

3. การวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Component Analysis) เป็นการวิเคราะห์คุณสมบัติของส่วนประกอบของข้อมูลแต่ละชุดแล้วนำคุณสมบัติของแต่ละส่วนมาเปรียบเทียบเพื่อหาลักษณะร่วมที่เหมือนกันและแตกต่างกัน หลังจากนั้นจึงทำการสรุปบรรยายให้เห็นถึงความหมายของข้อมูลเหล่านั้น ซึ่งจะกระทำได้อีกต่อเมื่อมีข้อมูลตั้งแต่สองชุดขึ้นไป แต่ไม่ควรมากเกินไป

4. การวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic Induction) เป็นการตีความสร้างข้อสรุปจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็นที่เก็บรวบรวมมาได้จากข้อมูลตั้งแต่สองชุดขึ้นไป เมื่อผู้วิจัยได้เห็นหรือสังเกตหลาย ๆ เหตุการณ์แล้วจึงลงมือสรุป ซึ่งการวิเคราะห์อุปนัย สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์สรุปข้อมูลจากบันทึกภาคสนามที่เป็นส่วนบันทึกละเอียดหรือบันทึกพรรณนา การวิเคราะห์สรุปข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์จำแนกหรือจัดกลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำกรวิเคราะห์ส่วนประกอบแล้ว

5. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นการนำเอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ มาวิเคราะห์โดยการทำให้ข้อมูลของเอกสารได้แก่ ถ้อยคำ ประโยค หรือใจความที่ปรากฏในเอกสารเป็นจำนวนที่นับได้ แล้วแจกแจงจำนวนของถ้อยคำ ประโยค หรือใจความเหล่านั้น ซึ่งจะทำตามเนื้อหาที่ปรากฏในเอกสารมากกว่ากระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่

6. การวิเคราะห์สาเหตุและผล (Cause and Effect Analysis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นย้อนกลับมาให้เห็นว่าเกิดมาจากเหตุปัจจัยใดบ้าง หรือวิเคราะห์ให้เห็นว่าเมื่อเหตุนี้เกิดขึ้นได้นำไปสู่ผลที่เกิดขึ้นอะไรบ้าง

7. การสร้างจินตนาการเชิงสังคมวิทยา (Sociology Imaginary) เป็นการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยเปลี่ยนมุมมองการวิเคราะห์ไปยังมุมมองอื่น ๆ เพื่อดูผลการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเช่นใด

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในปรากฏการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม การศึกษาในครั้งนี้ต้องการทำความเข้าใจแบบแผนและเงื่อนไขของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ดังนั้นการใช้เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพทำให้มีผู้ศึกษามีโอกาสที่จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภายใต้เงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมต่าง ๆ โดยใช้วิธีรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่ง โครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์ มาจัดหมวดหมู่และสร้างข้อสรุป

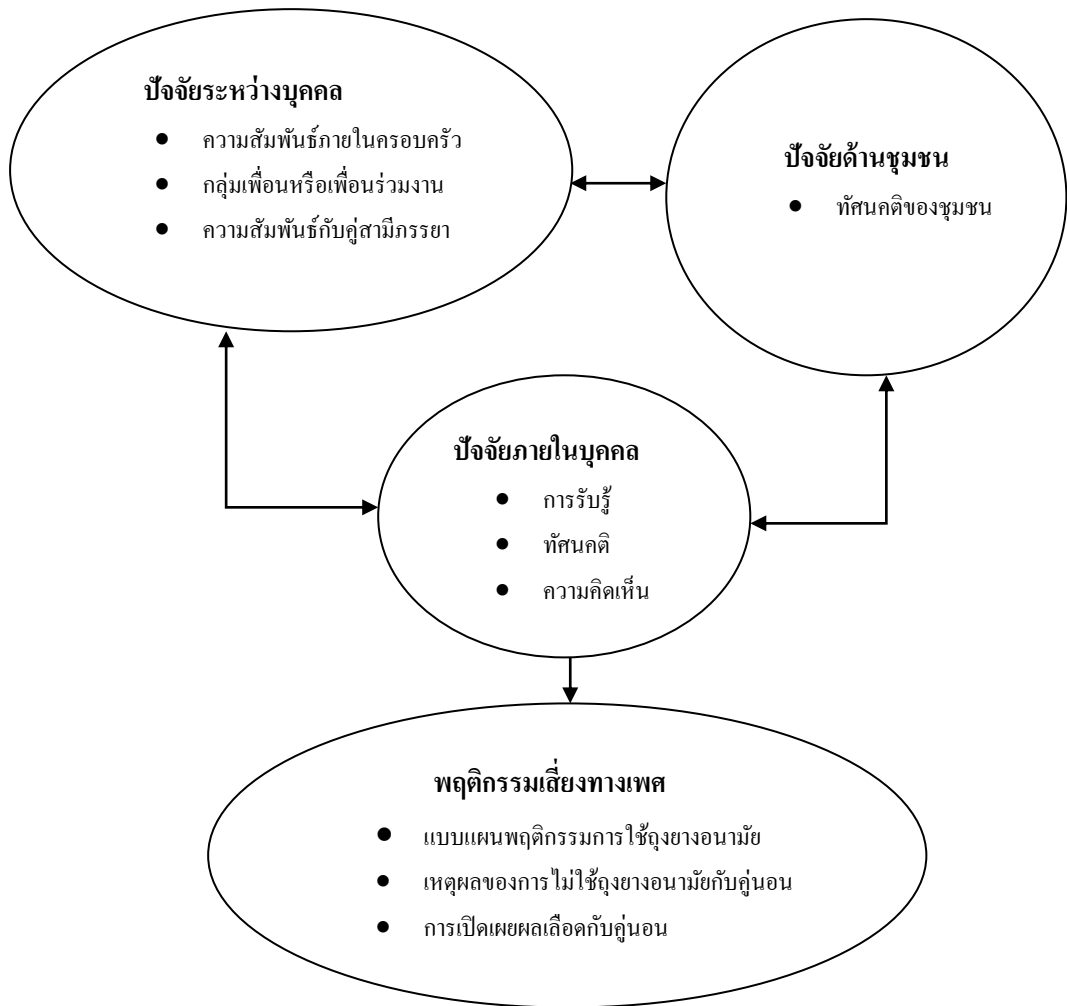
จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่สามีภรรยาเป็นคู่ ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับคู่ของตน ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ต้องการทำความเข้าใจแบบแผนและเงื่อนไขของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มดังกล่าว พิจารณาในมิติปัจจัย ภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านชุมชน ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจนนำไปสู่ปัญหาการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่คู่ของตนเอง ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาแบบแผนและเงื่อนไขของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ตามกรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญที่ควรจะให้ความสนใจ และร่วมมือกันในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในกลุ่มดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะศึกษารูปแบบของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือการใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอกับคู่ที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกัน เจาะลึกในประเด็นเรื่อง แบบแผนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน และการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน รวมถึงศึกษาเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งจะพิจารณาตามแบบจำลองด้านนิเวศน์วิทยา (Ecology Model) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จำแนกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทศนคติต่อโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่ผลเลือดต่าง 2) มิติปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคู่สามีภรรยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน และ 3) มิติปัจจัยด้านชุมชน ที่ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับคู่ที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกัน

ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะทำให้เกิดความเข้าใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่ผลเลือดเอชไอวีต่างกัน รวมถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับคู่ของตนที่เป็นคู่ผลเลือดต่าง ซึ่งเป็นการแสวงหาข้อเท็จจริงที่ปรากฏอยู่ในสังคม และเพื่อประโยชน์ในการวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่บุคคลอื่นต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา



Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved