

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (สำนักโรคเอดส์, 2548)

มีการรายงานโรคเอดส์ครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยเป็นชายรักร่วมเพศ และจากการศึกษาย้อนหลังพบว่าโรคนี้มีต้นกำเนิดมาจากประเทศแถบแอฟริกาตะวันตก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 และต่อมาได้แพร่ไปยังเกาะฮาวาย ทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชีย สำหรับผู้ป่วยเอดส์รายแรกที่รายงานในประเทศไทย เป็นชายอายุ 28 ปี เดินทางไปศึกษาต่อที่อเมริกา และมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ เริ่มมีอาการในปี พ.ศ. 2526 และเสียชีวิตในอีก 1 ปีถัดมา สำนักโรคเอดส์ (2548) รายงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการจำนวน 366,888 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 90,059 ราย แนวโน้มของการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีตที่ผ่านมา ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 26.03 รองลงมาอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 25.62 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 16.70 และเด็กที่อายุ 0-4 ปี ร้อยละ 3.05 สาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ติดจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 84.00 กลุ่มผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 4.68 รับเลือด ร้อยละ 0.04 และไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 7.19 (สำนักโรคเอดส์, 2548) สำหรับ โอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกโดยเฉลี่ยทั้ง ในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและภายหลังคลอดประมาณ ร้อยละ 25-50 ถ้าได้รับยาต้านไวรัสป้องกันในระยะก่อนและหลังคลอด โอกาสเสี่ยงก็จะลดลงเหลือประมาณร้อยละ 3-8 และถ้าใช้ยาต้านไวรัส 2 ตัวร่วมกับ Elective Cesarean Section โอกาสเสี่ยงก็จะลดลงเหลือประมาณร้อยละ 1-2.5 (Cholkephaibulkit, 2005)

ในปัจจุบันแม้ว่าจะยังไม่มียาหรือวัคซีนที่สามารถรักษาการติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ให้หายขาดได้แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสดำเนินชีวิตที่ได้นานขึ้น โดยการรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy) จากความก้าวหน้าด้านการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาด้วยยาเดี่ยว (Monotherapy) ในระยะแรก

ระหว่างปี พ.ศ. 2530-2534 ได้แก่ Zidovudine หรือรู้จักกันอย่างกว้างขวางในชื่อย่อว่า AZT เพื่อใช้ในการลดจำนวนเชื้อเอชไอวี ในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในขณะเดียวกัน ยังใช้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ระยะต่อมาระหว่างปี พ.ศ. 2535-2538 ได้เปลี่ยนการรักษาแบบ Monotherapy เป็นการรักษาด้วยการใช้ยา 2 ชนิดร่วมกัน (Dual Therapy) โดยใช้ยา Zidovudine ร่วมกับยา Didanosine (ddi) หรือ Zidovudine ร่วมกับ Zalcitabine (ddc) ผลการรักษาด้วยยาด้านไวรัสแบบ 2 ชนิด ร่วมกันนี้ สามารถลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดและร่างกายได้ดีกว่ายาเดี่ยว แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาคือยาในภายหลัง ทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาด้านไวรัสในสูตรต่าง ๆ และในที่สุดพบว่าการให้ยาอย่างน้อย 3 ชนิดมีประสิทธิภาพสูงสุด และมีอัตราการคือน้อยกว่า จึงเปลี่ยนมาตรฐานการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาด้านไวรัส อย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกัน (Triple Therapy) หรือ HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy)

หลังจากมีการใช้ยาสูตร HAART อย่างแพร่หลายพบว่าสามารถลดจำนวนไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด และทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันกลับมาปกติ หรือใกล้เคียงปกติในเวลาอันรวดเร็ว (Kanabus & Frederiksson, 2005) ประพันธ์ ภาณุภาค (2547) กล่าวว่า การตรวจวัดปริมาณไวรัสในปัจจุบัน ใช้วิธีเรียลไทม์พีซีอาร์ (Real Time PCR) ซึ่งอาศัยหลักการนำนิวคลีโอไทด์สายสั้น ๆ ที่ติดฉลากด้วยสารเรืองแสงที่จำเพาะกับส่วนของยีนของไวรัส และนำไปเพิ่มจำนวนด้วยวิธีพีซีอาร์ และวัดระดับของการเปล่งแสงออกมาแปลงเป็นจำนวนในหน่วยที่เรียกว่า Copies โดยค่าที่น้อยที่สุดของปริมาณเอชไอวีที่ตรวจได้ในปัจจุบันเท่ากับ 40 Copies/ ml ยาในสูตรนี้ สามารถทำให้ปริมาณไวรัสต่ำกว่าที่สามารถตรวจพบได้ (ต่ำกว่า 40 Copies/ ml) ซึ่งเป็นระดับที่เรียกว่า Undetectable จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการเจ็บป่วย รวมถึงการเสียชีวิตจากเอดส์ และโรคที่เกี่ยวข้องลงได้อย่างชัดเจน (สำนักโรคบาตวิทยา, 2548) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีความหวัง กำลังใจในการมีชีวิตต่อไป ลดความกลัว และวิตกกังวลลง มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงปกติ และสามารถกลับมาทำงานได้อีกครั้ง

ในปี พ.ศ. 2543 เมื่อมีการใช้ยาด้านไวรัสในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ด้วยสูตรการรักษาแบบใช้ยาสามชนิดพร้อมกัน (Triple Therapy) (สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพที่ดีขึ้น มีความหวัง และกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยหลายคนกลับมาดำเนินชีวิตเหมือนเดิมที่เคยเป็นมาเช่นบางคนเคยดื่มสุรา เที่ยวเตร่ กลับบ้านดึก พักผ่อนไม่เพียงพอ การหยุดรับประทานยา บางคนมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นเพราะคิดว่าตนเองมีสุขภาพเป็นปกติแล้ว เชียร์ (Scheer, 2001) กล่าวว่าผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านไวรัสชนิด HAART

รู้สึกดีขึ้น สุขภาพแข็งแรงขึ้นและมีความสนใจในเรื่องเพศเพิ่มขึ้น ซึ่งการใช้ยาต้านไวรัสอาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยทำให้เกิดการตั้งครรภ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มีการตั้งครรภ์ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ในขณะที่ได้รับยาต้านไวรัส เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2547-2548 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วตั้งครรภ์ 4 ราย จากจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอยู่ 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.52 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แบลร์, แฮนสัน, โจน และดอร์คิน (Blair, Hanson, Jones, & Dworkin, 2004) พบว่า อัตราการตั้งครรภ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากมีการใช้ยาต้านไวรัสชนิด HAART

แม้ว่าการตั้งครรภ์จะเป็นสิทธิของผู้ป่วยและยาต้านไวรัสอาจจะทำให้มีเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดจำนวนน้อยลง แต่ยาต้านไวรัสก็มีอันตรายต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ รวมถึงการที่ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงจากการสัมผัสกับยาต้านไวรัส โดยที่ยาต้านไวรัสชนิด HAART ทำให้อัตราการเกิด Pre-Eclampsia หรือการที่มีความดันโลหิตสูง บวม และมีโปรตีนในปัสสาวะ สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อถึง 5 เท่า และทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อถึง 13 เท่า (Bernard, 2004) สอดคล้องกับ ไพเพิล (Peiperl, 2004) ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่า มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ Pre-Eclampsia 6.4 % ($n = 82$) และมีภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ 4.2% (Peiperl, 2004) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา (Surasit Chaitongwongwattana, 2005) กล่าวว่าผู้ติดเชื้อต้องเข้าใจถึงความเสี่ยงต่อความผิดปกติของทารกในครรภ์จากผลของยาต้านไวรัส ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาต้านไวรัสบางตัวที่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า ทำให้เกิดความพิการในทารกในครรภ์

รายงานการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2549 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสจำนวน 8018 ราย

ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสชนิด HAART ส่วนใหญ่รู้สึกดีขึ้น สุขภาพแข็งแรงขึ้น และมีความสนใจในเรื่องเพศเพิ่มขึ้น ทำให้พบว่าอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงขึ้นอย่างชัดเจน และบางคนคิดว่าการได้รับยาต้านไวรัสจะลดปริมาณของเชื้อเอชไอวีในสารคัดหลั่ง ทำให้ลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่นอน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ก็จะมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย (Scheer, 2001) ซึ่งก็คือการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ และการมีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า

1 คน (Palepu, Raj, Horton Tibbetts, Meli, & Samet, 2004) โฮรอดนี (Holodniy, 2005) กล่าวว่า การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสชนิด HAART ส่งผลให้มีการติดเชื้อไวรัส และส่งต่อเชื้อที่คือยาต้านไวรัส และ มุลนิธิเข้าถึงเอดส์และองค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (2547) กล่าวว่า การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสชนิด HAART จะทำให้ทั้งผู้รับและแพร่เชื้อคือนามีทางเลือกในการรักษาน้อยลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยและการสำรวจเกี่ยวกับโรคเอดส์มีจำนวนมาก แต่ยังไม่พบการศึกษาในประเด็นของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในประเทศไทย เพราะเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยตรง และการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองว่าดีขึ้น ชิพาซ, ฮาร์ท และมาร์ค (Crepaz, Hart, & Marks, 2005) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วย HAART ว่าสามารถลดจำนวนเชื้อไวรัสลง ทำให้ลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อ รวมทั้งการใส่ใจกับการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยเปลี่ยนแปลงไป จึงจำเป็นต้องมีการติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งตัวแปรที่จะทำการศึกษาได้มาจากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1977 อ้างถึงใน วัลลา ตันตโยทัย, 2543) เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และให้การปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวรวมถึงการนำข้อมูลที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในภาคตะวันออกของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ และอายุ ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติได้แก่ระยะเวลาการอยู่เป็นคู่ชีวิตและแรงจูงใจต่อการมีบุตร กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ และอายุ
 - 1.1 เพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

- 1.2 อายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
2. ปัจจัยด้านการกระตุ้นการปฏิบัติได้แก่ระยะเวลาที่อยู่เป็นคู่ชีวิตและแรงจูงใจต่อการมีบุตร
 - 2.1 ระยะเวลาที่อยู่เป็นคู่ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
 - 2.2 แรงจูงใจต่อการมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
3. ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูล ในการพัฒนาการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงครอบครัว เพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในสถานพยาบาล
2. สำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยการนำข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการดูแล และการปฏิบัติงานกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว เพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
3. เป็นการเพิ่มองค์ความรู้ใหม่ในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส และการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อย่างน้อย 6 เดือนในคลินิกยาต้านไวรัส ที่มาเข้ากลุ่มชมรมผู้ติดเชื้อ ของโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยในช่วง 17 เมษายน พ.ศ. 2549 ถึง 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2549

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติแล้วมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารคัดหลั่งจากช่องคลอดหรือน้ำอสุจิที่มีเชื้อเอชไอวี รวมถึงการแพร่เชื้อเอชไอวีให้แก่คู่เพศสัมพันธ์ได้แก่การมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดโดยไม่สวมถุงยางอนามัย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และการมีคู่เพศสัมพันธ์กับบุคคลมากกว่า 1 คน วัดได้จากเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้งานวิจัยของพาลิพู และคณะ เป็นแนวทาง (Palepu et al., 2004)
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (สำนักกระบวนวิชา, 2548)
 - 2.1 เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์ (ยกเว้นวัณโรคปอด) ไม่ว่าจะมี CD4 เท่าใด
 - 2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการใดอาการหนึ่ง ดังต่อไปนี้ คือ Oral Thrush ใช้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ คัดค้านทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ และอุจจาระเรื้อรังที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้นานกว่า 14 วัน หรือน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 15 % ภายใน 3 เดือน
 - 2.3 ผู้ที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 Cell ต่อไมโครลิตร หรือร้อยละของเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่าร้อยละ 15
 - 2.4 ผู้ที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีและมีอาการชี้บ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (Indicative Disease) อย่างน้อยโรคใดโรคหนึ่งใน 28 โรคตามนิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ทั้งชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป และมีสถานภาพสมรสคู่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป
3. ยาต้านไวรัส หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีตัวยา 3 ชนิดร่วมกัน (Triple Therapy or HAART)
4. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย หมายถึง ความคิด ความเชื่อ หรือความเข้าใจ ของผู้ป่วยเอดส์โดยเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยสามารถส่งผล คือ การแพร่เชื้อเอชไอวีแก่คู่ชีวิต รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเชื้อของคู่ชีวิต ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อและคู่ชีวิต รวมถึงการรักษาที่ล้มเหลว และรับรู้ถึงโอกาสในการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของมารดาและทารกในขณะตั้งครรภ์และภายหลังคลอด เช่น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Pre-Eclampsia ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low Birth Weight) การคลอดก่อนกำหนด หรือทำให้ทารกถึงขั้นเสียชีวิต (Fetal Death) ได้ และการเข้าใจถึงประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้งานวิจัยของ ไพเพิล (Peiperl, 2004) เป็นแนวทาง

5. แรงจูงใจต่อการมีบุตร หมายถึง แรงผลักดัน แรงกระตุ้นจากสภาวะภายนอกหรือในร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ทำให้มีพฤติกรรมไปสูเป้าหมายคือการมีบุตร ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เป็นสุข มีชีวิตที่มีคุณค่า เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ รวมถึงการได้ให้ความรักแก่บุตรที่จะเกิดขึ้น หรือความรู้สึกถึงสุขภาพร่างกาย และการเลี้ยงดูบุตรที่จะเกิดขึ้นวัดได้จากแบบสอบถามของ โซเวลล์, ฟิลลิป และมิเชเนอร์ (Sowell, Phillips, & Misener, 1999)

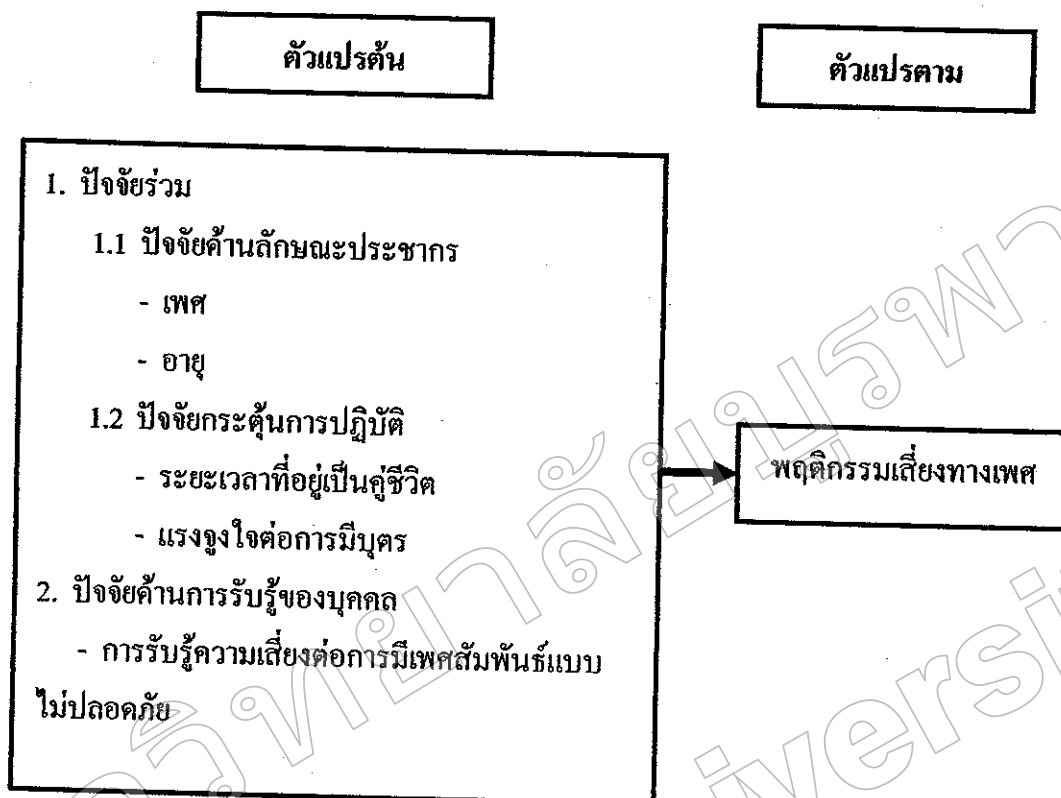
6. เพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่อวัยวะเพศของเพศชายเข้าทางช่องคลอดของฝ่ายหญิง โดยไม่สวมถุงยางอนามัย

7. พฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่อวัยวะเพศของฝ่ายชายเข้าทางช่องคลอดของฝ่ายหญิง ซึ่งมีความปลอดภัยจากการรับเชื้อเอชไอวีจากคู่นอน และ/หรือ ไม่แพร่เชื้อเอชไอวีให้กับคู่นอน โดยการสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี และไม่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์

8. การติดเชื้อดื้อยา หมายถึง การได้รับเชื้อเอชไอวีที่ยาด้านไวรัสสูตรที่ใช้อยู่ไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสได้ และทำให้ผู้ติดเชื้อมีการดำเนินโรคต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ ไครช์ โรเซนสตอค (Becker, 1974; Krirscht, 1974; Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน วัลลา ดันตโยทัย, 2543) เป็นกรอบแนวคิด โดยพบว่า องค์ประกอบ (Components) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตนในการป้องกันโรคตามคำแนะนำด้านสุขภาพต่อเมื่อมีการรับรู้ที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งการวิจัยนี้ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยร่วม (Modify Factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (Demographic Variables) สำหรับงานวิจัยนี้ศึกษาเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รายได้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การมีบุตรติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติสำหรับงานวิจัยนี้ศึกษา แรงจูงใจต่อการมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่อริชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ค่าซีดีโฟร์ (CD4+) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การรับรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีของคู่อริชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย