



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

- ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี
- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- ถุงยางอนามัยสำหรับชาย
- ทฤษฎีการกระทำการที่มีเหตุผล (Theory of Reasoned Action)
- ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี

ความหมายของโรคเอชไอวี (Acquired Immune Deficiency Syndrome : AIDS) คือ โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง จนไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรค หรือ สิ่งแปรปรวนต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ได้ง่ายกว่าคนปกติ

A = Acquired หมายถึง สภาพที่เกิดขึ้นมาภายหลัง ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด

I = Immune หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน หรือ ภูมิคุ้มกันของร่างกาย

D = Deficiency หมายถึง ความเสื่อมลง

S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ หรือ อาการหลายอย่าง ไม่เฉพาะระบบใด ระบบหนึ่ง (สำนักโรคเอชไอวี โรงพยาบาล รวม โรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2555)

การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่นักคลอดได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus : HIV) ซึ่งเป็น RNA Virus ที่อยู่ในวงศ์ Retroviridae เข้าสู่ร่างกาย และตรวจพบ แอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี หรือ ส่วนประกอบของเชื้อเอชไอวีในเลือดของนักคลอด (WHO, 2006) โดยสามารถตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีได้ภายใน 4 – 6 สัปดาห์หลังจากการติดเชื้อ และ

ส่วนใหญ่สามารถตรวจพบได้ภายใน 6 เดือน ซึ่งการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีท่องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุไว้ว่าประกอบด้วยข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้

- 1) ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี
- 2) ตรวจพบพี 24 เอชไอวีแอนติเจน (P24 HIV Antigen)
- 3) ตรวจพบนิวคลีอิกแอซิดของเชื้อ (สูัธิตา อินทร์เพชร, 2551)

### ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์

เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิด โรคเอดส์ พบรังสีแรกในทวีปแอฟริกา ซึ่งว่า เชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immuno Deficiency Virus : HIV) มี 2 ชนิด คือ HIV type 1 (HIV – 1) และ HIV type 2 (HIV – 2) เชื้อไวรัสทั้ง 2 ชนิด กล้ายพันธุ์มาจากเชื้อไวรัสเอดส์ไอวี (Samian Immuno Deficiency Virus : SIV) ในลิง เชื้อเอชไอวีตรวจพบครั้งแรกในเด็อดของผู้ป่วยชาวคงโ哥 ในปี พ.ศ. 2502 ต่อมาในเดือน มิถุนายน 2524 พนักงานป้องกันโรคศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นชายที่มีเพศสามพันธุ์กับชายป่วยเป็นโรคปอดบวมจากเชื้อนิวโน้มซิสติส แครินิอา (Pneumocystis Carinii)

สำหรับผู้ป่วย โรคเอดส์รายแรกของประเทศไทยเป็นชายอายุ 28 ปี เดินทางไปศึกษาต่อที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ เริ่มมีอาการในปี พ.ศ. 2526 ได้รับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่า ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโน้มซิสติส แครินิอา แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นโรคเอดส์ จึงกลับมารักษาตัวที่ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527 และเสียชีวิตในปีต่อมา (พัชราภรณ์ ชูสุทธิ์, 2554)

### สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์

สถานการณ์ระดับโลก เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2557 จากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) มีการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 36.90 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นจาก 10 ปีที่ผ่านมา ประมาณ 5 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ทั้งสิ้น 2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1.20 ล้านคน ทั้งนี้ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีใน ประชากรโลกเท่ากับ ร้อยละ 0.80 โดยกลุ่มวัยรุ่นสตรี จะมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.50 สูงกว่าวัยรุ่นชายที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.30

มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเป็น 15.8 ล้านคน จาก 13.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 โดยจำแนกเป็นผู้ใหญ่ที่เข้าถึงระบบการดูแลรักษา ร้อยละ 41 และเด็ก ร้อยละ 32 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยา เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 73 สำหรับในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ปี พ.ศ. 2556 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 5 ล้านคน เป็นผู้หญิง

1.7 ล้านคน ซึ่งลดลงจากเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ร้อยละ 20 ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 340,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ประมาณ 240,000 ราย สถานการณ์ ปัญหาเอดส์ส่วนใหญ่ยังอยู่ใน 12 ประเทศที่สำคัญ ได้แก่ กัมพูชา จีน อินเดีย อินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ ปากีสถาน ปาปัวนิวกินี เวียดนาม เนปาล พิลิปปินส์ และประเทศไทย

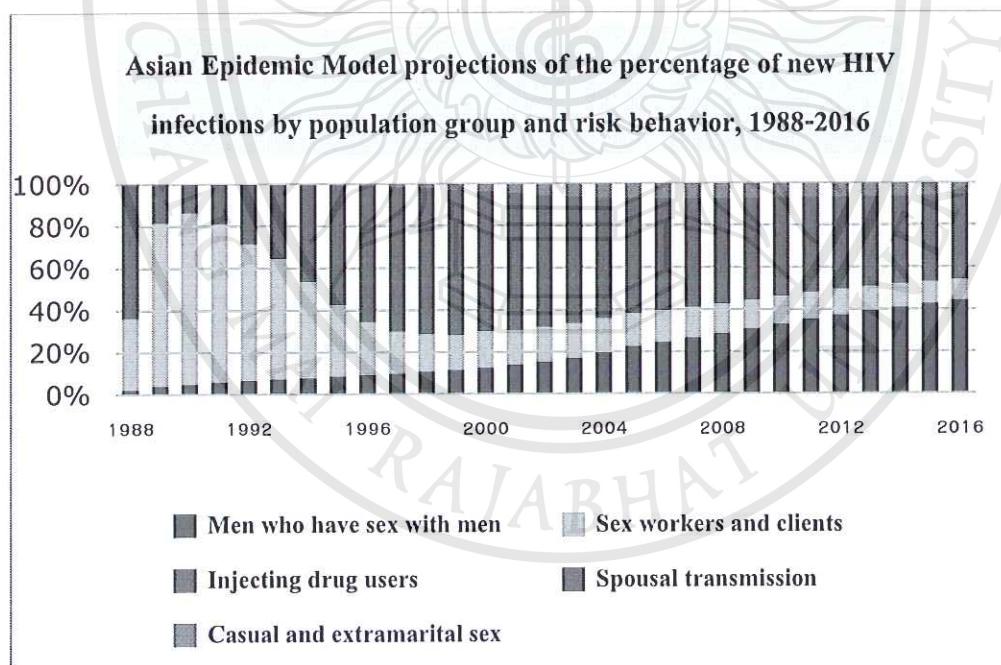
พนักงานบริการทางเพศ และลูกค้า (People who buy and sell sex) ผู้ใช้สารเสพติดชนิดน้ำคิด (People with injection drug use) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และประชากรข้ามเพศ (Transgender) ยังเป็นกลุ่มที่เป็นผู้ติดเชื้อร้อยใหม่ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (UNAIDS, 2013)

ช่ององค์กรเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS, 2012) ได้คาดประมาณว่าจะมีผู้ติดเชื้อร้อยใหม่ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 ประมาณ 8,800 คน (5,500 – 24,000 คน) โดยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 440,000 คน (400,000 – 480,000 คน) และพบว่าเด็ก อายุระหว่าง 15 – 24 ปี มีสัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.3 (ร้อยละ 0.2 – 0.6) มีผู้ที่เสียชีวิตด้วย โรคเอดส์ประมาณ 21,000 ราย (18,000 – 24,000 ราย) การประมาณการดังกล่าวมีค่าใกล้เคียงกับ ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยโดยใช้ Asian Epidemic Model : AEM คาดว่าในปี พ.ศ. 2555 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 9,473 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 464,414 คน และมีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ประมาณ 26,715 ราย (Asian Epidemic Model, 2013)

ด้านสำนักงานควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2557 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์จากสถาน บริการทั่วภาคธนและออกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557 รวมทั้งสิ้น 388,621 ราย และมีผู้เสียชีวิต 100,617 ราย กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 – 39 ปี พนบว่า กลุ่มอายุ 30 – 34 ปี มีผู้ป่วย สูงสุด (ร้อยละ 25.83) รองลงมาอายุ 25 – 29 ปี , 35 – 39 ปี และ 20 – 24 ปี คิดเป็น ร้อยละ 24.97, 16.85 และ 9.01 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุต่ำสุด คือ กลุ่มอายุ 10 – 14 ปี (ร้อยละ 0.23) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไปมากที่สุด รองลงมา คือ เกษตรกรรม ค้าขาย แม่บ้าน และ รับราชการ (ร้อยละ 45.51, 18.48, 4.57, 4.36 และ 1.05 ตามลำดับ) โรคติดเชื้อทุบโถกสารที่ได้รับรายงาน มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ วัณ โรคปอด และนอกปอด (Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or Extra pulmonary) 114,485 ราย รองลงมา โรคปอดบวมจากเชื้อนิวโนซีสตีส カリใน (Pneumocystis Carinii Pneumonia : PCP) 74,576 ราย เชื้อรานิสมอง (Cryptococcosis) 50,418 ราย เชื้อรากของหลอดอาหาร หรือ หลอดลม หรือปอด (Candidiasis of Trachea or Bronchi or Lung) 18,320 ราย และ โรคปอดบวมจากเชื้อร่า (Recurrent Bacterial Pneumonia) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

จำนวน 13,251 ราย คิดเป็น ร้อยละ 29.46, 19.19, 12.97, 4.71, 3.41 ตามลำดับ (สำนักงาน疾控中心, 2557)

สถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2555 – พ.ศ. 2559 พบว่า ร้อยละ 40 – 50 มาจากกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men Who Have Sex With Men : MSM) พนักงานบริการชาย (Male Sex Worker : MSW) และสาวประเภทสอง ผลการสำรวจ IBBS (ระบบเฝ้าระวังเอชไอวีในประเทศไทย : Integrated Biological Behavioral Surveillance) ใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว คือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และภูเก็ต แสดงให้เห็นว่าการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชาย มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นไปอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ 3 จังหวัด อัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายสูงสุด ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สถานที่ซึ่งเป็นเมืองศูนย์กลางการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2555 อัตราสูงถึงร้อยละ 24 สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ มีอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวี สูงรองลงมา คือ ร้อยละ 23.0 และภูเก็ต อยู่ในระดับต่ำสุด คือ ร้อยละ 14.0 ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชาย มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุ 25 ปี ขึ้นไป มีอัตราสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุ 15 – 24 ปี คิดเป็น ร้อยละ 21.3 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 18.5 ตามลำดับ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556)



ภาพที่ 2.1 : ภาพแสดงแนวโน้มร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ แยกตามกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง  
ที่มา : The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005 – 2025

### วิธีการแพร่เชื้อ (Mode of Transmission)

เชื้อเอชไอวี พบรได้ในเดือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่าง ๆ น้ำอสุจิ น้ำเมือกที่อยู่ในช่องคลอดของผู้หญิง และน้ำนมแม่ โดยพบมากในเดือด น้ำเหลือง น้ำอสุจิ น้ำเมือกในช่องคลอด และน้ำนมแม่ ตามลำดับ โดยสรุป โรคเอดส์แพร่กระจาย หรือติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหนึ่งได้โดย 3 ทาง (CDC, 2010) ดังนี้

1. การแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmission) เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถแพร่กระจายได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ระหว่างหญิงกับชายหรือชายกับชาย หรือหญิงกับหญิง สาเหตุที่เชื้อเอชไอวีแพร่กระจายทางเพศสัมพันธ์ได้ เมื่อจากในน้ำอสุจิมีเชื้อเอชไอวีอยู่เป็นจำนวนมาก และในสิ่งคัดหลังที่อยู่ในช่องคลอดของเพศหญิง ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (Oral Sex) ซึ่งพบว่ามีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี แม้กระทั่งหากว่าทางทวารหนัก และทางช่องคลอดนอกจากนี้ การแพร่กระจายเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ระหว่างหญิงกับหญิงพบน้อยมาก ซึ่งการติดเชื้ออาจเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วย หรือ ติดเชื้อจากวัตถุ เช่น อวัยวะเพศชายเทียน หรืออุปกรณ์เสริมต่าง ๆ (Sex Toys) ที่ปนเปื้อนเดือด หรือสารคัดหลังจากช่องคลอดร่วมกัน (กรองกาลุจน์ สังกาศ, บรรจง วรรณยิ่ง, ปันดดา บริยฤทธิ์ และเพญศรี ระเบียน, 2537 จัดทำใน วิมลศรี ศรีคัณฑะ, 2553)

ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก มากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด (CDC, 2010) โดยเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นฝ่ายรับ หรือ ฝ่ายถูกกระทำที่ไม่ป้องกัน (Unprotected Receptive Anal Intercourse) มีความเสี่ยงมากกว่าฝ่ายรุก หรือฝ่ายกระทำที่ไม่ป้องกัน (Unprotected Insertive Anal Intercourse) (Amfar AIDS Research, 2006 จัดทำใน วิมลศรี ศรีคัณฑะ, 2553)

2. การแพร่เชื้อทางเลือด (Blood Transmission) การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีทางเลือดนั้น เกิดได้โดยวิธีการ ดังนี้

2.1 การรับเลือด หรือ ผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ไม่ได้คัดกรองอย่างถูกต้อง ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ หากในเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดนั้นมีเชื้อเอชไอวีอยู่ พนว่า ในปัจจุบันมีการให้บริการโลหิตตอย่างปลอดภัย เช่น มีการตรวจ Anti HIV และ p24 antigen ในเลือดก่อนให้กับผู้ป่วย แต่ไม่สามารถจะตรวจหาผู้ติดเชื้อทุกรายในระยะที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าไปก่อนที่ร่างกายจะมีแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีได้ (วิมลศรี ศรีคัณฑะ, 2553)

2.2 การใช้กระบวนการ หรือเข้มฉีดยาสเปติดร่วมกับผู้อื่น ในปัจจุบันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดจากวิธีการนี้กำลังเป็นปัญหาในทั่วโลก เนื่องจากมีกลุ่มผู้ใช้ยาสเปติดชนิดฉีดเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยเดียวกันคือ การใช้เข้มฉีดยา หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการเสพร่วมกัน (กรมควบคุมโรค, 2550) ในประเทศไทย พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาสเปติดสูงถึง ร้อยละ 51 ซึ่งการใช้เข้มฉีดยาร่วมกันเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาสเปติด (วินัยศรี ศรีคัณฑะ, 2553)

2.3 การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีคำ หรือบาด พบรในกลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่า โอกาสเกิดการติดเชื้อเอชไอวีจากการถูกเจ็บที่มีความรุนแรงกว่า ร้อยละ 1

2.4 การใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้หากไม่ผ่านการทำความสะอาด หรือจางเชื้อก่อน เช่น การสักผิวนัง โดยใช้อุปกรณ์ในการสักร่วมกัน ซึ่งการติดต่อโดยวิธีนี้ต้องสัมผัสกับเลือด หรือน้ำเหลือง โดยตรงทางแพลงเปิด และปริมาณเลือด และน้ำเหลืองต้องมีจำนวนมากพอ จึงพบว่ามีโอกาสสูงในการติดเชื้อ (วินัยศรี ศรีคัณฑะ, 2553)

**3. การแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก (Perinatal Transmission)** หากติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาโดยผ่านจากครรภ์ หรือติดเชื้อขณะคลอด เนื่องจากเด็กสัมผัสกับนูกเลือดในช่องคลอด และน้ำคร่ำผ่านเข้าไปในตัวเด็กทางผิวนัง ปาก จมูก ตา และติดเชื้อหลังคลอด จากการคั่มนนมมารดา ซึ่งหากติดเชื้อเอชไอวีจากการสามารถพนได้ ร้อยละ 30 – 50 (Fowler & Newell, 2002 อ้างถึงใน วินัยศรี ศรีคัณฑะ, 2553) ในประเทศไทย ภายหลังจากการดำเนินโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก พบร่วมกับ ประสบความสำเร็จจากการทดลองประสิทธิภาพของสูตรยาซิโดวูดีน (Zidovudine หรือ Azidothymidine : AZT) สามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ จากร้อยละ 30 เมื่อ 20 ปีที่แล้ว เหลือไม่ถึง ร้อยละ 3 (UNICEF Thailand, 2010)

จากการแพร่เชื้อเอชไอวีที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น พบว่า ปัจจัยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน เป็นปัจจัยเดียวกับการรับเชื้อเอชไอวีอันดับหนึ่ง ร้อยละ 91 (สำนักงานควบคุมโรคต่างประเทศ 2555) และส่งผลกระทบในหลายมิติต่อประชาชนในวงกว้าง

#### 4. ผลกระทบจากเอชไอวี และโรคเอดส์

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวียังไม่ได้ลดน้อยลง ตรงกันข้ามกลับ พบร่วมกับการแพร่ระบาดในประชากรหลายกลุ่มมากขึ้น โดยกลุ่มเดี่ยงที่กำลังก่อให้เกิดการระบาดอยู่ในประเทศไทยกำลังพัฒนาหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยในขณะนี้ คือ กลุ่มชาวยิวที่มีเพศสัมพันธ์กับชาวยิว การติดเชื้อเอชไอวีทำให้หายที่เพศสัมพันธ์กับชาวยิวทุกที่ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาวยิว ด้าน

เพาะการติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์แล้ว จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดเป็นปกติได้ ทำได้เพียงรักษาโดยกดไวรัสเอชไอวีไว้ด้วยยาด้านไวรัสเท่านั้น ทำให้ต้องแข็งกับวิกฤติของชีวิต ส่งผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน ตลอดจนประเทศชาติ ดังนี้

#### ผลกระทบต่อตนเอง

เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย เชื้อไวรัสจะไปทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายที่มี CD<sub>4</sub> Receptor โดยเฉพาะอย่างยิ่งเม็ดเดือดขาวชนิดพิ่งเซลล์ (Helper T – cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อภัยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น โดยที่สุขภาวะและสุขภาพของบุคคลนั้นจะเกิดการขาดความสมดุลตามความรุนแรงของโรค การติดเชื้อเอชไอวีจึงทำให้ป่วย และเสียชีวิตได้ง่าย โดยผลกระทบจากความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีร่างกายอ่อนเพลีย ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจลดลงต่าง ๆ ลดลง ต้องดูแลสุขภาพร่างกายของตน ให้ดีกว่าคนทั่วไป เพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อภัยโอกาสสนั่นเอง และเมื่อการดำเนินโรคแทรกซ้อนถึงระดับที่รุนแรง หลายโรคครุ่นเร้า อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (วิมลศิริ ศรีคัณฑะ, 2553)

ในส่วนของผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อบุคคลได้รับเชื้อเอชไอวี ในครั้งแรก เมื่อรู้ผลเดือด จะมีสภาวะอารมณ์การตอบสนองที่นับว่ารุนแรงมาก ซึ่งมักมีอาการซึ้งทางอารมณ์ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยคาดคิดมาก่อน อาจแสดงออกในรูปของการตกใจอย่างสุดขีด หรือแสดงออกในรูปของการนั่งเงียบ และปม思绪ที่จะเชื่อสิ่งที่ได้ยิน หรือรับทราบเกี่ยวกับผลเดือดของตน และอาจตอบสนองออกมารูปของคำพูด ซึ่งสิ่งที่ติดตามคือ สภาพความไม่มั่นคงทางจิตใจ โดยแสดงออกในรูปของความคิดหมกมุนเกี่ยวกับโรค และผลร้ายของโรคร่วมไปกับความกังวล และหวาดกลัว บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงที่ถูกผลกระทบจากผลของการรับสารมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexual) และกลุ่มรักร่วมเพศ (Bisexual) มักมีปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านการปรับตัวที่มีอารมณ์เศร้า หรือ กังวลเป็นอาการเด่น (Adjustment Disorder with Depressed Mood) สำหรับการตอบสนองของกลุ่มนี้ที่มีต่อสังคม คือ ความกลัว และโกรธ ต่อท่าที หรือการกระทำของสังคมที่มีต่อตน (กมลมาลย์ วิรัตน์ เศรษฐสิน, ดำรง เสี่ยวศิลป์ และสมจิตต์ สุพรรณหักษณ์, 2538 อ้างถึงใน วิมลศิริ ศรีคัณฑะ, 2553) โดยเฉพาะประสบการณ์การถูกตีตรา และรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง และ (Amfar AIDS Research, 2006)

## ผลกระทบต่อครอบครัว

การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สูง การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เช่นกัน แม้ในประเทศไทยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่เอื้อต่อการรักษา โดยผู้ติดเชื้อไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา และการบริการทางห้องปฏิบัติการแต่อย่างใด แต่ถึงอย่างไรผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวย่อมเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ติดเชื้อล่วงในช่วงวัยแรงงาน ทำให้การที่ป่วยจากโรคหลายโอกาส หรือมีอาการป่วยที่หนัก หรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้การสร้างรายได้เข้าสู่ครอบครัวลดลง และเงินออม หรือทรัพย์สินหมดไป นอกจากการขาดหายไปของรายได้แล้ว เมื่อมีการจากไปของผู้ติดเชื้อนี้ยังทำให้โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนไป ซึ่งจะมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านอาหารและสามาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการกลับมาอยู่กับพ่อแม่เมื่อมีอาการป่วยอยู่ในบ้านสุดท้าย (ชุดนันท์ นับแสง, 2545) อีกทั้งสามาชิกในครอบครัวยังถูกสังคมภายนอกขัง รังเกียจอีกด้วย (Synder, Omoto & Crain, 1999)

## ผลกระทบต่อบุตร

การติดเชื้อเอชไอวี ทำให้บุตรคนต้นครรภานกในช่วงที่มีการระบาดแรก ๆ มักถูกรังเกียจ ติตรา และเลือกปฏิบัติอย่างมากจากบุตรคน อีกทั้งยังเกิดการต่อต้านไม่ยاخกให้ผู้ติดเชื้อ หรือญี่ปุ่น ป่วย โรคเอดส์เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในบุตร หรือการไม่ไปร่วมงานศพ เมื่อมีสาเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ติดเชื้อเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยิ่งเพิ่มความรังเกียจ กีดกัน และติตราไปทางที่เลวร้าย เนื่องจากคนในบุตรคนไม่ยอมรับ และมองว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นความผิดปกติ และดำเนินทางเพศ (วิมลศิริ ศรีคณฑะ, 2553) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงานของผู้ติดเชื้อบางรายถูกให้ออกจากการงานเมื่อติดเชื้อ หรือได้รับการขอร้องให้แยกที่นั่งทำงานให้ห่างจากผู้ตัวร่วมงานคนอื่น หรือบางรายถูกขับออกจากบุตรคนน้ำที่รับผิดชอบลง แม้จะมีการขอความร่วมมือ รณรงค์ ให้องค์ความรู้การติดต่อของโรคเอดส์ จากหน่วยงานของรัฐ และภาคประชาสังคม เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจ และเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ปัญหาดังกล่าวยังคงมีในเห็นในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้ในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ พ.ศ. 2555 – พ.ศ. 2559 ที่กำหนดให้ไม่มีการติตรา และเลือกปฏิบัติ ทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในบุตรคน

## ผลกระทบระดับประเทศ

เมื่อจำนวนผู้ติดเชื้อเอช ไอวี และผู้ป่วยเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้น ความต้องการเวชภัณฑ์ และบริการในระดับต่าง ๆ ย่อมมีมากขึ้น ซึ่งในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหนักมาก ย่อมมีความต้องการ การวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อนมากขึ้นด้วย จำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น หรือแม้แต่การ ดื้อของผู้ติดเชื้อ เมื่อต้องมีการเปลี่ยนสูตรยาใหม่ จึงทำให้เป็นต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ที่สูงขึ้นถือเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบด้าน เศรษฐกิจ โดยรวมของประเทศ เมื่อจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอายุช่วงวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญ ในภาคการเกษตร การอุตสาหกรรม และอาชีพอื่น ๆ ในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วย (มูลวัลย์ แก้วมะเริง และคณะ, 2556) ผลกระทบในมิติต่าง ๆ มากมาย ตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ปัจจุบันถือว่ามีการลดลงของปัญหากว่าในทศวรรษแรก ๆ ของการแพร่ระบาดของเชื้อเอช ไอวี ซึ่งขณะนี้ทุกกลุ่มประชากรต่างได้รับผลกระทบมาก แต่ในยุคหลังมานี้ผลกระทบนั้นยังเกิดขึ้นกับ ประชากรบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

## ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ความหมาย องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวถึงการเป็นรักเพศเดียวกัน ในการ จำแนกโรคสากุล ครั้งที่ 9 (International Classification of Disease Ninth Revision หรือ ICD – 9) กล่าวว่า การเป็นรักร่วมเพศ หมายถึง การที่มีความพึงพอใจทางเพศกับบุคคลที่มีเพศเดียวกันกับตน โดยเฉพาะเพียงอย่างเดียว หรือส่วนใหญ่ โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีความสัมพันธ์ทางกายต่อ กันก็ได้ และการวินิจฉัยว่าบุคคลใดเป็นรักร่วมเพศนั้น ไม่จำเป็นต้องพิจารณา ว่ามีความผิดปกติทางจิต (มูลวัลย์ แก้วมะเริง และคณะ, 2556)

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง ชายที่มีความรัก และความปรารถนาทางเพศกับชาย ด้วยกัน นักเรียนตามพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ชายที่มีความต้องการทางเพศกับเพศชายเพศเดียวกันกับตน (Homosexual) 例如 กว่า เกย์ (Gay) ชายที่มีพฤติกรรมรักสองเพศ (Bisexual) และชาย ที่มีพฤติกรรมแต่งตัว และแสดงกริยาเหมือนหญิง 例如 กะเทย (Transgender) ซึ่งเป็นชายที่มี ความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศชายด้วยกัน ด้วยวิธีการที่เลี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอช ไอวีใน 3 ช่องทาง ได้แก่ ทางปาก ทางอวัยวะเพศ และทางทวารหนัก โดยอาจเป็นผู้กระทำ หรือถูกกระทำใน หรือทั้ง 2 แบบใน 3 ช่องทางดังกล่าว (มูลวัลย์ แก้วมะเริง และคณะ, 2556)

## สาเหตุของพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน

จากการศึกษา พบว่า สาเหตุของพฤติกรรมการรักเพศเดียวกัน หรือรักร่วมเพศแบบชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อาจเกิดจาก

### 1. สาเหตุทางชีววิทยา เป็นผลมาจากการ

1.1 พันธุกรรม โดยฝ่าแฝด ไปเดียวกันมีโอกาสเป็นคนรักเพศเดียวกันเหมือนกันมากกว่าคนทั่วไป

1.2 ระดับความผิดปกติของฮอร์โมนของมารดา ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโต และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสมองของเด็กชายเป็นโครงสร้างสมองของเด็กหญิง

โดยสรุปคือ ลักษณะการเป็นคนรักเพศเดียวกัน หรือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ติดตัวมาตั้งแต่ตัวอยู่ในครรภ์มารดา

2. สาเหตุทางจิตวิทยา แนวคิดนี้เชื่อว่า มนุษย์เกิดมาด้วยสมองที่คล้ายคลึงกัน แต่รสนิยมทางเพศเป็นผลลัพธ์เนื่องมาจากการอบรมเลี้ยงดู การให้ความรักความอบอุ่นจากพ่อแม่ และบุคคลแวดล้อม จากการเรียนรู้ และประสบการณ์ และจากสังคมแวดล้อมซึ่งมีผลต่อพัฒนาการทางเพศของมนุษย์

ดังนั้น พฤติกรรมรักเพศเดียวกันจึงอาจเกิดขึ้นจากสาเหตุหลายอย่างประกอบกัน ทั้งในด้านการอบรมเลี้ยงดู ประสบการณ์ในวัยเด็ก สถานการณ์แวดล้อม รวมทั้งเหตุผลทางด้านจิตวิทยา และฮอร์โมน ดังนั้น วิธีการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว และการเป็นแบบอย่างที่ดีของพ่อแม่ การใช้การสื่อสารในการเรียนรู้ และการสร้างความเข้าใจระหว่างพ่อแม่ลูก จึงเป็นแนวทางในการป้องกันพฤติกรรมการรักเพศเดียวกันได้อีกแนวทางหนึ่ง (สุธิดา อินทรเพชร, 2551)

## พฤติกรรมทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ในปัจจุบันกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ขยายเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นกลุ่มสังคมย่อยที่มีขนาดใหญ่ เป็นอีกภาคหนึ่งของสังคมที่มีอาชีวประมงได้ เพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย จึงมีอยู่ทุกสังคม โดยมีพฤติกรรมทางเพศหลากหลายรูปแบบ ดังนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (Anal Sex) โดยการสอดใส่渥บายน้ำเพศชายในทวารหนักของชายที่เป็นคู่นอน

2. การมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด (Vaginal Sex) ในชายที่มีเพศสัมพันธ์ที่มีรสนิยม มีเพศสัมพันธ์ทั้งชายและหญิง (Bisexual)

พฤติกรรมทางเพศระหว่างชายกับชายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือ การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักที่ไม่มีการป้องกัน (Unprotected Anal Sex) มีความเสี่ยงมากกว่าการมี

เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด (Bisexual) เนื่องจาก เนื้อเยื่อของลำไส้ตรง (Rectum) มีลักษณะบาง และ นิ่นขาดง่ายขณะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก อีกทั้ง บริเวณลำไส้ตรง และลำไส้ใหญ่มีพื้นที่มากกว่า ช่องคลอด ทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีมีโอกาสเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น (UNAIDS, 1998) ชายที่มี เพศสัมพันธ์ไม่น้อยที่มักมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก แม้ว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีช่องทาง ดังกล่าว จะน้อยกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือทางช่องคลอดก็ตาม แต่ในฝ่ายที่ใช้ถ�ก กระตุ้นสัมผัส หรือถูกบริเวณทวารหนัก มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีหากมีการสัมผัสเลือดจากอุจจาระ ของคุณอนที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือทางทวารหนักมีนาดแพลต (CDC, 2006)

พฤติกรรมการมีคุณอนหลายคน ตลอดจนการซื้อยาบริการทางเพศเพิ่ม โอกาสเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่มีการ ป้องกันคุณอนทั้งที่เป็นคุณอนชั่วคราวและเป็นคุณอนประจำ ทั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังอยู่ในอัตราต่ำ โดยเฉพาะการใช้ถุงยาง อนามัยทุกรั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาในประเทศไทยด้านมาพบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีคุณอนเฉลี่ย 3 คน ในระยะเวลา 1 เดือน และเฉลี่ย 14.8 คน ในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 53 เคยซื้อ บริการทางเพศ หรือรับเงินเพื่อแลกกับการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72 ให้ข้อมูลว่า “ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย (Colly, 2003) เห็นเดียวกันชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทยในเมือง จีนาน (Jinan) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา โดยไม่ มีการป้องกัน ร้อยละ 50.1 ในฝ่ายรุก และร้อยละ 45.8 ในฝ่ายรับ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่มีการป้องกัน ได้แก่ จำนวนคุณอน โดยที่การมีคุณอน 1 คน จะเพิ่ม โอกาสเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักที่ไม่มีการป้องกัน 1.2 เท่า ( $p < 0.01$ ) (Ruan et al., 2008)

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นอีกปัจจัยเสริมที่นำไปสู่การมี เพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน นอกจากนี้ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายบางรายมีเพศสัมพันธ์อย่าง รุนแรง และ ไม่มีการใช้สารหล่อลื่น ทำให้การสอดใส่เป็นไปอย่างลำบากและต้องให้ความรุนแรง ในการสอดใส่ มีผลทำให้เกิดแผล หรือร้อนคลอกได้ และการใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำมัน ซึ่งจะลายไปไม่ได้จะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เช่น โลชั่นทาผิว วาสเลิน สนู๊ฟ น้ำมันพืช เป็นต้น ซึ่งสารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำมันนี้ อาจเพิ่ม โอกาสเสี่ยงทำให้ถุงยางอนามัยแตก ได้ง่าย (วิมลศิริ ศรีคณฑ, 2553) สำหรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนี้ สามารถป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ โดยทุกภาคส่วนต่างให้ความสำคัญ ในการ ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมาก โดยเฉพาะทศวรรษหลังของการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

## การป้องกันการติดเชื้อเชื้อไขว้ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ในปี พ.ศ. 2557 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเออดส์แห่งชาติ ได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเออดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2559 สรุปสาระสำคัญของยุทธศาสตร์ฯ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนี้

กว่า 25 ปีที่ประเทศไทยมีบทเรียน ประสบการณ์ และพัฒนาการในการต่อสู้กับปัญหาเออดส์ กล่าวไว้ว่า มีความชัดเจนในความสำเร็จที่จำนวนผู้ติดเชื้อเชื้อไขว้รายใหม่ลดลง การป้องกันการติดเชื้อฯ เมื่อแรกเกิดครอบคลุมมาก กว่าร้อยละ 90 ความครอบคลุมในการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเชื้อไขว้ ด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 70 แต่อัตราการคงของจำนวนผู้ติดเชื้อเชื้อไขว้รายใหม่น้อยลง ในขณะที่อัตราความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีนิด ประชากรข้ามชาติยังอยู่ในระดับสูง

การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเชื้อไขว้รายใหม่ในช่วงปี พ.ศ. 2555 – พ.ศ. 2559 ด้วย AIDS Epidemic Model (AIDS EPIDEMIC MODEL, 2011) พบว่าจำนวนรวม 43,040 คน เป็นการรับและถ่ายทอดเชื้อฯ จากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชาย พนักงานบริการและลูกค้า ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีนิด และคู่เพศสัมพันธ์ที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาจไม่รู้ หรือรู้ว่าตนเองติดเชื้อเชื้อไขว้ รวมคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 94

ด้วยเหตุนี้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเออดส์แห่งชาตินับ พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2559 จึงให้น้ำหนักและความเข้มข้นในการดำเนินงานกับกลุ่มที่คาดว่าจะมีการติดเชื้อเชื้อไขว้รายใหม่ดังกล่าว และกำหนดเป้าหมายสู่ความเป็นศูนย์ 3 ศูนย์ ประกอบด้วย ไม่มีผู้ติดเชื้อเชื้อไขว้รายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเออดส์ และไม่มีการติดต่อและเลือกปฏิบัติ

ด้วยความร่วมมือของภาคีที่ดำเนินงานเออดส์ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนสังคม และเอกชน ที่มี 2 ทิศทาง และ 5 ยุทธศาสตร์ (กรมควบคุมโรค, 2555) คือ

### ทิศทางยุทธศาสตร์ 1 “นวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง” มี 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

1. เร่งรัดขยายการดำเนินงานการป้องกันที่รอบด้านด้วยชุดบริการที่ได้มาตรฐานบนฐานของการคุ้มครอง สิทธิมนุษยชนและมีความละเอียดอ่อนเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี ให้ครอบคลุม ประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และคาดว่าจะมีจำนวนการติดเชื้อฯ รายใหม่มากที่สุด

2. เร่งรัดขยายการดำเนินงานให้การปกป้องทางสังคม และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกฎหมายที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและการดูแลรักษา

3. เพิ่มความร่วมรับผิดชอบและเป็นเจ้าของร่วมในระดับประเทศ จังหวัดและท้องถิ่น ในการขยายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเออดส์ของประเทศไทย

4. พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกระดับ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2555)

**ทิศทางยุทธศาสตร์ 2 “การพัฒนาและบูรณาการให้แผนงานที่มีอยู่เดิมมีคุณภาพเข้มข้น และมีความยั่งยืน”**

เป็นยุทธศาสตร์ที่ 5 คือ ยกระดับคุณภาพของมาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิมให้เข้มข้นและบูรณาการ ในแผนงานต่าง ๆ ประกอบด้วย

1. การป้องกันการติดเชื้ออาร์ไอวีเมื่อแรกเกิด
2. การป้องกันการติดเชื้ออาร์ไอวีในเด็กและเยาวชน
3. การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยแบบบูรณาการ
4. การบริการโอดิตปลอดภัย
5. การรักษา การดูแล และการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อฯ
6. การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
7. การลดการติดต่อ และการเลือกปฏิบัติ
8. การสื่อสารสาธารณะ

โดยมีกลไกในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทั้งระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาคผ่านคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วย การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่จะทำหน้าที่ในการผลักดันสนับสนุน และกำกับทิศทางให้การดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์บรรลุสู่เป้าหมายที่กำหนด ภายใต้หลักการสร้างความเป็นธรรมในสังคม โดยการเรียบเรียง คุ้มครอง และเติมเต็มสิทธิที่พึงมีพึงได้รับ และมีความเท่าเทียมทางเพศ ประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการทำงานเอดส์ในมิติใหม่ที่ก้าวข้ามจากการเป็นโรค และความเจ็บป่วยไปสู่การส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มุ่งเน้นเป้าหมายที่ชัดเจน ด้วยประสิทธิภาพ และประสิทธิผล โดยมีการติดตามการทำงานร่วมกันของภาครัฐภาคส่วน และการสร้างภาวะผู้นำ และการเป็นเจ้าของด้วยการร่วมกันกำหนดทิศทางการทำงานเอดส์ การจัดทำทรัพยากรให้เพียงพอ ต่อเนื่อง และยั่งยืน ตลอดจนการเสริมสร้างพลัง และภารกิจการทำงานทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2555)

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์จัด โครงการสร้างการบริหารยุทธศาสตร์ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2559 ด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับประเทศ และคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับ

จังหวัด และกรุงเทพมหานคร และเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ จะมีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และการบูรณาการการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) พร้อมกับจัดทำแผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลกระทบระดับประเทศ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเออดส์, 2557)

อย่างไรก็ตาม ก่อนจะมียุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเออดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2559 ขึ้นนั้น ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลายประการ เช่น

ในปี พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2553 ทางภาครัฐได้มีการเร่งรัดการขยายบริการป้องกันในหลากหลายช่องทาง และหลายรูปแบบ สำหรับประชาชนกลุ่มนี้ รวมทั้ง มีมาตรการสนับสนุนด้านการคุ้มครอง ฯ และให้ความช่วยเหลือ โดยเป็นการทำงานร่วมกันของภาครัฐ ภาคประชาสัมคม และภาคเอกชน ในปี พ.ศ. 2553 มีการดำเนินงานโครงการ CHAMPION (Comprehensive HIV Prevention among MARPs by Promoting Integrated Outreach and Network) ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ใน 30 จังหวัด ส่วนกรมควบคุมโรคได้ดำเนินงานในสักษณะใกล้เคียงกันเพิ่มในอีก 47 จังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่อยู่นอกเหนือโครงการ CHAMPION โดยมีการแจกถุงยางอนามัย ติดตั้งจุดบริการถุงยางอนามัย สร้างเสริมมาตรการที่ริเริ่มโดยองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเออดส์ที่ทำงานในพื้นที่ เพื่อรักษา และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคเออดส์ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเออดส์, 2555)

ในปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2555 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอพ.) กรมควบคุมโรค ได้จัดทำโครงการพัฒนามาตรการป้องกันเออดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือ โครงการ “Condom Point” ดำเนินการในปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2555 จาก 18 จังหวัด เป็น 48 จังหวัด และเติมพื้นที่ตามลำดับ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีกลยุทธ์ในการสร้างมาตรการเข้มงวดส่งเสริมการป้องกันโรคเออดส์ โดยการเข้าถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่นผ่านจุดบริการถุงยางอนามัย หรือ “Condom Point” ซึ่งมีการจัดจุดบริการถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ผับ คลับ บาร์ ดิสโก้ เค้ก คาราโอเกะ ชาวนา และร้านเสริมสวย เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2557 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอพ.) กรมควบคุมโรค ได้จัดทำโครงการสนับสนุน และกระจายถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น โดยมีวัตถุประสงค์โครงการ เพื่อการกระจายถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น ให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกพื้นที่

ให้หน่วยงานได้แสดงความต้องการ โดยคาดประมาณการใช้ถุงยางอนามัยในแต่ละปีงบประมาณ ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต ส่งไปยังส่วนกลาง (สอวพ.) ผ่านโปรแกรมที่ให้ผู้รับผิดชอบคาดประมาณ จำนวนการใช้ถุงยางอนามัยตามกลุ่มป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) พนักงานบริการทางเพศ (2) กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (3) กลุ่มเยาวชน อายุ 12 – 24 ปี (4) ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง และ ไม่เปิดเผย (5) ผู้นำรับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโครงการดักล่าไวรัสดำเนินต่อเนื่อง ถึงปี พ.ศ. 2558

ขณะที่การลดอุบัติการณ์การติดเชื้ออาร์ไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มี ความก้าวหน้าพอควร แต่ในการทำงานหลายเรื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2555 ยังคงมีปัญหา ที่เป็นความท้าทายสำหรับผู้รับผิดชอบงาน อีกทั้ง มีท้องถิ่นจำนวนมากไม่ได้จัดให้งานส่วนนี้อยู่ใน ลำดับความสำคัญต้น ๆ และยังขาดศักยภาพในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันอาชีวะ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นอกจากนั้น ยังต้องพัฒนาการสร้างความตระหนักของผู้นำ ชุมชน และผลักดันเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนให้มีมาตรการป้องกันสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชาย เพราะยังมีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ไม่เพียงพอต่อการวางแผน และการปรับปรุงคุณภาพการ ดำเนินงาน ประกอบกับยังมีการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงยังไม่ สามารถจูงใจให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้ารับบริการต่าง ๆ ที่จัดไว้ได้มากพo (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2557)

ในปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2562 ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ (National Condom Strategy) โดยกรุบควบคุมโรค เพื่อเป็นกรอบ และทิศทางในการดำเนินงาน โปรแกรมถุงยางอนามัย แบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงาน ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัยสตรี และสารหล่อลื่น อย่างรอบด้านตามแนวคิดใหม่ ที่มุ่งสู่การใช้ประโยชน์ของ ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรค ภัยสุขภาพหลายด้านพร้อม ๆ กัน (กรมควบคุมโรค, 2558)

การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคเอดส์ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันตั้งแต่ยุคแรก ๆ ที่การ แพร่ระบาดของเชื้ออาร์ไอวีในถึงยุคปัจจุบัน คือ การรณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัยขณะมี เพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ถุงยางอนามัย หรือถุงยางชาย

### **ถุงยางอนามัย หรือ ถุงยางชาย**

ความหมาย ถุง หรือ ปลอก ที่ใช้สำหรับการป้องกันการติดเชื้ออาร์ไอวี และการคุ้มกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถุงยางอนามัยโดยทั่วไปทำจากน้ำยางธรรมชาติ น้ำยางสังเคราะห์ หรือวัตถุอื่น อาจมีผนังขนาด มีหลายลีที่ให้เลือก และมีหลายแบบ ทั้งแบบปลายเรียบมน ปลายเป็น กระเบาะ หรือเป็นติ่งยื่นออกมาน มีการซ่อนด้วยสารหล่อลื่น และแบบที่เคลือบน้ำยาตัวอ่อน ถ้าแบ่งตามลักษณะพิวะจะมีทั้งแบบพิวารีบัน และพิว่าไม่เรียบ ถ้าแบ่งตามขนาดความกว้างก็จะมี

ด้วยกันถึง 13 ขนาด ตั้งแต่ขนาด 44 จนถึง 56 มิลลิเมตร ในประเทศไทยจะน้ำหนัก 49, 52, 53, 54 และ 56 มิลลิเมตร(สำนักโรคเอดส์ วัณ โรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2555)

## ข้อดีของถุงยางอนามัย

1. นอกจากใช้ในการคุณกำเนิดแล้วยังใช้ป้องกันโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอชสี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
  2. ใช้ได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ ปลอดภัย ไม่มีอาการแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงเห็นผลง่าย และป้องกันได้ทันที
  3. พกสะพาย น้ำหนักเบา หาซื้อได้ง่าย ราคาถูก ใช้เสร็จแล้วทิ้งได้เลย
  4. ช่วยยืดระยะเวลาการหลบหนีสูง ฝ่ายชายได้ และไม่มีผลเสียต่อการเจริญพันธุ์

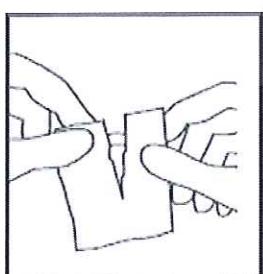
ເນື້ອເກີດໄຫຼ້

## ข้อเสียของถงยางอนามัย

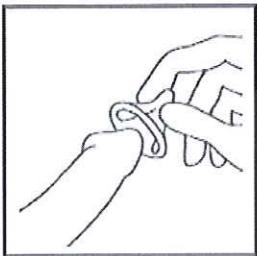
1. ต้องใส่ก่อนร่วมเพศจึงเกิดการขัดจังหวะในการร่วมเพศ เพราะต้องสวมถุงยางในขณะที่อวัยวะเพศเป็นตัวเดิมที่ถ้าคุณอนเป็นผู้ใส่ให้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกดีขึ้น
  2. ความรู้สึกในการสัมผัสการร่วมเพศตามธรรมชาติ อาจลดลงบ้าง แม้ว่าถุงยางจะบางมาก คุณอนอาจจะไม่ได้รู้ว่ามีการหล่นน้ำอสุจิเข้าสู่ช่องคลอด หรือทวารหนัก
  3. อาจมีโอกาสรับเชื้อเอช ไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอาจตั้งครรภ์ได้หากถุงยางอนามัยชำรุด

การใช้ถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น สำหรับผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

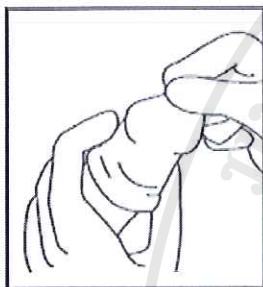
ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นหลายฝ่ายมุ่งสนับสนุนให้มีเข้าถึงคุณยางอนามัย และใช้คุณยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเชื้อไวรัสในกลุ่มชาติที่มีเพศสัมพันธ์กับชาติ ซึ่งถูกส่งผ่านทางการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันทางทวารหนัก ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเชื้อไวรัสในกลุ่มชาติที่มีเพศสัมพันธ์กับชาติ ทั้งนี้ การใช้คุณยางอนามัย และสารหล่อลื่นอย่างถูกต้อง มีดังนี้



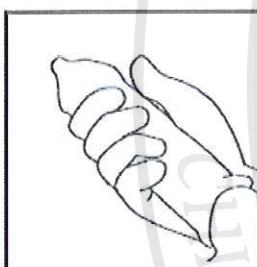
- ไม่ควรใช้ถุงยางอนามัยที่หมดอายุ ควรตรวจสอบดูวันเดือนปีที่หมดอายุ (หรือวันเดือนปีที่ผลิต) ที่ระบุไว้บนซอง หรือกล่องบรรจุภัณฑ์ จากนั้นเปิดซองถุงยางอนามัยด้วยความระมัดระวัง อย่าให้เด็บหรือเครื่องประดับเกี่ยวโดยตรงยางอนามัย เพราะอาจชำรุดได้



2. ก่อนสวมถุงยางอนามัย ให้ปืนส่วนปลายของถุงยางอนามัยไว้ด้วยนิ้วหัวแม่มือ กับนิ้วชี้ หรือด้วยริมฝีปากเพื่อไล่อากาศออก ซึ่งจะทำให้มีที่ว่างสำหรับน้ำอสุจิ และไม่ทำให้ถุงยางอนามัยแตกได้อาจหยดสารหล่อลื่นชนิดละลายน้ำสัก 1 – 2 หยด ลงบนปลายถุงยางอนามัยเพื่อเพิ่มการหล่อลื่น แต่อาจไม่จำเป็น เพราะถุงยางอนามัยส่วนใหญ่มีสารหล่อลื่นเคลือบอยู่แล้ว



3. ควรสวมถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัวเต็มที่ และต้องสวมก่อนที่อวัยวะเพศชายจะสัมผัสกับทวารหนัก หรือช่องคลอด หรือปากของคุณอน จากนั้นใช้มืออีกข้างหนึ่งรูดถุงยางอนามัยลงไปจนถึงโคนของอวัยวะเพศชายที่แข็งตัว แล้วตรวจสอบว่าไม่ให้มีอากาศอยู่ในถุงยางอนามัยสำหรับผู้ชายที่ยังไม่ได้ขึ้นอวัยวะเพศ ต้องรูดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศลงก่อนที่จะสวมถุงยางอนามัย



4. ควรใส่สารหล่อลื่นลงบนผิวค้านอกของถุงยางอนามัย และการทำให้ช่องคลอด หรือทวารหนักของคุณอนมีสารหล่อลื่นมากพอ ก่อนที่จะสอดใส่ หากมีสารหล่อลื่นไม่มากพอ อาจทำให้ถุงยางอนามัยฉีกขาด หรืออาจทำให้ช่องคลอด หรือทวารหนักเกิดการระคายเคืองจากการเสียดสีเกินไปได้ และควรใช้สารหล่อลื่นที่มีน้ำเป็นส่วนผสมเท่านั้น

ห้ามใช้โลชั่นที่มีส่วนผสมของน้ำมัน วาสเลี่น โลชั่นสำหรับเด็ก หรือน้ำมัน ( เช่น น้ำมันสำหรับนวดตัว ) โดยเด็ดขาด เพราะน้ำมันจะทำให้ถุงยางอนามัยเปราะบางลง และทำให้ถุงยางอนามัยแตกได้หลังจากมีเพศสัมพันธ์ ให้จับถุงยางอนามัยตรงบริเวณโคนอวัยวะเพศไว้ เพื่อกันไม่ให้น้ำอสุจิไหลออกมาในขณะที่ถอดถุงยางอนามัยออก ควรระวังอย่าให้น้ำอสุจิเปื้อนมือ หรือช่องคลอด หรือทวารหนักของคุณอน แล้วล้างมือและร่างกายให้สะอาด

**ข้อควรจำ :** การใช้ถุงยางอนามัย 1 ชิ้น ต่อการมีเพศสัมพันธ์ 1 ครั้ง และทึ้งถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วลงในถังขยะเท่านั้น ไม่ควรทิ้งลงชักโครก เพราะจะทำให้อุดตัน (FHI360, 2007)

ถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์ป้องกันการรับและการถ่ายทอดเชื้อเชื้อไวรัส และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับสารหล่อลื่นชนิดละลายน้ำถูกแนะนำให้ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อลดการฉีกขาดของช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ และให้ความรู้สึกที่เป็นธรรมชาติมากขึ้น

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และพฤติกรรมการถุงยางอนามัยในกลุ่มดังกล่าว จำเป็นต้องมีการทบทวนวรรณกรรม และเลือกแนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมมาเป็นกรอบทฤษฎีในการศึกษา ซึ่งจะทำให้ได้ข้อค้นพบที่จำเป็นต่อการวางแผนการดำเนินงานด้านป้องกันโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้

### ทฤษฎีการกระทำการด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

ทฤษฎีการกระทำการด้วยเหตุผลพัฒนาขึ้นโดย ออเจนเซ่น (Ajzen) และฟิชไบ因 (Fishbein) ในปี พ.ศ. 2518 (รายงาน ภูมิปัญญาฯ, 2550) โดยมีแนวคิด (Key Concept) เพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลจากความตั้งใจ โดยมีข้อสมมติว่า โดยปกติแล้วมนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผล ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจะนำไปใช้เป็นประโยชน์อย่างมีระบบ เพื่อบรรลุจากการตัดสินใจของตนเอง โดยไม่เชื่อว่าพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์จะถูกควบคุมโดยแรงขันในระดับไร้สำนึก หรือจากอำนาจของแรงบรรดาล้ำต่าง ๆ และพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้ถูกกำหนดโดยอารมณ์ หรือขาดการพิจารณา ก่อน อาจกล่าวโดยสรุปว่า “มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล และใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ และพิจารณาที่คิดว่าจะเกิดจากการกระทำการดังกล่าว หรือไม่กระทำการดังกล่าว” (รายงาน ภูมิปัญญาฯ, 2550)

เนื่องจากจุดมุ่งหมายของทฤษฎีการกระทำการด้วยเหตุผลนี้ คือ การทำนายพฤติกรรมจากความตั้งใจที่จะกระทำการดังกล่าว และเนื่องจากความตั้งใจที่จะกระทำการดังกล่าวเป็นตัวกำหนด ใกล้ชิดของการกระทำการดังกล่าว ตามทฤษฎีการกระทำการด้วยเหตุผล ความตั้งใจจะถูกกำหนดด้วยกำหนดพื้นฐาน 2 ประการ คือ

1. ทัศนคติต่อการกระทำการ (Attitude Toward Performing Behavior) ซึ่งเป็นตัวกำหนด หรือองค์ประกอบด้านบุคคล หรือธรรมชาติของบุคคลที่เกี่ยวกับการประเมินหั้งมั่นด้านบวก และด้านลบ หรือด้านไม่ดีของบุคคลนั้น ต่อการกระทำการดังกล่าว เป็นการแสดงออกอย่างง่าย ๆ ถึงการตัดสินใจของบุคคลว่า พฤติกรรมนั้นดีหรือเลว ชอบหรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น โดยทฤษฎีแล้วจะเน้นที่ทัศนคติต่อการกระทำการมากกว่าทัศนคติต่อวัตถุ หรือเป้าหมายโดยตรง

2. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) เป็นองค์ประกอบด้านสังคม หรือเป็นผลผลกระทบจากสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแรงผลักดันของสังคมที่ให้กระทำการ หรือไม่กระทำการ พฤติกรรมนั้น คือ การรับรู้ในบรรทัดฐานของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ที่มีความสำคัญต่อเขา โดยการคาดหมายถึงความรู้สึกของบุคคลเหล่านั้นที่มีต่อการกระทำการดังกล่าว การรับรู้ว่าบุคคล หรือกลุ่มสังคมที่มีอิทธิพลต่อเขา สนับสนุนหรือคัดค้านการที่เขาจะกระทำการดังกล่าว



โดยทั่วไปบุคคลจะมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม เพื่อผลประโยชน์ทางชีวิต ไม่ใช่เพื่อความสนุกสนาน แต่เชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญคิดว่าควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งกันระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรม และบรรทัดฐานกุลเมืองอิง เกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม และบรรทัดฐานกุลเมืองอิงไม่สนับสนุนให้เขากำหนดพฤติกรรม จึงจำเป็นต้องพิจารณา “ความสำคัญในเชิงความสัมพันธ์” (Relative Importance) ขององค์ประกอบที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม นั่นคือต้องทราบ น้ำหนักของความสัมพันธ์ (Relative Weights) ของแต่ละองค์ประกอบ

ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม และบรรทัดฐานกุลเมืองอิงต่อการกระทำพฤติกรรมจะ ร่วมกันกำหนด หรือทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม โดยนำอิทธิพล หรือน้ำหนักของ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสองมาพิจารณาด้วย (รจนา ญาณปรีชาชาญ, 2550)

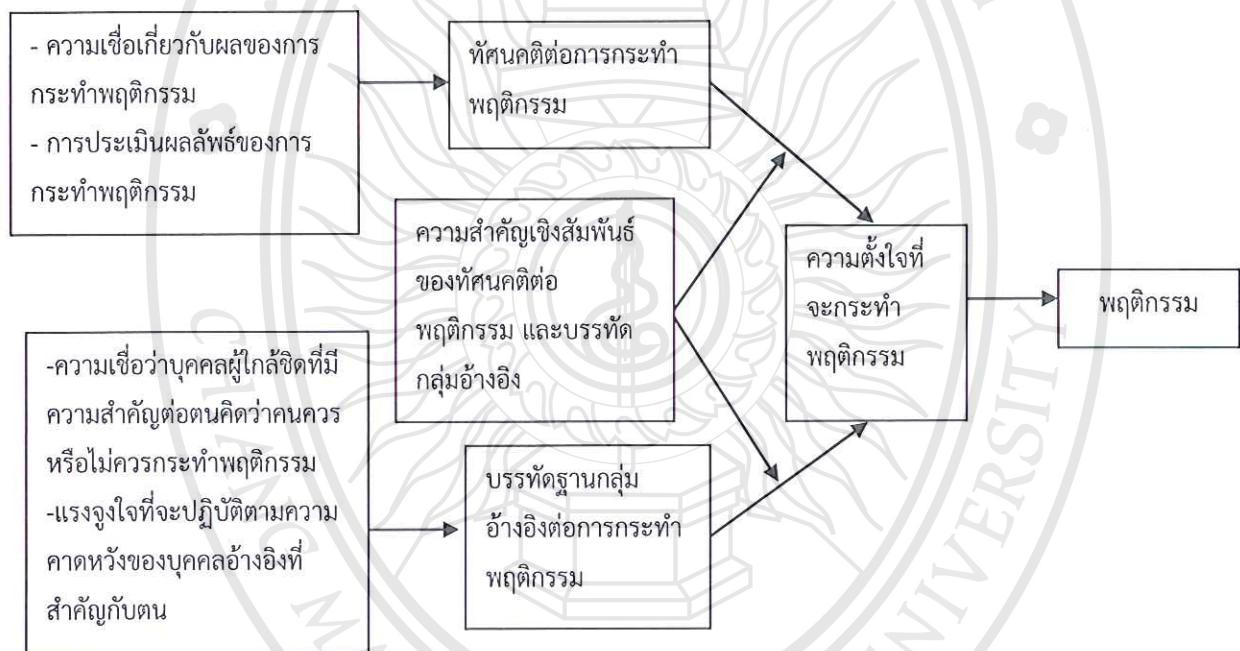
นอกจากนี้ เอ็จเชน และพิชไบน์ (คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ, มัลลิกา มัตติโก, 2534) ได้ อธิบายเพิ่มเติมในทฤษฎีของเขาว่า ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม ( $A_B$ ) ยังถูกกำหนดโดยความ เชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Salient Belief) ซึ่งแต่ละความเชื่อเด่นชัดนั้นจะเชื่อมโยงเข้ากับผล ของการกระทำ (Outcome) และผลของการกระทำแต่ละอันจะถูกกำหนดค่าไปแตกต่างกันด้วย ยกตัวอย่าง เช่น หากบุคคลเชื่อว่า การมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เค็มน้อย (Behavior) จะทำให้เกิดผลของการกระทำ (Outcome) ต่าง ๆ หรือ (1) ลดความดันโลหิต (2) ไม่เป็นโรคไต (3) กินอาหารไม่ลง และผอมเพรapse ไม่อยากกินอาหารรสจัด เป็นต้น ผลของการกระทำแต่ละอันจะ ถูกเชื่อมโยงกับพฤติกรรม และความแข็งแกร่งของความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมจึงถูกกำหนดโดย (1) การประเมินผลของการกระทำที่เชื่อโยงกับพฤติกรรม และ (2) ความแข็งแกร่งของความ เชื่อมโยงนั้น กล่าวอีกนัยหนึ่งหากคุณความแข็งแกร่งของความเชื่อในผลที่จะเกิดขึ้น (Belief Strength) กับการประเมินผลของการกระทำ (Outcome Evaluation) แต่ละอัน และรวมผลคูณ ทั้งหมดเข้าด้วยกัน จะได้ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม ( $A_B$ ) ซึ่งเกิดจากความเชื่อเด่นชัดของ พฤติกรรมนั้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและทัศนคตินี้อาจเห็นได้โดยทั่ว ๆ ไป กล่าวคือ เมื่อบุคคล เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมหนึ่งจะนำไปสู่ผลของการกระทำบุคคลก็ย่อมมีทัศนคติที่ดี ต่อการแสดงพฤติกรรมนั้น แต่หากบุคคลเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นนำไปสู่ผลของการกระทำ ทางลบ บุคคลก็ย่อมจะมีทัศนคติไม่ดีต่อการแสดงพฤติกรรมนั้น ความเชื่อที่สัมพันธ์กับทัศนคติ เหล่านี้เรียกว่าความเชื่อเชิงพฤติกรรม (Behavioral Beliefs)

ส่วนบรรทัดฐานกุลเมืองอิง ( $S_N$ ) ตามแนวคิดในทฤษฎีนี้เชื่อว่า เป็นผลขององค์ประกอบ ที่เกี่ยวกับความเชื่อเช่นกัน แต่เป็นความเชื่อของบุคคลว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเฉพาะใด ๆ ก็คิดว่าเขา

ควรหรือไม่ควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น ความเชื่อเหล่านี้ก่อให้เกิดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเหล่านี้จึงถูกใช้ชี้ว่า ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs) กล่าวคือ หากบุคคลเชื่อว่า บุคคลอ้างอิง (Referents) ที่เขามักจะทำตาม คิดว่าเขาควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บุคคลนั้นก็จะรับรู้แรงผลักทางสังคมที่มีต่อเขา ในทางกลับกันแม้ว่าบุคคลเชื่อว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลอ้างอิง ส่วนใหญ่ของเขาก็คิดว่าเขาไม่ควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บุคคลยังได้รับแรงกดดันจากสังคมอยู่ แต่เป็นในทางห้ามให้เขากำราทำพฤติกรรมนั้น ทำนองเดียวกันกับทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ผลกระทบของความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจจะได้เป็นบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล แสดงได้ดังรูปภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2.2 : ภาพแบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปรในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา : คู่มือวิจัยพุทธิกรรมสุขภาพ (มลลิกา มติโก, 2534)

## ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษา และค้นคว้าเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ทั้งของประเทศไทย และต่างประเทศ ดังนี้

จรภัทร หลงกุล และสุพรรษี พรหมเทพ (2555) ศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น พบร้า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดขอนแก่น ในสามเดือนที่ผ่านมา มีการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ เพศสัมพันธ์กับคู่อนุญาตประเทศ ร้อยละ 57.5 การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ เพศสัมพันธ์ประจำ (ผู้ชายที่ทดลองเป็นแฟ芬กันและ/หรือคบกันนานเกิน 3 เดือน) ทุกครั้ง ร้อยละ 61.4 การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ เพศสัมพันธ์ชั่วคราว ทุกครั้ง ร้อยละ 71.7 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 41.3 โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก กับชายคนรัก ร้อยละ 34.8 กับเพื่อน ร้อยละ 22.3 และกับคนรู้จัก ร้อยละ 18.5 บทบาทในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นฝ่ายรับ ร้อยละ 51.0 รองลงมา คือ เป็นทั้งฝ่ายรุกและรับ ร้อยละ 28.0 และเป็นฝ่ายรุก ร้อยละ 21.0 เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ คือ ไม่ได้เตรียม ไม่ได้แพก ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์คิดเป็น ร้อยละ 39.9 มีเพศสัมพันธ์ทางปากจึงไม่ใช้คิดเป็น ร้อยละ 15.7 และรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติไม่ได้อารมณ์ ไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 11.6 ด้านความรู้ในการใช้ถุงยางอนามัย และความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอช ไอวี และโรคเอดส์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.5 อู้ในระดับสูง ด้านทักษะคิดที่มีต่อถุงยางอนามัยส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.2 อู้ในระดับปานกลาง

นิติวัลย์ แก้วมะเริง, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สารบุรี (สคร.2, 2556) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่จังหวัดพบบุรี พบร้า ร้อยละ 76.7 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชาย เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจาก การร่วมเพศเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และ ไม่สามารถหาถุงยางอนามัยได้ ร้อยละ 66.0 ใช้แล้วความสุขลดลง ร้อยละ 33.7 มาไม่ได้สติ ร้อยละ 33.7 หาถุงยางอนามัยไม่ได้ เพราะไม่รู้ว่าไปซื้อหรือรับแจกที่ไหน ร้อยละ 30.8 ไม่เคยรู้ว่าใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 22.4 มีถุงยางอนามัยใช้ เมื่อมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากตัวเองซื้อมา ร้อยละ 52.2 ได้รับแจกถุงยางอนามัย จากเพื่อน ร้อยละ 63.8 สามารถหาซื้อถุงยางอนามัยได้จากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 83.8 เมื่อมีการซื้อบริการทางเพศครั้งล่าสุด ใช้ถุงยางอนามัยกับชายขายบริการ ร้อยละ 55.8 ใช้ถุงยางอนามัยกับสาวประเภทสองชายบริการ ร้อยละ 46.5 และใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงชายบริการทางเพศ ร้อยละ 40.5

ภาษาโลโน่และคณะ (Casalono et al.,2009) ศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชื่อการศึกษา แนวโน้มในการใช้ถุงยางอนามัยและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หลังจากได้รับเชื้อเอชไอวี : การศึกษาเชิงสังเกต 7 ปี ในประเทศไทย โดยเป็นการศึกษาเชิงสังเกตไปข้างหน้า (Prospective Observational Study) ที่ทำการศึกษาในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2552 จากการสังเกตกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,851 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 45.7 และ ร้อยละ 12.2 มีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อแยกตามกลุ่มเดี่ยงจากประชากรทั้งหมด กลุ่ม ที่มีความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ โดยมีแนวโน้มไม่ใช้ถุงยางอนามัย คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายสูงถึง ร้อยละ 91

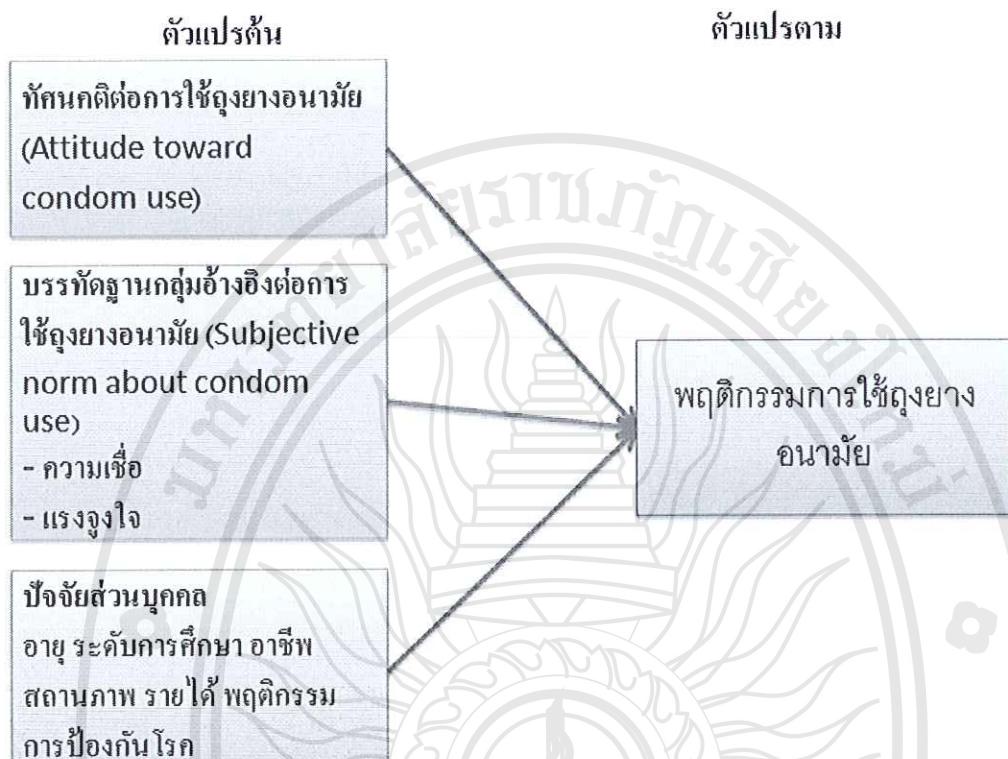
เรินิสและคณะ (Reinis et al.,2009) ศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชื่อการศึกษา การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เกิดจากความล้มเหลวของถุงยางอนามัย ซึ่งเป็นการศึกษาในปี พ.ศ. 2552 ที่ประเทศไทยแคนนาดา ประเทศแห่งการอุดสาಹกรรม ซึ่งถุงยาง อนามัยเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แต่น่าอย่างรึว่าถุงยางอนามัยไม่มีประสิทธิผล ผู้ศึกษาจึงได้สร้างการศึกษาเพื่อทดสอบสมมติฐานนี้ขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ในเมืองอนาตาริ โอลิการาดะประมาณการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายรา 92,963 คน จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ทั้งหมด 693 ราย ร้อยละ 51 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ร้อยละ 33 ไม่ใช้ ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ร้อยละ 16 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ทางปาก การศึกษานี้จะชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวของถุงยางอนามัยว่ามีถึง ร้อยละ 51 ที่ใช้ถุงยาง อนามัยแล้วยังติดเชื้อเอชไอวี แต่ทั้งนี้ก็ยังพบว่าผู้ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายก็ยังคงอยู่ในระดับที่สูงเช่นกัน

นาโยนี และรอสส์ (Nyoni and Ross, 2012) ศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชื่อการศึกษา การใช้ถุงยางอนามัย และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่เมืองของแทนซาเนีย : การศึกษาความเชื้อเอชไอวี แหล่งความรู้เรื่อง เอชไอวี ปฏิสัมพันธ์ของคู่ และพฤติกรรมเสี่ยง โดยเป็นการศึกษาในเมืองคาร์เรสชาลาม ประเทศ แทนซาเนีย จากการเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 271 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีหลากหลายระดับทางการศึกษา และหลากหลายอาชีพ อายุเฉลี่ยนอยู่ที่ 24 ปี ส่วนใหญ่รู้จักเชื้อเอชไอวี โดยกลุ่มตัวอย่างยอนที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้แม้มิใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 43 และมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 49 สถานที่ที่พบคุณอนส่วนมาก คือ บาร์เกย์ งานแสดงดนตรี และในท้องถิ่นจะแกะบ้าน พบร้อยละ 70 มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก และร้อยละ 60 เคยได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีมาก่อน

สถาแน โภกว่าและคณะ (Stanekova et al., 2008 – 2009) ชี้อการศึกษา เอชไอวีและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในสโลวาเกีย ปี พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2552 โดยมี วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ คือ การนำเสนอข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้ออชไอวีใน 2 รุ่น ของ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในสโลวาเกียในช่วงระหว่างปี ก.ศ. 2008 – ก.ศ. 2009 จากกลุ่ม ตัวอย่าง 349 ราย พบว่า มีการติดเชื้ออชไอวี ร้อยละ 6.1 และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายคิดเป็น ร้อยละ 75 ของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ด้านพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายมีความสัมพันธ์กับจำนวนคู่นอน ขณะเดียวกันการใช้ยาเสพติด และถุงยางอนามัยไม่ สอดคล้องกับความรู้ที่ค่อนข้างสูงเกี่ยวกับการติดเชื้ออชไอวี / เอดส์ ในด้านสังคมพบว่าทัศนคติ ของประชาชนที่มีต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นที่แพร่หลายที่สุดในบริบททางศาสนา

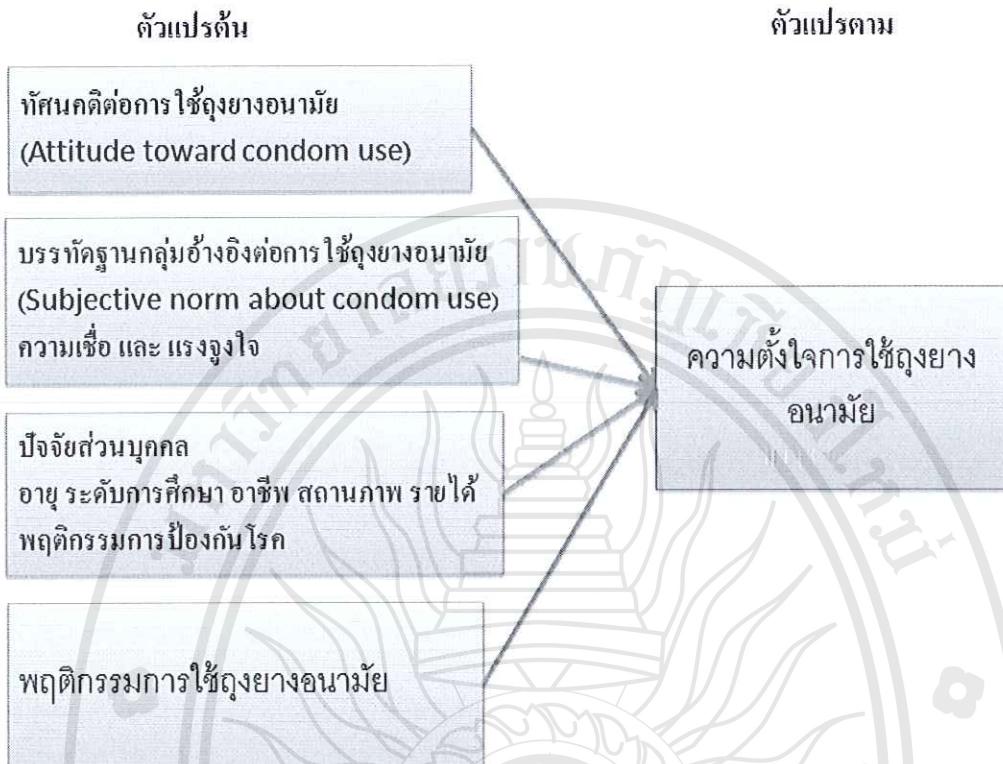
ถู และคณะ (Lu et al., 2012) ชี้อการศึกษา ประสิทธิผลของการแทรกแซงการลดความ เสี่ยงการติดเชื้ออชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 : โดยการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ และการวิเคราะห์อภิมานวิจัย หรือการวิเคราะห์แบบเมตตา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออชไอวี ด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายของประเทศไทย โดยการทบทวน วรรณกรรมอย่างมีระบบ และการวิเคราะห์อภิมานวิจัย หรือการวิเคราะห์แบบเมตตา (A Systematic Review and Meta – Analysis) พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการให้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับคู่นอน (ค่าเฉลี่ย 0.46; 95 % ช่วงความเชื่อมั่น [CI], 0.35 – 0.56) กับคู่นอนปกติ (ค่าเฉลี่ย 0.41; 95 % CI, 0.18 – 0.63) และคู่นอนที่ไม่เป็นทางการ (ค่าเฉลี่ย 0.52; 95 % CI, 0.24 – 0.79) การวิเคราะห์จากสิบการศึกษา ที่มีการตรวจสอบการติดเชื้ออชไอวี ที่ได้ผลเลือดเป็นbaugh วาก (ค่าเฉลี่ย 0.55; 95 % CI, 0.38 – 0.71) การลดโอกาสเสี่ยงจากการให้ความรู้ด้านอชไอวี / โรคเอดส์ (ค่าเฉลี่ย 0.77; 95 % CI, 0.60 – 0.94) และทัศนคติ (ค่าเฉลี่ย Effect Size ของผล 1.35; 95 % CI, 0.91 – 1.79) แต่กลับพบว่าไม่ได้ลดความซุกการติดเชื้ออชไอวี (ค่าเฉลี่ย 0.23; 95 % CI, 0.02 – 0.45) และการติด เชื้อซิฟิลิต (ค่าเฉลี่ย – 0.01; 95 % CI, – 0.19 – 0.17) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นหมายความว่าจัดให้มี Intervention เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้ออชไอวี มีประสิทธิภาพในการ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และการปรับปรุงความรู้ และทัศนคติของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเทศไทย แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความซุกของการติดเชื้ออชไอวี และการเกิดโรคซิฟิลิต

## กรอบแนวคิดการวิจัย



**ภาพที่ 2.3 :** กรอบแนวคิดที่ 1 การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ 1 เป็นกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่



ภาพที่ 2.4 : กรอบแนวคิดที่ 2 การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ 2 เป็นกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่