

รายงานการวิจัย

ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสงขลา

นายภูมิกซ์ อัมพวา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

การศึกษาความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายว่ามีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เนื่องจากการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาศัยกิจกรรมจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังไม่เคยมีการทำการศึกษามาก่อน ผู้ศึกษาหวังว่าผลที่ได้จะนำไปเป็นประโยชน์ในการทำกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่เสี่ยงสูงอื่นๆ เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวี อันจะนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทยต่อไป

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
บทที่ ๑ บทนำ	
หลักการและเหตุผล	๑
วัตถุประสงค์	2
ขอบเขตการวิจัย	2
ประโยชน์การวิจัย	3
บทที่ ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการศึกษา	24
กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ศึกษา	24
วิธีการเก็บข้อมูล	25
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	26
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป	27
ส่วนที่ ๒ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	27
ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมทางเพศ	32
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	
อภิปรายผล	35
ข้อเสนอแนะ	36
เอกสารอ้างอิง	37

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

จากการคาดประมาณของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ระบุว่า สิ้นปี พ.ศ. 2559 จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 36.7 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่ประมาณ 34.5 ล้านคน และเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) ประมาณ 2.1 ล้านคนคน¹ ประเทศไทยคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตด้วยแบบจำลองการระบาด (AIDS epidemic model และ Spectrum) ณ พ.ศ. 2559 เท่ากับ 423,778 คน หรือคิดเป็นความชุกประมาณร้อยละ 1.1 ของประชากรไทย อายุระหว่าง 15-49 ปี จากจำนวนนี้เป็นผู้หญิง 179,590 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด 6,304 คน จากจำนวนนี้เป็นผู้หญิง 1,821 คน และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 78 คน จากจำนวนทั้งหมด ข้างต้น 3,180 คนติดเชื้อในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปี ยังมีชีวิตและอยู่ร่วมกับเชื้อประมาณ 3,221 คน ซึ่งขาดโอกาสในการได้รับบริการดูแลรักษา และป้องกันทั้งของตนเองและคู่ ทำให้มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โดยไม่รู้ตัวอีกมาก ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างเขต 12 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมตั้งแต่ 2556-มีนาคม 2561 จำนวน 29,807 คน เมื่อจำแนกเป็นจังหวัดสงขลา มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 9,037 คน¹ นอกจากนี้ เมื่อจำแนกตามการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักปี 2559 พบว่าค่ามัธยฐานของแต่ละกลุ่ม คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 9.2 ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นร้อยละ 20.5 พนักงานบริการหญิงร้อยละ 1.0⁴ นอกจากนี้ ในการคาดประมาณผู้ติดเชื้อรายใหม่ พบว่ากลุ่มที่ น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งยังคงมีอัตราการติดเชื้อสูงและมีแนวโน้มการติดเชื้อ ขยายวงกว้างขึ้น และมีสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด สำหรับข้อมูลจากการคาดประมาณจำนวน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ ตั้งแต่ปี 2531-2559 พบว่า ร้อยละ 41 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ คือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งยังคงมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเมืองใหญ่และจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญๆ ของประเทศไทย การติดเชื้อจากคู่ ร้อยละ 32 พนักงานบริการ และลูกค้า ร้อยละ 11 ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตาม ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายบางส่วนจะมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วย โดยทางด้านระบาดวิทยามองว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นสะพานเชื่อมการระบาดที่สำคัญของการแพร่เชื้อไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น ทั้งนี้ ได้มีการพยายามคาดประมาณตัวเลขชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเทศไทยว่ามีประมาณ 560,000 คน โดยคำนวณจากร้อยละ 3 ของประชากรชายไทย อายุ 15-59 ปี⁵ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ

ชายที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี พบร้อยละ 20.6 และอายุ 15-19 ปี พบมากถึงร้อยละ 51.4 โดยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 50.0 การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนใน 3 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอทุกครั้ง ร้อยละ 57.5 แสดงให้เห็นว่าในการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนี้มีเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อย อัตราการใช้ถุงยางที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกยังต่ำอยู่ และยังพบข้อมูลว่ากลุ่มดังกล่าวมีการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน⁶

ในพื้นที่จังหวัดสงขลามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สูงอันดับต้นของพื้นที่เขต 12 พบว่าสถานการณ์เอดส์ในจังหวัดสงขลา มี อำเภอที่พบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มากสุดคือ อำเภอหาดใหญ่ อำเภอเมืองและอำเภอสะเตตามลำดับ⁷ โดยการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงเพราะยังมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในระดับต่ำ ผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อค้นหาถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยผลการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลกับหน่วยงานหรือองค์กรเข้าใจกับสถานการณ์ปัจจุบัน และนำผลการศึกษาไปใช้ในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อที่จะลดการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายว่ามีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ขอบเขตการวิจัย

นักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ และนักเรียนชายสายอาชีพศึกษา อายุ 13 – 20 ปี ในจังหวัดสงขลา ที่มีพฤติกรรมแบบชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 56 คนแบบเจาะจง

ประโยชน์การวิจัย

1. กลุ่มชายรักชาย มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. กลุ่มชายรักชาย มีพฤติกรรมที่ถูกต้องคือใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสงขลา ปี 2560 มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.โรคเอดส์

1.1. ความหมาย

คำว่า เอดส์ มาจากภาษาอังกฤษว่า AIDS ซึ่งย่อมาจากคำเต็มว่า acquired immunodeficiency syndrome แปลว่า “กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม” เป็นกลุ่มอาการของ โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย เสื่อมหรือบกพร่องลง เป็นผลทำให้เป็นโรคติดเชื้อหรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการมักจะรุนแรง เรื้อรัง และเสียชีวิตในที่สุด

1.2. พยาธิสรีรวิทยา

เชื้อเอชไอวีเป็นเชื้อไวรัสในกลุ่ม Lentivirus ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มไวรัส Retrovirus เชื้อเอชไอวีมีความจำเพาะต่อเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 T lymphocyte และ Monocyte สูงมาก โดยจะจับกับเซลล์ CD4 และฝังตัวเข้าไปภายใน เชื้อไวรัสจะส่งผลให้ระดับเม็ดเลือดขาว ลดลงอย่างช้า ๆ จนผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของเอชไอวีเกิดขึ้น

1.3. อาการ

ภายหลังการรับเชื้อบางรายอาจไม่มีอาการใด ๆ เลย บางรายอาจมีอาการเหมือนการติดเชื้อไวรัสทั่ว ๆ ไป เช่น มีไข้ ผื่นตามตัว ต่อม้ำเหลืองโต เจ็บคอ อาการมักกินเวลาสั้น ๆ และหายไปได้เอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะไม่มีอาการใด ๆ เลย ต่อมาเชื้อไวรัสจะส่งผลให้ระดับเม็ดเลือดขาวลดลง จนผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของเอชไอวีเกิดขึ้น เช่น ฟันในปาก ผื่นคันตามตัว น้ำหนักลด โดยส่วนใหญ่่มักเกิดอาการเมื่อระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm³ เมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายเหลือจำนวนน้อย จนไม่สามารถควบคุม

หรือจัดการกับเชื้อโรคบางอย่างได้ทำให้เราป่วยด้วยเชื้อโรคนั้น ๆ เรียกว่าเราเริ่มมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นผู้ป่วยเอดส์ โรคที่เราป่วยเนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เรียกว่า โรคฉวยโอกาส

1.4. ระบบการแบ่งระยะเอดส์

ระยะที่ 1: การติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีอาการ ไม่จัดเป็นโรคเอดส์ หลังการมีมีเพศสัมพันธ์ 3-4 เดือน จะเข้าข่ายเฝ้าระวัง เริ่มแสดงอาการมีไข้ร้อนๆหนาวๆ

ระยะที่ 2: มีการแสดงออกทางเยื่อเมือก และการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบนเป็นซ้ำ (Recurrent)

ระยะที่ 3: นับรวมเอาอาการท้องเสียเรื้อรังนานกว่าหนึ่งเดือนที่ไม่มีคำอธิบาย การติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรง และวัณโรคปอด

ระยะที่ 4: มีการติดเชื้อทอกโซพลาสมาในสมอง การติดเชื้อราแคนดิดาในหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด และเนื้องอกคาโปซี โรคเหล่านี้บ่งชี้ถึงเอดส์

1.5. สาเหตุการติดเชื้อ

เชื้อไวรัสเอชไอวีพบในเลือดและสารคัดหลั่งหลายชนิดของร่างกาย ได้แก่ น้ำอสุจิ เมือกในช่องคลอดสตรี น้ำนม และอาจพบได้ในปริมาณน้อยๆ ในน้ำตาและปัสสาวะ เมื่อพิจารณาจากแหล่งเชื้อแล้วจะพบว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีติดต่อได้หลายวิธีคือ

-การมีเพศสัมพันธ์ เกิดขึ้นได้ทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และกับเพศตรงข้าม

-การรับเลือดและองค์ประกอบของเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะรวมทั้งไขกระดูกและน้ำอสุจิที่ใช้ผสมเทียมซึ่งมีเชื้อ แต่ในปัจจุบันปัญหานี้ได้ลดลงไปจนเกือบหมด เนื่องจากมีการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้บริจาคเหล่านี้ รวมทั้งคัดเลือดกลุ่มผู้บริจาคซึ่งไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ไม่รับบริจาคเลือดจากผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น เป็นต้น

-การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และของมีคมที่สัมผัสเลือด

-จากมารดาสู่ทารก ทารกมีโอกาสรับเชื้อได้หลายระยะ ได้แก่ เชื้อไวรัสแพร่มาตามเลือดสายสะดือสู่ทารกในครรภ์ ติดเชื้อขณะคลอด จากเลือดและเมือกในช่องคลอด ติดเชื้อในระยะเลี้ยงดู โดยได้รับเชื้อจากน้ำนม จะเห็นได้ว่าวิธีการติดต่อเหล่านี้เหมือนกับไวรัสตับอักเสบบีทุกประการ ดังนั้นถ้าไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ก็จะไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วย⁸

1.6. การวินิจฉัย

การตรวจเชื้อเอชไอวี(HIV viral testing) การตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือส่วนประกอบของเชื้อ ได้แก่ การตรวจหาโปรตีนชนิด p24 antigen หรือสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวีมีประโยชน์เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในช่วงระยะที่ไม่สามารถพบแอนติบอดีต่อเชื้อได้เช่น การตรวจวินิจฉัยในเด็กอายุน้อยกว่า 24 เดือนที่ได้รับการถ่ายทอดแอนติบอดีต่อเชื้อจากแม่ ทำให้ไม่สามารถใช้การตรวจ แอนติบอดีได้นอกจากนี้ยังใช้วินิจฉัยกรณีผู้ที่ไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อมาระยะเวลา ไม่เกิน 1 เดือน หรือบุคลากรทางการแพทย์หลังได้รับอุบัติเหตุทางการแพทย์จากการปฏิบัติงาน เป็นต้น การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อสำหรับการวินิจฉัยนี้เป็นการตรวจเชิงคุณภาพ (qualitative assay) ด้วยเทคนิค NAT (nucleic acid amplification testing) สามารถตรวจได้ทั้งส่วนของ RNA ของเชื้อในพลาสมา หรือ proviral DNA ในเซลล์ที่ติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าผลการตรวจเป็นผลบวกหรือผลลบ ควรตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ต่อไป

การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี หลักการที่ใช้ได้แก่ Enzyme-linked immunosorbent assay : ELISA, agglutination assay, immunochromatography และ dot immunoassay ปัจจุบันมี ชุดตรวจที่ตรวจได้ทั้งแอนติเจนและแอนติบอดีต่อเชื้อในชุดตรวจเดียวกัน ซึ่งเพิ่มความไว และทำให้วินิจัยผู้ติดเชื้อใหม่หรือติดเชื้อเฉียบพลันได้เร็วขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันความผิดพลาดจากการกระทำโดยบุคคล (human error) ที่อาจเกิดขึ้น ในกรณีที่หน่วยงานที่ทำการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีมาตรการในการป้องกันการเจาะเลือดสลับคน การสลับตัวอย่างระหว่างขนส่งหรือขณะตรวจวิเคราะห์ หรือสลับผลการตรวจ ควรใส่คำแนะนำว่า“แนะนำให้ส่งตัวอย่างที่สองเพื่อป้องกันการ สลับคน”ไปพร้อมกับการแจ้งผลการตรวจตัวอย่างที่1ในกรณีรายงานผลการตรวจเป็นบวก

การตรวจซ้ำ (retesting) การตรวจซ้ำเป็นการตรวจเพื่อตรวจสอบสถานะการติดเชื้อเพิ่มเติมจากการตรวจ ในครั้งแรก โดยแนะนำให้มีการตรวจซ้ำ 3 กรณีดังต่อไปนี้

1.6.1. การตรวจซ้ำ กรณีผลตรวจครั้งแรกเป็น “ลบ” บุคคลส่วนใหญ่ที่มีผลตรวจ การติดเชื้อเอชไอวีเป็นลบ ไม่จำเป็นต้องมีการตรวจซ้ำ หากบุคคลเหล่านั้น สามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม จะมีบุคคลจำนวนหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องตรวจซ้ำ ถึงแม้ผลตรวจครั้งแรกจะให้ผลลบ โดยเฉพาะบุคคลที่ยังคงมี พฤติกรรมเสี่ยงอยู่ ได้แก่

- ประชากรกลุ่มหลักที่มีความเสี่ยง เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ ยาเสพติดชนิดฉีด หญิง/ชายบริการทางเพศ เป็นต้น

- คู่ที่มีผลเลือดต่าง (discordant couple)

- บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและอาจอยู่ในระยะ window period

- หญิงที่ให้นมบุตรและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มี เพศสัมพันธ์กับสามีติดเชื้อก่อนคลอดไม่เกิน 1 เดือนหรือมีเพศสัมพันธ์ กับสามีที่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อแต่ไม่มีผลการตรวจของสามี เป็นต้น

- ผู้ที่เข้ารับการรักษาซ้ำเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

- ผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้ถึงการติดเชื้อเอชไอวี

- บุคคลที่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส (PEP) หรือบุคคลที่ได้ รับยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (PrEP)

- บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ควรได้รับ การตรวจวินิจฉัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการเฝ้าติดตามสถานะ การติดเชื้อ

1.6.2. การตรวจซ้ำในกรณีผลตรวจครั้งแรกเป็น “สรุปผลไม่ได้” หากผลตรวจครั้งแรกให้ “สรุปผลไม่ได้” แนะนำให้ติดตามผู้รับบริการมาตรวจซ้ำ ที่ 2 สัปดาห์และ/หรือ 1 เดือน เพื่อพิสูจน์ดังนี้

1.6.2.1 ผู้ที่เพิ่งติดเชื้อใหม่ (seroconversion) ผลตรวจซ้ำจะเปลี่ยนจาก “สรุปผล ไม่ได้” เป็น “ผลบวก”

1.6.2.2. การเกิดผลบวกปลอม (falsepositive) ผลตรวจซ้ำจะเปลี่ยนจาก “สรุปผล ไม่ได้” เป็น “ผลลบ” หรือผลเป็น “สรุปผลไม่ได้” เหมือนเดิม

1.6.3. การตรวจซ้ำในกรณีผลตรวจครั้งแรกเป็น “บวก” ผู้รับบริการที่มีผลตรวจเป็นบวกและกำลังเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีเพื่อ ป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการได้รับยาต้านเอชไอวีโดยไม่จำเป็น จึงให้พิจารณาตรวจเลือดซ้ำ อีกครั้งในกรณีต่อไปนี้

- ผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่ แต่ไม่พบหลักฐานแสดงผลตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีจากห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานเป็นลายลักษณ์อักษรแสดง หรือปรากฏอยู่ใน OPD card ของผู้รับบริการในสถานพยาบาลนั้นๆ

- ผู้รับบริการที่ส่งต่อจากสถานบริการแห่งอื่น และไม่มีหลักฐานแสดงผล การตรวจจากห้องปฏิบัติการที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือผลการตรวจ ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

- ผู้ติดเชื้อรายเก่าที่ยังไม่ได้รับยาต้านเอชไอวีซึ่งได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาและติดตามจำนวน CD4 พบว่าจำนวน CD4 > 500 cell/mm³ อย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีแนวโน้มลดลงในระยะเวลามากกว่า 5 ปีหรือ มีเหตุสงสัยอื่นๆ

เมื่อบุคคลได้รับการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและทราบสถานะ การติดเชื้อของตนเองแล้วโดยที่การให้การปรึกษานั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มารับบริการ เข้าใจสถานะการติดเชื้อ ป้องกันการติดเชื้อในกรณีผู้ยังไม่พบเชื้อ และผู้ที่มีเชื้อแล้ว วัตถุประสงค์ของการรักษาเร็ว ความสำคัญของการกินยาอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลดีต่อ การรักษาทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวและการป้องกันตนเองไม่ไปรับเชื้อใหม่หรือเชื้ออื่นๆ เช่น กามโรค ไวรัสตับอักเสบบีหรือซีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ด้วย อย่างไรก็ตาม การให้บริการที่ต้องนัดมาฟังผลตรวจเลือดในวันถัดไป ทำให้ผู้รับบริการ จำนวนหนึ่งไม่กลับมาฟังผลเลือด กลุ่มที่มีแนวโน้มสูงที่จะไม่กลับมาฟังผลการตรวจเลือด เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด พนักงานบริการหญิงและชาย แรงงานต่างด้าว สมาชิกของหญิงตั้งครรภ์เป็นต้น สถานพยาบาลจึงควรจัดให้มีบริการให้ การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลวันเดียว

1.7.การรักษา

การดูแลรักษาเอชไอวีนั้นประกอบไปด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ การรักษาด้วยยาต้าน เอชไอวีและการดูแลด้านอื่นๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กัน เพื่อให้เกิดผล ดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีคือ เพื่อลดปริมาณเชื้อ ไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด (< 50 copies/mL) และนานที่สุด รวมถึงให้จำนวน CD4 กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี(AIDS-related illness) และลดโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี(Non AIDS-related illness) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวินัยการกินยา (adherence) ที่ดีมาก คือ กินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 เช่น ยาที่ต้องกินวันละ 2 ครั้งต้อง แนะนำให้กินทุกๆ 12 ชั่วโมง หรือยาที่กินวันละ 1 ครั้งต้องแนะนำให้กินทุกๆ 24 ชั่วโมง

2.โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง โรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ เดิมเราใช้ว่า “กามโรค” ในการเรียกโรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคหนองใน โรคแผลริมอ่อน โรคซิฟิลิส เป็นต้น

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถแบ่งออกได้หลายวิธี เช่น การแบ่งตามชนิดของเชื้อที่เป็นต้นเหตุของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ๆ ได้แก่ เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา พยาธิ หรืออาจจะแบ่งโดยใช้อาการของผู้ป่วย เช่น การมีแผลที่อวัยวะเพศ การมีตกขาวที่มีลักษณะที่ผิดปกติ การมีไข้ ร่วมกับการปวดท้องน้อย เป็นต้น ทั้งนี้แล้วแต่ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย การติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะอาศัยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นหลัก¹⁰ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections; STIs) เกิดจาก การติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทางช่องคลอด ทางปาก หรือทาง ทวารหนัก กับผู้ที่เป็นโรคหรือผู้ติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม และแผลริมอ่อน ส่วน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ เริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก หูดอวัยวะเพศ และ ทวารหนัก พยาธิช่องคลอด ทั้งนี้สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แนวโน้มอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นสัญญาณที่บ่งชี้ถึงการมี เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ในปีพ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ทั้งหมด 498.9 ล้านราย สำหรับสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยจากรายงาน 506 ของ สำนักกระบาดวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง จากอัตราป่วย 19.49 ต่อประชากรแสนคนในปี2552 เป็น 18.63 ต่อประชากรแสนคนใน ปี2556 เมื่อจำแนกรายโรค พบว่า หนองในเป็น โรคที่พบบ่อยที่สุด 10.42 ต่อประชากร แสนคน รองลงมาได้แก่ซิฟิลิส3.67ต่อประชากรแสนคน หนองในเทียม3.07ต่อประชากร แสนคน แผลริมอ่อน 0.94 ต่อประชากรแสนคน และกาม โรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง 0.54 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สิ่งสำคัญ ที่เราต้องตระหนักคือ อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นนั้นแสดงให้เห็นถึง การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยส่งผลโดยตรงต่อการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีโดยผู้ป่วยโรคติดต่อ ทาง

เพศสัมพันธ์จะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประมาณ 3-5 เท่า¹¹

สำหรับอาการของผู้ป่วยที่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรืออาจมีอาการตกขาวลักษณะผิดปกติ มีแผลที่อวัยวะเพศ ปัสสาวะขัดหรือมีความผิดปกติในระบบอื่นของร่างกายก็ได้ ทั้งนี้ แล้วแต่ชนิดของเชื้อ และระยะของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอยู่¹⁰

การดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น สิ่งสำคัญนอกเหนือจากการให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและการรักษาที่มีประสิทธิภาพแล้ว จะต้องคำนึงถึง แนวทางอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้มารับบริการ ผู้ป่วยติดเชื้อและผู้สัมผัสโรครวมถึงการค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่ยังไม่มีอาการ เช่น โรคซิฟิลิส การติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

แนวทางในการดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1. การซักประวัติ

ปัญหาที่มารับการตรวจ อาการสำคัญ อาการร่วม พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทางทวารหนักการใช้ถุงยางอนามัยในช่องทางต่างๆ ที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์อาการผิดปกติทางท่อน้ำปัสสาวะเช่น ปัสสาวะ แสบขัดมีมูกหรือหนองไหลจากท่อน้ำปัสสาวะการมีตกขาวที่ผิดปกติอาจมีสีเปลี่ยนไปจากเดิม ขาวปนเทา เหลืองหรือเขียวปนเทาข้น และมีกลิ่นที่ผิดปกติ เป็นต้น

ประวัติส่วนตัว ได้แก่ จำนวนคู่อุปสรรคเพศสัมพันธ์ เพศ ประเภทของผู้มารับบริการ เช่น พนักงานบริการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายวัยรุ่น ผู้ต้องขัง เป็นต้น พฤติกรรมเสี่ยงและอาการ ผิดปกติของคู่อุปสรรคเพศสัมพันธ์ประวัติการแพ้ยาและประวัติการรักษาก่อนมาพบแพทย์รวมถึงการ ใช้น้ำยาปฏิชีวนะรักษาโรคอื่น ๆ ประวัติการเคยเป็นผู้ต้องขัง การใช้สารเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เครื่องดื่มแอลกอฮอล์การสูบบุหรี่ นิสัยการเพิ่มขนาด ใช้อุปกรณ์เสริมทางเพศ

การซักประวัติ/พฤติกรรมเสี่ยง ประวัติเพศสัมพันธ์มีความจำเป็นมาก โดยเฉพาะ ในกรณีที่ผู้มารับบริการไม่มีอาการหรือมีอาการแสดงไม่ชัดเจน หากผู้มารับบริการมีกรณีใด กรณีหนึ่งดังนี้ให้พิจารณาว่า มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเป็นใคร เมื่อใดใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ถ้าครั้งสุดท้าย กับคู่นอนประจำ ต้องซักประวัติต่อว่ามีคนอื่นอีกหรือไม่

- มีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายบริการทางเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยใน 3 เดือน ที่ผ่านมา
- มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ใน 3 เดือนที่ผ่านมา
- มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ใน 3 เดือนที่ผ่านมา
- มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือ ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หลุด (ช่อง ทางใดช่องทางหนึ่งหรือทุกช่องทาง ที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์)
- คู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(Men who have sex with men; MSM)ควร ชักประวัติความเสี่ยงเพิ่มเติมว่าผู้มารับบริการเป็นฝ่ายรุก (insertive role) ฝ่ายรับ (receptive role) หรือเป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ (versatile role) โดยฝ่ายรับมีโอกาส ติดเชื้อมากกว่าฝ่ายรุกและใช้ช่องทางช่องใดบ้างในการมีเพศสัมพันธ์เช่น ปาก ทวารหนัก เป็นต้น ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่ หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วย ควรถามว่า นอกจากมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดแล้วมีเพศสัมพันธ์ทางปากและทางทวารหนักและใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่

2.2. ตรวจร่างกาย

ประกอบด้วย

- การตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อหาอาการแสดงของ โรคซิฟิลิสระยะที่2เช่น มีผื่นนูน บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ผอมร่างเป็นหย่อมๆ ตุ่มนูนหรือผื่นนูนแดงบริเวณรอบๆ อวัยวะเพศ เป็นต้น และ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรตรวจทุกระบบ โดยเฉพาะผิวหนัง ผม ช่องปาก กระพุ้งแก้มลิ้น และใต้ลิ้น ต่อมทอนซิลต่อมน้ำเหลืองที่หน้าหูหลังหูคอรักแร้และข้อศอก

- การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก(ดูแผลผื่น ตุ่มและเก็บสิ่งส่งตรวจ)

2.2.1. สำหรับผู้มารับบริการชาย

- ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก หัวหน้า เพื่อหาแผล หูดอวัยวะเพศ(หูดหงอนไก่) หูดข้าวสุก โលน ไข่โលน และรอยโรคต่างๆฉบับที่ลักษณะของสิ่งที่พบ คลำที่ขานับเพื่อ ตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่

- ตรวจดูท่อปัสสาวะว่ามีหนองหรือไม่ถ้ามีหนองให้เก็บหนองย้อมสีแกรมกรณี ที่ไม่มีหรือไม่เห็นหนอง ให้รีดท่อปัสสาวะ3-4ครั้ง หากมีหนองให้เก็บหนองย้อมสีแกรม หาก ไม่เห็นหนองให้ใช้loop ปราศจากเชื้อหรือลวดพันสำลีสอดเข้าท่อปัสสาวะลึก2เซนติเมตร เพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาวและหา GNID (Gram-negative intracellular diplococci)

- หากผู้มารับบริการมีหูดอวัยวะเพศ (หูดหงอนไก่) ที่ปากหรือในท่อน้ำนม ห้ามเก็บสิ่งส่งตรวจในท่อน้ำนม เพราะจะทำให้ หูดลุกลามเข้าไปข้างในยากต่อการรักษาในกรณีที่น่าตรวจซ้ำควรแนะนำให้ผู้มารับบริการ กลับน้ำนมก่อนอย่างน้อยเป็นเวลา 4 ชั่วโมง

2.2.2. สำหรับผู้มารับบริการหญิง

- ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก หัวเหน่า เพื่อหาแผล หูดอวัยวะเพศ(หูดหงอนไก่) หูดข้าวสุก โคน ไข่ โคน และรอยโรคต่างๆตามบันทึกลักษณะของสิ่งที่พบ คลำที่ขาหนีบเพื่อ ตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่

- ตรวจภายในด้วย speculum เพื่อดูการอักเสบ แผลหรือหนองบริเวณผนัง ช่องคลอดหรือปากมดลูก ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม่พันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด ป้ายบนสไลด์ ตรวจสดด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเชื้อรา พยาธิช่องคลอดและ clue cells และย้อมสีแกรม เพื่อดูเม็ดเลือดขาวหา GNID เชื้อราและ clue cells

- ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear) ปีละ 1 ครั้ง หรือตามคำแนะนำ ของแพทย์

- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม่พันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูก และรีด ท่อน้ำนมแล้ว ใช้ loop ปราศจากเชื้ออันใหม่หรือลวดพันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อน้ำนม ย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID

- ผู้มารับบริการทุกรายควรเพาะเชื้อหนองในจากปากมดลูกและท่อน้ำนมพร้อมด้วย สำหรับผู้ที่ร่วมเพศด้วยปาก

- พิจารณาเก็บสิ่งส่งตรวจจากต่อมทอนซิลทั้งสองข้างและฟาริงซ์(pharynx) เพื่อ เพาะเชื้อหนองใน โดยใช้ก้านพัน polyester หรือไม่พันสำลี สำหรับผู้ที่ร่วมเพศด้วยทวารหนัก

- ตรวจผิวหนังรอบบริเวณทวารหนักร่องก้น พิจารณาตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก(anal Pap smear) โดยใช้ Dacron swab ปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ติดเชื้อ เอชไอวี ตรวจทวารหนักโดยใช้ นิ้วแล้วจึงใส่กล้อง anoscope ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม่พันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจในช่องทวารหนัก ย้อมสีแกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับ เม็ดเลือดขาวและหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย สำหรับช่องคลอดและท่อน้ำนมตัดแปลง(คือการแปลงเพศโดยเจาะช่องให้เป็น ช่องคลอดและการเปลี่ยนแนวทางของท่อน้ำนมให้คล้ายกับอวัยวะเพศหญิงที่สุด)

- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม่พันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด ย้อมสี แกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อดูเม็ดเลือดขาวหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย

- รีดท่อน้ำนม ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือลวดพันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อน้ำนม ย้อมสี

แกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย¹¹

2.3. รักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามโรคที่ตรวจพบ

การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีหลายวิธี โดยมีหลักการที่จะกำจัดเชื้อทั้งหมดในร่างกาย ลดการทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและส่งต่อเชื้อไปยังบุคคลอื่น ๆ ด้วย สำหรับยาที่ใช้ในการรักษามีหลายชนิด ได้แก่ ยา รับประทาน ยาฉีด ยาเหน็บช่องคลอด เป็นต้น¹⁰ เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องและมี ประสิทธิภาพ ควรพิจารณาให้การรักษา ตามแนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุม โรค¹¹

2.4. นัดหมายให้มาติดตามผลการตรวจ/รักษา

- ผู้ที่ตรวจพบว่าป่วย/ติดเชื้อควรนัดหมายเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาทุกราย สอบถามเรื่อง การรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินความเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ นัดตรวจเลือดครั้งต่อไป เนื่องจากอาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่ พบการติดเชื้อ

- ผู้มารับบริการที่ผลการตรวจไม่พบความผิดปกติควรนัดมาฟังผลการตรวจเลือด หรือการ ตรวจพิเศษอื่นๆ ประเมินความเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและนัดตรวจ เลือดครั้งต่อไปเนื่องจากอาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ

นัดหมายผู้สัมผัสโรค ได้แก่ คู่เพศสัมพันธ์สามีหรือภรรยา คู่นอนประจำ/ชั่วคราว ที่สามารถ ติดตามได้แม้ไม่มีอาการให้มารับการตรวจรักษา ในกรณีที่ผู้สัมผัสโรคไม่สามารถ มารับการตรวจรักษา อาจพิจารณาให้ยารักษาไปพร้อมกัน

2.5. ให้ถุงยางอนามัย

ส่งเสริม แนะนำวิธีใช้ ฝึกทักษะการใช้ถุงยางอนามัย การพกพาและการเก็บรักษาที่ถูกวิธีแก่ผู้ มารับบริการ/ผู้ป่วย/ติดเชื้อ¹¹

ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎี

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม

ธรรมชาติของพฤติกรรม

1.1.1. พฤติกรรม “พฤติกรรม” หมายถึง คือการกระทำที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกหรือตอบสนองต่อ สิ่งแวดล้อมที่มากขึ้น สำหรับทางจิตวิทยาสังคม หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่ปรากฏออกมา

1.1.2. รูปแบบพฤติกรรม นักจิตวิทยาได้แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

- พฤติกรรมเปิดเผยหรือพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้สามารถมองเห็นได้

- พฤติกรรมปกปิดหรือพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) เป็นพฤติกรรมที่มองไม่เห็น มีเพียง บุคคลที่เป็นเจ้าของบุคคลพฤติกรรมรับรู้ได้

1.1.3. การเกิดพฤติกรรม การที่มนุษย์มีพฤติกรรมต่างเกิดจากการทำงานของร่างกายจิตใจ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐาน 2 แนวคิด ได้แก่

- แนวคิดเอกนิยม (Monism): กายและจิตเป็นสิ่งเดียวกัน แนวคิดนี้เชื่อว่าจิตและกายเป็นสิ่งเดียวกันคือกาย ความรู้สึกนึกคิดต่างๆเป็นกระบวนการทางสมอง ระบบประสาทต่างๆอันเป็นกระบวนการทางกายเป็นความพยายาม ที่จะศึกษาความรู้สึกต่างๆออกมาในรูปของการทำงานของเซลล์สมอง กิจกรรมทางจิตทั้งปวง อาทิความรู้สึก การรับรู้การคิดและอารมณ์สามารถอธิบายในรูปของกิจกรรมทางสมอง ได้ทั้งหมด ถ้าหากวิทยาการและเทคโนโลยีมีความก้าวหน้า โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ เคมีชีววะ การค้นคว้าและการค้นพบปรากฏการณ์ทางจิตโดยอธิบายว่าเป็นการทำงานจากระบบกลไกอวัยวะของมนุษย์เป็น การเปลี่ยนแปลงทางชีววะเคมีและแน่นอนว่าปัจจุบันแนวคิดนี้จะได้รับการยอมรับมากขึ้น

- แนวคิดทวินิยม (Dualism) มีความเชื่อว่า ร่างกายเป็นเพียงเครื่องจักร มีจิตทำหน้าที่รับรู้และสั่งการ กาย (Body) และจิต (Mind) แยกออกจากกัน¹²

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ดังนั้น พฤติกรรมของคนจึงหมายถึงปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ทั้งสิ่งที่มีสติจะกระทำหรือละเว้นการกระทำ ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลย่อม

แตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต¹³

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการนำแนวคิดเรื่อง พฤติกรรมมาประยุกต์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพอย่างเป็นระบบ ที่เน้นพฤติกรรมที่

สามารถ สังเกต และวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถ ปรับเปลี่ยน ได้โดยกระบวนการเรียนรู้ พฤติกรรม เป็นการกระทำของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ภายใน ได้แก่ ความรู้ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม และสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ชุมชน สังคม¹⁴

1.2 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม

พฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งสาเหตุการเปลี่ยนแปลงอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น เปลี่ยนแปลงเองจากการเรียนรู้ตามวุฒิภาวะหรือระยะพัฒนาการ เปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับหรืออิทธิพลระหว่างบุคคล เปลี่ยนแปลงเพราะการลอกเลียนแบบ และเปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง มีความเหมาะสมตรงกับค่านิยม และแนวคิดของตนเอง ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างเช่น วุฒิภาวะหรือพัฒนาการ การเรียนรู้ ยาและสิ่งแวดล้อม พันธุกรรม เป็นต้น¹³

1.3 ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรม

ในการจะเข้าใจเรื่องพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องเข้าใจถึงหลักการพื้นฐานที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ได้แก่ ความหมาย ของพฤติกรรม และแนวทศนะของกลุ่มจิตวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ อันจะเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจตนเอง และนำไปสู่การพัฒนาตนเองต่อไป¹⁵ พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการกระทำของบุคคลเพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีกิจกรรมเป็นตัวกำหนดเพื่อให้บุคคลกระทำซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการรักษาสุขภาพ ให้ปลอดภัยจากโรคร้าย เบียดเบียน ประเภทพฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ชนิดคือ

- พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกายการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

- พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงการที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น การซักถามถึงอาการของตนเองการแสวงหาการรักษาการหลบหนีจากสังคมการเพิกเฉย เป็นต้น

- พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick - role behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคล หลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่งการควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เป็นต้น¹²

เนื่องจากนักทฤษฎีทางพฤติกรรม เชื่อว่า วิธีการศึกษาพฤติกรรมโดยตรงเป็นวิธีที่เป็น

วิทยาศาสตร์ เป็นปรนัย (Objective) เป็นนิรนัย (Deductive) มากกว่าวิธีการศึกษาทฤษฎีทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอัตนัย (Subjective) และอุปนัย (Inductive) จึงทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ ดังนั้นทฤษฎีที่ใช้ศึกษาทางพฤติกรรมจึงไม่ใช่ทฤษฎีเดียว หรือมาจากแนวคิดอันเดียว ต้องอาศัยวิธีการศึกษาหลายอย่างรวมกัน ในที่นี้จึงขอยกตัวอย่างทฤษฎี ดังนี้

1.3.1. ทฤษฎีสุนิยม (Hedonism Theory) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์เกิดจากความต้องการ 2 อย่าง คือ ความต้องการทางกาย เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ และความต้องการทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ได้แก่ ความกลัว ความรัก ความต้องการประสบความสำเร็จ ความต้องการมีศักดิ์ศรี

1.3.2. ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanism Theory) มีความเชื่อต่างจากทฤษฎีสุนิยม คือ มนุษย์ไม่ใช่ทาสของแรงผลักดัน แต่มนุษย์เกิดมาพร้อมกับศักยภาพของความเป็นมนุษย์ เช่น ความอยากรู้ ความคิดสร้างสรรค์ ความต้องการพัฒนาตนเอง ทฤษฎี Maslow ที่อธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการ 5 ระดับ คือ

-ความต้องการทางสรีระ (Physical Needs) หรือความต้องการทางด้าน ร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร การนอนหลับพักผ่อน ความต้องการทางเพศ

-ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) ได้แก่ ความต้องการความอบอุ่นมั่นคง ความต้องการหนีห่างจากอันตราย ความต้องการหนีจากความเจ็บปวด

-ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and Belonging needs) ได้แก่ ความต้องการเพื่อนบ้าน ความต้องการเพื่อนร่วมงาน ความต้องการมีคนรัก

-ความต้องการได้รับการยกย่อง นับถือ (Self -Esteem needs) เป็นความต้องการให้คนอื่นชื่นชม ให้มีคุณค่าพบบนถ้อยชื่นชมในความสำเร็จ

-ความต้องการบรรลุความสำเร็จแห่งตน (Self -Actualization) คือ ความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการที่จะทำอะไรได้ตามที่ตนปรารถนา เป็นความต้องการที่จะคิดหรือกระทำประโยชน์แก่ส่วนรวมอย่างแท้จริง

ประเด็นสำคัญของความต้องการคือ ความต้องการขั้นสูงจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับความต้องการขั้นต่ำกว่าในทุกๆระดับ เพราะจะเป็นแรงขับให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น

1.3.3. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Exchange Theory) ทฤษฎีนี้เน้นที่กระบวนการของการแลกเปลี่ยนสัมพันธ์ หรือการกระทำระหว่างบุคคล ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การกระทำทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้กระทำทั้งในลักษณะบุคคลและกลุ่ม พยายามจะเอาประโยชน์บางอย่างจากคู่กระทำของตน ซึ่งก็อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มเช่นกัน ดังนั้นการแลกเปลี่ยนบางอย่างซึ่งกันและกัน การดึงดูดซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์เช่นนี้ ทำให้ฝ่ายหนึ่งหรือต่างฝ่ายต่างพอใจที่จะกระทำ

ต่อกันหรือร่วมจุดหมายเดียวกัน ไม่ว่าจะกรณีใดก็ตามผลของปฏิสัมพันธ์ หรือผลของการกระทำต่อกัน ก็คือกระบวนการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน¹³

2. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

ซึ่งเน้นความสำคัญของสติปัญญาในการที่จะช่วยควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็น แบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1.1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors) ปัจจัยนี้นับเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และที่สำคัญปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย

- ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health)
- การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health)
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self efficacy)
- คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health)
- การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived health status)
- การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers of health promoting behaviors)

2.1.2. ปัจจัยส่งเสริม (Modifying Factors) จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางอ้อม โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย

- ปัจจัยทางประชากร (Demographic factors)
- ลักษณะทางชีววิทยา (Biological characteristics)
- อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)
- ปัจจัยสถานการณ์ (Situational factors)
- ปัจจัยพฤติกรรม (Behavior factors)

2.1.3. สิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to Action) มี 2 ลักษณะคือ สิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้ถึงสภาพของตนเอง สิ่งชักนำภายนอก เช่น การพูดคุยสนทนากับบุคคลอื่น ล้วนมีส่วนผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริม

2.2 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองนี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม รายละเอียดเป็นดังนี้

2.2.1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัว ได้แก่

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ภาวะคุกคาม

2.2.2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากร 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม 3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง และ 4) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ

2.2.3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of Action) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย ที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ (Perceive benefits) และ 2) การรับรู้อุปสรรค (Perceive barriers)

อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

2.3 ทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

โดยได้นำหลักการสำคัญจาก 2 ทฤษฎี ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) มารวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมิมีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคจะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

- บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
- บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น

- เชื่อว่า การตอบสนอง โดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
- บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่าง สมบูรณ์
- ผลจากการปรับตัวที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
- อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ได้มีการนำทฤษฎีนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าหากบุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น จะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในที่สุด

2.4 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

ความเชื่อที่ว่า การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติอะไรก็ตาม จะต้องมีความตั้งใจไปพฤติกรรมนำมา ก่อน ความตั้งใจมีอิทธิพลมาจากเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้น และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่บุคคลนั้นให้การเชื่อถือ ในขณะที่เดียวกันความตั้งใจกระทำพฤติกรรมยังขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ และรวมถึงการคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

2.5 ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory)

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง เดิมเป็นแนวคิดหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง เพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในตนเอง แม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่อาจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถสร้างได้หลายทาง เช่น การสร้างจากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง จากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น จาก การพูดชักจูง และจากสถานะทางสรีระและอารมณ์ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นสิ่งสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในปัจจุบันปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคส่วน ใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การจัดการด้านสุขภาพแนวใหม่จึงเน้นที่การปรับพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับผู้รับบริการก็เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และถาวรเช่นกัน¹³

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

3.1. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ระยะเวลาการของบุคคล พื้นฐานด้านสติปัญญา การรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะเวลาการของบุคคล

ความคิดเห็นและแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในแต่ละช่วงของชีวิตมนุษย์ เนื่องจากบุคคลมีพัฒนาการมากขึ้นตามวัย หากพยาบาลจะใช้แนวคิดในเรื่องของความเชื่อ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการวางแผนการให้การพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงระดับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของผู้รับบริการแต่ละคน

พื้นฐานด้านสติปัญญา

ความเชื่อทางด้านสุขภาพของบุคคลจะถูกกล่อมเกลาคด้วยสติปัญญา และการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพอื่น ๆ ก็เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระดับสติปัญญา และการเรียนรู้ของบุคคล

การรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย

การที่บุคคลรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หรืออีกคนหนึ่งรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพเนื่องจากป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด จะทำให้บุคคลทั้งสองปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน คือ ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีปัญหา สุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย จะพยายามดูแลรักษาสุขภาพและทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอมากกว่า

ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ

ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ มีอิทธิพลต่อความเชื่อ และการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์การตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในอดีตอย่างไร ก็มักจะมีความโน้มที่จะตอบสนองต่อความเครียดในปัจจุบันเช่นนั้น ดัง ตัวอย่าง บุคคลที่มีความวิตกกังวลว่าความเจ็บป่วยกำลังคุกคามชีวิต หากเป็นผู้สงบเยือกเย็น ก็จะมีการตอบสนองทางอารมณ์เพียงเล็กน้อย ยอมรับและให้ความสนใจในอาการแสดงและเสาะหาการดูแลที่เหมาะสม ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ก็จะปฏิเสธอาการแสดงที่ปรากฏ และไม่ยอมรับการรักษาสำหรับความเชื่อทางศาสนาหรือจิตวิญญาณจะสะท้อนให้เห็นได้จากการปฏิบัติของบุคคล เช่น ถ้าความเชื่อทางศาสนาให้ละเว้นจากการรักษาทางการแพทย์ทุกชนิด ในการเจ็บป่วยบางอย่าง บุคคลก็อาจจะหลีกเลี่ยงในการไปรับการรักษาจากสถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน

3.2. ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติของครอบครัว ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และพื้นฐานทางวัฒนธรรม

การปฏิบัติของครอบครัว

แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว จะได้รับอิทธิพลจากการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวเดียวกัน เช่น กรณีเด็กหรือวัยรุ่นที่มีพื้นฐานทางครอบครัวที่มีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ชีวจิต และพืชผักสมุนไพร มีการดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ เสาะแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เมื่อโตขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติเช่นนั้น

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น สตรีวัยเจริญพันธุ์เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี แต่มีปัญหาด้านการเงิน ก็อาจไม่ไปตรวจสุขภาพได้ตามที่คาดหวัง

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความเชื่อ การให้คุณค่า และการปฏิบัติที่เป็นธรรมเนียมสืบทอดกันมา ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าหาระบบการดูแลสุขภาพ และการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพดี ในบางกลุ่มชนอาจจะไม่ยอมรับ และไม่ใช้ระบบการให้การดูแลสุขภาพ แต่จะปฏิบัติตามวิถีที่สืบทอดกันมา เช่น พยาบาลแนะนำให้กลุ่มสตรีวัยหมดระดูคัมมนเสริมแคลเซียมเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน แต่ผู้รับบริการเลือกที่จะรับประทานผักพื้นบ้านที่มีคุณค่าทางโภชนาการแทน เพราะนอกจากจะหาได้ง่ายในท้องถิ่น ยังประหยัดค่าใช้จ่ายและทำให้รู้สึกมีคุณค่าทางด้านจิตใจอีกด้วย¹³

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

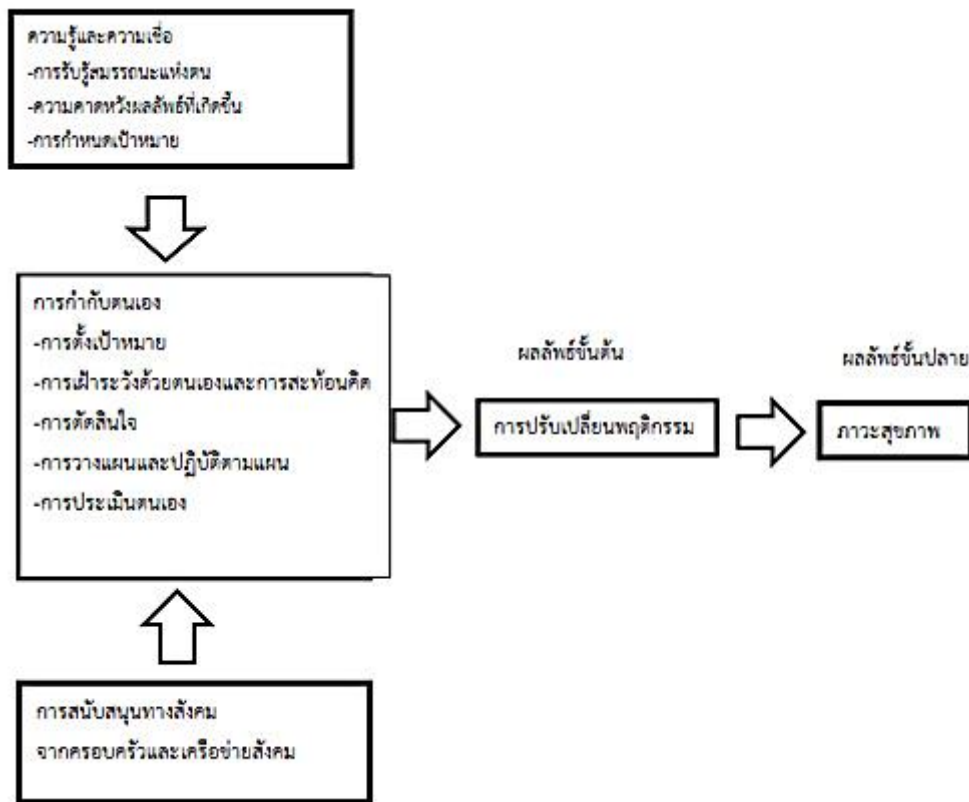
มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเรื่องเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนไทยชายรักชายในจังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนชั่วคราว และร้อยละ 35 กับคู่นอนประจำ ส่วนใหญ่มีการสื่อสารเรื่องเพศกับคู่นอนประจำสูงกว่ากับคู่นอนชั่วคราว และการใช้ถุงยางอนามัยเป็นหัวข้อที่มีการสื่อสารกับคู่นอนมากที่สุด และให้ข้อเสนอแนะ การป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายควรเน้นการสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการเริ่มการสื่อสารเรื่องเพศและต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนทุกประเภทให้เป็นเรื่องปกติ¹⁵

มีศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับมิติทางเพศ และการติดเชื่อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็น ชายรักชายที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 31 ราย เก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์เชิงลึก (In- depth interview) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่า รักแท้ไม่มีจริงในกลุ่มชายรักชาย ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนคู่นอนที่มากขึ้น ชายรักชายให้ความหมายของ เช็กส์ คือ ความต้องการตามธรรมชาติที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังสะท้อนว่าการ ติดเชื่อเอชไอวี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ โดยต้องการการยอมรับจากสังคม อย่างไรก็ตามประเด็น ด้านความหวาดกลัวต่อการติดเชื่อเอชไอวีสามารถกระตุ้นให้กลุ่มชายรักชายตระหนักต่อการป้องกันและมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยขึ้น ผลการวิจัยสนับสนุนว่าหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนควรมีการสนับสนุนการยอมรับผู้ติดเชื่ออย่างต่อเนื่อง การตีแผ่ผลกระทบของเอชไอวีทางสื่อต่างๆ ยังคงมีความจำเป็นต่อการปรับทัศนคติของ ชายรักชายต่อการป้องกันเอชไอวี¹⁶

การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นเยาวชน นักเรียนนักศึกษา ระดับการศึกษามัธยมปลาย และสถานภาพโสด ด้านพฤติกรรมทางเพศ พบว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคนรักหรือแฟน เพื่อน คนรู้จัก และการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดขอนแก่นมักจะไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมี เพศสัมพันธ์ทั้งทางทวารหนักและทางปาก โดยเหตุผลคือ เนื่องจากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยจึงทำให้ยังไม่ทราบ ข้อมูลในการใช้ถุงยางอนามัย และไม่ได้มีการเตรียม ไม่ได้พก⁶

กรอบแนวคิด

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน¹⁷



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้า ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) และศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ศึกษา

นักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ และนักเรียนชายสายอาชีวศึกษา อายุ 13 – 20 ปี ในจังหวัดสงขลา ที่มีพฤติกรรมแบบชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 56 คนแบบเจาะจง

ระยะเวลาการศึกษา

เดือน มกราคม – มิถุนายน 2560

รูปแบบการจัดกิจกรรม

1. ประเมินความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์
2. บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. บรรยายทักษะชีวิตที่จำเป็นเพื่อการป้องกันเอดส์และฝึกปฏิบัติ(ทักษะปฏิเสธ ทักษะต่อรอง ทักษะการโน้มน้าวใจ)

4.แบ่งกลุ่มฐานความรู้/ทักษะ 3 ฐาน

ฐานที่ 1 QQR การประเมินความเสี่ยง HIV/AIDS และ STIS

ฐานที่ 2 Condom สาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้ถุงยางอนามัย

ฐานที่ 3 VCT การเข้าสู่บริการตรวจหาการติดเชื้อ

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ประสานงานและขอความร่วมมือสถานศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ด้วยแบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. เก็บข้อมูลความรู้และพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้กระบวนการของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. ประเมินความเสี่ยงของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม (การเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ)
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายหลังเข้าร่วมโครงการฯ โดยใช้แบบสอบถามเดิม
6. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม สรุปผลการดำเนินงาน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การรับรู้ความเป็นชายรักรชายของครอบครัว
2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเพื่อประเมินความเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน แรงจูงใจในการป้องกัน ทักษะติดต่อถุงยางอนามัย การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร
3. พฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจหาเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความแตกต่างในระดับความรู้ และพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มศึกษา โดยใช้ t-test และคำนวณหาค่าความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ $P\text{-val} < 0.05$

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม มีอายุ ตั้งแต่ 13 – 20 ปี อายุเฉลี่ย 16.13 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 คนในครอบครัวมีความรู้สึกรู้สึกต่อความเป็นชายรักชายของคุณอย่างไร ส่วนใหญ่ตอบ รับผิดชอบต่อร้อยละ 50.0 ความเห็นกลางๆร้อยละ 35.7 ต่อด้านร้อยละ 14.3

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. ความรู้ความเข้าใจเพื่อประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วนได้แก่

1.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม

1.1.1 การมีคู่นอนหลายคน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 91.1 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 93.8

1.1.2 คนที่ดูมีสุขภาพดี หล่อ อาจมีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 73.2 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 95.8

1.1.3 การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีเมามา มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 83.9 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 89.6

1.1.4 การไม่ใช่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 91.1 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 89.6

1.1.5 ยุงกัดไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 55.4 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 62.5

1.1.6 วาสลิน เบบี้ออย โลชั่น สามารถใช้เป็นสารหล่อลื่น ร่วมกับถุงยางอนามัยได้ ครั้งที่ 1 ตอบถูกร้อยละ 64.3 ครั้งที่ 2 ตอบถูกร้อยละ 72.9 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1

สรุป กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง (67 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 84 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.6

ตารางที่ 1 ร้อยละ ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการสอบถาม (ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2)

ข้อ	ข้อความ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1	การมีคู่นอนหลายคน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	91.1	93.8
2	คนที่คู่มีสภาพดี หล่อ อาจมีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	73.2	95.8
3	การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีเม้า มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	83.9	89.6
4	การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	91.1	89.6
5	ยุ่งกัคไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี	55.4	62.5
6	วาสลิน เบบี้ออย โลชั่น สามารถใช้เป็นสารหล่อลื่น ร่วมกับถุงยางอนามัยได้	64.3	72.9

1.2 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้

1.2.1 การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 98.2 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 95.8

1.2.2 การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียว ก็สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 80.4 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 95.8

1.2.3 สารหล่อลื่น ช่วยลดโอกาสที่ถุงยางอนามัยแตกได้ ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 82.1 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 89.6

1.2.4 ถ้าควบคุมตนเองให้ใช้ถุงยางอนามัยได้ เมื่อเจอคนที่ถูกใจ ถูกสเปค จะทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 94.6 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 91.7

1.2.5 การตรวจเอชไอวี ทำให้คุณหายกังวล และยังสามารถวางแผนการใช้ชีวิตได้ ครั้งที่ 1 ตอบถูก ร้อยละ 92.9 ครั้งที่ 2 ตอบถูก ร้อยละ 97.8 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

สรุป กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกัน ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง (67 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 87.5 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.8 ตารางที่ 2 ร้อยละ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน จากการสอบถาม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ข้อ	ข้อความ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1	การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	98.2	95.8
2	การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียว ก็ สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้	80.4	95.8
3	สารหล่อลื่น ช่วยลดโอกาสที่ถุงยางแตกได้	82.1	89.6
4	ถ้าควบคุมตนเองให้ใช้ถุงยางอนามัยได้ เมื่อเจอคนที่ถูกใจ ถูกสเปค จะทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	94.6	91.7
5	การตรวจเอชไอวี ทำให้คุณหายกังวล และยังสามารถวางแผนการใช้ชีวิตได้	92.9	97.8

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน ข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้

2.1 คุณสามารถใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 48.2 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 68.8

2.2 คุณสามารถบอกให้คู่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 41.1 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 62.5

2.3 คุณจะไม่มีเพศสัมพันธ์ถ้าไม่มีถุงยางอนามัย ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 41.1 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 54.2

2.4 ถ้าคุณมีพฤติกรรมเสี่ยงคุณจะไปตรวจเอชไอวี ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 50.0 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 79.2

2.5 คุณสามารถบอกให้คู่ไปตรวจเอชไอวี ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 42.9 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 75.0 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 3

สรุปกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง (67 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 62.5 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.5

ตารางที่ 3 ร้อยละ การรับรู้ความสามารถของตนเองใจการป้องกัน (ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2)

ข้อ	ประเด็น	ระดับความมั่นใจ	
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1.	คุณสามารถใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	48.2	68.8
2.	คุณสามารถบอกให้คู่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	41.1	62.5
3.	คุณจะไม่มีเพศสัมพันธ์ถ้าไม่มีถุงยางอนามัย	41.1	54.2
4.	ถ้าคุณมีพฤติกรรมเสี่ยงคุณจะไปตรวจเอชไอวี	50.0	79.2
5.	คุณสามารถบอกให้คู่ไปตรวจเอชไอวี	42.9	75.0

3. แรงจูงใจในการป้องกัน

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายตอบแบบสอบถามเรื่องแรงจูงใจ ดังนี้

3.1 คนที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัย อันดับหนึ่ง คือ คนรัก อันดับสองคือคู่เพศสัมพันธ์ และ อันดับสามคือเพื่อน

3.2 คนที่มีอิทธิพลต่อการไปตรวจเอชไอวี อันดับคือ คนรัก อันดับสองคือ คู่เพศสัมพันธ์ และ อันดับสามคือพ่อแม่-พี่น้อง

3.3 เหตุผลที่ทำให้คุณมุ่งมั่นในการใช้ถุงยางอนามัย ส่วนใหญ่เพื่อสุขภาพ รองลงมาได้แก่ คุณภาพชีวิต และ อนาคต

4.ทัศนคติต่อถุงยางอนามัย ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม โดยกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายตอบแบบสอบถามเรื่องทัศนคติต่อถุงยางอนามัย ดังนี้

4.1 คนพกถุงยางอนามัยเป็นนรรอบคอบ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 78.6 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 83.3

4.2 การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยถือว่าประมาท ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 67.9 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 85.4

4.3 การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยช่วยลดความกังวลได้ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 67.9 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 77.1

4.4 การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งช่วยป้องกันโรคได้ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 71.4 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 87.5

4.5 ฉันคิดว่าคนพกถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 78.6 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 75.0

4.6 การใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงความรักความห่วงใยต่อตนเองและคู่ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 71.4 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 75.0

4.7 ถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์สุขอนามัยเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะทางเพศ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 82.1 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 83.3 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 4

สรุป กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนทัศนคติทางบวกต่อถุงยางอนามัย ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง (67.0 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 94.6 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.0 ตารางที่ 4 ร้อยละของทัศนคติต่อถุงยางอนามัยจากการสอบถามครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ข้อ	ประเด็น	ระดับความคิดเห็น(เห็นด้วยมากที่สุด)	
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1.	คนพกถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบ	78.6	83.3
2.	การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยถือว่าประมาท	67.9	85.4
3.	การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยช่วยลดความกังวลได้	67.9	77.1
4.	การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งช่วยป้องกันโรคได้	71.4	87.5
5.	ฉันคิดว่าคนพกถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบ	78.6	75.0
6.	การใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงความรักความห่วงใยต่อตนเองและคู่	71.4	75.0
7.	ถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์สุขอนามัยเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะทางเพศ	82.1	83.3

5. การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายตอบแบบสอบถามเรื่องการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ตามข้อคำถามข้อ ดังนี้

คุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสื่อใดบ้าง ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบ ส่วนใหญ่ได้จากอินเทอร์เน็ต รองลงมาได้แก่ โทรทัศน์ ผู้ทำงานด้านสุขภาพ น้อยที่สุดได้แก่ วิทยุ หนังสือพิมพ์และนิตยสารทั่วไป

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมทางเพศ

3.1 การมีเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบใช่ ร้อยละ 90.0 ครั้งที่ 2 ตอบใช่ ร้อยละ 100.0

3.2 ข้อคำถามถามว่า ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาจำนวนครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ผลการตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 ตอบว่าตั้งแต่ 1 – 6 ครั้ง เฉลี่ยมีเพศสัมพันธ์ 1 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 60.0 โดยใช้ถุงยางอนามัย และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.7 ครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ตอบ 1 ครั้ง และใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้ง ร้อยละ 100.0

3.3 ข้อคำถามถามว่า คุณคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ผลการตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่ตอบไม่เสี่ยงเลย ร้อยละ 87.5 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 12.5 เสี่ยงมาก ไม่มีเลย ครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ตอบไม่เสี่ยงเลย ร้อยละ 92.2

3.4 ข้อคำถามถามว่า คุณเคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ผลการตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่ตอบเคยร้อยละ 89.3

5. ข้อคำถามถามว่า คุณเคยติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตอบไม่เคยร้อยละ 100.0

สรุป จากการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมกำบังตนเองโดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.71 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และผลจากการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมกำบังตนเองโดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 100.0

การแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณได้นำข้อมูลจากการเข้าร่วมอบรมไปบอกหรือแนะนำเพื่อนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ตอบเคย ร้อยละ 94.1 ประเด็นที่บอก

หรือแนะนำเพื่อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่มีถุงยางอนามัย ร้อยละ 82.35 รองลงมาคือ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 80.39 และ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70.58

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ความรู้และพฤติกรรม	ก่อน		หลัง		t	P-val
	N=56		N=54			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	4.23	.973	5.04	.898	-3.872	.000*
2. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน	4.52	.684	4.71	.582	-1.645	.107
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน	3.92	1.217	4.42	1.069	-2.329	.024*
4.ทัศนคติต่อถุงยางอนามัย	6.54	1.031	6.73	.844	-.976	.334
5. พฤติกรรมการป้องกันตนเอง	.39	.562	.64	.483	-3.644	.001*

จากการวิเคราะห์ระดับความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มนักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเด็น ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .973 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 5.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .898 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-val = 0.000)

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.217 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 4.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.069 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-val=0.024)

3. พฤติกรรมการป้องกันตนเอง โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย .39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .562 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น .64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .483 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-val=0.001)

ส่วนประเด็นที่การเปลี่ยนแปลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

1. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .684 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 4.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .582 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-val=0.107)

2. ทักษะคิดต่อถุงยางอนามัย โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 6.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.031 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 6.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .844 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-val=0.334)

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุตั้งแต่ 13 – 20 ปี อายุเฉลี่ย 16.13 ปี คนในครอบครัวประมาณครึ่งหนึ่ง(ร้อยละ 50) มีความรู้ที่รับรู้ได้ต่อความเป็นชายรักชายของกลุ่มที่ศึกษาคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมีคะแนนอยู่ในระดับสูง(67.0 คะแนน ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นจากก่อนร่วมกิจกรรมร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 91.6 หลังร่วมกิจกรรม คะแนนพฤติกรรมของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีดังนี้ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.7 หลังเข้าร่วมกิจกรรม ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 100.0

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 91.6 และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งร้อยละ 85.71 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของจิรภัทร หลงกุลและสุพรรณิ พรหมเทศ⁶ พบว่าความรู้ในการใช้ถุงยางอนามัยและความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52 และการศึกษาของรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์¹⁵ พบว่าพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 51 และร้อยละ 35 กับคู่นอนประจำ

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม ตอบคำถามถ้าคุณมีพฤติกรรมเสี่ยงคุณจะไปตรวจเอชไอวี ตอบมั่นใจมากที่สุดร้อยละ 50.0 ครั้งที่ 1 และเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดย ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุดร้อยละ 79.2 จากข้อมูลที่พบว่ามีระดับความรู้เพิ่มขึ้นและตอบข้อคำถามด้านพฤติกรรมได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกระบวนการที่สามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงทำให้มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม การมีความรู้ความเข้าใจการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่งผลให้ตระหนักถึงความเสี่ยงของตนและเพิ่มการเข้าตรวจรับการเจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี ทำให้รู้สถานะของตนได้ และการมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางเพิ่มขึ้นจะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สามารถสรุปผลจากการศึกษาได้ว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน และพฤติกรรมกำป้องกันตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะการใช้ถุงยางอนามัยให้แก่เยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในพื้นที่ที่มีปัญหาของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. ควรมีกระบวนการสร้างแรงจูงใจและทัศนคติที่ดีต่อถุงยางอนามัย รวมทั้งส่งเสริมทักษะการปฏิเสธหากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณดร.นายแพทย์สุวิษ ธรรมปาโล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่ 12 จังหวัดสงขลา ที่ได้ให้คำแนะนำ ขอขอบคุณนางวาสนา ยกสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และเจ้าหน้าที่กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์เอดส์ พ.ศ. 2559. [อินเทอร์เน็ต].2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค.2561]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.boe.moph.go.th/aids/download.php>
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560.[อินเทอร์เน็ต].2560[เข้าถึงเมื่อ 1ธ.ค.2561].เข้าถึงได้จาก : <http://e-library-aidssti.ddc.moph.go.th/books/view/361>.
- 3.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการใช้ข้อมูลระดับพื้นที่ในการติดตามและวางแผนปฏิบัติการเร่งรัดยุติเอดส์ฯ [อินเทอร์เน็ต].2561[เข้าถึงเมื่อ 10ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก:
<http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/60>
- 4.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.อบรมพัฒนาศักยภาพแกนบุคคลากรเพื่อจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง [อินเทอร์เน็ต].2561[เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2561].
เข้าถึงได้จาก : <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/60?page=3>
5. นิพนธ์ คาราวุฒิมาประกรณ์. การตีตราชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกระบวนการดำเนินงานแก้ปัญหาเอดส์.[อินเทอร์เน็ต]2555[เข้าถึงเมื่อ 10ธ.ค.2561].เข้าถึงได้จาก :
http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/Download/Article_Files/10-MSM-Niphon.pdf
6. จีรภัทร หลงกุล และสุพรรณิ พรหมเทศ.การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]2555.[เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2561];5:29-38. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/download/118162/90669/>
7. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. สข.สงขลาเชิญร่วมรณรงค์เนื่องในวันเอดส์โลก(World AIDS Day) ประจำปี2561. [อินเทอร์เน็ต]2561[เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก:
http://thainews.prd.go.th/th/website_th/news/news_detail/WNPBH6111300010004

8. Wikipedia. [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 5]. Available from: <https://th.wikipedia.org/wiki/เอดส์>

9. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก : <http://e-library-aidssti.ddc.moph.go.th/books/view/361>

10. ภัทรภูมิ โพธิพงษ์. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=147>

11. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก : <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/download/1180>

12. วิชชุดา กิจจรธรรม. ชรรถมาติของพฤติกรรม และ กระบวนการเกิดพฤติกรรม. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 7 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก : <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/หลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.pdf>

13. ศิราณี อินทรหนองไผ่, อมร สุวรรณนิมิต และวิราวรรณ คำหวาน. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 7 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก : http://utostore.moph.go.th/web/e_reports/research/upload/08/20140804101903.doc

14. ดารารวรรณ รongเมือง. การทบทวนทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 7 ธ.ค. 2561]; 35: 77-92. เข้าถึงได้จาก : <https://tcithaijo.org/index.php/ppkjournal/article/download/99211/89521/>

15. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์, พรนภา หอมสินธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเรื่องเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนไทยชายรักชายจังหวัดชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก : https://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=208309

16. ประดิษฐ์พร พงศ์เจริญ, ทิพพมาศ ชินวงศ์, เอนโทนี พอล โอไบรอัน และเจน แม็กควาย. การรับรู้ด้านมิติทางเพศและการติดเชื้อเอชไอวี: การศึกษาเชิงคุณภาพในชายรักชาย

กรุงเทพมหานคร.[อินเทอร์เน็ต]2561[เข้าถึงเมื่อ30ต.ค.2561].เข้าถึงได้จาก:<https://tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/74407/59972/>

17.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.การใช้กรอบทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน. [อินเทอร์เน็ต].2556[เข้าถึงเมื่อ 1ธ.ค.2561]. เข้าถึงได้จาก :
http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/FN/th/km/Integrated_Theory.html