

การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรม
การใช้ดูยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย

มนต์ทิwa สุันันตา

ศาสตราจารย์สุศาสตรมหาบัณฑิต

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กรกฎาคม 2566

การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรม
การใช้ดูยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย

มนต์ทิwa สุันนตา

วิทยานิพนธ์นี้เสนอต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กรกฎาคม 2566

การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรม
การใช้ดูยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย

มนต์ทิwa สุนันตา

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

..... ประธานกรรมการ
(รศ.ดร.วราภรณ์ บุญเชียง)

..... **สินัญ งามตระการ** อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.สินัญ งามตระการ)

..... **ทรงคม นินอ** กรรมการ
(ดร.นารอดดา ชันธิกุล)

..... **พริษฐ์** อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร งามอาบวิรัช)

..... **สินัญ งามตระการ** กรรมการ
(อาจารย์ ดร.สินัญ งามตระการ)

..... **พริษฐ์** กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร งามอาบวิรัช)

12 กรกฎาคม 2566

© ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถดำเนินงานสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ ดร.สินีนาฏ ชาวตระการ และอาจารย์ ดร.ปาริฉัตร งามอาจบริรักษ์ ในการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำและชี้แนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาลดลงช่วงเวลาในการการศึกษาวิจัย รวมทั้งช่วยตรวจสอบและแก้ไข ข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง ที่ให้เกียรติเป็นประธาน กรรมการสอบ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบทุกท่าน ได้แก่ ดร.นารถดา ชันชีกุล อาจารย์ ดร.สินีนาฏ ชาวตระการ และอาจารย์ ดร.ปาริฉัตร งามอาจบริรักษ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ และเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกและประสานงานในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำในด้านการเรียนหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืองานวิจัย และขอให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ให้เครื่องมืองานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุข หน่วยบริการสุขภาพ องค์การภาคประชาสังคมที่มีการดำเนินงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการส่งต่อและรวบรวมแบบสอบถามงานวิจัย และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยอย่างครบถ้วน นอกจากนี้ขอขอบพระคุณครอบครัว หัวหน้างาน และเพื่อนๆ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องที่ได้เอื้อนมาในที่นี้ ที่ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอขอบคุณความดีของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนให้การจัดทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

มนต์ทิวา สุนันตา

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรม
การใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย

ผู้เขียน

นางสาวมนต์ทิศา สุนันดา

ปริญญา

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.สินีนากู ชาวตระการ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
อาจารย์ ดร.ปรีฉัตร งามอาจบริรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บทคัดย่อ

การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่มีโอกาสติดเชื้อดังกล่าวได้ ซึ่งการใช้ถุงยางอนามัยเป็นหนึ่งในมาตรการที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ในปัจจุบันพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยลดลง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และการทำนายของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจ และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายภาคเหนือตอนบน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาด้วยวิธี snowball Sampling และ convenience sampling จำนวน 342 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Self-administered questionnaire) ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ทศนคติส่วนบุคคลต่อถุงยางอนามัย บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงต่อถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม พ.ศ.2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Spearman's rank correlation coefficient และ Logistic regression model ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ได้แก่ ทศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.52$, p -value < 0.001) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อถุงยางอนามัย ($r = 0.18$, p -value = 0.01) และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.37$, p -value < 0.001) และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ได้แก่ ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.59$, p -value < 0.001) และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.27$, p -value < 0.001) ผลการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยด้วยวิธี Multiple logistic regression model พบว่าทฤษฎี

พฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ ร้อยละ 36 (Nagelkerke $R^2 = 0.36$) โดยกลุ่มที่มีทัศนคติส่วนบุคคลในระดับสูง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติส่วนบุคคลในระดับน้อย/ปานกลาง 4.36 เท่า (95% CI=2.17-8.77) กลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงในระดับสูง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงในระดับน้อย 1.82 เท่า (95% CI=0.75-4.44) กลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงในระดับปานกลาง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงในระดับน้อย 1.06 เท่า (95% CI=0.50-2.26) และกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยระดับน้อย/ปานกลาง 7.85 เท่า (95% CI=3.34-18.47) นอกจากนี้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ ร้อยละ 21 (Nagelkerke $R^2 = 0.21$) โดยกลุ่มที่มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยระดับน้อย/ปานกลาง 8.61 เท่า (95% CI=4.06-18.26) และกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยระดับน้อย/ปานกลาง 1.59 เท่า (95% CI=0.71-3.53) ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการออกแบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่มุ่งเน้นการสร้างทัศนคติส่วนบุคคลที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย และการมุ่งเน้นทำให้เกิดการให้คุณค่าที่ดีต่อการแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ร่วมกับการเสริมสร้างทักษะในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง และทักษะการจัดการสถานการณ์ให้เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความมั่นใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Thesis Title Using the Theory of Planned Behavior to Predict Condom Use Among Men Who Have Sex with Men in Upper Northern Thailand

Author Ms. Montiwa Sunanta

Degree Master of Public Health

Advisory Committee Dr. Sineenart Choatrakarn Advisor

Dr. Patichat Ongartboriruk Co-advisor

ABSTRACT

HIV/AIDS and sexually transmitted infections (STIs) remain significant public health concerns in Thailand, with men who have sex with men (MSM) particularly vulnerable to these infections. Condom use emerges as a highly effective preventive measure against HIV/AIDS and STIs. However, recent research reveals a concerning trend—MSM are increasingly opting for less frequent condom use. Given this concern, a cross-sectional study was conducted with the aim of exploring the relationship and predictive capacity of the Theory of Planned Behavior (TPB) concerning intentions and condom use behaviors within the MSM community in Northern Thailand.

A total of 342 MSM were recruited using snowball sampling and convenience sampling. Data were collected using a self-administered questionnaire, which consisted of six sections: demographic information, condom use behavior, condom use intention, attitude toward condom use behavior, subjective norm of condom use, and perceived control of condom use behavior. The data were collected between January 1 and March 31, 2023. The statistical methods employed for data analysis encompassed descriptive and inferential statistics, including Spearman's rank correlation coefficient and a logistic regression model.

The study's findings highlighted several key points. Factors associated with condom use intention included personal attitude toward condom use behavior ($r = 0.52$, $p\text{-value} < 0.001$), subjective norm of condom use ($r = 0.18$, $p\text{-value} = 0.01$), and perceived control of condom use behavior ($r = 0.37$, $p\text{-value} < 0.001$). The factors associated with condom use behavior were condom

use intention ($r = 0.59$, $p\text{-value} < 0.001$) and perceived control of condom use behavior ($r = 0.27$, $p\text{-value} < 0.001$).

A multiple logistic regression model was used to examine the predictive power of the TPB on condom use intention. The results showed that the TPB could predict condom use intention by 36% (Nagelkerke $R^2 = 0.36$). The factors associated with this prediction were as follows: Groups with high levels of attitude toward condom use behavior were 4.36 times more likely to have consistent condom use intentions than groups with low or medium levels of attitude toward condom use behavior (95% CI = 2.17-8.77). Moreover, groups with a high level of subjective norm of condom use were 1.82 times more likely to have consistent condom use intention than groups with a low level of subjective norm of condom use (95% CI = 0.75-4.44). Additionally, groups with a medium level of subjective norm of condom use were 1.06 times more likely to have consistent condom use intention than groups with a low level of subjective norm of condom use (95% CI = 0.50-2.26). Furthermore, groups with a high level of perceived control of condom use behavior were 7.85 times more likely to have consistent condom use intentions than groups with low or medium levels of perceived control of condom use behavior (95% CI = 3.34-18.47). Additionally, the TPB can predict condom use behavior by 21% (Nagelkerke $R^2 = 0.21$). The factors associated with the prediction were as follows: Groups with a high level of condom use intention were 8.61 times more likely to have consistent condom use behavior than groups with low or medium levels of condom use intention (95% CI = 4.06-18.26). Furthermore, groups with a high level of perceived control of condom use behavior were 1.59 times more likely to have consistent condom use behavior than groups with low or medium levels of perceived control of condom use behavior (95% CI = 0.71-3.53).

In light of these findings, it is imperative to develop behavioral modification programs or communication campaigns that focus on cultivating a positive attitude toward condom use behavior and emphasize the value of condom use. These programs should also include training in the correct use of condoms and skills for managing situations that promote safe sex. This comprehensive approach will instill greater confidence among MSM in using condoms consistently.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
ABSTRACT	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	7
1.4 ขอบเขตการวิจัย	7
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
2.1 การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	10
2.1.1 การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์	10
2.1.2 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	11
2.1.3 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	13
2.1.4 มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	17
2.2 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	20
2.2.1 ความหมายและลักษณะของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	20
2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	22
2.3 อุ้งยางอนามัยและพฤติกรรมการใช้อุ้งยางอนามัยของ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	25
2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมทางสุขภาพและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	27
2.4.1 ทฤษฎีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการแสดง พฤติกรรมการใช้อุ้งยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	27
2.4.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	29

2.5	สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม	33
2.6	กรอบแนวคิดและทฤษฎีงานวิจัย	33
บทที่ 3	ระเบียบวิธีวิจัย	35
3.1	รูปแบบการวิจัย	35
3.2	พื้นที่การวิจัย	35
3.3	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
3.4	ขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง	36
3.5	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
3.6	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	31
3.7	การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
3.8	การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4	ผลการวิจัย	44
4.1	ข้อมูลทั่วไป	44
4.2	พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย	48
4.3	ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	51
4.4	ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	52
4.5	ความสัมพันธ์ของความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยกับพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	53
4.6	การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	54
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	59
5.1	สรุปผลการวิจัย	59
5.2	อภิปรายผลการวิจัย	63
5.3	ข้อจำกัดของงานวิจัย	67
5.4	ข้อเสนอแนะเพื่อการนำวิจัยไปใช้	68
5.5	ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	68
	เอกสารอ้างอิง	70
	ภาคผนวก	
	ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์	
	ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
	ประวัติผู้เขียน	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 ตารางแสดงการกำหนดค่าในแบบจำลอง Logistic regression model	43
ตารางที่ 4.1 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	45
ตารางที่ 4.2 ตารางแสดงพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	48
ตารางที่ 4.3 ตารางแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยจำแนกตามประเภทคู่นอน	50
ตารางที่ 4.4 ตารางตารางแสดงระดับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง	52
ตารางที่ 4.5 ตารางแสดงผลการจำแนกระดับตามองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความตั้งใจ และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยจำแนกเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	53
ตารางที่ 4.6 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Spearman's rank correlation coefficient	54
ตารางที่ 4.7 ตารางแสดงผลการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยด้วยวิธี Simple logistic regression model	55
ตารางที่ 4.8 ตารางตารางแสดงผลการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Multiple logistic regression model	56
ตารางที่ 4.9 ตารางแสดงผลการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในทำนายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Simple logistic regression model	58
ตารางที่ 4.10 ตารางแสดงผลการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Multiple logistic regression model	58

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 2.1 ภาพแสดงการเปรียบเทียบแนวโน้มอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2553–2565 ในระดับประเทศ และเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน	15
แผนภาพที่ 2.2 โครงสร้างทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA)	30
แผนภาพที่ 2.3 โครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB)	31
แผนภาพที่ 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม ตามโครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	32
แผนภาพที่ 2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	34

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพและด้านสังคมเป็นวงกว้างทั้งในระดับโลกและในประเทศไทยมาอย่างยาวนานมากกว่า 30 ปี (ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, 2560) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) พบว่าปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ จำนวน 38.4 ล้านราย มีผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 650,000 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ (Newly Infection) จำนวน 1.5 ล้านราย การติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากได้รับเชื้อไวรัส Human immunodeficiency virus (HIV) เข้าสู่ร่างกาย ผ่านการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การถ่ายทอจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือการได้รับเลือดหรือสารประกอบของเลือด เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและมีโอกาสเสียชีวิตสูง หรือที่เรียกว่า ภาวะโรคเอดส์ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ได้แก่ การถูกตีตรา การถูกเลือกปฏิบัติ หรือการถูกกีดกันจากสังคม เป็นต้น (World Health Organization, 2022) นอกจากนี้ประเทศต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการป้องกัน ดูแล รักษาและฟื้นฟู เช่น ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยต้องใช้งบประมาณจำนวน 9,268 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการวางแผน การป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565) ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ในระบบรายงาน NAP Web Report ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีจำนวน 509,850 ราย โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะผลเลือดและลงทะเบียนรายใหม่ จำนวน 25,004 ราย อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน จำนวน 1,893 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ดังกล่าวมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน สูงถึง ร้อยละ 95 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันจะส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วย

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infection :STI) หมายถึงการติดเชื้อก่อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ทางช่องคลอด ทางปากหรือทางทวารหนัก และยังเป็นความเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึง 3 - 5 เท่าของคนที่ไม่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วม (นิสิต คงกริกเกียรติ และคณะ, 2558) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายด้าน เช่น มีภาวะมีบุตรยากในวัยเจริญพันธุ์ การเกิดมะเร็งทวารหนัก/มะเร็งปากมดลูก/มะเร็งตับ

ทารกพิการ/เสียชีวิตแต่กำเนิดหรือมีภาวะน้ำหนักน้อย และบางโรคอาจส่งผลต่อการเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษา เป็นต้น องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่าในแต่ละวันทั่วโลกจะมีประชากรที่ได้รับเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 ล้านราย โดยในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกจะมีผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่สูงถึง 374 ล้านราย ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคพยาธิช่องคลอดจำนวน 156 ล้านราย โรคหนองในเทียมจำนวน 129 ล้านราย โรคหนองในจำนวน 82 ล้านราย และโรคซิฟิลิสจำนวน 7.1 ล้านราย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มักเข้ารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากการติดเชื้อในระยะแรกส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ (World Health Organization, 2021) ประเทศไทยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม และแผลริมอ่อน (สิริพร มนยฤทธิ์, 2563) จากข้อมูลของศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้าน เอชไอวีของประเทศไทย (HIV INFO HUB) พบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรค (ทุกกลุ่มอายุ) 27.8 รายต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยโรคซิฟิลิสสูงที่สุด 15.8 รายต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคหนองใน 7.7 รายต่อแสนประชากร โรคหนองในเทียม 2.9 รายต่อแสนประชากร โรคแผลริมอ่อน 1.2 รายต่อแสนประชากร และโรคกามโรคต่อมน้ำเหลือง 0.2 รายต่อแสนประชากร ในประเทศไทยพบการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 – 24 ปีมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ โดยพบการติดเชื้อโรคซิฟิลิส 51.4 รายต่อแสนประชากร และโรคหนองใน 37.9 รายต่อแสนประชากรเป็นหลัก ส่วนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เฝ้าระวังอื่นๆ พบผู้ป่วยในแต่ละโรคน้อยกว่า 5 รายต่อแสนประชากร (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565)

ยุทธศาสตร์รณรงค์ทางอนามัย พ.ศ. 2563-2573 ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 ได้ระบุกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ประกอบด้วย กลุ่มเยาวชน และกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (Transgender person: TG) กลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย (Male Sex Worker: MSW) พนักงานบริการทางเพศหญิง (Female Sex Worker: FSW) และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (People Who Inject Drugs: PWID) (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป โดยพบว่ากลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุด ร้อยละ 7.8 รองลงมาคือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 7.3 กลุ่มเยาวชนชาย ร้อยละ 4.6 กลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ ร้อยละ 4.2 พนักงานบริการชาย ร้อยละ 3.8 และกลุ่มพนักงานบริการหญิง ร้อยละ 0.7 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565) ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง โดยข้อมูลของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS : UNAIDS)

พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วโลกมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม ร้อยละ 25 (UNAIDS, 2021) นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อซิฟิลิสเฉลี่ย สูงถึงร้อยละ 11.8 (ร้อยละ 5.2 – 19.6) สำหรับประเทศไทยพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในปี พ.ศ.2561 ร้อยละ 5.2 (World Health Organization, 2020) แต่ในปีเดียวกันพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 11.9 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565)

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือกลุ่มเพศชายทุกช่วงอายุที่มีเพศสัมพันธ์ทั้งแบบเป็นฝ่ายรุกหรือฝ่ายรับกับเพศชายด้วยกันทางทวารหนัก อวัยวะเพศหญิงเทียม และการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก โดยเป็นได้ทั้งกลุ่มชายรักเพศเดียวกัน (เกย์/กระเทย) ชายรักเพศหญิง หรือชายรักสองเพศได้ (World Health Organization, 2015) แม้จะมีการรณรงค์ให้ประชาชนทั่วโลกยอมรับความหลากหลายทางเพศ และรักร่วมเพศ แต่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วโลกส่วนใหญ่ยังคงปิดบังสถานะของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีความเข้มงวดทางกฎหมายหรือทางศาสนา จากข้อมูลขององค์กร Avert พบว่า ปี ค.ศ.2019 มีกฎหมายประหารชีวิตผู้ที่เป็นเกย์/กระเทย/รักร่วมเพศ จำนวน 8 ประเทศ มีการจำกัดด้านเสรีภาพในการแสดงออกในอัตลักษณ์ทางเพศ การประสาสัมพันธ์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องรักร่วมเพศหรือเพศภาวะจำนวน 32 ประเทศ และมีการออกกฎหมายจำกัดการทำงานขององค์กรสาธารณะประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะถึง 41 ประเทศ นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักยังถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ผิดปกติและไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมด้วย (Avert, 2021) ซึ่งการกีดกัน การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อการแสดงออกทางเพศภาวะและการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในสังคมและวัฒนธรรมที่อาศัยอยู่ ส่งผลให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลบซ่อนตัว ปฏิเสธความเสี่ยงและไม่กล้าเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่อาจส่งผลต่อการถูกเปิดเผยเพศภาวะ หรือพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักของตนเอง (World Health Organization, 2015) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งทำให้การป้องกันหรือควบคุมการระบาดของโรคทำได้ยาก และอาจแพร่ระบาดไปยังกลุ่มอื่นๆ เช่น ภรรยาของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้การเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ล่าช้ายังส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตหรือเกิดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น วัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น (International HIV/AIDS Alliance, 2003)

จากการหลบซ่อนตัวของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำให้การคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มดังกล่าวทำได้ยาก จึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการทางสถิติเพื่อคาดประมาณจำนวนของกลุ่มประชากร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานและงบประมาณในแก้ไขปัญหาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยพบว่าร้อยละ 3 ของเพศชายเคยมีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกัน และอาจสูงถึงร้อยละ 16 ได้ในบางประเทศ ดังนั้นในปี ค.ศ.2003 คาดว่า ทั่วโลกจะมีจำนวนของ MSM จำนวน 45 ล้านคน ถึง 240 ล้านคน (International HIV/AIDS Alliance, 2003) สำหรับ

ประเทศไทยได้มีการแสดงผลการคาดประมาณจำนวนของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยวิธีการคำนวณทางสถิติ ในระบบข้อมูล AIDS Surveillance System พบว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 15 – 59 ปี จำนวน 517,962 ราย และจำแนกเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 155,840 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.1 ของจำนวนคาดประมาณ นอกจากนี้จากการคาดประมาณพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานครมากที่สุด จำนวน 67,710 ราย รองลงมาคือพื้นที่จังหวัดชลบุรี จำนวน 15,285 และพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 13,440 ราย ตามลำดับ (กองระบาดวิทยา, 2565) ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกลุ่มที่ประสบปัญหาของการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประชากรโลกเป็นอย่างมาก

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นแต่มีการป้องกันโรคน้อย สาเหตุเกิดจากความไม่ตระหนักในการป้องกันตัวเอง การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การเข้าถึงบริการหรือโปรแกรมป้องกันโรคน้อย เช่น การตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะทุก 3 – 6 เดือน การเข้าถึงบริการถุงยางอนามัย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีการป้องกันตนเองลดลง เช่น สังคมไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก บางประเทศมีกฎหมายที่กีดกัน หรือไม่สนับสนุนการเข้าถึงบริการป้องกันของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นต้น (Avert, 2021)

ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือการเร่งรัดการดูแลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ พนักงานบริการชายและหญิง และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ได้เข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูง หรือที่นิยมเรียกว่า มาตรการ/ชุดบริการ RRTTPR (Reach – Recruit – Test – Treat – Prevention – Retained) โดยชุดบริการดังกล่าวจะเริ่มตั้งแต่กระบวนการทำเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง การเชิญชวนเข้าสู่ระบบการตรวจคัดกรองโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดูแลให้ได้รับบริการที่เข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันโรคได้แก่ ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น การได้รับบริการการรักษาตามมาตรฐานในกลุ่มที่มีผลตรวจผิดปกติ และการเสนอบริการป้องกันอื่นๆ เช่น ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis Drugs) หรือยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส (Post-Exposure Prophylaxis Drugs) เป็นต้น นอกจากนี้ในชุดบริการยังรวมถึงการดูแลติดตามให้ผู้ที่ผลเลือดผิดปกติได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และติดตามผู้ที่มีผลเลือดลบให้ได้ดูแลเพื่อคงสถานะผลเลือดลบต่อไป (ทวิทรัพย์

ศิริประภาศิริ, 2560) แต่การป้องกันโรคติดต่อผ่านทางกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุดคือการใช้ถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์ป้องกันที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลก ในประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าร้อยละ 90 รวมทั้งสามารถป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การคุมกำเนิดและท้องก่อนก่อนวัยอันควร โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งทวารหนัก ไวรัสตับอักเสบบ เป็นต้น (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) ถุงยางเป็นอุปกรณ์ป้องกันโรคที่มีราคาถูกเมื่อเทียบกับวิธีการป้องกันอื่นๆ และสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่า สามารถหาซื้อได้ง่ายในร้านสะดวกซื้อ แต่จากการสำรวจร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในครั้งสุดท้ายของการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 77.8 ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2555 ที่มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 88.5 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565) ซึ่งสาเหตุของความต้องการใช้ถุงยางอนามัยน้อยลงในกลุ่มดังกล่าว เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับถุงยางอนามัยและวิธีการใช้ที่ถูกต้อง ความเชื่อและค่านิยมของถุงยางอนามัยในทางลบมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ถุงยางอนามัย ความรู้สึกว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขในขณะมีเพศสัมพันธ์ลดลง นอกจากนี้ราคาถุงยางอนามัยในตลาดมีราคาสูง และการสนับสนุนถุงยางอนามัยฟรีไม่เพียงพอในกลุ่มที่มีความต้องการใช้และมีกำลังซื้อน้อย รวมทั้งการส่งเสริมการเข้าถึงและการกระจายถุงยางอนามัยฟรีไม่ครอบคลุม (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) จากข้อมูลของ UNAIDS ปี ค.ศ.2016 ได้กล่าวถึงความขาดแคลนของถุงยางอนามัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำทำให้มีผลต่ออัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ แต่มีข้อมูลบางส่วนกลับพบว่าประเทศที่มีทรัพยากรที่เพียงพอและมีรายได้สูงกลับมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยลดลงเช่นกัน (UNAIDS, 2016) ดังนั้นการค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงมีความสำคัญ เพราะทำให้การแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความเหมาะสมกับปัญหามากยิ่งขึ้น ซึ่ง Icek Ajzen ได้อธิบายการเกิดพฤติกรรมของบุคคลในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ว่าเกิดจากความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ ของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความตั้งใจในการเกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร่วมกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงผู้ออกนโยบายทราบสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมและสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการออกนโยบายที่ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต่อไปได้

พฤติกรรมของบุคคลตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) โดย Icek Ajzen (1991) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่ใช้ในการอธิบายสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยทฤษฎีดังกล่าวเชื่อว่าพฤติกรรมเกิดจากความตั้งใจ (Intention) ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม (Behavioral believes) การแสดงพฤติกรรมตามความต้องการของกลุ่มอ้างอิง (Normative believes) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Control believes) (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล เนื่องจากทฤษฎีดังกล่าวขาดการกล่าวถึงการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นอีกสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมที่สนใจและมีความเฉพาะ เช่น พฤติกรรมการดื่ม พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น (Ajzen, 1991) นอกจากนี้ยังสามารถนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เช่น ผลการทดสอบการใช้ระบบตอบโต้อัตโนมัติ เพื่อลดการอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเพื่อความรื่นรมย์ทางเพศ (Choi et al., 2021) แม้ว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจะสามารถประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมในกลุ่มที่มีความเฉพาะ เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เป็นต้น แต่ในประเทศไทยกลับมีการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายค่อนข้างน้อย โดยในปี พ.ศ.2560 ได้มีการนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ คือ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reason Action) มาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวพบว่าปัจจัยด้านทศนคติของบุคคลต่อพฤติกรรม และปัจจัยด้านบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีความสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (นันทิดา ศรีจันทร์ และคณะ, 2560) แต่การศึกษานี้ยังขาดการศึกษาด้านปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการนำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) มาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้อย่างครอบคลุมในมิติที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวมากยิ่งขึ้น และทำการศึกษาในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้เกิดความครอบคลุมลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่ได้ ซึ่งจะส่งผลให้งานวิจัยชิ้นนี้สามารถเป็นตัวแทนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย นำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนหรือพัฒนาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยถุงยางอนามัย หรือการพัฒนา

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มดังกล่าวมากยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย
- 2) เพื่อศึกษาความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย
- 4) เพื่อศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย

1.3 คำถามการวิจัย

- 1) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทยเป็นอย่างไร
- 2) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทยเป็นอย่างไร
- 3) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทยหรือไม่
- 4) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทยได้หรือไม่

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional analytic study โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทางทวารหนักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยกลุ่มเป้าหมายในงานวิจัยนี้มีอายุระหว่าง 18-49 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และในการศึกษานี้ดำเนินการในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และพะเยา มีระยะเวลาในศึกษาวิจัยระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ.2566

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1) **ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย** หมายถึง ชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายทางทวารหนักที่อยู่ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย ทั้งกลุ่มที่เป็นฝ่ายรุก หรือฝ่ายรับ หรือทั้งฝ่ายรุกและรับ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โดยอาจมีรสนิยมทางเพศเป็นชายรักชาย ชายรักเพศหญิง หรือชายรักสองเพศ นอกจากนี้อาจมีการแสดงออกเป็นชาย (เกย์) หรือแสดงออกเป็นหญิง (กระเทย) ก็ได้ แต่ต้องไม่ได้ทำหน้าอกเทียมหรือทำอวัยวะเพศหญิงเทียม

2) **พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย** หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน ขณะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับคู่นอนแต่ละประเภทของตนเอง ได้แก่ คนรัก คู่นอนประจำ คู่นอนไม่ประจำ และผู้ขายบริการทางเพศ สามารถวัดพฤติกรรมได้จากแบบสอบถามความพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักและการใช้ถุงยางอนามัย ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

3) **ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior)** โดย Icek Ajzen (1991) หมายถึง การอธิบายปรากฏการณ์การใช้ถุงยางอนามัยที่อยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน นอกจากนี้ยังเป็นการอธิบายความสัมพันธ์และทำนายการเกิดความตั้งใจกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

3.1) **ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย** หมายถึง ความมุ่งมั่นที่จะใช้ถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่นอนของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในภาคเหนือตอนบน โดยความตั้งใจดังกล่าวสามารถวัดจากแบบสอบถามความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยวัดความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย จาก 3 ด้าน ได้แก่ทัศนคติส่วนบุคคลที่ดีต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การใช้ถุงยางอนามัยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้ถุงยางอนามัย

3.2) **ทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย** หมายถึง การประเมินคุณค่าต่อถุงยางอนามัยและผลลัพธ์ของการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน สามารถวัดจากแบบสอบถามทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อถุงยางอนามัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

3.3) **บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัย** หมายถึง ความคาดหวังของกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน ที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มดังกล่าว และการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง สามารถวัดได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อถุงยางอนามัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

3.4.การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย หมายถึง การรับรู้ความยากง่ายในการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือ ตอนบน สามารถวัดจากแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการ ทบทวนวรรณกรรม



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1.1 การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์

2.1.2 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1.3 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1.4 มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.2 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.2.1 ความหมายและลักษณะของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.3 ilyangอนามัยและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมทางสุขภาพและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

2.4.1 ทฤษฎีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.4.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

2.5 สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

2.6 กรอบแนวคิดและทฤษฎีงานวิจัย

2.1 การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1.1 การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ เป็นการติดเชื้อ Human immunodeficiency Virus (HIV) โดยเชื้อดังกล่าวเมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ชื่อว่า CD4 ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันอ่อนแอและสามารถติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น วัณโรค การติดเชื้อราในระบบประสาทและสมอง เป็นต้น โรคดังกล่าวสามารถติดต่อได้ทางเลือด และสารคัดหลั่งของร่างกาย ส่วนใหญ่แล้วหลังการได้รับเชื้อเอชไอวีมักไม่แสดงอาการ แต่

บางรายอาจพบอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หลังการติดเชื้อในช่วง 2 – 3 เดือนแรก เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ เจ็บคอ เป็นต้น (World Health Organization, 2021) แต่หลังจากนั้นอาการจะหายไปและไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี โดยเราเรียกระยะนี้ว่า “ระยะไม่แสดงการ” ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลานานถึง 10 – 15 ปี จึงจะแสดงอาการของการติดเชื้อเอชไอวีออกมาเมื่อระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลายจนไม่สามารถคงความแข็งแรงของสุขภาพได้ โดยเรียกระยะนี้ว่า “ระยะแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี” อาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ น้ำหนักลด ท้องเสียเรื้อรัง มีเหงื่อออกตอนกลางคืน มีไข้หรือเจ็บป่วยบ่อยๆ เป็นต้น และเมื่ออาการมีความรุนแรงมากขึ้นจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการติดเชื้อที่เรียกว่า “ระยะป่วยเอดส์” และเราเรียกผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้ว่า “ผู้ป่วยเอดส์” ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันต่ำ และติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น วัณโรค โรคเชื้อราในสมอง เป็นต้น (AVERT, 2020) ผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเสียชีวิตได้สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะอื่นๆ โดยพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มี CD4 น้อยกว่า 200 cell/mm² มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 มากกว่า 200 cell/mm² ร้อยละ 2.7 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 4.88 เมื่อไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์มีอัตราการรอดชีวิตในช่วง 10 ปี (10 years Survival rate) เพียงร้อยละ 55 เท่านั้น (Mirzaei et al., 2019)

2.1.2 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เมื่อกล่าวถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่จะใช้คำว่า Sexually Transmitted Infection (STIs) และคำว่า Sexually Transmitted Disease (STDs) ซึ่งทั้งสองคำนี้มักถูกนำมาใช้แทนคำว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เหมือนกันแต่ความหมายมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ Sexually Transmitted Infection (STIs) หมายถึงการได้รับเชื้อก่อโรคผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อ แต่คำว่า Sexually Transmitted Disease (STDs) หมายถึงโรคที่พัฒนาจากการติดเชื้อผ่านทางอวัยวะเพศสัมพันธ์ หรือมีอาการแสดงของการได้รับเชื้อโรคผ่านทางอวัยวะเพศสัมพันธ์ (Centers of Disease Control and Prevention, 2021) สำหรับประเทศไทยนิยมใช้คำว่า Sexually Transmitted Infection (STIs) มาใช้เป็นคำนิยามของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากคำดังกล่าวมีความหมายครอบคลุมถึงการติดเชื้อที่แสดงและไม่แสดงอาการ โดยสามารถสรุปความหมายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย หมายถึง การติดเชื้อก่อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ทางช่องคลอด ทางปาก หรือทางทวารหนัก (นิสิต คงกริกเกียรติ และคณะ, 2558) ซึ่งประเทศไทยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม และแผลริมอ่อน (สิริพร มนยฤทธิ์, 2563) ซึ่งเชื้อที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายด้าน เช่น มีภาวะมีบุตรยากในวัยเจริญพันธุ์ การเกิดมะเร็งทวารหนัก/มะเร็งปากมดลูก/มะเร็งตับ ทารกพิการ/เสียชีวิตแต่กำเนิดหรือมีภาวะน้ำหนักน้อย และบางโรคอาจส่งผลการเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษา เป็นต้น (World Health Organization,

2021) โดยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญในประเทศไทย ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม แผลริมอ่อน และการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ซึ่งมีการแสดงของโรคและแนวทางการรักษา ดังนี้

1) ซิฟิลิส เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีสาเหตุจากการสัมผัสแผลชนิด Chancre (แผลที่มีขอบแข็ง ไม่เจ็บ) ที่มีเชื้อ *T.Pallidum* อาการที่พบสามารถแบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะมีแผล Chancre ที่อวัยวะเพศ อาจมีต่อมน้ำเหลืองโตที่บริเวณขาหนีบได้ ระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะมีผื่น ตามลำตัวฝ่ามือ/ฝ่าเท้า หรือมีผื่น Condylomata lata หรือมีผื่นในช่องปาก พบร่วมมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบและตำแหน่งอื่นๆ ได้ ระยะที่ 3 เป็นระยะของโรคลุกลามไปยังระบบหัวใจ และหลอดเลือด และระบบประสาท สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแฝงจะเป็นระยะที่ยังไม่แสดงอาการของโรค แต่ยังสามารถแพร่เชื้อให้กับคู่่นอนได้ (นิสิต คงกริกเกียรติ และคณะ, 2558)

2) กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อ *Chlamydia trachomatis* serovars ซึ่งผู้ป่วยจะมีแผลเจ็บที่อวัยวะเพศ ต่อมน้ำเหลืองโต กดเจ็บที่ขาหนีบ (Groove sign) ผู้ป่วยอาจจะมีไข้ อ่อนเพลีย กินอาหารไม่ได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักอาจจะพบอาการเจ็บขณะปวดเบ่งที่ทวารหนักได้ (นิสิต คงกริกเกียรติ และคณะ, 2558)

3) หนองในเทียม เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* โดยผู้ป่วยชายจะมีอาการปัสสาวะแสบขัด อาจมีมูกใสหรือมูกขุ่น คันที่ท่อปัสสาวะ แต่ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ซึ่งส่วนน้อยจะพบอาการตกขาวหรือปากมดลูกอักเสบได้ (นิสิต คงกริกเกียรติ และคณะ, 2558)

4) แผลริมอ่อน เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อ Gram-negative short rod bacilli โดยผู้ป่วยจะพบตุ่มนูนแดงและเจ็บ หลังจากนั้นจะแตกเป็นแผล ก้นแผลมีหนอง ขอบแผลนูน ไม่แข็ง รอบๆแผลจะแดงอักเสบ แผลเล็กๆ จะรวมกันเกิดเป็นแผลใหญ่ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บมากต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบจะโต กดเจ็บ บางรายอาจแตกเป็นหนอง (นิสิต คงกริกเกียรติ และคณะ, 2558)

5) หนองใน (Gonorrhea) โดยกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้นิยามความหมายของโรคหนองใน ในแนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน ปี พ.ศ.2562 โดยระบุว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*. ซึ่งสามารถตรวจพบเชื้อได้ในบริเวณ ช่องคลอด ท่อปัสสาวะ ทวารหนัก และช่องคอ อาการที่พบในเพศชายส่วนใหญ่มาด้วยอาการปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลในอวัยวะที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ท่อปัสสาวะ คอ และทวารหนัก บางรายอาจมีอาการแทรกซ้อนร่วม เช่น มีการติดเชื้อที่ช่องคอ เป็นฝีที่อวัยวะเพศหรือลูกอั้นตะ สำหรับเพศหญิงมักพบอาการหนองไหลไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่จึงไม่มีอาการ อาจพบอาการ

ตกขาวผิดปกติ หรือการติดเชื้อที่คอจากการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก ในการตรวจร่างกายอาจพบปากมดลูก หนองที่ช่องคอหรือทางทวารหนักได้ (รสพร กิตติเยวมาลัย และศุภ โสภ คงเทียน, 2562)

2.1.3 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

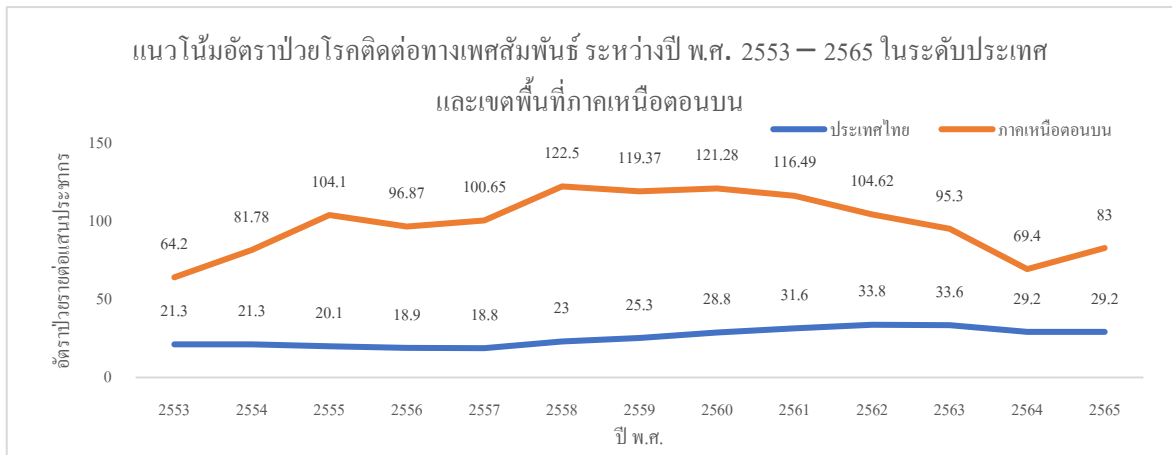
การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นวงกว้างในระดับนานาชาติ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ จำนวน 38.4 ล้านราย มีผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 650,000 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ (Newly Infection) สูง 1.5 ล้านราย ซึ่งโรคเอชไอวีเป็นโรคที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอที่สุด สามารถติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย เช่น วัณโรค การติดเชื้อราในระบบประสาท โรคมะเร็ง เป็นต้น นอกจากนี้ผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวยังได้รับผลกระทบทางสังคมร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตีตราและเลือกปฏิบัติ หรือการถูกกีดกันจากสังคม เป็นต้น (World Health Organization, 2022) สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น โดย WHO คาดการณ์ว่าในแต่ละวันทั่วทั้งโลกจะมีประชากรที่ติดเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 ล้านราย และในปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมาทั่วโลกจะมีผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่สูงถึง 374 ล้านราย โดยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบในกลุ่มดังกล่าวประกอบด้วย โรคหนองในเทียม จำนวน 129 ล้านราย โรคหนองใน จำนวน 82 ล้านราย โรคซิฟิลิส จำนวน 7.1 ล้านราย และโรคพยาธิช่องคลอด จำนวน 156 ล้านราย หากผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้า อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรง ได้แก่ การทำลายระบบประสาทและสมอง การทำลายระบบหลอดเลือดหัวใจ เกิดภาวะมีบุตรยาก เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก การคลอดก่อนกำหนด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ แต่สิ่งที่น่ากังวลในผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการในช่วงแรกของการติดเชื้อ (World Health Organization, 2021) นอกจากนี้ยังมีโรคที่มีผลกระทบต่อประชากรโลกที่สามารถติดต่อผ่านทางกรรมเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ด้วย

ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่ประสบปัญหาของการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยเช่นกัน โดยจากผลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่เรียกว่า Spectrum AIDS Epidemic Model (Spectrum - AEM) พบว่าประเทศไทยจามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2573 จำนวน 5,448 ราย (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565) ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทยภายในปี พ.ศ.2573 ที่กำหนดให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในปี พ.ศ.2573 น้อยกว่า 1,000 รายต่อปี (ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, 2560) โดยในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ในระบบ

รายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ระบบรายงาน NAP Web Report) มีจำนวน 509,850 ราย โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะผลเลือดและลงทะเบียนรายใหม่ จำนวน 25,004 ราย สำหรับพื้นที่ภาคเหนือตอนบนมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ จำนวน 56,444 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะผลเลือดและลงทะเบียนรายใหม่ จำนวน 1,893 ราย โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ดังกล่าวมีพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันสูงถึง ร้อยละ 95 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

ด้านสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเทศไทย จากข้อมูลของศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV INFO HUB) พบว่าปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรค (ทุกกลุ่มอายุ) ปี 29.2 รายต่อแสนประชากร เมื่อจำแนกตามรายโรค พบผู้ป่วยโรคซิฟิลิสสูงที่สุด 15.7 รายต่อแสนประชากร รองลงมาก็คือโรคหนองใน 9.2 รายต่อแสนประชากร โรคหนองในเทียม 2.7 รายต่อแสนประชากร โรคแผลริมอ่อน 1.4 รายต่อแสนประชากร และโรคกามโรคต่อมน้ำเหลือง 0.2 รายต่อแสนประชากร โดยผู้ป่วยเพศชายมีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 49.6 รายต่อแสนประชากร และเป็นเพศหญิง 23.4 แต่เมื่อจำแนกตามอายุพบว่ามีการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปีมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุดังกล่าว 136.7 รายต่อแสนประชากร ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคซิฟิลิส 50.4 รายต่อแสนประชากร และโรคหนองใน 45.6 รายต่อแสนประชากร ส่วนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เฝ้าระวังอื่นๆ พบผู้ป่วยในแต่ละโรคน้อยกว่า 5 รายต่อแสนประชากร (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มที่มีอายุน้อย และเสี่ยงต่อการพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มอายุน้อยเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น 3 – 5 เท่า (นิลิต คงกริกเกียรติ และคณะ, 2558) สำหรับพื้นที่ภาคเหนือตอนบน พบอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าระดับประเทศ (รายละเอียดดังกราฟที่ 1) ซึ่งแสดงถึงสถานการณ์ความรุนแรงของการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนมากกว่าของประเทศเป็นอย่างมาก โดยข้อมูลในระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์รายงานสถานการณ์โรคเฝ้าระวัง (รง. 506) ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า ปี พ.ศ. 2565 พื้นที่ภาคเหนือตอนบนมีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก จำนวน 83.0 รายต่อแสนประชากร โดยพบในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี มากที่สุด มีอัตราป่วย 270.9 รายต่อแสนประชากร รองลงมาก็คือกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี และกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี โดยมีอัตราป่วย 132.8 และ 67.3 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยพบการระบาดของโรคซิฟิลิสมากที่สุดและพบอัตราป่วย 27.13 รายต่อแสนประชากร รองลงมาก็คือ โรคหนองในพบ

อัตราป่วย 20.5 รายต่อแสนประชากร(แหล่งข้อมูลจากรายงาน 506 สืบค้นข้อมูล ณ วันที่ 4 เมษายน 2565)



แผนภาพที่ 2.1 แสดงการเปรียบเทียบแนวโน้มอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2565 ในระดับประเทศ และเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

หมายเหตุ. 1.จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php> (ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV INFO HUB) โดย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.จาก http://1.10.141.27:8010/dpc10/r506_week/zone.php (ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์รายงานสถานการณ์โรคในระบบเฝ้าระวัง (รง.506)

การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสูงกว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นอย่างมาก ทั้งในด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศ และผลกระทบต่อสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการถูกกีดกันหรือถูกเลือกปฏิบัติหรือการถูกละเมิดสิทธิบางประการ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การใช้ผลเลือดมาเป็นเหตุให้ออกจากงานหรือเป็นเงื่อนไขในการเข้าทำงาน การถูกจัดลำดับคิวการรักษา เป็นต้น และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจประเทศในการใช้งบประมาณสูงมากกว่า 8,000 ล้านบาทต่อปี เพื่อใช้ในการป้องกัน ดูแล รักษา และเยียวยาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับผลกระทบ

การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีช่องทางหลักของการได้รับเชื้อที่เหมือนกัน คือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสาเหตุเกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมทางเพศของประชาชนในปัจจุบัน ที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์สูงขึ้น (สิริพร มนยฤทธิ์, 2563) จากข้อมูลในยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัย พ.ศ. 2563 - 2573 ภายใต้อุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560 – 2573 ได้ระบุกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยประกอบด้วย กลุ่มเยาวชนและกลุ่มประชากรหลัก (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) โดยมีข้อมูลความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มดังกล่าว ดังนี้

1) เยาวชน (Youth) หมายถึง ผู้ที่อายุระหว่าง 15 - 24 ปี (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) โดยเยาวชนชายมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 4.59 และเยาวชนหญิงพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.55 (กองระบาดวิทยา, 2565)

2) ประชากรหลัก (Key Population) หมายถึง กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้หญิงข้ามเพศ พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง ประชากรข้ามชาติหรือแรงงานข้ามชาติ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของแต่ละกลุ่มประชากร ดังนี้

- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM) หมายถึงผู้ที่มีเพศกำเนิดและสรีระเป็นเพศชาย และมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกัน แต่คำว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่ใช่การระบุอัตลักษณ์ทางเพศ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ทั้งกลุ่มชายรักเพศเดียวกัน (ชายรักชาย) ชายรักสองเพศ (ชายรักทั้งชายและหญิง) หรือชายรักต่างเพศ (ชายรักหญิง) (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 7.3 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565)

- ผู้หญิงข้ามเพศ (Transgender person: TG) หมายถึง บุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชายแต่ปัจจุบันเปลี่ยนสรีระและใช้ชีวิตข้ามเพศจากชายมาเป็นหญิง (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) ซึ่งกลุ่มผู้หญิงข้ามเพศพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 4.2 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565)

- พนักงานบริการหญิง (Female Sex Worker: FSW) หมายถึงบุคคลที่มีเพศกำเนิดและเพศสรีระเป็นหญิงที่ประกอบอาชีพพนักงานบริการทางเพศ หรือมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกค่าตอบแทน/สิ่งของ โดยผู้ซื้อบริการทางเพศจะเป็นเพศใดก็ได้ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) ซึ่งกลุ่มพนักงานบริการหญิงพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 0.7 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565)

- พนักงานบริการชาย (Male Sex Worker: MSW) หมายถึงบุคคลที่มีเพศกำเนิดและเพศสรีระเป็นชายที่ประกอบอาชีพพนักงานบริการทางเพศ หรือมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกค่าตอบแทน/สิ่งของ โดยผู้ซื้อบริการทางเพศจะเป็นเพศใดก็ได้ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) ซึ่งกลุ่มพนักงานบริการชายพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 3.8 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565)

- ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People Who Inject Drugs: PWID) หมายถึงผู้ที่ มีประวัติใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าเส้นเลือดในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยไม่จำกัดประเภทของยาเสพติดที่ใช้ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) ซึ่งกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดพบความชุก

ของการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 7.8 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากในปัจจุบันกลุ่มดังกล่าวมีสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง โดยในรายงาน UNAIDS DATA 2021 ของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่ต่างเพศ ร้อยละ 25 (UNAIDS, 2021) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ.2561 ทั่วโลกยังพบการติดเชื้อซิฟิลิสเฉลี่ยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสูงถึงร้อยละ 11.8 (ร้อยละ 5.2–19.6) (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิส ในปี พ.ศ.2561 ร้อยละ 5.2 (World Health Organization, 2020) แต่ในปีเดียวกันกลับพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 11.9 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 25 ปี) โดยพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.1 ในขณะที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นเยาวชน (อายุน้อยกว่า 24 ปี) มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 6.2 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565)

2.1.4 มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

มาตรการในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ให้ความสำคัญของการดูแลกลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพและการป้องกันที่ครอบคลุม โดยเรียกว่ามาตรการ RRTTPR (Reach-Recruit-Test-Treat-Prevention-Retained) ซึ่งมาตรการมีจุดเริ่มต้นมาจากการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มหญิงข้ามเพศ กลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย/หญิง/หญิงข้ามเพศ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด แรงงานต่างด้าว และผู้ต้องขัง ให้ได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็วในกลุ่มที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวกและคงอยู่ในระบบการรักษา สำหรับผู้ที่มีผลตรวจเป็นลบได้รับการป้องกันโรคและยังสามารถคงสถานะผลเลือดเป็นลบต่อไป (ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, 2560) โดยสามารถสรุปรายละเอียดของมาตรการ RRTTPR ได้ดังนี้

1) การเข้าถึง (Reach) เป็นกระบวนการของการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง ผ่านระบบบริการสุขภาพหรือองค์กรภาคเอกชนที่มีการดำเนินงานในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยกิจกรรมหรือบริการที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงควรได้รับ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้รับหรือมีการจัดบริการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น) ได้รับข้อมูลสถานที่ให้บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการลงทะเบียนเข้ารับการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ (มนต์ทิศา สุนันตา, 2562)

2) การเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit) เป็นกระบวนการที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการบริการ Reach ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการทางสุขภาพ ซึ่งกระบวนการ Recruit จะกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีบริการที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงควรได้รับประกอบด้วย การได้รับคำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (มนต์ทิwa สุนันตา, 2562)

3) กระบวนการตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะผลเลือด (Test) เป็นกระบวนการที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจเลือด การแจ้งผลเลือด และการได้รับคำปรึกษาหลังการตรวจเลือด (มนต์ทิwa สุนันตา, 2562) ซึ่งกระบวนการนี้ส่วนใหญ่หน่วยบริการจะดูแลให้กลุ่มเสี่ยงได้รับในวันเดียวกันกับขั้นตอนของการ Recruit เพื่อลดปัญหาการขาดนัดหรือการหายไปจากระบบของประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงไม่ทราบสถานะผลเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีผลเลือดบวก ที่ควรได้รับยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุดเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรือการติดเชื้อฉวยโอกาส (สำนักโรคเอดส์ วัน โรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2559)

4) การรักษา (Treat) ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (มนต์ทิwa สุนันตา, 2562) โดยในการรักษาปัจจุบันเน้นการดูแลให้ผู้ที่ผลเลือดบวกได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีโดยเร็วที่สุด เพื่อให้สามารถลดปริมาณไวรัสเอชไอวี (Viral Load) ได้โดยเร็ว โดยแนวทางการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การเริ่มยาต้านเอชไอวีภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย (Same-day Antiretroviral Treatment Initiation : Same-day ART) และการเริ่มรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีโดยเร็ว ภายใน 1 – 7 วัน (Rapid Antiretroviral Treatment Initiation) (รังสิมา โล่ห์เลขา และคณะ, 2564) โดยการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีที่เร็วจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และลดโอกาสที่จะติดเชื้อฉวยโอกาสได้ แต่ทั้งนี้ในการเริ่มยาต้านเอชไอวีที่เร็วจะต้องขึ้นอยู่กับอาการของผู้รับบริการร่วมด้วย หากพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จะต้องรักษาอาการของโรคฉวยโอกาสให้มีอาการของโรคสงบลงก่อน จึงจะเริ่มรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีได้ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563)

5) การป้องกัน (Prevention) เกิดจากประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีที่รวดเร็วและสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดปริมาณไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปริมาณไวรัสที่น้อยกว่า 50 copy/ml หรือในระดับที่เครื่องไม่สามารถตรวจจับปริมาณไวรัสในร่างกายได้ (Undetectable) จะสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้ โดยเรียกหลักการนี้ว่า Undetectable as Untransmittable (UNAIDS, 2018) ซึ่งความสามารถของยาต้านไวรัสทำให้มีการประยุกต์ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis Drug) และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis Drug) ในกลุ่มประชากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยกลุ่มดังกล่าวที่เข้าสู่บริการ

RRTTPR หลังทราบผลเลือดเป็นลบจะได้รับการเสนอบริการยา PrEP หรือ PEP ที่เหมาะสมความเสี่ยง และจะได้รับการติดตามผลการใช้ยาต้านเอชไอวีเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามมาตรฐานต่อไป (วลัยรัตน์ ไชยฟู และคณะ, 2561)

6) การคงอยู่ในระบบ (Retained) เป็นขั้นตอนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่มีผลเลือดลบได้รับการเจาะเลือดเพื่อติดตามการคงสถานะผลเลือดลบ ทุก 6 เดือน (มนต์ทิศา สุณันดา, 2562)

จากประสิทธิภาพของมาตรการ RRTTPR ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยเร็วและได้รับการติดตามสถานะผลเลือดอย่างเป็นระบบ ทำให้มีการประยุกต์ใช้มาตรการ RRTTPR ในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย จากยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560 – 2564 ได้อธิบายรายละเอียดของมาตรการ RRTTPR ในบทบาทของการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนี้

1) RR : Reach and Recruit for Awareness and Service เป็นกระบวนการเข้าถึงผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และกลุ่มเสี่ยง ผ่านภาคประชาสังคมหรือหน่วยบริการ โดยเป็นการเชิญชวนกลุ่มดังกล่าวพร้อมเข้าสู่ระบบบริการคัดกรองและรักษา นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้ความรู้ การสร้างความตระหนักรู้ในภาวะเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตัวเอง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2559)

2) TTP: National Essential Service for STIs that Integrate Test and Prevention เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และกลุ่มเสี่ยง ให้ได้รับการตรวจคัดกรองโรคที่รวดเร็ว และได้รับถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการโรค ซึ่งกระบวนการนี้จะรวมถึงการได้รับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรฐานร่วมด้วย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2559) โดยการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่จะถูกบูรณาการกับงานคัดกรองโรคอื่นๆ ที่มีช่องทางการติดต่อของโรคเดียวกัน เช่น บรรจุการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในบริการ RRTTPR (ทวิทรัพย์ ศิริประภาศิริ, 2560) บริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) (วลัยรัตน์ ไชยฟู และคณะ, 2561) การคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เป็นต้น

3) R: Retain to Complete Treatment and Continue Prevention เป็นกระบวนการดูแลให้ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ได้รับการติดตามการรักษาจนสำเร็จ และการสร้างความตื่นตัวให้กลุ่มเสี่ยงประเมินความเสี่ยงของตนเองอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2559)

จากรายละเอียดของมาตรการ RRTTPR ในมิติของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีหลักการที่คล้ายคลึงกัน คือเน้นการเข้าถึงในประชากร

กลุ่มเสี่ยง ให้เข้าสู่บริการทางสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคโดยเร็ว และได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษา และได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องและสามารถเข้าถึงบริการป้องกันได้โดยสะดวก ซึ่งการดำเนินงาน ส่วนใหญ่จะเป็นการบูรณาการร่วมกันของทั้งสองกลุ่มโรคนี้ร่วมกัน แต่ในการดำเนินงานเพื่อป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามแผนงาน ในระดับประเทศยังพบปัญหา ที่เป็นปัจจัยร่วม ขัดขวางในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อย งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานลดลงและ เน้นให้บูรณาการบริการด้าน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการบริการกับคลินิกอื่นๆ แผนงาน โรค ไม่เข้มแข็งและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้รับบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอ วีบางส่วนมีความชะล่าใจในการป้องกันตัวเองด้วยถุงยางอนามัย ทำให้ยังมีโอกาสติด โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ที่นอกเหนือจากเอชไอวี (เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง, 2563)

2.2 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.2.1 ความหมายและลักษณะของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men; MSM) เป็นคำที่ใช้ในทาง สาธารณสุขมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เพื่อใช้จำแนกลักษณะของกลุ่มประชากรในทางระบาดวิทยา โดยมิ ความหมายถึงชายที่มีเพศสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์แบบ โรแมนติกกับเพศชายเหมือนกัน ซึ่ง ความหมายนี้ครอบคลุมถึงกลุ่ม ชายรักชาย(เกย์) กะเทย และคนรักสองเพศ (International HIV/AIDS Alliance, 2003) ดังนั้นคำว่า "ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย" มักถูกใช้กล่าวถึงเพศชายทุกช่วงอายุที่มี พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทั้งแบบเป็นฝ่ายรุก หรือฝ่ายรับกับเพศชายด้วยกันทางทวารหนัก อวัยวะ เพศหญิงเทียม และการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก โดยเป็นการหมายรวมถึงกลุ่มชายรักชาย (เกย์/กะเทย) ชายรักเพศหญิง หรือชายรักสองเพศก็ได้ (World Health Organization, 2015) ในการดำเนินงานด้าน การป้องกันควบคุม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยถุงยางอนามัยในประเทศไทยได้ให้ความหมายของ คำว่า “ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” ว่าหมายถึง บุคคลที่มีเพศกำเนิดและเพศสรีระเป็นเพศชาย มี พฤติกรรมเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกัน เป็นคำที่ระบุพฤติกรรมไม่ใช่การระบุอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่ง ผู้มีพฤติกรรมแบบชายมีเพศสัมพันธ์กับชายอาจเป็นผู้มีอัตลักษณ์ทางเพศแบบชายรักเพศเดียวกัน (ชายรักชาย) ชายรักสองเพศ (ชายรักทั้งชายและหญิง) หรือชายรักต่างเพศ (ชายรักหญิง) ก็ได้ เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกันตลอดเวลา (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) โดยสรุปแล้วชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง ผู้ที่มีเพศกำเนิดและสรีระเป็นเพศชาย ที่เคยมี เพศสัมพันธ์กับเพศชายทางทวารหนักทั้งกลุ่มที่เป็นฝ่ายรุก หรือฝ่ายรับ หรือทั้งฝ่ายรุกและรับ โดย ครอบคลุมถึงรสนิยมทางเพศแบบชายรักชาย ชายรักเพศหญิง หรือชายรักสองเพศ นอกจากนี้อาจมี การแสดงออกเป็นชาย (เกย์) หรือแสดงออกเป็นหญิง (กะเทย) ก็ได้

ปัจจุบันกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจัดอยู่ในกลุ่มความหลากหลายทางเพศ (LGBQ) และมีการรณรงค์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศและรักร่วมเพศในหลายประเทศ แต่จากสถานการณ์ทั่วโลกยังคงพบการรังเกียจหรือเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มความหลากหลายทางเพศอยู่ ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายก็ได้รับผลกระทบนี้เช่นกัน โดยข้อมูลขององค์กร Avert พบว่าปี ค.ศ.2019 พบประเทศที่มีกฎหมายประหารชีวิตผู้ที่เป็นเกย์/กระเทย/รักร่วมเพศ จำนวน 8 ประเทศ มีการจำกัดด้านเสรีภาพในการแสดงออกในอัตลักษณ์ทางเพศ หรือการประสาสัมพันธ์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องรักร่วมเพศหรือเพศภาวะ จำนวน 32 ประเทศ และมีการออกกฎหมายจำกัดการทำงานขององค์กรสาธารณะประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะถึง 41 ประเทศ (Avert, 2021) นอกจากการกีดกันทางด้านกฎหมายที่เห็นได้เด่นชัดแล้วแล้ว การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักยังถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ผิดปกติและไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม ซึ่งการกีดกัน การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อการแสดงออกทางเพศภาวะในสังคมและวัฒนธรรมที่อาศัยอยู่ ส่งผลให้กลุ่ม MSM หลบซ่อนตัว ปฏิเสธความเสี่ยงและไม่กล้าเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่อาจส่งผลต่อการถูกเปิดเผยเพศภาวะ หรือพฤติกรรมการณ์มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้การป้องกันหรือควบคุมการระบาดของโรคทำได้ยาก และอาจแพร่ระบาดไปยังกลุ่มอื่นๆ เช่น ภรรยาของตนเอง เป็นต้น ซึ่งการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ล่าช้านอกจากมีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การมีบุตรยาก ความเจ็บปวดจากการติดเชื้อ การเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเฉพาะกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีและอาจทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2559)

จากการหลบซ่อนตัวของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำให้การคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มดังกล่าวทำได้ยาก จึงได้ใช้กระบวนการทางสถิติเพื่อคาดประมาณจำนวนของกลุ่มประชากรของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานและงบประมาณในแก้ไขปัญหาในกลุ่มดังกล่าว โดยพบว่าร้อยละ 3 ของเพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกัน และอาจสูงถึงร้อยละ 16 จากที่ได้คาดประมาณไว้ โดยในปี ค.ศ.2003 ทั่วโลกจะมีจำนวนของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 45 ล้านคน ถึง 240 ล้านคน (International HIV/AIDS Alliance, 2003) สำหรับประเทศไทยได้มีการแสดงผลการคาดประมาณจำนวนของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ด้วยโปรแกรม AIDS Epidemic Model ซึ่งเป็นโปรแกรมการคาดประมาณด้านเอชไอวี ด้วยวิธีการคำนวณทางสถิติ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะมีกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 15 – 59 ปี จำนวน 517,962 ราย และจำแนกเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 155,840 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.1 ของจำนวนคาดประมาณฯ นอกจากนี้ผลของการคำนวณทางสถิติดังกล่าวพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานครมากที่สุด จำนวน 67,710 ราย รองลงมาคือพื้นที่จังหวัดชลบุรี จำนวน 15,285

และพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 13,440 ราย ตามลำดับ (กองระบาดวิทยา, 2565) นอกจากนี้ในการจำลองสถานการณ์การระบาดด้วยกระบวนการทางสถิติ ด้วยโปรแกรม AIDS Epidemic model พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ร้อยละ 63 จะเกิดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (กองระบาดวิทยา, 2565)

2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้สูง ประกอบด้วย

1) ปัจจัยทางกายภาพ โดยพบว่าผนังของทวารหนักความบางและสามารถฉีกขาดจนเกิดบาดแผลได้ง่ายกว่าผนังช่องคลอด (Avert, 2021) ซึ่งการบาดแผลที่เกิดขึ้นสามารถเป็นช่องทางเข้าของเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (World Health Organization, 2021)

2) ปัจจัยทางพฤติกรรม โดยพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคที่สามารถติดต่อทางการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่

- การนิยมนิยมนอนหลายคน ในการศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนไม่ประจำ ร้อยละ 67 (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) นอกจากนี้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายบางส่วนสามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนไม่ประจำได้ง่าย เช่น ตามงานสังสรรค์ โรงอาบน้ำ (Shui et al., 2016) หรือจากแอปพลิเคชันหาคู่ (องค์กรแคร์แมท, 2562) เป็นต้น โดยสาเหตุที่ทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เปลี่ยนคู่นอนหลายคนหรือมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนไม่ประจำบ่อยๆ เกิดจากบางส่วนมีการปิดบังสถานะของตนเอง มีความเครียด ความกังวลสูง รู้สึกขาดความรัก กลัวถูกไม่ได้รับการยอมรับและรู้สึกโดดเดี่ยว (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

- พฤติกรรมการใช้สารมึนเมาหรือการใช้สารเสพติด มีผลต่อการขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้ไม่สามารถป้องกันตนเองจากการได้รับเชื้อได้ (Avert, 2021) โดยพบว่ากลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดทำให้มีการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศที่สูงขึ้น แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยน้อย (Shui et al., 2016) ซึ่งการใช้สารมึนเมาหรือเสพติดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนิยมใช้เพื่อให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ หรือเพื่อให้สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้นานขึ้น อาจส่งผลให้เนื้อเยื่อบริเวณทวารหนักมีโอกาสฉีกง่ายได้ และเกิดเป็นช่องทางของการรับเชื้อได้ ซึ่งในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ใช้สารเสพติดดังกล่าวมีโอกาสไม่ใช้ถุงยางอนามัยสูงถึง ร้อยละ 30 – 38 (Choi et al., 2021) นอกจากการใช้สารเสพติดเพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศแล้ว ยังช่วยทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความกล้าในการมีเพศสัมพันธ์ที่แปลกใหม่ หรือปลดปล่อยความรู้สึกผิดในใจว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกันเป็นสิ่งที่ผิดปกติและไม่สมควร (องค์กรแคร์แมท, 2562)

- การขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตรวจคัดกรองเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Avert, 2021) ทำให้คนที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสามารถแพร่เชื้อต่อไปได้ เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการ (นิสิต คงกริกเกียรติ และคณะ, 2558)

- การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจรักษาต้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่า เนื่องจากเป็นกลุ่มไม่สามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคอย่างถูกต้อง ทำให้มีความเสี่ยงและพบการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์มากกว่า (อัญชลี ดิยะบุตร และคณะ, 2563)

- ความเชื่อหรือค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีอยู่ในเฉพาะผู้ให้บริการทางเพศเท่านั้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้มาจากการซื้อบริการไม่จำเป็นต้องป้องกัน หรือการเชื่อว่าการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเกิดก็ต่อเมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิเท่านั้นจึงสวมถุงยางอนามัยเมื่อใกล้หลั่งน้ำอสุจิ เป็นต้น (เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญ ยิง, 2563) ส่งผลให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายขาดความตระหนักในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

3) การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีผลต่อการหลีกเลี่ยงการเข้าถึงบริการด้านการตรวจรักษาในระบบบริการสุขภาพ (Avert, 2021) เพราะกลัวคนอื่นรู้อัตลักษณ์ทางเพศหรือรสนิยมทางเพศของตนเอง เนื่องจากในสังคมยังคงมองว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เป็นสิ่งที่แปลกแยกและไม่เหมาะสมกับภาพลักษณ์ของเพศชาย (International HIV/AIDS Alliance, 2003) ทำให้กลุ่มเหล่านี้มีความเก็บตัว ระวังตัว และรู้สึกที่ตัวเองนั้นผิดปกติ โดยจากการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2559 พบว่าการตีตราตนเอง ร้อยละ 52.2 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มสาวประเภทสองที่มีการตีตราในตนเอง ร้อยละ 22.1 โดยกลุ่มหญิงข้ามเพศเป็นกลุ่มแสดงอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองจากชายกลายเป็นหญิงที่ชัดเจน แต่การตีตราและถูกเลือกปฏิบัติในสังคมที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนกลับพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะมีการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติทั้งในส่วนของสถานศึกษา สถานที่ทำงาน ครอบครัว และสถานบริการสุขภาพ น้อยกว่ากลุ่มหญิงข้ามเพศ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าสังคมจะมีการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ที่ผิดแผกไปจากปกติที่สังคมยอมรับได้ จึงทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพยายามที่จะหลีกเลี่ยงโอกาสที่จะเปิดเผยการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เพื่อป้องกันการถูกรังเกียจหรือไม่ยอมรับจากคนในสังคมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหลีกเลี่ยงเข้าสู่บริการสุขภาพ การป้องกันโรค หรือเข้าร่วมกลุ่มองค์กรที่เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงความรู้ด้านการ

ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง และอุปกรณ์ป้องกันโรค นอกจากนี้กลุ่มที่มีการตีตราในตนเองสูงจะมีผลต่อความกดดันในตนเอง การรู้สึกไม่มีคุณค่า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อไร้อำนาจต่อรองต่อคู่ในด้านต่างๆ เช่น การขอให้คู่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น (Avert, 2021)

4) ปัจจัยด้านนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง, 2563) ประกอบด้วย

- การดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีตประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้บริหารมองว่าไม่เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน ที่ทำให้มีการลดการสนับสนุนลงทั้งในด้านของโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน งบประมาณสนับสนุน และมีการยุบงานเข้าไปรวมกับงานเอชไอวี

- ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีอายุและประสบการณ์น้อย และในการถ่ายทอดงานส่วนใหญ่เน้นให้ความสำคัญกับเอชไอวีมากกว่า ส่งผลให้ผู้รับผิดชอบงานไม่มีความรู้หรือความมั่นใจที่เพียงพอให้การสนับสนุนหน่วยงานอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- งบประมาณสนับสนุนจากราชการลดลง ส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมาย แม้ประเทศไทยจะมีการสนับสนุนการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ไม่ครอบคลุมกับกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น สิทธิประโยชน์การตรวจซีพีจีเอสในหญิงตั้งครรภ์ฟรีแต่ไม่ครอบคลุมไปยังคู่สามี หรือการสนับสนุนการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีฟรีในกลุ่มประชากรหลัก แต่ไม่ครอบคลุมไปถึงกลุ่มแรงงานต่างด้าว เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แม้ว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จะมีปัจจัยที่มีผลทำให้สามารถติดโรคผ่านมามีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ แต่หากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการป้องกันการได้รับเชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้อง จะช่วยส่งผลให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่ได้รับเชื้อด้วยเช่นกัน ซึ่งวิธีการป้องกันที่ดีที่สุด และเป็นการป้องกันที่ครอบคลุมกับโรคและผลกระทบที่มาจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมากที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัย (UNAIDS, 2016) ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วโลกมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 60 (Avert, 2021) สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเทศไทยมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ร้อยละ 77.8 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565) ซึ่งอัตราการใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าร้อยละ 90 จะส่งผลให้เกิดการควบคุมโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ประสบความสำเร็จได้ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563)

2.3 ถุงยางอนามัยและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ถุงยางอนามัย (Condom) เป็นผลิตภัณฑ์ที่ผลิตมาจากน้ำยางธรรมชาติ น้ำยางสังเคราะห์หรือวัสดุอื่น ๆ เพื่อใช้สวมอวัยวะเพศชายหรืออวัยวะเพศหญิงในขณะมีเพศสัมพันธ์ ช่วยป้องกันน้ำอสุจิเข้าสู่ช่องคลอด และป้องกันการติดเชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ได้ (กรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.) ถุงยางอนามัยเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคที่มาจากกรณีเพศสัมพันธ์ (UNAIDS, 2016) ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่ายตามร้านสะดวกซื้อทั่วไป มีราคาถูก มีประสิทธิภาพและความครอบคลุมในการป้องกันสูง แต่ปัจจุบันพบว่าการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยพบว่าประชาชนไทยยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของการใช้ถุงยางอนามัย จนเกิดเป็นความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย เช่น ถุงยางอนามัยเป็นสัญลักษณ์ของความสำส่อน หรือเป็นการแสดงความไม่ไว้วางใจในคู่นอนของตนเอง หรือถุงยางอนามัยทำให้ความสุขขณะมีเพศสัมพันธ์ลดลง เป็นต้น (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563)

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคผ่านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมจะพบปัจจัยที่ส่งผลให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สามารถติดเชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยการมีพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยด้านการติตราและเลือกปฏิบัติ และนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งทุกปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกับการขาดความเข้าใจในการแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนี้

1) ปัจจัยทางชีวภาพ โดยพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัยเนื่องจากมีอาการแพ้ หรือมีความรู้สึกละอายใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) ทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย

2) ปัจจัยทางพฤติกรรม ประกอบด้วย

- การนิยมมีคู่นอนหลายคน จะส่งผลให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สูงขึ้น โดยในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเรื่องเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มเยาวชนไทยชายรักชาย จังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์กับชายขายบริการ ร้อยละ 18 และมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่ไม่ประจำร้อยละ 51 เท่านั้น (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) โดยสาเหตุเกิดจากการขาดการเตรียมถุงยางอนามัยให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ (อัญชลี ดิยะบุตร และคณะ, 2563)

- พฤติกรรมการใช้สารมีนเมาหรือการใช้สารเสพติด ส่งผลให้สมรรถภาพร่างกายและจิตใจลดลง และขาดสติในการควบคุมตนเอง จึงทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยได้ (อัญชลี ดิยะบุตร และคณะ, 2563) โดยในการศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่ใช้สารเสพติด พบว่ามีโอกาสไม่ใช้ถุงยางอนามัยสูงถึง ร้อยละ 30 – 38 (Choi et

al., 2021) นอกจากนี้การใช้สารเสพติดหรือสิ่งมีนเมายังส่งผลให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงสูง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ครั้งละหลายๆ คน เป็นต้น (องค์กรแคร้แมท, 2562)

- การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้กลุ่ม MSM ขาดความตระหนักในความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัย รวมถึงการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง โดยในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชาย ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรครวมถึงวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง จะเป็นปัจจัยนำที่ทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เกิดการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคที่จะตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้โดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง (บัวพันธ์ชัชชาญ และคณะ, 2561)

- การขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตรวจคัดกรองเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Avert, 2021) ส่งผลให้กลุ่ม MSM ที่ไม่ได้เข้าถึงบริการสุขภาพดังกล่าวไม่สามารถเข้าถึงบริการถุงยางอนามัย เนื่องจากปัจจุบันมีการพัฒนาบริการด้านเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความครอบคลุมถึงการป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการถุงยางอนามัยในบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ เช่น บริการRRTTR(ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, 2560) บริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) (วัลย์รัตน์ ไชยฟู และคณะ, 2561)

- ความเชื่อหรือค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย เช่น การใช้ถุงยางกับคู่นอนประจำ/คนรัก เป็นการแสดงความไม่ไว้วางใจต่อกัน (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) การใช้ยา PrEP ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย (เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง, 2563) ทศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นเยาวชนยังไม่เป็นที่ยอมรับ (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) เป็นต้น

3) ปัจจัยด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีผลทำให้กลุ่มดังกล่าวไม่กล้าเข้ารับบริการที่จะได้รับถุงยางอนามัย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ไม่กล้าต่อรองที่จะใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ของตนเองร่วมด้วย (Avert, 2021)

4) นโยบายส่งเสริมการเข้าถึงบริการถุงยางอนามัยไม่ได้รับการสนับสนุน ทำให้การกระจายถุงยางสำหรับกลุ่มที่เข้าถึงบริการถุงยางอนามัยไม่ประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีกำลังซื้อถุงยางอนามัยน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้ประจำ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563)

จากข้อมูลพบว่าปัจจัยสำคัญของการควบคุมโรคที่สามารถติดต่อผ่านทาง การมีเพศสัมพันธ์ ในกลุ่ม ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ดีที่สุด คือการใช้ถุงยางอนามัย แต่ในปัจจุบันพบว่าอัตราการใช้

อุ้งยางอนามัยในกลุ่มดังกล่าวอยู่ในระดับที่ไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคได้นอกจากนี้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย เริ่มมีแนวโน้มของการใช้อุ้งยางอนามัยที่ลดลงจากเดิม (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2565) ดังนั้นหากเรามีความเข้าใจในสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการใช้อุ้งยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ จะส่งผลให้เราสามารถวางแผนหรือออกแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้อุ้งยางอนามัยได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมทางสุขภาพและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

2.4.1 ทฤษฎีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมการใช้อุ้งยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือปฏิกิริยาภายในร่างกายที่สามารถสังเกตได้จากประสาทสัมผัสของร่างกาย หรือวัดได้โดยใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (หัสดิน แก้ววิจิต, 2559) ซึ่งพฤติกรรมเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวโดยอาจเกิดขึ้นได้จากปฏิกิริยาของร่างกายโดยอัตโนมัติ (ควบคุมไม่ได้) เช่น หัวใจเต้นเร็ว ตัน เป็นต้น หรืออาจเกิดจากการเรียนรู้/ฝึกฝน เช่น การเขียนหนังสือ การวาดภาพ เป็นต้น (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563)

พฤติกรรมทางสุขภาพ หมายถึงการกระทำที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นแบบตั้งใจและไม่ตั้งใจ และอาจเป็นพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดีหรือสุขภาพไม่ดีได้ (Short & Mollborn, 2015) โดยการกระทำดังกล่าวเป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของตัวบุคคลที่แสดงออกมา ซึ่งสามารถสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563)

พฤติกรรมการใช้อุ้งยางอนามัย หมายถึง การกระทำเพื่อป้องกันการติดโรคที่สามารถติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ หรือป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยการใช้อุ้งยางอนามัย ซึ่งพฤติกรรมการใช้อุ้งยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสนใจ โดยจะหมายถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้อุ้งยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้ทำการพิสูจน์ ผ่านการทดสอบทั้งทางวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยา และสามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล โดยสามารถจำแนกทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้อธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม กับทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563) ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะหาสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการใช้อุ้งยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ทฤษฎีที่ใช้อธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม ประกอบด้วย ทฤษฎีแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action : TRA) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) (Gehlert and Ward, 2019) โดยสรุปรายละเอียดของทฤษฎีได้ดังนี้

1) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) โดย Hochbaum, 1958 และ Rosenstock, 1990, 1966, 1974) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยงหรือภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น (Gehlert and Ward, 2019) โดยองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือดูแลสุขภาพ (เกษแก้ว เสี่ยง เพราะ, 2563)

2) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) โดย Icek Ajzen และ Martin Fishbein (1975) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าพฤติกรรมเกิดจากความตั้งใจของบุคคล โดยความตั้งใจดังกล่าวเกิดจากทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมที่สนใจประกอบด้วย ทัศนคติส่วนบุคคล (Attitudes toward behavior) และทัศนคติ (บรรทัดฐาน) ของบุคคลที่สำคัญในชีวิต แต่ทฤษฎีดังกล่าวไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยสนับสนุนหรือการขัดขวางการเกิดพฤติกรรม (Ajzen, 2012)

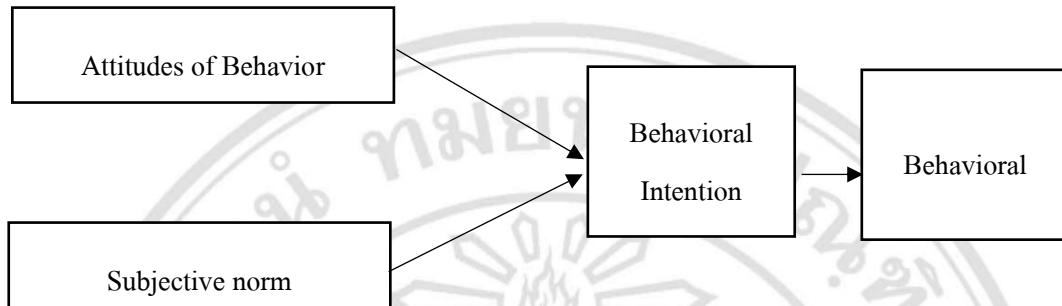
3) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) โดย Icek Ajzen, 1991 เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจาก TRA เนื่องจากพบว่าความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคล มีความเกี่ยวข้องของปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยขัดขวางการทำพฤติกรรมร่วมด้วย ดังนั้น Icek Ajzen จึงได้เพิ่มองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความตั้งใจในการทำพฤติกรรม คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) เพื่อใช้ในการอธิบายการเกิดพฤติกรรมของบุคคลได้แม่นยำมากขึ้น (Ajzen, 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมโดยตรงในประเทศไทยค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีปัจจัยด้านการใช้ถุงยางอนามัยเป็นหนึ่งในตัวแปรงานวิจัย ทำให้การอธิบายตัวแปรที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยไม่ครอบคลุม สำหรับตัวอย่างงานวิจัยในประเทศไทยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย เช่น การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ ฟิชบายน์และเอจเซ็น มาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย (นันทิดา ศรีจันทร์ และคณะ, 2560) แต่ทฤษฎี

ดังกล่าวไม่ได้มีการศึกษาด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นเพื่อลดข้อจำกัดของทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) โดย Icek Ajzen (1991) มาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย ซึ่งทฤษฎี TPB จะมีการเพิ่มประเด็นของความสามารถของการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลมาช่วยในการอธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมด้วย ทำให้ช่วยลดข้อจำกัดของการศึกษาที่ผ่านมาได้ (Ajzen, 1991) โดยในต่างประเทศได้มีการนำทฤษฎี TPB มาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่น การศึกษาเพื่อพิสูจน์ความสามารถของทฤษฎี TPB ในการอธิบายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งพบว่าทฤษฎี TPB เหมาะสมในการนำมาอธิบายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในดังกล่าวได้ (Benjamin et al., 2016) แต่การศึกษาดังกล่าว เป็นการศึกษาแบบ Meta-analytic ซึ่งไม่ได้เกิดจากการวิจัยโดยตรง นอกจากนี้ในการทบทวนวรรณกรรมที่มีการนำทฤษฎี TPB มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยที่มีศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่อาศัยอยู่ในเอเชียและหมู่เกาะแปซิฟิกในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่โดยใช้ทฤษฎี TPB ยังมีข้อจำกัดคือกลุ่มตัวอย่างมาจากวิธี Snow ball เป็นส่วนใหญ่ และมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่น้อย อาจส่งผลให้ข้อมูลบางส่วนอาจไม่ได้ปรากฏในการศึกษาที่ผ่านมา โดยเฉพาะการกล่าวถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม (Shui et al., 2016) สำหรับในประเทศไทยมีการนำทฤษฎี TPB มาใช้ในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าทฤษฎีสามารถนำมาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ (Wayuhuerd et al., 2010) แต่ตัวกลุ่มยังเป็นกลุ่มเยาวชนทั่วไป และไม่มีการจำแนกกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในงานวิจัย ทำให้ไม่สามารถนำมาเป็นตัวแทนของประชากรที่ผู้วิจัยสนใจได้ ดังนั้นในการศึกษาของผู้วิจัย จะนำทฤษฎี TPB ตามแบบแผนมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และทำการศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน เพื่อเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ที่ศึกษา เพื่อลดช่องว่างในการศึกษาที่ผ่านมาได้

2.4.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) โดย Icek Ajzen, 1991 เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) เนื่องจากทฤษฎี TRA เชื่อว่าพฤติกรรมที่เด่นชัดเกิดจากความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความตั้งใจนี้จะได้รับอิทธิพลความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สนใจ โดยความเชื่อดังกล่าวประกอบด้วยความเชื่อส่วนบุคคล กับความเชื่อของกลุ่มอ้างอิง (Ajzen, 2012) โดยมีกรอบแนวคิดของทฤษฎี TRA ดังแผนผังแสดง

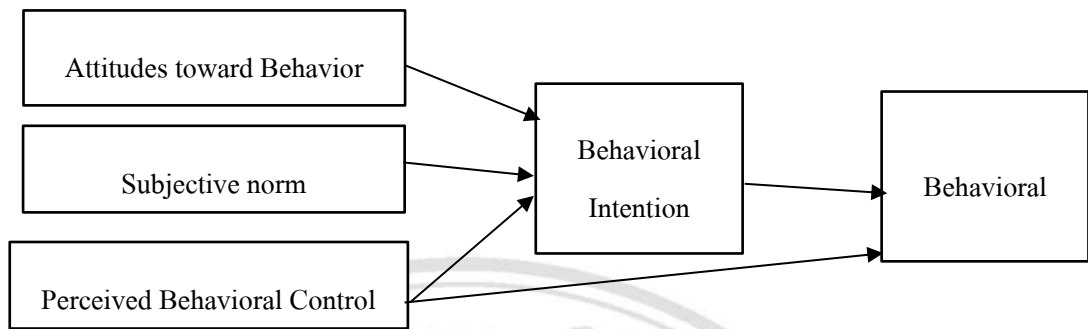


แผนภาพที่ 2.2 โครงสร้างทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA)

หมายเหตุ. จาก “A comparison of the Theory of Planned Behavior and Theory of Reasoned Action,” by M. J. Thomas, S. E. Pamela, and A. Icek, 1992, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(3), (p. 4)

จากแนวคิดของ TRA จะพบว่าทฤษฎีนี้จะให้ความสำคัญกับสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลเป็นหลัก แต่ไม่ได้นำมาปัจจัยที่เกี่ยวกับความสามารถในการทำพฤติกรรมร่วมด้วย ดังนั้นทฤษฎี TRA เหมาะสมต่อการใช้อธิบายพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจเท่านั้น (Madden et al., 1992) ทำให้เป็นข้อจำกัดของทฤษฎี TRA ในด้านความครอบคลุมของการอธิบายสาเหตุที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ออกมา (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563) เช่น ถ้าบุคคลไม่รับรู้ความสามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้ ก็ไม่สามารถลดน้ำหนักไม่สำเร็จ แม้ว่าจะมีความตั้งใจอย่างมากในการลดน้ำหนัก (Gehlert and Ward, 2019) ดังนั้น Icek Ajzen ได้พัฒนาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) ขึ้น โดยคงโครงสร้างของทฤษฎี TRA ไว้ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลในโครงสร้างของทฤษฎีเพื่อลดข้อจำกัดของทฤษฎี TRA โดยมีโครงสร้างของทฤษฎี TPB ดังภาพแสดง

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved



แผนภาพที่ 2.3 โครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) หมายถึง จาก “A comparison of the Theory of Planned Behavior and Theory of Reasoned Action,” by T. J. Madden, P. S. Ellen, and I. Ajzen, 1992, Personality and Social Psychology Bulletin, 18(3), (p. 4)

จากกรอบแนวคิดทฤษฎี TPB พบว่าพฤติกรรมเฉพาะของบุคคล (Behavioral) ได้รับอิทธิพลจากความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral Intention) โดยความตั้งใจดังกล่าวจะได้รับอิทธิพลจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ทัศนคติส่วนบุคคลต่อพฤติกรรม (Attitudes toward Behavior) บรรทัดฐานด้านพฤติกรรมของบุคคลรอบข้าง (Subjective norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคล (Perceived Behavioral Control) โดยมีรายละเอียดของแต่ละตัวแปรในทฤษฎี TPB ดังนี้

1) พฤติกรรม (Behavior) หรือการกระทำของบุคคลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral intention) (Gehlert and Ward, 2019)

2) ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral Intention) จะถูกกำหนดโดย 3 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ทัศนคติส่วนบุคคลต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavioral) บรรทัดฐานด้านพฤติกรรมของบุคคลรอบข้าง (Subjective Norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคล (Perceived Behavioral Control) (Gehlert and Ward, 2019) โดยมีรายละเอียดดังนี้

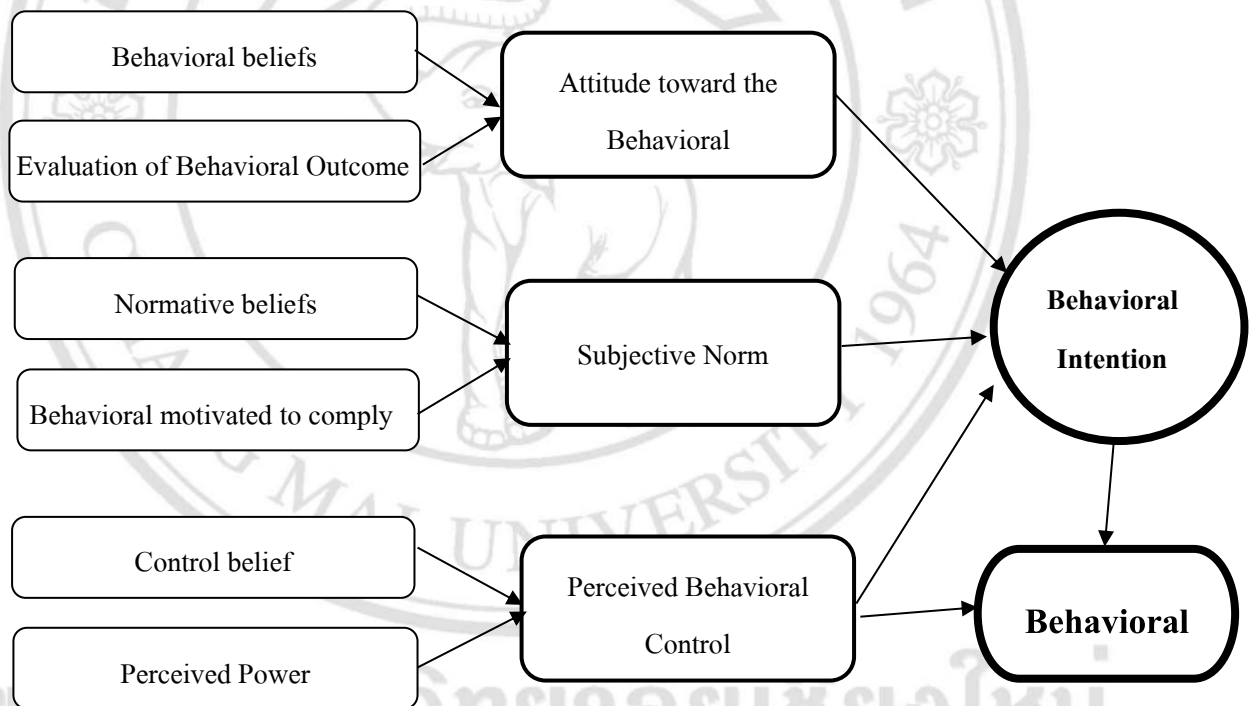
- ทัศนคติส่วนบุคคลต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavioral) เกิดจากการที่บุคคลให้คุณค่าในผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ โดยทัศนคติส่วนบุคคลต่อพฤติกรรม เกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (Behavioral beliefs) และการประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้น (Evaluation of Behavioral Outcome) (Ajzen, 2012)

- บรรทัดฐานของบุคคลรอบข้างที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัย (Subjective Norm) คือความเชื่อของบุคคลรอบข้างต่อพฤติกรรมพึงประสงค์ที่ต้องการให้บุคคลกระทำ (Normative beliefs) (Ajzen, 2012) กล่าวคือบุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับ

ความคาดหวังของคนที่มีความสำคัญในชีวิต (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563) ซึ่ง Subjective Norm จะเกิดจากความสัมพันธ์ของ 2 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อต่อพฤติกรรมของบุคคลสำคัญในชีวิต (Normative belief) แรงจูงใจที่บุคคลต้องการกระทำพฤติกรรมตามความต้องการตามความเชื่อของบุคคลสำคัญในชีวิต (Behavioral motive to comply) (Ajzen, 2012)

- การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) เป็นการรับรู้ของตัวบุคคลว่าพฤติกรรมที่จะแสดงนั้นสามารถทำได้ง่ายหรือยาก (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563) โดยการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากแรงจูงใจทางทรัพยากรหรือโอกาสที่ทำให้เกิดพฤติกรรม (Control belief) ก็กับการรับรู้ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมหรือรับรู้การมีทรัพยากร/โอกาสที่ทำให้เกิดพฤติกรรม (Perceived Power) (Gehlert and Ward, 2019)

ดังนั้น เราสามารถสรุปปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม ตามโครงสร้างของทฤษฎี TPB เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารอบแนวคิดทางการวิจัย ได้ดังนี้



แผนภาพที่ 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม

ตามโครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

หมายเหตุ. จาก “Theory of Health Behavior (p. 149),” by S. Gehlert and T. S. Ward, 2019, U.S.A: John Wiley & Sons Inc. *Handbook of Health Social Work.*

2.5 สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการป้องกันโรคด้วยถุงยางอนามัยเป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และป้องกันปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น แต่ปัจจุบันพบว่ากลุ่มเสี่ยงสำคัญที่มีโอกาสได้รับเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง คือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการป้องกันโรคด้วยการใช้ถุงยางอนามัยลดลง ดังนั้นการศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุของการมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยลดลงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จะช่วยให้หน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มดังกล่าว สามารถออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือมาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยที่เหมาะสม และเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการโรคกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากยิ่งขึ้น โดยในการศึกษารุ่นนี้ได้นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและดำเนินงานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน เพื่อให้ผลการศึกษามีความครอบคลุมสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และขยายขอบเขตของพื้นที่การศึกษาที่ใหญ่ขึ้นจากงานวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันมากยิ่งขึ้น

2.6 กรอบแนวคิดและทฤษฎีงานวิจัย

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผนมาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย โดยมีตัวแปรที่สนใจประกอบด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จังหวัดที่อาศัยอยู่ (ชุมชนเมือง/ชนบท) สถานภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ ระดับการศึกษา รายได้/อาชีพ ลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก คู่นอนและความถี่ของการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนใน 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการใช้สุราหรือยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการรับบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และช่องทางการได้รับถุงยางอนามัย

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ได้แก่

- พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (Condom use Behavioral) ได้แก่ ระดับคะแนนเฉลี่ยการใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวม และระดับการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทต่างๆ

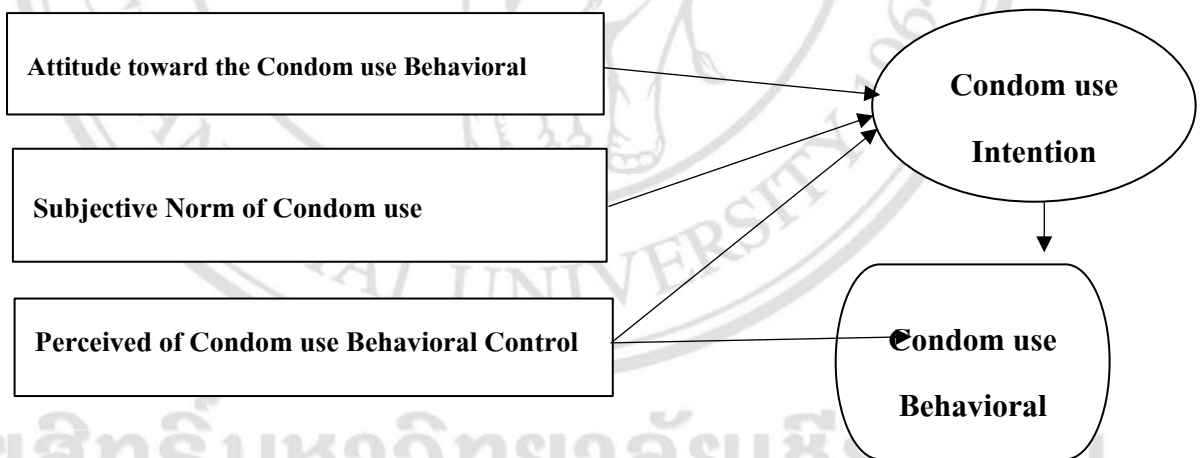
- ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย (Condom use Intention) ได้แก่ ระดับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทต่างๆ และคะแนนรวมของความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย

- ปัจจัยด้านทัศนคติส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (Attitude toward the Condom use Behavioral) มีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำที่เกิดจากการใช้ถุงยางอนามัย (Behavioral beliefs) และการประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (Evaluation of Behavioral Outcome)

- ปัจจัยด้านบรรทัดฐานของบุคคลรอบข้างที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัย (Subjective Norm of Condom use) มีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเชื่อต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของบุคคลสำคัญในชีวิต (Normative belief) แรงจูงใจที่บุคคลต้องการใช้ถุงยางอนามัยตามความต้องการตามความเชื่อของบุคคลสำคัญในชีวิต (Behavioral motive to comply)

- ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (Perceived of Condom use Behavioral Control) มีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แรงจูงใจทางทรัพยากรหรือโอกาสที่ทำให้เกิดพฤติกรรม (Control belief) กับการรับรู้ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมหรือรับรู้การมีทรัพยากร/โอกาสที่ทำให้เกิดพฤติกรรม (Perceived Power)

สามารถสรุปกรอบแนวคิดและทฤษฎีงานวิจัย เรื่องการศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในเขตภาคเหนือตอนบน ได้ดังแผนภาพที่ 2.5



แผนภาพที่ 2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional analytic study เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ความสัมพันธ์ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และเพื่อศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย โดยมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

3.2 พื้นที่การวิจัย

ดำเนินงานศึกษาวิจัยในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ประกอบด้วยจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และพะเยา โดยมีการเก็บข้อมูลงานวิจัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2566

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย ในเขตภาคเหนือตอนบน ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักทั้งกลุ่มที่เป็นฝ่ายรุก หรือฝ่ายรับ หรือทั้งฝ่ายรุกและรับ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โดยอาจมีรสนิยมทางเพศเป็นชายรักชาย ชายรักเพศหญิง หรือชายรักสองเพศ นอกจากนี้อาจมีการแสดงออกเป็นชาย (เกย์) หรือแสดงออกเป็นหญิง (กระเทย) ก็ได้ แต่ต้องไม่ได้ทำหน้าอกเทียมหรือทำอวัยวะเพศหญิงเทียม

3.3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ กลุ่มเพศชายที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มีอายุระหว่าง 18 – 49 ปี ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายทางทวารหนักทั้งกลุ่มที่เป็นฝ่ายรุก หรือฝ่ายรับ หรือทั้งฝ่ายรุกและรับ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โดยอาจมีรสนิยมทางเพศเป็นชายรักชาย ชายรักเพศหญิง หรือชายรักสองเพศ นอกจากนี้อาจมีการแสดงออกเป็นชาย (เกย์) หรือแสดงออกเป็นหญิง (กระเทย) ก็ได้ แต่ต้องไม่ได้ทำหน้าอกเทียมหรือทำอวัยวะเพศหญิงเทียม

3.3.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

1) ผู้ที่มีเพศกำเนิดเป็นชาย มีอายุระหว่าง 18 – 49 ปี และเคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักทั้งแบบฝ่ายรุกหรือฝ่ายรับ หรือทั้งรุกและรับกับเพศชายด้วยกัน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

- 2) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน
- 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย และให้ข้อมูลวิจัยได้

3.3.4 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
- 2) เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งสุดท้ายมากกว่า 1 ปีที่ผ่านมา

3.4 ขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นกลุ่มปิดจึงไม่มีขนาดของจำนวนประชากรที่แน่นอน ทำให้ในการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาด้วยวิธี Single proportion sample size (โดย G.W.Cochran) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดค่าช่วงกว้างของสัดส่วนที่ยอมรับได้ 5% ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อ้างอิงข้อมูลจากผลสำรวจการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายประเทศไทย ปี พ.ศ.2563 โดยพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 77.8 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยสามารถคำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{PQ (Z_{\alpha/2})^2}{d^2}$$

$$n = \frac{0.78 \times 0.22 \times (1.96)^2}{(0.05)^2}$$

$$n = 264 \text{ คน}$$

ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ = 264 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความเฉพาะและปกปิดตัวตนได้ง่าย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น ด้วยวิธี Snowball Sampling และ Convenience Sampling โดยให้กลุ่มตัวอย่างช่วยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มเพื่อนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน หรือองค์กรที่มีการดำเนินงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ช่วยส่งแบบสอบถามเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย และเก็บได้จนครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ภายในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล

3.5 เครื่องมือในการวิจัย

3.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามดังกล่าวโดยอ้างอิงจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) โดย Icek Ajzen, 1991 ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ที่อยู่ (เฉพาะอำเภอและจังหวัดที่อยู่) สถานภาพ การนิยามอัตลักษณ์ทางเพศ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยปัจจุบัน และสิทธิการรักษาพยาบาลหลัก

แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและการใช้ถุงยางอนามัย ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 2 ส่วน ได้แก่

1.) ข้อคำถามทั่วไปเกี่ยวกับแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์และถุงยางอนามัย ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ประวัติการใช้สุราหรือยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการรับบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และช่องทางการได้รับถุงยางอนามัย

2.) ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนแต่ละประเภท ลักษณะคำถามเป็นแบบ Rating Scale 1-5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยใช้	ให้ 0 คะแนน
ใช้นานๆครั้ง	ให้ 1 คะแนน
ใช้ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
ใช้เป็นส่วนมาก	ให้ 3 คะแนน
ใช้สม่ำเสมอ/ทุกครั้ง	ให้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน

สำหรับการให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในคู่นอนแต่ละประเภท สามารถแทนค่าตาม Rating Scale ที่กำหนดได้โดยตรง ทั้งนี้ในการให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวม จะใช้ผลคะแนนเฉลี่ย โดยคำนวณจากผลรวมคะแนนการใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะคู่นอนที่กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ด้วย และหารด้วยจำนวนประเภทคู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย ยกตัวอย่างเช่น นาย A มีเพศสัมพันธ์กับคู่อนที่เป็นคนรัก และคู่อนไม่ประจำ โดยไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยกับคนรัก (0 คะแนน) และใช้ถุงยางอนามัยกับคู่อนไม่ประจำเป็นส่วนมาก (3 คะแนน) ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในคู่อนทุกประเภทของนาย A คือ $(0 + 3) / 2 = 1.5$ คะแนน ดังนั้นสามารถแปลผลได้ว่านาย A อยู่ในกลุ่มของผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น โดยการแปลผลคะแนนจะ ใช้การแบ่งระดับอัตราค่าชั้นของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยได้ ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{5} = \frac{4 - 0}{5} = 0.8$$

หลังจากนั้นได้มีการนำผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมาแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 0 – 0.8 = ไม่มีพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัย
 ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 0.9 – 1.6 = มีพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยน้อย
 ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.7 – 2.4 = มีพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยปานกลาง
 ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.2 = มีพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยเป็นส่วนใหญ่
 ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 3.3 – 4.0 = มีพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ

แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนแต่ละประเภท ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยเป็นการประเมินระดับความตั้งใจให้มีการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนแต่ละประเภทและความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยใน คู่นอนทุกประเภท ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 1-5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีความตั้งใจ	ให้ 0 คะแนน
ระดับความตั้งใจน้อย	ให้ 1 คะแนน
ระดับความตั้งใจปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
ระดับความตั้งใจมาก	ให้ 3 คะแนน
ระดับความตั้งใจมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน

สำหรับการให้คะแนนความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในแต่ละคู่นอน สามารถแทนค่าตาม Rating Scale ที่กำหนดได้โดยตรง ทั้งนี้ในการให้คะแนนความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวม จะคำนวณจากผลรวมคะแนนในข้อคำถามความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 5 ข้อ และมีผลคะแนนระหว่าง 0 – 20 คะแนน ในการแปลผลคะแนนใช้การแบ่งระดับอัตราค่าชั้นของคะแนนรวมความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวมออกเป็น 3 กลุ่ม

ดังนั้น คะแนนรวมระหว่าง 0 – 6 = มีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยน้อย

คะแนนรวมระหว่าง 7 – 14 = มีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยปานกลาง

คะแนนรวมระหว่าง 15 – 20 = มีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการให้คุณค่าต่อของถุงยางอนามัยจากความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามแต่ละข้อเป็นแบบ Rating Scale 1-5 ระดับ และเป็นข้อคำถามเชิงบวกและลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก		เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงลบ	
ไม่จริงที่สุด	ให้ 0 คะแนน	จริงที่สุด	ให้ 0 คะแนน
ไม่จริง	ให้ 1 คะแนน	จริง	ให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน	ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน
จริง	ให้ 3 คะแนน	ไม่จริง	ให้ 3 คะแนน
จริงที่สุด	ให้ 4 คะแนน	ไม่จริงที่สุด	ให้ 4 คะแนน

โดยแบบสอบถามในส่วนที่ 4 นี้ จะนำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมกัน ดังนั้นจะมีคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 – 40 คะแนน และสามารถแปลผลคะแนนเพื่อจำแนกกลุ่มของทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อถุงยางอนามัยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

คะแนนรวม 0 – 13 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย

คะแนนรวม 14 – 26 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับปานกลาง

คะแนนรวม 27 – 40 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง

แบบสอบถามส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อถุงยางอนามัย (คนที่มีความสำคัญในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง) ซึ่งกลุ่มอ้างอิงในงานวิจัยนี้มีจำนวน 8 กลุ่ม ประกอบด้วย พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อน คนรัก คู่นอนประจำ คู่นอนไม่ประจำ ทีมงานสุขภาพ โดยคำถามในแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคู่ข้อความจำนวน 8 คู่ เพื่อประเมินความต้องการให้กลุ่มตัวอย่างใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มอ้างอิงทั้ง 8 กลุ่มกับการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากความความต้องการของกลุ่มอ้างอิงในแต่ละประเภท ลักษณะของแบบสอบถามจะแบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนของความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง และส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยตามความคาดหวัง ตัวอย่างคำถามเช่น พ่อแม่ของท่านคาดหวังให้ท่านและคู่นอนใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (ไม่คาดหวัง / ไม่แน่ใจ / คาดหวัง) – การใช้ถุงยางอนามัยของท่านเกี่ยวข้องกับความคาดหวังของพ่อแม่ (ไม่เกี่ยวข้อง - ไม่แน่ใจ - เกี่ยวข้อง) เป็นต้น โดยแต่ละส่วนของข้อคำถามจะเป็นแบบ Rating Scale 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แบบสอบถามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่คาดหวัง	ให้ 0 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 1 คะแนน
คาดหวัง	ให้ 2 คะแนน

แบบสอบถามการใช้ถุงยางอนามัยตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง	ให้ 0 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 1 คะแนน
เกี่ยวข้องกับคาดหวัง	ให้ 2 คะแนน

โดยแบบสอบถามในส่วนที่ 5 นี้ จะนำคะแนนของส่วนความคาดหวังคูณกับการใช้ถุงยางอนามัยในตามความคาดหวังในแต่ละกลุ่มอ้างอิง และนำผลรวมของทุกกลุ่มอ้างอิงมารวมกัน ดังนั้น จะมีคะแนนของแบบสอบถามจึงอยู่ระหว่าง 0 – 32 คะแนน และสามารถแปรผลคะแนนเพื่อจำแนกกลุ่มของบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย ดังนี้

คะแนนรวม 0 – 10 คะแนน	หมายถึง บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยระดับน้อย
คะแนนรวม 11–21 คะแนน	หมายถึง บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยระดับปานกลาง
คะแนนรวม 22–32 คะแนน	หมายถึง บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง

แบบสอบถามส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ซึ่งข้อคำถามในแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการใช้ถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธการการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สามารถใส่ถุงยางอนามัยได้ ภายใต้สถานการณ์ต่าง ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามแต่ละข้อเป็นแบบ Rating Scale 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ทำไม่ได้	ให้ 0 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 1 คะแนน
ทำได้	ให้ 2 คะแนน

โดยแบบสอบถามในส่วนที่ 6 นี้ จะนำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมกัน ดังนั้นจะมีคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-18 คะแนน และแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อจำแนกกลุ่มตามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ได้ดังนี้

คะแนนรวม 0 – 5 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยระดับน้อย
----------------------	--

คะแนนรวม 6 – 11 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยระดับปานกลาง
คะแนนรวม 12 - 18 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง

3.5.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Validation of Measurement Tools)

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) ด้วยวิธี Index of Item Objective Congruence (IOC) ในแต่ละข้อคำถาม โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแบบสอบถามงานวิจัย ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน โดยมีผลของค่า IOC ในแต่ละข้อคำถามอยู่ในระหว่าง 0.6 – 1.0

2.) การหาค่าความเที่ยงหรือความน่าเชื่อถือ (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) โดยให้คนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทำแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นจึงคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมด 0.82 โดยมีรายละเอียดการจำแนกค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนแต่ละประเภท มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.78

แบบสอบถามทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.77

แบบสอบถามเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อถุงยางอนามัย มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.91

แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.71

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะยึดหลักจริยธรรมตามแนวทางของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หนังสือรับรองเลขที่ ET018/2565 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2565 และในการวิจัยครั้งนี้ได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยก่อนเริ่มการศึกษา ซึ่งข้อมูลจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ได้ตอบในแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีเก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ เช่น ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประชาชน เลขที่บ้านพัก สถานที่ทำงาน อีเมลหรือเบอร์โทรศัพท์ สำหรับการ

นำเสนอข้อมูลงานวิจัยจะเป็นการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดต่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยสามารถออกจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อเพื่อเป็นการปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัยและเพื่อให้เกิดความสบายใจในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระและเป็นไปตามความจริง เมื่องานวิจัยนี้เสร็จสิ้น แบบสอบถามงานวิจัยจะถูกทำลายโดยวิธีที่เหมาะสมต่อไป

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) จัดทำหนังสือ/เอกสารเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย และหนังสือขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย
- 2) จัดทำแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (Google form) และแบบสอบถามชนิดเอกสารแบบสอบถาม เพื่อใช้ในการจัดส่งตามความต้องการให้กับหน่วยงานเครือข่ายและกลุ่มตัวอย่าง
- 3) ประสานขอความร่วมมือและชี้แจงแนวทางการจัดเก็บข้อมูลงานหน่วยงานที่มีการดำเนินงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายของแต่ละจังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน เช่น องค์กรภาคประชาสังคม โรงพยาบาล เป็นต้น ในการส่งต่อแบบสอบถามออนไลน์และการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยแบบกระดาษ รวมทั้งประชาสัมพันธ์การตอบแบบสอบถามผ่านคนรู้จักหรือสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน เฟสบุ๊กกลุ่ม เป็นต้น เพื่อให้เกิดการส่งต่อแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย
- 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่วางไว้ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม พ.ศ.2566
- 5) บันทึกข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมลงในฐานข้อมูลเพื่อใช้ในกระบวนการวิเคราะห์

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด - สูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Spearman's rank correlation coefficient เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจ และใช้ Logistic regression model เพื่อใช้ในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยด้วยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งสามารถกำหนดสัญลักษณ์ของตัวแปรและกำหนดค่าในแบบจำลองการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกด้วยวิธี Logistic regression model ได้ดังนี้

ตารางที่ 3.1 ตารางแสดงการกำหนดค่าในแบบจำลอง Logistic regression model

ตัวแปรในแบบจำลอง	การกำหนดค่าในแบบจำลอง
1) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย	0 = มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ 1 = มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ
2) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย	0 = มีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ (0 – 14 คะแนน) 1 = มีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ (15 -20 คะแนน)
3) ทักษะจิตส่วนบุคคลต่อการใช้อุปกรณ์	0 = มีทักษะจิตส่วนบุคคลที่ดีต่อการใช้อุปกรณ์น้อย/ปานกลาง (0 – 26 คะแนน) 1 = ทักษะจิตส่วนบุคคลที่ดีต่อการใช้อุปกรณ์สูง (27 – 40 คะแนน)
4) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการใช้อุปกรณ์	0 = บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อการใช้อุปกรณ์น้อย (0 - 10 คะแนน) 1 = บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อการใช้อุปกรณ์ปานกลาง (11– 21 คะแนน) 2 = บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อการใช้อุปกรณ์สูง (22 – 32 คะแนน)
5) การรับรู้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์	0 = มีการรับรู้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ในระดับน้อย/ปานกลาง (0 - 11 คะแนน) 1 = มีการรับรู้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ในระดับสูง (12 - 18 คะแนน)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional analytic study เพื่อศึกษาความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบน จำนวน 342 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลงานวิจัยคือ แบบสอบถามความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งเป็นสอบถามที่สร้างขึ้น โดยอ้างอิงจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) โดย Icek Ajzen, 1991 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและมีลำดับของการนำเสนอข้อมูลดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป

4.2 พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบน

4.3 ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบน

4.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

4.5 ความสัมพันธ์ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบน

4.6 การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบน

4.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 342 คน มีอายุเฉลี่ย 27.91 ปี (S.D.=8.34) เป็นกลุ่มอายุ 18 ถึง 24 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25 – 34 ปี ร้อยละ 36.5 กลุ่มอายุ 35 – 44 ปี ร้อยละ 18.1 และกลุ่มตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ โดยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงรายมากที่สุด ร้อยละ 22.2 รองลงมาคือจังหวัดแพร่ ร้อยละ 21.6 และจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 21.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมืองร้อยละ 56.7 และอยู่ในชุมชนชนบท ร้อยละ 43.3 ตามตารางที่ 4.1

กลุ่มตัวอย่างมีเพศกำเนิดเป็นชาย และได้ให้นิยามอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองเป็นกลุ่มชายรักชายมากที่สุด ร้อยละ 85.7 มีสถานะภาพโสด ร้อยละ 76.0 ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 40.4 ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 22.2 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ

21.6 และประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20.5 และมีรายได้ประมาณ 10,001–20000 บาท/เดือน ร้อยละ 44.2 อยู่อาศัยกับครอบครัวเป็นหลัก ร้อยละ 45.3 และมีสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง/บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท มากที่สุด ร้อยละ 62.0 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.9 เคยมีประวัติตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด ร้อยละ 92.1 และพบการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 9.5 รองลงมาคือมีการตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 78.4 และพบการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 18.3 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 342)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
18 – 24 ปี	139	40.7
25 – 34 ปี	125	36.5
35 – 44 ปี	62	18.1
ตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป	16	4.7
(Mean = 27.91 ปี, S.D.=8.34)		
จังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนที่อาศัยอยู่ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา		
เชียงราย	76	22.2
แพร่	74	21.6
เชียงใหม่	73	21.4
ลำพูน	64	18.7
พะเยา	41	12.0
น่าน	8	2.3
ลำปาง	3	0.9
แม่ฮ่องสอน	3	0.9
บริบทของพื้นที่ที่อาศัยอยู่ใน 1 ปีที่ผ่านมา		
บริบทชุมชนเมือง	194	56.7
บริบทชุมชนชนบท	148	43.3
นิยามอัตลักษณ์ทางเพศ		
ชายรักชาย	293	85.7
ชายรักสองเพศ	27	7.9
อื่นๆ เช่น ชายรักเพศหญิง ไม่กำหนดอัตลักษณ์ทางเพศที่แน่ชัด	22	6.4

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานะภาพ		
โสด	260	76.0
มีคู่ประจำ/คนรัก แต่ยังไม่ได้สมรส	66	19.3
สมรส	10	2.9
แยกกันอยู่	3	0.9
หย่าร้าง	2	0.6
ม่าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	1	0.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	2.0
ระดับประถมศึกษา	2	0.6
ระดับมัธยมศึกษา	86	25.1
ระดับ ปวช.	26	7.6
ระดับอนุปริญญา/ปวส.	81	23.7
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	138	40.4
อื่นๆ	2	0.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้ประจำ	73	21.3
น้อยกว่า 10,000 บาท	46	13.4
10,001 – 20,000 บาท	151	44.2
20,001–30,000 บาท	44	12.9
รายได้มากกว่า 30,000 บาท	28	8.2
อาชีพที่เป็นรายได้หลัก		
ว่างงาน	23	6.7
นักเรียน/นักศึกษา	77	22.5
รับจ้างทั่วไป	74	21.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	35	10.2
พนักงานบริษัท	58	17.0
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	70	20.5
อื่นๆ	5	1.5

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยปัจจุบัน		
พ่อ/แม่/ครอบครัว	155	45.3
เพื่อน	15	4.4
คนรัก/คู่นอนประจำ	43	12.6
อยู่คนเดียว	126	36.8
อื่นๆ	3	0.9
สิทธิการรักษาพยาบาลหลัก		
สิทธิข้าราชการ	34	9.9
สิทธิประกันสังคม	81	23.7
สิทธิบัตรทอง/บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท	212	62.0
ประกันชีวิต/ประกันชีวิตกลุ่ม	6	1.8
จ่ายเงินเอง	7	2.0
ไม่มีสิทธิการรักษา	2	0.6
อื่นๆ	0	0
ประวัติด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เคยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (n=318)		
เคยตรวจโรคหนองใน (n = 199)		
-ไม่ติดโรค	166	83.4
-ติดโรคแต่ไม่ได้รับการรักษา	8	4.0
-ติดโรคและอยู่ในระหว่างการรักษาหรือรักษาหายแล้ว	25	12.6
เคยตรวจโรคซิฟิลิส (n = 268)		
-ไม่ติดโรค	219	81.7
-ติดโรคแต่ไม่ได้รับการรักษา	8	3.0
-ติดโรคและอยู่ในระหว่างการรักษาหรือรักษาหายแล้ว	41	15.3
เคยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ (HBV/HCV) (n = 3)		
-ไม่ติดโรค	1	33.3
-ติดโรคแต่ไม่ได้รับการรักษา	0	0.0
-ติดโรคและอยู่ในระหว่างการรักษาหรือรักษาหายแล้ว	2	66.7

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าห้วยขาแข้ง (n = 315)		
-ไม่ติดโรค	285	90.5
-ติดโรคแต่ไม่ได้รับการรักษา	1	0.3
-ติดโรคและอยู่ในระหว่างการรักษา	29	9.2

4.2 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบฝ้ายรับเท่านั้น ร้อยละ 38.3 มีเพศสัมพันธ์แบบทั้งฝ้ายรุกและรับ ร้อยละ 36.0 และมีเพศสัมพันธ์แบบฝ้ายรุกเท่านั้น ร้อยละ 25.7 โดยกลุ่มคนที่กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ด้วยเป็นคู่ที่ประจำมากที่สุด เช่น คู่ที่มาจากทางแอพลิเคชัน หาก่อน คู่สัมพันธ์แบบข้ามคืน (วันไนท์แอสแตนด์) เป็นต้น (ร้อยละ 68.1) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์กับคู่อื่นมากกว่า 1 ประเภท ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 59.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงถุงยางอนามัยเพียง 1 ช่องทาง ร้อยละ 42.7 โดยเข้าถึงถุงยางอนามัยจากการซื้อในร้านสะดวกซื้อหรือร้านขายยามากที่สุด ร้อยละ 66.4 รองลงมา คือการรับถุงยางอนามัยผ่านบริการเชิงรุกในชุมชน เช่น บูทประชาสัมพันธ์ หน่วยตรวจเอชไอวีเชิงรุกในชุมชน เป็นต้น ร้อยละ 46.2 และได้รับถุงยางอนามัยจากบุคลากรหรือหน่วยบริการทางสุขภาพ ร้อยละ 39.2 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (n = 342)

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
แบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักของท่านในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ฝ้ายรุกเท่านั้น	88	25.7
ฝ้ายรับเท่านั้น	131	38.3
เป็นทั้งฝ้ายรุกและฝ้ายรับ	123	36.0
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อื่นแต่ละประเภท ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คนรัก	138	40.4
คู่อื่นประจำ/คู่อื่นหลัก (ไม่ใช่คนรัก)	189	55.3
คู่อื่นไม่ประจำ	233	68.1
คู่อื่นที่เป็นผู้ขายบริการทางเพศหรือรับสิ่งตอบแทน	106	31.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 ประเภท ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน 1 ประเภทเท่านั้น	138	40.4
มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนตั้งแต่ 2 ประเภทขึ้นไป	204	59.6
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยใช้แอลกอฮอล์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	172	50.3
เคยใช้แอลกอฮอล์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	170	49.7
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (n=170)		
ไม่เคยใช้แอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์	81	47.7
เคยใช้แอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์นานๆ ครั้ง	73	42.9
เคยใช้แอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง/ เกือบทุกครั้ง	16	9.4
พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีการดื่มแอลกอฮอล์ (n=89)		
ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	7	7.9
ใช้ถุงยางอนามัยนานๆ ครั้ง/น้อย	30	33.7
ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง/เกือบทุกครั้ง	52	58.4
ประวัติการใช้สารเสพติด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยใช้สารเสพติดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	333	97.4
เคยใช้สารเสพติดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	9	2.6
ประวัติการใช้สารเสพติด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (n=9)		
ไม่เคยใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์	1	11.1
เคยใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์นานๆ ครั้ง	6	66.7
เคยใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง/ เกือบทุกครั้ง	2	22.2
ช่องทางการเข้าถึงถุงยางอนามัยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ซื้อเองจากร้านค้า/ร้านขายยา	227	66.4
คูรัก/คู่นอน	65	19.0
เพื่อน/คนรู้จัก	43	12.6
พ่อแม่/ผู้ปกครองเป็นคนซื้อให้	2	0.6
ครู/อาจารย์/โรงเรียนแจกให้	3	0.9
ผู้หยอดเหรียญอัตโนมัติ	8	2.3

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
ช่องทางการเข้าถึงถุงยางอนามัยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (ต่อ)		
บุคลากรหรือหน่วยบริการทางสุขภาพ	134	39.2
จากบริการเชิงรุกในชุมชน	158	46.2
จากการเป็นผู้รับบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP)	49	14.3
อื่นๆ (ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน)	5	1.5
ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	1	0.3
จำนวนช่องทางการเข้าถึงถุงยางอนามัย		
ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	1	0.3
เข้าถึงถุงยางอนามัย 1 ช่องทาง	146	42.7
เข้าถึงถุงยางอนามัย 2 ช่องทาง	80	23.4
เข้าถึงถุงยางอนามัยตั้งแต่ 3 ช่องทางขึ้นไป	115	33.6

เมื่อจำแนกระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับ คู่นอนประเภทต่างๆ โดยพบว่าในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 49.7 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 50.3 แต่เมื่อจำแนกการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายบริการทางเพศมากที่สุด ร้อยละ 61.3 แต่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคนรักน้อยที่สุด ร้อยละ 29.7 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยจำแนกตามประเภทคู่นอน

ประเภทคู่นอน	ระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย n (%)					พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย n (%)	
	ไม่ใช้	นานๆ ครั้ง	ปานกลาง	ส่วนมาก	สม่ำเสมอ	ใช้สม่ำเสมอ	ใช้ไม่สม่ำเสมอ
การใช้ถุงยางอนามัย	26	31	40	75	170	170	172
ในภาพรวม (n=342)	(7.6%)	(9.1%)	(11.7%)	(21.9%)	(49.7%)	(49.7%)	(50.3%)
คนรัก (n=138)	29	20	19	29	41	41	97
	(21.0%)	(14.5%)	(13.8%)	(21.0%)	(29.7%)	(29.7%)	(70.3%)

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ประเภทคู่นอน	ระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย n (%)					พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย n (%)	
	ไม่ใช้	นานๆ ครั้ง	ปานกลาง	ส่วนมาก	สม่ำเสมอ	ใช้สม่ำเสมอ	ใช้ไม่สม่ำเสมอ
	การใช้ถุงยางอนามัย ในภาพรวม (n=342)	26 (7.6%)	31 (9.1%)	40 (11.7%)	75 (21.9%)	170 (49.7%)	170 (49.7%)
คนรัก (n=138)	29 (21.0%)	20 (14.5%)	19 (13.8%)	29 (21.0%)	41 (29.7%)	41 (29.7%)	97 (70.3%)
คู่นอนประจำ (n=189)	6 (3.2%)	19 (10.1%)	18 (9.5%)	69 (36.5%)	77 (40.7%)	77 (40.7%)	112 (59.3%)
คู่นอนไม่ประจำ (n=233)	6 (2.6%)	16 (6.9%)	15 (6.4%)	61 (26.2%)	135 (57.9%)	135 (57.9%)	98 (42.1%)
ผู้ชายบริการทางเพศ (n=106)	0 (0.0%)	3 (2.8%)	9 (8.5%)	29 (27.4%)	65 (61.3%)	65 (61.3%)	41 (38.7%)

4.3 ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 342 คน ส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ (ในภาพรวม) จำนวน 165 คน (ร้อยละ 48.2) โดยมีความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ กับคู่นอนประเภทผู้ชายบริการทางเพศ 238 คน (ร้อยละ 69.9) รองลงมาคือ คู่นอนไม่ประจำ 215 คน (ร้อยละ 62.9) คู่นอนประจำ 186 คน (ร้อยละ 54.4) และ คนรัก 144 คน (ร้อยละ 42.1) เมื่อจำแนกระดับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยโดยใช้ผลรวมคะแนนความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนทุกประเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยเฉลี่ย 16.01 คะแนน (S.D. = 0.91) และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีระดับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 77.2 รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ตารางแสดงระดับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=342)

ระดับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (0 – 6 คะแนน)	15	4.4
ระดับปานกลาง (7 - 14 คะแนน)	63	18.4
ระดับสูง (ใช้อย่างสม่ำเสมอ) (15 -20 คะแนน)	264	77.2
(Min = 0, Max = 20, Mean = 16.01, S.D. = 0.91)		

4.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

จากการศึกษาความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย (Condom use Intention) โดยจำแนกตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (รายละเอียดดังตารางที่ 4.5) ประกอบด้วย ทักษะจิตส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย โดยมีรายละเอียดของผลการศึกษา ดังนี้

1.กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้านทัศนคติส่วนบุคคลการใช้ถุงยางอนามัย (Attitude toward the Condom use Behavioral) จำนวน 342 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยเฉลี่ย 27.3 คะแนน (Min = 15, Max = 40, S.D. = 5.73) อยู่ในกลุ่มที่มีทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 58.2

2.กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้านบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย (Subjective Norm of Condom use) จำนวน 245 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย 15.2 คะแนน (Min = 0, Max = 32, S.D. = 9.49) อยู่ในกลุ่มที่บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 38.4

3.กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้านการรับรู้การรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย (Perceived of Condom use Behavioral Control: PCB) จำนวน 342 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยเฉลี่ย 15.3 คะแนน (Min = 0, Max = 18, S.D. = 0.21) อยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 84.5

ตารางที่ 4.5 ตารางแสดงผลการจำแนกระดับตามองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความตั้งใจและพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัย ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนโดยจำแนกเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	จำนวน	ร้อยละ
1 ทศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้อย่างอนามัย (n=342)		
ระดับน้อย (0 – 13 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (14 – 26 คะแนน)	143	41.8
ระดับสูง (27 – 40 คะแนน)	199	58.2
(Min = 15, Max = 40, Mean = 27.3, S.D. = 5.73)		
2 บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้อย่างอนามัย	245	100
ระดับน้อย (0 – 10 คะแนน)	86	35.1
ระดับปานกลาง (11– 21 คะแนน)	94	38.4
ระดับสูง (22 – 32 คะแนน)	65	36.5
(Min = 0, Max = 32, Mean = 15.15, S.D. = 9.49)		
3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย	342	100
ระดับน้อย (0 – 5 คะแนน)	11	3.2
ปานกลาง (6 - 11 คะแนน)	42	12.3
ระดับสูง (12 - 18 คะแนน)	289	84.5
(Min = 0, Max = 18, Mean = 15.28, S.D. = 0.21)		

4.5. ความสัมพันธ์ของความตั้งใจในการใช้อย่างอนามัย กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 342 คน มีการตอบแบบสอบถามขององค์ประกอบตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนครบทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ทศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้อย่างอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการใช้อย่างอนามัย สำหรับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้อย่างอนามัย มีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 245 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความตั้งใจในการใช้อย่างอนามัยกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โดยใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 245 คน เพื่อวิเคราะห์สหสัมพันธ์ขององค์ประกอบตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ด้วยวิธี Spearman's rank correlation coefficient (รายละเอียดดังตารางที่ 4.6) พบความสัมพันธ์ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. จากการศึกษาความสัมพันธ์ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย พบว่าทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.52, p\text{-value} < 0.001$) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.18, p\text{-value} = 0.01$) และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย มีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37, p\text{-value} < 0.001$)

2. จากการศึกษาความสัมพันธ์ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยพบว่า ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.59, p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.27, p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 4.6 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Spearman's rank correlation coefficient ($n=245$)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์				
	1.	2.	3.	4.	5.
1. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย	1.00				
2. ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย	0.59***	1.00			
3. ทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย	0.32***	0.52***	1.00		
4. บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย	0.05	0.18**	0.16*	1.00	
5. การรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย	0.27***	0.37***	0.35***	0.37	1.00

หมายเหตุ : * หมายถึง $p\text{-value} < 0.05$, ** หมายถึง $p\text{-value} < 0.01$, *** หมายถึง $p\text{-value} < 0.001$

4.6 การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบน

4.6.1 การทำนายทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย

การทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อ

การใช้ถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยสถิติ Simple logistic regression model (Univariable analysis) พบผลการศึกษาดังนี้(ตารางที่ 4.7)

1) กลุ่มที่มีทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย/ปานกลาง 5.18 เท่า (OR=5.18, 95% CI=2.97-9.03) โดยทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 16 (Nagelkerke R²= 0.16) และสามารถแสดงสมการการทำนายได้ดังนี้

$$\text{Log (odds) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ} = 0.44 + 1.65 (\text{ทัศนคติ} \text{ ระดับสูง})$$

2) กลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย 2.26 เท่า (95% CI=1.07-4.78) และกลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับปานกลาง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย 1.56 เท่า (OR=1.56, 95% CI=0.82-2.94) สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 29 (Nagelkerke R²= 0.29) และสามารถแสดงสมการการทำนายได้ดังนี้

$$\text{Log (odds) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ} = 0.57 + 0.81 (\text{บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง} \text{ ระดับสูง}) + 0.44 (\text{บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง} \text{ ระดับปานกลาง})$$

3) กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย/ปานกลาง 12.45 เท่า (OR = 12.45, 95% CI=6.42-24.17) สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 25 (Nagelkerke R²= 0.25) และสามารถแสดงสมการการทำนายได้ดังนี้

$$\text{Log (odds) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ} = -0.75 + 2.52 (\text{การรับรู้ความสามารถ} \text{ ระดับสูง})$$

ตารางที่ 4.7 ตารางแสดงผลการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Simple logistic regression model (Univariable analysis)

จำแนกตามตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	B	S.E.	OR	95% CI	p-value
1.ทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย (n =342)					
1.1 มีระดับสูง (27 – 40 คะแนน)	1.65	0.28	5.18	2.97-9.03	<0.001
1.2 ระดับน้อย/ปานกลาง (0 – 26 คะแนน)			Ref.		
Constant	0.44	0.17	0.15		0.10

-2 Log likelihood = 329.84, Nagelkerke R Square = 0.16

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

จำแนกตามตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	B	S.E.	OR	95% CI	p-value
2.บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย (n = 245)					
2.1 ระดับสูง (22 – 32 คะแนน)	0.81	0.38	2.26	1.07-4.78	0.03
2.2 ระดับปานกลาง (11– 21 คะแนน)	0.44	0.32	1.56	0.82-2.94	0.17
2.3 ระดับน้อย(0 – 10 คะแนน)			Ref.		
Constant	0.57	0.23	1.77		0.11
-2 Log likelihood = 286.38, Nagelkerke R Square = 0.29					
3 การรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย (n =342)					
3.1 ระดับสูง (12 – 18 คะแนน)	2.52	0.34	12.45	6.42-24.17	<0.001
3.2 ระดับน้อย/ปานกลาง (0 – 11 คะแนน)			Ref.		
Constant	-0.75	0.29	0.47		0.11
-2 Log likelihood = 306.10, Nagelkerke R Square =0.25,					

เมื่อนำองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะคิดส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย มาทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Multiple logistic regression model (Multivariable analysis) พบว่าทั้ง 3 องค์ประกอบ สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 36 (Nagelkerke R²= 0.36) ซึ่งสามารถแสดงสมการทำนายได้ดังนี้ (ดังตารางที่ 4.10)

Log (odds) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ
 $= -1.52 + 1.47 (\text{ทัศนคติ} \cdot \text{ระดับสูง}) + 0.06 (\text{บรรทัดฐาน} \cdot \text{ปานกลาง}) + 0.60 (\text{บรรทัดฐาน} \cdot \text{สูง})$
 $+ 2.06 (\text{การรับรู้ความสามารถ} \cdot \text{ระดับสูง})$

ตารางที่ 4.8 ตารางแสดงผลการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Multiple logistic regression model (Multivariable analysis) (n =245)

จำแนกตามตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	B	S.E.	OR	95% CI	p-value
1.ทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย					
1.1 ระดับสูง (27 – 40 คะแนน)	1.47	0.36	4.36	2.17-8.77	<0.001
1.2 ระดับน้อย/ปานกลาง (0 – 26 คะแนน)			Ref.		

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

จำแนกตามตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	B	S.E.	OR	95% CI	p-value
2.บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย					
2.1 ระดับสูง (22 – 32 คะแนน)	0.60	0.46	1.82	0.75-4.44	0.19
2.2 ระดับปานกลาง (11 – 21 คะแนน)	0.06	0.46	1.06	0.50-2.26	0.89
2.3 ระดับน้อย (0 – 10 คะแนน)			Ref.		
3 การรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย					
3.1 ระดับสูง (12 – 18 คะแนน)	2.06	0.44	7.85	3.34-18.47	<0.001
3.2 ระดับน้อย/ปานกลาง (0 – 11 คะแนน)			Ref.		
Constant	-1.52	0.40	0.22		<0.001
-2 Log likelihood = 220.67, Nagelkerke R Square =0.36					

หมายเหตุ : เป็นการทำความเข้าใจในการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 245 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 3 ตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

4.5.2 การทำนายทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

การทำนายความพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยสถิติ Simple logistic regression model (Univariable analysis) พบผลการศึกษาดังนี้(ตารางที่ 4.9)

1) กลุ่มที่มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยระดับน้อย/ปานกลาง 10.14 เท่า (OR =10.14, 95% CI =4.99-20.57) โดยตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 21 (Nagelkerke $R^2 = 0.21$) และสามารถแสดงสมการการทำนายได้ดังนี้

Log (odds) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ = -1.92 + 2.32 (ความตั้งใจฯ ระดับสูง)

2) กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย/ปานกลาง 4.01 เท่า (OR = 4.01, 95% CI =2.02-7.94) สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 7 (Nagelkerke $R^2 = 0.07$) และสามารถแสดงสมการการทำนายได้ดังนี้

Log (odds) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ = -1.23 +1.39 (การรับรู้ความสามารถฯ ระดับสูง)

ตารางที่ 4.9 ตารางแสดงผลการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Simple logistic regression model (Univariable analysis) (n=342)

จำแนกตามตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	B	S.E.	OR	95% CI	p-value
1.ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย					
1.1 มีระดับสูง (27 – 40 คะแนน)	2.32	0.36	10.14	4.99-20.57	<0.001
1.2 ระดับน้อย/ปานกลาง (0 – 26 คะแนน)			Ref.		
Constant	-1.92	0.34	0.15		<0.001
-2 Log likelihood = 415.41, Nagelkerke R Square = 0.21					
3 การรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย (n =342)					
3.1 ระดับสูง (12 – 18 คะแนน)	1.39	0.35	4.01	2.02-7.94	<0.001
3.2 ระดับน้อย/ปานกลาง (0 – 11 คะแนน)			Ref.		
Constant	-1.23	0.33	0.29		<0.001
-2 Log likelihood = 455.41, Nagelkerke R Square =0.07					

เมื่อนำองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทั้ง 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย มาทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Multiple logistic regression model (Multivariable analysis) พบว่าทั้ง 2 องค์ประกอบ สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 21 (Nagelkerke R² = 0.21) ซึ่งสามารถแสดงสมการทำนายได้ดังนี้ (ดังตารางที่ 4.10)

Log (odds) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

$$= -2.19 + 2.15 (\text{ความตั้งใจ} \cdot \text{ระดับสูง}) + 0.46 (\text{การรับรู้ความสามารถ} \cdot \text{ระดับสูง})$$

ตารางที่ 4.10 ตารางแสดงผลการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Multiple logistic regression model (Mutivariable analysis) (n=342)

จำแนกตามตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	B	S.E.	OR	95% CI	p-value
1 ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย					
1.1 มีระดับสูง (27 – 40 คะแนน)	2.15	0.38	8.61	4.06-18.26	<0.001
1.2 ระดับน้อย/ปานกลาง (0 – 26 คะแนน)			Ref.		
2 การรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย					
3.1 ระดับสูง (12 – 18 คะแนน)	0.46	0.41	1.59	0.71-3.53	0.26
3.2 ระดับน้อย/ปานกลาง (0 – 11 คะแนน)			Ref.		
Constant	-2.19	0.42	0.11		<0.001
-2 Log likelihood = 414.12, Nagelkerke R Square =0.21					

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษาความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และเพื่อศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบน อายุระหว่าง 18 – 49 ปี จำนวน 342 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมาจากวิธีการสุ่มแบบ Snowball Sampling และ Convenience Sampling มีการเก็บข้อมูลในงานวิจัยด้วยแบบสอบถามความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ที่พัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) โดย Icek Ajzen, 1991 และใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผลสรุปการศึกษาวิจัยดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 342 คน อายุเฉลี่ย 27.91 ปี (S.D.=8.34) ส่วนใหญ่ได้ให้นิยามอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองเป็นกลุ่มชายรักชายร้อยละ 85.7 มีสถานะภาพโสดร้อยละ 76.0 อาศัยกับครอบครัวเป็นหลักร้อยละ 45.3 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับแต่ปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 40.4 มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 10,001 – 20000 บาท ร้อยละ 44.2 และใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง/บัตรประกันสุขภาพ 30 บาทเป็นหลัก ร้อยละ 62.0 ด้านประวัติการการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 92.1 และพบการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 9.5 รองลงมาเคยตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 78.4 และพบการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 18.3

5.1.2 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มีทั้งแบบฝ่ายรับเท่านั้น แบบทั้งฝ่ายรุกและรับ และเป็นแบบฝ่ายรุกเท่านั้นใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 38.3 ร้อยละ 36.0 และร้อยละ 25.7 คู่นอนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นคู่นอนที่ไม่ประจำร้อยละ 68.1 และยังมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามากกว่า 1 ประเภท ร้อยละ 59.6 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยเพียง 1 ช่องทาง ร้อยละ 42.7 โดยเข้าถึงจากการซื้อในร้านสะดวกซื้อหรือร้านขายยามากที่สุด ร้อยละ 66.4

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 49.7 แต่เมื่อจำแนกการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทต่างๆ กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทผู้ขายบริการทางเพศ (ร้อยละ 61.3) หรือคู่นอนไม่ประจำ (ร้อยละ 57.9) มากกว่าการใช้ถุงยางอนามัยกับคนรัก (ร้อยละ 21.0) หรือคู่นอน (ร้อยละ 36.5) เมื่อจำแนกกลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในภาพรวม จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 49.7 และเป็นกลุ่มการมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 50.3

5.1.3 ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์

ในการจำแนกระดับตามตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติส่วนบุคคลที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย 27.3 คะแนน (S.D. = 5.73) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง (ร้อยละ 58.2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อถุงยางอนามัย 15.2 คะแนน (S.D. = 9.49) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่กลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.4) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย 15.3 คะแนน (S.D. = 0.21) ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง (ร้อยละ 84.5)

กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 48.2 โดยมีความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนประเภทผู้ขายบริการมากที่สุดร้อยละ 69.6 และมีความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคนรักน้อยที่สุดร้อยละ 23.4 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวม 16.0 คะแนน (S.D.=0.91) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีระดับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด ร้อยละ 77.2

5.1.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

จากการแบ่งระดับคะแนนขององค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 58.2 (Min = 15, Max = 40, Mean = 27.3 S.D. = 5.73) มีคะแนนบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัยระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 38.4 (Min = 0, Max = 32, Mean = 15.2, S.D. = 9.49) และมีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 84.5 (Min = 0, Max = 18, Mean = 15.3, S.D. = 0.21)

5.1.5 ความสัมพันธ์ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยด้วยวิธี Spearman's rank correlation coefficient พบว่าตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.52, p\text{-value} < 0.001$) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อถุงยางอนามัย ($r = 0.18, p\text{-value} = 0.01$) และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.37, p\text{-value} < 0.001$)

ในการศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่าตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.59, p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.27, p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้พบว่าทัศนคติส่วนบุคคลที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.32, p\text{-value} < 0.001$)

5.1.6 การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ในการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยด้วยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ด้วยสถิติ Simple logistic regression model พบว่า

กลุ่มที่มีทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย/ปานกลาง 5.18 เท่า ($OR = 5.18, 95\% CI = 2.97-9.03$) โดยทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 16 และมีสมการการทำนายคือ

Log (odds) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ = $0.44 + 1.65$ (ทัศนคติ^๑ ระดับสูง)

กลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย 2.26 เท่า ($OR = 2.26, 95\% CI = 1.07-4.78$) และกลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับปานกลาง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย 1.56 เท่า ($OR = 1.56, 95\% CI = 0.82-2.94$) โดยบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 29 (Nagelkerke $R^2 = 0.29$) และมีสมการการทำนายคือ

Log (odds) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

= 0.57 + 0.81 (บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงระดับสูง) + 0.44 (บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงฯ ระดับปานกลาง)

กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย/ปานกลาง 12.45 เท่า (OR = 12.45, 95% CI = 6.42-24.17) โดยการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 25 (Nagelkerke R² = 0.25) และมีสมการการทำนาย คือ

Log (odds) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ = -0.75 + 2.52 (การรับรู้ความสามารถฯ ระดับสูง)

เมื่อใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Multiple logistic regression model (Multivariable analysis) พบว่าทั้ง 3 องค์ประกอบ สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ ร้อยละ 36 (Nagelkerke R² = 0.36) และมีสมการการทำนาย คือ

Log (odds) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

= -1.52 + 1.47 (ทัศนคติฯ ระดับสูง) + 0.06 (บรรทัดฐานฯ ปานกลาง) + 0.60 (บรรทัดฐานฯ สูง) + 2.06 (การรับรู้ความสามารถฯ ระดับสูง)

ในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ด้วยสถิติ Simple logistic regression model (Univariable analysis) พบว่า

กลุ่มที่มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยระดับน้อย/ปานกลาง 10.14 เท่า (OR = 10.14, 95% CI = 4.99-20.57) โดยตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 21 (Nagelkerke R² = 0.21) และมีสมการการทำนาย คือ

Log (odds) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ = -1.92 + 2.32 (ความตั้งใจฯ ระดับสูง)

กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับน้อย/ปานกลาง 4.01 เท่า (OR = 4.01, 95% CI = 2.02-7.94) สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 7 (Nagelkerke R² = 0.07) และมีสมการการทำนาย คือ

Log (odds) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ = -1.23 + 1.39 (การรับรู้ความสามารถฯ ระดับสูง)

เมื่อใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธี Multiple logistic regression model (Multivariable analysis) สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 21 (Nagelkerke R² = 0.21) และมีสมการการทำนาย คือ

Log (odds) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

= -2.19 + 2.15 (ความตั้งใจฯ ระดับสูง) + 0.46 (การรับรู้ความสามารถฯ ระดับสูง)

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

5.2.1 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในเขตภาคเหนือตอนบน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ (ร้อยละ 49.7) แต่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การมีคู่อุปสรรคกับคู่นอนมากกว่า 1 ประเภท (ร้อยละ 59.6) การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 49.7) และการใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 2.6) การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มตัวอย่าง อาจเกิดจากการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยหรือมีเพศสัมพันธ์หลายครั้งทำให้ถุงยางอนามัยมีไม่เพียงพอต่อการใช้งาน และกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงถุงยางอนามัยเพียง 1 ช่องทางเป็นหลักจากการซื้อจากสะดวกซื้อ/ร้านขายยา (ร้อยละ 66.4) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีช่องทางในการตัดสินใจเลือกใช้บริการถุงยางอนามัยมีจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของยุทธศาสตร์ด้านถุงยางอนามัย (พ.ศ. 2563 - 2573) ที่กล่าวถึงปัจจัยขัดขวางต่อการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับใช้ถุงยางอนามัย ทักษะและค่านิยมที่ไม่ดีต่อถุงยางอนามัย การกระจาย/สนับสนุนถุงยางอนามัยฟรีไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีกำลังซื้อน้อย (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2563) นอกจากนี้การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด อาจส่งผลทำให้ขาดสติหรือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันได้ง่ายหรือมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์หลังการดื่มสุราเพียงร้อยละ 58.4 และสามารถใช้อุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์หลังการใช้สารเสพติด เพียงร้อยละ 22.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดส่งผลให้เกิดการขาดสติ และขาดการควบคุมให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัย (อัญชลี ดิยะบุตร และคณะ, 2563) นอกจากนี้ในการศึกษาของ Choi E. และคณะ พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการใช้สารเสพติด เพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่แปลกใหม่ ทำท่าย ลดความรู้สึกอาย ลดความรู้สึกผิดต่อตนเอง และมีเพศสัมพันธ์ให้นานขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของทวารหนักและเป็นช่องทางการรับเชื้อได้ง่ายมากยิ่งขึ้นด้วย (Choi E. et al, 2021) ดังนั้นพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงแต่มีการใช้ถุงยางอนามัยน้อย อาจส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงขึ้นได้ โดยในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติการติดเชื้อซิฟิลิสสูงที่สุด ร้อยละ 18.3 รองลงมาคือการติดเชื้อหนองใน ร้อยละ 16.6 และพบการติดเชื้อเอชไอวีสูงร้อยละ 9.5

5.2.2 ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ ในเขตภาคเหนือตอนบน

ในการศึกษานี้พบว่ารูปแบบของความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในภาพรวม (ร้อยละ 48.2) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในการศึกษานี้ (ร้อยละ 49.7) โดยอาจเกิดจากความตั้งใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอจะมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ที่กล่าวถึงอิทธิพลของความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม จะส่งผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563) และในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจและมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนประเภทคนรักน้อยที่สุด แต่มีความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายบริการทางเพศมากกว่ากลุ่มคู่นอนอื่นๆ ซึ่งอาจเกิดจากความเชื่อใจ/ไว้ใจคนรัก การขาดอำนาจการต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยกับคนรัก และการขาดความรู้/ตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงในการได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน โดยเพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง ได้กล่าวถึงความเชื่อหรือค่านิยมเกี่ยวกับคนรักว่า เป็นคนที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงทำให้มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคนรักน้อย (เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง, 2563) หรือการให้คุณค่าต่อถุงยางอนามัยในการเป็นสัญลักษณ์ของความไม่ไว้ใจใจ หรือความไม่ซื่อสัตย์ จึงใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่มีความเสี่ยงสูง (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, 2563) หรืออาจเกิดจากการตีตราภายในตนเองและขาดทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ ทำให้ขาดพลังอำนาจในการต่อรองให้คู่ของตนเองใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับคนรักของตนเอง (Avert, 2021) (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และคณะ, 2560)

5.2.3 ความสัมพันธ์ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยาง อนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ ในเขตภาคเหนือตอนบน

จากการศึกษาพบว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจ และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ได้แก่

- 1) ทศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัยมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.5, p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการติดเชื้อฯ หรือต้องเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคอันเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง (ร้อยละ 93 ของกลุ่มตัวอย่างเคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) ทำให้ได้รับข้อมูลความเสี่ยงและเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยในช่วงที่เข้ารับบริการรักษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมาจากการดำเนินงานเชิงรุก ขององค์กรที่มีการดำเนินงานด้านเอชไอ-

วิ/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายรักชาย จึงอาจได้รับการสร้างและเกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัยมาก่อนที่จะเข้าร่วมงานวิจัยได้ ซึ่ง Icek Ajzen ได้กล่าวว่าทัศนคติส่วนบุคคลเกิดจากการประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลให้เกิดการประเมินประโยชน์และให้คุณค่ากับพฤติกรรมนั้น ดังนั้นหากบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมก็จะส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการพฤติกรรมนั้นตามไปด้วย (Ajzen, 1991)

2) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.2, p\text{-value} < 0.01$) ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการที่กลุ่มอ้างอิงเป็นกลุ่มคนที่มีความสำคัญ และเป็นผู้มีอิทธิพลต่อความคิด ค่านิยมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง Icek Ajzen ได้กล่าวถึงบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงว่าเปรียบเสมือนเป็นสิ่งที่แสดงถึงแรงกดดันทางสังคมในการแสดงออกทางพฤติกรรม ดังนั้นหากกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่าง มีความคาดหวังให้ใช้ถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างก็จะใช้ถุงยางอนามัยด้วย (Ajzen, 1991) นอกจากนี้ค่าความสัมพันธ์ของบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงในงานวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ใกล้เคียงกัน เช่น ในการศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร (อายุ 17-21 ปี) พบบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย $r = 0.5$ ($p\text{-value} < 0.01$) (Wayuhuerd et al., 2010) และในการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายรักชาย อายุ 18- 23 ปี พบบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย $r = 0.5$ ($p\text{-value} < 0.05$) (วิสุดา และรัตนศิริ, 2564) ซึ่งค่าความสัมพันธ์ที่แตกต่างนี้อาจเกิดจากการกำหนดลักษณะเฉพาะมากขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง คือ กรอบอายุของกลุ่มตัวอย่างที่แคบกว่าการศึกษาของผู้วิจัย ซึ่งอาจจะส่งผลให้มีการคัดเลือกกลุ่มอ้างอิงที่จำเพาะกับกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุดังกล่าว เช่น ครู เป็นต้น และอาจจะทำให้พบความสัมพันธ์ของบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยสูงกว่าผลการศึกษาของผู้วิจัยได้

3) การรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย มีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.4, p\text{-value} < 0.01$) และมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.3, p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจที่จะแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยกับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wayuhuerd และคณะ และ Reineche และคณะ พบว่าการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม เนื่องจากจะทำให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมการใช้ถุงยางอนามัย และหากรู้สึกมีพลังอำนาจ

ดังกล่าวมากเท่าไร? ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยก็จะเพิ่มขึ้นมากเท่านั้น Wayuhuerd et al.,2010) (Reineche et al., 1996)

ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.6, p\text{-value} < 0.01$) โดยความสัมพันธ์ที่พบอาจเกิดจากความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย มีอิทธิพลสูงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่เชื่อว่าพฤติกรรมใดใดของบุคคล จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Ajzen, 1991) นอกจากนี้ในการศึกษาของผู้วิจัยพบผลการศึกษาที่เพิ่มจากกรอบแนวคิดงานวิจัย โดยพบว่าทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย ($r = 0.3, p\text{-value} < 0.001$) แต่ในโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนใน (Ajzen, 1991 and 2012) ไม่ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวไว้ และไม่พบความสัมพันธ์นี้ในทุกการศึกษาที่มีทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบคิดในงานวิจัย เช่น มีปรากฏความสัมพันธ์ดังกล่าวในการศึกษาของ Wayuhuerd และคณะ ($r = 0.4, p\text{-value} < 0.01$) แต่ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ในการศึกษาของ Benjamin และคณะ (Wayuhuerd et al.,2010) (Benjamin et al., 2016) ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่มาจาก การเข้าถึงเชิงรุกขององค์กรที่มีการดำเนินงานในกลุ่มชายรักชาย ได้รับการสร้างและเกิดการเปลี่ยนทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยไปในทางที่ดีขึ้น และอาจจะทำให้ทัศนคตินั้นมีอิทธิพลต่อเกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยโดยตรงได้ ซึ่งปราณี อ่อนศรี ได้กล่าวถึงอิทธิพลของทัศนคติต่อพฤติกรรม ในการศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของนักเรียนพยาบาลกองทัพบกไว้ว่า ทัศนคติเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการให้คุณค่าต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และบุคคลจะมีการแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อทัศนคติที่เกิดขึ้น และหากได้รับการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ก็จะเกิดการแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพด้วย (ปราณี อ่อนศรี, 2559) ทั้งนี้อาจจะไม่ควรสรุปว่าทัศนคติส่วนบุคคลต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากทัศนคติอาจจะได้รับอิทธิพลจากการได้รับแรงจูงใจ หรือแรงเสริมอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ได้ (บุรฉัตร จันทร์แดง, 2562)

5.2.4 การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
จากผลการวิเคราะห์การทำนายทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนด้วยวิธี Simple logistic regression model (Univariable analysis) พบว่าสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบนได้ (รายละเอียดดังสรุปผลการศึกษา (5.1.6) แต่เมื่อวิเคราะห์การทำนายทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนด้วยวิธี Multiple logistic regression model (Multivariable analysis) พบว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้น้อย ($B = 0.60$) โดยอาจเกิดจาก

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในส่วนดังกล่าวมีจำนวน 245 คน ซึ่งน้อยกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ในงานวิจัย นอกจากนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีช่วงอายุที่กว้าง (18 - 49 ปี) และเป็นการศึกษารวมทุกกลุ่มอ้างอิง ทำให้การกำหนดกลุ่มอ้างอิงต้องมีความเกี่ยวข้องกับข้อกับกลุ่มตัวอย่างในทุกช่วงอายุ อาจจะทำให้กลุ่มอ้างอิงที่มีความเฉพาะกับบางกลุ่มวัย เช่น ครู/อาจารย์ เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน เป็นต้น ไม่ได้ถูกนำมารวมในงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ในการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายรักชาย อายุ 18 – 23 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาการทำนายด้วยวิธี Multiple linear regression model (Multivariable analysis) พบว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง มีความสามารถในการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 30 (Adjust R² = 0.30, b = 1.34, p-value < 0.05) (วิสุตา และรัตนศิริ, 2564)

จากผลการวิเคราะห์การทำนายพฤติกรรมตามแผนด้วยวิธี Simple logistic regression model (Univariable analysis) พบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ภาคเหนือตอนบนได้ (รายละเอียดดังสรุปผลการศึกษา (5.1.6)) แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี Multiple logistic regression model (Multivariable analysis) พบว่าการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้น้อย (B = 0.46) ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย และยังมีความสัมพันธ์กับทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย จึงอาจส่งผลให้ตัวแปรในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยไม่มีอิสระต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิสุตา และรัตนศิริ ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ (วิสุตา และรัตนศิริ, 2564) ทั้งนี้ในการศึกษาเรื่องการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการอธิบายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยใช้วิธี Meta- analysis พบว่าการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ร้อยละ 27 (R² = 0.27) (Benjamin at al., 2016)

5.3 ข้อจำกัดของงานวิจัย

1 การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Cross - sectional analytic study อาจทำให้มีข้อจำกัดในการสรุปความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปรที่ศึกษาได้

2 การศึกษานี้ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Snowball Sampling และ Convenience Sampling ซึ่งเป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อาศัยความน่าจะเป็น จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่สนใจศึกษาได้

3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจมีโอกาที่กลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และอาจเกิดการตอบแบบสอบถามไม่ตรงกับข้อเท็จจริง โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความอ่อนไหว

5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1 ในการศึกษาพบว่าความตั้งใจมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือผู้ออกนโยบายส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนโยบาย ที่สร้างความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย เช่น ทักษะการต่อรองกับคู่ ทักษะการเข้าถึงถุงยางอนามัย ทักษะการลดการตีตราภายในตนเอง เป็นต้น

2 ควรมีการส่งเสริมการเข้ารับบริการถุงยางอนามัยและบริการป้องกันโรค สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้สามารถเข้าถึงได้โดยง่าย

3 ในการศึกษาพบความสำคัญของทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งนอกจากการมีความสัมพันธ์ในการเกิดความตั้งใจแล้ว ยังมีผลทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการออกแบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่มุ่งเน้นการสร้างทัศนคติส่วนบุคคลที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย และการมุ่งเน้นประเด็นที่ทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเกิดการให้คุณค่าที่ดีต่อการแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ผ่านการสร้างเชื่อหรือค่านิยมใหม่ที่ตีการใช้ถุงยางอนามัย และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ถุงยางอนามัย มากกว่าการให้ความรู้อย่างเดียวซึ่งไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยได้

5.5 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่นอกเหนือจากคุณลักษณะหลักที่ผู้วิจัยสนใจ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน อาชีพเฉพาะ เป็นต้น เพื่อให้สามารถกำหนดกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างได้ชัดเจนมากขึ้น และลดกลุ่มอ้างอิงที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย เพื่อลดตัวแปรกวนของการศึกษา

2. ควรนำปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมาร่วมวิเคราะห์การทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ร่วมกับการทำนายทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อทราบสาเหตุที่มีผลทำให้เกิดความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้จะช่วยทำให้ทราบปัจจัยหรือตัวแปรกวนที่อาจจะส่งผลในการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อการทำนายการเกิดความตั้งใจ และพฤติกรรมได้

3 นอกจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยังพบว่ากลุ่มประชากรเสี่ยงอื่นๆ ที่มีความเปราะบางและเข้าถึงยากมีการใช้ถุงยางอนามัยลดลง เช่น หญิงขายบริการทางเพศมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 96.1 (พ.ศ.2557) ลดลงเหลือร้อยละ 80.6 (พ.ศ.2561) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 51.2 (พ.ศ.2557) ลดลงเหลือร้อยละ 32.6 (พ.ศ.2565) เป็นต้น ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาสาเหตุของการใช้ถุงยางอนามัยลดลงในกลุ่มดังกล่าว โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพไปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เช่น ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นต้น

4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถนำไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มชายหรือเปราะบาง และเป็นประเด็นที่มีความเฉพาะ แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยควรมีการวางแผนในการเก็บข้อมูลให้รัดกุม และมีการติดตามความก้าวหน้าในการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (กรณีที่ทำให้ผู้อื่นเป็นผู้เก็บรวบรวมให้) รวมทั้งมีวิธีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจและเกิดความสบายใจในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มักเป็นกลุ่มที่ปิดบังตนเอง จึงอาจจะมีความกลัวหรือกังวลที่จะตอบคำถามในประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน หรือตอบในด้านที่ดีเพื่อลดความรู้สึกที่ไม่ดีของตนเองได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). *อุ้งยางอนามัย*. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th>:

https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=43

กองระบาดวิทยา. (31 ธันวาคม 2565). *AIDS Surveillance System*. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2565 จาก

http://www.aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=stis:

http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=stis

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (31 ธันวาคม 2565). *ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV INFO HUB)*. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2565 จาก

www.hivhub.ddc.moph.go.th: www.hivhub.ddc.moph.go.th

เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ. (2563). *ทฤษฎีเทคนิคการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการประยุกต์ใช้งานในสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นริสา วงศ์พนารักษ์, และ สายสมร เฉลยภักดี. (2557). การให้การปรึกษาทางสุขภาพกับชายรักเพศเดียวกัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 123-128.

นันทิศา ศรีจันทร์, สายหยุด มูลเพชร, และ สามารถ ใจดี. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารบัณฑิตวิจัย*, 8(2), 217-233.

นิสิต คงกรีกเกียรติ, รสพร กิตติเขาวมาลย์, และ เอกชัย แดงสอาด. (2558). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร: หจก.สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกเอนด์ดีไซน์.

บุรฉัตร จันทร์แดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสัญญา เคนาภูมิ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 19(4), 235-244.

บัวผัน ชัยชาญ, รัชกุล ปริย์กมล, และ ณัฐพัชร์ บัวบุญ. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(2), 62-73.

ปราณี อ่อนศรี. (2559). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(3), 158-167

เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2553-2562 ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. *วารสารโรคเอดส์*, 3, 94-113.

รสพร กิตติเยวมาลัย และศุภโชค คงเทียน. (2562). แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน พ.ศ.2562.

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์: กรุงเทพมหานคร

รังสิมา โล่ห์เลขา, พัชรภรณ์ ภาวภูตานนท์, ลาวัณย์ สันติชินกุล, บงกช เจตน์สว่าง และ นุชนาถ ยิ้มโย. (2564).

คู่มือการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการเริ่มยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย. เเรกิเอชั่นจำกัด: กรุงเทพมหานคร

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และ พรนภา หอมสินธุ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเรื่องเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนไทยชายรักรัชาย จังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(2), 62-75.

วลัยรัตน์ ไชยฟู, มณฑินี วสดีอุปโภคกร, และ เอกจิตรา สุขกุล. (2561). แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2561 : HIV PrEP 2018. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, มณฑินี วสดีอุปโภคกร, ผ่องเพ็ญ ตั้งจิตพิณิจการ, วรวิศรา วรรณทอง, ศรีธยา สิริโรต, และ กรกฏ ดวงผาสุข. (2563). ยุทธศาสตร์ด้านถุงยางอนามัย (พ.ศ. 2563 - 2573) ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573. สมุทรสาคร: บริษัท บอรั่น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.

วิศุดา หมั่นธรรม และ รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายรักรัชาย. วารสารเกื้อการุณย์. 28(1), 70-81.

ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ (2560). ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ็นซี คอนเซปต์ จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (7 มกราคม 2565). บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Web Report). สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport>.: <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/main>.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2559). ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 - 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.

สิริพร มนยฤทธิ. (2563). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในเยาวชน ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2557 - 2561. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2022 จาก <https://ddc.moph.go.th/>: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1006020200507053840.pdf>

เสาวนีย์ วิบูลสันติ, ศศิโสภิน เกียรติบูรณกุล, โอภาส พุทธเจริญ, รังสิมา โล่เลขา, และ เอกจิตรา สุขกุล.

(2563). แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2563/2564. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนคี่ดีไซน์: กรุงเทพมหานคร

มนต์ทิศา สุันดา. (2562). การใช้มาตรการ RRTTR เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ต้องขังของเรือนจำ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 15(2), 34-43.

หัตดิน แก้ววิจิต. (2559). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาพฤติกรรมมนุษย์เพื่อการพัฒนาคน*. อุตรธานี: สำนักวิชาศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี.

องค์กรแคร์แมท. (25 พฤษภาคม 2562). *Chemsex กับสิ่งที่ต้องคำนึง*. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2564 จาก <https://www.caremat.org>: <https://www.caremat.org/chemsex-%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%B4%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%95%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%B3%E0%B8%99%E0%B8%B6%E0%B8%87/>

อัญชลี ดิยะบุตร, สุดคนอม กมลเลิศ, และ รวีวัลย์ บัณเฑาะ. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(4), 50-59

AVERT. (2020, July 03). *Symptom and Stage of HIV Infection*. Retrieved February 15, 2022, from <https://www.avert.org/about-hiv-aids/symptoms-stages>: <https://www.avert.org/about-hiv-aids/symptoms-stages>

AVERT. (2021, November 09). *MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM), HIV AND AIDS*. Retrieved February 15, 2022, from www.avert.org: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/men-sex-men>

Ajzen Icek. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavioral and Human Decision Process*, 179-211. Retrieved 15 February 2022 from <https://www.researchgate.net>: https://www.researchgate.net/publication/272790646_The_Theory_of_Planned_Behavior

Ajzen Icek. (2012). The theory of Planned behavior. *Handbook of theories of social psychology* (438-459). London: Sage.

Ajzen Icek. (2012). Martin Fishbein's Legacy: The Resoned Action Apprach. *The Annals of American Academy of Political and Social Science*, 640, 11-27.

- Benjamin J, A., Barbara A, M., John B., F. d., Lauren A, M., Jemma, T., & Emily J., K. (2016, February 09). Dose the Theory of Planned Behavior Explain Condom Use Behavior Among Men Who have Sex with Men? A Meta-analytic Review of the Literature. *AIDS and Behavior*, 1-11. doi:10.100/s10461-016-1314-0
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, July 23). *Sexually Transmitted Infections Treatment Guideline, 2021*. Retrieved February 15, 2022, from <https://www.cdc.gov/>: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>
- Shiu, C., Voisin, D., Chen, W., Lo, Y., Hardestry, M., & Nguyen, H., (2016). A Synthesis of 20 years of Research on Sexual Risk Taking Among Asian/Pacific Islander Men Who Have Sex With Men in Western Countries. *Am J Mens Health*, 10(3), 170-180. doi:10.1177/1557988314561489.
- Choi, E., Chau, P., Wong, W., Kowk, J., Choi, K., & Chow., E. (2021, April 21). Developing and testing of an interactive internet-based intervention to reduce sexual harm of sexualised drug use ('Chemsex') among men who have sex with men in Hong Kong: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 713. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10742-8>
- Reineche, J., Schmdt P., Icek, A. (1996) Application of Theory of Planned Behavior to Adolescents ' Condom Use: A Panel study. *Journal of Applied social Psychology*. 26 (9). 749-772
- International HIV/AIDS Alliance. (2003). *BETWEEN MEN: HIV/STI PREVENTION FOR MEN WHO HAVE SEX WITH MEN*. Retrieved February 15, 2021, from www.who.int: https://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/Between_men_full_version.pdf
- Mirzaei, M., Farhadian, M., Poorolajal, J., Kazerooni, P.A., Tayeri, K., & Mohammadi, Y. (2019). Survival rate and the determinants of progression from HIV to AIDS and from AIDS to the death in Iran: 1987 to 2016. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 12(2), 72-78. doi:10.4103/1995-7645.250840
- Madden, T., Ellen, P., & Ajzen, I. (2012) A comparison of the Theory of Planned Behavior and Theory of Reasoned Action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(3), 3-9.
- Gehlert, S., & Ward, T. (2019). *Theory of Health Behavior*. Handbook of Health Social Work. (3rd edition). Manhattan, U.S.A: John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/9781119420743

- Short, S., & Mollborn, S. (2015). Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Current Opinion in Psychology*, 5(1), 78 - 84
- Wayuhuerd, S., Phancharoenworakul, K., Avant, K., Sinsuksai, N., & Vorapongsathorn, T. (2010). Using the Theory of Planned Behavior to Predict Condom Use Behavior among Thai Adolescents. *Pacific Rim International Journal Nurse Research*, 14(4), 315-329.
- UNAIDS. (2016, July 11). *Prevention gap report*. Retrieved February 15, 2022, from www.unaids.org: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>
- UNAIDS. (2018). Undetectable = Untransmitted. Retrieved February 15, 2022, from www.unaids.org: <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable>
- UNAIDS. (2021, November 21). *UNAIDS data 2021*. Retrieved November 15, 2022, from www.unaids.org: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_unaids_data
- World Health Organization. (2015, January 1). *Technical Brief: HIV AND YOUNG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN*. Geneva: World Health Organization. Retrieved February 15, 2022, from www.who.int: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8>
- World Health Organization. (2020, July 10). *Men who have sex with men (MSM) with active syphilis*. Retrieved February 15, 2022, from www.who.int: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/men-who-have-sex-with-men-\(msm\)-with-active-syphilis](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/men-who-have-sex-with-men-(msm)-with-active-syphilis)
- World Health Organization. (2021, November 22). *Sexually transmitted infections (STIs)*. Retrieved February 15, 2022, from <https://www.who.int>: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- World Health Organization. (2021, November 30). *HIV/AIDS*. Retrieved February 15, 2022, from <https://www.who.int>: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- World Health Organization. (2022, February 12). *HIV data and statistics*. Retrieved from <https://www.who.int>: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistic>



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



เอกสารเลขที่ ET018/2565

Document No. ET018/2022

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

Certification of Approval

รับรองโดย

Issued By

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Committee of Research Ethics, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

โครงการวิจัย: การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย
Title of Project: Using the Theory of Planned Behavior to Predict Condom use Among Men Who Have Sex with Men in Upper Northern Thailand
หัวหน้าโครงการวิจัย: นางสาวมนต์ทิวา สุนันตา
Principal Investigator: Miss. Montiwa Sunanta
สังกัดหน่วยงาน: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Affiliation: Faculty of Public Health, Chiang Mai University

คณะกรรมการได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบในประเด็นจริยธรรมต่อโครงการวิจัยนี้

ในวันที่ 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง 17 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

The Committee has reviewed and approved this project on 18 November 2022 to 17 November 2024

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จักกรฤกษ์ วังราษฎร์

Assistant Professor Dr. Jukkrit Wungrath

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Chairperson Committee of Research Ethics in Faculty of Public Health, Chiang Mai University

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

Emeritus Professor Suwat Charialertsak, MD., Dr.PH.

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Dean of Faculty of Public Health, Chiang Mai University

แบบสอบถามความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยคือ เพื่อศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่างๆ ในการพัฒนาโครงการหรือแผนงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในดังกล่าว โดยใช้กระบวนการต่างๆ ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งงานวิจัยนี้ได้รับการ รับรองจริยธรรมโครงการวิจัย เลขที่ ET018/2565 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และข้อมูลที่ท่านได้ตอบในแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีเก็บข้อมูลที่ สามารถระบุตัวตนของท่าน เช่น ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประชาชน เลขที่บ้านพัก สถานที่ทำงาน อีเมลหรือเบอร์โทร ดติดต่อของท่าน และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงขอ ความอนุเคราะห์จากท่านได้ตอบแบบสอบถามโดยตรงไปตรงมาตามข้อเท็จจริง ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อคำถาม จำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามความพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักและการใช้ถุงยางอนามัย ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 : แบบสอบถามความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อถุงยางอนามัย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 : แบบสอบถามเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อถุงยางอนามัย จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 6 : แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) จำนวน 9 ข้อ

ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากท่านเป็นอย่างดี

โปรดให้ข้อมูลก่อนเริ่มตอบแบบสอบถามดังนี้

1. เพศกำเนิดของท่านคือ เพศชาย

ใช่

ไม่ใช่ (ยุติการตอบแบบสอบถาม)

2. ท่านได้รับการผ่าตัดทำอวัยวะเพศหญิง หรือการผ่าตัดเสริมหน้าอก

ใช่ (ยุติการตอบแบบสอบถาม)

ไม่ใช่

3. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ใช่

ไม่ใช่ (ยุติการตอบแบบสอบถาม)

4. ท่านยินยอมให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง

ยินยอม

ไม่ยินยอม (ยุติการตอบแบบสอบถาม)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงใน หรือเติมคำในช่องว่าง ในข้อที่ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุด

1. อายุ ปี (โปรดระบุอายุปีเต็ม)

2. จังหวัดที่อยู่

2.1. จังหวัดภูมิลำเนา (จังหวัดที่ท่านเกิด) จังหวัด.....

2.2. จังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนที่ท่านอาศัยอยู่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

จังหวัด..... อำเภอ.....

3. สถานภาพ

โสด สมรส หย่าร้าง แยกกันอยู่

มีคู่ประจำ/คนรัก แต่ยังไม่ได้สมรส ม่าย (คู่ชีวิตเสียชีวิต)

4. โปรดนิยามอัตลักษณ์ทางเพศของท่าน

ชายรักชาย ชายรักสองเพศ อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน

ได้เรียน โปรดระบุระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับปวช.

ระดับอนุปริญญา/ปวส. ระดับปริญญาตรีขึ้นไป อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. รายได้

6.1. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ไม่มีรายได้ประจำ น้อยกว่า 10,000 บาท 10,001 – 20,000 บาท

20,001–30,000 บาท รายได้มากกว่า 30,000 บาท

6.2. อาชีพที่เป็นรายได้หลักของท่าน

ว่างาน นักเรียน/นักศึกษา รับจ้างทั่วไป

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย

อื่นๆ โปรดระบุ.....

7. บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วยปัจจุบัน

พ่อ/แม่/ครอบครัว เพื่อน คนรัก/คู่นอนประจำ

อยู่คนเดียว อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. สิทธิการรักษาพยาบาลหลักของท่าน

สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิบัตรทอง/บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท

ประกันชีวิต/ประกันชีวิตกลุ่ม จ่ายเงินเอง ไม่มีสิทธิการรักษา

อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักและการใช้ถุงยางอนามัย ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
 คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงใน ในข้อที่ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุด

1.แบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักของท่านในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

- ฝ่ายรุกเท่านั้น ฝ่ายรับเท่านั้น เป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ

2.ประเภทคู่นอนที่ท่านมีเพศสัมพันธ์และประวัติการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

2.1.ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายในกลุ่มคู่นอนประเภทใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า

1 คำตอบ)

- คนรัก
 คู่นอนประจำ/คู่นอนหลัก (ไม่ใช่คนรัก)
 คู่นอนไม่ประจำ เช่น คู่ที่มาจากทางแอพลิเคชันหาคู่นอน คู่สัมพันธ์แบบข้ามคืน (วันไนท์สเตนด์)
 คู่นอนที่เป็นผู้ขายบริการทางเพศหรือรับสิ่งตอบแทนหลังจากการมีเพศสัมพันธ์

2.2 จากข้อที่ 2.1 กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงใน ในข้อที่ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุดเกี่ยวกับการใช้

ถุงยางอนามัยของท่านกับคู่นอนแต่ละประเภทที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ด้วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

ข้อคำถาม	ไม่เคยใช้	ใช้นานๆ ครั้ง	ใช้ปาน กลาง	ใช้เป็น ส่วนมาก	ใช้สม่ำเสมอ/ ทุกครั้ง
1.) โดยรวมท่านใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน (ทุกประเภท) เป็นอย่างไร					
2.) ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับคูรักของท่านเป็นอย่างไร					
3.) ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ/คู่นอนหลัก (ไม่ใช่คนรัก) เป็นอย่างไร					
4.) ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนไม่ประจำ เช่น คู่ที่มาจากทางแอพลิเคชันหาคู่นอน คู่สัมพันธ์แบบข้ามคืน (วันไนท์สเตนด์) เป็นอย่างไร					
5.) ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่เป็นผู้ขายบริการทางเพศ เป็นอย่างไร					

3. ลักษณะใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา

3.1. ท่านเคยใช้สารเสพติดหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา

- ไม่เคยใช้สารเสพติดหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ถ้าไม่เคยโปรดข้ามไปตอบข้อ 4)
- เคยใช้สารเสพติดหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3.2. ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาท่านใช้สารเสพติดหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

- ไม่เคยใช้สารเสพติดหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (ข้ามไปตอบข้อ 4)
- เคยใช้สิ่งเสพติดหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (โปรดตอบข้อ 3.3 และ ข้อ 3.4)

3.3. ท่านใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์เป็นอย่างไร

- ท่านไม่เคยใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (ข้ามไปตอบข้อ 3.5)
- ท่านจะใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์นานๆ ครั้ง
- ท่านใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง/ เกือบทุกครั้ง

3.4. ท่านหรือคู่นอนของท่านใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ร่วมกันหลังการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอย่างไร

- ไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- ใช้ถุงยางอนามัยนานๆ ครั้ง/น้อย
- ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง/เกือบทุกครั้ง

3.5. ท่านใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

- ท่านไม่เคยใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (ข้ามไปตอบข้อ 4)
- ท่านเคยใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ โปรดระบุสารเสพติดที่ใช้.....

3.5.1. ท่านใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์เป็นอย่างไร

- ท่านจะใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ นานๆ ครั้ง
- ท่านใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง/ เกือบทุกครั้ง

3.6. ท่านหรือคู่นอนของท่านใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ร่วมกันหลังการใช้สารเสพติดเป็นอย่างไร

- ไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- ใช้ถุงยางอนามัยนานๆ ครั้ง/น้อย
- ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง/เกือบทุกครั้ง

4.ประวัติการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

4.1.ท่านเคยเข้ารับการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ (กรณีเคยตรวจสามารถตอบได้มากกว่า 1 โรค)

ไม่เคยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ข้ามไปข้อ 4.2)

เคย โปรระบุ

โรคหนองใน ผลการตรวจเป็นอย่างไร

ไม่ติดโรค

ติดโรค โปรระบุผลการรักษา

ไม่ได้รักษา

กำลังรักษา/รักษาหายแล้ว

โรคซิฟิลิส ผลการตรวจเป็นอย่างไร

ไม่ติดโรค

ติดโรค โปรระบุผลการรักษา

ไม่ได้รักษา

กำลังรักษา/รักษาหายแล้ว

อื่นๆ ระบุ..... ผลการตรวจเป็นอย่างไร

ไม่ติดโรค

ติดโรค โปรระบุผลการรักษา

ไม่ได้รักษา

กำลังรักษา/รักษาหายแล้ว

4.2.ท่านเคยเข้ารับการตรวจเอชไอวีหรือไม่

ไม่เคยตรวจ (ข้ามไปข้อ 11.3)

เคยตรวจ ผลการตรวจเป็นอย่างไร

ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

ติดเชื้อเอชไอวี โปรระบุผลการรักษา

ไม่ได้รักษา

ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

4.3.ส่วนใหญ่ท่านเข้ารับบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจาก

สถานที่ใด

โรงพยาบาลรัฐ

โรงพยาบาลเอกชน

คลินิกทั่วไป

ซื้อจากร้านขายยา

อื่นๆ โปรระบุ.....

5. ท่านได้รับถุงยางอนามัยจากช่องทางใด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ซื้อเองจากร้านค้า/ร้านขายยา คู่รัก/คู่นอน เพื่อน/คนรู้จัก
 พ่อแม่/ผู้ปกครองเป็นคนซื้อให้ ครู/อาจารย์/โรงเรียนแจกให้ ตู้หยอดเหรียญอัตโนมัติ
 บุคลากรหรือหน่วยบริการทางสุขภาพ
 จากบริการเชิงรุกในชุมชน เช่น บูทประชาสัมพันธ์ หน่วยตรวจเอชไอวีเชิงรุกในชุมชน เป็นต้น
 จากการเป็นผู้รับบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP)
 อื่นๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงใน ในข้อที่ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุด

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่าน**มีความตั้งใจ**ที่จะใช้ถุงยางอนามัยหรือตั้งใจให้คู่นอนแต่ละประเภทของท่านใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ร่วมกัน อยู่ในระดับใด

ข้อความ	ระดับความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัย				
	ไม่มีความตั้งใจ	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.) ท่านมีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน (ทุกประเภท) เป็นอย่างไร					
2.) ท่านมีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยกับคู่รักของท่านเป็นอย่างไร					
3.) ท่านมีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ/คู่นอนหลัก (ไม่ใช่คนรัก) เป็นอย่างไร					
4.) ท่านมีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนไม่ประจำ เช่น คู่ที่มาจากทางแอปพลิเคชันหาคู่นอน คู่สัมพันธ์แบบข้ามคืน (วันไนท์แอสตนด์) เป็นอย่างไร					
5.) ท่านมีความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่เป็นผู้ขายบริการทางเพศ เป็นอย่างไร					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อถุงยางอนามัย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงใน ในข้อที่ตรงกับสิ่งที่ท่านคิดมากที่สุด

ข้อคำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ท่านคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ท่านไม่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
2. ท่านคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอจะไม่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างท่านและคู่นอน					
3. ท่านคิดว่าเฉพาะคนที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีความเสี่ยงควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เช่น คู่ที่มาจากความสัมพันธ์แบบข้ามคืน (วันไนท์สแตนด์) คู่ที่มาจากแอปพลิเคชันหาคู่นอน คู่ที่มาจากบริการชื้อบริการทางเพศ					
4. ท่านคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบฝ่ายรุกมีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยจึงไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย					
5. ท่านคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกในการมีเพศสัมพันธ์ของท่านไม่เป็นธรรมชาติ					
6. ท่านคิดว่าการพกถุงยางอนามัยติดตัวไว้เสมอไม่ใช่เรื่องที่น่าอาย					
7. ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีสุขภาพแข็งแรง					
8. ท่านคิดว่าเมื่อท่านใช้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ยาแพร็พ-ยาเป็บ) หรือสวนล้างทวาร หรือหลังภายนอกแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย					
9. ท่านคิดว่าคนที่พกถุงยางอนามัยเป็นคนที่สำส่อน					
10. ท่านคิดว่าผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองและคู่นอนในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					

แบบสอบถามส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัยของท่าน
 คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงใน ในข้อที่ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุด

บุคคลอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิงมีความคาดหวังหรือยอมรับ ในการใช้ถุงยางอนามัยของท่าน			การใช้ถุงยางอนามัยของท่านเกี่ยวข้องกับ ความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในระดับใด		
	ไม่คาดหวัง	ไม่แน่ใจ	คาดหวัง	ไม่เกี่ยวข้องกับ กลุ่มอ้างอิง	ไม่แน่ใจ	เกี่ยวข้องกับ ความคาดหวัง ของกลุ่มอ้างอิง
1. พ่อแม่						
2. พี่น้อง						
3. เพื่อนสนิท						
4. เพื่อน						
5. คนรัก						
6. คู่นอนประจำ						
7. คู่นอนไม่ประจำ						
8. ทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่องค์กร ภาคประชาสังคม						

แบบสอบถามส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงใน ในข้อที่ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุด

หากท่านต้องอยู่ในสถานการณ์ดังต่อไปนี้ ท่านจะมีระดับความสามารถใช้ถุงยางอนามัยหรือขอให้คู่นอนของท่านใช้ถุงยางอนามัยเป็นอย่างไร

สถานการณ์	ระดับความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างท่านและคู่		
	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้
1. ท่านสามารถใช้ถุงยางอนามัยหรือขอให้คู่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อต้องมีเพศสัมพันธ์โดยที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า เช่น การนัดผ่านแอปพลิเคชันหาคู่นอน การซื้อบริการทางเพศ เป็นต้น			
2. ท่านสามารถใช้ถุงยางอนามัยหรือขอให้คู่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อต้องอยู่ในสถานที่ที่มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย เช่น แหล่งรวมตัวของคนที่นิยมมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ผับบาร์ งานราวง เป็นต้น			
3. ท่านสามารถใช้ถุงยางอนามัยหรือขอให้คู่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อต้องมีเพศสัมพันธ์หลังจากที่ท่านดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด			
4. ท่านสามารถใช้ถุงยางอนามัยหรือขอให้คู่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อคนรักหรือคู่นอนประจำของท่านขอไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์			
5. ท่านสามารถใช้ถุงยางอนามัยหรือขอให้คู่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อคู่นอนไม่ประจำของท่านหรือคู่นอนที่มาจากการซื้อขายบริการทางเพศขอไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์			
6. ท่านสามารถจัดหาถุงยางอนามัยมาใช้หรือขอให้คู่ของท่านหาถุงยางอนามัยอนามัยมาใช้ เมื่อท่านหรือคู่ของท่านไม่ได้พกถุงยางอนามัยติดตัวมา			
7. ท่านสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เมื่อคนรักหรือคู่นอนประจำของท่านไม่ยินยอมให้มีการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์			
8. ท่านสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เมื่อคู่นอนไม่ประจำของท่านหรือคู่นอนที่มาจากการซื้อขายบริการทางเพศของท่านไม่ยินยอมให้มีการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์			
9. ท่านสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่มีถุงยางอนามัยให้ใช้ในขณะนั้น หรือเมื่อไม่สามารถจัดหาถุงยางอนามัยมาใช้ในขณะนั้น			

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

นางสาว มนต์ทิวา สุนันตา

ประวัติการศึกษา

ปีการศึกษา 2553

ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลงานตีพิมพ์

1. มนต์ทิวา สุนันตา, “การใช้มาตรการ RRTTR เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ต้องขังของเรือนจำ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ,” วารสารสาธารณสุขสุล่านนา, 15(2), 2562, หน้า 34-43.
2. มนต์ทิวา สุนันตา, “การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564” วารสารสาธารณสุขสุล่านนา, 17(2), 2564, หน้า 26-36.

ประวัติการทำงาน

1 เมษายน 2553 – 31 กรกฎาคม 2555

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

1 สิงหาคม 2555 – 14 กันยายน 2559

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน
อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

15 กันยายน 2559 – 4 กันยายน 2562

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

5 กันยายน 2562 – ปัจจุบัน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่