บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าความรู้ด้านทฤษฎี และผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
3. แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model)
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

โรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

โรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเอดส์ การติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การรับเลือดหรือองค์ประกอบของเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหามากขึ้นเรื่อย ๆ และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักจะมีระยะไม่แสดงอาการนานถึงประมาณ 8-10 ปี แม้ว่าจะมีบางรายอาจจะแสดงอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตในเวลาไม่นาน หรือบางรายอาจจะไม่มีอาการเลยแม้กระทั่งผ่านไปมากกว่า 12 ปีก็ตาม (Pantaleo, Graziosi, & Fauci, 1995) การดำเนินของโรคเอดส์สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะที่สำคัญ คือ

1. ระยะการติดเชื้อปฐมภูมิ (Primary Infection) การเปลี่ยนแปลงในร่างกายในระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายประมาณ 4-11วัน มีการเพิ่มจำนวนของเชื้ออย่างรวดเร็วในกระแสเลือด จนอาจสูงถึง 1 ล้านตัวในเลือด 1 มล. และคงสูงต่อมาอีก 2-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งจะเริ่มมีอาการ ไข้ มีผื่น และต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่เซลล์เป้าหมายทำให้มีการลดจำนวนลงของเม็ดเลือดขาว Lymphocyte ชนิด ซีดีโฟร์ (CD4+) อย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันระบบภูมิคุ้มกันก็จะทำลายไวรัสในกระแสเลือดออกไปอย่างรวดเร็วเช่นกันจนเหลือประมาณ 10,000-100,000 Copies ต่อเลือด 1 มล. และจำนวน ซีดีโฟร์ (CD4+) Lymphocyte ก็จะสูงขึ้นจนใกล้เคียงปกติ และอาการแสดงต่าง ๆ จะหายไป ระยะนี้กินเวลาประมาณ 9 สัปดาห์

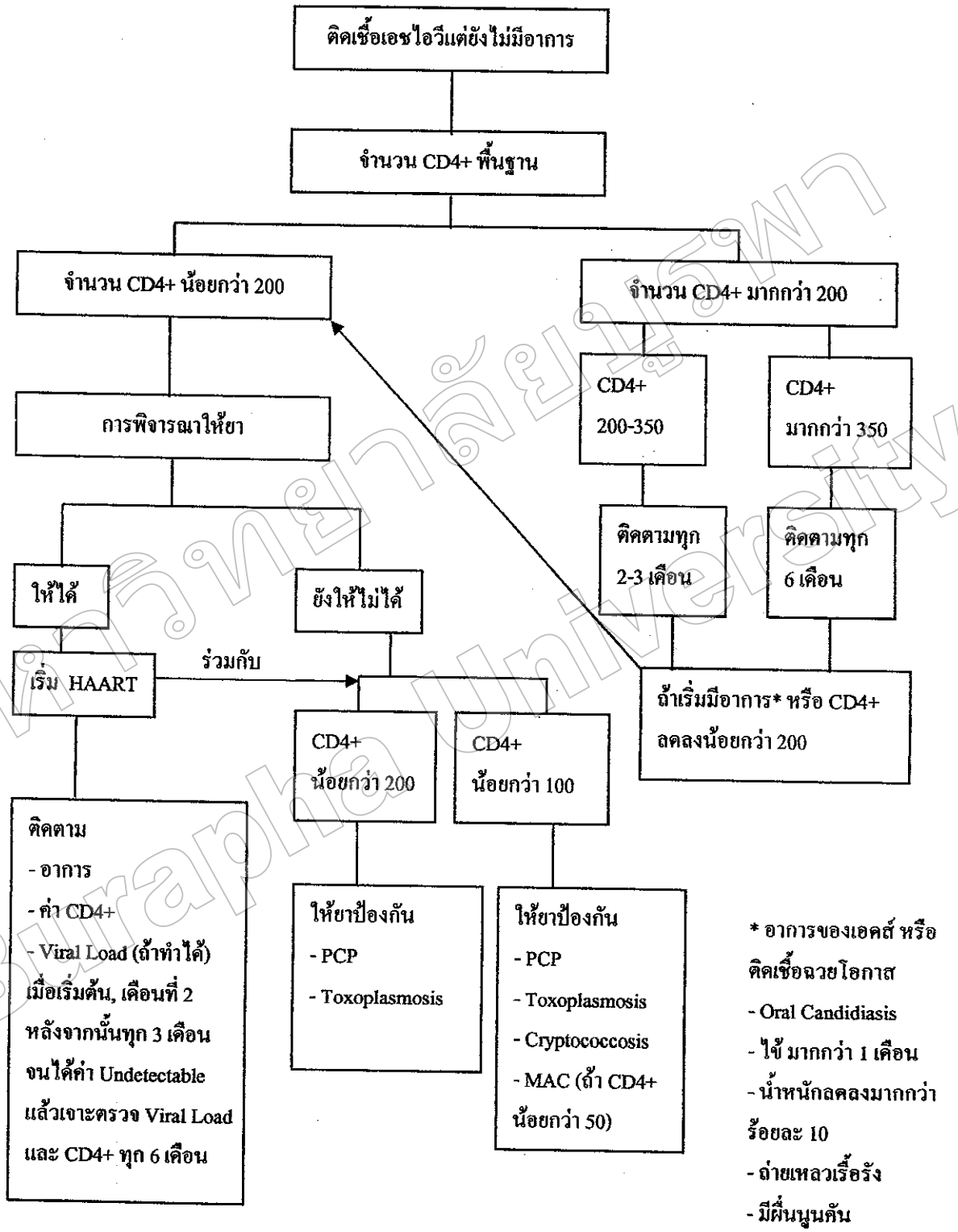
มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

2. ระยะไม่แสดงอาการ (Clinical Latency) เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อจะไม่แสดงอาการใด ๆ ในขณะที่จำนวนเชื้อเอชไอวีก็จะสูงขึ้นอย่างช้า ๆ สัมพันธ์กับจำนวน ซีดีโฟร์ (CD4+) Lymphocyte ที่ค่อย ๆ ลดลงอย่างช้า ๆ เช่นกัน โดยพบว่าส่วนหนึ่งมีการเพิ่มจำนวนของไวรัส เอชไอวีในระบบน้ำเหลือง (Lymphatic System) จำนวนของเชื้อเอชไอวีที่น้อยที่สุด ที่พบในกระแสเลือด ในระยะนี้เรียกว่า Set Point สามารถประมาณระยะเวลาของการแสดงอาการได้โดย ถ้ามากกว่า 100,000 Copies/ ml จำนวน ซีดีโฟร์ (CD4+) จะลดลงอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่ระยะแสดงอาการภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี ถ้าน้อยกว่า 1,000 Copies/ ml ก็จะมีการลดลงอย่างช้า ๆ ของจำนวน ซีดีโฟร์ (CD4+) และอยู่ในระยะไม่แสดงอาการนี้ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป หรือถ้าน้อยกว่า 200 Copies/ ml ยังไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อแสดงอาการเลย แต่อย่างไรก็ดีผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีเชื้อใน Set Point อยู่ระหว่าง 10,000-100,000 Copies/ ml

3. ระยะแสดงอาการ (Symptomatic HIV Infection) เมื่อระดับของซีดีโฟร์ (CD4+) ลดลงจนกระทั่งเหลือน้อยกว่า 200 Cells/ ml ซึ่งเป็นระดับที่ไม่สามารถกระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อต้านต่อเชื้อโรคได้ ผู้ติดเชื้อจะเริ่มมีอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ไม่รุนแรง เช่น การติดเชื้อราในทางเดินอาหาร จนกระทั่งถึงการติดเชื้อวัณโรค การติดเชื้อโปรโตซัวในปอด การติดเชื้อราในสมอง ซึ่งมีความรุนแรงจนทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิต โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อเมื่อเริ่มมีอาการแล้วจะเสียชีวิตภายใน 1-2 ปี เด็กทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา ร้อยละ 80 มักจะแสดงอาการเมื่อมีอายุประมาณ 5 เดือน โดยที่ระดับของเชื้อเอชไอวีในเลือด จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วใน 2-3 เดือนแรก และลดลงอย่างช้า ๆ หลังจาก 1 ปีแรก เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในเด็กยังพัฒนาไม่เต็มที่ เด็กที่ติดเชื้อประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 9 ปี (Hunt, 2004)

การรักษาโรคเอดส์

ปัจจุบันโรคเอดส์รักษาโดยใช้ยาต้านไวรัส ด้วยวิธีให้ยาสามชนิดพร้อมกัน (Triple Therapy) ในประเทศไทยเริ่มรักษาด้วยวิธีนี้ในปี พ.ศ. 2544 โดยพิจารณาให้เริ่มยาต้านไวรัสเมื่อตรวจพบจำนวน ซีดีโฟร์ (CD4+) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 Cells/ ml ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการ และทุกรายที่มีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส หลังจากที่ให้การรักษา และให้ยาป้องกันจนมั่นใจว่าไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส (สัญชัย ชาสมบัติ, 2546) ไม่ควรให้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ และซีดีโฟร์มากกว่า 200 Cells/ ml และในผู้ป่วยที่ยังไม่มีความพร้อมในการได้รับยา เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจและไม่สามารถกินยาอย่างต่อเนื่อง เพราะอาจเกิดปัญหาดื้อยาในภายหลังได้ (Dybul, 2002) ซึ่งมีแนวทางการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ (สัญชัย ชาสมบัติ และคณะ, 2546)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การรักษาโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยวิธีให้ยาต้านไวรัสสามชนิด (Triple Therapy or HAART) มีประสิทธิภาพในการรักษาอยู่ในระดับที่น่าพอใจคือสามารถทำให้จำนวนไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดลดลงได้ถึง 10 เท่า ภายใน 2-8 สัปดาห์ และลดลงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งต่ำกว่า 50 Copies/ ml ภายใน 4-5 เดือนของการรักษา (HHS, 2001 อ้างถึงใน สัญชัย ชาสมบัติ และคณะ, 2546) ในขณะเดียวกันจำนวนซีดีโฟร์ (CD4+) ก็จะสูงขึ้น ผู้ติดเชื้อจะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่เดือนแรกของการได้รับยาต้านไวรัส

สูตรการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน (สัญชัญ ชาสมบัติ และคณะ, 2546) คือสูตรยา 3 ชนิดได้แก่

1. ยา 2 ชนิดจากกลุ่ม Nucleoside (NRTIs) กับยา 1 ชนิดจากกลุ่ม Non-Nucleoside (NNRTIs)

2. ยา 2 ชนิดจากกลุ่ม Nucleoside (NRTIs) กับยา 1 ชนิดจากกลุ่ม Protease Inhibitors (PIs) และใช้ Retronavir (RTV) เพื่อเสริมฤทธิ์ของยา Indinavir (IDV) และ Saquinavir (SQV) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สูตรการรักษาโรคเอดส์ที่เป็นมาตรฐานของประเทศไทย

Nucleoside (NRTI)		Non-nucleoside (NNRTI)
Stavudine (D4T)	+ Lamivudine (3TC)	+ Nevirapine (NVP)
Stavudine (D4T)	+ Lamivudine (3TC)	+ Efavirenz (EFV)
Zidovidine (AZT)	+ Lamivudine (3TC)	+ Nevirapine (NVP)
Nucleoside (NRTI)		+ Protease Inhibitors (PI)
Stavudine (D4T)	+ Didanosine (ddI)	+ Indinavir (IDV) Retronavir (RTV)
Zudovidine (AZT)	+ Didanosine (ddI)	+ Saquinavir (SQV) Retronavir (RTV)

อย่างไรก็ดี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักจะได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเริ่มมีอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว ดังนั้นจำนวนซีดีโฟร์ (CD4+) มักน้อยกว่า 200 Cells/ ml การให้ยาต้านไวรัสมักจะชะลอเวลาออกไปเนื่องจากจะต้องรักษากับการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีอยู่ก่อน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัญหาการดื้อยา ที่ถึงแม้ว่าจะสามารถกินยาตรงเวลาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้วก็ตาม เมื่อกินยาไประยะหนึ่ง เชื้อเอชไอวีบางส่วนจะเกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) และทนต่อยาต้านไวรัส ทำให้ยาไม่สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีได้อีกต่อไปซึ่งการดื้อต่อยานี้จะเกิดขึ้นแตกต่างกันในผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสแต่ละคน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ดังนั้นต้องคำนึงถึงการไม่รับเชื้อเอชไอวีที่ดื้อต่อยาจากคู่นอนหรือแพร่เชื้อเอชไอวีที่ดื้อต่อยาของตนเองไปยังคู่นอนจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยพบว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมีโอกาสดื้อยาได้ร้อยละ67 คู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมีโอกาสดื้อยาได้ร้อยละ 49 (Napravnik, 2005) โดยที่การดื้อยาอาจจะเกิดในยาตัวใดตัวหนึ่งหรือมากกว่าก็ได้ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนยาก่อนเวลาอันสมควรและมีโอกาสเกิดการดื้อยาตัวอื่น ๆ ในกลุ่มที่เคยดื้อยาแล้วด้วย (Holodniy, 2005) และถ้าดื้อต่อยาทุกตัวผู้ติดเชื้อก็จะเริ่มมีอาการของภูมิคุ้มกันบกพร่อง และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ความหมายของพฤติกรรมทางเพศ

จากการศึกษาค้นคว้าในตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย (Unsafe Sex) เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งมีความหมายเชื่อมโยงกันโดยที่มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไว้ไม่มากนัก ส่วนใหญ่นักวิจัยเป็นผู้ให้ความหมายไว้ซึ่งพอประมวลได้ดังนี้

เคอร์เคนดอลล์ (Kirkendall, 1965 อ้างถึงใน กิ่งกาญจน์ กาบเครือ, 2546) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมทางเพศว่าเป็นสัญชาตญาณ (Sexual Instinct) อย่างหนึ่งตามธรรมชาติของมนุษย์ เพราะมนุษย์เกิดมาพร้อมด้วยเพศ ความสุข ความสำเร็จของมนุษย์และสมาชิกในครอบครัวพึงจะได้รับขึ้นอยู่กับความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการปรับตัวทางเพศ และการแสดงบทบาททางเพศที่ถูกต้อง

ซิกมันด์ ฟรอย์ กล่าวว่ามนุษย์มีสัญชาติญาณทางเพศมาตั้งแต่เกิดซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เพราะทางชีววิทยานั้นถือว่ามนุษย์มีสัญชาตญาณตามธรรมชาติอยู่ 2 อย่างคือสัญชาตญาณของความอยู่รอด และสัญชาตญาณของการสืบพันธุ์ (อนงค์ ชีระพันธุ์, ปนัทดา เผือกพันธ์ และสำเริง จันทรสุวรรณ, 2544)

เฮอร์ลอค (Hurlock, 1974 อ้างถึงใน กิ่งกาญจน์ กาบเครือ, 2546) เน้นถึงพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นว่าเป็นระยะที่มักมีเรื่องรักใคร่ทั้งเด็กชายและเด็กหญิง มีความสนใจอย่างจริงจังในทุกแง่มุมเรื่องเพศ เกิดความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งทำให้ใฝ่หาความรู้และการอ่านหนังสือ แล้วในที่สุดก็เกิดการทดลองเพราะวัยรุ่นมีความพร้อมทางร่างกายที่จะสืบพันธุ์หรือให้กำเนิดทารกได้ ส่วนจิตใจก็มีความเจริญทางเพศ เช่นมีความสนใจต่อเพศตรงข้าม อยากมีคู่รักหรือแฟน มีความรู้สึกทางเพศหรือมีกามารมณ์ทางเพศ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ (2524 อ้างถึงใน กิ่งกาญจน์ กาบเครือ, 2546) กล่าวว่าพฤติกรรมทางเพศ (Sexual Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ครอบคลุมทั้งสองลักษณะ คือพฤติกรรมที่อยู่ภายใน (Inner) และพฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก (Outer) เรื่องของความต้องการทางเพศหรือการร่วมเพศในทัศนะของนักจิตวิทยาไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้ แต่เป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่พร้อมจะแสดงออกเมื่อร่างกายถึงวุฒิภาวะ เพราะฉะนั้นมนุษย์จึงแสดงออกถึงเรื่องเพศตลอดเวลาทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว

ศุภชัย สายศร, ฟริทส์ วัน กรีนสแวน และปีเตอร์ คิลมาร์ค (2543) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นเป็นการมีคู่นอนจำนวนหลายคน มีเพศสัมพันธ์โดยการสอดใส่ทางอวัยวะเพศหรือทวารหนัก การสัมผัสอวัยวะเพศภายนอกหรือเพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก รักร่วมเพศ การถูกข่มขู่บังคับทางเพศ รวมถึงการซื้อและขายบริการทางเพศ

ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

โชติ เขมฤทธิ์อำพล (2536 อ้างถึงใน สมคิด วงศ์พิพันธ์, 2541) กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์จำแนกเป็น 3 ทาง คือพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้แก่การใช้อุปกรณ์บางอย่างร่วมกับผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์ เช่น ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บ อุปกรณ์เจาะหู เข็มที่ใช้สักคิ้วและฝังเข็ม พฤติกรรมทางเพศ เกิดจาก การมีความต้องการทางเพศและเปลี่ยนคู่นอน และมีเพศสัมพันธ์กับโสเภณีและพฤติกรรมการเสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

ปวีณา สายสูง (2541 อ้างถึงใน อนงค์ ชีระพันธ์ และคณะ, 2544) กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษา ระดับอาชีวศึกษา เป็นการมีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ดื่มสุราก่อนมีเพศสัมพันธ์และไม่ใช้ถุงยางอนามัย

อุบลรัตน์ ธนรุจิวงศ์ (2547) กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษา ระดับ ปวช. ปี 2 เป็นการมีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก เพื่อน คนรู้จักผิวเผิน หญิงบริการทางเพศ และกับเพศเดียวกัน รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงิน หรือสิ่งตอบแทน โดยไม่สวมถุงยางอนามัยการใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์

ถวัลย์ อยู่สุวรรณ, มัลลิกา สงเคราะห์, สมจิต ทับมา และวิชิต อินทร์ลำพันธ์ (2547) กล่าวว่า พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรอายุ 15-29 ปี เป็นการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย การมีเพศสัมพันธ์คนรักหรือเพื่อนสนิท การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศหรือบุคคลอื่นมากกว่า 1 คน และการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายโดยไม่มีการสวมถุงยางอยามัย

ซิลเวอร์สไตน์, แอลวิน, เวอร์จิเนีย และนัน (Silverstein, Alvin, Virginia, & Nunn, 1999) กล่าวว่าเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยหมายถึงการมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีใดก็ตามโดยไม่มีการป้องกัน

การแลกเปลี่ยนสารคัดหลั่งของร่างกาย ความเสี่ยงจะสูงขึ้นถ้ามีคู่นอนหลายคน โดยที่ในสหรัฐและยุโรป การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexual) ในขณะที่แอฟริกา เอเชียและส่วนอื่น ๆ ของโลกเป็นการติดเชื้อในกลุ่มรักต่างเพศ (Heterosexual)

คาร์เตอร์ (Carter, 2006) กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของประชากรทั่วไป เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์การมีคู่นอนหลายคนและการไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

สรุปได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดและทางทวารหนักโดยไม่สวมถุงยางอนามัยรวมถึงการมีคู่เพศสัมพันธ์หลายคนและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

เป็นที่ทราบกันอยู่ทั่วไปว่าสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งส่วนมากเกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์และผู้ติดเชื้อไวรัสส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งยังคงมีความต้องการมีเพศสัมพันธ์ยิ่งถ้าได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยิ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีสุขภาพดีขึ้น ก็จะมีความต้องการทางเพศมากขึ้น จึงต้องมีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มนี้ เพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นและรับเชื้อเพิ่มซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์โดยตรงและส่งผลต่อปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

งานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในรูปแบบต่าง ๆ มีดังนี้

ชุติมา พรหมศร, ปัทมาวดี เติมวิเศษ, นพรัฐ จำปาเทศ และอารี รามโกมุท (2547) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โดยศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ทราบผลเลือดของตนเองแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนที่มารับบริการปรึกษาครั้งแรก ณ คลินิกปรึกษาสุขภาพ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 146 คน ผลการศึกษาในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ยังคงมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 69.2 ในผู้ที่ยังมีเพศสัมพันธ์ มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง 60.4 ใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งหรือไม่ใช้เลยร้อยละ 39.6 การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อรวมทั้งสามารถรับเชื้อเพิ่มเข้าสู่ร่างกายของตนเอง

คาลิชแมน, รอมป้า และเคก (Kaliman, Rompa, & Cage, 2000) ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแอตแลนต้า สหรัฐอเมริกา จำนวน 340 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 78 ยังคงมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาและร้อยละ 12 มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แสดงว่ามีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยจึงเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

รอทเทอร์แรม โบรัส และคณะ (Rotheram Borus et al., 2001) ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 14-23 ปี ที่ติดสารเสพติด จำนวน 350 คน พบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนคู่นอนในช่วงชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 และใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 8 เท่านั้น

สเทอร์ดิแวนท์ และคณะ (Sturdevant et al., 2001) ศึกษาหญิงวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 242 คน และไม่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 131 คน พบว่า ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีใช้ถุงยางอนามัย 100% เมื่อมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 คิดเป็นร้อยละ 41.4 และ 19.5 ตามลำดับ

โวล์ฟ และคณะ (Wolf et al., 2003) ศึกษาความชุกของการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุมากกว่า 16 ปี จำนวน 4,723 คน ในประเทศสวิสเซอร์แลนด์พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 55 มีคู่นอนประจำ ร้อยละ 19 มีคู่นอนชั่วคราว ใน 6 เดือนที่ผ่านมา อีกร้อยละ 6 มีทั้งคู่นอนประจำและคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 82 ของคู่นอนประจำยังคงมีเพศสัมพันธ์และร้อยละ 76 ของกลุ่มนี้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ซึ่งในภาพรวมพบว่าร้อยละ 12 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย

พาลีพู และคณะ (Palepu et al., 2004) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดแอลกอฮอล์ไว้ว่าหมายถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย การมีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า1คน และการขายบริการทางเพศ รวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์จัดมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

โฮรอดนี (Holodniy, 2005) ให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นการสอดใส่อวัยวะเพศในช่องคลอด หรือทวารหนักโดยไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยหรือมีกิจกรรมทางเพศที่มีการสัมผัสสารคัดหลั่งโดยตรง ซึ่งนำสู่การแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่นอนได้แก่ พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย การมีคู่นอนหลายคนและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์

ซาน่า และคณะ (Sarna et al., 2005) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสชนิด HAART จำนวน 179 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 143 คน พบว่า ช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีเพศสัมพันธ์กับคู่ร้อยละ45 เป็นผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 53 และยังไม่ได้รับยา ร้อยละ 47 ทั้งสองกลุ่มมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ (Regular Partner) ร้อยละ 92 และเมื่อเปรียบเทียบกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 97 และร้อยละ 88 ตามลำดับ ส่วนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว (Casual Partner) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้าน

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 3 และร้อยละ 23 ตามลำดับ และช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาผู้ที่รับยาต้านมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน 2 คน หรือมากกว่า (Multiple Partner) และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 1 และร้อยละ 13 ตามลำดับ และพบว่าครั้งสุดท้ายของการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำของผู้ที่รับยาต้านไวรัสและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสใช้ถุงยางอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 93 และร้อยละ 77 ตามลำดับ ส่วนความสม่ำเสมอของการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำในกลุ่มที่รับยาต้านและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 53 และร้อยละ 22 ตามลำดับ

สรุปได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับยาต้านไวรัส ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่และเป็นปัญหาที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์จากการมีพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลเหล่านี้

แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ของ โรเซนสต๊อค (Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน อมรรัตน์ ทรัพย์มูล, 2547) ได้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบาย เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยมีพื้นฐานแนวความคิดว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรม โดยบุคคลจะเลือกการะทำในสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเอง โรเซนสต๊อคได้สรุปว่าการที่บุคคลจะหาทางหลีกเลี่ยงและป้องกันโรคนั้นขึ้นอยู่กับการที่เขารับรู้ว่าตนเองมีโอกาสต่อการเกิดโรคและมองเห็นถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายให้แก่ชีวิตอีกทั้งยังมองเห็นถึงประโยชน์ในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อลดโอกาสเสี่ยง และความรุนแรง ต่อมารูปแบบนี้ได้รับการปรับปรุงในปี ค.ศ. 1974 โดยเบคเกอร์ (Becker) ซึ่งแสดงความชัดเจนของตัวแปรที่มีผลโดยตรงต่อการจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (Pender, 1996)

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสุขภาพของบุคคลได้ รูปแบบพฤติกรรมด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมีเป้าหมายในระยะแรกเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกัน แต่ต่อมาได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการปฏิบัติและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลเพื่อที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องสุขอนามัย รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลซึ่งจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง (Becker, 1974; Krirscht, 1974; Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน วัลลา ตันตโยทัย, 2543)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

กลุ่มบุคคลที่ร่วมกันพัฒนาแบบจำลอง คือ Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, Howard Leventhal และ Irvin M. Rosenstock (Maimam et al., 1974 อ้างถึงใน วัลลา ตันตโยทัย, 2543) โดยได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin โดยมีพื้นฐานมาจาก Social Psychologic Theory ซึ่งมีแนวคิดว่าขอบเขตชีวิต (Life Space) ของคนเรานั้น ประกอบด้วยขอบเขตที่มีการให้คุณค่าในทางบวก (Positive Valent) ขอบเขตที่มีการให้คุณค่าทางลบ (Negative Valent) และขอบเขตที่เป็นกลาง (Relative Neutral) ความเจ็บป่วยหรือโรคอยู่ในขอบเขตลบ จึงเกิดแรงผลักดันเพื่อให้บุคคลหลีกหนีออกจากขอบเขตนั้น กิจกรรมในแต่ละวันของบุคคล จึงเป็นกระบวนการของการดึงเข้าสู่ขอบเขตทางบวก และการผลักดันให้ออกจากขอบเขตทางลบ (Pender, 1996)

องค์ประกอบ (Components) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ปัจจัยร่วม (Modify Factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตนในการป้องกันโรคตามคำแนะนำด้านสุขภาพต่อเมื่อมีการรับรู้ที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านั้นจึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากัน หรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งมีรายงานการวินิจฉัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้บุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อหรือความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ แจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984 อ้างถึงใน อมรรัตน์ ทรัพย์มูล, 2547) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1974-1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85

และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติได้แก่

2.1 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (Demographic Variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม (Socio Psychological Variables) เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม

2.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural Variables) เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น

2.4 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ หรือตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to Action) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง (Internal Cues) เช่นการรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (External Cues) เช่น ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่าง ๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น ปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยผ่านการรับรู้ถึงภาวะถูกคุกคามต่อการเกิดโรค (Perceived Threat)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action) มี 2 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล คือ

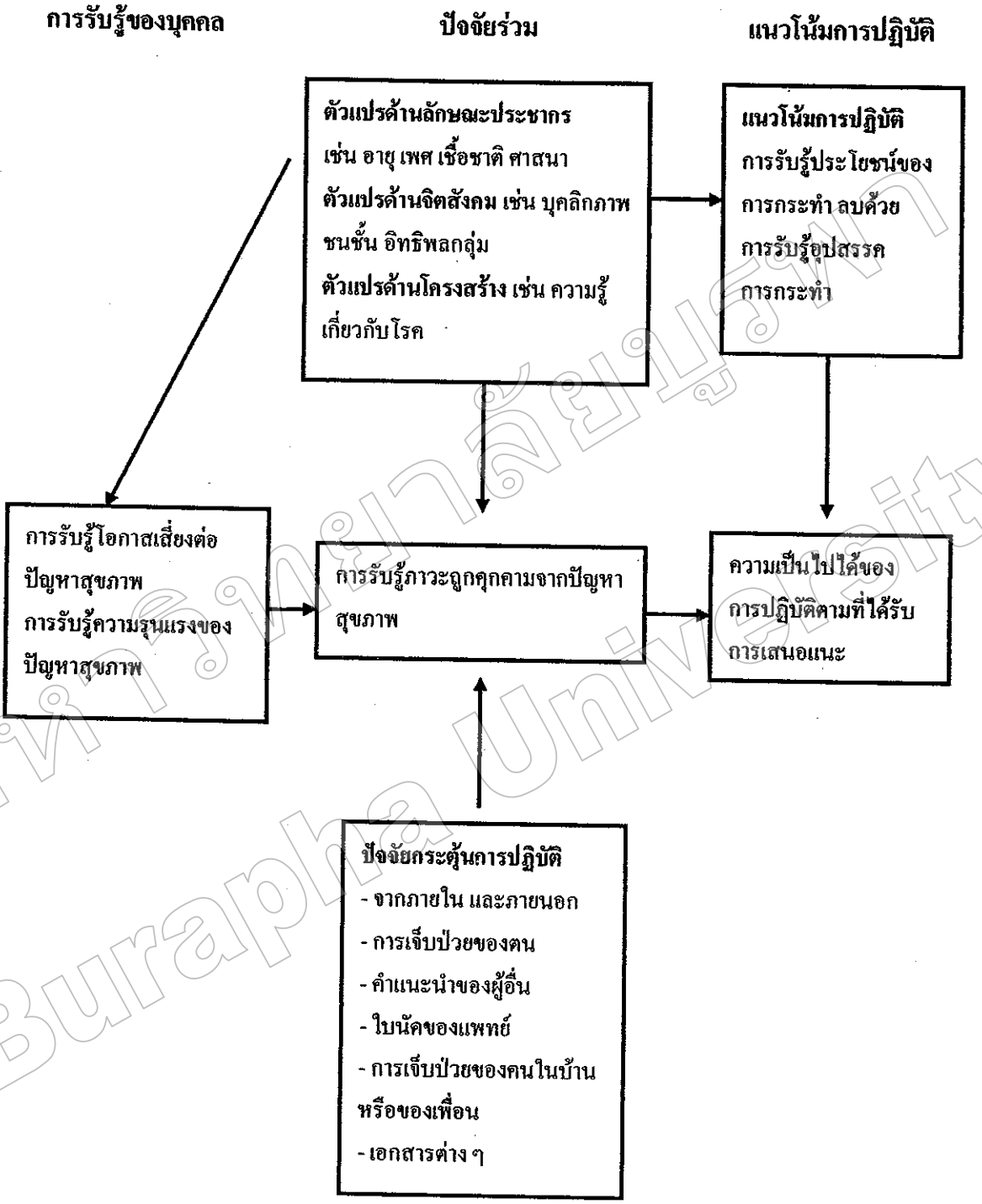
3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดี ของเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ แจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984 อ้างถึงใน อมรรัตน์ ทรัพย์มูล, 2547) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

3.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่นการตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือไม่สะดวกสบาย หรือในการมารับบริการ

หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ฉะนั้น บุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

งานวิจัยที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้แก่ การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของเยาวชนในสถานศึกษาเขตเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด (สมคิด วงศ์พิพันธ์, 2541) และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์: ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ (อมรรัตน์ ทรัพย์มูล, 2547)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, Haefner, & Kasl, 1977 อ้างถึงใน วัลลา ตันตโยทัย, 2543)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประมวลตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

เพศ (Gender)

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ บทบาทหญิงชายเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งถูกปลูกฝังและปรุงแต่งโดยบทบาทหญิงชายที่แตกต่างกันของผู้ชายและผู้หญิง ในสังคมไทยผู้ชายถูกเลี้ยงดูมาแบบให้มีสถานะภาพและอำนาจทางเพศสูงกว่าผู้หญิง สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นอย่างเด่นชัดในการแสดงออกทางเพศ ความรู้สึกรับผิดชอบต่อการกระทำทางเพศ (เบญจา ยอดนิยม-แอ็ตติกจ์, 2542 อ้างถึงใน จิรดา เอี่ยมระหงษ์, วิโรจน์ เอี่ยมระหงษ์ และโชคชัย อินทรประสงค์, 2544) เพศชายมักเป็นผู้กำหนด และควบคุมกิจกรรมทางเพศเกือบทั้งหมด โดยเพศหญิงมักเป็นผู้ที่ต้องตอบสนองทางเพศให้กับเพศชาย ทำให้มีอำนาจต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ได้น้อย (รัจรี นพเกตุ, 2542) โดยที่ผู้หญิงต้องเป็นฝ่ายรองรับความต้องการของผู้ชาย ไม่มีอำนาจปกป้องตนเองทั้งจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสของผู้ชาย (วารุณี ฟองแก้ว, 2540 อ้างถึงใน จิราลักษณ์ จงสถิตมั่น, เรณู อรรถฐาเมศร์ และพึงพิศ จักรปิง, 2543)

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีดังนี้

ปวีณา สายสูง (2541) ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษา ระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อนงค์ ชีระพันธุ์ และคณะ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 400 คน พบว่า เพศของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวันรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศจีพร พงษ์ผล (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทวิมาตรฐานทางเพศกับแนวโน้มการมีพฤติกรรมเสี่ยงเอดส์ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 622 คน พบว่า นักเรียนชายมีทวิมาตรฐานทางเพศ (ยอมรับว่าเป็นพฤติกรรมของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง) ในเรื่อง การดื่มเหล้า ธรรมชาติของผู้ชายต้องเจ้าชู้ การสูบบุหรี่ การเที่ยวสถานเริงรมย์ การเกี้ยวผู้หญิง การมีคู่นอนหลายคน การยอมรับได้หากพี่น้องผู้ชายที่ยังโสดพกพาถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การซื้อบริการทางเพศ การเป็นฝ่ายเริ่มชักชวนในการใช้ถุงยางอนามัย และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

รอทเทอร์แรม โบรัส และคณะ (Rotheram Borus et al., 2001) ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 14-23 ปี ที่ติดสารเสพติด จำนวน 350 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 72.6 กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของจำนวนคู่นอนในช่วงชีวิตเท่ากับ 25 โดยที่เพศชายมีจำนวนคู่นอนมากกว่าเพศหญิง

โวล์ฟ และคณะ (Wolf et al., 2003) ศึกษาความชุกของการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุมากกว่า 16 ปี จำนวน 4723 คน ในประเทศสวิสเซอร์แลนด์พบว่าเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าเพศหญิง

ซาน่า และคณะ (Sarna et al., 2005) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสชนิด HAART และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 322 คน พบว่า เพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศชายมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย ร้อยละ 71 เพศหญิงชายมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย ร้อยละ 54

อายุ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศโดยตรง อายุของบุคคลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

วันทนีย์ วาสิกะสิน (2526) กล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมทางเพศระหว่างบุคคล 2 คน เมื่ออยู่ในวัยที่มีวุฒิภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ (อายุ 22-40 ปี) จึงถือเป็นเรื่องปกติและเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่งที่อยู่ภายใต้พฤติกรรมทางสังคม แต่ถ้าพฤติกรรมทางเพศระหว่างบุคคลที่อยู่ในภาวะที่ไม่พร้อม ไม่เหมาะสมกับวัยหรือเป็นพฤติกรรมที่มาจากความรู้ ความเชื่อ หรือมีทัศนคติที่ผิด ๆ แล้วผลที่เกิดจากการมีพฤติกรรมทางเพศนี้ก็อาจจะกระทบถึงบุคคลอื่น ๆ ในสังคม และจะเลยไปถึงการสร้างปัญหาให้ผู้อื่นหรือคนในสังคมส่วนรวมได้ (วันทนีย์ วาสิกะสิน, 2526 อ้างถึงใน อนงค์ ชีระพันธุ์ และคณะ, 2544)

อนงค์ ชีระพันธุ์ และคณะ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 400 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โวล์ฟ และคณะ (Wolf et al., 2003) ศึกษาความชุกของการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุมากกว่า 16 ปี จำนวน 4,723 คน ในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยที่บุคคลที่มีอายุมากกว่า 41 ปี จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อยกว่า

ระยะเวลาที่อยู่กันเป็นคู่ชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

สเทอร์ดีแวนท์ และคณะ (Sturdevant et al., 2001) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมป้องกันทางเพศสัมพันธ์กับลักษณะทางประชากรของคู่นอนของหญิงวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 242 คน และไม่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 131 คน พบว่า ระยะเวลาที่อยู่เป็นคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับคู่นอนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่ยิ่งอยู่ด้วยกันนานจะยิ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น

แรงจูงใจต่อการมีบุตรกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

เมื่อบุคคลมีความต้องการ เนื่องจากสภาวะขาดสมดุล ก็จะเกิดแรงผลักดัน แรงกระตุ้น ความปรารถนาหรือความรู้สึกที่จะเป็นพลังให้ได้ในสิ่งที่ปรารถนา ซึ่งก็คือบุตร จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อจุดมุ่งมาย ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ตามมา ในความคิด ความรู้สึกของคนส่วนใหญ่ถือว่าการมีบุตรทำให้ครอบครัวมีความสมบูรณ์ บุตรเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคนสองคน เป็นศูนย์กลางของความรัก ทำให้ครอบครัวมีความเป็นครอบครัวยิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก็มีความรู้สึกต้องการมีบุตรและอยากที่จะตั้งครรภ์เช่นเดียวกัน จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

แรงจูงใจต่อการมีบุตรและการตั้งครรภ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ไซเกิล และสลิมชอร์ (Siegel & Schrimshaw, 2001) ศึกษาเหตุผลและการตัดสินใจในการตั้งครรภ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง จำนวน 51 คน พบว่าเหตุผลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องการมีบุตรมีดังนี้ 1) สามีต้องการมีบุตร 2) ประสบความล้มเหลวจากการคลอดบุตรครั้งที่ผ่านมา 3) มีความเชื่อว่าการมีบุตรเป็นความรู้สึกที่สมบูรณ์แบบ รู้สึกประสบความสำเร็จและมีความสุข ซึ่งการตัดสินใจมีบุตร เพราะมีความเชื่อที่สนับสนุนการตั้งครรภ์ ดังนี้คือ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนอื่นสามารถมีบุตรที่มีสุขภาพดีได้ 2) มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยา AZT (Zidovudine) ว่าจะช่วยลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่บุตรและทำให้ทารกมีสุขภาพที่ดีได้ 3) มีความศรัทธาต่อพระเจ้าว่าจะปกป้องบุตรได้ 4) รู้สึกว่ายังอยู่ในวัยสาวและมีสุขภาพดี รวมทั้งการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อได้ 5) มีความรู้สึกที่ดี และยังสามารถมีบุตรได้ในเวลานี้

ไคลน์, โจเซฟ, ทอนตัน และซอเออร์ (Klein, Joseph, Thornton, & Sauer, 2003) ศึกษาแรงจูงใจต่อการมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่คู่ชีวิตมีผลเลือด Anti-HIV Negative จำนวน 50 คู่ โดยการใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์ พบว่า 80% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว จะมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย เพราะตั้งใจที่จะมีบุตรเพิ่ม จำนวน 9 คู่เคยมีบุตรมาก่อน (3 ใน 9 คู่ทราบผลเลือดก่อนคลอด) 4 คู่ ยังคงมี

เพศสัมพันธ์ก่อนทำการศึกษา มี 6 คนบอกว่าถ้าไม่มีวิธีอื่นช่วยในการสืบพันธุ์ จะใช้วิธีมีเพศสัมพันธ์ในวันที่คาดว่าจะมีการตกไข่

ชิน, ฟิลลิป, คาโนส, คอริน และมิว (Chen, Phillips, Kanouse, Collins, & Miu, 2001) ศึกษาความปรารถนาและจุดมุ่งหมายที่จะมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งชายและหญิง จำนวน 1,421 คน พบว่า 28% ถึง 29% มีความต้องการที่จะมีบุตร โดยอ้างว่าการมีบุตรเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในชีวิต

โซเวลล์, ฟิลลิฟ และมิซีเนอร์ (Sowell, Phillips, & Misener, 1999) ศึกษาแรงจูงใจต่อการมีบุตรของครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงจำนวน 45 คน พบว่า สามีหรือคู่ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องการมีลูกถึงร้อยละ 55.6 และผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องการตั้งครรภ์ และปรารถนาที่จะมีบุตรไม่แตกต่างกับผู้หญิงทั่วไปในลักษณะของการมีเป้าหมายของชีวิต การได้รู้สึกถึงการเป็นผู้หญิงอย่างแท้จริง และความสามารถทางเพศ ซึ่งการที่คู่ชีวิตที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุขัยที่ยาวนานขึ้น รวมทั้งการลดลงของโอกาสติดเชื้อจากแม่สู่ลูกทำให้มีความต้องการมีลูกมากขึ้นและต้องการวิธีที่ปลอดภัยเพื่อที่จะมีลูกไม่ติดเชื้อเอชไอวี (Klein, 2003)

อิงเรท (Englert, 2001) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสกำลังมีความสนใจสำหรับโอกาสในการตั้งครรภ์ โดยอาศัยความสามารถในทางการแพทย์ที่สามารถลดการปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีจากตัวอสุจิ แต่ในขณะเดียวกันรูปแบบของการให้คำแนะนำ และคำปรึกษาในลักษณะเดิมที่ไม่แนะนำให้ผู้ติดเชื้อเหล่านี้ตั้งครรภ์ เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Vertical Transmission) และความเสี่ยงในการแลกเปลี่ยนเชื้อที่ดื้อยาให้แก่คู่สมรส (Horizontal Resisted Viral Transmission)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในการรักษา และต้องการมีบุตร ในกรณีผลการตรวจเลือดของคู่สมรสคนใดคนหนึ่งติดเชื้อเอชไอวี มีข้อเสนอแนะให้เปิดเผยผลเลือด ต้องมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และต้องได้รับการปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ ถึงเรื่องความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อสู่คู่สมรสและทารก รวมถึงการให้การปรึกษาเรื่องสุขภาพทั้งในปัจจุบันและในอนาคตของคู่สมรสที่ได้รับเชื้อ และตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ทั้งก่อนและหลังการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ต้องไม่ปรากฏอาการของโรคเอดส์ ตามนิยามของโรคเอดส์ระดับของ RNA ไวรัสน้อยกว่า 400 Copies/ ml รวมถึงสูตรยาต้องปราศจากตัวยาที่เป็นอันตรายต่อทารก ควรได้รับการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเหมาะสม (ระดับเชื้อไวรัสและจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 อยู่ในระดับคงที่ เหมาะสม) ส่วนกรณีที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นบวกทั้งคู่ควรมีพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเช่นกันเพราะมีโอกาสในการแพร่เชื้อดื้อยาและมีการติดเชื้อซ้ำครั้งที่ 2 (Superinfection) (Thornton, Romanelli, & Collins, 2004)

นอกจากนี้ยังแนะนำว่า ควรมีการพิจารณาเป็นพิเศษ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงขนาดของยาต้านไวรัส เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในขณะตั้งครรภ์ และมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลกระทบ ทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อทารกในครรภ์และเด็กแรกเกิด (Public Health Service Task Force, 2003 cited in Thornton, 2004)

สรุปว่าแรงจูงใจต่อการมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังคงมีอยู่ซึ่งเกิดจากจุดมุ่งหมายต่าง ๆ รวมถึงความรู้สึกมั่นใจในการรักษาและอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกที่ลดลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังต้องการโอกาสในการตั้งครรภ์และมีบุตร เช่นเดียวกับคนทั่วไป

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights)

ถึงแม้ว่ายาต้านไวรัสจะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์แต่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังมีความต้องการอยากมีบุตร โดยอ้างสิทธิในการตั้งครรภ์ จากการศึกษาโครงการเสียงและทางเลือกของผู้หญิงที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเอชไอวี ของมูลนิธิรักษ์ไทย พบว่าผู้หญิงส่วนใหญ่คิดว่าการมีบุตรทำให้ครอบครัวสมบูรณ์ และเห็นว่าสิทธิที่จะเลือกมีบุตรหรือไม่มี ควรเป็นไปตามความสมัครใจจากการตัดสินใจเลือกของแต่ละบุคคล และครอบครัวมากกว่าที่จะถูกกำหนดด้วยการวางเงื่อนไขไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมจากเงื่อนไขทางการแพทย์และหญิงติดเชื้อส่วนมากต้องการมีคู่ครองและมีเพศสัมพันธ์กับคู่แต่สังคมมองในแง่ลบคิดว่าเป็นความเห็นแก่ตัวทำให้ผู้หญิงขาดความมั่นใจในการเปิดเผยตัวกับครอบครัวว่าตนเองติดเชื้อ รวมทั้งขาดอำนาจต่อรองในการกำหนดวิธีการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการแลกเชื้อและ/ หรือรับเชื้อเพิ่มจากคู่ของตนส่วนประเด็นทางเลือกผู้หญิงติดเชื้อยังไม่มีทางเลือกมากนัก โดยเฉพาะเรื่องของการตัดสินใจมีหรือไม่มีบุตร เพราะไม่มีข้อมูลมากเพียงพอที่จะตัดสินใจ ส่วนมากจะตัดสินใจตามข้อมูลที่ได้รับเพียงด้านเดียว หรือการบังคับทางอ้อมผ่านความหวังดีของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หรือเงื่อนไขของการให้ความช่วยเหลือที่บังคับให้เลือก (มูลนิธิรักษ์ไทย, 2548)

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ครอบคลุมสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษยชน สิทธิขั้นพื้นฐานของคู่สมรส และของบุคคลที่จะตัดสินใจโดยอิสระ รวมถึงมีความรับผิดชอบเกี่ยวกับจำนวนบุตร ซึ่งประกอบด้วย

1. สิทธิที่จะได้รับมาตรฐานสูงสุดด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ
2. สิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการให้กำเนิด โดยปราศจากการกีดกันขู่บังคับ หรือใช้กำลัง ในการใช้สิทธินี้ต้องรับผิดชอบต่อชุมชนและอนาคตของบุตรหลาน (ภัสสร ลิมานนท์, 2547)

สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเรื่องเพศ และการเจริญพันธุ์นั้นประกอบด้วยสิทธิมนุษยชนรวมกันอย่างน้อย 12 ข้อ คือ (ณัฐยา บุญภักดี, 2547)

1. สิทธิในชีวิต คือต้องไม่มีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ไม่มีผู้หญิงที่ต้องท้องทั้งที่อายุน้อยเกินไป มากเกินไป หรือตั้งท้องถี่จนเกินไป

2. สิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัย โดยทั้งหญิงและชายต้องเลือกได้ว่าจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่มี มีกับใคร มีอย่างไร เป็นการมีเพศสัมพันธ์แบบที่จะนำไปสู่การมีบุตร หรือไม่มีบุตร ต้องไม่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ แม้แต่การบังคับโดยคู่ของตนเอง การไม่ถูกบังคับให้ท้อง การไม่ถูกบังคับให้ทำแท้ง และการไม่ถูกบังคับให้ทำหมัน

3. สิทธิในความเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ ซึ่งกินความไปถึงโอกาสที่เท่าเทียมกันในการศึกษา การทำงาน การไม่ถูกไล่ออกจากงานเพราะตั้งท้อง การไม่ต้องขออนุญาตสามีหรือภรรยาถ้าอยากคุมกำเนิด หรือทำหมัน

4. สิทธิในความเป็นส่วนตัว คือการบริการดูแลเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ทั้งหมดนั้นต้องเคารพความเป็นส่วนตัวและการตัดสินใจของผู้รับบริการ ทั้งเรื่องการคุมกำเนิดและการทำแท้ง รวมทั้งการรักษาความลับของผู้รับบริการด้วย ที่สำคัญที่สุด ข้อมูลสุขภาพทางเพศของผู้รับบริการที่เป็นวัยรุ่น ต้องถือเป็นข้อมูลส่วนตัวที่ห้ามเปิดเผยต่อผู้อื่น

5. สิทธิในเสรีภาพแห่งการคิด มีความหมายว่าทุกคนมีเสรีภาพในการคิด และการแสดงความคิดเกี่ยวกับชีวิตในด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ อย่างเป็นอิสระจากการถูกบีบบังคับทางความคิด ระบบความเชื่อ และศาสนา ผู้ให้บริการเองไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลต่างก็เป็นคน ๆ หนึ่ง และดังนั้นจึงมีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้บริการที่ขัดแย้งกับความคิดความเชื่อของตนเอง แต่ยกเว้นในกรณีฉุกเฉินเสี่ยงต่อชีวิต

6. สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาสิทธิข้อนี้หมายความว่าทุกคนโดยเฉพาะผู้ชายต้องได้รับการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมให้มีความรับผิดชอบในพฤติกรรมทางเพศของตน เด็กและวัยรุ่นต้องได้รับข้อมูลที่เหมาะสมตามวัย ที่สำคัญ แม่วัยรุ่นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ

7. สิทธิในการเลือกว่าจะแต่งงานหรือไม่และสิทธิการสร้างครอบครัวของตนเอง นั่นคือ คนทุกคนมีสิทธิที่จะไม่ถูกบังคับให้แต่งงาน คนทุกคนมีสิทธิที่จะไม่ถูกบังคับให้ใช้ชีวิตคู่กับคนที่ตนไม่ต้องการ และบุคคลที่มีความพร้อมและความรับผิดชอบควรมีอิสระในการตัดสินใจแต่งงานหรืออยู่กินกัน

8. สิทธิในการตัดสินใจว่าจะมีบุตรหรือไม่และจะมีเมื่อใด หมายความว่า คนทุกคนมีสิทธิที่จะตัดสินใจอย่างเป็นอิสระว่าจะมีบุตร หรือไม่ เว้นระยะห่างอย่างไร เป็นสิทธิของตน ซึ่งไม่จำเป็นต้องขออนุญาตจากคู่สมรสก่อนรับบริการวางแผนครอบครัว ประเด็นสำคัญอยู่ตรงการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ และมีความรับผิดชอบคือกุญแจสำคัญและถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้อง

ดูแลด้านสวัสดิการวางแผนครอบครัว

9. สิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาและการป้องกันสุขภาพนั่นคือคนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพด้านเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐานสูงสุด เพื่อให้มีชีวิตด้านเพศและการเจริญพันธุ์ที่ปลอดภัย มีความพึงพอใจ

10. สิทธิในการได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และไม่ถูกบีบบังคับให้เข้าร่วมการทดลอง โดยบุคคลต้องได้รับประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ที่จะช่วยให้มีสุขภาพดี ไม่ตกอยู่ในอันตรายหรือได้รับผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพและชีวิต

11. สิทธิในเสรีภาพในการชุมนุม และการมีส่วนร่วมทางการเมือง โดยบุคคลมีสิทธิในการชุมนุมอย่างสงบ มีสิทธิในการรวมกลุ่มที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อรณรงค์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ และการหาหนทางให้เรื่องสิทธิและสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์เป็นวาระแห่งชาติ

12. สิทธิในการปลอดจากการถูกทารุณกรรม และการปฏิบัติมิชอบ ได้แก่ คนทุกคนมีสิทธิที่จะไม่ถูกล่วงละเมิดทั้งทางกายและใจ ไม่ว่าจะจากคู่ของตน หรือคนอื่น มีสิทธิที่จะไม่ถูกบังคับให้มีความสัมพันธ์ทางเพศ และความสัมพันธ์ในระหว่างคู่สมรส ต้องอยู่บนฐานของความเสมอภาคเสรีภาพ และความเคารพซึ่งกันและกันสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นสิทธิที่ได้รับการประกาศไว้แล้วในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เป้าหมายใหญ่ของการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ คือ การที่คนทุกคนสามารถมีชีวิตด้านเพศที่มีความสุข และไม่อยู่ในความเสี่ยงหรือความรุนแรง ไม่ถูกบีบบังคับ ไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะท้อง หรือติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงสามารถกำหนดเรื่องการมีบุตรของตนเองได้ว่าจะมีหรือไม่ มีเมื่อไร และมีกี่คน

อิงเรท (Englert, 2001) กล่าวถึงประเด็นทางด้านจริยธรรมเกี่ยวกับสิทธิของมนุษย์ในการมีบุตร นำไปสู่การพิจารณาถึงการช่วยเหลือให้คู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้สามารถมีบุตรได้อีกครั้งโดยที่บุตรไม่ติดเชื้อ อย่างไรก็ตามมีความจำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลเชิงป้องกันกับคู่สมรสเหล่านี้ด้วย เพื่อไม่ให้เกิดการปฏิสนธิที่มีความเสี่ยง นอกเหนือการควบคุมของระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดความสมดุลทางด้านจริยธรรมเกี่ยวกับสิทธิของการมีบุตร และความเข้าใจทางด้านวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการมีเชื้อไวรัสอยู่ในร่างกายเพื่อที่จะให้คู่สมรสที่ติดเชื้อ สามารถเข้าถึงการเป็นพ่อแม่โดยที่ไม่ทำลายระบบการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ปนเปื้อน ชิน และคณะ (Chen et al., 2001) กล่าวว่าผู้ดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ต้องพิจารณาความสมดุลระหว่างความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีกับความต้องการมีบุตรและต้องเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

ดังนั้นการตัดสินใจในการมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นสิทธิในการตัดสินใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอง แต่ก่อนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะตัดสินใจตั้งครรภ์หรือมีบุตรควรได้รับข้อมูลที่รอบด้านจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น กับตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี และตัวบุตรที่จะเกิดมาด้วย

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่จะกลับมามีสุขภาพที่ดีขึ้นมีความคาดหวังในการมีชีวิตที่ยืนยาว และมองโลกในแง่ดี (Carter, 2004) การตั้งครรภ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อการตั้งครรภ์ และผลของการตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงผลของยาต้านไวรัสต่อมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกไว้ดังนี้

ผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อการตั้งครรภ์

แม้ว่าการศึกษาในอาฟริกาจะพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีมีผลลดโอกาสของการมีบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ แต่พบว่าอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ถึง 32 เท่า รวมทั้งพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีในขณะตั้งครรภ์ ทำให้การดำเนินโรคติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อติดเชื้อวัณโรค นอกจากนี้จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ยุโรป และอาฟริกา พบว่าการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของการแท้ง และทารกตายคลอด (Stillbirth) (McIntyre, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับ พัญญ พันธ์บูรณะ, วินิต พัวประดิษฐ์ และอัษฎา วิภากุล (2542) ที่กล่าวว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการแท้ง หรือทารกตายคลอด (Stillbirth)

ผลของการตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

เฟร์นช และบอร์คเคิลเฮิร์ท (French & Brocklehurst, 1999 อ้างถึงใน พัญญ พันธ์บูรณะ, วินิต พัวประดิษฐ์ และอัษฎา วิภากุล, 2542) ศึกษาประวัติการเจ็บป่วย ในอดีตตามระบบภายหลังโดยการศึกษาแบบควบคุมไปข้างหน้าพบว่า Odds Ratio สำหรับผลผิดปกติต่อมารดาได้แก่ เสียชีวิต 1.8 (85% CI0.99-3.3) การดำเนินของการติดเชื้อเอชไอวี 1.41 (95% CI0.85-2.33) การลดลงของซีดีโฟร์ (CD4+) ต่ำกว่า 200* 10^6/ L 0.73 (95% CI 0.17-3.06)

ผลของยาต้านไวรัสต่อมารดาและทารก

เบอร์นาร์ด (Bernard, 2004) ศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับ HAART แล้วตั้งครรภ์ ในปี ค.ศ. 2002 เกิดภาวะ Pre-Eclampsia 8 ราย และทารกเสียชีวิต 6.6% ต่อมาปี ค.ศ. 2003 เกิดภาวะ Pre-Eclampsia 5 ราย และทารกเสียชีวิต 4.1% เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ติดเชื้อที่ตั้งครรภ์แต่ไม่ได้

รับยาต้านไวรัส ปี ค.ศ. 2002 ไม่เกิดภาวะ Pre-Eclampsia และไม่มีทารกเสียชีวิต ใน ปี ค.ศ. 2003 เกิดภาวะ Pre-Eclampsia 2 ราย และทารกเสียชีวิต 0.8 % ส่วนผู้ติดเชื้อหญิงที่ได้รับยาต้านไวรัสตัวเดียว และสองตัวร่วมกันปี ค.ศ. 2002 ไม่เกิดภาวะ Pre-Eclampsia และไม่มีทารกเสียชีวิต เช่นเดียวกับปี ค.ศ. 2003 ไม่เกิดภาวะ Pre-Eclampsia และไม่มีทารกเสียชีวิต จากการศึกษาสรุปได้ว่า HAART มีผลข้างเคียงสำหรับผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับยา HAART ขณะตั้งครรภ์ โดยทำให้อัตราการเกิด Pre-Eclampsia หรือการที่มีความดันโลหิตสูง บวม มีโปรตีนในปัสสาวะ และทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิตและยังพบว่า ภาวะ Pre-Eclampsia มีความสัมพันธ์กับเวลาที่ได้รับ HAART ก่อนตั้งครรภ์ โดยถ้ายิ่งได้รับ HAART มานานก็จะมีความเสี่ยงสูงกว่า

โฮเซียน (Hosein, 2004) ศึกษาผลการคลอดบุตรของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3,130 คน ในระหว่างปี ค.ศ. 1986-2004 พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นจากร้อยละ 16 ในระหว่างปี ค.ศ. 1985-1989 เป็นร้อยละ 25 และระหว่างปี ค.ศ. 2000-2004 พบว่า การใช้ HAART ก่อนการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด

ไพเพิล (Peiperl, 2004) ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ระหว่างปี ค.ศ. 2001-2003 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา HAART มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ Pre-Eclampsia 6.4 % (n = 82) และมีภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ 4.2% เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสในระหว่างปี ค.ศ. 1985-1996 ไม่เกิดภาวะ Pre-Eclampsia และมีภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ 0.8% ในระหว่างปี ค.ศ. 1996-1998 หญิงที่ตั้งครรภ์ที่ได้รับยาต้านไวรัส 1 หรือ 2 ตัว ไม่เกิดภาวะ Pre-Eclampsia ไม่มีภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ และความเสี่ยงนี้สัมพันธ์กับระยะเวลาของการได้รับต้านไวรัสสูตร HAART

แม้ว่าการศึกษาในปัจจุบันยังไม่พบความแตกต่างของความผิดปกติของทารกที่เกิดจากมารดาที่ได้รับและไม่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์ แต่จากการศึกษาในระดับเซลล์ พบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์ มีความเสียหายเกิดขึ้นภายในนิวเคลียส และ Mitochondrial DNA ซึ่งพบว่าความเสียหายยังคงอยู่ตั้งแต่คลอดจนกระทั่งอายุ 1 ปี โดยที่ความเสียหายนี้ ถือเป็นความเสี่ยงต่อเด็กเหล่านี้ที่อาจจะเกิดปัญหาสุขภาพต่อไปได้ในอนาคต เช่น ก้อนเนื้อผิดปกติที่อาจกลายเป็นมะเร็งได้ (Miriam et al., 2003)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีดังนี้

เชียร์ (Scheer, 2001) ศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 8,561 คน เปรียบเทียบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 9,091 คน ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995-1999 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้าน

ไวรัส มีแนวโน้มในการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ต่ำ คือคิดว่าการได้รับยาต้านไวรัสจะลดปริมาณของเชื้อเอชไอวีในสารคัดหลั่ง ทำให้ลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่นอน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ก็จะมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย ทำให้พบว่าอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงขึ้นอย่างชัดเจน

คาร์เตอร์ (Carter, 2002) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 220 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับรู้และมั่นใจในประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสจะมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย

ชุติมา พรหมศร, ปัทมาวดี เติมวิเศษ, นพนัฐ จำปาเทศ และอารี รามโกมุท (2547) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้ที่ทราบผลเลือดของตนเองแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนที่มารับบริการปรึกษาครั้งแรก ณ คลินิกปรึกษาสุขภาพ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 146 คน เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า การรับรู้ส่วนบุคคลโดยรวม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ รวมทั้งสามารถรับเชื้อเพิ่มเข้าสู่ร่างกายของตนเอง

จากการศึกษาวรรณกรรมที่กล่าวมา พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ เป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการศึกษานี้ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส เพื่อการดูแลผู้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างเหมาะสม