

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษเพื่อจัดทำฐานข้อมูลในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษของจังหวัดชลบุรี และพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงบริการกลุ่มดังกล่าวต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมแนวคิดทฤษฎีตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุน เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. สถานการณ์โรคเอดส์
2. โรคเอดส์
3. พฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ
4. แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ(PRECEDE – PROCEED MODEL)
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ( Health Belief Model )
6. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ

#### สถานการณ์โรคเอดส์

ประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ รวมทั้งสิ้น 359,807 ราย ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 263,740 ราย ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ มากที่สุด ร้อยละ 84.2 ในจำนวนนี้เป็นหญิงรักต่างเพศ อายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 27.6 จากสถานการณ์ดังกล่าว สำนักโรคบาติวิทยา ได้ทำการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ใน 5 กลุ่ม ประชากร คือ 1)กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 , 5 และนักเรียนระดับอาชีวศึกษา 2)กลุ่มพนักงานชายและหญิงในสถานประกอบการ 3)กลุ่มทหารกองประจำการ 4)กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ 5)กลุ่มประชากรทั่วไป จากการสำรวจในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษ จำนวน 1,876 คน มีอายุเฉลี่ย 29 ปี (อายุต่ำสุด 15 ปี และสูงสุด 57 ปี) พบว่าหญิงอาชีพพิเศษก็มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นในกลุ่มแขกหรือ ลูกค้าประจำ ร้อยละ 93.7 ชายอื่น ร้อยละ 89.8 ในขณะที่หญิงอาชีพพิเศษมีการใช้ถุงยางอนามัยกับกลุ่มสามีหรือคู่ที่อยู่กินด้วยกัน เพียง ร้อยละ 40.8 นอกจากนี้ ยังมีการคาดประมาณว่าในปี พ.ศ.2568 ประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม ประมาณ 1,138,020 ราย โดยจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิต ประมาณ 499,324 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ประมาณ 10,853 ราย ในจำนวนนี้ เป็นหญิงอาชีพพิเศษ จำนวน 399 ราย

ชายที่มาเที่ยวหญิงบริการ จำนวน 1,048 ราย และเป็นหญิงที่ติดเชื้อจากสามี สูงถึง 3,034 ราย (สำนัก  
ระบาดวิทยา, 2553)

จังหวัดชลบุรี มีผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่ ปี พ.ศ.2529 – 2552 รวม 11,829  
โดยมี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี 2552 สูงถึง 1,027 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 508 ราย (ร้อยละ  
49.5) เพศหญิง 519 ราย (ร้อยละ 50.5) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 30 - 39 ปีมีอัตราการ  
ติดเชื้อมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.7 มีสาเหตุของการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์สูงถึง ร้อยละ 92 และจาก  
ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ ปีพ.ศ. 2552 พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอช  
ไอวีในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 2.4 และอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม  
ชายที่มาตรวจทางโรคคิดเป็นร้อยละ 12.3 (ชนรักษ์ ผลิพัฒน์, 2552, หน้า 71) โดยประชากรใน 2  
กลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2549 – 2552 เมื่อนำข้อมูลมาจำแนกตามรายอำเภอพบว่า ผู้ติด  
เชื้อส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.0 อยู่ในอำเภอบางละมุง ซึ่งในอำเภอบางละมุงมีจำนวนประชากร 34,111  
คน ตามทะเบียนราษฎร์ แต่ในเขตปกครองพิเศษ เทศบาลเมืองพัทยา กลับมีประชากรถึง 101,939  
คน ในพื้นที่ 208 ตร.กม.(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2553) จากข้อมูลประชากรดังกล่าว  
สามารถอธิบายได้ว่าประชากรที่มาอาศัยใน เขตปกครองพิเศษพัทยาไม่ได้เป็นประชากรที่เป็นคน  
ในพื้นที่ แต่เป็นกลุ่มประชากรที่มาจากต่างจังหวัดซึ่งเข้ามาทำงานในเมืองพัทยา และกลุ่ม  
นักท่องเที่ยว เนื่องจากเมืองพัทยาคือเมืองท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยมของคนไทยและคนต่างชาติที่  
เดินทางมายังประเทศไทย จากข้อมูลประชากรดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ทำ  
การสำรวจแหล่งแพร่ พบว่าในเมืองพัทยา มีสถานบริการทางเพศ 1,004 แห่งมีจำนวนหญิงอาชีพ  
พิเศษ 12,222 คน ในจำนวนนี้อยู่ในบาร์เบียร์ ถึงร้อยละ 78.9 (ทำเนียบ สว่างลพประกายแสง, 2552,  
หน้า 32,103)

## โรคเอดส์

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์

1. โรคเอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) โดยผลจากการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง(สุภาวรรณ จงธรรมวัฒน์, 2553, หน้า 2-4)

2. เชื้อเอชไอวี (HIV) คือ เชื้อไวรัสที่ออกฤทธิ์ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามระบบต่างๆของร่างกาย หรืออาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, 2550, หน้า 7) เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่กระแสเลือด เชื้อเอชไอวีจะทำการเพิ่มจำนวนตัวมันเอง โดยการเข้าไปเกาะกับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (Cluster of Differentiation) เพื่อหลอมรวมตัวเองเข้ากับผนังของ CD4 หลังจากนั้นเชื้อเอชไอวีจะดัดแปลงสายพันธุกรรมของตนเองให้เหมือนกับสายพันธุกรรมของ CD4 เพื่อทำการคัดลอกพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี โดยสายพันธุกรรมที่ถูกคัดลอกขึ้นมาใหม่จะประกอบตัวเป็นเชื้อเอชไอวีเซลล์ใหม่ แล้วออกจาก CD4 ไปจับกับ CD4 เซลล์อื่นๆโดยการทำให้เซลล์ CD4 แตกออก(สุรัช พนาภิษฐ์วรรณ, 2549, หน้า 11-12)

3. การติดต่อของโรคเอดส์ การที่จะทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดความเสี่ยงหรือไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 อย่างร่วมกัน ดังนี้

3.1 ปริมาณเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่จะทำให้บุคคลติดเชื้อเอชไอวีได้ ปริมาณของเชื้อเอชไอวีที่บุคคลนั้นได้รับจะต้องมีปริมาณที่มากพอ โดยเชื้อเอชไอวีจะอยู่ในสารคัดหลั่งของร่างกาย แต่ปริมาณของเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในสารคัดหลั่งต่างๆของร่างกายจะมีปริมาณที่ไม่เท่ากัน ซึ่งเชื้อเอชไอวีจะมีปริมาณมากที่สุดในเลือด รองลงมาในน้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด และน้ำนมแม่ ตามลำดับ จากปริมาณเชื้อเอชไอวีที่ไม่เท่ากันนี้ทำให้ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีขึ้นอยู่กับสารคัดหลั่งที่บุคคลสัมผัส หรือได้รับ

3.2 คุณภาพของเชื้อเอชไอวี หมายถึง เชื้อเอชไอวีที่จะมีคุณภาพพอที่จะทำให้บุคคลติดเชื้อได้นั้น เชื้อเอชไอวีจะต้องมีความแข็งแรง และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเชื้อเอชไอวี นั่นคือเชื้อเอชไอวีจะสามารถอยู่ได้ในร่างกายมนุษย์เท่านั้น ดังนั้น เชื้อเอชไอวีที่ออกมานอกร่างกายเมื่อโดนความร้อน และสภาพความเป็นกรดด่าง จะทำให้เชื้อเอชไอวีด้อยคุณภาพลงจนไม่สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้

3.3 ช่องทางการติดต่อของเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่เชื้อเอชไอวีจะติดต่อจากบุคคลหนึ่ง ไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้จะต้องมีช่องทางออกจากร่างกาย และมีช่องเข้าสู่ร่างกายของเชื้อเอชไอวี โดยช่องทางในการเข้าและออกของเชื้อเอชไอวีจะแบ่งได้เป็น 3 ช่องทางหลัก ดังนี้

3.3.1 การมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นเพศเดียวกัน หรือต่างเพศก็ตามก็มีโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ การมีเพศสัมพันธ์ในแต่ละรูปแบบก็มีความเสี่ยงที่ไม่เท่ากัน แล้วแต่กรณี เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางรูทวาร จะมีความเสี่ยงสูงกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดถึง 10 เท่า เนื่องจากทางรูทวารจะไม่มีสารหล่อลื่นทำให้อวัยวะเพศชาย และรูทวารเกิดการฉีกขาดได้ง่ายทำให้บุคคลสัมผัสกับเลือด ซึ่งเป็นสารคัดหลั่งที่มีปริมาณของเชื้อเอชไอวีที่มากที่สุด(ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, 2550, หน้า 25-29) และการใช้ปากช่วยสำเร็จความใคร่ให้กับคู่่นอน (Oral sex) ก็สามารถทำให้ผู้ที่เป็ฝ่ายกระทำติดเชื้อเอชไอวีได้ หากผู้กระทำมีแผลในช่องปาก หรือบริเวณเหงือก นอกจากนี้ยังพบว่าความสำเร็จความใคร่ด้วยปากให้กับเพศชายจะมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าการสำเร็จความใคร่ด้วยปากให้กับเพศหญิง เนื่องจากปริมาณของเชื้อเอชไอวีในอสุจิ มีมากกว่าปริมาณของเชื้อเอชไอวีในน้ำช่องคลอด(ชนา ยันตร โกวิทและคณะ, 2552, หน้า 10-11)

3.3.2 การรับเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือดจะมีความเสี่ยง เกินกว่า 90 เปอร์เซนต์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากเลือดจะถูกส่งผ่านเข้าสู่กระแสเลือดของบุคคลโดยตรง มักพบได้ 2 กรณี

3.3.2.1 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี

3.3.2.2 การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นติดเชื้อเอชไอวี หรืออุปกรณ์เตรียมยาอื่น ๆ ร่วมกัน

3.3.3 การแพร่เชื้อจกมารดาสู่ทารก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 30 เปอร์เซนต์ โดยเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่สู่ทารกในช่วงที่มารดาตั้งครรภ์ระหว่างคลอด และหลังคลอด ดังนี้

3.3.3.1 ช่วงที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา หากรกของมารดามีความผิดปกติ จะทำให้เชื้อเอชไอวีมีโอกาสส่งผ่านไปยังทารกได้

3.3.3.2 ช่วงขณะคลอดผ่านช่องคลอด ทารกจะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากมารดามากที่สุด เพราะในขณะที่คลอดทารกซึ่งมีผิวหนังที่บอบบาง หรืออาจเกิดแผลจากการทำคลอด จะสัมผัสกับน้ำคร่ำของมารดา หรืออาจสำลักน้ำคร่ำของมารดาเข้าไป

3.3.3.3 ช่วงการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ ทารกจะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากน้ำนมมีเชื้อเอชไอวีปะปนอยู่ แม้ปริมาณเชื้อจะมีไม่มาก แต่ในการกินนมแม่ของทารกแต่ละครั้ง ครั้งละนานๆ จะทำให้เชื้อเอชไอวีมีปริมาณที่มากพอในการทำให้ทารกติดเชื้อได้ หรือการที่ทารกกัดหัวนมขณะกินนมอาจจะทำให้มีเลือดซึมออกมา ซึ่งจะทำให้ทารกเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี(ชนา ยันตร โกวิทและคณะ, 2552, หน้า 4-13)

#### 4. อาการของโรค โรคเอดส์ประกอบด้วย 3 ระยะ แบ่งตามอาการ

4.1 ระยะการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ ระยะนี้เป็นระยะฟักตัวของโรค ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้จะไม่มีอาการป่วยเกิดขึ้น แต่ผู้ที่ติดเชื้อในระยะนี้สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีให้กับผู้อื่นได้ โดยผู้ติดเชื้ออาจไม่รู้ว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย

4.2 ระยะการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้เริ่มมีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์แล้ว โดยมีอาการต่างๆดังนี้

4.2.1 มีไข้สูงเกินกว่า 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพักๆหรือติดต่อกัน

4.2.2 อูจจาระร่วงเรื้อรัง

4.2.3 น้ำหนักตัวลดลงเกิน 10 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัวเดิม

4.2.4 มีต่อมน้ำเหลืองโตนอกบริเวณขาหนีบ โดยมากกว่า 1 แห่งขึ้นไป

4.2.5 มีเหงื่อออกมากกว่าปกติในเวลากลางคืน

4.2.6 ติดเชื้อราในช่องปาก

4.2.7 เป็นโรคผิวหนัง

โดยอาการใน 5 ข้อแรกต้องเป็น ไม่น้อยกว่า 3 เดือน และหาสาเหตุอื่นไม่ได้

4.3 ระยะโรคเอดส์ ระยะนี้เป็นระยะที่เชื้อเอชไอวีทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไปมาก เม็ดเลือดขาวถูกทำลายจนเหลือน้อย ทำให้เกิดการคุกคามจากเชื้อโรคอื่นๆ ทำให้สภาพร่างกายทรุดโทรม โดยอาการต่างๆจะแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

4.3.1 กลุ่มอาการที่ปรากฏทางผิวหนัง

4.3.2 กลุ่มอาการที่ปรากฏในระบบทางเดินอาหาร

4.3.3 กลุ่มอาการที่ปรากฏในระบบทางเดินหายใจ

4.3.4 กลุ่มอาการที่ปรากฏในระบบประสาท (สุภาวรรณ จงธรรมวัฒน์, 2553,

หน้า 6-15)

5. แนวทางการป้องกันโรคเอดส์ โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง อย่างไรก็ตาม เชื้อเอชไอวีก็ไม่สามารถติดต่อเมื่อรับประทานอาหารร่วมกัน การสัมผัสกอด การจับมือ หรือนั่งใกล้กัน และเชื้อเอชไอวีจะไม่สามารถติดต่อโดยการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น หวี เสื้อผ้า หรือการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม อีกทั้งเชื้อเอชไอวีจะไม่สามารถติดต่อโดยผ่านทางแมลง เช่น ยุง หรือเห็บหมัด ดังนั้นผู้ที่เป็โรคเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างปกติ แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันก็ยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ ชีวันนัท เลิศพริยสุวัฒน์และคณะ(2550, หน้า 33-44) ได้กล่าวไว้ว่า การติดเชื้อเอชไอวีนั้นไม่ได้ติดต่อกันได้ง่ายๆจากการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกัน แต่ติดต่อจาก

พฤติกรรมหรือการกระทำบางอย่างซึ่งสามารถป้องกันได้ หากมีความระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยวิธีที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมี 3 แนวทาง ดังต่อไปนี้

5.1 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ การลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ วิธีการป้องกันที่ได้ผลมากที่สุดแต่ก็ทำได้ยากที่สุดคือการไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ แต่หากหลีกเลี่ยงไม่ได้มีข้อควรปฏิบัติดังนี้

5.1.1 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์แบบฉาบฉวย และหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน

5.1.2 เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลใดก็ตามให้ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันทุกครั้ง

5.1.3 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจะทำให้ถุงยางอนามัยฉีกขาดได้ง่าย

5.2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการหลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยา ไข่มุด โคน และของมีคมร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ควรทำความสะอาดอุปกรณ์ดังกล่าวโดยการแช่อุปกรณ์ที่ต้องการใช้ ในน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ 70% หรือ ทิงเจอร์ไอโอดีน

5.3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก กระทำได้โดยการตรวจสุขภาพ และตรวจเลือดก่อนแต่งงานและก่อนตั้งครรภ์ ในกรณีที่ตัดสินใจจะมีครอบครัว เพื่อจะได้ทราบสถานะสุขภาพของตนเองและคู่รักก่อนมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเพื่อประกันความปลอดภัยของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

### พฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ

พฤติกรรมป้องกันการโรคเป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อ หรือโรคไม่ติดต่อก็ตาม ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2549, หน้า 11)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ ซึ่งได้มีผู้นำเสนอแนวทางต่างๆในการป้องกันโรคเอดส์เอาไว้ ดังนี้

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ(2549) การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์สามารถทำได้โดย 1)การช่วยตัวเองหรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง(Masturbation)

2)การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่นอนโดยไม่มีการสอดใส่ 3)การร่วมเพศกับคู่นอนซึ่งไม่ติดเชื้อ และการร่วมเพศโดยสวมถุงยางอนามัยป้องกันทุกครั้งดังที่กล่าวมาแล้ว

สุรัช พนาภิสงส์วรรณ(2549, หน้า 37-41)กล่าวว่า การลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีสามารถกระทำได้โดย การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย การไม่ร่วมเพศขณะมีแผลที่อวัยวะเพศหรือเป็นกามโรค การไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น การไม่ใช้อวัยวะเพศเทียมร่วมกัน การไม่ดื่มนมจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และการไม่ใช้ปากช่วยสำเร็จความใคร่ให้กับคู่นอน (Oral sex) แต่หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ควรใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันซึ่งสอดคล้องกับ ธนา ยันตร โกวิท และคณะ(2552, หน้า 8-10)ได้กล่าวไว้ว่าหากต้องการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิด ขณะใช้ปากช่วยสำเร็จความใคร่ให้กับคู่นอน(Oral sex) ให้ใช้ถุงยางอนามัยสวมใส่ที่อวัยวะเพศชายเพื่อป้องกันอสุจิ และสารคัดหลั่งจากเพศชาย

กัลยา ถักขณเกียรติและคณะ(2551, หน้า 85) กล่าวว่าแนวทางในการป้องกัน โรคเอดส์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารสามารถกระทำได้โดย การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับสารหล่อลื่นทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์

ภาวิณี โสมณวัฒน์(2549) กล่าวว่าหญิงอาชีพพิเศษนั้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงมาก เพราะการติดต่อจะติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วย ซึ่งหญิงอาชีพพิเศษไม่สามารถทราบจากการมองรูปร่างหน้าตาภายนอกได้ว่าแขกผู้มาซื้อบริการนั้นติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ดังนั้นการป้องกันโรคเอดส์ โดยการให้แขกสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จึงเป็นวิธีการเดียวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ

ชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์และคณะ(2550, หน้า 37-49) กล่าวว่าบุคคลไม่ควรใช้สารเสพติด และดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากจะทำให้ผู้เสพ หรือดื่มขาดสติ จนไม่สามารถป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง และ ได้เสนอแนวคิดเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกว่า (Safer sex) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงของวิถีชีวิตเป็นอย่างยิ่ง แต่การจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนที่ประเมินว่ากิจกรรมทางเพศที่เลือกปฏิบัติมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด โดยได้แบ่งกิจกรรมทางเพศตามความเสี่ยงไว้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. กิจกรรมทางเพศที่ปลอดภัย คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการสอดใส่หรือการเส้าโลมให้กับคู่นอนในบริเวณจุดต่างๆ ของร่างกาย เช่น การพุดจาเส้าโลม การจูบปาก การสัมผัส ลูบไล้ตามผิวหนัง การใช้มือเคล้าคลึงบีบนวดตามร่างกาย การกอดจูบตามร่างกาย การอาบน้ำร่วมกัน และการช่วยกันสำเร็จความใคร่ให้กับคู่นอน

2. กิจกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงน้อย คือ การมีเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่โดยใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับสารหล่อลื่น การใช้ปากกระตุ้นบริเวณรอบๆ ทวารหนัก การร่วมเพศโดยใช้อุปกรณ์ทางเพศร่วมด้วย ซึ่งการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวจะทำให้เกิดความเสี่ยงเนื่องจากอุปกรณ์เหล่านั้นอาจทำให้เกิดบาดแผล หรือหากมีการใช้อุปกรณ์ร่วมกันทันทีอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้ ทั้งนี้การใช้นิ้วหรือมือสอดเข้าไปในอวัยวะเพศหญิงหรือทวารหนัก ก็มีความเสี่ยงเช่นกัน เนื่องจากปลายเล็บอาจทำให้เกิดบาดแผลและรับเชื้อเอชไอวีจากอีกฝ่ายหนึ่งได้

3. กิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง คือ การสอดใส่อวัยวะเพศชายในอวัยวะเพศหญิง การร่วมเพศทางทวารหนัก รวมทั้งการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะเพศหญิงและอวัยวะเพศชายโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย กิจกรรมทางเพศเหล่านี้ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงเนื่องจากมีการสัมผัสสารคัดหลั่งและน้ำอสุจิของคู่นอนโดยตรง

จากการทบทวนแนวคิดเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่บุคคลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ มีดังต่อไปนี้

1. การช่วยตัวเองหรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง
2. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่นอนโดยไม่มีการสอดใส่
3. การมีเพศสัมพันธ์ มีข้อควรปฏิบัติดังนี้
  - 3.1 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด
  - 3.2 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก
  - 3.3 ใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับเจลหล่อลื่นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
  - 3.4 ไม่ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ รวมถึงสิ่งเสพติด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์
  - 3.5 ไม่ร่วมเพศขณะมีแผลที่อวัยวะเพศหรือเป็นกามโรค
4. การไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
5. การไม่ใช้อวัยวะเพศเทียมร่วมกัน
6. การไม่ดื่มนมจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ดังกล่าวไม่ว่าบุคคลใดก็ตามสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อใช้ในการป้องกันโรคเอดส์ได้ แต่สำหรับกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ เป็นอาชีพที่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มาซื้อบริการเป็นจำนวนมาก เพื่อนำเงินที่ได้มาประทังชีพ เนื่องจากการขาดทักษะในการประกอบอาชีพอื่นๆ ดังนั้นหากหญิงอาชีพพิเศษต้องการจะอยู่ในอาชีพนี้ได้นานจึงต้องป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการใช้ถุงยางอนามัยจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สำนักกระบวนวิชา(2552)ได้ทำการสำรวจหญิงอาชีพ



พิเศษจากทั่วประเทศ จำนวน 4,478 คน พบว่าหญิงอาชีพพิเศษมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่ชั่วคราวเพียงร้อยละ 26.3 และหญิงบริการกว่าร้อยละ 6.8 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริกุล อิศรานุรักษ์(2550, หน้า 52-53) ได้ทำการสำรวจหญิงอาชีพพิเศษจำนวน 500 คน พบว่ากลุ่มหญิงอาชีพพิเศษที่ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์มีส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 87 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง รายมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก 24 โดยมีสัดส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียง ร้อยละ 63

จากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศ ของสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียนในปีพ.ศ. 2550 พบว่า หญิงอาชีพพิเศษส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับ แฟน/สามี มีอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ที่ 19 ปี และมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพียง 30 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งหญิงอาชีพพิเศษได้ให้เหตุผลหลักในการ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยไว้ว่า เป็นคู่แต่งงานกัน จากการสำรวจคู่เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายของหญิงอาชีพพิเศษ ประมาณ 2 ใน 3 มีเพศสัมพันธ์กับผู้มาใช้บริการ(แขก) และมีการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 87 ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 68 ประสบปัญหาเกี่ยวกับแขกที่ไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งหญิงอาชีพพิเศษจะมีวิธีการปฏิบัติเมื่อประสบเหตุการณ์ ดังนี้ หญิงอาชีพพิเศษจะมีการพูดจาต่อรอง โน้มน้าวใจให้แขกใช้ถุงยางอนามัย รองลงมาคืองดให้บริการและคืนเงินให้กับแขก และใช้วิธีการมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีอื่นนอกจากนี้หญิงอาชีพพิเศษยังประสบปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ และแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาดังนี้

1. ถุงยางอนามัยแตก หรือหลุด หญิงอาชีพพิเศษเหล่านี้จะใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการสวมถุงช่อกตลอด เปลี่ยนถุงยางอนามัยใหม่ ตลอดจนการไปซื้อยามารับประทาน
2. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างมีประจำเดือน หญิงอาชีพพิเศษเหล่านี้มีวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดย การใช้ฟองน้ำลูกไก่ไว้ในช่องคลอด หรือใช้ถุงยางอนามัย
3. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวาร พบว่าแขกที่มาใช้บริการร้อยละ 5 จะมีการขอมิเพศสัมพันธ์ทางทวารกับหญิงอาชีพพิเศษ ซึ่งหญิงอาชีพพิเศษเหล่านี้จะใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการใช้ถุงยางอนามัย(ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2550, หน้า 42-50)

จากการทบทวนแนวคิดเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ ประกอบกับข้อมูลด้าน พฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ ของของหญิงอาชีพพิเศษ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึง ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก การใช้ถุงยางอนามัย ร่วมกับเจลหล่อลื่นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก และการไม่ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์

## แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ(PRECEDE – PROCEED MODEL)

PRECEDE-PROCEED Model เป็นแบบจำลองซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะการวินิจฉัยปัญหา(Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing , Reinforcing and Enabling causes in Education diagnosis and Evaluation) และส่วนที่ 2 เป็นลักษณะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผน และนำไปสู่การดำเนินงานประเมินผลส่วนนี้ เรียกว่า PROCEED(Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) โดย PRECEDE-PROCEED Model ใช้เพื่อการวางแผนในการดำเนินงาน และประเมินผลโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หรือส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 9 ขั้นตอน ดังนี้ (Green and Kreuter , 1991 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2538, หน้า 59 – 69 )

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis) เป็นการวินิจฉัยสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วย นักเรียน ลูกจ้าง คนงาน หรือผู้บริโภคน เป็นต้น ซึ่งสามารถจะทำได้ โดยการศึกษาตามความต้องการ และความคาดหวังส่วนบุคคล ทั้งนี้การศึกษาปัญหาสังคมที่เกิดขึ้น อาจมีตัวชี้วัดของปัญหาสังคมหลายตัวชี้วัดก็ได้

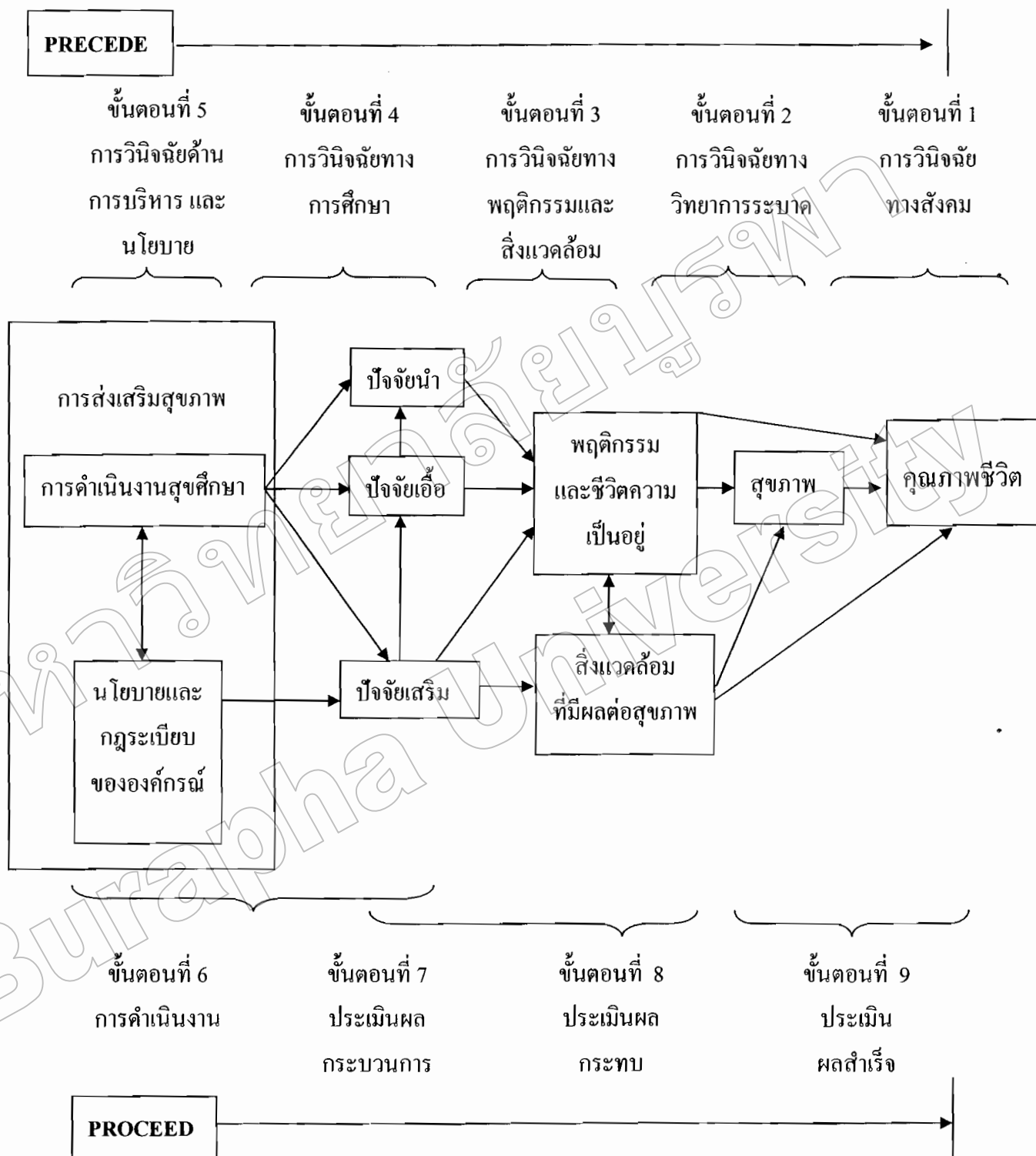
ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis) การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุได้ว่ามีปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไร บ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต จุดเด่นของระยะนี้ก็คือจะระบุสาเหตุ อันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตที่ไม่ดี โดย การอธิบายปัญหาสุขภาพนี้จะช่วยกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพชีวิต และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงาน โครงการและการใช้ทรัพยากร

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis) เป็นการวินิจฉัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพในขั้นตอนที่ 2 แต่จะมองถึงองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ โดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคคล หรือบุคคลอื่น

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่ามีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มองค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ(Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ(Enabling Factors) และปัจจัยเสริมแรง(Reinforcing Factors)

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหาร และนโยบาย (Administration Diagnosis) ในระยะนี้จะมุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุ ให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการ และการประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

จากแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED การดำเนินงาน และการประเมินผลจะอยู่ในขั้นตอนที่ 6 การดำเนินงาน , ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผลกระบวนการ , ขั้นตอนที่ 8 ประเมินผลกระทบ และขั้นตอนที่ 9 ประเมินผลสำเร็จ โดยการวิเคราะห์จะเริ่มต้นจากเป้าหมายที่อยากให้เกิดขึ้น ซึ่งตาม Model คือ คุณภาพชีวิต หรือการมีสุขภาพที่ดี ดังแผนภูมิที่ 1 (Green and Kreuter , 1991 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2538, หน้า 59 – 69 )

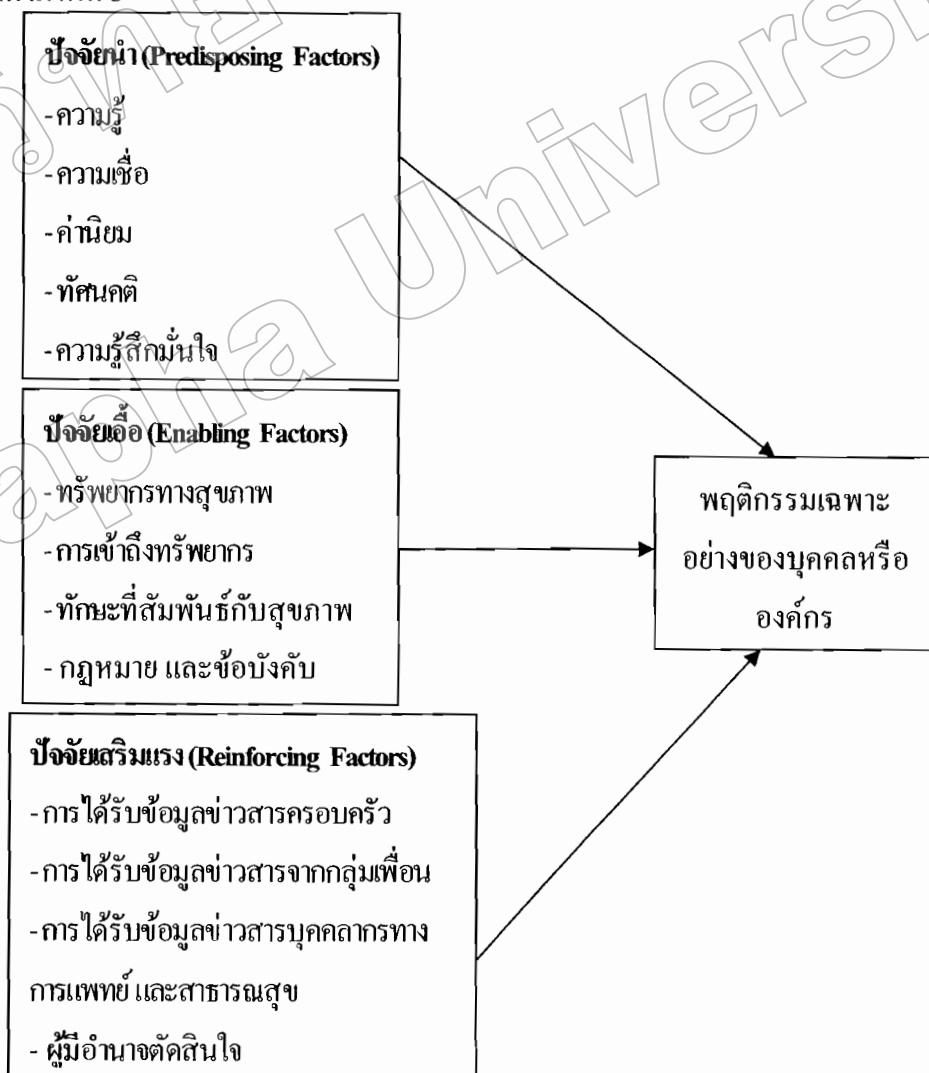


ภาพที่ 2 แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED สำหรับการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : Lawrence W. Green and Marshall W. Kreuter. "Health Promotion , An Educational and Environmental Approach" Toronto ; Mayfield Publishing Comp. 1991, p.24

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดเรื่อง PRECEDE-PROCEED Model เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงบริการแฝง โดยทำการศึกษาเฉพาะขั้นตอนที่ 4 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาสาเหตุของพฤติกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ PRECEDE-PROCEED Model ขั้นตอนที่ 4 จะเป็นขั้นตอนการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยเหล่านี้ออกได้เป็น 3 ประเภท คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing Factors) โดยแต่ละปัจจัยจะมีผลมาจากลักษณะที่แตกต่างกัน และเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมกันของทั้ง 3 ปัจจัยนี้ ดังนั้นการวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่องใดก็ตามจะต้องคำนึงถึงอิทธิพลของทั้ง 3 ปัจจัยร่วมกันเสมอ โดยมีรายละเอียดดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Green and Kreuter , 1991 P.153 )

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ ทักษะ หรือเจตคติ และค่านิยม เป็นต้น ซึ่งจะมีอิทธิพลในแง่ของการจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้ และสามารถที่จะให้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะเวลา นอกจากนั้นที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) สิ่งของที่ทำหน้าที่ช่วยให้การแสดงพฤติกรรม นั้นๆ เป็นไปได้อย่างยิ่งขึ้น

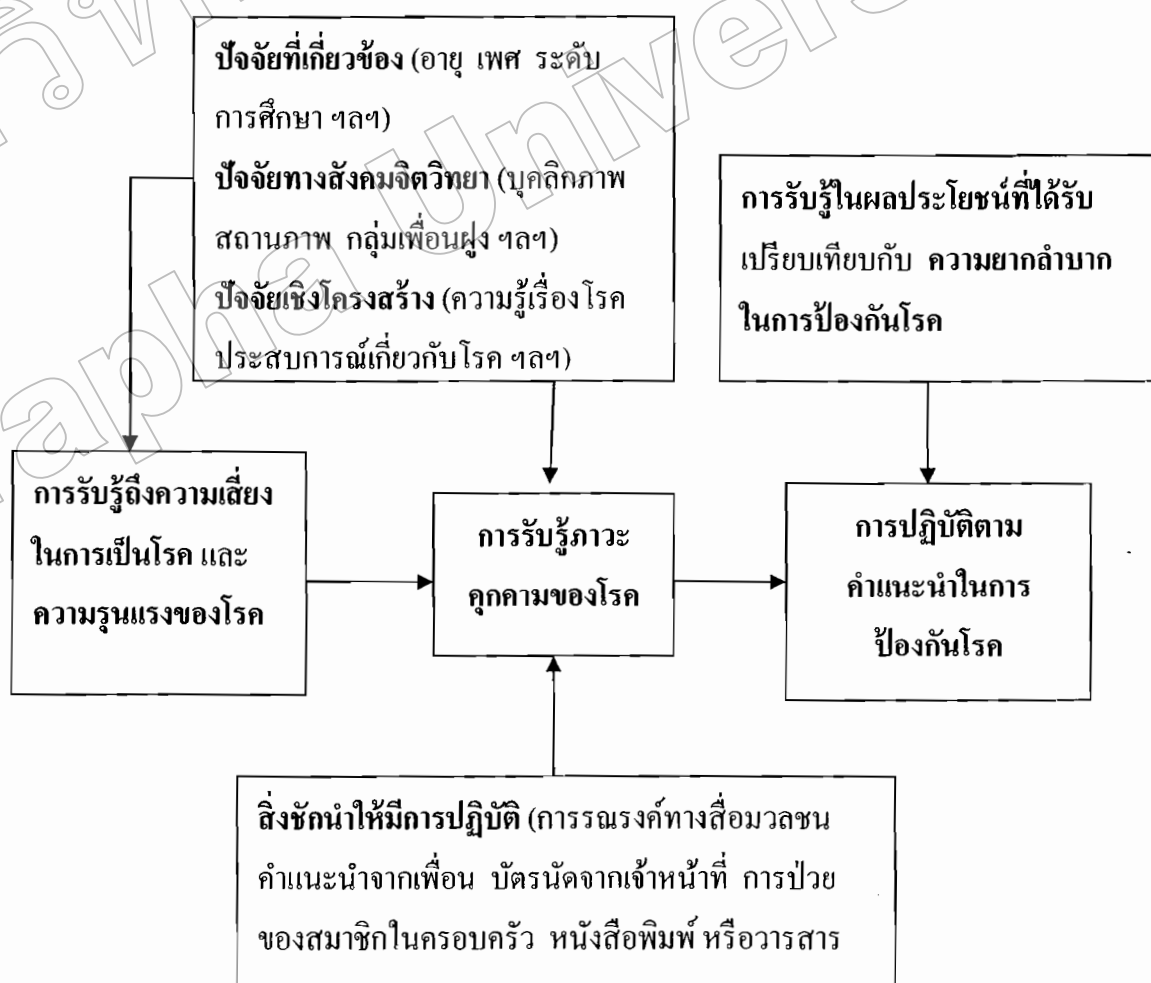
3. ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน ซึ่งผลของพฤติกรรมของบุคคลหนึ่งอาจมีอิทธิพลในการเสริมแรงมากกว่าบุคคลอื่น อันเป็นผลเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และชนิดของโครงการการเสริมแรงจะเป็นไปได้ทั้งด้านบวกหรือด้านลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลสำคัญเหล่านั้น (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2549, หน้า 76-78)

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมหรือการกระทำใดๆของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมกันของปัจจัยทั้งสามประเภทนี้ ดังนั้นหากต้องการทราบแนวทางในการป้องกันหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเฉพาะจะต้องศึกษาถึงปัจจัยทั้งสามประเภทร่วมกัน คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing factors)

### แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ( Health Belief Model )

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่ที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพรบกวนเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกลัวต่อโรคหรือรู้สึกลัวว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกลัวว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้

Rosenstock และคณะได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับบุคคล โดยอธิบายแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา 3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อเขาในการช่วยลดโอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และ ไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก การเจ็บป่วย ความอาย ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างใน จีรศักดิ์ เจริญพันธ์, 2549, หน้า 58 – 63) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยได้เพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1975)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อหรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระดับที่แตกต่างกันซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับการศึกษาของแต่ละบุคคล สังคม ศาสนา เป็นต้น ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีหลักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคที่ไม่เหมือนกันด้วย สรุปคือ ผู้ที่มีระดับการรับรู้สูงต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคย่อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกว่าผู้ที่ไม่รับรู้หรือมีการรับรู้ในระดับต่ำ
2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness or Severity) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคมีผลอันตรายต่อร่างกายอันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลา เสียเงิน ในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อนฐานะเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นหากบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแต่ไม่รู้จักความรุนแรงของโรคหรือมีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจปฏิบัติตน ไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน โรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or costs of that action) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน โรคหมายถึง การที่บุคคลจะรับรู้ถึงประโยชน์หรือข้อดีข้อเสียในการปฏิบัติให้หายจากการเป็น โรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสม รวมถึงคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่จะต้องได้รับความเชื่อถือและความไว้วางใจในการดูแลรักษาด้วย
4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อนามัยของบุคคลซึ่งอาจได้แก่ ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย การมารับบริการ เช่น การปฏิบัติพฤติกรรม อนามัยบางอย่างอาจขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงการบริการของเจ้าหน้าที่ด้วย (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2549, หน้า 58-61)

สรุปได้ว่า ปัญหาอุปสรรคดังกล่าวอาจเป็นผลอันจะก่อให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง ดังนั้น ในการที่บุคคลจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนหรือมีพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยที่ดีนั้นเขาจะต้องประเมินถึงประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติตนหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพวกเขาเหล่านั้น การรับรู้



อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สามารถใช้  
ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็น  
เหตุการณ์หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมาซึ่ง (Becker, 1975 อ้างใน  
จิรศักดิ์ เจริญพันธ์, 2549, หน้า 58 – 63) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความ  
สมบูรณ์นั้นจะต้องมีการพิจารณาถึงสิ่ง ชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายใน  
หรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค  
หรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอก หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้  
ข่าวสารผ่านสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รัก หรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา  
มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจาก  
องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรค  
ต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่ม  
เพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐาน  
ทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับโรค  
เป็นต้น

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ก่อนที่บุคคลใดๆก็ตาม หากจะยอมรับ  
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองนั้นจะต้องอาศัยการรับรู้ทั้ง 4 อย่างโดย  
บุคคลเหล่านั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเมื่อทำแล้วจะต้องไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือถ้ามีก็  
เพียงแต่น้อย และผลที่ได้รับจะต้องมีผลดีมากกว่าผลเสียต่อสุขภาพถึงแม้ว่าบุคคลเหล่านั้นจะทราบ  
ดีว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติมีมากเพียงใดก็ตามแต่ถ้าการปฏิบัตินั้นมีความยุ่งยาก เช่น ไม่  
สะดวก มีราคาแพง มีความเจ็บปวดหรือก่อให้เกิดความไม่เป็นที่พอใจ การปฏิบัติตนเพื่อ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นก็อาจจะไม่เป็นผล

## ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ

### 1. ปัจจัยด้านชีวสังคม

โชษิตา คุ่มตลอด (2546, หน้า 55-57) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ รายได้ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของหญิงอาชีพพิเศษ

มานพ เชื้อมทอง (2546, หน้า 49) ระยะเวลาในการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของหญิงอาชีพพิเศษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

Dang Thi NV(2004, p.12) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้ค้าบริการทางเพศแบบไร้สังกัด ในเมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 28 คน โดยใช้การสังเกต และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ จากผลการศึกษา พบว่า เศรษฐกิจ และการรับรู้ส่วนบุคคล เป็นปัจจัยซึ่งมีผลขัดขวางพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

Kayembe PK (2008) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สอดคล้องกับการใช้ถุงยางอนามัยใน หญิงอาชีพพิเศษในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษ 2,638 คน จากผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Scogie F(2011) ได้ทำการศึกษาลักษณะทางสังคมศาสตร์ และปัจจัยที่เป็นพฤติกรรม เสี่ยงของหญิงอาชีพพิเศษในอนุภูมิภาคสะฮาราในแอฟริกา ผลการวิจัยพบว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มี ระยะเวลาในการประกอบอาชีพมากกว่า 3 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของการขายบริการทางเพศ และระยะเวลาในการประกอบ อาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ นอกจากนี้ความสามารถในการ ต่อรอง เป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเนื่องจาก ศิริกุล อิศรานุรักษ์(2550, หน้า 41) พบว่า หญิง อาชีพพิเศษกว่า ร้อยละ 68 เคยประสบปัญหาเกี่ยวกับแขกที่ไม่ยอมสวมถุงยางอนามัย ซึ่งหญิงอาชีพ พิเศษ จะมีการพูดจาต่อรอง โน้มน้าวใจให้แขกสวมถุงยางอนามัย รองลงมางดให้บริการกับแขก โดยการคืนเงิน ใช้วิธีมีเพศสัมพันธ์แบบอื่นๆ ตลอดจนงดให้บริการแต่ไม่คืนเงินตามลำดับ นอกจากนี้ Dang Thi NV(2004, pp.92-93) ยังพบว่าหญิงอาชีพพิเศษส่วนใหญ่ ยอมมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่สวมถุงยางอนามัย หากลูกค้ามีการต่อรองขอเพิ่มเงินให้หญิงอาชีพพิเศษจากค่าตัวปกติ

## 2. ปัจจัยนำ

Mahbub S(2000, p.13) ได้ทำการศึกษาตัวแปรจากความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันตนเองของหญิงอาชีพพิเศษไร้สังกัดในประเทศบังคลาเทศ โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ ผลการศึกษาค้นพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของหญิงอาชีพพิเศษ ในสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 นอกจากนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของหญิงอาชีพพิเศษใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอุปสรรคสำคัญที่ทำให้หญิงอาชีพพิเศษยอมที่จะไม่สวมถุงยางอนามัย คือ การที่ถูกค้าให้เงินตอบแทนเพิ่มจากค่าตัวปกติของหญิงอาชีพพิเศษกลุ่มตัวอย่างที่แต่งงานแล้ว กว่าร้อยละ 80 มีเพศสัมพันธ์กับสามีโดยไม่สวมถุงยางอนามัย เนื่องจากเชื่อว่าสามีของตนเองไม่ไปเที่ยวหญิงบริการทางเพศ

Mee LW(2000)ได้ทำการศึกษาตัวแปรจากความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปากของหญิงในสถานบริการทางเพศประเทศสิงคโปร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษ 225 คน จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกัน โรคเอดส์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก และรสชาติและกลิ่นของถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

มานพ เชื้อมทอง (2546, หน้า 49,56) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของหญิงอาชีพพิเศษ การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษ ที่ทำงานอยู่ในอาบ อบ นวด จำนวน 170 คน จากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ และการได้รับการกระตุ้นเตือนเพื่อป้องกัน โรคเอดส์จากสื่อต่างๆ ตัวแปรทั้ง 3 นี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของหญิงอาชีพพิเศษได้ ร้อยละ 37 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคเอดส์อยู่ในระดับน้อย

สุภาภรณ์ เพ็งชะตา (2546, หน้า 51-52) พบว่าตัวแปรจากความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกัน โรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Nguyen Thi MT(2004) ทำการศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของผู้ขายบริการทางเพศในจังหวัดกว๋างนิงห์ ประเทศเวียดนาม ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการทางเพศ 216 คน จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของผู้หญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีและจำนวนครั้งของการให้บริการสามารถร่วมกันทำนายการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ให้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากผู้วิจัยไม่พบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ทางทวาร ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษแต่เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้เกิดความครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือเรียกว่ากลุ่มชายรักชาย ดังนี้

Lalit (2005) ศึกษาของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย ในรัฐอานธรประเทศ อินเดีย จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชายรักชายมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวาร และทางปาก และการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับเจลหล่อลื่นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารโดย ความรู้ มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่ทำให้กลุ่มชายรักชายเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารโดยไม่สวมถุงยางอนามัย นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารจำนวน 4,454 คน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 26 พบการฉีกขาดของถุงยางอนามัย เนื่องจากไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับเจลหล่อลื่น

Van der Snoek(2006) ทำการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีในชาวดัช จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำสามารถทำนายความเป็นไปได้ของการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวาร ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ คือ ความรู้ ทักษะ และความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยยังพบว่า (Becker, 1974 อ้างใน จีรศักดิ์ เจริญพันธ์, 2549, หน้า 58 – 63) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถนำมาเพื่อใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่นๆ ได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยนำในด้านความเชื่อด้านสุข ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์

### 3. ปัจจัยเอื้อ

สุภาภรณ์ เพ็งชะตา (2546, หน้า 51-53) ความสะดวกในการได้รับถุงยางอนามัยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ

Kerrigan D(2003) ทำการศึกษาปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของหญิงอาชีพพิเศษ มีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นหญิงอาชีพพิเศษในสาธารณรัฐ โดมินิกัน จำนวน 288 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนถุงยางอนามัยให้กับหญิงอาชีพพิเศษเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของหญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kumar GA(2006) ทำการศึกษาการเข้าถึงถุงยางอนามัยของหญิงอาชีพพิเศษในรัฐอานธร ประเทศอินเดีย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษไร้สังกัด และหญิงอาชีพพิเศษในสถานประกอบการรวม 6,509 คน พบว่าหญิงอาชีพพิเศษ ร้อยละ 73.8 ใช้ถุงยางอนามัยที่ได้รับแจกจากองค์กรพัฒนาเอกชน(NGO) และหญิงอาชีพพิเศษ ร้อยละ 79.7 รับถุงยางอนามัยจากร้านขายยา ส่วนที่เหลือซื้อมาใช้เอง จากผลการวิจัยพบว่าหากต้องการให้โครงการป้องกันโรคเอดส์ประสบความสำเร็จจะต้องเพิ่มการเข้าถึงถุงยางอนามัยที่แจกฟรีให้กับหญิงอาชีพพิเศษ

Ilse Pauw Clinical Psychologist(2006) ทำการศึกษาอุปสรรคของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในหญิงอาชีพพิเศษไร้สังกัดใน เคนยา ประเทศแอฟริกาใต้ พบว่าอุปสรรคที่หญิงอาชีพพิเศษต้องเผชิญ ได้แก่ การต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัยจากลูกค้าโดยเฉพาะลูกค้าพิเศษ ปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ และความสามารถในการเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น

วิภาดา(2552, หน้า 5-29) ทำการสำรวจพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษประเทศไทย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 3,079 คน พบว่าหญิงบริการมีความต้องการถุงยางอนามัยที่แจกฟรี ร้อยละ 61 มีความต้องการสารหล่อลื่นที่มากับถุงยางอนามัยที่มาก ร้อยละ 53.6 นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยของหญิงอาชีพพิเศษในคืนล่าสุดเกิดจากการไม่มีถุงยางอนามัยไว้ใช้ ร้อยละ 7.5 และหญิงอาชีพพิเศษ ร้อยละ 86.3 ให้ความเห็นว่าหากมีการสนับสนุน การแจกถุงยางอนามัยฟรี ก็จะทำให้พวกเขามีการใช้ถุงยางอนามัย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงถุงยางอนามัย และเจลหล่อลื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษที่ไม่แน่นอน

#### 4. ปัจจัยเสริมแรง

โซชิตา คุ่มตลอด (2546, หน้า 59-60) ปัจจัยเสริมแรงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกัน โรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงาน และการ ได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่

สุภาภรณ์ เพ็งชะตา (2546, หน้า 58) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกัน โรคเอดส์ของ หญิงอาชีพพิเศษ

มานพ เชื่อมทอง (2546, หน้า 49) การได้รับการกระตุ้นเตือนเพื่อป้องกันโรคเอดส์จากสื่อต่างๆมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของ หญิงอาชีพพิเศษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Dang Thi NV(2004, หน้า 102-103) นโยบายภาครัฐ เป็นปัจจัยซึ่งมีผลชัดเจนว่า พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และมีหลายครั้งที่หญิงอาชีพพิเศษไม่ได้พกถุงยางอนามัยติดตัวไว้เนื่องจากถุงยางอนามัยจะถูกใช้เป็นหลักฐานทำให้ถูกตำรวจจับกุม

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสริมแรง ข้างต้นสรุปได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงาน และสื่อต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากภาครัฐ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ การให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ แผนนโยบายด้านกฎหมาย ภาครัฐมีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในประเทศเวียดนาม เนื่องจาก การพกถุงยางอนามัยของหญิงอาชีพพิเศษเมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจทำการจับกุมถุงยางอนามัยจะถูกใช้เป็นหลักฐานในการขายบริการทางเพศ ซึ่งในประเทศไทยก็ประสบปัญหาด้านกฎหมายเช่นเดียวกันกับประเทศเวียดนาม

5. พฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ Mee LW(2000)ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปากของหญิงอาชีพพิเศษประเทศสิงคโปร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษ 225 คน จากผลการศึกษาพบว่าหญิงอาชีพพิเศษให้ลูกค้าสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ร้อยละ 56.9 หญิงอาชีพพิเศษใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ร้อยละ 97.0

Wang B(2547) ได้ทำการศึกษาการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัย ของหญิงอาชีพพิเศษในเมืองกวางสี(Guangxi) ประเทศจีน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 454 คน จากการศึกษาเป็นเวลา 6 เดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 3 มีอาการมาจากการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน ในจำนวนนี้มีหญิงอาชีพพิเศษร้อยละ 30 ที่มีการดื่ม

เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์กับผู้คู่อื่น จากการเปรียบเทียบพบว่าหญิงอาชีพพิเศษที่ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ได้รับความนิยมนอกกลุ่มลูกค้ามากกว่าหญิงอาชีพพิเศษกลุ่มที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ว่าก่อนการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีนี้ อาจมีผลกระทบอย่างใหญ่หลวงในการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศจีน

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ (2550, หน้า 36-48) ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ พื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 500 คน พบว่าหญิงอาชีพพิเศษกว่า 2 ใน 5 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีเพียง ร้อยละ 7 ที่จบสายอาชีวศึกษา เมื่อทำการสำรวจพฤติกรรมทางเพศ หญิงอาชีพพิเศษใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน ร้อยละ 40 กับผู้ชายที่รู้จักผิวเผิน ร้อยละ 86.2 กับลูกค้าประจำ ร้อยละ 89 และกับลูกค้าชั่วคราว ร้อยละ 96 ซึ่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่าง 24 รายมีเพศสัมพันธ์ทางทวาร สัดส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งคิดเป็น ร้อยละ 63 ส่วนพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์หลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์พบว่ากลุ่มหญิงอาชีพพิเศษที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ( $n = 37$ ) สัดส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียง ร้อยละ 87

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ สรุปได้ว่า หญิงอาชีพพิเศษมีพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ไปในสองแนวทาง คือ พฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ที่ดีโดยการใช้ถุงยางอนามัยไม่ว่าจะมีเพศสัมพันธ์ในช่องทางไหนก็ตาม และพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ที่ไม่ดี ได้แก่ การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทางปาก และทางทวาร และการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสรุปได้ว่า หญิงอาชีพพิเศษมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากหญิงอาชีพพิเศษมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ประกอบด้วย พฤติกรรมการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทางปาก รวมถึงการไม่ใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับเจลหล่อลื่นเมื่อต้องการมีเพศสัมพันธ์ทางทวาร และการมีเมามาจากการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นหากหญิงอาชีพพิเศษต้องการปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์ จะต้องมีความรู้ในการป้องกันการโรคเอดส์ ดังนี้ 1) ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด 2) ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก 3) ใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับเจลหล่อลื่นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวาร และ 4) ต้องไม่ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ทั้ง 4 ข้อนั้น เมื่อนำมาสรุปตามแนวคิดเรื่อง

PRECEDE-PROCEED Model ในขั้นตอนที่ 4 จะสรุปได้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมกันของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University