

การส่งเสริมสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีทางเพศสัมพันธ์

วรรณภา พาหุวัฒน์กร * Ph.D

บทคัดย่อ

สุขภาพทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพอนามัยของบุคคลที่ควรได้รับการส่งเสริมและป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นหนึ่งในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการศึกษา วิจัยเพื่อหาวิธีการปฏิบัติการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง และเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศของประชาชนทั่วไป โดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีค่านิยมและความคาดหวัง ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม ทฤษฎีความเชื่อทางด้านสุขภาพ และทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรวัยต่างๆ

คำสำคัญ : เอชไอวี การส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพทางเพศ

แนวคิดของการเกิดโรคแต่เดิมจะสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่างๆตามแต่วิถีชีวิตของบุคคล โดยที่ความหมายของสุขภาพคือการไม่เป็นโรค ดังนั้นวิธีการส่งเสริมสุขภาพก็จะเน้นให้ความรู้และให้ทักษะในแต่ละบุคคล เพื่อให้แต่ละบุคคลมีสุขภาพดี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546). แต่มุมมองเรื่องสุขภาพแนวใหม่นั้น สุขภาพ จะหมายถึง สุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญาโดยสัมพันธ์กับเงื่อนไขด้านบวกของสังคมและสิ่งแวดล้อม (จรัส สุวรรณเวลา, 2543; ประเวศ วะสี, 2543) เช่นเดียวกับสุขภาพทางเพศ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความเห็นว่า การเจ็บป่วยทั้งระบบของร่างกายมนุษย์อาจมีสาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเรื่องสุขภาพทางเพศจึงได้ถูกจัดไว้ในด้านสุขภาพอนามัยของมนุษย์ด้วยและมีการเรียกร้อง

ให้จัดบริการดูแลสุขภาพทางเพศอย่างจริงจัง (World Health Organization, 2004)

การเปลี่ยนแปลงในด้านเทคโนโลยีและสื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อลามก วีซีดีไป หนังสือลามก รวมทั้งอินเทอร์เน็ต ทำให้เยาวชนชายและหญิงรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์และเริ่มทดลองมีเพศสัมพันธ์กันเร็วขึ้น การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันที่ถูกต้องอาจจะนำมาซึ่งอันตรายจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จนถึงแก่ชีวิตได้ การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพจะทำให้อัตราผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ลดลง (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2004) จากสถิติการป่วยของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรค HIV รายใหม่ลดลงจากปีละ 143,000

* อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ราย ในปี พศ. 2534 เหลือ 29,000 ราย ในปี พศ. 2543 อย่างไรก็ตามแม้ว่าอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่จะลดลง แต่ยังมีข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปรากฏให้เห็นอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่การเปลี่ยนคู่นอนหรือการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (Wold Health Organization, 2004)

การติดต่อของโรคทางเพศสัมพันธ์มักจะปรากฏในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มสตรี ซึ่งเป็นผลมาจาก เงื่อนไขทางวัฒนธรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อว่าสตรีควรมีลักษณะการยอมอำนาจและทำตามความต้องการของฝ่ายชาย (Koontz & Conly, 1994) ดังนั้นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ สตรีมักไม่กล้าต่อรองให้ฝ่ายชายสวมถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรค (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2542) การขาดการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สูงมากขึ้น (Amaral, 1998) ก่อให้เกิดภาวะการดูแลทางสังคม และการแพทย์แก่ครอบครัวรวมถึงชุมชนเพิ่มขึ้นด้วย สำหรับผลกระทบรายบุคคลที่อาจเกิดในสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันคือ การเกิดมะเร็งปากมดลูก (Pozniak, 2003) จากสถิติพบว่าสตรีเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์มากกว่าผู้ชายถึง 6.5 เท่า โดยในปี พศ. 2541 พบว่าสตรีเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกในอัตรา 13.8 ต่อแสนคน (Amaral, 1998) สาเหตุเริ่มต้นของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกคือการได้รับเชื้อไวรัสเอชพีวี ทางเพศสัมพันธ์และมักจะได้รับเชื้อจากสามีมากที่สุด (Fogel, 1995) ส่วนผู้ชายมักได้รับเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์จากผู้ชายบริการทางเพศ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) แต่ปัจจุบันนี้ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสที่ไม่ใช่การซื้อบริการทางเพศเพิ่มมากขึ้น (กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2004)

แม้ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม แต่ก็สามารถป้องกันได้หลายวิธี อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแนวโน้มของเยาวชนไทยก็ยังมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน, 2547) อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังมีค่อนข้างน้อย จากการสำรวจพฤติกรรมในปี 2546 พบว่าวัยรุ่นชาย มีเพียงร้อยละ 22.7 และวัยรุ่นหญิง ร้อยละ 20 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่จะให้ประสิทธิผลที่ดีนั้นจะต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน (Pozniak, 2003) การให้ความรู้ในเรื่องของเพศศึกษาแก่ประชาชน รวมถึงการส่งเสริมและการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศด้วย นั่นคือแนวทางการลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเอดส์ จะมีสองแนวทางคือ การป้องกันการเกิดโรคและการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ซึ่งทั้งสองแนวทางนี้มีความแตกต่างกันดังนี้

ความแตกต่างระหว่างการป้องกันโรคกับการส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อก้าวถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยทั่วไปแล้วมักจะเน้นเรื่องการป้องกันโรคเป็นอันดับแรก แต่เมื่อศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการป้องกันโรคมักจะมีการศึกษาควบคู่กันไปกับแนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ อาจเกิดคำถามที่ว่า การป้องกันโรคแตกต่างจากการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างไร

การป้องกันโรคเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ (Xu, Kilmarx, Supawitkul, Yanpaisam, et al, 2000). โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ การ

ป้องกันระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อลดโอกาสที่จะทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บป่วยทั้งอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง การป้องกันระดับทุติยภูมิเป็นการให้ความรู้ในเรื่องการตรวจค้นหาโรคด้วยตนเองแก่คนทั่วไป เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นกิจกรรมเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความพิการที่มีผลจากโรคที่เป็นให้เหลือน้อยที่สุดและช่วยให้ผู้ที่มีความพิการแล้วได้เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่ในสภาพที่จำกัดนั้นได้อย่างมีความสุข ส่วนการส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ทำให้คนเราได้รับสิ่งที่สมบูรณ์ที่สุดในชีวิต โดยกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นกิจกรรมที่สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งวิธีการของการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพจะเป็นส่วนที่เสริมซึ่งกันและกันในทุกช่วงของอายุ (Pender, 1996)

กลยุทธ์ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินชีวิตโดยสามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกสถานที่ทั้งในครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน โรงพยาบาล หรือชุมชน เป็นต้น ซึ่งพยาบาลอาจจะเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการส่งเสริมและการป้องกันโรคมีย่อยกลุ่ม ตั้งแต่กลุ่มบุคคลที่ได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงของช่วงอายุตามภาวะการเจริญพันธุ์ กลุ่มบุคคลที่เคยมีประวัติการเป็นโรคในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต เช่น โรคเอดส์หรือกลุ่มบุคคลที่ได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต เช่นการย้ายที่อยู่ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการป้องกันโรคกับการส่งเสริมสุขภาพมีแนวทางใกล้เคียงกันจึงมักจะทำควบคู่กันโดยเฉพาะในเรื่องของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์และการส่งเสริม

สุขภาพทางเพศซึ่งสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพได้หลายทฤษฎี

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ทฤษฎีที่น่าจะใช้ได้กับการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้แก่ทฤษฎีค่านิยมและความคาดหวัง (expectancy-value theory) ของฟิชเชอร์ (Feather) เชื่อว่าพฤติกรรมเป็นสิ่งที่มีเหตุผลและมีประโยชน์ (Pender, 1996) โดยเน้นว่าสิ่งที่จะทำให้คนเรามีพฤติกรรมและคงไว้ได้อย่างต่อเนื่องคือผลลัพธ์จากการปฏิบัตินั้นให้ผลทางบวก และนำมาซึ่งสิ่งที่ตนเองต้องการ สิ่งสำคัญที่เป็นแรงจูงใจให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างสมบูรณ์นั้นมีพื้นฐานมาจากการรับรู้เรื่องอดีตที่เกี่ยวกับการบรรลุผลสำเร็จของตนเองหรือคนอื่น และมั่นใจว่าความสำเร็จของตนเองนั้นทัดเทียมหรือเหนือกว่าผู้อื่น ซึ่งทฤษฎีนี้มีผู้นำไปใช้ในการศึกษาเพื่อสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศในสถานศึกษา (Noar, Anderman, Zimmerman, & Cupp, 2005) แนวคิดทฤษฎีค่านิยมและความคาดหวังนี้คล้ายกับแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ของเอสเซินและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980)

แนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action/ planned behavior) ของเอสเซินและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ได้อธิบายปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลว่าปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลที่ดีที่สุดคือความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมนั้นโดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สอดคล้องกับความตั้งใจที่มีอยู่ขึ้นอยู่กับเจตคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานของผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการทำพฤติกรรมนั้นๆ นั่นคือการส่งเสริมสุขภาพทางเพศจะต้องอาศัยความตั้งใจและเจตคติของบุคคลทั้ง

หญิงและชายในการแสดงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศ (Fisher, & Fisher, 1998) แต่แนวคิดของการกระทำด้วยเหตุผลนี้แตกต่างจากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อภายในตน (Locus of control) ของ รอตเตอร์ (Rotter) ซึ่งรอตเตอร์กล่าวว่า พฤติกรรมขึ้นกับความเชื่อภายในและภายนอกของบุคคล บุคคลที่มีความเชื่อภายในตนเท่านั้นจึงจะเชื่อว่าปัญหาสุขภาพนั้นบุคคลสามารถป้องกันและแก้ไขได้แต่บุคคลที่มีความเชื่อภายนอกตนจะเชื่อว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ (Wallston, 1991) นั่นคือการเกิดโรคของบุคคลที่มีความเชื่อภายนอกจึงไม่อาจป้องกันได้สำหรับการเรียนรู้ของบุคคลที่อาจจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมนั้น บลูม (Bloom, 1975) ได้กล่าวไว้ว่าการเรียนรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลเกิดความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหรือทัศนคติ ต่อเรื่องนั้นๆ ตามมา และถ้าทัศนคติที่เกิดขึ้นเป็นทัศนคติที่ดีก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นตั้งใจที่จะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมนั้นได้ดีขึ้น เมื่อปฏิบัติมากขึ้นก็จะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น และการประสบผลสำเร็จทำให้บุคคลเกิดทัศนคติที่ดีตามมาด้วย นอกจากการเรียนรู้และทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมแล้ว สิ่งแวดล้อมทางสังคมอาจมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้นั้นคือการให้ความรู้แก่บุคคลเพื่อให้เกิดทัศนคติจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคได้ ซึ่งทฤษฎีการเรียนรู้ของบุคคลจะตรงกับแนวคิดทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม

ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 2001) เน้นการชี้แนะตนเอง โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคนนั้นกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพฤติกรรมจะเกิดจากการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแล้วจากนั้นพฤติกรรมก็จะย้อน

กลับไปสร้างสิ่งแวดล้อม เริ่มจาก การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ที่ได้รับไว้เป็นตัวแบบภายในตนเอง ซึ่งจะกลายเป็นแนวทางสำหรับการแสดงพฤติกรรมในอนาคต ต่อจากนั้นบุคคลจะคาดเดาถึงผลแห่งการกระทำที่น่าจะเป็นไปได้และวางแผนการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และเริ่มเรียนรู้พฤติกรรม โดยการสังเกตจากตัวแบบโดยไม่จำเป็นต้องเรียนรู้จากการลองผิดลองถูก จากนั้นบุคคลจะกำกับตนเองโดยใช้สิ่งที่อยู่ภายในและประเมินตนเองในการส่งเสริมและควบคุมพฤติกรรมและจัดการกับสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อให้เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรม สุดท้ายบุคคลนั้นจะไตร่ตรองเกี่ยวกับกระบวนการคิดของตนเองและหาทางปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่คนเราจะแสดงออกมานั้นไม่เพียงแต่มาจากแรงผลักดันภายในตัวบุคคลหรือจากสิ่งกระตุ้นจากภายนอกเท่านั้น แต่เป็นเพราะความรู้ความเข้าใจ และปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ โดยมีพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมนั้นร่วมปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นั่นคือ พฤติกรรมของคนสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ ขณะเดียวกันสิ่งแวดล้อมก็สามารถยับยั้งพฤติกรรมของคนได้เช่นกัน ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ทำให้ความเชื่อในตนเองได้ก่อตัวขึ้นจากการสังเกตและการไตร่ตรองโดยตนเอง ที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุด ความเชื่อของตนเองนั้นรวมไปถึงคุณสมบัติในตนเอง การประเมินตนเอง และสมรรถนะของตนเอง โดยที่สมรรถนะของตนเองจะเป็นตัวตัดสินความสามารถในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จลุล่วงไปได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ การเรียนรู้จากผู้อื่น คำชักชวนจากผู้อื่นและการตอบสนองทางกายต่อสถานการณ์บางอย่าง การตัดสินความสามารถของตนเองให้สูงกว่าความเป็นจริงเล็กน้อย ถือได้ว่าดีที่สุดในสำหรับการแสดงพฤติกรรม เพราะ

จะช่วยสร้างความมุ่งมั่นให้เกิดขึ้น การที่คนเรารับรู้สมรรถนะของตนเองมากเท่าไรจะยิ่งมีความพยายามและมุ่งมั่นที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นได้มากขึ้น แม้ว่าเผชิญอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจจากแนวคิดดังกล่าวนี้ Bandura จึงได้พัฒนาทฤษฎีนี้เป็น Self- efficacy theory (Bandura, 1977) และสมรรถนะของตนเองจะเป็นตัวแปรที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996)

สำหรับทฤษฎีที่น่าจะเหมาะสมกับพฤติกรรม การป้องกันโรคมากที่สุดคือ ทฤษฎีความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งได้รับการปรับปรุงโดย Becker และ Rosenstock (Rosenstock, 1974) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรม การป้องกันโรคก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นรับรู้สิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพหรือคิดถึงความยุ่งยากทั้งทางด้านการรักษา และประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรม การป้องกันโรคเพื่อเปรียบเทียบระหว่างผลของการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคเช่นค่าใช้จ่าย ความรู้สึกไม่พึงพอใจ ความไม่สะดวกสบายและเสียเวลา เหล่านี้กับภาวะคุกคามที่ทำให้เกิดโรค จากนั้นจะตัดสินใจว่าพฤติกรรมป้องกันโรคนั้นมีน้ำหนักมากกว่าอุปสรรค ความเชื่อนี้จะมีผลโดยตรงต่อการจูงใจให้มีพฤติกรรมป้องกันโรค โดยที่การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเกิดจากการกระตุ้นอารมณ์ ทำให้คิดว่าตนเป็นโรค ซึ่งรูปแบบนี้เหมาะสำหรับเป็นแบบพฤติกรรม การป้องกันโรค รูปแบบของทฤษฎีความเชื่อทางด้านสุขภาพมีการนำไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพสตรีมากมาย ได้แก่การศึกษาของ Lee et al (1996), Savage & Clarke (1996), และ Jirawong & MacLennan (2003) แต่ทฤษฎีความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้ไม่เหมาะสำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดจากองค์ประกอบ

สามส่วน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002) ได้แก่ ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลที่มีประสพการณ์ตรงต่อการปฏิบัติ และพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งเกิดจากการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติ ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และผลลัพธ์ของพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับข้อสัญญาว่าจะต้องทำ การชั่งใจระหว่างพฤติกรรมที่ต้องทำกับพฤติกรรมที่อยากทำ ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลการดูแลสุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทฤษฎีที่กล่าวมาทั้งหมดนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการศึกษา และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศได้ ปัจจุบันนี้วิธีการต่างๆมากมายที่ใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและส่งเสริมสุขภาพทางเพศ

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์

เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันมุ่งไปข้างหน้าไม่หยุดยั้ง หน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุขโดยเฉพาะพยาบาลที่จะดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน สำหรับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อันดับแรกคือ การใช้สติโดยรู้จักควบคุมอารมณ์ อันดับต่อมาคือ ต้องควบคุมด้วยการใช้ถุงยางอนามัย

การใช้ถุงยางอนามัยเป็นการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ทำได้ง่ายที่สุด (Stone, Timyan, Thomas, 1999) โดยเฉพาะโรคที่ติดต่อทางน้ำคัตหลังต่างๆ (Shlay, McClung, Patnaik, and Douglas, 2004) และหนองในในผู้ชายได้ 100% (Fitch, Stine, Hager, Mann, Adam, & Mcilhaney, 2002) นอกจากนี้การสวมถุงยางอนามัยยังป้องกันการติดเชื้อ HPV ซึ่งก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก (พิพัฒน์ ลักษณะมีจรลกุล., 2543) และ โรคหูด (warts) (National Institute of Allergy, Infectious Diseases, 2001) ได้อีกด้วย การใช้

ถูกยางอนามัยโดยเฉพาะในคูสมรสนั้นมักจะมี ความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (วรรณหา พาหุวัฒนกร และ วชิราวรรณสถิต, 2549) กลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังมีการใช้ถุงยางอนามัยในระดับปานกลาง (สุปรียา รามการุณ, 2544) การใช้ถุงยางอนามัยที่จะให้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรจะใช้ อย่างสม่ำเสมอ(Hmed, Lutalo, Wawer, Serwadda, Sewankambo, et al, 2001) และใช้ร่วมกับวิธีอื่นคือ การงดมีเพศสัมพันธ์ การเลือกคู่นอน และการมีเพศสัมพันธ์กับคูสมรสเพียงคนเดียว

การครองคู่ที่ถูกต้องตามสังคมและวัฒนธรรมคือการมีคูสมรสเพียงคนเดียว แต่บางกลุ่มก็ยังปรากฏเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่เป็นคูสมรสซึ่งจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ (Castor, Jolly, Furlonge, et al., 2002) ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางเพศ และผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่คูสมรสหลังแต่งงาน จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน (White, Cleland, Carael, 2000) การรับรู้ว่ามีคูสมรสของตนมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะมีการใช้ถุงยางอนามัยในอัตราที่สูงขึ้น (Drumright, Gorbach, Holmes, 2004) ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้หญิงเพราะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากคูสมรสง่ายกว่าผู้ชายสองเท่า (Carpenter, Kamali, Ruberantwari, Malamba, & Whitworth, 1999). เนื่องจากผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมักจะคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่ำ (Xu, Kilmarx, Supawitkul, Yanpaisarn, Limpakarnjanarat, Manopaiboon, et al, 2000). โดยเฉพาะผู้หญิงไทยมักจะมีความคิดว่าเมื่อแต่งงานแล้ว โอกาสที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะไม่มีเลย (Bennetts, Shaffer, & Phophong, et al., 1999). แต่จากสถิติพบว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับ

คนที่ไม่ใช่คูสมรสมีมากถึงร้อยละ 20 แต่การใช้ถุงยางอนามัยของผู้ชายกับหญิงที่ไม่ใช่คูสมรสมีอัตราน้อยกว่าการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์กับหญิงชายบริการ (Lertpiriyasuwat, Pliapat, & Jenkins, 2003).

การส่งเสริมสุขภาพทางเพศ

ปัจจุบันสภาพวิถีชีวิตในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาโรคทางเพศสัมพันธ์ ดังที่กล่าวมาแล้วว่าสุขภาพในแนวคิดใหม่จะสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจะไม่ได้มีเพียงแค่ระดับปัจเจกบุคคล แต่มองไปกว้างและลึกไปสู่ระดับชุมชนและนโยบายโดยชุมชนที่ว่านี้ก็ได้เพียงแค่ชุมชนนั้น ๆ เท่านั้น แต่หมายถึงการโยงใยสายสัมพันธ์เป็นเครือข่ายอยู่ร่วมกันด้วยที่สำคัญคือ เน้นการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนของสังคม (จรัส สุวรรณเวลา, 2543) โรคที่เกิดจากพฤติกรรมก็ยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพของประเทศ เนื่องจากการได้รับการศึกษาน้อย ขาดการรวมกลุ่ม และขาดข้อมูลข่าวสารความรู้ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาจึงควรเสริมสร้างศักยภาพ การพัฒนาสถาบันครอบครัว และชุมชนท้องถิ่นเป็นกลวิธีหลักทั้งในด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมโดยการพัฒนาระบบการศึกษา ระบบสวัสดิการแรงงาน และระบบบริการสาธารณสุข มีผลต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพทางบวกในทุกกลุ่มอายุทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ (Padula & Sullivan, 2006) และกลุ่มวัยรุ่น (DuBois, & Silverthorn, 2005)

บุคคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะพยาบาล จึงควรมีบทบาทในการให้คำปรึกษาและแนะนำแก่ประชาชน ให้มีการตระหนักและใช้วิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ที่จะเป็นที่ปรึกษาที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์คือสมาชิกในครอบครัว (สุปรียา รามการุณ, 2544) การมารับการตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเป็นการส่งเสริมและป้องกันที่ดี การมาตรวจนั้นควรจะมารับการตรวจพร้อมกันทั้งสามีและภรรยา (Allen, Tice, Van der Perre, 1992). เพราะเมื่อพบว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะบางโรคอาจจะต้องรักษาและป้องกันทั้งสามีและภรรยา

สรุป

หลักการโดยทั่วไปในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้สามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นเพื่อให้มีสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ กระบวนการเหล่านี้ได้ผลเป็นที่

น่าพอใจระดับหนึ่ง ซึ่งจะเห็นได้จากอัตราการติดเชื้อเอชไอวีลดลงแต่การส่งเสริมสุขภาพทางเพศยังคงต้องศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในกลุ่มประชากรทุกวัย โดยการใช้แนวคิดทฤษฎีที่มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะนำทฤษฎีใดไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ควรคำนึงถึงความเหมาะสมในแต่ละกลุ่มประชากรเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าประสงค์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการส่งเสริมสุขภาพทางเพศแก่ประชาชนทุกกลุ่ม ผลที่ได้จะทำให้ประชาชนไทยมีความรู้รอบตัวมากขึ้นและมีสุขภาพดี แข็งแรง ทั้งทางร่างกายและจิตใจแล้ว ประเทศไทยจะเป็นประเทศมหาอำนาจอย่างแท้จริงในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์กามโรคในประเทศไทย 2525-2542. (cited 2004 December 1) Available from: URL: <http://www.thai-sti.org/statvd9.htm/>.
- จรัส สุวรรณเวลา. (2543). มุมมองใหม่ ระบบสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, พ.ศ.2543.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ.(2543).สุขภาพคนไทยปีพ.ศ.2543:สถานะสุขภาพคนไทย.กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี.(2543).สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์,สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549 (cited 2004 August 8) Available from: URL: http://www.elib-online.com/doctors3/std_aids24.html
- พิพัฒน์ ลักษณ์จรัสกุล. (2543). โรคติดต่อที่เกี่ยวเนื่องกับการทำงาน (Work-Related Infectious Disease). กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2542). โรคติดต่อระบบเจริญพันธ์: ปัญหาสุขภาพผู้หญิงที่เป็นวัฒนธรรมเงียบ. ใน:พิมพ์วัลย์ บุญมงคล นิภากรณ์ สัตนหจิริยา และต้นสนีย์ เรืองสอน, บรรณาธิการ. *ร้อยสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ*. หน้า165-192.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส
- วรรณ ปาหุวัฒนกร และ วชิรา วรรณสถิต (2549) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทศนคติของการครองคู่และการใช้ถุงยางอนามัยของคู่สมรสไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 24(1). 57-65.

- ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน (2547) โครงการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชน Available from: URL: <http://www.mhso.moph.go.th/aids/youthms.htm>
- สุปรียา รามการุณ. (2544). *ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารทางเพศและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัดตรัง. การค้นคว้าแบบอิสระตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- อำพล จินดาวัฒน์. (2546). *ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิตและสังคม. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.*
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Allen, S, Tice, J, Van der Perre, P. (1992). Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *British Medical Journal* 304:1605-9.
- Amaral, E. (1998). Current approach to sexual transmitted disease management in women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 63:183-189.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology,* 52, 1-26.
- Bennetts, A., Shaffer, N., & Phopong, P., et al. (1999). Differences in sexual behaviors between HIV-infected pregnant women and their husbands, Bangkok, Thailand. *AIDS Care,* 11:649-61.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook 1 Cognitive Domain* (20th ed.). New York: David McKay.
- Carpenter, L. M., Kamali, A., Ruberantwari, A., Malamba, S. S., & Whitworth, J. A. (1999). Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. *AIDS.* 13: 1083-1089.
- Castor, D, Jolly, P., Furlonge, C., et al. (2002). Determinants of gonorrhea infection among STI clinic attendees in Trinidad-II: sexual behavioral factors. *International Journal of Sexual Transmitted Disease AIDS.* 13:46-51.
- Drumright, L., Gorbach, P. M., Holmes, K. K. (2004). Do people really know their sex partners? Concurrency, knowledge of partner behavior, and sexually transmitted infections within partnerships. *Sexually Transmitted Diseases,* 31 (7): 437-442.
- DuBois, D.L., & Silverthorn, N (2005) Natural mentoring relationships and adolescent health: evidence from a national study. *American Journal of Public Health.* 95 (3). 518-524:
- Fisher, W. A, & Fisher, J. D. (1998). Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: theory and method. *Annual Review of Sex Research,* pp 1-27.

- Fitch, J. T., Stine, C., Hager, D., Mann, J., Adam, M. B., & McIlhaney, J. (2002). Condom effectiveness. *Sexually Transmitted Disease*. 29 (12): 811–818.
- Fogel, C. L. (1995). Sexual transmitted disease. In: C. I Fogel . & N. F Woods (Eds.). *Women's Health Care*. pp. 455–472. Thousand Oaks: Sage.
- Hmed, S., Lutalo, T., Wawer, M., Serwadda, D., Sewankambo, N., Nalugoda, F., Makumbi, F., Wabwire–Mangen, F., Kiwanuka, N., Kigozi, G., Kiddugavu, M., Gray, R.. (2001). HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a population study in Rakai, Uganda. *Aids*, 15 (16), 2171–2179.
- Jirojwong, S., & MacLennan, R (2003) Health belief, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*. 41 (3). 241–249:
- Koontz, S. & Conly, S. R. (1994). Youth at risk meeting the sexual health needs of adolescent. *Population Action International*. 9, 1–10
- Lee, M., Lee, F., & Stewart, S (1996) Pathway to early breast and cervical detection for Chinese American Women. *Health Education and Behavior*. 23, S76– S88.
- Lertpiriyasawat, C., Plipat, T., & Jenkins, R. A. (2003). A survey of sexual risk behavior for HIV infection in Nakhonsawan, Thailand, 2001. *AIDS*. 17, 1969–1976.
- National Institute of Allergy, Infectious Diseases. (2001). *Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention*, Herdon, VA, July 20, 2001.
- Noar, S. M., Anderman, E. M., Zimmerman, R. S., and Cupp, P. K., (2005) Fostering achievement motivation in health education: are we applying relevant theory to school-based HIV prevention programs? *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16(4), 59 – 76.
- Padula, C.A., & Sullivan, M (2006) Long-term married couples' health promotion behaviors: identifying factors that impact decision-making. *Journal of Gerontological Nursing*. 32 (10). 37–47:
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice (3rd ed.)* Standford, CT: Appleton and Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice (4th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice–Hall.
- Pozniak, A. (2003). What happened to sexually transmitted disease prevention?. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 16, 33–35.
- Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. In M. H. Becker, editor. *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. pp. 27–59. New Jersey: Charles B. Slack.

- Savage, S.A., & Clarke, V.A (1996) Factors associated with screening mammography and breast self-examination intentions. *Health Education Research*.11: 409-421.
- Shlay, J. C, McClung, M. W., Patnaik, J. L., and Douglas, J. M. (2004). Comparison of sexually transmitted disease prevalence by reported level of condom use among patients attending an urban sexually transmitted disease clinic. *Sexually Transmitted Diseases*, 31(3): 154-160
- Stone, K. M, Timyan, J., Thomas, E.L. (1999). Barrier methods for the prevention of sexually transmitted disease. In: Holmes K, Sparling P, Mardh P, et al., editors. *Sexually Transmitted Diseases* pp.1307-1322.. New York: McGraw-Hill.
- Wallston, K.A (1991) The importance of placing measures of health locus of control in a theoretical context. *Health Education Research: Theory and Practice*, 6: 251-252.
- White, R., Cleland, J., Carael, M. (2000). Links between premarital sexual behavior and extramarital intercourse: a multi-site analysis. *Aids*. 14(15), 2323-2331.
- World Health Organization. Young people and sexually transmitted diseases. (cited 2004 August 8) Available from: URL: <http://www.google.com/u/who.org/>.
- Xu, F., Kilmarx, P., H., Supawitkul, S., Yanpaisarn, S., Limpakarnjanarat, K., Manopaiboon, C., Korattana, S., Mastro, T., St. Louis, M.E. (2000). HIV-1 Seroprevalence, risk factors, and preventive behaviors among women in Northern Thailand. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25(4): 353-359.

Health Promotion in Sexual Health for HIV Prevention

Wanna Phahuwatanakorn. Ph.D.

Abstract

Sexual health is one of health, which should be promoted and prevented from serious diseases, especially sexually transmitted diseases. Sexually transmitted diseases, especially HIV infection, are national health problems. Interventions for prevention of these diseases should be provided. Health care providers should do research and studies by using involving theories. This article presents the methods of sexual health promotion and sexually transmitted disease, specific for HIV prevention. In addition, it also presents some theories of health promotion, which are expectancy-value theory, social cognitive theory, health belief model and health promotion theory.

Keywords : HIV, Health promotion, Sexual health