

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง

Received: 21/10/2019, Accepted: 13/11/2019

รัตติยา สองทิศ*

Abstract

Factors Associated with HIV Prevention Behavior among MEN WHO HAVE SEX WITH MEN in Trang Province

Rattiya Songtid*

*Trang Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health, Thailand

This research was a descriptive study designed to identify factors associated with HIV prevention behavior among men who have sex with men (MSM) in Trang Province. One hundred and twenty-seven subjects were recruited as the sample. The data was collected in June 2018. The Pearson product moment correlation coefficient analysis was used to identify the associated factors of HIV prevention behavior.

The results showed that majority of the respondents (59.1%) were aged 18-32 years, giving the average age 37 years old, The average income was 13,807.09 Baht. The study, on health beliefs. Indicated the followings 76.4% perceived benefits in preventing infection with HIV at high level perceived barriers to prevent infection with HIV, high-level perceived risk of infection with HIV at moderate level 52.8% perceived severity of infection with HIV, low and. preventive behaviors moderate level. The study on factors related to HIV prevention behaviors revealed that personal factors including age and income were, not related to HIV prevention behaviors. correlation coefficients (r) were equal to -0.165, ($p = 0.064$). and -0.133, ($p = 0.135$), respectively. For studied factors related to health beliefs was found to significantly associated with HIV prevention behavior ($r=0.191$, $p=0.032$) Majority of the subjects (76.4%) had perceived benefit score on HIV prevention at high level. The lowest mean score on the item of perceived benefit on HIV prevention was observed to be taking preventive HIV medication before engaging in unsafe sexual intercourse can prevent HIV infection.

In the program on behavior modification to further reduce new HIV infections among MSM in Trang Province, stakeholders should promote MSM to be aware of the perceived benefits of infection prevention, such as promoting access to preventive HIV medication before having unsafe sexual intercourse.

Keywords: HIV Prevention, Men Who Have Sex With Men

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง จำนวน 127 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2561 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 18 - 32 ปี (ร้อยละ 59.1) อายุเฉลี่ย 37 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,807.09 บาท ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับ ปานกลาง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ และ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.165 , ($p=0.064$) และ -0.133 ($p=0.135$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.191$, ($p=0.032$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.4) มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง โดยที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ด้านการรับประทานยาป้องกันโรคเอดส์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้

การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง ให้ความสำคัญเรื่องใหม่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีความสำคัญกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การส่งเสริมการเข้าถึงยาป้องกันก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

คำสำคัญ: การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

บทนำ

จากการคาดประมาณโดยคณะทำงาน การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ใช้ทางคณิตศาสตร์ พบว่า เมื่อสิ้นปี พ.ศ.2559 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 427,332 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี พ.ศ.2559 มีจำนวนประมาณ 6,268 คน เฉลี่ยวันละ 17 คน⁽¹⁾

ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 439,610 คนเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 5,529 คน ช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า สัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่วัยผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 45 เป็นกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หญิงข้ามเพศ (TG) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) รวมถึงผู้ขายยาชนิดฉีด (PWID) หากพิจารณาตามช่องทางการติดเชื้อ พบว่า ช่องทางการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อที่มากที่สุด คือ เพศสัมพันธ์ระหว่างชาย กับชาย ร้อยละ 41.8⁽²⁾ และพบอัตราการติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 17 ในปี พ.ศ.2546 ซึ่งเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ในปี 2550⁽³⁾ ข้อมูลจากการสำรวจเฝ้าระวังพฤติกรรม

ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Integrated Biological and Behavioral Surveillance; IBBS) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลจากการสำรวจของศูนย์ความร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย-สหรัฐ พบว่า สถานการณ์แพร่ระบาดของติดเชื้อของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.3 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 30.7 ในปี พ.ศ. 2550 สาเหตุที่เชื้อ HIV แพร่ระบาดได้ง่ายในกลุ่ม MSM/TG คือ การมีวิถีทางเพศที่อิสระ ขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์ การไม่ตระหนักถึงการป้องกัน มีการใช้สารเสพติดกันอย่างแพร่หลาย และ ชายรักชายบางคนมีคู่นอนเป็นผู้หญิง⁽⁴⁾

สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดตรัง พบมีรายงานผู้ป่วยรายแรกและเสียชีวิต เป็นผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และจำนวนผู้ป่วยนับตั้งแต่ พ.ศ. 2533 จนถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2561 มีรายงานผู้ป่วย สะสม 4,758 ราย เสียชีวิตแล้ว 1,677 ราย (ร้อยละ 35.25) ยังคงมีชีวิตอยู่ 3,081 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ 3,753 ราย (ร้อยละ 78.9) ปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด 329 ราย

(ร้อยละ 6.7) ติดเชื้อจากมารดา 169 ราย (ร้อยละ 3.6) อื่น ๆ 6 ราย (ร้อยละ 0.1) และไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง 501 ราย (ร้อยละ 10.5)⁽⁵⁾ และยังพบว่า จังหวัดตรังเป็นหนึ่งใน 31 จังหวัดที่พบการติดเชื้อรายใหม่สูงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสอดคลองกับข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National AIDS Program; ข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2561) พบว่า มีการติดเชื้อรายใหม่ในปี 2561 จำนวน 29 ราย 5 นอกจากนี้ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เรื่องโรคเอดส์ และอุปกรณ์การป้องกันตัว⁽⁶⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานและการดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีการติดเชื้อสูงของจังหวัดตรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง

สมมุติฐาน

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง
2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดตรัง ที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 12 สงขลา) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ในจังหวัดตรัง 5 แห่ง จำนวน 127 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ดำเนินการศึกษาและจัดเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป หรือ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้ผู้ตอบแบบสอบถามใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () หรือเติมข้อความ (.....) ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด มีลักษณะคำถาม เป็นปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อประกอบด้วย อายุ นับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพการมีคู่ ประวัติเคยได้รับบริการให้คำปรึกษา การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 31 ข้อ ดังนี้

2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ข้อ คำถามเป็นข้อความเชิงบวก (Positive content) 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5 และ 8 ข้อความเชิงลบ (Negative content) 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 และ 7

2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี 7 ข้อ คำถาม ข้อความเชิงลบ (Negative content) 8 ข้อ

2.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ข้อ คำถามข้อความเชิงบวก (Positive Content) 8 ข้อ

2.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ต่ออุปสรรคในการป้องกันติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ข้อ คำถามข้อความเชิงลบ (Negative Content) ทั้ง 8 ข้อ

ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) มีมาตรวัด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ ในการแบ่งระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ	ค่าคะแนน คำถามเชิง บวก	ค่าคะแนน คำถามเชิง ลบ
	(Positive State- ment)	(Negative State- ment)
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
ไม่เห็นด้วย	1	5

การแปลผลคะแนนความคิดเห็น แปลผล โดยการจัดเป็น 3 ระดับ คือ ดังนี้ สูง ปานกลาง ต่ำ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผล และอธิบายตัวแปร ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977)⁽⁷⁾

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / (\text{จำนวนช่วงชั้น})}{\text{จำนวนช่วงชั้น}} = 5 - 1$$

$$= \frac{1.33 / (3)}{3}$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

มีระดับปฏิบัติอยู่ในระดับสูง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00

มีระดับปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66

มีระดับปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 13 ข้อ

คำถามข้อความเชิงบวก (Positive content) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 6, 12 และ 13 ข้อความเชิงลบ (Negative Content) 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) มีมาตรวัด 5 ระดับ และการแปลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยตามทฤษฎีของ Best ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ปฏิบัติน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ปฏิบัติมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด

การแปลผลคะแนนการปฏิบัติ แปลผล โดยการจัดเป็น 3ระดับ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977)⁽⁷⁾

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} = 48 - 8 \\ &= 40 \\ \text{จำนวนช่วงชั้น} &= \frac{40}{3} = 13.33 \end{aligned}$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
สูง	30 - 40
ปานกลาง	19 - 29
ต่ำ	30 - 40

การบอกระดับหรือขนาดความสัมพันธ์ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ -1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับสัมพันธ์มาก สำหรับการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ว่าปัจจัยที่วิเคราะห์มีความสัมพันธ์ระหว่างกันหรือไม่พิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (Himkle D.E.)⁽⁸⁾

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือมี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาขอความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 เป็นการหาค่า ความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน กับกลุ่มเป้าหมายที่สุดได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอย่านตาขาว จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่จัดเก็บไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.882

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด

ค่าต่ำสุด และสถิติอนุมานวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในการวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ดังกล่าวใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มที่จะศึกษา

1. การศึกษาในครั้งนี้เริ่มดำเนินการหลังจากที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง
2. ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาหรือกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ จะไม่มีการบังคับ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา และลงนามยินยอมแล้ว
4. ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ปรากฏชื่อ - สกุล ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ในการที่จะสืบหาตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดข้อมูลส่วนตัวโดยจะใช้ตัวเลขหรือรหัสเป็นตัวแทน
5. การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายบุคคลเพื่อ ป้องกันสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดตรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 18-32 ปี (ร้อยละ 59.1) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 33-46 ปี (ร้อยละ 34.6) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.068 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 13,807.09 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9,446.812 สถานภาพการมีคู่ พบว่า

ไม่มีคู่วัยละ 40.20 มีคู่อประจำวัยละ 35.40 และมีคู่อแต่ไม่ประจำวัยละ 24.40 มีประวัติเคยได้รับการบริการให้คำปรึกษา วัยละ 68.50 ไม่เคย วัยละ 31.50 ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัยละ 85.80 เคย วัยละ 14.20 และการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งแรก วัยละ 79.50 และไม่ใช่ วัยละ 20.50

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมาย ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ในระดับสูง คือ การใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.59$) รองลงมาคือ การมีคู่อนอนเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวีลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.46$) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี น้อยที่สุดคือการใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ปลอดภัย ($\bar{X} = 1.99$) และพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 53.5) มีค่าคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ร้อยละ 44.9 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 1.6 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 2.433 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52841

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมาย ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้คะแนนสูงสุด คือ เมื่อมีอาการของโรคเอดส์จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ($\bar{X} = 2.32$) รองลงมา คือ การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคร้ายแรงไปแล้วไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ($\bar{X} = 2.28$) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี น้อยที่สุด คือ การติดเชื้อ

เอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ($\bar{X} = 1.78$) และพบว่า เกินครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ร้อยละ 52.8) มีค่าคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่ร้อยละ 23.6 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 3.1 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 1.3762 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมาย ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารทุกครั้ง จะทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.51$) รองลงมา คือ การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นการป้องกันโรคเอดส์ได้ ($\bar{X} = 4.48$) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี น้อยที่สุด คือ การรับประทานยาป้องกันโรคเอดส์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้ ($\bar{X} = 3.62$) และพบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 76.4) มีค่าคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ ร้อยละ 22.8 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.8 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 2.75 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมาย ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องยุ่งยาก/เสียเวลา ($\bar{X} = 4.34$) รองลงมา คือ การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ไม่สนุก ($\bar{X} = 4.20$) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี น้อยที่สุด คือ

ไม่สามารถปฏิเสธ หรือโน้มน้าวให้คู่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้ ($\bar{X} = 4.05$) และพบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 76.4) มีค่าคะแนนความเชื่อในการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึง การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ร้อยละ 17.3 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 6.3 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 2.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 ระดับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.10) อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ ร้อยละ 18.9 อยู่ในระดับสูงและพบว่าค่าคะแนนระดับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.39 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัย ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรังโดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ และ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของปัจจัยอายุ เท่ากับ -0.165 ($p=0.064$) และค่า r ของปัจจัยรายได้ เท่ากับ -0.133 ($p=0.135$) ตามลำดับ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.032$, $p < 0.05$) ปัจจัยความเชื่อ ด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.059 ($p = 0.507$) และ เท่ากับ -0.109 ($p = 0.221$) ตามลำดับ และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.095$, $p = 0.287$) ดังผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ที่ศึกษา กับปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง มิถุนายน พ.ศ. 2561

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี		การแปลผล
	r^*	P - value	
อายุ	-0.165	0.064	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	-0.133	0.135	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 1: ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง มิถุนายน พ.ศ. 2561 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี		การแปลผล
ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ			
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี	0.059	0.507	ไม่มีความสัมพันธ์
2. การรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี	-0.109	0.221	ไม่มีความสัมพันธ์
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี	0.191	0.032 (<0.05)	มีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับต่ำ
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี	0.095	0.287	ไม่มีความสัมพันธ์

หมายเหตุ * r คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

อภิปราย

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และความเชื่อ ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่ม ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง มีประเด็น พิจารณาดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างกับผลการศึกษา ของ ปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ และแตกต่างกับผลการศึกษาของศรัณย์ พิมพทอง⁽¹⁰⁾ เรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่อายุน่าจะมีพฤติกรรม ป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้ความแตกต่างที่พบ อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมโครงการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายอยู่แล้วทำให้ได้รับความรู้ ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและมีโอกาส ในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และมีช่องทางในการเข้าถึง สื่อและอุปกรณ์การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ในระดับที่ใกล้เคียงกัน

รายได้ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความตระหนัก ในการป้องกันการติดเชื้อของชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกลุ่มศึกษาที่เป็นผู้เข้าร่วมโครงการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่แล้ว และยังทำให้เข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงยาง ออนามัย สารหล่อลื่น ได้โดยไม่มีปัจจัยรายได้เข้ามา

เกี่ยวข้องกับมากนัก ทำให้ปัจจัยรายได้ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษานี้ มีความแตกต่างกับผลการศึกษาของนันทิดา ศรีจันทร์ และคณะ⁽¹¹⁾ เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และแตกต่างจากผลการศึกษาของ ศรีณย์ พิมพ์ทอง⁽¹⁰⁾ เรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีรายได้ปานกลางมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้เข้าร่วมโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่แล้ว⁽⁶⁾ และได้ผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีความรู้ในการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ และแตกต่างกับการศึกษาของกรรณิการ์ มังกรโทย⁽¹²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สำนักงาน

คณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความรู้เรื่องอาการ ความรุนแรงของโรค และปัจจุบันมีนโยบายในการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทุกรายสามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้ทุกระดับ CD4 ซึ่งก่อนหน้านี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องมีค่า CD4 < 350 cells/mm³ จึงจะสามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้ ทำให้ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทุกราย สามารถเข้ารับการรักษา และรับยาต้านไวรัสได้ทุกระดับ ทำให้ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงในชุมชน ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่รับรู้ถึง ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์

4. ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ตอบคำถามส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสามารถเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ เช่น รับรู้

ว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ จะทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ ประกอบกับปัจจุบันนี้ มีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ที่สะดวก รวดเร็ว และ ทันสมัย เช่น สื่อออนไลน์ ต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล⁽¹³⁾ ศึกษา เรื่องการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ ของ ชายไทยในหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกัน โรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร เตชะสรรพัต⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสามี หญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณธัญ โปฏ⁽¹⁵⁾ พบว่า การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการใช้อุปกรณ์ป้องกันถุงยางอนามัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี การเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี

5. ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัย เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ถึงแม้จะรับรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องยุ่งยาก เสียเวลา ทำให้ไม่สนุก และทำให้ความรู้สึกทางเพศ ลดลง แต่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก็ยัง ตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัย ในการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชาย เรือนจำ เขต 2 พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อ การป้องกันโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ และแตกต่างจากการศึกษา ของหริสร ทวีพัฒนา⁽¹⁶⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี กรณีศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ปริญญาศิลปศาสตร มหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สาขาพัฒนาสังคม โครงการ สหวิทยาการ ระดับบัณฑิตศึกษา พบว่า นักศึกษา ส่วนใหญ่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการรับรู้อุปสรรค ของการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และแตกต่างจากการศึกษาของวิภาพร เตชะสรรพัต⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสามี หญิงตั้งครรภ์ พบว่า ในการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ได้แก่

1. จากผลการศึกษา พบว่า อายุ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนั้น หน่วยงานที่ดำเนินงานในด้านการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

เช่น งานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีแนวทางในการดำเนินงานให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทุกกลุ่มอายุที่มีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้

2. จากผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือรับผิดชอบในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลในพื้นที่ รวมทั้ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมความรู้เรื่องประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยจัดทำเป็นนโยบายของหน่วยงาน และจัดทำแผนงาน/โครงการ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ด้านการรับประทายาป้องกันโรคเอดส์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ดังนั้น การที่จะดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรังให้ประสบความสำเร็จสามารถลดการติดเชื้อรายใหม่ได้เพิ่มมากขึ้น ควรเน้นให้ความสำคัญกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การส่งเสริมการเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

3. จากผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น หน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลในพื้นที่ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีแนวทางในการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มเติม เช่น เพิ่มความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการสร้างทัศนคติที่ดีในการใช้ถุงยางอนามัย ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ หรือ การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต และบริบทของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป ได้แก่

1. ควรมีการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลในประเด็นเกี่ยวกับ บทบาททางเพศของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือ ฝ่ายกระทำ ฝ่ายถูกกระทำ หรือแบบผสมทั้ง 2 บทบาท เพราะบทบาททางเพศที่แตกต่างกัน อาจจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มเยาวชนที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พบว่า ผู้ติดเชื้อรายใหม่มีอายุน้อยลง และจากสถานการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระดับประเทศ และจังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มที่มีการติดเชื้อสูงที่สุด คือ กลุ่มเยาวชน (อายุ 14-25 ปี) ซึ่งการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นเป็นสัญญาณหนึ่งที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ในอนาคต

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับวิถีทางเพศ ซึ่งในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีบริบทในการใช้ชีวิตที่หลากหลาย และมีความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศวิถีเพื่อนำไปสู่การวางแผนการจัดรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อลดจำนวนการติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ จำนวนมาก ในการให้คำแนะนำ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำการศึกษาอิสระตั้งแต่ต้นจนสำเร็จด้วยความเรียบร้อย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบงานป้องกันโรคเอดส์ ของโรงพยาบาลทั้ง 5 โรงพยาบาล ในจังหวัดตรัง ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บแบบสอบถามจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล 5 โรงพยาบาล ในจังหวัดตรัง ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี. สถานการณ์เอชไอวีและเอดส์ พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. (สืบค้นเมื่อ วันที่ 19 มี.ค. 2561). แหล่งข้อมูล <http://aidssti.ddc.moph.go.th/report/view>.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564. กรุงเทพฯ; 2562.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้บริการเพื่อเฝ้าระวังด้านไวรัสในทุกกระดบ CD4. กรุงเทพฯ:สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ; 2557.
4. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การติดประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี ; 2561.
5. ศาสตราจารย์ จรัสโชค. สถานการณ์โรคเอดส์ จังหวัดตรัง ปี 2561. ใน: ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนกลไก การประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และวัณโรค ปี 2561; ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. ตรัง; 2561. หน้า 3 - 4.
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรสาคร. บริษัท บอร์น พู ปี พับลิชชิง จำกัด ; 2558.
7. Best JW. Research in education.3 ed1977.
8. Himkile, D.E, William,W. and Stephen G.J. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4thed. New York : Houghton Mifflin, 1998.
9. ปรีชา สร้อยสน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยะเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ ฯ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554. 5 หน้า.
10. ศรีณีย์ พิมพ์ทอง. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขศึกษบัณฑิตพัฒนสังคมและการจัดการสิ่งแวดล้อม]. กรุงเทพฯ ฯ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2554. 6 หน้า.
11. นันทิดา ศรีจันทร์, สายหยุด มูลเพชร, สามารถ ใจเตี้ย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2560. 17 หน้า.
12. กรรณิการ์ มังกรไทย์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตด้านพัฒนสังคม]. กรุงเทพฯ ฯ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.
13. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของชายไทยในหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
14. วิภาพร เตชะสรรพต. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสามีหญิงตั้งครรภ์. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]; 2556.
15. พรรณธนัฐ โปฏก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรคเอดส์. 2559; 28(1).
16. หริสร ทวีพัฒนา. ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ กรณีศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2552; ฉบับที่1: 131-145.