



โรคเอดส์

ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน 2555 - กันยายน 2555 ISSN 0857-8575

- การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังเชื้อเอชไอวีที่ต่อต้านไวรัสระดับชาติ
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ของชายขายบริการในจังหวัดเชียงใหม่
- ความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงและความคิดเห็นต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนและครูในโรงเรียนผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย โครงการนำร่องภาคใต้ตอนล่าง
- มุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสระบุรี
- การยอมรับและการเปิดเผยผลเอชไอวีของบิดา-มารดาแก่บุตร
- ข่าว : ถึงเวลาแล้วหรือยังที่ชายรักชายต้องตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก

- การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังเชื้อเอชไอวีต่อต้านไวรัสระดับชาติ
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ของชายขายบริการในจังหวัดเชียงใหม่
- ความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงและความคิดเห็นต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนและครูในโรงเรียนผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย โครงการนำร่องภาคใต้ตอนล่าง
- มุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสระบุรี
- การยอมรับและการเปิดเผยผลเอชไอวีของบิดา-มารดาแก่บุตร
- ข่าว : ถึงเวลาแล้วหรือยังที่ชายรักชายต้องตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก

ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕

สารบัญ

	หน้า
การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังเชื้อเอชไอวีต่อต้านไวรัสระดับชาติ สมบัติ แทนประเสริฐสุข, สัญชัย ชาสมบัติ, อัจฉรา กิระรัตน์กุล, พรทิพย์ ยุกตานนท์, นันทวัน แก้วพูลศรี, กัญจนกร โภคะสวัสดิ์	113
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ของชายขายบริการ ในจังหวัดเชียงใหม่ พุดิพงศ์ มากมาย, พัทธวิภา สุวรรณพรหม, เพ็ญภาณุจน์ ภาณุจนรัตน์, หทัยภาณุจน์ เขาวนพูนผล	124
ความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงและความคิดเห็นต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน และครูในโรงเรียนผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย โครงการนำร่อง ภาคใต้ตอนล่าง ราตรี ศิริศรีตรีรักษ์, นวลตา อากาศ์พทะกุล, หทัยรัตน์ ศรีชัยชนะ, นันทอนงค์ ไทยเจริญ,	133
มุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสระบุรี พัชรภรณ์ ภวภูตานนท์, ชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์, ยุพิน ชินสงวนเกียรติ	147
การยอมรับและการเปิดเผยผลเอชไอวีของบิดา-มารดาแก่บุตร บนิษฐา มุสดี, สุรีย์ ภาณุจนวงศ์	157
ข่าว : ถึงเวลาแล้วหรือยังที่ชายรักชายต้องตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก รศพร กิตติเยวมาลย์	167

Thai AIDS Journal
Volume 24, Number 3, 2012

	Page
Development of Guideline for National HIV Drug Resistance Surveillance Programme <i>Sombat Thanprasertsuk, Sanchai Chasombat, Achara Teeraratkul, Pornthip Yuktanon, Nantawan Kaewpoonsri, Kunjanakorn Phokhasawad</i>	113
Effectiveness of the HIV/AIDS Prevention Programme Amongst Male Sex Workers in Chiang Mai Province <i>Phutthipong Makmai, Puckwipa Suwannaprom, Penkarn Kanjanarat, Hathaikan Chowwanapoonpohn</i>	124
Knowledge on Risk Behavior and Opinion on HIV/AIDS Infection among the Students and Teachers in the School for the Deaf, a Pilot Study in Lower Southern of Thailand <i>Ratree Sirisreetreerux, Nualta Apakupakul, Hatairat Srichaichana, Nimanong Thaichareon</i>	133
Perspective on Sex and HIV/AIDS among MSM Students in Secondary School, Saraburi Province <i>Patcharaporn Pavaputano, Cheewanan Lertpiriyasuwat, Yupin Chinsa-nguankiet</i>	147
Self Acceptance and Parental HIV Disclosure to Children <i>Kanitta Pussadee, Suree Kanjanawong</i>	157
News : Is't Time for MSM to Screen Rectal Cancer?	167

Editor

Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen

Department of Microbiology,

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Tel. : 66-2419-7457

FAX : 66-2419-8406,

E-mail : prasert.tho@mahidol.ac.th

วารสารโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ทางด้านวิชาการโรคเอดส์ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารท้องถิ่นส่วนตำบล มหาวิทยาลัยต่าง ๆ นิสิต นักศึกษา และประชาชนทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และใช้เป็นเอกสารค้นคว้า อ้างอิง
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สนใจหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี
รองศาสตราจารย์ ดร.สุตา ลุยศิริโรจนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชยะกุลศิริ

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี
นายแพทย์สมยศ กิตติมั่นคง
นางวินิตา ชวนางกูร
นางสาวคันสนีย์ สมิตะเกษตริน

แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย
แพทย์หญิงชวีรัตน์ เลิศพิริยสุวัฒน์
นายจิระวัฒน์ อุปรีรัตน์

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

กำหนดวันออกวารสาร ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

- ฉบับที่ 1 ตุลาคม – มกราคม
- ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม
- ฉบับที่ 3 มิถุนายน – กันยายน

สำนักงานบรรณาธิการ ตึกจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ (02) 419-7457

โทรสาร (02) 419-8406

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : prasert.tho@mahidol.ac.th

สำนักงานผู้จัดการ

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ / โทรสาร (02) 590-3289, 089-0547576

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : sunsanee_smith@yahoo.com

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อตีพิมพ์

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.)
2. วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุด..... วุฒิช่อ (ภาษาไทย).....
วุฒิช่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/ อังกฤษ.....

3. สถานภาพผู้เขียน
 อาจารย์•ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....
โปรแกรม..... คณะ.....
 บุคลากรทางการแพทย์•
 ผู้บริหาร
 แพทย์• พยาบาล นักวิชาการด้านสาธารณสุข
 บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....

4. ขอส่ง
 นิตยสารต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒิช่อ (ภาษาไทย).....
วุฒิช่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/ อังกฤษ.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail address.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย
 แผ่นดิสก์•ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อเพิ่มข้อมูล
- เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม..... ผู้เขียน
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงนาม.....อาจารย์•ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร
(.....)

วันที่...../...../.....





การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง เชื้อเอชไอวีที่อยาต้านไวรัสระดับชาติ

สมบัติ แทนประเสริฐสุข*, สัญชัย ชาสสมบัติ**, อัจฉรา อีระรัตน์กุล***,
พรทิพย์ ยุกตานนท์****, นันทวัน แก้วพูลศรี*****, กัญจนกร โภคะสวัสดิ์****

Abstract

Development of Guideline for National HIV Drug Resistance Surveillance Programme

Sombat Thanprasertsuk*, Sanchai Chasombat**, Achara Teeraratkul***,
Pornthip Yuktanon****, Nantawan Kaewpoonsri*****, Kunjanakorn Phokhasawad****

* Department of Disease Control,
** Emergency Medical Institute of Thailand,
*** Thailand MOPH-US CDC Collaboration,
**** Bureau of AIDS, TB and STIs,
***** National Health Security Office

With collaboration from various agencies in Thailand, development of HIV drug resistance (HIV-DR) surveillance system and its guideline have been evolved since the beginning of ART programme scaling up period. The HIV-DR surveillance system in the country has been designed based on the adaptation of the strategies recommended by WHO.

The system comprises of 7 strategic interventions including: (1) establishment of a working group to develop the policy and management of surveillance and laboratory diagnosis for HIV-DR. (2) Development of early warning indicators for HIV-DR and treatment failure for which a computer programme has been developed and ready to launch for each hospital to analyze its service data according to each indicator based on the National AIDS Programme (NAP) database. (3) Sentinel surveillance to monitor HIV-DR among ART treated patients, and the results indicated that 2.8-3.5 % of HIV developed resistance to one or more drug in NRTI and/or NNRTI within 24 months after treatment initiation. (4) Surveillance of HIV-DR among newly infected cases or HIV-DR threshold survey, data

* กรมควบคุมโรค,
** สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ,
*** ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกาด้านสาธารณสุข,
**** สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,
***** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

from selected studies revealed the rate of HIV-DR transmission was less than 5%. (5) HIV genotyping laboratories, at present, there have been 2 laboratories which have been accredited from WHO. (6) Development of HIV-DR sequence database, and (7) publishing of annual HIV-DR situation and activities and to provide recommendation. It is noted that these later 2 strategic interventions will need more attention for further development.

Results from HIV-DR surveillance programme showed low level of HIV-DR transmission in the country, however, it has indicated the necessity to continue HIV-DR surveillance, as well as to facilitate the HIV-DR prevention interventions and to provide appropriate management for patients with HIV-DR.

Key Words: HIV Drug Resistance, Surveillance, ART Programme
Thai AIDS J 2012; 24 : 113-123

บทคัดย่อ

หน่วยงานในประเทศไทยได้ริเริ่มดำเนินการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสอย่างเป็นระบบมาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการขยายบริการยาต้านไวรัส โดยได้ประยุกต์ยุทธศาสตร์จากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยมาตรการที่สำคัญ 7 ประการ ได้แก่ (1) การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบายและแผนการบริหารจัดการการติดตามการเฝ้าระวังและการพัฒนาการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการของเชื้อเอชไอวีดื้อยา (2) การพัฒนาตัวชี้วัดสัญญาณเตือนการเกิดเชื้อดื้อยาและการรักษาล้มเหลว โดยได้พัฒนาโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล NAP ซึ่งพร้อมที่จะให้โรงพยาบาลทุกแห่งวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดได้ด้วยตนเอง (3) การสำรวจเฉพาะพื้นที่เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันเชื้อเอชไอวีดื้อยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสถานบริการยาต้านไวรัส โดยพบว่าอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาตัวใดตัวหนึ่งในกลุ่ม NRTI และ/หรือ NNRTI เท่ากับร้อยละ 2.8-3.5 ใน 24 เดือนหลังเริ่มรักษา (4) การเฝ้าระวังการแพร่ของเชื้อเอชไอวีดื้อยาในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาในระยะเวลาไม่นาน โดยการศึกษา HIVDR-Threshold survey พบการติดเชื่อที่เป็นเชื้อดื้อยาต่ำกว่าร้อยละ 5 (5) มีห้องปฏิบัติการตรวจยีนส์ (genotyping laboratories) เพื่อการเฝ้าระวังและติดตามเชื้อเอชไอวีดื้อยาที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก 2 แห่ง (6) การพัฒนาฐานข้อมูลเชื้อเอชไอวีดื้อยา และ (7) การจัดทำรายงานประจำปี และการให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งกิจกรรมใน 2 มาตรการหลังนี้ ยังจำเป็นต้องพัฒนาให้มากขึ้นต่อไป

ผลจากการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสที่ผ่านมา แม้จะแสดงว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสจะอยู่ในระดับต่ำ แต่ก็ได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และยังคงเร่งรัดมาตรการป้องกันเชื้อดื้อยาให้เข้มข้นขึ้น รวมทั้งการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่ดื้อยาต้านไวรัสแล้ว อย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ เชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส, การเฝ้าระวัง, โครงการการบริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์
วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 113-123

บทนำ

นับตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1990 ซึ่งได้มีการค้นพบว่ายาต้านรีโทรไวรัส (anti-retroviral agent, ARV) หรือยาต้านไวรัส สามารถใช้รักษาผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพหากมีการใช้ยาที่เหมาะสมร่วมกันอย่างน้อย 3 ชนิดขึ้นไป (Highly Active Anti-retroviral Treatment, HAART)⁽¹⁾ ประกอบกับการที่ราคายามีแนวโน้ม

ลดลง ประเทศต่างๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยก็ได้เร่งรัดขยายการบริการรักษาให้กับผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เจ็บป่วยน้อยลง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

ในประเทศไทย การเร่งรัดขยายบริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์ได้เริ่มต้นตั้งแต่ปี 2545



จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงยาเพิ่มขึ้นจากประมาณ 3,000 ราย เป็นมากกว่า 58,000 รายในปี พ.ศ. 2547⁽²⁾ และนับจากนั้นเป็นต้นมา การบริการยาต้านไวรัส ก็ผนวกเข้าเป็นสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้

แม้ว่าการบริการยาต้านไวรัสจะส่งผลให้เกิดประโยชน์นานับประการ แต่ก็ยังคงมีข้อควรระวัง ได้แก่ การที่เชื้อเอชไอวีมีคุณสมบัติในการกลายพันธุ์ (mutation) ได้รวดเร็ว และการกลายพันธุ์ในตำแหน่งที่จำเพาะของลำดับของกรดอะมิโนในยีนส์ของไวรัสจะทำให้เชื้อเอชไอวีกลายเป็นเชื้อดื้อยาต้านไวรัสที่ใช้รักษาอยู่ได้

โดยธรรมชาติแล้ว เชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการรักษาจะเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วได้มากถึงประมาณ 10^{10} อนุภาค (Virions) ในแต่ละวัน⁽³⁾ และไวรัสตัวใหม่ที่เกิดขึ้นมีโอกาสกลายพันธุ์ อย่างไรก็ตาม ในระยะที่ได้รับยาต้านไวรัสที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 ชนิดขึ้นไป จำนวนไวรัสจะลดลงและโอกาสที่เชื้อจะกลายพันธุ์ก็จะลดลง แต่ถักระดับยาต้านไวรัสในเลือดของผู้ป่วยลดลงจนต่ำกว่าที่จะกีดการเพิ่มจำนวนของไวรัสได้ จำนวนไวรัสที่เกิดขึ้นใหม่ก็จะกลับมาเพิ่มขึ้น และโอกาสที่จะเกิดเชื้อกลายพันธุ์ที่เชื้อดื้อยาก็จะเพิ่มขึ้น

ในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ดำเนินการตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ⁽⁴⁾ โดยแพทย์จะจัดยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม และสูตรยาพื้นฐานที่ให้เป็นการยากในกลุ่ม Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI) 2 ชนิด ร่วมกับยา Non-nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) อีก 1 ชนิด โดยไม่มีความจำเป็นต้องตรวจยีนส์เพื่อประเมินภาวะความไวของ

ยาก่อนการรักษา นอกจากนี้ ยังมียาต้านไวรัสทางเลือกซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกันและกลุ่ม Protease Inhibitor (PI) สำหรับผู้ป่วยที่อาจจะแพ้ยาในสูตรพื้นฐานสูตรแรก และสำหรับผู้ป่วยที่พบว่าดื้อยาต้านไวรัสสูตรแรก

ในการติดตามผลการรักษา แพทย์จะติดตามอาการทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะได้แก่ ระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 และปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load, VL) หากมีข้อบ่งชี้ว่าอาจจะเกิดเชื้อไวรัสดื้อยาขึ้น เช่น มีอาการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 ลดลง หรือ มีปริมาณไวรัสในเลือดเพิ่มมากขึ้น โดยที่ยังคงกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่มีประวัติการขาดยา แพทย์จะประเมินผลการตรวจยีนส์เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการกลายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะการดื้อยาแต่ละชนิด และจะใช้เป็นแนวทางเลือกยาต้านไวรัสในสูตรทางเลือก

เพื่อเป็นการป้องกันมิให้เกิดเชื้อไวรัสเอชไอวีดื้อยา และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารนำมาสู่การรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสได้อย่างเหมาะสม เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อไวรัสเอชไอวีดื้อยา องค์การอนามัยโลกร่วมกับเครือข่าย HIV ResNet ซึ่งเป็นเครือข่ายระดับโลกได้ให้คำแนะนำเชิงยุทธศาสตร์แก่ประเทศต่างๆ ให้ประเมินและป้องกันเชื้อเอชไอวีดื้อยา⁽⁵⁾ โดยมีข้อแนะนำเป็นมาตรการสำคัญ 7 ประการ ได้แก่

1. การจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และติดตามภาวะเชื้อเอชไอวีดื้อยา
2. การดำเนินงานตัวชี้วัดสัญญาณเตือนภัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยา
3. การสำรวจเฉพาะพื้นที่เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันเชื้อเอชไอวีดื้อยาและปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับสถานบริการยาต้านไวรัส

4. การเฝ้าระวังการแพร่ของเชื้อเอชไอวี
ที่สถานบริการที่ติดเชื้อเอชไอวีมาในระยะเวลาไม่นาน

5. การมอบหมายห้องปฏิบัติการตรวจ
ยีนส์ (genotyping laboratories) เพื่อการเฝ้า
ระวังและติดตามเชื้อเอชไอวีที่สถานบริการ

6. การพัฒนาฐานข้อมูลเชื้อเอชไอวีที่สถานบริการ

7. การจัดทำรายงานประจำปี และการให้
ข้อเสนอแนะ

ในส่วนของประเทศไทย ก็ได้มีการ
พัฒนาการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังเชื้อไวรัส
เอชไอวีที่สถานบริการเช่นกัน โดยได้นำข้อเสนอแนะของ
องค์การอนามัยโลกข้างต้นมาประยุกต์เป็นแนวทาง
ปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทในประเทศไทย ตั้งแต่
ระยะแรกของการเร่งรัดขยายบริการยาต้านไวรัส
จนถึงปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

รายงานการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะผลการ
ดำเนินงานพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังเชื้อเอชไอวีที่สถานบริการ
รวมทั้งได้อภิปรายผลการดำเนินงาน และนำเสนอ
ประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการป้องกันและเฝ้า
ระวังเชื้อเอชไอวีที่สถานบริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนางาน
ป้องกันและเฝ้าระวังเชื้อไวรัสเอชไอวีที่สถานบริการในระยะ
ยาวต่อไป

วิธีการและผลการดำเนินงาน

จากคำแนะนำเชิงยุทธศาสตร์ที่องค์การ
อนามัยโลกได้ให้คำแนะนำไว้ สามารถจัดกลุ่มของ
กิจกรรมที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อดำเนินงานป้องกันและ
เฝ้าระวังเชื้อไวรัสเอชไอวีที่สถานบริการ ได้ดังนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติเพื่อเฝ้า
ระวัง ป้องกัน และกำกับติดตามภาวะเชื้อเอชไอวี
ที่สถานบริการ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา สำนักโรค

เอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
(สอวพ.) ได้จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนานโยบาย
และแผนการบริหารจัดการการติดตามการเฝ้าระวัง
และการพัฒนาการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ
ของเชื้อเอชไอวีที่สถานบริการ คณะทำงานฯ มีบทบาทใน
การวางแผนการดำเนินงานการติดตามสถานการณ์
และการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีที่สถานบริการ และ
พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีที่สถานบริการ ในทาง
ปฏิบัติ คณะทำงานฯ ได้ผลักดันการดำเนินงานที่
เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันและเฝ้าระวังเชื้อ
ไวรัสเอชไอวีที่สถานบริการ มาอย่างต่อเนื่อง

2. การดำเนินงานตัวชี้วัดสัญญาณเตือนภัย
ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อประเมินสถานการณ์เชื้อ
เอชไอวีที่สถานบริการ (Early Warning Indicators,
EWI)

องค์การอนามัยโลก ได้เสนอให้แต่ละ
ประเทศดำเนินการจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดสัญญาณ
เตือนภัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น⁽⁶⁾ ตัวชี้วัดดังกล่าว
ประกอบด้วยกลุ่มตัวชี้วัดฯ 8 กลุ่ม ในประเทศไทย
คณะทำงานฯ ได้ปรับปรุงและประยุกต์ตัวชี้วัดฯ
ให้เหมาะสมสำหรับหน่วยงานในประเทศไทย
(T-EWI) ดังผลของตัวชี้วัดในตารางที่ 1

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตัวชี้วัดฯ
นี้ได้เริ่มต้นด้วยการประเมินฐานข้อมูลการรักษา
ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส และพบว่า ฐานข้อมูล
NAP ของกองทุนเอดส์ฯ ภายใต้การบริหารของ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีข้อมูลเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดฯ ดังนั้นในช่วง
ระหว่างปี 2553-2554 จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรม
สำหรับการวิเคราะห์ตัวชี้วัดเหล่านี้สำหรับโรง
พยาบาล และได้ทดสอบโปรแกรมกับโรงพยาบาล
จำนวน 39 แห่ง นอกจากนี้ ได้ปรับปรุงคำนิยามที่
ใช้ในการวิเคราะห์ของแต่ละตัวชี้วัด และคาดว่า
สามารถนำโปรแกรมไปใช้ปฏิบัติได้จริงในโรง



ตารางที่ 1. สรุป T-EWI เกณฑ์เป้าหมายที่สัมพันธ์กับการป้องกันเชื้อดื้อยา และเครื่องมือวัด

ตัวชี้วัดสัญญาณเตือนการเกิดเชื้อดื้อยา	เกณฑ์เป้าหมาย
ตัวชี้วัดที่ 1 การเริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามแนวทางการดูแลรักษา	
- ร้อยละของผู้ป่วยที่เริ่มยาครั้งแรกด้วยสูตรที่แนะนำเป็นสูตรแรกหรือสูตรทางเลือก และ	100 %
- ร้อยละของผู้ป่วยที่เริ่มยาครั้งแรกด้วยสูตรที่ไม่แนะนำหรือไม่ควรใช้	0 %
ตัวชี้วัดที่ 2 การขาดการติดตามการรักษา	
- ร้อยละของผู้ที่ขาดการติดตามที่ 12 เดือนแรกหลังเริ่มยา (ไม่รวมผู้ที่ถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือเสียชีวิตก่อน 12 เดือนหลังเริ่มรับยาต้านไวรัส)	≤ 20 %
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส และขาดการติดตามการรักษาในปีที่กำหนด (ไม่รวมผู้ที่ถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือเสียชีวิตก่อนสิ้นปีที่กำหนด)	≤ 20 %
ตัวชี้วัดที่ 3 การยังคงรับยาต้านไวรัสต่อเนื่องด้วยยาสูตรพื้นฐานและการเปลี่ยนสูตร	
- อัตราการได้รับยาสูตรที่แนะนำเป็นสูตรแรกหรือสูตรทางเลือกที่ 12 เดือนหลังเริ่มยา (ไม่รวมผู้ถูกส่งตัวไปรักษาที่อื่นก่อน 12 เดือนหลังเริ่มยา)	≥ 70 %
- อัตราการเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็นสูตรที่สองหรือสูตรที่สูงกว่า ที่ 12 เดือนแรกหลังเริ่มยา	0 %
ตัวชี้วัดที่ 4 การรับยาต้านไวรัสตรงตามนัด (On-time ARV drug pick-up)	
ตัวชี้วัดที่ 5 การมารับการรักษาตรงตามนัด (ART clinic appointment keeping)	
- ร้อยละของผู้มารับยาต้านไวรัสทั้งหมดในเดือนตุลาคม และกลับมารับยาต้านไวรัสตรงตามนัดอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน (ไม่รวมผู้ที่หยุดใช้ยา ถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือเสียชีวิตก่อนนัดแรกหลังตุลาคม)	≥ 90 %
- ร้อยละของผู้ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสรายใหม่และกลับมารับยาต้านไวรัสตรงตามนัดทุกครั้งในช่วง 12 เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส (ไม่รวมผู้ที่หยุดใช้ยา ถูกส่งตัวไปรักษาที่อื่น หรือเสียชีวิตก่อนนัดแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส)	≥ 80 %
ตัวชี้วัดที่ 6 การบริหารจัดการคลังยาอย่างมีมาตรฐานเพื่อให้มียาที่มีคุณภาพเพียงพอ	
- ร้อยละของจำนวนเดือนของปีที่พบว่าไม่มีปัญหาการขาดยา ARV ตัวใดตัวหนึ่งในคลังยา (ไม่นับยาหมดอายุเป็นยาที่มีในคลังยา)	100 %
- ร้อยละของวันที่ขาดยา ARV ในคลังยาติดต่อกันนานที่สุดต่อ 365 วันในรอบปีที่รายงาน (ไม่นับยาหมดอายุเป็นยาที่มีในคลังยา)	≤ 2 %
ตัวชี้วัดที่ 7 การรับประทานยาตรงเวลา	
- ร้อยละของผู้มารับยาต้านไวรัสทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด และพบ adherence 100 % โดย pill count หรือวิธีที่เป็นมาตรฐานของประเทศ	≥ 90 %

ตารางที่ 1. สรุป T-EWI เกณฑ์เป้าหมายที่สัมพันธ์กับการป้องกันเชื้อดื้อยา และเครื่องมือวัด (ต่อ)

ตัวชี้วัดสัญญาณเตือนการเกิดเชื้อดื้อยา	เกณฑ์เป้าหมาย
ตัวชี้วัดที่ 8 ประสิทธิภาพการรักษาด้านการกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด	
- ร้อยละของผู้ที่มีผลการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งในปีแรก (5-15 เดือน) หลังเริ่มยาด้านไวรัส (ไม่รวมผู้ที่ถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือเสียชีวิตก่อน 6 เดือน หลังเริ่มยาด้านไวรัส)	≥ 80 %
- ร้อยละของผู้ที่มี VL < 50 copies/ml ที่ 12 เดือน หลังเริ่มยาด้านไวรัส	≥ 80 %
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับยาด้านไวรัส และมีผลการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่กำหนด (ไม่รวมผู้ที่ถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือเสียชีวิตก่อนปีที่กำหนด)	≥ 80 %
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับยาด้านไวรัส และมี VL < 50 copies/ml ในปีที่กำหนด	≥ 80 %

พยาบาลตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นไป โดยหน่วยงานบริหารโครงการยาด้านไวรัสในแต่ละระดับก็สามารถวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและของหน่วยย่อยในเขตพื้นที่ของตนได้

ข้อจำกัดที่พบระหว่างการพัฒนาตัวชี้วัดฯ และการทดสอบที่ผ่านมามีอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่

(1) ยังไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสในระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ที่สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดฯ ได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสัดส่วนถึงร้อยละ 60⁽⁷⁾ (140,031 ราย จากผู้ป่วยคนไทยทั้งหมดที่อยู่ในระบบการรักษาทุกระบบรวมกัน 234,494 ราย) ดังนั้นข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากฐานข้อมูล NAP จึงพอจะเป็นตัวแทนของการรักษาด้วยยาด้านไวรัสได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ หากยังไม่มีการพัฒนากระบวนการฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ในระบบประกันบริการสุขภาพอีก 2 ระบบ ควรแนะนำให้โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลบริการผู้ป่วยทุกรายเข้าสู่ฐานข้อมูล NAP เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

(2) ตัวชี้วัดฯ การบริหารจัดการคลังยาอย่างมีมาตรฐานเพื่อให้มียาที่มีคุณภาพเพียงพอเป็นตัวชี้วัดฯ ที่ไม่มีข้อมูลในฐานข้อมูลใดใดที่มีอยู่แล้ว รวมทั้งฐานข้อมูล NAP ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลตามตัวชี้วัดเหล่านี้ สอวพ. ได้ริเริ่มดำเนินการสำรวจข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ในช่วงปลายปี 2554 โดยขอความร่วมมือให้จัดส่งข้อมูลหรือบันทึกข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต คาดว่าผลการสำรวจจะช่วยได้ข้อมูลในตัวชี้วัดได้สมบูรณ์มากขึ้น

(3) ผลของการวิเคราะห์ตามโปรแกรมวิเคราะห์ตัวชี้วัดฯ ขึ้นกับคุณภาพ ความถูกต้อง และความทันเวลาของข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล ในการดำเนินงานทดสอบตัวชี้วัดฯ ที่ผ่านมามีข้อมูลจำนวนหนึ่ง ที่คลาดเคลื่อน หรือ บันทึกไม่ครบถ้วน หรือล่าช้า ดังนั้น จึงควรแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ทันเวลา และในขั้นตอนของการวิเคราะห์ ควรตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลก่อนที่จะวินิจฉัยผลการวิเคราะห์ที่ได้จากตัวชี้วัดฯ



3. การสำรวจเฉพาะพื้นที่เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสถานบริการยาต้านไวรัส

การสำรวจดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ในประเทศไทยมีการสำรวจลักษณะนี้ตั้งแต่ปี 2548 ที่จังหวัดอุบลราชธานี⁽⁶⁾ โดยได้ศึกษาปริมาณไวรัสในผู้ป่วยที่รับประทานยา d4T+3TC+NVP นานกว่า 6 เดือน จำนวน 644 ราย พบว่า กลุ่มที่รับยาระหว่าง 6-12 เดือน ตรวจพบปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/ml ร้อยละ 7.4 (17/229), กลุ่มที่ได้รับยามากกว่า 12-24 เดือน และกลุ่มที่ได้รับยามากกว่า 24 เดือน ตรวจพบ ร้อยละ 9.2 (34/369) และ ร้อยละ 15.2 (7/46) ตามลำดับ และผลการตรวจหายีนส์ของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/ml. จำนวน 32 ราย พบว่า ร้อยละ 76.2 มีลักษณะการกลายพันธุ์ในยีนส์ซึ่งแสดงว่าเกิดการดื้อยาหรือน่าจะดื้อยาอย่างน้อยหนึ่งชนิด

ต่อจากนั้น ในช่วงระหว่างปี 2549-2554 ได้มีการศึกษาติดตามกลุ่มของผู้ป่วย (cohort) ที่เริ่มต้นรักษาด้วยยาสูตรพื้นฐานอีก 3 กลุ่ม โดยผู้ป่วยในกลุ่มจะได้รับการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสทุก 6 เดือน และส่งตรวจหาชนิดของยีนส์ในผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสสูงกว่า 1,000 copies/ml. ทุกรายและมีผลโดยสรุปดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีผู้ป่วยที่เข้าโครงการ 311 ราย จากโรงพยาบาล 6 แห่งในภาคเหนือ ศึกษาในระหว่างปี 2549-2553 ผลเมื่อแรกเริ่ม พบผู้ที่มีเชื้อดื้อยา NRTI และ/หรือ NNRTI (ตัวใดตัวหนึ่งหรือหลายตัว) 6 ราย (ร้อยละ 1.9) ติดตามผู้ป่วยได้ 248 ราย ที่ 24 เดือน พบผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 2.8) ที่เชื้อดื้อยาในกลุ่ม NRTI ร่วมกับ NNRTI

กลุ่มที่ 2 มีผู้ป่วยเข้าโครงการ 360 ราย จากโรงพยาบาล 8 แห่ง ที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มที่ 1 ในพื้นที่ 5 ภาค ศึกษาระหว่างปี 2550-2553 ผลเมื่อแรกเริ่ม พบผู้ที่มีเชื้อดื้อยา NRTI และ/หรือ NNRTI 10 ราย (ร้อยละ 2.8) ติดตามผู้ป่วยได้ 283 ราย ที่ 24 เดือน พบผู้ที่มีเชื้อดื้อยา NRTI 6 ราย (ร้อยละ 2.1) ดื้อยา NNRTI 4 ราย (ร้อยละ 1.4) รวมมีผู้ป่วยที่ดื้อยา NRTI หรือ NNRTI 10 ราย (ร้อยละ 3.5)

กลุ่มที่ 3 มีผู้ป่วยเข้าโครงการ 940 ราย จากโรงพยาบาล 36 แห่ง ที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มที่ 1 และ 2 ศึกษาระหว่างปี 2551-2554 พบผู้ที่มีเชื้อดื้อยา NRTI และ/หรือ NNRTI 36 ราย (ร้อยละ 3.8) ส่วนผลการติดตามในขณะที่เขียนรายงานฉบับนี้ยังไม่ได้มีการสรุป

4. การเฝ้าระวังการแพร่ของเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาในระยะเวลาไม่นาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าเชื้อเอชไอวีที่แพร่ระบาดในชุมชนเป็นชนิดที่ดื้อยาหรือไม่ มีอัตราเท่าไร เพื่อประกอบการตัดสินใจการเลือกยาสูตรพื้นฐาน และความจำเป็นในการตรวจยีนส์ก่อนเริ่มรักษา

ในการศึกษาดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ตรวจยีนส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่งติดเชื้อมาไม่นานนัก ในพื้นที่ซึ่งคาดว่าน่าจะเกิดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาขึ้นก่อน เช่นในพื้นที่ที่มีการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ป่วยมาอย่างน้อย 3 ปี ถ้าผลการตรวจในพื้นที่นั้นๆ พบอัตราความชุกของเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับต่ำ ก็จะแสดงว่าอัตราความชุกของเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาในพื้นที่อื่นๆ ก็จะมีแนวโน้มต่ำกว่าพื้นที่ที่ศึกษา

วิธีการดำเนินงานเฝ้าระวังการแพร่ของเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาในระยะเวลาไม่นาน⁽⁹⁾ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อด้วยวิธี Lot Quality Assurance Sampling โดยตรวจผู้ติด

เชื้อที่ติดเชื้อมาไม่นาน ที่พบในพื้นที่ที่กำหนดตามลำดับ จำนวนไม่เกิน 47 ราย (ในทางปฏิบัติอาจเตรียมมากกว่า 47 ราย เพื่อสำรองตัวอย่างกรณีส่งตรวจเพิ่มจำนวนยีนส์และตรวจยีนส์ไม่ได้ผลในบางราย) และวัดผลการตรวจยีนส์ที่เกี่ยวกับการดื้อยาแต่ละกลุ่ม การศึกษานี้เรียกว่า HIVDR threshold surveys (HIVDR-TS)

ผลการจากการเฝ้าระวังจะช่วยประเมินระดับการมีเชื้อเอชไอวีด้วยต้านไวรัสที่แพร่กระจายอยู่ในชุมชนได้ โดยแยกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับน้อยกว่าร้อยละ 5 ระดับระหว่างร้อยละ 5-15 และ ระดับมากกว่าร้อยละ 15

สำหรับการเฝ้าระวัง HIVDR-TS ในประเทศไทย เท่าที่ตรวจทานได้ มีการศึกษา 2 เรื่อง ได้แก่

4.1 การศึกษาแรกเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย และผู้มารับบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ที่คลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย⁽¹⁰⁾ พบว่า ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต ซึ่งตรวจระหว่างเดือนเมษายน 2548-กรกฎาคม 2549 จำนวน 286,821 ราย พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี 503 ราย คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 0.18 ในจำนวนนี้มี 50 รายที่เป็นผู้ที่มาบริจาคซ้ำ และผลการตรวจเป็นลบในช่วง 12 เดือนก่อนหน้าการศึกษา ผู้ติดเชื้อเหล่านี้เป็นผู้ที่เพิ่งติดเชื้อมาไม่นาน จากกลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้สามารถส่งตรวจเพิ่มจำนวนยีนส์และตรวจชนิดของยีนส์ได้ 46 ราย (ร้อยละ 92) ไม่พบการกลายพันธุ์ที่สัมพันธ์กับการดื้อยาต้านไวรัส จึงแปลผลได้ว่า อัตราความชุกของเชื้อเอชไอวีด้วยต้านไวรัสอยู่ในระดับต่ำกว่า ร้อยละ 5

ในกลุ่มผู้ที่มารับการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2548 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี 552

ราย จากผู้มารับบริการ 3,338 ราย คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 16.5 คณะผู้วิจัยได้ส่งตัวอย่างจากผู้ติดเชื้อเหล่านี้ตรวจด้วยวิธี BED EIA พบผู้ติดเชื้อที่เพิ่งติดเชื้อมาไม่นานจำนวน 50 ราย จากกลุ่มผู้ติดเชื้อ 352 รายแรก หลังจากนั้น ได้ส่งตัวอย่างจากผู้ติดเชื้อมาไม่นานนี้ เพื่อเพิ่มจำนวนยีนส์และตรวจยีนส์ได้จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 92) ผลการตรวจไม่พบการกลายพันธุ์ที่สัมพันธ์กับการดื้อยาต้านไวรัส ซึ่งแปลผลได้ว่า อัตราความชุกของเชื้อเอชไอวีด้วยต้านไวรัสอยู่ในระดับต่ำกว่า ร้อยละ 5 เช่นเดียวกับกลุ่มผู้บริจาคโลหิต

4.2 สำนักกระบวนวิทยาร่วมกับ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และหน่วยงานในระดับจังหวัด ได้แก่ กทม และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 37 จังหวัด ได้ประยุกต์วิธีการเฝ้าระวัง HIVDR-TS โดยผนวกไปกับการเฝ้าระวังปฏิบัติการการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้ให้บริการหญิง (Female sex worker) ที่มีผลการตรวจ BED EIA เป็นบวก หรือ เป็นผู้ติดเชื้อที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 ปี โดยไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน⁽¹¹⁾

ผลการศึกษาในปี 2548 ซึ่งได้ตรวจผู้ให้บริการหญิง 7,756 ราย พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี 338 ราย เป็นผู้ติดเชื้อมาไม่นานจากการตรวจ BED EIA 28 ราย และพบผู้ติดเชื้อที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 ปีและมีปัจจัยต่างๆ ตามเกณฑ์ 65 ราย ผลการตรวจยีนส์พบลักษณะที่เข้าได้กับเชื้อดื้อยาในกลุ่ม Protease Inhibitor (PI) จำนวนหนึ่ง ซึ่งน่าจะเป็นผลจากภาวะ Polymorphism และไม่ได้เป็นการดื้อยา PI ที่แท้จริง⁽¹²⁾ และผลการตรวจไม่พบเชื้อดื้อยาในกลุ่ม NRTI และ NNRTI จึงแปลผลได้ว่ามีการดื้อยาต้านไวรัสในระดับต่ำ นอกจากนี้ มีการสำรวจในปี 2550 และ 2552 อีก 2 ครั้ง แต่พบจำนวนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์ส่งตรวจยีนส์น้อย



มาก จึงไม่ได้แปลผลการดื้อยาของเชื้อเอชไอวี

5. การมอบหมายห้องปฏิบัติการตรวจ ยีนส์ (genotyping laboratories) เพื่อการเฝ้า ระวังและติดตามเชื้อเอชไอวีดื้อยา

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ประเทศ ต่างๆ ที่ดำเนินการประเมินสถานะการเกิดเชื้อเอชไอ วีดื้อยา ให้พัฒนาห้องปฏิบัติการตรวจยีนส์ ที่ได้รับการยอมรับในคุณภาพจากองค์การอนามัยโลก ใน ปัจจุบัน ประเทศไทยมีห้องปฏิบัติการตรวจยีนส์ที่ ด้ รับการยอมรับแล้ว 2 แห่ง คือ ห้องปฏิบัติการที่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ ที่กรมวิทยา ศาสตร์การแพทย์ ห้องปฏิบัติการทั้งสองนี้ มีส่วนใน การเฝ้าระวังและติดตามเชื้อเอชไอวีดื้อยา เป็นอย่าง มาก

6. การพัฒนาฐานข้อมูลเชื้อเอชไอวีดื้อยา ฐานข้อมูลเชื้อเอชไอวีดื้อยาเป็นฐานข้อมูล ที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ตำแหน่งของกรดอะมิโนใน ยีนส์ที่กลายพันธุ์และส่งผลให้เกิดการดื้อยาด้านไวรัส แต่ละชนิดที่จำเพาะ ในการตรวจยีนส์เพื่อวิเคราะห์ ว่าการกลายพันธุ์ในตำแหน่งของกรดอะมิโน จะส่ง ผลต่อการเกิดดื้อยาหรือไม่ ผู้ตรวจจึงจะต้องส่ง ข้อมูลผลการตรวจลำดับของกรดอะมิโน ซึ่งเป็นสาย พันธุกรรม (HIV sequence) เข้าไปเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลแล้วจึงรายงานผล

ในทางปฏิบัติ หากการตรวจวินิจฉัยด้วยชุด น้ำยาและเครื่องตรวจที่มีจำหน่ายในท้องตลาด เครื่องตรวจจะวิเคราะห์ผลโดยเปรียบเทียบกับฐาน ข้อมูลสำเร็จรูปที่อยู่ในเครื่องโดยตรง อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลสำเร็จรูปนี้ อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากข้อมูลที่ บรรจุอยู่อาจเป็นข้อมูลจากเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์อื่น ที่ไม่ได้แพร่ระบาดในประเทศ ดังเช่นที่เคยมีการ แปลผลการกลายพันธุ์ของยีนส์ของเชื้อเอชไอวีที่ เกี่ยวกับการดื้อยาด้านไวรัสในกลุ่ม PI ทั้งที่โดยข้อ เ็จจริง อาจเกิดจากความแปรปรวนของภาวะ

Polymorphism ทำให้ไม่สามารถแปลผลอย่าง ตรงไปตรงมาได้⁽¹²⁾

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้แต่ละ ประเทศรวบรวมข้อมูลสายพันธุกรรม พร้อมๆ กับ ข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลประชากรของผู้ป่วย จาก แหล่งต่างๆ ให้เป็นมาตรฐาน และแลกเปลี่ยนข้อมูล กับเครือข่ายระดับสากล เพื่อประโยชน์ในการแปล ผลของแต่ละประเทศ ซึ่งประเทศไทยควรจะเริ่ม พัฒนางานฐานข้อมูลนี้ต่อไป

7. การจัดทำรายงานประจำปี และการให้ ข้อเสนอแนะ

นับตั้งแต่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังเชื้อ เอชไอวีดื้อยาในประเทศไทย มีรายงานทางวิชาการ ที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติ เป็น จำนวนน้อย ส่วนที่เหลือเป็นการตีพิมพ์ในวารสาร วิชาการในประเทศ หรือ เป็นการนำเสนอผลงาน ทางวิชาการในการประชุม และการสัมมนาวิชาการ ในวาระต่างๆ ดังนั้น ในอนาคตจึงควรมีการสนับสนุนให้มีการตีพิมพ์ข้อมูลผลการเฝ้าระวังเชื้อ เอชไอวีดื้อยาด้านไวรัส ให้เพิ่มขึ้น และนำข้อมูล เหล่านั้นมาใช้ประกอบการวางแผนและปรับปรุง การบริการยาด้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

อภิปราย

การบริการยาด้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์ใน ประเทศไทย ได้มีการออกแบบบริการ และดำเนิน งานในด้านต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นอย่างดี เช่น ไม่มีภาระคิดค่าใช้จ่ายจากผู้ ป่วย มีการจัดบริการปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการใช้ยา รวมเม็ด (Fixed dose combination) เป็นยา ในสูตรพื้นฐาน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยจำนวนมากที่อาจส่ง

ผลต่อการเกิดเชื้อเอชไอวีกลายเป็นเชื้อที่
 ติดยาต้านไวรัสได้ บางปัจจัยเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 กับการบริการ เช่น การขาดยาต้านไวรัสในคลังยา
 เนื่องมาจากการจัดส่งยาล่าช้า หรือเกิดวิกฤติจากภัย
 พิบัติตามธรรมชาติ ทำให้ผู้ป่วยขาดยา เป็นการเพิ่ม
 ความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
 กับการบริการ เช่น จำนวนผู้ให้บริการมีไม่เพียงพอ การตรวจทางห้องปฏิบัติการมีไม่เพียงพอ การขาดการกำกับติดตามการให้บริการ เป็นต้น นอกจากนี้
 นี้ ในด้านผู้ป่วยก็มีปัจจัยที่ส่งผลเช่นกัน เช่น การ
 ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเชื่อมโยงมา
 จากสาเหตุอื่นๆ ด้วย เช่น ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการ
 เดินทางไปรับยา ดังนั้น ในการประเมินความ
 เสี่ยงต่อการเกิดเชื้อเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัส
 จึงต้องประเมินปัจจัยเหล่านี้ให้ครบถ้วน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง
 และสามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน
 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัส
 ประสิทธิภาพ ดังนั้นการเฝ้าระวังและประเมิน
 สถานการณ์เชื้อเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัส จึงจำเป็นต้อง
 ประเมินข้อมูลในหลายๆ ด้านไปพร้อมๆ กัน

ผลที่ได้จากการดำเนินงานเฝ้าระวัง และ
 การศึกษาติดตามกลุ่มผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการ
 รักษา เพื่อประเมินสถานการณ์เชื้อเอชไอวีด้วยตัว
 ต้านไวรัสในประเทศไทย โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในช่วง
 4-5 ปีที่ผ่านมา ได้แสดงให้เห็นว่า เชื้อเอชไอวีด้วยตัว
 ต้านไวรัสที่แพร่กระจายอยู่ในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ
 ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าแนวทางการใช้ยาต้าน
 ไวรัสสูตรพื้นฐานโดยไม่ต้องตรวจยีนส์ยังคงมีความ
 เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การคาดประมาณโดย
 Blower และคณะ⁽¹³⁾ ได้ชี้ให้เห็นถึงความเป็นไป
 ได้ที่เชื้อเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัสจะแพร่ระบาดในประเทศ
 ต่างๆ ในระดับมากกว่าร้อยละ 5 ได้ เมื่อมีการบริการ
 ยาต้านไวรัสอย่างกว้างขวางมานานกว่า 10 ปี หรือ
 ได้มีการรักษาด้วยตัวต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ครบ

คลุมมากกว่าร้อยละ 30 ด้วยเหตุที่ในขณะนี้ มีการ
 รักษาผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยไปแล้วมากกว่า
 ร้อยละ 70 ดังนั้น การติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์
 การแพร่ของเชื้อเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัสจึงยังคงมีความสำคัญ

ในส่วนของ การติดตามผลการเกิดเชื้อ
 เอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัสในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
 ก็อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 2.8-3.5 ในกลุ่มยา NRTI
 และ/หรือ NNRTI ใน 2 ปีหลังเริ่มรับยา) ซึ่งข้อมูล
 ส่วนนี้ก็ได้แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการบริการ
 และการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งทำให้โอกาสเกิด
 เชื้อเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัสในกลุ่มผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ข้อมูลนี้ยัง
 สามารถนำไปใช้ในการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยที่
 ต้องได้รับยาสูตรทางเลือกในกรณีเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัส เช่น ยาสูตร
 ที่มียาในกลุ่ม Protease Inhibitor รวมด้วย ได้
 เป็นอย่างดีเช่นเดียวกัน

กิจกรรมสำคัญที่ถือเป็นการประเมินความ
 เสี่ยงต่อการเกิดเชื้อเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัสได้แก่ การ
 ประเมินการให้บริการยาต้านไวรัสด้วยตัวชี้วัด
 สัญญาณเตือนภัย เป็นมาตรการที่จะได้ขยายผลไป
 ให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถประเมินคุณภาพ
 การให้บริการในแง่มุมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะเกิด
 เชื้อเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัสขึ้น พร้อมๆ กับการที่หน่วยงานในระดับ
 จังหวัด เขต และระดับชาติ สามารถประมวลผลตาม
 ตัวชี้วัดแต่ละตัว จากโรงพยาบาลในขอบเขตพื้นที่
 รับผิดชอบของตนเองได้ กิจกรรมเพิ่มเติมที่
 เกี่ยวกับการดำเนินงานตัวชี้วัดฯ ได้แก่ การพัฒนา
 แนวทางการแปลผลข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ตัว
 ชี้วัดแต่ละตัวชี้วัด และแนวทางการปรับปรุงกิจกรรม
 บริการต่างๆ หากพบว่ามีกิจกรรมที่ไม่ได้ตามเป้า
 หมายที่กำหนดในแต่ละตัวชี้วัดฯ เพื่อลดโอกาสเสี่ยง
 ที่เชื้อเอชไอวีด้วยตัวต้านไวรัสให้เหลือน้อยที่สุด

บทขอบคุณ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้ให้บริการและผู้ติดตาม



เชื้อที่เกี่ยวข้องในการบริการยาต้านไวรัสทุกท่าน ที่ได้ให้ความสำคัญและได้ทุ่มเทกับงานบริการยาต้านไวรัส จนทำให้ระดับการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับต่ำ และขอขอบคุณคณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบายและแผนการบริหารจัดการการติดตามการเฝ้าระวังและการ

พัฒนาการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการของเชื้อเอชไอวีดื้อยาทุกท่าน รวมทั้งคณะผู้วิจัยในการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์เชื้อเอชไอวีดื้อยาที่ได้ดำเนินงานวิจัยในเรื่องต่างๆ ที่คณะผู้ศึกษาได้อ้างอิงข้อมูลประกอบการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ho D. Time to Hit HIV, Early and Hard. *N Eng J Med* 1995; 333(7): 450-451.
2. Chasombat S, Lertpiriyasuwat C, Thanprasertsuk S, Suebsaeng L, Lo YR. The National Access to Antiretroviral Program for PHA (NAPHA) in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2006; 37(4): 704-715.
3. Coffin JM. HIV population dynamics *in vivo*: implications for genetic variation, pathogenesis, and therapy. *Science* 1995; 267: 483-489.
4. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2553: 100-101.
5. Bennett DE, Bertagnolio S, Sutherland D and Gilks CF. The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance. *Antiviral Therapy* 2008; 13 Suppl 2: 1-13.
6. World Health Organization. HIV drug resistance early warning indicators: World Health Organization indicators to monitor HIV drug resistance prevention at antiretroviral treatment sites, June 2010 Update. Geneva: 2010.
7. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ: ธันวาคม 2554.
8. โอบาส การย์กวินพงศ์, สมบัติ แทนประเสริฐสุข และ สัญชัย ชาสสมบัติ. การดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวีภายหลังการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารโรคเอดส์* 2551; 20(3): 115-126.
9. Bennett DE, Myatt M, Bertagnolio S, Sutherland D, and Gilks FC. Recommendations for surveillance of transmitted HIV drug resistance in countries scaling up antiretroviral treatment. *Antiviral Therapy* 2008; 13 Suppl 2:25-36.
10. Sirivichayakul S, Phanuphak P, Pankam T, O-Charoen R, Sutherland D and Ruxrungtham K. HIV drug resistance transmission threshold survey in Bangkok, Thailand. *Antiviral Therapy* 2008; 13 Suppl 2: 109-113.
11. สำนักระบาดวิทยา. การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี และเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส ปี 2552. http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110419_97857807.pdf [2555, เมษายน 17].
12. Chasombat S, Tongsim S, Pattarapayoon N, Kohreanudom S, and Jenwitheesuk E. Subtype-Specific HIV Type 1 Genotypic Susceptibility Interpretation. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2008; 24(12): 1565-1567.
13. Blower S, Ma L, Farmer P, Koenig S. Predicting the impact of antiretrovirals in resource-poor settings: preventing HIV infections whilst controlling drug resistance. *Curr Drug Targets Infect Disord* 2003; 3(4): 345-353.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ของชายขายบริการในจังหวัดเชียงใหม่

พุดิพงษ์ มากมาย*, พักตร์วิภา สุวรรณพรหม*,
เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์*, ท้ายกาญจน์ เขาวนพูนผล*

Abstract

Effectiveness of the HIV/AIDS Prevention Programme Amongst Male Sex Workers in Chiang Mai Province

Phutthipong Makmai*, Puckwipa Suwannaprom*,
Penkarn Kanjanarat*, Hathaikan Chowwanapohn*

*Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University.

There has been an increase in males who engage in sexual practice with male sex workers (MSWs) who are at high risk of HIV/AIDS infection. However, programmes focuses on MSWs were limited.

Objective: *To evaluate the effectiveness of the HIV/AIDS prevention programme on AIDS knowledge, perceived infection risk, peer norm, attitudes toward condom use, self-efficacy, intention to use condoms and condom use amongst MSWs working in gay bars and gay massage parlours in Chiang Mai province.*

Methods: *A quasi-experimental design with one group's pre-test / post-test was used. Post-test was implemented at immediately, one-month and three-month after receiving an HIV/AIDS prevention programme. The prevention programme was a series of activities designed for enhancing and encouraging participants' AIDS knowledge, perceived infection risk, peer norm, attitude toward condom use, self-efficacy, and intention to use condoms. These factors have been identified previously as factors affecting condom use behavior among MSWs. One hundred and sixty MSWs were selected by cluster random sampling. Data was analyzed by descriptive analysis, repeated measure ANOVA and McNemar's test.*

Results: *The mean scores of AIDS knowledge, perceived infection risk, peer norm, attitude toward condom use, self-efficacy increased significantly from the mean scores before the intervention*



and at every post intervention period ($p < .001$). Intention to use condom increased significantly at immediately after the intervention ($p < .001$). Condom use behavior did not change immediately after the intervention but it significantly increased at three months later.

Discussion: An intervention designed for MSWs using health behavior theories as a framework could significant increased their psychosocial factors and their intention to use condom. The finding can be implied that a behavior may not change immediately after receiving an intervention. However, a person will later consider about advantages and disadvantages of the behavior which leads to the behavior change later on.

Key Words: Effectiveness, HIV/AIDS Prevention Program, Male Sex Workers (MSWs), Condom use
Thai AIDS J 2012; 24 : 124-132

บทคัดย่อ

การมีเพศสัมพันธ์ของชายรักชายกับชายขายบริการในปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้น คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ อย่างไรก็ตามโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์สำหรับกลุ่มชายขายบริการยังมีปริมาณจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต่อความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อ บรรทัดฐานของบุคคล ทศนคติต่อการใช้อุปยางอนามัย การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน ความตั้งใจในการใช้อุปยางอนามัยและการใช้อุปยางอนามัย ของชายขายบริการที่ทำงานอยู่ในบาร์เกย์และสถานนวดเกย์ในจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง one group pre- and post- test design โดยประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์ 3 เวลา ณ ทันทีหลังให้โปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน โปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์เป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่เพิ่มความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อ บรรทัดฐานของบุคคล ทศนคติต่อการใช้อุปยางอนามัย การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน และความตั้งใจในการใช้อุปยางอนามัย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้มีการศึกษาก่อนหน้านี้ว่ามีอิทธิพลต่อการใช้อุปยางอนามัยของชายขายบริการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการทดสอบแมคเนียร์

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อ บรรทัดฐานของบุคคล ทศนคติต่อการใช้อุปยางอนามัย และการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์ทั้ง 3 เวลา ความตั้งใจในการใช้อุปยางอนามัยเพิ่มขึ้นทันทีหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์ พฤติกรรมการใช้อุปยางอนามัยไม่ได้เพิ่มขึ้นทันทีหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์ แต่จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากได้รับโปรแกรม ณ เวลา 3 เดือน ($p < .001$)

อภิปรายผล: โปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ออกแบบสำหรับชายขายบริการ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม สามารถทำให้ปัจจัยทางด้านสังคมวิทยาและความตั้งใจในการใช้อุปยางอนามัยของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมการใช้ยางอนามัยไม่เปลี่ยนแปลงทันทีหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์ บุคคลจะมีการพิจารณาถึงประโยชน์และโทษของพฤติกรรมนั้นๆในภายหลัง ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมหลังจากนั้น

คำสำคัญ ประสิทธิภาพ, โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, ชายขายบริการ, การใช้อุปยางอนามัย
วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 124-132

Introduction

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is a worldwide pandemic due to its aggressive nature and current incurability. In 1984, the first case of HIV/AIDS was identified in Thailand, in a homosexually-active male.

There has been an increase in cases amongst males who engage in sexual practice with other males and/or male sex-workers (MSWs). The rate of HIV/AIDS infection amongst MSWs in Chiang Mai increased from 11.6% in 2005 and up to 16.1% in 2007.⁽¹⁾ However, the govern-

ment has emphasised its focus on reducing the incidence of HIV/AIDS in female sex workers rather than in male sex workers. HIV/AIDS prevention programmes focused specifically on MSWs who are at high risk of HIV/AIDS infection were limited.^(2,3) The objective of this study was to develop and evaluate the effectiveness of the HIV/AIDS prevention programme amongst MSWs.

Research method/design

This study used a quasi-experimental design with one group's pre-test / post-test.

Participants

Study participants were 160 MSWs recruited from a pool of MSWs working in gay bars and gay massage parlours in Chiang Mai province by using cluster random sampling. Eighty MSWs were selected from three gay bars and the other 80 MSWs were selected from five gay massage parlours. Each gay bar and each gay massage parlour were selected by using simple random sampling, until the samples of each group reach the recruited size of 80. The sample size was calculated base on the results in Kelly & Amirhanian.⁽⁴⁾ Where proportions of condom use was .50 at before and .62 post intervention. The alpha level for significance was set at .05 and the power of test was set at .80. The sample size of this study was equal to or more than 134 persons. In this study, the researcher included 26 additional samples for 20% loss to follows up. Inclusion criteria were male aged over 20 years old who had worked as MSWs, offering commercial sex, at least two week at participating gay bars and gay massage parlours in Chiang Mai and were able to communicate in Thai.

Intervention

The HIV/AIDS prevention programme was a series of activities designed for enhancing and encouraging participants' AIDS knowledge, perceived infection risk, peer norm, attitudes toward condom use, self-efficacy, and intention to use condoms. These factors had been identified previously as factors affecting condom use behavior among MSWs⁽⁵⁾ based on AIDS Risk Reduction Model (ARRM).⁽⁶⁾ The intervention was conducted in a small group (10-

15 person) facilitated by the researcher, by using a focus group discussion method for sharing the idea and for setting group commitments. The programme was composed of three sessions (eight activities). Participants joined every 45 minute session for three consecutive weeks.

The first session provided general information about HIV/AIDS, AIDS infection risk and condom use for HIV prevention. Then, the participants shared ideas about how to make a person familiar with condom and to use condom correctly with enjoyably. This activity designed to activate peer norm, to increase attitude toward condom use, and to promote intention to use condom of MSWs.

In second session, the activity focused on the review of personal condom use plans. By using focus group discussion, group participants discussed and shared their experience. Additionally, the participants set their new plan and goal on condom use. The purpose of this activity was to develop peer norms among MSWs.

In third session, the activity promoted the MSWs' ability to initiate conversations with their partners and clients about how to refuse having sexual intercourse if the partners and clients deny using a condom for oral, anal or vaginal sex. This activity was to improve self-efficacy on talking about condom use with partners and clients of MSWs.

Instrument

Data collection tool for this study was a self administered questionnaire which had two parts.

Part I: Demographic characteristics of MSWs. Items asked about age, nationality, living status, educational level, income, work experience, and history of sexually transmitted diseases (STDs).

Part II: Psychosocial factors, Items were developed from the ARRM and studies of Makmai, Chowwanapoonpohn, Suwannaprom, & Kanjanarat ; Longshore, Judith & Dorothy, and Kaljee et al.⁽⁵⁻⁷⁾ This part of the questionnaire assessed seven groups of psychosocial factors; AIDS knowledge, perceived infection risk, peer norm, attitudes toward condom use, self-efficacy, intention to use condoms and condom use.



Nineteen items of four psychosocial factors which including perceived infection risk, peer norms, attitudes towards condom use and perceived self-efficacy were measured with 5-point Likert scales, ranging from strongly disagree (1) to strongly agree (5). AIDS knowledge and intention to use condoms were measured with “yes”, “no” or “not sure”. In analysis intention to use condoms variable, only “yes” was considered as “intention”. Regarding condom use variable the responses included “every time”, “sometimes” or “never used”. For the purposes of this analysis, only “every time” was considered as “use”.

Validity and reliability

The content validity of the instruments was determined by three experts working in the area of HIV/AIDS and academic. After the instrument were revised and adjusted, based on feedback received from three experts, the questionnaire were pretested with 30 MSWs who work in gay bars and gay massage parlours, with similar characteristics to the target population. The Cronbach’s alpha coefficient was used to calculate the questionnaire’s internal consistency. The Cronbach’s alpha coefficient for each construct of 5-point likert scales was more than .70.

Data collection

Intervention with participating MSWs working in gay bars was taken place before their working hours (7.00 - 9.00 pm), and those working in gay massage parlours were taken place during their working hours (4.00 - 7.00 pm). This study protocol was approved by the Institutional Review Board of the Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University. Participants were asked to sign the consent form before participating the study.

Data Analysis

Data were analysed by the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) computer software package for windows version 16.0. Descriptive statistics were used to analyse demographic data of participants. The repeated measurements of ANOVA were used to test difference between before and after intervention. If a significant effect was found, dependent t-test

would be carried out. McNemar’s test was used to test the difference between proportions of subjects who had changed their intention to use condoms and condom use before and after intervention. The alpha level for significance was set at .05.

Results

Part I: Demographic characteristics of the sample

The mean age of study sample was 23.60 ± 3.20 years old with range of 20 to 34. The majority was Thai (55.6%), lived with boyfriend/girlfriend (53.8%), had primary and secondary school education (50.7%) and never had STDs (85.6%). The median of work experience was five months (IQR=10). Median income was 8,000 bahts per month (IQR=4,000). Table 1 Present samples’ characteristics.

Part II Psychosocial factors

AIDS knowledge and perceived infection risk. The mean scores of the participants’ knowledge about HIV/AIDS transmission and prevention significantly increased from before the intervention to immediately, one-month, and three months after the intervention (from 5.84 ± 2.21 to 7.74 ± 1.44, 7.64 ± 1.95, and 7.28 ± 1.76, respectively, $p < .001$). Furthermore, the mean scores of the perceived infection risk increased significantly after the intervention. ($p < .001$) (as shown in Table 2).

Peer norms and attitude toward condom use. After the HIV/AIDS prevention program was conducted, the mean scores of peer norm significantly increased after the intervention (from 4.22 ± .62 to 4.57 ± .52, 4.53 ± .57 and 4.57 ± .52, respectively, $p < .001$). At the same time, there was significantly increased of attitude toward condom use from before the intervention to immediately, one-month and three months after the intervention (from 3.53 ± .72 to 3.70 ± .80, 3.82 ± .71, and 3.70 ± .80, respectively, $p < .001$) (as shown in Table 2).

Self-efficacy. The HIV/AIDS prevention program also improved participant’s confidence in his ability to exercise condom use. Participants’ self-efficacy was shown to significantly increase from before the

Table 1: Sample demographic characteristics (n=160)

Demographic	n	%
Nationality		
Thai	89	55.6
Thaiyai	71	44.4
Living status		
Alone	74	46.2
With boyfriend	47	29.4
With girlfriend	39	24.4
Education level		
No education	59	36.9
Elementary education	35	21.9
Secondary education	46	28.8
Some college and higher	20	12.5
History of STDs		
Yes	23	14.4
No	137	85.6
Work experience in month; Median (IQR)	5(10)	
Income in baht; Median (IQR)	8,000 (4,000)	
Age in year; mean (SD)	23.60 (3.20)	

Table 2. AIDS knowledge, perceived infection risk, peer norm, attitude toward condom use and perceived self-efficacy at before and after intervention (n=160)

Psychosocial factor	mean SD							p-value	
	before intervention	After intervention			3-month				
		Immediately	1-month						
[1] AIDS knowledge ⁺	5.84	2.21 ^{a, b, c}	7.74	1.44 ^{a, d}	7.64	1.95 ^b	7.28	1.76 ^{c, d}	<.001*
[2] Perceived infection risk [#]	4.11	.57 ^{a, b, c}	4.41	.52 ^{a, d}	4.45	.58 ^b	4.40	.52 ^{c, d}	<.001*
[3] Peer norm [#]	4.22	.62 ^{a, b, c}	4.57	.52 ^a	4.53	.57 ^b	4.57	.52 ^c	<.001*
[4] Attitude toward condom use [#]	3.53	.72 ^{a, b, c}	3.70	.80 ^a	3.82	.71 ^b	3.70	.80 ^c	<.001*
[5] Perceived self-efficacy [#]	4.25	.69 ^{a, b, c}	4.58	.52 ^a	4.61	.55 ^b	4.58	.52 ^c	<.001*

a,b,c,d = pairs which the mean score significantly differences at p<.05

⁺Total score=10, [#] Total score=5 ^{*}statistically significant at p<0.05, using the repeated measurements of ANOVA

intervention to at immediately, one-month and three months after the intervention (from 4.25 .69 to 4.58 .52, 4.61 .55, and 4.58 .52, respectively, $p < .001$) (as shown in Table 2).

Intention to use condom and condom use. McNemar test analysis demonstrated that the proportions of subjects who had intention to use condom for vaginal, anal and oral sex increased significantly from before to immediately after intervention ($p < .05$). The

number of subjects with no intention to use condom for vaginal, anal, and oral sex before intervention were 29 (18.13%), 8 (5.00%), and 40 (24.99%), respectively. Immediately after the intervention, the results found that the number of subjects with no intention to use condom for vaginal, anal, and oral sex decreased to 7 (4.38%), 0 (0.00%), and 9 (5.62%), respectively (as shown in Table 3). Furthermore, the proportions of subjects who used condom for



Table 3. Intention to use condom for vaginal, anal, and oral sex at before and immediately after the intervention (n=160)

Before intervention	Immediately after the intervention						p-value
	No intention		Intention		Total		
	Number	%	Number	%	Number	%	
Intention to use condom for vaginal sex							
No intention	7	4.38	22	13.75	29	18.13	<.001*
Intention	3	1.87	128	80.00	131	81.87	
Total	10	6.25	150	93.75	160	100.00	
Intention to use condom for anal sex							
No intention	-	0.00	8	5.00	8	5.00	.039*
Intention	1	0.63	151	94.37	152	95.00	
Total	1	0.63	159	99.37	160	100.00	
Intention to use condom for oral sex							
No intention	9	5.62	31	19.37	40	24.99	<.001*
Intention	4	2.51	116	72.50	120	75.01	
Total	13	8.13	147	91.87	160	100.00	

*Statistically significant at $p < 0.05$, using McNemar test

Table 4. Condom use for vaginal, anal, and oral sex at before and three month after the intervention (n=160)

Before intervention	Three months after the intervention						p-value
	No condom use		Condom use		Total		
	Number	%	Number	%	Number	%	
Condom use for vaginal sex							
No condom use	10	6.25	60	37.50	70	43.75	<.001*
Condom use	12	7.50	78	48.75	90	56.25	
Total	22	13.75	138	86.25	160	100.00	
Condom use for anal sex							
No condom use	-	0.00	14	8.75	14	8.75	.016*
Condom use	1	0.63	145	90.62	146	91.25	
Total	1	0.63	159	99.37	160	100.00	
Condom use for oral sex							
No condom use	33	20.63	43	26.87	76	47.50	.160
Condom use	30	18.75	54	33.75	84	52.50	
Total	63	39.38	97	60.62	160	100.00	

*Statistically significant at $p < 0.05$, using McNemar test

vaginal and anal sex increased significantly from before to three month after intervention ($p < .001$). The number of subjects with no used condom for vaginal and anal sex before intervention were 70 (43.75%) and 14 (8.75%), respectively. Three months after the intervention, the results found that the number of subjects with no use condom for vaginal and anal sex decreased to 10 (6.25%) and 0 (0.00%), respectively. However, the number of subjects who used condom for oral sex did not change between before and after the intervention (as shown in Table 4).

Discussion

This HIV/AIDS prevention program was a series of activities designed for enhancing participants' AIDS knowledge, perceived infection risk, peer norm, attitudes toward condom use, self-efficacy, and intention to use condoms. These factors have been identified previously as factors affecting condom use behavior among MSWs.⁽⁵⁾ After the HIV/AIDS prevention program were conducted, the result showed that the means scores of AIDS knowledge, perceived infection risk, peer norm, attitude toward condom use and self-efficacy significantly increased, compared to the scores before the intervention (p -value < 0.05).

In this study, activities aimed for developing AIDS knowledge and perceived infection risk were implemented through using flip charts and video to illustrate the symptoms and living status of AIDS patients. Additionally, it described HIV/AIDS transmission and prevention. After the lecture, the participants asked questions and shared their opinions with each other. Using various methods help attaining the audience's attention as well as encouraging more understanding on AIDS transmission and prevention.⁽⁸⁾

This part of the findings was similar to the results of Yotruean; Donald, Alfonso, Astou & Teodora^(9,10) which indicated that knowledge change needs clear knowledge and understanding that the perceivers could be able to receive the message. To increase perceived infection risk, the group was required fair knowledge of HIV/AIDS.⁽⁹⁾ In this study, an increase in perceived infection risk has made the subjects realize how much their occupation is at high risk of AIDS

infection. This activity helps the subjects to acknowledge that having sex with many people without any protection could increase risk of AIDS infection.

The results found that the attitude toward condom use scores increased significantly after the participants received the intervention. In order to enhance the attitude toward condom use, the discussion about their experiences on advantages and disadvantages of the condom use had been conducted. This procedure encouraged the subjects to understand and recognize the value, and possess positive attitude as well.⁽⁹⁾ A previous study⁽⁴⁾ reported that the activities on idea and experience sharing could improve attitudes toward condom use for young men who had sex with men in Russia and Bulgaria. However, to acquire the positive attitudes of a person behavior, the only activity could not uplift the person's attitude. Moreover, the attitude toward a particular depends on the person's knowledge which means if the person possesses knowledge about something, the attitude will turn into the positive way, which will lead to positive implementation.⁽¹¹⁻¹³⁾ According to this study, the increase of participants' knowledge scores could be a reason of the improvement in the subject's attitude towards behavior.

The increases of peer norm in this study were conducted through condom use review activity which provided a chance for the participants who succeeded in encouraging their partners and clients to use condom while having sexual activities to share their experience with their co-workers. This process helps encouraging participants to practice the same procedure. This could be explained that having co-workers who were the influential peer norm for the subjects could support participants' attitudes and behavior toward condom use.⁽⁵⁾ By sharing their experience, they can serve as a group's role model. This had increased the mean scores of peer norm. The result of this study is consistent with the study of Williams et al.⁽¹⁴⁾ which found that peer norm significantly increased after having HIV/ AIDS prevention intervention among MSWs in London.

For self-efficacy, the result found that there were significant increases after the intervention. To increase self-efficacy, activities creating hypothetical situation for the participants



to practice their ability to initiate conversations with their partners on condom use. Self-efficacy and self-confidence can lead to behavior change later on. ⁽¹²⁾ Bandura ⁽¹¹⁾ indicated that to change a person's self-efficacy, the person needs to obtain fair knowledge and positive attitude in such. The result of this study showed that the mean scores of AIDS knowledge and attitude toward condom use were increased significantly after participants received the intervention. This might be resulted in increasing in participants' self-efficacy. These findings are consistent with the finding of Longshore, Judith, & Dorothy ⁽⁷⁾ who reported that AIDS knowledge, perceived infection risk and attitude toward condom use influenced an individual's self-efficacy.

Regarding intention to use condom and condom use behaviors, the finding of this study reported that the proportions of subjects who had intention to use condom and condom use for vaginal and anal sex were significantly changed from the proportions before the intervention. Especially, intention to use condom was significantly changed at immediately after the intervention. It could explain that a person's intention shall occur once that person has possessed knowledge and understanding on a particular topic as well as positive attitude toward activities and, most importantly, self-confidence intending to implement that behavior. ⁽⁷⁾ This could be explained that the higher intention could lead to higher percentage of a particular behavior implementation. ⁽¹⁵⁾ However, the findings of this study found that the subjects increased condom use behavior at 3 month post-intervention. It can be implied that a behavior may not change immediately after receiving an intervention. A person may consider about advantages and disadvantages of the behavior which leads to his behavior change later on. This finding confirmed the study of Williams et al. ⁽¹⁴⁾ about the effectiveness of HIV/AIDS intervention among male sex workers in London which found that condom use during anal sex with paying partners significantly increased from 1 to 3 months post intervention. However, for oral sex, the number of subjects who used condom did not change from the number before the intervention. This might be assumed that the subjects believe that oral sex could not cause AIDS infection. This can be supported by study of Makmai, Chowwana-

poonpohn, Suwannaprom, & Kanjanarat ⁽⁵⁾ which reported that almost 30% of MSWs did not think that no condom use for oral sex could lead to chances of getting AIDS. Therefore, the future HIV/AIDS prevention program should focus on encouraging the subjects to use condom every time for any kind of sexual intercourse.

This study had some limitations. First, the research was conducted only among MSWs in Chiang Mai province. The results cannot be generalized to other groups of MSWs since there are varieties in demographic data such as; race, education, etc. Second, one group pre - posttest design was used in this study with no control group to compare the study results may have some biases. It could not ensure that the condom use behavior was solely from the results of the HIV/AIDS prevention program or from any other factors such as the government or private campaign, or other media. However, the researchers believe that those external factors might not majorly affect the behavior change because those media factors were mentioned before the intervention's implementation. Third, since the researchers were the public health officers and private organization workers whom the subjects were familiar with, there could be a bias where the subjects provided the answers to satisfy the researchers. To prevent such bias, the self-administered questionnaire was used instead of individual interviewing. Finally, using repeated measure method, where the participants were asked the same questions, may lead to bias. They may remember the correct answers or may be conditioned to know that they are being tested. Future studies should try to prevent and overcome those limitations. Additionally, the owner, boy/girl friends and clients who were participant's significant persons and might influence participant's peer norm ⁽⁵⁾ were not participated in the intervention. Therefore, a future research should extend HIV/AIDS prevention program to these individuals.

Conclusion

HIV/AIDS prevention program in this study was developed based on health behavior theory. Therefore, the HIV/AIDS prevention program is a feasible and effective approach to promote condom use behavior among MSWs.

Acknowledgements

The authors thank gay bars and gay massages parlours owner and MSWs in Muang District, Chiang Mai province. We also thank

M-plus organisation for providing information about MSWs in Muang District, Chiang Mai province.

References

1. Jakapun S. Public health found MSM AIDS infected increase. *Phim Thai* 2008. Retrieved 2008-11-03 from <http://www.ddc.moph.go.th/index.php>.
 2. Chan R, Kavi A, Carl G et al. HIV and men who have sex with men: perspectives from selected Asian countries. *AIDS Edu and Prev* 1998; 11, 559-61.
 3. Parker R, Khan S, & Aggleton P. Conspicuous by their Absence? Men who have sex with men (msm) in developing countries: implications for HIV prevention. *Crit Publ Hlth* 1998; 8, 329-45.
 4. Kelly J. & Amirkhanian Y. "Evaluation of a social network HIV prevention intervention program for young men who have sex with men in russia and Bulgaria." *AIDS Edu and Prev* 2003; 15(3), 205-20.
 5. Makmai P, Chowwanapoonpohn H, Suwannaprom P. & Kanjanarat, P. The factors influencing condom use for preventing HIV/AIDS transmission amongst MSWs working in gay bars and gay massage parlours in Chiang Mai province. *Thai AIDS J* 2012; 24(1).
 6. Longshore D, Judith A. & Dorothy C. Pathways to Sexual Risk Reduction: Gender Differences and Strategies for Intervention. *AIDS and Behavior* 2006; 10(1).
 7. Kaljee L, Genberg B, Riel R, et al. Effectiveness of a theory – based risk reduction of HIV prevention program for rural Vietnamese adolescents. *AIDS Edu and Prev* 2005; 17(3), 185-99.
 8. Thomas EC. Teaching and learning a physiological perspective. New Jersey: Prentice - Hall Inc, 1963.
 9. Yotruean K. Using Activities to Promote Self-Prevention of HIV Infection Female Sex Workers, Chiang Mai Province. Unpublished master's thesis, Master of Education, Chiang Mai University, 2006.
 10. Donald E, Alfonso A, Astou C, & Teodora. A model HIV/AIDS risk reduction program in the Philippines: a comprehensive community-based approach through participatory action research. *Hlth Prom Intern* 2004; 19(1).
 11. Bandura A. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
 12. Bandura A. Self-efficacy: The essence of control. New York: W. H. Freeman, 1997.
 13. Schwart NE. Nutrition knowledge attitude and practice of high school graduates. *J the Ameri Diet Assoc* 1975; 66, 28-31.
 14. Williams M, Bowen A, Timpson S, Ross M, & Atkinson J. HIV prevention and street-based male sex workers: an evaluation of brief interventions. *AIDS Edu and Prev* 2006; 18(3), 204-15.
 15. Silva A, Sanchez G. M, Nunes C. & Martins A. Gender differences in condom use prediction with Theory of Reasoned Action and Planned Behavior: The role of self-efficacy and control. *AIDS Care* 2007; 19(9), 1177-81.
-



ความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงและความคิดเห็นต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนและครูในโรงเรียนผู้พิการทางการได้ยินและ สื่อความหมาย โครงการนำร่องภาคใต้ตอนล่าง

ราตรี ศิริศรีตรีรักษ์*, นวลตา อากาศพะทะกุล**,
หทัยรัตน์ ศรีชัยชนะ***, นีมอนงค์ ไทยเจริญ****

Abstract

Knowledge on Risk Behavior and Opinion on HIV/AIDS Infection among the Students and Teachers in the School for the Deaf, a Pilot Study in Lower Southern of Thailand

Ratree Sirisreetreerux*, Nualta Apakupakul**,
Hatairat Srichaichana***, Nimanong Thaichareon****

* Bureau of AIDS TB and STIs
** Faculty of Medicine, Prince of Songkla University
*** Songkhla Rajabhat University
**** Communicable Disease Control Region 12

Objective: In Thailand, there was no data in knowledge attitude and risk behavior in HIV/AIDS infections among the deaf, especially in deaf teenagers. This research aim is to determine risk behavior knowledge and opinion in HIV/AIDS infection.

Methods: The subjects were 10 teachers and 80 deaf students in School for the Deaf, the subjects were selected by purposive sampling. Data were collected by structural questionnaire from 1st August 2010 to 30th April 2011.

Results: The results of the study revealed that thirty eight percent of the students had had sexual intercourse; sixty three percent of them had sex with a different gender. Forty one percent of teachers had had sexual intercourse; ninety four percent of them had sex with a different gender. Nine percent of sexual intercourse was condom-less. The average score of knowledge in students and teachers

* สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
*** มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
**** สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12

were 10 and 15.7 respectively, total score of 20. Most of students had wrong knowledge including mosquito bite as a route of HIV transmission, signs and symptoms of HIV infection. Most of the students and teachers present their negative opinions on condom usage during sexual intercourse. Most of teacher had positive opinion in the acceptance of the HIV patients who can live with general population. Most of students think that general population should give chance and encourage HIV infected people to get a job.

Discussion and conclusion: In conclusion, there is a need to provide the knowledge to teachers and students in School for the Deaf. Multimedia information should be specific for deaf, and encourage them in positive thinking with HIV infected people. The National health security must concern in scaling up deaf access to care.

Key Words: Deaf, HIV, Teaching Instrument, Student, Risks Group
Thai AIDS J 2012; 24 : 133-146

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เนื่องจากประเทศไทยยังขาดข้อมูลในกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมาย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงและเจตคติต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มนักเรียนที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย และครูในโรงเรียนโสตศึกษา

วิธีการศึกษา : จัดทำแบบสอบถามและแบบวัดความรู้ ได้รับการปรับให้เป็นภาษามือโดยจัดทำเป็นวีดิทัศน์ กลุ่มเป้าหมายคือ ครูที่สอนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 10 ราย และนักเรียนที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 80 ราย ระหว่างเดือน สิงหาคม 2553 - เมษายน 2554

ผลการศึกษา : ร้อยละ 38 เคยมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 63 ของกลุ่มนี้มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 9 ของการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ด้านความรู้พบว่า คะแนนความรู้ของนักเรียนเฉลี่ย 9.98 (SD 0.51) ข้อที่ผิดมากที่สุดคือ การได้รับการรัฐสวัสดิการด้านการรักษาเมื่อติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อเอชไอวีจากการถูกยุงกัด อาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อ ส่วนครูมีความรู้ก่อนวัดทัศนคติเฉลี่ย 15.7 ด้านความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าทั้งครูและนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีเจตคติลบในเรื่อง การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์แสดงถึงความไม่ไว้วางใจซึ่งกันถึงร้อยละ 100.00 ส่วนความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อในทางบวกคือ ครูส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามาในบ้านของตนเองได้ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ส่วนในกลุ่มนักเรียนมากกว่า ร้อยละ 50 มีความเห็นว่า ถุงยางอนามัยช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยเอดส์ควรได้โอกาสในการทำงาน ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรอื่นๆ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันสำหรับครูและนักเรียนในกลุ่มนี้ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและสนับสนุนให้มีการสร้างสื่อเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย รวมทั้งการสร้างเจตคติในทางบวกให้เกิดขึ้นในกลุ่มนี้ รวมทั้งการจัดรัฐสวัสดิการให้ครอบคลุมกับผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย

คำสำคัญ ผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย, เอชไอวี, สื่อการสอน, นักเรียน, กลุ่มเสี่ยง
วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 133-146

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาที่เป็นสาเหตุการตายของคนในอันดับต้นๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก โดยสาเหตุของการติดเชื้อพบว่ามาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการติดเชื้อและการป้องกันตนเอง การมี

พฤติกรรมเสี่ยง นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าถึงบริการล่าช้าทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้ได้รับการรักษาล่าช้า ปัจจุบันหลายประเทศมีนโยบายที่จะส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น⁽¹⁾ และเน้นการป้องกันนำการรักษากิจกรรมการป้องกันที่สำคัญคือ การให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง



ประกอบด้วย กลุ่มวัยรุ่น แม่บ้าน คนในวัยทำงาน กลวิธีที่ใช้กันโดยทั่วไปในปัจจุบัน คือ กระบวนการสอนสุขศึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาและการกระจายความรู้ผ่านสื่อต่างๆ รวมถึงการจัดเอกสารเผยแพร่⁽²⁾ ความรู้ที่ส่วนใหญ่จัดเตรียมเพื่อกลุ่มคนที่มีความสามารถในการสื่อสารปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ของสังคม แต่เป็นข้อจำกัดสำหรับกลุ่มผู้พิการ/บกพร่องทางสายตาและผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย เพราะถึงแม้ว่าจะมองเห็นแต่ไม่เข้าใจความหมายของสิ่งที่ตนเองเห็น และหากจะเปรียบเทียบระหว่างผู้พิการทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ผู้พิการทางการได้ยินจะมีข้อจำกัดในเรื่องความเข้าใจเนื่องจากภาษามือที่ใช้ในปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายเรื่องราวหรือรายละเอียดในบางประเด็นได้ การไม่สามารถเข้าใจในรายละเอียดทำให้มีปัญหาด้านการตีความในเรื่องนั้น ๆ และไม่สามารถจินตนาการในสิ่งที่ตนเองเห็นได้ ต่างกับผู้พิการทางสายตาที่ถึงแม้จะมองไม่เห็นแต่สามารถใช้ประสาทสัมผัสร่วมกับการได้รับฟังคำอธิบาย ทำให้มีความเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ได้มากกว่าและภาษาหรืออักษรที่ใช้ก็ได้รับการพัฒนามาก่อนข้างสมบูรณ์⁽³⁾ จากรายงานของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี ในปี พ.ศ. 2529 สํารวจข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการในประเทศไทยโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนคนพิการประมาณ 385,560 คน หรือร้อยละ 0.7 ของประชากรทั่วประเทศ ในจำนวนนี้มีอัตราคนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายมีอัตรา 1.45 ต่อประชากรพันคน⁽⁴⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 ได้มีการสำรวจเช่นเดิมอีกครั้ง พบว่า มีจำนวนคนพิการประมาณ 1,057,000 คน หรือ ร้อยละ 1.8 ของประชากรทั่วประเทศ คนพิการทางการได้ยินคิดเป็นอัตรา 3.65 ต่อประชากรพันคน จำนวนผู้พิการมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่รัฐพยายามขยาย

โอกาสสำหรับผู้พิการมากขึ้นเช่นกัน จะเห็นได้จาก การเพิ่มโอกาสในการศึกษา การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับครูในกลุ่มการศึกษาพิเศษ⁽⁵⁾ และจากการสำรวจผู้พิการ ปี 2550 พบว่ามีประชากรที่มีความพิการทั้งสิ้น 1.91 ล้านคน มีกลุ่มผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายร้อยละ 1.3 ของประชาชนทั้งประเทศ และคาดว่าจะเป็นจำนวนที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่นโยบายในการพัฒนากลุ่มคนที่มีข้อบกพร่องทางการพูดและการได้ยินยังมีข้อจำกัด ขณะที่ภาครัฐจัดให้มีโรงเรียนโสตศึกษาในประเทศไทยมีทั้งสิ้น 20 แห่ง (ไม่รวมการศึกษาพิเศษในมหาวิทยาลัยราชภัฏในบางแห่งที่จัดให้มีเพื่อเป็นโรงเรียนสาธิตและสถานที่ฝึกแก่นักศึกษาที่ศึกษาด้านการศึกษาพิเศษ) โดยกระจายอยู่ในทุกภาค แต่ก็ยังไม่สามารถรองรับให้คนในกลุ่มที่มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย ทำให้โอกาสของการเข้าสู่ระบบการศึกษาของคนกลุ่มนี้น้อยลง⁽⁶⁾ อุปสรรคจากการสื่อสารส่งผลถึงการขาดโอกาสในการเข้าสู่ระบบบริการ ทำให้ขาดความเข้าใจต่อการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ขาดสื่อที่ช่วยในการสอนสุขศึกษา และการรับคำแนะนำ/คำปรึกษาโดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน⁽³⁾ และเท่าที่ผ่านมาทั้งศูนย์การศึกษาพิเศษและโรงเรียนโสตศึกษาก็ยังขาดอุปกรณ์ในการให้ความรู้ด้านนี้ด้วยเช่นกัน ในเรื่องการให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีเพียง 1 ชุด และเป็นการเน้นที่เนื้อหาเพียงอย่างเดียว ซึ่งขาดในเรื่องการดูแลตนเอง การปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา และการเข้าสู่ระบบบริการ ส่วนชุดการให้ความรู้ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจในสถานบริการพยาบาลยังไม่พบว่า มีสถานพยาบาลใดจัดทำสื่อในการให้ความรู้เพื่อกลุ่มดังกล่าว

ด้านการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงคือ กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ วัยแรงงาน และกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น โดยพบว่า อายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นไทยเริ่มน้อยลง คือ อายุเฉลี่ย 16 ปี (ใกล้เคียงกับวัยรุ่นอเมริกัน) ขณะที่มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 47 ของกลุ่มวัยรุ่นที่เคยมีเพศสัมพันธ์⁽⁷⁾

ปัญหาของผู้ที่มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย หากจะมองให้ลึกและจากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่า กลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าใจและรับรู้เฉพาะที่สามารถอธิบายเป็นภาษามือที่เขาเข้าใจได้ ภาษามือในบางพื้นที่ที่มีข้อจำกัด แม้จะมองเห็นแต่ไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่เห็นถึงแม้จะมีภาษามือแต่ก็มีข้อจำกัดในการสร้างคำและอธิบายความหมาย⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีข้อมูลเฉพาะของกลุ่มผู้พิการกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย ซึ่งคณะผู้วิจัยมีความสนใจในกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายว่ากลุ่มดังกล่าวได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือไม่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นปกติทั่วไป ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวไปสู่การวางแผนนโยบายและการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อประเมิน

1. ความรู้เรื่องเอดส์ของนักเรียนผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย
2. ความรู้เรื่องเอดส์ของครูในโรงเรียนผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย
3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มนักเรียนผู้พิการทางการได้ยินและสื่อ

ความหมาย

4. ความคิดเห็นของนักเรียนต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
5. ความคิดเห็นของครูต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจโดยมีกลุ่มเป้าหมาย เป็นนักเรียนจำนวน 80 ราย และครูที่สอนในระดับมัธยมศึกษาจำนวน 9 ราย ของโรงเรียนสำหรับผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสำหรับผู้พิการทางการได้ยินในภาคใต้ตอนล่าง
2. เนื่องจากนักเรียนทุกคนเป็นนักเรียนประจำ จึงขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากสถานศึกษาในการให้ข้อมูล
3. กรณีเป็นกลุ่มเป้าหมายเป็นครู จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบการเรียนการสอนในระดับมัธยมศึกษาทั้งตอนต้นและตอนปลาย
4. กลุ่มตัวอย่างทุกคนยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถาม ข้อมูลประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
2. แบบวัดความรู้ ตามแบบทดสอบที่ได้รับการวิเคราะห์ความยากง่าย 0.7
3. แบบประเมินความคิดเห็นต่อการติด



เชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการทดสอบความน่าเชื่อถือได้ โดยมีอำนาจจำแนก 0.85

แบบสอบถามและแบบวัดความรู้ ได้รับการปรับให้เป็นภาษามือโดยจัดทำเป็นวีดิทัศน์ ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาด้านความเข้าใจทางภาษาที่มีข้อจำกัด โดยแบบทดสอบในวีดิทัศน์ได้รับการตรวจสอบความตรงในการแปลเป็นภาษามือจากล่ามทางภาษาประจำสมาคมคนหูหนวกภาคใต้ 2 ท่าน อาจารย์ประจำโรงเรียนโสตศึกษา 1 ท่าน และผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย จำนวน 2 ท่าน

สถานที่ศึกษา

โรงเรียนสำหรับผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายในภาคใต้ตอนล่าง

ผลการศึกษา พบว่า

นักเรียน 80 ราย มีอายุเฉลี่ย 18.3 ปี เป็นเพศชาย 31 คน (ร้อยละ 38.7) และเพศหญิง 49 ราย (ร้อยละ 61.3) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.7 (51 ราย) นับถือศาสนาพุทธ และ ร้อยละ 36.3 (29 ราย) นับถือศาสนาอิสลาม ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาสูบ และสารเสพติดอื่นๆ) พบว่าเคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 32.5 ส่วนด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 37.5 เคยมีเพศสัมพันธ์ และในกลุ่มนี้ร้อยละ 63.3 มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 17.5 ของกลุ่มนี้ไม่สวมถุงยางอนามัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์เช่นกัน ด้านการสักตามตัว พบว่า มีนักเรียนที่มีการสักตามตัวโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่นในโรงเรียน เป้าหมาย 2 ราย (ร้อยละ 2.5 และ ร้อยละ 6.3 (5 ราย) นักเรียนทั้งหมดไม่เคยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ และไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี พบว่า ร้อยละ 26.3 ต้องการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี สถานที่ที่ต้องการ

ใช้บริการส่วนใหญ่ที่กลุ่มทดลองต้องการใช้บริการคือ โรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 57.5) ร้อยละ 71.3 ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี โดยแหล่งความรู้ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.2 มาจากโทรทัศน์ รองลงมาคือ มาจากเอกสารร้อยละ 73.7 และที่มสุขภาพร้อยละ 59.6

พฤติกรรมเสี่ยงในรอบ 3 เดือน พบว่าการไม่ใช้ถุงยางอนามัยยังมีร้อยละ 3.7 และการใช้มีดโกนร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 8.7 การสัก ร้อยละ 2.5

การประเมินความรู้ พบว่า ความรู้ของนักเรียนที่ยังไม่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 60 คือ ข้อ 13 (ร้อยละ 75.0) : ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แกผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่คิดมูลค่า ข้อ 5 (71.3) : การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง (เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข้มฉืดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป ข้อ 6 (ร้อยละ 68.8) เมื่ออยู่ที่กักคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอชไอวีได้ ข้อ 7 (ร้อยละ 68.8) : คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ และข้อ 10 (ร้อยละ 63.8) : การใช้เข็มกระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้

ส่วนข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 19 (ร้อยละ 71.3) : การรับยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์ ข้อ 14 (ร้อยละ 70.0) : การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ข้อ 4 (ร้อยละ 67.5) : การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี และข้อ 8 (ร้อยละ 67.5) : การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 10.0 (sd 0.51)

กลุ่มครุมีเพียง 3 ใน 9 ราย ที่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 35 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและไม่เคย

ใช้สารเสพติด และ 5 ใน 9 ราย เคยมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในครูกลุ่มทดลองที่ใช้ คือ บุหรี่ และ สุรา ครูส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับ คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ รวมทั้งไม่เคยเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ ไม่ต้องการตรวจ และหากต้องตรวจ พบว่า ครู ต้องการใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน

ด้านความรู้ของครู พบว่า ข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ เกินร้อยละ 50 ในข้อ 1 (ร้อยละ 100.0) 20 (ร้อยละ 88.9) และ 6 (ร้อยละ 66.7) คะแนน ความรู้เฉลี่ย 15.7 (sd 1.34) ครูส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ผ่านเอกสาร อินเทอร์เน็ต และโทรทัศน์

ความคิดเห็นของครู ด้านบวกในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย (ข้อ 1, 2 และ 3) และ ข้อ 15, 16, 17, 18 และ 24 ร้อยละ 100

อภิปรายผล

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาประกอบด้วย ครู และนักเรียน จำนวน 9 และ 80 ราย ตามลำดับ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีอายุเฉลี่ย 18.3 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง ต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีกำบังป้องกันการติดเชื้อ และการใช้สารเสพติด รวมทั้งพฤติกรรมการเลียนแบบ เพื่อน เช่น การสัก การมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน และเพื่อนเพศเดียวกัน เป็นต้น ผลการศึกษา พบว่า ด้านพฤติกรรมการดื่มในกลุ่มนักเรียนมีการดื่มสุรา สูบบุหรี่และสารเสพติดอื่นๆ โดยพบว่า เกินร้อยละ 70 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรา นอกจากนี้มีการเสพกัญชา กระท่อมและยาบ้าร่วมด้วย รูปแบบนี้เช่นเดียวกับการศึกษา ในระดับประเทศ ที่พบว่า แนวโน้มในการใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่เนื่อง

จากการมีพฤติกรรมเลียนแบบ อยากรู้ อยากลอง ส่วนหนึ่งเชื่อมั่นว่า ตนเองสามารถควบคุมได้⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังขาดข่าวสารข้อมูลที่เป็นปัญหาการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากสื่อส่วนใหญ่เป็นสื่อที่ใช้กับกลุ่มคนปกติ การสื่อสารในกลุ่มผู้มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย นอกจากจะมีข้อจำกัดในเรื่องการอธิบายความหมาย กระบวนการที่เกิดขึ้น และผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมให้มีความกระจ่างนั้นเป็นไปได้ยากลำบาก เพราะกลุ่มผู้มีความพิการในการได้ยินและการสื่อความหมาย ต้องใช้ภาษาท่าทางเป็นหลัก และหากมีสิ่งที่เป็นความสนใจในช่วงขณะนั้นเขาเหล่านั้นก็ไม่สามารถเข้าใจความหมายได้ เช่น การอธิบายคำว่าโรคเอดส์ จะต้องใช้ร่วมกันทั้งภาษาท่าทางคืออาการผสมอักษรไทย หรือ ภาษาอังกฤษ และท่าทางที่บอกถึงโรคนี้ สาเหตุ อาการและอาการแสดง ระดับความเข้าใจที่แตกต่างกัน ส่วนผู้สอนก็ต้องเข้าใจถึงการติดเชื้อ อาการ อาการแสดง การรักษา และการขอรับคำปรึกษา ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการสอนที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน สื่อที่ใช้ยังไม่มีสื่อภาพเคลื่อนไหวและภาษามือ ที่สามารถใช้เพื่อให้ความรู้ ทั้งนี้ผู้ที่ให้ความรู้ในเรื่องนี้จะต้องมีความสามารถทั้งด้านการใช้ภาษามือ ภาษาท่าทาง และพยาธิสภาพ ซึ่งปัจจุบันยังมีน้อยมาก⁽¹⁰⁾ และมีข้อจำกัดในเรื่องความเข้าใจเชิงสุขภาพและยังไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานได้รับผิดชอบในเรื่อง ดังกล่าว ส่วนในต่างประเทศเช่น ประเทศบราซิล มีการศึกษาถึงความรู้ เจตคติของนักเรียน อายุ 15-21 ปี ที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อสาร และพบว่า กลุ่มดังกล่าวมีความรู้ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าเด็กในกลุ่มปกติที่อายุเท่ากัน สิ่งสำคัญคือ ต้องมีการพัฒนาสื่อและอุปกรณ์ในการให้ความรู้ในเรื่องเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้เกิดความตระหนักแก่กลุ่มนักเรียนผู้พิการทางการได้ยินและ



สื่อความหมายที่จะเป็นสมาชิกในสังคมต่อไป^(3,11)

ด้านการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย พบว่า ยังมีผู้ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้สาเหตุหนึ่งน่าจะมาจากการได้รับข่าวสารข้อมูลที่มีข้อจำกัด เนื่องจากสื่อต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีไว้สำหรับคนปกติมากกว่าผู้พิการ/ผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายซึ่งมีปัญหาภายในเรื่องการอธิบาย การขยายคำและความหมาย เพราะข้อจำกัดของภาษามือคือไม่สามารถอธิบายสิ่งต่าง ๆ ได้เหมือนคำพูดโดยผู้เรียนภาษามือมีข้อจำกัดในการจินตนาการและการวิเคราะห์สังเคราะห์หยาบๆ เป็นรูปธรรม⁽¹²⁻¹⁴⁾ ทั้งนี้หากได้สัมผัสกับกลุ่มดังกล่าวอย่างแท้จริงจะพบว่า แม้แต่การอธิบายเรื่องโรคเอดส์ หรือคำว่าเอดส์ จะต้องใช้ทั้งภาษาท่าทางภาษามือ และอุปกรณ์ต่าง ๆ มาช่วยในการให้ความรู้แก่คนกลุ่มดังกล่าวเพราะการมองเห็นอย่างเดียวไม่สามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่แท้จริงได้ นอกจากนี้ในการใช้ภาษาท่าทางของแต่ละพื้นที่ยังแตกต่างกันออกไป⁽¹²⁾ ทั้งนี้เพราะแต่ละพื้นที่จะมีภาษาท่าทางเฉพาะเพื่อการสื่อสารกับกลุ่มดังกล่าวและแตกต่างจากภาษามือที่มีพื้นฐานมาจากภาษาอังกฤษซึ่งยังมีข้อจำกัดในการใช้ในกลุ่มคนไทย และเมื่อพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ของกลุ่มดังกล่าวจะเห็นได้ว่า นักเรียนยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 10 คะแนน ส่วนในกลุ่มครูพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 15.7 คะแนน โดยความรู้ที่พบว่ายังไม่ถูกต้อง ข้อที่ครูผิดมากที่สุดคือ เกินร้อยละ 50 ในข้อ 1 (ร้อยละ 100.0) 20 (ร้อยละ 88.9) และ 6 (ร้อยละ 66.7) การที่ทั้งครูและนักเรียนยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องอาจเนื่องจากการเข้าถึงสื่อในการให้ความรู้รวมถึงการเข้าถึงบริการและการเข้าถึงถุงยางอนามัยที่ต้องมีการพัฒนาต่อไปจากการศึกษาของแบงโคล และคณะ (Bankolet al) พบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียง

พอในการป้องกันโดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัย จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมและกระจายถุงยางอนามัยอย่างทั่วถึงควบรวมไปกับการสอนเพศศึกษาโดยจัดให้เป็นนโยบายของรัฐ⁽¹⁵⁾ และโดยเฉพาะในนักเรียนที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมทั้งจากครู โทรทัศน์(มีภาษามือ) และการอ่าน รวมทั้งจากวีดิทัศน์⁽²⁾ ส่วนครูที่ไม่ได้ทำหน้าที่ให้ความรู้ในวิชาสุขศึกษา เพศศึกษาอาจจะละเลยหรือยังไม่ได้ทำความเข้าใจกับโรคดังกล่าวอย่างแท้จริงเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในสภาพของผู้ที่มีปัญหาในการได้ยินและการสื่อความหมายเป็นการยากที่จะเรียนรู้หากไม่มีเครื่องมือเฉพาะที่ช่วยให้การรับรู้ได้ดีขึ้นและเข้าใจความแตกต่างของประสบการณ์และการมองปัญหาของกลุ่มผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อสาร

ด้านความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าทั้งนักเรียนและครูยังมีความคิดเห็นในทางลบต่อกลุ่มดังกล่าว โดยเฉพาะในเรื่อง การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของวูตรอฟ และคณะ (1998)⁽¹²⁾ และ กรอส และ คณะ (2006)^(12, 16) ที่ทำการศึกษาคะแนนและความรู้ในกลุ่มผู้ที่มีความพิการทางการได้ยินและพบว่ายังขาดความรู้ในเรื่องการติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกัน และเจตคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่ง มินเตอร์ (1983)⁽¹⁷⁾ ได้กล่าวถึงความจำกัดในการจัดทำสื่อ การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจในเรื่องการติดต่อของโรค การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจแก่กลุ่มนี้และการสร้างความเข้าใจให้แก่พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้สิ่งที่สำคัญคือ การสร้างสื่อบทสนทนาที่ทั้งผู้เรียน ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงได้ เพราะการสร้างความเข้าใจในกลุ่มดังกล่าวเพื่อให้เกิดการรับรู้เป็นสิ่งที่ยาก ทั้งนี้หากกลุ่มดัง

กล่าวมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะการขอรับคำปรึกษาและเข้ารับการรักษาโรคโดยการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ ก็จะทำให้รัฐลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้จากการคาดประมาณว่า ในแต่ละปีรัฐต้องเสียค่ายาต้านไวรัส 87,168 บาท ต่อคนต่อปี ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้ยาต้านไวรัสเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะในการรักษาโรคแทรกซ้อน และการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของโรคในราคา 11,115 บาท ต่อคนต่อปี โดยรัฐต้องรับภาระระยะยาว 4,000–11,000 ล้านบาทต่อปี แต่หากไม่เข้ารับการรักษาในระบระยะยาวรัฐต้องเสียค่าใช้จ่าย 1,400–8,500 ล้านบาทต่อปี^(18, 19) ดังนั้นรัฐและผู้เกี่ยวข้องควรมุ่งให้ความสนใจในกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายที่มีจำนวนโดยประมาณ คือ 7 แสนคน ให้ได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงบริการได้และผู้ใช้บริการจะต้องยอมรับข้อจำกัดของคนกลุ่มนี้เช่นกัน และหากจะมองว่า ความรู้เป็นประเด็นที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็เป็นสิ่งที่รัฐและผู้เกี่ยวข้องต้องดำเนินการ ซึ่งพบว่า การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐได้และมีความคุ้มค่า โดยเฉพาะการเลือกที่จะใช้วิธีการเชิงรุก^(20, 21)

ด้านครู พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและไม่มีคามพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย แต่ทำหน้าที่สอนนักเรียนที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อสาร ด้านความรู้พบว่า ครูทั้งสองโรงเรียนยังมีความรู้ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ยังคลาดเคลื่อน ทั้งนี้เนื่องจากครูกลุ่มดังกล่าวเป็นครูที่สอนในวิชาทั่วไป และสื่อที่มีในสถานศึกษาของโรงเรียนเป้าหมายมีเพียงชุดการสอน เรื่องโรคเอดส์เพียง 1 ชุด ส่วนในโรงเรียนปกติ ความรู้ที่มีเป็นความรู้ที่ได้จากการมาให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ และรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์จากโทรทัศน์ และ

สื่อต่าง ๆ ถึงแม้จะมีการจัดบทเรียนในเรื่องการดูแลสุขภาพ สุขศึกษาและพลานามัยอยู่ในชั้นเรียน รวมถึงเรื่องเพศศึกษา⁽²²⁾ แต่รายละเอียดของการสอนเป็นไปตามระบบการสอน เช่น เรื่องการติดต่อของโรค อากา และ อากาแสดง ส่วนในรายละเอียดย่อย เช่น เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นแล้วจะทำการไปขอรับคำปรึกษาควรไปที่ใด การรักษาที่แท้จริงเป็นอย่างไร เมื่อสงสัยว่ามีการติดเชื้อแล้วจะทำอย่างไร เป็นต้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นเรื่องที่ต้องใช้ประสบการณ์ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่สอนหรือแนะนำในเรื่องดังกล่าวเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในด้านนี้โดยเฉพาะ ทั้งนี้เพราะหากได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะมีผลต่อทั้งผู้ติดเชื้อและผู้ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากในความเป็นจริง สังคมยังมีการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่มากนัก และทำให้เกิด “ตราบาบ” ที่เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยว่าตนเองจะติดเชื้อไม่ไปรับบริการ ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีการสอดแทรกเข้าไปในวิชาสุขศึกษา และเพศศึกษา แต่ก็ยังมีช่องว่างในการสื่อสาร การสอน และประสบการณ์ของผู้สอนในเรื่องดังกล่าว อย่างไรก็ตามการให้ความรู้ในเรื่องเอดส์เพื่อการเข้าสู่ระบบบริการโดยการรับคำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจก็เป็นวิธีที่สามารถทำได้โดยครู⁽²²⁾ ในโรงเรียนร่วมมือกับสถานบริการพยาบาลในพื้นที่ รวมทั้งผู้ปกครอง ทั้งนี้จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยรายใหม่ และนักเรียนได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้ออีกด้วย^(11, 20)

เมื่อพิจารณาถึงความคิดเห็นของครูต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในการรับประทาน การปะทะสังสรรค์ และการใช้ห้องน้ำร่วมกัน เป็นไปในทางบวก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ครูสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ได้



เนื่องจากเป็นกลุ่มปกติ และสื่อต่างๆ ที่เผยแพร่ในปัจจุบันก็มีการพัฒนาและสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้พิการโดยเฉพาะผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย ซึ่งก็เป็นแนวทางที่ดีที่ครูจะได้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้สึกในเชิงบวกที่มีต่อผู้ติดเชื้อให้นักเรียนผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายที่มีข้อจำกัดในการรับสื่อและแปลความหมายจากสื่อซึ่งอาจจะแปลไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เพราะส่วนใหญ่จะแปลตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความลำเอียงได้ ผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการแปลความหมาย เพราะการแปลคำ/ข้อความผ่านภาษามือที่เป็นภาษาจำเพาะของกลุ่มมีข้อจำกัด การใช้ภาษาท่าทางก็ไม่สามารถสื่อสารหรืออธิบายได้อย่างละเอียด ทำให้การรับรู้อาจจะผิดไป การให้ความรู้ผ่านการจัดอบรม และการสอนโดยใช้ภาษามือก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง แต่การให้ความรู้ดังกล่าวต้องใช้ทรัพยากรสูงมากในการจัด ดังนั้น หากมีสื่อที่สามารถสร้างความเข้าใจและให้ความรู้แก่ผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายและการเพิ่มศักยภาพของครูในโรงเรียนสำหรับผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีโดยครูทุกคน (ทั้งที่เป็นคนปกติและครูที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย) ควรมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพื่อจะได้สามารถให้คำแนะนำแก่นักเรียนได้สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การสอนเพศศึกษาและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งรัฐจะต้องนำมาพิจารณาและเพิ่มศักยภาพแก่ครูให้สามารถสอนวิชาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันต้องทำความเข้าใจกับสังคมในการมองภาพของการสอนเพศศึกษาว่าเป็นวิชาหนึ่งที่บรรจุในหลักสูตรมากกว่าการมองประเด็นของการส่งเสริมเรื่องเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนในโรงเรียนดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นนักเรียนประจำที่พัก

ในโรงเรียนนั้นๆ^(22, 23)

ข้อดีของการศึกษา

1. สร้างความเข้าใจแก่คนในสังคมในด้านการสื่อสารกับผู้มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อความหมาย
2. กระตุ้นให้สังคมให้ความสำคัญกับผู้พิการในกลุ่มต่าง ๆ และ ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้พิการ ให้ได้รับความเท่าเทียมกับกลุ่มอื่นๆ
3. ผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายมีที่ยืนในสังคมมากขึ้น
4. ส่งเสริมเจตคติที่ดีของผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายในการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การใช้ภาษามือในการสื่อความหมายคำที่มีความจำเพาะ ศัพท์ทางการแพทย์ มีข้อจำกัด
2. ความสามารถในการอ่านภาษาไทยในข้อความของคำถามของกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมาย ต้องใช้เวลาในการอธิบายเป็นภาษามือร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. จัดทำวิดีโอทัศนจากภาษามือให้เป็นการให้ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายเป็นผู้แสดงผ่านการใช้ภาษาท่าทางเพื่อเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหา ร่วมกับการใช้ภาษาท่าทาง ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายบางคนที่ไม่ได้เข้าระบบการเรียนในโรงเรียนสอนคนหูหนวก จะได้สามารถเข้าใจในเนื้อหาผ่านภาษาท่าทาง
2. ขยายแนวคิดในการจัดทำภาพยนตร์สั้นหรือวิดีโอทัศนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในหัวข้อ

ตารางที่ 1. แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของนักเรียนที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาส และทำให้เสียชีวิตได้	41 (51.2)	39 (48.7)
2. โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	33 (41.3)	47 (58.7)
3. โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	44 (55.0)	36 (45.0)
4. การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	54 (67.5)	26 (32.5)
5. การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง (เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	23 (28.7)	57 (71.3)
6. เมื่อยุ่กักตนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอชไอวีได้	25 (31.2)	55 (68.8)
7. คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	25 (31.2)	55 (68.8)
8. การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกต้องวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	54 (67.5)	26 (32.5)
9. การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร (โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	34 (42.5)	46 (57.5)
10. การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้	29 (36.2)	51 (63.8)
11. หลุมฝังศพที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ลูกได้	47 (58.7)	33 (41.3)
12. ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือกร เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	38 (47.5)	42 (52.5)
13. ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	20 (25.0)	60 (75.0)
14. การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	56 (70.0)	24 (30.0)
15. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้	36 (45.0)	44 (55.0)
16. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	40 (50.0)	40 (50.0)
17. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	39 (48.7)	41 (52.3)
18. อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นริมเชื้อราในปากเรื้อรัง	43 (53.7)	37 (46.3)
19. การรับยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	57 (71.3)	23 (28.7)
20. ยาต้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	43 (53.7)	37 (46.3)



ตารางที่ 2. แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามความคิดเห็นของนักเรียนที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย

ข้อความ	ลบ	บวก
1. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์แสดงถึงความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน	80 (100.0)	0 (0.0)
2. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ถึงแม้จะป้องกันโรคเอดส์ได้แต่จะทำให้เกิดความสุขไม่เต็มที่	25 (31.3)	55 (68.7)
3. หญิงและชายไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน	34 (42.5)	46 (57.5)
4. การตรวจเลือดก่อนแต่งงานอย่างน้อย 3 เดือนเป็นสิ่งที่ควรทำ	40 (50.0)	40 (50.0)
5. ผู้หญิงที่หน้าตาสะอาด ผิวพรรณผุดผ่อง ดูมีสุขภาพดีไม่เป็นโรคเอดส์	27 (33.7)	53 (66.3)
6. หญิงโสเภณีเท่านั้นที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในตัว	27 (33.7)	53 (66.3)
7. การมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อน คู่รัก สมัครเล่น ไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี	29 (36.3)	51 (63.7)
8. การเล่นกีฬาจนเหนื่อยหรือการทุ่มเทเวลากับงานช่วยลดความต้องการทางเพศ	39 (48.8)	41 (51.2)
9. การเที่ยวโสเภณีหรือหญิงบริการทางเพศ เป็นเรื่องปกติของผู้ชาย	35 (43.8)	45 (56.2)
10. ผู้ชายที่มีฐานะดี หน้าตาสะอาด ดูสุขภาพแข็งแรง ไม่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย	34 (42.5)	46 (57.5)
11. การช่วยตนเองเมื่อมีความรู้สึกทางเพศเป็นเรื่องน่าอาย	32 (40.0)	48 (60.0)
12. การมีความรู้สึกทางเพศเป็นเรื่องปกติของมนุษย์แต่ต้องควบคุมให้เหมาะสม	45 (56.2)	35 (43.8)
13. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องยุ่งยาก	30 (37.5)	50 (62.5)
14. การพกถุงยางอนามัยเป็นเรื่องน่าอาย	26 (32.5)	54 (67.5)
15. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์	56 (70.0)	24 (30.0)
16. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรอยู่ร่วมกับผู้อื่น	30 (37.5)	50 (62.5)
17. การติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องของเวรกรรมแต่ชาติปางก่อน	38 (47.5)	42 (52.5)
18. ควรจัดให้มีกลุ่มหรือองค์กรช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี	39 (48.7)	41 (51.3)
19. ท่านยินดีให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานอาหารร่วมกับท่าน	32 (40.0)	48 (60.0)
20. ท่านยินดีให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามานั่งในบ้านท่าน	33 (41.3)	47 (58.7)
21. ท่านยินดีให้ลูกหลานเล่นหรือเรียนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	35 (43.7)	45 (56.3)
22. เมื่อรู้ว่าผู้ติดเชื้อในชุมชนควรรีบบอกให้รู้ทั่วกันเพื่อป้องกันตนเอง	30 (37.5)	50 (62.5)
23. ผู้ติดเชื้อที่มีสุขภาพดีควรได้รับโอกาสทำงานตามความสามารถ	23 (28.8)	57 (71.2)
24. ผู้ติดเชื้อควรได้รับการสนับสนุนให้ทำงานช่วยเหลือตนเอง	25 (31.2)	55 (68.8)
25. ผู้ติดเชื้อเรียกร้องมากเกินไป	34 (42.5)	46 (57.5)

ตารางที่ 3. แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นครูในโรงเรียนสำหรับผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย

ข้อความ	ลบ	บวก
1. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์แสดงถึงความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน	9 (100.0)	0 (0.0)
2. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ถึงแม้จะป้องกันโรคเอดส์ได้แต่จะทำให้เกิดความสุขไม่เต็มที่	4 (44.4)	5 (55.6)
3. หญิงและชายไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน	2 (22.2)	7 (77.8)
4. การตรวจเลือดก่อนแต่งงานอย่างน้อย 3 เดือนเป็นสิ่งที่ควรทำ	3 (33.3)	6 (66.7)
5. ผู้หญิงที่หน้าตาสะอาด ผิวพรรณผุดผ่อง ดูมีสุขภาพดีไม่เป็นโรคเอดส์	4 (44.4)	5 (55.6)
6. หญิงโสเภณีเท่านั้นที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในตัว	4 (44.4)	5 (55.6)
7. การมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อน คู่รัก สมัครเล่น ไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี	4 (44.4)	5 (55.6)
8. การเล่นเกมกีฬาหรือการทุ่มเทเวลากับงานช่วยลดความต้องการทางเพศ	2 (22.2)	7 (77.8)
9. การเที่ยวโสเภณีหรือหญิงบริการทางเพศ เป็นเรื่องปกติของผู้ชาย	3 (33.3)	6 (66.7)
10. ผู้ชายที่มีฐานะดี หน้าตาสะอาด ดูสุขภาพแข็งแรง ไม่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย	2 (22.2)	7 (77.8)
11. การช่วยตนเองเมื่อมีความรู้สึกทางเพศเป็นเรื่องน่าอาย	4 (44.4)	5 (55.6)
12. การมีความรู้สึกทางเพศเป็นเรื่องปกติของมนุษย์แต่ต้องควบคุมให้เหมาะสม	2 (22.2)	7 (77.8)
13. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องยุ่งยาก	3 (33.3)	6 (66.7)
14. การพกถุงยางอนามัยเป็นเรื่องน่าอาย	2 (22.2)	7 (77.8)
15. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์	2 (22.2)	7 (77.8)
16. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรอยู่ร่วมกับผู้อื่น	1 (11.11)	8 (88.8)
17. การติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องของเวรกรรมแต่ชาติปางก่อน	4 (44.4)	5 (55.6)
18. ควรจัดให้มีกลุ่มหรือองค์กรช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี	2 (22.2)	7 (77.8)
19. ท่านยินดีให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานอาหารร่วมกับท่าน	3 (33.3)	6 (66.7)
20. ท่านยินดีให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามานั่งในบ้านท่าน	1 (11.11)	8 (88.8)
21. ท่านยินดีให้ลูกหลานเล่นหรือเรียนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	3 (33.3)	6 (66.7)
22. เมื่อรู้ว่าผู้ติดเชื้อในชุมชนควรรีบบอกให้รู้ทั่วกันเพื่อป้องกันตนเอง	2 (22.2)	7 (77.8)
23. ผู้ติดเชื้อที่มีสุขภาพดีควรได้รับโอกาสทำงานตามความสามารถ	0 (0.00)	9 (100.0)
24. ผู้ติดเชื้อควรได้รับการสนับสนุนให้ทำงานช่วยเหลือตนเอง	1 (11.11)	8 (88.8)
25. ผู้ติดเชื้อเรียกร้องมากเกินไป	3 (33.3)	6 (66.7)



อื่นๆ เช่น การไปรับบริการที่สถานพยาบาล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษา ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมศักยภาพให้กับกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย และผู้พิการกลุ่มอื่นๆ โดยการสร้างสื่อในการให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมแก่กลุ่มนั้น ๆ

2. ผู้พิการทุกกลุ่มมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ และเข้าสู่ระบบบริการเท่าเทียมกับประชาชนทั่วไป

3. การมีช่องทางเฉพาะแก่กลุ่มผู้พิการ

ทุกกลุ่ม โดยส่งเสริมให้มีเจ้าหน้าที่ที่เป็นล่ามในการสื่อสาร ผู้ช่วยดูแลผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือตามความจำกัดของศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง

4. ขยายโอกาสในการเรียนและการอยู่ร่วมกับคนปกติของกลุ่มผู้พิการกลุ่มอื่น โดยมีการจัดการเรียนการสอนและการสร้างสื่อการสอนให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของแต่ละกลุ่ม

5. จัดให้มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่เป็นล่ามภาษามือในทุกสถานพยาบาล และจัดอบรมภาษามือแบบง่าย ๆ ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อเตรียมในการให้บริการแก่กลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย

บรรณานุกรม

1. Ball A. Universal access to HIV/AIDS treatment for injecting drug users: Keeping the promise. *International Journal of Drug Policy* 2007; 18(4) : 241-5.
2. Heuttel KL, Rothstein WG. HIV/AIDS knowledge and information sources among deaf and hearing college students. *Amer Ann of the Deaf* 2001; 146(3) : 280.
3. Jones EG, Renger R, Firestone R. Deaf community analysis for health education priorities. *Public Health Nursing* 2005; 22(1) : 27-35.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปจำนวนคนพิการจากการสำรวจ 2529. In: ฝ่ายสถิติแรงงานและการศึกษา ง, editor.: กองสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2529.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปจำนวนคนพิการจากการสำรวจ 2534. งานสถิติการศึกษาและทัศนคติ ฝ่ายสถิติแรงงานและการศึกษา. In: สำนักนายกรัฐมนตรี กส, editor. กรุงเทพมหานคร: กองสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2534.
6. พวงแก้ว กิจธรรม. การพัฒนาศักยภาพของเด็กพิการไทย. In: มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, editor. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย; 2550.
7. นวลตา อาภาคัพทะกุล. เพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนที่มาใช้บริการแหล่งชุมชนมุสลิมวัยรุ่น กรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร* 2549; 24(6) : 475-82.
8. Barnett S. Clinical and cultural issues in caring for deaf people. *FAM MED-KANSAS CITY*-1999; 31 : 17-22.
9. นวลตา อาภาคัพทะกุล. เพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนที่มาใช้บริการแหล่งชุมชนมุสลิมวัยรุ่น กรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร* 2549; 26(6) : 475-82.
10. Groce N, Yousafzai A, Dlamini P, Zalud S, Wirz S. HIV/AIDS and disability: a pilot survey of HIV/AIDS knowledge among a deaf population in Swaziland. *Inter J of Rehab Res* 2006; 29(4) : 319.

11. Oyo-Ita A, Ikpeme B, Etokidem A, Offor J, Okokon E, Etuk S. Knowledge of HIV/AIDS among secondary school adolescents in Calabar Nigeria. *Annals of African Medicine* 2005; 4(1) : 2-6.
 12. Woodroffe T, Gorenflo D, Meador H, Zazove P. Knowledge and attitudes about AIDS among deaf and hard of hearing persons. *AIDS care* 1998; 10(3) : 377-86.
 13. วิชัย ขำรูปดี จบ, ทิพาภรณ์ โพธิ์ฉวีรักษ์.สมศักดิ์ นัคลาจารย์., รายงานสถานการณ์คนพิการปี พ.ศ. 2551กทม: สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย 2551.
 14. Kennedy SG, Buchholz CL. HIV and AIDS among the deaf. *Sexuality and disability* 1995; 13(2) : 145-58.
 15. Bankole A, Ahmed FH, Neema S, Ouedraogo C, Konyani S. Knowledge of correct condom use and consistency of use among adolescents in four countries in Sub-Saharan Africa. *Afr J of Respond Helth.* 2007; 11(3) : 197-220.
 16. Groce N, Yousafzai A, Van der Maas F. HIV/AIDS and disability: differences in HIV/AIDS knowledge between deaf and hearing people in Nigeria. *Disability & Rehabilitation* 2007; 29(5) : 367-71.
 17. Minter M. The Status of Health Education and Sex Education Programs for the Deaf: What Implications Does This Have for Health Educators? 1983.
 18. วิทยา กุลสมบุรณ์ สธ, วสันต์ ภิญโญวิวัฒน์ การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า The study on Cost-Benefit Analysis of Including Triple Antiretroviral Therapy into the Core Benefit Package of the Universal Health Coverage in Thailand กรุงเทพฯ ฯ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2003.
 19. บรรลุ ตีรพานิช. รายงานการประชุม คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552 [cited 2553 15 มีนาคม]; Available from: www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewItemAction.do?folder.
 20. Siregar AYM, Komarudin D, Wisaksana R, Van Crevel R, Baltussen R. Costs and outcomes of VCT delivery models in the context of scaling up services in Indonesia. *Trop Med & Intern Helth* 2011; 16(2) : 193-99.
 21. Siregar AYM, Komarudin D, Pitriyan P. Cost Effectiveness of VCT and PITC in a Hospital Based Clinic in Indonesia A Preliminary Results. Working Papers in Economics and Development Studies (WoPEDS).
 22. Rodriguez M. Teaching Our Teachers To Teach: A SIECUS Study On Training and Preparation for HIV/AIDS Prevention and Sexuality Education. SIECUS Report 1995 : 12.
 23. Tamaskar P, Malia T, Stern C, Gorenflo D, Meador H, Zazove P. Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Arch Fam Med* 2000; 9(6) : 518.
-



มุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา ที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสระบุรี

พัชรภรณ์ ภาวภูตานนท์*, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์*, ยूपิน ชินสงวนเกียรติ*

Abstract

Perspective on Sex and HIV/AIDS among MSM Students in Secondary School, Saraburi Province

Pacharaporn Pavaputano*, Cheewanan Lertpiriyasuwat*,
Yupin Chinsa-nguankiet*

*Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

This study was a cross-sectional descriptive research. The objectives were to explain perspective on sex and HIV/AIDS among MSM students in secondary school in Saraburi province, and to evaluate knowledge, attitude and life skill regarding HIV prevention. Data collection was from questionnaires and interview. The students were asked after training and camping activities between November 2010 and February 2011.

The result was found that the total number of samples were 300 students. Most of them studied in the 3rd year of secondary school, at average age of 14 years old. Television was the channel that most students recognized HIV/AIDS (79.7%). They got knowledge from teachers (78.0%) and internet (59.3%). After training, most students still had knowledge about HIV/AIDS in low level, had attitude on sex and HIV/AIDS in different, and had life skill of HIV/AIDS prevention in high level that compared with before training, it was not different. According to interviewing 30 students, it found that students accepted sexual identity and sexuality, self-esteem, social attachment and social adjustment. They accepted that sex was not related to sexuality.

Recommendations: There should be launched the education by increasing duration and content of self control and moral development; especially, sexual moral in youth in order to adjust attitude and behavior in the future.

Key Words: Men who have Sex with Men (MSM), Sex, Sexuality, Perspective on Sex and HIV/AIDS
Thai AIDS J 2012; 24 : 147-156

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายมุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสระบุรี และเพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติและทักษะชีวิตเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง และแบบสัมภาษณ์ สอบถามนักเรียนในช่วงหลังการจัดกิจกรรมอบรมและเข้าค่ายในระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2553 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2554

ผลการการศึกษาพบว่า ในจำนวนนักเรียนที่ตอบแบบสอบถาม 300 คน ส่วนใหญ่เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อายุเฉลี่ย 14 ปี โทรทัศนเป็นช่องทางที่นักเรียนรับรู้เรื่องเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.7 รองลงมารับรู้จากครูและอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 78.0 และ 59.3 ตามลำดับ หลังการอบรมพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ยังมีความรู้เรื่องเอดส์ในระดับต่ำ มีทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์แตกต่างกันไปและมีทักษะชีวิตในการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนการอบรม จากการสัมภาษณ์นักเรียน 30 คน พบว่า นักเรียนยอมรับอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีของตนเองได้ในระดับหนึ่ง เห็นคุณค่าของตนเอง เข้าใจสังคมรอบข้างและปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ และเห็นว่ากรมมีเพศสรีระที่ไม่สอดคล้องกับเพศวิถีเป็นเรื่องที่กลุ่มตนยอมรับได้

ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดการเรียนการสอนโดยเพิ่มระยะเวลาในการสอนให้มากขึ้นและเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง (Self control) และจริยธรรม (moral development) โดยเฉพาะจริยธรรมทางเพศในวัยรุ่น เพื่อให้มีการปรับทัศนคติและพฤติกรรมในอนาคต

คำสำคัญ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพศสรีระ เพศวิถี มุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์
วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 147-156

บทนำ

จากการศึกษาพบว่าการศึกษาที่ผู้ชายมีความรักเพศเดียวกัน มีสาเหตุหลายอย่างทั้งปัจจัยทางชีววิทยาและจิตวิทยา⁽¹⁾ ทั้งเกย์และกะเทย จะเริ่มรู้สึกตัวตนต่างจากเพื่อนเพศเดียวกัน ตั้งแต่อายุ 3-4 ขวบ เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น จะมีความรู้สึกทางเพศกับเพศเดียวกันแตกต่างจากเพื่อนผู้ชายทั่วไป เนื่องจากเด็กรับรู้ว่าสังคมทั่วไปมีความรู้สึกรังเกียจเกย์และกะเทย เด็กจึงสับสนไม่แน่ใจ เกิดความเครียด ถ้าพ่อแม่ผู้ปกครองและครูไม่เข้าใจเด็กจะยังมีความทุกข์ทรมานใจมากขึ้น มีผลการศึกษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 100 คน⁽²⁾ พบว่า จำนวน 61 คน มีความสัมพันธ์ทางเพศครั้งแรกกับผู้ชาย และ จำนวน 34 คน มีความสัมพันธ์ทางเพศครั้งแรกกับหญิง ผู้เข้ารับการศึกษาวิจัยบอกว่ามีประสบการณ์ทางเพศหรือมีความสัมพันธ์ทางเพศครั้งแรกส่วนใหญ่เนื่องจากความรัก หรือความต้องการทางเพศ

ผลการสำรวจอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ.2550 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 17.3 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.7⁽³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการติดเชื้อยุงยอนามัยกับคู่นอนแบบฉาบฉวย และคูรักรต่ำกว่าร้อยละ 50 จากผลการสำรวจความชุกจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2550 พบว่าระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 22.2

จากการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในปี 2552⁽³⁾ พบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 12,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 30 สาเหตุอาจเนื่องมาจากกลุ่มนี้ไม่สามารถประเมินสถานการณ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตนเองได้ ประกอบกับขาดทักษะชีวิต ขาดความ



รู้ความเข้าใจในเรื่องเพศภาวะ เพศวิถีและความหลากหลายทางเพศ ดังนั้น การสอนทักษะชีวิต ความรู้ความเข้าใจในมิติเพศภาวะ เพศวิถีและความหลากหลายทางเพศเพื่อการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานศึกษา จึงเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่เด็กและเยาวชนกลุ่มเป้าหมาย ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะ เพศวิถี ความเข้าใจตนเอง การมีความรับผิดชอบต่อนตนเอง มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายมุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสระบุรีและเพื่อประเมินความรู้ ทศนคติ และทักษะชีวิตเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชายดังกล่าว ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมอบรมและเข้าค่ายการสอนทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ครูและผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนในการจัดกิจกรรม มีความเข้าใจในมุมมองและแนวคิดของนักเรียนกลุ่มนี้ต่อเรื่องเพศและเอดส์ ประกอบกับถ้าครูเข้าใจเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ เพศวิถี และมุมมองทางสังคม อารมณ์ จิตวิทยาและอัตลักษณ์ทางเพศ พฤติกรรมหรือรสนิยมทางเพศที่มีหลากหลายของคนในสังคม จะทำให้การออกแบบกิจกรรม ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) กลุ่มเป้าหมายได้แก่ นักเรียนชาย

ระดับมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสระบุรีที่เข้าร่วมการจัดกิจกรรมอบรมและเข้าค่ายการสอนทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโครงการพัฒนาครูแกนนำด้านทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานศึกษา (โครงการฯ) จำนวน 401 คน

ขั้นตอนการดำเนินงานของโครงการฯ คือ (1) ชี้แจงนโยบายการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ให้กับผู้บริหารโรงเรียนรับทราบ เรื่อง ภาวะเสี่ยงของเยาวชน ในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การทำงานด้านเพศศึกษา ด้านความหลากหลายทางเพศ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (2) ประชุมหารือทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาหลักสูตรทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสำหรับครูแกนนำ จำนวน 3 วัน โดยเน้นให้ครูสามารถนำหลักสูตรการเรียนการสอนไปประยุกต์ใช้ได้ เนื้อหาหลักสูตรมีหัวข้อสำคัญเกี่ยวกับเรื่อง การปรับเปลี่ยนทัศนคติของครูเรื่องความหลากหลายทางเพศของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะที่จำเป็นเช่น ทักษะปฏิเสธต่อรอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางเพศและทักษะการยับยั้งชั่งใจ โดยเน้นให้ครูสามารถนำเนื้อหาเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในการสอนได้ (3) คัดเลือกครูเพื่อเข้าร่วมอบรมเป็นครูแกนนำ ระบุครูแนะแนว ครูสุขศึกษา (4) อบรมครูแกนนำด้านทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 3 วัน (5) ครูแกนนำในแต่ละโรงเรียนที่ผ่านการอบรมเริ่มดำเนินกิจกรรม

อบรมทักษะชีวิตให้แก่แก่นักเรียนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 1 วัน และโรงเรียนเตรียมการจัดกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนด โดยมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมขึ้นอยู่กับรูปแบบของแต่ละโรงเรียน ดังนี้ โรงเรียน 7 แห่ง จัดอบรมนักเรียนเป็นเวลา 1 วันต่อโรงเรียนและมีโรงเรียน 2 แห่ง ร่วมกันจัดกิจกรรมอบรมนักเรียนจำนวน 1 วัน และมีโรงเรียน 4 แห่ง ร่วมกันจัดอบรมให้ความรู้แบบเข้าค่ายพักค้าง 2 วัน 1 คืน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (1) ใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองประเมินความรู้ ทศนคติและทักษะชีวิต โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการอบรมในนักเรียน 401 คน (2) ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อประเมินมุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์โดยเก็บข้อมูลหลังการอบรมจากการสุ่ม (simple random) นักเรียนมา 30 คน จากนักเรียน 401 คน หลังการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามให้หมายเลขแก่แบบสอบถามที่เก็บมาได้ กำหนดรหัสให้ตัวแปรแต่ละตัว หลังจากนั้นป้อนข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ จะทำการวิเคราะห์เนื้อหาแบบ Content Analysis

ผลการศึกษา

นักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสระบุรีที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้รับแบบสอบถามหลังการจัดกิจกรรมหรือเข้าค่ายจำนวน 401 คน ส่งแบบสอบถามกลับคืนและมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 300 คน คิดเป็น ร้อยละ 74.8 ขอเสนอผลการศึกษา ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

นักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนใหญ่อายุ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมาคืออายุ 14 ปี, 13 ปี และ 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.3, 16.3 และ 10.7 ตามลำดับ โดยอายุน้อยที่สุด 12 ปี อายุมากที่สุด 19 ปี และอายุเฉลี่ย 14 ปี และพบว่านักเรียนกลุ่มนี้ รับรู้เรื่องเอดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.7 รองลงมารับรู้จากครูและอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 78.0 และ 59.3 ตามลำดับ

มุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์

จากการสัมภาษณ์นักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 30 คน เกี่ยวกับ ความเข้าใจความหลากหลายทางเพศในมิติต่างๆ และ ค่านิยมเรื่องเพศในสังคมปัจจุบัน พบว่า นักเรียนกลุ่มนี้ ยอมรับอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีของตนเองได้ในระดับหนึ่ง เห็นคุณค่าของตนเอง ดังเช่นนักเรียนคนหนึ่งกล่าวว่า “จะเป็นอะไรก็ได้แค่เป็นคนดีของสังคมก็พอ ทุกสิ่งไม่ใช่อยู่ที่เพศเพราะเลือกเกิดไม่ได้” นอกจากนี้ยังรู้สึกมีความสุขกับการดำเนินชีวิตประจำวันถึงแม้ว่านักเรียนกลุ่มนี้จะประเมินว่า สังคมรอบข้างยังไม่เปิดใจยอมรับเพศวิถีของพวกเขาเท่าที่ควร พวกเขากล่าวว่า “ไม่ถูกยอมรับจากผู้ชาย” และ “เหมือนสิ่งแปลกปลอมผิดปกติ” และ “อยากให้สังคมมีการยอมรับกระเทยและคนที่แตกต่างบ้าง กระเทยจะได้มีอิสระมากกว่านี้” และ “อยากย้ายโรงเรียน” มีนักเรียนบางคนรู้สึกไปทางลบที่สังคมไม่ให้การยอมรับกลุ่มพวกเขา ถึงกับกล่าวว่า “อยากเอาปืนยิงกระบาลพวกที่เกลียดเพศที่ 3” อย่างไรก็ตามหลังจากได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์แล้ว นักเรียนกลุ่มนี้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นดังที่กล่าวว่า “พออบรมแล้วรู้สึกกลัวโรคต่างๆ ไม่อยากมี sex”



แต่พวกเขาให้ความเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายถือเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องน่าอาย

ความรู้เรื่องเอดส์

หลังการอบรม นักเรียนส่วนใหญ่ยังมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเอดส์ยังอยู่ในระดับต่ำ ดังจะเห็นได้จาก ข้อมูลที่พบว่า มีนักเรียนตอบคำถามความรู้เรื่องเอดส์ได้ถูกต้องในแต่ละข้อคำถามน้อยกว่าร้อยละ 70 ของนักเรียนทั้งหมด ยกเว้นคำถามเรื่องการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถ

ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งมีนักเรียนตอบถูกร้อยละ 90.3 นักเรียนตอบผิดมากที่สุดในการถามที่ว่า การมีเพศสัมพันธ์โดยใส่ถุงยางอนามัย 2 ชั้นที่อวัยวะเพศจะป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้มากกว่าการใส่ถุงยางอนามัยชั้นเดียวซึ่งมีนักเรียนตอบผิด ร้อยละ 37.0 รองลงมาได้แก่คำถามที่ว่า คนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากยุงกัดได้ การกินอาหารร่วมกับคนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ ซึ่งมีนักเรียนตอบผิด คิดเป็นร้อยละ 32.3 และ ร้อยละ 30.0 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. แสดงการตอบคำถามความรู้เรื่องเอดส์ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ข้อคำถาม	ก่อนอบรม (ร้อยละ) (n=300)			หลังอบรม (ร้อยละ) (n=300)		
	ตอบ	ตอบ	ไม่	ตอบ	ตอบ	ไม่
	ถูก	ผิด	ตอบ	ถูก	ผิด	ตอบ
1. การใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ สามารถลดความเสี่ยงใน การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ใช่หรือไม่	86.7	4.7	8.7	90.3	2.0	7.7
2. การมีเพศสัมพันธ์กับคูรัก/แฟน ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพียงคนเดียว และคนนั้นก็ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น สามารถลดความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ใช่หรือไม่	54.3	38.3	7.3	53.3	20.0	26.7
3. คนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากยุงกัดได้ ใช่หรือไม่	54.3	30.3	15.3	45.7	32.3	22.0
4. การกินอาหารร่วมกับคนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้	54.3	43.0	2.7	43.7	30.0	26.3
5. คนที่ดูมีสุขภาพแข็งแรง อาจเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ใช่หรือไม่	55.3	39.0	5.7	59.7	18.0	22.3
6. ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้ (ยาต้านไวรัส) แต่ไม่สามารถกำจัดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้หมดไปจากร่างกาย ใช่หรือไม่	53.7	34.3	12.0	62.7	14.0	23.3
7. การสัมผัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้เป็นเอดส์ได้	50.3	47.7	2.0	51.1	29.3	19.6
8. โรคเอดส์รักษาให้หายขาดได้ ใช่หรือไม่	62.7	29.0	8.3	64.7	12.0	23.3

ตารางที่ 1. (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนอบรม (ร้อยละ) (n=300)			หลังอบรม (ร้อยละ) (n=300)		
	ตอบ ถูก	ตอบ ผิด	ไม่ ตอบ	ตอบ ถูก	ตอบ ผิด	ไม่ ตอบ
	9. การสวนล้างทวารหนักหลังร่วมเพศสามารถป้องกันเอดส์ได้	32.7	62.3	5.0	35.0	11.0
10. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกที่ไว้ใจ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยจะไม่ติดเชื้อเอชไอวี	53.3	41.0	5.7	56.3	21.7	22.0
11. การร่วมเพศที่มีการหลังภายนอก สามารถติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้	35.7	59.3	5.0	40.0	18.0	42.0
12. การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	41.0	53.3	5.7	40.0	24.0	36.0
13. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด	55.0	41.7	3.3	40.3	14.3	45.4
14. การมีเพศสัมพันธ์โดยใส่ถุงยางอนามัย 2 ชั้น ที่อวัยวะเพศ ป้องกัน การรับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้มากกว่าการใส่ถุงยางอนามัยชั้นเดียว	36.7	58.3	5.0	31.0	37.0	32.0
15. ถ้าไม่มีสารหล่อลื่นชนิดน้ำ สามารถใช้น้ำมันทาผิวหรือโลชั่นกับถุงยางอนามัยแทนสารหล่อลื่นชนิดน้ำได้	58.0	34.3	7.7	41.3	15.7	43.0
16. การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	40.0	54.3	5.7	35.7	28.7	35.6
17. การป่วยเป็นกามโรคทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ง่าย	43.7	50.3	6.0	40.0	13.0	47.0
18. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	64.7	27.0	8.3	67.7	11.3	21.0

ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์

นักเรียนมีทัศนคติเรื่องเพศและเอดส์ที่แตกต่างกันไป หลังการอบรม นักเรียนมีทัศนคติไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการอบรมมากนัก ยกเว้นข้อความเรื่องการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ที่มีสัดส่วนของนักเรียนตอบว่า เห็นด้วย เพิ่มขึ้นหลังการอบรม และข้อความเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับคูที่เป็นผู้ชาย

หลายคน ที่มีสัดส่วนของนักเรียนที่ตอบว่า เห็นด้วยลดลงหลังการอบรม นอกจากนี้หลังการอบรมพบว่า นักเรียนแสดงทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุดว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น โดยมีการแลกเปลี่ยนกับผลประโยชน์ที่ได้รับ ไม่เป็นเรื่องเสียหายคิดเป็นร้อยละ 43.4, ไม่เห็นด้วยมากที่สุดว่า ทุกคนควรรับผิดชอบเรื่องการใส่ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติด



ตารางที่ 2. แสดงความคิดเห็นของนักเรียนชายมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์

ข้อคำถาม	ก่อนอบรม (n=300)			หลังอบรม (n=300)		
	ไม่เห็นด้วย ร้อยละ	ไม่แน่ใจ ร้อยละ	เห็นด้วย ร้อยละ	ไม่เห็นด้วย ร้อยละ	ไม่แน่ใจ ร้อยละ	เห็นด้วย ร้อยละ
1. ทุกคนควรรับผิดชอบเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	88.3	6.7	5.0	89.3	5.7	5.0
2. ท่านคิดว่าการอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือคบเพื่อนที่เป็นเอดส์จะทำให้ท่านถูกมองว่าท่านเป็นเอดส์ด้วย	26.0	52.0	22.0	24.0	54.3	21.7
3. ท่านคิดว่า การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย แต่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ทำให้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	30.7	48.7	20.6	32.7	38.7	28.6
4. ท่านคิดว่า การมีเพศสัมพันธ์กับเด็กจะปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ใหญ่	8.6	55.7	35.7	10.6	57.7	31.7
5. ท่านเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ (ที่เป็นผู้ชาย) หลายคนไม่ใช่เรื่องแปลก เพราะเป็นผู้ชายด้วยกัน	12.3	52.0	35.7	16.3	62.0	21.7
6. ท่านเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น โดยมีการแลกเปลี่ยนกับผลประโยชน์ที่ได้รับ ไม่เป็นเรื่องเสียหาย	27.3	26.3	46.4	28.3	28.3	43.4

เชื้อเอชไอวี/เอดส์ คิดเป็นร้อยละ 89.3 และไม่แน่ใจมากที่สุดว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ (ที่เป็นผู้ชาย) หลายคน ไม่ใช่เรื่องแปลก เพราะเป็นผู้ชายด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 62.0 สำหรับข้อคำถามอื่นได้แก่ การอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือ

คบเพื่อนที่เป็นเอดส์ จะทำให้ท่านถูกมองว่าท่านเป็นเอดส์ด้วย มีนักเรียนตอบว่าไม่แน่ใจ ร้อยละ 54.3 และตอบว่าไม่เห็นด้วย ร้อยละ 24.0 การมีเพศสัมพันธ์กับเด็กจะปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าการ

ตารางที่ 3. แสดงการมีทักษะชีวิตต่อเรื่องเพศและเอดส์ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ข้อความ	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวนคนที่ตอบ	ร้อยละ	จำนวนคนที่ตอบ	ร้อยละ
1. ถ้าพี่ชายของเพื่อนสนิท (ที่เราทราบว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย) ชวนไปเที่ยวบ้าน แต่ท่านไม่อยากจะไป ท่านจะอย่างไร				
ก. บอกว่าไม่สบายไปไม่ได้	78	26	88	29.3
ข. บอกไปตรง ๆ ว่าไม่อยากจะไป (เพราะรู้ว่าถ้าไปแล้วจะเสียตัว)	82	27.3	80	26.7
ค. บอกว่าต้องขออนุญาตผู้ปกครองก่อน	93	31	88	29.3
ง. ไม่ปฏิเสธ เพราะเกรงใจเพื่อน	18	6	20	6.7
จ. บอกว่าไม่ไป ไม่ชอบพี่ ไม่ใช้สเป็ก	29	9.7	24	8.0
รวม	300	100	300	100
2. ถ้าคุณอนไม่ยอมใส่ถุงยางอนามัย และท่านอยากมีเพศสัมพันธ์ด้วย ท่านจะอย่างไร				
ก. สังเกตลักษณะภายนอกของคุณอนถ้าสะอาด ดูดีก็ยอมไม่ใส่ถุงยางอนามัยด้วย	13	4.8	15	5.2
ข. บอกว่าถ้าใส่ถุงยางอนามัยจะให้เบิ้ล	64	23.5	67	22.9
ค. บอกว่าพี่ไม่กลัวติดเอดส์เหรอและถ้าคุณอนบอกว่าไม่กลัวก็ไม่ยอม	75	27.6	79	26.9
ง. บอกว่าพี่ไม่กลัวติดเอดส์เหรอและถ้าคุณอนบอกว่าไม่กลัวก็ยอม	21	7.7	9	3.3
จ. ปฏิเสธอย่างเด็ดขาด ไม่นอนด้วย	74	27.2	98	33.5
ฉ. ต่อรองให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีอื่นแทน เช่น ใช้ปากใช้มือเพื่อสำเร็จความใคร่	25	9.2	24	8.2
รวม	272	100	292	100
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการใช้ปากกับอวัยวะเพศหรือทวารหนักกับคุณอน				
ก. ชอบ เป็นเรื่องปกติที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทำกัน	26	8.8	25	8.2
ข. ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเชชไอวี/เอดส์ เพราะไม่มีการสอดใส่	36	12.2	22	7.3
ค. เสี่ยง เพราะอาจติดเชื้อโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน หูด เริม	110	37.1	120	40.7
ง. ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเชชไอวี/เอดส์เพราะในน้ำลายมีเชื้อเชชไอวี/เอดส์น้อยมาก	25	8.5	19	6.5
จ. เสี่ยง เพราะคุณอนอาจเป็นผู้ติดเชื้อเชชไอวี/เอดส์	99	33.4	110	37.3
รวม	296	100	296	100



มีเพศสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ นักเรียนตอบว่าเห็นด้วย ร้อยละ 31.7 และตอบว่าไม่แน่ใจร้อยละ 57.7 และ ข้อคำถามที่ว่า การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยแต่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งทำให้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นักเรียนตอบว่าเห็นด้วย ร้อยละ 28.6 และตอบว่าไม่เห็นด้วยร้อยละ 32.7 (ดังตารางที่ 2)

ทักษะชีวิต

นักเรียนส่วนใหญ่ มีทักษะชีวิตในการ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับ สูง โดยก่อนและหลังการอบรมผลไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาหลังการอบรมพบว่า คำถามข้อที่ 1 ที่พี่ชายของเพื่อนสนิท (ที่เราทราบว่าเป็นชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย) ชวนไปเที่ยวบ้าน แต่นักเรียน ไม่อยากไป นักเรียนร้อยละ 29.3 เลือกที่จะใช้ทักษะ การปฏิเสธและการต่อรอง คือ บอกว่าไม่สบายไป ไม่ได้ และ บอกว่าต้องขออนุญาตผู้ปกครองก่อน ส่วนคำถามข้อที่ 2 ที่ว่า ถ้าคู่นอนไม่ยอมใส่ถุงยาง อนามัย และนักเรียนอยากมีเพศสัมพันธ์ด้วย นักเรียนใช้ทักษะการปฏิเสธมากที่สุด ร้อยละ 33.5 โดยตอบว่า ปฏิเสธอย่างเด็ดขาด ไม่นอนด้วย รองลงมาใช้ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการ กับอารมณ์ทางเพศและทักษะการยับยั้งชั่งใจ โดย นักเรียนร้อยละ 26.9 ตอบว่า บอกว่าพี่ไม่กลัว ติดเอดส์หรือและถ้าคู่นอนบอกว่าไม่กลัวก็ไม่ยอม ส่วนคำถามข้อที่ 3 นักเรียนส่วนใหญ่มีทักษะในการ การคิดวิเคราะห์เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เอชไอวี โดยมากกว่าร้อยละ 30 ทราบว่า การใช้ปาก กับอวัยวะเพศ หรือทวารหนักกับคู่นอน เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน หูด เริม หรือคู่นอนอาจเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ (ดังตารางที่ 3)

อภิปรายผลการศึกษา

นักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วน ใหญ่มีความคิดเห็นต่อความหลากหลายทางเพศใน มิติต่าง ๆ และมีความเข้าใจต่อค่านิยมของสังคมที่ มีต่อกลุ่มตนเอง โดยเข้าใจว่า สังคมรอบข้างยังไม่ เปิดใจยอมรับเพศวิถีของพวกเขาเท่าที่ควร อย่างไร ก็ตาม นักเรียนกลุ่มนี้ให้ความเห็นว่า การมีเพศ สัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายถือเป็น เรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องน่าอาย ซึ่งสอดคล้องกับความรู้ ในการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ที่มีอยู่ในระดับ ต่ำ จากการประยุกต์ใช้แนวคิดของพนม เกตุมาน จึงเสนอให้ มีการจัดการเรียนการสอนโดยเพิ่ม เนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง (Self control) และจริยธรรม (moral development) โดยเฉพาะจริยธรรมทางเพศในวัยรุ่น เพื่อให้มีการ ปรับทัศนคติและพฤติกรรมในอนาคต

หลังการอบรม นักเรียนส่วนใหญ่ยังมีความ รู้ที่ถูกต้องในเรื่องเอดส์ยังอยู่ในระดับต่ำ ดังจะเห็น ได้จากมีนักเรียนตอบคำถามความรู้เรื่องเอดส์ได้ถูก ต้องในแต่ละข้อคำถามน้อยกว่า ร้อยละ 70 ของ นักเรียนทั้งหมด ยกเว้นคำถามเรื่องการใช้ถุงยาง อนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถลดความ เสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งมีนักเรียนตอบถูก ร้อยละ 90.3 หมายความว่า นักเรียนกลุ่มนี้ยังมีความ เข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการปฏิบัติตัวที่มีผลต่อการ ป้องกันตนเองจากโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ โดยข้อที่เข้าใจผิดมากที่สุดคือ การมีเพศ สัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย 2 ชั้นที่อวัยวะเพศ จะป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้มากกว่าการ ใส่ถุงยางอนามัยชั้นเดียวซึ่งมีนักเรียนตอบผิด ร้อยละ 37.0 ซึ่งการมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเอดส์ อยู่ในระดับต่ำหลังการอบรมอาจเป็นผลมาจาก การอบรมให้ความรู้กับนักเรียนในเวลาสั้นเกินไป ซึ่ง แต่ละโรงเรียนจัดอบรมให้ความรู้เพียง 1 วันเท่านั้น

ทำให้เห็นนักเรียนยังไม่เข้าใจเท่าที่ควร ดังนั้น ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการสอนให้มากขึ้น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่นักเรียน

นักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์แตกต่างกันไป โดยนักเรียนส่วนใหญ่แสดงทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุดว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นโดยมีการแลกเปลี่ยนกับผลประโยชน์ที่ได้รับ ไม่เป็นเรื่องเสียหาย ไม่เห็นด้วยมากที่สุดว่า ทุกคนควรรับผิดชอบเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งการแสดงทัศนคติดังกล่าว แปลความหมายได้ว่า นักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่สามารถประเมินสถานการณ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตนเองได้ ขาดทักษะชีวิต ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศภาวะ เพศวิถีและความหลากหลายทางเพศ สอดคล้องกับการคาดประมาณผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2552 ที่พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

นักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีทักษะชีวิตในการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ อยู่ในระดับสูง เลือกใช้ทักษะชีวิตที่เหมาะสมทั้งด้านการปฏิเสธและการคิดวิเคราะห์ ทั้งนี้ นักเรียนส่วนใหญ่เลือกใช้ทักษะการปฏิเสธมากที่สุด เช่น กล้าปฏิเสธอย่างตรงไปตรงมา กรณีที่พี่ชายของเพื่อนสนิท (ที่ทราบว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย) ขวนไปเที่ยวบ้าน แต่ไม่ออกไป ซึ่งเป็นการยืนยันในการตัดสินใจของตนเองเป็นสิ่งที่ควรทำ หรือกรณีที่

คู่นอนไม่ยอมใส่ถุงยางอนามัย แต่อยากมีเพศสัมพันธ์ด้วย นักเรียนกลุ่มนี้สามารถต่อรองให้คู่ใช้ถุงยาง อนามัยได้ ถือว่าไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ถ้ายืนยันไม่ใส่ถุงยางอนามัย นักเรียนกลุ่มนี้จะตอบปฏิเสธและไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วยอย่างเด็ดขาด

อิทธิพลจากปัจจัยทางวัฒนธรรม สังคม ค่านิยม บรรทัดฐาน แนวคิดและการแสดงออกทางเพศ ความคิดเกี่ยวกับคู่รัก คู่ชีวิต ในอุดมคติ ซึ่งไม่ใช่พฤติกรรมตามธรรมชาติ ความคาดหวังของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในสถานศึกษามีแง่มุมเฉพาะในการสร้างอัตลักษณ์ในเรื่องของความเป็นหญิงเป็นชาย ความขัดแย้งทางความคิดทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติ รังเกียจ การตีตรา จึงเป็นผลกระทบต่อการแสดงออกในด้านสุขภาพทางเพศ มีข้อจำกัดในเรื่องข้อมูลข่าวสาร และการจัดบริการสุขภาพเฉพาะในกลุ่มนักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นการขัดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในที่สุด

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษา

1. มุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์ของครูที่ดูแลนักเรียนชายที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. มุมมองต่อเรื่องเพศและเอดส์ของผู้ปกครองที่มีลูกเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. บริบททางสังคมที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของนักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

เอกสารอ้างอิง

1. ประวัติของกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ อ้างอิงจาก <http://th.wikipedia.org> วันที่ 29-01-12
2. กลุ่มสื่อสารความเสี่ยง สดร.การคาดการณ์จำนวนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย.อ้างอิงจาก <http://dpc9.ddc.moph.go.th/crd/msm.html> วันที่ 29-01-12
3. สำนักเรบาดวิทยา. รายงานผลการสำรวจอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครปีพ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ.2550



การยอมรับและการเปิดเผยผลเอชไอวีของ บิดา-มารดาแก่บุตร

ขนิษฐา มุสดี*, สุรีย์ กาญจนวงศ์**

Abstract

Self Acceptance and Parental HIV Disclosure to Children

Kanitta Pussadee*, Suree Kanjanawong**

*M.A. (Medical and Health Social Science), Mahidol University.

**Faculty of Social and Humanities, Mahidol University.

The objective of this qualitative research is to study self acceptance and HIV parental disclosure to children. The scope of the study covers a wide range of topics, starting from being diagnosed as HIV positive, self acceptance of HIV related illness, reasons for sharing HIV status with children, methods of disclosing the status, factors effecting disclosure of the status and the results of disclosing the status. The information was collected by an in-depth interviews with eight HIV infected persons, seven females and one male, from one AIDS specialized clinic in Bangkok who disclosed their HIV status to their children. The study found that when the interviewees found out that they were HIV infected, they were frightened, shocked, angry and heartbroken. While they could accept their condition, they started finding ways for treatment and then sharing their HIV status with their children.

There are two main reasons in the disclosure of their HIV status of parents to their children. First, the healthy parents wanted their children to be aware and protect themselves from contracting HIV. Secondly, the ailing parents shared their status with their children because of the need for sympathy. There are three dimensions of status disclosure. Firstly, parents told each child individually versus telling them all at once. Secondly, parents disclosed the status directly versus parents giving information about HIV to their children before sharing their status with them. And lastly, parents disclosing their HIV status when they were healthy versus disclosing their status when they were ill and in need of being taken care of. Four factors associated with parental HIV disclosure to children include healthy relationships in the family, stigmatization and social discrimination, a better understanding of HIV in society due to media communication, and the need to share personal struggles with friends and family.

*ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล

**คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

The results of disclosing the status were the improvement of both physical and mental health in parents, getting support from family members, having children help support the family and taking care of and having a stronger relationship within the family, and finally the feeling of relief after sharing their status with their children regardless of the sex and age of their children.

Key Words: Self Acceptance, Adaption, HIV Disclosure, HIV
Thai AIDS J 2012; 24 : 157-166

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการยอมรับตนเองและการเปิดเผยผลเอชไอวีของบิดา-มารดาแก่บุตร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับตนเองและการเปิดเผยผลเอชไอวีของบิดา-มารดาแก่บุตร เริ่มตั้งแต่การรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี การยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง เหตุผลที่เปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตร วิธีการเปิดเผย ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผย และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเปิดเผยผลเอชไอวี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีและเปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตรแล้วจำนวน 8 ราย เป็นหญิง 7 รายและชาย 1 ราย ในคลินิกวิจัยด้านโรคเอดส์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีก็จะมีอาการตกใจ ซ็อค โกรธ เสียใจ เป็นต้น เมื่อสามารถปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ ก็จะเริ่มแสวงหาแนวทางการรักษาจากนั้นจึงเริ่มที่จะเปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตร

เหตุผลหลักของเปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตรมีสองประการได้แก่ บิดา-มารดาที่มีภาวะสุขภาพดีต้องการเตือนให้บุตรไม่ประมาท รู้จักป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี และบิดา-มารดาที่มีความเจ็บป่วยต้องการบอกบุตรเพื่อให้ได้รับความเข้าใจและเห็นใจ การเปิดเผยผลเอชไอวีมีอยู่ 3 มิติได้แก่ หนึ่งบอกบุตรที่ละคน-บอกพร้อมกัน สองบอกโดยมีการเล่าเรื่องราวให้ฟังก่อน-บอกโดยมีการให้บุตรได้รับความรู้เรื่องเอชไอวี แล้วจึงค่อยเปิดเผยผลเอชไอวี สามบอกเมื่อสภาพร่างกายแข็งแรงดี-บอกเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากบุตรหรือมีสภาพเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยผลเอชไอวีมี 4 ประการคือ ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว, การติตราและการแบ่งแยกในสังคม, สื่อทางโทรทัศน์ที่เผยแพร่เรื่องโรคเอดส์ทำให้คนในสังคมเข้าใจมากขึ้น, ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ต้องการบอกให้ครอบครัวได้รับรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากเปิดเผยผลเอชไอวี มีดังนี้คือ ส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งกายและจิตของบิดา-มารดาได้รับกำลังใจจากครอบครัว บุตรช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัว บุตรช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วย เกิดความผูกพันรักใคร่กันในครอบครัว และบิดา-มารดาจะมีความสุขเมื่อได้เปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตร โดยไม่ต้องคำนึงว่าบุตรจะเป็นเพศใด ไม่จำกัดเพศและอายุ

คำสำคัญ การยอมรับตนเอง, การปรับตัว, การเปิดเผยผลเอชไอวี, เอชไอวี

วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 157-166

ความสำคัญของปัญหา

จากในอดีตโรคเอดส์นั้นจำกัดการแพร่ระบาดเฉพาะในกลุ่มชายรักร่วมเพศหรือผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดเท่านั้น แต่ในสังคมปัจจุบันโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดเข้าสู่สถาบันครอบครัวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และเนื่องจากบิดา-มารดาที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์จำเป็นต้องรับการรักษาและกินยาต้านไวรัสต่อเนื่องไปตลอด จะมีความเครียดและกังวลใจ ต้องหลบซ่อนในการกินยาต้านไวรัส ปกปิดบุตรไว้ไม่กล้าบอกบุตรเพราะคิดว่าบุตรยังไม่พร้อม จึงต้องปิด

บังสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองแก่สมาชิกในครอบครัว ส่งผลทำให้ตนเองรู้สึกหนักใจ ไม่มีความสุข ถึงแม้จะเป็นครอบครัวเดียวกัน แต่บิดา-มารดามักปกปิดผลเลือดแก่บุตร เพราะกลัวว่าเมื่อบอกผลเลือดแก่บุตรไปแล้ว บุตรจะมีความหวาดกลัว รังเกียจ ไม่ยอมรับในตัวบิดา-มารดา และถ้าสังคมรับรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีก็จะส่งผลกระทบต่อบุตรเรื่องการเข้าโรงเรียน การทำงาน การดำรงชีวิตอยู่ในสังคม เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจต่อการเปิดเผยผลเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ



การเปิดเผยผลเอชไอวีของตนเองแก่สมาชิกในครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างมาก เพราะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยไม่ทอดทิ้งกัน ส่งผลให้เกิดความรักความเอาใจใส่และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันในครอบครัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งถ้าบิดา-มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด ซึ่งจะส่งผลโดยตรงให้บิดา-มารดา มีสุขภาพกายและจิตที่แข็งแรง อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่จะใช้ในการเปิดเผยผลเอชไอวีโดยเฉพาะกับเด็กนั้นมีความยาก ละเอียดอ่อน แต่ก็ เป็นสิ่งที่ท้าทายมาก ปัญหาที่พบในขณะนี้คือบิดา-มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากไม่รู้ว่าควรจะบอกบุตร ดีหรือไม่ว่าตนติดเชื้อ และถ้าต้องการจะบอก ควรบอกเมื่อไหร่ และบอกอย่างไร กระบวนการที่บิดา-มารดาควรใช้ในการเปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตรมีอะไรบ้าง

และเนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีความซับซ้อนเกี่ยวโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และสังคม ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องยากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะยอมรับตนเองได้ โดยผู้ติดเชื้อจะแสดงออกในลักษณะปฏิเสธไม่ยอมรับความเป็นจริง ปกปิดไม่เปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ แม้แต่สมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดแยกตัวออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกาย การสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม กลัวความเป็นจริงที่ปรากฏและความตายที่จะมาถึง บางคนมองโลกในแง่ร้าย คิดทำลายตนเอง ครอบครัว และบุคคลอื่น จนอาจถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายในที่สุด แต่เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเองได้แล้วนั้น ก็จะสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อีกครั้ง ซึ่งจะผ่านขั้นตอนตามระยะของการปรับตัวของ

คูเบลอร์-รอส⁽¹⁾ ซึ่งกระบวนการเหล่านั้นก็จะพบขั้นตอนของการปฏิเสธการรักษา-การโกรธ-การต่อรอง-ซึมเศร้า-และการยอมรับ เมื่อเวลาผ่านไปการตัดสินใจและกระบวนการความคิดของบิดา-มารดาจะมีความมั่นคงมากขึ้น บิดา-มารดาจึงจะมีความพร้อมและสามารถที่จะเปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตรได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาการยอมรับและการเปิดเผยผลเอชไอวีของบิดา-มารดาแก่บุตร

วัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อศึกษาการยอมรับตนเองกับการเปิดเผยผลเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเปิดเผยผลเอชไอวีและเหตุผลในการตัดสินใจ
3. เพื่อศึกษาวิธีการบอกและผลลัพธ์ที่ได้จากการเปิดเผยผลเอชไอวีของบิดา-มารดาแก่บุตร

วิธีการศึกษาวิจัย

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกรณีศึกษาโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เรื่องการยอมรับและการเปิดเผยผลเอชไอวีของบิดา-มารดาแก่บุตร โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา/มารดาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาเป็นประจำในคลินิกด้านโรคเอดส์แห่งหนึ่ง โดยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด จำนวน 8 รายเป็นเพศหญิง 7 ราย, เพศชาย 1 ราย โดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว โดยใช้เวลาประมาณ 50 นาที จำนวน 1-2 ครั้ง จนได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ตามแนวคำถาม ในแบบสัมภาษณ์ ทุกคำถาม-คำตอบจะเก็บเป็น

ความลับ บิดา/มารดาผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามก็ได้ ถ้ารู้สึกไม่สบายใจ สามารถบอกเลิกได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การยอมรับตนเองของบิดา-มารดา
2. เหตุผลที่เปิดเผยแก่บุตร
3. วิธีการบอก บอกอย่างไร
4. ผลลัพธ์และการรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังเปิดเผยผลเอ็ชไอวี

1. การยอมรับตนเองของบิดา-มารดา

ในการยอมรับตนเองของบิดา-มารดาในเรื่องการติดเชื้อและการเจ็บป่วยจะเริ่มตั้งแต่บิดา-มารดาตรวจพบว่าตนเองติดเชื้อเอ็ชไอวี ดำเนินมาจนกระทั่งถึงขั้นตอนการแสวงหาหนทางการรักษาตนเอง จนกระทั่งพร้อมที่จะเปิดเผยผลเอ็ชไอวีแก่บุตร (ในขั้นตอนเหล่านี้บิดา-มารดามีการปรับตัวต่อการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง โดยจะมีการแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนคือ ปฏิเสธ, โกรธ, ต่อรอง, ซึมเศร้าและหมดหวัง, ปรับตัวและยอมรับความจริง) ในระยะเริ่มแรกที่ได้รับผลเลือด อารมณ์และความรู้สึกต่างๆก็เกิดขึ้น มีทั้งอารมณ์ตกใจ เสียใจ ภูมิใจ สับสน อารมณ์กลัว เมื่อถึงขั้นตอนเข้าสู่กระบวนการรักษาและต้องยอมรับ เพื่อปรับสภาพร่างกายและอารมณ์ของตนเองให้มีความพร้อมที่รักษาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง

ในการแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่อการรับฟังผลเลือด ผู้เข้าร่วมวิจัยก็จะมีหลากหลายอารมณ์เกิดขึ้นต่างๆกัน โดยแยกเป็นกลุ่มอารมณ์ต่างๆที่พบในการศึกษานี้ มีดังต่อไปนี้คือ

1. ตกใจ/งง/ช็อค/ไม่มีสติ

กลุ่มอาการนี้เหล่านี้เป็นอาการแรกเริ่มของ

ทุกคนเมื่อได้รับรู้ข่าวร้าย ในบางรายถ้ามีความสงสัยหรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีอยู่แล้ว โดยมากจะเกิดกับรายที่คิดว่าตนเองไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนอารมณ์ตกใจก็จะมากน้อยหลายระดับแตกต่างกันไป ความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวกับโรคเอ็ดส์ก็อาจมีส่วนสัมพันธ์กับการตกใจนี้ บางคนถ้าปรับตัวได้เร็วอาการก็จะกลับเป็นสู่ปกติได้เร็ว การที่แต่ละคนมีความรู้สึกแตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะแวดล้อมของตนเองและครอบครัวรวมถึงความเป็นอยู่ในสังคม

ส่วนที่เกิดอาการงง หรือมีอาการสับสน เพราะผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายไม่ได้ตั้งตัว และไม่ได้มีพื้นฐานความรู้ในด้านโรคเอ็ดส์มาก่อน เมื่อได้รับฟังการแจ้งบอกผลเรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีจึงรู้สึกงงๆ กับเรื่องราวและข่าวสารที่ได้รับ โดยตนเองจะไม่เข้าใจในสิ่งที่ได้ยินหรือได้รับฟังมา

สุดท้ายอาการในกลุ่มนี้ก็คือไม่มีสติ ความไม่มีสติอาจจะเกิดมาจากที่ไม่ทันตั้งตัว อารมณ์ปัจจุบันไม่คงที่ รวมถึงมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ตกใจ ช็อค ไม่ได้สนใจสิ่งรอบข้าง เหม่อลอย ไม่รู้ความเป็นไปรอบๆตัว ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจุบันที่กำลังเกิดขึ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายไม่ทราบว่าตนเองทำอะไร เดินไปไหน จิตใจล่องลอยไม่ตั้งมั่นอยู่กับสิ่งที่ตนเองทำอยู่ในปัจจุบัน

2. รู้สึกโกรธ

ที่มาของอารมณ์โกรธ จากหลายสาเหตุแตกต่างกันไป อาจจะมีโกรธตนเอง โกรธสามี และมีคำถามว่าทำไมต้องมาติดเชื้อเอ็ชไอวี ไม่เคยเจ้าชู้ไม่เคยนอกใจ แล้วทำไมต้องมาติดเชื้อ ก็จะทำให้มีผลต่อการยอมรับตนเอง แต่เมื่อปล่อยให้เวลาผ่านไป อารมณ์โกรธก็จะจางหายหรือปรับสภาพจิตใจได้แล้ว ผู้เข้าร่วมการวิจัยก็จะหันหน้าเข้าพบพูดคุยเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขต่อไปว่าจะไปรักษาตัวต่อที่ไหน ความรู้สึกโกรธนี้เป็นอารมณ์ในช่วงแรก



แต่เมื่อพอเวลาผ่านไปก็จะสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น มีการแสวงหาวิธีการรักษา จนในที่สุดสามารถหาทางออกที่ดีได้

หลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปรับตัวกับอารมณ์โกรธที่เกิดขึ้นได้แล้ว จากนั้นจึงเริ่มที่จะหาเหตุผลเพื่อที่จะค้นหาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นคืออะไร เหตุที่เกิดขึ้นเพราะอะไร และทำไมจึงเกิดขึ้น ซึ่งจะพบเจอในกลุ่มอารมณ์หรือความคิดที่มีความสอดคล้องกันดังต่อไปนี้

2.1) คิดว่าไม่ได้ทำอะไรผิด มีผู้เข้าร่วมวิจัยบางคนในฐานะที่เป็นภรรยา เป็นแม่บ้าน ย่อมมีความคิดที่ว่าไม่ได้ทำอะไรผิด แล้วทำไมต้องมาติดเชื้อ ในขณะที่ตนเองไม่เคยไปเที่ยวเตร่ที่ไหนเลย ทำงานบ้าน ดูแลบุตรและสามี เป็นคนดี ไม่ได้บกพร่องเลย แล้วกลับต้องมาติดเชื้อ อารมณ์และคำถามที่ว่าฉันไม่ได้ทำอะไรผิดจึงเกิดขึ้น

2.2) คิดว่าโรคเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว เมื่อไม่ได้มีความรู้เรื่องโรคเอดส์มาก่อนเลย ไม่รู้จักไม่คิดว่าเอดส์จะสามารถเข้าสู่สถาบันครอบครัวได้อย่างไร แต่เมื่อเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวการที่คิดว่าเป็นเรื่องที่ไกลตัวจึงเป็นข้ออ้างหนึ่งที่ใช้ปฏิเสธ และยังไม่ยอมรับกับผลที่เกิดขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปและเริ่มยอมรับได้ก็จะหันมาศึกษาและทำความเข้าใจกับโรคเอดส์มากขึ้น

2.3) ไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง/ไม่คิดว่าตนเองจะติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงนี้เมื่อได้รับฟังผลเอชไอวีแล้ว ผู้ร่วมวิจัยจะมีอารมณ์และความรู้สึกที่ไม่เชื่อในสิ่งที่ได้ยินหรือมีความข้องใจในผลที่ตนเองได้รับ ถือเป็นขั้นตอนหนึ่งของการปรับตัว โดยจะเป็นการปฏิเสธในสิ่งที่ได้ยินหรือได้รับฟังมา บางคนอาจจะแสดงอารมณ์ออกมาพร้อมกับความรู้สึกที่ไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เจ็บ ไม่พูดจา เป็นต้น และคิดว่าสิ่งที่ตนเองได้ยินนั้นผิดพลาด ไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง

2.4) โทษตัวเอง เมื่อมีการตรวจพบว่าเป็นตนเองติดเชื้อเอชไอวี ก็จะกล่าวโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเองที่ไม่ระวังตัว ผู้ร่วมวิจัยอาจจะคิดซ้ำเติมตนเองโดยกล่าวโทษตนเองทั้งๆที่ความผิดหรือการที่ตนเองติดเชื้อเอชไอวีจากสามีไม่ใช่สิ่งที่ตนเองทำขึ้น โดยไม่โทษว่าคนอื่นผิดแต่โทษตัวเองว่าผิดที่ติดเชื้อเอชไอวี

2.5) คิดว่าผลตรวจผิดพลาด ในช่วงแรกที่ทราบผลการตรวจเลือด ในขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถามเพื่อขอทางโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆตรวจผลซ้ำเพราะไม่แน่ใจในผลตรวจ คิดว่าไม่ใช่ผลของตนเองแน่นอน พวกเขามีความหวังว่าผลเลือดของตนเองปกติ แม้จะตรวจซ้ำแล้ว บางคนก็ยังไม่เชื่อ และไม่เข้ารับการรักษาดำเนินการ ปล่อยให้ตนเองเจ็บป่วยจากโรคฉวยโอกาสที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี

2.6) คิดว่าเป็นเวรกรรม มีผู้เข้าร่วมวิจัยหลายรายคิดเพื่อให้ตนเองเกิดความสบายใจว่าสาเหตุที่ตนเองติดเชื้อเอชไอวี อาจมาจากเรื่องเวรกรรม มาใช้กรรม ผู้เข้าร่วมวิจัยที่คิดว่าเป็นเรื่องเวรกรรมก็จะเข้าวัด ฟังธรรมะ พยายามทำบุญ และใช้ธรรมะในการยึดเหนี่ยวจิตใจ ถ้าหมดกรรมหรือมีบุญมาช่วยค้ำจุนอุตุหนุ่ก็จะหายเป็นปกติในอนาคต หรืออาจมียาที่สามารถฆ่าเชื้อเอชไอวีให้ตายได้

3. รู้สึกเสียใจ

ความรู้สึกเสียใจนี้เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ในบางรายถ้าสามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้เร็ว ความรู้สึกเสียใจก็จะอยู่ไม่นาน ความรู้และประสบการณ์ก็มีผลต่ออารมณ์นี้เช่นกัน เพราะถ้ารู้ถึงการดำเนินการของโรค วิธีการรักษา เช่นรู้ว่าเอดส์สามารถรักษาได้ สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นาน ไม่ได้เป็นแล้วตายทุกรายอย่างที่หลายคนได้ยินกันมา ก็จะหายโศกเศร้า เสียใจ ได้เร็วขึ้น ใช้เวลาไม่นานในการปรับอารมณ์ แต่ในบางรายถ้า

เสียใจมากอาจจะต้องใช้เวลา ช้า เร็วไม่เท่ากัน

4. รู้สึกท้อแท้ หดหู่

ผู้เข้าร่วมวิจัยหลายรายเมื่อทราบผลว่าตนเองติดเชื้อเอ็ชไอวี เป็นความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้นหลังเสียใจหรือตกใจ ก็อาจจะมีท้อแท้หดหู่ได้ เพราะความรู้สึกนี้อาจเกิดขึ้นเมื่อไม่เห็นแนวทางที่จะรักษาหาย จากสื่อในอดีตหรือความเชื่อที่พูดกันว่า เอดส์เป็นแล้วตายทุกราย เป็นโรคร้ายแรง ผู้เข้าร่วมวิจัยบางคนยังไม่เห็นหนทางและความเป็นไปได้ในการรักษา เพราะตนเองยังไม่อยากตาย ความรู้สึกท้อแท้ ลึกลับ หดหู่ กำลังใจในการดำเนินชีวิตจึงเกิดขึ้น

5. คิดฆ่าตัวตาย

มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนสองรายที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เนื่องจากคนที่ได้รับข่าวร้าย การที่ไม่ได้รับรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยไม่ทันได้ตั้งตัว และเสียใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อมีอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจที่จะหนีจากโรคร้ายแรงนี้ โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นชั่ววูบแต่เมื่อกลับมาคิดถึงบุตรและสิ่งที่อาจเกิดขึ้นตามมา จึงตัดสินใจที่จะไม่ฆ่าตัวตายและหันกลับมาใช้ชีวิตอยู่เพื่อบุตร โดยอารมณ์เศร้าเสียใจจนคิดฆ่าตัวตายนี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกราย

2. เหตุผลที่เปิดเผยแก่บุตร

การที่บิดา-มารดาตัดสินใจที่จะเปิดเผยผลเอ็ชไอวีแก่บุตร พวกเขาจะต้องผ่านกระบวนการยอมรับตนเองมาก่อน การที่สามารถเปิดเผยสภาพของตนเองให้บุตรได้รับรู้ นั่น แต่ละคนมีเหตุผลที่แตกต่างกันไป ตามความคิดและสถานการณ์แวดล้อมในเวลานั้น ส่วนใหญ่เหตุผลก็จะมีคล้ายคลึงกันก็คืออยากให้บุตรปลอดภัย ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี มีดังนี้

1. กังวลกลัวบุตรจะไม่มีคนดูแล
2. อยากให้ระวังตัว ป้องกันตนเอง ไม่

ประมาท

3. ไม่อยากให้บุตรโชคร้าย

4. อยากให้บุตรเข้าใจ

3. วิธีการบอก บอกอย่างไร

ในวิธีการเปิดเผยผลเอ็ชไอวีแก่บุตร ผู้เข้าร่วมวิจัยมีวิธีการบอกบุตรของตนแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ความรู้และประสบการณ์ที่ตนเองมี บางรายใช้สื่อทางโทรทัศน์ในการช่วยบอกผลเอ็ชไอวี ในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัยมีบุตรหลายคน จะมีเหตุผลและวิธีการบอกบุตร โดยในคนที่มีภาวะสุขภาพดีก็จะบอกบุตรเรื่องการป้องกันและระวังตนเองไม่ให้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ส่วนคนที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็อาจต้องการให้บุตรมาช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วยหรืออาจเป็นกังวลว่าถ้าตนเองเสียชีวิตไปจะไม่มีใครมาดูแลบุตร ซึ่งในการบอกผลเอ็ชไอวีแก่บุตรในการศึกษานี้จะมีมิติที่ต่างกันซึ่งแบ่งแยกได้เป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

บอกบุตรทีละคน กับ บอกบุตรพร้อมกัน
บอกโดยมีการเล่าเรื่องราวให้ฟังก่อน กับ
บอกโดยมีการให้บุตรได้รับความรู้เรื่องเอ็ชไอวี แล้วจึงค่อยเปิดเผยผลเอ็ชไอวี

บอกเมื่อสภาพร่างกายมีภาวะสุขภาพดี กับ
บอกเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากบุตร
หรือมีสภาวะสุขภาพเจ็บป่วย

ในบอกบุตรทีละคน โดยมีเหตุผลในการบอกดังต่อไปนี้

1) บอกเพราะบุตรมีความสนิทสนมใกล้ชิด

2) บอกเพราะไม่สบายใจ ที่จะปกปิดสภาวะติดเชื้อของตนเอง

3) บอกเพราะเห็นว่าเป็นบุตรคนโต
ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยผลเอ็ชไอวี

ปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่มีผลต่อการ



เปิดเผยผลเอ็ชไอวี ของผู้เข้าร่วมวิจัยมีความแตกต่างกัน ดังนี้

1) ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียว มีความผูกพันกัน เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ทำให้ผู้ร่วมวิจัยกล้าที่จะเปิดเผยผลเอ็ชไอวีต่อครอบครัวและคนใกล้ชิด เพราะมีครอบครัวคอยให้กำลังใจและไม่รังเกียจ

2) การติตราบและการแบ่งแยกในสังคม

ในสังคมปัจจุบันในบางครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการติตราบและการแบ่งแยกในสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ต้องมีการเปิดเผยผลเอ็ชไอวีแก่บุตร เนื่องจากมีความจำเป็นและสถานการณ์ที่เป็นตัวผลักดันทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรายหนึ่งต้องเปิดเผยแก่บุตรทั้งที่อายุยังไม่ถึง 10 ปี

3) สื่อทางโทรทัศน์ต่างๆที่เผยแพร่ให้คนในสังคมเข้าใจกันมากขึ้น

ปัจจุบันการนำเสนอสื่อต่างๆให้คนทั่วไปเข้าใจโรคเอ็ดส์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากสมัยก่อน จากแต่เดิมคนมักจะเข้าใจและตีความหมายผิด แต่เมื่อเหตุการณ์เปลี่ยนไปตามยุคสมัย ปัจจุบันเมื่อคนเข้าถึงข่าวสารได้มากขึ้น ทำให้พวกเขาที่มีความรู้มากขึ้น ปัจจัยเรื่องการใช้สื่อต่างๆเป็นตัวช่วยในการเปิดเผยผลเลือดจึงแพร่หลายและใช้กันมากขึ้น

4. ผลลัพธ์และวิธีการรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

- 1) หหมดความกังวลและไม่เครียด
- 2) ได้กำลังใจจากครอบครัวดี บุตรช่วยแบ่งเบาภาระ
- 3) ยามเจ็บป่วยมีบุตรช่วยดูแล

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

สามารถยอมรับตนเองได้ โดยมีแนวคิดของการยอมรับที่แตกต่างกันไป มี 3 รายเชื่อว่าป่วย/ติดเชื้อเอ็ชไอวีเป็นเรื่องของเวรกรรม 1 รายเชื่อว่ามาจากความผิดพลาดของตนเอง และมี 1 รายที่ใช้เวลาไม่นานในการยอมรับและสามารถบอกกับครอบครัวเรื่องที่ตนเองติดเชื้อได้ มี 2 รายที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายจากการที่ทราบว่าคุณเองติดเชื้อเอ็ชไอวี แต่ในปัจจุบันความคิดนั้นไม่มีแล้ว

ในการยอมรับตนเองของบิดา-มารดานั้นพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึก ตกใจ ings ซ็อค ไม่มีสติ โกรธ ในช่วงแรกที่ทราบเรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวี หลังจากนั้นจะมีรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นต้น แต่เมื่อสามารถยอมรับในการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการเจ็บป่วยของตนเองได้แล้ว บิดา-มารดาจะเสาะหาแนวทางการรักษาตนเองต่อไป ส่วนแนวคิดและเหตุผลของการยอมรับตนเองคือเพื่อสุขภาพของตนเอง และเพื่อบุตรและครอบครัว เหตุผลที่เปิดเผยผลเอ็ชไอวีแก่บุตรมีหลักอยู่สองประการคือ ประการแรกบิดา-มารดาที่มีภาวะสุขภาพดีต้องการบอกเตือนบุตรให้รู้จักป้องกันระมัดระวังตนเองไม่ให้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ความรู้สึกที่บิดา-มารดามีแก่บุตรคือความห่วงใย รู้สึกผิดที่ตนเองติดเชื้อเอ็ชไอวีและไม่อยากที่จะให้เกิดความผิดพลาดนี้ขึ้นกับบุตรของตนอีก หรือทนไม่ได้ที่จะเห็นบุตรติดเชื้อเอ็ชไอวี ประการที่สองบิดา-มารดาที่มีภาวะความเจ็บป่วยต้องการที่จะบอกให้บุตรเข้าใจ ยอมรับและเห็นใจ ถึงความทุกข์และความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่

บิดา-มารดามีการเปิดเผยผลเอ็ชไอวีแก่บุตรแบบบอกบุตรทีละคนและบอกบุตรพร้อมกัน โดยในการบอกนี้จะใช้การเล่าเรื่องราวของการติดเชื้อเอ็ชไอวีและบอกให้บุตรได้มีความรู้เรื่องเอ็ชไอวีก่อน แล้วจึงเปิดเผยผลเอ็ชไอวีแก่บุตร การบอกผลเอ็ชไอวีแก่บุตรนี้บิดา-มารดาสามารถเลือก

บอกผลเสียใจไว้กับบุตรเพื่อให้เกิดความสบายใจ โดยจะไม่มีคำหนึ่งถึงเรื่องลำดับของบุตรในการบอก การบอกผลเสียใจไว้แก่บุตรจะมีรูปแบบการบอกหลากหลาย สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 มิติที่มีความเกี่ยวข้องกันคือ

1. บอกบุตรที่ละคนกับบอกบุตรพร้อมกัน
2. บอกโดยมีการเล่าเรื่องราวให้ฟังก่อนกับบอกโดยให้บุตรได้รับความรู้เรื่องเสียใจไว้ก่อนแล้วจึงค่อยเปิดเผยผลเสียใจไว้
3. บอกเมื่อสภาพร่างกายแข็งแรงดีกับบอกเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากบุตรหรือเมื่อมีสภาพเจ็บป่วย

ปัจจัยสำคัญต่อการบอกผลเสียใจไว้ของบิดา/มารดาที่ติดเชื่อเสียใจไว้แก่บุตร คือความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจกับการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ติดเชื่อเสียใจไว้ในครอบครัว

ผลลัพธ์จากการเปิดเผยผลเสียใจไว้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับผลที่ดีจากการเปิดเผยผลเสียใจไว้ ดังนี้คือ บิดา-มารดาหมดความกังวลและไม่เครียด ส่งผลให้บิดา-มารดามีสุขภาพกายและจิตที่ดี, ได้กำลังใจจากครอบครัวดี บุตรช่วยแบ่งเบารภาระ และเมื่อยามเจ็บป่วยมีบุตรช่วยดูแล หลังจากเปิดเผยผลเสียใจไว้แล้วบุตรทุกคนมีปฏิกิริยาตอบรับที่ดี ไม่มีท่าทางรังเกียจและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน รวมถึงมีความเข้าใจ รักใคร่ผูกพันกันในครอบครัวมากขึ้น

การอภิปรายผลการศึกษา

1. การยอมรับตนเองเป็นไปตามทฤษฎีของ คูเบลอร์-รอส หรือไม่

คูเบลอร์-รอส⁽¹⁾ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ The Kubler-Ross model, ซึ่งรู้จักกันอย่างกว้างขวางว่า “The Five Stages of” คูเบลอร์-รอส เสนอว่า การยอมรับตนเองต่อการเจ็บป่วยโรค

เรื้อรังว่ามีอยู่ 5 ขั้นตอน โดยเมื่อเริ่มต้นการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการปฏิเสธ ตกใจ ซ็อก ไม่ยอมรับความจริง โกรธ และเมื่อพ้นอารมณ์โกรธก็จะแสดงออกในลักษณะการต่อรอง จากนั้นก็จะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง หงุดหงิด สุดท้ายถ้าปรับตัวได้ก็จะยอมรับความจริงและแสวงหาแนวทางการรักษา การดำเนินชีวิตให้ปกติมากที่สุด จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการยอมรับตนเองและอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะมีลำดับการเกิดสลับกันไปมา ไม่ได้เรียงลำดับขั้นตอนเป็นแบบที่คูเบลอร์-รอสได้บอกไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ได้วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับขั้นตอนดังกล่าวของคูเบลอร์-รอส เช่น คอร์⁽²⁾ เป็นต้น นอกจากนี้ในหนังสือ “The Other Side of Sadness: What the new Science of Bereavement Tells Us About Life After a Loss” โบแนนน⁽³⁾ ผู้เขียนได้สรุปว่าเขาได้พบทวนงานวิจัยจำนวนมากและพบว่าการกลับคืนสภาวะที่ดีตามธรรมชาติ (Resilience) เป็นองค์ประกอบหลักของความเศร้าโศกและการตอบสนองจากการกระทบกระเทือนทางอารมณ์ ความเป็นเหตุเป็นผลก็คือถ้าไม่มีความเศร้าโศกเสียใจก็ไม่มีขั้นตอนอย่างคูเบลอร์-รอสอ้างไว้

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยเมื่อทราบผลส่วนใหญ่มีอาการเสียใจ ตกใจ บางรายไม่ได้มีการแสดงอารมณ์โกรธ บางรายยอมรับได้เร็วโดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนการต่อรอง ซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของบังอร ศิริโรจน์⁽⁴⁾ ได้ศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื่อเสียใจไว้ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือที่มีความชุกของโรคสูง โดยศึกษากับผู้ติดเชื่อเพศชายจำนวน 17 รายที่มารับการตรวจเลือดที่โรงพยาบาลจังหวัดโรงพยาบาลอำเภอ และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ พบว่าการยอมรับตนเองมี 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 มีอาการตกใจ ใจหาย ใจสั่น กลัว เสียใจ ระยะที่



สอง พยายามหาเหตุผลมาอธิบายกับตนเอง ปฏิเสธไม่ยอมรับ ระยะที่ 3 ระยะปรับตัวพฤติกรรม ไม่มีการตั้งความหวังใดๆ ส่วนระยะที่ 4 เป็นระยะ ที่ยอมรับตนเองได้แล้ว

2. การบอกผลเอชไอวีมีรูปแบบและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอะไรบ้าง

ในการบอกผลเอชไอวีในแต่ละรูปแบบ บิดา-มารดาจะมีแนวคิดและการบอกบุตรที่ต่างกัน แต่จะมีลักษณะในการบอกที่เหมือนกันคือ มารดา ที่บอกบุตรจะบอกและอธิบายแก่บุตรว่าตนเองเป็น เยื่อจากการติดเชื้อเอชไอวีจากสามี ทำให้ได้รับเชื้อ เอชไอวีมาอยู่ในร่างกาย ส่วนเพศชายส่วนใหญ่ จะไม่กล้าเปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตร เพราะรู้สึกผิด ว่าตนเองเป็นผู้ที่นำเชื้อเอชไอวีมาสู่ครอบครัว และ ลักษณะในครอบครัวไทยมีแบบแผนความสัมพันธ์ ที่เป็นความผูกพันผ่านสายใยรักของความเป็นหญิง มากกว่าความเป็นชาย เนื่องจากเพศหญิงถูกผูกพัน การด้วยอุดมการณ์ของความศรัทธาในครอบครัว ความรักต่อสามี และความรับผิดชอบในฐานะ ความเป็นแม่ที่ไม่ทอดทิ้งบุตร⁽⁵⁾ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงจะค่อนข้างพบการเปิดเผยผลเอชไอวีใน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการ นี้ทุกรายมีความสนใจและเต็มใจที่จะให้ข้อมูล จากข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ทุกรายล้วนแต่มี พื้นฐานความรักและความผูกพันที่ดีในครอบครัว เป็นปัจจัยหลัก จึงส่งผลให้การเปิดเผยผลเอชไอวี จึงได้รับผลดี เนื่องจากหลังจากเปิดเผยผลเอชไอวี แล้วครอบครัวมีความเห็นใจ มีความรักต่อกัน ได้ผลตอบรับที่ดีจึงกล้าที่จะเปิดเผยผลบอกผล เอชไอวีของตนเอง มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหลาย รายที่ผู้วิจัยได้เข้าไปสัมภาษณ์พบว่าบางรายยังไม่ได้ เปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตรหรือบางรายที่ไม่ให้ความ ร่วมมือ อาจมีสาเหตุที่ไม่ได้ให้สัมภาษณ์เนื่องจาก

การเปิดเผยผลเอชไอวีของพวกเขาอาจไม่ประสบ ผลสำเร็จ ผลที่ได้อาจไม่เป็นไปในทางบวก หรือ พวกเขาอาจยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยผลเอชไอวีแก่ บุตรและผู้อื่น

ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปิดเผยผลเอชไอวี คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัว, บุตรช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัว ช่วยเหลือ ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย เกิดความผูกพันรักใคร่กันใน ครอบครัว, ส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต ของบิดา-มารดาซึ่งสอดคล้องกับในทฤษฎีการเปิดเผยตนเองของเจอราร์ด⁽⁶⁾ พบว่า คนไข้ที่มีอาการเจ็บ ป่วยทางจิตใจจะมีแนวโน้มที่จะปิดตัวเองจากโลก ภายนอก และได้เห็นว่าคนไข้เหล่านั้นมักจะมีแนว โน้มที่มีสุขภาพดีขึ้นเมื่อกลับมามีความต้องการเปิดเผย ตัวเองกับนักจิตบำบัด ดังนั้น เจอราร์ดจึงเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยเข้ากับการ ปิดตัวเอง และเชื่อมโยงความสมบูรณ์แข็งแรง การ มีสุขภาพที่ดีกับการเปิดรับหรือการเปิดเผยตนเอง ใน การศึกษานี้บิดา-มารดาที่เปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตร แล้วจะหมดความกังวล ทำให้ลดความทุกข์ใจ ส่ง ผลให้มีความสุขทางใจเพิ่มขึ้นส่งผลดีต่อสุขภาพทาง กายและจิต ดังสอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา วิชาศิริและคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาถึงประโยชน์ของการเปิดเผย ผลเอชไอวีต่อผู้อื่นและสมาชิกในครอบครัวว่า มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อลดความทุกข์ ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ส่งผลทำให้สุขภาพจิตโดยรวม ดีขึ้นและทำให้การดูแลสุขภาพกาย ซึ่งหมายรวมถึง ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสดีขึ้นเมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ยังไม่เปิดเผยผลเอชไอวี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ กระบวนการเปิดเผยผลเอชไอวีของบิดา-มารดาแก่ บุตร ซึ่งในครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะกลุ่มที่บอกผลเลือด

แก่บุตรแล้ว และบุตรไม่ติดเชื่อเอชไอวี ดังนั้น ผลการศึกษาที่ได้รับนี้จะสามารถมองเห็นมุมมองของบิดา-มารดาในกระบวนการที่บิดา-มารดาใช้เปิดเผยผลเอชไอวีแก่บุตรที่ไม่ติดเชื่อเอชไอวีเท่านั้น แต่ในกรณีที่บุตรติดเชื่อเอชไอวีร่วมด้วยที่เป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพยังไม่มีแพร่หลายมากนัก หากได้มีการศึกษาในกลุ่มอื่นๆด้วย เช่นกลุ่มที่ติดเชื่อมาแต่กำเนิด จะทำให้ได้ทราบมุมมองและแนวทางการเปิดเผยผลเอชไอวีที่อาจมีความแตกต่างกัน

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการทำในลักษณะเป็นแบบสอบถามร่วมด้วย เพื่อที่จะได้ศึกษาในกลุ่มย่อยที่มีความหลากหลายแตกต่างกันไป เช่น กลุ่มที่เปิดเผยผลเอชไอวีแล้วได้รับผลลัพธ์ดี/ไม่ดี , กลุ่มที่คิดจะเปิดเผยแต่ยังมีอุปสรรคในการเปิดเผยผลเอชไอวีและกลุ่มที่ไม่คิดที่จะเปิดเผยเลย โดยใช้การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องเพื่อต่อยอดในการศึกษาที่มีสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเอชไอวีในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุรีย์ กาญจนวงศ์. จิตวิทยาสุขภาพ.คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล .นครปฐม: โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย. (2553).
2. Corr CA. Coping with dying: Lessons that we should and should not learn from the work of Elisabeth Kubler-Ross. *Death Studies*, 1993; 17 : 69-83.
3. Bonanno, G.A. *The Other Side of Sadness: What the new Science of Bereavement Tells Us About Life After a Loss*. New York: Basic Book. (2010).
4. บังอร ศิริโรจน์ และคณะ. การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์.คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล. (2537).
5. มัลลิกา มัติโก, สุรีย์ กาญจนวงศ์. การทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์เกี่ยวกับโรคเอดส์/เอชไอวี ระหว่างปี พ.ศ. 2542-2552. *เจริญดีมั่นคงการพิมพ์*. (2554).
6. Jourard SM. *The transparent self*. New York: Litton Educational Publishing, Inc. (1971).
7. จันทนา วิธวาศรี, วันเพ็ญ ปรีดิยาธร. รูปแบบและปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยสภาวะติดเชื่อเอชไอวีของหญิงไทย. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. (2549).



ถึงเวลาแล้วหรือยังที่ชายรักชายต้องตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก

แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวามาลย์

กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปัจจุบันมีประชากรชายไทย 32.1 ล้านคน คาดประมาณว่ามี ชายรักชาย (MSM : Men who have Sex with Men) จำนวน 930,000 คน ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.1 ในปี 2554 และประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2567 กลุ่มชายรักชาย จะมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มที่มีความเปราะบางอื่นๆ เช่น กลุ่มหญิงบริการ, กลุ่มใช้สารเสพติดทางเส้นเลือด เป็นต้น จากการสำรวจโดยศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติในปี พ.ศ. 2553 ในกลุ่มชายรักชาย ชายชายบริการ และสาวประเภทสอง พบว่ากลุ่มอายุน้อยที่สุด (อายุ 15-22 ปี) เป็นกลุ่มที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุด

เนื่องจากบริเวณทวารหนักมีลักษณะเนื้อเยื่อที่คล้ายกับบริเวณปากมดลูก (Transitional zone of squamous epithelium) ดังนั้นเมื่อมีการติดเชื้อเอชพีวี (HPV : Human Papilloma Virus) จากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งทวารหนักเช่นเดียวกับการติดเชื้อเอชพีวีที่ปากมดลูกซึ่งก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก โดยขณะนี้พบว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งทวารหนักสูงขึ้นในกลุ่มชายรักชาย ซึ่งความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งทวารหนักนอกจากจะเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวี (HPV) แล้ว การติดเชื้อเอชไอวี (HIV), การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก, การมีคู่นอนหลายคน และการสูบบุหรี่ ก็ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งทวารหนักทั้งสิ้น

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งทวารหนักสูงกว่ามะเร็งปากมดลูก โดยพบว่าอุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งทวารหนักในประชากรทั่วไปประมาณ 0.8 ต่อ ประชากรแสนคน ถ้ามีการติดเชื้อเอชไอวี อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 3.9-92 ต่อประชากรแสนคน แต่ถ้าเป็นประชากรในกลุ่มชายรักชาย พบว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 35 ต่อประชากรแสนคน และชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวี อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ของชายรักชายที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี (70 ต่อ ประชากรแสนคน) และยังพบว่าเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD4 T-cell) ที่ลดลง ก็จะมีแนวโน้มพบความผิดปกติของเซลล์ทวารหนักสูงขึ้น จากการศึกษาประชากรชายรักชายทั้งสิ้น 174 คน โดยศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ช่วงระหว่าง พ.ศ.2550-เม.ย.2551 พบว่า เป็นชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวี 118 คน (ร้อยละ 67.8) และพบว่ามีเซลล์ทวารหนักผิดปกติถึง 40 คน (ร้อยละ 33.9) โดยอัตราการรอดชีวิตของมะเร็งทวารหนักขึ้นอยู่กับระยะของโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ถ้าได้รับการวินิจฉัยช้า การพยากรณ์โรคจะไม่ดีและยิ่งถ้าติดเชื้อเอชไอวี ด้วยแล้ว อัตราการรอดชีวิตจะลดลงกว่าเดิม

ในช่วง 20-30 ปี ที่ผ่านมา อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งทวารหนักในสหรัฐอเมริกาเพิ่มสูงขึ้นประมาณร้อยละ 96 ในผู้ชาย และ ประมาณร้อยละ 39 ในผู้หญิง เป็นเหตุให้ในต่างประเทศ มีแนวโน้มที่จะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันในต่างประเทศแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองทุก 1 ปี สำหรับชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวี และ ทุก 3 ปี สำหรับชายรักชายที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับประเทศไทย สถานที่สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก ทำได้เพียง 2 แห่ง คือ กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ซึ่งราคาค่าตรวจคัดกรองไม่ได้แตกต่างจากการตรวจมะเร็งปากมดลูก นอกจากนั้นแล้วการตรวจก็สามารถทำได้ง่ายและไม่เจ็บ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่มี การสืบค้นว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทวารหนักเป็นชายรักชายจำนวนเท่าใด และยังไม่ มีรายงานว่า การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธีนี้ จะมีความคุ้มค่าหรือไม่ แต่เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า การตรวจคัดกรองจะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากมะเร็งทวารหนักได้
