

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ ดังจะเห็นได้จากจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ซึ่งโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] & World Health Organization [WHO]) ได้ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก เมื่อเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2009 จำนวน 33.4 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2.7 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จำนวน 2 ล้านคน (UNAIDS, 2009) ในประเทศไทย สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 รวมทั้งสิ้น 376,847 คน เป็นเพศชาย 257,468 คน และหญิง 119,379 คน มีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 99,257 คน ผู้ติดเชื้อมีอายุระหว่าง 30-34 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.02 เมื่อจำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พบว่าการติดเชื้อเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุดถึงร้อยละ 84.17 (สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2553)

เชื้อเอชไอวีถูกค้นพบครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1980 โดยผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นชายที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ (homosexual) ในระยะต่อมาได้มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มรักร่วมเพศ (heterosexual) โดยเฉพาะในหญิงบริการ (female sex worker) กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ กลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อจากสามี จากนั้นเริ่มแพร่ระบาดถึงทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี (AVERT, 2009) ในปี ค.ศ. 2008 ทั่วโลกมีเด็กทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี 430,000 คน และพบว่าจำนวนเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 15 ปี ติดเชื้อเอชไอวีถึง 2.1 ล้านคน นอกจากนี้ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่เป็นวัยรุ่น ถึงร้อยละ 40 (UNAIDS, 2009) และในปัจจุบันพบแนวโน้มการแพร่ระบาดพบในผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด (intravenous drug user) กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men [MSM]) ซึ่งอุปนิสัยการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากในภูมิภาคซบ-ซาสาราน แอฟริกา ที่เป็นแหล่งใหญ่ในการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์

(UNAIDS, 2008) ข้อมูลจากการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ใน 3 ประเทศทางตอนใต้ของภูมิภาคซัสซาราน แอฟริกา ได้แก่ มาลาวี (Malawi) นามิเบีย (Namibia) และบอตสวานา (Botswana) พบความชุกคิดเป็นร้อยละ 17.4% (Baral et al., 2009) และจากการศึกษา ใน 33 รัฐ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี ค.ศ. 2001-2004 พบว่า ร้อยละ 61 ของชายที่ติดเชื้อ เอชไอวี มีสาเหตุมาจากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับ ชาย (Espinoza, Hall, Campsmith, & Lee, 2005) ในขณะที่การสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงปักกิ่ง ประเทศจีน พบความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.2 ในปี ค.ศ. 2005 เป็นร้อยละ 4.8 ในปี ค.ศ. 2006 (Ruan et al., 2008)

ในประเทศไทย แม้ว่าการป้องกันและลดการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี ในภาพรวมจะประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ แต่สถานการณ์และแบบแผนการแพร่กระจายเชื้อ ในแต่ละกลุ่มประชากรมิได้คงอยู่เช่นเดิม เนื่องจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็น ผลจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงต้องมีการพัฒนา และปรับยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันให้ทันกับการ เปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และพฤติกรรมในกลุ่ม ดังกล่าว (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ , 2550ก) ในปัจจุบันภาครัฐได้ริเริ่มพัฒนาระบบบริการที่มี ความจำเพาะ และเป็นมิตรกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พร้อมทั้งประสานงานกับเครือข่าย ความหลากหลายทางเพศในการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 2552) ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก ปกปิดตนเอง และมีการกระจายตัวสูง นอกจากจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดแล้ว ต้องมีการ พัฒนาเทคนิควิธีในการเข้าถึงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อที่จะกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มดังกล่าวให้ประสบผลสำเร็จ (สถาปนา เนาว์รัตน์ และคณะ 2550) เป็นที่น่าวิตกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการสำรวจความชุกของการ ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ระหว่างปี พ.ศ. 2546 และปี พ.ศ. 2548 ใน กรุงเทพมหานครพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.3 เป็นร้อยละ 28.3 ($p<0.05$) และจากการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2548 ในจังหวัดเชียงใหม่ พบความชุก ของการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 15.3 และในจังหวัดภูเก็ต พบร้อยละ 5.5 (Griensven et al., 2006) จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่ มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.7 และ 17 ตามลำดับ (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO] Bangkok Newsletter, 2008)

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่มีการป้องกัน ซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด เนื่องจากเนื้อเยื่อของลำไส้ตรง (rectum) มีลักษณะบางและฉีกขาดง่ายขณะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ทำให้เชื้อเอชไอวีมีโอกาสเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น (UNAIDS, 1998) โดยเฉพาะชายที่เป็นฝ่ายถูกระทำหรือฝ่ายรับที่ไม่มีการป้องกัน (unprotected receptive anal intercourse) มีความเสี่ยงมากกว่าฝ่ายกระทำหรือฝ่ายรุกที่ไม่มีการป้องกัน (unprotected insertive anal intercourse) (The American Foundation for AIDS Research [amfAR], 2006) จากการศึกษาพบว่า การไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 2.6 เท่า (Baral et al., 2009) เมื่อพิจารณาจากบทบาทขณะมีเพศสัมพันธ์ พบว่าฝ่ายรับมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 2.0 เท่า และหากเป็นทั้งฝ่ายรับและฝ่ายรุก ความเสี่ยงจะเพิ่มเป็น 2.5 เท่า (Li et al., 2008) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเมืองจินาน (Jinan) ประเทศจีน มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่มีการป้องกัน ร้อยละ 50.1 ในฝ่ายรุก และร้อยละ 45.8 ในฝ่ายรับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารโดยไม่มีการป้องกัน ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี การซื้อขายบริการทางเพศ และจำนวนคู่นอน ซึ่งการมีคู่นอน 1 คน จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักที่ไม่มีการป้องกัน 1.2 เท่า ($p < 0.01$) ดังนั้น ความเสี่ยงจึงเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีจำนวนคู่นอนหลายคน (Ruan et al., 2008) สำหรับการศึกษาในกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มตัวอย่างที่คัดกรองมาจากบาร์ (bars) ซาวน่า (saunas) และสวนสาธารณะ มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่พบกัน โดยบังเอิญ เพียงร้อยละ 1 และร้อยละ 45 ในคู่นอนประจำ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17 ติดเชื้อเอชไอวี (Mansergh et al., 2006) สะท้อนให้เห็นถึงเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นอกจากมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่มีการป้องกันแล้วยังมีพฤติกรรมอื่นๆ ที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การใช้สารหล่อลื่นในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสารหล่อลื่นมีส่วนช่วยลดแท่นสารหล่อลื่นตามธรรมชาติ ลดความเจ็บปวดและลดความเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลจากการเสียดสีภายในทวารหนัก จากการศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่หาคู่นอนทางอินเทอร์เน็ตในกรุงปักกิ่ง และในจังหวัดอุรุมฉี (Urumqi) ประเทศจีน พบว่าการไม่ใช้สารหล่อลื่นชนิดน้ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 8.03 เท่า (Zou et al., 2010) ส่วนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศเวียดนาม พบว่ามีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่ใช้สารหล่อลื่นชนิดน้ำ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ใช้สารหล่อลื่นไม่เหมาะสม เช่น น้ำลาย วาสลีน และโลชั่นทาผิว คิดเป็นร้อยละ 41, 23 และ 14 ตามลำดับ (Colby, 2003) ซึ่งวาสลีนและโลชั่นทาผิว เป็นสารหล่อลื่นที่มี

ส่วนผสมของน้ำมัน (petroleum-based lubricant) อาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงทำให้ถุงยางอนามัยแตกหรือหลุดขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ ในขณะที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเมืองซานฟรานซิสโก (San Francisco) ประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 87 ใช้น้ำลายแทนสารหล่อลื่น แม้ว่าการใช้น้ำลายแทนสารหล่อลื่นจะเป็นพฤติกรรมปกติทั่วไปในกลุ่มดังกล่าว แต่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ติดต่อผ่านทางน้ำลาย (Butler, Osmond, Jones & Martin, 2009) นอกจากนี้ การใช้ยาเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสริมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ซึ่งการใช้ยาเสพติดหลายชนิดรวมกัน เช่น ยาบ้า (Methamphetamine) กัญชา (marijuana) ยาอี (Ecstasy) และยาเค (Khatemine) เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักที่ไม่มีการป้องกัน 1.9 เท่า ($p < .05$) (Ramirez-Valles, Garcia, Campbell, Diaz, & Heckathorn, 2008) และหากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักที่ไม่มีการป้องกันถึง 4.1 เท่า ($p < .05$) (Lane, Shade, McIntyre, & Morin, 2008) และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ ขาดบริการตามสวนสาธารณะ มีพฤติกรรมเป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ และมีจำนวนคู่นอนเพื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในช่วงชีวิตที่ผ่านมามากกว่าบุคคลอื่น (กรีนสเวน และคณะ, 2547)

ในปัจจุบัน ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสามารถหาคู่นอนและมีเพศสัมพันธ์กันได้ง่ายขึ้นโดยอาศัยอินเทอร์เน็ต (internet) ซึ่งเป็นเครือข่ายกว้างใหญ่ที่มีความสะดวกและรวดเร็ว ทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการติดต่อพูดคุยผ่านโปรแกรมสนทนา หรือแชทรูม (chat room) และชักจูงสู่การมีเพศสัมพันธ์ (Bull & McFarlane, 2000) จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่าชายที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 61 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจากการพบกันทางอินเทอร์เน็ต (Bolding, Davis, Hart, Sherr & Elford, 2007) ในขณะที่การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 98.5 หาคู่นอนทางอินเทอร์เน็ต และในจำนวนนี้ 2 ใน 3 มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยที่ไม่มีการป้องกันกับคู่นอนที่พบกันทางอินเทอร์เน็ต มากกว่า 1 คนใน 1 ปีที่ผ่านมา (Rosser et al., 2008) ทั้งนี้ นอกจากเป็นการหาคู่นอนในการมีเพศสัมพันธ์เป็นคู่ชายกับชาย (one-on-one) แล้ว ยังมีการมองหาคู่นอนเพื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นกลุ่ม (group sex) อีกด้วย (Fields et al., 2006) จึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ มากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้หาคู่นอนทางอินเทอร์เน็ต (McFarlane, Bull & Rietmeijer, 2000)

เชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ไม่จำกัดการระบาดแต่เพียงภายในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่านั้น แต่มีโอกาสรุนแรงที่จะแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นอีกด้วย เนื่องจากชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ส่วนหนึ่งแต่งงานมีครอบครัวเพื่อปกปิดความจริง พบว่ายังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพศชาย และมีเพศสัมพันธ์กับเพศหญิงด้วยเช่นกัน ซึ่งเพศหญิงอาจไม่ตระหนักว่าคู่นอนของตนมีพฤติกรรมเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (กรีนสแวน และคณะ, 2547; Montgomery, Mokotoff, Gentry & Blair, 2003) จากการศึกษาในประเทศเซเนกัล กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 94.1 มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดกับเพศหญิง โดยที่ร้อยละ 20 ไม่มีการป้องกัน (Wade et al., 2005) ในขณะที่การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเมืองโฮจิมินห์ (Ho Chi Minh) ประเทศเวียดนาม พบว่าร้อยละ 5.3 มีภรรยาหรือคนรักเป็นเพศหญิง ร้อยละ 30 มีเพศสัมพันธ์กับเพศหญิงด้วยเป็นระยะๆ นอกจากนี้การมีระดับการศึกษาต่ำ และการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับคู่นอนมากกว่า 5 คนในระยะเวลาหนึ่งเดือน เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) (Nguyen, Nguyen, Le, & Detels, 2007) กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจึงเป็นเสมือนสะพานที่เชื่อมต่อของเชื้อเอชไอวีไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นๆ (He et al., 2006; UNAIDS, 2007b; Konda et al., 2007) ส่งผลให้การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีขยายวงกว้างออกไปอีก

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจึงนับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มใหญ่ ในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี แต่เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศที่เฉพาะเจาะจงและแตกต่างจากประชากรทั่วไปการถูกกีดกันและตีตราไปในทาง ที่เลวร้าย ทำให้ยากต่อการเข้าถึงและไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง ตลอดจนขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองและมีทัศนคติในทางลบต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (amfAR AIDS Research, 2006) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายบางรายจึงปฏิเสธระบบบริการสุขภาพทางเพศ ทำให้การสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นเพื่อการป้องกันตนเอง จึงเป็นไปได้ยาก ในส่วนของการให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่ามีน้อย ซึ่งนำไปสู่ทัศนคติและความเชื่อที่ผิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง ทำให้ยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงและแพร่เชื้อไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นๆ (AVERT, 2008b)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เป็นวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพสูงสุด แต่เป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก ปัจจัยหนึ่งที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ง่ายขึ้น คือการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (นงเยาว์ เกษตรภิบาล และสุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2543) ซึ่งกิจกรรมในการป้องกันควรเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (กรีนสแวน และคณะ, 2547) และจากผลการศึกษาของ สุริดา อินทรเพชร (2551) พบว่า รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต้องอาศัยการประสานความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย ทั้งเชิงรุกและรับ เช่น การจัดบริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย การสร้างทัศนคติในเชิงบวก และการให้ความรู้ตลอดจนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องผ่านสื่อที่มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมกับ

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งการนำสื่อมาเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดความรู้ เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้น แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารโดยอาศัยสื่อวงกว้าง หรือสื่อสาธารณะ 2) การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเฉพาะผู้ที่สนใจ หรือ สื่อวงกลาง/สื่อเฉพาะเรื่อง และ 3) การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารและให้บริการตามปัญหาแก่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือสื่อวงแคบ/สื่อเฉพาะปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานคร ของระพีพันธ์ จอมมะเริง (2550) พบว่า การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หนังสือ นิตยสาร ตลอดจนสื่อบุคคล เช่น แพทย์ พยาบาล ครู และเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะคิดเชิงบวก และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ช่องทางผ่านสื่อมีการถ่ายทอดข่าวสารเรื่องโรคเอดส์นั้นมีระดับความเข้มข้นของสารไม่เท่ากัน สื่อที่เป็นลักษณะสื่อสารมวลชนมีความสามารถกระจายความรู้ได้ในระดับหนึ่งแต่เป็นระดับมุมกว้าง ในขณะที่สื่อบางประเภท เช่น สื่อบุคคล โปสเตอร์ หรือแผ่นพับสามารถให้ความรู้ได้ดีกว่า และอาจสามารถเข้าถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้ดีกว่า

นอกจากนี้ แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ว่าด้วยการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้ระบุว่าจะต้องมีการผลิตสื่อเพื่อเพิ่มช่องทางที่สามารถให้บริการกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น ทั้งในการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และประชาสัมพันธ์ เช่น เว็บไซต์ สายด่วน เสียงตามสาย ในการให้ความรู้ควบคู่ไปกับการดำเนินการด้านอื่นๆ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 2550) ซึ่งในระยะเวลาที่ผ่านมา ทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีการใช้หลากหลายวิธีเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่น การสนับสนุนถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น การจัดบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษา โดยบุคลากรสุขภาพ และการให้ความรู้ การมีแกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนาม (UNESCO Bangkok, 2007) แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสื่อวงกลาง หรือสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเฉพาะผู้ที่สนใจสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังมีน้อย การกระจายสื่อในการรณรงค์ให้ความรู้ มีการนำเสนอเพียงเล็กน้อย และยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (สรรพสารวงการแพทย์ , 2550 อ้างใน กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาสื่อในรูปแบบของการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเฉพาะผู้ที่สนใจ หรือสื่อวงกลาง สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเนื้อหาที่ต้องการสื่อมีความ

เฉพาะเจาะจงมากกว่าสื่อสาธารณะทั่วไป เนื่องจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นกลุ่มที่มีความจำเพาะและเข้าถึงยาก สื่อสาธารณะทั่วไป เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อาจใช้ไม่ได้ผลกับกลุ่มบุคคลดังกล่าว และมีข้อจำกัดในการใช้คำที่ต้องการสื่อสาร เจาะลึก ตลอดจนเปิดเผยในประเด็นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งมีความละเอียดอ่อนและอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของคนส่วนใหญ่ (สุริดา อินทรเพชร , 2551) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มชายที่ใช้อินเทอร์เน็ตในการหาคู่นอน (men who use the internet to seek sex with men [MISM]) พบว่ามีความต้องการสื่อที่นำเสนอเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเผยแพร่ทางเว็บไซต์ (web-based HIV prevention) โดยสื่อที่ใช้ใช้นั้นต้องมีความชัดเจน และมีเนื้อหาที่ตรงประเด็นเกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยเฉพาะ (Hooper, Rosser, Horvath, Oakes & Danilenko, 2008) จากการศึกษาที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนิยมใช้อินเทอร์เน็ตในการหาคู่นอนเพื่อมีเพศสัมพันธ์ และมีความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้เป็นอย่างดี (Pequegnat et al., 2007) ทำให้การนำอินเทอร์เน็ตมาใช้เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นมีความเหมาะสมและเป็นที่ต้องการ (Bull & McFarlane, 2000) การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเฉพาะผู้ที่สนใจหรือสื่อวงกลาง ในรูปแบบของเว็บไซต์เฉพาะสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา จึงน่าจะเป็นสื่อที่เข้าถึงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ดี

ปัจจุบัน การสอนบนเว็บ (web-based instruction [WBI]) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญทางการศึกษาและเป็นคลังแห่งความรู้ที่ไร้พรมแดน โดยเป็นการผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีปัจจุบันกับกระบวนการออกแบบการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ซึ่งนำเสนอเนื้อหาในรูปแบบสื่อประสมหรือมัลติมีเดีย เช่น ข้อความ ภาพนิ่ง เสียง แอนิเมชัน เป็นต้น (ถนอมพร เลหาจรัสแสง, 2545) ผ่านเวิลด์ ไวด์ เว็บ (world wide web) ในระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการเผยแพร่ (Driscoll, 1997) ซึ่งการสอนบนเว็บจะช่วยแก้ไขปัญหาด้านข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ (กิดานันท์ มลิทอง, 2543) และเมื่อมีการใช้สื่อประสมหลายๆ สื่อประกอบกัน จะช่วยสร้างความสนใจของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาง่ายขึ้น เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าการเรียนรู้จากสื่อข้อความเพียงอย่างเดียว (ใจทิพย์ ณ สงขลา, 2547) ส่งผลให้เกิดความคงทนในการจำ (retention) มากขึ้น (ถนอมพร เลหาจรัสแสง, 2545) จากหลายการศึกษาพบว่า การสอนบนเว็บช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน โดยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (สยาม ตัญญาพัฒน์กุล, 2548; ธีราภรณ์ แก้วจินดา, 2551; นพพล บุญญา, 2551) นอกจากการสอนบนเว็บจะช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนเป็นช่องทางในการนำเสนอข้อมูลข่าวสารต่างๆ แล้วยังส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติอีกด้วย ตามแนวคิดทฤษฎีประมวลสารสนเทศ ที่ได้อธิบายการเรียนรู้ว่าเป็น

กระบวนการทำงานของสมอง เพื่อให้เกิดความรู้ จดจำความรู้ และมี การดึงข้อมูลออกมาใช้ในการกระทำและการแก้ปัญหาต่างๆ กล่าวคือ เมื่อผู้เรียนได้รับการสอนบนเว็บ ด้วย ลักษณะของการสอนบนเว็บที่เอื้อต่อการรับสัมผัส ทั้งจากการมองเห็นข้อความ รูปภาพ การได้ยินเสียง มีความเหมาะสมกับความสนใจและธรรมชาติของผู้เรียน นอกจากนี้ ยังมีช่องทางสื่อสารที่ทำให้ผู้เรียนได้ตอบกลับได้ทันทีผ่านทางกระดานสนทนา (web board) และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ซึ่งเอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด ตลอดจนมีการเชื่อมโยงข้อมูลออกสู่ภายนอก (external link) ไปสู่แหล่งข้อมูลอื่นๆ ทำให้ผู้เรียนเกิดความใส่ใจ และเนื้อหาที่ได้เรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับที่เคยได้รับความรู้ที่ผ่านมา ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น (ใจทิพย์ ณ สงขลา, 2547) และเมื่อพบกับสถานการณ์ที่สอดคล้องกับความรู้และข้อมูลที่เก็บสะสมไว้ บุคคลจะสามารถเรียกเอาข้อมูลต่างๆ ที่จดจำไว้ในความจำระยะยาวออกมาใช้ จากนั้นจะส่งต่อไปสู่ตัวก่อกำเนิดพฤติกรรมการปฏิบัติและมีการสนองตอบต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทำให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติ (พาสนา จุลรัตน์ , 2548) ดังผลการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เว็บไซต์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เมื่อทำการติดตามผลภายหลังสิ้นสุดระยะเวลาการใช้เว็บไซต์ 3 เดือน ผลการศึกษพบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกลุ่มทดลองมีรายงานจำนวนคู่นอนและจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยลดลง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Carpenter, Stoner, Mikko, Dhanak & Parson, 2009) ในขณะที่ผลของการศึกษานำร่องเพื่อประเมินประสิทธิภาพของเว็บไซต์ในการเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ โดยการใช้เว็บไซต์ช่วยเพิ่มความรู้และทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการจัดการกับความเจ็บปวดดีขึ้น (Schulz, Rubinell & Hartung, 2007) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การใช้เว็บไซต์ในการฝึกอบรม เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางการบริหารของพยาบาลวิชาชีพ หลังการอบรมผ่านเว็บ ค่าเฉลี่ยความสามารถในการแก้ไขปัญหาหลังได้รับการฝึกอบรมผ่านเว็บสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกอบรมผ่านเว็บ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มที่ศึกษด้วยตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จินตนา พุ่มเพชร, 2545) จากการศึกษาดังกล่าวสามารถกล่าวได้ว่า การให้ความรู้โดยใช้การสอนบนเว็บนั้นเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นอีกหนึ่งบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในชุมชนของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงได้นำสมรรถนะด้านการสอนและการชี้แนะ (teaching and coaching) ร่วมกับการใช้สมรรถนะด้านการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล (innovation) มาใช้ในการพัฒนาสื่อในรูปแบบของการสอนบนเว็บ เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นการสร้างสื่อที่ใหม่และทันสมัยในการให้ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จะสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลดความเสี่ยงในการรับเชื้อและแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก่อนและหลังการได้รับการสอนบนเว็บ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก่อนและหลังการได้รับการสอนบนเว็บ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หลังการได้รับการสอนบนเว็บ มากกว่าก่อนได้รับการสอนบนเว็บ
2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลังการได้รับการสอนบนเว็บ มากกว่าก่อนได้รับการสอนบนเว็บ

นิยามศัพท์

การสอนบนเว็บ หมายถึง การใช้เว็บเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้และข้อมูลข่าวสาร เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี และวิธีการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมทางเพศระหว่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ถุงอนามัย สารหล่อลื่น และแผ่นรองปากหรือแผ่นยางออร์ล และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นำเสนอในรูปแบบมัลติมีเดีย

ประกอบด้วย ตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวหรือแอนิเมชัน เสียง และวีดิทัศน์ตอนสั้น โดยนำมาผ่านกระบวนการทางระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อให้แสดงผลบนหน้าเว็บเพจในระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ตลอดจนใช้ประโยชน์จากการสื่อสารที่มีอยู่ในระบบอินเทอร์เน็ต ได้แก่ กระดานข่าว (web board) การเชื่อมโยง (link) ไปยังแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ และสายด่วน (hot line) เพื่อเป็นสื่อที่เข้าถึงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ตลอดจนแก้ไขข้อจำกัดทางด้านสถานที่และเวลา

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การรับรู้และเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งครอบคลุมในเรื่องดังต่อไปนี้ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี วิธีการแพร่กระจายเชื้อ การรับรู้ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยในทุกช่องทาง ทั้งทางทวารหนัก ทางปาก ทางช่องคลอด และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน ตลอดจนรับทราบแหล่งประโยชน์ เช่น สถานบริการสุขภาพทางเพศที่สามารถขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา เป็นต้น การวิจัยครั้งนี้จะประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การกระทำของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต่อตนเองและคู่นอน ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในทุกช่องทาง ทั้งในบทบาทของการเป็นฝ่ายถูกกระทำหรือฝ่ายรับ และฝ่ายกระทำหรือฝ่ายรุก เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยง ประกอบด้วย การใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นที่ละลายน้ำได้ ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (anal sex intercourse) การหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน การใช้แผ่นยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก (oral sex) การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะมีเมามา และลดความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์หรือกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น การวิจัยครั้งนี้ ประเมินการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง ชายที่มีความรักและปรารถนาทางเพศกับเพศชายด้วยกัน มักเรียกตามพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ชายที่มีความต้องการทางเพศกับบุคคลที่มีเพศเดียวกันกับตน (homosexual) เรียกว่า เกย์ (gay) ชายที่มีพฤติกรรมรักสองเพศ (bisexual) และชายที่มีพฤติกรรมแต่งตัวและแสดงกิริยาเป็นหญิง เรียกว่า กะเทย (transgender)