

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายผู้ใหญ่ตอนต้น

นางสาวเพชรี	ยังประภากร
นายรัชพล	สุระพันธ์
นางสาวลภัสสรดา	จันทร์วิศมี

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบัณฑิต

สาขา จิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

FACTOR PREDICTING INTENTION OF CONDOM USE AMONG YOUNG-ADULT  
MALE HOMOSEXUALS

PHETCHAREE	YOUNGPRAPAKORN	5537441138
RAGPON	SURAKAN	5537449238
LAPATRADA	JUNRUSSAMEE	5537450838

A Senior Project in Partial Fulfillment of the Requirements

For the Degree of Bachelor of Science in Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

หัวข้อโครงการทางจิตวิทยา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชาย

ผู้ใหญ่ออนไลน์

โดย

นางสาวเพชรีย์ ยิ่งประภากร

นายรัชพล สุระพันธ์

นางสาวลภัสสรดา จันทร์ศรี

สาขาวิชา

จิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล

---

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับโครงการทางจิตวิทยาฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบัณฑิต

.....คณบดีคณะจิตวิทยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คัทธนาภรณ์ มณีศรี)

คณะกรรมการสอบโครงการทางจิตวิทยา

.....อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.นิพัทธ์ พิชญโยธิน)

## สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	6
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	38
สมมติฐานการวิจัย	39
ขอบเขตการวิจัย	39
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	39
คำจำกัดความในการวิจัย	39
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	40
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย	41
กลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	55
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	56
การนำเสนอข้อมูล	56
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	70
รายการอ้างอิง	76
ภาคผนวกก	90
ภาคผนวกข	91

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายผู้ใหญ่ตอนต้น

(FACTOR PREDICTING INTENTION OF CONDOM USE AMONG YOUNG-ADULT MALE  
HOMOSEXUALS)

อาจารย์ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เวรดี วัฒนชกโกศล, 96 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยกลุ่มตัวอย่างชายรักชาย อายุระหว่าง 17-28 ปี จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ มาตรวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงและทางอ้อม มาตรวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรงและทางอ้อมมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางตรงและทางอ้อมมาตรวัดบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น (Barratt Impulsiveness Scale หรือ BIS-11) และมาตรวัดพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $r = .398, p < .01$ ) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ( $r = .544, p < .01$ ) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ( $r = .691, p < .01$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยตามลำดับ ส่วนบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ตัวแปรทุกตัวร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ 60.1% โดยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีน้ำหนักในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้มากที่สุด ( $\beta = .517, p < .01$ )

สาขาวิชา.....ลายมือชื่อ.....

ลายมือชื่อ.....

ลายมือชื่อ.....

ปีการศึกษา.....2558.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

KEYWORD: ATTITUDE TOWARD BEHAVIOR, SUBJECTIVE NORMS, PERCEIVED BEHAVIORAL CONTROL, IMPULSIVENESS, INTENTION FACTOR PREDICTING INTENTION OF CONDOM USE AMONG YOUNG-ADULT MALE HOMOSEXUALS

ADVISOR: ASST. PROF. DR. REWADEE WATAKAKOSOL, 96 PP.

The present research aims to study the relationship between condom use, attitude toward behavior, subjective norms, perceived behavioral control and Impulsiveness, based on the Planned Behavioral Theory. One hundred and twenty homosexual participants, between the ages of 17 and 28 years, were recruited. The research instruments were: Attitude toward Behavior Scale, Subjective Norm Scale, Perceived Behavioral Control Scale, Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), and Behavioral Intention scale. This research used hierarchical regression analysis to analyze the data. As predicted, the results suggested that attitude toward behavior ( $r = .398, p < .01$ ), subjective norms ( $r = .544, p < .01$ ), perceived behavioral control were positively correlated with condom use ( $r = .691, p < .01$ ), consecutively. On the other hand, not as predicted, impulsiveness was uncorrelated with condom use. It also showed that 60.1% of the variance in condom use was significantly accounted for by these predictors, in which perceived behavioral control was the strongest predictor ( $\beta = .517, p < .01$ ).

Field of Study: ..... Psychology ..... Student's Signature .....

Academic Year ..... 2015 ..... Student's Signature .....

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยาที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำและ ข้อคิดเห็นต่างๆ กลุ่มผู้วิจัยรู้สึกขอบคุณและซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างมาก

กลุ่มผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านในคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความรู้ และประสบการณ์ที่มีประโยชน์ยิ่งแก่พวกเรา

กลุ่มผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความร่วมมือและเอื้อเฟื้อสถานที่สำหรับการ เก็บกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความกรุณาทำแบบสอบถาม ซึ่งส่งผลให้ โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

สุดท้ายนี้กลุ่มผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนๆในคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้ปกครอง อันเป็นที่รัก ที่มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นแรงผลักดันสำคัญให้โครงการวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จ

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	องค์ประกอบและการให้คะแนนของมาตรวัดบุคลิกภาพหรือพฤติกรรม ความหุนหันพลันแล่น (Barratt Impulsiveness Scale 11)	38
2	ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสมของความถี่ เกี่ยวกับผลดีของการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N =15)	43
3	ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสมของความถี่ เกี่ยวกับผลเสียของการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N =15)	43
4	ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสมของความถี่ เกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่สนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N =15)	45
5	ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสมของความถี่ เกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่ขัดขวางการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N =15)	45
6	ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสมของความถี่ เกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่สนับสนุนความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย เพศสัมพันธ์ (N =15)	47
7	ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสมของความถี่ เกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ขัดขวางความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย เพศสัมพันธ์ (N =15)	48
8	เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดความหุนหันพลันแล่น	49
9	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation: CITC) ของ มาตรวัดเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางตรง ราย ข้อ (N =120) ( $p < .05$ , Critical $r$ ( $df = 118$ , $p < .05$ ) = .186)	50
10	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation: CITC) ของ มาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางตรง รายข้อ (N =120) ( $p < .05$ , Critical $r$ ( $df = 118$ , $p < .05$ ) = .186)	51
11	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation: CITC) ของ มาตรวัดเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ รายข้อ (N =120) ( $p < .05$ , Critical $r$ ( $df = 118$ , $p < .05$ ) = .186)	51



- 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation: 52  
CITC) ของมาตรวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม รายข้อ (N =120) ( $p < .05$ ,  
 $Critical r (df = 118, p < .05) = .186$ )
- 13 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation: 52  
CITC) ของมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม รายข้อ (N =120)  
( $p < .05$ ,  $Critical r (df = 118, p < .05) = .186$ )
- 14 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation: 53  
CITC) ของมาตรวัดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ รายข้อ (N  
=209) ( $p < .05$ ,  $Critical r (df = 118, p < .05) = .186$ )
- 15 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation: 53  
CITC) ของมาตรวัดบุคลิกหรือพฤติกรรมหุ่นหันพลันแล่น รายข้อ (N =209) ( $p < .05$ ,  
 $Critical r (df = 118, p < .05) = .186$ )
- 16 ความถี่ ร้อยละความถี่ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ การศึกษา และ 58  
ประสบการณ์ทางเพศ (N=120)
- 17 แสดงค่าต่ำสุด ค่ากลาง ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปร 60  
ที่ใช้ใน การศึกษา (N=120)
- 18 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การ 62  
ควบคุมพฤติกรรม บุคลิกหรือพฤติกรรมหุ่นหันพลันแล่น และพฤติกรรมการใช้ถุงยาง  
อนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N=120)
- 19 โมเดลทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N=120) 63

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มชายรักชายจำนวนหนึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกสุขลักษณะหรือไม่ปลอดภัย จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา ปีพ.ศ. 2556 พบว่าการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2556 มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวน 33,662 ราย คิดเป็นอัตรา 52.09 ต่อประชากรแสนคน แบ่งเป็นโรคต่างๆดังนี้ โรคหนองในจำนวน 6,731 ราย (10.42 ต่อประชากรแสนคน)โรคซิฟิลิส จำนวน 2,369 ราย (3.67 ต่อประชากรแสนคน) โรคหนองในเทียมจำนวน 1,981 ราย (3.07 ต่อประชากรแสนคน) โรคเริมที่เกิดบริเวณอวัยวะเพศจำนวน 1,941 ราย (3.00 ต่อประชากรแสนคน)โรคแผลริมอ่อนจำนวน 605 ราย (0.94 ต่อประชากรแสนคน) โรคฝีมะม่วงจำนวน 352 ราย (0.54 ต่อประชากรแสนคน) โรคหูดหงอนไก่ จำนวน 2,491 ราย(3.85 ต่อประชากรแสนคน) การติดเชื้อไทรโคโมแนส โลงน หูดข้าวสุกและอื่นๆจำนวน 17,192ราย (26.06ต่อประชากรแสนคน) อัตราส่วนระหว่างเพศหญิงต่อชาย คือ 1 : 2.1 จังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ จังหวัดภูเก็ต ซึ่งมีอัตราป่วย 73.93 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราอยู่ที่ 41.78 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดคือช่วงอายุ 15-28 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.21 ของผู้ติดเชื้อ

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญ เพราะอัตราการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์แสดงให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ จากงานวิจัยเรื่อง วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย ขององค์การยูนิเซฟ ปีพ.ศ.2557 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเยาวชนติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น โดยร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีอายุระหว่าง 15-24 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นอกจากนี้ยังพบในเยาวชนที่ขายบริการทางเพศ และเยาวชนที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น แสดงให้เห็นว่าการติดโรคทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มพบในผู้ป่วยอายุน้อยลงไปทุกปี โดยโรคติดต่อที่ร้ายแรงที่สุด และยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้คือโรคเอดส์

โรคเอดส์พบครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ.2521พบในกลุ่มชายรักชายทำให้ในตอนนั้นมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นนี้จะต้องมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ คือเกิดจากกลุ่มที่มีพฤติกรรมร่วมเพศ (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ / เล่มที่ ๒๐) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในกลุ่มชายรักร่วมเพศเช่นกัน ในปีพ.ศ.2527 หลังจากนั้นจึงพบการระบาดในกลุ่มชาย-หญิงรักต่างเพศ (Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health, 1984)

โรคเอดส์ถือเป็นปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่งของอาเซียน เนื่องจากปัจจุบันโรคเอดส์ในกลุ่มประเทศอาเซียนมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก หากมีการติดต่อค้าขาย เคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศจะยิ่งทำให้การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นได้ (กรมประชาสัมพันธ์, 2558)

จากสถิติรายปีของเอเชียและแปซิฟิก พ.ศ. 2557 (Statistical Yearbook for Asia and the Pacific 2014) โดยคณะกรรมการการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อเอชไอวีของผู้มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี ในหลายประเทศ โดยในประเทศไทยมีอัตราผู้ติดเชื้อสูงสุดในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก คือร้อยละ 1.1 รองลงมาคือประเทศกัมพูชา ร้อยละ 0.8 และประเทศเมียนมา ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ ซึ่งการติดเชื้อมีแนวโน้มพบอยู่ในกลุ่มผู้ชายบริการทางเพศ (sex worker) กลุ่มชายรักร่วมเพศ (men who have sex with men) และกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด (people who inject drugs) จากข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย 8 ประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการติดเชื้อระหว่าง พ.ศ. 2533 - 2555 สถานการณ์การติดเชื้อของทุกประเทศไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในประเทศไทยซึ่งมีอัตราการติดเชื้อสูงสุดในอาเซียน (กรมประชาสัมพันธ์, 2558)

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ปีพ.ศ.2557 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์จากภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2557 มีผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 388,621 ราย และมีผู้เสียชีวิต 100,617 ราย พบมากในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 25.83) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 24.97), 35-39 ปี (ร้อยละ 16.85) และ 20-24 ปี (ร้อยละ 9.01) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุที่ต่ำที่สุดคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.23) พบผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดในกลุ่มรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 45.51) รองลงมา คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 18.48) ค้าขาย (ร้อยละ 4.57) แม่บ้าน (ร้อยละ 4.36) และรับราชการ (ร้อยละ 1.05) ตามลำดับ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานว่าติดเชื้อเอดส์ 5 อันดับแรก ได้แก่ Mycobacterium tuberculosis -Pulmonary or extrapulmonary 114,485 ราย (ร้อยละ 29.46) โรคปอด บวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii 74,576 ราย (ร้อยละ 19.19), Cryptococcosis 50,418 ราย (ร้อยละ 12.97), Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด 18,320 ราย (ร้อยละ 4.71) และ Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี จำนวน 13,251 ราย (ร้อยละ 3.41)

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 5 คนต่อวัน ซึ่งในจำนวนดังกล่าวกว่าร้อยละ 50 เป็นเด็กเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี สำหรับการแพร่ระบาดในปี พ.ศ. 2558 เขตพื้นที่กรุงเทพฯ พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่จำนวน 60,109 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตภายในปีพ.ศ.2557 จำนวน 3,341 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 24,871 คน

และผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 1,771 คน โดยร้อยละ 60 ของผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558)

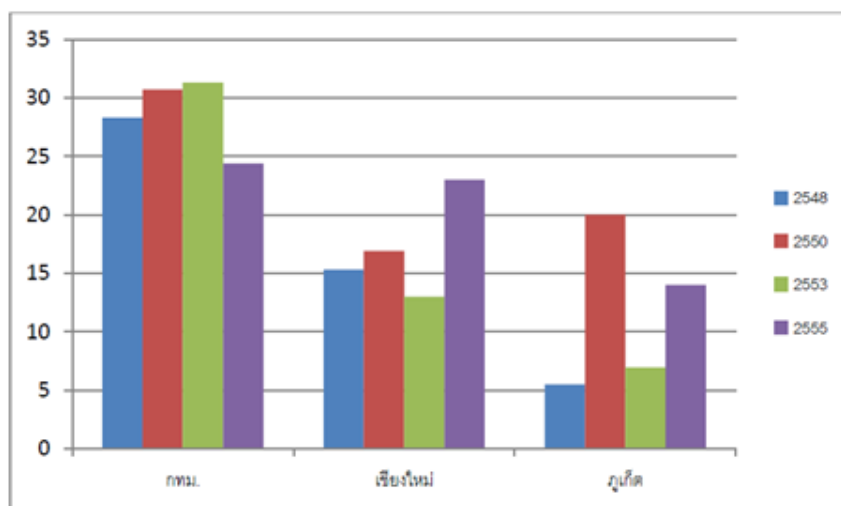
ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งได้มีการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในช่วงปีพ.ศ. 2555 - 2559 พบว่าร้อยละ 40 - 50 มาจากกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พนักงานบริการชาย (MSW) และสาวประเภทสอง (TG)

จากผลการสำรวจ Integrated Biological Behavioral surveillance (IBBS) ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พ.ศ.2548-2555 ของประเทศไทยใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และภูเก็ต

### ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พ.ศ.2548-2555

#### ของประเทศไทยใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และภูเก็ต

แผนภาพที่ 1 ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกรุงเทพฯ เชียงใหม่ และภูเก็ต พ.ศ.2548-2555



แหล่งที่มา : การสำรวจ IBBS ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พ.ศ. 2548 – 2555, สำนักระบาดวิทยา และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข

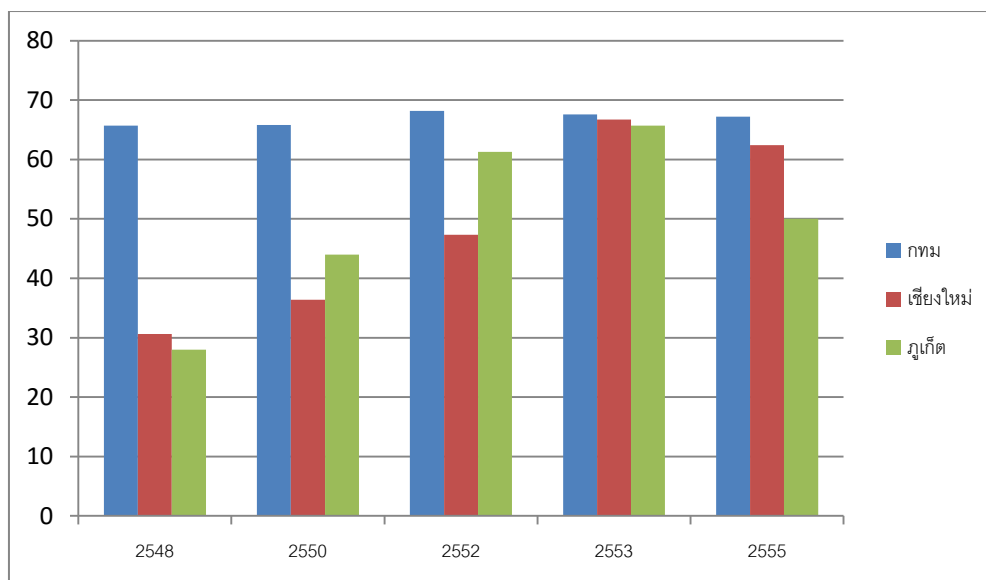
แผนภาพที่ 1 ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกรุงเทพฯ เชียงใหม่ และภูเก็ต พ.ศ.2548-2555

จากแผนภาพที่ 1 พบว่าการระบาดของการติดเชื้อในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มการระบาดเป็นไปอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ 3 จังหวัดซึ่งในปี พ.ศ.2555 พบว่าอัตราความชุกการติดเชื้อในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายสูงสุดในจังหวัดกรุงเทพฯ โดยมีอัตราสูงถึงร้อยละ 24.0 รองลงมาในจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราร้อยละ 23.0 และรองลงมาในจังหวัดภูเก็ตมีอัตราร้อยละ 14.0 และในปีพ.ศ.2555 ได้

ขยายการสำรวจ IBBS ในกลุ่ม MSM ไปในอีก 9 จังหวัด รวมเป็น 12 จังหวัด โดยเลือกจากจังหวัดที่มีความเจริญด้านเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวของประเทศ ผลการสำรวจเพิ่มเติมพบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีความแตกต่างกันระหว่างร้อยละ 1.5 - 31.3 และมีความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 7.1

นอกจากนี้ ยังพบว่าในช่วงปี พ.ศ.2548-2555 ที่ผ่านม้อัตราส่วนของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมานั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งในปี พ.ศ.2555 ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 35.4 ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาซึ่งสูงกว่าในปีพ.ศ. 2548 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 28.5 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุพบว่าชายมีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มอายุ 25 - 59 ปี ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 35.4 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอายุ 15 - 24 ปีซึ่งมีเพียงร้อยละ 17.4 การที่ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่อายุน้อยเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมีจำนวนไม่มากส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากข้อจำกัดด้านกฎหมายที่กำหนดให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ประสงค์จะตรวจต้องได้รับความยินยอมจากพ่อแม่ซึ่งมีผลทำให้ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นมีอัตราการตรวจที่น้อยกว่า ถึงแม้ว่าอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปมีอัตราส่วนร้อยละ 21.3 ซึ่งสูงกว่าชายรักชายกลุ่มอายุ 15-24 ปีซึ่งมีเพียงร้อยละ 18.5 ก็ตาม

ยิ่งไปกว่านั้น การสำรวจ IBBS ในปีพ.ศ.2555 พบว่าร้อยละ 43.8 ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเข้าถึงโครงการป้องกันในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา (รัฐสถานที่ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับแจกถุงยางอนามัยหรือสารหล่อลื่น) และพบว่ากลุ่มที่มีอายุ 25-59 ปีเข้าถึงโครงการป้องกันได้ร้อยละ 61.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุ 15-24 ปีซึ่งมีเพียงร้อยละ 48.7 จากข้อมูลนี้สามารถคาดการณ์ได้ว่าชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่อายุน้อยอาจมีการติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ไม่รู้ตัวได้ เนื่องจากไม่ได้รับการตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และยังไม่เข้าถึงโครงการป้องกัน นับเป็นความเสี่ยงในการที่จะเพิ่มอัตราการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้



แผนภาพที่ 2 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในรอบ 3 เดือนของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใน กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และภูเก็ต พ.ศ.2548-2555

จากแผนภาพที่ 2 พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่ในระดับที่ต่ำในปี พ.ศ.2548 และมีแนวโน้มที่จะกลับมาอยู่ในระดับต่ำอีกครั้งหลังจากปี พ.ศ.2555 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพฯ เป็นกลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยสูงที่สุด โดยมีอัตราสูงถึงร้อยละ 67.2 รองลงมาในจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราร้อยละ 62.4 และในจังหวัดภูเก็ตมีอัตราร้อยละ 50.0 ซึ่งในช่วงปี พ.ศ.2548-2553 ที่ผ่านมามีแนวโน้มของของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้งในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น แต่กลับมามีแนวโน้มต่ำลงอีกครั้งในปี พ.ศ.2555 จากข้อมูลนี้สามารถคาดการณ์ได้ว่าชายมีเพศสัมพันธ์กับชายโดยที่ใช้ถุงยางอนามัยมีแนวโน้มกลับมาใช้ต่ำลงซึ่งสามารถทำให้ความเสี่ยงในการที่จะเพิ่มอัตราการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวโดยสรุปว่าประเทศไทยต่อสู้กับโรคเอดส์มาเป็นเวลากว่า 31 ปี และสามารถควบคุมปัญหาการแพร่ระบาดได้ผลดีในอันดับต้นๆ ของโลก แต่มีผู้ป่วยจำนวนเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่เคยตรวจหาการติดเชื้อและรู้ผล อีก 2 ใน 3 ไม่เคยตรวจและไม่รู้ว่าตนติดเชื้อหรือไม่ ซึ่งในกลุ่มหลังนี้อาจทำให้เชื้อติดต่อไปยังคู่นอนและแพร่ระบาดสู่สังคมในวงกว้างได้ (กระทรวงสาธารณสุข , 2558)

ในปี พ.ศ.2548 มีตัวบ่งชี้หลายตัวว่าโรคเอดส์จะกลับมาระบาดหนักอีกครั้งในประเทศไทย อย่างแรกคือ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV prevalence) ในกลุ่มชายรักชายตามเมืองใหญ่ ข้อมูลจาก

สภากาชาดไทย พ.ศ.2546-2548 ชายรักชายที่เป็นนักเที่ยวในกรุงเทพมหานครมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 เป็นร้อยละ 27 และเพิ่มเป็นร้อยละ 32 ในปี พ.ศ.2550 (ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, 2553) ส่วนรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในปี พ.ศ.2556 พบว่าร้อยละ 61.2 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ในกลุ่มชายรักชาย โดยถือเป็นกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ที่ยังไม่ตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหาการติดเชื้อ มีการแพร่ระบาดที่รุนแรงและยังและไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง โดยกลุ่มที่มีการติดเชื้อมากที่สุดคือกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุ 17-24 ปี (สำนักงานกองสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556) ในกลุ่มชายรักชายเกิดขึ้นทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาและประเทศที่กำลังพัฒนา แต่สถานการณ์เอดส์ในกลุ่มชายรักชายในไทยรุนแรงกว่าทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี เนื่องจากพบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มชายรักชายมีพฤติกรรมเที่ยวหญิงบริการและมีภรรยา ซึ่งแตกต่างจากประเทศตะวันตก ซึ่งสิ่งนี้อาจทำให้เชื้อเอชไอวีแพร่กระจายไปยังกลุ่มต่างๆ นอกเหนือจากกลุ่มชายรักชายได้สถิติการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในผู้มาใช้บริการของคลินิกนิรนาม สภากาชาดไทยในปี 2552 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อสูงสุดในกลุ่มชายรักชายคิดเป็นร้อยละ 26 รองลงมาคือกลุ่มผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 14 และกลุ่มชายแท้คิดเป็นร้อยละ 12 (ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, 2553)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากมีการรณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันเพิ่มมากขึ้น แต่การระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชายรักชายกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทางคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่มีจะมีความเกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชาย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่จะสามารถช่วยลดอัตราการระบาดของโรคเอดส์ในเพศชายรักชายได้

## แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดพัฒนาการในช่วงวัยรุ่น

วัยรุ่น (adolescence) เป็นขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจของมนุษย์ (Goldenring, 2004) ซึ่งเกิดในช่วงการเปลี่ยนแปลงจากเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ (Macmillan Dictionary for Students Macmillan, 1981) พัฒนาการทางด้านร่างกายและด้านจิตใจของวัยรุ่นสามารถเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าและสิ้นสุดช้ากว่าปกติได้ เด็กจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุประมาณ 12-13 ปี และพัฒนาไปจนถึงอายุประมาณ 18 ปี จึงจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (นพ.พนมเกตุมาน, 2553) ในวัยรุ่นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในพัฒนาการต่างๆ ดังนี้

1. พัฒนาการทางร่างกาย (Biological Development) เมื่อวัยรุ่นเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นจะมีวุฒิภาวะทางเพศสูงขึ้น ในเพศหญิง วัยรุ่นจะเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เมื่ออายุประมาณ 10-11 ปี และ ในเพศชายเมื่ออายุประมาณ 11-12 ปี (Kail และ Cavanaugh, 2015) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดขึ้นเนื่องจากการสร้างและหลั่งฮอร์โมนเพศ (Sisk และ Foster, 2004) และฮอร์โมนการเจริญเติบโตของร่างกาย (Coe, Hayashi และ Levine, 1988)

1.1 การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางร่างกาย (physical changes) ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต ความสูงและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Marshall, 1978) ลักษณะทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงส่งผลให้วัยรุ่นมีแรงดึงดูดทางเพศมากขึ้น เนื่องจากลักษณะทางกายภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ในวัยรุ่นชายจะมีลักษณะความเป็นชายมากกว่าในวัยเด็ก

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางเพศ (sexual changes) วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ลักษณะทุติยภูมิทางเพศ (secondary sex characteristics) เพศชายจะมีเสียงแหบห้าวขึ้น เริ่มมีขนตรงอวัยวะเพศ และในส่วนของใบหน้า รักแร้ และขา (Lee, 1980) ลูกกระเดือกเห็นชัดเจนมากยิ่งขึ้น เริ่มมีฝันเปียก (nonturnal ejaculation-การหลั่งอสุจิตามธรรมชาติเมื่อหลับฝันถึงเรื่องทางเพศ) และเริ่มมีความรู้สึกทางเพศ (Jorgensen และ Keiding, 1991) ในเพศหญิง หน้าอกจะเริ่มขยาย มีขนขึ้นตามร่างกายรวมถึงบริเวณอวัยวะเพศ มีประจำเดือนครั้งแรก (menarche) มีความรู้สึกทางเพศ เสียงแหลม รูปร่างสูงขึ้น เอวคอด ซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมนเพศ (Lee, 1980) จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางเพศนั้นถือเป็นกลไกทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นในช่วงของการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่นทำให้วัยรุ่นมีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง และการเปลี่ยนแปลงทางเพศของวัยรุ่นนั้นทำให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ในเพศชายจะมีการหลั่งและการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย ในเพศหญิงมีการตกไข่ และมีอารมณ์หรือความต้องการทางเพศ ซึ่งทำให้วัยรุ่นเริ่มที่จะมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

2. พัฒนาการทางจิตใจ (Psychological Development) การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ของเพศชายและเพศหญิงที่ส่งผลต่อพัฒนาการทางจิตใจมีความแตกต่างกัน ในเพศชายหากวัยรุ่นชายเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วกว่ากลุ่มเพื่อน วัยรุ่นจะมีความสูงและแข็งแรงกว่า (Abbassi, 1998) ส่งผลให้วัยรุ่นสามารถใช้ประโยชน์จากความสูงและความแข็งแรงนำไปพัฒนาทักษะด้านการเล่นกีฬาได้ ทำให้วัยรุ่นชายที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ก่อนมีแนวโน้มที่จะมีรูปลักษณ์ทางร่างกาย (body image) ความมั่นใจ (confident) มั่นคง (secure) และพึ่งพาตนเอง (independent) ได้มากกว่า (Garn, 1952) แต่อาจนำมาซึ่งความก้าวร้าวที่เป็นผลจาก



ฮอริโมนได้เช่นกัน เนื่องจากมีลักษณะที่โตกว่าเพื่อนในวัยเดียวกัน (Garn, 1952) การถูกกดดันจากสังคม จากบรรทัดฐานการเป็นผู้ใหญ่ในเรื่องสติปัญญาและพัฒนาการทางสังคมจากรูปลักษณะที่เป็นผู้ใหญ่ (Garn, 1952) มีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นชายที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง (Susman, Dorn และ Schiefelbein, 2003) ในเพศหญิง การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ทำให้มีการตระหนักรู้ในตนเอง (self-consciousness) มากกว่าในเรื่องวุฒิภาวะวัยรุ่นหญิงจะมีการเจริญเติบโตของร่างกายอย่างรวดเร็วทำให้วัยรุ่นหญิงมีความรู้สึกไม่มั่นคง (insecure) และต้องพึ่งพาผู้อื่น (dependent) มากกว่า และวัยรุ่นหญิงที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วกว่ากลุ่มเพื่อนจะมีปัญหาในโรคการกินผิดปกติ (eating disorders) เช่น โรคอะนอเร็กเซีย (Anorexia nervosa) และอาจต้องเผชิญกับปัญหาในเรื่องเพศก่อนวัยอันควร (Graber, Nichols และ Brooks, 2010) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในช่วงวัยรุ่น มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการทางจิตใจของวัยรุ่น หากวัยรุ่นมีการปรับตัวที่ดีก็จะส่งผลดีต่อจิตใจของวัยรุ่นเอง ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นมีการปรับตัวที่ไม่ดีเท่าที่ควรก็ย่อมส่งผลต่อพัฒนาการทางจิตใจของวัยรุ่นเช่นเดียวกัน จึงกล่าวได้ว่าในช่วงการ

3. พัฒนาการทางปัญญา (Cognitive Development) วัยรุ่นมีพัฒนาการทางปัญญาอย่างรวดเร็ว (Smith และ Handler, 2014) การเข้าสู่วัยรุ่นจะทำให้ความคิดเชิงนามธรรม (abstract) ของวัยรุ่นมีมากขึ้น ความคิดที่ยึดตรงเองเป็นศูนย์กลาง (ecocentric) จะสูงที่สุดในช่วงวัยรุ่นตอนต้นจากนั้นจะลดน้อยลง ทำให้วัยรุ่นมีความคิดที่มีเหตุผลและมีมุมมองที่กว้างขึ้น (Elkind และ Bowen, 1979) วัยรุ่นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาทางปัญญาระดับสูงที่สุดเพื่อไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเองและสังคม หากวัยรุ่นมีความรู้ในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมก็จะทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีสุขภาวะ และไม่สร้างปัญหาให้กับตนเองและสังคม

การรับความเสี่ยง (risk-taking) ความผิดปกติทางปัญหามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง (อุบัติเหตุทางรถยนต์ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน) มีการศึกษาของ Albert และ Steinberg ในปี 2011 เกี่ยวกับกระบวนการคิดในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเสี่ยงของวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นมีการตัดสินใจที่จะรับเอาความเสี่ยงในรูปแบบที่ไม่ต่างจากวัยผู้ใหญ่มากนัก คือวัยรุ่นมีกระบวนการเหมือนกับผู้ใหญ่ แต่จะให้คุณค่าในเรื่องที่ต่างกัน ทำให้รูปแบบการตัดสินใจออกมาจึงแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ เช่น วัยรุ่นอายุ 16 ปี ตัดสินใจที่จะออกไปดื่มแอลกอฮอล์กับเพื่อนแม้รู้ว่าอาจจะถูกจับกุมโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทฤษฎีพฤติกรรมการตัดสินใจ (The behavioral decision-making theory) พบว่าทั้งวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่จะให้คุณค่าไปที่ผลตอบแทน (reward) หรือผลของพฤติกรรม (consequences of an

action) แต่วัยรุ่นจะให้คุณค่าไปที่ผลตอบแทนทางสังคม (social rewards) เช่น การได้รับการยอมรับจากเพื่อน นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (เช่น การหลั่งภายนอก) การมีคู่นอนหลายคน หรือการปิดกั้นการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศถือเป็นการเพิ่มความเสี่ยงทั้งต่อบุคคลและสังคม และพื้นฐานชีวิตของวัยรุ่น ได้แก่ ประสบการณ์การถูกล่วงละเมิด การได้รับการอบรมสั่งสอนจากพ่อแม่ในเรื่องสุขภาวะทางเพศ (Luster และ Small, 1994) ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเช่นกันโดยเฉพาะเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่น ความสนิทสนมของวัยรุ่นกับครอบครัวจะลดลง (Steinberg, Blatt-Eisengart และ Cauffman, 2006) วัยรุ่นจะหันไปสนิทกับเพื่อนวัยเดียวกันแทน สิ่งนี้อาจทำให้วัยรุ่นมีการพูดคุยกับพ่อแม่ลดลง ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงในเรื่องต่างๆ มากยิ่งขึ้นด้วย

4. พัฒนาการทางสังคม (Social Development) การพัฒนาทักษะทางสังคมและอารมณ์เกิดขึ้นตลอดทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีการพัฒนาอย่างมากในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น โดยบุคคลที่มีการพัฒนาทักษะทางสังคมที่ดีนั้นมักมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อน ครู และบุคคลในสังคม ทำให้มีการแสดงออกซึ่งอารมณ์ ความรู้สึก ที่เหมาะสมกับผู้อื่น

ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนาทางสังคมของวัยรุ่น คือ ความสัมพันธ์ (Relationship) ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับเพื่อน ครอบครัว หรือบุคคลในสังคมเป็นหนึ่งในการพัฒนาสังคมของวัยรุ่น (Boujlaleb, 2006) เมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นวุฒิภาวะและความขัดแย้งของวัยรุ่นกับพ่อแม่จะเพิ่มขึ้น พันธะระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่จะน้อยลง (Steinberg และคณะ, 2006) สภาพแวดล้อมภายในบ้านและพ่อแม่เป็นสิ่งสำคัญในการเลือกทำพฤติกรรมต่างๆ ของวัยรุ่น (Aufseeser, Jekielek และ Brown, 2006) วัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ต่อสู้อ และ/หรือมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันน้อยกว่า (Aufseeser และคณะ, 2006)

ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางเพศได้ (sexual problems) คนที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศมักจะเจอปัญหาในการดำเนินชีวิตได้มากกว่าคนทั่วไป เช่นในบางสังคมมีการต่อต้านพฤติกรรมรักร่วมเพศ รักร่วมเพศ คือพฤติกรรมที่มีความพึงพอใจทางเพศในบุคคลเพศเดียวกัน อาจมีการแสดงออกภายนอกให้เห็นชัดเจนหรือไม่ชัดเจนแล้วแต่บุคคล การรักษาผู้ที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศมักไม่ได้อผล เนื่องจากผู้ที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศจะพอใจในลักษณะนี้อยู่แล้ว การช่วยเหลือจึงทำได้โดยการให้คำปรึกษากับผู้เป็นพ่อแม่ และให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ การป้องกันภาวะรักร่วมเพศ ทำได้ด้วยการสร้างเสริม

ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อหรือแม่ที่มีเพศเดียวกันกับเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการถ่ายทอดแบบอย่างทางเพศ จากพ่อหรือแม่ (นพ.พนมเกตุมาน, 2553)

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่ากลุ่มวัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะทำพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมขึ้นได้ง่ายกว่า ช่วงวัยเด็ก เนื่องจากเป็นช่วงแห่งการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่งผลให้วัยรุ่นมีแรงดึงดูดทางเพศมากขึ้น ชอบที่จะเรียนรู้และอยากทดลอง สอริโมนและอวัยวะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติเพื่อเอื้อให้มนุษย์มีเพศสัมพันธ์ในวัยเจริญพันธุ์ ทำให้วัยรุ่นเริ่มมีความรู้สึกทางเพศ อย่างไรก็ตามวัยรุ่นนั้นไม่มีวุฒิภาวะในการคิดหรือการตัดสินใจได้ดีเท่าผู้ใหญ่ นอกจากนี้ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการสื่อสารพูดคุยกับผู้ปกครองมากเท่าที่ควร ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น เรื่องการจัดการกับอารมณ์ทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์อย่างมีสุขภาวะ และ จากบรรทัดฐานของสังคมไทยสมัยปัจจุบันกำหนดบทบาทหน้าที่ให้กับวัยรุ่นมากกว่าในสมัยก่อนจึงทำให้ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยรุ่นในยุคปัจจุบันถือเป็นเรื่องไม่สมควรหรือที่เรียกว่าการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันสมควร เนื่องจากสังคมไทยมักกลัวถึงผลที่อาจตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้แก่ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อาจเป็นการตั้งครรภ์ก่อนสมรส การตั้งครรภ์ขณะกำลังศึกษาอยู่ หรือการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่มีสุขภาวะที่อาจนำมาซึ่งการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยต่างๆ จะมีการพัฒนาอย่างสมบูรณ์แบบ มีวุฒิภาวะทางความคิดเจริญก้าวหน้ากว่าวัยรุ่น ทั้งนี้ได้กล่าวไว้ในช่วงวัยผู้ใหญ่จะมีความเสี่ยงในการทำพฤติกรรมทางเพศอย่างไม่มีสุขภาวะน้อยกว่าแต่อย่างไร เนื่องจากวัยผู้ใหญ่จะมีอิสระในการใช้ชีวิตมากกว่าวัยรุ่นอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นวิธีการที่จะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมทางเพศได้ดีที่สุดโดยสามารถใช้ได้ทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่คือ การใช้ถุงยางอนามัย เพื่อลดผลเสียข้างต้นที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และคุณภาพสังคมของคนในประเทศไทย

นอกจากช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงในการมีพฤติกรรมทางเพศแล้ว เรื่องเพศก็เป็น ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศเช่นกัน เพราะเพศที่แตกต่างกันก็จะคำนึงถึงผลลัพธ์ที่ต่างกัน หลังการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ทำให้อัตราของผู้ติดเชื้อในแต่ละเพศนั้นมีความแตกต่างกันซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างกัน

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมรักร่วมเพศ

### 1. เพศวิถี(Sexuality)

วิลาสินี พิพิพิธกุล (2547) ให้ความหมายเพศวิถี ว่าหมายถึง ระบบความคิด ความเชื่อเรื่องเพศเป็น กระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมที่กำหนด จัดการ กำกับ ควบคุม รวมทั้งการแสดงออกเกี่ยวกับ รสนิยมทางเพศ ความปรารถนา ความพึงพอใจในเรื่องเพศ การแสดงท่าทีที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ การแต่งกาย เป้าหมายในความสนใจทางเพศ และการสร้างจินตนาการที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ ไปจนถึงการออกกฎเกณฑ์ ระเบียบกฎหมายต่างๆ ที่มาควบคุมหรือกำกับดูแลเรื่องเพศของคนในสังคม โดยทั่วไปแล้ว สังคมจะมีการ สร้างบรรทัดฐานชุดหนึ่งที่ยอมรับหรือให้ความชอบธรรมกับเพศวิถีที่กำหนดขึ้นเท่านั้น

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2549) ให้ความหมายเพศวิถี ว่าหมายถึง ค่านิยม บรรทัดฐาน และระบบวิถีคิด วิถีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ ความคิด เกี่ยวกับคู่รัก คู่ชีวิตในอุดมคติ ซึ่งไม่ใช่พฤติกรรมตามธรรมชาติ แต่เป็นการสร้างความหมายทางสังคม เพศ วิถีจึงสัมพันธ์กับมิติทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่กำหนดและสร้างความหมายให้แก่เรื่อง เพศในทุกแง่มุม เช่น “ความปกติ” ของการเป็นคนรักต่างเพศ “ความผิดปกติ” ของคนรักเพศเดียวกัน หรือ “ผู้หญิงดี” คือผู้ที่อ่อนประสพการณ์ หรือเป็นฝ่ายรับในเรื่องเพศ (passive) เพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับคนเพียงคนเดียว หรือหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย/ไม่ปลอดภัย รักต่าง วัย รักนอกสมรส ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างของเพศวิถี ซึ่งมีความหลากหลาย เพศวิถีเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป ในแต่ละวัฒนธรรม ชนชั้น และกาลเวลา เช่น เพศวิถีในสมัยต้นรัตนโกสินทร์มองว่าการที่ผู้หญิงนุ่งผ้าขึ้น ห่มสไบผืนเล็กปกปิดร่างกายส่วนบน ไม่ถือว้าใบ หรือเป็นผู้หญิงใจแตก ใจง่ายแต่อย่างไร

ธัญญา จันทรตรง (2555) ให้ความหมายเพศวิถี ว่าหมายถึง ระบบความคิดความเชื่อทางเพศ เป็น กระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมที่กำหนด จัดการ กำกับควบคุม รวมทั้งการแสดงออกเกี่ยวกับรสนิยม ทางเพศ ความปรารถนา ความพึงพอใจในเรื่องเพศ การแสดงท่าทีที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ การแต่งกาย เป้าหมายในความสนใจทางเพศ และการสร้างจินตนาการที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ

ดังนั้น เพศวิถีจึงหมายถึง ความคิดและพฤติกรรมไม่ว่าจะเป็น ความปรารถนา ความพึงพอใจในเรื่อง เพศ การแสดงท่าทีที่เกี่ยวกับเพศ การแต่งกายซึ่งบุคคลมีความคิดหรือแสดงออกในสังคม โดยมีมิติสัมพันธ์ กับการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดว่าสิ่งใดเป็นบรรทัดฐานที่เหมาะสมใน สังคมนั้นๆ

## 2. วิธีทางเพศ (Sexual orientation)

ดร.กฤตยา อาชวนิชกุล ได้ให้ความหมายของ วิธีทางเพศว่าเป็น ความรู้สึกทางอารมณ์ ความดึงดูดสนใจทางเพศ รู้สึกเสนาหา รักใคร่ หรือรู้สึกติดเนื้อต้องใจต่อบุคคล หนึ่ง ที่ดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง วิธีทางเพศสามารถแยกออกจากองค์ประกอบอื่นของระบบความหมายความเชื่อเรื่อง เพศ (Sexuality) ได้ไม่ยาก โดยองค์ประกอบของระบบความหมายความเชื่อเรื่องเพศอื่น ๆ ได้แก่ เพศสรีระ (Biological Sex) หรือเพศที่ถูกกำหนด โดยปัจจัยทางชีววิทยา ความรู้สึกนึกคิดในการเป็นหญิงหรือชาย (Gender Identity) และส่วนสุดท้าย คือบทบาทความเป็นผู้หญิงผู้ชายทางสังคม (Social Sex Role) รวมไปถึงบรรทัดฐาน Bearman และ Brückner (2001) หาสาเหตุที่เป็นไปได้ที่ทำให้เกิดวิธีทางเพศของกลุ่มรักร่วมเพศ ว่าคือด้านชีววิทยา ฮอโมน ความเครียด ลำดับการเกิด และผลกระทบด้านสภาพแวดล้อมแต่ก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนวิธีทางเพศที่รู้จักกันโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

- 2.1 รักเพศเดียวกัน (Homosexual) คือมีความรู้สึกดึงดูดสนใจคนเพศเดียวกัน
- 2.2 รักต่างเพศ (Heterosexual) คือ ความรู้สึกดึงดูดสนใจคนเพศตรงข้าม
- 2.3 รักสองเพศ (Bisexual) คือ ความรู้สึกดึงดูดสนใจคนที่มีเพศเดียวกับตน และคนที่ต่างเพศกับตน

## 3. อัตลักษณ์ทางเพศ(sexual identity)

การพัฒนาอัตลักษณ์ (Identity development) การพัฒนาอัตลักษณ์เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นในวงจรชีวิตของวัยรุ่น (Kroger, 2004) การพัฒนาและการคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ในช่วงวัยรุ่น เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ยากเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ครอบคลุมไว้ สภาพแวดล้อม และสถานะทางสังคม (Kroger, 2004) งานวิจัยของ Root ในปี 1990 พบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมจะสามารถพัฒนาอัตลักษณ์ของตนได้ยาก

อัตลักษณ์ทางเพศของกลุ่มรักร่วมเพศหมายถึง อัตลักษณ์ที่ระบุว่าเป็นเกย์หรือเลสเบียน ซึ่งเกย์หมายถึง กลุ่มชายรักชาย ส่วนเลสเบียนจะหมายถึงกลุ่มหญิงรักหญิง(Pflugfelder, 1999) ในปี 1989 Troiden ได้เสนอการพัฒนาอัตลักษณ์ของกลุ่มรักร่วมเพศ (development of homosexual sexual identity)<sup>4</sup> ขึ้นดังนี้

- ขั้นที่ 1 คือขั้นของการเริ่มมีความรู้สึก (sensitization) โดยจะเริ่มต้นในช่วงวัยเด็ก (childhood) เด็กจะเริ่มตระหนักหรือรู้สึกถึงแรงดึงดูดของเพศเดียวกัน

- ขั้นที่ 2 คือขั้นของการสับสนในอัตลักษณ์ (Identity confusion) มักเกิดขึ้นหลังจากขั้นแรก ประมาณ 2-3 ปี ในขั้นนี้เด็กจะตกอยู่ภายใต้ความรู้สึกสับสนภายในต่อเพศวิถีของตน และเริ่มมีพฤติกรรมทางเพศกับคู่วัยเพศเดียวกัน
- ขั้นที่ 3 ขั้นการสมมติอัตลักษณ์ (identity assumption) ใช้เวลาประมาณ 2-3 ปีหลังจากที่วัยรุ่นย้ายออกจากบ้าน วัยรุ่นเริ่มเปิดเผยกับครอบครัวและเพื่อนว่าตนเป็นบุคคลรักร่วมเพศ (Floyd และ Stein, 2002)
- ขั้นที่ 4 ขั้นการรับผิดชอบ (commitment) วัยรุ่นนำอัตลักษณ์ทางเพศนี้มาเป็นวิถีการดำเนินชีวิต มีการศึกษาของ D'Augelli และ Hershberger ในปี 1993 ในเลสเบียน เกย์ และคนรักสองเพศ จำนวน 194 คน เป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 21 ปี พบว่าวัยรุ่นเหล่านี้เริ่มตระหนักรู้ในวิถีทางเพศของตนเฉลี่ยที่อายุ 10 ปี และเปิดเผยว่าตนเป็นบุคคลรักร่วมเพศที่อายุประมาณ 16-17 ปี การเปิดเผยว่าตนเป็นบุคคลรักร่วมเพศอาจทำได้ยากเนื่องจากบรรทัดฐานของสังคม ซึ่งอาจทำให้ถูกปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียม จากการสำรวจสถิติการฆ่าตัวตายของ Massachusetts Youth Risk Survey ในปี 2006 มีสถิติรายงานว่าในกลุ่มบุคคลรักร่วมเพศมีการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มรักต่างเพศมากกว่าถึง 4 เท่า เนื่องจากการถูกกลั่นแกล้ง (bullying) หรือการถูกปฏิเสธ (rejection) จากเพื่อนและครอบครัว

#### 4. พฤติกรรมทางเพศ

พฤติกรรมทางเพศของมนุษย์ มีความหมายถึงการปฏิบัติที่มนุษย์ได้พบและปลดปล่อยเรื่องทางเพศ มีหลากหลายกิจกรรมแตกต่างกันไป อย่างเช่นแผนการในการหาคู่ (จับคู่และแสดงพฤติกรรม) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางร่างกายหรืออารมณ์ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ คำว่ากิจกรรมทางเพศ สามารถหมายถึง การกระทำที่เกี่ยวข้องกับคน 2 คนหรือมากกว่า เช่นการมีเพศสัมพันธ์ ออรัลเซ็กส์ หรือการสำเร็จความใคร่ให้ผู้อื่น หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง

พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มรักร่วมเพศ หมายถึง ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างคนสองคนที่เป็นเพศเดียวกัน ปัจจุบันพบว่าในสังคมไทยมีการปรากฏตัวของกลุ่มคนรักเพศเดียวกัน หรือผู้มีเพศวิถีทางเลือกชัดเจนมากยิ่งขึ้นทั้งในระดับบุคคลและกลุ่มองค์กร โดยเห็นได้ชัดจากฐานข้อมูลเรื่องเพศในข่าวออนไลน์ของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ.2540 - 2550 มีข่าวที่เกี่ยวข้องกับประเด็นกลุ่มรักร่วมเพศรวม 1,345 ชิ้น เป็นข่าวรณรงค์จำนวน 288 ชิ้น หรือคิดเป็นร้อยละ 21 โดยมี

รูปแบบการรณรงค์ที่หลากหลาย เช่น การตอบโต้นโยบายของภาครัฐที่ละเมิดสิทธิ การเรียกร้องสิทธิในประเด็นต่างๆ การรวมตัวกันเป็นเครือข่ายทำงาน การจัดสัมมนาเพื่อเผยแพร่ข้อมูลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบการเปิดเผยและแสดงตัวตนของชุมชนคนรักเพศเดียวกันตามที่สาธารณะและงานชุมนุมสังสรรค์มากขึ้น (จิตติมา ภาณุเตชะ, 2551)

ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีการยอมรับบุคคลกลุ่มรักร่วมเพศมากกว่าในอดีตอย่างเห็นได้ชัด คือไม่กีดกันกลุ่มรักร่วมเพศในการทำกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

จากการศึกษาจำนวนสถิติพบจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศอื่นๆ ก่อนข้างสูงในกลุ่มรักร่วมเพศ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเพราะการไม่ต้องกังวลในเรื่องของการตั้งครรภ์ดังเช่นในกลุ่มรักร่วมเพศ หรือในเรื่องของความสัมพันธ์ที่ไม่ยั่งยืนของกลุ่มรักร่วมเพศทำให้มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย โดยจากสถิติเกี่ยวกับการเปลี่ยนคู่นอนของกลุ่มชายรักชายจากหนังสือ Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women ของ Bell และ Weinberg ปี 1978 ทำการศึกษาในสังคมตะวันตก พบว่าร้อยละ 83 ของกลุ่มชายรักชายคาดการณ์ว่าตลอดช่วงชีวิตตนจะเปลี่ยนคู่นอนประมาณ 50 คน ร้อยละ 43 คาดการณ์ว่าตนจะเปลี่ยนคู่นอนประมาณ 500 คน และร้อยละ 28 คาดการณ์ว่าตนจะเปลี่ยนคู่นอนมากกว่า 1,000 คน นอกจากนี้อาจมีเรื่องของการมีอคติเข้าข้างตนในแง่ดี ว่าตนเองนั้นจะไม่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

พญ. นิตยา ภาณุภาค พึ่งพวงศ์ (2557) แพทย์ประจำศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ได้กล่าวว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งมีการรักร่วมกันผ่านทางทวารหนัก มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดในผู้หญิงถึง 10 เท่า เนื่องจากทวารหนักมีความเปราะบางกว่าช่องคลอด

### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ (Human immunodeficiency virus infection and acquired immune deficiency syndrome) มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชไอวี (Kreamer, Kretzschmar และ Krickeberg, 2010) ในระยะแรกของการติดเชื้อผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการของโรค หรืออาจแสดงอาการคล้ายเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ (WHO, 2015) โดยปกติโรคนี้อาจต้องติดตามผลระยะยาวเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ค่อยแสดงอาการ (CDC, 2015) การติดเชื้อเอชไอวีนอกจากจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันแล้วยังเป็นการเพิ่ม

ความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโรคและการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดอื่น ในช่วงปลายของการติดเชื้อจะเรียกว่า โรคเอดส์ ลักษณะอาการที่สังเกตได้ชัดคือผู้ป่วยจะมีน้ำหนักตัวที่ลดลง (CDC, 2015)

เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (รวมถึงทางทวารหนักและช่องปาก) การปนเปื้อนจากการถ่ายเลือด เข็มฉีดยา จากแม่ที่ติดเชื้อสู่ทารกขณะตั้งครรภ์ และจากการให้นมบุตร (Rom และ Markowitz, 2007) ของเหลวบางอย่างของร่างกายเช่นน้ำลาย หรือน้ำตาไม่ก่อให้เกิดการติดต่อของเชื้อเอชไอวี (CDC, 2003) วิธีการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้อื่น และการชโลมอวัยวะเพศชาย (WHO, 2015) การติดเชื้อของทารกในครรภ์มารดาที่มีเชื้อเอชไอวีสามารถป้องกันได้ด้วยการใช้ยาต้านไวรัสทั้งในมารดาและทารก (WHO, 2015) ในปัจจุบันมีการพยายามหาวิธีการรักษาหรือใช้วัคซีนป้องกันโรค แต่ก็ยังไม่มีการรักษาที่หายขาดหรือวัคซีนที่สามารถป้องกันโรคได้ ยาต้านไวรัสจึงเป็นเพียงการชะลออาการของผู้ติดเชื้อให้มีอายุที่ยืนยาวขึ้น โดยปกติหากไม่ทำการรักษา ผู้ติดเชื้อจะมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 11 ปีหลังจากการติดเชื้อ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS และ WHO, 2007)

### อาการของโรค

อาการของการติดเชื้อเอชไอวีมี 3 ชั้นได้แก่ 1. ระยะการติดเชื้อเฉียบพลัน 2. ระยะแฝงทางคลินิก และ 3. ระยะโรคเอดส์

1. การติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลันเป็นระยะเริ่มต้นของการติดเชื้อไวรัสหรือเชื้อเอชไอวี (WHO, 2007) การติดเชื้อเฉียบพลันจะเกิดขึ้นประมาณ 2-4 สัปดาห์หลังจากการสัมผัสกับเชื้อไวรัส คนส่วนมากที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ (Roberts, 2008) ผู้ติดเชื้อร้อยละ 40-90 มีอาการไข้ ต่อมน้ำเหลืองใหญ่ขึ้น คออักเสบ เป็นผื่น ปวดหัว และอาจมีแผลที่ปากหรืออวัยวะเพศ (WHO, 2007) ผื่นที่เกิดขึ้นร้อยละ 20-50 เกิดขึ้นบริเวณตามลำตัว และในผู้ติดเชื้อบางรายมีการติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะนี้ (Geneva และ WHO, 2006) ผู้ติดเชื้อจะมีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียนหรือท้องเสีย อาจมีอาการทางระบบประสาทคือปลายประสาทอักเสบ หรือมีอาการของโรค Guillain-Barre โดยระยะเวลาของอาการจะแตกต่างกันไป ส่วนมากจะเกิดขึ้น 1-2 สัปดาห์ จากความไม่ชัดเจนและการไม่แสดงออกของลักษณะอาการ อาการเหล่านี้จึงไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด แม้ในการวินิจฉัยของแพทย์ก็อาจมี



ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้เนื่องจากมีหลายอาการที่มีลักษณะทับซ้อนกันกับโรคอื่นๆ ดังนั้นการพิจารณาว่าผู้ป่วยเข้าข่ายการติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องดูปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย

2. ระยะแฝงทางคลินิก เป็นระยะต่อจากอาการเริ่มต้นของการติดเชื้อ เรียกว่าระยะแฝงทางคลินิกซึ่งยังไม่มีอาการของการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอชไอวีเรื้อรัง หากไม่ได้รับการรักษา อาการระยะนี้จะอยู่ได้ประมาณ 3-20 ปี โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 8 ปี ในตอนแรกจะไม่มีอาการใดๆ แต่ตอนปลายของการติดเชื้อในขั้นนี้ผู้ติดเชื้อจะมีอาการไข้ น้ำหนักลด มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร ปวดกล้ามเนื้อ (Department of health and human service USA, 2015) ประมาณร้อยละ 50-70 ต่อมน้ำเหลืองจะขยายใหญ่ขึ้นมากกว่า 3 เท่าโดยไม่ทราบสาเหตุ แต่ไม่มีความเจ็บปวดใดๆนอกจากบริเวณขาหนีบ โดยจะเป็นนานกว่า 3-6 เดือน
3. ระยะการเป็นโรคเอดส์ หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยจะมีค่า CD4 และ T cells ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตรหรือเกิดโรคเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (Malani, 2010) โดยทั่วไปหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการรักษา เชื้อเอชไอวีนี้จะพัฒนามาเป็นโรคเอดส์ในเวลาประมาณ 10 ปี (Malani, 2010) โดยโรคที่จะเกิดขึ้นที่บ่งบอกถึงการเป็นเอดส์ได้แก่ โรคปอดบวมร้อยละ 40 ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (cachexia) ที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 20 และการเป็นเชื้อราที่หลอดอาหาร (Malani, 2010) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้ออื่นๆที่ระบบทางเดินหายใจ

### ช่องทางการติดต่อของเชื้อ

เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อผ่าน 3 ช่องทางได้แก่ 1. การติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ 2. ผ่านสารคัดหลั่งหรือเนื้อเยื่อ และ 3. จากแม่สู่ทารกระหว่างการตั้งครรภ์และการให้นมบุตร (Rom และ Markowitz, 2007) เชื้อจะไม่แพร่ผ่านอุจจาระ น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ เหงื่อ น้ำตา ปัสสาวะ หรืออาเจียน เว้นแต่จะมีการปนเปื้อนของเลือด (Van der Kuyt และ Cornelissen, 2007)

1. การติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์เป็นช่องทางการติดต่อเชื้อเอชไอวีที่พบมากที่สุด ในปี 2009 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบการแพร่เชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายมากที่สุด (Rom และ Markowitz, 2007) โดยคิดเป็นร้อยละ 64 ของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด ความเสี่ยงการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์จะสูงขึ้นเมื่อมีแผลที่อวัยวะเพศ โดยพบว่าการมีแผลที่อวัยวะเพศจะเพิ่มความเสี่ยงประมาณ 5 เท่า (Boily, Baggaley, Wang, Masse, White, Hayes และ Alary, 2009) ซึ่งมากกว่าการเป็นโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ โรคหนองในเทียม แบคทีเรีย (Dosekun และ Fox, 2010)

2. สารคัดหลั่งและเนื้อเยื่อ เชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ยังสามารถติดต่อกันได้ผ่านเลือด (Rom และ Markowitz, 2007) เช่นการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การถ่ายเลือดที่ปนเปื้อน หรือทางอุปกรณ์แพทย์ที่ไม่ได้ผ่านการทำความสะอาด เชื้อเอชไอวีสามารถถ่ายทอดผ่านเลือดได้ถึงร้อยละ 93 และยังไม่เป็นพาหะของการส่งผ่านเชื้อเอชไอวีได้ (Crans, 1993)
3. แม่สู่ทารก เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อกันได้จากแม่สู่ทารกในระหว่างการตั้งครรภ์ ระหว่างทำคลอด และการให้นมบุตร (Coutsoudis, Kwaan และ Thomson, 2010) หากไม่ได้รับการรักษาก่อนหรือระหว่างคลอดเชื้อเอชไอวีได้มีโอกาสติดต่อกันได้ถึงร้อยละ 20 และในรายที่มีการให้นมร่วมด้วยมีโอกาสถึงร้อยละ 35 (Coutsoudis และคณะ, 2010) โดยการใช้ยาต้านไวรัสในแม่และทารก ช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อระหว่างการให้นมบุตรได้ (White, Mirjahangir, Horvath, Anglemyer และ Read, 2014)

### การป้องกัน

แม้ว่าเชื้อเอชไอวีจะเป็นเชื้อที่สามารถติดต่อกันได้จากการมีเพศสัมพันธ์ แต่ก็มีแนวทางที่สามารถช่วยป้องกันโรคได้ในอัตราที่สูงได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันเชื้อโรค การใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ การใช้ยาต้านไวรัสหลังการสัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ การป้องกันจากแม่สู่ทารก และการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกัน

#### 1. เพศสัมพันธ์

การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในระยะยาวได้ถึงร้อยละ 80 (Crosby และ Bounse, 2012) ในคูรักรักที่คนใดคนหนึ่งติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ การใช้ถุงยางอย่างต่อเนืองช่วยให้อัตราการติดเชื้อเกิดขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 1 ต่อปี (WHO, 2003)

2. การใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่กินเพื่อป้องกันเอชไอวีก่อนการรับเชื้อ หรือ Pre-exposure prophylaxis เรียกสั้นๆว่า PrEP กินเป็นประจำในช่วงเวลาที่ยังมีความเสี่ยงในการรับเชื้อเอชไอวีสูง เช่น ช่วงที่ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี แต่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัสหรือเพิ่งเริ่มใช้ยาต้านไวรัสไม่ถึง 6 เดือนเป็นต้น(คลินิกนิรนาม สภาสาธารณสุขไทย, 2555)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อสู่คูรักรักต่อเมื่อมี CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 550 เซลล์/ไมโครลิตร หรือเรียกวิธีการนี้ว่าการรักษาเพื่อป้องกัน หรือ Treatment as Prevention-TasP (Anglemyer, Horvath และ Rutherford, 2013) โดยวิธีการรักษาเพื่อป้องกันสามารถลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อได้ถึง 10-20 เท่า (Chou, Selph, Dana, Bougatsos, Zakher, Blazina และ Korhuis,

2012) การใช้ยาต้านไวรัสรักษาก่อนการสัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ รักษาด้วยยา Tenofovir ซึ่งอาจใช้คู่กับ Emtricitabine มีประสิทธิภาพทั้งในกลุ่มชายรักชาย และคูรักรักที่คนหนึ่งติดเชื้อเอชไอวี (Celum และ Baeten, 2012)

### 3. การใช้ยาต้านไวรัสหลังการสัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

การใช้ยาต้านไวรัสหลังการสัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือ Post – Exposure Prophylaxis เรียกสั้นๆ ว่า PEP โดยจะจ่ายยาให้ทันทีที่คนไข้เพิ่งไปสัมผัสกับเชื้อเอชไอวี จำเป็นจะต้องใช้ยาให้เร็วที่สุดเพื่อให้ยานี้เข้าไปต่อสู้กับเชื้อไวรัส และคนไข้สร้างภูมิคุ้มกันที่จะป้องกันเชื้อเอชไอวี จึงจำเป็นต้องรับประทานภายในเวลา 72 ชั่วโมงหลังการสัมผัสเชื้อ และจะต้องทานต่อเนื่อง 28 วัน (คลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย, 2555)

ยาต้านไวรัส 3 ชนิดที่ช่วยลดความเสี่ยงหลังการสัมผัสเชื้อ ได้แก่ Tenofovir Emtricitabine และ Raltegravir ยาต้านไวรัสควรนำไปใช้ตั้งแต่ 48-72 ชั่วโมงหลังจากที่สัมผัสกับเลือดหรือการสัมผัสกับอวัยวะเพศที่ติดเชื้อเอชไอวี (Markovic และคณะ, 2012) การใช้ยา Zidovudine ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีได้ 5 เท่าในผู้ที่ใช้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อ (Markovic และคณะ, 2012) การรักษาใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ โดยผลข้างเคียงเมื่อใช้ Zidovudine คือ ร้อยละ 70 มีอาการต่อต้านยา ร้อยละ 22 อ่อนแรง ร้อยละ 13 มีความเศร้าทางอารมณ์ และร้อยละ 9 ปวดศีรษะ

### 4. การฉีดวัคซีน

ปัจจุบันยังไม่มี การอนุมัติให้ใช้วัคซีนเพื่อป้องกันเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ (Goudarzi, 2007) วัคซีนที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ RV144 เผยแพร่เมื่อปี 2009 ว่าช่วยลดความเสี่ยงในการเผยแพร่เชื้อได้ ร้อยละ 30 ส่งผลให้มาการวิจัยพัฒนาวัคซีนที่มีประสิทธิภาพขึ้น (Reynell และ Trkola, 2012)

#### การรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มี การรักษาหรือวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ การรักษาประกอบด้วยการใช้ยาต้านไวรัส โดยจะช่วยชะลอการลุกลามของโรค (May และ Ingle, 2011) ในปี 2010 มีการนำยาต้านไปไวรัสไปใช้ในในประเทศที่มีรายได้ขนาดกลางและต่ำ การรักษาจึงได้แก่ 1.การรักษาด้วยการต้านไวรัสและ 2. การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

#### 1. การรักษาด้วยการต้านไวรัส

องค์การอนามัยโลกและประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสได้ในทุกเพศทุกวัย รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้หลังการวินิจฉัย (Marrazzo, Rio, Holtgrave, Cohen, Kalichman, Mayer และ Kumarasamy, 2014) เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วไม่ควรจะหยุดการใช้ยา (Vogel, Schwarze-Zander, Wasmuth, Spengler, Sauerbruch และ

Rockstroh, 2010) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทำได้โดยการให้ยาต้านไวรัสด้วยวิธี highly active antiretroviral therapy หรือ HAART (Bartlett, 2006) ซึ่งวิธีการรักษาแบบ HAART ที่ให้ยา protease inhibitor ได้ใช้มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 และได้ผลดีมากต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Mocroft, Gill, Davidson และ Phillips, 2000) สูตรยาต้านไวรัสแบบ HAART ที่ดีที่สุดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้เป็นการผสมยาต้านไวรัสอย่างน้อยสามชนิดในกลุ่มยาต้านไวรัสอย่างน้อยสองกลุ่ม สูตรที่ใช้ทั่วไปประกอบด้วยยาในกลุ่ม nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor (NRTR หรือ NARTI) สองตัว ร่วมกับยาในกลุ่ม protease inhibitor หรือ non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กดำเนินไปอย่างรวดเร็วกว่าในผู้ใหญ่ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายอย่างก็ไม่สามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงของการดำเนินโรคได้ในเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็ก การรักษาที่แนะนำสำหรับเด็กจึงเป็นสูตรยาที่แรงกว่าในผู้ใหญ่ (Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection, 2002) ในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีการใช้สูตรยา HAART นั้น แพทย์จะเป็นผู้สั่งตรวจระดับ viral load, ความรวดเร็วในการลดจำนวนลงของเซลล์ CD4 และความพร้อมของผู้ป่วยในการเลือกรับการรักษา ก่อนที่จะเริ่มการรักษา (Famil, 2006)

เป้าหมายทั่วไปของการรักษาโดยสูตรยา HAART คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดจำนวนไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดให้อยู่ต่ำกว่าระดับที่ตรวจวัดได้ แต่ทั้งนี้ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ เมื่อหยุดยาแล้วเชื้อเอชไอวีก็สามารถเพิ่มจำนวนกลับมาก่อโรคได้ และเชื้อที่เพิ่มจำนวนขึ้นมานั้นมักติดต่อยาด้านไวรัส (Martinez DePasquale, Kartsonis, Hanna, Wong, Finzi และ Petropoulos, 2000) ทั้งนี้เวลาที่ต้องใช้ในการกำจัดไวรัสให้หมดไปจากร่างกายด้วยการให้ยาต้านไวรัสนั้นก็นานกว่าอายุขัยของคนปกติ (Blankson, Persaud และ Siliciano, 2002) อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายคนรู้สึกได้ถึงสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่การลดลงของอัตราการตายและอัตราการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี (Palella, Delaney, Moorman, Fuhrer, Satten และ Holmberg, 1998) เชื่อกันว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตร HAART ทำให้เพิ่มอายุขัยได้ระหว่าง 4-12 ปี (King, Justice, Roberts, Chang และ Fusco, 2003)

สำหรับผู้ป่วยกว่าครึ่งการใช้สูตรยา HAART นั้นได้ผลไม่เต็มที่ เนื่องจากผู้ป่วยทนผลข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบไม่เต็มที่มาก่อน หรือติดเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ที่ติดต่อยาด้านไวรัส สาเหตุส่วนใหญ่ของการที่ผู้ป่วยได้ผลจากยาไม่เต็มที่ส่วนใหญ่มาจากการกินยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่สม่ำเสมอ (Becker Dezii, Burtcel, Kawabata และ Hodder,

2002) สาเหตุของการกินยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่สม่ำเสมอมีหลายอย่าง ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางจิตสังคมรวมถึงการขาดโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาล การไม่มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคม โรคทางจิตเวช และการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง สูตรยา HAART นั้นบางครั้งซับซ้อนและใช้ยาก ลืมง่าย เนื่องจากมียาจำนวนมากที่ต้องกินบ่อยครั้ง (Nieuwkerk, Sprangers, Burger, Hugen, Danner และ Sprenger, 2001) ผลข้างเคียงของยาก็สามารถทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง ผลข้างเคียงเหล่านี้เช่น ไขมันเจริญผิดปกติ (lipodystrophy) ไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) ท้องเสีย ภาวะดื้ออินซูลิน เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางหัวใจและหลอดเลือดและความผิดปกติแต่กำเนิดนอกจากนั้นยาด้านไวรัสยังมีราคาแพง และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ยังไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข (Burgoyne และ Tan, 2008)

## 2. การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

การติดเชื้อฉวยโอกาสอาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อราหรือเชื้อปรสิตที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน (Holmes, Losina, Walensky, Yazdanpanah และ Freedberg, 2003) ซึ่งการติดเชื้อจะเกิดขึ้นที่อวัยวะนั้นๆ (Malani, 2010) หรืออาจส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะใกล้เคียง (Chu และ Selwyn 2011)

การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นผลดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่เป็เอดส์ เพราะนอกจากจะช่วยให้อาการของโรคไม่ทรุดลงแล้ว การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบ A และ B ก่อนหรือถ้าหากไม่ได้รับการฉีดวัคซีนมาก่อนก็สามารถฉีดหลังการติดเชื้อได้ (Laurence, 2006) การได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสมช่วยลดอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสถึงร้อยละ 50 ในช่วงปีค.ศ.1992-1997 (Smith, 2008)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมียาต้านไวรัสเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ยาวนานมากยิ่งขึ้น และลดอัตราของทารกแรกเกิดที่จะติดเชื้อจากมารดา แต่สิ่งเหล่านี้ก็อาจไม่เพียงพอต่อการหยุดยั้งผู้ช่วยติดเชื้อใหม่ได้ทั้งหมด โดยหากเราสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ ก็น่าจะเป็นผลดีต่อการยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้ และหากเราสามารถลดอัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้ ก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีจำนวนลดลง และเป็นการสร้างความเท่าเทียมลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติให้แก่บุคคลทุกเพศในประเทศได้

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัย คืออุปกรณ์ที่ทำจากน้ำยางธรรมชาติ น้ำยางสังเคราะห์หรือวัสดุอื่น ใช้สวมอวัยวะเพศชายเพื่อการคุมกำเนิด หรือป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) มีทั้งแบบสำหรับเพศชายและเพศหญิง โดยถุงยางอนามัยสำหรับเพศจะสวมครอบอวัยวะเพศชายในขณะที่เพศสัมพันธ์ ปัจจุบันถุงยางอนามัยส่วนใหญ่ทำมาจากยางพารา หรือจากโพลีเอทิลีน การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการคุมกำเนิด สามารถใช้งานได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย และแทบจะไม่มีผลข้างเคียงใดๆ นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (Trussell และ Guthrie, 2007)

### การใช้ถุงยางอนามัยในทางการแพทย์

#### 1. การคุมกำเนิด

ผู้ใช้ถุงยางอนามัยแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบได้แก่ 1. ผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ 2. ผู้ที่ใช้ถุงยางอย่างไม่ถูกวิธีหรือไม่สม่ำเสมอ (Hatcher และคณะ, 2007) ในช่วงปีก่อน พ.ศ. 2520 ประเทศไทยมีการรณรงค์ให้ประชาชนใช้ถุงยางอนามัยเพื่อคุมกำเนิดอย่างมากเนื่องจากมีอัตราการให้กำเนิดประชากรสูง แต่การใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดมีสัดส่วนที่ต่ำมาก เนื่องจากมาตรการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการคุมกำเนิด เช่น ห่วงอนามัย และการทำหมัน (ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ, 2558) แม้ว่าประชากรอายุ 15-24 ปีจะมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงถึงร้อยละ 71.9 แต่ในกลุ่มสตรีอายุ 15-44 ปีที่สมรสแล้วมีการคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยในอัตราที่ต่ำคือร้อยละ 1.2-2.4 (กรมอนามัย, 2552)

#### 2. การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ถุงยางอนามัยถูกนำไปใช้เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างแพร่หลาย โดยถุงยางอนามัยช่วยลดอัตราการติดเชื้อได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง (Varghese, Maher, Peterman, Branson และ Steketee, 2002) ในปี 2000 สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health) รายงานว่าการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ได้ประมาณร้อยละ 85 เมื่อเทียบกับการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันนอกจากนี้ในปี 2007 มหาวิทยาลัยเท็กซัสสาขาการแพทย์ (Cayley Jr, 2004) และองค์การอนามัยโลกปี 2007 พบการลดลงของความเสี่ยงประมาณร้อยละ 80-95 งานวิจัยสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2000 ยังสรุปว่าการใช้ถุงยางอนามัยช่วยลดความเสี่ยงของโรคหนองในได้ในเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกการศึกษาพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยสอดคล้องกับการลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเริมหรือที่เรียกกันว่าเริมอวัยวะเพศทั้งชายและหญิง (Wald, Langenberg, Krantz, Douglas, Handsfield, DiCarlo และ Corey, 2005) แต่ถึงแม้จะสวมถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคแล้ว การติดเชื้อบางอย่าง เช่น เริมอาจเกิดขึ้นได้ในบริเวณที่ถุงยางครอบคลุมไม่ถึง และเชื้อเริมนี้เองสามารถเผยแพร่ได้ผ่านการสัมผัสโดยตรง (Villhauer, 2005)

#### 3. การล้มเหลวในการใช้ถุงยางอนามัย

การล้มเหลวในการใช้ถุงยางอนามัยอาจเกิดขึ้นจากการที่ถุงยางอนามัยเลื่อนหลุดในขณะที่มีการหลั่งของอสุจิ (Sparrow และ Lavill, 1994) ความเสียหายทางกายภาพของถุงยางอนามัย (เช่น การฉีกขาดของถุงยางอนามัยขณะเปิดบรรจุภัณฑ์) หรือการเสื่อมสภาพของถุงยางอนามัย กล่าวคือถุงยางอนามัยหมดอายุการใช้งาน การเก็บรักษาที่ไม่ถูกวิธี การสัมผัสกับน้ำมัน โดยอัตราการแตกของถุงยางอนามัยอยู่ที่ร้อยละ 0.4-2.3 ในขณะที่อัตราการเลื่อนหลุดของถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์อยู่ที่ร้อยละ 0.6-1.3 (National Institutes of Allergy and Infectious Diseases, 2001)

การสวมถุงยางอนามัยซ้อนกัน 2 ชั้นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การใช้ถุงยางอนามัยล้มเหลว เนื่องจากการเสียดสีระหว่างยางกับยางทำให้ถุงยางอนามัยแตกได้ (New York University Student Health Center, 2008) งานวิจัยของ Walsh, Freziers, Peacock, Nelson, Clark, Bernstein และ Wraxall ในปี 2003 พบว่าหากถุงอนามัยแตกจะเหลืออสุจิประมาณครึ่งหนึ่งเทียบกับการไม่ใช้ถุงยางอนามัย และหากเกิดการเลื่อนหลุดของถุงยางอนามัยจะเหลืออสุจิประมาณ 1 ใน 5 เทียบกับการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน

โดยปกติมาตรฐานของถุงยางอนามัยจะมีขนาดพอดีกับขนาดอวัยวะเพศชายเพื่อให้สวมใส่ได้และไม่ทำให้เกิดการเลื่อนหลุด (Columbia Broadcasting System News, 2007) ถุงยางอนามัยที่ดีไม่ควรจะบางหรือหนาจนเกินไปเพราะจะทำให้ประสิทธิภาพของถุงยางอนามัยลดลง (WHO, 2004) ผู้ใช้ถุงยางอนามัยครั้งแรกมีโอกาสที่จะทำถุงยางอนามัยแตกหรือเกิดการเลื่อนหลุดของถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้ถุงยางอนามัย (Valappil, Kelaghan, Macaluso, Artz, Austin, Fleenor และ Hook, 2005) งานวิจัยของ Liskin ในปี 1990 พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการแตกและการเลื่อนหลุดของถุงยางอนามัย

#### ชนิดของถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัยที่มีการผลิตจำหน่ายในโลกนี้มี 3 ชนิดตามวัสดุที่ใช้

##### 1. ชนิดที่ทำจากลำไส้สัตว์ (Skin condom)

วัสดุที่ใช้ผลิตเป็นส่วนของลำไส้ส่วนล่างของแกะ ที่เรียก caecum ป้องกันได้เฉพาะการผ่านของอสุจิ แต่ไม่สามารถป้องกันเชื้อโรคอื่นๆได้ เช่น เชื้อเชชไอวี เริม (Anna, 1990) ถุงยางอนามัยชนิดที่ทำจากน้ำยางธรรมชาติจึงมีประสิทธิภาพที่ดีกว่า เนื่องจากถุงยางอนามัยที่ทำจากลำไส้ของสัตว์ผิวของวัสดุมีรูพรุนเล็กๆที่ขวางได้เฉพาะตัวอสุจิเท่านั้น แต่ไม่สามารถป้องกันเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (Young, 2005)

##### 2. ชนิดที่ทำจากน้ำยางธรรมชาติ (rubber condom or latex condom)

ถุงยางอนามัยที่ทำจากยางธรรมชาติมีราคาถูกกว่า บางกว่า ยืดหยุ่นได้ดี (Free, 1980)

ถุงยางอนามัยจะเสื่อมสภาพเมื่อสัมผัสกับน้ำมันหล่อลื่นชนิดปิโตรเลียม (Sparrow, 1994) การสวมใส่ก็กระชับรัดแน่นเนื้อ สามารถใช้ได้ทั้งเพื่อการคุมกำเนิดและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

### 3. ชนิดที่ทำจาก Polyurethane (ถุงยางพลาสติก)

ปัจจุบันได้มีการนำวัสดุอื่นมาผลิตเป็นถุงยางอนามัยด้วย เช่น สาร Polyurethane, AT-10 resin (Valappil และคณะ, 2007) เนื่องจากถุงยางอนามัยที่ทำจากยางธรรมชาติก็มีข้อด้อยคือ อาจทำให้แพ้ ใช้กับสารหล่อลื่นบางชนิดไม่ได้ ถุงยางอนามัยชนิดนี้เรียกว่า ถุงยางพลาสติก (plastic condom) โดยถุงยางชนิดนี้มีความกว้างและความหนาเช่นเดียวกับถุงยางอนามัยที่ทำจากยางธรรมชาติโดยมีความหนาประมาณ 0.04-0.07 มิลลิเมตร ถุงยางอนามัยชนิดนี้ คงทนกว่าแบบยางธรรมชาติ สามารถใช้สารหล่อลื่นที่ทำจากผลิตภัณฑ์ปิโตรเคมีได้ แต่ข้อเสียของถุงยางอนามัยชนิดนี้คือมีราคาแพงกว่า (Valappil และคณะ, 2007) และมีความยืดหยุ่นน้อยกว่าแบบทำจากยางธรรมชาติทำให้อาจเลื่อนหลุดหรือแตกได้มากกว่า (Walsh และคณะ, 2003)

#### ขนาดของถุงยางอนามัย

คุณภาพมาตรฐานและข้อกำหนดของถุงยางอนามัยตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขปี 2535 ได้กำหนดประเภทของถุงยางอนามัยที่ทำจากน้ำยางธรรมชาติ เป็น 13 ประเภท ตามขนาดความกว้าง คือ ตั้งแต่ขนาด 44 มิลลิเมตร จนถึงขนาด 56 มิลลิเมตร และกำหนดความยาวของถุงยางวัดจากปลายเปิด จนถึงปลายปิดไม่รวมส่วนที่เป็นดิ่งหรือกระเปาะ ต้องไม่น้อยกว่า 160 มิลลิเมตร ซึ่งกำหนดตามมาตรฐานขององค์การกำหนดมาตรฐานระหว่างประเทศ (ISO) ปี ค.ศ. 1990 สำหรับประเทศไทยมีจำหน่ายอยู่ 2 ขนาด คือขนาดใหญ่กับขนาดใหญ่พิเศษ

-ขนาดใหญ่ หรือขนาด 49 มิลลิเมตร มีขนาดความกว้างเมื่อบางที่คลี่แล้วแบนราบกับพื้น วัดจากขอบหนึ่งถึงขอบหนึ่ง 49 มิลลิเมตร มีขนาดความยาวไม่น้อยกว่า 160 มิลลิเมตร ขนาดนี้เหมาะกับคนไทยมากที่สุด

-ขนาดใหญ่พิเศษ หรือขนาด 52 มิลลิเมตร ความกว้างเมื่อบางแบนราบ เท่ากับ 52 มิลลิเมตร ความยาวเท่ากับ 180 มิลลิเมตร



### วิธีการใช้ถุงยางอนามัย

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงเกี่ยวกับการอนุญาตผลิตและนำเข้าเครื่องมือแพทย์ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์พ.ศ. 2551 ให้ระบุข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับขั้นตอน (procedure) วิธีการ (method) เช่น

1. นำถุงยางอนามัยออกจากซองบรรจุระวังของมีคมซึ่งอาจทำให้ถุงยางรั่วได้
2. บีบส่วนปลายของถุงยางอนามัยเพื่อไล่อากาศออก
3. สวมถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัวโดยให้ขอบที่ม้วนอยู่ด้านนอกค่อยๆ รูดเข้าหาตัวจนสุด
4. เมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิแล้วดึงอวัยวะเพศออกจากช่องคลอดทันทีโดยจับขอบถุงยางอนามัยให้กระชับ
5. ค่อยๆ รูดถุงยางอนามัยระวังอย่าให้น้ำอสุจิหกเลอะเทอะ
6. ควรทิ้งถุงยางอนามัยในที่ที่เหมาะสมเช่นถังขยะ

ดังนั้นอุปกรณ์ที่สามารถใช้คุมกำเนิดและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุดคือการใช้ถุงยางอนามัย เพราะนอกจากจะสามารถใช้งานได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อยแล้ว ยังแทบจะไม่มีผลข้างเคียงใดๆ (Trussell และ Guthrie, 2007) ยิ่งไปกว่านั้นปัจจุบันประเทศไทยได้มีการวางแผนยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ พ.ศ.2558–2562 โดยนพ.ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล รองอธิบดีกรมควบคุมโรค และ นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัยโดยได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัย กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีแนวทางทั้งสิ้น 5 แนวทาง ได้แก่ 1.“พกได้ มั่นใจ” ยอมรับและลดอคติ 2.“หาง่าย ใช้เป็น” เข้าถึงสะดวก ใช้ได้ถูกวิธี 3.“ทุกชั้น มีคุณภาพ” ควบคุมการผลิตได้มาตรฐาน 4.“รัฐนำ ทุกฝ่ายหนุน” สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ถุงยางอนามัย และ 5.“เร่งรัด วัตถุประสงค์” เร่งประเมินผลเพื่อมุ่งความสำเร็จ แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับถุงยางอนามัยทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค และภาครัฐบาลและภาคเอกชนในประเทศไทย

### **แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)**

จากการศึกษาของ Ajzen (1991) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมด 3 ตัว ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ทั้ง 3 ตัวนี้สามารถทำนายความตั้งใจ (Intention) ของบุคคลในการทำพฤติกรรมซึ่งส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรม (Behavior) นั้นๆ

### เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior)

มนุษย์ทุกคนล้วนมีเจตคติต่อสิ่งต่างๆ ไม่ว่าจะต่อบุคคล สิ่งของ หรือพฤติกรรม ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลอันส่งผลต่อความคิดและการกระทำที่แตกต่างกัน

เจตคติต่อพฤติกรรม (Ajzen, 1991) คือ การประเมินของบุคคลต่อพฤติกรรมว่าพฤติกรรมนั้นๆ ดีหรือไม่ (Evaluation of Consequences) หากบุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมที่ทำนั้นจะนำมาสู่ผลลัพธ์ทางบวก บุคคลก็จะมีเจตคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมและจะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางลบ บุคคลก็จะมีเจตคติทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมและส่งผลให้บุคคลไม่อยากทำพฤติกรรมนั้นๆ จะเห็นว่าเจตคติต่อพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับการประเมินผลลัพธ์ของการทำพฤติกรรมอันมีพื้นฐานมาจากความเชื่อของแต่ละบุคคล (Ajzen, 1985)

การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมมี 2 วิธี คือ การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมโดยตรงและทางอ้อม

1. **การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมทางตรง** สามารถใช้มาตรวัดจำแนกความหมาย (semantic differential scale) ของ Osgood (1957) โดยจะใช้คำคุณศัพท์ขั้วกันข้าม (Bipolar) และมีวิธีการประเมินตัวอย่างเช่น

หากฉันใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่...

ไม่ดี : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : ดี

เป็นโทษ : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เป็นประโยชน์

ไม่พอใจ : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : พพอใจ

คำตอบที่ได้ในแต่ละมาตราให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 และผลรวมที่ได้จะเป็นการวัดเจตคติทางตรงต่อพฤติกรรม

2. **การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมทางอ้อม** คือ ผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับผลกรรมหรือผลของการกระทำ (Behavior Beliefs หรือ b) กับการประเมินผลกรรมหรือผลของการกระทำ (Evaluation of Consequences หรือ e) ทำให้เกิดเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior หรือ  $A_b$ ) (Ajzen, 1980 อ้างอิงใน บุษราคัม ทองใย, 2555) โดยเจตคติทางอ้อมได้มาจากการกระตุ้นความเชื่อเด่นชัด โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับผลของการกระทำต่อพฤติกรรมเป้าหมาย เช่นการหาความเชื่อที่เป็นรากฐานของเจตคติของบุคคลต่อการทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งอาจทำได้โดยให้ตอบคำถามต่อไปนี้ เช่น “การใช้ถุงยางอนามัย จะทำให้เกิดผลอะไรตามมาบ้าง”

ต่อจากนั้นนำคำถามข้างต้นไปถามกลุ่มคนที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 คนขึ้นไป และนำคำตอบที่

ได้มาจัดกลุ่มรวมความเชื่อที่คล้ายคลึงกันไว้กลุ่มเดียวกัน และเรียงลำดับตามความถี่จากสูงไปต่ำ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกความเชื่อไปสร้างมาตร 3 วิธี คือ

- 1) เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงสุด 10-12 ตัว
- 2) เลือกความเชื่อที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละในระดับหนึ่งกล่าวถึง เช่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 หรือ 20 กล่าวถึง
- 3) เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงสุดตามลำดับลงไปให้ได้ความถี่สะสมประมาณร้อยละ 75

เมื่อต้องการทราบเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคลจึงจำเป็นต้องประเมินความเชื่อเด่นชัดโดยนำความเชื่อมาสร้างมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับผลกรรมหรือผลของการกระทำ (b) คือ ความเชื่อที่ว่าถ้าบุคคลทำพฤติกรรมแล้วจะก่อให้เกิดผลอย่างไร กับ การประเมินผลกรรมหรือผลของการกระทำ (e) คือ การประเมินว่าการทำพฤติกรรมนั้นจะทำให้เกิดผลที่น่าพึงพอใจหรือไม่ (Hale, Householder และ Greene, 2003) โดยใช้คำคุณศัพท์ที่เป็นคำตรงกันข้ามประกอบกับมาตร 7 ช่วง ให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 เพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวอย่าง คำถามในการวัด Behavioral Beliefs หรือ  $b_i$

หากฉันใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์จะทำให้ฉันไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ไม่เห็นด้วย : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วย

ตัวอย่าง คำถามในการวัด Evaluation of Consequences หรือ  $e_i$

การที่ฉันไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่

ไม่ดี : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำและการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรม สามารถเขียนเป็นสมการได้ว่า

$$A_B = f\left[\sum_{i=1}^n b_i e_i\right]$$

โดยที่

$A_B$  หมายถึง เจตคติต่อการทำพฤติกรรม

$n$  หมายถึง จำนวนความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม

$b_i$  หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม

$e_i$  หมายถึง การประเมินผลของการกระทำพฤติกรรม

### อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm)

กลุ่มอ้างอิง คือ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงจะสูงขึ้นเมื่อกลุ่มอ้างอิงนั้นมีความสำคัญต่อเขามาก (Ajzen, 1980 อ้างอิงใน บุษราคัม ทองใย, 2555)

อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง (Ajzen, 1991) คือ การรับรู้ของบุคคลว่าพฤติกรรมนั้นๆได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิงมากน้อยเพียงใด ซึ่งพฤติกรรมใดที่บุคคลรับรู้ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิงก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่ม

อ้างอิง (Motivation to Comply) คือ การรับรู้ว่าคุณต้องทำตามกลุ่มอ้างอิงมากน้อยเพียงใด

การวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงมี 2 วิธี คือ การวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงโดยตรงและทางอ้อม

1. การวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงทางตรง เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคล ว่า คนที่มีความสำคัญสำหรับตน คิดว่าตนควรหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น โดยใช้มาตราประมาณค่า 7 ช่วงให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 ตัวอย่างเช่น

**บุคคลที่มีความสำคัญต่อฉัน** คิดว่าฉันควรใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

ไม่เห็นด้วย : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วย

คำตอบที่ได้ในแต่ละมาตราให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 และผลรวมที่ได้จะเป็นการวัดการอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงทางตรงต่อพฤติกรรม

2. การวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม คือ ผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative Belief หรือ NB) คือ ความเชื่อของบุคคลว่ากลุ่มอ้างอิงสนับสนุนพฤติกรรมมากน้อยเพียงใด กับ แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply หรือ MC) โดยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมได้มาจากการหาความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับบุคคลที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย เช่น “การทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ท่านคิดว่าบุคคลใดบ้างที่มีความสำคัญต่อท่านที่นึกถึงเมื่อท่านจะทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์” ต่อจากนั้นนำคำถามข้างต้นไปถามกลุ่มคนที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 คนขึ้นไป และนำคำตอบที่ได้มาจัดกลุ่มรวมความเชื่อที่คล้ายคลึงกันไว้กลุ่มเดียวกัน และเรียงลำดับตามความถี่จากสูงไปต่ำ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกความเชื่อไปสร้างมาตร 3 วิธี คือ

1) เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงสุด 10-12 ตัว

2) เลือกความเชื่อที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละในระดับหนึ่งกล่าวถึง เช่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 หรือ 20 กล่าวถึง

3) เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงสุดตามลำดับลงไปให้ได้ความถี่สะสมประมาณร้อยละ 75 เมื่อต้องการทราบการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคลจึงจำเป็นต้องประเมินความเชื่อเด่นชัด โดยนำความเชื่อเหล่านี้มาสร้างเป็นมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative Belief หรือ NB) กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply หรือ MC) โดยใช้คำคุณศัพท์ที่เป็นคำตรงกันข้ามประกอบกับมาตรา 7 ช่วง ให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 เพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์หีข้อมูล

ตัวอย่าง คำถามในการวัด Normative Beliefs หรือ NB

**เพื่อนของฉันคิดว่า ฉันควรมีเพศสัมพันธ์โดยการให้ถุงยางอนามัย**

ไม่เห็นด้วย :   1   :   2   :   3   :   4   :   5   :   6   :   7   : เห็นด้วย

ตัวอย่าง คำถามในการวัด Motivation of Comply หรือ MC

**โดยทั่วไปฉันต้องการทำพฤติกรรมที่เพื่อนของฉันต้องการให้ทำ**

ไม่เห็นด้วย :   1   :   2   :   3   :   4   :   5   :   6   :   7   : เห็นด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและการประเมินแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรม สามารถเขียนเป็นสมการได้ว่า

$$SN = f\left[\sum_{j=1}^m NB_j MC_j\right]$$

โดยที่

SN หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการทำพฤติกรรม

m หมายถึง จำนวนแหล่งหรือกลุ่มอ้างอิง

$NB_j$  หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง

$MC_j$  หมายถึง แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

### การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 1991) คือ การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายในการทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยการรับรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับพฤติกรรมและการมีหรือไม่มีทรัพยากรที่จำเป็น เช่น ความสามารถ สภาพร่างกาย เป็นต้น นอกจากนี้ก็มักจะยังขึ้นอยู่กับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมจากคนรอบข้าง ซึ่งมาจากประสบการณ์ของเขาและปัจจัยที่เขาเมื่ออยู่ซึ่งเพิ่มหรือลดการรับรู้ความยากในการแสดงพฤติกรรม ดังนั้นยิ่งบุคคลรับรู้ว่ามีทรัพยากรและมีโอกาสมาก มีอุปสรรคและสิ่งที่มาขัดขวางน้อย บุคคลจะรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมนั้นมาก

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมี 2 วิธี คือ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมโดยตรงและทางอ้อม

1. **การวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางตรง** สามารถใช้มาตรวัดจำแนกความหมาย (semantic differential scale) ของ Osgood (1957) โดยจะใช้คำคุณศัพท์ขั้วกันข้าม (Bipolar) และมีติการประเมิน ตัวอย่างเช่น

**ฉันมั่นใจว่า** ฉันจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

น้อย : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : มาก

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง

ไม่เห็นด้วย : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วย

คำตอบที่ได้ในแต่ละมาตราให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 และผลรวมที่ได้จะเป็นการวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมทางตรงต่อพฤติกรรม

2. **การวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม** คือ ผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control belief หรือ C) และการรับรู้การควบคุม (Perceived power หรือ P) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการมีอยู่หรือไม่มีอยู่ของทรัพยากรหรือโอกาสในการทำพฤติกรรม ส่วนการรับรู้การควบคุม คือ การรับรู้ของบุคคลว่ามีปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนหรือขัดขวางการทำพฤติกรรม (ปิยภรณ์ อภิฐานจิตติ, 2551) การวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางอ้อมได้มาจากการหาความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมการกระทำพฤติกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย เช่น “ท่านคิดว่าหากทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จะมีปัจจัยใดที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการทำพฤติกรรมนี้”

ต่อจากนั้นนำคำถามข้างต้นไปถามกลุ่มคนที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 คนขึ้นไป และนำคำตอบที่ได้มาจัดกลุ่มรวมความเชื่อที่คล้ายคลึงกันไว้กลุ่มเดียวกัน และเรียงลำดับตามความถี่จากสูงไปต่ำ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกความเชื่อไปสร้างมาตร 3 วิธี คือ

- 1) เลือกความเชื่อในปัจจุบันที่มีความถี่สูงสุด 10-12 ตัว
- 2) เลือกความเชื่อในปัจจุบันที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละในระดับหนึ่งกล่าวถึง เช่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 หรือ 20 กล่าวถึง
- 3) เลือกความเชื่อในปัจจุบันที่มีความถี่สูงสุดตามลำดับลงไปให้ได้ความถี่สะสมประมาณร้อยละ 75

เมื่อต้องการทราบการรับรู้การควบคุมการกระทำพฤติกรรมของบุคคลจึงจำเป็นต้องประเมินความเชื่อเด่นชัด โดยนำความเชื่อเหล่านี้มาสร้างเป็นมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control belief หรือ C) และการรับรู้การควบคุม (Perceived power หรือ P) โดยใช้คำคุณศัพท์ที่เป็นคำตรงกันข้ามประกอบกับมาตร 7 ช่วง ให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 เพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวอย่าง คำถามในการวัด Control Beliefs หรือ C

เป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่ฉันจะมีเพศสัมพันธ์ซึ่งมีการเตรียมพร้อมล่วงหน้าในครั้งต่อไป  
เป็นไปได้ไม่ได้เลย : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เป็นไปได้มากที่สุด

ตัวอย่าง คำถามในการวัด Perceived Power หรือ P

การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งมีการเตรียมพร้อมล่วงหน้าขัดขวางหรือสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัย  
ขณะมีเพศสัมพันธ์ของฉันในครั้งต่อไป

ขัดขวางมาก : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : สนับสนุนมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมและและการรับรู้การควบคุมการกระทำพฤติกรรม สามารถเขียนเป็นสมการได้ว่า

$$PBC = f [i=1qC_i P_i ]$$

โดยที่	PBC หมายถึง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม
	q หมายถึง จำนวนปัจจัย
	C <sub>i</sub> หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
	P <sub>i</sub> หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

#### ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม (Intention)

ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม คือ ความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะทำพฤติกรรม (Ajzen, 1980 อ้างอิงใน บุชราคม ทองใย, 2555) ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำพฤติกรรม ยิ่งคนมีความตั้งใจในการทำพฤติกรรมมาก ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดการกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

**ฉันตั้งใจจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์**

ไม่เห็นด้วย : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วย

**ฉันพยายามจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์**

ไม่เห็นด้วย : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วย

คำตอบที่ได้ในแต่ละมาตราให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 และผลรวมที่ได้จะเป็นการวัดความตั้งใจในการทำพฤติกรรม



ความสัมพันธ์ระหว่างความความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมและตัวแปรทั้งสามข้างต้นสามารถเขียนเป็นสมการได้ว่า

$$BI = A_B (W_1) + SN_B (W_2) + PBC (W_3)$$

โดยที่	BI	หมายถึง ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม
	$A_B$	หมายถึง เจตคติต่อการทำพฤติกรรม
	$SN_B$	หมายถึง อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงในการทำพฤติกรรม
	PBC	หมายถึง การรับรู้การควบคุมการทำพฤติกรรม
	$W_1$	หมายถึง ค่าน้ำหนักความสำคัญของเจตคติต่อการทำพฤติกรรม
	$W_2$	หมายถึง ค่าน้ำหนักความสำคัญของอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง
	$W_3$	หมายถึง ค่าน้ำหนักความสำคัญของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนได้มานำมาประยุกต์ใช้กับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ มาแล้วเป็นจำนวนมาก ดังนี้

Cron และ Pobocik ในปี 2013 ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการรับประทานอาหารแบบมังสวิรัตโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนซึ่งศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน มีอายุเฉลี่ย 31 ปี แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น Vegetarian(มังสวิรัต) 47%, Vegan(รับประทานอาหารเจ) 45% และ Semi-vegetarian(กลุ่มมังสวิรัตที่รับประทานไข่ นม และเนื้อสัตว์เป็นบางครั้ง) 6.3% จากแบบสอบถามพบว่าสาเหตุของการรับประทานอาหารมังสวิรัตเพราะ 1. ไม่อยากทำร้ายสัตว์ (57.3%) 2. เพื่อสุขภาพ (17.5%) และ 3. คำนึงถึงสิ่งแวดล้อม (12.6%) จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารแบบมังสวิรัตเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความตั้งใจในการรับประทานอาหารแบบมังสวิรัตต่อไป ( $\beta = .704, p < .01$ ) และตัวแปรที่ทำนายได้รองลงมาคือ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการรับประทานอาหารแบบมังสวิรัต ( $\beta = .568, p < .01$ ) แต่เจตคติต่อการรับประทานอาหารแบบมังสวิรัตไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการรับประทานอาหารแบบมังสวิรัตได้

Faghih, Solhi, Jajayeri, Zadeh, Rahimi และ Aghamolaei ในปี 2014 ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำนายความตั้งใจในการบริโภคอาหารขยะโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนซึ่งงานวิจัยนี้ต้องการวัด

ความตั้งใจในการบริโภคอาหารขยะ โดยวัดจากกลุ่มตัวอย่างเพศชายอายุ 15-18 ปี จำนวน 271 คน โดยวัดแบบสอบถามตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ได้แก่ เจตคติต่อการบริโภคอาหารขยะ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการบริโภคอาหารขยะ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะจากผลการวิจัยพบว่าอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการบริโภคอาหารขยะเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความตั้งใจในการบริโภคอาหารขยะ ( $\beta=.38, p<.01$ ) และตัวแปรที่สามารถทำนายได้รองลงมา คือเจตคติต่อการบริโภคอาหารขยะ ( $\beta=.29, p<.01$ ) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารขยะ ( $\beta=.18, p<.01$ ) ตามลำดับ

Karimy, Niknami, Heidarnia, Hajizadeh, Montazeri ในปี 2013 ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาแพทย์ ประเทศอิหร่าน จำนวน 170 คน มีอายุเฉลี่ย 21.25 ปี โดยใช้วิธีให้ตอบแบบสอบถามในการเก็บข้อมูล จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการสูบบุหรี่, เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรี่สามารถทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการสูบบุหรี่เป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ ( $\beta=.82, p<.01$ ) และตัวแปรที่สามารถทำนายได้รองลงมา คือ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ( $\beta=.75, p<.01$ ) และอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรี่ ( $\beta=.72, p<.01$ ) ตามลำดับ

ยิ่งไปกว่านั้น งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนสามารถนำมาทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้ และนิยมใช้ในงานวิจัยเพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยด้วยซึ่งมีงานวิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน คือ งานวิจัยของ Sheeran, Abraham และ Orbell ในปี 1999 ได้ทำการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta-Analysis) ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรทั้ง 3 ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมากในการเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย และคณะผู้วิจัยยังพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมอีกเป็นจำนวนมาก ดังนี้

Xiao, Palmgreen, Zimmerman และ Noar ในปี 2010 ได้ศึกษาโมเดลหลายตัวแปร (multiple domain model) เพื่อทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมหาวิทยาลัยในประเทศจีน จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรทั้ง 3 สามารถทำนายความ

ตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการทำนายของทั้ง 3 ตัวแปรไม่แตกต่างกันมาก โดยเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.187, p<.01$ ) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.183, p<.01$ ) และอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.160, p<.01$ ) สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ตามลำดับและตัวแปรทั้ง 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 54.8 อีกด้วย

Nigussie และ Jemal ในปี 2011 ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนในการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย HIV ที่เข้ารับการรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัสในศูนย์ให้บริการสุขภาพบริเวณ North Shoa ประเทศเอธิโอเปีย จำนวน 337 คน เป็นเพศหญิง 56% และเป็นเพศชาย 44% มีอายุเฉลี่ย 32 ปี จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรทั้ง 3 สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการทำนายของทั้ง 3 ตัวแปรไม่แตกต่างกันมาก โดยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.39, p<.01$ ) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.36, p<.01$ ) และเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.31, p<.01$ ) สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ตามลำดับและตัวแปรทั้ง 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 29.1 อีกด้วย

Sacolo, Chung, Chu, Liao, Chen และ Chou ในปี 2013 ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งคือ การงดการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งได้จะมุ่งเน้นไปที่การลดพฤติกรรมทางเสี่ยงทางเพศในกลุ่มคนวัยหนุ่มสาว และเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่างๆ ที่ถูกต้อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 369 คน ในโรงเรียนที่สวาซิแลนด์ โดยมาจากวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจาก 4 โรงเรียนและใช้แบบสอบถามที่ไม่ระบุชื่อ จากผลการวิจัยพบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนสามารถความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (การงดการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 สามารถทำนายความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ดีพอๆ กัน คือ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ( $\beta=.41, p<.01$ ) และเจตคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ( $\beta=.39, p<.01$ ) และตัวแปรที่สามารถทำนายได้รองลงมา คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมารับประทานอาหารขยะ ( $\beta=.10, p<.01$ ) และตัวแปรทั้ง 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 43.8 อีกด้วย

Guo, McAleese, Appleby, Zhang, Huang และ Peterson ในปี 2014 ได้ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรในการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในประเทศจีน จำนวน 402 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 80% รายงานว่าตนมีเพศสัมพันธ์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และ 38.19% รายงานว่าตนมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ด้วย จากผลการวิจัยพบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาประเทศจีนได้ โดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .332, p < .01$ ) และตัวแปรที่ทำนายได้รองลงมา คือ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .259, p < .01$ ) และเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .213, p < .01$ ) ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่กล่าวมา ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนพบว่า มีหลักฐานงานวิจัยหลายงานที่บ่งชี้ว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนสามารถนำมาใช้ในการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ด้วยเช่นกัน โดยมีข้อค้นพบว่า ตัวแปรเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้ถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแต่ละตัวแปรมีความสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้มากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัยและอาจมีตัวแปรเพิ่มเติมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น เพศของกลุ่มตัวอย่าง ปีที่เก็บข้อมูล วัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น ที่ทำให้แต่ละตัวแปรสามารถทำนายได้แตกต่างกันซึ่งสามารถนำไปพัฒนาต่อได้เพื่อให้มีความเหมาะสมในแต่ละกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น และนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอีกด้วย

### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ ความหุนหันพลันแล่น (Impulsiveness)

หุนหันพลันแล่น คือความต้องการหรือแรงผลักดันที่เกิดขึ้นฉับพลัน พบได้ในบุคคลทั่วไปโดยเป็นพื้นฐานกระบวนการคิดของมนุษย์ แต่ในรายที่มีปัญหา เช่นในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ (Smith, 2012) พบความผิดปกติในการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่นหรือมีการควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ไม่ดี โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ บุคลิกภาพและการเข้าสังคม (Carter, 2014) ในปี 2006 Eigsti, Zayas, Mischel, Shoda, Ayduk, Dadlani และ Casey ได้ทำการศึกษาถึงผลในระยะยาวของความสามารถในการอดทนรอคอย

(delayed gratification) โดยความสามารถในการอดทนรอคอยสะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมความหุนหันพลันแล่นที่ดี และหมายถึงความสามารถที่จะอดทนต่อสิ่งล่อใจในปัจจุบันเพื่อรางวัลในอนาคต มีการเชื่อมโยงระหว่างการอดทนรอคอยกับผลลัพธ์ด้านบวกหลายด้าน เช่น ความสำเร็จทางการศึกษา สุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสามารถทางสังคม (Carducci, 2009) นอกจากนี้งานวิจัยของ Eysenck และ Pearson ในปี 1984 ยังพบว่าโดยเฉลี่ยเพศชายจะมีคะแนนความหุนหันพลันแล่นสูงกว่าเพศหญิง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าม้งงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความหุนหันพลันแล่นกับพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องสุขภาพที่ใช้มาตรวัด The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) เช่น งานวิจัยของ Standford, Greve, Boudreaux, Mathias และ Brumbelow ในปี 1996 ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความหุนหันพลันแล่นต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีพฤติกรรมก้าวร้าว การใช้สารเสพติด การขับรถขณะเมเมา และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ โดยใช้ BIS-11 ในการวัดความหุนหันพลันแล่นและคำถามถูกผิดในการวัดการทำพฤติกรรมเสี่ยง ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มนักเรียนมัธยมปลายและกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย โดย Cronbach's alpha ของ BIS-11 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองคือ .8 และ .82 ตามลำดับ และผลการศึกษาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความหุนหันพลันแล่นสูงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความหุนหันพลันแล่นต่ำ (Standford และคณะ, 1996) การให้กลุ่มตัวอย่างรายงานตนเองโดยใช้แบบสอบถามเป็นประโยชน์เพราะทำให้สามารถระบุถึงผู้มีความเสี่ยงสูงได้

งานวิจัยของ Martins, Tavares, Silva Lobo, Galetti และ Gentil ในปี 2004 ได้ทำการศึกษาโรคติดการพนัน และพฤติกรรมการรับความเสี่ยง ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 78 คน และเพศหญิง 78 คน ซึ่งเป็นโรคติดการพนัน เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับความเสี่ยง ได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตาย การเล่นเกมพนัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการติดแอลกอฮอล์ โดยใช้มาตรวัด BIS-11 ในการวัดความหุนหันพลันแล่น พบนัยสำคัญทางสถิติความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและความหุนหันพลันแล่น ( $\beta = 6.74$ ;  $S.E.M. = 3.3$ ;  $t = 2.0$ ;  $P = .042$ ) และในเพศชายมีความเสี่ยงในพฤติกรรมทางเพศมากกว่าเพศหญิง คือ เพศชายร้อยละ 32 ต่อเพศหญิงร้อยละ 11

มาตรวัด BIS-11 มีการใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่น Someya, Sakado, Seki, Kojima, Reist, Tang และ Takahashi ในปี 2001 ได้มีการนำมาตรวัด BIS-11 ไปใช้โดยการแปลเป็นภาษาญี่ปุ่น เพื่อหาความตรงและความเที่ยงของมาตรวัดโดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างบุคคลทั่วไปที่เป็นนักเรียน 34 คน วิทยากร 416 คน มีการทดสอบซ้ำเพื่อวัดความเที่ยงของมาตร พบว่ามีความสอดคล้องภายในเนื้อหา โดย Cronbach's Alpha เท่ากับ .79 และไม่พบความแตกต่างในเรื่องความต่าง

ของ อายุ เพศ และการศึกษา มาตรฐาน BIS-11 ในรูปแบบภาษาญี่ปุ่นมีความเที่ยงและความตรงและผลที่ได้สามารถนำมาใช้ได้เช่นเดียวกับมาตรฐานฉบับของ Barratt ซึ่งมีประสิทธิภาพในการทำนายความหุนหันพลันแล่น

Davis และคณะ ในปี 2015 ได้ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรต่างๆ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัย จากงานวิจัยพบว่า ภาวะหุนหันพลันแล่น เจตคติต่อพฤติกรรมต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายความตั้งใจในการต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยวัดภาวะหุนหันพลันแล่นจากการใช้คำคุณศัพท์ขั้วกันข้าม (Bipolar) 5 ข้อกระทง คำตอบที่ได้ในแต่ละข้อกระทงให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 ตัวแปรเจตคติเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความตั้งใจในการต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.36$ ,  $p<.001$ ) และตัวแปรที่สามารถทำนายได้รองลงมา คือภาวะความหุนหันพลันแล่น ( $\beta=.33$ ,  $p<.001$ ) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.19$ ,  $p<.001$ ) ตามลำดับ นอกจากนี้ จากงานวิจัยนี้ยังพบผลเพิ่มเติมอีกว่า ภาวะหุนหันพลันแล่นสามารถทำนายเจตคติต่อพฤติกรรมต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.32$ ,  $p<.001$ ) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.28$ ,  $p<.001$ ) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### มาตรฐานบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton, 1995) เป็นมาตรฐานบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่นที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย โดยความหุนหันพลันแล่นช่วยทำให้เข้าใจในโครงสร้างและความสัมพันธ์ในมีความผิดปกติเป็นเวลากว่า 50 ปี (Stanford, 2009)

Barratt และสมาคมระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยความหุนหันพลันแล่นความหุนหันพลันแล่น (International Society for Research on Impulsivity) มีแนวคิดที่ว่าความหุนหันพลันแล่นนั้นมีโครงสร้างหลายแง่มุม และมีหลายมิติ ทำให้เกิดมาตรฐาน BIS-11 ขึ้นมา ในขณะที่มีนักวิชาการบางส่วนรายงานเพียงคะแนนรวมของความหุนหันพลันแล่น

Patton (1995) ผู้พัฒนามาตรฐาน BIS-11 ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบหลักใน BIS-11 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 248 คน และจากนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 412 คน โดยการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญขององค์ประกอบลำดับที่ 2 และ 1 โดยมีความสอดคล้องภายในข้อกระทง (Internal consistency coefficients) มีค่าอยู่ในช่วง .79 - .83 ซึ่งศึกษาในกลุ่ม

ประชากรที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และผู้ที่อยู่ในสถานกักกัน (Patton & Stanford, 1995)

#### การให้คะแนนและโครงสร้างขององค์ประกอบ

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton et al., 1995) ประกอบด้วย 30 ข้อกระทง อธิบายทั้งเรื่องความหุนหันพลันแล่น และความไม่หุนหันพลันแล่น (สำหรับข้อที่กลับคะแนน)

คะแนนข้อกระทงแบ่งคะแนนออกเป็น 4 เกณฑ์ ได้แก่

ไม่เคยเลย = 1                      เป็นบางครั้ง = 2                      ค่อนข้างบ่อย = 3                      เป็นประจำ = 4

ตารางที่ 1 ตารางองค์ประกอบและการให้คะแนนของมาตรวัดบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น (Barratt Impulsiveness Scale 11)

องค์ประกอบลำดับที่ 2	องค์ประกอบลำดับที่ 1	จำนวนข้อกระทง	ข้อกระทงที่อยู่ในองค์ประกอบ
ความใส่ใจ	การให้ความใส่ใจ	5	5, 9*, 11, 20*, 28
	ความไม่แน่นอนทางปัญญา	3	6, 24, 26
	แรงกระตุ้น	7	2, 3, 4, 17, 19, 22, 25
การไม่วางแผน	ความอดุสาหะ	4	16, 21, 23, 30*
	การควบคุมตนเอง	6	1*, 7*, 8*, 12*, 13*, 14
	ความซบซ้นทางปัญญา	5	10*, 15*, 18, 27, 29*

\* ข้อกระทงที่ต้องกลับคะแนน

จากเหตุผลข้างต้น คณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) และได้เพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพและพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่นที่อาจร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### **วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่นต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

## สมมุติฐานของการวิจัย

เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุม พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่นต่อ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 17-28 ปี ในเขต กรุงเทพมหานคร

## ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่

1. เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
3. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
4. บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น

ตัวแปรตาม ได้แก่ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย คือการที่บุคคลมีความรู้สึกและความเชื่อต่อ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเป็นไปในทางบวกหรือลบ โดยเจตคติต่อการใช้ ถุงยางอนามัยได้มาจากผลคูณของความเชื่อและการประเมินผลของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โดย ประเมินจากเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตาม แผน (Theory of Planned Behavior)

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงคือการรับรู้ของบุคคลว่า บุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตนเองเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน โดยประเมินจากมาตรการ



คล้ายตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)

3. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย คือการรับรู้ของบุคคลว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นๆ ได้ง่ายหรือยาก และจะสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคที่เคยพบในประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา โดยประเมินจากการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)

#### 4. บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น

บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น คือความต้องการหรือแรงผลักดันที่เกิดขึ้นฉับพลัน พบได้ในบุคคลทั่วไปโดยเป็นพื้นฐานกระบวนการคิดของมนุษย์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นโครงสร้างหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับการกระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง (Maladaptive Behavior) ซึ่งเกิดจากกระบวนการตัดสินใจที่บกพร่อง

5. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ประเมินจากมาตรฐานความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) การที่บุคคลใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน

6. กลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หมายถึง เพศชายรักชายที่มีอายุระหว่าง 17-28 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงปัจจัยได้แก่ เจตคติ การคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่นที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้
2. เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการทำวิจัยไปประยุกต์ใช้สร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างปลอดภัยต่อไป

## บทที่ 2

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### กลุ่มตัวอย่าง

##### 1. กลุ่มตัวอย่างในชั้นสร้างเครื่องมือ

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเพศชายรักชาย อายุระหว่าง 17-28 ปี รวมทั้งหมด 15 คน อายุเฉลี่ย 23.4 ปี และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 1.1 ปี ( $\bar{x} = 23.4$ ,  $SD = 1.1$ ) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสำรวจปลายเปิดเกี่ยวกับเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และความสามารถในการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสร้างมาตรวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย มาตรวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย มาตรวัดความสามารถในการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย มาตรวัดความตั้งใจในการทำพฤติกรรม และมาตรวัดความหุนหันพลันแล่น

##### 2. กลุ่มตัวอย่างในชั้นหาคุณภาพเครื่องมือ

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเพศชายรักชาย อายุระหว่าง 17-28 ปี รวมทั้งหมด 40 คน อายุเฉลี่ย 23.5 ปี และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 2.90 ปี ( $\bar{x} = 23.5$ ,  $SD = 2.9$ )

##### 3. กลุ่มตัวอย่างในชั้นเก็บจริง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเพศชายรักชาย อายุระหว่าง 17-28 ปี รวมทั้งหมด 120 คน อายุเฉลี่ย 23.1 ปี และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 2.76 ปี ( $\bar{x} = 23.1$ ,  $SD = 2.76$ )

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย

- อายุ
- ระดับการศึกษา
- ประสบการณ์ทางเพศ

ส่วนที่ 2 มาตรวัด ประกอบไปด้วย

1. มาตรวัดที่พัฒนาตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ทั้งหมด 4 ฉบับ คือ

- 1.1 มาตรวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง (15 ข้อ) / ทางอ้อม (14 ข้อ)

- 1.2 มาตรการคัดล่อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง (1 ข้อ) / ทางอ้อม (10 ข้อ)
- 1.3 มาตรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง (2 ข้อ) / ทางอ้อม (18 ข้อ)
- 1.4 มาตรการพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย (4 ข้อ)

## 2. มาตรการบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น (30 ข้อ)

### 1. มาตรการเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง/ทางอ้อม

- มาตรการเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยเลือกใช้มาตรจำแนกความหมาย (Semantic differential scale) โดยใช้คำคุณศัพท์ 2 ข้อ จำนวน 15 คู่ มีเกณฑ์ให้คะแนน 7 ช่วง จาก 1 ถึง 7

ขั้นที่ 2 นำคะแนนที่ได้มาหาผลรวมของคะแนน

- มาตรการเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม

ผู้วิจัยสร้างมาตรการเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

(Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

- 1) มาตรการเกี่ยวกับผลของการใช้ถุงยางอนามัย
- 2) มาตรการประเมินผลของการใช้ถุงยางอนามัย

#### ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนามาตรวัด

เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเพศชายรักชาย อายุระหว่าง 17-28 ปี รวมทั้งหมด 15 คน

1. หาความเชื่อเด่นชัดที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โดยใช้แบบสำรวจปลายเปิดจำนวน 2

ข้อ คือ

ข้อ 1 หากฉันทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยจะเกิด**ผลดี**อย่างไรบ้าง

ข้อ 2 หากฉันทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยจะเกิด**ผลเสีย**อย่างไรบ้าง

2. คัดเลือกความเชื่อเด่นชัดเพื่อนำไปสร้างข้อกระทงในแบบสำรวจ โดยจัดกลุ่มความเชื่อที่มีผลของการกระทำใกล้เคียงกันเป็นกลุ่มเดียวกัน และเรียงลำดับจากความเชื่อที่มีความถี่สูงสุดไปต่ำสุด หาความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสม จากนั้นจึงคัดเลือกความเชื่อ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละความถี่สะสมเท่ากับหรือประมาณ 75 มาสร้างข้อกระทงของมาตรการเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม

ตารางที่ 2 ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสมของความเชื่อเกี่ยวกับผลดี  
ของการใช้ถุงยางอนามัย (N =15)

ลำดับที่	ความเชื่อ	ความถี่	ความถี่ สะสม	ร้อยละของ ความถี่	ร้อยละของ ความถี่สะสม
1*	ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ลดความเสี่ยงในการติด/แพร่โรค	16	16	45.71	45.71
2*	สร้างความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์	6	22	17.14	62.85
3*	ป้องกันสิ่งสกปรก, มีความสะอาด	5	27	14.28	77.13
4*	คุมกำเนิด	4	31	11.43	88.56
5	มีสารหล่อลื่น/ลดการเสียดสี	2	33	5.72	94.28
6	ลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในการดูแล ผู้ป่วย	1	34	2.86	97.14
7	สร้างรายได้ให้ธุรกิจถุงยางอนามัย	1	35	2.86	100.00
	รวม	35		100.00	

(\* ) แสดงข้อกระทงที่นำมาใช้สร้างมาตรวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมฉบับจริง  
หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถให้คำตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 3 ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสมของความเชื่อเกี่ยวกับ  
ผลเสียของการใช้ถุงยางอนามัย (N =15)

ลำดับที่	ความเชื่อ	ความถี่	ความถี่ สะสม	ร้อยละของ ความถี่	ร้อยละของ ความถี่สะสม
1*	ลดความรู้สึกรับสัมผัส	13	13	52.00	52.00
2*	สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เช่น ราคาแพง	6	19	24.00	76.00
3*	ขัดจังหวะขณะมีเพศสัมพันธ์	4	23	16.00	82.00
4	ถูกมองเป็นคนไม่ดีจากสังคม	2	25	8.00	100.00
	รวม	25		100.00	

(\* ) แสดงข้อกระทงที่นำมาใช้สร้างมาตรวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมฉบับจริง  
หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถให้คำตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตารางที่ 2 นำความเชื่อที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ ความเชื่อลำดับที่ 1-4 และจากตารางที่ 3 นำความเชื่อที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ ความเชื่อลำดับที่ 1-3 มาสร้างมาตรวัดเกี่ยวกับผลของการใช้ถุงยางอนามัยจำนวน 7 ข้อ และมาตรวัดการประเมินผลของการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 7 ข้อ ดังนั้นจะได้มาตรวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมทั้งหมด 14 ข้อ

## 2. มาตรวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง/ทางอ้อม

- มาตรวัดการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง  
ผู้วิจัยสร้างมาตรวัดการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ใช้มาตรประมาณค่า 7 ช่วง จำนวน 1 ข้อ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 7
- มาตรวัดการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม  
ผู้วิจัยสร้างมาตรวัดการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) โดยวัดการรับรู้ของบุคคลว่ากลุ่มคนที่มีความสำคัญต่อตน คิดว่า บุคคลควรมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ
  - 1) มาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง
  - 2) มาตรวัดแรงจูงใจที่จะคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง

### ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนามาตรวัด

1. หากกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด โดยใช้แบบสำรวจปลายเปิดถามถึงบุคคลที่มีความสำคัญที่สนับสนุนและขัดขวางการการใช้ถุงยางอนามัยจำนวน 2 ข้อ คือ
  - ข้อ 1 คนหรือกลุ่มคนใดบ้างที่สนับสนุนให้ท่านทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
  - ข้อ 2 คนหรือกลุ่มคนใดบ้างที่ขัดขวางท่านในการทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
2. คัดเลือกกลุ่มอ้างอิงเด่นชัดเพื่อนำไปสร้างข้อกระทงในแบบสำรวจ โดยเรียงลำดับจากความถี่สูงสุดไปต่ำสุด หาความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสม จากนั้นจึงคัดเลือกความเชื่อโดยใช้เกณฑ์ร้อยละความถี่สะสมเท่ากับหรือประมาณ 75 มาสร้างข้อกระทงของมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง

ตารางที่ 4 ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสมของความถี่เกี่ยวกับ

กลุ่มอ้างอิงที่สนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N =15)

ลำดับที่	กลุ่มอ้างอิง	ความถี่	ความถี่สะสม	ร้อยละของความถี่	ร้อยละของความถี่สะสม
1*	เพื่อน	11	11	28.95	28.95
2*	คู่นอน	7	18	18.42	47.37
3*	พ่อแม่	6	24	15.79	63.16
4*	สื่อโฆษณา	5	29	13.16	76.32
5*	บุคลากรทางการแพทย์ เช่น หมอ พยาบาล	4	33	10.53	86.85
6	รัฐบาล	3	36	7.89	94.74
7	อาจารย์	2	38	5.26	100.00
	รวม	38		100.00	

(\*) แสดงถึงข้อกระทงที่นำมาใช้ในการสร้างมาตรวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมฉบับจริง

\*หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถให้คำตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 5 ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสมของความถี่เกี่ยวกับ

กลุ่มอ้างอิงที่ขัดขวางการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N =15)

ลำดับที่	กลุ่มอ้างอิง	ความถี่	ความถี่สะสม	ร้อยละของความถี่	ร้อยละของความถี่สะสม
1*	คู่นอน	8	8	80.00	80.00
2*	เพื่อน	1	9	10.00	90.00
3	อื่นๆ เช่น นักบุญ	1	10	10.00	100.00
	รวม	10		100.00	

(\*) แสดงถึงข้อกระทงที่นำมาใช้ในการสร้างมาตรวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมฉบับจริง

หมายเหตุ \* กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถให้คำตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

\*\* จากตารางที่ 5 จะเห็นว่ากลุ่มอ้างอิงซ้ำกับกลุ่มอ้างอิงจากตารางที่ 4 ดังนั้นจึงนำมารวมเป็น

กลุ่มเดียวกัน ได้แก่ เพื่อน (ข้อ 1) และคู่นอน (ข้อ 2)

จากตารางที่ 4-5 นำกลุ่มอ้างอิงที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ กลุ่มอ้างอิงลำดับที่ 1-5 มาสร้างมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง จำนวน 5 ข้อ และมาตรวัดแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ดังนั้นจะได้มาตรวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมจำนวน 10 ข้อ

### 3. มาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง/ทางอ้อม

- มาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง

ผู้วิจัยสร้างมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัยตามแนวคิดทฤษฎี

พฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991)

1. ใช้มาตรประมาณค่า 7 ช่วง จำนวน 2 ข้อ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 7
2. นำคะแนนที่ได้มาหาผลรวมของคะแนน

- มาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม

ผู้วิจัยสร้างมาตรวัดตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) โดยวัดการรับรู้ของบุคคลว่าปัจจัยหรือสถานการณ์ใดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

- 1) มาตรวัดความเชื่อในปัจจุบันควบคุม
- 2) มาตรวัดพลังของปัจจัยควบคุมในพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

#### ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนามาตรวัด

1. หาปัจจัยหรือสถานการณ์ที่สนับสนุนหรือขัดขวางพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โดยใช้แบบสำรวจปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 1 เหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่**สนับสนุน**ให้ท่านทำพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ข้อ 2 เหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่**ขัดขวาง**ไม่让您ทำพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

3. คัดเลือกปัจจัยหรือสถานการณ์เพื่อนำไปสร้างข้อกระทงในแบบสำรวจ โดยนำปัจจัยหรือสถานการณ์ที่มีความใกล้เคียงกันมาจัดเป็นกลุ่มเดียวกัน และเรียงลำดับจากความถี่สูงสุดไปต่ำสุด หาความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละความถี่สะสม จากนั้นจึงคัดเลือกเหตุการณ์หรือสถานการณ์ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละความถี่สะสมเท่ากับหรือประมาณ 75 มาสร้างข้อกระทงของมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ตารางที่ 6 ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสมของความเชื่อเกี่ยวกับ  
สถานการณ์ต่างๆ ที่มีอิทธิพลสนับสนุนเจตนาในการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N =15)

ลำดับที่	ความเชื่อ	ความถี่	ความถี่ สะสม	ร้อยละของ ความถี่	ร้อยละของ ความถี่สะสม
1*	เตรียมพร้อมสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ เช่น รู้ล่วงหน้า มีการนัดหมาย	6	6	19.35	19.35
2*	มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความเสี่ยง ในการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	6	12	19.35	38.70
3*	อยู่ใกล้ร้านค้า สามารถหาซื้อได้ง่าย	4	16	12.90	51.60
4*	ความต้องการของทั้งคู่	3	19	9.68	61.28
5*	ได้รับแจกถุงยางอนามัยฟรี	3	22	9.68	70.96
6*	พกถุงยางอนามัยติดตัว	3	25	9.68	80.64
7	มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ถุงยาง อนามัย	2	27	6.45	87.09
8	สังคมมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่ใช้ถุงยาง อนามัย	2	29	6.45	93.54
9	ถุงยางอนามัยมีลูกเล่นต่างๆ	1	30	3.23	96.77
10	เห็นโฆษณารณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย	1	31	3.23	100.00
	รวม	31		100.00	

(\*) แสดงถึงข้อกระทงที่นำมาใช้ในการสร้างมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย  
ทางอ้อมฉบับจริง

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถให้คำตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ



ตารางที่ 7 ความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสมของความเชื่อเกี่ยวกับ

สถานการณ์ต่างๆ ที่มีอิทธิพลขัดขวางเจตนาในการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (N =15)

ลำดับที่	ความเชื่อ	ความถี่	ความถี่ สะสม	ร้อยละของ ความถี่	ร้อยละของ ความถี่สะสม
1*	ขาดการเตรียมพร้อมสำหรับการมี เพศสัมพันธ์ เช่น ไม่รู้ล่วงหน้า กะทันหัน	8	8	28.57	28.57
2*	มั่นใจว่าคู่นอนไม่มีโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	5	13	17.86	46.43
3*	มีการใช้สารเสพติด ทำให้เมา ขาดสติ	4	17	14.29	60.72
4*	คู่นอนบอกไม่ให้ใช้ถุงยางอนามัย	3	20	10.71	71.43
5*	ถุงยางอนามัยที่มีหมด	3	23	10.71	82.14
6	อยู่ไกลร้านค้า ไม่สามารถหาซื้อได้ง่าย	2	25	7.15	89.29
7	ถุงยางอนามัยมีราคาแพง	2	27	7.15	96.44
8	ถูกคนมองไม่ดีเมื่อซื้อหรือใช้ถุงยาง อนามัย	1	28	3.56	100.00
	รวม	28		100.00	

(\*) แสดงถึงข้อกระทงที่นำมาใช้ในการสร้างมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ทางอ้อมฉบับจริง

หมายเหตุ \* กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถให้คำตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

\*\*จากตารางที่ 7 จะเห็นว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ซ้ำกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์จาก

ตารางที่ 6 ดังนั้นจึงนำมารวมเป็นกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ การเตรียมพร้อมล่วงหน้า (ข้อ1) และการ  
มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดต่อ (ข้อ2)

จากตารางที่ 6 นำสถานการณ์ที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ สถานการณ์ที่ผ่านเกณฑ์ลำดับที่ 1-6 และจาก  
ตารางที่ 7 สถานการณ์ที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ สถานการณ์ที่ผ่านเกณฑ์ลำดับที่ 1-5 มาสร้างมาตรวัดความเชื่อ  
ในปัจจุบันควบคุม จำนวน 9 ข้อ และมาตรวัดพลังของปัจจัยควบคุมในพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย  
จำนวน 9 ข้อ ดังนั้นจะได้มาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมจำนวน 18 ข้อ

#### 4. มาตรการวัดพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย

ผู้วิจัยสร้างมาตรการวัดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991)

1. ใช้มาตราประมาณค่า 7 ช่วง จำนวน 4 ข้อ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 7
2. นำคะแนนที่ได้มาหาผลรวมของคะแนน

#### 5. มาตรการวัดความหุนหันพลันแล่น

ผู้วิจัยได้ทำการแปลมาตรการวัดความหุนหันพลันแล่นโดยอ้างอิงจากมาตรวัด The Barratt Impulsiveness Scale ของ Barratt ซึ่ง Patton ได้ทำการพัฒนามาตรวัดเป็นฉบับที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือฉบับที่ 11 หรือที่เรียกว่า BIS-11 โดยมาตรวัดนี้ประกอบไปด้วยข้อกระทงทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อกระทงทางบวกจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อกระทงทางลบจำนวน 11 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย เป็นบางครั้ง ค่อนข้างบ่อย เป็นประจำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้ ตารางที่ 8 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดความหุนหันพลันแล่น

ระดับความคิดเห็น	คะแนน	
	ข้อกระทงทางบวก	ข้อกระทงทางลบ
ไม่เคยเลย	1	4
เป็นบางครั้ง	2	3
ค่อนข้างบ่อย	3	2
เป็นประจำ	4	1

#### การตรวจสอบคุณภาพมาตรวัด

- ก. นำมาตรวัดไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างของมาตรวัดตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
- ข. นำมาตรวัดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงรายข้อกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ (Corrected item Total Correlation หรือ CITC) โดยกำหนดเกณฑ์ในการผ่านค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อโดยยึดค่า  $r$  วิฤติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เท่ากับ .312 (N = 40) ได้ผลตามตารางดังนี้

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation:CITC) ของ  
 มาตรการวัดเจตคติต่อการใช้อย่างอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางตรง รายข้อ (N =40)

	ข้อกระทง	CITC
1	ดี/ไม่ดี	.428*
2	น่าพึงพอใจ/ไม่น่าพึงพอใจ	.455*
3	คุ้มค่า/สูญเปล่า	.671*
4	ชอบ/ไม่ชอบ	.560*
5	ถูก/ผิด	.610*
6	เป็นผลดี/เป็นผลเสีย	.578*
7	จำเป็น/ไม่จำเป็น	.607*
8	น่าสนใจ/ไม่น่าสนใจ	.861*
9	มันใจ/ลังเลใจ	.642*
10	เต็มใจ/ฝืนใจ	.588*
11	เป็นประโยชน์/เป็นโทษ	.614*
12	ง่าย/ยาก	.613*
13	ฉลาด/โง่	.467*
14	ควรปฏิบัติ/ควรต่อต้าน	.681*
15	น่าสนับสนุน/น่าขัดขวาง	.595*
ความสอดคล้องภายใน ( $\alpha$ )		.898

หมายเหตุ ข้อกระทงทุกข้อมีนัยสำคัญที่ระดับ .05,  $p < .05$  (หางเดียว) ค่าวิกฤติ เท่ากับ .312

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation:CITC) ของมาตรวัดเจตคติต่อการใช้อย่างอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางอ้อม รายข้อ (N =40)

ข้อกระทง	CITC		
	$b_i^*e_i^{\#}$	$b_i$	$e_i$
1 สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	.432*	.421*	.010
2 สร้างความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์	.341*	.271	.179
3 ป้องกันสิ่งสกปรก	.478*	.509*	.076
4 คุ่มกำเนิด	.380*	.418*	.193
5 ลดความรู้สึกการรับสัมผัสขณะมีเพศสัมพันธ์	.402*	.506*	.589*
6 สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	.380*	.452*	.613*
7 ขัดจังหวะสัมผัสขณะมีเพศสัมพันธ์	.401*	.445*	.661*
ความสอดคล้องภายใน ( $\alpha$ )			
	.691	.710	.645

หมายเหตุ  $\# b_i^*e_i =$  ผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (b) กับการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรม (e) \* $p < .05$  (หางเดียว) ค่าวิกฤติ เท่ากับ .312

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation:CITC) ของมาตรวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม รายข้อ (N =40)

ข้อกระทง	CITC		
	$NB_i^* MC_i^{\#}$	$NB_j$	$MC_j$
1 เพื่อน	.759*	.736*	.739*
2 คู่นอน	.734*	.555*	.699*
3 พ่อแม่	.663*	.719*	.633*
4 สื่อโฆษณา	.781*	.767*	.727*
5 บุคลากรทางการแพทย์	.559*	.788*	.489*
ความสอดคล้องภายใน ( $\alpha$ )			
	.872	.877	.847

หมายเหตุ  $\# NB_i^* MC_i =$  ผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (NB) กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (MC) \* $p < .05$  (หางเดียว) ค่าวิกฤติ เท่ากับ .312

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation:CITC)

ของมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางตรง

รายข้อ(N =40)

ข้อกระทง	CITC
1 ฉันทันใจว่าจะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	.396*
2 การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง	.396*
ความสอดคล้องภายใน ( $\alpha$ )	
	.567

หมายเหตุ ข้อกระทงทุกข้อมีนัยสำคัญที่ระดับ .05,  $p < .05$  (หางเดียว) ค่าวิกฤติ เท่ากับ .312

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation:CITC)

ของมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางอ้อมรายข้อ (N

=40)

ข้อกระทง	CITC		
	$C_i * P_i^\#$	$C_i$	$P_i$
1 การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งมีการเตรียมพร้อมล่วงหน้า	.416*	.411*	.292*
2 การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีความเสี่ยงเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	.314*	.424*	.436*
3 การมีเพศสัมพันธ์ในสถานที่ที่อยู่ใกล้ร้านค้าที่จำหน่ายถุงยางอนามัย	.479*	.392*	.375*
4 การมีเพศสัมพันธ์ที่ทั้งคู่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย	.422*	.299	.321*
5 การมีเพศสัมพันธ์โดยได้รับถุงยางอนามัยแจกฟรี	.497*	.464*	.397*
6 การมีเพศสัมพันธ์โดยพกถุงยางอนามัยติดตัว	.455*	.452*	.304
7 การมีเพศสัมพันธ์ที่มีการใช้สารเสียดัด	.325*	.470*	.452*
8 การมีเพศสัมพันธ์ที่คู่นอนไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย	.363*	.415*	.536*
9 การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากถุงยางอนามัยที่มีหมด	.306*	.348*	.559*
ความสอดคล้องภายใน ( $\alpha$ )			
	.723	.732	.731

หมายเหตุ  $^\# C_i * P_i$  = ผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (C) กับการรับรู้

ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (P) \* $p < .05$  (หางเดียว) ค่าวิกฤติ เท่ากับ .312

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation:CITC)  
ของมาตรวัดพฤติกรรมกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์รายข้อ (N =40)

ข้อกระทง	CITC
1 ฉันตั้งใจว่าจะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	.925*
2 ฉันต้องการที่จะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	.925*
3 ฉันตัดสินใจว่าจะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	.907*
4 ฉันพยายามที่จะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	.814*
ความสอดคล้องภายใน ( $\alpha$ )	.955

หมายเหตุ ข้อกระทงทุกข้อมีนัยสำคัญที่ระดับ .05,  $p < .05$  (หางเดียว) ค่าวิกฤติ เท่ากับ .312

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงและคะแนนรวม (corrected item total correlation:CITC)  
ของมาตรวัดบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมแบบหุ่นหันปลิ้นปล้อน รายข้อ (N =40)

ข้อกระทง	CITC
1 ฉันวางแผนในการทำงานอย่างรอบคอบ	.504*
2 ฉันทำสิ่งต่างๆโดยไม่ได้คิด	.482*
3 ฉันมักจะตัดสินใจโดยรวดเร็ว	.133
4 ฉันไม่ค่อยรู้สึกกังวล	-.017
5 ฉันไม่ค่อยใส่ใจในสิ่งต่างๆ	.353*
6 ฉันชอบคิดที่จะเอาชนะ	.009
7 ฉันชอบวางแผนล่วงหน้า	.371*
8 ฉันควบคุมตนเองได้	.348*
9 ฉันมีสมาธิกับสิ่งที่ทำ	.318*
10 ฉันมักใช้ชีวิตอยู่ในความปลอดภัย	.382*
11 ฉันไม่สามารถอยู่นิ่งได้	.268
12 ฉันมักคิดอย่างถี่ถ้วน	.346*
13 ฉันวางแผนการทำงานที่ไม่มีความเสี่ยง	.147
14 ฉันชอบพูดโดยไม่คิด	.301
15 ฉันชอบคิดแก้ปัญหาที่ซับซ้อน	.036
16 ฉันชอบเปลี่ยนงานที่ทำ	.209
17 ฉันมักแสดงอาการหุ่นหัน	.528*

## ตารางที่ 15(ต่อ)

	ข้อกระทง	CITC
18	ฉันจะรู้สึกเบื่อง่ายเมื่อต้องแก้ปัญหาที่ซับซ้อน	.475*
19	ฉันมักทำการใดๆโดยไม่วางแผนล่วงหน้า	.552*
20	ฉันยึดมั่นในความคิดของตนเอง	-.066
21	ฉันเปลี่ยนที่อยู่อาศัยบ่อยๆ	.388*
22	ฉันมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยไม่คิดหน้าคิดหลัง	.452*
23	ฉันมีสมาธิทำสิ่งต่างๆได้ทีละเรื่อง	.234*
24	ฉันเปลี่ยนงานอดิเรกบ่อยๆ	.368*
25	ฉันมีรายจ่ายมากกว่ารายรับ	.295
26	ฉันมักคิดเรื่อยเปื่อยนอกเรื่อง	.361*
27	ฉันอยู่กับปัจจุบันมากกว่าอนาคต	-.154
28	ฉันไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เมื่อต้องฟังการบรรยายหรือ ดูภาพยนตร์	.122
29	ฉันชอบเล่นเกมปริศนา	.108
30	ฉันเป็นคนที่วางแผนเป้าหมายในอนาคต	.325*
ความสอดคล้องภายใน ( $\alpha$ )		.763

หมายเหตุ ข้อกระทงทุกข้อมีนัยสำคัญที่ระดับ  $.05, p < .05$  (หางเดียว) ค่าวิกฤติ เท่ากับ  $.312$

จากตารางที่ 7-15พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงรายข้อกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ (Corrected item Total Correlation หรือ CITC) ของทุกมาตรวัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนดเกณฑ์ค่า  $r$  วิกฤติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $.05$  เท่ากับ  $.312$  ( $df = 38, p < .05$ , หางเดียว) ยกเว้นค่า CITC ของมาตรวัดเจตคติทางอ่อน (ตารางที่ 10) ที่มีข้อกระทงไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ข้อกระทงที่ 1, 2, 3 และ 4 แต่กลุ่มผู้วิจัยยังคงข้อกระทงดังกล่าวไว้ เนื่องจากค่า CITC ของผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม ( $b_i$ ) กับการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรม ( $e_i$ ) รายข้อกระทงของทั้ง 4 ข้อผ่านเกณฑ์ค่า  $r$  วิกฤติ และมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่ใช้ดูอย่างอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางอ่อน (ตารางที่ 13) ที่มีข้อกระทงที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ข้อกระทงที่ 4 และ 6 แต่กลุ่มผู้วิจัยยังคงข้อกระทงดังกล่าวไว้ เนื่องจากค่า CITC ของผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม ( $C_i$ ) กับการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรม ( $P_i$ ) รายข้อกระทงของทั้ง 2 ข้อ ผ่านเกณฑ์ค่า  $r$  วิกฤติ และสุดท้ายมาตรวัด

บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมแบบหุ่นหันปล้นแล้ว (ตารางที่ 11) ที่มีข้อกระทงไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ข้อกระทงที่ 3,4,6,15,20,27,28 และ 29 จึงได้ตัดข้อกระทงเหล่านี้ออกไป เหลือเพียง 22 ข้อ

ค. ตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับโดยใช้การประเมินค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) จากข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์วิเคราะห์โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบว่ามาตรวัดแต่ละฉบับมีค่าความเที่ยงในระดับสูง ( $\alpha$  มีค่าระหว่าง .723 ถึง .955) ยกเว้น มาตรวัดเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางอ้อม ( $\alpha = .691$ ) และมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางตรง ( $\alpha = .567$ ) ที่มีค่าความเที่ยงในระดับปานกลาง

### วิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธีคือ

วิธีที่ 1 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ (Online)

1. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และข้อคำถามในส่วนต่างๆ
2. เผยแพร่แบบสอบถามออนไลน์ไปในสื่ออินเทอร์เน็ต

วิธีที่ 2 ขอเก็บข้อมูลจากมูลนิธิที่ทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน

1. ผู้วิจัยติดต่อขอเก็บข้อมูลกับมูลนิธิ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากคนบดี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อส่งให้กับมูลนิธิ
3. ติดต่อนัดวันและเวลาที่จะเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เก็บข้อมูลโดยการกล่าวทักทายและขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถาม ตามข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ
6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และคัดเลือกแบบสอบถามที่ตอบเรียบร้อยสมบูรณ์ไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป



### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวน เป็นต้น
2. ใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlations) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติต่อพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับทางอ้อม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับทางอ้อม มาตรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับทางอ้อม และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย บุคลิกภาพและพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น ที่ทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
3. ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิเคราะห์เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ความหุนหันพลันแล่น ที่ทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

### การนำเสนอข้อมูล

1. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอในรูปแบบตารางแสดงผล
2. แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย โดยนำเสนอในรูปแบบตารางวิเคราะห์พฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย

### บทที่ 3

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายผู้ใหญ่ตอนต้นโดยมีตัวแปรในงานวิจัยคือ เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่น และความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 17-28 ปี ที่คลินิกนิรนามและสถานกาชาดไทยในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้แจกมาตรวัดจำนวน 147 ชุด และคัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ได้จำนวน 120 คน

จากนั้นได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) สรุปลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และสรุปข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมด และจึงใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่น สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแสดงรายละเอียดทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าสถิติแจกแจงความถี่ร้อยละ จำแนกอายุ การศึกษา และการเคยหรือไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งนำเสนอค่าต่ำสุด ค่ากลาง ค่าสูงสุดของมาตรวัด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ตอนที่ 3 การหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม, การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม

ตอนที่ 4 การหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่นและความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาความสามารถของตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่นในการทำนายตัวแปรความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย

### ตอนที่ 1 การนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน เพื่อศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา และการเคยหรือไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยจัดแสดงในรูปแบบของความถี่ ร้อยละความถี่ ดังในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 16 ความถี่ ร้อยละความถี่ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และการเคยหรือไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ (N=120)

	ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละของความถี่
<b>อายุ</b>	17	3	2.5
	18	2	1.7
	19	2	1.7
	20	8	6.7
	21	8	6.7
	22	31	25.8
	23	21	17.5
	24	4	3.3
	25	6	5.0
	26	7	5.8
	27	9	7.5
	28	19	15.8
	รวม	120	100.0
<b>การ เพศสัมพันธ์</b>	เคยมีเพศสัมพันธ์	99	82.5
	ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	21	17.5
	รวม	120	100.0

ตารางที่ 16 (ต่อ)

	ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละของความถี่
<b>ระดับ</b>	กำลังศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย	3	2.5
<b>การศึกษา</b>	กำลังศึกษามหาวิทยาลัย	53	44.2
	เรียนจบหรือทำงานแล้ว	64	53.3
	รวม	120	100.0

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเพศชายรักชายที่มีอายุระหว่าง 17-28 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่มาใช้บริการที่คลินิกนิรนามและสภากาชาดไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ได้จำนวน 120 คน ซึ่งจากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 22 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8, ในลำดับลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 23 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5, กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 28 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8, กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 27 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5, กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7, กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7, กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 26 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8, กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0, กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 24 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3, กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 17 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 และลำดับสุดท้าย คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 19 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.7 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.7

กลุ่มตัวอย่างมีระดับในการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียนจบหรือทำงานแล้ว จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3, รองลำดับลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 และในลำดับสุดท้าย คือ กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5

และจากการสำรวจเกี่ยวกับประวัติการเคยมีหรือไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5

## ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตารางที่ 17 แสดงค่าต่ำสุด ค่ากลาง ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (N=120)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด	ค่ากลาง	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{x}$ )	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง	15	98	105	94.44	10.40
เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม	7	204	343	206.47	41.77
อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง	1	7	7	6.10	1.37
อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม	5	165.50	245	164.07	53.43
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง	2	12	14	11.57	2.45
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม	6	204	294	208.04	62.96
บุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบหุ่นหันปล้นแล่น	30	42.5	120	43.8	8.63
ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย	4	26	28	24.39	4.69

จากตารางที่ 17 พบว่า มาตรการวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงมีคะแนนต่ำสุด 15 คะแนน ถึงสูงสุด 105 คะแนน มีค่ากลางเท่ากับ 98 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 94.44 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.40 ส่วนมาตรการวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมมีคะแนนต่ำสุด 7 คะแนน ถึงสูงสุด 343 คะแนน มีค่ากลางเท่ากับ 204 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 206.47 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 41.77 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

มาตรการวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงมีคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 7 คะแนน มีค่ากลางเท่ากับ 7 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 6.10 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.37 ส่วนมาตรการวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมมีคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน ถึงสูงสุด 245 คะแนน มีค่ากลางเท่ากับ 165.50 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 164.07 และค่าส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 53.43 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในระดับปานกลาง

มาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงมีคะแนนต่ำสุด 2 คะแนน ถึงสูงสุด 14 คะแนน ค่ามีค่ากลางเท่ากับ 12 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 11.57 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.45 ส่วนมาตรวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมมีคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน ถึงสูงสุด 294 คะแนน มีค่ากลางเท่ากับ 204 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 208.04 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 62.96 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในระดับปานกลาง

มาตรวัดบุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่นมีคะแนนต่ำสุด 30 คะแนน ถึงสูงสุด 120 คะแนน มีค่ากลางเท่ากับ 42.5 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 43.8 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.63 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่นในระดับปานกลาง

มาตรวัดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน ถึงสูงสุด 28 คะแนน มีค่ากลางเท่ากับ 26 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 24.39 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.69 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับปานกลาง

**ตอนที่ 3 การหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม, การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม**

ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อม, การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมและการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่นอีกด้วย

ตารางที่ 18 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุม  
พฤติกรรมการตัดสินใจแบบหุนหันพลัน และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย	-							
2. เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ทางตรง	.398**	-						
3. เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ทางอ้อม	.611**	.123	-					
4. อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ ถุงยางอนามัยทางตรง	.544**	.174	.399**	-				
5. อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ ถุงยางอนามัยทางอ้อม	.573**	.207*	.492**	.457**	-			
6. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ ถุงยางอนามัยทางตรง	.691**	.230**	.632**	.434**	.520**	-		
7. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ ถุงยางอนามัยทางอ้อม	.548**	.201*	.504**	.288**	.434**	.442**	-	
8. บุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบหุนหัน พลันแล่น	-.100	-.116	-.076	-.112	-.140	-.127	-.095	-

หมายเหตุ \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .123, p > .05$ ) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .457, p < .01$ ) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .442, p < .01$ )

**ตอนที่ 4** การหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่นและความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย

ผู้วิจัยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยการตัดสินใจแบบหุนหัน พลังแน่นแน่น และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

จากตารางที่ 18พบว่า เกือบทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นตัวแปรการตัดสินใจแบบหุนหันพลังแน่นแน่นเท่านั้นที่ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์ ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด ( $r = .691, p < .01$ ), ในระดับ รองลงมา คืออิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $r = .544, p < .01$ ) และในลำดับสุดท้าย คือ เจตคติต่อ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการใช้ ถุงยางอนามัย ( $r = .398, p < .01$ )

#### ตอนที่ 5 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้น (Hierarchical Regression Analysis)

การศึกษาคั้งนี้ได้นำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้น (Hierarchical Regression Analysis) โดยคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่สมการตามขั้น เพื่อสร้างสมการทำนายโดยใช้เจตคติต่อพฤติกรรมการ ใช้ถุงยางอนามัยทางตรง อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง การรับรู้การ ควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง และการมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบหุนหันพลังแน่นแน่นใน การทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย แสดงผลการวิเคราะห์ตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 19 โมเดลทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ 1 (N=120)

	B	SE	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>ขั้นที่ 1</b>				.391*
เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง	.141*	.033	.313	
อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง	1.670*	.250	.489	
<b>ขั้นที่ 2</b>				.210*
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง	.989*	.127	.517	
<b>ขั้นที่ 3</b>				.000
บุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบหุนหันพลังแน่นแน่น	.006	.035	.025	

หมายเหตุ \* $p < .05$ ; ตัวแปรทำนายทำนายทั้งหมดรวมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้

ถุงยางอนามัยได้ 60.1%



จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้น โดยตัวแปรทำนายในขั้นแรก ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงและอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงตัวแปรทำนายในขั้นต่อมา ได้แก่ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงและตัวแปรในขั้นสุดท้าย ได้แก่ บุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่น

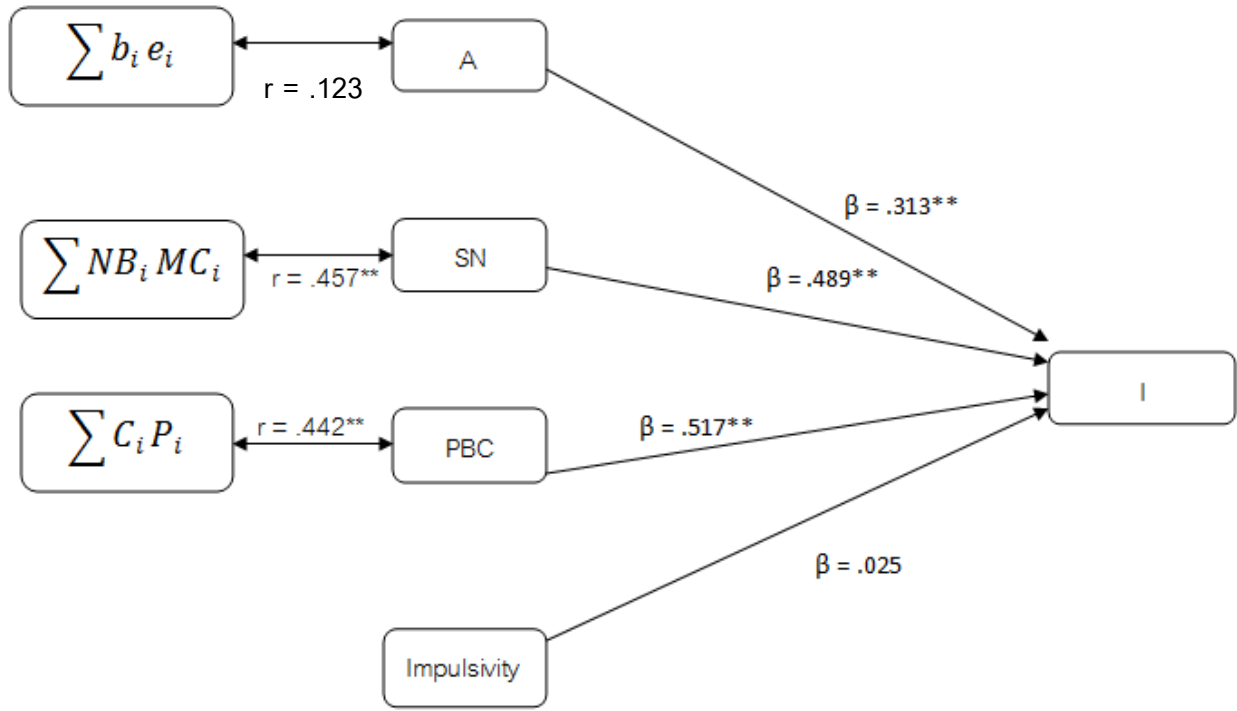
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในขั้นที่ 1 ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงและอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งตัวแปรทั้งหมดในขั้นนี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ 39.1%

ในการวิเคราะห์ขั้นที่ 2 เมื่อควบคุมอิทธิพลในการทำนายในขั้นแรกแล้ว พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้เพิ่มขึ้นอีก 21.0%

ส่วนการวิเคราะห์ในขั้นที่ 3 เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรขั้นก่อนหน้าทั้งหมด พบว่า บุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่นไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ ซึ่งผลการวิเคราะห์สุดท้ายพบว่าตัวแปรทำนายทั้ง 3 ตัว ในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ 60.1% และตัวแปรทำนายในขั้นที่ 3 ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้

โดยสรุปแล้ว การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมา คือ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมาอีก คือ เจตคติต่อพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยทางตรง และตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย คือ บุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่น

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและทฤษฎีการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่นนำมาเขียนเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



แผนภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและทฤษฎีบุคลิกภาพหรือพฤติกรรม

ความหุนหันพลันแล่น (\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ )

## บทที่ 4

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเจตคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม บุคลิกภาพและพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่นในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มตัวอย่างชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 17-28 ปี จำนวน 120 คน

### สมมติฐานของการวิจัย

เจตคติต่อพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัย และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ เจตคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่นสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยได้ โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยในแต่ละตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยได้ตามลำดับความสามารถในการทำนาย ดังนี้

#### 1. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.691$ ) และมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.517, p<.01$ ) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสูงจะมีพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยมากเช่นเดียวกันซึ่งการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรตามร่วมกับตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรมและตัวแปรอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงได้ร้อยละ 60.1 โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยได้มากที่สุดเนื่องจากบุคคลมีการรับรู้ได้ง่ายหรือง่ายในการทำพฤติกรรมโดยการรับรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรับรู้ว่ามีทรัพยากรที่จำเป็นในการทำพฤติกรรมนั้นๆหรือไม่ เช่น ความสามารถ เป็นต้น และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมจากคนรอบข้างซึ่งมาจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และปัจจัยที่บุคคลนั้นมีอยู่ กล่าวโดยสรุปคือยิ่งบุคคลรับรู้ที่ตนเองมีทรัพยากรและมีโอกาสในการทำพฤติกรรมมาก และมีสิ่งที่มาขัดขวางน้อย บุคคลจะรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมนั้นมาก (Ajzen, 1991)

จากงานวิจัยพบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้มากที่สุด ( $\beta = .517, p < .01$ ) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Guo และคณะ ในปี 2014 ได้ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรในการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในประเทศจีน จำนวน 402 คน ซึ่งตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .332, p < .01$ ) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Karimy และคณะ ในปี 2013 ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาแพทย์ ประเทศอิหร่าน จำนวน 170 คน อายุเฉลี่ย 21 ปี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการสูบบุหรี่เป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ ( $\beta = .82, p < .01$ ) และเช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Cron และ Pobocik ในปี 2013 ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการรับประทานอาหารแบบมังสวิรัติโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ซึ่งศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน มีอายุเฉลี่ย 31 ปี ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารแบบมังสวิรัติเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความตั้งใจในการรับประทานอาหารแบบมังสวิรัติต่อไป ( $\beta = .704, p < .01$ )

## 2. อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง

อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .544$ ) และมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .489$ ) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงในการใช้ถุงยางอนามัยสูง กลุ่มตัวอย่างก็จะมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสูงเช่นกัน ซึ่งอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรตามร่วมกับตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 39.1 โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$

อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ เพราะพฤติกรรมใดที่บุคคลรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิงก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากขึ้น (Ajzen, 1991)

จากงานวิจัยนี้พบว่า อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .489, p < .01$ ) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นและพบว่ามีผลการวิจัยที่สอดคล้องกับผลดังกล่าว เช่น Sacolo และคณะในปี 2013 ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศซึ่งกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 369 คน พบว่าตัวแปรอิทธิพลกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยได้ดีที่สุด ( $\beta = .41, p < .01$ ) เช่นเดียวกับ Nigussie และ Jemal ในปี 2011 ได้ศึกษาเกี่ยวกับ

ประสิทธิภาพของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนในการทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย HIV ที่เข้ารับการรักษาด้วยการให้ยาต้านไวรัสในศูนย์ให้บริการสุขภาพบริเวณ North Shoa ประเทศเอธิโอเปีย จำนวน 337 คน โดยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .39, p < .01$ ) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3. เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .398$ ) และมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .313, p < .01$ ) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย จะมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยด้วย เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายพฤติกรรมซึ่งเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรตามร่วมกับตัวแปรการรับรู้การควบคุมความสามารถต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 39.1 โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$

เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ เนื่องจากเจตคติต่อพฤติกรรมคือการที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมนั้นๆ ดีหรือไม่ (Ajzen, 1991) หากบุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมที่ทำนั้นจะนำมาสู่ผลลัพธ์ทางบวก บุคคลก็จะมีเจตคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมและจะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น โดยเจตคติต่อพฤติกรรมเกิดจากการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรม (Evaluation of Consequences) (Ajzen, 1985) อธิบายได้ว่า หากบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางบวก และประเมินผลการทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางบวก จะส่งผลให้บุคคลมีเจตคติทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

จากงานวิจัยนี้พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .313, p < .01$ ) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นและพบว่ามีผลที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Xiao และคณะ ในปี 2010 ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชาวจีนซึ่งเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยมีอิทธิพลในการทำนายได้มากที่สุด ( $\beta = .187, p < .01$ ) นอกจากนี้ Davis และคณะ ในปี 2015 ได้ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรต่างๆ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ซึ่งเจตคติมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมต่อต้านการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .36, p < .01$ )

#### 4. บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น

บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ตัวแปรบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่นไม่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=.123, p>.05$ )

จากงานวิจัยนี้พบว่าบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่นไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้โดยตรง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า การตัดสินใจหุนหันพลันแล่นจำเป็นจะต้องมีตัวแปรส่งผ่าน จึงจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้จากงานวิจัยของ Zimmerman และคณะ ในปี 2007 พบว่าการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่นเป็นตัวแปรที่ทำนายการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=-.26, p<.01$ ) เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=-.22, p<.01$ ) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta=-.12, p<.01$ ) ได้ตามลำดับแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้โดยตรง

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ Churchill, Jessop และ Sparks ในปี 2008 ได้ทำการวิจัยหาความสัมพันธ์ของเจตคติ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม และ พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ผ่านพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยว Churchill และคณะได้ให้จำแนกองค์ประกอบของพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเร่งรีบ การขาดความไตร่ตรอง การความพยายาม และ การแสดงหาความตื่นเต้นเร้าใจ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 315 คน อายุระหว่าง 16-67 ปี ผลการวิจัยพบว่าความตั้งใจในการทำพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวไม่มีความสัมพันธ์กับความเร่งรีบ ( $r = -.01$ ) การขาดความไตร่ตรอง ( $r = -.02$ ) การความพยายาม ( $r = -.06$ ) และ การแสดงหาความตื่นเต้นเร้าใจ ( $r = .02$ ) ที่ระดับ .05

ยิ่งไปกว่านั้นงานวิจัยของ McCoul และ Haslam ในปี 2001 ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับบุคลิกภาพความหุนหันพลันแล่น กับความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย พบว่ามีความสัมพันธ์ของชายรักหญิงและหญิงรักชายที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับบุคลิกภาพความหุนหันพลันแล่น ( $\beta=0.27, P>0.05$ ) ในขณะที่ผลวิจัยไม่พบความสัมพันธ์ของรักร่วมเพศที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับบุคลิกภาพความหุนหันพลันแล่น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

#### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

##### ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior)
2. อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms)
3. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)
4. บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น (Impulsiveness)

##### ตัวแปรตาม ได้แก่

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (Condom use)

#### สมมติฐานของการวิจัย

เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 17-28 ปี จำนวน 120 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย

- อายุ
- ระดับการศึกษา
- ประสบการณ์ทางเพศ

ส่วนที่ 2 มาตรวัด ประกอบไปด้วย

1. มาตรวัดที่พัฒนาตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ทั้งหมด 4 ฉบับ คือ

- 1.1 มาตรฐานวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง (15 ข้อ) / ทางอ้อม (14 ข้อ)
- 1.2 มาตรฐานวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง (1 ข้อ) / ทางอ้อม (10 ข้อ)
- 1.3 มาตรฐานวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรง (2 ข้อ) / ทางอ้อม (18 ข้อ)
- 1.4 มาตรฐานวัดพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย (4 ข้อ)
2. มาตรฐานวัดบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น (30 ข้อ)

### วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธีคือ

วิธีที่ 1 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ (Online)

1. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และข้อคำถามในส่วนต่างๆ
2. เผยแพร่แบบสอบถามออนไลน์ไปในสื่ออินเทอร์เน็ต

วิธีที่ 2 ขอเก็บข้อมูลจากมูลนิธิที่ทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน

1. ผู้วิจัยติดต่อขอเก็บข้อมูลกับมูลนิธิ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากคณบดี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อส่งให้กับมูลนิธิ
3. ติดต่อนัดวันและเวลาที่จะเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เก็บข้อมูลโดยการกล่าวทักทายและขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถาม ตามข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ
6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และคัดเลือกแบบสอบถามที่ตอบเรียบร้อยสมบูรณ์ไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวน เป็นต้น



2. ใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlations) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติต่อพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับทางอ้อม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับทางอ้อม มาตรฐานวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางตรงกับทางอ้อม และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย บุคลิกภาพและพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น ที่ทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
3. ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิเคราะห์เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ความหุนหันพลันแล่น ที่ทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
4. วิเคราะห์สมการที่ได้พร้อมแปลผล

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายรักชาย พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กันทางบวกมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .691 ( $r = .691, p < .01$ ) และมีน้ำหนักการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด ( $\beta = .517, p < .01$ )

รองลงมาคือ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .544 ( $r = .544, p < .01$ ) และมีน้ำหนักการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอันดับรองลงมา ( $\beta = .489, p < .01$ )

ต่อมาคือ เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .398 ( $r = .398, p < .01$ ) และมีน้ำหนักการทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอันดับสุดท้าย ( $\beta = -.313, p < .01$ )

ส่วนตัวแปรบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้

กล่าวคือตัวแปรทั้ง 3 ตามทฤษฎีการกระทำตามแบบแผน ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อิทธิพลกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ถึง 60.1 % แต่บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่นไม่สามารถร่วมทำนายได้

## ข้อเสนอแนะ

### สำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้นกล่าวคือเก็บกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นสมาชิกหรือรับบริการต่างๆ จากมูลนิธิที่ทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มชายรักชาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเดิม อาจมีความเชื่อ หรือพฤติกรรมที่เป็นไปทางเดียวกันและขาดความหลากหลาย
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวแปรที่น่าสนใจและน่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนการทำพฤติกรรม การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด เป็นต้น
3. เนื่องจากวิธีการวัดบุคลิกภาพหรือความหุนหันพลันแล่นมีวิธีการวัดที่หลากหลาย ผู้วิจัยควรคำนึงถึงความเหมาะสมในการนำแบบวัดแบบต่างๆมาใช้ เช่น Davis และคณะ ในปี 2015 วัดภาวะหุนหันพลันแล่นจากการใช้คำคุณศัพท์ขั้วกันข้าม (Bipolar) 5 ข้อกระทง ในขณะที่มาตรวจวัดความหุนหันพลันแล่นของ Barratt ในปี 1995 ใช้ข้อกระทงคำถามทั่วไปเกี่ยวกับบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น 30 ข้อกระทง

### การนำไปใช้ประโยชน์

สามารถนำผลของงานวิจัยที่พบว่าทฤษฎีตามแบบแผนมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งผลของงานวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ดีที่สุด คือ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .517, p < .01$ ) รองลงมา คือ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .489, p < .01$ ) และลำดับสุดท้าย คือ เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ( $\beta = .313, p < .01$ ) จึงสามารถนำมาสร้างแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะ ได้ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมพฤติกรรม

เพื่อส่งเสริมความสามารถในการรับรู้ของบุคคลตามทฤษฎีของ Bandura ในปี 1977 พบว่าบุคคลจะรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมพฤติกรรมต่อเมื่อ

- 1.1. บุคคลประสบความสำเร็จในการทำพฤติกรรมในอดีต การมีประสบการณ์ในอดีตที่ดีส่งผลให้บุคคลมีเจตคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย และบุคคลจะมีความเชื่อในความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ ดังนั้น เราจึงต้องส่งเสริมให้เขาทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยแล้วเกิดความรู้สึกที่ดี เพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง

- 1.2. ประสบการณ์จากบุคคลรอบข้าง หากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้ทำพฤติกรรมจากบุคคลรอบข้างเขาก็จะเชื่อว่าหากคนใกล้ชิดสามารถทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ เขาก็สามารถทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ได้เช่นกัน

- 1.3. การได้รับการโน้มน้าวทางคำพูด หากบุคคลรอบข้างให้การสนับสนุนในการทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยด้วยให้ผลตอบกลับที่ดีก็จะยิ่งส่งเสริมให้บุคคลมีความการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น

1.4. สภาวะทางอารมณ์และร่างกาย หากขณะทำพฤติกรรมบุคคลรู้สึกกดดัน อาจส่งผลทางลบในการทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางที่สมควรทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์ทางบวกเพื่อเป็นการสร้างการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น

## 2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญ ควรให้การสนับสนุนในการทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น โดยกลุ่มบุคคลดังกล่าวได้แก่

2.1. คู่นอน ควรให้ความร่วมมือกันในการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ซึ่งสามารถทำได้โดยพูดคุยต่อรองกันระหว่างคู่รัก เนื่องจากกิจกรรมทางเพศ เป็นกิจกรรมที่ร่วมกันทำระหว่างคู่นอนจึงควรมีการตกลงร่วมกันระหว่างทั้งคู่

2.2. เพื่อน ควรให้คำแนะนำและสนับสนุนเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ใช้เวลาอยู่กับเพื่อนมากที่สุด พูดคุยและมักแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน หากรับรู้ได้ว่าใครๆ ก็ใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคแล้ว วัยรุ่นก็จะหันมานิยมใส่ถุงยางอนามัยมากขึ้น โดยจะมองว่าเป็นเรื่องที่ดี น่ายกย่อง

2.3. พ่อแม่ ควรให้คำแนะนำและสนับสนุนเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย โดยการที่พ่อแม่พูดคุยกับลูกในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย จะทำให้เด็กไม่รู้สึกเขินอายในเรื่องเพศมากเกินไป จะรู้จักการป้องกันตัวเอง มีความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย และอาจส่งผลให้เด็กมีเจตคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย

2.4. บุคคลมีชื่อเสียง อาจมีการโฆษณาโดยให้ผู้ที่มิชื่อเสียงแสดง เพื่อให้ผู้ชมรับรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยไม่ใช่เรื่องเสียหายแต่กลับเป็นเรื่องที่น่ายกย่อง แสดงถึงความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม บุคคลย่อมมีพฤติกรรมคล้อยตามตามกลุ่มอ้างอิงข้างต้น

## 3. เจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

เนื่องจากในสังคมไทยการมีเพศสัมพันธ์ถือเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถพูดคุยกันได้ สถานการณ์ปกติ ซึ่งอาจทำให้คนขาดความรู้ในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสมหรือการป้องกันต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ โดยสิ่งทีควรเน้น คือ การสร้างเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง และเน้นย้ำถึงผลดีของการใช้ถุงยางอนามัยให้มากขึ้น เช่น ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ป้องกันสิ่งสกปรก เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังควรลดเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอีกด้วย ควรสร้างให้บุคคลมองข้อดีของการใช้ถุงยางอนามัยว่ามีประโยชน์กว่าข้อเสียที่เกิด เช่น ลดการรับสัมผัส สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ชัดแจ้งหวัะขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น โดยควรมีการออกมาชี้แจงว่าความรู้สึกระหว่างการ

สวมถุงยางอนามัยกับการไม่สวมถุงยางอนามัยนั้นไม่แตกต่างกัน อีกทั้งยังสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ และการติดเชื้อติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ ในปัจจุบันมีการออกแบบถุงยางอนามัยเพื่อส่งเสริมให้ คนมีการหันมาใช้ถุงยางอนามัยมากยิ่งขึ้น เช่น สีลื่นของถุงยางอนามัย กลิ่น หรือผิวสัมผัส

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมควบคุมโรค. (2558). กรมควบคุมโรค เผยผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 57 เกือบครึ่งเป็นชายรักชายและสาวประเภทสอง เร่งวิจัยแก้ปัญหา. *สรรพสารวงการแพทย์*. (17)440.
- โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. (2538). *ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์* (20). กรุงเทพฯ: สำนักงานกลาง หอรัษฎากรพิพัฒน์.
- บุษกร เพชรรัตน์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ข้อดี-ข้อเสียในการใช้ถุงยางอนามัย กับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- บุษราคัม ทองใย. (2555). *พฤติกรรมการออกกำลังกายและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใหญ่ตอนต้นเพศหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน : การศึกษาตามแนวทฤษฎีตามด้วยเหตุผล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยภรณ์ อภิฐานฉิมิต. (2551). การศึกษาทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม และพฤติกรรมการให้บริการ (กิจกรรม CARE) : กรณีศึกษาพนักงานบริษัทประกันวินาศภัย. งานวิจัยส่วนบุคคล ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานกองสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2556). *การประชุมรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ และคาดประมาณการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต, 31 กรกฎาคม 2556 ณ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย.
- สำนักงานกองสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). *กิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนักเรื่องเอดส์ประจำปี 58, 28 พฤษภาคม 2558 ณ กรุงเทพมหานคร*.
- สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ภาพรวมสถานการณ์การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยพ.ศ. 2556. ค้นเมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2558, จาก [http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128\\_31017647.pdf](http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_31017647.pdf)

- สำนักกระบวนวิทยากรรรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2557). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย  
ณ. วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2557. ค้นเมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2558, จาก  
[http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128\\_61345755.pdf](http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_61345755.pdf)
- ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. (2553). สถานการณ์โรคเอดส์ในปัจจุบัน. ค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม  
2558, จาก <http://www.trcarc.org/index.php/2011-05-18-07-07-20?id=53>
- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2557). งานวิจัยชี้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยเพิ่มขึ้นในกลุ่ม  
เยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ. ค้นเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2558, จาก  
[http://www.unicef.org/thailand/tha/media\\_22921.html](http://www.unicef.org/thailand/tha/media_22921.html)
- เฮลท์แคร์ไทย. (2558). โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS). ค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2559, จาก  
<http://www.healthcarethai.com/โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง>

### ภาษาอังกฤษ

- Abbassi, V. (1998). Growth and normal puberty. *Pediatrics*, 102(Supplement 3), 507-511.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J.  
Beckmann (Eds.), *Action  
control: From cognition to behavior*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag. (pp.  
11-39).
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision  
processes*, 50(2), 179-211.
- Albert, D., & Steinberg, L. (2011). Judgment and decision making in adolescence. *Journal of  
adolescence. Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 211-224.
- American Psychiatric Association. (2000). Gay, lesbian and bisexual issues. *Fact Sheet*.  
*Washington, DC: Association of Gay and Lesbian Psychiatrics*.
- American Psychological Association. (2008). *Equal level of commitment and relationship  
satisfaction found among gay and heterosexual couples*. Retrieved 12 January, 2016, from  
[http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2008-01/apa-elo011708.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2008-01/apa-elo011708.php)

- American Psychological Association. (2012). Sexual orientation, homosexuality and bisexuality. *Answers to Your Questions: For a Better Understanding of Sexual Orientation and Homosexuality*.
- Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2013). Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *JAMA*, *310*(15), 1619-1620.
- Anna, C. (2016). "Instrument of Torture": The Dalkon Shiled Disaster. Retrieved 10 January, 2016, from <http://www.advocateaz.org/author/annappaa/>
- Assefa, N., & Haidar, J. (2013). The utility of theory of planned behavior in predicting consistent condom use intention of HIV patients on ART in North Shoa Zone health facilities, Ethiopia, 2011. *Ethiopian Journal of Health Development*, *27*(1), 40-47.
- Aufseeser, D., Jekielek, S., & Brown, B. (2006). The Family Environment and Adolescent Well-Being: Exposure to Positive and Negative Family Influences. *Child Trends*.
- Bartlett, J. G., & Director, A. I. D. S. (2006). *Pocket guide to adult HIV/AIDS treatment*. Johns Hopkins University.
- Bearman, P. S., & Brückner, H. (2001). *Opposite-Sex Twins and Adolescent Same-Sex Attraction*
- Becker, S. L., Dezii, C. M., Burtcel, B., Kawabata, H., & Hodder, S. (2002). Young HIV-infected adults are at greater risk for medication nonadherence. *MedGenMed: Medscape general medicine*, *4*(3), 21-21.
- .
- Bell, A. P., & Weinberg, M. S. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men and women*.
- Boily, M. C., Baggaley, R. F., Wang, L., Masse, B., White, R. G., Hayes, R. J., & Alary, M. (2009). Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet infectious diseases*, *9*(2), 118-129.

- Blankson, J. N., Persaud, D., & Siliciano, R. F. (2002). The challenge of viral reservoirs in HIV-1 infection. *Annual review of medicine*, 53(1), 557-593.
- Burgoyne, R. W., & Tan, D. H. (2008). Prolongation and quality of life for HIV-infected adults treated with highly active antiretroviral therapy (HAART): a balancing act. *Journal of antimicrobial chemotherapy*, 61(3), 469-473.
- Carducci, B. J. (2009). *The psychology of personality: Viewpoints, research, and applications*. John Wiley & Sons.
- Carter, A. (2016). *Impulsive Desire Method Review*. Idaho: Makeherdesireyou.
- Cayley Jr, W. E. (2004). Effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. *Am Fam Physician*, 70(7), 1268-1269.
- Celum, C., & Baeten, J. (2012). Tenofovir-based pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: Evidence and evolving questions. *Current opinion in infectious diseases*, 25(1), 51.
- Chitwarakorn, A. (2004). HIV/AIDS and Sexually-transmitted Infections in Thailand. *AIDS in Asia: The Challenge Ahead*, 141-157.
- Chou, R., Selph, S., Dana, T., Bougatsos, C., Zakher, B., Blazina, I., & Korthuis, P. T. (2012). Screening for HIV: systematic review to update the 2005 US Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of internal medicine*, 157(10), 706-718.
- Chu, C., & Selwyn, P. A. (2011). Complications of HIV infection: a systems-based approach. *American family physician*, 83(4).
- Churchill, S., Jessop, D., & Sparks, P. (2008). Impulsive and/or planned behaviour: Can impulsivity contribute to the predictive utility of the theory of planned behaviour?. *British Journal of Social Psychology*, 47(4), 631-646.
- Coe, C. L., Hayashi, K. T., & Levine, S. (1988). Hormones and behavior at puberty: Activation or concatenation.
- Cohen, M. S., Henderson, G. E., Aiello, P., & Zheng, H. (1996). Successful eradication of sexually transmitted diseases in the People's Republic of China: implications for the 21st century. *Journal of Infectious Diseases*, 174(Supplement 2), S223-S229.



- Condomman. (2008). *All You Need to Know on Condom Statistics and Sizes*. Retrived 5 January, 2016, from <http://blog.condomman.com/articles/condom-use/all-you-need-to-know-on-condom-statistics-and-sizes/>
- Coutsoudis, A., Kwaan, L., & Thomson, M. (2010). Prevention of vertical transmission of HIV-1 in resource-limited settings. *Expert review of anti-infective therapy*, 8(10), 1163-1175.
- Crans, W. J. (1993). Why mosquitoes cannot transmit AIDS. *Rutgers Cooperative Extension Leaflet No. FS736*.
- Cron, J., & Pobocik, R. (2013). Intentions to Continue Vegetarian Dietary Patterns: An Application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 9(113), A90.
- Crosby, R., & Bounse, S. (2012). Condom effectiveness: where are we now?. *Sexual health*, 9(1), 10-17.
- D'Augelli, A. R. (1994). *Identity development and sexual orientation: Toward a model of lesbian, gay, and bisexual development*.
- Davis, K. C., Danube, C. L., Neilson, E. C., Stappenbeck, C. A., Norris, J., George, W. H., & Kajumulo, K. F. (2015). Distal and proximal influences on men's intentions to resist condoms: alcohol, sexual aggression history, impulsivity, and social-cognitive Factors. *AIDS and Behavior*, 1-11.
- Derefinko, K. J., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Walsh, E. C., Adams, Z. W., & Lynam, D. R. (2014). Relations Between Trait Impulsivity, Behavioral Impulsivity, Physiological Arousal, and Risky Sexual Behavior Among Young Men. *Archives of sexual behavior*, 43(6), 1149-1158.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction biology*, 14(1), 22-31.
- Dosekun, O., & Fox, J. (2010). An overview of the relative risks of different sexual behaviours on HIV transmission. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5(4), 291-297.

- Dougherty, D. M., Marsh-Richard, D. M., Hatzis, E. S., Nouvion, S. O., & Mathias, C. W. (2008). A test of alcohol dose effects on multiple behavioral measures of impulsivity. *Drug and alcohol dependence*, 96(1), 111-120.
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2014). Statistical Yearbook for Asia and the Pacific 2014. New York: United Nations Publication.
- Ebrahim, N. B., Davis, S., & Tomaka, J. (2015). Correlates of Condom Use Among Somali and Ethiopian Immigrants in the US. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-9.
- Eigsti, I. M., Zayas, V., Mischel, W., Shoda, Y., Ayduk, O., Dadlani, M. B., ... & Casey, B. J. (2006). Predicting cognitive control from preschool to late adolescence and young adulthood. *Psychological science*, 17(6), 478-484.
- Elkind, D., & Bowen, R. (1979). Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Developmental Psychology*, 15(1), 38.
- The European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). *Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses 2014*. Stockholm: The European Centre for Disease Prevention and Control.
- Faghih, A., Solhi, M., Jajayeri, A., Zadeh, D. S., Rahimi, A., & Aghamolaei, T. Predicting junk food consumption by extending the theory of planned behavior: the role of descriptive norms. *HealthMED*, 1157.
- Famil, K. (2006). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents.
- Floyd, F. J., & Stein, T. S. (2002). Sexual orientation identity formation among gay, lesbian, and bisexual youths: Multiple patterns of milestone experiences. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 167-191.
- Francesc, P., Monserrat, P., Maria, E. G., & Mark, J. M. (2015). Percieve Pros and Cons of Condom Use as Predictors os its Consist Use with a Heterosexual Romantic Partner Among Young Adults. *Current Psychology*. Catalonia, Cranfield, Bedfordshire: Springer US. (pp. 1-9).

- Free, M. J., Skiens, E. W., & Morrow, M. M. (1980). Relationship between condom strength and failure during use. *Contraception*, 22(1), 31-37.
- Gallo, M. F., Grimes, D. A., Lopez, L. M., & Schulz, K. F. (2006). Non-latex versus latex male condoms for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD003550.
- Garn, S. M. (1952). Physical growth and development. *American journal of physical anthropology*, 10(2), 169-192.
- staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children.
- Goldenring, J. (2004). Puberty and adolescence. *A Review provided by VeriMed Healthcare Network. Medline plus US National library of Medicine.*
- Goudarzi, H. (2007). The quest for an HIV vaccine. *Archives of Clinical Infectious Diseases*, 2(2).
- Graber, J. A., Nichols, T. R., & Brooks-Gunn, J. (2010). Putting pubertal timing in developmental context: Implications for prevention. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 254-262.
- Grosskurth, H., Todd, J., Mwijarubi, E., Mayaud, P., Nicoll, A., Newell, J., ... & Mugeye, K. (1995). Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *The lancet*, 346(8974), 530-536.
- Guo, R., McAleese, W. J., Appleby, K. M., Guo, J., Zhang, W., Huang, Y., & Peterson, T. (2014). Predictors of intention to use condoms among Chinese college students. *Journal of community health*, 39(4), 712-718.
- Hale, J. L., Householder, B. J., & Greene, K. L. (2003). *The persuasion handbook: Developments in theory and practice.*
- Hatcher, R. A., Trussell, J., & Nelson, A. L. (2007). *Contraceptive technology.* Ardent Media.
- Holmes, C. B., Losina, E., Walensky, R. P., Yazdanpanah, Y., & Freedberg, K. A. (2003). Review of human immunodeficiency virus type 1-related opportunistic infections in sub-Saharan Africa. *Clinical Infectious Diseases*, 36(5), 652-662.

- Horvath, T., Madi, B. C., Iuppa, I. M., Kennedy, G. E., Rutherford, G., & Read, J. S. (2009). Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS., & World Health Organization. (2007). *AIDS epidemic update*. World Health Organization.
- Jorgensen, M., Keiding, N., & Skakkebaek, N. E. (1991). Estimation of spermarche from longitudinal spermaturia data. *Biometrics*, 177-193.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2015). *Human development: A life-span view*. Cengage Learning.
- Kamali, A., Quigley, M., Nakiyingi, J., Kinsman, J., Kengeya-Kayondo, J., Gopal, R., ... & Whitworth, J. (2003). Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *The Lancet*, 361(9358), 645-652.
- Karimy, M., Niknami, S., Heidarnia, A. R., Hajizadeh, I., & Montazeri, A. (2013). Prevalence and determinants of male adolescents' smoking in Iran: An explanation based on the theory of planned behavior. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(3), 187-193.
- King, J. T., Justice, A. C., Roberts, M. S., Chang, C. C. H., & Fusco, J. S. (2003). Long-term HIV/AIDS survival estimation in the highly active antiretroviral therapy era. *Medical Decision Making*, 23(1), 9-20.
- Krèamer, A., Kretzschmar, M., & Krickeberg, K. (2010). *Modern Infectious Disease Epidemiology: Concepts, Methods, Mathematical Models*. Springer.
- Kroger, J. (2004). *Identity in adolescence: The balance between self and other*. Psychology Press.
- Kurth, A. E., Celum, C., Baeten, J. M., Vermund, S. H., & Wasserheit, J. N. (2011). Combination HIV prevention: significance, challenges, and opportunities. *Current HIV/AIDS Reports*, 8(1), 62-72.
- Lee, P. A. (1980). Normal ages of pubertal events among American males and females. *Journal of adolescent health care*, 1(1), 26-29.

- Leng, H. B., Wantha, S. S., Saidel, T., Sun, L. P., Sopheap, S., & Natpratan, C. (2002, July). Success of Cambodian HIV prevention efforts confirmed by low prevalence of sexually transmitted infections and declining HIV and risk behaviors. In *Abstracts, XIV International Conference on AIDS, Barcelona, Spain, 6-10 July 2002*.
- Liskin, L., Wharton, C., Blackburn, R. D., & Kestelman, P. (1990). Condoms--now more than ever. *Population Reports. Series H: Barrier Methods*, (8), 1-36.
- Luster, T., & Small, S. A. (1994). Factors associated with sexual risk-taking behaviors among adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 622-632.
- Malani, P. N. (2010). Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. *JAMA*, 304(18), 2067-2071.
- Marković-Denić, L., Oštrić, I., Pavlović, A., & Kalimanovska-Oštrić, D. (2012). Knowledge and occupational exposure to blood and body fluids among health care workers and medical students. *Acta chirurgica iugoslavica*, 59(1), 71-75.
- Marrazzo, J. M., Del Rio, C., Holtgrave, D. R., Cohen, M. S., Kalichman, S. C., Mayer, K. H., ... & Kumarasamy, N. (2014). HIV prevention in clinical care settings: 2014 recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. *JAMA*, 312(4), 390-409.
- Marshall, W. A. (1978). Puberty. In *Human growth* (pp. 141-181). Springer US.
- Martinez-Picado, J., DePasquale, M. P., Kartsonis, N., Hanna, G. J., Wong, J., Finzi, D., ... & Petropoulos, C. J. (2000). Antiretroviral resistance during successful therapy of HIV type 1 infection. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 97(20), 10948-10953.
- Martins, S. S., Tavares, H., da Silva Lobo, D. S., Galetti, A. M., & Gentil, V. (2004). Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addictive behaviors*, 29(6), 1231-1235.
- May, M. T., & Ingle, S. M. (2011). Life expectancy of HIV-positive adults: a review. *Sexual health*, 8(4), 526-533.

- McCoul, M. D., & Haslam, N. (2001). Predicting high risk sexual behaviour in heterosexual and homosexual men: The roles of impulsivity and sensation seeking. *Personality and individual differences*, **31(8)**, 1303-1310.
- Mocroft, A., Gill, M. J., Davidson, W., & Phillips, A. N. (2000). Are There Gender Differences in Starting Protease Inhibitors, HAART, and Disease Progression Despite Equal Access to Care?. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *24(5)*, 475-482.
- National Institutes of Allergy and Infectious Diseases. (2001). *Workshop summary: Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Allergy and Infectious Diseases.
- Nieuwkerk, P. T., Sprangers, M. A., Burger, D. M., Hoetelmans, R. M., Hugten, P. W., Danner, S. A., ... & Sprenger, H. G. (2001). Limited patient adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV-1 infection in an observational cohort study. *Archives of Internal Medicine*, *161(16)*, 1962-1968.
- Osgood, C. E. (1957). SUCI, G. J., & TANNENBAUM, P. H. The measurement of meaning.
- Palella Jr, F. J., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., ... & Holmberg, S. D. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, *338(13)*, 853-860.
- Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. (2002). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S. (November 1995). "Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale". *Journal of Clinical Psychology*. *51 (6)*: 768–74.
- Perngpan, U. (2006). Harm reduction programme in Thailand. In Prepared for International Counseling Symposium on Drug Prevention and Rehabilitation.

- Pflugfelder, G. M. (1999). *Cartographies of desire: Male-male sexuality in Japanese discourse, 1600-1950*. Univ of California Press.
- Rich, A., Mullan, B. A., Sainsbury, K., & Kuczmierczyk, A. R. (2014). The role of gender and sexual experience in predicting adolescent condom use intentions using the theory of planned behaviour. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 19*(4), 295-306.
- Reynell, L., & Trkola, A. (2012). HIV vaccines: an attainable goal?. *Swiss Med Wkly, 142*, w13535.
- Roberts, A. (2008). *Albion Dreaming: A popular history of LSD in Britain (Revised Edition with a new foreword by Dr. Sue Blackmore)*. Marshall Cavendish International Asia Pte Ltd.
- Rojanapithayakorn, W. (2006). The 100% condom use programme in Asia. *Reproductive health matters, 14*(28), 41-52.
- Rom, W. N., & Markowitz, S. B. (Eds.). (2007). *Environmental and occupational medicine*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Root, M. P. (1990). Resolving "other" status: Identity development of biracial individuals. *Women & Therapy, 9*(1-2), 185-205.
- Sacolo, H. N., Chung, M. H., Chu, H., Liao, Y. M., Chen, C. H., Ou, K. L., ... & Chou, K. R. (2013). High Risk Sexual Behaviors for HIV among the In-School Youth in Swaziland: A Structural Equation Modeling Approach. *PloS one, 8*(7), e67289.
- Saewyc, E. M. (2011). Research on adolescent sexual orientation: Development, health disparities, stigma, and resilience. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 256-272.
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological bulletin, 125*(1), 90.

- Someya, T., Sakado, K., Seki, T., Kojima, M., Reist, C., Tang, S. W., & Takahashi, S. (2001). The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): Its reliability and validity. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 55(2), 111-114.
- Sisk, C. L., & Foster, D. L. (2004). The neural basis of puberty and adolescence. *Nature neuroscience*, 7(10), 1040-1047.
- Smith, B. T. (2008). *Concepts in immunology and immunotherapeutics*. Ashp.
- Smith, M. (2012). *Acting on impulse*. Retrieved 13 January, 2016, from <https://www.psychologytoday.com/blog/short-history-mental-health/201210/acting-impulse>
- Smith, S. R., & Handler, L. (Eds.). (2014). *The clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's handbook*. Routledge.
- Social Development. (2015). American Psychological Association. (1998). *Answers to your questions about sexual orientation and homosexuality*. APA, Office of Public Concerns. Retrieved from [http://www.alleydog.com/glossary/definition-cit.php?term=Social Development](http://www.alleydog.com/glossary/definition-cit.php?term=Social+Development)
- Sparrow, M. J., & Lavill, K. (1994). Breakage and slippage of condoms in family planning clients. *Contraception*, 50(2), 117-129.
- Stanford, M. S., Greve, K. W., Boudreaux, J. K., Mathias, C. W., & Brumbelow, J. L. (1996). Impulsiveness and risk-taking behavior: Comparison of high-school and college students using the Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and individual differences*, 21(6), 1073-1075.
- Steen, R., Dallabetta, G., & Neilsen, G. (2004). Antibiotic chemoprophylaxis and HIV infection in Kenyan sex workers. *JAMA*, 292(8), 921-921.
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I., & Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of research on adolescence*, 16(1), 47-58.



- Susman, E. J., Dorn, L. D., & Schiefelbein, V. L. (2003). Puberty, sexuality, and health. *Handbook of psychology*.
- Troiden, D. R. R. (1989). The formation of homosexual identities. *Journal of homosexuality*, 17(1-2), 43-74.
- Trussell, J., & Guthrie, K. (2007). Choosing a contraceptive: efficacy, safety, and personal considerations. *Contraceptive Technology*, 19-47.
- Valappil, T., Kelaghan, J., Macaluso, M., Artz, L., Austin, H., Fleenor, M. E., ... & Hook III, E. W. (2005). Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases. *Sexually transmitted diseases*, 32(1), 35-43.
- Van der Kuyl, A. C., & Cornelissen, M. (2007). Identifying HIV-1 dual infections. *Retrovirology*, 4(1), 67.
- Varghese, B., Maher, J. E., Peterman, T. A., Branson, B. M., & Steketee, R. W. (2002). Reducing the risk of sexual HIV transmission: quantifying the per-act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. *Sexually transmitted diseases*, 29(1), 38-43.
- Vogel, M., Schwarze-Zander, C., Wasmuth, J., Spengler, U., Sauerbruch, T., & Rockstroh, J.K. (2010). The Treatment of Patients With HIV. *Dtsch Arztebl Int*, 107, 28-29.
- Wang, H., Wang, N., Jia, M., Bi, A., Wang, G., Ding, G., ... & Smith, K. (2009). Sexually transmitted infections among female sex workers in Kaiyuan city, Yunnan province, China: potential for HIV transmission. *Sexually transmitted infections*.
- Wald, A., Langenberg, A. G., Krantz, E., Douglas, J. M., Handsfield, H. H., DiCarlo, R. P., ... & Corey, L. (2005). The relationship between condom use and herpes simplex virus acquisition. *Annals of internal medicine*, 143(10), 707-713.
- Walsh, T. L., Frazier, R. G., Peacock, K., Nelson, A. L., Clark, V. A., Bernstein, L., & Waxall, B. G. (2003). Use of prostate-specific antigen (PSA) to measure semen exposure resulting from male condom failures: implications for contraceptive efficacy and the prevention of sexually transmitted disease. *Contraception*, 67(2), 139-150.

- Wawer, M. J., Sewankambo, N. K., Serwadda, D., Quinn, T. C., Kiwanuka, N., Li, C., ... & Rakai Project Study Group. (1999). Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. *The lancet*, 353(9152), 525-535.
- White, A. B., Mirjahangir, J. F., Horvath, H., Anglemyer, A., & Read, J. S. (2014). Antiretroviral interventions for preventing breast milk transmission of HIV (Review).
- World Health Organization. (2004). The male latex condom: specification and guidelines for condom procurement: 2003.
- World Health Organization. Reproductive Health. (2007). *Family Planning: A Global Handbook for Providers: Evidence-based Guidance Developed Through Worldwide Collaboration*. Johns Hopkins Ccp-Info.
- World Health Organization. Reproductive Health. (2007). *WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical*.
- Wingrove, J., & Bond, A. J. (1997). Impulsivity: A state as well as trait variable. Does mood awareness explain low correlations between trait and behavioural measures of impulsivity?. *Personality and Individual Differences*, 22(3), 333-339.
- Xiao, Z., Palmgreen, P., Zimmerman, R., & Noar, S. (2010). Adapting and applying a multiple domain model of condom use to Chinese college students. *AIDS care*, 22(3), 332-338.
- Young, D. (2005). Our Bodies, Ourselves A New Edition for a New Era. *Birth*, 32(3), 239-240.

**ภาคผนวก ก**  
**แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย**

อายุ..... เพศ.....

1. หากฉันทำพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรบ้าง

ผลดี	ผลเสีย
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

2. คนหรือกลุ่มคนใดบ้างที่จะสนับสนุนหรือขัดขวางพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์

สนับสนุน	ขัดขวาง
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

3. เหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่สนับสนุนหรือขัดขวางในการทำพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์

สนับสนุน	ขัดขวาง
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

ภาคผนวก ข

## แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย

แบบสำรวจความคิดเห็นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ ความคิดเห็น  
ความเชื่อ และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย  
ของกลุ่มชายรักชาย ที่มีอายุระหว่าง 17-28 ปี  
ขอความร่วมมือรบกวนตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ตามความเป็นจริง  
ในส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการวิเคราะห์ในภาพรวมของผู้ตอบ  
แบบสอบถาม ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็น ความลับ

ขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

นิติตคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โปรดตอบตามความเป็นจริง

1. อายุ ..... ปี
2. ขณะนี้กำลัง :  ศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย  ศึกษามหาวิทยาลัย  จบหรือทำงานแล้ว
3. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ :  เคย  ไม่เคย

### ตอนที่ 2 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับที่	การที่ฉันใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่...								
1	ไม่ดี	1	2	3	4	5	6	7	ดี
2	เป็นโทษ	1	2	3	4	5	6	7	เป็นประโยชน์
3	ไม่พึงพอใจ	1	2	3	4	5	6	7	น่าพึงพอใจ
4	จำเป็น	1	2	3	4	5	6	7	ไม่จำเป็น
5	น่าขัดขวาง	1	2	3	4	5	6	7	น่าสนับสนุน
6	สูญเปล่า	1	2	3	4	5	6	7	คุ้มค่า
7	โง่	1	2	3	4	5	6	7	ฉลาด
8	น่าสนใจ	1	2	3	4	5	6	7	ไม่น่าสนใจ
9	ไม่ชอบ	1	2	3	4	5	6	7	ชอบ
10	ยาก	1	2	3	4	5	6	7	ง่าย
11	เกิดผลดี	1	2	3	4	5	6	7	เกิดผลเสีย
12	ควรต่อต้าน	1	2	3	4	5	6	7	ควรปฏิบัติ
13	ถูก	1	2	3	4	5	6	7	ผิด
14	ผิดใจ	1	2	3	4	5	6	7	เต็มใจ
15	บันเทิง	1	2	3	4	5	6	7	ส่งเสริม

ตอนที่ 3 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับที่	ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วยน้อย	เฉยๆ	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมากที่สุด
1	การที่ฉันใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้	1	2	3	4	5	6	7
2	การที่ฉันใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ สามารถสร้างความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์ ได้	1	2	3	4	5	6	7
3	การที่ฉันใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันสิ่งสกปรก ได้	1	2	3	4	5	6	7
4	การที่ฉันใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ สามารถคุมกำเนิด ได้	1	2	3	4	5	6	7
5	การที่ฉันใช้ถุงยางอนามัยเป็นการ ลดความรู้สึกการรับสัมผัสของฉัน ขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
6	การที่ฉันใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นการ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	1	2	3	4	5	6	7
7	การที่ฉันใช้ถุงยางอนามัยเป็นการ ขัดจังหวะ ขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7

ตอนที่ 4 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับที่	ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ	ไม่ดี	1	2	3	4	5	6	7	ดี
1	การ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้เป็นสิ่งที่ ...	ไม่ดี	1	2	3	4	5	6	7	ดี
2	การ สร้างความมั่นใจขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ เป็นสิ่งที่ ...	ไม่ดี	1	2	3	4	5	6	7	ดี
3	การ ป้องกันสิ่งสกปรกขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ เป็นสิ่งที่ ...	ไม่ดี	1	2	3	4	5	6	7	ดี
4	การ คุมกำเนิด ได้ เป็นสิ่งที่ ...	ไม่ดี	1	2	3	4	5	6	7	ดี
5	การ ลดความรู้สึกการรับสัมผัสของฉันขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ ...	ไม่ดี	1	2	3	4	5	6	7	ดี
6	การ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นสิ่งที่ ...	ไม่ดี	1	2	3	4	5	6	7	ดี
7	การ ขัดจังหวะขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ ...	ไม่ดี	1	2	3	4	5	6	7	ดี

ตอนที่ 5 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับที่		ไม่เห็นด้วยมาก	ไม่เห็นด้วยปาน	ไม่เห็นด้วยน้อย	เฉยๆ	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปาน	เห็นด้วยมากที่สุด
1	บุคคลที่มีความสำคัญต่อฉัน คิดว่า ฉันควรใช้ถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
2	เพื่อนของฉัน คิดว่า ฉันควรใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
3	คู่นอนของฉัน คิดว่า ฉันควรใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
4	พ่อแม่ของฉัน คิดว่า ฉันควรใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
5	สื่อโฆษณา คิดว่า ฉันควรใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
6	บุคลากรทางการแพทย์ คิดว่า ฉันควรใช้ถุงยางอนามัยขณะมี เพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
7	โดยทั่วไป ฉันต้องการทำในสิ่งที่ เพื่อนของฉัน ต้องการให้ทำ	1	2	3	4	5	6	7
8	โดยทั่วไป ฉันต้องการทำในสิ่งที่ คู่นอนของฉัน ต้องการให้ทำ	1	2	3	4	5	6	7
9	โดยทั่วไป ฉันต้องการทำในสิ่งที่ พ่อแม่ของฉัน ต้องการให้ทำ	1	2	3	4	5	6	7
10	โดยทั่วไป ฉันต้องการทำในสิ่งที่ สื่อโฆษณา ต้องการให้ฉันทำ	1	2	3	4	5	6	7
11	โดยทั่วไป ฉันต้องการทำในสิ่งที่ บุคลากรทางการแพทย์ ต้องการให้ทำ	1	2	3	4	5	6	7

ตอนที่ 6 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับที่		ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วยปาน	ไม่เห็นด้วยน้อย	เฉยๆ	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมากที่สุด
1	ฉันมั่นใจ ว่าฉันจะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
2	ฉันจะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับ ตัวฉันเอง	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉันตั้งใจ จะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันต้องการ จะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
5	ฉันตัดสินใจ จะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
6	ฉันพยายามจะใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7

**ตอนที่ 7** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับที่	เป็นไปได้น้อยเพียงใดที่ เหตุการณ์ต่อไปนี้จะเกิดขึ้นกับฉันเมื่อฉันมีเพศสัมพันธ์ในครั้งต่อไป...	เป็นไปได้เลย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้น้อย	พอกัน	เป็นไปได้น้อย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้มากที่สุด
1	การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งมีการเตรียมพร้อมล่วงหน้า	1	2	3	4	5	6	7
2	การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีความเสี่ยงเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
3	การมีเพศสัมพันธ์ในสถานที่ที่อยู่ใกล้ร้านค้าที่จำหน่ายถุงยางอนามัย	1	2	3	4	5	6	7
4	การมีเพศสัมพันธ์ที่ทั้งคู่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย	1	2	3	4	5	6	7
5	การมีเพศสัมพันธ์โดยได้รับถุงยางอนามัยแจกฟรี	1	2	3	4	5	6	7
6	การมีเพศสัมพันธ์โดยพกถุงยางอนามัยติดตัว	1	2	3	4	5	6	7

**ตอนที่ 8** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับที่	เหตุการณ์ต่อไปนี้ ชัดขวาง หรือ สบับสนุน การใช้ถุงยางอนามัย ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ของฉันในครั้งต่อไป	ชัดเจนมาก	ชัดเจนปานกลาง	ชัดเจนน้อย	พอกัน	สนับสนุนน้อย	สนับสนุนปานกลาง	สนับสนุนมาก
1	การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งมีการเตรียมพร้อมล่วงหน้า	1	2	3	4	5	6	7
2	การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีความเสี่ยงเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6	7
3	การมีเพศสัมพันธ์ในสถานที่ที่อยู่ใกล้ร้านค้าที่จำหน่ายถุงยางอนามัย	1	2	3	4	5	6	7
4	การมีเพศสัมพันธ์ที่ทั้งคู่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย	1	2	3	4	5	6	7
5	การมีเพศสัมพันธ์โดยได้รับถุงยางอนามัยแจกฟรี	1	2	3	4	5	6	7
6	การมีเพศสัมพันธ์โดยพกถุงยางอนามัยติดตัว	1	2	3	4	5	6	7



ตอนที่ 9 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับที่	ข้อความคำถาม	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
1	ฉันวางแผนในการทำงานอย่างรอบคอบ	1	2	3	4
2	ฉันทำสิ่งต่างๆโดยไม่ได้คิด	1	2	3	4
3	ฉันมักจะตัดสินใจโดยรวดเร็ว	1	2	3	4
4	ฉันไม่ค่อยรู้สึกกังวล	1	2	3	4
5	ฉันไม่ค่อยใส่ใจ	1	2	3	4
6	ฉันชอบการแข่งขัน	1	2	3	4
7	ฉันชอบวางแผนล่วงหน้า	1	2	3	4
8	ฉันควบคุมตนเองได้	1	2	3	4
9	ฉันมีสมาธิกับสิ่งที่ทำ	1	2	3	4
10	ฉันมักใช้ชีวิตอยู่ในความปลอดภัย	1	2	3	4
11	ฉันไม่สามารถอยู่นิ่งได้	1	2	3	4
12	ฉันมักคิดอย่างถี่ถ้วน	1	2	3	4
13	ฉันวางแผนการทำงานที่ไม่มีความเสี่ยง	1	2	3	4
14	ฉันชอบพูดโดยไม่คิด	1	2	3	4
15	ฉันชอบครุ่นคิดเกี่ยวกับปัญหาที่ซับซ้อน	1	2	3	4
16	ฉันชอบเปลี่ยนงานที่ทำ	1	2	3	4
17	ฉันมักแสดงอาการหุนหัน	1	2	3	4
18	ฉันจะรู้สึกเบื่อง่ายเมื่อต้องแก้ปัญหาที่ซับซ้อน	1	2	3	4
19	ฉันมักทำการใดๆโดยไม่วางแผนล่วงหน้า	1	2	3	4
20	ฉันยึดมั่นในความคิดของตนเอง	1	2	3	4
21	ฉันเปลี่ยนที่อยู่อาศัยบ่อยๆ	1	2	3	4
22	ฉันมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยไม่คิดหน้าคิดหลัง	1	2	3	4
23	ฉันสามารถมีสมาธิได้แค่กับทีละเรื่อง	1	2	3	4
24	ฉันเปลี่ยนงานอดิเรกบ่อยๆ	1	2	3	4
25	ฉันมีรายจ่ายมากกว่ารายรับ	1	2	3	4
26	ฉันมักคิดเรื่อยเปื่อยนอกเรื่อง	1	2	3	4
27	ฉันสนใจในปัจจุบันมากกว่าในอนาคต	1	2	3	4
28	ฉันมักจะกังวลเมื่อต้องพูดหน้าชั้นเรียน	1	2	3	4
29	29.ฉันชอบเกมปริศนา	1	2	3	4
30	30.ฉันมีเป้าหมายในอนาคต	1	2	3	4