

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ใน  
คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The study of HIV Risky behaviors and Self-esteem among men who have sex with  
men (MSM) at RSAT Medical Technology Clinic Ramkhamhaeng



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง
โดย	นายภูเบศร์ ปานเพ็ชร
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์)

ภูเบศร์ ปานเพ็ชร : พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง. ( The study of HIV Risky behaviors and Self-esteem among men who have sex with men (MSM) at RSAT Medical Technology Clinic Ramkhamhaeng) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ศ. พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์

แม้ในปัจจุบันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจะลดลงมากเมื่อเทียบกับอดีต แต่กลับพบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่ยังคงมีอัตราการติดเชื้อที่สูงมากเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป จึงจำเป็นต้องมีการสร้างความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อและลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โดยการสนับสนุนให้บุคคลได้ดูแลและป้องกันตนเอง ผู้วิจัยจึงศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง โดยเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ณ คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง จำนวน 358 คน โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้เรื่องเอชไอวี/ โรคเอดส์ 3) แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coppersmith Self-Esteem Inventory Adult Form) 4) แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยมี Chi-Square และ Multiple Logistic Regression Analysis ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่นอนประจำ ร้อยละ 61.7 และมีคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 56.4 มีการเห็นคุณค่าในตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.5 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีปานกลาง ร้อยละ 69.3 สถิติเชิงอนุมานพบว่าปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ คนที่มีรายได้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มียาได้เพียงพอ ถึง 3 เท่า (Adjusted OR = 2.875, 95% CI: 1.196 - 6.914, p = .018) คนที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีการศึกษาปริญญาโทหรือสูงกว่า ถึง 6 เท่า (Adjusted OR = 5.979, 95% CI: 1.120 - 31.936, p = .036) คนที่มีคู่นอนชั่วคราว จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่ไม่มีคู่นอนชั่วคราว ถึง 9 เท่า (Adjusted OR = 9.434, 95% CI: 3.784 - 23.522, p < .001) และคนที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ถึง 38 เท่า (Adjusted OR = 37.864, 95% CI: 7.610 - 188.380, p < .001) จึงสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ดังนั้นในทางกลับกัน เมื่อส่งเสริมให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรม และปฏิบัติตนอย่างระมัดระวัง ซึ่งช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ดียิ่งขึ้น

สาขาวิชา สุขภาพจิต  
ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6370043330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: HIV/AIDS, HIV Risky behaviors, Self-esteem, Men who have sex with men, MSM

Phubet Panpet : The study of HIV Risky behaviors and Self-esteem among men who have sex with men (MSM) at RSAT Medical Technology Clinic Ramkhamhaeng. Advisor: Prof. BURANEE KANCHANATAWAN, M.D.

Nowadays, studies show that the rate at which men who have sex with men (MSM) contract HIV remains the highest among ordinary people. Therefore, a reduction in contracting HIV with the support of caring individuals and self-protection is a must. The aim of this research was to study the association of HIV risk behaviors, self-esteem, and related factors among MSM at RSAT Medical Technology Clinic Ramkhamhaeng. Data was collected from 358 MSM clients at RSAT MT Clinic by using questionnaires including 1) a demographic questionnaire; 2) an HIV/ AIDS knowledge test; 3) The Coppersmith Self-Esteem Inventory Adult Form; and, 4) an HIV risky behavior questionnaire. Descriptive and inferential statistics (Chi-Square and Multiple Logistic Regression Analysis) were used to evaluate the data. The result showed that most MSM subjects had permanent sexual partners (61.7%) while others non-permanent sexual partners (56.4%). 57.5% had high self-esteem, whereas 69.3% had moderate HIV risky behavior. The multiple logistic regression analysis showed that four factors were significantly associated with HIV risky behavior: those with insufficient income had 3 times the incidence of HIV risky behavior than those with sufficient income (AOR = 2.875, 95% CI: 1.196 – 6.914,  $p = .018$ ), education levels lower than bachelor's degree had 6 times the incidence of risky behavior than master's degree or higher (AOR = 5.979, 95% CI: 1.120 - 31.936,  $p = .036$ ) having a non-permanent sexual partner had 9 times the incident rate of risky behavior than those who do not (AOR = 9.434, 95% CI: 3.784 - 23.522,  $p < .001$ ); meanwhile, low self-esteem had 38 times the possibility of HIV risky behaviors than those with high self-esteem (AOR = 37.864, 95% CI: 7.610 - 188.380,  $p < .001$ ). In conclusion, Factors related to HIV risky behaviors include low self-esteem, insufficient income, education level, and having non-permanent partners. The most prominent contributing factor is low self-esteem. Therefore, raising one's self-esteem is crucial to developing a sense of safe behavior and practices.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature .....

Academic Year: 2021

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก ศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ให้การปรึกษา แนะนำและความช่วยเหลือในหลายสิ่ง จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ที่อนุเคราะห์ให้ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ คำปรึกษาและคำแนะนำตลอดจนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง คุณสมพร สายแหว ผู้ช่วยรอง ผู้อำนวยการสำนักระบบบริการสุขภาพ ฝ่ายงานคลินิก, คุณธีระนาต แสงประเสริฐ ผู้จัดการงานให้การ ปรึกษา, คุณดูแลและสนับสนุนหลังการตรวจ, คุณเทพนันท์ เสี่ยงมิตร หัวหน้างานให้การปรึกษา และ เจ้าหน้าที่ให้การปรึกษาทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ คุณนพพร แซ่จุ่น รองผู้ อำนวยการสำนักระบบบริการสุขภาพ ฝ่ายข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำหรับข้อมูลที่สนับสนุนการวิจัย

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ความร่วมมือ อนุญาตเก็บข้อมูล ในการวิจัย ทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ ในการริเริ่มการวิจัยที่สนับสนุนสุขภาพจิตของผู้มีความ หลากหลายทางเพศในประเทศไทย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในทุกๆประเด็น และอำนวยความสะดวก

ขอขอบคุณ วิน แก๊ป และเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัย เสมอมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว น้านา น้องสาว มารดา บิดา และที่เป็นกำลังใจให้ เสมอมา

ภูเบศร์ ปานเพ็ชร์

## สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย (Research questions) .....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives) .....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework).....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational definitions).....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected benefits and Applications) .....	7
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย .....	7
อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการการแก้ไข .....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเอชไอวี/ เอ็ดส์.....	9
1.1 ความหมายของเอชไอวี/ เอ็ดส์.....	9

1.2 การติดเชื้อเอชไอวี (HIV infected).....	10
1.3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	11
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี .....	12
2.1 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี .....	12
2.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย .....	13
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง .....	15
3.1 ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem).....	15
3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	17
3.3 ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง .....	18
4. แนวคิดเกี่ยวกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย.....	20
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	33
ขนาดตัวอย่าง (Sample size).....	33
วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique).....	34
เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร (Measurements).....	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	38
ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม (Ethical Consideration) .....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) .....	40
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	42
ส่วนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง การเห็นคุณค่าในตนเองและ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี.....	49
2.1 ผลการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี.....	49



2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี .....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	61
5.1 สรุปผลการวิจัย .....	62
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่าง .....	62
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี.....	64
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง .....	65
5.2 การอภิปรายผล.....	66
5.3 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย .....	76
5.4 การนำผลวิจัยไปประยุกต์.....	77
ภาคผนวก.....	79
บรรณานุกรม.....	95
ประวัติผู้เขียน.....	103

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=358).....	42
ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม (n = 358).....	44
ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านชีวภาพ (n = 358).....	46
ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (n = 358).....	47
ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) (n = 358).....	47
ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง (n = 358).....	48
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล (อายุ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และจำนวนพี่น้อง) ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ ANOVA (n = 358).....	49
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc) ของอายุ.....	50
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc) ของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน .	50
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square (n = 358).....	51
ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square (n = 358).....	53
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Independent t-test (n =358).....	55
ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านชีวภาพ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square (n = 358).....	56
ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square (n = 358).....	56
ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square (n = 358).....	57

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์, คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficiency) (n = 358) 57

ตารางที่ 17 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Analysis (n = 358) ..... 59



## บทที่ 1 บทนำ

### ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของเอชไอวี/ เอ็ดส์ในปัจจุบันนั้น ประเทศไทยได้มีการแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอ็ดส์ประเทศไทย พ.ศ.2558-2562 โดยมีความมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอชไอวี/ เอ็ดส์ให้ได้ภายในปี 2573 ด้วยการกำหนดเป้าหมายในระดับประเทศ ได้แก่ มีจำนวนผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่อายุน้อยต่ำกว่า 1,000 รายต่อปี ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก เพื่อดำเนินการตามนโยบายยุติเอ็ดส์ ภาครัฐได้ให้การสนับสนุนการป้องกันและรักษา อีกทั้งสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการให้บริการสุขภาพที่นำโดยชุมชน (Key population-led health services) ภายใต้หลักการ RRTR: ซึ่งหมายถึง Reach (เข้าถึง), Recruit (นำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการสุขภาพ), Test (ตรวจหาการติดเชื้อ), Treat (รักษาด้วยยาต้านไวรัส) และ Retain (ทำให้คงอยู่ในระบบ) <sup>(1)</sup>

สถิติประเทศไทยในปี 2558 พบว่า มีจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีประมาณ 440,000 ราย จากจำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 66 ล้านคน แม้ในปัจจุบันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจะลดลงมากเมื่อเทียบกับอดีต แต่กลับพบว่าประชากรบางกลุ่มมีอัตราการติดเชื้อที่สูงมากเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ คนข้ามเพศ เยาวชน และผู้ใช้สารเสพติด นอกจากนี้รวมไปถึงคูนอนหรือคูสมรสของกลุ่มประชากรดังกล่าว แรงงานข้ามชาติ และผู้ต้องขัง กลุ่มประชากรข้างต้นต่างล้วนมีความเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงมากกว่ากลุ่มอื่น <sup>(2)</sup>

จากกลุ่มประชากรดังกล่าวที่มีการติดเชื้อเอชไอวีสูง ได้มีการคาดการณ์ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ระหว่างปี พ.ศ.2558-2562 มีจำนวนรวม 33,970 ราย พบว่าเกือบ 3 ใน 4 ส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จะอยู่ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและคูที่มีผลเลือดต่าง รองลงมาเป็นผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดยาและพนักงานบริการหญิงและลูกค้า <sup>(1)</sup> อีกทั้งคณะทำงานวิชาการคาดการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ในรายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอ็ดส์ ปี 2561 มีการคาดการณ์จำนวนประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือ Men who have sex with men ประมาณ 159,600 คน <sup>(3)</sup> และจากที่ผ่านมาสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2557 มีรายงานความชุกการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 19.2 <sup>(4)</sup> และพบว่า ใน

กรุงเทพมหานคร มีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดร้อยละ 28.6 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ร้อยละ 50 เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย และผู้หญิงข้ามเพศ (Avert, 2016 อ้างอิงถึงใน ศศิธร บุรีชัย, 2561) <sup>(5)</sup> และในปี 2561 นั้น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.9 <sup>(6)</sup> สถานการณ์ดังกล่าวจึงต้องให้ความสนใจและศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มขึ้น

การศึกษาในประเทศไทยที่แสดงให้เห็นสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ใน Cohort Study ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความชุกของเอชไอวี ร้อยละ 21.3 (n = 372) ที่ Baseline และหลังจากมีการติดตามผล 6 เดือน มีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีสะสม ร้อยละ 23.9 (n = 222) โดยภาพรวมของอุบัติการณ์เท่ากับ 5.9 ต่อ 100 ต่อคนต่อปี (Frits van Griensven et. al, 2013 อ้างอิงถึงใน ศศิธร บุรีชัย, 2561) <sup>(5)</sup> และในการศึกษาอื่น พบว่า ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 7.4 ต่อ 100 คนต่อปี <sup>(5)</sup>

ทั้งนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเทศที่มีรายได้สูง พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น โดยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีนั้น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย, การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักแบบไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวและคู่นอนประจำ, การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี <sup>(7)</sup> ในขณะเดียวกันในกลุ่มประเทศเอเชียหลายประเทศ ก็พบในลักษณะเดียวกัน โดยการศึกษาในมาเลเซียพบว่า การมีคู่นอนหลายคนนั้นเป็นเรื่องปกติและประมาณร้อยละ 60 ของกลุ่มคนเหล่านี้ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (Koh, Kanagalingam, Tai, & Kamarulzaman, 2013 อ้างอิงถึงใน Kyaw Min Htut, 2019) <sup>(7)</sup> ในเวียดนามพบว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 1,695 คน มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา มากกว่าครึ่งหนึ่งรายงานว่า มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนพร้อมกัน ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (Garcia et al, 2016 อ้างอิงถึงใน Kyaw Min Htut, 2019) <sup>(7)</sup> พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดังกล่าวนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวมีการศึกษาปัจจัยสาเหตุหรือความสัมพันธ์กับด้านสุขภาพจิตค่อนข้างน้อย ทั้งนี้พบว่าการอธิบายเกี่ยวกับ “การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)” หมายถึง การที่

บุคคลมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง การมีความคิดริเริ่มและความมุ่งมั่น ในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งเป็นผู้ที่สามารถควบคุมตัวเองได้ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง อันทำให้เกิดความภูมิใจในผลสำเร็จของตนเอง (Novabiz) <sup>(8)</sup> โดยจะเห็นได้ว่าลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ในการจัดการกับปัญหา

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของเจตน์สันต์ แต่งสุวรรณ และคณะ (2541) ได้วิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง และวิธีการเผชิญปัญหากับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสมุทรสงคราม พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า p-value = 0.016) <sup>(9)</sup> อีกทั้งการศึกษาของ สุภาพรธรรม สะอาดเอี่ยม (2554) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำที่มีโปรแกรมชุมชนบำบัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.023) คือ พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น <sup>(10)</sup>

ดังนั้น ถ้าหากบุคคลมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น มีความเป็นไปได้ที่จะมีความรับผิดชอบต่อตนเอง สามารถจัดการกับพฤติกรรม การแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยป้องกัน การใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หรือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น การมีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น การรักตนเอง มีความตระหนักในสิ่งที่ตนเองกระทำ รวมทั้งการมุ่งหวังที่จะได้รับในสิ่งที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น การป้องกันตนเองจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง จึงมีความน่าสนใจในพฤติกรรมการใช้ชีวิตของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากการศึกษาเรื่องนี้เป็นเรื่องที่การศึกษายู่น้อย โดยจะมีการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มารับบริการในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ที่มีการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ มาตั้งแต่ปี 2557 ถึงปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศ โดยเปิดให้บริการให้การปรึกษาและตรวจเอชไอวี ให้กับผู้ที่ยังไม่เคยตรวจเอชไอวีมาก่อนแล้วมีพฤติกรรมเสี่ยงอยากทราบผลการตรวจ หรือเคยตรวจผลเอช

ไอวีเป็นลบแล้วกลับมาใช้บริการตรวจซ้ำ ซึ่งผู้รับบริการจะได้รับการปรึกษา (Counseling) ประเมินความเสี่ยง เตรียมความพร้อมเพื่อตรวจเอชไอวี เจาะเลือดเพื่อตรวจและทราบผลการตรวจเอชไอวี โดยหากผลเอชไอวีเป็นลบจะมีการนัดหมายกลับมาตรวจสม่ำเสมอ และหากผลเอชไอวีเป็นบวกจะส่งต่อไปรักษาในสถานพยาบาลต่อไป ด้วยเหตุนี้จึงเลือกศึกษาในสถานที่แห่งนี้ ซึ่งการศึกษาจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน มาตรการในการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย การสร้างความเข้าใจด้านเอชไอวีเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเรื่องเอชไอวี/ เอดส์ ตามเป้าหมายของประเทศ อีกทั้งในแผนการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรที่มีความชุกต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง นอกจากนี้ในด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตัวเอง และส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

#### คำถามการวิจัย (Research questions)

1. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง เป็นอย่างไร
2. การเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง เป็นอย่างไร
3. การเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร
4. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง
2. เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง
4. เพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

## ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนพี่น้อง การอยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย
- 2) ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม ได้แก่ การมีคู่นอนประจำ และคู่นอนชั่วคราว การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิดว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- 3) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว, ประวัติโรคทางจิตเวช
- 4) ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์
- 5) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Risky behaviors)

## กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)





## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการ ณ คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง เท่านั้น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational definitions)

1. **พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง ลักษณะของพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ทางเพศโดยไม่ป้องกันทางทวารหนัก หรือทางปาก ของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงปัจจัยด้านคู่นอน การมีคู่นอนชั่วคราว การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม การใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ การรับเชื้อทางเลือด จากการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

2. **การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)** หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมาย มีสิทธิ ศักดิ์ศรี เท่าเทียมผู้อื่น มีโอกาสที่จะสำเร็จ ได้รับสิ่งที่มุ่งหวัง ชีวิตมีค่า มีความสุขได้เช่นเดียวกับผู้อื่น สมควรได้รับการดูแลปกป้องให้ดี มีการได้รับการยอมรับจากคนอื่น ซึ่งวัดจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งดัดแปลงจาก บังอร สุปรिता โดย นาทยา วงศ์หลีกภัย (2532) แปลมาจาก Coopersmith Self Esteem Inventory Adult Form (1984)

3. **ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men; MSM)** หมายถึง พฤติกรรมทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยไม่เกี่ยวข้องกับการระบุหรือการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลนั้น เช่น การรักต่างเพศ (Heterosexual) การรักเพศเดียวกัน (Homosexual) การรักสองเพศ (Bisexual) หรืออื่น ๆ เป็นต้น โดยพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์นั้นเป็นการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก และการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ซึ่งการศึกษานี้จะเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งเป็นผู้รับบริการหรือสมาชิกในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง โดยเป็นผู้ที่ยังไม่เคยตรวจเอชไอวี หรือผู้ที่เคยทราบทราบผลเอชไอวีเป็นลบ ส่วนผู้ที่ผลเอชไอวีเป็นบวกจะไม่ได้ศึกษาเนื่องจากในกลุ่มนี้จะได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาล

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected benefits and Applications)

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะประเด็นด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง
2. เพื่อทราบและเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสในการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. เพื่อทราบและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมเห็นคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

### ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขั้นตอนมีดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร (Documentary Research) ประกอบไปด้วย หนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ผู้วิจัยติดต่อผู้พัฒนาเครื่องมือแบบสอบถาม เพื่อขออนุญาตนำมาใช้ในงานวิจัยของตนเอง
3. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขออนุมัติดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ติดต่อขอหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง
5. นัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการประสานขอความร่วมมือคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล
6. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากการกรอกแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้แจงการตอบแบบสอบถามในห้องให้การปรึกษาของคลินิกฯ ที่มีความเป็นส่วนตัว ในช่วงหลังจากผู้รับบริการได้รับการเจาะเลือดเรียบร้อยแล้ว กำลังอยู่ระหว่างที่ผู้รับบริการรอฟังผลการตรวจ โดยมีการให้ข้อมูลคำอธิบายการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ ตอบข้อสงสัยจนผู้รับบริการเข้าใจ ซึ่งใช้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ และสามารถถอน

จากการวิจัยได้ตลอดเวลาตามความประสงค์ ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นจะให้แบบสอบถามแก่ผู้รับบริการ แล้วตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยตอบข้อซักถามต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแบบสอบถาม อันเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล และส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้วิจัยหลังทำเสร็จ ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

7. เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ

8. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป

### **อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการการแก้ไข**

สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูลได้ หรือผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจไม่เข้าใจในกระบวนการ หรือการทำแบบสอบถาม สามารถแก้ไขได้โดยการอธิบายกระบวนการวิจัย หรือข้อคำถามในแบบสอบถามโดยละเอียด ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกเรื่องเวลา ผู้วิจัยอาจหาเวลาที่ไม่รบกวนผู้เข้าร่วมการวิจัย เช่น ช่วงเวลาก่อนหรือระหว่างรอให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเอชไอวี หรือระหว่างรอฟังผลการตรวจเอชไอวี หรือหลังจากรับบริการทั้งหมดของคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง เรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่พบปัญหาที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม โดยผู้เข้าร่วมเกิดความไม่สะดวก ไม่สบายใจในการทำแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแจ้งผู้ทำวิจัยได้ทันที สามารถพักหรือหยุดการทำแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้หรือบอกเลิก ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อบริการที่ควรจะได้รับตามมาตรฐานหรือสูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ และหากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดภาวะความเครียดหรือความกดดันที่สูง ผู้วิจัยจะพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อผ่อนคลายความเครียดและความกดดันให้ลดลง หรือประเมินเพื่อส่งต่อพบแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ

## บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รวบรวมผลงานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทาง และกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเองของ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเอชไอวี/ เอ็ดส์
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
4. แนวคิดเกี่ยวกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

### 1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเอชไอวี/ เอ็ดส์

#### 1.1 ความหมายของเอชไอวี/ เอ็ดส์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>(11)</sup> ได้อธิบายความหมายของ เอชไอวี หรือ HIV (Human Immunodeficiency Virus) ว่าเป็นเชื้อไวรัสที่มุ่งทำลายระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ ได้แก่ เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ (CD4 cells) หรือ ทีเซลล์ (T-cells) ซึ่งทำหน้าที่ในการป้องกันร่างกาย จากการติดเชื้อโรคต่าง ๆ ที่เข้ามาในร่างกาย โดยหากมีการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะอยู่ในร่างกาย ตลอดไป เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีทำลายเม็ดเลือดขาว CD4 จนมีปริมาณไม่เพียงพอในการต้านทานโรค จึงเป็นสาเหตุให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง

เอชไอวี และโรคเอดส์ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ AIDS ซึ่งย่อมาจาก Acquired Immunodeficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกัน ของร่างกายบกพร่อง ซึ่งไม่ได้เป็นมาแต่เกิด แต่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคเอดส์เสมอไป ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด แต่จะมียา ต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อสามารถที่จะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy) เมื่อทราบ

ว่าติดเชื้อเอชไอวี โดยการประเมินจากแพทย์ หากเริ่มยาเร็ว ทานยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ก็จะสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นระยะเวลายาวนาน ไม่มีกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง และช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัสนี้ไปยังผู้อื่นด้วย<sup>(12)</sup>

เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ (CD4 cells) หมายถึง เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่เป็นตัวหลักในการกำจัด และควบคุมเชื้อโรคหลายชนิด ซึ่งการตรวจวัดระดับเม็ดเลือดขาว CD4 สามารถทำได้จากการตรวจเลือดประมาณ 3 มิลลิลิตร เพื่อนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 โดยปกติคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันปกติจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 อยู่ที่ประมาณ 700 เซลล์ต่อเลือด 1 มิลลิลิตร ขึ้นไป ถ้าหากผลการตรวจเม็ดเลือดขาว CD4 มีค่าน้อยกว่า 500 เซลล์ต่อเลือด 1 มิลลิลิตร อาจพบว่าภูมิคุ้มกันเริ่มมีความผิดปกติ (พิชัย จินดาภักดี และคณะ, 2547)<sup>(13)</sup>

## 1.2 การติดเชื้อเอชไอวี (HIV infected)

เอชไอวีเป็นไวรัสกลุ่ม human immunodeficiency virus ที่สามารถเข้าไปอยู่อาศัยและทำลายเซลล์ในร่างกายของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี นั่นคือ เซลล์เม็ดเลือดขาว ที - เซลล์ ชนิดลิมโฟไซต์ ที่มีชื่อว่า CD4 จะถูกโจมตีและทำลาย เซลล์ CD4 เหล่านี้มีบทบาทสำคัญในระบบภูมิคุ้มกัน ในการป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อโรคต่าง ๆ ที่เข้ามาในร่างกาย เมื่อถูกทำลายเชื้อโรคเข้ามาไม่ถูกทำลายจนเกิดอาการของโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Infections) แต่โดยส่วนใหญ่แล้ว กว่าที่ผู้ได้รับเชื้อจะมีอาการป่วย จะต้องใช้เวลานานแม้จะไม่ได้ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อต่อต้านเชื้อเอชไอวีก็ตาม โดยเฉลี่ยแล้วจะใช้เวลาประมาณสิบปี ทั้งนี้ระยะเวลาดำเนินโรคของแต่ละคนอาจใช้เวลาไม่เท่ากัน เมื่อระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง และจำนวนเซลล์ CD4 ลดลงไป ในระดับที่ต่ำมาก ร่างกายก็อาจได้รับโรคต่าง ๆ ที่มีอันตรายกับร่างกายมากได้ เช่น วัณโรค (Tuberculosis), Cytomegalovirus, Herpes หรือ Pneumocystis carinii Pneumonia เป็นต้น<sup>(14)</sup>

เชื้อเอชไอวี จะมีอยู่ในน้ำอสุจิ น้ำหล่อลื่นช่องคลอด เลือด และน้ำนม โดยเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายผ่านทางบาดแผล หรือผ่านเนื้อเยื่ออ่อน เช่น ภายในช่องคลอด ทวารหนัก และรูเปิดของอวัยวะเพศชาย นั่นคือจะมีการติดเชื้อเอชไอวี ได้จากการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด หรือ ทวารหนัก โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย เมื่อเกิดบาดแผลหรือการฉีกขาด ก็อาจมีเลือด รวมถึงน้ำอสุจิ หรือน้ำหล่อลื่นช่องคลอดที่มีเชื้อเอชไอวี ปนอยู่ จากฝ่ายหนึ่ง ก็จะสัมผัสกับแผลเปิดบนร่างกายของอีกฝ่ายหนึ่งได้ หรือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ใช้เข็มสัก เข็มเจาะร่างกายร่วมกัน การโดนเข็มตำ โดยเข็ม ข้างต้นนั้นมี

เลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี ปนเปื้อนอยู่ ซึ่งพบว่าเชื้อเอชไอวีจะติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันมากที่สุด<sup>(11)</sup>

เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อผ่านแม่สู่ลูก ในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หรือการให้นมบุตรได้ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะต้องรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ลูก<sup>(11)</sup>

เชื้อเอชไอวีไม่ติดต่อผ่านน้ำลาย ดังนั้นจะไม่ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านการจูบ การรับประทาน อาหารการใช้ช้อนส้อมร่วมกัน หรือน้ำดื่มร่วมกัน รวมไปถึงการสัมผัส กอด การจับมือ การไอ การจาม การใช้ห้องน้ำร่วมกัน ลักษณะดังกล่าวไม่เป็นช่องทางติดต่อของเชื้อเอชไอวี<sup>(11)</sup>

### 1.3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันนั้นยังไม่มีวิธีการที่ป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ 100% ดังนั้นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จึงมีวิธีการใช้หลายวิธีร่วมกัน (Combination Prevention) จึงจะเกิดประสิทธิผลในการป้องกันมากที่สุด โดยมีการป้องกันการติดเชื้อที่เป็นที่เป็นที่นิยมรับว่าได้ผล ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและการตรวจติดตามการรักษาปี 2563<sup>(12)</sup> ดังนี้

1. การสวมถุงยางอนามัยชาย (Condom), ถุงอนามัยสตรี และ/หรือ แผ่นยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้
2. การให้การปรึกษาด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV counseling and testing)
3. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Antiretroviral Therapy) เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่น (Treatment as Prevention)
4. การให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัสเชื้อ หรือ PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis)
5. การให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสเชื้อ หรือ PEP (Post-Exposure Prophylaxis)
6. การตรวจหาและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

7. การขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย เป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีวิธีหนึ่งที่มีผล การศึกษาวิจัยว่า สามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากหญิงสู่ชายได้ ร้อยละ 60 แต่ยังไม่มีการศึกษาหรือข้อสรุปในกลุ่มของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ชัดเจนว่า การขริบหนังหุ้มปลายบริเวณ อวัยวะเพศชาย จะสามารถป้องกันได้

8. วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนหน้านั้นมีการศึกษาวิจัยวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอช ไอวีของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา ได้ทำการ ทดสอบในอาสาสมัครชาวไทยประมาณ 16,000 ราย ซึ่งพบว่าสามารถลดโอกาสการติดเชื้อไวรัสเอช ไอวีได้ 31.2% ซึ่งยังมีประสิทธิภาพไม่มากพอ หากนำมาใช้ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

### 2.1 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญมี 3 ช่องทาง ได้แก่

1. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ได้ป้องกันอย่างเหมาะสม เช่น การไม่สวมถุงยาง อนามัย ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด หรือทวารหนัก เป็นต้น และปัจจัยที่ทำให้มี โอกาสติดเชื้อมากขึ้น เช่น การมีแผลเปิด จากข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา<sup>(15)</sup> พบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอ วีในประเทศไทย ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ มากกว่าร้อยละ 80

2. การรับเชื้อทางเลือด มีโอกาสในการติดเชื้อ ซึ่งพบได้จาก 2 กรณี ขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสเอชไอวีใน เลือด ได้แก่

กรณีที่ 1 คือ การรับเลือดในขณะที่การผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด ทั้งนี้ในปัจจุบัน ทุกหน่วย ที่ได้รับเลือดจากการบริจาค ต้องผ่านการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อความปลอดภัยใน การรับเลือดนั้น<sup>(13)</sup>

กรณีที่ 2 คือ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักพบในกลุ่มผู้ใช้สาร เสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

3. การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอดและหลังคลอด กล่าวคือผ่านทางน้ำนมแม่ ในการศึกษาก่อนหน้านี้ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้ดื่มนมแม่ พบว่ามี การติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์คิดเป็นร้อยละ 30 และติดเชื้อระหว่างการคลอด ส่วนการติดเชื้อเอชไอวี หลังคลอดผ่านทางน้ำนมแม่พบว่ามีอัตราร้อยละ 3 ถึง 9 ต่อปี (ซิซณู พันธุ์เจริญ และคณะ, 2545) <sup>(16)</sup>

## 2.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

นิตยา ชมเชย <sup>(17)</sup> ได้อธิบายเกี่ยวกับรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนี้ การมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ หากไม่มีการป้องกันที่ดี เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (Anal intercourse) โดยมีบทบาทที่เป็นฝ่ายรุกทางทวารหนัก (anal insertive) เป็นฝ่ายรับทางทวารหนัก (anal receptive) หรือเป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับทางทวารหนัก อีกทั้งมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นฝ่ายรุกทางปาก (oral insertive) ฝ่ายรับทางปาก (oral receptive) หรือเป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับทางปาก โดยการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจะทำให้เกิดบาดแผล ซึ่งเป็นช่องทางเปิดที่สามารถรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ โดยข้อมูลจาก Centers of Disease Control and Prevention (2021) รายงานว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ป้องกัน (Unprotected Anal Intercourse) กับคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันด้วยถุงยางอนามัย หรือการทานยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) สามารถทำให้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายได้ โดยบทบาทในการมีเพศสัมพันธ์นั้นพบว่า คนที่เป็นฝ่ายรับหรือถูกสอดใส่ (receptive) มีความเสี่ยงมากกว่า คนที่เป็นฝ่ายรุกหรือฝ่ายที่สอดใส่ (insertive) <sup>(18)</sup> เช่นเดียวกับข้อมูลการศึกษาของ Imperial College and the London School of Hygiene and Tropical Medicine ที่พบว่า ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก มีมากกว่า 17 เท่า เมื่อเทียบกับเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด (Vaginal Intercourse) โดยในผู้ที่รับเป็นฝ่ายรับ มีความเสี่ยงร้อยละ 40.4 และความเสี่ยงของการติดเชื้อในคนที่เป็นฝ่ายรุก เป็นร้อยละ 21.7 <sup>(19)</sup>

การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ได้จากการที่เยื่อบุทวารหนัก (rectal mucosa) ที่เปราะบางของส่วนทวารหนัก เมื่อมีการใช้ทวารหนักในการมีเพศสัมพันธ์นั้น ทำให้เกิดการฉีกขาด มีบาดแผลที่เป็นช่องทางที่เชื้อเอชไอวีสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ ขณะที่เกิดบาดแผล เชื้อโรคบริเวณดังกล่าวรวมถึงเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยเชื้อเอชไอวีนี้นั้นมากับน้ำอสุจิ (Semen)



และน้ำหล่อลื่น (pre-seminal fluid) เข้าสู่ร่างกายผ่านบาดแผล นำสู่กระแสเลือด ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะทำงานมากขึ้น เกิดการอักเสบ เนื่องจากเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกันจำนวนมากจะมาจัดการกับบริเวณที่มีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นไวรัสที่จะจับกับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD-4 (CD4 cells) หรือ ทีเซลล์ (T-cells) และทำลายความสามารถของเซลล์ดังกล่าว และเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีในร่างกาย<sup>(20)</sup> และในขณะเดียวกันคนที่เป็นฝ่ายรุก (Insertive) สามารถรับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายได้เช่นเดียวกัน ผ่านส่วนเปิดของหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศที่ไม่มีการขริบ ผ่านท่อปัสสาวะ หรือบางแผลฉีกขาดบริเวณอวัยวะเพศ<sup>(19)</sup>

นอกจากนี้วิถีชีวิตของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มักพบว่า มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน ทั้งเป็นคู่นอนประจำ (Permanent Partner) และคู่นอนชั่วคราว (คู่นอนแบบไม่ประจำ หรือ Non-Permanent Partner) ซึ่งมักพบว่าเป็นผู้ที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน แล้วมีการนัดพบกันเพื่อมีเพศสัมพันธ์ บางการศึกษาในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ระบุว่า ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมาแล้วมากกว่า 50 คน และในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีคู่นอนมากกว่า 5 คน โดยพบว่าคู่นอนเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในลักษณะเดียวกัน ซึ่งมาจากการติดต่อสื่อสาร นัดพบปะกันโดยการใช้ช่องทางของแอปพลิเคชันหาคู่ (Dating Application) รวมถึงแหล่งรวมตัว เช่น สปา ซาวน่า สถานบันเทิง สวนสาธารณะ งานสังสรรค์ส่วนตัว เป็นต้น เพื่อการหาคู่นอนชั่วคราว หรือคู่นอนแบบไม่ประจำ<sup>(17)</sup>

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้น มีบางการศึกษาพบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ ซึ่งนับว่ามีความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง หากไม่มีการป้องกันการติดเชื้อ เช่น เอชไอวี ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม เป็นต้น นอกจากนี้การตีมีแอลกอฮอล์ หรือรวมถึงการใช้สารเสพติดร่วมด้วยขณะมีเพศสัมพันธ์ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นเอื้อให้พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม ซึ่งพบว่าการตีมีแอลกอฮอล์ หรือการใช้สารเสพติดด้วยวิธีการต่าง ๆ ช่วยให้กระตุ้นความต้องการทางเพศ ลดความรู้สึกเจ็บปวด แต่ทำให้ขาดสติในการป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย รวมทั้งการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ที่มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้โดยตรง<sup>(17, 21)</sup>

ในบางการสำรวจนั้นพบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีสาเหตุในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย จากการไม่ต้องการให้คนรัก หรือคู่นอนเกิดสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี สร้างความใกล้ชิด ความไว้วางใจให้กับอีกฝ่าย เพื่อเป็นการยืนยันว่าตนเองมีความปลอดภัย<sup>(17)</sup> รวมถึงในหลายการศึกษาเกี่ยวกับ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีการอธิบายถึงบุคลิกภาพการแสวงหาการสัมผัสทางเพศ (Sexual sensation seeking) และย้ำทำในเรื่องเพศ (Sexual compulsivity) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง<sup>(22)</sup> โดย Zuckerman (1983) ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะของการแสวงหาการสัมผัส เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่ประกอบไปด้วยความต้องการที่หลากหลาย แปลกใหม่ และเป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน และอยากที่จะเสี่ยงต่อร่างกายและสังคม โดยการแสวงหาการสัมผัสมีด้วยกัน ในหลายมิติ<sup>(23)</sup> ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการค้นหาประสบการณ์ความตื่นเต้น แปลกใหม่ และมักจะเป็นอันตราย ไม่มีการยับยั้งชั่งใจ และมักเปื้อน่ายง่าย<sup>(24)</sup> คนที่ชอบแสวงหาการสัมผัสทางเพศจะมีการพบปะสังสรรค์ ดื่มแอลกอฮอล์ และแสวงหาประสบการณ์ทางเพศที่แปลกใหม่หรือแตกต่างออกไป จากเดิม ทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนหลายคน และอาจมีการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง<sup>(22, 25, 26)</sup>

### 3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

#### 3.1 ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)

ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลายความหมาย ดังต่อไปนี้ Rosenberg (1965) การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นคือความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งประเมินตนเองทั้งด้านบวกและลบ<sup>(27)</sup>

Coopersmith (1981) อ้างอิงถึงใน ฌนพร ชื่นตา, 2561 ได้ให้ความหมายว่าเป็น การที่บุคคลพิจารณาหรือประเมินความมีคุณค่าของตนเอง โดยได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ เมื่อพิจารณาตนเองแล้ว มีการแสดงออกในด้านของการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อที่มีต่อตนเองของบุคคลนั้น ในด้านความสามารถ ความสำคัญต่อผู้อื่น การประสบความสำเร็จ รวมไปถึงการได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น และเกิดเป็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งผู้อื่นจะรับรู้ได้จากพฤติกรรม ท่าทาง และคำพูด ที่แสดงออกมา<sup>(28)</sup>

การศึกษาของคูเปอร์สมิทพบว่า คนที่อยู่รอบข้างบุคคลนั้น มีส่วนช่วยในการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นอย่างมาก เนื่องจากคนเหล่านั้นจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นพัฒนาความเชื่อถือตนเอง รวมทั้งความกล้า และความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ขณะเดียวกันการพึ่งพาตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองก็จะสามารถพัฒนาและคงอยู่ได้ ดังนั้นการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมได้เช่นเดียวกัน<sup>(28)</sup>

McCrosky Richmond และคณะ อ้างอิงถึงใน ธนพร ชื่นตา, 2561 <sup>(28)</sup> ได้ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นทัศนคติที่บุคคลมองเห็นตนเองในเชิงคุณค่า โดยผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมักจะมีเชื่อมั่นและมุ่งหวังในความสำเร็จได้เป็นอย่างดี แต่ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีแนวโน้มที่จะเชื่อมั่นในความสามารถและวัดสมรรถนะของตนเองต่ำไปด้วย

Mussen และคณะ (1969) อ้างอิงถึงใน ธนพร ชื่นตา, 2561 <sup>(28)</sup> กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ของบุคคลเป็นการตัดสินในคุณค่าของตนเอง และเป็นการแสดงออกของทัศนคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หรือจากการประเมินของผู้อื่น เพื่อจะทำให้เกิดการพัฒนาโครงสร้างของตน (Self) โดยมาจากความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ และทัศนคติ ที่ทำให้มีอัตมโนทัศน์ของตน (Self-concept) หรือมโนภาพ (Self-image) <sup>(27)</sup> ซึ่งสามารถวัด โดยอาศัยกระบวนการต่าง ๆ เช่น การตัดสินคุณค่าของตนจากผลงาน ทักษะ ความสามารถ คุณลักษณะของตนเอง จนพัฒนามาเป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) <sup>(29)</sup>

Maslow (1970) อ้างอิงถึงใน สุรางค์รัตน์ คงศรี, 2547 ได้กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นความต้องการที่สำคัญและสามารถเข้าใจยาก เนื่องจากขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ตามลำดับขั้น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการยอมรับของผู้อื่น โดยสังเกตจากการตอบสนองของคนรอบข้างหรือคนใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ ญาติและเพื่อน อีกทั้งยังเกิดจากการประเมินตนเองในทางบวก ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเองว่ามีความสามารถ แต่ถ้าประเมินตนเองในทางลบจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าความสามารถและเป็นผู้ที่อ่อนแอ <sup>(30)</sup>

ดังนั้นสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของบุคคล ที่มีความพึงพอใจต่อตนเอง มีความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่น มีความนับถือในตนเอง และมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่า โดยมีความคิดต่อตนเอง (self-concept) รวมทั้งภาพของตนเอง (self-image) สามารถประเมินคุณค่าตนเองตามที่ตนเองคิด หรืออาจรับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยสามารถวัดในด้านความสามารถ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง รวมทั้งการสามารถยอมรับการเห็นค่าของตนเองทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นพัฒนาจากประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ ที่ผ่านมา อันเกี่ยวเนื่องต่อพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่แสดงออก <sup>(27, 31)</sup>

### 3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Coopersmith (1981) อ้างอิงถึงใน พัทธราวไล ควรรณตร (2557) <sup>(32)</sup> ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

**ปัจจัยที่ 1** ปัจจัยภายใน (Inner factor) คือ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ที่ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ความรู้สึกมีคุณค่า โดยประกอบไปด้วย 5 ลักษณะ

ลักษณะที่ 1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical attributes) เป็นลักษณะภายนอกของบุคคล เช่น รูปร่าง น้ำหนัก ความสูง การแต่งกาย บุคลิกภาพ เป็นต้น หากบุคคลมีความพึงพอใจในลักษณะที่ตนเองเป็น ก็จะมีคามภูมิใจและรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคม เป็นไปตามเวลาและยุคสมัยในขณะนั้นด้วยเช่นกัน

ลักษณะที่ 2 สมรรถภาพ ความสามารถและความสำเร็จ (general capacity, ability and performance) ทั้ง 3 ลักษณะดังกล่าวนี้สัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ชี้วัดความสำเร็จและความล้มเหลว หากบุคคลประสบความสำเร็จในงานก็จะเป็นแรงเสริมให้กับบุคคลนั้น หากบุคคลมีความสำเร็จอยู่เสมอจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มีความสำเร็จน้อย การได้รับคุณค่าจากสิ่งสำเร็จ จะทำให้บุคคลเผชิญปัญหา สามารถจัดการอุปสรรค และปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ที่ยาก ซึ่งช่วยให้มีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (เอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ อ้างอิงถึงใน พัทธราวไล ควรรณตร, 2557) <sup>(32)</sup>

ลักษณะที่ 3 เพศ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยจากการศึกษาของ Epstein (1979) พบว่าเพศชาย จะเห็นคุณค่าในตนเองสูง โดยมีการยอมรับตนเองและสามารถปรับตัวได้ อีกทั้งประสบความสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (Epstein, 1979: Mruk, 2013 อ้างอิงถึงใน พัทธราวไล ควรรณตร, 2557) <sup>(32)</sup>

ลักษณะที่ 4 ความมุ่งหวัง (aspiration) ในแต่ละบุคคลจะมีระดับความคาดหวังที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความสำเร็จในหน้าที่การงาน ทักษะ ความสามารถด้านต่าง ๆ ซึ่งมาจากการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานหรือความสามารถ กับเกณฑ์ที่ตนเองได้ตั้งไว้ นั้น ถ้าผลงานหรือความสามารถเป็นไปตามเกณฑ์ ก็จะทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเองสูง แต่หากบุคคลตั้งเกณฑ์ในการสำเร็จไว้เกินความเป็นจริงของตนเอง โอกาสที่จะมีความสำเร็จในงานก็จะน้อย ซึ่งจะทำให้คิดว่าตนเองไร้ค่า ขาดความสามารถ ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Coopersmith, 1981 อ้างอิงถึงใน พัทธราวไล ควรรณตร, 2557) <sup>(32)</sup>

ลักษณะที่ 5 ค่านิยมส่วนตัว (self-values) ในแต่ละคนจะเปรียบเทียบกับสิ่งที่ให้คุณค่าหรืออุดมคติ ซึ่งจะมีค่านิยมแตกต่างกันออกไป ทำให้มีการประเมินคุณค่าในตนเองแตกต่างกันไปด้วย ดังนั้นเมื่อแต่ละคนให้คุณค่ากับสิ่งต่าง ๆ โดยบางคนใช้ค่านิยมของสังคม (Social value) เป็นสิ่งที่ตัดสินการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยเช่นกัน แล้วมีความพยายามไปสู่เป้าหมายให้ได้ ทั้งนี้อาจพบว่าหากสิ่งนั้นไม่สำเร็จตามเป้าหมาย ก็จะเกิดความรู้สึกไม่ดีกับตนเอง เช่น มีความวิตกกังวล รู้สึกอับอาย เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง (32)

ลักษณะที่ 6 อารมณ์และความรู้สึก (affective states) หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่อยู่ภายในของบุคคล ทั้งในเชิงบวกและลบ เช่น ความสุข ความพึงพอใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้า หรืออื่น ๆ เป็นต้น ทั้งนี้อาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมหรือไม่ก็ตาม มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Warren (1997) อ้างอิงถึงใน พัทธราวุธ คุรเนตร, 2557 ที่ทำการศึกษาระยะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเอง ในผู้หญิงแอฟริกันอเมริกัน พบว่า ความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (32)

**ปัจจัยที่ 2** ปัจจัยภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ และการได้รับการปฏิบัติจากผู้อื่น ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การเลี้ยงดู สัมพันธภาพกับเพื่อน สถานที่ทำงาน เป็นต้น โดยพบว่า การเลี้ยงดูที่ปล่อยปละละเลย (Neglected) ส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งจากการวิจัยของ Bahrein และคณะ (2012) อ้างอิงถึงใน พัทธราวุธ คุรเนตร, 2557 พบว่า การเลี้ยงดูแบบไม่ค่อยใส่ใจในการดูแล (Low care) จะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนเป็นปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดระดับการเห็นคุณค่าในตนเองได้ (Crocker และคณะ, 2003 อ้างอิงถึงใน พัทธราวุธ คุรเนตร, 2557) (32)

### 3.3 ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง

ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง นั้นได้มีการอธิบายโดย นิภาวรรณ กิริยา (2534) (อ้างอิงถึงใน สุรางค์รัตน์ คงศรี, 2547) (30) ไว้ว่า ลำดับชั้นความต้องการของมนุษย์ 5 ขั้นตอน ของ Maslow นั้นพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) จัดอยู่ในลำดับขั้นที่ 4 รองลงมาจากความต้องการบรรลุสัจจะแห่งตน (Self-actualization) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ โดยการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นเกิดจากการยอมรับจากผู้อื่นและการตอบสนอง หรือมีพฤติกรรมจากบุคคลรอบข้างใกล้ชิด เช่น ครอบครัว พ่อแม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อน เป็นต้น รวมถึงต้องอาศัยความสามารถ

ความเชี่ยวชาญบางอย่างในบุคคลนั้นร่วมด้วย การประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองมักอยู่ในรูปแบบของความเชื่อ หรือทัศนคติว่าตนเองจะประสบความสำเร็จหรือผิดพลาดล้มเหลวในการทำสิ่งต่าง ๆ โดยสามารถประเมินจากความพยายามที่กระทำ หรือตั้งคำถามกับตนว่าถ้าเกิดความล้มเหลวจะเสียใจหรือไม่ ซึ่งหากประเมินตนเองให้อยู่ในด้านบวก คนนั้นจะมีการการเห็นคุณค่าในตนเอง อีกทั้งยังรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อสังคม ในทางกลับกัน หากประเมินตนเองให้อยู่ในด้านลบ บุคคลนั้นจะรู้สึกอ่อนแอ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และเป็นปมด้อยต่อตนเอง

โดยทั่วไปแล้วแต่ละคนมีความปรารถนาที่จะมีความรู้สึกมั่นคง ประเมินตนเองในระดับสูง มีความนับถือและเห็นคุณค่าในตนเอง อีกทั้งได้รับการตัดสินจากผู้อื่นว่ามีคุณค่า โดยในทางจิตวิทยานั้น การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากลักษณะดังกล่าวจะทำให้ภาวะทางจิตเกิดการเตรียมตัวให้สอดคล้องกับความคาดหวังต่อความสำเร็จ การได้รับการยอมรับและความเข้มแข็งทางจิตใจนั้นส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น การประเมินตนเองว่าตนเองเป็นอย่างไรนั้น ถ้าบุคคลใดมีความรู้สึกว่าเป็นคนไร้ค่า บุคคลนั้นก็เป็นผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในขณะที่บุคคลใดมีความภาคภูมิใจในตนเอง บุคคลนั้นเป็นผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของการประเมินตนเอง ที่มาจากความสามารถหรือมีความสามารถในการตัดสินคุณค่าของตนเองทั้งด้านบวกและลบ การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นพัฒนาขึ้นจากรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีความสามารถ มีความภาคภูมิใจ บุคคลจะมีความพึงพอใจกับการกระทำของตนเองที่ได้ตั้งมาตรฐานไว้ ในขณะที่บุคคลใดก็ตามเมื่อประเมินตนเองแล้วพบว่าตนเองล้มเหลว หรือทำกิจกรรมใด ๆ ไม่ได้สำเร็จตามที่ตนเองตั้งไว้ ก็จะรู้สึกขาดความพึงพอใจต่อตนเองไป นอกจากนี้การตัดสินจากสังคม (Social Judgement) มีอิทธิพลต่อการประเมินตนเอง จากการรับรู้ของบุคคลว่าจะออกมาในลักษณะใด ซึ่งจะพบว่าบุคคลจะรู้สึกไม่พึงพอใจและไม่ยอมรับคำติเตียน ความคิดเห็นจากการกระทำของตนเองได้ และสุดท้ายนั้นการเห็นคุณค่าในตนเองเกี่ยวข้องกับการประเมินตนเองในด้านการมีคุณค่า ซึ่งจะขึ้นกับสังคมวัฒนธรรม ประเพณี ที่ให้คุณค่ากับบุคคลและบุคคลนั้นได้มีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อคุณค่าทางสังคมได้อย่างเหมาะสมตามกรอบของสังคมนั้นได้ดีเพียงใด และการประเมินการกระทำดังกล่าว จะส่งผลถึงการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลด้วย และในชีวิตประจำวันโดยทั่วไป กิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละวันก็เป็นผลมาจากการรู้สึกว่าเป็นคุณค่าในตนเองจากการกระทำนั้นมาน้อยเพียงใด <sup>(30)</sup>

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการทบทวนเอกสารวิชาการ บทความและการศึกษาวิจัยมีผู้ให้ความหมายของ "ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย" ไว้อย่างกว้างขวางดังนี้

UNAIDS (2006) ให้คำจำกัดความของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) นั้นหมายถึง เพศชายที่มีพฤติกรรมทางเพศหรือมีความสัมพันธ์กับชายอื่น ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมทางเพศเท่านั้น โดยคำว่า “ชาย” และ “เพศ” มีความแตกต่างหลากหลายในการนิยามตามสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งในบริบทนี้จึงไม่ได้หมายถึงกลุ่มคน และไม่สัมพันธ์กับเพศภาวะอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) ที่จะนิยามตนเองเกี่ยวกับเพศอย่างไร<sup>(33)</sup>

ทั้งนี้เรื่องของพฤติกรรมเสี่ยงนี้ไม่ได้จำกัดวงอยู่เฉพาะผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นชายรักชาย ชายรักต่างเพศ เกย์ หรือไบเซ็กชวล แต่รวมถึงผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันแม้จะระบุว่าตนเองเป็นคนรักต่างเพศก็ตาม หรือคนที่ต้องแสดงอัตลักษณ์ทางเพศตามความคาดหวังของสังคมว่าเป็นชาย

องค์การอนามัยโลก ได้อธิบายเกี่ยวกับ Homosexual ใน International Classification of Disease Ninth Revision (ICD-9) และ ICD-10 เพื่อจำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งการจำแนกย่อยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงสูงของคนรักเพศเดียวกัน<sup>(5)</sup>

พจนานุกรม Oxford<sup>(34)</sup> ให้ความหมายของ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ไว้ว่า ผู้ชายที่มีความสัมพันธ์หรือกิจกรรมทางเพศกับผู้ชายอื่น ซึ่งรวมถึงผู้ชายที่ไม่ได้นิยามตนเองว่าเป็นคนรักเพศเดียวกัน (Homosexual) หรือคนรักสองเพศ (Bisexual) ซึ่งโดยปกติจะกล่าวถึงในบริบทด้านสาธารณสุข (Press, 2017 อ้างอิงถึงใน ศศิธร, 2561)<sup>(5)</sup>

มีการใช้คำว่า “ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย” ในช่วงปี 1990 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคเอดส์ โดยนักระบาดวิทยาใช้ในการเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นการระบุช่องทางในการติดต่อของเชื้อเอชไอวี ที่พบในการมีเพศสัมพันธ์ของชายกับชาย (Male to male sexual activity)<sup>(5)</sup>

Boswell JE (2005) ได้ให้ความหมายของคำว่า คนรักเพศเดียวกัน (Homosexuality) ว่าเป็นปรากฏการณ์ของจิตใจ รวมถึงกิจกรรมทางเพศระหว่างคนเพศเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็ผลมาจากความพึงพอใจอย่างรู้ตัว หรือจากความต้องการจากจิตใต้สำนึก หรือเกิดจากสถานการณ์จำเป็นก็ตาม ไม่สำคัญว่าผู้นั้นจะระบุว่าตนเองเป็นคนรักต่างเพศ (Heterosexual) หรือคนรักเพศเดียวกัน (Homosexual) หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกันก็ถือว่าเป็นคนรักเพศเดียวกันทันที เช่น ชายที่มีคูเป็นหญิง หรือชายที่มีครอบครัวแล้วแต่มีความจำเป็นทางการเงินจึงไปประกอบอาชีพเป็นพนักงาน

บริการทางเพศให้แก่ลูกค้าชายที่มารับบริการ หรือในสถานการณ์จำเป็นในกลุ่มชุมชนที่มีแต่ผู้ชายล้วน เช่น เรือนจำ ค่ายทหาร โรงเรียนชายล้วน ที่ไม่สามารถระบายความต้องการทางเพศกับคู่นอนที่เป็นผู้หญิงได้จึงต้องมีเพศสัมพันธ์กับคนเพศเดียวกัน ก็จัดเป็น คนรักเพศเดียวกันเช่นกัน (นันทวัน ยันตะดิกลงและคณะ, 2554 อ้างอิงถึงใน ศศิธร, 2561) <sup>(5)</sup>

กล่าวโดยสรุปว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men; MSM) หมายถึง พฤติกรรมทางเพศของชายมีสัมพันธ์กับชายอื่น โดยไม่เกี่ยวข้องกับการระบุหรือการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลนั้น เช่น เกย์ (Gay) คนรักต่างเพศ (Heterosexual) คนรักเพศเดียวกัน (Homosexual) คนรักสองเพศ (Bisexual) หรืออื่น ๆ เป็นต้น

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชณีย์ แก้วคำศรี (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบความผูกพัน การเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษา โดยการวิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น ส่วนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา รูปแบบความผูกพัน ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาจำนวน 409 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดรูปแบบความผูกพัน แบบวัดการเผชิญปัญหา และแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง การวิจัยส่วนที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Randomized Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มพัฒนาตน ตามแนวทอตเซอร์ที่มีต่อรูปแบบความผูกพันของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 13 คน และเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดรูปแบบความผูกพัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของคะแนนการมองตนเองและผู้อื่นด้านลบ ด้วยการทดสอบค่าที่ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองนักศึกษาที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบกลุ่มพัฒนาตนตามแนวทอตเซอร์ มีคะแนนการมองตนเองและผู้อื่นด้านลบต่ำกว่า ก่อนการเข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มพัฒนาตนตามแนวทอตเซอร์ และต่ำกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 <sup>(35)</sup>



พรรณนิภา สังข์ทอง (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของผู้ชายที่เข้ามาตรวจรักษาโรค โรงพยาบาลบางรัก จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 318 ราย พฤติกรรมเสี่ยงที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ประวัติการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนและการใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่นอนหลายคน และการมีเพศสัมพันธ์หลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพยาเสพติด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของกลุ่มที่ติดโรคแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ติดโรคน้อย (14.8 และ 14.7 ตามลำดับ) กลุ่มที่ติดโรคประมาณ 1 ใน 4 มีประวัติการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ติดโรค การมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มที่ติดโรคมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามากกว่ากลุ่มที่ไม่ติดโรค (ร้อยละ 92.7 และ 87.5 ตามลำดับ) ซึ่งในจำนวนนี้พบว่ากลุ่มที่ติดโรคมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 15.8 ส่วนกลุ่มที่ไม่ติดโรคใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 21.8 กลุ่มที่ติดโรค ร้อยละ 74.1 รายงานว่ามีคู่นอนหลายคน ขณะที่กลุ่มที่ไม่ติดโรค (ร้อยละ 57.1) มีคู่นอนหลายคน นอกจากนี้นักศึกษาที่ติดโรค 3 ใน 4 รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์หลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขณะที่กลุ่มที่ไม่ติดโรคประมาณครึ่งหนึ่งมีเพศสัมพันธ์หลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และในการหาความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการมีเพศสัมพันธ์หลังดื่มแอลกอฮอล์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ<sup>(36)</sup>

เจตน์สันต์ แต่งสุวรรณ และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง วิธีการเผชิญปัญหากับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสมุทรสงคราม โดยการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาความแตกต่างของการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญปัญหา กัการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสมุทรสงคราม เลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย จำนวน 667 คน ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่เห็นคุณค่าในตนเองระดับค่อนข้างต่ำและต่ำ นักศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพน้อยอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 82.3 และ 87.7) มากกว่าระดับไม่ดี (ร้อยละ 17.7 และ 12.3) และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อยู่ในเกณฑ์ถูกต้องมากเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.8) รองลงมา อยู่ในเกณฑ์ถูกต้องปานกลางและน้อย (ร้อยละ 17.7 และ 12.3) นักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่างกัน มีการ

ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.016) และ นักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีการเผชิญปัญหาแบบมีประสิทธิภาน้อย ในระดับต่างกัน มีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.015) สรุปผล การศึกษา นักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีการเห็นคุณค่าในตัวเองสูงและมีการเผชิญปัญหาในระดับดี มีการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ถูกต้อง <sup>(9)</sup>

ชาตวุฒิ ธนบัตร (2547) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ที่ศึกษาอยู่ในระบบการศึกษานอกโรงเรียนกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2547 การวิจัยครั้งนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงและศึกษาความสัมพันธ์ของ ระดับความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มนักเรียนที่ศึกษาในระบบ การศึกษานอกโรงเรียนกรุงเทพมหานคร จำนวนตัวอย่าง 400 คน เป็นนักเรียนชาย 200 คน นักเรียน หญิง 200 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียนกรุงเทพมหานครมี พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีด้านประสภการณ์การมีเพศสัมพันธ์โดยรวม (ร้อยละ 72.2) ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี แต่ระดับเจตคติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรสของบิดามารดา และบุคคลที่พำนักอาศัยอยู่ด้วย ( $p < 0.05$ ) <sup>(37)</sup>

บุษดี ศรีคำ (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การ สนับสนุนทางสังคม ความหวังการรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 130 คน ได้ จากการเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติ จากผู้มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบัน บำราศนราทร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต แบบสอบถามการเปิดเผย ตัวเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความหวัง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะ สุขภาพ ซึ่งผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงโดยใช้วิธี สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94, .79, .91, .86 และ .72 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบ

ด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศมีความสัมพันธ์กับ  
 สุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย  
 เพศหญิงมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงกว่า ส่วนอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตใน  
 องค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ที่ระดับ .05 <sup>(38)</sup>

ภูมรินทร์ ภูมิประเสริฐโชค (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การใช้แอลกอฮอล์ การ  
 ใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับความรู้สึกสิ้นหวังของ  
 นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่ม  
 ตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 139 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตาม  
 เกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมินการใช้แอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด  
 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต และแบบประเมิน  
 ความรู้สึกสิ้นหวัง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึก  
 สิ้นหวังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
 ระดับ 05 (= .539) <sup>(39)</sup>

พิมพ์ิชา สุพัตกุล (2551) ได้มีการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และ  
 เหตุผลของวัยรุ่นตอนปลายที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุ  
 ระหว่าง 18 - 22 ปี และอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง  
 กลุ่มละ 20 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นตอนปลายที่มีพฤติกรรม  
 การมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนและวัยรุ่นตอนปลายทั่วไปที่ไม่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนมีการ  
 เห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกัน วัยรุ่นตอนปลายที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนและวัยรุ่น  
 ตอนปลายทั่วไปที่ไม่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน <sup>(40)</sup>

สุภาพรรณ สอาดเอี่ยม (2554) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและ  
 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำที่มีโปรแกรมชุมชนบำบัดแห่งหนึ่ง  
 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีรูปแบบการศึกษาวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ เวลาใด  
 เวลาหนึ่ง ประชากรที่ศึกษาคือผู้ต้องราชทัณฑ์ของเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มี  
 อายุระหว่าง 18 - 60 ปี ที่ต้องโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จำนวน 345 คน  
 ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง  
 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอดส์ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith โดยจาก

การศึกษาพบว่า ผู้ต้องราชทัณฑ์มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือ การใช้เข็มฉีดยา และของมีคมร่วมกัน เพื่อการสักตามร่างกาย และพบว่าไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยเมื่อต้องการมีเพศสัมพันธ์ ไม่บอกคู่นอนของตนให้ใช้ถุงยางอนามัย และ ไม่ขอถุงยางอนามัยจากเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ผู้ต้องราชทัณฑ์ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการติดต่อของโรค ผู้ต้องราชทัณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 71.9 มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง (2.61-3.33) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.023) คือ พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นเพื่อการสักร่างกาย<sup>(10)</sup>

นิตยา ชมเชย (2554) มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสเชื้อที่ไม่ได้เกิดจากการทำงานในกลุ่มชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยแบบตัดขวางเชิงสำรวจ เพื่อประเมินความตั้งใจในการรับ nPEP ในกลุ่ม MSM จำนวน 450 คน โดยใช้แบบสอบถามชนิดกรอกคำตอบด้วยตนเอง และระยะที่ 2 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา แบบติดตามไปข้างหน้า โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่ม MSM ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อเอชไอวีใน 72 ชั่วโมงที่ผ่านมา จำนวน 40 ราย เพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรับ nPEP โดยผลการศึกษาพบว่าในกลุ่ม MSM จำนวน 450 คน มีเพียงร้อยละ 7 ที่เคยได้รับ nPEP มาก่อน และมีเพียงร้อยละ 40 ระบุว่ามีความตั้งใจที่จะใช้ nPEP ทั้งที่ทราบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในการศึกษาวิจัยนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 18.9 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจที่จะใช้ PEP คือ ความตระหนักถึง nPEP ระดับความรู้เรื่องเอชไอวี รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์และสถานะการขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ในกลุ่ม MSM ที่ได้รับ nPEP จำนวน 40 ราย มี 39 รายตัดสินใจรับ nPEP และในกลุ่มผู้ที่รับ nPEP นั้นมีเพียง 1 รายที่รับประทานยาไม่ครบตามกำหนด 4 สัปดาห์ การศึกษายังพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นและผลการตรวจเอชไอวีทุกรายเป็นลบ โดยสรุป MSM มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงมาก อยู่ที่ประมาณ 1 ใน 5 คน การส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในเรื่อง nPEP และการให้ความรู้เอชไอวีในกลุ่ม MSM ให้มากขึ้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้การดำเนินงานในเรื่องการใช้ nPEP ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างครอบคลุมสำหรับ MSM ที่มีความเสี่ยงสูงประสบความสำเร็จ<sup>(17)</sup>

วราภรณ์ กิ่งแก้ว (2554) ได้ทำการศึกษาการปฏิบัติและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ในการศึกษาที่ใช้แบบสอบถามชนิดอาสาสมัครตอบด้วยตนเอง และการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล ซึ่งมีการเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ การยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสทันที รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปัญหาอุปสรรคในการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส มีอาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมโครงการจำนวน 216 คน 61% เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 16% เป็นเพศชาย 2% เป็นกลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ 6% เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิง และ 15% เป็นเพศหญิง โดยยังพบว่า มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และ 7% มีอาการของโรคเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ที่ 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน Median (IQR) (11-13:5) สถิติเชิงอนุมานแสดงให้เห็นว่าการศึกษาเท่ากับหรือสูงกว่าระดับปริญญาตรี (Adjusted OR = 0.07195% CI = 0.008-0.645, p = 0.01) มีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (aOR 7.822, 95% CI 1.374-44.534, p = 0.02) และการมีภาระหน้าที่ (Adjusted OR = 0.157 95% CI = 0.032-0.770, p = 0.02) มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <sup>(41)</sup>

Kyaw Min Htut (2019) ได้ทำการศึกษาในหัวข้อการประเมินการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในย่างกุ้ง และมัณฑะเลย์ ประเทศเมียนมา โดยใช้แบบคัดกรอง ASSIST กลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งหมด 256 คน

ผลการวิจัยพบว่ามากกว่าร้อยละ 47 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายวัยรุ่น และร้อยละ 30.8 ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายวัยผู้ใหญ่ มีการใช้สารเสพติดในชีวิต กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายวัยรุ่นร้อยละ 13-19 และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 5-8 ใช้สารเสพติดชนิดชนิดหนึ่งในช่วงที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด พบว่าร้อยละ 90.9 ของวัยรุ่นและร้อยละ 87.5 ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผู้ใหญ่มีความเสี่ยงปานกลางจากการ ใช้เมทแอมเฟตามีน ประมาณร้อยละ 36 ของวัยรุ่นและร้อยละ 65.2 ของวัยผู้ใหญ่มีความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คน เมื่อเทียบกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ (p < 0.002) ในช่วงเวลาที่ต่างกันร้อยละ 33.3 ถึง 39.1 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์

กับชายวัยรุ่นและร้อยละ 17.9 ถึง 24.6 ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผู้ใหญ่ไม่เคย/ไม่ได้ใช้  
ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนชั่วคราว (7)

ศศิวิมล นันทสุนทร (2552) (42) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้  
ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดสตูล การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ หา  
ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และเจตคติเกี่ยวกับโรค  
เอดส์ ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนและชุมชน เพศ  
ภาวะ การสื่อสารมวลชน และนโยบายภาครัฐ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ติด  
เชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดสตูล จำนวน 306 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัย  
ทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค  
เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = - .138$ ) สัมพันธภาพกับเพื่อนและชุมชนมี  
ความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 01 ( $r = -.179$ ) เพศ  
ภาวะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r =$   
-270)

พัชรภา ตันติชูเวช (2553) ได้มีการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาที่มี  
ประสบการณ์เพศสัมพันธ์แบบข้ามคืน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี อายุระหว่าง 18 -  
24 ปี ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 29 คน โดยข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การ  
สัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาเพศชายที่มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์แบบข้ามคืนมี  
ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่านักศึกษาหญิงที่มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์แบบข้ามคืนอย่าง  
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักศึกษาที่มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์แบบข้ามคืนทั้งเพศชายและ  
หญิงมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกันกับนักศึกษา ที่ไม่มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์  
แบบข้ามคืน (43)

นุชวรรณ บุญเรือง (2553) ได้ทำการศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัย  
ทางด้านประสบการณ์ของบุคคล กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียน จาก  
การสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ปี 2550 (รอบที่ 12)  
ดำเนินการโดย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คือ นักเรียนระดับชั้น  
มัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาของประเทศไทย จาก 24 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 53,010  
คน ประกอบด้วย นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 19,424 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

จำนวน 16,577 คน และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จำนวน 17,009 คน ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการอธิบายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การพักอาศัย เคยดูอินเทอร์เน็ต/ เว็บไซต์โป๊หรือเคยดูวีดีโอโป๊/หนังสือโป๊ การเคยใช้สารเสพติดหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ และความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ การศึกษา การพักอาศัย การเคยดูอินเทอร์เน็ต/ เว็บไซต์โป๊และเคยดูวีดีโอโป๊/หนังสือโป๊ และการเคยใช้สารเสพติดและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ <sup>(44)</sup>

ศุภโชค ธรรมนันท์ และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการในเขตกรุงเทพมหานคร จากการกลุ่มตัวอย่างพลทหารกองประจำการในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 344 นาย ผลการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำและการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากแหล่งต่าง ๆ <sup>(45)</sup>

อรวรรณ จุลวงษ์ (2556) ได้ทำการศึกษาเพื่อการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการแห่งหนึ่งในกองทัพบก เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีกลุ่มตัวอย่างเป็นพลทหารกองประจำการ จำนวน 387 คน แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิทำการตอบแบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จากนั้นในระยะที่ 2 จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1 จากทั้งสองกลุ่ม ๆ ละ 8 คน โดยการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับไม่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงถึงมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดได้แก่ พฤติกรรมการริโภคสุรา/สารเสพติด รองลงมาได้แก่ด้านชีวิตประจำวันและด้านการมีเพศสัมพันธ์ตามลำดับ ( $X = 1.34, 0.93$ , และ  $0.64$ ) ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สนับสนุนกับข้อมูลเชิงปริมาณในประเด็นของพฤติกรรมการตีมีสุรามือถือพิพลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย<sup>(46)</sup>

ศศิธร บุรีชัย (2561) ได้ศึกษาการใช้สื่อออนไลน์และแอปพลิเคชันในการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีชายรักชายในกรุงเทพมหานคร (Online social media and applications use engaging in sexual risk behaviors among HIV infected Men Who have sex with men in Bangkok, Thailand) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่า ในจำนวนอาสาสมัครชายรักชายทั้งหมด 201 คน โดยขออาสาสมัครที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 71 คน (ร้อยละ 35.3) และ อาสาสมัครที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 130 คน (ร้อยละ 64.7) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับคู่นอนที่ได้จากช่องทางสื่อสังคมออนไลน์นั้น ทั้งสองกลุ่มยังมีความเสี่ยงทั้งในการการแพร่เชื้อและรับเชื้อโรคที่สามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ โดยพบว่า จากจำนวนผู้ใช้งานของทั้งสองกลุ่มโดยประมาณร้อยละ 70 ของกลุ่มที่ติดเชื้อและของกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อมีการใช้ถุงยางอนามัยกับทุกคน ในขณะที่ร้อยละ 20 ของกลุ่มอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มมีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่ได้จากช่องทางสื่อสังคมออนไลน์เป็นบางครั้งเท่านั้น ในเรื่องการตีมีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์นั้นพบว่า ร้อยละ 92.2 ส่วนใหญ่ของกลุ่มที่ติดเชื้อไม่มีการตีมีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ ร้อยละ 52.1 ของกลุ่มไม่ติดเชื้อมีการตีมีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์บางครั้งก่อนการมีเพศสัมพันธ์ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ยังตีมีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง การศึกษาการใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่พบจากสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ร้อยละ 90 ของกลุ่มที่ติดเชื้อไม่มีการใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ได้จากช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ ในขณะที่อาสาสมัครจำนวนหนึ่งของกลุ่มที่ไม่ติดเชื่อคิดเป็นร้อยละ 28.4 มีการใช้สารเสพติดบางครั้งก่อนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่รู้จักผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์<sup>(5)</sup>

ธนพร ชื่นตา (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา โดยมีผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (6 เดือน - 3 ปี) ทั้งสิ้น 88 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลด้านการเจ็บป่วย แบบประเมิน Thai Mental state Examination (TMSE) แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 88 คน ในส่วนของ



ภาวะซึมเศร้าที่พบสูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล และพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )<sup>(28)</sup>

Noroozinejad และคณะ (2013) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยหากมีความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีน้อยจะทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ทั้งนี้ในการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง (Self-perceived Risk) เป็นส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งในคนที่ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/ เอดส์ถูกต้อง แต่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือมีการไม่ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และมายาคติ หรือความเชื่อที่เกี่ยวกับโอกาสของการติดเชื้อ เชื่อว่าตนเองมีโอกาสน้อยที่จะติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีน้อยครั้งที่ไม่ป้องกัน รวมทั้งคำสอนของบางลัทธิและศาสนาที่ห้ามเรื่องการป้องกันหรือคุมกำเนิด ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้<sup>(47)</sup>

Davey-Rothwell MA และคณะ (2012) ได้มีการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสัมพันธ์กับแหล่งที่มาของรายได้ในหลายช่องทาง รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้มีการหารายได้จากช่องทางอื่นมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการรับรายได้จากผู้อื่น, การขายทรัพย์สิน, งานไม่ประจำ โดยรายได้ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี<sup>(48)</sup>

Schur CL และคณะ (2002) ที่พบว่า การศึกษาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม การได้รับโอกาสทางการศึกษา การอยู่ในระบบการเรียนการสอน จะทำให้เข้าถึงเนื้อหา บทเรียน คำแนะนำในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ เพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม รวมถึงทำให้ทราบ เข้าใจและมีความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เพิ่มขึ้น จึงได้รับการดูแลสุขภาพทางเพศซึ่งมีการตรวจ รับประทานยา รวมทั้งการสนับสนุนด้านการป้องกัน ซึ่งช่วยลดโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี<sup>(49)</sup>

Kalichman SC และคณะ (2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าจากการมีรายได้ไม่เพียงพอ หรือความขาดแคลนที่อยู่อาศัย นั้นเป็นผลทำให้เกิดกรณีที่ในคนต้องหารายได้หรือที่อยู่จากการสนับสนุนจากผู้อื่น คู่หรือคู่นอน สถานการณ์ หรือความสัมพันธ์ดังกล่าวทำให้เกิดความแตกต่างทางอำนาจ โดยเฉพาะหากเกี่ยวกับเรื่องของสัมพันธ์ทางเพศ อำนาจในการให้การสนับสนุนรายได้ ที่อยู่อาศัย หรืออื่น ๆ ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศด้วยเช่นกัน<sup>(24)</sup>

Josephs RA และคณะ (1992) ที่ระบุว่าคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่สูงขึ้น และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ<sup>(50)</sup> โดยอาจทำให้ขาดการควบคุมตนเอง จัดการกับปัญหาทางเพศได้ยาก หรือมีลักษณะพึ่งพิงคนอื่นซึ่งทำให้ขาดอำนาจในการปกป้องตนเอง เพื่อให้คนอื่นรู้สึกดี อันนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น<sup>(51)</sup> รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงที่สูงขึ้น โดยมีลักษณะของพฤติกรรม เช่น ความก้าวร้าวรุนแรงด้านเพศ ความยากในการต่อรองให้มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย รวมถึงการใช้สารเสพติด ต้มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (Crosby M, Decarlo P, 2000)<sup>(52)</sup>

Snell WE และคณะ (1993) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเกี่ยวกับเรื่องเพศนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยหากบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น จะมีการคิดในแง่บวก คำนึงถึงการดูแลตนเอง ซึ่งช่วยสร้างความมั่นใจ เพิ่มความสามารถในการป้องกันตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ สร้างความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ได้ดี<sup>(53)</sup> และนอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความสามารถของบุคคลที่จะดูแลและปกป้องตนเอง (Lyttkens L, 1989)<sup>(54)</sup> ซึ่งพบว่า ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้มากขึ้น โดยการเห็นคุณค่าในตนเองทำให้บุคคลสามารถที่จะสื่อสารกับคู่นอนเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย และปฏิเสธคู่นอนที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (Traeen B และคณะ, 2013)<sup>(55)</sup>

ดังนั้นหากบุคคลเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้คำนึงถึงการดูแลตนเอง ความสามารถในการปกป้องตนเอง สื่อสารกับคู่นอนเพื่อให้ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้น้อยกว่าคนที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง

## 6. คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง จัดตั้งโดยสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ตั้งแต่พุทธศักราช 2557 ถึงปัจจุบัน เป็นองค์กรภาคประชาสังคมที่ไม่แสวงหาผลกำไร (Non governmental organization) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงาน แหล่งทุนทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อดำเนินงานสนับสนุนผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ มีการพัฒนาระบบส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู สุขภาวะที่ดีในกลุ่มความหลากหลายทางเพศทุกช่วงวัย จึงมีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงด้วยวิธีการที่หลากหลายเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน และขยายบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์โดยสมัครใจ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนอยู่ในระบบการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง  
จึงเป็นวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งสถานพยาบาล

คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง เป็นสถานพยาบาลที่มีลักษณะเป็นคลินิก  
เทคนิคการแพทย์ ประเภทสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอช  
ไอวี (Anti-HIV) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้กับกลุ่มประชากรหลักที่มีการติดเชื้อเอชไอวีสูง  
ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ โดยมีจำนวนผู้รับบริการในแต่ละปีรวม  
ประมาณ 3,800 ราย แบ่งเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 3,500 ราย และหญิงข้ามเพศ 300 ราย  
ซึ่งมีขั้นตอนบริการหลักดังต่อไปนี้

1. ลงทะเบียน ทำประวัติเวชระเบียนผู้รับบริการ (กรณีรายใหม่) หรือยื่นบัตรนัด ในกรณี  
รายเก่า
2. ชักประวัติ บริการให้การปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV) และ  
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. เจาะเลือด ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดย  
ห้องปฏิบัติการ
4. ผู้รับบริการรอฟังผลการตรวจ ภายใน 1 ชั่วโมง หลังรับการเจาะเลือด
5. แจ้งผลการตรวจ บริการให้การปรึกษาหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อการ  
ป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
  - 5.1 สำหรับผู้รับบริการผลเอชไอวีเป็นลบ นัดหมายการกลับมาตรวจเอชไอวีซ้ำ ที่  
คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง ทุก 3-6 เดือน เพื่อคงสถานะผลเอชไอวีเป็นลบ
  - 5.2 สำหรับผู้รับบริการผลเอชไอวีเป็นบวก ส่งต่อเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาล  
ตามสิทธิการรักษาพยาบาล

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive studies) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการ ณ คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการ ณ คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง ทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ทั้งเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและเกณฑ์การคัดออกในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

#### ก. เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- สัญชาติไทย
- เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย
- สามารถสื่อสารภาษาไทย โดยวิธี ฟัง พูด อ่าน เขียนได้

#### ข. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

#### ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

ขนาดตัวอย่าง (Sample size) ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากร คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการ ณ คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง ในปี 2563 จำนวน 3,360 คน โดยใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเลือกตัวอย่างร้อยละ 5 โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง      N = ขนาดประชากร

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ = 5% (0.05)

ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{3360}{1 + (3360)(0.05)^2}$$

$$= 357.45 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง = 358 คน

จำนวนที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อย่างน้อย 358 คน จึงจะสามารถประมาณค่าร้อยละ และเพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5

### วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)

ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ไม่อยู่ในเกณฑ์คัดออก ในช่วงที่ทำการศึกษาจนครบตามจำนวน

### เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร (Measurements)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบเอง ซึ่งจะประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ได้แก่
  - ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนพี่น้อง การอยู่อาศัย และลักษณะการอยู่อาศัย
  - ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม คือ การมีคู่นอนประจำ/ คู่นอนชั่วคราว การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์ชาย และการยอมรับเรื่องเพศจากบุคคลใกล้ชิด
  - ปัจจัยด้านชีวภาพ คือ การมีโรคประจำตัว และประวัติโรคทางจิตเวช

## 2. แบบประเมินความรู้เรื่องเอชไอวี/ โรคนเอ็ดส์

พิกุลพรรณ พลศิลป์ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ต้องขังเรือนจำกลางชลบุรี ในแดนพื้นที่ฟูและแก้ไขบำบัดยาเสพติด จำนวน 30 คน แล้วหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency method) ของครอนบาค (Cronbach's alpha) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงหรือค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่า .85<sup>(41)</sup> แบบสอบถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ดังนี้

สาเหตุของการติดเชื้อ	จำนวน 1 ข้อ (1)
การติดต่อ	จำนวน 5 ข้อ (4, 5, 6, 8, 15)
ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน 3 ข้อ (9, 10, 11)
การรักษา	จำนวน 2 ข้อ (12, 13)
การป้องกัน	จำนวน 2 ข้อ (7, 14)
อาการแสดงจากการติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน 2 ข้อ (2, 3)

โดยมีลักษณะคำถามที่มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือถูก ผิด และไม่ทราบ

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก	ให้	1	คะแนน
ตอบผิด/ไม่ทราบ	ให้	0	คะแนน

เกณฑ์ในการจัดระดับความรู้

สูง (มากกว่า 80%)	คือ 12 -15	คะแนน
ปานกลาง (60% - 80%)	คือ 9-11	คะแนน
ต่ำ (น้อยกว่า 60%)	คือ น้อยกว่า 9	คะแนน

### 3. แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coppersmith Self-Esteem Inventory Adult Form)

แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ แปลและพัฒนา จาก Coppersmith Self Esteem Inventory Adult Form (1984) โดย สุรางค์รัตน์ คงศรี ผ่านการทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยพรพิมล พรแก้ว ทดสอบกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการที่พระประแดง ใช้สูตร Kuder-Richardson formula 21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.836<sup>(10)</sup> ซึ่งเป็นแบบสอบถามการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านทั่วไป ด้านครอบครัว และด้านสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มี 2 ลักษณะ คือ ข้อความเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ และข้อความเชิงลบจำนวน 17 ข้อ

การตรวจให้คะแนนข้อความเชิงบวก

ให้ 1 ในข้อที่ตอบว่า "ใช่" และ ให้ 0 ในข้อที่ตอบว่า "ไม่ใช่"

การตรวจให้คะแนนข้อความเชิงลบ ให้คะแนนสลับกัน

การคิดคะแนน ให้รวมคะแนนแล้วคูณ 4 เท่ากับ 100 แปลผลคะแนนดังนี้

0-24 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

25-49 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างต่ำ

50-74 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง

75-100 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง

#### 4. แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ศุภโชค ธรรมกานันท์ (2558) ได้พัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของ หทัยชนก ธนะศิริรานานนท์ (2536) โดยได้มีปรับภาษาและเนื้อหา เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องของการใช้สำนวนภาษา และนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 366 ฉบับ ได้รับคืน 344 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94 จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปตรวจหาคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 0.64 <sup>(56)</sup>

แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยกำหนดคำตอบไว้ 4 ระดับ คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง โดยที่

ทุกครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติตัวต่อสิ่งนั้นอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ เช่น ในจำนวน 10 ครั้ง ปฏิบัติได้ทั้ง 10 ครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติตัวต่อสิ่งนั้น ก่อนข้างสม่ำเสมอ เช่น ในจำนวน 10 ครั้ง ปฏิบัติได้ทั้ง 5-9 ครั้ง
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติตัวต่อสิ่งนั้น อยู่บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ เช่น ในจำนวน 10 ครั้ง ปฏิบัติได้ทั้ง 1-4 ครั้ง
ไม่เคย	หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติตัวต่อสิ่งนั้น ๆ เลย เช่น ในจำนวน 10 ครั้งไม่ได้ปฏิบัติเลยทั้ง 10 ครั้ง

กำหนดการให้คะแนนดังนี้

##### ข้อความเชิงบวก

ถ้าตอบ ไม่เคย	จะได้คะแนน 4 คะแนน	บ่อยครั้ง	จะได้คะแนน 2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	จะได้คะแนน 3 คะแนน	ทุกครั้ง	จะได้คะแนน 1 คะแนน

##### ข้อความเชิงลบ

ถ้าตอบ ไม่เคย	จะได้คะแนน 1 คะแนน	บ่อยครั้ง	จะได้คะแนน 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	จะได้คะแนน 2 คะแนน	ทุกครั้ง	จะได้คะแนน 4 คะแนน



เกณฑ์การพิจารณาระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (บุญเรียง ขจรศิลป์, 2539) ดังนี้  
 ระดับดี คะแนนมากกว่า  $\bar{x} + 1SD$  (ในการศึกษาของวิจัยต้นฉบับมีค่ามากกว่า 41.5)  
 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง  $\bar{x} \pm 1SD$  (ในการศึกษาของวิจัยต้นฉบับมีค่าระหว่าง 35.56-41.49)  
 ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่า  $\bar{x} - 1SD$  (ในการศึกษาของวิจัยต้นฉบับมีค่ามากกว่า 35.5)

โดยจากการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับข้อความในบางข้อ ให้เข้ากับบริบทและวิถีชีวิตของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการใช้ภาษา และนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อนำแบบสอบถามไปตรวจหาคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถาม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ .858

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขั้นตอนมีดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อผู้พัฒนาเครื่องมือแบบสอบถาม เพื่อขออนุญาตนำมาใช้ในงานวิจัยของตนเอง
2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขออนุมัติดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ติดต่อขอหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง
4. นัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการประสานขอความร่วมมือคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากการกรอกแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้แจงการตอบแบบสอบถามในห้องให้การปรึกษาของคลินิกฯ ที่มีความเป็นส่วนตัว ในช่วงหลังจากผู้รับบริการได้รับการเจาะเลือดเรียบร้อยแล้ว กำลังอยู่ระหว่างที่ผู้รับบริการรอฟังผลการ

ตรวจ โดยมีการให้ข้อมูลคำอธิบายการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ ตอบข้อสงสัยจนผู้รับบริการเข้าใจ ซึ่งใช้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามความประสงค์ ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นจะให้แบบสอบถามแก่ผู้รับบริการ แล้วตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยตอบข้อซักถามต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัแบบสอบถาม อันเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูลและส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้วิจัยหลังทำเสร็จ ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

6. เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป

### ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

ขั้นตอนและวิธีการการศึกษายึดหลักจรรยาบรรณของการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1. **หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)** ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจได้อย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การรายงานผลการศึกษาก็จะไม่ระบุชื่อ ตำแหน่ง สถานที่พักอาศัยของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันว่าการศึกษานี้จะไม่มีการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ให้การเคารพในการให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง พอเพียง ไม่ปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลไม่ถูกชักจูงด้วยอำิสสินจ้าง และมีสิทธิที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยโดยไม่ต้องชดใช้ค่าเสียหาย

2. **หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/ non-maleficance)** ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน หรือ minimal risks เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก แต่การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือ มีผลกระทบต่อบุคคลที่ถูกอ้างอิงถึง

3. **หลักยุติธรรม (Justice)** ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเป็นผู้ที่มีเชื้อชาติ ศาสนา หรือฐานะใดก็ได้ มีเกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยง และมีการเลือกตัวอย่างประชากรอย่างเท่าเทียม

## การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Version 28.0.0 โดยใช้สถิติต่าง ๆ ดังนี้

**สถิติเชิงพรรณนา** เพื่อใช้หาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนพี่น้อง การอยู่อาศัย และลักษณะการอยู่อาศัย
2. ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม คือ คู่นอนประจำ/ คู่นอนชั่วคราว การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และการได้รับการยอมรับว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จากบุคคลใกล้ชิด

3. ปัจจัยด้านชีวภาพ คือ การโรคประจำตัว และประวัติโรคทางจิตเวช

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

5. ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง

6. ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) มัธยฐาน (median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard Deviation)

**สถิติเชิงอนุมาน** เพื่อใช้หาความสัมพันธ์ของตัวแปร การเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

1. หาความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ที่จัดเป็นกลุ่ม (categorical data) โดยใช้ Chi-Square และในกรณีตัวแปรที่เป็นข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (continuous data) ด้วย Independent t-test หรือ ANOVA รวมทั้งการวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency)

2. นำความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่ได้มาวิเคราะห์ด้วย Multivariate analysis ได้แก่ Multiple Logistic Regression Analysis

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง โดยมีจำนวนแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 358 ชุด มีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังต่อไปนี้

#### ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป ดังนี้

- 1.1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล
- 1.2 ข้อมูลปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม
- 1.3 ปัจจัยด้านชีวภาพ
- 1.4 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์
- 1.5 ข้อมูลการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)
- 1.6 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic)

**ส่วนที่ 2** แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร การเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

2.1 ผลการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ Chi-Square และในกรณีที่ข้อมูลเป็นเชิงปริมาณของตัวแปรที่เป็น continuous data ด้วย Independent t-test และ ANOVA รวมทั้งการวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency)

2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ด้วย Multivariate analysis ได้แก่ Multiple Logistic Regression Analysis

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=358)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) <sup>a</sup>
อายุ (ปี)	30.95 ± 7.651 <sup>a</sup>
อาชีพ	
ข้าราชการ พนักงาน/ ลูกจ้างของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ	37 (10.3)
พนักงาน/ ลูกจ้างของบริษัทเอกชน	210 (58.7)
ค้าขาย อาชีพอิสระ รับจ้างทั่วไป เจ้าของกิจการ	52 (14.5)
เกษตรกร ชวนา ชาวประมง	0 (0)
นักเรียน นิสิต นักศึกษา	38 (10.6)
ว่างงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21 (5.9)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	28387.01 ± 28496.853 <sup>a</sup>
ความเพียงพอของรายได้	
เพียงพอ	229 (64.0)
ไม่เพียงพอ	129 (36.0)
การศึกษาสูงสุด	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	83 (23.2)
ปริญญาตรี	235 (65.6)
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	40 (11.2)
สถานภาพสมรส	
โสด	344 (96.1)
สมรส	7 (2.0)
หม้าย	0 (0)
หย่าร้าง	0 (0)
แยกกันอยู่	7 (2.0)
จำนวนพี่น้อง (คน)	2 (2-3) <sup>b</sup>
การอยู่อาศัย	
อยู่คนเดียว	168 (46.9)
อยู่กับพ่อแม่/ พี่น้อง/ ญาติ	128 (35.8)
อยู่กับคู่	62 (17.3)

<sup>a</sup> = ค่าเฉลี่ย ± SD

<sup>b</sup> = Median (IQR)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=358) (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) <sup>a</sup>
ลักษณะการอยู่อาศัย	
เป็นของตนเอง	128 (35.8)
เป็นผู้เช่า	159 (44.4)
เป็นของพ่อแม่/ พี่น้อง/ ญาติ	59 (16.5)
อยู่โดยผู้อื่นเสียค่าเช่าให้	12 (3.4)

<sup>a</sup> = ค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 30.95 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.651 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด อายุ 18 ปี และมากที่สุด 58 ปี โดยมีอาชีพพนักงาน/ ลูกจ้างของบริษัทเอกชน ร้อยละ 58.7 รองลงมาคือ ค้าขาย อาชีพอิสระ รับจ้างทั่วไป เจ้าของกิจการ ร้อยละ 14.5 เป็นนักเรียน นิสิต นักศึกษา ร้อยละ 10.6 เป็นข้าราชการ พนักงาน/ ลูกจ้างของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 10.3 และว่างงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 28,387.01 บาทต่อเดือน ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า รายได้น้อยที่สุด 0 บาท และมากที่สุด 250,000 บาท และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 64

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.6 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 96.1 และมีค่ามัธยฐานของจำนวนพี่น้อง 2 คน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า จำนวนพี่น้องน้อยที่สุด 1 คน และมากที่สุด 12 คน นอกจากนี้โดยส่วนใหญ่อยู่อาศัยคนเดียว ร้อยละ 46.9 รองลงมา คือ อยู่กับพ่อแม่/ พี่น้อง/ ญาติ ร้อยละ 35.8 และอยู่กับคู่ ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ลักษณะการอยู่อาศัย เป็นผู้เช่ามากที่สุด ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ เป็นของตนเอง ร้อยละ 35.8 เป็นของพ่อแม่/ พี่น้อง/ ญาติ ร้อยละ 16.5 และอยู่โดยผู้อื่นเสียค่าเช่าให้ ร้อยละ 3.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม (n = 358)

ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การมีคู่นอนประจำ</b>	
มี	221 (61.7)
ไม่มี	137 (38.3)
<b>เพศของคู่นอนประจำ (n=221)</b>	
ชาย	212 (59.2)
หญิง	13 (3.6)
หญิงข้ามเพศ/ สาวประเภทสอง	6 (1.7)
<b>การมีคู่นอนชั่วคราว</b>	
มี	202 (56.4)
ไม่มี	156 (43.6)
<b>เพศของคู่นอนชั่วคราว (n=202)</b>	
ชาย	196 (54.7)
หญิง	19 (5.3)
หญิงข้ามเพศ/ สาวประเภทสอง	8 (2.2)
<b>การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</b>	
เปิดเผยกับพ่อแม่	
- เปิดเผย	202 (56.4)
- ไม่เปิดเผย	156 (43.6)
เปิดเผยกับพี่น้อง	
- เปิดเผย	212 (59.2)
- ไม่เปิดเผย	146 (40.8)
เปิดเผยกับเพื่อนสนิท	
- เปิดเผย	299 (83.5)
- ไม่เปิดเผย	59 (16.5)
เปิดเผยกับเพื่อนร่วมงาน	
- เปิดเผย	229 (64.0)
- ไม่เปิดเผย	129 (36.0)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม (n=358) (ต่อ)

ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การได้รับการยอมรับที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</b>	
จากพ่อแม่	
- ยอมรับ	253 (70.7)
- ไม่ยอมรับ	105 (29.3)
จากพี่น้อง	
- ยอมรับ	273 (76.3)
- ไม่ยอมรับ	85 (23.7)
เพื่อนสนิท	
- ยอมรับ	323 (90.2)
- ไม่ยอมรับ	35 (9.8)
จากเพื่อนร่วมงาน	
- ยอมรับ	295 (82.4)
- ไม่ยอมรับ	63 (17.6)

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่นอนประจำ ร้อยละ 61.7 โดยคู่นอนประจำเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.2 เพศหญิง ร้อยละ 3.6 และหญิงข้ามเพศ/ สาวประเภทสอง ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 56.4 โดยคู่นอนชั่วคราวเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.7 เพศหญิง ร้อยละ 5.3 และหญิงข้ามเพศ/ สาวประเภทสอง ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ

ในกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่จะมีการเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กับ เพื่อนสนิท มากที่สุด ร้อยละ 83.5 รองลงมาจะเปิดเผยกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 64.0 พี่น้อง ร้อยละ 59.2 และพ่อแม่ ร้อยละ 56.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างการได้รับการยอมรับที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จากเพื่อนสนิท มากที่สุด ร้อยละ 90.2 รองลงมาจะได้รับจากเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 82.4 พี่น้อง ร้อยละ 76.3 และพ่อแม่ ร้อยละ 70.7 ตามลำดับ



ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านชีวภาพ ( $n = 358$ )

ปัจจัยด้านชีวภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การมีโรคประจำตัว</b>	
ไม่มี	299 (83.5)
มี	59 (16.5)
<b>การมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช</b>	
ไม่มี	344 (96.1)
มี	14 (3.9)

จากตารางที่ 3 พบว่าในกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.4 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.6 โดยมีข้อมูลจากแบบสอบถาม ได้แก่ ภูมิแพ้, ความดันโลหิต, หอบหืด, เบาหวาน, ไมเกรน, ลมชัก, เก๊าต์, ไขมันในเลือดสูง, ไทรอยด์, ไวรัสตับอักเสบบี, ติดเชื้อเอชไอวี, โรคกระเพาะอาหาร กรดไหลย้อน, โรคอ้วน, มะเร็งเม็ดเลือดขาว, ลิ้นหัวใจปิดรั่ว, วัณโรค, โรคผิวหนังอักเสบ, สะเก็ดเงิน และเจ็บหน้าอก

และแสดงให้เห็นว่าไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช ร้อยละ 96.1 และมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช ร้อยละ 3.9 โดยมีข้อมูลจากแบบสอบถาม ได้แก่ ซึมเศร้า และแพนิค

**ตารางที่ 4** แสดงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ( $n = 358$ )

ระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	จำนวน (ร้อยละ)
ต่ำ	23 (6.4)
ปานกลาง	97 (27.1)
สูง	238 (66.5)

(Mean = 11.94, SD = 2.328, Min = 1, Max = 15)

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ อยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.5 รองลงมาคือมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.1 และมีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ

โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีคะแนนเฉลี่ย 11.94 คะแนน มีคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนมากที่สุด 15 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.328

**ตารางที่ 5** แสดงข้อมูลการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ( $n = 358$ )

ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)	จำนวน (ร้อยละ)
ต่ำ	8 (2.2)
ปานกลางค่อนข้างต่ำ	41 (11.5)
ปานกลางค่อนข้างสูง	103 (28.8)
สูง	206 (57.5)

(Mean = 73.93, SD = 19.61, Min = 4, Max = 100)

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) อยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคือมีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลางค่อนข้างสูง ร้อยละ 28.8 การเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 11.5 และการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ

โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีคะแนนเฉลี่ย 73.93 คะแนน มีคะแนนน้อยที่สุด 4 คะแนน คะแนนมากที่สุด 100 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.61

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 358$ )

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับมาก	46 (12.8)
ระดับปานกลาง	248 (69.3)
ระดับน้อย	64 (17.9)

(Mean = 68.07, SD = 6.385, Min = 42, Max = 80)

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.3 รองลงมาคือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ระดับน้อย ร้อยละ 17.9 และระดับมาก ร้อยละ 12.8 ตามลำดับ

โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ย 68.07 คะแนน มีคะแนนน้อยที่สุด 42 คะแนน คะแนนมากที่สุด 80 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.385

ส่วนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง  
การเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

2.1 ผลการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล (อายุ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และจำนวนพี่น้อง) ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ ANOVA ( $n = 358$ )

ปัจจัยด้านบุคคล	ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			F	p-value
	มาก N=46 (Mean $\pm$ SD)	ปานกลาง N=248 (Mean $\pm$ SD)	น้อย N=64 (Mean $\pm$ SD)		
อายุ	29.14 $\pm$ 6.69	30.71 $\pm$ 7.67	32.97 $\pm$ 7.92	3.321	.037*
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	21380.43 $\pm$ 13898.52	27358.59 $\pm$ 27508.09	37408.13 $\pm$ 37072.23	4.862	.008*
จำนวนพี่น้อง	2.70 $\pm$ 1.72 (Median = 2)	2.5 $\pm$ 1.62 (Median = 2)	2.67 $\pm$ 1.13 (Median = 2)	.500	.607

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างปัจจัยด้านบุคคล (อายุ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และจำนวนพี่น้อง) กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกันมีอายุเฉลี่ย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  ส่วนจำนวนพี่น้องมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงดำเนินการวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบพหุคูณ (Multiple comparison) โดยใช้วิธีทดสอบแบบ Bonferroni ดังนี้

**ตารางที่ 8** ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc) ของอายุ

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	มาก	ปานกลาง	น้อย
มาก (อายุเฉลี่ย 29.41 ปี) <sup>a</sup>	-	.866	.048*
ปานกลาง (อายุเฉลี่ย 30.71 ปี) <sup>a</sup>	.866	-	.104
น้อย (อายุเฉลี่ย 32.97 ปี) <sup>a</sup>	.048*	.104	-

\*  $p < .05$

<sup>a</sup> ข้อมูลจากตารางที่ 7

จากตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ ของอายุที่มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมาก มีอายุเฉลี่ยแตกต่างจากผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย โดยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากจะมีอายุน้อยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$

**ตารางที่ 9** ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc) ของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	มาก	ปานกลาง	น้อย
มาก (รายได้เฉลี่ย 21380.43 บาท) <sup>a</sup>	-	.562	.010*
ปานกลาง (รายได้เฉลี่ย 27358.59 บาท) <sup>a</sup>	.562	-	.034*
น้อย (รายได้เฉลี่ย 37403.13 บาท) <sup>a</sup>	.010*	.034*	-

\*  $p < .05$

<sup>a</sup> ข้อมูลจากตารางที่ 7

จากตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ ของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมาก มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างจากผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย โดยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากจะมีรายได้น้อยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีปานกลาง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างจากผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย โดยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีปานกลางจะมีรายได้น้อยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square ( $n = 358$ )

ปัจจัยด้านบุคคล	ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			p-value
	มาก n=46 n (%)	ปานกลาง n=248 n (%)	น้อย n=64 n (%)	
<b>อาชีพ</b>				.404
ข้าราชการ พนักงาน/ ลูกจ้าง ของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ	2 (5.41)	25 (67.57)	10 (27.03)	
พนักงาน/ ลูกจ้างของ บริษัทเอกชน	26 (12.38)	145 (69.05)	39 (18.57)	
ค้าขาย อาชีพอิสระ	8 (15.38)	37 (71.15)	7 (13.46)	
รับจ้างทั่วไป เจ้าของกิจการ				
เกษตรกร ชวนา ชาวประมง	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
นักเรียน นิสิต นักศึกษา	5 (13.16)	26 (68.42)	7 (18.42)	
ว่างงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (23.81)	15 (71.15)	1 (4.76)	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>				.004*
เพียงพอ	21 (9.17)	159 (69.43)	49 (21.40)	
ไม่เพียงพอ	25 (19.38)	89 (68.99)	15 (11.63)	
<b>การศึกษาสูงสุด</b>				.046*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	14 (16.87)	60 (72.29)	9 (10.84)	
ปริญญาตรี	29 (12.34)	164 (69.79)	42 (17.97)	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	3 (7.50)	24 (60.00)	13 (32.50)	
<b>สถานภาพสมรส</b>				.800
โสด	44 (12.79)	237 (68.90)	63 (18.31)	
สมรส	1 (14.29)	5 (71.43)	1 (14.49)	
หม้าย	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
หย่าร้าง	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
แยกกันอยู่	1 (14.29)	6 (85.71)	0 (0.00)	

\*  $p < .05$

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square ( $n = 358$ ) (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล	ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			p-value
	มาก $n=46$ n (%)	ปานกลาง $n=248$ n (%)	น้อย $n=64$ n (%)	
<b>การอยู่อาศัย</b>				.930
อยู่คนเดียว	20 (11.90)	115 (68.45)	33 (19.64)	
อยู่กับพ่อแม่/ พี่น้อง/ ญาติ	18 (14.06)	89 (69.53)	21 (16.41)	
อยู่กับคู่	8 (12.90)	44 (70.97)	10 (16.13)	
<b>ลักษณะการอยู่อาศัย</b>				.046*
เป็นของตนเอง	14 (10.94)	80 (62.50)	34 (26.56)	
เป็นผู้เช่า	24 (15.09)	115 (72.33)	20 (12.58)	
เป็นของพ่อแม่/ พี่น้อง/ ญาติ	6 (10.17)	46 (77.97)	7 (11.86)	
อยู่โดยผู้อื่นเสียค่าเช่าให้	2 (16.67)	7 (58.33)	3 (25.00)	

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านบุคคลที่กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า อาชีพ, สถานภาพการสมรส และการอยู่อาศัย ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนปัจจัยที่ศึกษาในเรื่องความเพียงพอของรายได้, การศึกษาสูงสุด และลักษณะการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**ตารางที่ 11** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square (n = 358)

ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม	ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			p-value
	มาก n=46 n (%)	ปานกลาง n=248 n (%)	น้อย n=64 n (%)	
<b>การมีคู่นอนประจำ</b>				.159
มี	29 (13.12)	146 (66.06)	46 (20.81)	
ไม่มี	17 (12.41)	102 (74.45)	18 (13.14)	
<b>การมีคู่นอนชั่วคราว</b>				<.001*
มี	35 (17.33)	149 (73.76)	18 (8.91)	
ไม่มี	11 (7.06)	99 (63.46)	46 (29.49)	
<b>การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</b>				
เปิดเผยกับพ่อแม่				.021*
- เปิดเผย	32 (15.84)	128 (63.37)	42 (20.79)	
- ไม่เปิดเผย	14 (8.97)	120 (76.92)	22 (14.10)	
เปิดเผยกับพี่น้อง				.028*
- เปิดเผย	34 (16.04)	136 (64.15)	42 (19.81)	
- ไม่เปิดเผย	12 (8.22)	112 (76.71)	22 (15.07)	
เปิดเผยกับเพื่อนสนิท				.402
- เปิดเผย	41 (89.13)	203 (81.85)	55 (85.94)	
- ไม่เปิดเผย	5 (10.87)	45 (18.15)	9 (14.06)	
เปิดเผยกับเพื่อนร่วมงาน				.151
- เปิดเผย	35 (15.28)	152 (66.38)	42 (18.34)	
- ไม่เปิดเผย	11 (8.53)	96 (74.42)	22 (17.05)	
<b>การยอมรับที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</b>				
จากพ่อแม่				.064
- ยอมรับ	37 (14.62)	166 (65.61)	50 (19.76)	
- ไม่ยอมรับ	9 (8.57)	82 (78.10)	14 (13.33)	
จากพี่น้อง				.108
- ยอมรับ	40 (14.65)	182 (66.67)	51 (18.68)	
- ไม่ยอมรับ	6 (7.06)	66 (77.65)	13 (15.29)	

\* p < .05



**ตารางที่ 11** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square (n=358) (ต่อ)

ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม	ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			p-value
	มาก n=46 n (%)	ปานกลาง n=248 n (%)	น้อย n=64 n (%)	
<b>การยอมรับที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</b>				
จากเพื่อนสนิท				.388
- ยอมรับ	44 (13.62)	221 (68.42)	58 (17.96)	
- ไม่ยอมรับ	2 (5.71)	27 (77.14)	6 (17.14)	
จากเพื่อนร่วมงาน				.593
- ยอมรับ	39 (13.22)	201 (68.14)	55 (18.64)	
- ไม่ยอมรับ	7 (11.11)	47 (74.60)	9 (14.29)	

\* p < .05

จากตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ด้านเพศและจิตสังคม ที่กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การมีคู่นอนชั่วคราว, การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกับพ่อแม่ และการเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกับพี่น้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Independent t-test (n =358)

ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม	คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			t	p-value
	n	Mean	SD		
การคู่นอนชั่วคราว				1.477	.225
มี	202	66.77	5.958		
ไม่มี	156	69.74	6.546		
การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย					
จากพ่อแม่				4.498	.035*
- เปิดเผย	202	67.76	6.800		
- ไม่เปิดเผย	156	68.47	5.800		
จากพี่น้อง				2.114	.147
- เปิดเผย	212	67.75	6.651		
- ไม่เปิดเผย	146	68.53	5.969		

\* p < .05

จากตารางที่ 12 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการเปิดเผยกับพ่อแม่ว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกัน โดยการไม่เปิดเผยกับพ่อแม่ว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่เปิดเผยกับพ่อแม่ว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p < .05

**ตารางที่ 13** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านชีวภาพ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square ( $n = 358$ )

ปัจจัยด้านชีวภาพ	ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			p-value
	มาก n=46 n (%)	ปานกลาง n=248 n (%)	น้อย n=64 n (%)	
การมีโรคประจำตัว				.579
ไม่มี	37 (12.37)	206 (68.90)	56 (87.50)	
มี	9 (15.25)	42 (71.19)	8 (13.56)	
การมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช				.202
ไม่มี	44 (12.79)	236 (68.60)	64 (18.60)	
มี	2 (14.29)	12 (85.71)	0 (0.00)	

จากตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านชีวภาพ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การมีโรคประจำตัว และการมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

**ตารางที่ 14** ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square ( $n = 358$ )

ระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			p-value
	มาก n=46 n (%)	ปานกลาง n=248 n (%)	น้อย n=64 n (%)	
ระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์				.274
ต่ำ	4 (17.39)	16 (60.57)	3 (13.04)	
ปานกลาง	10 (10.31)	75 (77.32)	12 (12.37)	
สูง	32 (13.45)	157 (65.97)	49 (20.59)	

จากตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-square ( $n = 358$ )

ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)	ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			p-value
	มาก $n=46$ n (%)	ปานกลาง $n=248$ n (%)	น้อย $n=64$ n (%)	
ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง				< .001*
ต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ	17 (34.69)	30 (61.22)	2 (4.08)	
ปานกลางค่อนข้างสูง	18 (17.48)	72 (69.90)	13 (12.62)	
สูง	11 (5.34)	146 (70.87)	49 (23.79)	

จากตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ทั้งนี้ได้มีการรวมจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำเข้าด้วยกันในการวิเคราะห์ทางสถิติ

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์คะแนนความความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์, คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency) ( $n = 358$ )

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	
	R	p-value
คะแนนความความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	.086	.051
คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง	.401	<.001*
อายุ	.138	.005*
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.112	.017*
จำนวนพี่น้อง	-.027	.304

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 16 เมื่อศึกษาคะแนนความความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์, คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency) พบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )



## 2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 17 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ

Multiple Logistic Regression Analysis (n = 358)

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted odds ratio	95 % CI	p-value
<b>ระดับความรู้สึกรู้เห็นคุณค่าในตนเอง</b>			
ต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ	37.864	7.610 – 188.380	< .001*
ปานกลางค่อนข้างสูง	6.168	2.343 - 16.234	< .001*
สูง	1	Reference	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>			
ไม่เพียงพอ	2.875	1.196 - 6.914	.018*
เพียงพอ	1	Reference	
<b>การศึกษาสูงสุด</b>			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5.979	1.120 - 31.936	.036*
ปริญญาตรี	2.959	.693 - 12.646	.143
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	1	Reference	
<b>ลักษณะการอยู่อาศัย</b>			
เป็นของตนเอง	.833	.104 - 6.643	.863
เป็นผู้เช่า	1.864	.234 - 14.828	.556
เป็นของพ่อแม่/ พี่น้อง/ ญาติ	1.408	.144 - 13.773	.769
อยู่โดยผู้อื่นเสียค่าเช่าให้	1	Reference	
<b>คู่นอนชั่วคราว</b>			
มี	9.434	3.784 - 23.522	< .001*
ไม่มี	1	Reference	
<b>การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</b>			
<b>พ่อแม่</b>			
- เปิดเผย	.731	.192 - 2.783	.646
- ไม่เปิดเผย	1	Reference	
<b>พี่น้อง</b>			
- เปิดเผย	1.884	.487 - 7.289	.359
- ไม่เปิดเผย	1	Reference	

\* p < .05

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบทางสถิติ จากการวิเคราะห์ทางสถิติในขั้นตอนของการวิเคราะห์ตัวแปรมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป (Multivariate analysis) โดยมีปัจจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, ความเพียงพอของรายได้, การศึกษาสูงสุด, ลักษณะการอยู่อาศัย, การมีคู่นอนชั่วคราว, การเปิดเผยกับพ่อแม่ว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และการเปิดเผยกับพี่น้องว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากตารางที่ 17 พบว่า หากเทียบคนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ กับคนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง พบว่า คนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ถึง 38 เท่า (95% CI: 7.610 - 188.380,  $p < .001$ ) และหากเทียบคนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง กับคนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง พบว่า คนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ถึง 6 เท่า (95% CI: 2.343 - 16.234,  $p < .001$ ) ทั้งนี้พบว่า ระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจะดีขึ้น

ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ หากเทียบคนที่มีรายได้เพียงพอกับคนที่มีรายได้ไม่เพียงพอ พบว่า คนที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีรายได้เพียงพอ เป็น 3 เท่า (95% CI: 1.196 - 6.914,  $p = .018$ )

ส่วนในด้านระดับการศึกษา หากเทียบคนที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีกับคนที่มีการศึกษาปริญญาโทหรือสูงกว่า พบว่า คนที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีการศึกษาปริญญาโทหรือสูงกว่า เป็น 6 เท่า (95% CI: 1.120 - 31.936,  $p = .036$ )

นอกจากนี้ปัจจัยเกี่ยวกับการมีคู่นอนชั่วคราวนั้น หากเทียบคนที่มีคู่นอนชั่วคราวกับคนที่ไม่คู่นอนชั่วคราว พบว่า คนที่มีคู่นอนชั่วคราว จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่ไม่คู่นอนชั่วคราว ถึง 9 เท่า (95% CI: 3.784 - 23.522,  $p < .001$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

การศึกษาวินิจฉัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive studies) มีประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 358 คน ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการ ณ คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และมีการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามชนิดอาสาสมัครตอบด้วยตนเอง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ได้แบบสอบถามกลับมาครบทั้งหมด 358 ชุด และได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล, ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม, ปัจจัยด้านชีวภาพ, ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง



## 5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง สามารถสรุปผลได้ดังนี้

### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 358 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 30.95 ปี มีอายุน้อยที่สุด อายุ 18 ปี และมากที่สุด อายุ 58 ปี การประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.7 มีอาชีพพนักงาน/ ลูกจ้างของบริษัทเอกชน, ร้อยละ 14.5 ค้าขาย อาชีพอิสระ รับจ้างทั่วไป เจ้าของกิจการ และร้อยละ 10.6 เป็นนักเรียน นิสิต นักศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 28,387.01 บาทต่อเดือน และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 64 ในด้านการศึกษา ร้อยละ 65.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี, ร้อยละ 23.2 มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และร้อยละ 11.2 จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ส่วนสถานภาพการสมรส ร้อยละ 96.1 มีสถานภาพโสด, ร้อยละ 7 สมรสแล้ว และแยกกันอยู่ ร้อยละ 7 กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของจำนวนพี่น้อง 2 คน ส่วนในด้านการอยู่อาศัย จำนวนร้อยละ 46.9 อาศัยอยู่คนเดียว, ร้อยละ 35.8 อาศัยอยู่กับพ่อแม่/ พี่น้อง/ ญาติ และร้อยละ 17.3 อยู่กับคู่นอกจากนี้ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.4 เป็นผู้เช่า และร้อยละ 35.8 เป็นของตนเอง, ร้อยละ 16.5 เป็นของพ่อแม่/ พี่น้อง/ ญาติ และร้อยละ 3.4 อยู่โดยผู้อื่นเสียค่าเช่าให้ ตามลำดับ

### ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม

การศึกษาปัจจัยด้านเพศและจิตสังคมนั้น ในส่วนของปัจจัยด้านเพศ มีการศึกษาเกี่ยวกับคู่นอนของกลุ่มตัวอย่าง และเพศของคู่นอน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.7 มีคู่นอนประจำ โดยในจำนวนดังกล่าวมี ร้อยละ 59.2 เป็นคู่นอนเพศชาย, ร้อยละ 3.6 เป็นคู่นอนเพศหญิง และร้อยละ 1.7 เป็นคู่นอนหญิงข้ามเพศ/ สาวประเภทสอง นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.4 มีคู่นอนชั่วคราว โดยในจำนวนดังกล่าวมีร้อยละ 54.7 เป็นคู่นอนเพศชาย, ร้อยละ 5.3 เป็นคู่นอนเพศหญิง และร้อยละ 2.2 เป็นคู่นอนหญิงข้ามเพศ/ สาวประเภทสอง

ในส่วนของปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและ การได้รับการยอมรับที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กับบุคคลที่ใกล้ชิด 4 คน ได้แก่ พ่อแม่, พี่น้อง, เพื่อนสนิท และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.5 จะมีการเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กับ เพื่อนสนิท, ร้อยละ 64.0 จะเปิดเผยกับเพื่อนร่วมงาน,

ร้อยละ 59.2 จะเปิดเผยพี่น้อง และร้อยละ 56.4 จะเปิดเผยกับพ่อแม่ นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างได้รับการยอมรับที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 90.2 ได้รับการยอมรับจากเพื่อนสนิท, ร้อยละ 82.4 ได้รับการยอมรับเพื่อนร่วมงาน, ร้อยละ 76.3 ได้รับการยอมรับจากพี่น้องและ ร้อยละ 70.7 ได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ ตามลำดับ

### ปัจจัยด้านชีวภาพ

มีการศึกษาโรคประจำตัวและประวัติเป็นโรคทางจิตเวช ในกลุ่มตัวอย่าง 358 คน พบว่า ร้อยละ 82.4 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 17.6 มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ร้อยละ 96.1 ไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช และร้อยละ 3.9 มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช

### ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์

จากการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ในกลุ่มตัวอย่าง จากแบบประเมินความรู้เรื่องเอชไอวี/ โรคเอดส์ ซึ่งแปลผลคะแนนแล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ, ปานกลาง และสูง พบว่า ร้อยละ 66.5 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ อยู่ในระดับสูง, ร้อยละ 27.1 มีความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ 6.4 มีความรู้ระดับต่ำ

### การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ในการศึกษาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีการใช้แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coppersmith Self-Esteem Inventory Adult Form) ซึ่งแปลผลคะแนนแล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ 1. ต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ 2. ปานกลางค่อนข้างสูง และ 3. สูง ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 57.5 อยู่ในระดับสูง, ร้อยละ 28.8 อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และร้อยละ 13.7 อยู่ในระดับต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ

### พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง มีการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งแปลผลคะแนนแล้วพิจารณาออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก, ปานกลาง และน้อย ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.3 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง, ร้อยละ 17.9 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับน้อย และร้อยละ 12.8 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ต่างกันมีอายุเฉลี่ยแตกต่างกัน ( $p = .037$ ) จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมาก มีอายุเฉลี่ยแตกต่างจากผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย โดยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากจะมีอายุน้อยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .048$ )

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ต่างกันมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน ( $p = .008$ ) ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมาก มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างจากผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย โดยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากจะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย ( $p = .010$ ) และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีปานกลาง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างจากผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย โดยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีปานกลางจะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย ( $p = .034$ )

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ( $p = .004$ ) พบว่า คนที่รายได้ไม่เพียงพอ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก มากกว่าคนที่มียาได้เพียงพอ

การศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ( $p = .046$ ) พบว่า คนที่การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก มากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่า

ลักษณะการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ( $p = .046$ ) พบว่าการอาศัยซึ่งอยู่โดยผู้อื่นเสียค่าเช่าให้ และเช่าอยู่อาศัย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก มากกว่าการอยู่อาศัยแบบอื่น

ในปัจจุบันด้านการมีคู่นอนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การมีคู่นอนชั่วคราว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ( $p < .001$ ) หากมีคู่นอนชั่วคราวจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติด

เชื่อเอชไอวีในระดับมาก มากกว่าคนที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับชักราว และในด้านจิตสังคม การเปิดเผยกับพ่อแม่ ว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ( $p = .021$ ) หากเปิดเผยกับพ่อแม่ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก มากกว่าคนที่ไม่เปิดเผย และการเปิดเผยกับพี่น้องว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ( $p = .028$ ) หากเปิดเผยกับพี่น้อง จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก มากกว่าคนที่ไม่เปิดเผย

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ( $p < .001$ ) โดยคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก มากกว่าคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง และคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง นอกจากนี้ในการวิเคราะห์พบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

### ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

เมื่อนำตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Logistic Regression พบว่ามี 5 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย

- 1.) ระดับความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ (Adjusted OR = 37.864, 95% CI: 7.610 - 188.380,  $p < .001$ ) พบว่าความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง คนที่มีความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ถึง 38 เท่า

- 2.) ระดับความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในปานกลางค่อนข้างสูง (Adjusted OR = 6.168, 95% CI: 2.343 - 16.234,  $p < .001$ ) พบว่าความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง

3.) ความเพียงพอของรายได้ (Adjusted OR = 2.875, 95% CI: 1.196 - 6.914, p = .018) คนที่มีรายได้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีรายได้เพียงพอ

4.) การศึกษาสูงสุด (Adjusted OR = 5.979, 95% CI: 1.120 - 31.936, p = .036) คนที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีการศึกษาปริญญาโทหรือสูงกว่า

5.) การมีคู่นอนชั่วคราว (Adjusted OR = 9.434, 95% CI: 3.784 - 23.522, p < .001) คนที่มีคู่นอนชั่วคราว มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่ไม่คู่นอนชั่วคราว โดยคนที่มีคู่นอนชั่วคราว จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่ไม่คู่นอนชั่วคราว ถึง 9 เท่า

## 5.2 การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายผล ดังต่อไปนี้

1. ในการศึกษาด้านปัจจัยส่วนบุคคล ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากจะมีอายุน้อยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย สอดคล้องกับ UNAIDS ที่มีการสำรวจในปี 2011 ซึ่งระบุว่าความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในประเทศไทย เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ร้อยละ 30 พบมากในช่วงอายุตั้งแต่ 15 ปี<sup>(57)</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2562<sup>(6)</sup> ซึ่งมีการคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 1,190 คน ในจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็นกลุ่มเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี จำนวน 628 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 52.8 อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมทางเพศแห่งชาติในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งพบว่า การมีเพศสัมพันธ์โดยการสอดใส่ของกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลง โดยพบมากในเยาวชนชายมากกว่าเยาวชนหญิง<sup>(58)</sup> ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสำคัญที่ควรคำนึงถึง การทำให้กลุ่มคนที่อายุน้อยได้เข้าถึงข้อมูล เข้าใจด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษาแนะนำนั้นมีส่วนสำคัญเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการการติดเชื้อเอชไอวี

2. ปัจจัยจากการศึกษาในด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความเพียงพอของรายได้, การศึกษาสูงสุด และลักษณะการอยู่อาศัยนั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ Pellowski และคณะ ในปี 2013 ที่พบว่า การขาดทรัพยากรเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic resources) นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงในด้านสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรม การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีการใช้สารเสพติด เป็นต้น ที่สามารถนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีได้<sup>(59)</sup>

คนที่รายได้ไม่เพียงพอ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มากกว่าคนที่มียาได้เพียงพอ ซึ่งในการศึกษา Santelli และคณะ (2000) ระบุว่า การมียาได้ต่ำทำให้บุคคลเสียเปรียบในอำนาจ มีความเปราะบาง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ<sup>(60)</sup> รวมถึงการศึกษาของ Riley และคณะ ในปี 2007 สามารถอธิบายได้อย่างสอดคล้อง ที่พบว่าโอกาสในการมียาได้ มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเงิน สิ่งของ สารเสพติด ที่อยู่อาศัย อาหาร หรือความปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ หรือรวมถึงการขาดทุนทรัพย์ ไม่ได้รับการสนับสนุน หรือเข้าไม่ถึงถุงยางอนามัยหรืออุปกรณ์ป้องกัน เมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย (Condomless) ก็ทำให้มีการติดเชื้อเอชไอวีได้<sup>(61)</sup> นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับแหล่งที่มาของรายได้ซึ่งสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของ Davey-Rothwell MA และคณะ ในปี 2012 พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสัมพันธ์ กับแหล่งที่มาของรายได้ในหลายช่องทาง รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้มีการหารายได้จากช่องทางอื่นมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการรับรายได้จากผู้อื่น, การขายทรัพย์สิน, งานไม่ประจำ โดยรายได้ดังกล่าวเกี่ยวข้อง การมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง<sup>(48)</sup>

ในด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Schur CL และคณะ (2002) ที่พบว่า การศึกษาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดด้านสถานภาพทาง เศรษฐกิจและสังคม การได้รับโอกาสทางการศึกษา การอยู่ในระบบการเรียนการสอน จะทำให้เข้าถึง เนื้อหา บทเรียน คำแนะนำในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ เพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และการมีพฤติกรรม ทางเพศที่เหมาะสม รวมถึงทำให้ทราบ เข้าใจและมีความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ เพิ่มขึ้น จึงได้รับการดูแลสุขภาพทางเพศซึ่งมีการตรวจ รับการปรึกษา รวมทั้งการสนับสนุนด้านการ ป้องกัน ซึ่งช่วยลดโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี<sup>(49)</sup>

ลักษณะการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการอาศัย ซึ่งอยู่โดยผู้อื่นเสียค่าเช่าให้ และเช่าอยู่อาศัย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าการอยู่อาศัยแบบอื่น ซึ่งมีการศึกษาของ Kalichman และคณะ ในปี 2011 ที่สอดคล้องกับปัจจัยดังกล่าว โดยสืบเนื่องจากการมีรายได้ไม่เพียงพอ หรือความขาดแคลนที่อยู่อาศัย นั้นเป็นผลทำให้เกิดกรณีที่ไม่คนต้องหารายได้หรือที่อยู่จากการสนับสนุนจากผู้อื่น คู่หรือคู่นอน สถานการณ์ หรือความสัมพันธ์ดังกล่าว ทำให้เกิดความแตกต่างทางอำนาจ โดยเฉพาะหากเกี่ยวกับเรื่องของสัมพันธ์ทางเพศ อำนาจในการให้การสนับสนุนรายได้ ที่อยู่อาศัย หรืออื่น ๆ ดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศด้วยเช่นกัน กล่าวคือ อาจทำให้มีการไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ยินยอมหรือไม่สามารถต่อรองกับอีกฝ่ายได้ เนื่องจากมีอำนาจมากกว่า ซึ่งพฤติกรรมทางเพศดังกล่าวนำไปสู่ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีได้<sup>(24)</sup>

จากปัจจัยด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการวางแผนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนด้านการป้องกัน อุปกรณ์การป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย หรือ PrEP (Pre-exposure Prophylaxis) เป็นต้น ให้กับทุกคน จึงมีส่วนในการช่วยการส่งต่อเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นได้ รวมทั้งการจัดระบบบริการสุขภาพทางเพศ ที่สามารถทำให้ทุกช่วงอายุ สังคม เศรษฐกิจ สามารถเข้าถึงได้ก็เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศได้

3. ปัจจัยด้านเพศและด้านจิตสังคม จากการศึกษาครั้งนี้มีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับประเภทของคู่นอนที่กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ และปัจจัยด้านจิตสังคม เกี่ยวกับการเปิดเผยกับคนที่ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนสนิท และเพื่อนที่ทำงาน ว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากบุคคลดังกล่าวที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

โดยพบว่า ประเภทของการมีคู่นอนที่เป็นชั่วคราว (Non-Permanent Partner) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การมีคู่นอนที่เป็นลักษณะไม่ประจำจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก มากกว่าคนที่ไม่มีคู่นอนประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kyaw Min Htut (2019) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ขึ้นอยู่กับประเภทของคู่นอน โดยคนที่คู่นอนชั่วคราว มีโอกาสพบคู่นอนได้หลายคน ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน มีร้อยละ 16 ถึงร้อยละ 60 ที่ไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นหนึ่งในพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น<sup>(7)</sup> โดยในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในการวิจัยครั้งนี้

นี้ พบพฤติกรรมเช่นเดียวกัน ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.01 เคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย

อีกทั้งวิถีในการมีเพศสัมพันธ์มีการอธิบายสอดคล้องในการศึกษาของ นิติยา ชมเชย (2554) ที่พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน ทั้งที่เป็นคู่นอนประจำและคู่นอนชั่วคราว (คู่นอนแบบไม่ประจำ หรือ Non-Permanent Partner) ซึ่งเป็นผู้ที่อาจไม่เคยรู้จักมาก่อน ในการศึกษาที่มีการสอบถามที่ระบุว่า เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วมากกว่า 5 คน ในช่วง 6 เดือน และมากกว่า 50 คน ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา โดยจากการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ มีผลการวิเคราะห์จากแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ที่พบลักษณะเดียวกัน ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.77 มีเพศสัมพันธ์แบบเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ

การมีจำนวนคู่นอนหลายคนนั้น มีช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจะนัดหมายโดยการใช้ช่องทางของอินเทอร์เน็ต ผ่านแอปพลิเคชันหาคู่ (Dating Application) แพลตฟอร์ม เช่น สเปา ซาวน่า สถานบันเทิง สวนสาธารณะ งานสังสรรค์ส่วนตัว เป็นต้น เพื่อการหาคู่นอนแบบชั่วคราว ซึ่งอาจไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์แบบคู่รัก และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำ รวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้สารเสพติดร่วมด้วยขณะมีเพศสัมพันธ์ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้สารเสพติด ช่วยให้กระตุ้นความต้องการทางเพศ ลดความรู้สึกเจ็บปวด แต่ทำให้ขาดสติ ในการป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย รวมทั้งการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ในกรณีที่มีการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น นั้นเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมาก <sup>(17)</sup> โดยจากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวิจัยครั้งนี้ พบพฤติกรรมในแบบเดียวกันคือ มีกลุ่มตัวอย่างชอบเที่ยวสถานบันเทิง สเปา ซาวน่า หรือสถานบริการทางเพศเสมอ เป็นร้อยละ 47.77 รวมทั้งมีการดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 32.7 และมีกลุ่มตัวอย่างเคยฉีดยาด้วยตัวเอง โดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 1.7 และได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของลักษณะการมีเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ที่เคยฉีดยาด้วยตัวเอง โดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าพบว่า ผู้ที่ไม่เคยฉีดยาด้วยตัวเอง โดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .028$ )



นอกจากนี้ในบางการสำรวจนั้นพบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้น มีสาเหตุในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย จากการไม่ต้องการให้คนรัก หรือคู่นอนเกิดสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี สร้างความใกล้ชิด ความไวใจให้กับอีกฝ่าย เพื่อเป็นการยืนยันว่าตนเองมีความปลอดภัย โดยอาจพบได้ว่ามีลักษณะของบุคลิกภาพแบบพึ่งพิง (Dependent personality trait) <sup>(17)</sup>

ลักษณะการมีคู่นอนและพฤติกรรมจากกรณีดังกล่าวมาข้างต้น ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีได้ เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้น จะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (Anal sex) ซึ่งข้อมูลจาก Centers of Disease Control and Prevention (2021) การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ป้องกัน (Unprotected Anal Intercourse) กับคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันด้วยถุงยางอนามัย หรือการทานยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) สามารถทำให้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายได้ โดยบทบาทในการมีเพศสัมพันธ์นั้นพบว่า คนที่เป็นฝ่ายรับหรือถูกสอดใส่ (receptive) มีความเสี่ยงมากกว่า คนที่เป็นฝ่ายรุกหรือฝ่ายที่สอดใส่ (insertive) <sup>(18)</sup> เช่นเดียวกับข้อมูลการศึกษาของ Imperial College and the London School of Hygiene and Tropical Medicine ที่พบว่า ในผู้ที่รับ มีความเสี่ยงร้อยละ 40.4 และความเสี่ยงของการติดเชื้อในคนที่รับรุก เป็นร้อยละ 21.7 <sup>(19)</sup> และความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก มากกว่าเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด (Vaginal Intercourse) 17 เท่า <sup>(62)</sup> ทั้งนี้สามารถอธิบายถึงเหตุผลที่การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ได้จากการที่เยื่อทวารหนัก (rectal mucosa) ที่เปราะบางของส่วนทวารหนัก เมื่อมีการใช้ทวารหนักในการมีเพศสัมพันธ์นั้น ทำให้เกิดการฉีกขาด มีบาดแผลที่เป็นช่องทางที่เชื้อเอชไอวีสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ ขณะที่เกิดบาดแผล เชื้อโรคบริเวณดังกล่าวรวมถึงเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยเชื้อเอชไอวีนั้นมากับน้ำอสุจิ (Semen) และน้ำหล่อลื่น (pre-seminal fluid) เข้าสู่ร่างกายผ่านบาดแผล นำสู่กระแสเลือด ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะทำงานมากขึ้น เกิดการอักเสบ เนื่องจากเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกันจำนวนมากจะมาจัดการกับบริเวณที่มีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นไวรัสที่จะจับกับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD-4 (CD4 cells) หรือ ทีเซลล์ (T-cells) และทำลายความสามารถของเซลล์ดังกล่าว และเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีในร่างกาย <sup>(20)</sup> และในขณะเดียวกันคนที่รับรุก (Insertive) สามารถรับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายได้เช่นเดียวกัน ผ่านส่วนเปิดของหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศที่ไม่มีการขริบ ผ่านท่อปัสสาวะ หรือบางแผลฉีกขาดบริเวณอวัยวะเพศ <sup>(19)</sup>

นอกจากนี้ในหลายการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีการอธิบายถึงบุคลิกภาพการแสวงหาการสัมผัสทางเพศ (Sexual sensation seeking) และย้ำทำในเรื่องเพศ (Sexual compulsivity) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง<sup>(22)</sup> โดยคนที่ชอบแสวงหาการสัมผัสทางเพศจะมีการพบปะสังสรรค์ ดื่มแอลกอฮอล์ และแสวงหาประสบการณ์ทางเพศที่แปลกใหม่หรือแตกต่างออกไปจากเดิม ทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนหลายคน และอาจมีการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง<sup>(22, 25, 26)</sup>

ในด้านจิตสังคม ที่มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเปิดเผยกับคนที่ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนสนิท และเพื่อนที่ทำงาน ว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากบุคคลดังกล่าวที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นั้นพบว่า การเปิดเผยกับพ่อแม่ว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหากเปิดเผยกับพ่อแม่ และการเปิดเผยกับพี่น้องจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก มากกว่าคนที่ไม่เปิดเผย ซึ่งมีความแตกต่างไปจากการศึกษา Malebranche และคณะ (2010) ที่พบว่า การเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไม่ได้สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นชาวแอฟริกันอเมริกัน ทั้งนี้ในหลายการศึกษาได้กล่าวถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมของการเปิดเผยว่ามีพฤติกรรมในการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันหรืออัตลักษณ์ (same-sex behaviors and identities) มีความแตกต่างกันไปตามในบริบททางสังคม ซึ่งอาจกำหนดไม่ให้เกิดการเปิดเผยพฤติกรรมทางเพศ ทำให้ไม่มีการสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรค หรือการป้องกันโรคที่เหมาะสม<sup>(63)</sup> ดังเช่นในสังคมไทยที่ค่อนข้างเปิดกว้างมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยในการเปิดเผยพฤติกรรมหรืออัตลักษณ์ รวมถึงลักษณะของบุคลิกภาพของคนเปิดเผยที่พบได้ในการศึกษาของ Lobell A และคณะ (2016) ที่ผลการศึกษาพบว่า ในบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ มีองค์ประกอบแบบเปิดเผย (extraversion) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากที่สุด ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเปิดเผยตนเอง เป็นบุคคลชอบเข้าสังคม มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มีความกระตือรือร้น พบลักษณะที่ชอบความอิสระ (independent trait) ชอบเหตุการณ์ที่ตื่นเต้นเร้าใจ ในขณะเดียวกัน การชอบแสวงหาประสบการณ์ อาจไม่ระมัดระวังหรือไม่วิตกกังวล (Anxious-free) ดังนั้น คนที่มีลักษณะบุคลิกภาพนี้มีแนวโน้มเปิดเผยตัวตนหรืออัตลักษณ์ทางเพศ รู้สึกมีอิสระ ชอบที่จะพบปะกับผู้อื่น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีกิจกรรมทางเพศกับคู่นอนหลายคน แสวงหาการสัมผัสทางเพศสูง (high sensation seeking) และ ต้องการมีประสบการณ์ทางเพศแบบใหม่ เป็นต้น<sup>(64)</sup> นอกจากนี้มี

การศึกษาหนึ่งที่อธิบายถึงปัจจัยทำนายด้านเครือข่ายทางสังคม กับการเปิดเผยการมีพฤติกรรมที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ของ Latkin และคณะ (2012) พบว่าการเปิดเผยว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของเครือข่ายสังคม โดยลักษณะสำคัญที่พบจะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่จะมีการเปิดเผย ซึ่งการเปิดเผยต่อสมาชิกในครอบครัวนั้นเป็นข้อดีที่ทำให้ผู้ที่เปิดเผยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงนั้น จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ สร้างพลังบวกในการอยู่ร่วมกัน และได้รับการดูแลซึ่งกันและกัน<sup>(65)</sup> ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สอบถามเพิ่มเติม (Focus Interview) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ามีจำนวนการได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ มากกว่าการต้องเปิดเผยก่อน เพื่ออภิปรายเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว ซึ่งพบว่ามีส่วนใหญ่แล้วนั้นได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ พ่อแม่ สมาชิกในครอบครัวทราบว่า เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงทำให้ไม่เคยต้องเปิดเผยหรือเปิดตัว (Coming out) กับพ่อแม่มาก่อน

4. ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/ โรคนเอดส์ จากการศึกษาโดยมีการแบ่งระดับความรู้จากคะแนนการประเมินเกี่ยวกับรู้เรื่องเอชไอวี/ โรคนเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องเอชไอวี/ โรคนเอดส์ ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับในหลายการศึกษาที่มีการประเมินปัจจัยดังกล่าว โดยมีการศึกษาชาติวุฒิ ธนบัตร (2547) ที่พบว่า ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเอชไอวี/ โรคนเอดส์ ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประกอบไปด้วยด้านประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และประสบการณ์การใช้สารเสพติดชนิดฉีดโดยใช้เข็มร่วมกัน<sup>(37)</sup> รวมทั้งการศึกษาของสุพักตร์ วาณิชเสณี และคณะ (2533) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับเรื่องเอชไอวี/ โรคนเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคนเอดส์ แต่ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/ โรคนเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับเอชไอวี/ โรคนเอดส์ กล่าวได้ว่าเมื่อมีความเข้าใจ และองค์ความรู้ในด้านการติดต่อโรค การป้องกันการติดเชื้อ และการรักษา ช่วยให้บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อเอชไอวี/ เอดส์ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนที่ดี และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติด้วยเหตุของเอชไอวี/ เอดส์ ที่บุคคลเหล่านี้สามารถให้การแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจต่อคนอื่น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อคนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี<sup>(66)</sup>

ทั้งนี้พบว่าต่างจากการศึกษาของวรรณิภา เรื่องสัจ (2532) ที่พบว่า ความรู้ด้านเอชไอวี/ เอดส์สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคนเอดส์<sup>(67)</sup> และการศึกษาของ Noroozinejad และคณะ (2013) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยหากมีความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีน้อยจะทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ทั้งนี้ในการศึกษากล่าวว่า การรับรู้

ความเสี่ยงของตนเอง (Self-Perceived Risk) เป็นส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งในคนที่ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/ เอ็ดส์ถูกต้อง แต่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือมีการไม่ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และมายาคติ หรือความเชื่อที่เกี่ยวกับโอกาสของการติดเชื้อ เชื่อว่าตนเองมีโอกาสน้อยที่จะติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีน้อยครั้งที่ไม่ป้องกัน รวมทั้งคำสอนของบางลัทธิและศาสนาที่ห้ามเรื่องการป้องกันหรือคุมกำเนิด ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้<sup>(47)</sup>

5. การเห็นคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาเกี่ยวกับระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่า ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยหากมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ถึง 38 เท่า และคนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ถึง 6 เท่า อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ข้อมูล 95% CI ค่อนข้างกว้าง (Adjusted OR = 37.864, 95% CI: 7.610 - 188.380,  $p < .001$ ) ทำให้เห็นวาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มเดียวกัน อาจพบได้ว่ามีความแตกต่างกัน จึงต้องสนับสนุนและให้ความสำคัญกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จากการศึกษาเห็นได้ว่าระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองน้อย จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Josephs และคณะ (1992) ที่ระบุว่าคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่สูงขึ้น และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ โดยอาจทำให้ขาดการควบคุมตนเอง จัดการกับปัญหาทางเพศได้ยาก<sup>(50)</sup> หรือมีลักษณะพึงพิงคนอื่นซึ่งทำให้ขาดอำนาจในการปกป้องตนเอง เพื่อให้คนอื่นรู้สึกดี อันนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น<sup>(51)</sup> รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงที่สูงขึ้น โดยมีลักษณะของพฤติกรรม เช่น ความก้าวร้าวรุนแรงด้านเพศ ความยากในการต่อรองให้มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย รวมถึงการใช้สารเสพติด ตั้มแอลกอฮอล์ เป็นต้น<sup>(52)</sup> ในทางกลับกันเมื่อมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีลดลง โดยสามารถอธิบายได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Snell และคณะ (1993) ที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเกี่ยวกับเรื่องเพศนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยหากบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น จะมีการคิดในแง่บวก คำนึงถึงการดูแลตนเอง ซึ่งช่วยสร้างความมั่นใจ เพิ่มความสามารถในการป้องกัน

ตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ สร้างความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ได้ดี<sup>(53)</sup> และนอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความสามารถของบุคคลที่จะดูแลและปกป้องตนเอง<sup>(54)</sup> ซึ่งพบว่า ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้มากขึ้น โดยการเห็นคุณค่าในตนเองทำให้บุคคลสามารถที่จะสื่อสารกับคู่นอนเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย และปฏิเสธคู่นอนที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน<sup>(55)</sup> ดังนั้นหากบุคคลเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้คำนึงถึงการดูแลตนเอง ความสามารถในการปกป้องตนเอง สื่อสารกับคู่นอนเพื่อให้ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้น้อยกว่าคนที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง

นอกจากนี้ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรรณ สอาดเอี่ยม (2554) ที่พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง<sup>(10)</sup> และการศึกษาของเจตน์สันต์ แต่งสุวรรณ และคณะ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง วิธีการเผชิญปัญหากับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสมุทรสงคราม 3 ที่พบว่า ความแตกต่างของการเห็นคุณค่าในตนเอง มีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ที่ต่างกัน<sup>(9)</sup> รวมทั้งมีการศึกษาของอาริยา ชัยยศ (2552) ที่พบว่า พนักงานบริการชายรักชายที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยสามารถกล่าวได้ว่า ในผู้ที่มีความเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองได้ดี<sup>(68)</sup> อีกทั้งการศึกษาของ ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) ที่พบว่า ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงนั้นส่งผลให้มีพฤติกรรมการที่จะปกป้องและรักษาตนเอง ให้หลีกเลี่ยงจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง<sup>(69)</sup> ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Rosenberg (1965) อ้างอิงถึงใน ธนพร ชื่นตา, 2561 ที่การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งประเมินตนเองทั้งด้านบวกและลบ<sup>(28)</sup> และ Coopersmith (1981) อ้างอิงถึงใน ธนพร ชื่นตา, 2561 ที่สามารถอธิบายได้ว่าบุคคลที่ความเชื่อที่มีต่อตนเอง ในด้านความสามารถ ให้ความสำคัญต่อตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ปกป้องตนเองเป็นอย่างดี แสดงออกถึงความสามารถที่สามารถกระทำอย่างละเอียดรอบคอบ มุ่งมั่น<sup>(28)</sup>

นอกจากนี้การศึกษาของ Josephs และคณะ (1992) ได้ระบุว่า การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ พบว่ามีผลกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การปกป้องตนเอง มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ช่วยในการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี<sup>(50)</sup> ดังนั้นการมีกลไกภายในจิตใจที่ดี การมีแรงจูงใจ ความสามารถ การยอมรับตนเอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เป็นผลดีในการทำให้บุคคลมีพฤติกรรม และปฏิบัติตนอย่างระมัดระวัง ซึ่งช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น



### 5.3 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ผลวิจัยที่ครอบคลุมทุกด้านควรมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว จึงอาจเพิ่มการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยเช่นกัน เช่น ในประเด็นด้านความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับบริการ รายเก่ากับผู้รับบริการรายใหม่ การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีที่สามารถเก็บแยกระดับการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมได้มากขึ้น และเห็นลักษณะความแตกต่างของบุคคลที่มารับบริการ เป็นต้น

2. การเก็บข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์นั้น ปัจจัยด้านการมีเพศสัมพันธ์สามารถเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ จากการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดเอชไอวี (pre-counseling) เช่น จำนวนคู่นอน ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม (Group Sex) การใช้สารเสพติดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (Chemsex) หรือการใช้ Online dating Application รวมถึงพฤติกรรมป้องกันด้วยวิธีอื่น เช่น การใช้ Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) เป็นต้น

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในบริบทของเมืองใหญ่เฉพาะในกรุงเทพมหานคร จึงควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในเมืองใหญ่ของภูมิภาคอื่น ที่พบความชุกต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักสูง เช่น เชียงใหม่ ขอนแก่น อุบลราชธานี ชลบุรี พัทยา สงขลา หรือภูเก็ต เป็นต้น หรือเมืองเล็กที่พบความชุกต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักสูงเช่นกัน เพื่อทำความเข้าใจในบริบท สังคม พฤติกรรมที่อาจมีความแตกต่างกัน

4. การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี กับประเด็นสุขภาพจิตในด้านอื่น เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น

#### 5.4 การนำผลวิจัยไปประยุกต์

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในหลายด้าน ผู้วิจัยจึงขอสรุปการนำผลวิจัยไปประยุกต์ดังนี้

1. ควรคำนึงและให้ความสำคัญการให้คำแนะนำ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และรู้จักนวัตกรรมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) เป็นต้น รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเพศ (Sexual Health) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอายุที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ที่จำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รับการปรึกษาแนะนำเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการการ ติดเชื้อเอชไอวี ในขณะเดียวกันคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง ซึ่งเป็นหน่วยงานภาคประชา สังคมที่มีการจัดบริการด้านเอชไอวีเอดส์ สามารถสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวในการยุติปัญหาเอช ไอวี/ เอดส์ของประเทศไทย ภายในปี 2573 โดยการสร้างความตระหนัก ส่งเสริมการป้องกัน (Prevention) และใช้วิธีการสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง ให้กับกลุ่มเป้าหมาย รวมไปถึงการ ประสานงานกับสถานพยาบาล ร่วมงานอย่างเป็นภาคีเครือข่ายเพื่อทำงานด้านเอชไอวี/ เอดส์

2. ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานรัฐ เอกชน ภาคประชาสังคมที่ เกี่ยวข้อง มีส่วนในการสนับสนุนให้ทุกคนที่ต้องการเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพเพศ ซึ่งเริ่มได้ตั้งแต่ การจัดให้มีบริการที่เหมาะสมต่อกลุ่มประชากรหลัก ส่งเสริมนวัตกรรมด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ให้แพร่หลายมากขึ้น และครอบคลุมกับประชาชนทุกคน ไม่ว่าจะมีสถานภาพทาง เศรษฐกิจและสังคมอย่างไรก็สามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม

3. นอกเหนือจากการให้ความรู้ความเข้าใจด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อ ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้วนั้น ยังพบว่า การเสริมสร้างในด้านกระบวนการทางจิตใจก็มี ส่วนในการกำหนดพฤติกรรม นั่นคือการเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อบุคคลเห็นคุณค่า ยอมรับนับถือตนเอง นั้นเป็นแรงจูงใจ ในการทำให้บุคคลมีพฤติกรรม และปฏิบัติตนอย่างระมัดระวัง ซึ่งช่วยลดพฤติกรรม เสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการกำหนดโปรแกรมการดูแล ในกระบวนการของบริการด้านสุขภาพเพศ อาจใช้ ประเด็นของการสร้างคุณค่าในตนเอง เพิ่มเติมเข้าในกระบวนการให้การปรึกษา เพื่อเสริมสร้างพลัง และ กำหนดพฤติกรรมในการลดความเสี่ยง ที่มีการอธิบายเกี่ยวกับการให้การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดย เทอดศักดิ์ เดชคง (2560) ที่กล่าวว่า การผลักดันให้เกิดการ



เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นอาศัยการสร้างสัญญาณ จุดสังเกตหรือเหตุการณ์สำคัญ เพื่อให้มองเห็นตนเองในจุดที่เป็นปัญหา เกิดความลังเลใจ อยากที่จะปกป้องตนเองและหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เห็นคุณค่าและยอมรับตนเอง จนนำไปสู่การเริ่มจะปฏิบัติตนเอง ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเห็นคุณค่าในตนเองจึงสามารถเป็นหนึ่งในเทคนิคเพื่อสร้างแรงจูงใจที่นำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้<sup>(70)</sup>

4. การขยายการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรหลักอื่น ๆ เช่น พนักงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ผู้ต้องขัง เยาวชน หรือหญิงข้ามเพศ เป็นต้น ในประเด็นของการเห็นคุณค่าในตนเองหรือประเด็นด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้มีรูปแบบการเข้าถึงบริการ การป้องกัน การคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพเพศ ในทุกกลุ่มประชากร อันนำไปสู่การยุติปัญหาเอชไอวีเอดส์ของประเทศไทย ในปี 2573





## เอกสารรับรองโครงการวิจัย



COA No. 1050/2021

IRB No. 458/64

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รวมคำแหง
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: นายภูเบศร์ ปานเพชร
สังกัดหน่วยงาน	: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีบทวน	: คณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

### เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 3.0 Date 20 July 2021
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 24 February 2021
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 28 June 2021
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 28 June 2021
5. แบบสอบถามสำหรับทำการวิจัย Version 1.0 Date 24 February 2021

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



## 6. Curriculum Vitae and GCP Training

- Mr. Phubet Panpet
- Prof. Buranee Kanchanatawan, M.D.

ลงนาม ..... 

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณพ ใจสำราญ)  
รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม ..... 


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพศุ ดันดีไพโรจน์)  
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 22 กรกฎาคม 2564

วันหมดอายุ : 21 กรกฎาคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 1/5
---	--	---	--------------------------

**ชื่อโครงการวิจัย** พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย  
ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

### ผู้วิจัยหลัก

**ชื่อ** นายภูเบศร์ ปานเพชร  
**ที่อยู่** ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4  
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
**หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน** 02-256-4298 ต่อ 80140  
**หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง** 063-217-1069

### อาจารย์ที่ปรึกษา

**ชื่อ** ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง บุรณี กาญจนถวัลย์  
**ที่อยู่** ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4  
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
**หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน** 02-256-4298 ต่อ 80140


### เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการ ณ คลินิกเทคนิค  
การแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อีกครั้ง  
เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจาก  
ผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลา  
อย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดง  
ความยินยอมของโครงการวิจัยนี้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ <u>458/64</u>
วันที่รับรอง : <u>22 ก.ค. 2564</u>

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-04/6.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 2/5

#### เหตุผลความเป็นมา

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีบางกลุ่มประชากรที่ยังพบการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังสูงอยู่ ซึ่งมีชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรหลักที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง โดยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้น อาจพบได้ว่ามีลักษณะพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง ขาดความตระหนัก ไม่รับรู้การป้องกันตนเอง ซึ่งเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวีได้ การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อเข้าใจความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มารับบริการในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง เพื่อที่จะสามารถนำมาผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตัวเอง ตระหนักในการดูแลตนเอง ให้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมภาวะสุขภาพกายและจิตที่ดีต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง
2. เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง
4. เพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอประเมินท่านว่า ท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของการศึกษาครั้งนี้หรือไม่ ด้วยเกณฑ์การคัดเข้า โดยจะทำการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครทั้งหมดจำนวน 358 ราย

หากท่านยินยอมตกลงเข้าร่วมการวิจัย และ ผ่านเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินแบบสอบถามด้วยตัวท่านเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องเอชไอวี/ โรคเอดส์ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coppersmith Self-Esteem Inventory Adult Form) จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 21 ข้อ

โดยระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย ประมาณ 20-30 นาที และท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ


#### สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ที่วิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 458/64
วันที่รับรอง : 22 ก.ค. 2564



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-04/6.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 3/5

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา ไม่สะดวก หรือเกิดความไม่สบายใจ ในการตอบข้อคำถามบางข้อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ดังนั้น กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่ท่านมีความไม่สะดวกดังกล่าว ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยการให้ข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจจึงไม่มีค่าตอบแทน และการวิจัยนี้ไม่มี การเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ท่านอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมงานวิจัย โดยงานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการศึกษาถึง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ที่่า สิริรัง งามคำแหง โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำไปวิเคราะห์และแปลผลเป็นค่าทางสถิติ

### ทางเลือกอื่นในกรณีที่อาสาสมัครไม่เข้าร่วมในการวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อน ตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว อีกทั้งยังได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม


ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ ภูเบศร์ ปานเพ็ชร 063-217-1069 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 458/64
วันที่รับรอง : 22 พ.ค. 2564

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-04/6.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 4/5

#### คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับคำตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยหากมีกรณีที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องนัดท่านมาเพื่อทำการตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมนอกเหนือจากเวลานัดหมายปกติ จะมีเงินค่าชดเชยค่าเดินทางและค่าเสียเวลาให้กับท่าน

#### การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มี

#### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

#### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

#### การยกเลิกการให้ความยินยอม


หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นายภูเบศร์ ปานพีร์ซ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร 02-256-4298 ต่อ 80140 ในเวลาราชการ

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 458/64
วันที่รับรอง : 22 ก.ค. 2564



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 5/5

### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี


ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นาย ภูเบศร์ ปานเพ็ชร



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 458/๒๙
วันที่รับรอง : 22 พ.ค. 2564

## เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0 หน้า 1/2
---	--	--	--------------------------

การวิจัยเรื่อง **พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย  
ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง**

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม  
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก  
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย  
ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความ  
เต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

วิธีการวิจัยจะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือใน  
การวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้  
ในรูปแบบผลรวมของการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า  
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก  
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของกรรมการบริหารหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตฯ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม  
การวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อ  
ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบ  
ข้อมูลในแบบสอบถามของข้าพเจ้าได้


ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ  
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน  
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การ  
บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทาง  
วิชาการเท่านั้น



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลขโครงการ 458/64 วันที่รับรอง : 22 พ.ค. 2564
--

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 06-05/6.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

การจัดการกับตัวอย่างทางชีวภาพ

- ไม่มีกรขอเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความรู้สีก่อนไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 458/64
วันที่รับรอง : 22 ก.ค. 2564

## แบบสอบถามสำหรับทำการวิจัย

รหัสอาสาสมัคร.....

### แบบสอบถามสำหรับทำการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเอง  
ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

#### ส่วนที่ 1 บันทึกคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัครในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง เพื่อสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้รับบริการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้รับบริการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

แบบสอบถามนี้ มีความยาวทั้งสิ้น 6 หน้า ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 บันทึกคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัครในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องเอชไอวี/ โรคเอดส์ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coppersmith Self-Esteem Inventory Adult Form; CSEIAF) จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 21 ข้อ

ขอความร่วมมือจากท่านกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการประเมินผลการศึกษ ผลกระทบทางสุขภาพจิตและนำไปจัดทำมาตรการด้านสุขภาพจิตเพิ่มเติมรวมถึงเผยแพร่สู่สาธารณะเพื่อสร้างความตระหนัก ร่วมต่อไป

ทั้งนี้ข้อมูลหรือความคิดเห็นรายบุคคลทั้งหมดของท่านจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด จะนำเสนอผลการสำรวจความคิดเห็นนี้ในภาพรวมเท่านั้น

ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 นาที

นายภูเบศร์ ปานเพชร

นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
หมายเลขโครงการ 458/64  
วันที่รับรอง : 22.02.2564

Version 1.0 Date 24 February 2021

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ

รหัสอาสาสมัคร.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หรือกรอกข้อมูลตามความจริงของท่าน

**ปัจจัยส่วนบุคคล**

1. อายุ .....ปี
2. อาชีพ  1) ข้าราชการ พนักงาน/ ลูกจ้างของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ  2) พนักงาน/ ลูกจ้างของบริษัทเอกชน  
 3) คำชาย อาชีพอิสระ รับจ้างทั่วไป เจ้าของกิจการ  4) เกษตรกร ช่างนา ชาวประมง  
 5) นักเรียน นิสิต นักศึกษา  6)ว่างงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ
3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน .....บาท
4. ความเพียงพอของรายได้  1) เพียงพอ  2) ไม่เพียงพอ
5. การศึกษาสูงสุด  1) ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  2) ปริญญาตรี  3) ปริญญาโทหรือสูงกว่า
6. สถานภาพสมรส  1) โสด  2) สมรส  3) หม้าย  
 4) หย่าร้าง  5) แยกกันอยู่
7. จำนวนพี่น้อง (รวมตัวท่านเอง) .....คน
8. การอยู่อาศัย  1) อยู่คนเดียว  2) อยู่กับพ่อแม่/ พี่น้อง/ญาติ  3) อยู่กับคู่
9. ลักษณะการอยู่อาศัย  1) เป็นของตนเอง  2) เป็นผู้เช่า  
 3) เป็นของพ่อแม่/ พี่น้อง/ญาติ  4) อยู่โดยผู้อื่นเสียค่าเช่าให้

**ปัจจัยด้านเพศและจิตสังคม**

10. ท่านมีคู่นอนประจำหรือไม่  1) มี  2) ไม่มี  
หากมีคู่นอนประจำเป็นเพศใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 1) ชาย  2) หญิง  3) หญิงข้ามเพศ/ สาวประเภทสอง
11. ท่านมีคู่นอนชั่วคราวหรือไม่  1) มี  2) ไม่มี  
หากมีคู่นอนชั่วคราวเป็นเพศใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 1) ชาย  2) หญิง  3) หญิงข้ามเพศ/ สาวประเภทสอง
12. ท่านเปิดเผยกับบุคคลเหล่านี้ว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือไม่

พ่อแม่	<input type="checkbox"/> 1) เปิดเผย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เปิดเผย
พี่น้อง	<input type="checkbox"/> 1) เปิดเผย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เปิดเผย
เพื่อนสนิท	<input type="checkbox"/> 1) เปิดเผย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เปิดเผย
เพื่อนร่วมงาน	<input type="checkbox"/> 1) เปิดเผย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เปิดเผย

13. บุคคลเหล่านี้ยอมรับที่ท่านเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือไม่

พ่อแม่	<input type="checkbox"/> 1) ยอมรับ	<input type="checkbox"/> 2) ไม่ยอมรับ
พี่น้อง	<input type="checkbox"/> 1) ยอมรับ	<input type="checkbox"/> 2) ไม่ยอมรับ
เพื่อนสนิท	<input type="checkbox"/> 1) ยอมรับ	<input type="checkbox"/> 2) ไม่ยอมรับ
เพื่อนร่วมงาน	<input type="checkbox"/> 1) ยอมรับ	<input type="checkbox"/> 2) ไม่ยอมรับ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
หมายเลขโครงการ 458/64  
วันที่รับรอง : 22 ก.ค. 2564

Version 1.0 Date 24 February 2021



รหัสอาสาสมัคร.....

## ปัจจัยด้านสุขภาพ

14. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

 1) ไม่มี 2) มี (ระบุ) .....

15. ท่านมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช รักษาอาการทางจิตหรือไม่

 1) ไม่มี 2) มี (ระบุ) .....

คณะกรรมการจัดการนิทรรศการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 458/๒4

วันที่รับรอง : 22 ก.ค. 2564

รหัสอาสาสมัคร.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ  
 คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วตัดสินใจว่าข้อความดังกล่าวถูกหรือผิดตามความรู้ที่ท่านเคยได้รับมา โดยทำ  
 เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องนั้น ๆ ในกรณีที่ไม่เคยทราบหรือไม่แน่ใจโปรดอย่าเดา หรือหาคำตอบโดยการถามจากผู้อื่น ให้ทำ  
 เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องไม่ทราบ

ข้อที่	คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสเข้าไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้หมดสภาพ			
2	ผู้มีอาการต่อมน้ำเหลืองโตและลิ้นอักเสบทุกคนคือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี			
3	ผู้มีเลือดบวกเอดส์ แสดงว่าผู้นั้นติดเชื้อเอชไอวี			
4	การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันที่ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้			
5	การโอบกอดผู้ป่วยโรคเอดส์ทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้			
6	การอยู่อาศัยและการทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี			
7	การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันโดยไม่สวมถุงยางอนามัยอาจทำให้ได้รับเชื้อเพิ่มหรือได้รับเชื้อที่กลายพันธุ์ได้			
8	ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ยังไม่ได้แสดงอาการสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้			
9	บุคคลที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อยหรือมีคู่นอนหลายคนเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			
10	ผู้ที่ขายบริการทางเพศมีโอกาสสูงมากที่จะติดเชื้อเอชไอวี			
11	การสักร่างกายโดยใช้อุปกรณ์ที่ไม่สะอาดและไม่ปลอดภัยร่วมกับบุคคลอื่นอาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้			
12	ปัจจุบันการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยวัคซีนยังไม่ได้ผล			
13	ปัจจุบันมียารักษาเอชไอวีให้หายขาดได้แล้ว			
14	การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีและยังไม่หมดอายุป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้			
15	การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี			



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 หมายเลขโครงการ 458/64  
 วันที่รับรอง : 22 ก.ค. 2564

Version 1.0 Date 24 February 2021

รหัสสาขาสมาชิก.....

## ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984)

ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ฉันเป็นคนที่ไม่หันเหกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต		
2	ฉันไม่มั่นใจถ้าจะต้องพูดต่อหน้ากลุ่มคน		
3	มีหลายอย่างในตัวฉันที่ฉันไม่ชอบและอยากจะเปลี่ยน		
4	ฉันมั่นใจในการตัดสินใจของฉัน		
5	ฉันเป็นคนที่ใครๆก็อยากอยู่ด้วย		
6	เวลาอยู่บ้าน ฉันเป็นคนเจ้าอารมณ์		
7	ฉันต้องใช้เวลาอย่างมากในการปรับตัวยอมรับกับสิ่งใหม่ๆในชีวิต		
8	ฉันเป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนวัยเดียวกัน		
9	ครอบครัวของฉันจะคำนึงถึงความรู้สึกของฉันเสมอ		
10	ฉันเลิกล้มความตั้งใจได้ง่าย		
11	ครอบครัวของฉันตั้งความคาดหวังที่สูงเกินไปสำหรับฉัน		
12	ชีวิตฉันมีแต่ความยากลำบาก		
13	ชีวิตฉันมีแต่ความยุ่งเหยิงวุ่นวาย		
14	ฉันมักจะมีความคิดดีๆที่ทำให้ผู้อื่นคล้อยตามได้		
15	ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรดี		
16	มีหลายครั้งที่ฉันรู้สึกอยากจะหนีไปให้พ้นๆ		
17	ฉันรู้สึกว่าฉันทำงานได้ไม่ดีพอ		
18	เปรียบเทียบกับคนอื่นๆทั่วไปแล้ว ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ดี		
19	ฉันสามารถพูดในสิ่งที่อยากจะพูดได้		
20	ครอบครัวของฉันเข้าใจฉัน		
21	ใครๆก็พากันชื่นชมคนอื่น แต่ไม่เคยเห็นฉันอยู่ในสายตา		
22	ฉันรู้สึกว่าครอบครัวสร้างความกดดันให้ฉัน		
23	ฉันมักจะท้อแท้ใจกับสิ่งที่ฉันทำอยู่		
24	ฉันไม่ชอบตนเอง ฉันอยากเป็นคนอื่น		
25	ฉันไม่สามารถเป็นที่พึ่งของใครได้		



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 458/64  
วันที่รับรอง : 22 ก.ค. 2564

Version 1.0 Date 24 February 2021



รหัสสาขาสัมคร.....

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน ท่านมีหรือเคยมีพฤติกรรมในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่

ทุกครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติตัวต่อสิ่งนั้นอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ เช่น ในจำนวน 10 ครั้ง ปฏิบัติได้ทั้ง 10 ครั้ง  
 บ่อยครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติตัวต่อสิ่งนั้น ก่อนข้างสม่ำเสมอ เช่น ในจำนวน 10 ครั้ง ปฏิบัติได้ทั้ง 5-9 ครั้ง  
 นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติตัวต่อสิ่งนั้น อยู่บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ เช่น ในจำนวน 10 ครั้ง ปฏิบัติได้ทั้ง 1-4 ครั้ง  
 ไม่เคย หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติตัวต่อสิ่งนั้น ๆ เลย เช่น ในจำนวน 10 ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติเลยทั้ง 10 ครั้ง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านเคยสัมผัสเลือดของบุคคลอื่นขณะที่ท่านมีบาดแผล				
2	ท่านมักจะใช้ของมีคม เช่น มีดโกนหนวด ร่วมกับผู้อื่น				
3	ท่านเคยฉีดยาด้วยตัวเอง โดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น				
4	ท่านเคยใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า ไอซ์ ซ็อบเปอร์ เป็นต้น				
5	ท่านเคยเจาะหู หรือสักบริเวณร่างกาย แม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม				
6	ท่านเคยมีประวัติได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด				
7	ท่านชอบเที่ยวสถานบันเทิง ผับ บาร์ หรือสถานบริการทางเพศเสมอ				
8	ท่านมักดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์				
9	ท่านมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่นอนของท่านเพียงคนเดียว				
10	ท่านมีเพศสัมพันธ์แบบเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ				
11	ท่านมักมีเพศสัมพันธ์กับชายหรือหญิงขายบริการทางเพศ				
12	ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายเพศเดียวกัน				
13	ท่านสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ				
14	ท่านสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ชายหรือกับหญิงขายบริการทางเพศ				
15	ท่านเตรียมถุงยางอนามัยไว้เสมอ เมื่อจะซื้อบริการทางเพศหรือเมื่อจะมีเพศสัมพันธ์				
16	ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทางทวารหนัก โดยไม่สวมถุงยางอนามัย				
17	ก่อนใช้ถุงยางอนามัย ท่านตรวจสอบว่ายังไม่หมดอายุ ซองไม่มีรอยฉีก				
18	ท่านสามารถระงับความต้องการทางเพศด้วยการเล่นกีฬา หรือกิจกรรมอื่น				
19	ท่านสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองแทนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว				
20	เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว ท่านไม่ได้สวมถุงยางอนามัย เพราะคิดว่าเป็นการเสียเวลา				
21	เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว ท่านไม่ได้สวมถุงยางอนามัย เพราะคิดว่าไม่ใช่ครั้งเดียวคงไม่ติดเอชไอวี/ เอดส์				



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 หมายเลขโครงการ 468/64  
 วันที่รับรอง : 22 ก.ค. 2564

Version 1.0 Date 24 February 2021

## บรรณานุกรม

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2562,. In: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, editor. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์; 2557.
2. AHF Thailand. สถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย 2019 [cited 2019 3 May]. Available from: <https://ahfthailand.com/สถานการณ์เอชไอวี-เอดส์-2/>.
3. กลุ่มติดตามและประเมินผลระดับชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานความก้าวหน้าของประเทศหยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2561,. In: กลุ่มติดตามและประเมินผลระดับชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, editor. Bangkok: NC Concept Co., Ltd.; 2561.
4. ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก 2562 [cited 2564 12 มกราคม]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>.
5. Bureechai S. Online social media and applications use engaging in sexual risk behaviors among HIV infected Men Who have sex with men in Bangkok, Thailand [A Thesis for the Degree of Master of Public Health]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.
6. กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สถานการณ์การติดเชื้อ HIV ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2564 [Available from: [https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000150/download/statistics/hiv\\_64.pdf](https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000150/download/statistics/hiv_64.pdf)].
7. Kyaw Min Htut. An assessment of alcohol consumption, substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men (MSM) in Yangon and Mandalay Myanmar [Thesis for the Degree of Master of Public Health]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.
8. Novabizz. ตัวตนและอัตมโนทัศน์ กับบุคลิกภาพ [cited 2021 12 January]. Available from: [https://www.novabizz.com/NovaAce/Personality/Self\\_Concept.htm](https://www.novabizz.com/NovaAce/Personality/Self_Concept.htm).
9. เจตน์สันต์ แต่งสุวรรณ พช, อนงค์นาฏ เหลี่ยมสมบัติ,. การเห็นคุณค่าในตนเอง วิธีการเผชิญปัญหากับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสมุทรสงคราม. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2541;29(1):8-22.

10. สุภาพรณ สอาดเอี่ยม. การศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำที่มีโปรแกรมชุมชนบำบัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
11. กรมควบคุมโรค. รายละเอียดโรคเอดส์ 2562 [cited 2021 10 January]. Available from: [https://ddc.moph.go.th/disease\\_detail.php?d=59](https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=59).
12. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและการตรวจติดตามการรักษาปี 2563. In: กระทรวงสาธารณสุข ก, editor. สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด; 2563.
13. พิชัย จินตนาภักดี, ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล, สัญชัย ชาสสมบัติ. คู่มือการดูแลรักษาตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
14. World Health Organization. HIV/AIDS 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>].
15. กองระบาดวิทยา กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2563. 2563.
16. ชิชณู พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อูษา ทิสยากร. โรคเอดส์ในเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
17. นิตยา ชมเชย. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสเชื้อที่ไม่ได้เกิดจากการทำงานในกลุ่มชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
18. Centers for Disease Control and Prevention. How is HIV passed from one person to another? 2022 [Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/ways-people-get-hiv.html>].
19. Myhre J, Sifris D. What Is the Risk of HIV From Anal Sex? 2022 [Available from: <https://www.verywellhealth.com/what-is-the-risk-of-hiv-from-anal-sex-49605>].
20. Kelley C, Kraft CS, de Man TJ, Duphare C, Lee HW, Yang J, et al.,. The rectal mucosa and condomless receptive anal intercourse in HIV-negative MSM: implications for HIV transmission and prevention. Mucosal immunology. 2017;10(4):996–1007.
21. Xavier Héraud. ความแพร่หลายของ Chemsex ในกลุ่มเกย์ชาวฝรั่งเศสแม้ว่าผลเสียต่อชีวิตเซ็กส์ที่ตามมาจะมากก็ตาม 2017 [cited 2021 10 January]. Available from:

<https://hornet.com/stories/th/chemsex/>.

22. Kalichman SC, Rompa D. Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*. 1995;65(3):586–601.
23. Zuckerman M. *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety*. Hillsdale NJ: L Erlbaum Associates; 1983.
24. Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Amaral CM, White D, Pope H, Swetzes C, Eaton L, Macy R, Cain D,. Integrated behavioral intervention to improve HIV/AIDS treatment adherence and reduce HIV transmission. *American journal of public health*. 2011;101(3):531-8.
25. Boyle JR, Murray C, Boekeloo BO,. Alcohol use, sexual relationship type, discussion of sexual risks, and condom use among college students. *The 130th Annual Meeting of APHA: American Public Health Association*; 2002.
26. Cronin C. Construct validation of the strong interest inventory adventure scale using sensation seeking scale among female college student. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 1995;28(1):3-8.
27. Calhoun GJ, Morse WC. Self Concept and Self-Esteem : Another Perspective. *Psychology in the School*. 1977;14:318-22.
28. ชนพร ชื่นตา. ความซุกซนของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
29. Rogers CR. *Client Center Therapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
30. สุรางค์รัตน์ คงศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารทางเพศและการเห็นคุณค่าในตนเองต่อความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงที่สมรสแล้วในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
31. Sasse CR. *Person to Person*. Peoria: Illinois Benefit Publishing; 1978.
32. พัชราวไล วรรณตร. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
33. UNAIDS. Men who have sex with men 2020 [Available from: <https://www.unaids.org/en/keywords/men-who-have-sex-men>].

34. Oxford University Press. The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health 2020. 343-55 p.
35. รัชนิย์ แก้วคำศรี. ความสัมพันธ์ของรูปแบบความผูกพัน การเห็นคุณค่าในตนเองและกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
36. พรรณนิภา สังข์ทอง. การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของผู้ชายที่เข้ามาตรวจรักษาโรค [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
37. ชาดิวดี ธนบัตร. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระบบการศึกษานอกโรงเรียนกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2547 [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
38. บุษดี ศรีคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
39. ภูมรินทร์ ภูมิประเสริฐโชค. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การใช้แอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับความรู้สึกสิ้นหวังในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอมะนัง จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
40. พิมพ์ชา สุพัตกุล. การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และเหตุผลของวัยรุ่นตอนปลายที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืน [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
41. วราภรณ์ กิ่งแก้ว. การปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
42. ศศิวิมล นันทสุนทร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดสตูล [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2552.
43. พัชราภา ดันดิชูเวช. การเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาที่มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์แบบข้ามคืน. สุทธิปริทัศน์. 2553;26(78):7-18.
44. นุชวรรณ บุญเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชายและหญิง [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย; 2553.

45. ศุภโชค ตรรกนันท์, วัลลภ แดงใหญ่, ภาวฤณ ลีฬหวนิช และ ศุภขจี แสงเรืองอ่อน,. การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของพลทหารกองประจำการในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารแพทยทหารบก. 2559;69(2):55-63.
46. อรวรรณ จุลวงษ์. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการแห่งหนึ่งในกองทัพบก. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556;14(3):142-50.
47. Noroozinejad G, Yarmohmmadi VM, Bazrafkan F, Sehat M, Rezazadeh M, Ahmadi K. Perceived Risk Modifies the Effect of HIV Knowledge on Sexual Risk Behaviors. *Frontiers in public health*. 2013;1:33.
48. Davey-Rothwell MA, Linas BS, Latkin CA. Sources of personal income and HIV risk among sexually active women. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*. 2012;24(5):422-30.
49. Schur CL, Berk ML, Dunbar JR, Shapiro MF, Cohn SE, Bozzette SA,. Where to seek care: an examination of people in rural areas with HIV/AIDS. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*. 2002;18(2):337-47.
50. Josephs RA, Larrick RP, Steele CM, Nisbett RE,. Protecting the self from the negative consequences of risky decisions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992;62(1):26-37.
51. Mansergh G, Naorat S, Jommaroeng R, Jenkins RA, Stall R, Jeeyapant S, et al. Inconsistent condom use with steady and casual partners and associated factors among sexually-active men who have sex with men in Bangkok, Thailand. . *AIDS Behav* 2006;10(6):743-51.
52. Crosby M and Decarlo P. What are men who have sex with men’s (MSM) HIV prevention needs? : University of California San Francisco School of Medicine, Department of Medicine Fact sheets. ; 2000.
53. Snell WE, Fisher TD, Walters AS,. The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*. 1993;6(1):27-55.
54. Lyttkens L. *The disciplined human being*. Stockholm, Sweden: Almena Forlage; 1989.

55. Træen B, Hald GM, Noor SW, Iantaffi A, Grey J, Rosser BR. The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *International journal of sexual health : official journal of the World Association for Sexual Health*. 2013;26(1):13-24.
56. ศุภโชค ตรรกนันท์. การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การทหาร)]. กรุงเทพฯ: โรงเรียนเสนาธิการทหารบก; 2558.
57. UNAIDS. 90-90-90: AN AMBITIOUS TREATMENT TARGET TO HELP END THE AIDS EPIDEMIC. October 2014.
58. วิทยาลัยโลกคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วิทยาเขตรังสิต. วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย (รายงานฉบับย่อ). 2014.
59. Pellowski JA, Kalichman SC, Matthews KA, Adler N. A pandemic of the poor: social disadvantage and the U.S. HIV epidemic. *The American psychologist*. 2013;68(4).
60. Santelli JS, Lowry R, Brener ND, Robin L. The association of sexual behaviors with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health*. 2000;90(10):1582-8.
61. Riley ED, Gandhi M, Hare C, Cohen J, Hwang S. Poverty, unstable housing, and HIV infection among women living in the United States. *Current HIV/AIDS reports*. 2007;4(4):181-6.
62. Baggaley RF, White RG, Boily MC. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International journal of epidemiology*. 2010;39(4):1048-63.
63. Malebranche DJ, Arriola KJ, Jenkins TR, Dauria E, Patel SN. Exploring the "Bisexual Bridge": A Qualitative Study of Risk Behavior and Disclosure of Same-Sex Behavior Among Black Bisexual Men. *American journal of public health*. 2010;100(1):159-64.
64. Lobell A, Moluski S, Sibbles S, Youse K. Big-Five Personality, Risky Sexual Behavior, and Pornography Consumption: Engagement in Risky Sexual Behavior Poses Health Risks for Individuals and Society. *Senior Scholars Day*. 2016;6.
65. Latkin C, Yang C, Tobin K, Roebuck G, Spikes P, Patterson J. Social network

predictors of disclosure of MSM behavior and HIV-positive serostatus among African American MSM in Baltimore, Maryland. *AIDS and Behavior*. 2012;16(3):535-42.

66. สุพักตร์ วาณิชเสณี และชจิต ชูปัญญา. ทศนคติและความรู้เกี่ยวกับเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่น. *วารสารโรคเอดส์*. 2533;2(2).

67. วรรณิภา เรืองสัจ. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนไทย อายุ 15-24 ปี: วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2532.

68. อาริยา ชัยยศ. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย: วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

69. ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดใน สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 2545;33(1):43.

70. เทอดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด; 2560.





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ภูเบศร์ ปานเพ็ชร
วัน เดือน ปี เกิด	30 มิถุนายน
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยา) เกียรตินิยมอันดับสอง
ที่อยู่ปัจจุบัน	สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย เลขที่ 1 และ 3 หัวหมาก บางกะปิ กรุงเทพมหานคร
รางวัลที่ได้รับ	อาสาสมัครภาคประชาสังคม ในการจัดบริการเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY