

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายใน วิทยาลัย อาชีวศึกษา จังหวัดตาก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
2. แนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Framework
3. พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น
4. พฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นชาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

เอดส์ (AIDS) ย่อมาจากคำเต็มว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องอันเนื่องมาจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ที่เรียกว่า HIV (Human Immunodeficiency Virus) ผลจากการที่ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลงทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย

โรคเอดส์มีรายงานครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 ที่เมืองลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา โดยพบผู้ป่วยรักร่วมเพศ 5 ราย เกิดอาการโรคปอดบวมร่วมกับเป็นมะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) โดยผู้ป่วยทุกรายมีสุขภาพดีมาก่อน ไม่เคยได้รับยากดภูมิคุ้มกันแต่อย่างใด และตรวจพบเม็ดเลือดขาวลดลงมาก

การติดเชื้อเอช ไอ วี คาดว่าเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ต่อมาปี พ.ศ. 2521-2522 จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา ไฮติ รวมทั้งกลุ่มประเทศแอฟริกา และกลุ่มประเทศในยุโรป จนกระทั่งปี พ.ศ. 2524 หลังจากมีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ครั้งแรกแล้ว สหรัฐอเมริกาได้กำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังเอดส์อย่างจริงจัง เฉพาะในปี พ.ศ. 2525-2526 มีรายงานผู้ป่วยเอดส์ในประเทศสหรัฐอเมริกาถึง 2,500 ราย ทำให้ประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกเริ่มมีการศึกษาและเฝ้าระวังโรคเอดส์อย่างจริงจัง

ปัจจุบันมีรายงานผู้ป่วยเอดส์ไปยังองค์การอนามัยโลกเพิ่มขึ้นทุกปี ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก สำหรับการระบาดของโรคเอดส์และการติดเชื้อเอช ไอ วีในประเทศต่าง ๆ สามารถแยกออกได้ 3 รูปแบบดังนี้

**รูปแบบที่ 1** เป็นลักษณะการระบาดในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และบางประเทศในแถบอเมริกากลาง คาดว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอช ไอ วีในแถบนี้มีมาตั้งแต่หลายทศวรรษที่ผ่านมา และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคลรักร่วมเพศ หรือรักสองเพศ การแพร่ของเชื้อเอช ไอ วีทางเพศสัมพันธ์เกิดจากพฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นส่วนใหญ่ หลายประเทศในแถบนี้ยังไม่มีการตรวจหาเชื้อเอช ไอ วีในเลือดที่ให้กับผู้ป่วยจึงพบการติดเชื้อเอช ไอ วีในกลุ่มผู้ที่ได้รับเลือด นอกจากนี้ยังพบการระบาดจากการใช้เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยาและอุปกรณ์อื่น ๆ ร่วมกันประมาณร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยเป็นเพศชาย ดังนั้นการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกในรูปแบบนี้จึงปรากฏน้อยมาก

**รูปแบบที่ 2** พบในทวีปแอฟริกาแถบทะเลทรายซาฮาราตอนใต้ และบางส่วนของหมู่เกาะคาริเบียน โดยเชื้อเอช ไอ วีแพร่ระบาดพร้อม ๆ กับรูปแบบที่ 1 การระบาดของเชื้อ เอช ไอ วี ทางเพศสัมพันธ์นั้น เกิดจากการมีพฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วีจะเป็นเพศชาย และหญิงในสัดส่วนที่เท่าๆกัน หลายประเทศไม่มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะให้เลือดกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การติดเชื้อเอช ไอ วี ยังคงปรากฏอยู่ในกลุ่มผู้ที่ได้รับเลือด นอกจากนี้ เข็ม กระบอกฉีดยา และอุปกรณ์ในการเจาะผิวหนัง อาจจะถูกนำมาใช้ซ้ำโดยไม่ได้รับการฆ่าเชื้ออย่างเหมาะสม จึงก่อให้เกิดการระบาดของเชื้อเอช ไอ วีได้ การฉีดยาเสพติดเข้าหลอดเลือดในแถบนี้ไม่แพร่หลาย การแพร่เชื้อจากการติดยาเสพติดจึงพบน้อย และเนื่องจากมีการติดเชื้อในเพศหญิงจำนวนมาก ดังนั้นการติดเชื้อในกลุ่มทารกจึงเป็นปัญหาในหลายประเทศ

**รูปแบบที่ 3** พบในยุโรปตะวันออก แอฟริกาตอนเหนือ บางส่วนของลาตินอเมริกาและทวีปเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย โดยเชื้อเอช ไอ วีมีการแพร่กระจายในต้นทศวรรษนี้ (พ.ศ. 2523) จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในประเทศแถบนี้มีจำนวนน้อยกว่าประเทศที่มีการระบาดรูปแบบที่ 1 และ 2 ผู้ติดเชื้อในระยะแรก ๆ มักจะมีประวัติการสัมผัสโรคเหมือนประเทศที่มีการระบาดในรูปแบบที่ 1 และ 2 หรือติดเชื้อในขณะที่ไปอยู่ในประเทศในแถบดังกล่าว การติดเชื้อเอช ไอ วีมีการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ชายและหญิงบริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยเป็นโรคเลือด และทารกที่เกิดจากหญิงที่มีการติดเชื้อ

### การแพร่ระบาดในประเทศไทย

จากการศึกษาในเชิงระบาดวิทยา พบว่า รูปแบบการระบาดของเชื้อเอดส์ในประเทศไทย แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ 5 ระยะดังนี้ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข และสมศักดิ์ ภิญโญธรรมากร, 2534 )

ระยะที่ 1 ในช่วงปี พ.ศ. 2537 เป็นระยะที่เชื้อเอดส์เริ่มระบาดเข้ามาในประเทศไทย โดยมีการจำกัดอยู่ในกลุ่มคนจำนวนน้อย และมีพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะ อาทิเช่น ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ และเริ่มมีการตรวจพบผู้ป่วยโรคเอดส์บ้าง ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากต่างประเทศ

ระยะที่ 2 การระบาดของเชื้อเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด พบว่าอัตราการความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนี้ในปลายปี พ.ศ. 2530 มีค่ากว่าร้อยละ 1.0 และในช่วงปลายปี พ.ศ. 2531 เพิ่มสูงขึ้นถึงกว่าร้อยละ 40.0 การระบาดครั้งนี้เป็นรายงานของอัตราการความชุกที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องของการติดเชื้อเอดส์ที่สูงที่สุด นักวิชาการหลายท่านคาดว่า การระบาดครั้งนี้ อาจมีความสัมพันธ์กับการปล่อยนักโทษซึ่งติดยาเสพติดชนิดฉีดเป็นจำนวนมากออกจากเรือนจำในช่วงปลายปี พ.ศ. 2530

ระยะที่ 3 การระบาดของเชื้อเอดส์รุนแรงมากขึ้นในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ในเขตภาคเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งมีรายงานว่าสัดส่วนของผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ที่เป็นหญิงบริการทางเพศ สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศเป็นอย่างมาก จากการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอดส์เฉพาะพื้นที่ (Sentinel HIV Serosurveillance ) ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532 พบอัตราการความชุกในหญิงบริการทางเพศสูงถึงร้อยละ 44.0 ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่าตกใจอย่างยิ่ง นักวิชาการเชื่อว่าการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนี้เกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดรักต่างเพศ จากการสำรวจติดตามในกลุ่มนี้ยังคงพบแนวโน้มของการติดเชื้อเอดส์สูงขึ้นเรื่อย ๆ และตรวจพบการระบาดของเชื้อเอดส์ในทุก ๆ ภาคของประเทศไทย

ระยะที่ 4 พบการระบาดของเชื้อเอดส์ในกลุ่มชายที่เกี่ยวหญิงบริการทางเพศควบคู่ไปกับการระบาดในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจอัตราการความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มชายที่มาขอตรวจกามโรคมีสูงถึงร้อยละ 4.2 เป็นดรชชนที่ชี้วัดได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ นักวิชาการได้คาดว่าจะมีประชาชนที่เป็นชายที่อยู่ในวัยที่จะเกี่ยวผู้หญิงบริการทางเพศได้ประมาณ 13 – 15 ล้านคน ในจำนวนนี้น้อยอย่างน้อยร้อยละ 50.0 เกี่ยวหญิงบริการทางเพศ และเชื่อว่ามีจำนวนไม่น้อยที่ได้สัมผัสเชื้อเอดส์ และแพร่เชื้อเอดส์ต่อไปเรียบร้อยแล้ว ในปี พ.ศ. 2533 เขตภาคเหนือได้สำรวจพบว่าชายหนุ่มที่มีอายุ 20 – 30 ปี มีการติดเชื้อเอดส์แล้วประมาณร้อยละ 5.0-10.0

ระยะที่ 5 การระบาดของเชื้อเอดส์ในหญิงทั่วไปและทารกภายหลังจากการระบาดของเชื้อเอดส์ในกลุ่มชายที่เกี่ยวหญิงบริการทางเพศแล้ว กลุ่มที่จะติดเชื้อเอดส์ต่อไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือ

กลุ่มหญิงทั่วไปที่อาจจะเป็นแม่บ้าน หรือหญิงที่กำลังจะแต่งงาน หรือมีเพศสัมพันธ์กับชายหนุ่มเหล่านี้ จากข้อมูลชายที่เกี่ยวหญิงบริการทางเพศร้อยละ 50 – 70 ยังเป็นโสด ซึ่งแน่นอนว่าในอนาคตชายหนุ่มเหล่านี้จะแต่งงาน มีครอบครัวของตนเองก็จะแพร่เชื้อเอชไอวีให้กับภรรยาของตนเองต่อไป

ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งชายและหญิงพบว่าอยู่ในช่วงอายุ 15 – 44 ปี ร้อยละ 94.3 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-40 ปี ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นหญิงส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-25 ปี สัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศชายต่อเพศหญิงโดยเฉลี่ยเป็น 3.6 : 1.0 ที่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพเป็นหญิงบริการทางเพศ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข และสมศักดิ์ ภิญโญธรรมมาร, 2536 )

จากข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยขณะนี้อยู่ในระยะที่ลุกลามถึงกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ชายที่เกี่ยวข้องหญิงบริการทางเพศ และหญิงทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มนี้ ดังนั้นกลุ่มทหารเกณฑ์ซึ่งอยู่ในวัยเจริญสุพันธ์จึงตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง การหามาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญและเร่งด่วน เพื่อหยุดยั้งก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีต่อไปมากกว่านี้

#### ผู้ที่เกี่ยวข้องการติดเชื้อเอชไอวี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดลำดับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นเอชไอวี หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอชไอวี ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุดเรียงลำดับไว้ ดังนี้ (ชนวนทอง ชนสุกาญจน์, 2531)

1. ผู้ที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ หรือสามี ภรรยา ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น
2. ผู้ที่ติดต่อทางสังคมหรือใช้บริการทางสาธารณะร่วมกับผู้ที่มีเชื้อโรคเอชไอวี เช่น ผู้ร่วมการเดินทาง ผู้ร่วมใช้บริการสาธารณสุขหรือร้านอาหาร
3. หญิงที่มีการร่วมเพศกับหญิงด้วยกัน (ซึ่งหญิงเหล่านี้ไม่ใช่อุปกรณ์ในการร่วมเพศร่วมกัน และไม่มีการร่วมเพศกับชาย)
4. หญิงหรือชายที่มีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายขายบริการ
5. เกย์ หญิงบริการ และผู้ที่มีคู่นอนหลายคน
6. ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดและใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน โดยที่เข็มนั้นไม่ได้รับการฆ่าเชื้อโรคอย่างถูกวิธีก่อนนำมาใช้อีกครั้งหนึ่ง
7. ผู้ที่มีความจำเป็นต้องรับเลือดเพื่อการรักษาโรคอื่น หรือหญิงที่ใช้การผสมเทียมเพื่อช่วยในการตั้งครรภ์ หากเลือดหรือน้ำเชื้อนั้นไม่ได้ผ่านการตรวจหาเชื้อโรคเอชไอวีเสียก่อน

8. ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มที่ระบุในข้อ 4-7

**การติดต่อของเชื้อเอดส์**

การติดต่อของเชื้อเอดส์สามารถเกิดขึ้นได้ใน 3 ลักษณะสำคัญคือ

1. การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmission) เกิดขึ้นได้ทั้งในแบบรักร่วมเพศ และรักต่างเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศและบางส่วนของผู้ชายเหล่านี้ อาจมีพฤติกรรมแบบรักร่วมเพศ (Bisexual) ซึ่งทำให้มีการแพร่เชื้อเอดส์ไปสู่หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย หญิงเหล่านี้เมื่อติดเชื้อเอดส์แล้วจะแพร่เชื้อไปสู่ชายอื่นที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยอีกต่อหนึ่งได้ ส่วนอัตราความเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ยังไม่มีแบบแผนที่แน่นอน ดังจะเห็นได้จากบุคคลบางคนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์หลายครั้งแต่ไม่ติดเชื้อเอดส์ และมีหลายคนติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียว

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (2534) ได้กล่าวถึงปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์จากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ไว้ดังนี้

1) การสำส่อนทางเพศได้แก่ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ อาทิเช่น การเที่ยวหญิงหรือชายบริการทางเพศ ประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ รวมไปถึงการมีคู่อร่วมเพศหลายคน เป็นต้น ซึ่งทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะสัมผัสเชื้อเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอดส์และอาจติดเชื้อเอดส์มาได้

2) การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งมีหลายชนิดที่เสริมให้ติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย เป็นชนิดที่ทำให้เกิดแผลบริเวณอวัยวะเพศ ได้แก่ แผลริมอ่อน และโรคเริม เป็นต้น

3) ความซุกซมของการติดเชื้อเอดส์ในชุมชนถ้าในชุมชนนั้นมีอัตราการติดเชื้อเอดส์สูง ประชาชนทั้งชายและหญิงก็มีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์ และอาจติดเชื้อเอดส์มาได้เช่นกัน

4) วิธีการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ อาจจะกล่าวได้ว่าการร่วมเพศทุกรูปแบบจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์ (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2533) ที่เสี่ยงที่สุดคือ การร่วมเพศโดยมีการสอดใส่อวัยวะเพศเข้าไปในทวารหนัก ทั้งนี้เพราะเยื่อบริเวณนี้บอบบางมาก และมีการฉีกขาดได้ง่ายนั่นเอง นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ก็ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้

2. การติดต่อทางเลือด (Blood Transmission) พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือการใช้เข็มฉีดยา กระจกฉีดยาและอุปกรณ์การฉีดยาอื่น ๆ เช่น ขันที่ใช้ล้างกราบเลือด ช้อนที่ใช้ผสมยาเสพติดก่อนฉีด โดยมีการใช้ร่วมกันของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดทางหลอดเลือด การใช้อุปกรณ์การฉีดยาเสพติดร่วม

กันในกลุ่มผู้ติดเชื้อเสียดัดชนิดนี้ เป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน และผิดปกติจากบุคคลทั่วไป เช่น การติดเชื้อโรอินเข้าหลอดเลือด จะใช้วิธีดูดเลือดเข้ามาในกระบอกฉีดยาในปริมาณมาก แล้วฉีดคืนเข้าเลือดอย่างแรงเมื่อฉีดเสร็จจะมีการล้างเข็มและกระบอกฉีดยาในชั้นน้ำจืดเพื่อลดคราบจากกระบอกฉีดยา จะเห็นได้ว่าเข็ม กระบอกฉีดยา น้ำที่ใช้ล้างมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น ส่วนการติดเชื้อเอชไอวีจากการรับเลือดหรือส่วนประกอบอื่นของเลือดจากผู้บริจาคที่มีเชื้อเอชไอวีนั้น เดิมมีรายงานการสำรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากสาเหตุนี้เช่นกัน แต่ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากสาเหตุดังกล่าวลดลงทั้งนี้เพราะปัจจุบันนโยบายของกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นการตรวจเลือดหรือส่วนประกอบอื่นของเลือดที่ได้รับบริจาคทุกถุง และงดการใช้หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวี (สุภชัย ฤกษ์งาม, 2534) ซึ่งในกรณีของการเปลี่ยนอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ การผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิจากผู้บริจาค จะได้รับการตรวจสอบอย่างมีประสิทธิภาพก่อนให้ผู้รับทุกครั้ง จึงทำให้อัตราการติดเชื้อด้วยสาเหตุดังกล่าวลดลง

ในกรณีการติดเชื้อเอชไอวีจากการถอนฟันนั้น ได้มีรายงานจากศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาว่า พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการถอนฟัน 1 ราย โดยผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจากทันตแพทย์ซึ่งป่วยด้วยโรคเอดส์ จากรายงานดังกล่าวได้สรุปถึงความเป็นไปได้ของการแพร่เชื้อเอชไอวีจากทันตแพทย์สู่ผู้ป่วยหรือจากผู้ป่วยสู่ทันตแพทย์ได้ โดยเชื้อเอชไอวีจะผ่านเข้าสู่ร่างกายทางเลือด ทางบาดแผลที่เกิดจากการถอนฟันหรือผ่าตัดฟัน (จินตพงษ์ วะลี และประสงค์ พฤษยานนท์ 2534 :189-191)

นอกจากนี้การสักผิวหนัง เขียนคิ้วหรือขอบตาแบบถาวร การฝังเข็ม การเจาะหู ซึ่งมีการใช้อุปกรณ์และเข็มร่วมกันอย่างต่อเนื่องจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยไม่ได้ทำความสะอาดหรือทำความสะอาดไม่เพียงพอ อาจทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ หากมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในจำนวนผู้ที่มาใช้บริการดังกล่าวเป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีในร่างกาย

**3. การติดต่อจากมารดาสู่ทารก (Perinatal Transmission)** เชื้อเอชไอวีสามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และภายหลังคลอด โดยมีอัตราการติดเชื้อของทารกประมาณร้อยละ 30.0-50.0 มีรายงานการพบเชื้อเอชไอวีในบางระยะของการตั้งครรภ์ โดยพบเชื้อเอชไอวีในเนื้อเยื่อของทารกตั้งแต่อายุ 15-20 สัปดาห์ (Jovaisas ,et al.1985: 1125 ; Spercher,et al.1986) ส่วนในระยะคลอดการติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นจากการที่ทารกสัมผัสกับเลือดหรือน้ำคร่ำจากมารดาซึ่งการคลอดโดยวิธีการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ก็ไม่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อได้ (Holman, 1989) สำหรับการพบเชื้อเอชไอวีในน้ำนมนั้น ในทางทฤษฎีการติดเชื้อเอชไอวีโดยทารกดูดนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดขึ้นได้ แต่ในทางระบาดวิทยานั้นโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในระหว่างตั้งครรภ์หรือขณะคลอด (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2531)

จากการศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่า ในน้ำลาย น้ำมูก และอุจจาระ สามารถพบเชื้อไวรัสเอดส์ได้แต่น้อยมาก คนที่ติดเชื้อเอดส์มีอยู่เพียงไม่กี่รายซึ่งการรับเชื้อเข้าไปนั้นต้องรับในปริมาณที่มาก และต้องมีบาดแผลในช่องปากหรือผิวหนังที่เปิดรับเชื้อเข้าไปด้วย เชื้อไวรัสเอดส์จะไม่ติดต่อโดยทางหายใจ ไอ จาม โดยทางลำไส้ หรือโดยการสัมผัสจากบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์ ในชีวิตประจำวันในสถานที่ใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ในงานสังคม ในที่ทำงาน โรงเรียน หรือในเรือนจำ เชื้อไวรัสเอดส์ไม่สามารถแพร่ระบาดโดยแมลง อาหาร น้ำ หรือใช้ส้วมร่วมกัน ห้องน้ำร่วมกัน รับประทานอาหารร่วมกัน ใช้ภาชนะหรือเครื่องใช้ร่วมกัน หรือสิ่งของใช้อื่น ๆ เช่น เสื้อผ้าที่ใช้แล้ว หรือโทรศัพท์ เป็นต้น (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2531)

#### วิธีการแพร่เชื้อ (Mode of Transmission)

เชื้อเอช ไอ วี พบในของเหลวที่ออกจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เลือด น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำตาและน้ำลาย เป็นต้น แต่การศึกษาพบว่า เชื้อเอช ไอ วี แพร่ทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น จึงกล่าวได้ว่า โรคเอดส์แพร่ได้โดยการมีเพศสัมพันธ์ โดยการได้รับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอช ไอ วี และแพร่จากมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารก ดังนี้

1. การแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์ เชื้อเอช ไอ วี สามารถแพร่ได้จากการมีเพศสัมพันธ์จะเป็นเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย หรือชายกับหญิง ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศระหว่างอวัยวะเพศชายกับทวารหนักของผู้ชาย หรือทวารหนักของผู้หญิง หรือช่องคลอดของผู้หญิง หรือการร่วมเพศระหว่างอวัยวะเพศหญิงหรือชายกับปาก สาเหตุที่เชื้อเอช ไอ วี แพร่ทางเพศสัมพันธ์ได้เนื่องจากมีเชื้อ เอช ไอ วี อยู่เป็นจำนวนมากในน้ำอสุจิหรือน้ำเมือกของเพศชาย (น้ำอสุจิมียูเรียมมากกว่าน้ำเมือก) และในน้ำอสุจียังมีเชื้อเอช ไอ วี มาก เชื้อเอช ไอ วี จะเข้าสู่อีกฝ่ายหนึ่งโดยผ่านเข้าทางเยื่อของทางเดินปัสสาวะ หรือปากช่องคลอด จากการศึกษาทางวิทยาการระบาดพบว่า การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี โดยไม่มีการป้องกันเพียง 1 ครั้ง มีโอกาสจะติดเชื้อเอช ไอ วี ได้ 0.1-6.0% (เฉลี่ยร้อยละ 1-4) ขึ้นกับการร่วมเพศนั้นรุนแรงมากน้อยเพียงใด มีแผลกามโรคหรือมีเลือดออกด้วยหรือไม่ หรือฝ่ายชายมีการขลิบหนังที่ปลายอวัยวะเพศอยู่ก่อนหรือไม่ ซึ่งถ้าไม่ได้ทำก่อนจะติดเชื้อเอช ไอ วี ได้ง่ายกว่า นอกจากนี้การคุมกำเนิดเช่น การใส่ห่วงคุมกำเนิดอาจทำให้เกิดแผลถลอกในผนังมดลูกทำให้มีเลือดออก เชื้อเอช ไอ วี จึงออกมาได้ง่าย หรือการใช้ยาคุมกำเนิดซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผนังมดลูกทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี

การร่วมเพศทางปาก เป็นวิธีการที่อาจรับเชื้อได้ถ้ามีการกลืนกินเชื้อเอช ไอ วี ของอีกฝ่ายหนึ่งที่อยู่ภายในน้ำกามหรือน้ำเมือกของช่องคลอดเข้าไป วิธีการนี้มีโอกาสติดเชื้อน้อยกว่าการร่วม

เพศจริง ๆ มากในทางตรงข้ามถ้าผู้ใช้ปากมีเชื้อเอช ไอ วี อยู่ในตัว และใช้ปากปฏิบัติทางเพศให้กับผู้อื่น โอกาสที่จะแพร่เชื้อเอช ไอ วี ให้กับผู้อื่นยิ่งน้อยลงไปอีกเพราะน้ำลายมีเชื้อเอช ไอ วี น้อยมาก

## 2. การแพร่เชื้อทางเลือด เกิดได้โดยวิธีการต่อไปนี้

2.1 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด จะมีโอกาสติดเชื้อ เอช ไอ วี เกือบ 100% ปัจจุบันมีการตรวจ Anti-HIV และ p24 antigen ในเลือดทุกยูนิตก่อนให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการตรวจนี้ยังไม่สามารถจะตรวจหาผู้ติดเชื้อทุกรายที่อยู่ในช่วง Window period (ช่วงที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี เข้าไปก่อนที่จะมีแอนติบอดีต่อเชื้อเอช ไอ วี) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้

2.2 การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น โดยทำความสะอาดกระบอกฉีดและเข็มไม่ดี มีเลือดของผู้อื่นปนเข้าไปด้วย โอกาสจะติดเชื้อเอช ไอ วี มีประมาณร้อยละ 0.1-1.0 ต่อการให้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อ 1 ครั้ง

2.3 การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดที่มีเชื้อเอช ไอ วี ต่ำ หรือบาด เช่นในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ถูกเข็มปนเปื้อนเชื้อเอช ไอ วี ต่ำ พบว่ามีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 0.2-1.0 ส่วนโอกาสที่จะติดเชื้อเอช ไอ วี จากใบมีดโกน เข็มสัก เข็มเจาะหู การตัดเล็บ นั้นมีโอกาสน้อยมาก

2.4 ทางการปลูกถ่ายอวัยวะหรือรับสุมิจากผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะก่อนการผ่าตัด นอกจากนี้การได้รับสุมิจากผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ก็อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้เช่นกัน

3. การแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก โรคเอดส์สามารถแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด หรือระยะหลังคลอด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทารกมีโอกาสได้รับเชื้อจากมารดาประมาณร้อยละ 20-50

3.1 การติดเชื้อขณะอยู่ในครรภ์มารดา (Intrapartal transmission) โดยเชื้อเอช ไอ วี ผ่านจากรกไปยังทารกซึ่งส่วนใหญ่ทารกจะได้รับเชื้อจากมารดาในระยะนี้ การติดเชื้อขณะคลอด (Intrapartal transmission) เนื่องจากเด็กสัมผัสกับมูกเลือดในช่องคลอดและน้ำคร่ำผ่านเข้าไปในตัวเด็กทางผิวหนัง ปาก จมูก ตา และรอยตัดของสายสะดือคือการได้รับเชื้อขณะคลอดนี้เกิดขึ้นไม่มากนักเนื่องจากพบว่าทารกคลอดโดยผ่าตัดออกทงหน้าท้องไม่ได้ทำให้การติดเชื้อเอช ไอ วี ในเด็กลดลงการติดเชื้อหลังคลอด (Postpartal transmission) เช่นเด็กรับเชื้อจากน้ำนมมารดาซึ่งพบน้อยมาก อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า เด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ไม่ควรได้รับน้ำนมแม่ การอาศัยในชุมชนแออัด การใช้ห้องน้ำร่วมกัน การใช้คร้ว ภาชนะ เครื่องครัว จาน แก้ว ผ้าเช็ดตัว



ไบมีด โคน แปรงสีฟันร่วมกับผู้ป่วย ไม่ทำให้ติดเชื้อและไม่เคยปรากฏว่ามีรายงานการแพร่เชื้อโรคเอดส์ โดยยุงหรือแมลงใด ๆ

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Host Factor)

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของบุคคลต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี คือ พฤติกรรมทางเพศ และสภาวะของร่างกายในขณะนั้น (Physiologic function) เช่นอยู่ในสภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการถ่ายเลือด การฉีดยาเสพติดเข้าหลอดเลือด เป็นต้น สถาพร มานัสสถิตย์ (2534) ได้สรุปกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไว้ใกล้เคียงกันดังนี้

1. ชายรักร่วมเพศ (Homosexual) หรือชายรักสองเพศ (Bisexual) ส่วนในหญิงรักร่วมเพศ มีอัตราเสี่ยงต่ำกว่า
  2. หญิงหรือชายที่มีอาชีพให้บริการทางเพศ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีจำนวนคู่นอนมาก จะมีอัตราเสี่ยงสูงมาก
  3. บุคคลที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บ่อย ๆ เช่น กามโรค ซิฟิลิส
  4. ผู้ติดยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
  5. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเลือด เช่น ฮีโมฟีเลีย ทาลาสซีเมีย หรือผู้ป่วยเป็นโรคเลือดอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการถ่ายเลือดหรือได้รับผลิตภัณฑ์อันเป็นส่วนประกอบของเลือดบ่อย ๆ
  6. บุตร ภรรยา หรือครอบครัวของผู้ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่มีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตีพอ
  7. บุตรที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
  8. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ผู้ปฏิบัติงานในห้องทดลอง ห้องชันสูตรศพ หรือแม้แต่พนักงานทำความสะอาด
  9. กลุ่มนักเรียน นักศึกษา ที่มีค่านิยมในการมีประสบการณ์ทางเพศโดยไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่ตีพอ
  10. กลุ่มนักโทษที่มีพฤติกรรมในการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกันรวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์กันเองในกลุ่มนักโทษ
- ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมทางเพศเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญโดยพบผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีอายุระหว่าง 20-40 ปี มากที่สุด ดังนี้

อายุ (ปี)	อัตราของการติดเชื้อ (%)
น้อยกว่า 5	1.4
5 – 12	น้อยกว่า 1
13 – 19	น้อยกว่า 1
20 – 29	20.0
30 – 39	46.0
40 – 49	21.5
50 – 64	8.7
มากกว่า 65	1.4

เมื่อแยกตามเพศและอายุพบผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ดังนี้

อายุ 20 – 29 ปี พบในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย (โดยเฉพาะหญิงที่มีอาชีพบริการทางเพศ)

อายุ 30-39 ปี พบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง (โดยเฉพาะชายที่มีอาชีพใช้แรงงาน )

อายุ 40-49 ปีพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง(ส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีฐานะและความรู้ค่อนข้างดี)

จากการศึกษาการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและกลุ่มประเทศในแถบทวีปยุโรปพบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นชายรักร่วมเพศหรือชายรักสองเพศ ถึงร้อยละ 76.0 รองลงมาเป็นกลุ่มติดยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันประมาณร้อยละ 17.0 และพบในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการถ่ายเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด ร้อยละ 3.0 ที่เหลือเป็นการติดเชื้อในกลุ่มอื่น ๆ และพบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 14 : 1

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคคลเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเอื้อต่อการแพร่กระจายโรคเอดส์ (Environmental factor)**

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การติดเชื้อเอช ไอ วี เพิ่มมากขึ้น คือ สิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยเฉพาะสังคมที่มีขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมที่ชักจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มาก เช่น สังคมในกลุ่มประเทศยุโรปและอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างดี มีเสรีภาพในการแสดงออก และมีเสรีภาพในเรื่องพฤติกรรมทางเพศมาก ทำให้ประชากรที่อาศัยอยู่ในสังคมดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี ได้มากเช่นเดียวกัน

หรือประเทศที่มีจำนวนประชากรอยู่อย่างแออัด มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เช่น ประเทศที่ยากจนทางแถบแอฟริกา การบริการสาธารณสุขไม่ดีพอ มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันก็มีผลทำให้เกิดการกระจายของเชื้อเอช ไอ วี ได้ ปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อเอช ไอ วี พอสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะความเป็นอยู่ของประชากร จำนวนประชากรที่อยู่กันอย่างแออัด โดยเฉพาะในเขตเมือง
2. ลักษณะการแสดงออกทางขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม โดยเฉพาะวัฒนธรรมการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมทางเพศ
3. ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่ยากจนการให้บริการ สาธารณสุขที่ไม่ดีพอและไม่ทั่วถึง การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

นอกจากนี้ประเทศที่มีแหล่งท่องเที่ยว แหล่งค้ายาเสพติด มีสถานให้บริการท่องเที่ยวสถานอาบอบนวด และสถานเริงรมย์ต่าง ๆ โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ ๆ ทำให้อยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมดังกล่าว หรือผู้ที่เข้ามาท่องเที่ยวในกลุ่มประเทศเหล่านี้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

#### ระยะฟักตัว

เมื่อสัมผัสโรคแล้ว โดยทั่วไปส่วนใหญ่จะเริ่มปรากฏอาการของโรคเอดส์ หลังจากนั้น 3-5 ปี หรือนานกว่านั้น และมีบางส่วนที่เริ่มแสดงอาการภายหลัง ได้รับเชื้อ 6 เดือน เนื่องจากเชื้อไวรัสเอดส์ที่เข้าสู่ร่างกายและยังสงบอยู่ไม่มีการเพิ่มจำนวน หรือมีการเพิ่มในจำนวนไม่มาก ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่แสดงอาการ แต่ถ้าไวรัสเพิ่มจำนวนมากทำลายเม็ดเลือดขาวที่ป้องกันการติดเชื้อก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้

#### อาการและอาการแสดง

ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์จะมีการแสดงออกเป็น 3 ระยะ คือ (โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข 2532 : 6)

1. ระยะไม่ปรากฏอาการหรือเรียกว่าระยะติดเชื้อไวรัสเอดส์โดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV Infection) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติ ในระยะ 2 - 3 สัปดาห์ หลังการติดเชื้อบางรายอาจมีอาการคล้าย ๆ เป็นหวัด มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ เป็นอยู่ไม่กี่วันก็จะหายไปเองโดยไม่ต้องรับการรักษา หลังการติดเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ จะตรวจพบเลือดเอดส์บวก ระยะนี้ผู้ป่วยจะยังไม่แสดงอาการของโรคเอดส์ แต่เป็นระยะที่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้

2. ระยะที่ปรากฏอาการเริ่มแรก หรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex =A.R.C.) ผู้ป่วยจะเริ่มปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ และมักจะเป็นอาการเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ เช่น

- ◆ อาการต่อมน้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันเป็นเวลานาน 3 เดือน ซึ่งเป็นไปอย่างถาวรไม่ใช่ยุบ ๆ โต ๆ มักเป็นต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณคอ รักแร้ และขาหนีบ โดยหาสาเหตุการโตไม่ได้ พวกนี้หากได้ติดตามดูต่อไปถึง 5 ปีมักพบว่าจะดำเนินไปเป็นโรคเอดส์หรือระยะเอดส์เต็มขั้นได้

- ◆ น้ำหนักตัวลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม โดยไม่มีสาเหตุภายใน 3 เดือน
- ◆ อูจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 3 เดือน โดยไม่มีสาเหตุ
- ◆ มีฝ้าที่ลิ้นและในลำคองานเกิน 3 เดือน
- ◆ มีไข้สูงกว่า 37.8 องศาเซลเซียสเป็นพัก ๆ เรื้อรังติดต่อกันเกิน 3 เดือน
- ◆ มีอาการของโรคเริ่ม (Herpes Simplex) ลูกกลม และเรื้อรังนานเกิน 3 เดือน

ผู้ป่วยระยะนี้สามารถแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่นได้ บางส่วนของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการลูกกลมเข้าสู่ระยะโรคเอดส์ได้ บางส่วนถึงแก่กรรมเนื่องจากการติดเชื้อฉวย โอกาสรุนแรงมากขึ้น

3. ระยะโรคเอดส์ ระยะนี้จะมีอาการดังได้กล่าวมาแล้วในระยะเวลาที่ 2 และจะมีอาการที่เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่นแบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา พยาธิร่วมด้วย ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ดังนี้

- ◆ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดบวม ปอดอักเสบ วัณโรค ผู้ป่วยจะมีอาการมีไข้ ไอเรื้อรัง หายใจหอบเหนื่อย และเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยโรคเอดส์มักจะเสียชีวิตจากโรคปอดบวมมากกว่าการติดเชื้อในระบบอื่น

- ◆ การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีการท้องเดินเรื้อรังจากการติดเชื้อโรคอื่น ๆ ซึ่งปกติไม่ทำให้เกิดโรค มีอาการกลืนอาหารลำบาก การติดเชื้อราหลอดอาหาร หรือเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก ทำให้เป็นฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปากและอาจลูกกลมไปถึงต่อมทอนซิลได้

- ◆ การติดเชื้อในระบบประสาท ทำให้มีอาการสมองอักเสบ และเซลล์ประสาทเสื่อม เกิดอาการความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ชัก อัมพาต พูดซ้าลง เคลื่อนไหวช้า คิดคำพูดไม่ค่อยออก มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดซึมหรือเป็นโรคจิตประสาท บางคนมีอาการปวดศีรษะมาก แขนขา ไม่มีแรง

◆ เกิดอาการทั่ว ๆ ไป เช่น ต่อมมน้ำเหลืองทั่วไปโต อ่อนเพลียมาก น้ำหนักลดมาก มีไข้เรื้อรัง หรือเกิดอาการของโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือดฝอย มีผื่นจ้ำคล้ายหูดเลือดตามร่างกาย หรือตุ่มแดงจัดจนถึงม่วงคล้ำ

นอกจากโรคเอดส์จะมีผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้มีความวิตกกังวล เพราะเมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคจะมีความกลัวความเจ็บป่วย กลัวถูกทอดทิ้ง เป็นที่รังเกียจของสังคม กลัวตาย บางรายประสบปัญหาทางสังคม เช่น ถูกให้ออกจากงาน ต้องแยกจากครอบครัวและญาติมิตร ทำให้เกิดความเศร้าโศก บางรายถึงกับฆ่าตัวตาย บางรายกินไม่ได้ นอนไม่หลับ สุดท้ายร่างกายทรุดโทรมหนัก จนทำให้ถึงแก่กรรมได้รวดเร็วกว่าที่ควรจะเป็น

### การวินิจฉัยโรค

แพทย์จะใช้การวินิจฉัยโรคประกอบกันดังนี้

1. การวินิจฉัยโรคที่บ่งบอกถึงภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่องเช่น การเพาะเชื้อ การตัดชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อหาเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาส หรือหาเซลล์มะเร็งบางชนิดในผู้ป่วยมาประกอบอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยด้วย

2. การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่องซึ่งได้แก่

- ◆ การตรวจคุเฮลเปอร์ ที-เซลล์ในเลือดจะมีจำนวนลดลง
- ◆ การตรวจดูอัตราส่วนของที เฮลเปอร์ ต่อที ซัพเพรสเซอร์จะได้ค่าต่ำกว่า 1
- ◆ ทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนังโดยใช้แอนติเจนต่าง ๆ เช่น Purified Pritein

Derivation (P.P.D.), Streptococcus antigen , Candida Albican, Tetanus และ Trichophyton rubrum toxoid ผู้ป่วยโรคเอดส์จะไม่มีปฏิกิริยาต่อแอนติเจน คือได้ผลลบต่อการทดสอบทั้ง 5 อย่าง แต่ในคนปกติจะได้ผลบวกอย่างน้อย 1 ใน 5 อย่าง

3. การเพาะเชื้อไวรัสเอดส์ได้จากเลือด น้ำอสุจิ น้ำลาย

4. การตรวจน้ำเหลืองหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอดส์ โดยวิธี ELISA test (enzyme Link Immunsorbent Assay) เป็นวิธีที่แพร่หลายซึ่งถ้าตรวจพบภูมิคุ้มกันแสดงว่ากำลังติดเชื้อโรคเอดส์ เลือดได้ผลบวกหรือที่เรียกว่า “Sero - positive” จะต้องตรวจซ้ำอีกครั้ง โดยวิธีเดิมหรือทดสอบเพิ่มเติมหาแอนติบอดีที่เรียกว่า “Western Blot” ถ้าได้ผลบวกทั้งสองอย่าง แสดงว่ามีเชื้อเอดส์และบุคคลนั้นสามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้

ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ต่อเมื่อ

1. ผู้ป่วยจะต้องมีผลการตรวจน้ำเหลือง พบแอนติบอดีต่อเชื้อเอดส์

2. ผู้ป่วยต้องมีโรค ซึ่งบ่งบอกถึงความบกพร่องของภูมิคุ้มกันแบบ Cellular Immuno Deficiency ซึ่งได้แก่ โรคติดเชื้อประเภทฉวยโอกาสและมะเร็งบางประเภท

#### การรักษา

ยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง และได้ผลต่อการทำให้ภูมิคุ้มกันที่บกพร่องหรือเสื่อมไปกลับมีขึ้นมาใหม่ได้ ปัจจุบันทำได้เพียงการรักษาตามอาการของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เนื่องจากภูมิคุ้มกันเสื่อม ได้แก่ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ โรคมะเร็ง ส่วนการรักษาโรคเอดส์นั้นยังอยู่ในระหว่างการทดลองยา ซึ่งยาแต่ละตัวที่ใช้รักษานั้นมีอาการข้างเคียงมาก และยาที่ใช้รักษาในปัจจุบันพอจะแยกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ยาต้านไวรัสเอดส์ (Antiviral Drugs) จากการทดลองสามารถหยุดหรือชะลอการจำลองตัวเพื่อเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น และยังมีอาการข้างเคียงต่อไตมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาติดต่อกันได้นานที่มีใช้กันคือ

1.1 A.Z.T. (Azidothymidien) เป็นยาที่ทำให้ไวรัสเอดส์ไม่สามารถแบ่งตัวได้ โดยไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Reverse Transcriptase แต่ยานี้ยังไม่สามารถกำจัดไวรัสเอดส์ให้หมดไปจากร่างกายได้ นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงคือ ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซีด และยายังมีราคาแพงมาก ในประเทศไทยมีขายกันราคาประมาณเม็ดละ 71 บาท ขนาดยาที่ใช้คือ 3.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 4 ชั่วโมง หรือ 200 – 300 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมง (วันละ 6 มื้อ) โดยให้ยาติดต่อกันไปทุกวัน

1.2 Ribavirin ใช้ได้เช่นเดียวกับ A.Z.T.

1.3 Suramin เป็นยาที่สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Reverse Transcriptase ของไวรัสเอดส์ได้ในหลอดทดลองเมื่อนำมาใช้กับคนแล้วมีผลข้างเคียงมาก

1.4 HPA-23 เป็นยาที่สถาบันปาสเตอร์ในกรุงปารีสพัฒนาขึ้นมาใช้ ยานี้ช่วยป้องกันการแบ่งตัวของไวรัส โดยสกัดกั้นการส่งข่าวสารของเชื้อไวรัสระดับยีนส์ ทำให้จำนวนไวรัสในกระแสเลือดลดลง แต่ไม่ได้ทำให้โรคนี้นหายไปได้ และยังมีผลข้างเคียงคือ ทำให้เกิดความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด

1.5 ยาอื่น ๆ ที่ทดลองใช้ยังมี Ansamysin, Cycloporin A. ,Alpha interferon, Dideoxycytidine ซึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จ

2. การรักษาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน (Immune System Repair and Replacement)

2.1 โดยการเปลี่ยนไขกระดูก (Bone Marrow Transplantation) แต่ก็ยังไม่ทำให้เซลล์ทีเซลล์ และซัพเพรสเซอร์ ทีเซลล์ ปกติขึ้นมาได้ เพราะเชื่อกันว่าไวรัสเอดส์ได้ทำลายระบบภูมิคุ้มกันอย่างถาวร จนไม่สามารถที่จะเสริมสร้างขึ้นมาใหม่ได้

2.2 ใช้ Interleukin II และ Interferon Gamma เป็นสารซึ่งสกัดได้จากเม็ดเลือดขาวของคนปกติ พบว่าสามารถที่จะกระตุ้นให้ เซลล์ทีเซลล์ กลับมาทำหน้าที่บ้างในระยะแรก ๆ แต่ก็ถูกไวรัสเอดส์ทำลายต่อไปได้อีก ดังนั้นจึงไม่สามารถที่จะทำให้สัดส่วนของ เซลล์ทีเซลล์ กับซัพเพรสเซอร์ ทีเซลล์ กลับสู่ปกติได้

2.3 IMREG สกัดมาจากเม็ดเลือดขาว คุณสมบัติคล้าย Interleukin II แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่าสามารถกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดที่จะต่อสู้กับไวรัสเอดส์ได้ โดยเฉพาะ Cytomegalovirus

อย่างไรก็ดี แม้หลาย ๆ ประเทศจะหาทางรักษายับยั้งไวรัสเอดส์จนเต็มความสามารถแต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ปัจจุบันจึงต้องใช้ยาที่มีอยู่ไปก่อนโดยใช้ควบคู่กัน ไปทั้ง 2 ชนิด คือยาด้านไวรัสเอดส์และเสริมภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย ขณะเดียวกันก็พยายามค้นหาการรักษาต่อไป รวมทั้งพยายามที่จะผลิตวัคซีนป้องกันโรคด้วย แต่ไวรัสเอดส์ไม่เหมือนไวรัสชนิดอื่น มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและน่ากลัวมากคือ สามารถจำลองตัวเอง (Duplicate) ได้รวดเร็วและกลายพันธุ์ (Mutate) ได้เรื่อย ๆ โดยการเปลี่ยนแปลงผนังห่อหุ้มตัวเอง (Outer coat ซึ่งเป็นส่วนประกอบจำเป็นในการทำวัคซีน) ได้เป็น 500 - 1,000 เท่า ด้วยเหตุนี้เองความพยายามที่จะผลิตวัคซีนจึงประสบอุปสรรคอย่างมาก นักวิทยาศาสตร์จึงมุ่งที่จะศึกษาค้นคว้าว่าผนังห่อหุ้มในส่วนของไวรัสเอดส์ที่ถูกขัดขวางแล้วไม่สามารถกลายพันธุ์ได้อีก

### การป้องกันโรคเอดส์

เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใด ๆ ที่รักษาโรคเอดส์ได้หายขาด และจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ๆ ในสังคมก็จะมีเป็นจำนวนมาก อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกวัน หากไม่ได้รับการควบคุมดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นกลวิธีในการยับยั้งมิให้โรคเอดส์แพร่กระจายต่อไปได้คือ มาตรการป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์

วิธีการป้องกันโรคเอดส์สำหรับบุคคลทั่วไปมีหลักที่สำคัญ 2 ประการคือ การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการติดต่อทางเลือดหรือน้ำเหลือง

## 1. การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.1 ซื่อสัตย์ต่อสามี ภรรยา หลีกเลี่ยงหรือลดจำนวนการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มิคุ้นเคยกับคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จัก หรือชาวต่างชาติ หญิงหรือชายที่ขายบริการทางเพศ หรือบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เกย์ ผู้ติดยาเสพติด

1.2 ถึงแม้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศจะช่วยป้องกันโรคเอดส์ได้แต่ก็ไม่สามารถป้องกันได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของถุงยาง การเลือกถุงยางอนามัยควรเป็นถุงยางที่บรรจุอย่างดีในกล่องที่มีวันเดือนปีที่ผลิตให้เห็นชัดเจน และได้ผ่านการทดสอบมาตรฐานทุกครั้ง การผ่านการทดสอบมาตรฐานเป็นบางครั้งแสดงว่าถุงยางอนามัยนั้นมีความปลอดภัยไม่สม่ำเสมอ ก่อนซื้อควรดูให้มีคำว่าลาเท็กซ์ (Latex) เพราะถุงยางชนิดนี้ไม่มีรูเหมือนถุงยางที่ทำจากหนังแกะ (Lamb skin) หรือเนื้อเยื่อตามธรรมชาติ (Natural Membrane) อื่น ๆ ควรเลือกถุงยางที่มี น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น โน้น็อกซินอล ถ้าใช้น้ำยาหล่อลื่นต้องใช้ชนิดที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ ไม่ใช่ชนิดที่น้ำมันเป็นส่วนประกอบ (Petroleum base jelly or cold cream or baby oil) เพราะจะทำให้ถุงยางฉีกขาดง่าย และขาดคุณสมบัติในการป้องกันการติดเชื้อ สิ่งที่สำคัญต้องใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

วิธีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง (นันทวัน ยันตะฉีก และคณะ, 2535)

### 1. การเลือกใช้ถุงยางอนามัยควรคำนึงถึง

- การใช้ถุงยางอนามัยที่ผลิตใหม่และไม่หมดอายุ โดยดูวันที่ผลิต (ไม่เกิน 3 ปี)

หรือวันหมดอายุที่บริเวณซอง

- ซองไม่ชำรุดหรือมีรอยฉีกขาด
- เลือกใช้ขนาดที่เหมาะสม ถ้าขนาดเล็กไปจะฉีกขาดง่าย หรือขนาดใหญ่ไป

ก็จะหลุดง่าย

### 2. วิธีใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

- ใช้ถุงยางอนามัยขณะที่อยู่ระยะเพศแข็งตัว
- หลังจากตรวจสอบว่าถุงยางอนามัยไม่หมดอายุ ซองไม่มีรอยฉีกขาด ฉีกมุม

ซอง โดยระวังไม่ให้เล็บมือเกี่ยวถุงยางอนามัยเด็ดขาด

- บีบปลายถุงยางอนามัยเพื่อไล่อากาศออก
- -roll ม้วนขอบ ถ้าถูกทางจะรูดออกง่าย
- สวมถุงยางอนามัยแล้ว รูดให้ขอบถุงยางอนามัยสุดถึง โคนอวัยวะเพศ



3. หลังเสร็จกิจถอดถุงยางอนามัย โดยใช้กระดาษชำระพันโคนถุงยางก่อนที่จะถอด หากไม่มีกระดาษชำระต้องไม่ให้มือสัมผัสกับด้านนอกของถุงยาง ควรตั้งนิยฐานว่าด้านนอกของถุงยางอาจปนเปื้อนเชื้อโรคเอดส์แล้ว

4. ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วให้ทิ้งในถังขยะหรือเผา

1.3 หลีกเลี่ยงการร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะผนังทวารหนักบาง และอ่อนแอ ฉีกขาดได้ง่าย โอกาสรับเชื้อมีมากถ้าเกิดการฉีกขาด

1.4 หลีกเลี่ยงการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ของคุณอน เพราะเชื้ออาจผ่านจากน้ำอสุจิหรือน้ำในช่องคลอดเข้าสู่แผล หรือรอยถลอก หรือเยื่อเมือกในปากได้ และควรหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ร่วมเพศร่วมกัน

## 2. การป้องกันการติดต่อทางเลือดหรือน้ำเหลือง

2.1 หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดรอยเจาะของผิวหนังร่วมกัน ถ้าสิ่งนั้นไม่ทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องเสียก่อน เช่น เข็มฉีดยา กระจกฉีดยา เครื่องมือเจาะหู เครื่องใช้ในการเจาะสักผิวหนัง และเข็มที่ใช้ในการฝังเข็ม เป็นต้น

2.2 หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดของผู้มีเชื้อโรคเอดส์ เช่น กรรไกรตัดเล็บ มีดโกน แปรงสีฟัน หรือของมีคมอื่น ๆ เป็นต้น

2.3 งดเว้นการฉีดยาโดยไม่จำเป็น ถ้าเกิดการเจ็บป่วยควรรับบริการรักษาในสถานบริการของรัฐหรือเอกชนที่ถูกกฎหมาย งดเว้นการฉีดยากันเอง หรือการฉีดยาโดยหมอเถื่อน

2.4 รับบริจาคเลือด หรืออวัยวะจากสถานที่ที่มั่นใจว่าผ่านการตรวจเชื้อโรคเอดส์แล้วเท่านั้น

2.5 อย่าทดลองยาเสพติด ถ้าติดยาเสพติดแล้วอย่าเปลี่ยนเป็นชนิดอื่น หากใช้ชนิดอื่นอยู่แล้วควรพยายามหรือเปลี่ยนการใช้ยาเสพติดจากชนิดหนึ่งเป็นชนิดอื่น หากยังจำเป็นต้องใช้อยู่อีกต่อไป ควรป้องกันโดยไม่ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ควรทำให้แน่ใจว่าเข็มและกระบอกฉีดยานั้นได้ผ่านการทำลายเชื้อแล้วอย่างถูกวิธีก่อนที่จะนำไปใช้

2.6 อย่าให้เลือด (ซึ่งหมายรวมถึงเลือดประจำเดือนของผู้หญิง) น้ำอสุจิ น้ำปัสสาวะ น้ำหลังในช่องคลอด หรืออุจจาระของผู้มีเชื้อโรคเอดส์ผ่านเข้าไปในปาก ช่องคลอด ทวารหนัก เยื่อเมือก (mucous membrane) เยื่อตา หรือสัมผัสกับผิวหนังที่มีบาดแผล

### แนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Framework

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ยึดหลัก PRECEDE Framework ของ Lawrence W. Green และคณะ (Green, et al., 1999) มาใช้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ ฤกษ์งามยามดีของนักเรียนชายในวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดตาก

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากสาเหตุอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

**กลุ่มที่ 1** กลุ่มนี้มีแนวความคิดว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล (intra individual causal assumption) ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

**กลุ่มที่ 2** แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (extra individual causal assumption) กลุ่มนี้มีแนวความคิดว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมีสาเหตุจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างของสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

**กลุ่มที่ 3** แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (multiple causal assumption) กลุ่มนี้มีแนวความคิดว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ในแนวคิดกลุ่มที่ 3 นี้ จะนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม และพยายามหาทางแก้ไขปัญหา โดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน จากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้ ได้สรุปว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ

- ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการด้านสาธารณสุข
- โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- ความรู้
- องค์ประกอบทางด้านประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบความคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคล และนอกตัวบุคคลของกรีนและคณะ (Green, et al., 1999) มาเป็นกรอบในการวิจัย PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก

Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/ecological Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพศึกษามีแนวคิดที่ว่า

1. พฤติกรรมสุขภาพของคนเรานั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย
2. ในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะต้องวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมเสียก่อนเพื่อทราบถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดวิธีการทางสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจากผลลัพธ์ (outcome) ที่ต้องการ หรือนัยหนึ่งคือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ แล้วพิจารณาถึงสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลการวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1-2** การวิเคราะห์ทางสังคมและระบาดวิทยา เป็นการวิเคราะห์ขั้นตอนแรก โดยเริ่มจากการประเมินถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลหรือสังคมนั้น ๆ ว่าอยู่ในสภาพอย่างไร และมีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องบ้าง โดยแบ่งเป็นปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางสุขภาพอนามัย ซึ่งในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนใด ๆ ต้องให้ความสำคัญในสองปัจจัยนี้เพราะนับเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย และสำหรับการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพนั้น จะนำปัจจัยปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยมาเป็นจุดตั้งต้นในการวิเคราะห์ย้อนเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องต่อไป

**ขั้นตอนที่ 3** การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม จากปัจจัยปัญหาทางด้านสุขภาพที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล และสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขภาพ จะให้ความสนใจในประเด็นของสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ ส่วนองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมได้แต่เป็นสิ่งที่ช่วยในการปรับเปลี่ยน สนับสนุน พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือบุคคลอื่น อิทธิพลขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของบุคคล ชี้ให้เห็นว่างานสุขภาพที่เน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง จำเป็นต้องพิจารณาสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งหลักคั้นเหล่านี้้อาจจะเป็นระดับประเทศ ระดับภาค ระดับชุมชน หรือระดับองค์กรที่เล็กลงมา

**ขั้นตอนที่ 4-5** การวิเคราะห์ทางการศึกษา ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อ

นำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพ โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

### 1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor)

หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพึงพอใจของตัวบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งความพึงพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการสุขภาพด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม และเป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิดร่วมประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่า พฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านคือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพหรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บปวด ทรมาน การเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ
3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่ามากกว่าราคาและสิ่งต่าง ๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงออก

**ค่านิยม** หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะต้องวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

**ทัศนคติ** หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

## 2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor)

หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะเวลา และสิ่งที่สำคัญคือ การหาได้ง่าย (available) และความสามารถในการเข้าถึง (accessibility) สิ่งของที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น ปัจจัยเอื้อนี้เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้าน

- Skill (ทักษะ) ต้องการให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ
- Resource (มีแหล่งทรัพยากร) เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ
- Health service (มีแหล่งบริการ) ความยากง่าย ในการเข้าถึงบริการ

## 3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor)

หมายถึง แรงเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคน/บุคคล/กลุ่มบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องการยอมรับ/ไม่ยอมรับ พฤติกรรมสุขภาพนั้น เช่น จะทำอะไรต้องคิดหน้า คิดหลัง ถึงคนที่เกี่ยวข้อง เช่น พ่อ แม่ ลูก สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำ ชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่ถูกควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองเช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลเหล่านี้ก็แตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้

พฤติกรรมหรือการกระทำสิ่งต่าง ๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ดังกล่าวมาแล้ว คือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้น ในการวางแผนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมใด ๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์ และเทคนิคในการดำเนินงานสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสม และความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน จะต้องคำนึงถึงการผสมผสานหลายเทคนิค หลายกลวิธีทางด้านสุขศึกษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

**ขั้นตอนที่ 6** การวิเคราะห์ระบบการบริหารโครงการต่าง ๆ (Phase 6: Administrative Diagnosis) ในขั้นตอนนี้ จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลในด้านบวก คือทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงกันข้ามคือกลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินการสุขศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ ไม่น้อยไปกว่าขั้นตอนนี้ และจะต้องมีการวิเคราะห์ และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้าน เหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

**ขั้นตอนที่ 7** การประเมินผล (Evaluation) ขั้นตอนนี้จะปรากฏอยู่ในทุกๆ ขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มวางแผน โดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนไว้ตั้งแต่เริ่มแรกและต่อเนื่องกันไป ต้องมีการกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจน การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือการประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้ จะเป็นการดำเนินงานในระยะยาว

## พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น

### ความหมาย

วัยรุ่น (adolescent) ในภาษาลาตินมีความหมายว่าเจริญเติบโตไปสู่ภาวะ นั่นคือ เป็นวัยเริ่มเข้าสู่ผู้ใหญ่ โดยยึดถือความพร้อมทางร่างกายเป็นเครื่องตัดสิน วัยนี้มีความเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและความรู้สึกนึกคิด โดยเฉพาะมีความคิดอยากเป็น

อิสระ และเรียนรู้ความผิดพลาดด้วยตนเองมากกว่าที่จะเรียนรู้จากคำสั่งสอน ถ้าหากได้รับการขัดขวางไม่ให้ปฏิบัติในสิ่งที่วัยรุ่นต้องการ มักมีผลทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจและหาทางออกในทางที่ผิด ๆ เช่น หนีออกจากบ้าน คမ်းสุรา นอกจากนี้อาจมีการตัดสินใจอย่างวู่วาม และแสดงออกทางด้านอารมณ์อย่างรุนแรงและรวดเร็ว เช่น การฆ่าตัวตาย เป็นต้น (สุชา จันท์ธรม, 2536)

วัยรุ่น ถือเป็นระยะของช่วงชีวิตที่คั่นกลางระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (สุชา จันท์ธรม, 2536)

1. วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) โดยเด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 13-15 ปี และเด็กชายจะมีอายุระหว่าง 15-17 ปี ในวัยนี้วัยรุ่นทั้งสองเพศจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจิตใจและความคิด การเจริญเติบโตทางด้านร่างกายระยะนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย กล่าวคือ เด็กชายจะมีการพัฒนาการเกี่ยวกับหน้าที่ทางเพศ สามารถหลั่งน้ำอสุจิได้ จะมีประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขอดทนทางเพศ อันอาจทำให้เกิดความสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง สำหรับเด็กหญิงจะมีการพัฒนาการทางเพศคือมีประจำเดือน หน้าอกและสะโพกขยายใหญ่ขึ้น ส่วนการพัฒนาทางด้านอารมณ์และจิตใจนั้น โรเจอร์ (Roger, 1972) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์รุนแรง การแสดงออกซึ่งอารมณ์ต่าง ๆ จะเป็นไปโดยเปิดเผยตรงไปตรงมา อารมณ์ต่าง ๆ เช่น อารมณ์รัก อารมณ์โกรธ เกิดง่ายเปลี่ยนแปลงง่าย

2. วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 16-18 ปี ชายจะมีอายุระหว่าง 18 -19 ปี วัยรุ่นตอนกลางจะเป็นช่วงที่เริ่มแยกจากครอบครัว ทำตัวห่างเหินกับสมาชิกในครอบครัว เริ่มรวมกลุ่มกับเพื่อนวัยเดียวกันและเพศเดียวกันมากขึ้น จากลักษณะเพศที่ปรากฏอย่างชัดเจน ทำให้สำนึกในความแตกต่างระหว่างเพศ ช่วงนี้บางคนจะ “ติดกลุ่มเพื่อน” มาก จนอาจละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบในบ้านที่ได้รับมอบหมาย จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวหรือกับผู้ใหญ่ นอกจากนี้วัยรุ่นยังเริ่มคิดกันที่จะไม่ให้ผู้ใหญ่มายุ่งเกี่ยวในเรื่องส่วนตัว เริ่มมีการแยกตัวจากผู้ใหญ่มากขึ้น คบกับเพื่อนมากขึ้น แต่ลักษณะการคบเพื่อนในวัยนี้ยังไม่จริงจังถาวรอาจเปลี่ยนเพื่อนไปเรื่อย ๆ ตามความพอใจในแต่ละระยะ (ปราณี รามสูตร, 2528)

3. วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 19-21 ปี และเด็กชายจะมีอายุระหว่าง 20-21 ปี วัยรุ่นตอนปลายร่างกายทุกส่วนเจริญเติบโตเต็มที่ บ่งบอกความเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ น้ำหนักและส่วนสูงเพิ่มขึ้น โครงกระดูกใหญ่โตและสมบูรณ์เต็มที่ ในช่วงนี้กล้ามเนื้อเจริญเติบโตและแข็งแรงเต็มที่ อวัยวะภายใน เช่น หัวใจ ปอด และกระเพาะอาหารจะเจริญเต็มที่แบบผู้ใหญ่ ดังนั้นวัยรุ่นจะรับประทานอาหารได้มากจึงมักถูกเรียกว่าวัยกำลังกินกำลังนอน ในด้านการเคลื่อนไหวทั่วไปเริ่มมีจังหวะดีขึ้นเพราะเผชิญกับภาวะเปลี่ยนแปลงของร่างกายมานานพอสมควร จนเริ่มปรับตัว

ได้กับการเปลี่ยนแปลง (ปราณี รามสูตร, 2528 ) อาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นตอนปลายนี้จะมีลักษณะแบบผู้ใหญ่มากขึ้นเริ่มแยกอารมณ์เป็นประเภท ๆ ได้ชัดเจน ไม่สับสนวุ่นวาย เช่น อารมณ์รัก อารมณ์สุข ความรู้สึกซาบซึ้ง ความมีน้ำใจต่อผู้อื่น ความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ หรือรู้สึกเป็นปมด้อยความรู้สึกผิด ความรู้สึกเศร้า ความวิตกกังวล และความกระวนกระวาย เป็นต้น (Roger, 1972)

โดยทั่วไปพัฒนาการที่สำคัญของวัยรุ่นมีดังนี้

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย (physical development) วัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางด้านร่างกายรวดเร็วมาก อัตราการเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างรวดเร็วนี้ประมาณได้ว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50.0 และส่วนสูงเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 25.0 (Sidney, 1977) เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก หน้าอกและสะโพกเริ่มขยาย เด็กชายจะมีเสียงแตกพร่า มีการหลั่งน้ำอสุจิเวลาหลับ วัยรุ่นส่วนใหญ่จึงมุ่งความสนใจไปที่ตัวเอง พิจารณาลักษณะของตนที่เปลี่ยนไป ถ้าการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีสังคมยอมรับวัยรุ่นจะสบายใจแต่ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่เป็นที่พอใจของวัยรุ่น วัยรุ่นจะเกิดความวิตกกังวล มีพฤติกรรมแปลก ๆ ที่อาจเป็นปัญหาต่อไป เช่น วัยรุ่นที่รู้สึกตัวว่าอ้วนมากเกินไปจะพยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีการอดอาหารหรือกินยาลดความอ้วนซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉวีวรรณ สุขพันธ์โพธาราม, 2527)

2. พัฒนาทางบุคลิกภาพและทางสังคม (personality & social development) วัยรุ่นจะมีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะทำให้ตนเป็นที่ยอมรับนับถือของเพื่อน ๆ และบุคคลในสังคม วัยรุ่นจะพยายามอย่างสุดความสามารถเพื่อจะเอาชนะใจเพื่อนฝูง ดังจะสังเกตได้จากการแต่งตัวที่พิถีพิถันเป็นพิเศษ การเอาใจใส่ในกริยาท่าทางของตัวเองและบุคคลในครอบครัวที่มากขึ้นเป็นพิเศษ ในบางกรณีวัยรุ่นต้องการให้ผู้ใหญ่ยอมรับว่าตนเป็นผู้ใหญ่ และจากการที่วัยรุ่นเป็นช่วงต่อระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะกลายเป็นลักษณะรูปร่าง สังคม หรือความคิด ทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตน บางครั้งวัยรุ่นอยากเป็นเด็กเพราะไม่ต้องรับผิดชอบอะไร แต่บางครั้งก็อยากเป็นผู้ใหญ่ที่มีอิทธิพลต่างๆ ในสังคม ความสับสนนี้ทำให้วัยรุ่นจับกลุ่มกันเอง สร้างลักษณะเฉพาะของกลุ่มมีค่านิยมของกลุ่ม จะเข้าหากกลุ่มเพื่อนซึ่งมักจะเป็นเพื่อนเพศเดียวกัน ซึ่งการเข้าหากกลุ่มเพื่อนนี้จะช่วยให้เกิดความไม่เป็นอิสระจากครอบครัว และในขณะเดียวกันก็อาจถูกเพื่อนชักจูงให้ลองทำสิ่งทีอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพและอนาคต มีการศึกษาถึงผลของแรงกดดันชักจูงของเพื่อน (peer pressure) ในเด็กอายุ 10-14 ปี พบว่า มากกว่าร้อยละ 50.0 ของวัยรุ่นตอนต้นที่ถูกคำชักชวนและแรงท้าทายใจจากเพื่อน ได้ทดลองทำพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด การขับรถด้วยความเร็วสูง เป็นต้น (จันทิตา พุกษานานนท์, 2538)



3. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา (intellectual development) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว สามารถคิดหาเหตุผลในด้านต่าง ๆ เพื่อหาทางแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ วัยรุ่นจะมีความจำดีวิเคราะห์เหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ลักษณะพัฒนาการทางสติปัญญาของวัยรุ่นพอสรุปได้ดังนี้

3.1 เป็นวัยแห่งการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง มีสมาธิดี มีการสังเกตลองกระทำหรือลองผิดลองถูกในการแก้ปัญหา

3.2 เป็นวัยแห่งการสร้างจินตนาการและทัศนคติที่ดีงาม เช่น ทัศนคติทางประชาธิปไตย สังคมค่านิยม

3.3 เป็นวัยแห่งการคิดอย่างมีเหตุผล มีความเชื่อมั่น มีระบบพิจารณาใคร่ครวญตามแนวคิดที่เป็นหลักของตน มีความสามารถเรียนรู้ทักษะต่างๆ ได้ดี เป็นวัยที่เหมาะสมในการศึกษาพัฒนาความสามารถในทุกด้าน อีกทั้งยังเริ่มเข้าใจในสิ่งที่ป็นนามธรรมได้ดีอีกด้วย

3.4 เริ่มคิดถึงอนาคต และรู้จักสำรวจตนเองว่าเหมาะสำหรับอาชีพใด มีการตัดสินใจในการคบเพื่อน การเข้าสังคมและการเลือกคู่ครอง (สุชา จันทรเอม, 2536.)

จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ จิตใจ สังคม แต่ยังคงขาดประสบการณ์ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมเนื่องจากวุฒิภาวะทางอารมณ์ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวตามมา

### การปรับตัวของวัยรุ่น

#### ความหมายของการปรับตัว (adjustment)

ลาซารัส (Lazarus, 1969) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับเรื่องของการปรับตัว (adjustment) ว่ามีจุดเริ่มต้นมาจากการปรับตัวทางชีววิทยาเรียกว่า adaptation ซึ่งเป็นความคิดพื้นฐานทางทฤษฎีวิวัฒนาการของดาร์วิน ที่เชื่อว่าเผ่าพันธุ์ที่แข็งแรงเท่านั้น จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และสามารถดำรงเผ่าพันธุ์อยู่ได้ นักจิตวิทยาได้ยืมเอาความคิดนี้มาใช้แล้วใช้คำว่า adjustment แทนคำว่า adaptation

นักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายท่าน เช่น พจนานุกรมทางพฤติกรรมศาสตร์ (Stephen, 1989) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นความสัมพันธ์ที่สอดคล้องระหว่าง

สภาพแวดล้อมกับความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อสนองความต้องการและความสัมพันธ์ที่กลมกลืนเช่นเดียวกับสภาพแวดล้อม

โคลแมน และแฮมเมน (Coleman & Hammen, 1981) กล่าวว่า การปรับตัวหมายถึง ผลของความพยายามของบุคคลที่พยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าจะปัญหานั้นจะเป็นปัญหาด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการ หรือด้านอารมณ์ ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมจนเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น ๆ ได้

บราวน์ เบร์เรียน รัสเซล และเวลล์ (Brown, Berrien, Russel, & Wells, 1966) กล่าวว่า การปรับตัวหมายถึง การที่บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับตนเองและโลกภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความพึงพอใจและความสามารถที่จะเผชิญและยอมรับความจริงของชีวิต

จากคำจำกัดความของการปรับตัวที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนี้ พอจะสรุปได้ว่า การปรับตัว หมายถึง การปรับและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลให้สอดคล้องกลมกลืนกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของตนเอง

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีภาวะการปรับตัวสูงเนื่องจากต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และประสบการณ์ใหม่ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ของตนเองและบุคลิกภาพ ทักษะ ค่านิยม การสร้างมิตรภาพ การพัฒนาการทางอารมณ์และสังคม นอกจากนี้ต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคม และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ถ้าวัยรุ่นสามารถปรับตัวได้ดีก็จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่วัยรุ่นโดยส่วนใหญ่แล้วมักจะมีปัญหาเกิดขึ้นมากมายในขณะที่มีการปรับตัว เนื่องจากประสบกับความล้มเหลวในการปรับตัว ทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมตามมา เช่น การไม่เข้าใจกันระหว่างวัยรุ่นกับผู้ใหญ่ ถ้าเกิดปัญหาในลักษณะรุนแรงมากขึ้นจะทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่รุนแรงตามมา เช่น ปัญหายาเสพติดให้โทษ ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งล้วนเป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของวัยรุ่นทั้งสิ้น ดังนั้นวัยรุ่นจึงนับเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวความคิดที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับสุขภาพ ความเชื่อที่ผิด ๆ เช่น คิดว่าการเป็นลูกผู้ชาย แสดงออกด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เที่ยวหญิงบริการทางเพศ เล่นการพนัน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวล้วนแล้วแต่มีโทษต่อสุขภาพทั้งสิ้น โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เที่ยวหญิงบริการทางเพศ มีผลต่อสุขภาพทางกายอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น การเป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มะเร็งหรือโรคกระเพาะอาหาร และการติดเชื้อโรคเอดส์จากการเที่ยวหญิงบริการทางเพศ (กองโรคเอดส์, 2538) ฉะนั้น พฤติกรรม ต่าง ๆ จึงเป็นพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นทั้งสิ้น

## พฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นชาย

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่สุดระยะหนึ่งของชีวิต เป็นระยะที่เด็กมีปัญหาต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม (สุชา จันทรเอม, 2536) โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลายเป็นระยะที่เด็กวัยรุ่นสนใจในเรื่องเพศ สนใจเพศตรงข้าม อยากรู้ อยากทดลองเกี่ยวกับเรื่องเพศ ประกอบกับสังคมไทยในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก เนื่องจากอารยธรรมตะวันตกแพร่เข้ามามีอิทธิพลต่อความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของเด็กวัยรุ่น จนทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดความคิดอิสระและประพฤติดนเองอย่างเสรีเกี่ยวกับเรื่องเพศมากขึ้น

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นชายในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและนักเรียนอาชีวศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประเภทของหญิงที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยและการใช้ถุงยางอนามัย การศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่ผ่านมาจะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น 2 ช่วง คือในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526-2533 และช่วงหลังจากปี พ.ศ.2533 เป็นต้นมา ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นชาย ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526-2533 ส่วนใหญ่ของการศึกษา พบว่าเด็กวัยรุ่นชายประมาณร้อยละ 50.0-53.0 เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (ชลอศรี แดงเปี่ยม และประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2526 ; ระวีวรรณ วุฒิประสิทธิ์, 2526 ; จุฑามาศ นุชนารถ, 2531 ; นฤมล รัตนไพจิตร, 2533 ; ศุภจรี วิจิวัฒน์, 2533 ; สุพักตร์ วาณิชเสณี และขจิต ชูปัญญา, 2533)

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่ในช่วงหลังปี พ.ศ.2533 เป็นต้นมานั้น พบว่าเด็กวัยรุ่นชายร้อยละ 23.8-37.9 ยังคงมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (อังสนา บุญธรรม, 2535 ; อัญชลี คติอนุรักษ์, 2535 ; จุฑารัตน์ จุฑรอด และพรชัย สิริปัญญา, 2537 ; บุญนัญญา เลาหะทองทิพย์ และคณะ, 2542 ; Kantawang, 1994)

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายในเขตภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นเด็กวัยรุ่นชายในเขตเมืองหรือเขตชนบท ในช่วงปี พ.ศ. 2526-2533 พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กวัยรุ่นชายเคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และตั้งแต่ในช่วง

หลังปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา พบว่าการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายมีแนวโน้มลดลงจนเหลือครึ่งหนึ่งของในอดีต

2. อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ.2526-2533 พบว่าเด็กวัยรุ่นชายส่วนใหญ่ร้อยละ 74.2 – 93.8 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยเด็กวัยรุ่นชายอายุ 16-17 ปี เป็นกลุ่มอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (ร้อยละ 55.0) และอายุต่ำสุดที่เด็กวัยรุ่นชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์คืออายุ 13 ปี (ร้อยละ 2.8) ( ระวีวรรณ วุฒิประสิทธิ์, 2526 ; สุมาลี โพธิ์ทอง, 2528 ; สุพักตร์ วาณิชเสณี และขจิต ชูปัญญา, 2533 )

ส่วนการศึกษาหลังจากปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมานั้น พบว่าแนวโน้มของเด็กวัยรุ่นชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น กล่าวคือเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 15-16 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ร้อยละ 46.4-64.3 กลุ่มอายุ 13-14 ปี เป็นกลุ่มอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์รองลงมา ร้อยละ 15.2-28.4 (อังสนา บุญธรรม, 2535 ; อัญชลี คตอินทร์, 2535 ; จุฑารัตน์ สติรปัญญา, 2537 ; Kantawang, 1994 ; บุญนัญ เลาะห์ทองทิพย์ และคณะ, 2542)

จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของเด็กวัยรุ่นชายมีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น

3. ประเภทของหญิงที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย การศึกษาในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526-2533 พบว่าเด็กวัยรุ่นชายมักมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.0-86.0 (ชลอศรี แดงเปี่ยม และประยงค์ ถิมตระกูล, 2526 ; ระวีวรรณ วุฒิประสิทธิ์, 2526 ; สุมาลี โพธิ์ทอง, 2528 ; ศุภจรี วชิริวัฒน์, 2533 ; )

หลังจากปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมานั้น พบว่าเด็กวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศลดลง แต่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศมากขึ้นประมาณร้อยละ 61.1-71.2 (อัญชลี คตอินทร์, 2535 ; จุฑารัตน์ จุลรอด และพรชัย สติรปัญญา, 2537 ; นิภา มนูญปิฎ, 2535 ; อังสนา บุญธรรม, 2535 ; บุญนัญ เลาะห์ทองทิพย์ และคณะ, 2542 ; Kantawang, 1994)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526-2533 เด็กวัยรุ่นชายส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ แต่หลังปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมาพบว่าเด็กวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศมากขึ้น แต่ก็ยังมีเด็กวัยรุ่นชายบางส่วนที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ

4. การใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่นชาย การศึกษาในช่วงตั้งแต่ปี 2526-2533 มีการรายงานเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่นชายเป็น 2 ลักษณะกล่าวคือ รายงานว่าเด็กวัยรุ่นชายใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศมากกว่าการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

กับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศร้อยละ 40.1-50.8 (สมชาย ลักขณานุรักษ์, 2527 ; สุมาลี โพธิ์ทอง, 2528 ; นฤมล รัตนไพจิตร, 2533 ; สุพักตร์ วาณิชเสณี และขจิต ชูปัญญา, 2533 ) นอกจากนี้ยังมีรายงานเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่นชายในลักษณะที่กล่าวถึงความสม่ำเสมอของการใช้ถุงยางอนามัยแต่ไม่ได้กล่าวถึงประเภทของคู่นอนที่เด็กวัยรุ่นชายใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ด้วย ซึ่งพบว่านักเรียนวัยรุ่นชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 5.0-28.0 ใช้บางครั้งร้อยละ 24.0-34.4 และไม่ใช่เลยร้อยละ 48.0-60.5 (สุมาลี โพธิ์ทอง, 2528 ; สุพักตร์ วาณิชเสณี และขจิต ชูปัญญา, 2533 )

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่นชายหลังปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมามีรายงานเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่นชายในแนวทางเดียวกัน กล่าวคือรายงานเด็กวัยรุ่นชายที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศมากกว่าใช้กับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศ ร้อยละ 39.4-62.0 ของวัยรุ่นชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศทุกครั้ง และใช้กับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศทุกครั้งเพียงร้อยละ 14.2-25.0 (อัญชลี คตอินุรักษ์, 2535 ; ธนพรรณ ฟองศิริ และคณะ, 2536 ; กิตติ พุฒิกานนท์, 2537 ; Kantawang, 1994 )

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่นชายดังกล่าว ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526-2533 นั้น พบว่าครึ่งหนึ่งของเด็กวัยรุ่นชายที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศแต่ไม่สม่ำเสมอ และหลังปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมาจะเห็นได้ว่าเด็กวัยรุ่นชายใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศมากกว่าใช้กับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศ โดยมีแนวโน้มว่าเด็กวัยรุ่นชายใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศเพิ่มมากขึ้น ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศ เช่น เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงและหญิงคนรัก ยังคงมีน้อย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นชายที่กล่าวมาแล้วนั้น พอสรุปได้ว่าเด็กวัยรุ่นชายมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ทั้งกับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศและหญิงบริการทางเพศ โดยปัจจุบันเด็กวัยรุ่นชายมีแนวโน้มของประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศมากขึ้น มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศลดลง และอายุที่เด็กวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มลดลง ซึ่งการที่เด็กวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์สูง ดังนั้นเด็กวัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคเอชไอวี ซึ่งการติดเชื้อโรคเอชไอวีจากการมี

เพศสัมพันธ์ของเด็กวัยรุ่นชายนั้นไม่ได้เกิดจากการเที่ยวหญิงบริการทางเพศเพียงอย่างเดียว ในสังคมปัจจุบันประเด็นที่น่าวิตกก็คือการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงคนรัก หรือหญิงอื่นที่ไปพบปะกันตามสถานที่ต่าง ๆ โดยมีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ซึ่งจะทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้มาก

นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่นชายที่ผ่านมา ทำให้ทราบถึงเหตุผลการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่นชาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความกลัวการติดเชื้อเอดส์ พบว่าเหตุผลที่ทำให้เด็กวัยรุ่นชายใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง คือ ความกลัวการติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ร้อยละ 44.2-70.3 (กิตติ พุฒิกานนท์, 2537 ; วัฒนา วุฒิวรรณ, 2532 ; Brown, DiClemente, & Park, 1992)

2. ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า เหตุผลที่ทำให้เด็กวัยรุ่นชายใช้ถุงยางอนามัย คือมีความเชื่อว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 33.6-40.2 (สุมาลี โพธิ์ทอง, 2528 ; วัฒนา วุฒิวรรณ, 2532 ; ) ในทางตรงกันข้าม ถ้ามีความเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้ลดความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมือนธรรมชาติ ทำให้หลังซ้าและขาดอารมณ์สนุกในการมีเพศสัมพันธ์ จะเป็นสาเหตุให้ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (บุปผา ยุ้นแจ่ม และ อัจฉรา อ่วมเครือ, 2536 ; วัฒนา วุฒิวรรณ, 2532 ; อังสนา บุญธรรม 2535)

3. การรับรู้ประโยชน์ของถุงยางอนามัย จากการศึกษาเหตุผลของการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่นชายใช้ถุงยางอนามัยเพราะรับรู้ว่าจะสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนาได้ร้อยละ 17.9-58.3 (สุมาลี โพธิ์ทอง, 2528 ; กอบกาญจน์ มัทธโน, 2539 ; Hingson, Strunin, Berlin, & Heeren, 1990) ถุงยางอนามัยใช้ได้สะดวก ไม่ยุ่งยาก และไม่ทำให้ความสนุกทางเพศลดลง (DiClemente, Drubin, Siegel, Krasnovsky, Lazarus, & Comacho, 1992)

4. ความสะดวกในการได้รับถุงยางอนามัย พบว่าเหตุผลการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ของเด็กวัยรุ่นชายคือ หาซื้อได้ง่าย ได้รับถุงยางอนามัยฟรี และการมีถุงยางอนามัยติดตัว ร้อยละ 7.5, 6.8, และ 20.9 ตามลำดับ (กิตติ พุฒิกานนท์, 2537)

จากการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าความกลัวการติดเชื้อเอดส์ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการใช้ถุงยางอนามัยและการรับรู้ประโยชน์ของถุงยางอนามัยร่วมกับเชื่อว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคเอดส์ได้ ตลอดจนความสะดวกในการได้รับถุงยางอนามัย เป็นเหตุผลที่ทำให้เด็กวัยรุ่นชายใช้ถุงยางอนามัย