

ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
(The second generation HIV surveillance)
โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ในกลุ่มพนักงานบริการ (FSW venue base)
ในพื้นที่ ๑๒ จังหวัด ของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๗

ผู้เขียน

นายสหภาพ

พูลเกษร

สำนักกระบาดวิทยา

นายถนอม

นามวงษ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

พิมพ์ครั้งที่ ๑

พฤษภาคม ๒๕๕๔

จำนวน

๑๐๐ เล่ม

จัดทำโดย

ฝ่ายพัฒนาระบบและมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๙๖ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๘๔



supported by
Investing in our future
The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria



สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

โทร.๐๒ - ๕๙๐๑๗๘๗ โทรสาร.๐๒-๕๙๐๑๗๘๔

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	๔
Abstract	๕
บทนำ	๘
- วัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวัง	๙
- นิยามศัพท์	๑๐
- ประโยชน์ที่จะได้รับ	๑๑
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๑๒
วิธีการดำเนินการวิจัย	๕๗
๑. กลุ่มประชากรและขนาดตัวอย่าง	๕๗
๑.๑ เกณฑ์การเข้าร่วมโครงการที่เป็นตัวตั้งต้นและผู้ถูกคัดเลือก	๕๗
๒ การสุ่มตัวอย่าง	๕๘
๓ เกณฑ์ในการคัดหญิงขายบริการคัดออก	๕๘
- ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป	๖๙
- ส่วนที่ ๒ อัตราการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม	๗๑
- ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ	๘๓
๔ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือในการจัดเก็บข้อมูล	๕๙
๕ สรุปผลการศึกษา	๖๙
● ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป	๗๐
● ส่วนที่ ๒ อัตราการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม	๗๒
● ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ	๘๕
๖ อภิปรายผล	๘๗
๗ ข้อเสนอแนะ	๘๘
๘ เอกสารอ้างอิง	๘๙
๙ โครงสร้างตัวแปรในโปรแกรมแบบสอบถามIBBS สำหรับพนักงานบริการ	๘๙
๑๐ ภาคผนวก	๙๔

ตารางที่ ๑	ลักษณะด้านประชากรที่เก็บข้อมูล จำแนกเป็นพนักงานบริการตรงและแฝงปี๒๕๕๗	๖๙
ตารางที่ ๒	รายได้ อายุ และระยะเวลาของกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ปี ๒๕๕๗	๗๐
ตารางที่ ๓	ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม ปี ๒๕๕๗	๗๑
ตารางที่ ๔	อัตราของการติดเชื้อเอชไอวี แยกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๗	๗๓
ตารางที่ ๕	อัตราของการติดเชื้อหนองใน แยกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๗	๗๔
ตารางที่ ๖	อัตราของการติดเชื้อหนองในเทียม แยกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๗	๗๕
ตารางที่ ๗	การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานบริการในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	๗๗
ตารางที่ ๘	ประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา ปี ๒๕๕๗	๗๗
ตารางที่ ๙	พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์พนักงานบริการตรงและแฝงปี ๒๕๕๕	๗๘

ตารางที่ ๑๐	พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าประจำ ปี ๒๕๕๗	๗๘
ตารางที่ ๑๑	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ประเภทต่างๆพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าจร ปี ๒๕๕๗	๗๙
ตารางที่ ๑๒	พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของพนักงานบริการกับชายอื่นหรือกิ๊ก ปี ๒๕๕๗	๘๐
ตารางที่ ๑๓	พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคนรักปี ๒๕๕๗	๘๑
ตารางที่ ๑๔	พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มพนักงานบริการ ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ปี ๒๕๕๗	๘๒
ตารางที่ ๑๕	อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ปี ๒๕๕๗	๘๓
ตารางที่ ๑๖	ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ ปี ๒๕๕๗	๘๔

รูปที่ ๑	กราฟเปรียบเทียบการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม ปี๒๕๕๕ , ปี๒๕๕๗	๗๕
รูปที่ ๒	กราฟเปรียบเทียบการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม พนักงานบริการตรง จำแนกรายจังหวัด ปี๒๕๕๗	๗๖
รูปที่ ๓	กราฟเปรียบเทียบการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม พนักงานบริการแฝง จำแนกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๗	๗๖

คำนำ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จจากการรับมือกับปัญหาเอดส์ที่แพร่ระบาดในช่วงปี ๒๕๓๓ -๒๕๔๓ รวมถึงการสร้างระบบการเฝ้าระวังประจำปี เพื่อติดตามกลุ่มประชากรสำคัญที่จะทำให้โรคเอดส์แพร่ระบาด ซึ่งมุ่งเน้นในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศที่ทำงานในสถานบริการ ซึ่งอยู่ในระบบการเฝ้าระวัง เพื่อการวิเคราะห์แนวโน้มของอุบัติการณ์ และหาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในปัจจุบันกำลังมีสัญญาณเตือนที่บอกว่าการแพร่ระบาดของเอชไอวี อาจจะกลับมาอีกครั้งหนึ่ง นั่นคือการเปลี่ยนแปลงธุรกิจการขายบริการทางเพศในประเทศไทย มาเป็นรูปแบบการขายบริการทางเพศนอกสถานบริการ ทำให้มีความท้าทายต่อความสำเร็จ ซึ่งประเทศไทยยังขาดระบบการแจ้งเตือนแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศในสถานบริการ ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะต้องพัฒนาวิธีการสุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศในสถานบริการ เข้าไปในระบบการดำเนินงานเฝ้าระวังที่สามารถช่วยบอกได้ทั้งพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและความชุกต่อการติดเชื้อ ของเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สำนักกระบวนวิชา จึงได้พัฒนาโครงการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศที่ทำงานในสถานบริการ เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อนำร่องและประเมินความเป็นไปได้ของการใช้วิธีดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังสำหรับกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ที่ทำงานในสถานบริการและมีรูปแบบการขายบริการทางเพศที่แตกต่างกันในประเทศไทย

ดังนั้นสำนักกระบวนวิชาจึงได้จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มพนักงานบริการที่ทำงานในสถานบริการ ทั้งตรงและแฝง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และขอขอบพระคุณในทุกๆ ภาคส่วนของการมีส่วนร่วมไว้ ณ โอกาสนี้

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค

พฤษภาคม ๒๕๕๗

Abstract

Abstract: Integrated HIV/STI Biological and Behavioral Surveillance among Female Sex Workers Using Handheld Computer in ๑๒ Provinces in Thailand: Results from a Survey in ๒๐๑๔ Sahaphap poonkesorn* Tanom Numvong** * Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, **Yasothon Provincial Health Office Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control has developed an integrated HIV/ sexually transmitted infection (STI) biological and behavioral surveillance (IBBS) among female sex workers (FSW) in order to collect information which can explain the relationship between HIV and sexually transmitted infections with behaviors in a more comprehensive way. The first survey was performed in ๑๒ provinces in ๒๐๑๐. The second survey was repeated in ๒๐๑๓, using handheld computer to collect behavior data. Research method The sample selection was divided into ๓ cases using the same sampling method. But calculated separately for service personnel with latent. In the case of ๑ province, there is a sample size. less than the calculated number of samples To conduct surveillance data collection on all sex workers. without random. Case ๒ If there is no district in the province with the number of direct service personnel and service personnel greater than the calculated sample size number to collect data in the district with the highest number of sex workers first and then select other districts to carry out additional data collection until the number of samples is obtained complete according to the calculated sample size. Case ๓, a province has service personnel in one district greater than the calculated sample size. Surveillance tools This is a behavioral questionnaire associated with HIV infection. Classified by nationality of the surveillance population by interview. The collected data was divided into ๔ sections. Data analysis. Initially, data from the behavioral questionnaire associated with HIV infection was used to examine the completeness of the questionnaire. and record data into the program of the Bureau of Epidemiology Data were analyzed by using the collected data and arranging the characteristics of disease distribution, incidence by person, time, place and interpretation to find correlation between behavior and test results. By analyzing the data according to the indicators, descriptive statistics were used that were appropriate to the nature of the data among the sample groups in all provinces. The overall infection prevalence in this report is presented using median data from provinces. This report aims to describe the results of the second survey. FSW in the survey were ๑๕-๔๙ years old. Blood and urine samples were collected to test for HIV infection and sexually transmitted infection including Neisseria gonorrhea and Chlamydia trachomatis. Subjects responded to self-administered questionnaire using handheld computer. There were ๓,๒๕๔ FSWs participated in the survey. Of these, ๑,๑๐๓ (๓๓.๙%) were direct FSW and ๒,๑๕๑ (๖๖.๑%) were indirect FSW. The average age was ๒๘.๗+๙ years old. Aggregated rates of HIV,

Neisseria gonorrhea and Chlamydia trachomatis infection were ๑.๙, ๔.๒ and ๑๘.๑% respectively. For behavior data, ๕๘.๕% of FSW knew and used to receive distributed condoms and ๘๘.๘% had experience of HIV testing during the last one year before survey. ๙๒.๑% reported using condom in their last sex act. Data on condom used in every sex act during the past month was ๙๕.๒% with regular customer, ๙๗.๐ with periodic customer, ๗๕.๙% with other men and ๒๗.๓% with husband or boyfriend. The results of the survey showed lowering trend of HIV infection in FSW comparing to the ๒๐๑๐ results while in Neisseria gonorrhea and Chlamydia trachomatis infections, the trends had been highly ๔๑ increased. This increasing trend may be the effect from low rates of condom used with other men and husband or boyfriend. It is recommended that the STI control program must be strengthened in this group of population in order to get a better outcome in controlling the diseases.

Keywords: Surveillance system, HIV infection rate, sexually transmitted infection rate, behavior related to HIV infection, Female sex worker

บทคัดย่อ

สำนักกระบวนวิทยาการควบคุมโรคได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อม ๆ กับพฤติกรรม ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายสถานการณ์การระบาดของเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น โดยได้ดำเนินการสำรวจใน ๑๒ จังหวัด เป็นครั้งแรกในปีพ.ศ.๒๕๕๓และต่อมาได้สำรวจซ้ำอีกในปีพ.ศ.๒๕๕๗โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล ด้านพฤติกรรม รายงานฉบับนี้เป็นการนำเสนอผลกาสำรวจครั้งที่๒ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๗ พนักงานบริการหญิงในพื้นที่สำรวจมีอายุระหว่าง๑๕-๔๙ ปีจัดเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเก็บตัวอย่างปัสสาวะ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคหนองใน (Neisseriagonorrhea)และโรคหนองในเทียม (Chlamydiatrachomatis)และตอบแบบสอบถาม โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือด้วยตนเอง วิธีดำเนินการวิจัย การเลือกตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กรณี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมือนกัน แต่คำนวณแยกพนักงานบริการตรงกับแฝง กรณีที่ 1 จังหวัดมีขนาดตัวอย่างน้อยกว่าจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังในหญิงขายบริการทางเพศทุกคน โดยไม่ต้องทำการสุ่ม กรณีที่ 2 หากในจังหวัดไม่มีอำเภอใด ที่มีจำนวนพนักงานบริการตรงและพนักงานบริการมากกว่าจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอ ที่มีจำนวนหญิงขายบริการทางเพศมากที่สุดก่อน แล้วจึงเลือกอำเภออื่นๆ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม จนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่าง ครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ กรณีที่ 3 จังหวัดมีพนักงานบริการในอำเภอใดอำเภอหนึ่ง มากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวัง เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามสัญชาติของกลุ่มประชากร ที่เฝ้าระวัง โดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่รวบรวมแบ่งเป็นส่วนๆ 8 ส่วน การวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มจากนำข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี มาตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปของสำนักกระบวนวิทยา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเรียบเรียงให้เห็นลักษณะของการกระจาย การเกิดโรค ตามบุคคล

เวลา สถานที่ และแปลผล เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลตรวจต่างๆ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดใช้สถิติเชิงพรรณนาที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างรวมทุกจังหวัด และการนำเสนอความชุกการติดเชื้อภาพรวมในรายงานนี้จะใช้ค่ามัธยฐาน (Median) จากข้อมูลรายจังหวัด.

ผลการสำรวจพบว่า มีพนักงานบริการหญิงเข้าร่วมในการสำรวจ ๓,๒๕๔ คน เป็นพนักงาน บริการหญิงตรง ๑,๑๐๓ คน (ร้อยละ ๓๓.๙) พนักงานบริการหญิงแฝง ๒,๑๕๑คน (ร้อยละ ๖๖.๑) อายุเฉลี่ย ๒๘.๗+๙ ปี อัตราความชุก ของการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวม เท่ากับ ร้อยละ๑.๙การติดเชื้อโรคหนองใน ร้อยละ๔.๒และโรคหนองในเทียม เท่ากับ ร้อยละ๑๘.๑ ผลการสำรวจในด้านพฤติกรรม ฯ พบว่า พนักงานบริการหญิง ร้อยละ ๕๘.๕ ทราบและเคยได้รับแจกถุงยางอนามัยในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๘๘.๘ ประสพการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๙๒.๑ มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย โดยมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา กับลูกค้าประจำ ร้อยละ ๙๕.๒ กับลูกค้าขาจร ร้อยละ ๙๗.๐ กับชายอื่น ร้อยละ ๗๕.๙ และกับสามีหรือคนรัก ร้อยละ ๒๗.๓ ผลการเฝ้าระวังได้ชี้ให้เห็นว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับ การสำรวจ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๓ ส่วนอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน และโรคหนองในเทียมกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการที่มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่เพศสัมพันธ์ที่เป็นชายอื่นหรือ สามีหรือคนรัก ในระดับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ถือเป็นเรื่อง เร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มนี้ให้ได้ผลมากขึ้นต่อไป

บทนำ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จจากการรับมือกับปัญหาเอดส์แพร่ระบาดในช่วงปี 2533-2543 รวมถึงการสร้างระบบการเฝ้าระวังประจำปี เพื่อติดตามกลุ่มประชากรสำคัญที่จะทำให้โรคแพร่ระบาด รวมทั้งมีการรับมืออย่างเข้มแข็งจากหลายหน่วยงาน นโยบายโครงการถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมุ่งเน้น ที่ธุรกิจการขายบริการทางเพศ ได้รับการยกย่องให้เป็นแบบอย่างที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี โดยการวิเคราะห์แนวโน้มของอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ (จากผู้ขายบริการทางเพศที่มารับบริการที่คลินิก) และหาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (จากการสำรวจตรวจเลือดในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ ในสถานบริการการ) การสนับสนุนโครงการเหล่านี้ปรากฏผลสำเร็จอย่างชัดเจนและน่าชื่นชม อุตการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง พร้อมกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ที่ลดลงด้วย (จันทน์ช ทองศิริ, ๒๕๕๕)

การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ใช้ในการติดตามการระบาดของเชื้อเอชไอวีของประเทศ โดยเริ่มมีการดำเนินงานเฝ้าระวังครั้งแรกในเดือนมิถุนายน ปี 2532 โดยสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีทั้งหมด 14 จังหวัดและได้ดำเนินการทั่วประเทศ (76 จังหวัด) ในปีถัดมาการดำเนินงานเฝ้าระวังดังกล่าวนี้เป็นลักษณะการดำเนินงานแบบภาคตัดขวาง ใช้วิธีการสุ่มสถานบริการ แบบเป็นกลุ่ม ถึงแม้ว่าผลการเฝ้าระวังแสดงถึงการประสบความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แต่เมื่อพิจารณาโครงสร้างของการบริการสุขภาพและผลการเฝ้าระวังในระบบอื่นๆ และการสำรวจที่เฉพาะเจาะจง พบว่าลักษณะระบาดวิทยาของเชื้อเอชไอวีอยู่ในสภาพที่น่ากังวลเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ด้วยพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ขยายวงกว้างไปถึงกลุ่มพนักงานบริการทางเพศที่ทำงานนอกสถานบริการแล้ว

จากข้อมูลผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเฝ้าระวังพฤติกรรมสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Integrated Biological and Behavioral Surveillance - IBBS) ในกลุ่มพนักงานบริการ แบบมีสำนัก ใน 12 จังหวัด เปรียบเทียบ ระหว่างปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2557 พบว่ากลุ่มพนักงานบริการตรง และกลุ่มพนักงานบริการแฝง พบการติดเชื้อโรคหนองใน NG และการติดเชื้อโรคหนองในเทียม จากเชื้อ CT มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น(ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๓)

ในปี 2557 พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการตรง ร้อยละ 1.6 พนักงานบริการแฝง ร้อยละ 2.0 ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคหนองใน NG กลุ่มพนักงานบริการตรง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2.4 เป็น ร้อยละ 4.5 ส่วนความชุกของโรคหนองในเทียม CT กลุ่มพนักงานบริการตรง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 9.2 เป็นร้อยละ 17.7

ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคหนองใน NG กลุ่มพนักงานบริการแฝง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2.4 เป็น ร้อยละ 4.2 ส่วนความชุกของโรคหนองในเทียม CT กลุ่มพนักงานบริการแฝง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 11.1 เป็น ร้อยละ 20.0

หลักการสำคัญที่เป็นที่มาของ The second generation HIV Surveillance คือ การที่สภาวะการระบาดของปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในโลกได้ดำเนินมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้การติดตามเฉพาะความชุกของการติดเชื้อจะไม่เป็นสิ่งที่บ่งบอกทิศทาง การเปลี่ยนแปลงการระบาดได้ดีเหมือนช่วงแรกของการระบาด การผนวกรวมเอาการเก็บข้อมูลสองส่วนไว้ในกิจกรรมเฝ้าระวังเดียวกัน ได้แก่ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงของเอชไอวี และข้อมูลสถานะการติดเชื้อเอชไอวี จะนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น จากแนวคิดการบูรณาการทำให้เรียกชื่อการเฝ้าระวังแบบนี้ว่า The Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) (ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๓)

ข้อมูลส่วนที่เป็นสถานะการติดเชื้อเอชไอวีทราบได้จากการตรวจเลือด และข้อมูลส่วนที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การตอบแบบสอบถามในเรื่องพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (ทั้งพฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง) ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการการตรวจหาการติดเชื้อฯ นอกจากนี้ยังมีการตรวจปัสสาวะหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นทั้งสิ่งสะท้อนถึงระดับความเสี่ยงต่อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางอย่างยังเป็นปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย โดยประโยชน์ของการเฝ้าระวังนี้ สามารถปัจจัยหรือคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลการตรวจต่างๆ และจะสะท้อนถึงระดับวิทยาและลักษณะพฤติกรรมเสี่ยง ได้ดีกว่าข้อมูลความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว

เนื่องจากปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่ถูกต้องของพนักงานบริการ และที่ผ่านมายังขาดข้อมูลด้านนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมของกลุ่มนี้ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสามารถสำรวจได้โดยผ่านเทคโนโลยีเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ซึ่งทำให้การดำเนินการศึกษามีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จะสามารถทราบความเปลี่ยนแปลงทางระดับวิทยาของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งระดับวิทยาของความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการวางแผนควบคุมและ ป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรกลุ่มพนักงานบริการ (FSW venue base)

๒.๒ เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรกลุ่มพนักงานบริการ (FSW venue base)

๒.๓ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

๑. การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในประชากรกลุ่มพนักงานบริการที่มีสำนัก (FSW venue base) ทั้งพนักงานบริการตรง (Direct) คือมีการซื้อขายบริการกันในสำนักและมีเตียงรองรับการขายบริการภายใน เช่น ซ่อง โรงน้ำชา อาบอบนวด และพนักงานบริการแฝง (Indirect) คือมีการซื้อขายบริการกันภายในสำนักแต่

ไม่มีเตียงรองรับการขายบริการในสำนัก ต้องหาเตียงที่อื่น เช่น คาราโอเกะ พับ บาร์ ร้านอาหาร ร้านตัดผม

๒. ดำเนินการในพื้นที่ ซึ่งสุ่มเลือกเพื่อให้มีการกระจายของพื้นที่ศึกษาอย่างทั่วถึง จึงกำหนดให้สุ่มเลือกพื้นที่ ในแต่ละเขตสาธารณสุขเดิมปี ๒๕๕๗ ซึ่งเป็นการสุ่มเลือกจังหวัดโดยวิธี simple random sampling จาก ๑๒ เขต เขตละ ๑ จังหวัด รวม ๑๒ จังหวัด (โดยสุ่มจากจังหวัดที่ดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่) ดังนี้ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ลพบุรี ตราราชบุรี บุรีรัมย์ อุตรธานี ศรีสะเกษ นครสวรรค์ พิษณุโลก เชียงราย ภูเก็ต สงขลา

เป็นรูปแบบของการบูรณาการเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (IBBS) โดยวิธีการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี การเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นิยามศัพท์

- **พนักงานบริการ** หมายถึง หญิงที่ให้บริการทางเพศโดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทนไม่รวมกลุ่มพนักงานบริการที่ไม่สังกัดสถานบริการ และพนักงานบริการอิสระ (non-venue based)
- **พนักงานบริการที่ทำงานในสถานบริการตรง** หมายถึง หญิงที่ประกอบการขายบริการทางเพศในสถานที่ซึ่งลูกค้าเข้าไปและชำระเงินแล้วจะได้รับบริการทางเพศรวมอยู่ในนั้นเลย
- **พนักงานบริการที่ทำงานในสถานบริการแฝง** หมายถึง หญิงที่ประกอบการขายบริการทางเพศในสถานที่ซึ่งลูกค้าสามารถซื้อบริการอย่างอื่น หากจะซื้อบริการทางเพศต้องตกลงและจ่ายเงินเพิ่ม เช่น บาร์ ร้านอาหาร ไนท์คลับ เป็นต้น
- **สถานบริการ** หมายถึง สถานที่ที่มีการให้บริการโดยเปิดเผยแก่สาธารณะในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยมีการให้บริการทางเพศร่วมด้วย แบ่งเป็น ๒๑ ประเภทดังนี้

สำนักค้าประเวณี	โรงแรม	บังกาลี	เกสต์เฮาส์	โรงน้ำชา	บาร์เบียร์
บาร์อะโกโก้	บาร์จ้าว	ดิสโก้เธค	ไนท์คลับ	ผับ	คาราโอเกะ
ค็อกเทลเลาจ์	อาบอบนวด	นวดแผนโบราณ/สปา		ชาวน้ำ/พิตเนส	คอฟฟี่ช็อป
คาเฟ่	ร้าน / สวนอาหาร	ร้านเสริมสวย	ร้านตัดผมชาย		

นิยามศัพท์

- **สถานบริการตรง** หมายถึง สถานบริการที่มีการให้บริการทางเพศในสถานบริการนั้นๆ
- **สถานบริการแฝง** หมายถึง สถานบริการที่ไม่มีการให้บริการทางเพศในสถานบริการนั้นๆ

หมายเหตุ การพิจารณาสถานบริการใดเป็นสถานบริการตรงหรือแฝงขึ้นอยู่กับ
การพิจารณาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดนั้นๆ ในปี ๒๕๕๓ เปลี่ยนการใช้ศัพท์ จากสถานบริการ เป็น
สถานบริการเพื่อลดการแบ่งแยกตีตรา(discrimination and stigmatization)

ประโยชน์ที่จะได้รับ

๑. ทำให้ทราบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มพนักงานบริการ (FSW venue base) ทั้งตรงและแฝง

๒.๒ ทราบพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรกลุ่มพนักงานบริการ (FSW venue base) ทั้งตรงและแฝง ที่มีโอกาสติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพนักงานงานบริการ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ถามตอบด้วยตนเอง ในกลุ่มพนักงานบริการที่มีสำนัก (FSW venue base) ประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๗ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

๑. การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข
๒. โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๓. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๕. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

ความหมายของการเฝ้าระวังทางสาธารณสุข

การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (Public health surveillance) หมายถึง กระบวนการจัดเก็บ การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุข ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการ และการประเมินผลมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข (UNAIDS, UNICEF, ๒๐๐๔)

ระบบเฝ้าระวังแต่ละระบบจะให้ข้อความรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของระบบ นโยบายและวิธีการในการตัดสินใจของผู้บริหาร และแนวทางในการป้องกันและควบคุมปัญหาที่เกี่ยวข้อง โดยทั่วไป ข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวัง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้คือ

๑. เป็นเครื่องมือในการบอกระดับความสำคัญของปัญหา
๒. ศึกษาธรรมชาติของโรค
๓. ตรวจจับการระบาด
๔. เป็นเครื่องมือบอกการกระจายของปัญหาสาธารณสุขที่เฝ้าระวัง
๕. สร้างคำถามสำหรับงานวิจัย
๖. ทดสอบสมมุติฐานต่างๆ
๗. เป็นเครื่องมือในการประเมินผลมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข
๘. ใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงลักษณะของเชื้อโรค
๙. ใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของวิธีการรักษา
๑๐. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนต่างๆ

แม้ระบบเฝ้าระวังจะมีประโยชน์มากมาย แต่ระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว (โดยไม่มีมาตรการในการป้องกันและควบคุมปัญหา) ก็ไม่สามารถทำให้ปัญหาสาธารณสุขลดลงหรือหมดไปได้ ระบบเฝ้าระวังจะต้องถูกนำมาใช้ร่วมกับมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค ขณะเดียวกัน ถ้าดำเนินการควบคุมป้องกันและควบคุมโรคเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีระบบเฝ้าระวังสนับสนุน การป้องกันและควบคุมโรคก็จะไม่

สามารถดำเนินการไปได้อย่างเต็มประสิทธิภาพได้ เนื่องจากขาดข้อมูลสนับสนุน เปรียบได้กับ การทำสงคราม โดยไม่มีฝ่ายข่าวกรองคอยให้ข้อมูลสนับสนุน

การที่ระบบเฝ้าระวังจะสามารถทำงานสนับสนุนระบบการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุขได้ดี ระบบเฝ้าระวังจะต้องสามารถให้ข้อความรู้ที่รวดเร็ว แม่นยำ และตรงกับสถานการณ์จริง การประเมินระบบเฝ้าระวังเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ทำหน้าที่ดูแลระบบเฝ้าระวังเข้าใจข้อจำกัดและปัญหาของระบบเฝ้าระวัง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขระบบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และทำให้ระบบเฝ้าระวังสามารถให้ข้อความรู้ที่มีประโยชน์อย่างแท้จริง

ความเป็นมาระบบเฝ้าระวังปัญหาเอดส์

ปัจจุบันสังคมไทยรับรู้ได้ถึงภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี นับจากปี พ.ศ. ๒๕๒๗ เป็นต้นมา ความหวาดกลัว ความไม่รู้ ความกังวล ความท้าทาย ความช่วยเหลือ และเอื้ออาทร มีการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาจากมากลดลงจนเหลือน้อย และจากความรู้สึกด้านที่มีน้อย เปลี่ยนแปลงไปสู่ด้านเชิงบวกมากขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากระดับตัวบุคคลสู่ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศทางด้านลบได้บรรเทาเบาบางลง ด้วยความร่วมมือ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และสถาบันต่างๆ ในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของปัญหาเอดส์ ด้วยการระดมทรัพยากรต่างๆ มาสนับสนุน เกิดการเรียนรู้ที่เป็นประสบการณ์ ในการจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น แม้บางครั้งบางเวลาจะพบกับปัญหาวิกฤติทางการเงิน และ การเมือง ปัญหาสถานการณ์การระบาดของเชื้อ เอชไอวี แม้จะยังไม่หมดไปแต่ก็สามารถติดตามและรู้เท่าทัน ถึงโอกาสของการกลับมามีความรุนแรงอีกครั้ง จากข้อมูลทางระบาดวิทยาที่บ่งบอกเป็นสัญญาณเตือนภัย เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป และค่านิยมการใช้ชีวิตของวัยรุ่นซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหม่ที่ได้เกิดมาไม่ทันยุคที่มีการรณรงค์อย่างเข้มข้น กลุ่มประชากรวัยทำงานที่ทยอยกันเจ็บป่วย และอาจเข้าไม่ถึงการให้บริการป้องกัน ดูแล และรักษา ซึ่งมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ไปมาก สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านั้นเข้าสู่สภาพปกติ สามารถประกอบอาชีพได้ในชีวิตประจำวัน กลุ่มที่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริการ ที่ดูเหมือนว่าสามารถป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ จากการเปลี่ยนแปลง ลดพฤติกรรมเสี่ยงและใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น แต่ยังมีประชากรบางกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติด แรงงานข้ามชาติและที่ มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น (Report of AIDS situation in Thailand, ๒๐๐๖)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ถ้าไม่มีระบบการติดตามที่ดี และเหมาะสมในช่วงเวลาต่างๆ อาจทำให้ไม่สามารถ กำหนดแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ หน่วยงานต่างๆ ที่มีระบบบริการจะมีกระบวนการป้องกันควบคุมโรคแฝงอยู่กับระบบบริการด้วย เช่น มาตรการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหน่วยงานเหล่านั้น ได้แก่ ทั้งในส่วนของภาครัฐ เอกชน และ ส่วนบุคคล หรือ ชุมชนที่ดำเนินโครงการ ถ้าจะต้องมีการควบคุมกำกับดูแลการบริการ เหล่านั้นควรมีระบบติดตามที่ดีพอ และระบบนั้นใช้การได้ดีอย่างเพียงพอและเหมาะสมอีกด้วย

กองทุนโลกได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่ประเทศไทยในโครงการ CHAMPION ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๖ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ในประชากรที่เข้าถึงยาก ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญหนึ่งในสามข้อนั้นคือ การเสริมสร้างระบบข้อมูลยุทธศาสตร์ที่นำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงาน แผนงาน และ พัฒนานโยบายการทำงาน ในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง การให้ความสำคัญของข้อมูล ซึ่งเป็นที่เข้าใจกันดีว่า ข้อมูลที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นจะช่วยทำให้เข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริงของการระบาดของโรคเอดส์ และเอช

ไอวี ทำให้รู้ถึงปริมาณผลกระทบที่เกิดขึ้น และ รู้ถึงผลการตอบสนองจากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหาการระบาดของโรคโดย ข้อมูลที่ได้นั้น จะต้องมาจากระบบการบริหารจัดการที่ดีด้วย ความหลากหลายของข้อมูลเหล่านี้มาจากหลายระบบที่ดำเนินการในระดับประเทศ ระดับจังหวัด อำเภอ และ ตำบล โดยมีผู้รับผิดชอบในการพัฒนาระบบเหล่านี้ ทั้งที่อยู่ในระบบบริการติดตามผลการดำเนินงาน และมีระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ ซึ่งมีหน่วยงานต่างๆ เป็นเจ้าภาพหลัก และดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ(ควบคุมโรคติดต่อ, กรม ๒๕๕๗)

การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (Public health surveillance) หมายถึง กระบวนการจัดเก็บ การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุข ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการ และการประเมินผลมาตรการการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข

การเฝ้าระวังประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ๔ ประการ ได้แก่

๑. การเก็บรวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวกับการเกิดโรค หรือปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
๒. การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล
๓. การเผยแพร่ผลการวิเคราะห์และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการเฝ้าระวังให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับได้นำไปใช้ประโยชน์ต่อไป
๔. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ตามข้อความรู้ที่ได้จากการเฝ้าระวัง

ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

ระบบเฝ้าระวังนี้ อาศัยการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำ (Repeated survey) ในประชากรกลุ่มเป้าหมายเดิม (Same dynamic population) เป็นวิธีการในการเฝ้าระวัง ในระยะแรกได้ดัดแปลงวิธีการดำเนินงานจากข้อเสนอแนะของ Global Programme on AIDS (GQA) ซึ่งประยุกต์ใช้วิธีการตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ทางอุตสาหกรรมที่เรียกว่า Lot assurance (LQA) เป็นหลักในการสำรวจ (Unites States Agency, ๒๐๐๓)

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๓๒ ใน ๑๔ จังหวัด ใน ๘ กลุ่มประชากรเฝ้าระวัง ได้แก่ ผู้บริจาโลหิต ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หญิงตั้งครรภ์ ชายที่มารับตรวจหาโรค ผู้ที่เริ่มต้องโทษ/ชัง ผู้ที่จะพ้นโทษ/ชัง หญิงขายบริการทางเพศ และชายขายบริการทางเพศ ทำการตรวจสอบประชากรเฝ้าระวังจำนวน ๑๐๐-๒๐๐ คน ต่อกลุ่ม ต่อจังหวัด วิธีการตรวจสอบในระยะแรกเป็นการตรวจสอบโดยการบันทึกชื่อและชื่อสกุลของประชากรที่สำรวจ และให้มีการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยบัตรรายงาน ๕๐๖/๑ ด้วย แต่มี ๒ กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ ชายที่มารับตรวจหาโรค ที่ตรวจด้วยวิธี Unlinked anonymous กล่าวคือ เจ้าของเลือด ในระยะแรก ได้กำหนดให้ทำการสำรวจการติดเชื้อเอชไอวี ปีละ ๒ ครั้ง ในเดือนมิถุนายนและธันวาคมของทุกปี(Unites States Agency, ๒๐๐๓) การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับความสนใจจากผู้เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคเอดส์เป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการเฝ้าระวังนี้ ทำให้สามารถติดตามการแพร่ระบาดของปัญหาเอดส์ ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์ ในการสำรวจรอบที่ ๒ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขยายจังหวัดเฝ้าระวังเป็น ๓๑ จังหวัด และขยายครอบคลุมทั่วประเทศในเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๓๓ (รอบที่ ๓) (Unites States Agency, ๒๐๐๓)

แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาด เทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง มาตรฐานทางจริยธรรม และแนวทางการดำเนินการป้องกันและการควบคุมโรคอยู่เสมอ ดังเช่น การยกเลิกการระบุชื่อของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการสำรวจ การเพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการ

ใช้ถุงยางอนามัยของหญิงขายบริการทางเพศ การปรับลดการสำรวจให้เหลือเพียงปีละ ๑ ครั้ง และการปรับเปลี่ยนกลุ่มประชากรที่ทำการเฝ้าระวังให้เหมาะสม เป็นต้น

รายงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี เป็นกิจกรรมที่กรมควบคุมโรค ดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีหน้าที่ในการเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ส่งต่อข้อมูลไปยังส่วนกลาง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระดับจังหวัด สำนักงานควบคุมป้องกันโรคทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการ รับข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา เพื่อการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลระดับเขต และสำนักกระบาดวิทยาทำหน้าที่พัฒนาและกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานการเฝ้าระวัง รับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ และเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการเฝ้าระวัง

สำนักกระบาดวิทยา ดำเนินการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการตรงและแฝง ตั้งตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๒ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามแนวโน้มสถานการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี และมีการควบคุมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อให้พนักงานบริการเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถต่อรองให้ผู้ให้บริการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การดำเนินงานเชิงรุกเพื่อให้พนักงานบริการ เข้าถึงการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น (ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๓)

จากข้อมูลการสำรวจพนักงานบริการ พ.ศ. ๒๕๕๑ ในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงราย ของศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐอเมริกาด้านสาธารณสุข โดยวิธีการสุ่มแบบลูกโซ่ พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ ๒๐ และร้อยละ ๑๐ ตามลำดับ ความชุกของการติดเชื้อหนองในเทียมเท่ากับร้อยละ ๙ ทั้ง ๒ จังหวัด และหนองในแท้เท่ากับร้อยละ ๒ และ ๑ ตามลำดับ และพบแนวโน้มของการติดเชื้อซิฟิลิสในพนักงานบริการตรงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๑.๕ ในปี ๒๕๕๐ เป็นร้อยละ ๑.๘ ในปี ๒๕๕๑ จากการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ปี ๒๕๔๒-๒๕๕๑ (ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๓)

อัตราความชุก

นิยามและสูตรคำนวณ

อัตราความชุกของโรค (prevalence rate) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ทั้งเก่า และใหม่ต่อหน่วยประชากรที่จุดเวลาที่กำหนด (point) หรือช่วงระยะเวลาที่กำหนด (period) (ปรับปรุงเนื้อหาจากไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, ๒๕๕๓)

อัตราความชุกของโรค = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่จุดหรือช่วงเวลาที่กำหนด} \times k}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดที่จุดหรือช่วงเวลานั้น}}$

ความสำคัญ ความสำคัญของอัตราความชุกของโรค (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒) ได้แก่

๑. ใช้บอกชนิดและขนาดของปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่มีอยู่ในขณะนั้น แม้ว่าอัตราความชุกจะสะท้อน

ความรุนแรงของสถานการณ์โรคได้ไม่สิ้นนักเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์ แต่อัตราความชุกก็ยังช่วยได้ บอกว่าในขณะนั้นมีปัญหาด้านสุขภาพชนิดใดอยู่บ้างและยัง สะท้อนถึงขนาดปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคที่มีอยู่ว่ามีมากน้อยแค่ไหนได้โดยเฉพาะใน โรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค โรคเรื้อน

๒. เป็นแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขให้ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดสรร ทรัพยากรด้านต่างๆ ให้กับหน่วยบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การคำนวณค่าของงบประมาณ ของหน่วยงานต่างๆ ในแต่ละปี สำหรับใช้ในการดูแลรักษาโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องคำนวณจากความชุกของโรคที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่ ที่จะมีมีความชุกของโรคต่างๆ แตกต่างกัน เช่น อำเภอขนาดใหญ่ย่อมมีความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน

มากกว่าอำเภอ ขนาดเล็ก ดังนั้น จำนวนเงินที่ใช้ในการจัดซื้อยาเบาหวานและอุปกรณ์วัสดุในการตรวจ พันธุ์ยารัตนสุวรรณ ตำราโรคเบาหวาน ปรับปรุงล่าสุด ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

หลักการสำคัญที่เป็นที่มาของ The second generation HIV Surveillance คือ การที่สภาวะการระบาดของปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในโลกได้ดำเนินมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้การติดตามเฉพาะความชุกของการติดเชื้อจะไม่เป็นสิ่งที่บ่งบอกทิศทางการเปลี่ยนแปลงการระบาดได้ดีเหมือนช่วงแรกของการระบาด การผนวกรวมเอาการเก็บข้อมูลสองส่วนไว้ในกิจกรรมเฝ้าระวังเดียวกัน ได้แก่ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงของเอชไอวี และข้อมูลสถานะการติดเชื้อเอชไอวี จะนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น จากแนวคิดการบูรณาการทำให้เรียกชื่อการเฝ้าระวังแบบนี้ว่า The Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) (ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๓)

ข้อมูลส่วนที่เป็นสถานะการติดเชื้อเอชไอวีทราบได้จากการตรวจเลือด และข้อมูลส่วนที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การตอบแบบสอบถามในเรื่องพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (ทั้งพฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง) ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการการตรวจหาการติดเชื้อฯ นอกจากนี้ยังมีการตรวจปัสสาวะหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นทั้งสิ่งสะท้อนถึงระดับความเสี่ยงต่อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางอย่างยังเป็นปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย โดยประโยชน์ของการเฝ้าระวังนี้ สามารถปัจจัยหรือคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลการตรวจต่างๆ และจะสะท้อนถึงระบาดวิทยาและลักษณะพฤติกรรมเสี่ยง ได้ดีกว่าข้อมูลความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว.

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๑.๑ แนวความคิดที่เกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior)

จากการศึกษางานวิจัยของ(บรียงค์ พันธุสี และคนอื่น ๆ ๒๕๕๐) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำทุกอย่างของมนุษย์ไม่ว่า การกระทำนั้น ผู้กระทำจะทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ไม่ว่าคนอื่นจะสังเกตการกระทำนั้นได้หรือไม่ได้ก็ตาม และไม่ว่าการกระทำนั้นจะพึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ก็ตาม ดังนั้นการเดิน การยืน การคิด การตัดสินใจ การปฏิบัติตามหน้าที่ การละทิ้งหน้าที่ถือเป็นพฤติกรรมทั้งสิ้น(อติรัตน์ วัฒนไพลิน, ๒๕๕๑)

ประเภทของพฤติกรรม

ประเภทของพฤติกรรม การจัดประเภทของพฤติกรรมขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ที่ใช้จัดประเภท ในที่นี้จะใช้หลักการสังเกต หลักการรู้ตัว และหลักการยอมรับทางสังคมเป็นหลักเกณฑ์ในการจัด

๑. ใช้หลักการสังเกต การใช้หลักการสังเกตเป็นหลักเกณฑ์ในการจัดประเภทแล้ว

พฤติกรรมจะมี ๒ ประเภท คือ

๑.๑ พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตได้ หรือพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เช่น การเดิน การวิ่ง การอ่านหนังสือ พฤติกรรมประเภทนี้แบ่งตามวิธีการสังเกตได้ ๒ ลักษณะ คือ

๑.๑.๑ พฤติกรรมโมล่า (Molar Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตได้โดยตรงไม่ต้องอาศัยเครื่องมือใด ๆ ช่วย เช่น การเดิน การวิ่ง เป็นต้น

๑.๑.๒ พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) ได้แก่ พฤติกรรม ที่ต้องอาศัยเครื่องมือช่วยจึงจะสังเกตได้ เช่น ความดันโลหิต กระแสประสาท เป็นต้น

๑.๒ พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตไม่ได้หรือพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เช่น ความสนใจ การคิด การจำ การตัดสินใจ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นความในใจรู้ได้เฉพาะ เจ้าตัวเท่านั้น คนอื่นจะรู้เมื่อเจ้าตัวบอกหรือแสดงออกด้วยการกระทำให้ทราบ แต่ถ้าเจ้าตัวไม่บอกให้ทราบ เราต้องใช้วิธีสันนิษฐานจากการกระทำแทน เช่น ขณะที่ครูสอนอยู่หน้าชั้นมีนักเรียนคนหนึ่งหันหน้ามาทางครูตลอดเวลา ยกมือถามบ่อย ๆ ตอบคำถามครูเสมอและทำงานที่ครูมอบจนเสร็จ ครูก็จะสันนิษฐานจากการกระทำเหล่านี้ว่านักเรียนคนนั้นสนใจเรียน เป็นต้น

๒. ใช้หลักการรู้ตัวจัดประเภทพฤติกรรม จะแบ่งได้เป็น ๒ ลักษณะ ดังนี้

๒.๑ พฤติกรรมที่ผู้กระทำรู้ตัว และจงใจกระทำพฤติกรรมนั้น เช่น การยิ้ม การพูดคุย นักจิตวิเคราะห์ เช่น ฟรอยด์ (Freud) เรียกพฤติกรรมประเภทนี้ว่า พฤติกรรมจิตสำนึก (Conscious)

๒.๒ พฤติกรรมที่ผู้กระทำไม่รู้ตัว เช่น ความฝันหรือคนที่พูดคำว่านะครับนะครับ โดยไม่รู้ตัว นักจิตวิเคราะห์เรียกพฤติกรรมประเภทนี้ว่าพฤติกรรมใต้สำนึก (Unconscious)

๓. ใช้หลักการยอมรับทางสังคม การใช้หลักการยอมรับทางสังคมเป็นเกณฑ์ในการจัดประเภทแล้ว พฤติกรรมจัดได้เป็น ๒ ลักษณะ คือ

๓.๑ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Desirable Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่สังคมยกย่องว่าดี ถูก และควรกระทำ เช่น การทำตามหน้าที่ ทำตามจารีตประเพณี เป็นต้น

๓.๒ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Undesirable Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่สังคมประณามว่า เลว ผิด และไม่ควรกระทำ เช่น การข่มขืน การกระทำผิดกฎหมายบ้านเมือง เป็นต้น

ดังนั้น พฤติกรรมจึงหมายถึงการกระทำทุกอย่างของมนุษย์ ทั้งที่สังเกตได้ โดยตรง สังเกตไม่ได้โดยตรง หรือผู้กระทำรู้ตัว ผู้กระทำไม่รู้ตัว หรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ไม่พึงประสงค์ก็ตาม

สิ่งที่กำหนดแนวทางของพฤติกรรมอย่างอื่น ได้แก่

๑. ปทัสถานของสังคม
๒. นิสัยหรือความเคยชิน
๓. ผลที่คาดหวังหลังจากแสดงพฤติกรรมแล้ว
๔. การมอมเมาด้วยฤทธิ์ยา

สาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม

พฤติกรรมของสัตว์และมนุษย์มีแหล่งกำเนิดจากสาเหตุ ๒ ประการ โดยอาศัยสาเหตุ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม (อัมพาพรรณ นวรัตน์ และฉวีวรรณ ไวรเนต ๒๕๕๐) ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นมาแต่กำเนิด (Inherited Behavior) และพฤติกรรมการเรียนรู้ (Learned Behavior)

๑. พฤติกรรมที่เป็นมาแต่กำเนิด เป็นพฤติกรรมที่ได้จากกรรมพันธุ์เท่านั้น โดยไม่จำเป็นต้องเรียนรู้มาก่อน พฤติกรรมแบบรีเฟล็กซ์ (Reflexes) เป็นพฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิด แต่เดิมนักชีววิทยานิยมเรียกพฤติกรรมแบบรีเฟล็กซ์ว่า สัญชาตญาณ (Instinct) แต่ปัจจุบันนี้ใช้กันน้อยมากในทางพฤติกรรม และจิตวิทยาสมัยใหม่เพราะความหมายของคำนี้กว้างเกินไป ซึ่งอาจหมายรวมถึงพฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิดทุก ๆ แบบด้วย

๒. พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ เป็นพฤติกรรมที่จะแสดงออกมาได้ต่อเมื่อได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตก่อน โดยที่ประสบการณ์เป็นตัวกำหนดแบบแผนของการแสดงออกภายในขอบเขตของความสามารถในการแสดงออกของพฤติกรรมที่พึงจะมีได้พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้แบ่งออกได้ดังนี้

๒.๑ ความเคยชิน (Habituation) เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เกิดจากความเคยชินต่อตัวกระตุ้น ซึ่งไม่ได้มีผลต่อตัวเอง

๒.๒ การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Conditioning) เป็นการกำหนดตัวกระตุ้นใหม่ ให้เข้าแทนที่ตัวกระตุ้นเดิมในการชักนำให้เกิดการตอบสนองชนิดเดียวกัน

๒.๓ การลองผิดลองถูก (Trial and Error) เช่น คนเรียนรู้ที่จะกินขนม โดยทดลองดูก่อนและเมื่อกินแล้วอร่อยก็จะกินต่อไป หมายความว่า ลองผิดลองถูกที่จะเลือก ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มีผลดีต่อตนเอง

๒.๔ การฝังใจ (Imprinting) จัดเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้อีกอย่างหนึ่ง

สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์

สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์โดยทั่วไป ได้แก่

๑. ความเชื่อ (Belief) คือ การที่บุคคลยอมรับข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งความคิดของเขาจะถูกตั้งหรือไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงก็ได้

๒. ค่านิยม (Value) จัดเป็นทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่เป็นทัศนคติที่เกี่ยวกับสังคม มากกว่าค่านิยมเป็นเครื่องชี้แนวทางปฏิบัติเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างกว้าง ๆ ของบุคคล

๓. บุคลิกภาพ (Personality) เป็นคุณลักษณะ (Trait) เฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งมีหลายแบบ เช่น บุคลิกภาพแบบตายตัว บุคลิกภาพแบบเปลี่ยนแปลงได้

๔. สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรม (Stimulus Object) สิ่งที่จะมากระตุ้นพฤติกรรมนี้เป็นสิ่งใดก็ได้ เช่น ความเจ็บไข้ได้ป่วย ความหิวกระหาย

๕. ทัศนคติ (Attitude) ทัศนคติโดยทั่วไปหมายถึงความรู้สึกหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ทัศนคติมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางสังคมของบุคคลเป็นอย่างมาก นั่นคือบุคคลที่มีพฤติกรรมอย่างไร หรือทำอะไรลงไป ทัศนคติจะเป็นเครื่องกำหนดให้พฤติกรรมเป็นไปอย่างนั้น

๖. สถานการณ์ (Situation) หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือสภาวะที่บุคคลกำลังแสดงพฤติกรรม สถานการณ์นี้เป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่สำคัญมาก ถ้าสถานการณ์เปิดช่องให้แล้ว พฤติกรรมของคนจะแตกต่างกันตามลักษณะนิสัย (Character) ของเขา

จากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมจะเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพของมนุษย์ทั้งสิ้น มนุษย์เองก็เป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์และผลกระทบจาก พฤติกรรมของงานของที่แสดงออกมา โดยที่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ดังนั้นพฤติกรรมทุกชนิดที่แสดงออกมี จุดหมายปลายทางที่ผู้แสดงออกต้องการไปให้ถึงและมีหลักในการศึกษาพฤติกรรม ดังที่ สุชา จันทรเอน (๒๕๕๒) สรุปไว้ว่า

๑. พฤติกรรมทุกชนิดต้องมีสาเหตุ

๒. พฤติกรรมที่เหมือนกัน อาจจะมาจากสาเหตุที่แตกต่างกัน

๓. พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องเกิดมาจากสาเหตุแต่เพียงอย่างเดียว

แต่อาจจะเกิดขึ้นมาจากสาเหตุหลายอย่างก็ได้

พฤติกรรมทางเพศ

อัมพาพรณ นวรัตน์ และฉวีวรรณ ไวรเนตร (๒๕๕๐) ศึกษาความต้องการทางเพศ หรือ พฤติกรรมทางเพศเป็นสัจชาติญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ กล่าวว่า ความต้องการทางเพศพื้นฐานของคนเรา ขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเพศในวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว ซึ่งฮอร์โมนเพศกำลังสมบูรณ์จะมีความต้องการทางเพศสูง ในระยะกลางๆ ของรอบเดือนและในระยะที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความต้องการทางเพศ เช่น อารมณ์ จิตใจ และ

สิ่งแวดล้อม สำหรับการตอบสนองทางเพศและความสามารถทางเพศของผู้ชายจะสูงสุดใน อายุ ๑๗ – ๑๘ ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงไปเรื่อยๆ ส่วนผู้หญิงระยะที่มีการตอบสนองทางเพศที่ดีที่สุดจะอยู่ระหว่างปลาย อายุ ๓๐ ปี ถึงอายุ ๔๐ ปี แล้วจะค่อย ๆ ลดลงต่ำกว่าผู้ชาย อย่างไรก็ตามคงไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งสามารถ อธิบายพฤติกรรมที่สลับซับซ้อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ได้ ครอบครัวทุกกลุ่มบุคคล ชูติมา ศรี แก้วนวล (๒๕๕๕) ได้อ้างถึงแนวคิดของแมกซ์แมนและซุนเดอร์แมน (Macman and Suderman) ซึ่งได้กล่าวว่า พฤติกรรมเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นแบบดั้งเดิมนั้นถูกกำหนดโดยศีลธรรม วัฒนธรรมและค่านิยมของสังคม ใน ขณะเดียวกันปัจจัยทางชีวภาพและเศรษฐกิจสังคมได้มีส่วนเปลี่ยนแปลงจริยธรรม ค่านิยม ระบบสื่อสารมวลชน รวมถึงกลไกการควบคุมทางสังคมด้วย จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้ให้ความสำคัญแก่สภาพแวดล้อมทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม โดยเฉพาะในเรื่องจริยธรรมและค่านิยม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด อื่นๆ เกี่ยวกับค่านิยมทางเพศ ซึ่งกล่าวว่าคนที่บุคคลจะมีพฤติกรรม ทางเพศอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับการศึกษา ชื่อเสียงของตนเอง จากการเชื่อฟังคำสั่งสอนตามประเพณีเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้ปกครอง ตลอดจนการยอมรับ ปทัสถานทางสังคมที่บุคคลอื่นอาศัยอยู่

วันทนี วาสิกะสิน (๒๕๕๖) ศึกษาการมีพฤติกรรมทางเพศก่อนวัยอันควร อันเป็นสาเหตุของการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น มักเกิดเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การใช้การคุมกำเนิด และการที่บุคคลจำนวนมากไม่เชื่อว่า การมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวจะมีผลให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ จึงเห็นได้ว่า การมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องนับเป็นส่วนที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ผิดพลาดอันจะทำให้เกิดปัญหา สังคมติดตามมา ในสังคมไทยเรื่องเพศได้ถูกปกปิดจึงไม่กล้าถามผู้รู้ มักจะแอบถามกันเองในหมู่เพื่อนฝูง บางครั้งก็ได้รับความรู้ที่ผิดๆไปซึ่ง ได้กล่าวว่า ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์นั้นมีอยู่หลาย ลักษณะหลายประการในสังคมของเขาแต่ก็มีผู้ให้ความสำคัญไม่มากนัก เนื่องจากค่านิยมที่มองไปว่าเรื่องเพศ เป็นสิ่งต่ำ ลามก ชั่วช้า ไม่สมควรที่จะมากล่าวถึงซึ่งความคิดเหล่านี้ยังไม่ถูกต้องเพราะความต้องการทางเพศ ของมนุษย์เป็นเรื่องปกติและจำเป็นในการดำเนินชีวิต ถ้าแสดงออกซึ่งความต้องการอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยในการพัฒนาแบบแผนในการดำเนินชีวิตและสร้างคุณค่าในครอบครัวและสังคม ตรงกับความต้องการ ทางเพศและพฤติกรรมทางเพศที่แสดงออกเปี่ยมเบนไปด้วยการที่มีความรู้และค่านิยมที่ผิดๆ ไปในเรื่องเพศ จะมีส่วนกระทบต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์และจะก่อ ต่อไปสู่ปัญหาของครอบครัวและสังคม

จากการศึกษาของอัมพาพรรณ นวรัตน์ และฉวีวรรณ ไวรเนตร(๒๕๕๐) ได้สรุปเงื่อนไขที่มีส่วน สนับสนุนให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างเพศ คือ อิทธิพลจากต่อมไร้ท่อภายในร่างกาย โดยเฉพาะต่อมเพศ ต่อม ไตสมองและต่อมไทรอยด์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการตอบสนองทางเพศ

อิทธิพลทางสังคม เป็นภาวะที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการค้าหรือรูปแบบการตอบสนองทางเพศ สังคม โดยทั่วไปมุ่งหวังที่จะให้เพศหญิงอยู่ในกรอบแห่งวัฒนธรรมอย่างเคร่งครัดกว่าเพศชาย ไม่กล้าแสดงออกอย่าง ชัดเจนและรุนแรงเหมือนเพศชาย ส่วนอายุของการมีวุฒิทางเพศ เด็กที่เข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศเร็วกว่าย่อมมี เพศสัมพันธ์ระหว่างเพศก่อนผู้ที่ก้าวเข้าสู่ภาวะทางเพศช้า เปรียบเสมือนแหล่งเก็บความรู้ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โครงสร้างการรับรู้เป็นเพียงกำหนดพฤติกรรมทางเพศทั้งหมด ซึ่งพัฒนามาจากตัวป้อน (Input) ๔ ขั้นตอน คือ

๑. มาตรฐานของพ่อแม่ (Parental Standard) มาตรฐานหรือค่านิยมของบิดามารดาจะ ตกค้างอยู่ข้างในและตัวก่อเป็นหลักการในโครงการรับรู้

๒. บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms) เด็กไม่ได้เรียนรู้จากพ่อแม่อย่างเดียว แต่เรื่องจาก เพื่อน กลุ่มศาสนา องค์การชุมชน วัฒนธรรม สื่อมวลชน

๓. วุฒิภาวะ (Maturation) คือ กระบวนการเติบโตทางร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพ

๔. ประสบการณ์ทางเพศในอดีต (Previous Sexual Experience) สิ่งที่ถูกค้างอยู่ในโครงสร้างการรับรู้ ก่อตัวเป็นหลักปฏิบัติหรือบัญญัติแห่งความประพฤติ (Code of Conduct) ซึ่งจะกำหนดว่า จะรับรู้และจดจำเป็นหลักการในการประพฤติทางเพศ เช่น เด็กหญิงได้รับการเรียนรู้เรื่องเพศว่าเป็นเรื่องที่น่ารังเกียจ ผู้ใดที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับทางเพศต้องถูกลงโทษก็จะจดจำเป็นหลักการ และจะแสดงออกในชีวิตประจำวันทางทัศนคติ ความเชื่อ ความสามารถ และความต้องการเกี่ยวกับเพศ และชีวิตสมรสในเวลาต่อมา

โดยปัจจุบันวัยรุ่นไม่เพียงมีโอกาสปล่อยตัวทางเพศมากขึ้นหากแต่ช่วงเวลาในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสยังได้ถูกขยายให้ยาวนานขึ้นด้วยเหตุผลทางการศึกษา การหางานทำ ซึ่งทำให้เกิดการแต่งงานช้าลง อีกทั้งการรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ซึ่งประชาสัมพันธ์ไม่ให้บุคคลสำส่อนทางเพศกับหญิงโสเภณีจึงมีผลกระทบทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้ เช่น การศึกษาของ ประภาพร โอภาสสวัสดิ์ (๒๕๕๖) พบว่าวัยรุ่นชายที่กำลังศึกษาในระดับ ปวช. ของวิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี ไม่ไปเที่ยวหญิงโสเภณีร้อยละ ๓๒ เพราะกลัวติดเอดส์แต่จะระบายความต้องการทางเพศของตนกับหญิงรักสมุทร้อยละ ๓๔ กับคู่วัยร้อยละ ๓๖ เพราะคิดว่าจะอดปราศจากโรค ดังนั้นผลที่ตามมาจากการมีพฤติกรรมดังกล่าว อันได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา การทำแท้ง การสูญเสียอนาคตทางด้านการศึกษาและที่สำคัญอาจนำมาซึ่งปัญหาการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดต่างๆ รวมทั้งโรคเอดส์ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ด้วยเช่นกัน

จากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าพฤติกรรมทางเพศในเด็กวัยรุ่นในปัจจุบันกำลังจะเกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่งซึ่งกำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน คือ ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของ วัยรุ่นที่นำมาซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเอดส์

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

จันทนัช ทองศิริ (๒๕๕๕) ให้ความหมายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์เร็วตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้น การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศหรือคู่นอนโดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่นอนจำนวนมาก การดื่มสุราก่อนการมีเพศสัมพันธ์ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยที่จะตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สำหรับในประเทศไทยจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่าแนวโน้มของอายุเฉลี่ย (ปี) ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ อยู่ที่อายุ ๑๕ ± ๑ และแนวโน้มของอายุเฉลี่ย (ปี) ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ อยู่ที่อายุ ๑๕ ± ๑ (สำนักกระบวนวิชา, ๒๕๕๗) จากการศึกษาของสรายุทธ์ เส็งพานิช (๒๕๕๔) เรื่องเจตคติในเรื่องเพศและความต้องการที่จะศึกษาเรื่องเพศศึกษา พบว่าร้อยละ ๓๒.๔ ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุระหว่าง ๑๕ – ๑๙ ปี

นอกจากนี้การศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องก็ให้ผลการศึกษาลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น ทวีศักดิ์ นพเกษร และคนอื่น ๆ (๒๕๕๐) พบว่าวัยรุ่นไทยเริ่มมีประสบการณ์ทางเพศในช่วงอายุประมาณ ๑๒ – ๑๗ ปี โดยพบในวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง สำหรับบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยในครั้งแรกนั้นพบว่ามีทั้งคูรัก เพื่อนที่เป็นคู่นอนชั่วคราว หรือหญิงบริการทางเพศ เป็นต้น

ปรางพร พงษ์ประเสริฐ (๒๕๕๓) กล่าวว่าในประเด็นที่สังเกตได้จากงานวิจัยในปัจจุบัน พบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไป โดยจะมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศน้อยลงเมื่อเทียบกับการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา กล่าวคือร้อยละ ๑.๕๖ ของวัยรุ่นชายในช่วง พ.ศ. ๒๕๕๑ มีประวัติเที่ยวหญิงบริการทางเพศ

(สำนักกระบาดวิทยา, ๒๕๕๗) ในขณะที่ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๐ มีร้อยละ ๒.๖๕ เท่านั้นที่มีประวัติเที่ยวหญิงบริการทางเพศ (จันทน์ข ทองศิริ, ๒๕๕๕) และที่สำคัญก็คือ การเที่ยวหญิงบริการทางเพศดังกล่าว วัยรุ่นมีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น (สำนักกระบาดวิทยา, ๒๕๕๗)

เมื่อพิจารณาการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศหรือคู่นอนโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้น พบว่าการรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ให้ได้ผลอย่างจริงจังนั้นยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้ง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยในหมู่ผู้ชายบริการทางเพศ นับตั้งแต่มีการระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรง ทั้งนี้เพราะการใช้ถุงยางอนามัยขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น คุณภาพของถุงยางอนามัย การใช้อย่างถูกวิธี และการใช้อย่างต่อเนื่อง ดังเช่น การศึกษาของอดิรัตน์ วัฒนโฬน (๒๕๕๑) ที่พบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันการศึกษา เขตกรุงเทพมหานครยังมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกต้อง กล่าวคือความรู้เรื่องถุงยางอนามัยในแต่ละประเด็นมีนักศึกษาตอบถูกน้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ นอกจากความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยแล้ว ผลการศึกษาในอดีตที่ผ่านมายังพบว่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศวัยรุ่นส่วนมากจะไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย ดังเช่นการศึกษาของศิรินาถ ป้อมวงศ์ (๒๕๕๒) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๘๓ ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ส่วนในกลุ่มที่ใช้แล้วนั้นปรากฏว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกทุกขั้นตอน (ทวีศักดิ์ นพเกษร และคณะ, ๒๕๕๐) และยังได้อ้างผลการศึกษานี้ ๆ ก็ให้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกันกล่าวคือ เกินกว่าร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

ประเด็นที่สังเกตได้จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการตัดสินใจเลือกใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์นั้นขึ้นกับแต่ละกรณี กล่าวคือ กรณีเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศวัยรุ่นจะมีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น ลดาวัลย์ สอนงาม (๒๕๕๖) และการศึกษาวัยรุ่นในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศหรือหญิงนอกหมู่บ้านวัยรุ่นชายจะมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเนื่องจากกลัวติดเชื้อเอดส์ ยกเว้นเวลาเมาสุรา หรือมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศ จิระประภา ศรีสารคราม (๒๕๕๔ : ๖๑๙) ส่วนอีกกรณีหนึ่งคือเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคู่อริจะพบว่าไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย (กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักกระบาดวิทยา ๒๕๕๗ : ๑๒) จากการศึกษาของทวีศักดิ์ นพเกษร (๒๕๕๐) พบว่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่อริ นักศึกษาส่วนใหญ่จะไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยเนื่องจากคิดว่าคู่อริของตนไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และจากการศึกษาของศิรินาถ ป้อมวงศ์ (๒๕๕๒ : ๓๘) พบว่าวัยรุ่นทั้งชายและหญิงมีแนวโน้มที่จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนด้วยกัน โดยวัยรุ่นชายเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงแทนการไปเที่ยวหญิงบริการทางเพศจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามการที่วัยรุ่นมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศสูงกว่าร้อยละ ๘๐ นั้น เป็นการศึกษาที่เปรียบเทียบกันในกลุ่มของวัยรุ่นด้วยกันเอง แต่จากผลการวิจัยที่ทำในสถานบริการทางเพศ โดยสอบถามหญิงบริการทางเพศถึงลักษณะของลูกค้าที่มักปฏิเสธการใช้ถุงยางอนามัย กลับพบว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีการปฏิเสธการใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด วันเพ็ญ มาอุ่น (๒๕๕๑) สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นไม่ใช้ ถุงยางอนามัยอาจเนื่องมาจากการที่วัยรุ่นมองว่าการใช้ถุงยางอนามัยไม่เหมาะสมในความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานความรักเพราะทำให้เกิดความไม่เชื่อใจกันและขาดความใกล้ชิด หรือการที่วัยรุ่นหญิงถูกคาดหวังว่าต้องไม่รู้จักเรื่องเพศ การที่เพศหญิงจะเป็นผู้เอ่ยถึงการใช้ถุงยางอนามัยเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ประการสำคัญคือ ขาดการสื่อสารทางเพศระหว่างวัยรุ่นชายหญิงในเรื่องการคุมกำเนิดและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ วรชัย ทองไทย และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ (๒๕๕๖)

สำหรับการตีตราตีตราที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์นั้น ถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเช่นกัน เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดวิจารณญาณใน

การตัดสินใจอาจทำให้วัยรุ่นไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (ประภาพร โอภาสสวัสดิ์, ๒๕๕๖) จากการศึกษาพบว่า การตีตราของวัยรุ่นชายเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้มากกว่าปัจจัยอื่น ๆ ปรางพร พงษ์ประเสริฐ (๒๕๕๓) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับพฤติกรรม เกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มนักศึกษาอาชีวศึกษาของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ ๘๐ ตีตราก่อนไปเที่ยวหาบริการทางเพศ และในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ ๕๐ เท่านั้นที่มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง สุรศักดิ์ ไคว์สุภัทร์ และคนอื่น ๆ (๒๕๕๕) สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มวัยรุ่นหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี พบว่าวัยรุ่นจะมีการตีตราทุกครั้งก่อนมีเพศสัมพันธ์ กับบริการหรือหญิงนอกหมู่บ้านโดยที่ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย (ชัยวัฒน์ ทศนพูนชัย และคนอื่น ๆ ๒๕๕๑ : ๖๕๒) จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเมื่อวัยรุ่นตีตราก่อนมีเพศสัมพันธ์ทำให้อาจเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ซึ่งการที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน่าจะมีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือส่งเสริมให้ประพฤติและปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของพนักงานบริการทางเพศ

ปวีณา สายสูง (๒๕๕๑) ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นไว้ว่า แนวคิดและทฤษฎีในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์นั้นเป็นการศึกษาเพื่อหาที่มาของพฤติกรรมมนุษย์โดยมุ่งสืบพฤติกรรมที่แท้จริงว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร รวมทั้งการคาดคะเนหรือทำนายพฤติกรรมเพื่อสามารถแก้ไขพฤติกรรมของมนุษย์ อย่างไรก็ตามการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ จำเป็นต้องอาศัยความรู้จากศาสตร์หลายสาขาหรือจากทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ต่างๆ ที่ได้พัฒนาขึ้นซึ่งจำเป็นจะต้องมีการเลือกใช้แนวคิดหรือทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในกรณีที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นนั้นมีแนวคิดหรือทฤษฎีหนึ่งทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่เสนอแนะให้นำมาใช้ในการศึกษาคือแนวคิดในรูปแบบองค์รวมที่พิจารณาองค์ประกอบทางด้านจิตสังคม โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบทางกาย จิตใจและสังคม การทำความเข้าใจในวิถีชีวิตของบุคคลหรือพฤติกรรมจะต้องพิจารณาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสิ่งแวดล้อม นั่นคือ ถ้าพิจารณาพฤติกรรมเป็นเสมือนปรากฏการณ์ การที่จะเข้าใจพฤติกรรมจะต้องศึกษาบริบท ซึ่งก็คือสิ่งแวดล้อมและเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว การศึกษาบริบทของ พฤติกรรมจึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องทั้งชีววิทยาและจิตสังคม ดังนั้นแนวคิดนี้จึงนำมาประยุกต์ในการศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น แนวคิดของแต่ละปัจจัยมีดังนี้

๑. ปัจจัยทางด้านชีววิทยา เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นไปตามพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ ได้แก่ อายุ เพศ และวุฒิภาวะ

๑.๑ อายุ เป็นที่ทราบกันว่า อัตราความเจริญเติบโตของวัยรุ่นจะเพิ่มขึ้นหรือ ลดลงย่อมเป็นไปตามระยะหรือกระบวนการตามวัย นักจิตวิทยาได้แบ่งวัยรุ่นออกเป็นช่วงต่าง ๆ กันตามระยะของการเจริญเติบโต อย่างไรก็ตามในวัยรุ่นคนหนึ่งๆ จะมีอัตราความเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นแบบฉบับของตน โดยเฉพาะ กล่าวคือเมื่อวัยรุ่นมีอายุมากขึ้นพัฒนาการต่างๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น พัฒนาการทางด้านสังคมจะมีความต้องการเป็นอิสระและต้องการเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมมากขึ้น พัฒนาการทางด้านร่างกายจะมีขนาดรูปร่างและสัดส่วนเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น สุชา จันทรเฒ (๒๕๕๒) ที่สำคัญคือเมื่อวัยรุ่นมีอายุมากขึ้นจะมี แรงขับทางเพศ ซึ่งเป็นส่วนผลักดันให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมหรือความสัมพันธ์ระหว่างเพศขึ้น ปวีณา สายสูง (๒๕๕๑) ดังเช่นจากการศึกษาของ (นฤมล รัตนไพจิตร ๒๕๕๓) และการศึกษาในนักศึกษาอาชีวศึกษาในจังหวัดนครพนม พบว่านักศึกษาที่อายุ ๒๐ ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

เอดส์สูงกว่านักศึกษาที่อายุไม่เกิน ๑๙ ปี (นฤมล พรรณวงศ์ ๒๕๕๐) ดังนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า เมื่อวัยรุ่นมีอายุมากขึ้น โอกาสที่จะทำให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศก็ยิ่งมากขึ้นด้วย

๑.๒ เพศ เมื่ออยู่ในวัยเด็กจะพบว่าเด็กชายและเด็กหญิงจะมีความแตกต่างกันทางด้านร่างกาย เมื่อแรกเกิดเด็กชายจะโตกว่าเด็กหญิงเล็กน้อยแต่ในระยะต่อมาเด็กหญิงจะเจริญเติบโตเร็วกว่าเด็กชาย เมื่อคิดโดยเฉลี่ยแล้วเด็กหญิงจะเจริญทางเพศไปสู่วุฒิภาวะและโตกว่าเด็กชาย ประมาณ ๑ - ๒ ปี สุชา จันทรเอม (๒๕๕๒) และเมื่อเข้าสู่ระยะวัยรุ่น เพศหญิงและเพศชายจะมีลักษณะความแตกต่างกันทางเพศอย่างเห็นได้ชัดเจนขึ้น และเรียกพัฒนาการทางเพศระยะนี้ว่า ลักษณะทางเพศขั้นที่สอง ในระยะนี้วัยรุ่นจำนวนมากมักมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัว (พึงพิศ จักรปิง ๒๕๕๓) ซึ่งถ้าการปรับตัวของวัยรุ่นมีปัญหาจะเกี่ยวข้องกับการเริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยง (ดุซติ เจริญศิลป์ และคนอื่น ๆ ๒๕๕๒) จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น พบว่าเพศเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้ดีที่สุด โดยเฉพาะเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง และการศึกษาในนักศึกษาประเภทอาชีวศึกษาในจังหวัดนครพนม ปี ๒๕๕๐ ของนฤมล พรรณวงศ์ (๒๕๕๐) พบว่านักศึกษาชายมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์สูงกว่านักศึกษาหญิง อย่างไรก็ตามถึงแม้การศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าความแตกต่างระหว่างเพศ เป็นตัวบ่งชี้ถึงพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นได้ แต่สิ่งที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือวัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตขึ้นตามพัฒนาการเพื่อที่จะไปสู่วุฒิภาวะ ซึ่งเป็นความพร้อมตามธรรมชาติของมนุษย์ ดังนั้นความพร้อมทางทางวุฒิภาวะจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมต่างๆ ในวัยรุ่นได้

๑.๓ วุฒิภาวะ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญทางชีววิทยาเช่นกัน นักจิตวิทยา พัฒนาการ อธิบายว่า วุฒิภาวะมีความสำคัญที่สุดในการพัฒนาทุกด้านของมนุษย์ พึงพิศ จักรปิง (๒๕๕๓) โดยวุฒิภาวะหมายถึง ภาวะเจริญเติบโตเต็มที่ถึงขีดสุดในด้านต่างๆ เช่น วุฒิภาวะทางกาย วุฒิภาวะทางอารมณ์ วุฒิภาวะทางเพศและวุฒิภาวะทางสังคม วุฒิภาวะในด้านต่างๆ เหล่านี้จะไม่เท่ากัน พัฒนาการบางอย่างถึงระดับวุฒิภาวะเร็วกว่าพัฒนาการด้านอื่น เช่น พัฒนาการทางเพศจะถึงระดับวุฒิภาวะในระยะวัยรุ่นตอนต้น ส่วนพัฒนาการทางร่างกายจะถึงระดับวุฒิภาวะเมื่ออายุประมาณ ๑๗ - ๒๑ ปี เป็นต้น ในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเป็นวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นจะต้อง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางวุฒิภาวะที่เกิดขึ้นเป็นอย่างมาก ถ้าวุฒิภาวะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่นเร็วเกินไปหรือช้าเกินไปอาจเกิดปัญหาในการปรับตัวได้มากกว่าคนที่เข้าสู่วัยรุ่นตามเกณฑ์ปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวุฒิภาวะทางเพศ ซึ่งเป็นตัวเร่งให้วัยรุ่นเกิดความสนใจในเพศตรงข้าม วัยรุ่นที่เข้าสู่การมีวุฒิภาวะทางเพศเร็วกว่าย่อมต้องการมีความสัมพันธ์ระหว่างเพศก่อนผู้ที่เข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศช้า ดังเช่นการศึกษาของ จันทน์ช ทองศิริ (๒๕๕๕) ที่พบว่านักศึกษาอาชีวศึกษาซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายมีความเจริญทางวุฒิภาวะทางเพศมากกว่าจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่านักเรียนมัธยมศึกษา อย่างไรก็ตามการที่วัยรุ่นจะเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้นั้น จำต้องมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องไม่เพียงแต่ปัจจัยทางด้านชีววิทยาเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่ครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัววัยรุ่น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

๒. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม โดยธรรมชาติของมนุษย์แล้วจะมีความต้องการทางจิตสังคมที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อควบคุมพฤติกรรมมนุษย์ กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลนอกจากจะเกิดจากแรงผลักดันของแรงขับทางเพศ ซึ่งเป็นแรงขับตามธรรมชาติแล้วยังขึ้นอยู่กับตัวแปรทางสังคมด้วย (ปวีณา สายสูง ,๒๕๕๑) โดยบุคคลแต่ละคนจะพบกับวิกฤตการณ์ทางจิตใจอันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หากสามารถปรับตัวให้เข้ากับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นได้จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดี แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้อาจทำให้เกิดความล้มเหลวในการดำรงชีวิตในสังคม โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงพัฒนาการที่เริ่มค้นหาความต้องการที่แท้จริงของตนเกี่ยวกับเป้าหมายของชีวิต เป็นที่ทราบว่าการที่เด็กวัยรุ่นแต่ละคนจะมีพฤติกรรมทางสังคมอย่างไร

ยอมขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เด็กได้เรียนรู้และได้รับตลอดเวลาตั้งแต่วัยทารกเป็นต้นมา ในปัจจุบันสภาพแวดล้อมในสังคมมีอิทธิพลเหนือจิตใจและอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น เนื่องจากโดยธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ทั้งจากสิ่งแวดล้อมและการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในสังคม ในขณะเดียวกันก็เป็นวัยที่มีความรู้สึกไวต่อสิ่งกระตุ้น (ปวีณา สายสูง, ๒๕๕๑) ดังนั้นการที่จะศึกษาเพื่อทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้นั้นจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัววัยรุ่น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือปัจจัยทางด้านจิตสังคมมีส่วนก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ตามทฤษฎีชีวิตจิตสังคม จึงได้แยกการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคมออกเป็น ๓ ด้าน คือ

๒.๑ ด้านสังคม ประกอบด้วย สถานที่พักอาศัย แหล่งบันเทิงเรีงรมย์ สิ่งพิมพ์และสื่อกระตุ้นทางเพศ

๒.๑.๑ สถานที่พักอาศัย ในด้านสถานที่พักอาศัยนั้นการที่คนเราจะมี พฤติกรรมเช่นใด เป็นเพราะอิทธิพลของสภาพแวดล้อมนั้นๆ (ปวีณา สายสูง ๒๕๕๑) โดยที่ถ้าอาศัยอยู่ในสถานที่ที่มีสิ่งยั่วยุใจต่างๆ อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเรียนรู้ในรูปแบบที่พบ ไปปฏิบัติได้ เห็นได้จากการศึกษาของ ชลอศรี แดงเปี่ยม และประยงค์ ลิ้มตระกูล (๒๕๕๖) ที่พบว่าวัยรุ่นที่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดาและญาติจะมีพฤติกรรมทางเพศที่มีผลต่อการเป็นกามโรคน้อยกว่าผู้ที่พักอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมทางเพศก่อนแต่งงานของ วัยรุ่นในเขตเมืองและเขตชนบท โดยเปรียบเทียบกลุ่มวัยรุ่นสตรีที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาหรือญาติกับกลุ่มที่อาศัยอยู่ที่อื่น เช่น บ้านเช่าหรือหอพักตามลำพัง พบว่ามีอัตราส่วนการมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ ๑ : ๔ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดามารดาหย่าร้างกันหรือไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา เช่น อยู่หอพัก มีประสบการณ์ทางเพศสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันหรืออาศัยอยู่กับบิดามารดา จากการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมาจึงอาจพิจารณาได้ว่าถ้าวัยรุ่นมีโอกาสในการอยู่เพียงลำพังโดยไม่มีบิดามารดาหรือผู้ปกครองคอยดูแลอยู่นั้นจะมีส่วนผลักดันให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ แต่อย่างไรก็ตามการที่วัยรุ่นมีสถานที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบิดามารดาเพียงประการเดียว ไม่อาจส่งผลให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ เนื่องจากปัจจัยด้านแหล่งบันเทิงเรีงรมย์ก็มีส่วนสำคัญพอที่จะทำให้วัยรุ่นที่พักอาศัยอยู่ตามลำพังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากยิ่งขึ้น

๒.๑.๒ แหล่งบันเทิงเรีงรมย์ เนื่องจากในปัจจุบันสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวมีอิทธิพลเหนือจิตใจและอารมณ์ของวัยรุ่นโดยเฉพาะแหล่งบันเทิงเรีงรมย์ที่มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อวัยรุ่นมีโอกาสได้อยู่ใกล้แหล่งเรีงรมย์เหล่านี้ล้วนส่งผลให้วัยรุ่น ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วมีความอยากรู้อยากเห็น และอยากรทดลองในสิ่งใหม่ ๆ ตัดสินใจเข้าไปในแหล่งบันเทิงเรีงรมย์และอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง (สุชา จันทรเอม ๒๕๕๒) จากการศึกษาของ จันทม์ช ทองศิริ (๒๕๕๕) พบว่าการสามารถเข้าถึงสถานเรีงรมย์ได้ง่าย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ที่มีสถานที่พักอาศัยอยู่ใกล้กับแหล่งบริการทางเพศและสถานเรีงรมย์ต่าง ๆ มีส่วนกระตุ้นให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ง่าย นอกจากนั้นยังมีการศึกษาพบว่านักศึกษาอาชีวศึกษา ที่อาศัยอยู่ในหอพักหรือบ้านพักในเมือง และอยู่ใกล้สถานเรีงรมย์หรือสถานบริการทางเพศจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเอดส์ได้ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ ๒๕๕๕) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาเห็นได้ว่าแหล่งบันเทิงเรีงรมย์นับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนผลักดันให้วัยรุ่นอยากลองเข้าไปเที่ยว และอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศขึ้น อย่างไรก็ตามนอกจากแหล่งบันเทิงเรีงรมย์แล้ว สิ่งพิมพ์ และสื่อที่กระตุ้นความรู้สึกทางเพศก็เป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับแหล่งบันเทิงเรีงรมย์ด้วย

๒.๑.๓ สิ่งพิมพ์และสื่อที่กระตุ้นความรู้สึทางเพศ เนื่องจากในปัจจุบัน ถือว่าเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร สื่อมวลชนมีอิทธิพลและบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น แต่ในสภาพปัจจุบัน สื่อมวลชนบางส่วนยังนำเสนอข่าวสารสารระบับันเทิงที่มีลักษณะ สร้างสรรค์น้อย และยังส่งผลต่อการสร้างพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้บริโภคสื่อ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีธรรมชาติไวต่อการรับรู้และการพัฒนาความสามารถในการกลั่นกรองข้อมูลยังไม่ดีพอ ซึ่งจะเห็นได้จากสื่อที่ตอบสนองความอยากรู้อยากเห็นเรื่องเพศของวัยรุ่นในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นสื่อที่มีลักษณะยั่วและกระตุ้นความต้องการทางเพศของวัยรุ่น เช่น วิดีโอ หนังสือภาพเปลือยหรือนิตยสารประเภท ปลุกใจ (คณะกรรมการพัฒนาการศึกษาอบรมและดูแลเด็กวัยรุ่น ๒๕๕๗ : ๑๖) มีรายงานว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพสูง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มีสัดส่วนการดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์และฟังเพลงมากกว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาเกี่ยวกับสื่อที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าสื่อเหล่านี้มีอิทธิพลให้วัยรุ่นอยากลองทำตาม และยังพบว่าเป็นส่วนกระตุ้นที่ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้น (มยุรา อนุสรณ์ประดิษฐ์ ๒๕๕๐) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาเชิงสำรวจของวรชัย ทองไทย (๒๕๕๖) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ได้แก่ การดูเทปโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ การอ่านหนังสือลามก การศึกษานี้ให้ผลคล้ายกับการศึกษาเชิงสำรวจของจุฑารัตน์ จุรรอด และพรชัย สติรปัญญา (๒๕๕๔) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมจิตวิทยากับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในวัยรุ่นชายจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาปรากฏว่าการอ่านหนังสือลามก ดูวิดีโอลามก เป็นปัจจัยกระตุ้นความรู้สึทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนั้นจากการจัดทำโครงการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันสื่อลามก ปรากฏว่าสาเหตุที่นำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถระบุประเภทและชื่อของสื่อลามกได้ และเกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มเป้าหมายเคยพบเห็นสื่อลามก สำหรับแหล่งสื่อลามกนั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุแหล่งสื่อลามกได้ว่า พบทั้งในบ้าน ร้านค้า ร้านอาหาร สถานบริการต่างๆ โรงพยาบาล ร้านตัดผม โดยกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยอมรับว่า สื่อลามกก่อให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ บางคนอยากลองทำตามสื่อที่ได้ดู (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ๒๕๕๐) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าสิ่งพิมพ์และสื่อที่มีส่วนกระตุ้นความรู้สึทางเพศมีส่วนกระตุ้นให้วัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยแห่งการเรียนรู้อยากทดลองทำตามสื่อที่ได้ดู อันอาจนำมาซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้

๒.๒ ด้านครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการ ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กวัยรุ่น โดยเป็นส่วนสำคัญที่จะกำหนดลักษณะนิสัยและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่น มีรายงานพบว่าปัญหาของเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาของครอบครัวเป็นประการสำคัญ (คณะกรรมการพัฒนาการศึกษาอบรมและดูแลเด็กวัยรุ่น ๒๕๕๕) ตามแนวคิดด้านจิตสังคมได้แยกปัจจัยด้านครอบครัวออกเป็น ๒ ปัจจัย ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กล่าวคือ

๒.๒.๑ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นที่ทราบกันว่าถ้า ภายในครอบครัวที่บิดามารดามีความเข้าใจในความต้องการของเด็กวัยรุ่น และปรับตัวเองให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ในทางที่ดีจะช่วยให้บุคคลในครอบครัวมีกำลังใจในการดำรงชีวิต สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมั่นคง ในทางตรงข้ามครอบครัวที่มีการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างกันและกันจะทำให้เด็กวัยรุ่นเรียนรู้ และเลียนแบบความสัมพันธ์เหล่านี้ไปปฏิบัติ (ปวีณา สายสูง ๒๕๕๑) จากการศึกษาของจันทวิช ทองศิริ (๒๕๕๕) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในจังหวัดน่าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีครอบครัวที่อบอุ่นและบิดามารดามีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีครอบครัว

แตกแยก ฉะนั้นจึงเห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากในการพัฒนาแบบแผนความประพฤติที่ได้ก็จะแสดงออกมาให้ปรากฏแก่สังคม นอกจากนี้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งที่ไม่อาจมองข้ามไป เนื่องจากการมีรายได้มากก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ เช่นกัน โดยเฉพาะในประเด็นของความสามารถในการใช้จ่ายในการเที่ยวสถานเริงรมย์หรือสถานบันเทิงต่าง ๆ อันนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

๒.๒.๒ ฐานะทางเศรษฐกิจ การที่เด็กวัยรุ่นจะมีการเที่ยวหาบริการได้ ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ ต้องอาศัยเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับมาจากครอบครัวหรือบิดามารดา เนื่องจากเงินเป็นปัจจัยหลักในการซื้อบริการ ทางเพศ

๒.๓ ด้านกลุ่มที่มีอิทธิพล โดยธรรมชาติของวัยรุ่นจะมีลักษณะที่ต้องการมีความสัมพันธ์กับเพื่อน รุ่นเดียวกันมากกว่าบุคคลในวัยอื่น กลุ่มเพื่อนจะมีบทบาทช่วยให้วัยรุ่นมีแนวโน้มภาพเกี่ยวกับตนได้ดีขึ้น การรวมกลุ่มในวัยรุ่นมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก วัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มที่ดีจะช่วยให้มีโอกาสได้พัฒนาทักษะทางสังคม ในทางตรงข้ามเมื่อวัยรุ่นอยู่ในกลุ่มที่ไม่ดีจะส่งผลให้วัยรุ่นมีปัญหาในด้านการปรับตัว (ปริณดา สายสูง ๒๕๕๑ : ๑๕) โดยทั่วไปกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นจะแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ เพื่อนและคูรัก

๒.๓.๑ กลุ่มเพื่อน เป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างค่านิยมลักษณะนิสัย ตลอดจนพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่นเป็นอย่างมาก เพราะเหตุว่าธรรมชาติของวัยรุ่นจะมีความผูกพันและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ การเลือกคบเพื่อนมีอิทธิพลต่อการครองตนของวัยรุ่น หากคบเพื่อนที่ดี ก็จะชักนำให้มีประสบการณ์ในทางที่สร้างสรรค์และพัฒนาในทางตรงข้ามหากวัยรุ่นคนใดเลือกคบเพื่อนไม่ดี และไม่พร้อมเป็นตัวของตัวเองย่อมมีแนวโน้มสูงที่จะพบกับความล้มเหลวในการครองตนในสังคม พร้อมกันนั้น อาจถูกชักจูงให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพได้ (คณะกรรมการพัฒนาการศึกษาอบรมและดูแลเด็กวัยรุ่น ๒๕๕๕) จากการศึกษาเชิงสำรวจของศิรินาถ ป้องวงศ์ (๒๕๕๒) พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นคือมีเพื่อนสนิทหรือเพื่อนในที่พักเดียวกันชอบเที่ยวหาบริการ

จากการศึกษาที่ผ่านมาเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเพื่อนเป็นส่วนสำคัญที่จะกำหนดพฤติกรรมของวัยรุ่น อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นที่ไม่อาจมองข้ามไปได้ ได้แก่ คูรัก ซึ่งในปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีการคบเพื่อนต่างเพศโดยเปิดเผยมากขึ้น

๒.๓.๒ คูรัก โดยทั่วไปชายหญิงจะเริ่มคบกันตั้งแต่วัยอยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่เริ่มสนใจเพศตรงข้ามและต้องการมีมิตรภาพ ความรักและความเป็นอิสระจากบิดามารดา ทำให้วัยรุ่นเริ่มมองหาเพศตรงข้ามที่ถูกใจเพื่อสนองความสนใจ อันจะนำไปสู่ความรักเพศตรงข้ามและการแต่งงานในอนาคต ในปัจจุบันมีแนวโน้มว่าวัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้นส่วนหนึ่งเนื่องจากมาได้รับอิทธิพลจากสังคมตะวันตกมีความเป็นอิสระเสรีมากขึ้น และนัดพบเพื่อนต่างเพศตามลำพังก่อให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (สุชา จันทรเฒ ๒๕๕๒) ดังเช่นการศึกษาของกรมควบคุมโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา (๒๕๕๗) พบว่า ผู้หญิงคนแรกที่มีนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ด้วยไม่ใช่หญิงบริการทางเพศแต่เป็นคนรักและยังพบว่าหากจะมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก นักเรียนชายจะไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งความคิดเช่นนี้นำไปสู่ความประมาทขาดการป้องกันที่ดีในการมีเพศสัมพันธ์ ยังผลให้เกิดความผิดพลาดจนเกิดการตั้งครรภ์ และเกิดการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ในที่สุด อย่างไรก็ตามความสนใจในเพศตรงข้ามเป็นลักษณะเฉพาะของวัยรุ่น การที่วัยรุ่นมีคูรักเป็นพฤติกรรมที่เป็นไปตามพัฒนาการทางเพศ แต่สิ่งที่น่าสนใจจากการศึกษาที่ผ่านมาคือ วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้น ซึ่งมีรายงานพบว่าพบถึงร้อยละ ๑๓ (พรทิพย์ เพชรวงศ์สว่าง ๒๕๕๕)

๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการย้ายถิ่น และการขายบริการทางเพศ

กฤตยา อาชวนิจกุล และพรสุช เกิดสว่าง (๒๕๕๐) ศึกษาเรื่อง เส้นทางแรงงานหญิงจากประเทศเพื่อนบ้านสู่ธุรกิจการค้าบริการทางเพศในประเทศไทย กล่าวถึงการเคลื่อนย้ายถิ่น และการขายบริการทางเพศของหญิงชาวลาวในแง่มุมทฤษฎีของนักเศรษฐศาสตร์ นีโอคลาสสิก ว่าหญิงชาวลาวที่ข้ามฝั่งโขงเข้ามายังประเทศไทย บริเวณจังหวัดชายแดนทางจังหวัดหนองคาย มุกดาหาร นครพนม เลย และน่าน หญิงเหล่านี้มาจากชนบท แถบชายแดน เช่น บัวแก้ว ไชยบุรี กำแพงเมือง เวียงจันทน์ แขวงบ่อแก้ว คำม่วน สาละวัน สุวรรณเขต และจำปาสัก บางกลุ่มเป็นชาวเขา หรือชนกลุ่มน้อย ในพื้นที่ที่ล้าหลังในทุกด้าน ทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข และสาธารณูปการ อื่น ๆ เงื่อนไขปัจจัยที่ทำให้เกิดการย้ายถิ่นที่สำคัญคือ ความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางวัฒนธรรมทางด้านภาษาของคนลาวและไทยที่มีความแนบแน่นแบบเครือญาติ และเหตุผลทางเศรษฐกิจเพื่อหารายได้ให้ครอบครัว การศึกษานี้ยังได้นำเสนอให้เห็นถึงปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการย้ายถิ่นของหญิงจากประเทศเพื่อนบ้านอื่น ๆ ที่เข้ามาขายบริการทางเพศในประเทศไทย เช่นจากพม่า ชาวไทยใหญ่ และไทยลื้อจากรัฐฉาน และจากแคว้นยูนนาน ของประเทศจีนอาชีพนี้นี้มีรายได้สูงกว่าอาชีพในภาคอุตสาหกรรมเฉลี่ยอยู่ที่ ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน แต่อาจมีบางกลุ่มที่อยู่ในสถานบริการราคาสูง อาจมีรายได้ถึงเดือนละ ๕๐,๐๐๐ บาท รูปแบบของการชักนำและการค้าอยู่ในรูปแบบของการเดินเข้าสู่ธุรกิจบริการของหญิงชาวต่างชาติเอง แต่พบการถูกเอาเปรียบกดขี่ภายหลังโดยขบวนการผ่านนายหน้าขนส่งตั้งแต่ก่อนออกจากประเทศต้นทางในรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ตั้งแต่รับจากบ้าน ทำหนังสือเดินทาง จัดหาที่พัก ตลอดจนบริการฝากและส่งเงินกลับบ้าน ปัญหาสุขภาพและความรุนแรงที่หญิงบริการชาวต่างชาติต้องเผชิญคือ ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ รวมถึงปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และต้องทำแท้ง จากการขาดความรู้เรื่องการป้องกัน และปัญหาด้านการสื่อสารในกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เช่นจากรัฐฉาน ไทยใหญ่ของพม่า ประเด็นด้านความรุนแรงอื่น ๆ ที่กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศต่างชาติต้องเผชิญ มักมาจากสามด้านหลักคือ ความรุนแรงจากนายหน้า เจ้าของสถานบริการ และชายที่มาเที่ยว รูปแบบของความรุนแรงมีตั้งแต่ การนำโรคมมาแพร่สู่หญิงบริการของแขก การทำร้ายร่างกาย การบังคับขืนใจ และความรุนแรงจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เช่นการข่มขู่เรียกค่าคุ้มครอง เมื่อมีโอกาส

รายงานวิจัยและปฏิบัติการเรื่องการค้าหญิง ฤทธิสังคมไทย (๒๕๕๐) โดยมูลนิธิผู้หญิง กล่าวถึงการย้ายถิ่น และการขายบริการทางเพศว่า การย้ายถิ่นจากชุมชนสู่เขตเมืองและย้ายถิ่นข้ามชาติ เพื่อจุดประสงค์ในการหางานทำ เพื่อรายได้ที่สูงขึ้นเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ที่มีมาเป็นเวลานานในหลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย และในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๓๙๘ ประเทศไทยเปิดประเทศ หลังสนธิสัญญาเบาว์ริง และช่วง พ.ศ. ๒๔๗๖ ประเทศไทยเป็นแหล่งรับหญิงต่างชาติที่เป็นชาวจีนเข้ามาในประเทศไทย เพื่อส่งไปยังประเทศใกล้เคียงและค้าประเวณีในประเทศไทย การค้าหญิงมีการพัฒนาสู่ยุคต่าง ๆ มาเป็นลำดับ การย้ายถิ่นเพื่อเข้าสู่การค้าประเวณีโดยตรงในประเทศไทยนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วง พ.ศ. ๒๕๑๐ เป็นต้นมา ที่มาของกลุ่มเด็กผู้หญิงย้ายถิ่นเพื่อการค้าประเวณี มาจากภาคเหนือและภาคอีสาน จุดหมายปลายทางหลักของการย้ายถิ่นเพื่อค้าประเวณี คือเมืองใหญ่ ๆ และแหล่งท่องเที่ยว เช่น กรุงเทพฯ หาดใหญ่ สุโขทัย ผู้ใช้บริการนอกจากจะเป็นคนไทยแล้วยังมีคน

ต่างชาติทั้งจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย และจากประเทศยุโรป ต่อมารูปแบบการค้าหญิงเพื่อค้าประเวณี ได้มีการชักพาหญิงชนกลุ่มน้อย เช่น ชาวเขา ชาวจีน พลัดถิ่นเข้ามาค้าประเวณีในไทย ยุคของการค้าหญิงที่เฟื่องฟู และเป็นกระบวนการชัดเจนในช่วง พ.ศ. ๒๕๒๐ – ๒๕๓๐ รายงานนี้ชี้ให้เห็น ปัจจัยผลักดันต้นทางของหญิงไทย และหญิงจากประเทศเพื่อนบ้านที่เข้าสู่การค้าประเวณี คือความยากจน และปัจจัยเสริมที่ทำให้กระบวนการค้าหญิงเข้าสู่การค้าประเวณีมากขึ้นคือ การเห็นตัวอย่างของความสำเร็จจากเพื่อนที่เข้าสู่การค้าประเวณี เช่นสถานภาพทางบ้านร่ำรวยขึ้น มีเงินส่งกลับบ้านให้พ่อ-แม่ ปลดเปลื้องหนี้สินได้ ส่วนมูลเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ บริบททางวัฒนธรรมประเพณีของหญิงสาวทางภาคเหนือ และกลุ่มชาติพันธุ์ คือความกดดันจากค่านิยมเรื่องเพศ เช่นหญิงสาวที่เคยแต่งงานแล้วหย่าร้าง หรือถูกข่มขืน นับเป็นตราบาปที่ถูกสังคมมองว่าเป็นหญิงไม่ดี ใจง่าย นอกจากนี้ยังได้เสนอให้เห็นประเด็นที่เป็นปัจจัยผลักดันสู่การย้ายถิ่นเพื่อการขายบริการทางเพศในเชิงค่านิยมทางสังคมที่ครอบครัวยึดความคาดหวังไว้ที่ลูกสาวที่ต้องตอบแทนบุญคุณพ่อ แม่ และรับผิดชอบต่อครอบครัว เหตุผลต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้การค้าประเวณีได้เปลี่ยนแปลงจากการถูกบังคับเป็นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งความสมัครใจของหญิงสาวเองที่มองว่าการค้าประเวณีเป็นทางเลือกในการหารายได้ที่ดีกว่า

ภัสสร ลิมานนท์ (๒๕๕๐) ศึกษาเรื่องบริการทางเพศ การเดินทางข้ามแดนและเอ็ดส์โดยได้ยกกรณีของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียมาประกอบเป็นตัวอย่างในการอภิปรายการศึกษาจากการศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็น ประเด็นความเชื่อมโยงระหว่างการเดินทางข้ามแดน การบริการทางเพศและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ของประชากรจากประเทศหนึ่งไปยังประเทศหนึ่ง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญได้แก่ เงื่อนไขทางภูมิศาสตร์จากการที่ประเทศต่าง ๆ มีชายแดนติดต่อเชื่อมโยงกัน การลดความเข้มงวดในกฎระเบียบของการเดินทางข้ามแดน รวมถึงการส่งเสริมการท่องเที่ยวตามนโยบายพัฒนาเศรษฐกิจแบบใหม่ มีการแลกเปลี่ยนทางการค้า การว่าจ้างแรงงานต่างชาติทำให้เกิดการติดต่อระหว่างประเทศมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นไปเพื่อธุรกิจการท่องเที่ยวและการบันเทิงเชิงระบอบ นักเดินทางเหล่านี้ก็มักจะมีการข้องแวะกับบริการทางเพศที่มีมาในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้ธุรกิจการขายบริการทางเพศมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วเพื่อตอบสนองความต้องการของนักเดินทาง ความกลัวที่จะติดเชื้อเอดส์ของนักเดินทางและนักท่องเที่ยวมีผลสู่การแสวงหาเด็กสาวบริสุทธิ์ที่อาศัยในชนบทห่างไกลให้เข้ามาสู่ธุรกิจการขายบริการทางเพศมากขึ้น ข้อเท็จจริงที่น่าเป็นห่วงอีกด้านหนึ่งของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์คือ ประชากรส่วนใหญ่ในทวีปเอเชียมีระดับความรู้ความเข้าใจและการตระหนักเกี่ยวกับความร้ายแรงของโรคเอดส์ค่อนข้างต่ำและไม่ถูกต้องนัก นอกจากนี้ในหลายประเทศยังพบว่า การให้ความรู้ด้านสุขศึกษาและการป้องกันโรคยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จโดยเฉพาะในกลุ่มสตรีเคลื่อนย้ายขายบริการทางเพศ และลูกค้าที่ซื้อบริการทางเพศ ข้อเสนอจากการศึกษานี้ได้เน้นการตระหนักต่อต้านต่อและสาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เพื่อที่จะร่วมมือกันป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดในระดับภูมิภาคนี้ สุภางค์ จันทวนิช และคณะ (๒๕๕๔) ศึกษาเรื่องการค้าชายแดนข้ามพรมแดนไทย – พม่า และสถานการณ์เสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นพื้นที่แม่สอด จังหวัดตาก และพื้นที่แม่สาย จังหวัดเชียงราย มีข้อค้นพบจากการศึกษานี้คือ อำเภอมแม่สอดมีผู้ย้ายถิ่นจากพม่ามากกว่าอำเภอมแม่สาย เนื่องจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่เอื้อ คือมีจุดผ่านแดนเป็นด่านเปิดถาวร มีแรงงานต่างชาติลักลอบเข้ามาทำงานและใช้เป็นเส้นทางสู่เมืองใหญ่ต่อไป ส่วนอำเภอมแม่สายแม้ไม่มีจุดผ่านแดนและไม่มีผู้ย้ายถิ่นเข้ามามากเท่าอำเภอมแม่สอด แต่พบว่ามีการช่วยเหลือและล่อลวงให้มีการย้ายถิ่น รวมถึงกลุ่มผู้หญิงที่ถูกล่อลวงเข้ามาขายบริการทางเพศ จนเป็นธุรกิจที่เติบโตอย่างรวดเร็ว แรงจูงใจในการย้ายถิ่นของแรงงานพม่าเข้าสู่ประเทศไทยที่สำคัญนอกจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น เกิดการว่างงาน ผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ ยังพบว่ามีความเสี่ยงเกี่ยวกับการหนีภัยผู้รับเพราะความขัดแย้งทางการเมืองในประเทศบ้านเกิด ส่วนรูปแบบของสถานการณ์เสี่ยงต่อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของแรงงานย้ายถิ่น ได้แก่ ภาวะที่

ห่างไกลครอบครัว การดื่มของมึนเมาและการเที่ยวหญิงบริการทางเพศที่ขาดความรู้และการป้องกัน ส่วนหญิงบริการทางเพศ ได้แก่การมีพฤติกรรมทางเพศกับแขกที่หลากหลายและขาดความรู้และการป้องกันที่ถูกต้อง มีข้อจำกัดทางภาษาและการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์และการป้องกัน

งานวิจัยเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

นิตยา ระวังพาล และเสาวภา พรสิริพงษ์ (๒๕๕๐) ศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องเอดส์กับกระบวนการค้าหญิงในกลุ่มหญิงบริการทั้งประเภทตรง และแฝงในรูปแบบต่าง ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหญิงบริการทางเพศเกือบทุกคน สามารถบอกเหตุและการติดต่อของโรคเอดส์ได้ และเชื่อว่าถุงยางอนามัยป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ แต่หญิงบริการส่วนใหญ่ไม่สามารถบอกวิธีการ ขั้นตอนการใส่ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องและมีความกระตือรือร้นแม้แต่การสาธิตใช้ถุงยางอนามัย หญิงบริการทางเพศบางคนมีความเชื่อว่าการใช้ยาเสพติด น้ำยาล้างตาที่ผสมด่างทับทิม หรือสารส้ม สวนล้างช่องคลอดและการกินยาขับปัสสาวะหลังร่วมเพศจะสามารถฆ่าเชื้อโรคได้ ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ของหญิงเหล่านี้เห็นว่าน่ากลัว และกลัวถูกรังเกียจ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ได้สำคัญอย่างหนึ่งจากงานวิจัยนี้ที่เป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของหญิงบริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ หญิงบริการที่เป็นเด็กใหม่เกือบทุกคนในการเปิดบริษัทครั้งแรกจะไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลย ด้วยค่านิยมทางเพศของผู้ชายที่ต้องการเด็กบริษัท และด้วยค่าเปิดบริษัทที่สูงถึง ๘,๐๐๐ - ๑๕,๐๐๐ บาท

เบญจพร ตันติบุรธา (๒๕๕๐) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงโสเภณีอำเภอหาดใหญ่ ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่หน่วยกามโรค และโรคเอดส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน ๒๕๕๐ จำนวน ๓๐๐ คน พบว่า หญิงโสเภณีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ ๙๖.๗ และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ ๓.๓ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทักษะคิดอายุ รายได้ สภาพสมรส และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แต่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านทักษะคิดต่อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.01$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยของคณะผู้วิจัยครั้งนี้ เสนอว่า จากการที่พบว่าหญิงโสเภณี มีทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับดี ในขณะที่มีระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการจัดสอนสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรู้ให้แก่หญิงโสเภณีเหล่านี้ที่ส่งผลให้ทัศนคติต่อโรคเอดส์ในระดับดีมากขึ้น และจะได้ตระหนักถึงความสำคัญและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้องต่อไป

มัตติกา ศรีพวงทอง และคณะ (๒๕๕๐) ศึกษาเรื่องความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของหญิงอาชีพพิเศษในการป้องกันโรคเอดส์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหญิงอาชีพพิเศษส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๗๒ มีหญิงพิเศษบางคนเชื่อว่า การสวนล้างช่องคลอดหลังมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ หญิงอาชีพพิเศษบางคนยังมีความเชื่อว่า แขนงที่มีหน้าตาดีสะอาดแข็งแรง แสดงว่าไม่มีเชื้อเอดส์ในร่างกาย การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ หญิงอาชีพพิเศษกลุ่มนี้ มีการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ ๘๕ และมีการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนประจำเพียงร้อยละ ๓๕

นิตยา ระวังพาล (๒๕๕๑) ศึกษาเรื่อง มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการเผชิญปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหญิง : การเลือกใช้ระบบสุขภาพ พบว่า หญิงที่มีปัญหาโรคทางเพศสัมพันธ์มีสาเหตุมาจากผู้ชายมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ เทียบผู้หญิงขายบริการมีคู่นอนมากกว่า ๑ คน การละเลยการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นผู้หญิงจะเลือกวิธีการดูแลตนเองโดยการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ด้วยการล้างด้วยน้ำอุ่น ด้วยสบู่ การแช่กันด้วยน้ำยาต่างทับทิม สวนล้างช่องคลอดด้วยน้ำยาที่มีรณมา

เร่ขายในหมู่บ้าน ใช้ยาสีฟันทาแผล รวมถึงการซื้อยาตามร้านมารับประทานหรือยาทาภายนอกและยังคงมีเพศสัมพันธ์อยู่แม้มีอาการผิดปกติ

อุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม และสุภาณี เวชพงศา (๒๕๕๒) ศึกษาเรื่อง ประมวลสถานการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัย ของหญิงบริการทางเพศ ผลการศึกษาด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพบว่า หญิงบริการทางเพศ ยังมีความคิด ความเชื่อ ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แม้ว่าส่วนใหญ่จะมีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ หญิงบริการจะมีวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกันออกไปตามการรับรู้ที่ได้รับ ได้ฟังมาจากการบอกต่อกันไป หญิงบริการทางเพศหลายคนให้ข้อมูลว่า การกินยาแก้ปวด ยาขับปัสสาวะหรือใช้ยาสอดช่องคลอด สามารถป้องกันโรคได้ หญิงบริการทางเพศบางกลุ่มใช้ วาสลิน น้ำมันพืช น้ำมันใส่ผม แทนน้ำยาหล่อลื่นช่องคลอด) หญิงบริการทางเพศแบบตรง มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรค มากกว่าหญิงบริการแบบแฝง อาจจะเนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมต่างกัน เช่น ทางสถานบริการจัดหาไว้ในร้านให้บริการแขกภายในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ หญิงบริการทางเพศมีวิธีการดูแลสุขภาพหลายวิธีต่างกันเช่น การนยิมล้างช่องคลอดด้วยน้ำหรือสบู่หลังมีเพศสัมพันธ์ การสวนล้างช่องคลอดทำได้โดยใช้ลูกยางดูดน้ำเข้าไปล้างทำความสะอาด หรือใช้สบู่อ่อนใช้นิ้วมือถือสบู่อัดแล้วสอดเข้าไปล้างภายในช่องคลอด วันไหนที่แขกมากจะล้างด้วยน้ำธรรมดาเพราะการล้างด้วยสบู่จะทำให้แสบมาก

กฤตยา อาชวนิชกุล ทริสโคเอทท์ และนินนิไนม์ (๒๕๕๓) ศึกษาเรื่องเพศ อนามัยเจริญพันธุ์และความรุนแรง : ประสบการณ์ชีวิตของแรงงานอพยพจากประเทศพม่า ได้สรุปให้เห็นถึงความแตกต่างทางเพศที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ว่า ผู้อพยพหญิง และชายมีความเชื่อในเรื่องบรรทัดฐานทางเพศแตกต่างกันอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้อพยพหญิง ประเด็นเรื่องพรหมจรรย์ ถูกให้คุณค่าไว้สูงมากต่อความเป็นหญิง ผู้หญิงจึงต้องรักษาพรหมจรรย์อย่างเคร่งครัดไม่ข้องแวะในเรื่องเพศจนกว่าจะแต่งงาน การสูญเสียพรหมจรรย์เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ชีวิตผู้หญิงหักเหสู่ความเลวร้ายของชีวิตที่จะตามมา ตรงกันข้ามกับผู้ชายที่ถูกมองว่ามีความต้องการทางเพศสูงกว่า และมีแรงกระตุ้นที่จะเรียนรู้เรื่องเพศมากกว่า การซื้อบริการทางเพศของผู้ชายจึงเห็นเป็นเรื่องปกติในสังคม จึงสนับสนุนที่ชายโสดเที่ยวหญิงบริการ และแม้จะไม่สนับสนุน ชายที่แต่งงานแล้วแต่ก็ยอมรับได้ การศึกษานี้ได้สรุปให้เห็นผลกระทบต่ออนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงอพยพจากพม่า ภายใต้การมองบรรทัดฐานทางเพศ ระหว่างชายและหญิงในระดับที่ต่างกันว่า ผู้หญิงต้องอยู่ในภาวะจำยอม และพยายามที่จะสนองตอบความต้องการของสามี เพื่อรักษาความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส ผู้หญิงชาวพม่าบางคนไม่รู้แม้กระทั่งว่า จะเกิดการตั้งครรภ์ หรือการติดเชื้อโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ขึ้นได้หรือไม่ หลังจากมีเพศสัมพันธ์กับสามี ผู้หญิงอพยพชาวพม่าหลายคนบอกว่าเธอมีเหตุผลที่ยอมรับการเที่ยวผู้หญิงของสามีไม่ได้เพียงอย่างเดียวคือ เหตุผลทางเศรษฐกิจ ซึ่งมองว่าเป็นการเสียเงิน เสียทอง ที่หามาได้ด้วยความยากลำบาก

สุกัญญา พรโสภากุล (๒๕๕๔) ศึกษาเรื่องระบบความเชื่อ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพทางเพศของหญิงที่อยู่ในการค้าประเวณีในศูนย์กามโรคแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ผลการศึกษาด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ และการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคของหญิงบริการทางเพศกลุ่มนี้พบว่าหญิงบริการทางเพศเชื่อว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งหมดคือโรคเอดส์ และการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หญิงบริการใช้คำว่า “เป็นโรค” หญิงบริการกลุ่มนี้ศึกษาว่า เชื่อว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิดป้องกันได้ โดยการใช้ถุงยางอนามัย หญิงบริการเหล่านี้ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในคลินิกกามโรคและจากสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ ทีวีวิทยุ หญิงบริการบางคนยังมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเชื่อว่า นอกจากการใช้ถุงยางอนามัยแล้ว การล้างทำความสะอาดช่องคลอด จะช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงบริการมีวิธีดูแลสุขภาพทางเพศขณะมีประจำเดือน นอกจากการล้างช่องคลอดแล้ว

ยังมีการใช้ลูกไก่ใส่ในช่องคลอดในการมีเพศสัมพันธ์ในช่องมีประจำเดือนและบางครั้งก็จะรับประทานยาอื่น ประจำเดือนในกรณีที่ไม่ต้องงดรับแขกขณะมีประจำเดือน ตรีณ ร่องพิช (๒๕๕๔) ศึกษา ความตระหนักใน ปัญหาโรคเอดส์และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของหญิงขายบริการทางเพศในสถานบริการบาร์เบียร์เชียงใหม่ ได้ศึกษาความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของหญิงขายบริการทางเพศใน สถานบาร์เบียร์พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ในชีวิตประจำวันของหญิงขายบริการทางเพศ แบ่ง ออกเป็น ๓ ลักษณะคือ ๑) มีความตื่นตัวซึ่งแสดงออกมาในรูปความสนใจการพูดคุยปรึกษาหารือกันในกลุ่ม หญิงอาชีพเดียวกัน ๒) มีการดูแลตนเองตามความรู้ความเข้าใจที่ได้รับการถ่ายทอดจากเพื่อนหญิงขายบริการ ทางเพศ เช่น การรักษาความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำ ด้วยสบู่ และยาสียฟัน ๓) มีความตั้งใจและหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง เช่น พยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย อัมพร แก้วจันดี และ คณะ (๒๕๔๔) ศึกษาเรื่องสถานการณ์โรคเอดส์ และผู้ขายบริการทางเพศบริเวณชายแดนไทย – ลาว – กัมพูชา ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พื้นที่บริเวณชายแดนไทย – ลาว – กัมพูชา มี ๒๐ อำเภอ ใน ๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ มุกดาหาร และจังหวัดนครพนม มีสถานบริการทางเพศ ๑๖๒ แห่ง ผู้ขายบริการทางเพศ ๗๗๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๖ ของผู้ขายบริการทางเพศทั้งหมดใน ๕ จังหวัด ผู้ขายบริการทางเพศที่เป็นชาวลาว คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๙ ของ หญิงบริการทางเพศบริเวณชายแดน ผู้ขายบริการทางเพศมีการขายบริการทางเพศเฉลี่ย ๑.๔ ครั้ง/คน/คืน มี อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าร้อยละ ๘๗.๑๒ การทดสอบความรู้เรื่องโรคเอดส์ก่อนการให้ความรู้พบว่า มี ความรู้อยู่ในระดับดี แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าหญิงบริการกลุ่มนี้ มีการปฏิบัติตนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ คือ หญิงบริการเหล่านี้ ใช้ถุงยางอนามัยกับแฟน/คูรัก/ทุกครั้งเพียงร้อยละ ๓๑.๒๕ ด้วยเหตุผลว่ารู้จักกันดีและ ไว้ใจกัน

ทวี บุษดี (๒๕๕๕) เรื่อง การสำรวจความรู้และทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ในผู้ขาย บริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในพื้นที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้สำรวจความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคในพื้นที่ด่านช่องเม็ก พบว่าผู้หญิง บริการทางเพศ จำนวน ๔๙ คน มีทั้งคนไทยและคนลาว หญิงบริการทางเพศ รู้ว่าโรคเอดส์ติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ร้อยละ ๙๘.๐ รู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ป้องกันเอดส์ได้ร้อยละ ๙๘.๐ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์พบว่าหญิงบริการทางเพศให้แขกใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ ๕๓.๑๐ และหญิงบริการทางเพศที่มีแฟน/คูรัก มีการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟน/คูรัก เพียงร้อยละ ๕๗.๑ เหตุผลที่หญิง บริการทางเพศไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับแฟน/คูรัก เพราะเห็นว่าไม่เสี่ยง โดยเห็นว่าไม่เสี่ยงร้อยละ ๔๔.๙ ส่วนผล การสำรวจผู้ขายที่ใช้บริการทางเพศพบว่า มีผู้ตอบว่าเคยใช้บริการทางเพศกับหญิงทางเพธร้อยละ ๖๕.๖๑ ผู้ใช้บริการมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับหญิงบริการทางเพธร้อยละ ๖๓.๖๐ กลุ่ม ผู้ใช้บริการทางเพศมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟน/คูรัก ร้อยละ ๖๑.๕๖ ข้อค้นพบที่สำคัญ จาก การศึกษานี้คือหญิงบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับสูง แต่ยังมีพฤติกรรม ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์คือทั้งหญิงบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยใน ระดับต่ำ ศุภศรีย สง่าวงศ์ และคณะ (๒๕๕๗) ศึกษาความชุกของการติดเชื้อคลาไมเดียในหญิงบริการทางเพศ บริเวณชายแดนไทย – ลาว ในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร พบอัตราชุกในการติดเชื้อคลาไมเดียในหญิงบริการทาง เพศไทยร้อยละ ๑๙.๓ ในคนลาวร้อยละ ๒๙.๔ หญิงบริการทั้งไทยและลาวส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการทางเพศ แบบแอบแฝงตามร้านอาหารและร้านคาราโอเกะและผับ มีการเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างสถานบริการเรีงรมย์ ต่าง ๆ ทั้งย้ายภายในจังหวัด และระหว่างประเทศลาว – ไทย สูงประมาณ ๒ – ๓ เดือนต่อครั้ง อัตราการใช้ ูงยางอนามัยในกลุ่มนี้กับลูกค้าทั่วไปเฉลี่ยร้อยละ ๘๗ ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ เพียงร้อยละ ๓๗.๙

หญิงบริการเหล่านี้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คือมีความเห็นว่าคู่นอนหรือคู่นอนประจำเป็นคนไวใจได้ จึงไม่จำเป็นต้องใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การศึกษานี้ได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้มีมาตรการและแนวทางสนับสนุนให้มีการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในหญิงบริการ และประชาชนทั่วไปให้มากขึ้น ควรมีวิธีการและกระบวนการส่งเสริมให้เกิดระบบที่เข้าถึงหญิงบริการกลุ่มต่างๆ ให้มากขึ้น เพื่อนำความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ สู่หญิงบริการทางเพศที่ประกอบอาชีพขายบริการทางเพศบริเวณชายแดน

สุวิทย์ พรหมบุตร (๒๕๕๗) ศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เรื่องเอดส์กับพนักงานเสิร์ฟในร้านอาหาร และร้านคาราโอเกะในอำเภอโขงเจียม ศึกษาถึงความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของพนักงานเสิร์ฟในร้านอาหาร และร้านคาราโอเกะ โดยการเก็บข้อมูลจากพนักงานและลูกจ้างทุกคนที่ทำงานในร้านอาหาร และร้านคาราโอเกะทุกแห่งในอำเภอโขงเจียม จำนวน ๑๔ ร้าน กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน ๕๒ คน พบว่ากลุ่มอายุอยู่ระหว่าง ๒๐ – ๒๓ ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นหญิงชาวลาว ร้อยละ ๙๔.๒๐ ทำงานในร้านอาหารในอำเภอโขงเจียมไม่เกิน ๓ เดือน โดยได้รับค่าจ้างต่ำกว่า ๒,๐๐๐ บาทต่อเดือน พนักงานเหล่านี้มีความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงเท่ากับร้อยละ ๑๐.๑๑ และมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้แก่การตอบคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดเสียใจมาก ถ้าติดเชื้อเอชไอวีแล้วรักษาสุขภาพให้แข็งแรงจะมีสุขภาพยืนยาวและเห็นว่าหากตัวเองติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ไม่ต้องการให้ผู้อื่น ติดเชื้อด้วย ร้อยละ ๑๐๐ ส่วนทัศนคติเชิงลบได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงเอง ไม่ระมัดระวัง ร้อยละ ๘๒.๗ ด้านพฤติกรรมการป้องกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ขอให้แจกใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งร้อยละ ๙๒.๓ และมีเพียงร้อยละ ๔๒.๓๐ ที่ตอบว่าไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้บางครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน หรือคู่อริของตนเองเกี่ยวกับแขกที่มาใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๒๓.๑ ตอบว่ามีแขกชาวต่างชาติ (ที่ไม่ใช่ชาวลาว และเขมร) ที่มาเที่ยวและเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วย

บริบทของหญิงบริการจากประเทศต้นทางสู่การขายบริการทางเพศในประเทศไทย

บริบทด้านการปกครองและเศรษฐกิจของลาว

บริบทด้านการปกครองและเศรษฐกิจของลาว จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า บริบทด้านการปกครองในประเทศลาวที่ผ่านมารวมทั้งนโยบายการพัฒนาการปกครองและเศรษฐกิจของประเทศเป็นปัจจัยหนึ่งสู่การเคลื่อนย้าย เพื่อขายบริการทางเพศของหญิงบริการชาวลาว เห็นได้จากข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการปกครองและระบบเศรษฐกิจของลาวในช่วงการพัฒนาประเทศจากระบบการปกครองแบบเดิมเป็นระบบการปกครองแบบสังคมนิยม ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๗๕ เป็นต้นมา รัฐบาลลาวต้องประสบปัญหาการปกครองและปัญหาทางเศรษฐกิจในช่วงของการเริ่มพัฒนาประเทศ ตลอดจนการล่มสลายของเศรษฐกิจในตัวเมืองหลังจากที่องค์การการช่วยเหลือระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID) ได้ถอนตัวออกไป และมีการอพยพออกนอกประเทศของกลุ่มชนชั้นนายทุนและนักธุรกิจ พร้อมเงินทุนประกอบการที่รัฐบาลนำ นโยบายจำกัดเสรีทางการค้าและผนวกธุรกิจต่าง รวมทั้งบริบททางด้านการศึกษา ของหญิงบริการชาวลาวทุกคนที่นับว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากการอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านการพัฒนาประเทศเช่นเดียวกันจากการวิจัยครั้งนี้การได้รับการศึกษาของหญิงบริการชาวลาวทุกคน ที่มีระดับการศึกษาเพียงจบชั้นประถมและสูงสุด เพียงชั้นมัธยมเท่านั้นบางคนได้ เรียนเพียง ชั้นประถม ๒ และประถม ๕ โดยได้รับคำอธิบายจากหญิง บริการว่า“อยู่ ประเทศลาว ไม่มีการเรียนภาคบังคับโดยเฉพาะคนในหมู่บ้านห่างไกล ไม่มีโอกาส ได้เรียนสูง รัฐบาลเองก็ไม่สามารถบังคับได้ ถ้าอยากออกจากโรงเรียนเมื่อไรก็ได้ เพราะถึงเรียนมากก็ไม่มีงานให้ ทำ“การศึกษาสูงไม่อาจช่วย

ให้ หนูพ้นจากความยากจนได้ แต่การที่จะทำอะไร ให้มีข้าวกินมีเงินให้ แม่เพื่อเลี้ยงครอบครัวสำคัญกว่า” ซึ่งมีข้อมูลยืนยันจากรายงาน การสำรวจด้านการศึกษาระดับขั้นพื้นฐานในลาวตาม โครงการ Asian Development Bank : ADB ในปี ค.ศ. ๒๐๐๔ พบว่า หลังจากการที่รัฐบาลลาวได้ พยายามพัฒนาด้าน การศึกษา ภายในประเทศ ในช่วง ๑๐ ปี ที่ผ่านมามี ทำให้จำนวนเด็กที่เข้าเรียนในระดับประถมศึกษาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๔๘ ได้ เป็นร้อยละ ๖๐ แต่ยังพบว่าในชนบทที่ห่างไกลเด็ก เยาวชนของลาวสามารถเข้าสู่ระบบ การศึกษาภาคบังคับได้น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ โดยเฉพาะในแขวงที่อยู่ห่างไกล เช่น แขวงพงสาฮี และสาละวัน นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของการเข้าถึงระบบ การศึกษา ที่แตกต่างกันระหว่างความแตกต่างด้านเพศ และในกลุ่มชาติพันธุ์ โดยพบว่าเพศหญิงอ่านออกเขียนได้ เพียงร้อยละ ๔๘ ในขณะที่กลุ่มผู้ชายอ่านออกเขียน ได้ถึงร้อยละ ๗๔ และในหญิง กลุ่มชาติพันธุ์ สามารถอ่านออกเขียนได้ เพียงร้อยละ ๔๕ เท่านั้น จากปัญหาการ ที่หญิงบริการชาวลาว ไม่ได้รับการศึกษาที่เพียงพอ และขาดความรู้นี้เมื่อมี การเดินทางเข้ามาขายแรงงาน และ ขายบริการทางเพศในประเทศ ไทยหญิงบริการเหล่านี้ต้อง ประสบปัญหาการถูกหลอกลวง การถูกขาย โดย ขาดอำนาจต่อรอง เพราะการไม่รู้หนังสือ การขาดความรู้ทั้งการเข้าถึงระบบบริการของทางราชการในประเทศ ไทยๆ เป็นของรัฐล้วนเป็นปัญหาใหญ่ของรัฐบาลพรรคคอมมิวนิสต์ ทั้งสิ้น รัฐบาลมีรายได้ไม่มากนักจากการ ส่งออกไม้ซุงกาแฟและไฟฟ้า ซึ่งรวมกันมีมูลค่าน้อยมากประมาณ กึ่งหนึ่งของมูลค่าสินค้านำเข้า ทำให้รัฐบาล ขาดเงินออม เงินในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจส่วนใหญ่ได้จาก เงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ

(สุชัย ศิริไกร :๒๕๕๒) ปัญหาเหล่านี้มา ซึ่งการขาดการ หมุนเวียนทางการเงินภายในประเทศ และ การจ้างงานทั้งในภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน ประชาชน ทั่วไปมีรายได้ จากการประกอบอาชีพด้าน เกษตรกรรม ซึ่งมีการส่งออกเพื่อแลกเปลี่ยน สินค้าอย่างมาก ประชาชนของประเทศส่วนใหญ่ยากจน นอกจาก ฤดูทำนาและเก็บเกี่ยวแล้วไม่มีงานอื่นทำ เหล่านี้จึงเป็นสาเหตุของการเคลื่อนย้ายเพื่อหางานทำและความ ต้องการรายได้ เพิ่มจากการรับจ้าง ขายแรงงานในภาคธุรกิจและภาคเกษตรกรรม รวมทั้งการทำงานบริการใน สถานบริการบันเทิงและ การขายบริการทางเพศของผู้หญิงลาวในประเทศไทย เพราะในประเทศไทยมีงาน ให้ทำตลอดปี

ข้อมูลเกี่ยวกับหญิงบริการชาวลาว

หญิงบริการชาวลาวมีอายุอยู่ระหว่าง ๒๐ – ๒๔ ปี มากที่สุดคือ ๘ คน ๒๕ – ๒๙ ปี ๔ คน และ ๑๕ – ๑๙ ปี จำนวน ๓ คน อายุน้อยที่สุด คือ ๑๕ ปี และมากที่สุด คือ ๓๗ ปี อย่างละ ๑ คน มีอายุการทำงาน ในพื้นที่ชายแดนแห่งนี้นานที่สุด ๒ ปี และน้อยที่สุดคือ ๔ เดือน หญิงบริการมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือจบระดับประถมศึกษา (ป.๒ – ป.๖) จำนวน ๙ คน จบระดับ มัธยมศึกษา (ม.๒ – ม.๖) จำนวน ๘ คน ในจำนวนนี้มี ๓ คนที่จบเพียงประถม ๒ และประถม ๕ หญิงบริการ ผ่านการแต่งงานและหย่าร้างมาก่อนจำนวน ๖ คน อีก ๑๑ คนยังไม่เคยแต่งงาน ทั้งคนที่เคยแต่งงานและที่ยัง ไม่แต่งงาน ต่างให้เหตุผลของการเข้าสู่อาชีพการขายบริการทางเพศที่ไม่แตกต่างกันคือ ความยากจน ต้องการ รายได้เพิ่ม และภาวะรับผิดชอบต่อครอบครัว หญิงบริการจำนวน ๑๗ คนมีภูมิลำเนาเดิมมาจากแขวงต่างๆ ในทางตอนใต้ของประเทศลาวที่มี ได้แก่ จากเวียงจันทน์ ๗ คน แขวงสะหวันนะเขต ๕ คน แขวงจำปาสัก ๓ คน และแขวงคำม่วน ๑ คน มีมาจากไกลที่สุดคือจากหลวงพระบาง ๑ คน โดยมีเครือข่ายผู้ชักนำที่สำคัญคือ เพื่อน และญาติหรือคนรู้จักที่เป็นเพื่อนบ้านใกล้เคียง ชักชวนมา โดยมีเจ้าของร้านเป็นเครือข่ายสนับสนุนในการไป รับมา เมื่อไปส่ง “เด็กเก่า” พร้อมกับรับคนใหม่มาด้วยหมุนเวียนไปเรื่อยๆ รูปแบบนี้ พ่อ – แม่ ของหญิงสาว จะยินยอมให้มาด้วยความเต็มใจ เพราะมันใจว่าปลอดภัยที่มากับคนรู้จักกัน รูปแบบของการเดินทาง คือ เดินทางมาตามเส้นทางคมนาคม เลียบมาตาม ลำแม่น้ำโขงจนถึงบริเวณชายแดนที่ข้ามฝั่งไทยได้ใกล้ที่สุด เช่น จากเมืองพระคมทางตอนใต้ของนครเวียงจันทน์ และเมืองโกสอนของแขวงสะหวันนะเขต สามารถเดินทางต่อมา

จนถึง ผังตรงข้ามคืออำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ทำข้ามเรือบ้านท่าประชุม ของลาว ใช้เวลาประมาณ ๑ วัน ส่วนใหญ่เป็นการเดินทางโดยทางเรือข้ามมาขึ้นฝั่งไทยตามแนวตะเข็บชายแดนบางคน ไม่ผ่านด่านชายแดน แต่ส่วนใหญ่ใช้หนังสือผ่านแดนแบบชั่วคราวคืออยู่ในประเทศไทยได้ ๓ วันบ้าง ๗ วันบ้าง นานที่สุดประมาณ ๑ เดือน โดยมีเจ้าของร้านเป็นผู้ดำเนินการเรื่องต่ออายุหนังสือเดินทางให้และจะหักค่าใช้จ่ายกับหญิงบริการภายหลังครั้งละประมาณ ๓๐๐ บาท เดือนหนึ่งๆ จะจ่าย ๒ - ๓ ครั้ง

ปัจจัยสู่การเคลื่อนย้ายจากประเทศต้นทาง สู่การขายบริการทางเพศในประเทศไทย

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจในประเทศ และการต้องการรายได้

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าในระบบการพัฒนาด้านการปกครองและเศรษฐกิจของลาวในช่วง ๓๐ ปีที่ผ่านมา เมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านอย่างประเทศไทย ประเทศลาวยังขาดการพัฒนาด้านเศรษฐกิจอยู่มาก และเป็นที่ยอมรับของประชาชนชาวลาวเองว่า การมาทำงานที่ประเทศไทยเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่คนลาวเลือกมากกว่า การหางานทำที่ประเทศลาว เพราะในประเทศไทยมีงานให้ทำตลอดปี คนในประเทศลาวส่วนใหญ่ยากจนและหางานทำยากถึงแม้จะมีงานจำพวกก่อสร้างบ้าง แต่ถ้าหมดโครงการก็ไม่มีการจ้างทำ ต่อถึงจะมีงานรับจ้างในภาคเกษตรกรรมบ้างแต่ก็ไม่ตลอดทั้งปี และค่าจ้างถูกมาก คิดเป็นเงินไทย ตกประมาณวันละ ๓๐๐ บาท

ปัจจัยเกี่ยวกับบริบทด้านเพศ และวาทกรรมว่าด้วยเรื่องเพศในสังคมวัฒนธรรมของ ลาว

บริบทด้านเพศภาวะ และวาทกรรมเกี่ยวกับเรื่องเพศใน เชิงสังคมวัฒนธรรมของลาว จากการวิจัยครั้งนี้เป็นปัจจัยหนึ่งของการนำ หญิงชาวลาว เข้าสู่การทำอาชีพขายบริการทางเพศอย่าง หลีกเลียงไม่ได้ จากที่หญิงบริการชาวลาวทั้งที่เคยแต่งงานมาก่อนและยังไม่เคยแต่งงาน เช่น เรื่องราวของ ตึก,พลอย, ลอ,น้อง,กุ่ม, และคนอื่นๆ ได้บอกถึงความจำเป็นของการเข้าสู่อาชีพขาย บริการทางเพศ เพื่อต้องการเงินช่วยเหลือครอบครัว และรับผิดชอบ เลี้ยงดูพ่อแม่ โดยมองว่ามีเพียงตนเองหรือพี่สาวในฐานะ “ลูกสาว” เท่านั้นที่ลูกผู้หญิงพึงกระทำได้ และไม่ได้ กล่าวถึงภาระ รับผิดชอบ ของพี่ชายหรือ น้องชายเลย ทั้งที่ยังอาศัยอยู่ในครอบครัวหรือแยกครอบครัวออกไปแล้วก็ตาม สถานการณ์เช่นนี้เมื่อทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดเกี่ยวกับเพศ และวาทกรรมว่าด้วยเพศวิถี ในเชิงสังคมวัฒนธรรมของลาวจาก ประสบการณ์ชีวิตของหญิงบริการชาวลาวที่กล่าวมานี้ได้ สะท้อนวาทกรรมว่า ด้วยเรื่องเพศภาวะในสังคมวัฒนธรรมของลาว และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ระหว่างหญิงและชาย ในสังคมที่ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) ที่มองว่าการประติขันธ์ สร้างความเป็นหญิง ชายในเชิงวัฒนธรรมที่กำหนดให้พวกเธออยู่ในบทบาทของ “ลูกสาว ” คือผู้ที่ได้รับความ คาดหวังว่า จะต้องเป็นผู้แบกรับผิดชอบทางเศรษฐกิจเพื่อความอยู่รอดของครอบครัว ถือเป็นบทบาทตามประเพณีที่ได้รับ การถ่ายทอดมาอย่างต่อเนื่องลงบนความเป็น “ลูกสาว” (อ้างในชลดา มนต์วีติ, ๒๕๕๔) กฤตยา และพรสุช, ๒๕๕๐ กล่าวถึงปัจจัยเชิงของการเข้าสู่อาชีพขายบริการ ทางเพศ ของหญิงสาวไทยใหญ่ว่า “ในสังคมไทยใหญ่และไทยลื้อ จะมีแนวคิดหลายประการของชาวไทยภาคเหนือ คือผู้ หญิงในสังคมถูกทำให้เชื่อว่าเป็นหน้าที่ของเธอเพียงลำพังที่จะต้องดูแลและรับภาระหาเลี้ยงครอบครัวไม่ว่าจะเป็นวิถีทางใดก็ตามทั้งนี้ถือว่าเป็น การแสดงความกตัญญูอันเป็นความภาคภูมิใจสูงสุด การตอบแทนนี้จะจบลง ด้วย การที่เธอแต่งงานไปแล้วเท่านั้นและหากเกิดปัญหาการหย่าร้างขึ้น ผู้ชายจะไม่มีข้อผูกมัดที่จะต้องส่งเสียครอบครัวเก่าของตน จึงเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ที่อาจจะต้องหาเลี้ยงทั้งครอบครัวของตนเองและลูก และกลับไปรับผิดชอบครอบครัวของพ่อแม่ ผู้หญิงหลายคนเดินทางไปทำงาน โดยฝากลูกไว้กับพ่อแม่ หรือญาติของตน โดยเธอต้องส่งเงินกลับบ้านไปให้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ทั้งดูแลลูกและพ่อแม่ ซึ่งอาจรวมถึงน้องชายและน้องสาว และคนอื่นๆ

(กฤตยา อาชวนิชกุล และพรสุช เกิดสว่าง, ๒๕๕๐) และจากการสะท้อนคำบอกเล่าของหญิง บริการ ชื่อวี ที่แสดงออกถึงภาระรับผิดชอบของเธอเพียงผู้ เดียวไม่ต้องการให้ น้องมาทำอาชีพแบบเธอนั้นได้ แสดงถึง ภาวะ “จำยอม” และความรับผิดชอบของ “ลูกผู้หญิง” ที่มองว่าถ้าเป็นไปได้ ๔๐ - ๕๐ ในขณะที่ค่าจ้างใน

ประเทศไทย อย่างน้อยวันละ ๑๐ - ๑๒๐บาท และมีงานให้ทำทุกฤดูกาล ขอให้เธอเป็นลูกผู้หญิงเพียงคนเดียวที่รับภาระนี้

การถูกทำให้เป็นสินค้าในเชิงวัฒนธรรมและการค้ามนุษย์

ในสังคมวัฒนธรรมของลาว ยังพบปัจจัยเชิงวัฒนธรรมที่ผลักดันให้ ผู้หญิง เข้าสู่การขาย บริการทางเพศจากประเทศต้นทางอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือการถูกขายพรหมจรรย์ ภายใต้อำนาจความคิด ความเชื่อของสังคมวัฒนธรรมที่ “ชายเป็นใหญ่” (patriarchy) หญิงบริการที่ให้สัมภาษณ์อย่างนี้ อย ๓ คน เล่าว่าเธอเคยถูกให้ขายพรหมจรรย์ ให้ แก่ชายที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน เพื่อแลกกับค่าตอบแทนที่เป็น เงินก้อนโตจำนวนหนึ่ง เช่นกรณีของ มณี สีไพร และพร ประสบการณ์ของหญิงบริการเหล่านี้ได้ สะท้อนภาพของกระบวนการที่เธอถูกทำให้เป็น เสมือนสินค้าและวัตถุทางเพศทั้งจากคนใกล้ชิด และจากผู้ขายบนความเป็น “ผู้หญิง” ของเธอเพียง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ชายที่มีความคิดความเชื่อว่าการได้มีเพศสัมพันธ์กับหญิง พรหมจรรย์ แล้วจะทำให้เขาประกอบการค้าหรือธุรกิจที่กำลังจะดำเนินการนั้นประสบความสำเร็จ ร่ำรวย หรืออาจเป็นเพียงเงื่อนไขหนึ่งซึ่ง ผู้ชายสร้างขึ้นเพื่อต้องการมีเพศสัมพันธ์กับเด็กสาว พรหมจรรย์ เพราะเห็นว่าบริสุทธิ์ปลอดจากโรค เช่นเดียวกับ

การศึกษาของกฤตยาและพรสุข (๒๕๕๐) กล่าวว่าผู้ชายที่ชอบมีเพศกับหญิงสาวที่อายุน้อย โดยเฉพาะผู้หญิงต่างชาติจากชนบท เพราะมี ความเชื่อว่าเป็นเด็กบริสุทธิ์ ปลอดจากโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ หลุยส์ บราวน์ (โรจนา นาเจริญ แปล: ๒๕๕๐) กล่าวถึงเรื่องนี้ว่าชายชาวจีนเชื่อกันว่าการได้มีเพศสัมพันธ์ กับเด็กเป็นประจำ โดยเฉพาะเด็กสาวพรหมจรรย์ จะช่วยให้ชายสูงอายุ มีความเป็นหนุ่ม กระชุ่มกระชวย หรือชะลอความแก่ได้ ทำให้ผู้ชายแสวงหาหญิง สาวจากเซ็กซ์ทัวร์ไปทั่วโลก ความเชื่อเช่นนี้อาจเป็นเรื่องธรรมดา สำหรับผู้ชายที่ถูกปลูกฝังมาภายใต้ กรอบสังคมที่ให้ ความสำคัญกับผู้ชาย ซึ่งกลายเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชาย ที่ปัจจุบันอำนาจถูกเปลี่ยนเป็นมูลค่าด้วยเงิน และทำให้ สถานภาพทางเพศของผู้หญิง เป็นเพียง วัตถุที่หาซื้อได้โดยง่าย (ชลดา มนต์ริ้ว ติ ๒๕๕๔)

การทำตามค่านิยมของความทันสมัย ความพึงเพื่อและเอาแบบอย่างจาก เพื่อนที่ประสบความสำเร็จจากการทำอาชีพขายบริการทางเพศ

จะเห็นได้ จากการให้ข้อมูลของหญิงบริการ ๓ คน ได้ ให้ ความเห็นต่อการมาทำ อาชีพขายบริการทางเพศต่างจากเพื่อนส่วนใหญ่ว่าที่เธอตัดสินใจมาขายบริการทางเพศ เพราะเพื่อนชวนและ เห็นว่าเป็นเรื่องสนุกไม่ต้องรับผิดชอบอะไรมากมายเหมือนตอนอยู่ที่บ้าน ได้เที่ยว ได้แต่งตัวสวย มีโทรศัพท์ มือถือใช้ เหมือนเพื่อนคนอื่นๆ ส่วนการส่งเงินกลับบ้านนั้นไม่ใช่เรื่องจำ เป็นมากนักเพราะพ่อแม่มีงานทำ ครอบครัวยังพออยู่พอกิน เช่นกรณีของ เปิ้ล, ปู และนาง ที่เข้าสู่อาชีพขายบริการ (๒๕๕๐:๓๒) แสดงทัศนคติในลักษณะที่ว่า “ไม่มีผู้หญิงคนไหนต้องการจะประกอบอาชีพนี้หากเลือกได้ ไม่ว่าเธอจะมาจากสังคม และเห็นว่าอาชีพนี้ดี ถ้าให้ เลือกได้ เธอจะเป็นผู้รับบทาจนถึงแม่ เธอจะอยู่ในสังคมที่ยอมรับการ ขายบริการทางเพศหรือไม่ก็ตาม เธอก็จะปฏิเสธไม่ต้องการให้ น้องมาทำอาชีพนี้ที่ถูกมองว่าเป็น อาชีพต่ำต้อย ไร้ค่าทางเพศ โดยไม่มีปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยนำ หากแต่มาจากเหตุผลของการต้องการอิสระ รับผิดชอบตัวเองบนพื้นฐานของความต้องการเป็นคนที่ดีคนนี้ได้ สะท้อนให้ เห็นค่านิยมในปัจจุบันในสังคม ที่มีเงินเป็นตัวตั้งทั้งสิ้น เธอเลือกที่ จะทำตามคนในชุมชนที่ประสบผลสำเร็จจากการทำอาชีพนี้ทำให้ อาชีพการขายบริการทางเพศ ได้รับการยอมรับจากสังคมทั่วไป สิ่งที่พวกเธอได้ แสดงออกต่อการยอมรับในอาชีพของเธอคือ การได้แต่งตัวสวย ทำผมและใช้เครื่องแต่งตัวตามสมัยนิยมได้ อยู่ดีกินดี ดังที่รายงานการวิจัยของนิติยา และเสาวภาได้ กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ เข้าสู่อาชีพขายบริการทางเพศ ของหญิงสาว ในวัฒนธรรมของล้านนาที่เป็นปัจจัยทางค่านิยมว่าหญิงบริการในหมู่บ้านที่กลับมาเยี่ยมบ้านใน เทศกาลต่างๆ สร้างความฝันให้กับวัยรุ่นในหมู่บ้าน การแต่งตัวสวยงามด้วย

เสื้อผ้าที่มีราคาแพง และเครื่องประดับที่ทันสมัยสภาพความเป็นอยู่ ของครอบครัว ที่ลูกสาวไปทำงานบริการที่ ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จากการส่งเงิน กลับบ้าน มีการปลูกบ้านที่ใหญ่โต มีเครื่องใช้ อำนวยความสะดวก ได้รับ การยกย่องนับถือจากคนในหมู่บ้านทำให้ ครอบครัวที่มีฐานะด้อยกว่าอยากมีอยากได้ ใน ลักษณะเดียวกันหญิง สาวจึงพยายามดิ้นรน อยากมีความทัดเทียมกับเพื่อน จึงเกิดการเลียนแบบและเอาอย่างกันในที่สุด (นิตย ะวั ง พาล และเสาวภา พรศิริพงษ์(๒๕๕๐)

ชีวิตการทำงานในประเทศไทย

รูปแบบของการทำงานขายบริการทางเพศ คือเริ่มทำงานเวลาประมาณ ๑๗.๐๐ น. ถึงเวลาประมาณ ๐๒.๐๐ น. ของวันถัดไป เป็นบริการรวมอยู่ ในการให้บริการอาหารและเครื่องดื่มโดยคอย ดูแลเอาใจ ลูกค้าและต้อนรับผู้ขายบริการทางเพศ โดยลูกค้าจะเป็นผู้พาหญิงบริการออกไป มีเพศสัมพันธ์ตามห้องเช่า หรือสถานที่ลูกค้าจะเลือกพาไป หญิงบริการเรียกว่า “ออฟแขก” หรือ “ออกแขก” โดยเจ้าของร้านจะมีรายได้ จากการหักค่าออกแขกครั้งละ ๒๐๐ บาทต่อคน หญิงบริการมีรายได้ จากอัตราค่าบริการครั้งหนึ่งประมาณ ๘๐๐ – ๑,๕๐๐ บาท และมีชั่วโมง “ออกแขก” ประมาณ ๓ – ๔ ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนั้นพวกเธอจึงมีรายได้ เฉลี่ยถึง เดือนละประมาณ ๖,๐๐๐ – ๑๐,๐๐๐ บาท ชีวิตความเป็นอยู่ ประจำวันคืออาศัยอยู่ในร้านร่วมกับ เจ้าของร้าน มีบางร้านเช่าห้องให้ อยู่นอกร้าน ในช่วงกลางวันเป็นเวลาพักผ่อนและทำ ธุรกิจส่วนตัวมีความ เป็นอยู่ ในลักษณะของคนในครอบครัว เดียวกันและเป็นการพึ่งพาแบบ “ต่างตอบแทน” ที่ต่างฝ่ายต่างเอื้อ ประโยชน์ต่อกันระหว่างหญิงบริการกับเจ้าของร้าน เห็นได้จากความสนิทสนมที่หญิงบริการเรียกเจ้าของร้านว่า แม่ พี่ หรือ เรียกว่าป้า ในกรณีที่เจ้าของร้านเป็นผู้ชาย มีการพูดถึงและปฏิบัติต่อเจ้าของร้านในฐานะ “ผู้มี บุญคุณ” คือผู้ที่ให้ที่อยู่อาศัยและทำงาน ส่วนเจ้าของร้านจะเป็นผู้ คอยช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่โดยเฉพาะ คอยช่วยเหลือไม่ให้ถูกจับกุมจาก ตำรวจ หากรู้ว่าเข้าเมืองผิดกฎหมาย เช่น ให้ที่หลบซ่อน การออกไปไหน นอกร้านต้องบอกให้รู้ รวมทั้งการ “เคลียร์” กับตำรวจหากมีการจับกุมเกิดขึ้น “ทันสมัย”ตามสังคมปัจจุบันซึ่งเป็นยุคทุนนิยมที่ให้ ค่าของความ ทันสมัยเป็นตัวเงินและวัตถุนิยม

การขายบริการทางเพศ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาสุขภาพ และ ความรุนแรงทางเพศ ของหญิงบริการชาวลาว บริเวณชายแดน ไทย-ลาว ชองเม็ก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การเคลื่อนย้ายถิ่นเข้ามาทำงานบริการทางเพศของหญิงลาวมีเครือข่ายการจัดการอย่างเป็นระบบ ปัจจัยด้าน เพศภาวะในสังคมวัฒนธรรมของลาว รวมทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจผลักดันให้หญิงเหล่านี้เข้าสู่อาชีพขายบริการ ทางเพศหญิงขายบริการตกอยู่ในสถานการณ์เข้าเมืองผิดกฎหมาย เป็นคนขายขบในสังคมไทยทำให้เมื่อ เจ็บป่วย ไม่สามารถรับการรักษาจากสถานบริการของรัฐ หญิงบริการต้องปรับตัวให้เข้ารับลูกค้าด้วยวิธีการ สร้างอัตลักษณ์ของตนเองในฐานะหญิงบริการที่มองว่าการแสดงต่อลูกค้าในรูปแบบต่างๆ เป็นเพียง"การ ทำงาน" เท่านั้น

การที่นายจ้างสามารถจ้างหญิงบริการชาวลาวได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าจ้างนั้น สนับสนุนแนวคิดขายขบ ที่คนในสังคมนั้นๆ มองว่ากลุ่มคนย้ายถิ่นเข้ามาทำงานเป็นเพียงคนต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย มาจาก ประเทศที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจที่ช้ากว่า ง่ายต่อการปกครอง ไม่กล้าต่อรอง ซึ่งนับเป็นผลประโยชน์ทาง เศรษฐกิจของเจ้าของร้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๕๐) หลังจากการสู้รบภายในประเทศ และการเปลี่ยนแปลงการปกครองใน พ.ศ. ๒๕๑๘ ประเทศ สปป.ลาว ยังไม่สามารถพัฒนาทางการศึกษา ในประเทศได้อย่างทั่วถึง มีเฉพาะคนในเมืองที่มีเงินเท่านั้นที่ได้รับการศึกษาในระดับสูง เด็กในชนบทห่างไกล ได้รับการศึกษา ภาคบังคับน้อยกว่าร้อยละ ๖๐ (ศุภชัย สิงห์บุศย์, ๒๕๕๕) หญิงชาวลาวที่มาทำงานบริการ ทางเพศ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเพศภาวะในสังคมและวัฒนธรรมของการสร้างความเป็นหญิงชายเชิงวัฒนธรรม ของลาว (ศุภชัย สิงห์บุศย์: ๒๕๔๕) กำหนดให้ผู้หญิงอยู่ในบทบาทของ "ลูกสาว" ซึ่งครอบครัวฝากความหวัง

ว่าต้องแบกรับภาระความรับผิดชอบทางเศรษฐกิจ เพื่อความอยู่รอดของครอบครัวและทำให้ต้องเข้าสู่อาชีพขายบริการทางเพศ ซึ่งในบางกรณีพ่อแม่ได้ตัดสินใจขายลูกสาวพรหมจรรย์ให้แก่ชายที่ต้องการซื้อ ซึ่งสะท้อนภาพของกระบวนการที่ผู้หญิงถูกทำให้เป็นเสมือนสินค้าและวัตถุทางเพศทั้งจากคนใกล้ชิดและผู้ขายบนความเป็น "ผู้หญิง" เพียงเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ชายที่มีความคิดความเชื่อว่าการได้มีเพศสัมพันธ์กับหญิงพรหมจรรย์แล้วจะทำให้ประสบความสำเร็จ ร่ำรวย หรืออาจเพียงเงื่อนไขหนึ่งซึ่งผู้ชายสร้างขึ้น เพราะเข้าใจเอาเองว่าหญิงพรหมจรรย์บริสุทธิ์ปลอดจากโรคหญิงบริการมีการรับรู้และสนใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ในส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับตนและการทำงานของตนเท่านั้น คือรับรู้ว่าโรคเอดส์ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การไม่ใช่งานอนามัยและการมีเพศสัมพันธ์กับชายมากมายเป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ แต่ยังขาดความรู้ในภาพรวมและภาพกว้าง ในการติดต่อของโรคเอดส์และการป้องกัน และประกอบกับอยู่ในประเทศไทยแบบผิดกฎหมายทำให้หญิงขายบริการไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากข้อจำกัดในขอบเขตของการเดินทาง ทำให้อาศัยความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพอนามัย เช่น น้ำยาล้างช่องคลอดทุกประเภทสามารถฆ่าเชื้อโรคได้ เป็นต้น การใช้ยาล้างช่องคลอดบางประเภทเป็นเวลานานส่งผลให้ผนังช่องคลอดผิด เกิดการเสียดสีในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดแผลและติดเชื้อโรคได้ง่าย การที่หญิงบริการมีความเชื่อด้านอาหารบางอย่างเป็นของแสลง ห้ามรับประทานเวลาเจ็บป่วย Klienman & Chrisman (อ้างในสุกัญญา โสภากุล, ๒๕๕๐) อธิบายว่าคนแต่ละกลุ่มวัฒนธรรมย่อมให้ความหมายของการเจ็บป่วยและสุขภาพแตกต่างกัน บุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อโรคร้ายไข้เจ็บที่แตกต่างกัน เช่น การงดอาหารบางอย่างที่เข้าใจว่าแสลงต่อโรค การรับประทานอาหารบางอย่างเพื่อรักษาโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยาสมุนไพร การซื้อยารับประทานเอง เป็นต้น ผลกระทบจากความรุนแรงทางเพศ อาจทำให้หญิงบริการมีโอกาสได้รับอันตรายต่อร่างกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และโรคเอดส์ได้สูง เพราะอาจมีโอกาสดึงดูดการบาดเจ็บของอวัยวะเพศ เช่น การฉีกขาดของเนื้อเยื่อบริเวณผนังช่องคลอดและเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก เนื้อเยื่อบริเวณทวารหนัก เป็นต้น พฤติกรรมการตอบโต้เมื่อลูกค้าใช้ความรุนแรงทางเพศ คือใช้อัตลักษณ์หรือตัวตนอย่างหนึ่งที่มีองว่าตนใช้ร่างกายในการทำงานด้วยความเต็มใจ ไม่มีใครบังคับ การถูกลูกค้าลวนลามและถูกล่วงละเมิดทางเพศต้องทำใจยอมรับว่า นั่นคือ "กำลังทำงาน" โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ เงินอัตลักษณ์นี้ไม่ตายตัว แต่จะเปลี่ยนแปลงสลับไหลไปตามบริบทของปัญหาที่ผู้หญิงเผชิญอยู่ วิธีสุดท้ายที่พบ คือการตอบโต้ด้วยการขัดขืน ไม่ยอมทำตามที่ถูกคำสั่ง ด้วยการเมินเฉยหรือตอบว่าไม่เคยทำ ซึ่งเป็นการพยายามใช้สิทธิในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่งที่มีชีวิตจิตใจในการปกป้องตนเองและได้กลับได้ มิใช่เป็นเพียงหญิงขายบริการ

แนวคิดที่เกี่ยวกับสถานภาพทางเพศ และบทบาททางเพศ

สถานภาพทางเพศระหว่างสตรีและบุรุษในอดีตที่ผ่านมาของไทยนั้นตั้งอยู่ภายใต้ความเหลื่อมล้ำ ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดและบริบททางวัฒนธรรมที่หล่อหลอมและมีอิทธิพลต่อเพศวิถี และเพศสภาวะของสตรีที่ก่อให้เกิดความแตกต่างทางเพศที่มากกว่าทางสรีระธรรมชาติ หรือชีววิทยา ไม่ว่าจะเป็นทางเศรษฐกิจ การเมือง หรือทางสังคมนับตั้งแต่ประเทศไทยมีการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยตามแบบสากล อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองการปกครองมาสู่เสรีนิยมประชาธิปไตย ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรี ที่มีผลทำให้เกิดการผลักดันสถานภาพและบทบาทของสตรีมีความเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เสมอภาคกับบุรุษมากขึ้นแม้ว่าจะยังมีความเหลื่อมล้ำในบางประการก็ตาม โดยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเพศ (Sex) และบทบาททางเพศ (Sex roles) นั้นคำว่า “เพศ” เป็นคำที่ใช้ในการจำแนกมนุษย์ตามลักษณะทางกายภาพและบทบาททางเพศที่แตกต่างกันมาตั้งแต่กำเนิดหรือที่เรียกว่าเพศสภาวะ (Gender) ดังนั้นเพศสภาวะของมนุษย์จึงถูกกำหนดขึ้นตามสภาพบริบท

ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงความต้องการของครอบครัว นอกจากนี้เพศสภาพดังกล่าวยังมีความเกี่ยวข้องกับอายุ ชนชั้น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม สภาพภูมิศาสตร์อีกด้วย จึงทำให้ประเด็นความเสมอภาคของหญิงชาย (Gender Equality) ที่เน้นกล่าวถึงความเสมอภาคของหญิงชายในด้านต่างๆ เช่น สิทธิเสรีภาพ หน้าที่ บทบาท ความรับผิดชอบ โอกาสทางสังคม โดยมีเงื่อนไขทางสังคมที่เปิดโอกาสให้มีและใช้สิทธิความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันเป็นต้น ดังนั้นจากการสำรวจวรรณกรรมที่เน้นเฉพาะแนวคิดหลักจึงพบว่า ประเด็นเหล่านี้มีการนิยามความหมายของคำว่าเพศสภาพที่มีความหลากหลายมาก

ศุภยา จิตตะยโสธร (๒๕๕๔) กล่าวว่า บทบาททางเพศ หมายถึง บทบาทที่สังคมหนึ่งๆคาดหวังให้บุคคลเพศชายหรือหญิงคาดหวังให้บุคคลเพศชายหรือหญิงมีการแสดงออกให้เหมาะสมตามเพศสภาพโดยกำเนิด ซึ่งการกำหนดบทบาททางเพศมีสองปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพที่จะเป็นตัวกำหนดความแตกต่างทางกายภาพทั้งเพศชายและเพศหญิง และปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมที่จะมีอิทธิพลต่อการหล่อหลอมลักษณะความเป็นเพศชายหรือหญิงให้เกิดขึ้นตามที่แต่ละบริบททางสังคมนั้นๆคาดหวังไว้

เมื่อประมาณสามสิบกว่าปีระหว่างรอยต่อของปลายทศวรรษ ๑๙๖๐ ถึงต้นทศวรรษ ๑๙๗๐ มีการเคลื่อนไหวทางการเมืองต่อการจัดระเบียบความสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่เท่าเทียมกันในมิติต่างๆ นักสตรีนิยมต้องการชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของผู้หญิงและชายไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาวะร่างกายที่ธรรมชาติสร้างแต่เป็นเรื่องที่มนุษย์กำหนดขึ้นมาเอง (สุชาดา ทวีสิทธิ์, ๒๕๕๐) นักวิชาการไทยได้แปลคำว่า Gender เป็นภาษาไทยว่า “บทบาทหญิงชาย” “บทบาททางเพศ” “ความสัมพันธ์หญิงชาย” นักสตรีนิยมไทยคิดคำว่า “เพศสภาพ” “เพศสภาวะ” “เพศสัมพันธ์” และ “เพศวัฒนธรรม” คำว่า Gender เป็นภาษาไทยใช้ว่า “เพศสภาวะ” เพื่อเน้นย้ำเป็นสภาวะธรรมชาติ สิ่งประดิษฐ์ของสังคม (Social Invention) เป็นสภาวะที่แตกต่างกันของผู้หญิงและผู้ชายโดยร่างกาย (Body) เป็นตัวกำหนดเพศสภาวะ คือ สภาวะที่แตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชายซึ่งมนุษย์ในสังคมเป็นผู้กำหนดและผันแปรไปตามบริบททางสังคม ส่วนคำว่า “เพศสรีระ” มีปัจจัยทางสรีระวิทยาเป็นตัวกำหนด

กระบวนทัศน์สตรีนิยม (Feminism) มีจุดเริ่มต้นและแพร่หลายในสังคมตะวันตกตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ โดยเป็นแนวคิดและกิจกรรมที่เคลื่อนไหวในการต่อต้านสภาวะการกดขี่ที่เป็นเหยื่อ (Subordination) หรือความเสียเปรียบของผู้หญิงในสังคมชายเป็นใหญ่ที่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศ การถูกเอารัดเอาเปรียบ การกดขี่ข่มเหง การใช้กำลังอำนาจ เป็นต้น

สภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันที่อยู่ในสภาวะทุนนิยมเสรีนิยมใหม่ (Neo-liberalism) ซึ่งได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากธนาคารโลกที่มีอิทธิพลต่อนโยบายการพัฒนาของโลกรวมถึงประเทศไทยตั้งแต่ทศวรรษ ๑๙๘๐ ที่ทำให้เกิดค่านิยมการผลิตและการบริโภคของผู้หญิง (Feminization of production and consumption) ซึ่งสุชาดา ทวีสิทธิ์ (๒๕๕๐) ได้กล่าวถึงปัจจัยหลักสามประการในการก่อเกิดค่านิยมดังต่อไปนี้

๑. กลุ่มแรงงานสตรีที่ทำงานในภาคการเกษตรหรือเป็นแรงงานนอกระบบหรือทำงานในภาคเศรษฐกิจครัวเรือนส่วนมากไม่ได้รับค่าตอบแทน
๒. กลุ่มแรงงานสตรีในภาคอุตสาหกรรมการผลิตส่วนมากอยู่ในสภาวะถูกกดขี่ขูดรีดอย่างรุนแรง (super exploited) โดยที่นายจ้างมักขูดรีดเอามูลค่าส่วนเกิน (Surplus value) จากแรงงานหญิงมากกว่าแรงงานชาย ทำให้แรงงานสตรีได้รับค่าตอบแทนที่น้อยกว่าการยั้งชีพที่ควรจะเป็น

๓. การมีหญิงขายบริการทางเพศจำนวนมากในภาคอุตสาหกรรมบริการทำให้หญิงเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของหญิงไทยภายใต้บริบทสังคมเสรีนิยมใหม่ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการสร้างมูลค่าส่วนเกินอย่างมหาศาลจากความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศเหล่านี้ เช่น การผลักดันให้ผู้หญิงเป็นสินค้าทางเพศอันเนื่องมาจากการขยายตัวของอุตสาหกรรมบริการที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายทุนจากต่างประเทศเข้ามาในประเทศไทยจนทำให้ในช่วงเวลาหนึ่งเกิดปรากฏการณ์ “เมียเช่า” หรือหญิงไทยที่สมัครใจเป็นภรรยาให้ทหารชาวต่างชาติโดยได้รับค่าตอบแทนที่แน่นอนว่ามีมูลค่าสูงกว่ารายได้ที่รับก่อนหน้านี้หลายเท่าตัว หรือในปัจจุบันก็ยังเห็นปรากฏการณ์ “เซฟฝรั่ง” โดยเฉพาะในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยอยู่เนืองๆ ซึ่งแตกต่างจากก่อนหน้านี้สังคมของสตรีในชนบทไทยนั้นอยู่ในรูปแบบผู้หญิงมักมีอำนาจการต่อรองที่สูงกว่าชายหรือที่เรียกว่า “ลักษณะมาตุพงศ์” (อรมา พงศาพิชญ์, ๒๕๕๐)

สนิทสุตา เอกชัย (๒๕๕๐) ได้เสนอว่าแนวคิดเรื่องเพศวิถีนั้นได้เป็นประเด็นที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนในสังคมชายเป็นใหญ่แต่ในปัจจุบันแนวคิดนี้ถูกนำมาเป็นประเด็นถกเถียงกันเป็นวงกว้าง เช่น ประเด็นความเท่าเทียมกันในสารที่มองว่าถูกเขียนขึ้นภายใต้สังคมชายเป็นใหญ่ การตีความบางสิ่งบางอย่างด้วยเหตุผลง่ายๆ เช่น อะไรที่มีอำนาจมาก เข้มแข็งก็จะมองว่าเป็นผู้ชาย หรืออะไรที่มีอำนาจน้อย อ่อนแอก็มักจะถูกมองว่าเป็นหญิง เป็นต้น นอกจากนี้ปรากฏการณ์ในปัจจุบันที่เราจะเห็นถึงความหลากหลายทางเพศทำให้เกิดประเด็นที่กล่าวถึงสามเพศสรีระและสี่เพศวิถี กล่าวคือสามเพศสรีระหมายถึงผู้ชาย ผู้หญิง เพศทางเลือก และสี่เพศวิถีที่หมายถึงเพศวิถีที่ถูกกำหนดตามเพศสภาวะสองเพศและพฤติกรรมทางเพศตามรสนิยมของตนเองต่างๆ ซึ่งในประเด็นเพศวิถีที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้ผู้เขียนมองว่ามีความหลากหลายมากขึ้นกว่าชาย หญิง กระเทย เกย์ ทอม อย่างที่ผู้คนในสังคมหลายคนเข้าใจกัน

จากที่กล่าวไปแล้วข้างต้นว่าเพศหญิงมักเป็นเพศที่ถูกกระทำและเอารัดเอาเปรียบจากสังคมในประเด็นต่างๆ ทำให้เกิดปรากฏการณ์การต่อต้านค่านิยมเหล่านี้หลายรูปแบบซึ่งในสังคมชายเป็นใหญ่จะมองว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนและผิดศีลธรรม เช่น การทำแท้ง การคุมกำเนิด พฤติกรรมเพศทางเลือก (กนกวรรณ ธรารวรรณ, ๒๕๓๙: ๒๙) ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของเพศพาณิชย์ที่เป็นผลกระทบจากสังคมทุนนิยมเสรีนิยมใหม่และยังสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในระบบคุณค่าเรื่องเพศสัมพันธ์ บทบาทฐานะของผู้หญิงลดต่ำลงอีกทั้งยังต้องเป็นฝ่ายยอมจำนนต่อศีลธรรมภายใต้สังคมชายเป็นใหญ่ที่แม้ว่าฝ่ายชายจะเอารัดเอาเปรียบฝ่ายหญิงอย่างเช่นการใช้บังคับใช้แรงงานหรือการข่มขืนเพื่อตอบสนองความต้องการทางเพศแก่ตนเองก็ยังสามารถรักษาสถานะเดิมและชื่อเสียงในสังคมได้

ยศ สันตสมบัติ (๒๕๕๐) อธิบายว่าเพศวิถี (Sexuality) หมายถึง วิถีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาทางเพศในแต่ละระบบสังคมเป็นของปัจเจกบุคคล เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามธรรมชาติ ความสัมพันธ์ทางเพศบางรูปแบบสามารถก่อให้เกิดความหมายและการควบคุมทางสังคมในระดับต่างๆที่มีความหลากหลาย เพื่อให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศที่สังคมต้องการนั้นคือความสัมพันธ์ต่างเพศ (Heterosexuality) สำหรับการสืบพันธุ์ของมนุษย์ และความสัมพันธ์ทางเพศรูปแบบดังกล่าวนี้มักเป็นปัจจัยในการก่อเกิดนโยบายสาธารณะที่รัฐต้องรับภาระสนับสนุนหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งนั่นคือการให้รางวัล เช่น ช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร การให้การศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ค่าชดเชยในกรณีกลางานเพื่อเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น ซึ่งในงานศึกษานี้ได้ยกตัวอย่างเปรียบเทียบค่านิยมความสัมพันธ์ทางเพศตั้งแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. ๒๔๗๕ ที่กล่าวถึง

ค่านิยมผิวเดียวหลายเมียกับหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองโดยเฉพาะการประกาศใช้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พ.ศ. ๒๔๗๘ ว่าด้วยครอบครัว ที่ทำให้ค่านิยมเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศต้องปรับตัวกลายเป็นผิวเดียวเมียเดียวเพื่อให้เกิดความถูกต้องตามกฎหมาย แต่ถึงกระนั้นผู้เขียนกลับมีข้อสังเกตว่าถึงกระนั้นก็ยังเกิดปรากฏการณ์ผิวเดียวหลายเมียหรือประเด็นภรรยานอกสมรสอยู่เนืองๆดังที่ได้พบเห็นในสังคมไทยในปัจจุบัน ดังนั้นถึงแม้ว่าในทางกฎหมายจะยอมรับในระบบผิวเดียวเมียเดียวเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันระหว่างชายหญิง แต่ค่านิยมในระบบชายเป็นใหญ่ก็ยังซึมลึกเข้าสู่ค่านิยมความสัมพันธ์ทางเพศในรูปแบบต่างๆที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศอยู่ตลอดเวลา

ถึงแม้ว่าในสังคมโลกปัจจุบันที่ชายเป็นใหญ่ก็ตาม แต่จากสถิติจำนวนประชากรโลกพบว่าประชากรหญิงมีมากกว่าประชากรชายหลายเท่าและเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมสถาบันครอบครัว ดังนั้นสมัชชาแห่งสหประชาชาติ จึงมีมติให้ พ.ศ. ๒๕๑๘ เป็นปีสตรีสากล และ พ.ศ. ๒๕๑๙-๒๕๒๘ เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนาสตรีเพื่อให้สตรีและบุรุษในประเทศสมาชิกรวมถึงประเทศไทยได้ร่วมกันขจัดปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อสตรีเพื่อสร้างความเท่าเทียมกันแก่มวลมนุษยชาติมากกว่าที่เป็นอยู่แต่เดิม.

แนวคิดและงานวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจ

ความหมายของแรงจูงใจ

Domjan (๑๙๙๖, อ้างถึงใน พัทธราภรณ์ ภาวภูตานนท์, ๒๕๕๐) ให้ความหมายของแรงจูงใจว่าเป็นภาวะเพิ่มพฤติกรรมของบุคคลให้จงใจกระทำบางอย่างเพื่อบรรลุผลตามที่ต้องการ

Berelson and Steinner (๑๙๘๑, อ้างถึงใน พัทธราภรณ์ ภาวภูตานนท์, ๒๕๕๐) ให้ความหมายของแรงจูงใจว่าเป็นภาวะภายในที่คอยเสริมกำลังหรือกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมทางสังคมเพื่อเป้าหมายบางอย่าง

Murray (๑๙๘๙, อ้างถึงใน พัทธราภรณ์ ภาวภูตานนท์, ๒๕๕๐) กล่าวว่าแรงจูงใจเป็นพลังที่ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆที่จะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใด นอกจากนี้แรงจูงใจยังสามารถทำให้บุคคลเกิดความพร้อมและไปสู่จุดมุ่งหมายที่บุคคลนั้นตั้งใจไว้

มุกดา ศรีพยงค์ และคณะ (๒๕๕๐) ได้นิยามแรงจูงใจว่าเป็นสภาวะที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

ต้นติมา ตัวงโยธา (๒๕๕๐) ได้นิยามแรงจูงใจว่าเป็นปัจจัยหรือสิ่งต่างๆที่ชักนำหรือกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมาย วัตถุประสงค์หรือสิ่งที่ตนเองต้องการ

ชัยนาถ นาคบุปผา (๒๕๕๐) ได้กล่าวถึงความสำคัญของแรงจูงใจว่าเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเรียนหรือการทำงานของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยหากบุคคลได้รับแรงจูงใจในระดับสูงย่อมทำให้บุคคลนั้นตั้งใจเรียนหรือทำงานอย่างไม่ย่อท้อ

ราชบัณฑิตยสถาน (๒๕๕๒) ได้ให้ความหมายของแรงจูงใจว่า “เป็นสิ่งที่เร้าที่มีพลังมากพอที่ชักนำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตั้งใจทำงานให้ได้ เหตุผลจูงใจปกติที่ประกอบไปด้วยความรู้สึก ความอยาก ความโน้มเอียง โดยปราศจากเหตุผลและการไตร่ตรอง ผลประโยชน์ที่บุคคลมุ่งหวังเป็นเหตุจูงใจอย่างหนึ่ง”

แรงจูงใจต่อพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละสถานการณ์

แรงจูงใจจะทำให้แต่ละบุคคลเลือกพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เหมาะสมมากที่สุดในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป พฤติกรรมที่เลือกแสดงนี้เป็นผลมาจากลักษณะในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม ดังต่อไปนี้

- ๑) ถ้าบุคคลมีความสนใจในสิ่งใดก็จะเลือกแสดงพฤติกรรมและมีความพอใจที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ รวมทั้งพยายามทำให้เกิดผลเร็วที่สุด
- ๒) ความต้องการจะเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการนั้น
- ๓) ค่านิยมที่ยึดถือให้เป็นคุณค่าของสิ่งต่างๆ เช่น ค่านิยมทางเศรษฐกิจ สังคม ความงาม จริยธรรม วิชาการ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดแรงขับของพฤติกรรมตามค่านิยมนั้น
- ๔) ทักษะที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็สามารถมีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เช่น ถ้ามีทักษะที่ดีต่อการทำงานก็จะทำด้วยความทุ่มเท
- ๕) ความมุ่งหวังที่แตกต่างกันก็จะทำให้เกิดแรงกระตุ้นที่ต่างระดับกันด้วย เช่น คนที่มีความมุ่งหวังสูงก็จะมี ความพยายามมากกว่าคนที่มีความมุ่งหวังน้อยกว่า
- ๖) การแสดงออกของความต้องการในแต่ละสังคมจะแตกต่างกันออกไปตามขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมของตน ยิ่งไปกว่านั้นคนในสังคมเดียวกันก็ยังมีพฤติกรรม การแสดงความต้องการที่แตกต่างกันเนื่องจากบุคคลแต่ละคนมีความโน้มเอียง (Habitus) ที่การบ่ม เพาะทางสังคมที่แตกต่างกัน
- ๗) ความต้องการอย่างเดียวกันทำให้บุคคลที่พฤติกรรมแตกต่างกันได้
- ๘) แรงจูงใจที่แตกต่างกันทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างเดียวกันออกมาได้
- ๙) พฤติกรรมอาจสนองความต้องการได้หลายๆทางและมากกว่าหนึ่งอย่างในเวลาเดียวกัน เช่น ตั้งใจทำงานเพื่อให้ขึ้นเงินเดือน หรือมีเกียรติยศชื่อเสียงในสังคมและได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ลักษณะที่มาของแรงจูงใจ

แรงจูงใจมีสองลักษณะ ดังต่อไปนี้

๑) แรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic Motives)

แรงจูงใจจากภายในเกิดจากแรงผลักดันภายในตัวบุคคล ซึ่งอาจเป็นเจตคติ ความคิด ความสนใจ ความตั้งใจ การมองเห็นคุณค่า ความพอใจ ความต้องการ สิ่งต่างๆเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมค่อนข้างถาวร เช่น คนงานที่เห็นองค์กรเป็นสถานที่ให้ชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นแก่ตนเองและครอบครัว เขาก็จะจงรักภักดีและให้ความสำคัญต่อองค์กรและให้ความสนับสนุนในภารกิจหรือนโยบายขององค์กรมากขึ้นเช่นกัน

๒) แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motives)

แรงจูงใจภายนอกเป็นสิ่งที่ผลักดันที่มากกระตุ้นตัวบุคคลที่มากกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมบางประการ เช่น การให้รางวัลหรือการลงโทษ คำชื่นชม ชื่อเสียง ซึ่งแรงจูงใจเหล่านี้มีลักษณะที่ไม่ถาวรและบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาก็ต่อเมื่อต้องการหรือหลีกเลี่ยงบางสิ่งบางอย่างเท่านั้น สาเหตุของแรงจูงใจที่มีมาหลายประการเช่นกัน เช่น อาจมาจากความต้องการหรือแรงขับหรือสิ่งเร้า หรืออาจมาจากความคาดหวังหรือแรงกดดันภายในจิตใจซึ่งบุคคลนั้นอาจรู้หรือไม่รู้ตัวเลยก็ได้ และจะเห็นได้ว่าแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นไม่มีเหตุผลที่ชัดเจนแน่นอนและมีความซับซ้อนในตัวเป็นอย่างมาก

แรงจูงใจทั้งสองประการดังกล่าวนี้มาจาก

๑) ความต้องการ (Need) ที่เกิดจากมนุษย์มีความต้องการที่จะสร้างความสมดุลให้แก่ตนเองหรือการบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ ซึ่งความต้องการที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจนี้แบ่งออกได้เป็นประเภทหลักๆ ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการอันเนื่องมาจากปัจจัยสี่ ความสะอาดสบาย ความปลอดภัยใน

ชีวิตและทรัพย์สิน อนามัย และเสรีภาพ โดยจะพบมากในวัยเด็กตอนต้นและผู้ใหญ่ตอนปลาย และความต้องการต่อมาคือความต้องการทางด้านสังคมที่มีผลสืบเนื่องจากการอยู่ร่วมกันภายใต้รูปแบบความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของวัฒนธรรมหนึ่งในสังคม ซึ่งความแตกต่างของความต้องการสองประการนี้คือความต้องการทางด้านร่างกายนั้นมักต้องการผลตอบแทนเป็นวัตถุ สิ่งของ ส่วนความต้องการทางสังคมนั้นเกิดจากความต้องการเชิงสัญลักษณ์ได้ค่านิยมในวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

๒) แรงขับ (Drives) เป็นแรงผลักดันที่เกิดจากความต้องการทางกายและสิ่งเร้าในตัวที่เกิดการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะในช่วงขณะเวลานั้นๆ

๓) สิ่งล่อใจ (Incentives) เป็นสิ่งที่ชักนำบุคคลให้กระทำอย่างใดอย่างหนึ่งไปสู่จุดหมายที่ตั้งใจไว้

๔) การตื่นตัว (Arousal) เป็นภาวะที่บุคคลพร้อมจะแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งจะมีสามระดับ ได้แก่ ระดับแรกเป็นความตื่นตัวมากเกินไปจนทำให้ขาดสมาธิหรือที่เรียกว่าความประหม่า ระดับต่อมาเป็นระดับกลางซึ่งจะเป็นผลดีต่อการทำงาน และระดับสุดท้ายเป็นระดับต่ำที่จะทำให้งานเฉื่อยชา เสร็จช้า

๕) ความคาดหวัง (Expectancy) เป็นการที่บุคคลตั้งความปรารถนาถึงผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและ

๖) การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ที่เป็นทั้งการตั้งทิศทางและการตั้งเป้าหมายของบุคคลในการทำพฤติกรรมหนึ่งใด

แนวคิดที่เกี่ยวกับแรงจูงใจ (Theory of Motivation)

แนวคิดที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการแสดงออกของมนุษย์นั้น โดยทั่วไปสามารถแบ่งออกได้เป็นสามกลุ่มหลัก ได้แก่ ทฤษฎีเนื้อหาของการจูงใจ (Content theories of motivation) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความต้องการของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ทฤษฎีกระบวนการ (Process Theories) เป็นทฤษฎีที่เน้นการอธิบายลักษณะของสิ่งจูงใจเพื่อค้นหาวิธีการปรับปรุงการจูงใจที่จะส่งผลต่อการกระตุ้นความต้องการโดยมุ่งไปที่กระบวนการทางความคิดในการตัดสินใจของบุคคลต่อทางเลือกต่างๆในสถานการณ์หนึ่ง และอีกประเภทหนึ่งคือทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theories) ซึ่งในงานนี้ผู้เขียนจะกล่าวในรายละเอียดเพียงแค่ว่าทฤษฎีเนื้อหาของการจูงใจ (Content theories of motivation) และทฤษฎีกระบวนการ (Process Theories)

๑. ทฤษฎีเนื้อหาของการจูงใจ (Content theories of motivation)

ทฤษฎีกลุ่มนี้มีแนวคิดที่เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไป ๔ แนวคิด ดังต่อไปนี้

๑.๑ แนวคิดลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory)

แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ โดยอับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) ได้เสนอแนวคิดที่ว่าความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากขั้นพื้นฐานไปยังขั้นสูงสุด โดยเมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างแรกแล้วก็จะมีความต้องการในขั้นอื่นๆต่อไป กล่าวคือ มนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตายนั้นล้วนมีความต้องการอยู่เสมอและไม่มีวันที่สิ้นสุด ในขณะที่ความต้องการได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการอย่างอื่นก็จะเกิดขึ้น โดยความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่ใช่สิ่งจูงใจสำหรับพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ส่วนความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเป็นสิ่งจูงใจอยู่ ทั้งนี้มาสโลว์ยังเสนอต่อไปว่าความต้องการของมนุษย์จะเรียงกันเป็นลำดับขั้นตอนความสำคัญและจะเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความต้องการขั้นต่อไป ดังต่อไปนี้

- ๑) ความต้องการทางร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อความอยู่รอดโดยเฉพาะปัจจัยสี่และสิ่งจำเป็นอื่นๆ
 - ๒) ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง (Security or Safety needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน อนามัย หรือเสรีภาพ
 - ๓) ความต้องการความผูกพันหรือการยอมรับจากสังคม (Affiliation or acceptance) เป็นความต้องการที่จะได้รับความรักจากบุคคลอื่นหรือผู้คนในสังคม
 - ๔) ความต้องการได้รับการยกย่อง (Esteem needs) เป็นความต้องการที่สืบเนื่องมาจากค่านิยมภายใต้ระบบศีลธรรมของสังคมนั้นๆ เช่น การเป็นผู้มีความรู้เชี่ยวชาญ การทำหน้าที่ต่างๆในครอบครัวจนได้รับการยกย่อง
 - ๕) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization) ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดในชีวิตของมนุษย์และสามารถเป็นปัจจัยในการสร้างแรงจูงใจที่สูงมากขึ้นด้วยเช่นกัน
- จากที่กล่าวมาในข้างต้นสามารถแบ่งความต้องการออกได้เป็น ๒ ระดับ ได้แก่ ความต้องการในระดับต่ำ (lower order needs) ซึ่งประกอบไปด้วย ความต้องการทางร่างกาย ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง และความต้องการความผูกพันหรือการยอมรับจากสังคม (Affiliation or acceptance) และระดับต่อมาเป็นความต้องการในระดับสูง (Higher order needs) ซึ่งประกอบไปด้วย ความต้องการได้รับการยกย่อง (Esteem needs) และความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization)

๑.๒ แนวคิดการจูงใจ (ERG Theory) เคลตัน อัลเดอร์เฟอร์ (Clayton Alderfer) ได้เสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของมนุษย์ที่ไม่จำเป็นต้องคำนึงว่าความต้องการใดเกิดขึ้นก่อนหรือหลังตามแบบแนวคิดของมาสโลว์ เพราะอัลเดอร์เฟอร์มองว่าความต้องการหลายๆอย่างสามารถเกิดขึ้นได้พร้อมกัน ซึ่งเขาได้แบ่งความต้องการออกเป็นสามประเภทหลักๆ ประกอบไปด้วย ความต้องการเพื่อความอยู่รอด (Existence needs: E) ที่ประกอบไปด้วยความต้องการด้านปัจจัยสี่ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน อนามัย และเสรีภาพ ซึ่งความต้องการด้านนี้อัลเดอร์เฟอร์มองว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิตและมีความเป็นรูปธรรมมากที่สุด ต่อมาเป็นความต้องการมีความสัมพันธ์และไม่ตรีจากผู้คนรอบข้าง ได้รับการยอมรับจากผู้คนในสังคม (Relatedness needs: R) ซึ่งความต้องการรูปแบบนี้มีความเป็นรูปธรรมรองลงมาจากความต้องการเพื่อความอยู่รอด และความต้องการสุดท้ายคือความต้องการความเจริญก้าวหน้า (Growth needs: G) ซึ่งเป็นความต้องการในระดับสูงและเป็นรูปธรรมน้อยที่สุด

๑.๓ แนวคิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Three Needs Theory) แนวคิดนี้เน้นอธิบายการจูงใจของบุคคลที่กระทำการเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการความสำเร็จโดยบุคคลนั้นไม่ได้หวังผลตอบแทนใดๆ โดยเดวิด ไอ. แมคคลีแลนด์ (David I. McClelland) ได้ทำการทดลองโดยใช้แบบทดสอบการรับรู้ของบุคคล (Thematic Apperception Test: TAT) ที่เป็นวิธีการทดสอบโดยการนำเสนอภาพต่างๆและให้ผู้เข้ารับการทดสอบเขียนภาพอธิบายในสิ่งที่บุคคลนั้นได้พบเห็น ซึ่งแมคคลีแลนด์ได้เสนอว่าคุณลักษณะของผู้มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงจะมีความต้องการ ๓ ประการ ได้แก่ ความต้องการความสำเร็จ (need for achievement) เป็นความต้องการที่จำสิ่งต่างๆให้เต็มที่และดีที่สุดเพื่อความสำเร็จ บุคคลที่ต้องการความสำเร็จสูงจะมีลักษณะชอบแข่งขัน ชอบงานที่ท้าทาย และต้องการได้รับข้อมูลป้อนกลับเพื่อประเมินผลงานของตนเอง มีความชำนาญในการวางแผน มี

ความรับผิดชอบสูง และกล้าที่จะเผชิญกับความล้มเหลว ต่อมาเป็นความต้องการความผูกพัน (Need for affiliation) เป็นความต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น บุคคลที่ต้องการความผูกพันสูงมักต้องการความร่วมมือมากกว่าการแข่งขัน โดยมักพยายามสร้างและรักษาความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น และความต้องการสุดท้ายคือความต้องการอำนาจเพื่อมีอิทธิพลเหนือบุคคลอื่น (Need for Power) โดยบุคคลที่ต้องการอำนาจนั้นมักแสวงหาวิธีการเพื่อให้ตนมีอิทธิพลเหนือบุคคลอื่น ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับหรือปกป้อง ต้องการความเป็นผู้นำ ต้องการงานให้เหนือกว่าบุคคลอื่น และกังวลเรื่องการรักษาอิทธิพลของตนมากกว่าการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้แมคคลีแลนด์ได้เสนอต่อไปว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มักมีลักษณะร่วมกันก็คือต้องการงานที่เปิดโอกาสให้ได้มีส่วนรับผิดชอบและตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ต้องการงานที่ไม่เกิดความสามารถจนเกินไป ต้องการงานที่มีลักษณะความแน่นอนและต่อเนื่องโดยที่มีโอกาสในการสร้างความก้าวหน้าต่อไป และต้องการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อสภาพงานนั้นๆอีกด้วย

๑.๔ แนวคิดสองปัจจัย (Two-Factors Theory) เฟรดริก เฮิร์ตซ์เบิร์ก (Frederick Herzberg) ได้เสนอว่าการที่บุคคลพอใจในงานหรือสภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะมีแรงจูงใจ ต่องานหรือสภาวะอย่างนั้นเสมอไป ซึ่งเขาเห็นว่าปัจจัยสองประการที่ส่งผลต่อ “เจตคติ” ของบุคคลที่จะเป็นแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น (Motivator Factors) อันหมายถึงปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานหรือการแสดงพฤติกรรมบางประการออกมา อันประกอบไปด้วยการสัมฤทธิ์ผล การยอมรับนับถือจากผู้อื่น ลักษณะงานที่น่าสนใจ ความรับผิดชอบ โอกาสที่จะเจริญก้าวหน้า การเจริญเติบโต และปัจจัยด้านการบำรุงรักษา (Hygiene Factors) ที่หมายถึงปัจจัยในการรักษาให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นโดยที่ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายหรือรู้สึกต้องออกจากที่ตรงนั้น ซึ่งจะประกอบไปด้วย นโยบายและการบริหาร การนิเทศงาน ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ภาวะ การณ์ทำงาน ค่าตอบแทนการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ชีวิตส่วนตัว ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา สถานภาพและความมั่นคงในชีวิต

๒. ทฤษฎีกระบวนการ (Process Theory) ในที่นี้จะกล่าวถึงแนวคิดหลักๆสองแนวคิดได้แก่ แนวคิดความเสมอภาค (Equity theory) แนวคิดความคาดหวัง (Expectancy theory)

๒.๑ แนวคิดความเสมอภาค (Equity theory)

เจ.สเตซี อัดัมส์ (J. Stacy Adams) เสนอว่า บุคคลจะมีการเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างปัจจัยนำเข้า (เช่น ความพยายาม ประสบการณ์ ความสามารถ เป็นต้น) และผลลัพธ์ (เช่น ระดับรายได้ การได้รับความยอมรับ การประสบความสำเร็จ) ของตนเอง โดยบุคคลจะประเมินผลลัพธ์ที่เขาได้รับจากการทำงานกับบุคคลอื่นและมักรู้สึกถึงความแตกต่างจากผู้อื่นเมื่อสิ่งที่ตนได้รับมีความแตกต่างจากคนอื่นหรือที่เรียกว่าความไม่เสมอภาคหรือความเหลื่อมล้ำ ซึ่งสามารถแบ่งความไม่เสมอภาคเหล่านี้ออกเป็นสองประเภท ได้แก่ ความไม่เสมอภาคเชิงลบ (Felt Negative Inequity) โดยเป็นความรู้สึกของบุคคลที่บ่งบอกว่าตนเองไม่ได้รับความยุติธรรม หรือเกิดความน้อยเนื้อต่ำใจว่าไม่มีความเท่าเทียมกับผู้อื่น และความไม่เสมอภาคเชิงบวก (Felt Positive Inequity) ที่เป็นความรู้สึกว่าตนเองได้รับผลประโยชน์หรือความยุติธรรมมากกว่าผู้อื่น และความไม่เสมอภาคเหล่านี้ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่จะสร้างความเท่าเทียมกันที่บุคคลพยายามสร้างออกมาในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ เปลี่ยนแรงที่พยายามใส่ลงไปในมากขึ้นหรือน้อยลง ปรับหรือเปลี่ยนรางวัลที่เคยได้รับ ล้มเลิกการเปรียบเทียบ หรือเปลี่ยนจุดเปรียบเทียบ จากสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารกลุ่มบุคคลหรือองค์กร

เป็นอย่างมาก ดังนั้นขั้นตอนในการบริหารความเสมอภาคภายในองค์กรจึงเริ่มต้นจากการยอมรับว่าความเสมอภาคเป็นสิ่งพื้นฐานขององค์กร การคาดหวังเมื่อมีการให้รางวัลแก่คนหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งย่อมก่อให้เกิดความไม่เสมอภาค สื่อสารถึงการให้รางวัลนั้นให้เกิดความชัดเจน สื่อสารถึงเกณฑ์ในการประเมินผลงาน และสื่อสารถึงความเหมาะสมในประเด็นที่เกิดความเปรียบเทียบนั้น เพราะว่าเมื่อเกิดความไม่เท่าเทียมกันขึ้นบุคคลหรือกลุ่มที่เสียผลประโยชน์จะเกิดความไม่พอใจและลดประสิทธิภาพการทำงานลง หรือในทางกลับกันเมื่อได้รับรางวัลที่เท่าเทียมกันก็จะเกิดการทำงานอย่างสม่ำเสมอและเต็มประสิทธิภาพ หรือหากได้รางวัลสูงกว่าสิ่งที่ทำหรือต่ำกว่าสิ่งที่ทำเขาอาจทำงานหนักขึ้นหรือลดลงก็ได้ แต่ทั้งนี้ปัญหาที่มักเกิดขึ้นอยู่ประจำได้แก่บุคคลทั่วไปนั้นมักคาดหวังสิ่งที่ได้รับสูงกว่าความเป็นจริงกว่าสิ่งที่ได้รับจนอาจคิดไปเองว่าสิ่งที่ได้รับนั้นมีความไม่เท่าเทียมกันเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

๒.๒ แนวคิดความคาดหวัง (Expectancy theory)

วิกเตอร์ เฮช. วรูม (Victor H. Vroom) ได้เสนอรูปแบบของความคาดหวังในการทำงานซึ่งได้รับความยินยอมอย่างมากในการอธิบายกระบวนการจูงใจของมนุษย์ในการทำงาน โดยเห็นว่าการที่จะจูงใจให้พนักงานทำงานเพิ่มขึ้นจะต้องเข้าใจกระบวนการทางความคิดและการรับรู้ของบุคคลก่อน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วบุคคลจะทำงานเพิ่มมากขึ้นกว่าปกตินั้นมักคิดว่าเขาจะได้อะไรจากการทำงานที่มากขึ้นและจะเพิ่มความพยายามมากขึ้นเมื่อทราบว่าการกระทำเหล่านั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เขาพึงพอใจและในทางกลับกันหากการทำงานของบุคคลนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดผลลัพธ์อะไรเลยก็จะทำให้บุคคลนั้นลดการทำงานลง ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวนี้จะเน้นการอธิบายเรื่องการจ่ายรางวัลหรือผลตอบแทนแก่พนักงานในองค์กรหรือบุคคลที่ทำงานต่างๆ

วรูมได้เสนอรูปแบบของความคาดหวังในการทำงานหรือที่เรียกว่า VIE อันได้แก่ $V = \text{Valance}$ หมายถึงระดับความต้องการของบุคคลในคุณค่าหรือความสำคัญของเป้าหมายหรือรางวัลนั้นๆ $I = \text{Instrumentality}$ หมายถึง ความเป็นเครื่องมือของการรับรู้ในความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ที่ได้รับระหว่างผลลัพธ์หรือผลตอบแทนอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์หรือผลตอบแทนอีกอย่างหนึ่ง $E = \text{Expectancy}$ หมายถึงความคาดหวังถึงความเป็นไปได้ซึ่งผลลัพธ์หรือรางวัลที่ต้องการเมื่อแสดงพฤติกรรม (ความพยายาม) บางอย่าง

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้จะเห็นได้ว่าผู้บริหารจะต้องเข้าไปแทรกแซงในสถานการณ์การทำงาน เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังในการทำงาน คุณลักษณะที่ใช้เป็นเครื่องมือและคุณค่าจากผลลัพธ์สูงสุดซึ่งจะสนับสนุนการทำงานตามวัตถุประสงค์ขององค์กรด้วยโดย ๑) สร้างความคาดหวังโดยมีแรงดึงดูด ซึ่งผู้บริหารจะต้องคัดเลือกบุคคลที่มีความสามารถ ให้การอบรม ให้การสนับสนุนด้วยทรัพยากรที่จำเป็นและระบุเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน ๒) ทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างรางวัลกับผลงาน โดยผู้บริหารควรกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างผลการปฏิบัติงานกับรางวัลให้ชัดเจนและเน้นย้ำในความสัมพันธ์เหล่านี้โดยการให้รางวัลเมื่อบุคคลนั้นสามารถบรรลุผลสำเร็จจากการปฏิบัติงาน ๓) ทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างรางวัลกับผลงานกับความพยายามซึ่งเป็นคุณค่าจากผลลัพธ์ที่ได้รับ ผู้บริหารควรทราบถึงความต้องการของแต่ละบุคคลและพยายามปรับแก้รางวัลเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของพนักงานเพื่อที่จะได้ทราบถึงคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากความพยายามในการทำงานของเขา

สามารถสรุปได้ว่า การจูงใจเป็นกระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าโดยจงใจกระทำหรือตั้งใจเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์บางอย่างซึ่งจะเห็นได้จากพฤติกรรมที่เกิดจากการจูงใจที่มีใช้เพียงพฤติกรรมที่ตอบสนองสิ่งเร้าธรรมดา แต่เป็นการตอบสนองสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติงานมากขึ้น

งานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ

ธีรยุทธ รุ่งเรือง (๒๕๕๐, อ้างถึงใน ภานุพงศ์ ชุ่มชื่น, ๒๕๕๔) และชาวเดือนภัย (๒๕๕๔) ได้ศึกษากระบวนการขายบริการทางเพศในรูปแบบ “นางทางโทรศัพท์” ผลการศึกษาทำให้ทราบว่าอายุของอาชีพนี้เริ่มต่ำลงเรื่อยๆ และในปัจจุบันพบว่านายหน้าและคนที่อยู่ในวงจรในการขายบริการดังกล่าวมีอายุไม่มากและกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจนถึงระดับอุดมศึกษา ถึงร้อยละ ๔๔.๔ และอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ๑๓-๑๖ ปี นอกจากนี้ผลการศึกษายังกล่าวถึงปัจจัยที่เกิดปรากฏการณ์เด็กขายบริการมากขึ้นเนื่องจากสาเหตุครอบครัวยากจน ต้องการเงินเพื่อตอบสนองการใช้จ่าย ขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ทำตามเพื่อน และอยากรู้ อยากรลอง ตัวอย่างเช่นเมื่อพบว่าที่บ้านนั้นเกิดปัญหาบางประการในครอบครัว จึงทำให้ตนเองนั้นตัดสินใจย้ายมาอยู่หอพักข้างนอกจึงทำให้ประสบปัญหาด้านการเงินจึงต้องขายบริการเพื่อให้มีเงินใช้จ่ายในด้านต่างๆ และเมื่อเงินหมดจึงกลับมาขายบริการใหม่

มาตาเฮรุ (Mataheru, ๑๙๘๕ อ้างถึงใน พราภรณ์ ภวภูตานนท์, ๒๕๕๐) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงานของคณาจารย์ในประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความพอใจมากที่สุด ได้แก่ ความสำเร็จของงาน ส่วนแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ ได้แก่ สถานะอาชีพ โอกาสในความก้าวหน้า และค่าตอบแทน ส่วนตัวแปรด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการทำงาน ไม่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน อีกทั้งยังพบว่าตัวแปรด้านสังคมไม่มีผลทางนัยสำคัญต่อแรงจูงใจทั้งจากปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยค้ำจุน ส่วนปัจจัยด้านความสำเร็จของงานเป็นปัจจัยจูงใจที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหญิงขายบริการทางเพศ

การลงโทษกับการกระทำความผิดฐานเป็นหญิงโสเภณี

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าเมื่อใดที่มีกฎหมายข้อบังคับย่อมต้องมีมาตรการลงโทษที่จะนำมาใช้กับผู้ฝ่าฝืนกฎหมายข้อบังคับนั้นๆ (สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และคณะ, ๒๕๒๖) ซึ่งทฤษฎีและวัตถุประสงค์ในการลงโทษสามารถแสดงให้เห็นได้ดังต่อไปนี้

๑. การลงโทษเพื่อเป็นการแก้แค้น (Retribution)

การลงโทษเพื่อเป็นการแก้แค้น พื้นฐานความคิดอยู่ที่ผู้ใดกระทำความผิดต้องได้รับการลงโทษที่เหมาะสมกับการกระทำความผิดหรือที่เรียกว่า “หลักการตาต่อตาฟันต่อฟัน” ซึ่งเป็นเหตุผลหลักมาตั้งแต่สมัยโบราณมาแล้ว ในภายหลังอิลมานูเอล คานท์ (Immanuel Kant) นักปรัชญาชาวเยอรมันได้เสนอหลักการลงโทษในรูปแบบนี้ใหม่ว่าการลงโทษควรลงโทษแก่ผู้จงใจกระทำความผิดเพื่อให้เกิดความยุติธรรม และเมื่อลงโทษแล้วบทลงโทษควรได้สัดส่วนพอดีกับความผิดที่เขาได้กระทำขึ้น ทั้งนี้หากสังคมไม่ได้มีมาตรการลงโทษสำหรับความผิดของเขาก็เท่ากับว่าสังคมยอมรับพฤติกรรมของเขา

๒. การลงโทษเพื่อเป็นการข่มขู่ (Deterrence)

การลงโทษเพื่อการข่มขู่มีวัตถุประสงค์ทั่วไปสองประการ ได้แก่ ประการแรกเป็นการข่มขู่เพื่อให้ผู้กระทำความผิดเกรงกลัวไม่กล้ากลับมากระทำความผิดซ้ำอีก และนอกจากการลงโทษที่มีผลต่อผู้กระทำความผิดแล้วประการต่อมายังเป็นการลงโทษเพื่อเป็นที่ประจักษ์แก่สายตาของบุคคลทั่วไปเพื่อไม่ให้เอาเป็นเยี่ยงอย่าง

๓. การลงโทษเพื่อตัดออกจากสังคม (Incapacitation)

การลงโทษเพื่อตัดออกจากสังคมเป็นการลงโทษเพื่อให้ผู้กระทำความผิดนั้นพ้นไปจากสังคมโดยมีลักษณะเป็นการลงโทษให้พ้นจากสังคมชั่วคราวและให้พ้นจากสังคมเป็นการถาวร และในปัจจุบันการลงโทษในลักษณะนี้มีผู้คัดค้านเป็นอย่างมากเนื่องจากหากในภายหลังทราบว่าผู้นั้นไม่ได้กระทำความผิดดังที่ได้รับการลงโทษจะไม่สามารถกลับมาเยียวยาให้เป็นเหมือนเดิมได้

๔. การลงโทษเพื่อเป็นการปรับปรุงแก้ไข (Reformation)

การลงโทษเพื่อเป็นการปรับปรุงแก้ไข มีหลักการสำคัญที่ป้องกันไม่ให้ไม่กระทำความผิดซ้ำโดยหาทางป้องกันไม่ให้ผู้กระทำความผิดกลับมากระทำความผิดซ้ำอีกและผู้กระทำความผิดนั้นเกิดความสามารถที่จะยับยั้งการกระทำความผิดด้วยตนเอง ซึ่งในรูปธรรมนั้นจะเป็นการลงโทษด้วยการคุมประพฤติ การฝึกอาชีพ การอบรมศีลธรรม เป็นต้น และผู้เขียนเห็นว่าการลงโทษในลักษณะนี้เป็นการลงโทษที่เหมาะสมกับบุคคลที่อยู่ในวงจรของอาชญากรรมมากที่สุด ซึ่งในประเทศไทยนั้นมีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์หญิงเพื่อตัดวงจรของการค้าโสเภณี เช่น สถานสงเคราะห์หญิงบ้านปากเกร็ด บ้านเกล็ดตระการและบ้านนารีย์สวัสดิ์ เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายการค้าประเวณี

๑. ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๔๙๙ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๕๐) ได้กำหนดความผิดและบทลงโทษเกี่ยวกับการค้าประเวณี และผู้ล่อลวงชักพาเด็กหญิงที่อายุไม่เกิน ๑๓ และหญิงสาวที่อายุไม่เกิน ๑๘ ปี เพื่อการอนาจารและสำเร็จความใคร่ของผู้อื่น
๒. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. ๒๕๓๙
๓. พระราชบัญญัติมาตรการในการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๑

รูปแบบการทำงานของหญิงขายบริการทางเพศ

พัฒนาการขายบริการทางเพศในสังคมไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านรูปแบบและปริมาณ แต่ไม่สามารถระบุได้แน่นอนว่ารูปแบบบริการทางเพศมีกี่รูปแบบ ทั้งนี้จากข้อมูลของกองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้จำแนกรูปแบบของสถานบริการไว้ ๒๔ ประเภท ได้แก่ ๑) สำนักค้าประเวณี ๒) โรงแรม ๓) บังกะโล ๔) เกสต์เฮาส์ ๕) โรงน้ำชา ๖) บาร์เปียร์ ๗) บาร์เกย์ ๘) บาร์อะโกโก้ ๙) ดิสโก้เทค ๑๐) ไนท์คลับ ๑๑) ผับ ๑๒) คาราโอเกะ ๑๓) คอกเทลเลาจ์ ๑๔) อาบ อบ นวด ๑๕) นวดแผนโบราณ ๑๖) ชาวด์น่า/ฟิสเนส ๑๗) คอฟฟี่ช็อป ๑๘) คาเฟ่ ๑๙) ร้านอาหาร/สวนอาหาร ๒๐) ร้านเสริมสวย ๒๑) ร้านตัดผมชาย ๒๒) บริการทางโทรศัพท์/อินเทอร์เน็ต ๒๓) สถานที่สาธารณะ ๒๔) สถานบริการอื่นๆ

อนันต์ ธรรมชัยกุล (๒๕๕๐, อ้างถึงในภาณุพงษ์ ชุ่มชื่น, ๒๕๕๐) ได้จัดรูปแบบหญิงขายบริการเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกคือกลุ่มเปิดเผยตรง กลุ่มนี้จะขายบริการอยู่ตามสำนักค้าประเวณี โรงแรม หรือสถานที่สาธารณะ กลุ่มต่อมาคือกลุ่มที่แอบแฝงตามสถานบริการและสถานเริงรมย์ต่างๆ และกลุ่มสุดท้ายเป็นกลุ่มอิสระที่โดยมากจะเป็นกลุ่มนักเรียนนักศึกษา นางทางโทรศัพท์

ชาวเดือนกัญ (๒๕๕๔) ได้กล่าวว่าในสังคมปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีการขายบริการทางเพศในรูปแบบต่างๆ มากขึ้นทั้งที่เป็นรูปแบบเต็มใจและไม่เต็มใจ อีกทั้งยังใช้เทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการติดต่อค้าบริการและมีแนวโน้มว่าผู้แสวงจการค้าบริการเริ่มเป็นเด็กและเยาวชนมากขึ้น

สภาพปัญหาของหญิงค้าบริการทางเพศ

ผู้คนในสังคมส่วนใหญ่ล้วนมองในมุมมองที่ว่าหญิงค้าบริการทางเพศเป็นปัญหาทางสังคมและสร้างปัญหาให้แก่ส่วนรวม ทั้งๆที่ความเป็นจริงนั้นพวกเขาล้วนเป็นบุคคลที่ประสบปัญหาต่างๆและเป็นบุคคลที่มีความต้องการใช้ชีวิตอย่างคนทั่วไป (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗, อ้างถึงใน พัทธราภรณ์ ภวภูตานนท์, ๒๕๕๐) แต่ก็ต้องอยู่อย่างหลบๆซ่อนๆเนื่องจากจารีตภายใต้สังคมชายเป็นใหญ่และกฎหมาย ซึ่งสามารถกล่าวได้หลายประเด็น เช่น ประเด็นด้านกฎหมายที่ผู้ขายบริการมักจะต้องได้รับโทษโดยไม่เอาผิดกับนักท่องเที่ยวยหรือผู้ใช้บริการเลย ปัญหาด้านศีลธรรมของสังคมที่มักทำให้ผู้ค้าบริการถูกเอารัดเอาเปรียบโดยเฉพาะจากนายหน้าค้าบริการอยู่เสมอโดยเฉพาะเรื่องรายได้ ที่ถูกเอารัดเอาเปรียบจากนายหน้าและค่าตัวเริ่มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (กนกวรรณ ธรววรรณ, ๒๕๕๐ ชาย โพธิ์สีตาและคณะ, ๒๕๕๗ และยศ สันตสมบัติ, ๒๕๕๕) อีกทั้งการที่ต้องรับแขกหรือนักท่องเที่ยวทั้งที่ไม่เต็มใจทำให้พวกเขาจำต้องเข้าหาอบายมุขเพื่อระบายความแค้นและความอับอายและยังมีความเสี่ยงที่จะมีโอกาสดูดโรครได้อีก (ชาย โพธิ์สีตาและคณะ, ๒๕๕๗ และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, ๒๕๕๗) ซึ่งสภาพปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ค้าบริการทางเพศมักถูกกีดกันเข้าสู่กระบวนการทำให้เป็นชายขอบของสังคม (Marginalization) อยู่ตลอดเวลา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวริย์ ณ ระนอง (๒๕๕๖, ๒) แฉ่งน้อย ปัญจพรรค์ (ม.ป.ป.) และอดิสร รัชนิกรณ์ (๒๕๕๓) ได้เสนอว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงก้าวเข้าสู่อาชีพค้าบริการทางเพศนั้นคือความสนใจ โดยมองว่าเป็นอาชีพที่มีความสบายและสร้างรายได้เป็นอย่างดี และสามารถเงินเจือและยกฐานะของครอบครัวให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้ Thomas (๑๙๒๓ อ้างถึงใน จงจิต โสภณคณาภรณ์, ๒๕๕๐) ได้เสนอว่าผู้หญิงที่เข้าสู่อาชีพนี้เนื่องจากปัญหาด้านความอบอุ่นในครอบครัว ปัญหาชีวิตคู่ ปัญหาการเงิน หรือถูกบังคับล่อลวง ซึ่งสอดคล้องกับงานของอัญชลี พินิจรักษ์ธรรม (๒๕๕๐) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการขายบริการทางเพศของนักศึกษาและพบว่ากลุ่มคนเหล่านี้ล้วนเคยมีประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์มาก่อนและประสบปัญหาทางการเงินจึงทำให้พวกเขาตัดสินใจเข้าสู่วงการค้าบริการทางเพศนี้ และนอกจากนี้ศุภิมา ณ ฤกษ์ (๒๕๐๐) ณัฐวัฒน์ เอี่ยมสำอางค์ (๒๕๕๑) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการเข้าสู่อาชีพหมอนวด และทิวากร บุญเจริญ (๒๕๕๐) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าสู่อาชีพหญิงบาร์เบียร์และพบประเด็นร่วมกันว่าผู้หญิงที่เข้าสู่งานบริการประเภทนี้มักจะประสบปัญหาด้านความรักและต้องการออกจากความกดดันเหล่านั้น และยังรวมไปถึงปัญหาด้านปากท้องและความด้อยโอกาสทางการศึกษา ซึ่งยิ่งพวกเธอเข้ามาทำก็จะพัฒนาจุดเด่นและความต้องการของเธอไปเรื่อยๆเพราะว่ามีรายได้ดีและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแนวโน้มว่าจะทำอาชีพนี้ต่อไป ในประเด็นนี้เมื่อผู้หญิงเข้าสู่อาชีพนี้มักจะมีความสัมพันธ์ในลักษณะสับสนและแปรเปลี่ยนจากตอบสนองความต้องการทางเพศไปสู่การทำเพื่อเงินจ้าง ซึ่ง Lemert (๑๙๕๑) ได้เรียกลักษณะเช่นนี้ว่าเป็นการเลียนแบบปฏิกิริยา ที่ไม่ได้นิยามว่าเป็นอาชีพนั้นๆแต่ได้สถานะนั้นมาซึ่งจะต้องทำให้กระบวนการความเป็นอาชีพเหล่านั้นซึมซับเข้าไปในความนึกคิดจนมองว่านั่นเป็นอัตลักษณ์ของตนเองที่แม้จะถูกมองจากสังคมโดยรอบว่าอย่างไรแต่เขานั้นก็เห็นว่าเป็นช่องทางหนึ่งที่สามารถสร้างรายได้และยกฐานะชีวิตของตนเองและครอบครัวให้ดีขึ้น แต่งานเหล่านี้ธีรยุทธ รุ่งเรือง (๒๕๕๕) กลับแย้งและเพิ่มประเด็นมาว่าหญิงที่ขายบริการทางเพศว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่อยากรู้อยากทดลองด้วย แต่ไม่ว่าจะเข้าสู่วงการค้าบริการด้วยสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งทิพย์วิมล เดชภูมิ และเกษราลักษณ์ นิลวรานกุล (๒๕๕๕) ได้กล่าวถึงปัญหาคุณภาพชีวิตของหญิงขายบริการว่าหญิงขายบริการเหล่านี้มักจะประสบกับปัญหาด้านจิตใจถึงเรื่องการ

รับแขกหรือการแย่งลูกค้าที่เข้ารับบริการ ถึงแม้ว่าพวกเขาเหล่านั้นจะได้รับบริการสุขภาพและการป้องกันโรคที่เพียงพอก็ตาม

งานวิจัยเกี่ยวกับเพศภาวะกับการขายบริการทางเพศ

เนื่องจากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศเป็นสิ่งที่ทำได้ในสังคมไทย เพราะการพูดเรื่องเพศเป็นสิ่งต้องห้ามในสังคมไทย ทำให้มีการศึกษาเพียงแค่ความรู้และทัศนคติในช่วงต้นๆ ด้วย เชื่อกันว่าจะสามารถคาดเดาพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ได้ การศึกษาพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยง จึงได้มีการศึกษาประเด็น ทั้ง ๒ ประเด็นนี้ภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนแบบแผนทางสังคมที่พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ดำรงอยู่ เช่นงานวิจัยดังนี้

พิเชษฐพงศ์ โสตะวงศ์,ธีระยุทธ ทองสุทธิ,สมจิตร พิมพ์ศรี. (๒๕๕๔) การย้ายถิ่นเข้ามาทำงานบริการทางเพศของหญิงชาวลาวเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีเครือข่ายการจัดหาที่เป็นระบบ ปัจจัยด้านเพศภาวะในสังคมวัฒนธรรมลาวสนับสนุนให้หญิงเหล่านี้เข้าสู่อาชีพขายบริการทางเพศด้วยเหตุผลในการทำหน้าที่ลูกสาวที่ดี ซึ่งเป็นความหวังของครอบครัว การเข้าเมืองผิดกฎหมายมีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการขายบริการทางเพศหญิงบริการชาวลาวเหล่านี้อยู่ในสถานะคนชายขอบของสังคมไทย จึงถูกเอาเปรียบทุกด้าน จากเจ้าของร้าน และลูกค้า ด้วยค่าแรงที่ต่ำ การถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายและทางเพศ การดูแลรักษาโรคที่ไม่ถูกต้อง ความรู้ที่ไม่เพียงพอและไม่ถูกต้องทำให้มีความเชื่อและมีวิธีปฏิบัติที่ผิดๆ ต่อการดูแลรักษาสุขภาพ สถานะผู้เข้าเมืองผิดกฎหมายทำให้หญิงขายบริการชาวลาวเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจากสถานบริการของรัฐ

ดาบตำรวจหญิงกรรณิกา มณีรัตน์. ๒๕๕๗ สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงตัดสินใจก้าวเข้าสู่อาชีพขายบริการส่วนใหญ่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่มีฐานะค่อนข้างยากจน และมาจากครอบครัวที่มีปัญหา โดยหญิงขายบริการส่วนใหญ่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือสามีมาแล้ว การตัดสินใจก้าวเข้าสู่อาชีพขายบริการเพราะส่วนใหญ่หวังว่า จะมีเงินทองพอใช้สำหรับตนเอง ครอบครัว เหลือเก็บออม และยังสามารถหาซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับชีวิต

ดร.สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์ ๒๕๕๗. วิจัยรุ่นไทยทั้งหมดเชื่อว่า การขายบริการทางเพศบนสื่ออินเทอร์เน็ตมีจริงและส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงที่ขายบริการ สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นหญิงเลือกขายบริการทางเพศโดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการขายบริการนั้น เพราะคิดว่าเป็นวิธีที่ลูกค้าติดต่อโดยตรงไม่ต้องผ่านเอเยนต์ไม่ถูกหักหัวคิวง่าย สะดวก ทำได้ทุกที่ทุกเวลา ตัวเองมีสิทธิในการเลือกลูกค้า และคิดว่าวิธีนี้เป็นความลับ

ศุภศรีย สง่าวงศ์ ๒๕๕๓. การเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานบริการทางเพศของหญิงชาวลาวเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยมีเครือข่ายการจัดหาและการอยู่ในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ มีปัจจัยด้านเพศภาวะในสังคมวัฒนธรรมของลาวสนับสนุนให้หญิงเหล่านี้เข้าสู่อาชีพขายบริการทางเพศด้วยเหตุผลเพื่อทำหน้าที่ของลูกสาว พี่สาว/น้องสาวและแม่แต่แม่ที่ดี อันเป็นความคาดหวังของครอบครัว รวมทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจในประเทศลาวผลักดันให้เธอเข้ามาทำงานในประเทศไทยเพื่อต้องการรายได้ที่สูงขึ้น การอยู่ในประเทศไทยด้วยสถานะผิดกฎหมาย มีบทบาทอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงานขายบริการทางเพศ ทำให้ผู้หญิงเหล่านี้ต่างตกอยู่ในสถานะคนชายขอบในสังคมไทย สิ่งเหล่านี้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำมาสู่การถูกเอาเปรียบทุกด้าน ทั้งจากเจ้าของร้าน การถูกกระทำ ความรุนแรงทางเพศ การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ และการทำร้ายร่างกายจากลูกค้า การดูแลรักษาและป้องกันโรคที่ถูกต้อง

กฤตยา อาชวนิชกุล และพรสุข เกิดสว่าง (๒๕๕๐) ศึกษา เรื่องเส้นทางแรงงานหญิงจากประเทศเพื่อนบ้านสู่ธุรกิจการค้าบริการทางเพศในประเทศไทย ในกลุ่มหญิงบริการข้ามชาติจากประเทศพม่า ลาว และ

กัมพูชา ได้ศึกษาถึงปัจจัยเชิงโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยผลักดันสู่ธุรกิจขายบริการทางเพศ จากการศึกษานี้ กฤตยาและพรสุข ได้อธิบายถึงปัจจัยด้านเพศภาวะต่อความรับผิดชอบของสังคมตามวัฒนธรรมของคนไทยใหญ่ว่า ในสังคมคนไทยใหญ่และไทยลื้อจะมีแนวคิดหลายประการที่คล้ายกับชายไทยภาคเหนือซึ่งมีผู้หญิงจำนวนมากออกมาประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ ผู้หญิงในสังคมนี้ถูกทำให้เชื่อว่าเป็นหน้าที่ของเธอเพียงลำพังที่จะต้องดูแลและรับภาระการหาเลี้ยงครอบครัวไม่ว่าจะด้วยวิธีทางใดก็ตาม ทั้งนี้ถือว่าเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญู อันเป็นความภาคภูมิใจสูงสุดในครอบครัวหนึ่งๆ ฝ่ายพ่ออาจไปทำงานนอกบ้าน ฝ่ายแม่เป็นผู้ดูแลบ้าน ลูกชายก็มีหน้าที่เลี้ยงดูและก่อสร้างสร้างครอบครัวใหม่ของตน ลูกสาวที่แต่งงานแล้วจะต้องเป็นแม่บ้านให้กับครอบครัวใหม่ของเธอ จึงมีแต่ลูกสาวที่ยังไม่แต่งงานเท่านั้นที่จะต้องรับหน้าที่เลี้ยงดูส่งเสียพ่อแม่เป็นการทดแทนบุญคุณ และการตอบแทนนี้จะจบลงได้ก็เมื่อเธอแต่งงานไปแล้วเท่านั้น และหากถึงแม้จะมีการหย่าร้างหลังแต่งงานฝ่ายชายจะไม่มีข้อผูกมัดใดๆ จะต้องส่งเสียครอบครัวเก่า จึงเป็นหน้าที่ของผู้หญิงที่จะต้องหาเลี้ยงทั้งตนเองและลูกและย้อนกลับไปเลี้ยงดูพ่อแม่ โดยเธอต้องส่งเงินไปที่บ้านเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายของพ่อแม่ และลูกของเธอรวมถึงคนในครอบครัวพ่อแม่ เช่น น้องชาย น้องสาว

พิมพ์วิทย์ บุญมงคล และคณะ (๒๕๕๑) ศึกษาเรื่องรื้อสร้างองค์ความคิด ผู้หญิงกับสุขภาพ ได้ศึกษา รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ พบว่าหญิงบริการทางเพศเป็นกลุ่มที่พบว่าการติดเชื้อเอชไอวีสูงการระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศเริ่มขึ้นในปี ๒๕๓๒ ซึ่งพบว่าการติดเชื้อสูงกว่าถึงร้อยละ ๔๒ ปัจจุบันได้มีการรณรงค์ให้ความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ อย่างแพร่หลายในหมู่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยเน้นหนักในการรณรงค์เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันโรคเอดส์มีการสนับสนุนโดยมอบถุงยางอนามัยแก่หญิงบริการทางเพศและเจ้าสำนักเพื่อนำไปแจกลูกค้าที่มาใช้บริการเพราะเชื่อว่าเป็นวิธีการป้องกันโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหญิงขายบริการทางเพศยังคงมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในอัตราสูงการมีพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการติดเชื้อในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

โรจนา นาเจริญ แพล (๒๕๕๓) เรื่อง Sex Slaves The Trafficking of Women in Asia ได้กล่าวถึงทัศนะเกี่ยวกับเพศภาวะและความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงขายในวัฒนธรรมของประเทศในเอเชีย หลายประเทศว่าชายทุกประเภททั้งที่แต่งงานแล้วและยังโสดต่างก็ซื้อบริการทางเพศ เหตุที่ผู้ชายซื้อบริการทางเพศเพราะไม่มีใครจับได้หากภรรยาจับได้ก็ไม่เกิดอะไรขึ้นแม้ในประเทศที่กฎหมายเปิดช่องว่างให้ภรรยาหย่าร้างสามีฐานผิดประเวณีได้ก็มีอาจทำได้โดยง่าย การหย่าร้างมักหมายถึงความหายนะอย่างใหญ่หลวงของฝ่ายหญิง ภรรยาจึงไม่คิดจะทำ การหย่าร้างต้องกลายเป็นบุคคลที่น่าสมเพช ส่วนสามีสามารถมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสกับหญิงอื่น ส่วนฝ่ายหญิงต้องซื่อสัตย์ต่อสามี ถ้าหญิงใดชอบเช็กส์จะตกเป็นผู้สงสัยทันทีว่าเป็นนางโลมหรือเป็นคนไม่ดี เป็นสิ่งที่น่าละอายเป็นเครื่องหมายของความไม่บริสุทธิ์ ชายในเอเชียและชายเกือบทั่วโลกซื้อเช็กส์ด้วยเหตุผลเดียวกันคือการซื้อความมีอำนาจเหนือผู้หญิง เพราะการที่ผู้หญิงยอมให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยแสดงถึงการมีอำนาจที่เหนือกว่าของผู้ชายและผู้ที่ต้องทนทุกข์ทรมานในตลาดเช็กส์รูปแบบต่างๆ ก็คือผู้หญิง จะเห็นว่าขอบเขตของการค้าหญิงและการขายบริการทางเพศและการล่วงละเมิดไม่สามารถแยกออกจากกันได้กับระดับการกดขี่ทางเพศเพราะในขณะที่สังคมเข้มงวด และควบคุมการค้าประเวณีของหญิงในขณะที่ชายยังมีพฤติกรรมการเที่ยวโสเภณี หรือมีเช็กส์กับหญิงหลายคนโดยไม่ได้ถูกควบคุมอย่างไรเลย บางสังคมโทษโสเภณีว่าเป็นตัวการแพร่เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ นอกเหนือจากคำว่า ตีตรา”ว่าเป็นหญิงเลว สร้างปัญหาในขณะที่ประเด็นชายเที่ยวซื้อบริการจากหญิงบริการทางเพศกลับไม่ถูกยกมากล่าวถึง

รัศมี เจริญทรัพย์ (๒๕๕๔) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ด้านบทบาทหญิงขายกับพฤติกรรมทางเพศของแรงงานหญิงขายในชุมชนที่มีผู้ย้ายถิ่นในเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร ถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจของ

หญิงชายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อทำความเข้าใจ ความรู้ พฤติกรรมทางเพศและทัศนคติที่มีผลต่ออนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ย้ายถิ่นหญิงชาย ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจของแรงงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการวางแผนครอบครัวโดยใช้ถุงยางอนามัยวางแผนครอบครัวกับคู่รัก ความรู้ พฤติกรรมทางเพศและทัศนคติ มีผลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่น โดยพบว่าแรงงานย้ายถิ่นมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากแต่ยังขาดความเข้าใจที่แท้จริงอันมีผลต่ออนามัยเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศของแรงงานย้ายถิ่นชายอยู่ในระดับปานกลาง แรงงานหญิงอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัวการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ประกอบด้วยปัจจัยทางเพศ การศึกษา การสมรส อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนาและระยะเวลาย้ายจากภูมิลำเนาเดิม แรงงานย้ายถิ่นจะใช้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ในสถานบริการทั้งของภาครัฐและเอกชนโดยแรงงานที่มีรายได้ต่ำและไม่มีบัตรประกันสังคมจะเลือกใช้บริการจากร้านขายยาและสถานอนามัยเป็นอันดับแรกและความสัมพันธ์ของสถานพยาบาลต่อชุมชนส่งผลต่อการเลือกใช้สถานพยาบาล.

๕. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี วิธีการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี

การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี มักตรวจพบได้ในเวลา ๓-๑๒ สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจจะต้องใช้เวลานานกว่านี้แต่ไม่เกิน ๖ เดือน แบ่งการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็น ๒ ขั้นตอนคือ

๑. การตรวจกรองเบื้องต้น (screening test)
๒. การตรวจยืนยัน (confirmatory test)

ลำดับขั้นตอนการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำขั้นตอนการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ไว้ ๓ แนวทางขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการทดสอบและความชุกของภาวะการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรนั้น ๆ (ตารางที่ ๑ และแผนภูมิ ๑)

แนวทางที่ ๑

ให้ตรวจทุกตัวอย่างตรวจโดยวิธี วิธี ELISA หรือ particle agglutination หรือ วิธีการตรวจโดยวิธีรวดเร็ว หนึ่งการทดสอบ ถ้าให้ผลบวก ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลบวก ถ้าเป็นผลลบ ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลลบ

แนวทางที่ ๒

ให้ตรวจทุกตัวอย่างตรวจโดยวิธี วิธี ELISA หรือ particle agglutination หรือ วิธีการตรวจโดยวิธีรวดเร็ว สองวิธีที่ใช้แอนติเจนหรือหลักการที่ต่างกัน

- ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกให้ผลลบ ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลลบ โดยไม่ต้องทำการตรวจโดยวิธีที่สอง
- ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวก ก็ให้ตรวจด้วยการวิธีที่สอง ถ้าได้ผลบวกอีกให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลบวก แต่ถ้าให้ผลลบ ในครั้งที่สอง ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลลบ

แนวทางที่ ๓

- ให้ตรวจทุกตัวอย่างตรวจโดยวิธี วิธี ELISA หรือ particle agglutination หรือ วิธีการตรวจโดยวิธีรวดเร็ว สามวิธีที่ใช้แอนติเจนหรือหลักการที่ต่างกัน

- ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกให้ผลลบ ก็ให้ถือว่า การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลลบ โดยไม่ต้องทำการตรวจโดยวิธีที่สองและสาม
- ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวก ก็ให้ตรวจด้วยการวิธีที่สองและสาม และให้แปลผลดังนี้
 - ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวก ก็ให้ตรวจด้วยการวิธีที่สองให้ผลบวก ให้ถือว่า การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลบวก โดยไม่ต้องทำการตรวจโดยวิธีที่สาม
 - ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวก ก็ให้ตรวจด้วยการวิธีที่สองและสามให้ผลลบ ครั้งที่ให้ถือว่า การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลลบ
 - ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวกและวิธีที่สองเป็นลบ แต่วิธีที่สามเป็นบวก ให้ถือว่า การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เป็นบวก

การที่จะเลือกทดสอบโดยใช้แนวทางที่ ๒ และ ๓ วิธีการแรกควรจะใช้ชุดทดสอบที่มีความไวสูงสุด การทดสอบครั้งที่สองและสามให้เลือกใช้ชุดทดสอบที่มีความจำเพาะสูงเกินกว่าชุดทดสอบแรกแต่อย่างไรก็ตามการตรวจเพื่อการวินิจฉัยให้ทำการเจาะเลือดซ้ำและทำการตรวจซ้ำทุกรายที่ให้ผลการตรวจเป็นบวก เพื่อป้องกันความผิดพลาดทางห้องปฏิบัติการและความผิดพลาดอันเกิดจากการสับสนของตัวอย่างเลือด

ตารางที่ ๑ ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในการเลือกใช้แนวทางต่าง ๆ ในการทดสอบโดยมีวัตถุประสงค์และในกลุ่มความชุกของภาวะการติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์	ความชุก	แนวทาง
เพื่อการตรวจเลือดและบริจาคเลือด	ทุกอัตราความชุก	แนวทางที่ ๑
เพื่อการเฝ้าระวัง	> ๑๐ %	แนวทางที่ ๑
	< ๑๐ %	แนวทางที่ ๒
เพื่อการวินิจฉัย		
มีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี	ทุกอัตราความชุก	แนวทางที่ ๒
ไม่มีอาการ	> ๑๐ %	แนวทางที่ ๒
	< ๑๐ %	แนวทางที่ ๓

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

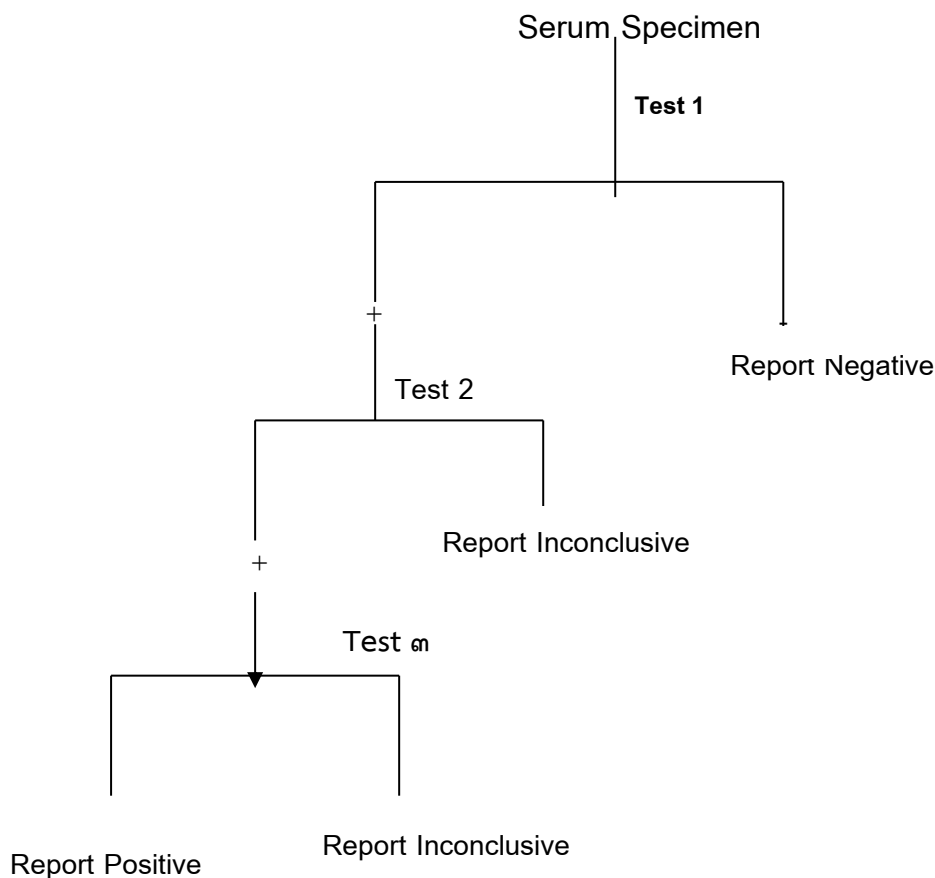
การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการเฝ้าระวังความชุกการติดเชื้อเอชไอวีนั้น มิได้เน้นการตรวจเพื่อหาการติดเชื้อเป็นรายบุคคลแต่เป็นการวัดความชุก (Prevalence) ของการติดเชื้อของกลุ่มคน ในทางปฏิบัติจึงอาศัยผลจากวิธีตรวจคัดกรองขั้นต้น (Screening test) เป็นหลัก ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ Supplementary test ร่วมด้วย

เนื่องจากค่าพยากรณ์ผลบวก (Predictive value positive) จะเพิ่มมากขึ้น ถ้าความชุกในประชากรนั้นๆ สูง องค์การอนามัยโลกจึงได้มีข้อเสนอแนะว่าให้ใช้ความชุกที่ร้อยละ ๑๐ เป็นเส้นแบ่งว่าควรตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

ในกรณีที่ความชุกของการติดเชื้อในพื้นที่สูงกว่าร้อยละ ๑๐ อาศัยการตรวจด้วย Simple Test หรือ Rapid Test หากได้ผลบวกครั้งเดียวก็ให้ถือว่ามีการติดเชื้อ

ในกรณีที่ความชุกของการติดเชื้อในพื้นที่ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ อาศัยการตรวจด้วย Simple Test หรือ Rapid Test หากได้ผลบวกให้ตรวจซ้ำอีกครั้งด้วยชุดน้ำยาทดสอบที่มีหลักการหรือการเตรียมแอนติเจน แตกต่างจากวิธีทดสอบครั้งแรก

ในประเทศไทย สำนักระบาดวิทยาได้ประยุกต์ใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยการตรวจด้วยวิธี Screening test เป็นหลัก หากผลการตรวจด้วย Screening test ด้วย ELISA สองวิธีที่ต่างหลักการให้ผลบวกเหมือนกันหรือตรวจด้วย ELISA และ Particle agglutination test (PA) ให้ผลบวกเหมือนกันก็ถือว่าเป็นการติดเชื้อ (รูปที่ ๑)



รูปที่ ๑ ขั้นตอนการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี
(HIV Testing Algorithm for Sero - surveillance)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
การตรวจหาการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* และ *Neisseria gonorrhoeae* ทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจหาการติดเชื้อโรคหนองในจาก *N. gonorrhoeae* และโรคหนองในเทียมจาก *C. trachomatis* ทางห้องปฏิบัติการสามารถทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับชนิดของสิ่งส่งตรวจและความเหมาะสมของสถานการณ์นั้นๆ

การตรวจหา *N. gonorrhoeae*

๑. การเพาะเชื้อ (Culture) เป็นวิธีตรวจที่ใช้เป็นมาตรฐานและมีความจำเพาะสูงสุด โดยการเลี้ยงเชื้อด้วยอาหารเลี้ยงเชื้อที่จำเพาะ (selective media; chocolate agar) ในภาวะที่เหมาะสม (๓-๗% CO₂) ผลการตรวจสามารถทราบภายใน ๒-๓ วัน^๑ วิธีนี้ยังใช้ทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะได้ด้วย

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) ช่องทวารหนัก ช่องปาก และสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab)

๒. การตรวจหาตัวเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Microscopy) วิธีนี้เป็นวิธีที่สะดวกและรวดเร็วเหมาะสำหรับห้องปฏิบัติการขนาดเล็ก วิธีนี้เป็นการตรวจคัดกรอง โดยการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจมาป้ายบนสไลด์ แล้วย้อมด้วยสี gram ความไวของวิธีนี้ ขึ้นกับเพศและชนิดของสิ่งส่งตรวจ เช่น การตรวจหนองจากเพศชายที่มีอาการหนองใน พบว่าความไว ๙๐% ความจำเพาะ ๙๕% ในเพศหญิงสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก ให้ความไว ๕๐% ความจำเพาะ ๙๕%^๒

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และ สิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab)

๓. การตรวจหาตัวเชื้อด้วยวิธี Enzyme Linked Immunosorbent Assay^๓ (ELISA) โดยการติดฉลากภูมิคุ้มกันที่สังเคราะห์ขึ้นมาด้วยสารที่ควบคุมปฏิกิริยาทางชีวเคมี (enzyme) แล้วนำไปทำปฏิกิริยากับสิ่งส่งตรวจ นำไปอ่านผลด้วยเครื่องอ่านชนิดที่สามารถกำหนดความยาวคลื่นแสงที่จำเพาะได้ วิธีนี้มีความไว ๗๐% และความจำเพาะ ๙๕%

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และ สิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab)

๔. การตรวจหาสารพันธุกรรม

๔.๑ ด้วยวิธี Probe Hybridization เป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมชนิดหนึ่งในหลอดทดลอง วิธีนี้มีความไว ๘๓-๑๐๐% ความจำเพาะ ๙๖-๑๐๐%

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab)

๔.๒ ด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) วิธีนี้เป็นการเพิ่มขยายสารพันธุกรรมที่ต้องการให้มีจำนวนมากขึ้นกว่าเดิมหลายล้านเท่าจนสามารถตรวจวัดได้ในหลอดทดลอง ค้นพบครั้งแรกโดย Kary Mullis และคณะในปี ๑๙๘๓ วิธีนี้มีความไว ๙๔-๙๘% ความจำเพาะ ๙๖-๙๘%^{๔, ๕}

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab)

การตรวจหา *C. trachomatis*

๑. การเพาะเชื้อ (Culture) เป็นวิธีตรวจที่ใช้เป็นมาตรฐานและมีความจำเพาะสูงสุด แต่การเพาะเชื้อ Chlamydia ค่อนข้างยุ่งยากและซับซ้อนเนื่องจากตัวเชื้อจะเจริญเติบโตได้ในเซลล์ที่มีชีวิตเท่านั้น ดังนั้นห้องปฏิบัติการที่สามารถเพาะเชื้อนี้จะต้องมีความพร้อมทั้งอุปกรณ์และความชำนาญเฉพาะ ระยะเวลาการเพาะเชื้อจนทราบผลใช้เวลามากกว่า ๒ สัปดาห์ขึ้นไป

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab)

๒. การตรวจหาตัวเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Microscopy) ทำโดยการย้อมสิ่งส่งตรวจด้วยสี Giemsa^๖, iodine หรือติดฉลากแล้วนำมาดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ แต่เป็นวิธีที่ให้ความไวต่ำ เนื่องจากลักษณะที่ค่อนข้างซับซ้อนของตัวเชื้อ ทำให้ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง จึงไม่นิยมตรวจในห้องปฏิบัติการทั่วไป

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab)

๓. การตรวจหาตัวเชื้อด้วยการติดฉลากภูมิคุ้มกันที่สังเคราะห์ขึ้นมาด้วยสารเรืองแสง (Direct Fluorescence Assay, DFA) ทำโดยการนำสิ่งส่งตรวจมาทำปฏิกิริยากับภูมิคุ้มกันสังเคราะห์ดังกล่าว แล้วนำไปอ่านผลด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่มีอุปกรณ์สำหรับอ่านสารเรืองแสงได้ วิธีนี้มีความไว ๗๐% ความจำเพาะ ๙๕%^๗

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab)

๔. การตรวจหาตัวเชื้อด้วยวิธี Enzyme Linked Immuno Assay (ELISA) โดยการติดฉลากภูมิคุ้มกันที่สังเคราะห์ขึ้นมาด้วยสารที่ควบคุมปฏิกิริยาทางชีวเคมี (enzyme) แล้วนำไปทำปฏิกิริยากับสิ่งส่งตรวจ นำไปอ่านผลด้วยเครื่องอ่านชนิดที่สามารถกำหนดความยาวคลื่นแสงที่จำเพาะ วิธีนี้มีความไว ๖๐-๘๐%^๘ และความจำเพาะ ๙๕%

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab)

๕. การตรวจหาสารพันธุกรรม

๕.๑ ด้วยวิธี Probe Hybridization เป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมชนิดหนึ่งในหลอดทดลอง วิธีนี้มีความไว ๘๓-๑๐๐% ความจำเพาะ ๙๖-๑๐๐%^๙

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab) ปัสสาวะ

๕.๒ ด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) วิธีนี้เป็นการเพิ่มขยายสารพันธุกรรมที่ต้องการให้มีจำนวนมากขึ้นกว่าเดิมหลายล้านเท่าจนสามารถตรวจวัดได้ในหลอดทดลอง ค้นพบครั้งแรกโดย Kary Mullis และคณะในปี ๑๙๘๓ วิธีนี้มีความไว ๙๔-๙๘% ความจำเพาะ ๙๖-๙๘%^{๑๐, ๑๑}

สิ่งส่งตรวจ : สิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะในผู้ชาย (urethral swab) และสิ่งส่งตรวจจากช่องปากมดลูก (endocervical swab) ปัสสาวะ

หนองในและหนองในเทียม เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการ

ขั้นตอนการเก็บปัสสาวะ

การเก็บปัสสาวะ

๑. เจ้าหน้าที่นำสติ๊กเกอร์ที่มีหมายเลข ติดที่กระป๋องปัสสาวะ

๒. เจ้าหน้าที่อธิบายให้ผู้เข้าร่วมโครงการ ทราบว่า ให้เก็บปัสสาวะส่วนแรก (เมื่อเริ่มปัสสาวะทันที) โดยเก็บ

ประมาณ **ครึ่งกระป๋อง** ปิดฝาให้แน่น และเช็ดกระป๋องภายนอกก่อนนำส่งให้เจ้าหน้าที่

๓. เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการ นำกระป๋องพร้อมปัสสาวะมาส่ง ให้เจ้าหน้าที่บันทึกจำนวนปัสสาวะพร้อมทั้งติด sticker ลงใน Urine PCR Log sheet กรณีที่ได้ปัสสาวะปริมาณน้อย ให้รอเก็บปัสสาวะเพิ่ม (ถ้าสามารถทำได้) ถ้าไม่ได้ ก็ให้ตรวจรับปัสสาวะนั้น และนำกลับห้องปฏิบัติการโดยใส่ในกล่องโฟมที่มี Ice-pack และเก็บไว้ในตู้เย็นไม่ต้อง freeze และส่งไปตรวจหาเชื้อหนองในและหนองในเทียมอาทิตย์ละ ๒ ครั้ง

ขั้นตอนการเก็บรักษาตัวอย่างปัสสาวะ โดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการในพื้นที่

๑. เตรียมอุปกรณ์ดังนี้
 - screw cap urine cup กระป๋องเก็บปัสสาวะขนาด ๖๐-๘๐ ml. และหรือ
 - Transfer Pipette เพียงพอกับจำนวนปัสสาวะ โดยให้ใช้ครั้งเดียวทิ้ง
 - หลอด Micro tube ขนาด ๒ ml. โดยปิดสติกเกอร์รหัส BED ที่เก็บได้ในวันนั้น ตัวอย่างละ ๓ หลอด
 - กระบอกใส่น้ำยาฆ่าเชื้อสำหรับทั้ง Transfer Pipette ที่ใช้แล้ว
 ๒. ตรวจสอบกระป๋องปัสสาวะว่าปิดสนิทดีแล้ว และเขย่ากระป๋องปัสสาวะเบาๆ โดยให้ปัสสาวะเข้ากันให้ดี
 ๓. เปิดฝากระป๋องปัสสาวะ ดูดปัสสาวะด้วย Transfer Pipette ใส่ในหลอด Micro tube ทั้ง ๓ หลอด โดยใส่หลอดละประมาณ ๑.๕ ml. และปิดฝา หลังจากนั้นส่งมาที่กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อตรวจหาการติดเชื้อหนองใน และหนองในเทียม
- *** ขั้นตอนการดูดปัสสาวะลงใน Micro tube ต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic Technique)**

วิธีการนำส่งตัวอย่างปัสสาวะ ไปที่กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๑. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ จะส่งกระป๋องบรรจุปัสสาวะขนาด ๖๐ ml (กรณีที่กระป๋องบรรจุปัสสาวะมีฝาเกลียวแน่นและไม่หกเลอะเทอะ) หรือ ดูดปัสสาวะลงใน Micro tube ๒ ml ภายในวันที่ที่ได้รับตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น ๓ หลอด ส่งไปที่กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยหลอดทั้งหมดที่เตรียมส่งให้เก็บรักษาไว้ในตู้เย็น (อุณหภูมิ ~ ๔ องศาเซลเซียส) **ไม่ต้องแช่แข็ง**
๒. ให้ทำการส่งหลอดทั้งหมดภายใน ๕ วัน นับจากวันที่เก็บปัสสาวะ

ขั้นตอนการขนส่งตัวอย่างปัสสาวะ

๑. นำหลอดปัสสาวะทั้งหมด บรรจุลงในกล่องบรรจุตัวอย่างที่จัดเตรียมไว้ให้
 ๒. นำกล่องบรรจุตัวอย่างทั้งหมดใส่ในถุงพลาสติก ที่เตรียมให้แล้วบรรจุในกล่องโฟม
 ๓. บรรจุ Ice Pack ลงในกล่องโฟม
 ๔. ใส่ใบนำส่งตัวอย่างปัสสาวะ Urine PCR Log Sheet (ตัวจริง) ที่บันทึกวัน เวลา ที่แยกตัวอย่างปัสสาวะและส่งตัวอย่างปัสสาวะให้เรียบร้อย โดยทำสำเนาเก็บ ไว้ที่ห้องปฏิบัติการในพื้นที่
 ๕. ที่มุมบนซ้ายของกล่องโฟมเขียนชื่อ โรงพยาบาล หรือสถานที่ทำการแยกตัวอย่างปัสสาวะ ที่ด้านบนกล่องโฟม แล้วนำส่งไปที่กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 ๖. ส่งพัสดุโดยผ่านทางบริษัท **แฉ่งในที่ประชุม** รับส่งพัสดุภายในประเทศ ที่อยู่ตามข้างล่างนี้
- กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก)**
สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยี ๑๘๙ ถ. สาทรใต้ เขตสาทร

กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐

๗. พนักงานบริษัท **แจ้งในที่ประชุม** จะไปรับพัสดุถึงที่ เพื่อนำส่งกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
การรายงานผลการตรวจหาเชื้อหนองในและหนองในเทียม

๑. เมื่อกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำการตรวจเสร็จแล้วให้ส่งผลการตรวจทั้งหมดลงในใบนำส่ง
ตัวอย่าง Urine PCR Log Sheet พร้อมถ่ายสำเนาอีก ๒ ชุด และรายงานผลดังนี้

- ต้นฉบับ ให้เก็บไว้ที่กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- สำเนา ๑ ชุด ให้ส่งกลับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำเนา ๑ ชุด ให้ส่งที่สำนักกระบาดวิทยา ซึ่งจะทำหน้าที่ส่งผลการตรวจลงในโปรแกรม AIDSSSEN

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นเชิงสำรวจเพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ
การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพนักงานงานบริการ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ถาม
ตอบด้วยตนเอง ในกลุ่มพนักงานบริการที่มีสำนัก (FSW venue base)

- ประชากร ที่ศึกษา ได้แก่พนักงานบริการที่มีสำนัก (FSW venue base) ทั้งพนักงานบริการตรง
(Direct) คือมีการซื้อขายบริการกันในสำนักและมีเตียงรองรับการขายบริการภายใน เช่น ซ่อง โรงน้ำชา อาบ
อบนวด และพนักงานบริการแฝง (Indirect) คือมีการซื้อขายบริการกันในสำนักแต่ไม่มีเตียงรองรับการขาย
บริการในสำนัก ต้องหาเตียงที่อื่น เช่น คาราโอเกะ พับ บาร์ ร้านอาหาร ร้านตัดผม

- กลุ่มตัวอย่าง เป็นพนักงานบริการที่ถูกสุ่มเข้ามาศึกษาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนดังนี้

สุ่มเลือกจังหวัดในแต่ละเขตสาธารณสุข ซึ่งเป็นการโดยวิธี simple random sampling จาก ๑๒
เขต เขตละ ๑ จังหวัด รวม ๑๒ จังหวัด (โดยสุ่มจากจังหวัดที่ดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอ
วีรายใหม่) ดังนี้ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ลพบุรี ตราน ราชนบุรี บุรีรัมย์ อุตรธานี ศรีสะเกษ นครสวรรค์
พิษณุโลก เชียงราย ภูเก็ต สงขลา

การเลือกตัวอย่าง แบ่งเป็น ๓ กรณี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมือนกัน แต่คำนวณแยกพนักงาน
บริการตรงกับแฝง

กรณีที่ ๑ จังหวัดมีขนาดตัวอย่าง น้อยกว่าจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้ดำเนินการเก็บ
ข้อมูลเฝ้าระวังในหญิงขายบริการทางเพศทุกคน โดยไม่ต้องทำการสุ่ม

กรณีที่ ๒ หากในจังหวัดไม่มีอำเภอใด ที่มีจำนวนพนักงานบริการตรงและพนักงานบริการ
มากกว่าจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอ ที่มีจำนวนหญิงขายบริการ ทาง
เพศมากที่สุดก่อน แล้วจึงเลือกอำเภออื่นๆ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม จนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่าง ครบ
ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

ในการคัดเลือกอำเภออื่น มาเพื่อการเฝ้าระวัง แนะนำให้จังหวัดคัดเลือกอำเภอที่คิดว่า มีปัญหาของ
การแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศมากที่สุดเข้ามา เพื่อทำการเฝ้าระวังก่อน ในกรณีที่ต้องทำการ
สุ่มเลือกสถานบริการในอำเภอใดๆ ให้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่าง ตามข้อ ๓.๓.๑-๓.๓.๒ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

กรณีที่ ๓ จังหวัดมีพนักงานบริการในอำเภอใดอำเภอหนึ่ง มากกว่าขนาดตัวอย่างที่

คำนวณได้

- ๑) ให้เลือกทำการเฝ้าระวังในอำเภอ ที่มีจำนวนพนักงานบริการที่สุ่มเพียง อำเภอเดียว
- ๒) ให้จัดทำบัญชีรายชื่อสถานบริการทั้งหมด ที่มีอยู่อำเภอที่จะทำการเฝ้าระวังจำแนกตามประเภทสถานบริการ (ตรงและแฝง) พร้อมทั้งระบุจำนวนหญิงขายบริการที่ทำงานอยู่ในสถานบริการแต่ละแห่ง
- ๓) ทำสลากสำหรับใช้ในการสุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเลือกสถานบริการ โดยเขียนชื่อสถานบริการลงในกระดาษ ๑ ใบต่อ ๑ สถานบริการ แล้วให้นำรายชื่อสถานบริการทั้งหมดไปใส่ในกล่อง โดยให้แยกสลากเป็น ๒ กล่อง สถานบริการตรง ๑ กล่อง และสถานบริการแฝง ๑ กล่อง
- ๔) จับสลากดังกล่าวขึ้นมาครั้งละ ๑ ใบ พร้อมทั้งจดจำนวนพนักงานบริการในสถานบริการที่ถูกเลือกไว้ ให้ทำการสุ่มเลือกสถานบริการต่อไปจนกระทั่ง เลือกหญิงขายบริการทางเพศตรงและหญิงขายบริการทางเพศแฝง ได้ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

๕) ดำเนินการเก็บข้อมูลจากพนักงานบริการทุกราย ที่ทำงานอยู่ในสถานบริการ ที่สุ่มเลือกได้เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ พนักงานบริการที่มีสำนัก (FSW venue base) ทั้งพนักงานบริการตรง (Direct) คือมีการซื้อขายบริการกันในสำนักและมีเตียงรองรับการขายบริการภายใน เช่น ซ่อง โรงน้ำชา อาบอบนวด และพนักงานบริการแฝง (Indirect) คือมีการซื้อขายบริการกันในสำนักแต่ไม่มีเตียงรองรับการขายบริการในสำนัก ต้องหาเตียงที่อื่น เช่น คาราโอเกะ พับ บาร์ ร้านอาหาร ร้านตัดผม

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี อยู่ประจำไม่น้อยกว่า ๒ ปี ผู้ที่ไม่ขายบริการหรือขายบริการในรูปแบบอื่นเช่น ฟรีเลนซ์ นางทางโทรศัพท์ เป็นต้น

- พื้นที่ศึกษา ได้แก่ เขตสุขภาพ ๑๒ เขต (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) และ จังหวัดในเขตสุขภาพ เขต
ละ ๑ จังหวัดตามที่ได้สุ่มได้ รวมทั้งสิ้น ๑๒ จังหวัด

เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวัง

(๑) แบบสอบถามพฤติกรรม(ที่ผ่านการหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น (Validity and Reliability)) ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามสัญชาติของกลุ่มประชากร ที่เฝ้าระวัง โดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่รวบรวมแบ่งเป็นส่วนๆ ๘ ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมทางเพศไม่เจาะจงประเภทคู่นอนคู่นอน พฤติกรรมทางเพศการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ พฤติกรรม การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ การป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ความครอบคลุมของบริการเอชไอวี/เอดส์ และความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการประเมินความเสี่ยง

(๒) โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือในการจัดเก็บข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมแบ่งเป็นส่วนๆ ๘ ส่วน

(๓) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บตัวอย่างได้แก่ แบบสอบถามIBBS สำหรับพนักงานบริการ (ภาคผนวก ๑)

การวิเคราะห์ข้อมูล มาตรตรวจสอบ ความครบถ้วนของแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปของสำนักกระบาดวิทยา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเรียบเรียงให้เห็นลักษณะของการกระจาย การเกิดโรค ตามบุคคล เวลา สถานที่ และแปลผล เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม โดยใช้สถิติร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดใช้สถิติเชิงพรรณนาที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างรวมทุกจังหวัด และการนำเสนออัตราการติดเชื้อภาพรวมในรายงานนี้จะใช้ค่ามัธยฐาน (Median-และสถิติ logistic regression) ด้วยโปรแกรม Epi-info

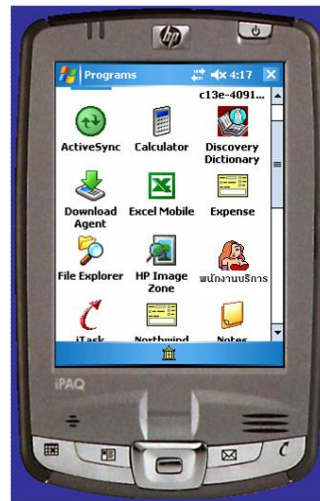
โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือในการจัดเก็บข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมแบ่งเป็นส่วนๆ ๘ ส่วน
กรณีใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือในการจัดเก็บข้อมูล

คู่มือการใช้คอมพิวเตอร์มือถือ (PocketPC)

การนำเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือมาใช้งานเพื่อความถูกต้องของข้อมูลและมีความน่าเชื่อถือต่อการใช้งานได้สะดวกเหมาะแก่การพกพาออกนอกสถานที่



1. รูปแบบ Task Bar เหมือนของ Windows เพื่อเรียกใช้โปรแกรมต่างๆ
2. ชื่อเครื่องประจำเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ Pocket PC
3. ปุ่ม เปิด / ปิด เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ Pocket PC
4. แบตเตอรี่เมื่อเต็มชาร์ตเต็มจะขึ้น 100 % ควรทำการชาร์ตเมื่อ เหลือ 10 %
5. Reset ควรทำเมื่อระบบเกิดความผิดพลาด (ใช้ปากกา Stylus จิ้มลงไป)
6. ปากกา Stylus มีไว้แตะจอสกรีนในการตอบแบบสอบถาม



วิธีการเปิดโปรแกรม และที่ Star และแตะโปรแกรม พนักงานบริการ

แบบสอบถาม

สำหรับหญิงให้บริการทางเพศ
BED

กรุณาใส่เลขที่ BED

คำยินยอมการเข้าร่วมโครงการ



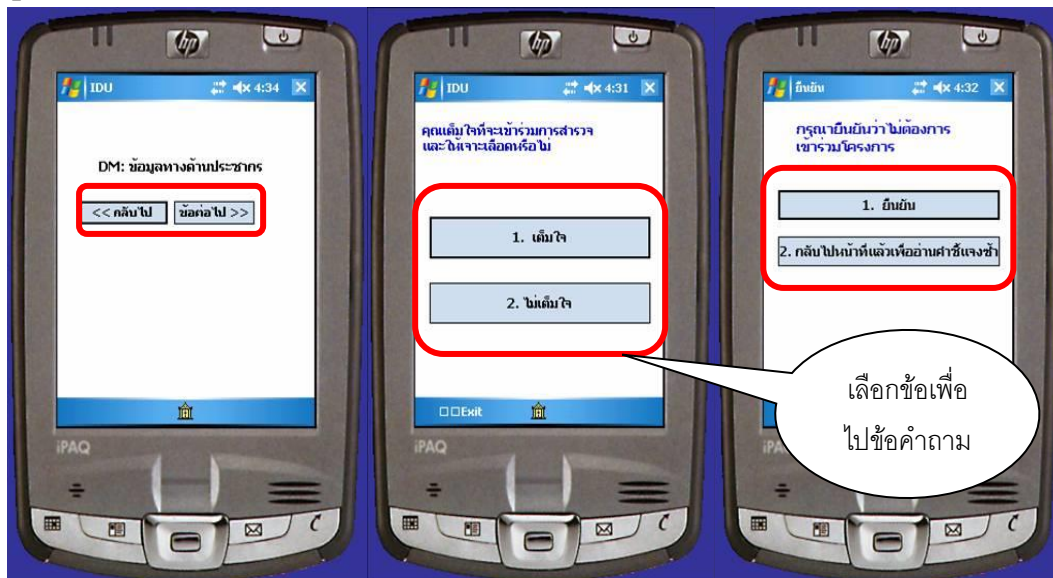
เมื่อ
เจอ



หน้าจอจะเห็นว่าให้ใส่ข้อความจึงแตะที่นี่เพื่อทำการกรอกข้อความซึ่งสามารถทำได้ ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษและตัวเลข

วิธีการใช้ Pocket PC เพื่อตอบแบบสอบถาม

รูปแบบที่ 1 การเลือกคำถามเพื่อไปยังข้อถัดไป



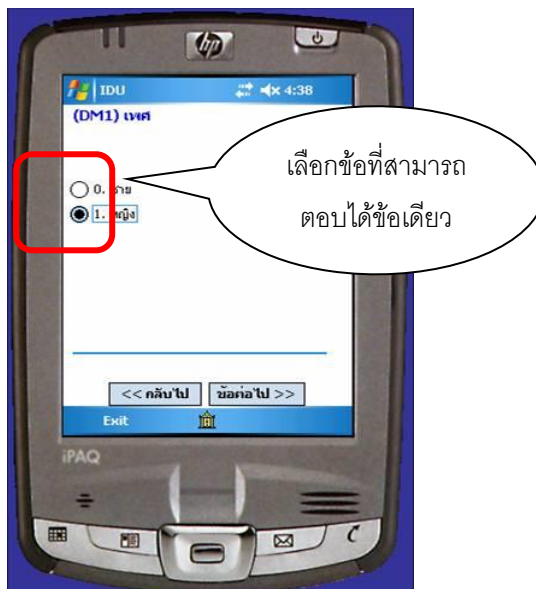
รูปแบบที่ 2 การเลือกคำถามไม่รู้และไม่ตอบ



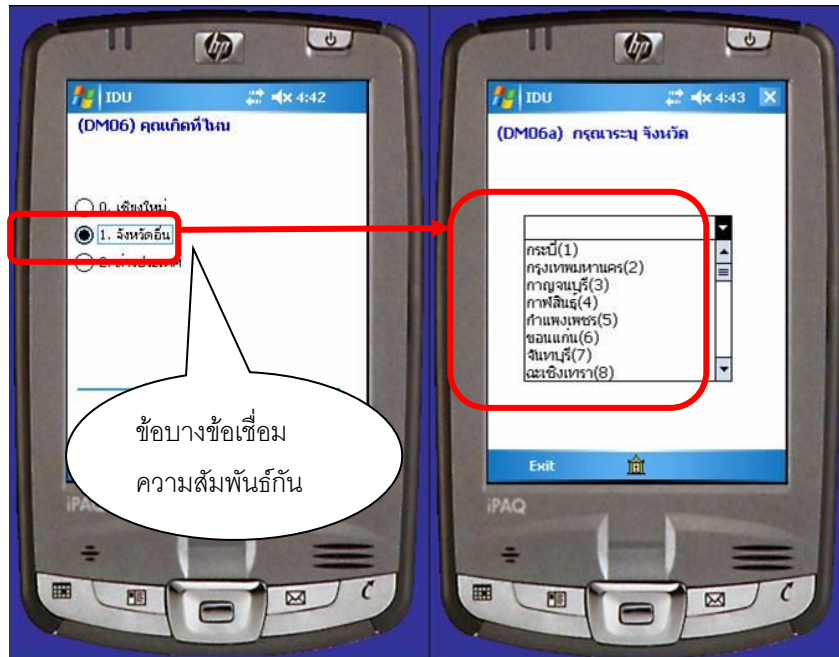
รูปแบบที่ 3 การเลือกคำถามที่ตอบได้หลายคำตอบ



รูปแบบที่ 4 การเลือกคำถามที่ตอบได้คำตอบเดียว



รูปแบบที่ 5 การเลือกคำถามที่เชื่อมติดต่อกัน



รูปแบบที่ 6 การเลือกคำถามที่ต้องตอบด้วยตัวอักษรหรือตัวเลข



รูปแบบที่ 7 การเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม

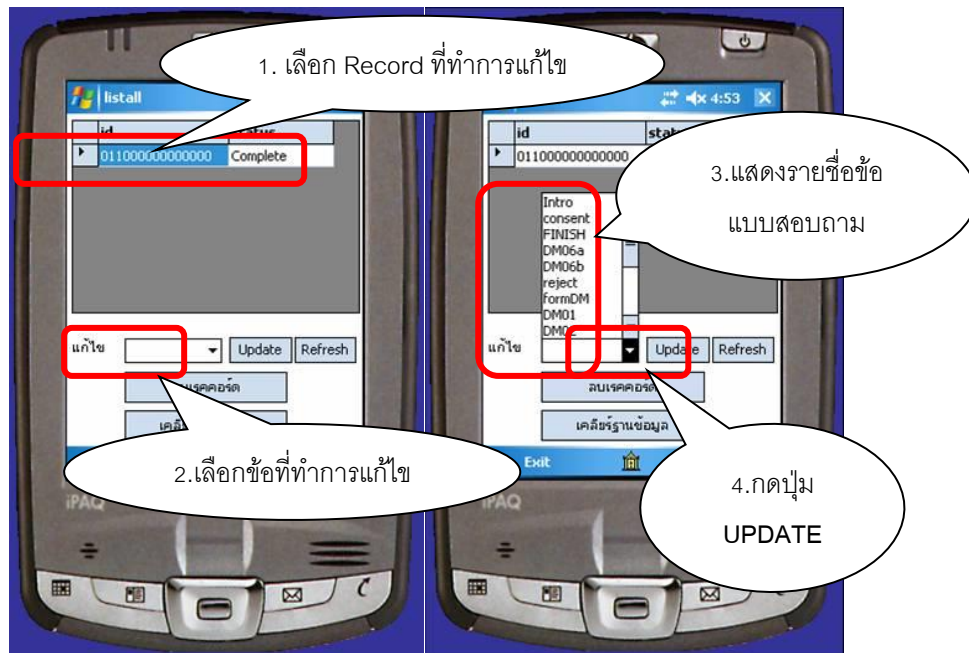


การจัดการข้อมูลใน Pocket PC

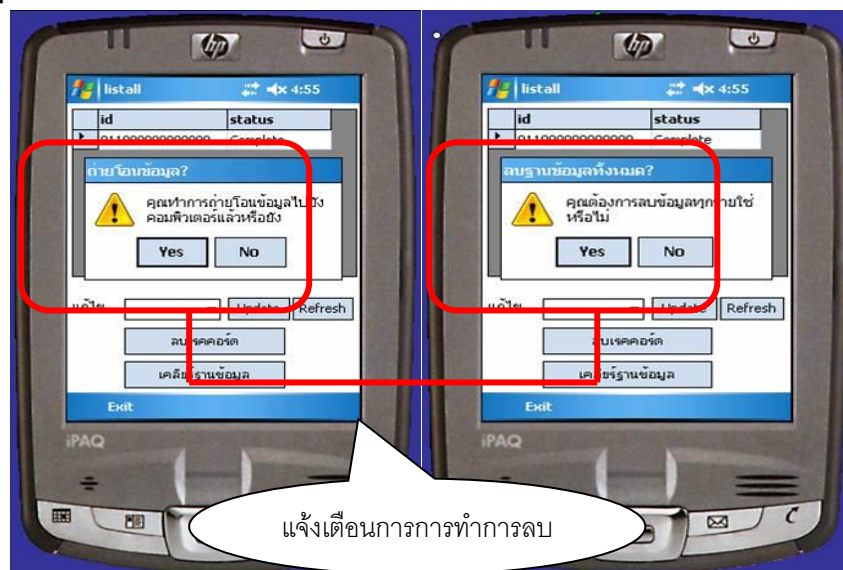
- เพื่อดูจำนวนแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้ทำไป
- เพื่อเข้าไปแก้ไขข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
- เพื่อลบแบบสอบถาม หลังจากที่ย้ายโอนข้อมูลแล้ว
- ต้องทำการใส่รหัสผ่าน “1111” ก่อนเข้าไปในโหมด admin



- 1.สามารถเลือกกลับไปตอบข้อคำถามที่ตอบผิดหรือผิดพลาดของเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือได้



2. ลบข้อมูลแบบสอบถามในเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ(Pocket PC)



-โปรแกรมแจ้งเตือนว่าได้ถ่ายโอนข้อมูลรียังก่อนทำการลบ

ตอบ Yes เพื่อยืนยันการว่าได้ทำการถ่ายโอน

ตอบ No เพื่อแสดงว่ายังไม่ได้ถ่ายโอน

-โปรแกรมแจ้งเตือนว่าจะลบข้อมูลทั้งหมดที่เก็บในเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือหรือไม่

ตอบ Yes เพื่อยืนยันการลบข้อมูลทั้งหมด

ตอบ No เพื่อไม่ให้ลบข้อมูล

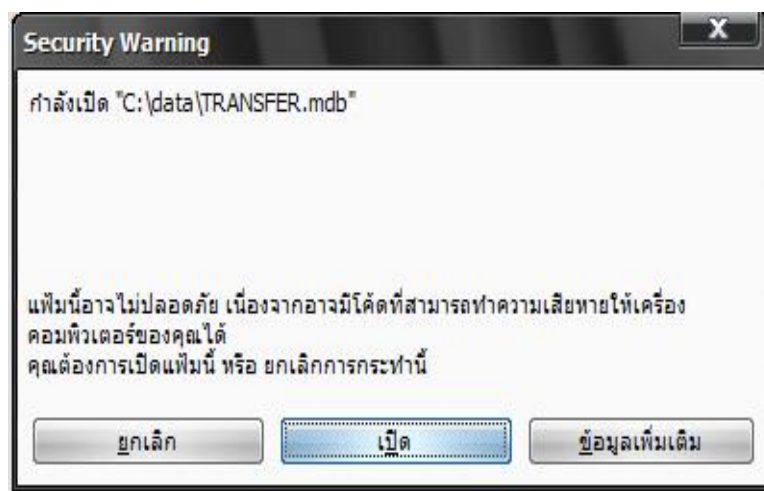
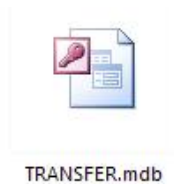
การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวัง IBBS IDU

ส่งข้อมูลทุกวันหลังจากการเชื่อมข้อมูลจากเครื่อง Audio PPC โดยส่งที่

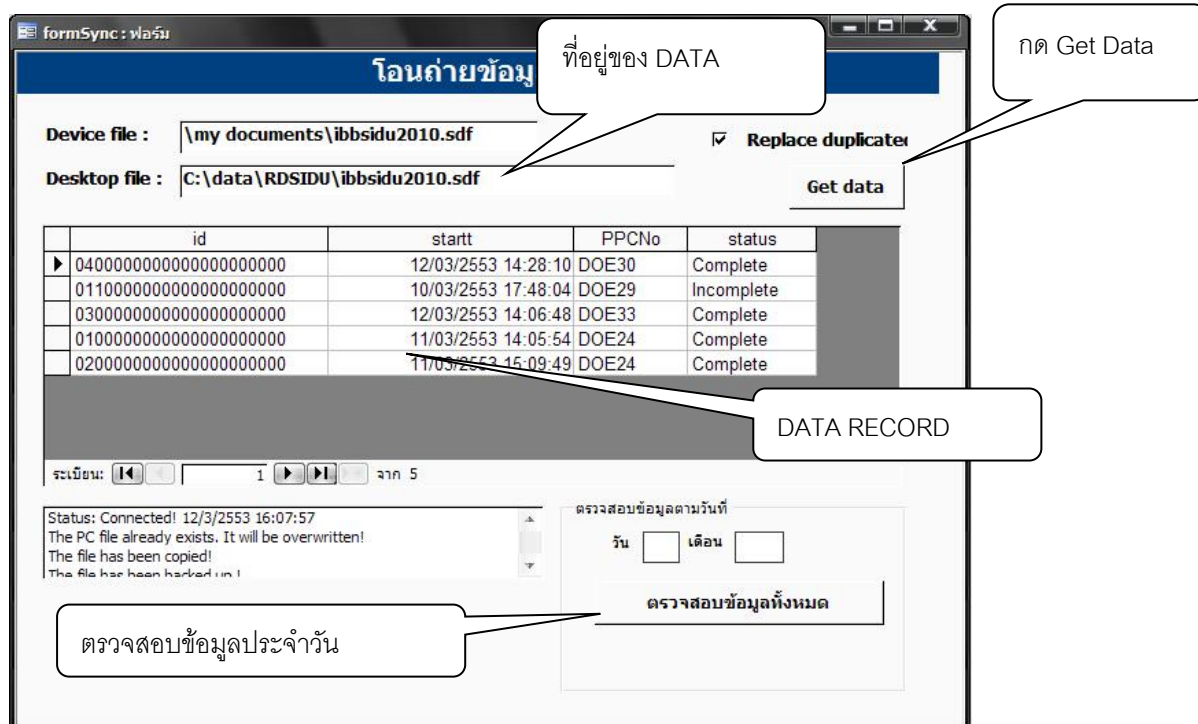
Email: gfbogroup@gmail.com และ center.sero@gmail.com

วิธีการจัดการส่งข้อมูล

1. กด ดับเบิลคลิก TRANSFER.mdb



2. กดเปิด



3. กด Get Data เพื่อดึงข้อมูลออกจากเครื่อง Pocket PC

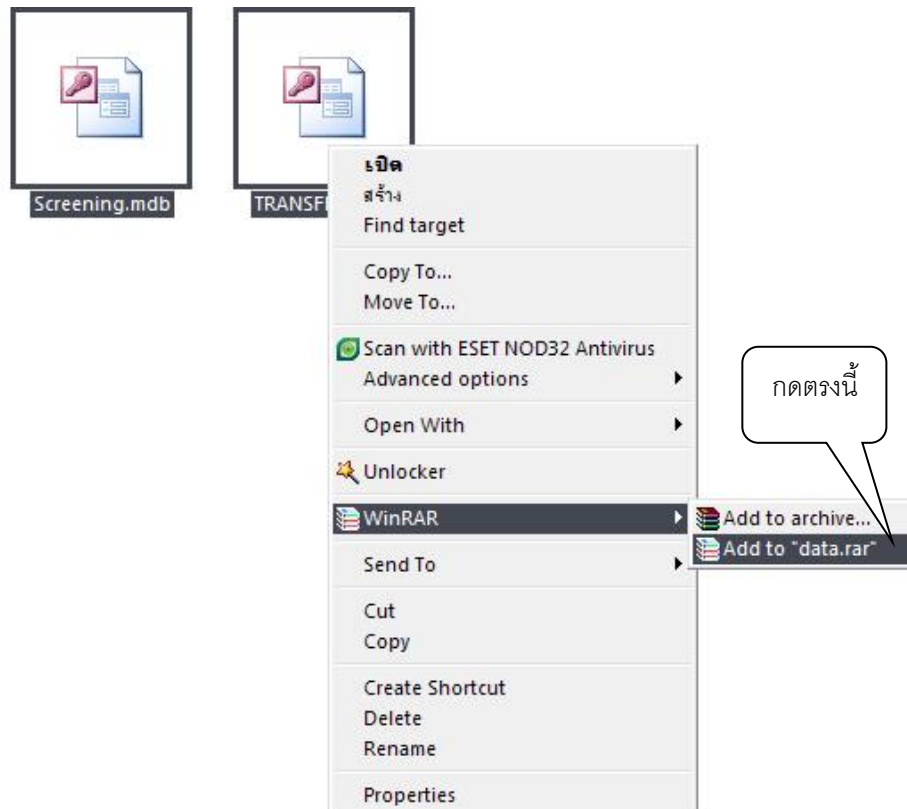
4.เมื่อได้ข้อมูลแล้ว กดปิดโปรแกรม Access



5.ลากไฟล์ 2 ไฟล์ที่ชื่อ

Screening.mdb และ Transfer.mdb

คลิกขวา เลือก WINRAR → add to “data.rar”



6.จะได้ไฟล์ DATA.ZIP



7.Rename เป็น รหัสจังหวัดและปีเดือนวัน ส่งเช่น xx-xxxxxxx 57-20100310



8.และไปที่ C:\data\RDSIDU ที่ Folder Backup

Name ▲	Size	Type	Date Modified
DOE_25530311_1253.sdf	376 KB	SDF File	11/03/2553 12:53
DOE_25530311_1629.sdf	376 KB	SDF File	11/03/2553 16:29
DOE_25530311_1635.sdf	376 KB	SDF File	11/03/2553 16:36
DOE_25530312_1606.sdf	380 KB	SDF File	12/03/2553 16:06
DOE_25530312_1608.sdf	380 KB	SDF File	12/03/2553 16:08
WM_25530305			8/2553 10:57
WM_25530305			8/2553 11:07

ดูวันที่ที่ทำการ Sync แล้วเลือกไฟล์มาแนบ

9.จะมีนามสกุล .sdf ให้เลือก วันที่ทำการ Sync มาด้วย และแนบไฟล์มาในกรณี Syncs หลายตัวก็เอามาทั้งหมดที่ทำการ Sync

10.แนบไฟล์ ทั้งหมด และส่งเมลมา ที่ gfbogroup@gmail.com center.sero@gmail.com

ผลการศึกษา

การศึกษาอัตราติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพนักงานงานบริการ ในกลุ่มพนักงานบริการที่มีสำนึก (FSW venue base) ๖ โดยมีผลการศึกษาแบ่งเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ประชากรกลุ่มพนักงานบริการ (FSW venue base) ที่รวบรวมข้อมูลได้ จำนวน 3,254 คน จำแนกเป็นพนักงานบริการตรง 1,103 คน (ร้อยละ 33.9) พนักงานบริการ 2,151คน (ร้อยละ 66.1) อายุเฉลี่ย 29 ปี อยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี สูงสุดร้อยละ 28.7 และกลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 22.5 ภูมิลำเนาเดิม ร้อยละ 80.5 อยู่ในประเทศไทย พบพนักงานบริการ ร้อยละ 1.5 มีสถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา การศึกษาสถานะการศึกษา พบร้อยละ 89.0 เคยเรียนหนังสือ การศึกษาสูงสุดของผู้ที่เรียนหนังสือ พบสูงสุดร้อยละ 39.5 เรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 3.1 จบปริญญาตรี และ ร้อยละ 0.1 จบสูงกว่าปริญญาตรี

ตารางที่ ๑ ลักษณะด้านประชากรที่เก็บข้อมูล จำแนกเป็นพนักงานบริการตรงและแฝง ปี ๒๕๕๗

ตัวแปรด้านประชากร	พนักงานบริการตรง (N = ๑,๑๐๓)		พนักงานบริการแฝง (N=๒,๑๕๑)		รวม (N =๓,๒๕๔)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
Mean(sd)	๒๙.๓(๙.๓๔)		๒๗.๘(๗.๙)		๒๘.๗(๙.๐)	
Median(min:max)	๒๙(๑๕:๖๐)		๒๖(๑๕:๖๐)		๒๗(๑๕:๖๐)	
กลุ่มอายุ (ปี)						
๑๕ – ๑๙	๑๖๘	๑๕.๒	๒๐๖	๙.๖	๓๗๔	๑๑.๕
๒๐ – ๒๔	๓๐๔	๒๗.๖	๖๓๐	๒๙.๓	๙๓๔	๒๘.๗
๒๕ – ๒๙	๒๐๔	๑๘.๕	๕๒๙	๒๔.๖	๗๓๓	๒๒.๕
๓๐ – ๓๔	๑๓๖	๑๒.๓	๒๘๐	๑๓	๔๑๖	๑๒.๘
๓๕ – ๓๙	๑๑๗	๑๐.๖	๒๕๒	๑๑.๗	๓๖๙	๑๑.๓
๔๐ – ๔๔	๖๙	๖.๓	๑๒๕	๕.๘	๑๙๔	๖.๐
๔๕ ขึ้นไป	๑๐๕	๙.๕	๑๒๙	๖	๒๓๔	๗.๒
ภูมิลำเนาเดิม						
● ไทย	๘๙๔	๘๑.๓	๑,๗๒๒	๘๐.๑	๒,๖๑๖	๘๐.๕
● ไทยชนกลุ่มน้อย	๑๖๐	๑๔.๕	๑๕๒	๗.๑	๓๑๒	๙.๖
● พม่า	๓๓	๓	๙๑	๔.๒	๑๒๔	๓.๘
● ลาว	๗	๐.๖	๑๗๗	๘.๒	๑๘๔	๕.๗
● เขมร	๕	๐.๕	๘	๐.๔	๑๓	๐.๔
● อื่นๆ	๔	๐.๑	๑	๐.๐๑	๕	๐.๑

ตารางที่ ๑ ลักษณะด้านประชากรที่เก็บข้อมูล จำแนกเป็นพนักงานบริการตรงและแฝง ปี ๒๕๕๗

ตัวแปรด้านประชากร	พนักงานบริการตรง (N = ๑,๑๐๓)		พนักงานบริการแฝง (N=๒,๑๕๑)		รวม (N =๓,๒๕๔)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา						
● เป็น	๒๔	๒.๒	๒๔	๑.๑	๔๘	๑.๕
● ไม่เป็น	๑,๐๗๙	๙๗.๘	๒,๑๒๗	๙๘.๙	๓,๒๐๖	๙๘.๕
สถานการศึกษา						
● เคยเรียน	๙๗๔	๘๘.๖	๑,๙๒๒	๘๙.๔	๒,๘๙๖	๘๙
● ไม่เคยเรียน	๑๒๙	๑๑.๗	๒๒๙	๑๐.๖	๓๕๘	๑๑
การศึกษาสูงสุดของผู้ที่เรียน						
● ประถมศึกษา	๒๕๐	๒๒.๗	๕๒๐	๒๔.๒	๗๗๐	๒๓.๗
● มัธยมต้น	๓๘๖	๓๕.๐	๗๓๖	๓๔.๒	๑,๑๒๒	๓๔.๕
● มัธยมปลาย	๒๑๔	๑๙.๔	๕๑๔	๒๓.๙	๗๒๘	๒๒.๔
● อนุปริญญาขึ้นไป.	๕๐	๔.๕	๘๐	๓.๗	๑๓๐	๔.๐
● ปริญญาตรี	๔๔	๔.๐	๔๕	๒.๑	๘๙	๒.๗
● สูงกว่าปริญญาตรี	๑	๐.๑	๒	๐.๑	๓	๐.๑
● ไม่ได้เรียนหนังสือ	๑๕๘	๑๔.๓	๒๕๔	๑๑.๘	๔๑๒	๑๒.๗

พนักงานบริการ (FSW venue base) มีรายได้ระหว่าง ๕,๐๐๐ – ๑๐,๐๐๐ บาท สูงสุด ร้อยละ ๔๐.๙ รองลงมา มีรายได้ระหว่าง ๑๐,๐๐๐ – ๒๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๓๑.๑ อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน คือ ๒๔ ปี ส่วนระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน(วัน) เท่ากับ ๗๓๐ วัน (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ รายได้ อายุ และระยะเวลาของกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ปี ๒๕๕๗

ตัวแปร	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้						
น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท	๙๗	๘.๘	๑๕๓	๗.๑	๒๕๐	๗.๗
๕,๐๐๐ – ๑๐,๐๐๐ บาท	๖๔๑	๕๘.๑	๘๗๗	๔๐.๘	๑,๕๑๘	๔๖.๗
๑๐,๐๐๐ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๒๕๙	๒๓.๕	๗๔๐	๓๔.๔	๙๙๙	๓๐.๗
๒๐,๐๐๐ – ๓๐,๐๐๐ บาท	๖๙	๖.๓	๒๕๐	๑๑.๖	๓๑๙	๙.๘
มากกว่า ๓๐,๐๐๐ บาท	๓๗	๓.๔	๑๓๑	๖.๑	๑๖๘	๕.๒

ตัวแปร	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน(ปี)						
Mean(sd)	๒๓.๙(๗.๓)		๒๔.๒(๖.๔)		๒๔.๑(๗.๔)	
Median(min:max)	๒๒(๑๓:๕๖)		๒๓(๑๐:๕๖)		๒๒(๑๐:๕๖)	
ระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน(วัน)						
Mean(sd)	๑,๑๓๓.๑(๑,๕๒๙.๕)		๑,๒๑๐(๑,๕๘๙.๕)		๑,๑๘๔.๕(๑,๕๖๙.๖)	
Median(min:max)	๗๓๐(๓๐:๑๐,๕๘๕)		๗๓๐(๓๐:๑๔,๒๓๕)		๗๓๐(๓๐:๑๔,๒๓๕)	

ส่วนที่ ๒ อัตราการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม

อัตราการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม ในกลุ่มพนักงานบริการ (FSW venue base) พบว่า การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๑.๒ ของการติดเชื้อหนองใน ร้อยละ ๔.๒ และของการติดเชื้อหนองในเทียม ร้อยละ ๑๘.๖ (ตารางที่ ๓) สัญชาติไทยพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด ร้อยละ ๒.๒ รองลงมาคือ สัญชาติลาว ร้อยละ ๑.๖ ส่วนอัตราการติดเชื้อหนองใน NG สูงสุดในสัญชาติลาว ร้อยละ ๒๘.๓ รองลงมาคือ สัญชาติเขมร ร้อยละ ๒๓.๑และอัตราการติดเชื้อหนองในเทียม สูงสุดในสัญชาติไทย ร้อยละ ๔.๔ รองลงมาคือ สัญชาติลาว ร้อยละ ๓.๘ และสัญชาติไทยชนกลุ่มน้อย ร้อยละ ๓.๒ ตามลำดับ

ตารางที่ ๓ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม ปี ๒๕๕๗

สัญชาติ	รวม	HIV positive		หนองใน NG		หนองในเทียม	
		จำนวน	(%)	จำนวน	(%)	จำนวน	(%)
1. ไทย	๒,๖๑๖	๕๗	๒.๒	๔๕๐	๑๗.๒	๑๑๕	๔.๔
2. ไทยชนกลุ่มน้อย	๓๑๒	๓	๑.๐	๖๙	๒๒.๑	๑๐	๓.๒
3. พม่า	๑๒๔	๐	๐	๑๓	๑๐.๕	๓	๒.๔
4. ลาว	๑๘๔	๓	๑.๖	๕๒	๒๘.๓	๗	๓.๘
5. เขมร	๑๓	๐	๐	๓	๒๓.๑	๐	๐
6. อื่นๆ	๕	๐	๐	๑	๒๐.๐	๑	๐.๗
รวม	๓,๔๒๕	๖๓	๑.๙	๕๘๘	๑๘.๑	๑๓๖	๔.๒

อัตราของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการตรง (FSW venue base) ในภาพรวมเท่ากับ ร้อยละ ๑.๗ (๑๙ ราย) แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดพิษณุโลก มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๔.๖ รองลงมา คือ จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ ๓.๐ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดลพบุรี และอุดรธานี.ร้อยละ ๐.๐ ในภาพรวมพนักงานบริการแฝง (FSW non - venue base) ติดเชื้อร้อยละ ๒.๐ (๔๔ ราย) พบว่าจังหวัดนครสวรรค์ มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๖.๕ รองลงมา คือจังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ ๔.๒ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดลพบุรี ร้อยละ ๐.๐ (ตารางที่ ๔)

ตารางที่ ๔ อัตราของการติดเชื้อเอชไอวี แยกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๗

จังหวัด	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวน ตรวจ(คน)	ติดเชื้อ (ร้อยละ)	จำนวน ตรวจ(คน)	ติดเชื้อ (ร้อยละ)	จำนวน ตรวจ(คน)	ติดเชื้อ (ร้อยละ)
๑๐ กรุงเทพฯ	๓๙๒	๑.๕(๖)	๑๑๐	๐.๙(๑)	๕๐๒	๑.๔(๗)
๑๖ ลพบุรี	๑๑๑	๐.๐	๔๔	๐.๐	๑๕๕	๐.๐
๒๓ ตราก	๐	-	๒๕๖	๐.๘(๒)	๒๕๖	๐.๘(๒)
๓๑ บุรีรัมย์	๐	-	๑๖๘	๔.๒(๗)	๑๖๘	๔.๒(๗)
๓๓ ศรีสะเกษ	๐	-	๓๔๒	๑.๒(๔)	๓๔๒	๑.๒(๔)
๔๑ อุดรธานี	๑๒๕	๐.๐	๑๐๒	๒.๐(๒)	๒๒๗	๐.๙(๒)
๕๗ เชียงราย	๐	-	๒๘๗	๑.๑(๓)	๒๘๔	๑.๑(๓)
๖๐ นครสวรรค์	๕๒	๑.๙(๑)	๒๔๘	๖.๕(๑๖)	๓๐๐	๕.๗(๑๗)
๖๕ พิษณุโลก	๑๐๘	๔.๖(๕)	๑๓๖	๒.๒(๓)	๒๔๔	๓.๓(๘)
๗๐ ราชบุรี	๐	-	๒๑๓	๐.๙(๒)	๒๑๓	๐.๙(๒)
๘๓ ภูเก็ต	๑๖๔	๓.๐(๕)	๑๓๓	๒.๓(๓)	๒๙๗	๒.๗(๘)
๙๐ สงขลา	๑๕๑	๑.๓(๒)	๑๑๕	๐.๙(๑)	๒๖๖	๑.๑(๓)
รวม	๑,๑๐๓	๑.๗(๑๙)	๒,๑๕๑	๒.๐(๔๔)	๓,๒๕๔	๑.๙(๖๓)
Median(Min-Max)	๑.๖(๐.๐:๔.๖)		๑.๑(๐.๐:๖.๕)		๑.๒(๐.๐:๕.๗)	

อัตราของการติดเชื้อหนองใน ในกลุ่มพนักงานบริการตรง (FSW venue base) ในภาพรวมเท่ากับ ร้อยละ ๔.๕ (๕๐ ราย) แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดสงขลา มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๗.๓ รองลงมา คือ จังหวัดลพบุรี ร้อยละ ๕.๔ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดอุดรธานี.ร้อยละ ๐.๐ ในภาพรวมพนักงานบริการแฝง (FSW non - venue base) ติดเชื้อร้อยละ ๔.๐ (๘๖ ราย) พบว่าจังหวัดสงขลา มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๖.๕ รองลงมา คือจังหวัดกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๘.๑ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดลพบุรี ร้อยละ ๐.๐ (ตารางที่ ๕)

ตารางที่ ๕ อัตราของการติดเชื้^๑หนองใน แยกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๗

จังหวัด	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวนตรวจ (คน)	ติดเชื้ ^๑ (ร้อยละ)	จำนวนตรวจ (คน)	ติดเชื้ ^๑ (ร้อยละ)	จำนวนตรวจ (คน)	ติดเชื้ ^๑ (ร้อยละ)
๑๐ กรุงเทพฯ	๓๙๒	๕.๑(๒๐)	๑๐๙	๘.๑(๙)	๕๐๒	๕.๘(๒๙)
๑๖ ลพบุรี	๑๑๑	๕.๔(๖)	๔๔	๐.๐	๑๕๕	๓.๙(๖)
๒๓ ตรัง	๐	-	๒๕๖	๖.๓(๑๖)	๒๕๖	๖.๓(๑๖)
๓๑ บุรีรัมย์	๐	-	๑๖๘	๔.๒(๗)	๑๖๘	๔.๒(๗)
๓๓ ศรีสะเกษ	๐	-	๓๔๒	๒.๖(๙)	๓๔๒	๒.๖(๙)
๔๑ อุตรธานี	๑๒๕	๐.๐	๑๐๒	๓.๙(๔)	๒๒๗	๑.๘(๔)
๕๗ เชียงราย	๐	-	๒๘๗	๔.๒(๑๒)	๒๘๔	๔.๒(๑๒)
๖๐ นครสวรรค์	๕๒	๓.๘(๒)	๒๔๖	๑.๒(๓)	๓๐๐	๑.๗(๕)
๖๕ พิษณุโลก	๑๐๘	๒.๘(๓)	๑๓๖	๕.๑(๗)	๒๔๔	๔.๑(๑๐)
๗๐ ราชบุรี	๐	-	๒๑๓	๑.๔(๓)	๒๑๓	๑.๔(๓)
๘๓ ภูเก็ต	๑๖๔	๔.๙(๘)	๑๓๓	๔.๓(๕)	๒๙๗	๖.๔(๑๙)
๙๐ สงขลา	๑๕๑	๗.๓(๑๑)	๑๑๕	๘.๓(๑๑)	๒๖๖	๖.๐(๑๖)
รวม	๑,๑๐๓	๔.๕(๕๐)	๒,๑๔๕	๔.๐(๘๖)	๓,๒๔๘	๔.๒(๑๓๖)
Median(Min:Max)	๔.๙(๐.๐:๗.๓)		๔.๒(๐.๘:๓)		๔.๑๕(๑.๔:๖.๔)	

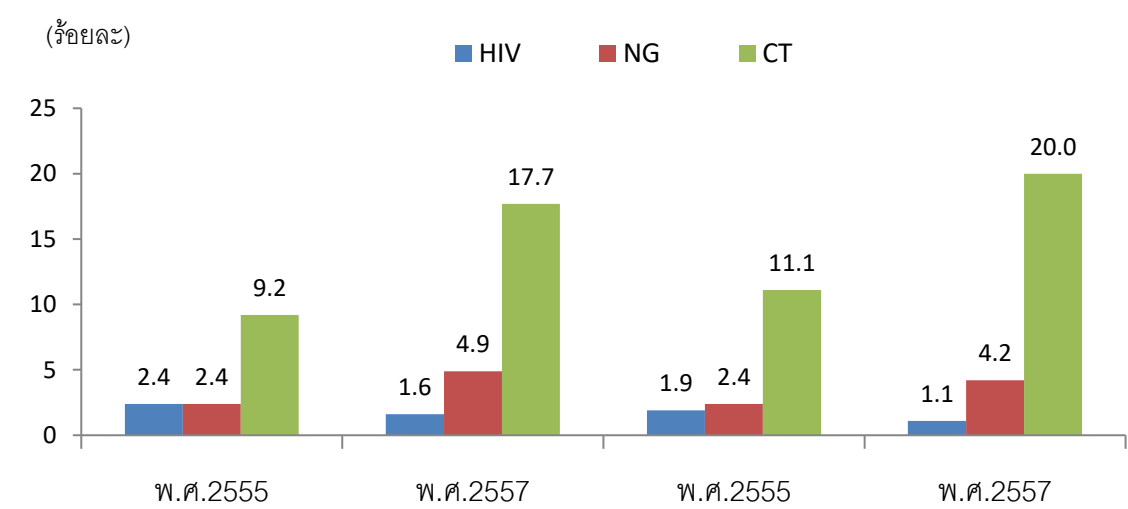
อัตราของการติดเชื้^๑หนองในเทียม ในกลุ่มพนักงานบริการตรง (FSW venue base) ในภาพรวมทำ กับ ร้อยละ ๑๘.๑ (๒๐๐ ราย) แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดสงขลา มีอัตราติดเชื้^๑สูงสุด ร้อยละ ๒๙.๑ รองลงมา คือจังหวัดกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๑๙.๑ อัตราติดเชื้^๑ต่ำสุดคือจังหวัดพิษณุโลก ร้อยละ ๒.๐ ใน ภาพรวมพนักงานบริการแฝง (FSW non - venue base) ติดเชื้^๑ร้อยละ ๑๘.๐ (๓๘ ราย) พบว่าจังหวัด กรุงเทพมหานคร มีอัตราติดเชื้^๑สูงสุด ร้อยละ ๒๙.๑ รองลงมา คือจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ ๒๕.๖ อัตราติดเชื้^๑ต่ำสุดคือจังหวัดราชบุรี ร้อยละ ๙.๔ (ตารางที่ ๖)

ตารางที่ ๖ อัตราของการติดเชื้อหนองในเทียม แยกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๗

จังหวัด	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวนตรวจ (คน)	ติดเชื้อ (ร้อยละ)	จำนวนตรวจ (คน)	ติดเชื้อ (ร้อยละ)	จำนวนตรวจ (คน)	ติดเชื้อ (ร้อยละ)
๑๐ กรุงเทพฯ	๓๙๒	๑๙.๑(๗๕)	๑๐๖	๒๙.๑(๓๒)	๕๐๒	๒๑.๓(๑๐๗)
๑๖ ลพบุรี	๑๑๑	๑๘.๙(๒๑)	๔๔	๒๒.๗(๑๐)	๑๕๕	๒๐.๐(๓๑)
๒๓ ตรัง	๐	-	๒๕๖	๑๙.๙(๕๑)	๒๕๖	๑๙.๙(๕.๑)
๓๑ บุรีรัมย์	๐	-	๑๖๘	๑๗.๓(๒๙)	๑๖๘	๑๗.๓(๒๙)
๓๓ ศรีสะเกษ	๐	-	๓๔๒	๑๔.๖(๕๐)	๓๔๒	๑๔.๖(๕๐)
๔๑ อุตรธานี	๑๒๕	๑๐.๔(๑๓)	๑๐๒	๒๔.๕(๒๕)	๒๒๗	๑๖.๗(๓๘)
๕๗ เชียงราย	๐	-	๒๘๗	๒๕.๔(๗๒)	๒๘๔	๒๕.๔(๗๒)
๖๐ นครสวรรค์	๕๒	๙.๖(๕)	๒๔๖	๖.๐(๑๕)	๓๐๐	๖.๗(๒๐)
๖๕ พิษณุโลก	๑๐๘	๒.๐(๑๓)	๑๓๖	๒๑.๓(๒๙)	๒๔๔	๑๗.๒(๔๒)
๗๐ ราชบุรี	๐	-	๒๑๓	๙.๔(๒๐)	๒๑๓	๙.๔(๒๐)
๘๓ ภูเก็ต	๑๖๔	๑๗.๗(๒๙)	๑๓๓	๒๕.๖(๓๔)	๒๙๗	๒๑.๒(๖๓)
๙๐ สงขลา	๑๕๑	๒๙.๑(๔๔)	๑๑๕	๑๘.๓(๒๑)	๒๖๖	๒๔.๔(๖๕)
รวม	๑,๑๐๓	๑๘.๑(๒๐๐)	๒,๑๔๕	๑๘.๐(๓๘)	๓,๒๔๘	๑๘.๑(๕๘๘)
Median(Min:Max)	๑๗.๗(๙.๖:๒๙.๑)		๒๐.๐(๖.๐:๒๙.๑)		๑๘.๖(๙.๔:๒๕.๔)	

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการตรง ร้อยละ ๑.๖ พนักงานบริการแฝง ร้อยละ ๒.๐ ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคหนองใน กลุ่มพนักงานบริการตรงและพนักงานบริการแฝง ร้อยละ ๔.๕ ส่วนความชุกของโรคหนองในเทียม กลุ่มพนักงานบริการตรง ร้อยละ ๑๗.๗ พนักงานบริการแฝง ร้อยละ ๒๐.๐

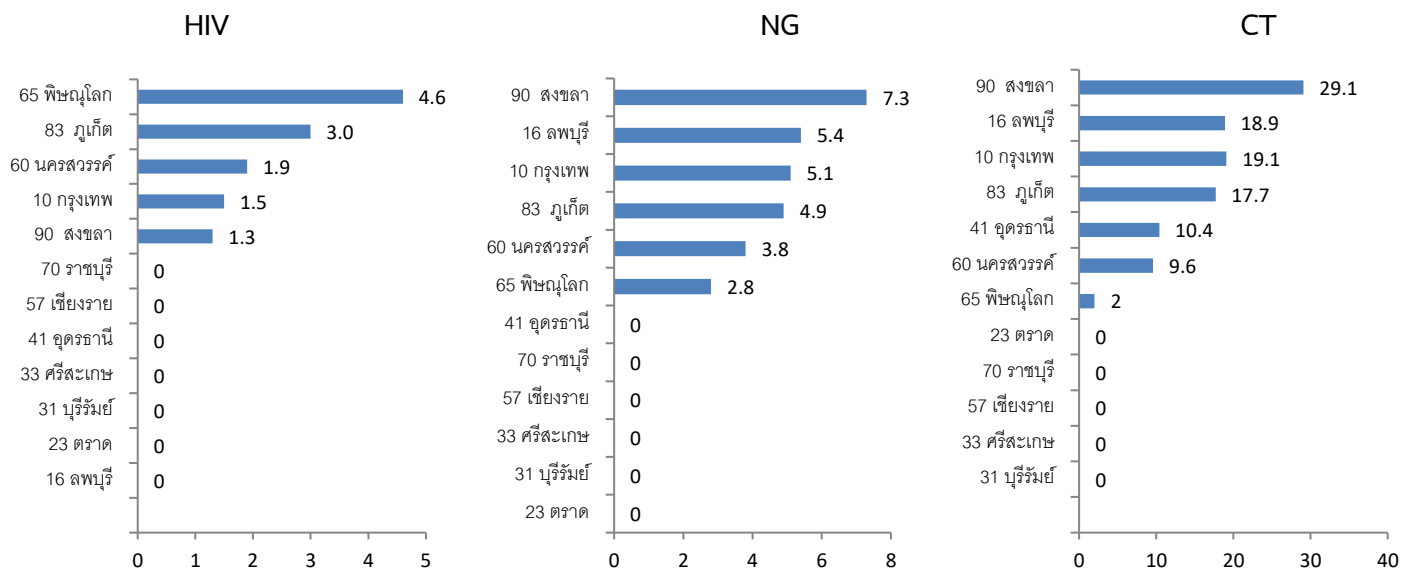
รูปที่ ๑ กราฟเปรียบเทียบการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม ปี ๒๕๕๕ และ ปี๒๕๕๗



ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เปรียบเทียบ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า กลุ่มพนักงานบริการตรง และกลุ่มพนักงานบริการแฝง พบการติดเชื้อโรคหนองใน NG และการติดเชื้อโรคหนองในเทียม จากเชื้อ CT มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนอัตราการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลง

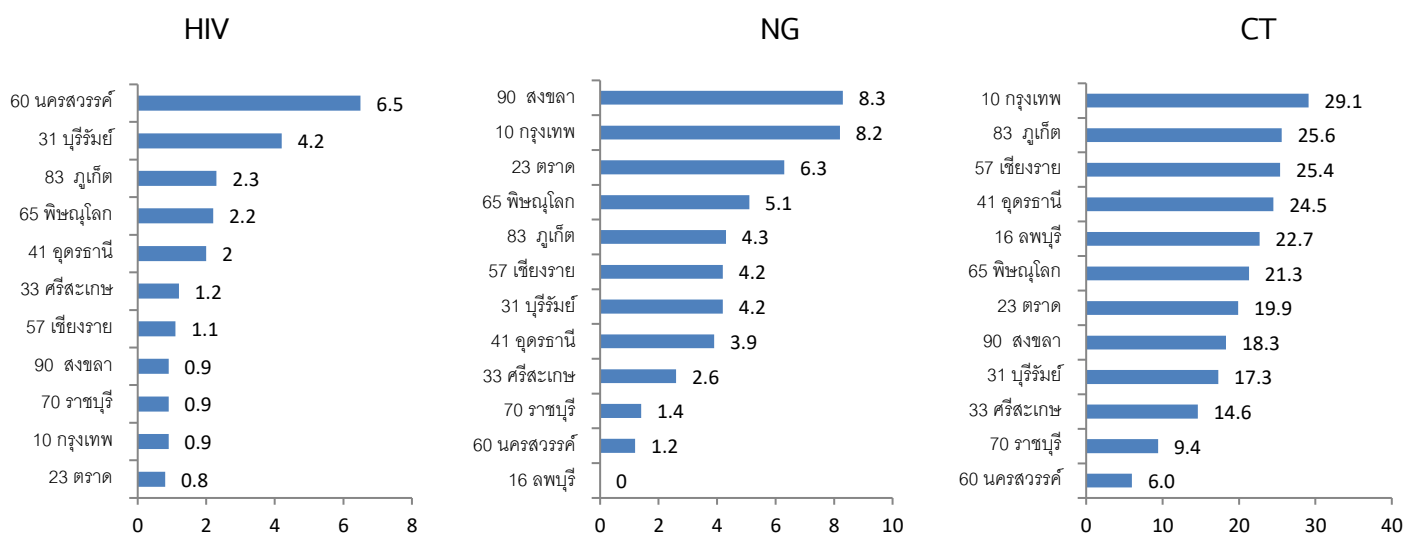
แผนภูมิอัตราความชุก(%) การติดเชื้อเอชไอวี, หนองใน และหนองในเทียม ของหญิงพนักงานตรง Venue-base female sex worker จำแนกรายจังหวัด

รูปที่ ๑ กราฟเปรียบเทียบการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม พนักงานบริการตรงจำแนกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๗



แผนภูมิอัตราความชุก(%) การติดเชื้อเอชไอวี, หนองใน และหนองในเทียม ของหญิงพนักงานแฝง Venue-base female sex worker จำแนกรายจังหวัด

รูปที่ ๓ กราฟเปรียบเทียบการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม พนักงานบริการแฝงจำแนกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๗



ตอนที่ ๗. การป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พนักงานบริการเข้าถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง ๑๒ เดือน ที่ผ่านมา พบว่า พนักงานบริการ ทราบสถานที่ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๘๑.๙ เคยได้รับการแจกถุงยางอนามัย ร้อยละ ๖๕.๖ และเคยรู้จักถุงยางอนามัยและได้รับการแจกถุงยางอนามัยร้อยละ ๕๘.๕ (ตารางที่ ๗)

ตารางที่ ๗ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานบริการในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา

การตรวจเลือด	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบสถานที่ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี						
● ทราบ	๙๖๕	๘๗.๖	๑๖๘๗	๗๘.๔	๒,๖๕๒	๘๑.๕
● ไม่ทราบ	๑๓๖	๑๒.๔	๔๖๔	๒๑.๖	๖๐๒	๑๘.๕
การได้รับแจกถุงยางอนามัย						
● ได้รับ	๗๙๐	๗๑.๗	๑๓๔๓	๖๒.๔	๒,๑๓๓	๖๕.๖
● ไม่ได้รับ	๓๑๓	๒๘.๓	๘๐๘	๓๗.๖	๑,๑๒๑	๓๔.๔
ทราบและได้รับแจกถุงยางอนามัย	๙๖๕	๘๗.๖	๑๖๘๗	๗๘.๔	๒,๖๕๒	๘๑.๕

ประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา พนักงานบริการ(FSW venue base) เคยการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและทราบผล ร้อยละ ๘๘.๘ (ตารางที่ ๘)

ตอนที่ ๘. การป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี / เอดส์

ตารางที่ ๘ ประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา ปี ๒๕๕๗

การตรวจเลือด	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจหาเชื้อเอชไอวีและทราบผล						
● เคย	๘๐๒	๙๑.๐	๑,๑๓๕	๘๗.๒	๑,๙๓๗	๘๘.๘
● ไม่เคย	๗๙	๙.๐	๑๖๖	๑๒.๘	๒๔๕	๑๑.๒

พฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์พนักงานบริการตรงและแฝง การใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศครั้งล่าสุดของพนักงานบริการตรง ร้อยละ ๙๐.๐ พนักงานบริการแฝง ร้อยละ ๙๓.๑ ภาพรวมมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดร้อยละ ๙๒.๑ ส่วน (ตารางที่ ๙)

ตอนที่ ๙. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศไม่เจาะจงประเภทคู่นอนคู่นอน

ตารางที่ ๙ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์พนักงานบริการตรงและแฝงปี ๒๕๕๕

ประวัติของพฤติกรรมการมี เพศสัมพันธ์	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศ ครั้งล่าสุด						
● ใช้	๙๘๕	๘๙.๓	๑,๙๙๖	๙๒.๘	๒,๙๘๑	๙๑.๖
● ไม่ใช่	๑๐๙	๑๐.๗	๑๕๕	๗.๒	๒๖๔	๘.๔

ตอนที่ ๑๐. พฤติกรรมทางเพศของพนักงานบริการ

การใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศครั้งล่าสุดของพนักงานบริการ ในกลุ่มคู่นอนแต่ละประเภท มีการใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศครั้งล่าสุดกับลูกค้าประจำ ร้อยละ ๙๒.๑ กับลูกค้าชาจร ร้อยละ ๘๘.๓ กับชายอื่น หรือกิ๊ก ร้อยละ ๘๒.๖ กับสามีหรือคนรัก ร้อยละ ๓๒.๗ (ตารางที่ ๑๐)

ตารางที่ ๑๐ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าประจำ ปี ๒๕๕๗

ประวัติพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลูกค้าประจำภายใน ๑ เดือน Mean(sd)	๖.๐(๑๑.๗)		๗.๖(๑๓.๙)		๗.๑(๑๓.๒)	
การสวมถุงยางอนามัยขณะมี เพศสัมพันธ์ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา						
● สวมทุกครั้ง	๖๓๔	๙๖.๕	๑,๓๔๐	๙๔.๖	๑๙๗๔	๙๕.๒
● สวมบางครั้ง	๑๘	๒.๗	๖๕	๔.๖	๘๓	๔.๐
● ไม่เคยสวม	๕	๐.๘	๑๒	๐.๘	๑๗	๐.๘
เหตุผลที่มีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าประจำโดยใช้ ถุงยางอนามัยบางครั้ง หรือไม่ได้ใช้	n=๒๓		n=๗๗		n=๑๐๐	
๑. หาถุงยางอนามัยไม่ทัน	๐	๐.๐	๔	๕.๒	๔	๔.๐
๒. ไม่รู้จะหาถุงยางอนามัยจากที่ไหน	๐	๐.๐	๑	๑.๓	๑	๑.๐
๓. ถุงยางอนามัยมีราคาแพง	๑	๔.๓	๑	๑.๓	๒	๒.๐
๔. เห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้	๑	๔.๓	๑	๑.๓	๒	๒.๐
๕. ไม่เคยรู้วิธีใช้ถุงยางอนามัย	๐	๐.๐	๑	๑.๓	๑	๑.๐
๖. ไว้ใจซึ่งกันและกัน	๕	๒๑.๗	๑๕	๑๙.๕	๒๐	๒๐.๐
๗. คู่่นอนปฏิเสธไม่ยอมใส่	๕	๒๑.๗	๑๔	๑๘.๒	๑๙	๑๙.๐
๘. ตนเองปฏิเสธ ไม่ยอมใส่	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๙. ใช้ยาก หรือ ไม่สะดวก	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๑๐. ใช้แล้วความสุขลดลง	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๑๑. เมาไม่ได้สติ	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๑๒. ขนาดถุงยางอนามัยเล็กหรือใหญ่เกินไป	๐	๐.๐	๔	๕.๒	๔	๔.๐
๑๓. คู่นอนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ด ยาฉีดฯ	๐	๐.๐	๑	๑.๓	๑	๑.๐
๑๔. หลังภายนอก	๐	๐.๐	๑	๑.๓	๒	๒.๐

การใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศครั้งล่าสุดของพนักงานบริการ ในกลุ่มคู่นอนแต่ละประเภท มีการใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศครั้งล่าสุดกับลูกค้าประจำ ร้อยละ ๙๒.๑ กับลูกค้าชาจร ร้อยละ ๙๘.๓ กับชายอื่น หรือกิ๊ก ร้อยละ ๘๒.๖ กับสามีหรือคนรัก ร้อยละ ๓๒.๗ (ตารางที่ ๑๐)

ตารางที่ ๑๐ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าประจำ ปี ๒๕๕๗

ประวัติพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด						
● สวม	๙๘๕	๘๙.๓	๑,๙๙๖	๙๒.๘	๒,๙๘๑	๙๒.๑
● ไม่สวม	๑๑๘	๑๐.๗	๑๕๕	๗.๒	๒๗๓	๗.๙
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดผู้ที่บอกให้สวมถุงยางอนามัยคือ						
● ตัวเอง	๕๘๓	๕๙.๒	๑,๐๘๙	๕๔.๕	๑,๖๗๒	๕๖.๑
● คู่นอน	๓๕๙	๓๖.๔	๗๐๓	๓๕.๒	๑,๐๖๒	๓๕.๖
● ทั้งคู่นอนและตัวเอง	๔๓	๔.๔	๒๐๕	๑๐.๓	๒๔๘	๘.๓

ตารางที่ ๑๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าชาจร ปี ๒๕๕๗

การมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าชาจร	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนลูกค้าภายใน ๑ สัปดาห์ Mean(sd)	๖.๔(๙.๓)		๗.๕(๙.๖)		๗.๑(๙.๕)	
การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา						
● สวมทุกครั้ง	๕๘๓	๙๗.๘	๑๓๑๗	๙๖.๖	๑,๙๐๐	๙๗.๐
● สวมบางครั้ง	๑๑	๑.๘	๔๑	๓.๐	๕๒	๒.๗
● ไม่เคยสวม	๒	๐.๓	๒	๐.๓	๗	๐.๔
เหตุผลที่มีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าชั่วคราว โดยใช้ ถุงยางอนามัยบางครั้ง หรือไม่ได้อใช้	n=๑๓		n=๔๓		n=๕๙	
๑. หาถุงยางอนามัยไม่ทัน	๑	๗.๗	๒	๔.๗	๓	๕.๑
๒. ไม่รู้จะหาถุงยางอนามัยจากที่ไหน	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๓. ถุงยางอนามัยมีราคาแพง	๑	๗.๗	๐	๐.๐	๑	๑.๗
๔. เห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้	๐	๐.๐	๑	๒.๓	๑	๑.๗
๕. ไม่เคยรู้วิธีใช้ถุงยางอนามัย	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๖. ไว้วางใจกันและกัน	๔	๓๐.๘	๗	๑๖.๓	๑๑	๑๘.๖
๗. คู่่นอนปฏิเสธไม่ยอมใส่	๑	๗.๗	๘	๑๘.๖	๙	๑๕.๓
๘. ตนเองปฏิเสธ ไม่ยอมใส่	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๙. ใช้ยาก หรือ ไม่สะดวก	๐	๐.๐	๑	๒.๓	๑	๑.๗
๑๐. ใช้แล้วความสุขลดลง	๐	๐.๐	๑	๒.๓	๑	๑.๗

ตารางที่ ๑๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับลูกข้าจาร ปี ๒๕๕๗

การมีเพศสัมพันธ์กับลูกข้าจาร	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑๑. เมาไม่ได้สติ	๐	๐.๐	๓	๗.๐	๓	๕.๑
๑๒. ขนาดถุงยางอนามัยเล็ก/ใหญ่เกินไป	๑	๗.๗	๑	๒.๓	๒	๓.๔
๑๓. คู่นอนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ด ยาฉีดยา	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๑๔. หลั่งภายนอก	๑	๗.๗	๒	๔.๗	๓	๕.๑
การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย						
● สวม	๕๘๗	๕๓.๒	๑,๓๓๙	๖๒.๓	๑,๙๒๖	๕๙.๒
● ไม่สวม	๕๑๖	๔๖.๘	๘๑๒	๓๗.๗	๑,๓๒๘	๔๐.๘
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายที่บอก ให้สวม ถุงยางอนามัยคือ						
● ตัวเอง	๘๕	๗๑.๔	๒๐๒	๗๘.๐	๒๘๗	๗๕.๙
● คู่นอน	๑๖	๑๓.๔	๓๖	๑๓.๙	๕๒	๑๓.๘
● ทั้งคู่นอนและตัวเอง	๑๘	๑๕.๑	๒๑	๘.๑	๓๙	๑๐.๓

ตารางที่ ๑๒ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของพนักงานบริการกับชายอื่นหรือกิ๊ก ปี ๒๕๕๗

การมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นหรือ กิ๊ก	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชายอื่นภายใน ๑๒ เดือน ean(sd)	๓.๘(๖.๖)		๕.๓(๗.๖)		๔.๘(๗.๓)	
การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา						
● สวมทุกครั้ง	๘๕	๗๑.๔	๒๐๒	๗๘.๐	๒๘๗	๗๕.๙
● สวมบางครั้ง	๑๖	๑๓.๔	๓๖	๑๓.๙	๕๒	๑๓.๘
● ไม่เคยสวม	๑๘	๑๕.๑	๒๑	๘.๑	๓๙	๑๐.๓
เหตุผลที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นหรือกิ๊กโดย ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง หรือไม่ได้ใช้	n=๒๔		n=๕๗		n=๘๑	
๑. หาถุงยางอนามัยไม่ทัน	๕	๒๐.๘	๘	๑๔.๐	๑๓	๑๕.๓
๒. ไม่รู้จะหาถุงยางอนามัยจากที่ไหน	๑	๔.๒	๑	๑.๘	๒	๒.๒
๓. ถุงยางอนามัยมีราคาแพง	๑	๔.๒	๐	๐.๐	๑	๑.๑
๔. เห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้	๓	๑๒.๕	๑	๑.๘	๔	๔.๔
๕. ไม่เคยรู้วิธีใช้ถุงยางอนามัย	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๖. ไวใจซึ่งกันและกัน	๑๒	๕๐.๐	๒๗	๔๗.๔	๓๙	๔๒.๙
๗. คู่่นอนปฏิเสธไม่ยอมใช้	๕	๒๐.๘	๓	๕.๓	๘	๘.๘

ตารางที่ ๑๒ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของพนักงานบริการกับชายอื่นหรือกิ๊ก ปี ๒๕๕๗

การมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นหรือ กิ๊ก	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๘. ตนเองปฏิเสธ ไม่อยากใช้	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๙. ใช้ยาก หรือ ไม่สะดวก	๐	๐.๐	๑	๑.๘	๑	๑.๑
๑๐. ใช้แล้วความสุขลดลง	๒	๘.๓	๑	๑.๘	๓	๓.๓
๑๑. เม้าไม่ได้สติ	๑	๔.๒	๑	๑.๘	๒	๒.๒
๑๒. ขนาดถุงยางอนามัย เล็ก/ใหญ่ไป	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๑๓. คู่คุมกำเนิด เช่น ยาเม็ด ยาฉีดยา	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐
๑๔. หลังภายนอก	๑	๔.๒	๐	๐.๐	๑	๑.๑
การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย						
● สวม	๑๑๗	๗๘.๐	๒๕๙	๘๔.๙	๓๗๖	๘๒.๖
● ไม่สวม	๒๗	๑๘.๐	๓๙	๑๒.๘	๖๖	๑๔.๕
● ไม่แน่ใจ	๖	๔.๐	๗	๒.๓	๑๓	๒.๙
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายผู้ที่บอกให้สวม ถุงยางอนามัยคือ						
● ตัวเอง	๘๖	๗๓.๕	๑๖๕	๖๓.๗	๒๕๑	๖๖.๘
● คู่นอน	๕	๔.๓	๗	๒.๗	๑๒	๓.๒
● ทั้งคู่นอนและตัวเอง	๒๖	๒๒.๒	๘๗	๓๓.๖	๑๑๓	๓๐.๑

ตารางที่ ๑๓ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคนรักปี ๒๕๕๗

การมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคนรัก	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคนรักภายใน ๑๒ เดือน						
● มี	๔๘๙	๔๔.๓	๘๔๙	๕๙.๕	๑,๓๓๘	๔๑.๑
● ไม่มี	๑๒๑	๑๑.๐	๒๔๐	๑๑.๓	๓๖๕	๑๑.๒
● ไม่มีสามี	๔๙๓	๔๔.๗	๑,๐๕๘	๔๙.๒	๑,๕๕๑	๔๗.๗
การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ในช่วง ๑เดือนที่ผ่านมา						
	(n= ๔๔๒)		(n= ๗๗๒)		(n= ๑,๒๑๔)	
● สวมทุกครั้ง	๑๑๑	๒๕.๑	๒๒๑	๒๘.๖	๓๓๒	๒๗.๓
● สวมบางครั้ง	๖๓	๑๔.๓	๑๓๘	๑๗.๙	๒๐๑	๑๖.๖

การมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคนรัก	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
● ไม่เคยสวม	๒๖๘	๖๐.๖	๔๑๓	๕๓.๕	๖๘๑	๕๖.๑
การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย						
● สวม	๑๔๖	๒๙.๙	๒๙๒	๓๘.๔	๔๓๘	๓๖.๗
● ไม่สวม	๓๓๒	๖๕.๘	๕๒๒	๖๑.๔	๘๕๔	๖๓.๐
● ไม่แน่ใจ	๒๑	๔.๓	๓๖	๔.๖	๕๗	๔.๓

ตอนที่ ๑๔ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พนักงานบริการการใช้สารเสพติดประเภทเห่า เปียร์ ไวน์ ร้อยละ ๙๒.๓ รองลงมาคือบุหรี่ ยาเส้น ร้อยละ ๓๐.๔ ส่วนยาบ้า และยาไอซ์ พบร้อยละ ๓.๔ การใช้สารเสพติดชนิดฉีดยา ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ยาบ้า ร้อยละ ๓๓.๓ ยาไอซ์ ร้อยละ ๓๓.๓ (ตารางที่ ๑๔)

ตารางที่ ๑๔ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มพนักงานบริการ ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ปี ๒๕๕๗

พฤติกรรมสุขภาพ	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการ แฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้สารเสพติดในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	n=๕๖๓		n=๑,๐๔๘		n=๑,๖๑๑	
● บุหรี่ ยาเส้น	๑๗๖	๓๑.๓	๓๑๔	๓๐.๐	๔๙๐	๓๐.๔
● เห่า เปียร์ ไวน์	๕๑๐	๙๐.๖	๙๗๗	๙๓.๒	๑,๔๘๗	๙๒.๓
● ยาบ้า	๒๐	๓.๖	๓๕	๓.๓	๕๕	๓.๔
● ยาไอซ์	๑๘	๓.๒	๓๗	๓.๕	๕๕	๓.๔
● กินยาแก้ไอเป็นประจำ	๕	๐.๙	๗	๐.๗	๑๒	๐.๗
การใช้สารเสพติดชนิดฉีดยาในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา	๐.๐๓(n=๑)		๐.๐๖(n=๒)		๐.๑(n=๓)	
● ยาบ้า	๐	๐.๐๐	๑	๕๐.๐	๑	๓๓.๓
● ยาไอซ์	๑	๑๐๐.๐	๐	๐.๐	๑	๓๓.๓
● อื่นๆ	๐	๐.๐	๑	๕๐.๐	๑	๓๓.๓

ตอนที่ ๖. ความครอบคลุมของบริการเอชไอวี/เอดส์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการดูแลรักษาของพนักงานบริการ

พนักงานบริการเคยมีการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๕๕.๓ และมีอาการกามโรค ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๙.๗ อาการที่เป็นมากได้แก่ มีของเหลว / หนอง ที่ผิดปกติไหล ออกจากอวัยวะเพศร้อยละ ๒๒.๘ รองลงมาได้แก่อามีอาการปัสสาวะแสบขัดและแผลที่อวัยวะเพศ ร้อยละ ๑๓.๓เมื่อมีอาการครั้งล่าสุดสูงสุดรักษาด้วยการซื้อยากินเองร้อยละ ๓๕.๘ รองลงมาคือรักษาที่โรงพยาบาล/คลินิกทั่วไปของรัฐ ร้อยละ ๓๔.๘ (ตารางที่ ๑๕)

ตารางที่ ๑๕ อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ปี ๒๕๕๗

อาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา						
● เคย	๗๓๕	๖๖.๖	๑,๐๕๗	๔๙.๑	๑,๗๙๒	๕๕.๑
● ไม่เคย	๓๖๘	๓๓.๔	๑,๐๙๔	๕๐.๙	๑,๔๖๒	๔๔.๙
มีอาการกามโรค ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา						
● ไม่มีอาการ	๙๖๔	๘๗.๓	๑,๙๗๖	๙๑.๘	๒,๙๔๐	๘๐.๓
● มีอาการ	๑๔๐	๑๒.๗	๑๗๖	๘.๒	๓๑๖	๙.๗
๑. มีของเหลว / หนอง ที่ผิดปกติไหล ออกจากอวัยวะเพศ	๓๕	๒๕.๐	๓๗	๒๑.๐	๗๒	๒๒.๘
๒. มีอาการปัสสาวะแสบขัด	๓๐	๒๑.๔	๑๒	๖.๘	๔๒	๑๓.๓
๓. มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ	๔	๒.๙	๔	๒.๓	๘	๒.๕
๔. มีหนองไหลออกจากทวารหนัก	๐	๐.๐	๑	๐.๖	๐	๐.๐
๕. แผลที่อวัยวะเพศ	๓๐	๒๑.๔	๑๒	๖.๘	๔๒	๑๓.๓
๖. แผลที่ทวารหนัก	๖	๔.๓	๒	๑.๑	๘	๒.๕
๗. มีตุ่ม / ก้อน / หูดที่อวัยวะเพศ	๑๙	๑๓.๖	๙	๕.๑	๒๘	๘.๙
๘. มีตุ่ม / ก้อน / หูดที่ทวารหนัก	๖	๔.๓	๓	๑.๗	๙	๒.๘
๙. อื่นๆ	๑๔	๑๐.๐	๓๔	๑๙.๓	๔๘	๑๕.๒
เมื่อมีอาการ ครั้งล่าสุดรักษาที่						
๑. ไปโรงพยาบาล/คลินิกทั่วไปของรัฐ	๕๕	๓๙.๓	๕๕	๓๑.๓	๑๑๐	๓๔.๘
๒. ไปคลินิกทั่วไปของเอกชน	๑๓	๙.๓	๒๒	๑๒.๕	๓๕	๑๑.๑
๓. ไปคลินิกกามโรคของเอกชน	๔	๒.๙	๕	๒.๘	๙	๒.๘
๔. ไปคลินิกกามโรคของรัฐ	๑๔	๑๐.๐	๖	๓.๔	๒๐	๖.๓
๖. ซื้อยากินเอง	๔๔	๓๑.๔	๖๙	๓๙.๒	๑๑๓	๓๕.๘
๗. ปล่อยไว้ ไม่ทำอะไรเลย	๑๐	๗.๑	๑๙	๑๐.๘	๒๙	๙.๒

ตอนที่ ๗. ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และประเมินความเสี่ยง

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของพนักงานบริการ ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ตอบถูกข้อ ๑ – ๕ ร้อยละ ๔๒.๓ โดยความรู้สูงสุดคือเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๙๕.๘ รองลงมาคือการมีคู่นอนเพียงคนเดียว เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๘๘.๕ ต่ำสุดคือ ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวี มาสู่คนได้ ร้อยละ ๘๐.๗ (ตารางที่ ๑๐)

ตารางที่ ๑๖ ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอชไอวี ปี ๒๕๕๗

ความรู้และความตระหนัก	พนักงานบริการตรง (N= ๑,๑๐๓)		พนักงานบริการแฝง (N=๒,๑๕๑)		รวม (N=๓,๒๕๔)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- การมีคู่นอนเพียงคนเดียว เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	๙๓๗	๘๕.๔	๑,๙๒๗	๙๐.๑	๒,๘๖๔	๘๘.๕
- การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	๑,๐๕๘	๙๖.๖	๒,๐๓๗	๙๕.๓	๓,๐๙๕	๙๕.๘
- คนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีอาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอชไอวี	๙๑๒	๘๓.๔	๑,๘๖๑	๘๗.๑	๒,๗๗๓	๘๕.๘
- ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวี มาสู่คนได้	๘๖๓	๗๘.๙	๑,๗๔๔	๘๑.๖	๒,๖๐๗	๘๐.๗
- การกินอาหารร่วมกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ติดเชื้อเอชไอวี	๙๑๖	๘๓.๑	๑,๘๔๙	๘๕.๖	๒,๗๕๙	๘๔.๘
- ตอบถูกข้อ ๑ - ๕	๕๗๗	๕๒.๔	๑,๒๙๙	๖๐.๔	๑,๘๗๘	๕๗.๓

เรื่องอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของพนักงานบริการ พบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการให้บริการรักษาโรคทั่วไป สูงสุดร้อยละ ๕.๔ รองลงมาคือ พบอุปสรรคในการเข้าถึงตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๕.๐ (ตารางที่ ๑๑)

ตารางที่ ๑๑ อุปสรรคในการเข้าถึงบริการของพนักงานบริการ ปี ๒๕๕๗

การบริการ	พนักงานบริการตรง (N= ๑,๑๐๓)		พนักงานบริการแฝง (N=๒,๑๕๑)		รวม (N=๓,๒๕๔)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
● ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๖๕	๕.๙	๙๘	๔.๖	๑๖๓	๕.๐
● ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอช ไอวี	๓๖	๓.๓	๒๒	๑.๐	๕๘	๑.๘
● รับการรักษายาต้านไวรัส	๖	๐.๕	๒	๐.๑	๘	๐.๒
● การให้บริการรักษาโรคทั่วไป	๗๗	๗.๐	๙๘	๔.๖	๑๗๕	๕.๔

ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ

ผลการนำปัจจัยต่าง ๆ จำนวน ๗ ปัจจัยมาทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนองในแท้และหนองในเทียมด้วย **Multiple logistic regression** พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนองในแท้และหนองในเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < 0.05$) อยู่ ๕ ปัจจัย ได้แก่ อายุ (OR_{adj} ๑.๙, ๙๕%CI ๑.๖ to ๒.๒) การไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับลูกค้าชาจร (OR_{adj} ๒.๕, ๙๕%CI ๑.๑ to ๕.๙) การไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับลูกค้าขาประจำ (OR_{adj} ๑.๕, ๙๕%CI ๑.๑ to ๒.๐) การไม่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าชาจรในรอบ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา (OR_{adj} ๒.๙, ๙๕%CI ๑.๓ to ๖.๗) และการไม่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าขาประจำในรอบ ๑ เดือนที่ผ่านมา (OR_{adj} ๑.๗, ๙๕%CI ๑.๓ to ๒.๔) กล่าวคือ พนักงานบริการที่อายุต่ำกว่า ๒๕ ปี มีโอกาสเป็นโรคหนองในแท้หรือหนองในเทียมมากกว่าพนักงานบริการที่อายุตั้งแต่ ๒๕ ปีขึ้นไป พนักงานที่ไม่สวมถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายกับลูกค้าชาจรและขาประจำมีโอกาสเป็นโรคหนองในแท้หรือหนองในเทียมมากกว่าคนที่สวมถุงยางอนามัย พนักงานที่ไม่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งกับลูกค้าชาจรในรอบ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา และพนักงานที่ไม่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งกับลูกค้าขาประจำในรอบ ๑ เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสเป็นโรคหนองในแท้หรือหนองในเทียมมากกว่าคนที่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง รายละเอียดดัง (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนองในแท้และหนองในเทียม

ปัจจัย (Variable)	Crude OR	Adj. OR	๙๕% CI (OR_{adj})		p-value
			Lower	Upper	
อายุ (ต่ำกว่า ๒๕ ปี)	๑.๙	๑.๙	๑.๖	๒.๒	<0.00๑
ความรู้ (ตอบคำถามไม่ถูกหมด ๕ ข้อ)	๐.๙	๐.๙	๐.๘	๑.๑	๐.๕๗๒
การใช้สารเสพติดชนิดฉีดในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา	๑.๒	๑.๑	๐.๙	๑.๓	๐.๒๕๓
ไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับลูกค้าชาจร	๑.๐	๒.๕	๑.๑	๕.๙	๐.๐๒๘
ไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับลูกค้าขาประจำ	๐.๙	๑.๕	๑.๑	๒.๐	๐.๐๑๔
ไม่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าชาจร ในรอบ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา	๑.๐	๒.๙	๑.๓	๖.๗	๐.๐๑๒
ไม่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าขาประจำ ในรอบ ๑ เดือนที่ผ่านมา	๑.๒	๑.๗	๑.๓	๒.๔	๐.๐๐๑

หมายเหตุ

๑.สาเหตุที่นำหนองในแท้และหนองในเทียมมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ร่วมกัน เพราะว่าทั้ง ๒ โรคมีความชุกของโรคสูง มีช่องทางการติดต่อเหมือนกัน และระยะฟักตัวไวสอดคล้องกับพฤติกรรมที่ทำการสังเกต คือ ราวๆ ไม่เกิน ๑ สัปดาห์ หรือ ๑ เดือน ดังนั้น การนำโรคหนองในมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง ผลที่ได้จะมีความน่าเชื่อถือสูงในการสรุปผล

๒.สาเหตุที่ไม่นำการติดเชื้อ HIV มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เพราะว่าความชุกของโรคค่อนข้างต่ำ คือ มีผู้ติดเชื้อเพียง ๖๓ ราย และการติดเชื้อ HIV กว่า จะตรวจพบเชื้ออาจจะใช้เวลานาน ช่วงที่มีการติดเชื้อ กับช่วงที่สังเกตพฤติกรรมอาจจะเป็นคนละช่วงเวลากัน ดังนั้น การนำ HIV มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พฤติกรรม (งานวิจัยที่เป็น Cross-sectional study) อาจทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่เหมาะสมและนำไปสู่ข้อสรุปที่ผิดพลาด.

สรุปผล

สรุป

ประชากรกลุ่มพนักงานบริการ (FSW venue base) ที่รวบรวมข้อมูลได้ จำนวน ๓,๒๕๔ คน จำแนกเป็นพนักงานบริการตรง ๑,๑๐๓ คน (ร้อยละ ๓๓.๙) พนักงานบริการ ๒,๑๕๑ คน (ร้อยละ ๖๖.๑) อายุเฉลี่ย ๒๙ ปี อยู่ในกลุ่มอายุ ๒๐-๒๔ ปี สูงสุดร้อยละ ๒๘.๗ และกลุ่มอายุ ๒๕-๒๙ ปี ร้อยละ ๒๒.๕ ภูมิลำเนาเดิม ร้อยละ ๘๐.๕ อยู่ในประเทศไทย พบพนักงานบริการ ร้อยละ ๑.๕ มีสถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา การศึกษาสถานะการศึกษา พบร้อยละ ๘๙.๐ เคยเรียนหนังสือ การศึกษาสูงสุดของผู้ที่เรียนหนังสือ พบสูงสุด ร้อยละ ๓๙.๕ เรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ ๓.๑ จบปริญญาตรี และ ร้อยละ ๐.๑ จบสูงกว่าปริญญาตรี พนักงานบริการ (FSW venue base) ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง ๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ บาท สูงสุด ร้อยละ ๔๐.๙ รองลงมา มีรายได้ระหว่าง ๑๐,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๓๑.๑ อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน คือ ๒๔ ปี ส่วนระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน(วัน) เท่ากับ ๗๓๐ วัน

อัตราการติดเชื้อเอชไอวี หนองใน และหนองในเทียม ในกลุ่มพนักงานบริการ (FSW venue base) พบว่า การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๑.๒ ของการติดเชื้อหนองใน ร้อยละ ๔.๒ และของการติดเชื้อหนองในเทียม ร้อยละ ๑๘.๖ (ตารางที่ ๓) สัญชาติไทยพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด ร้อยละ ๒.๒ รองลงมาคือสัญชาติลาว ร้อยละ ๑.๖ ส่วนอัตราการติดเชื้อหนองใน NG สูงสุดในสัญชาติลาว ร้อยละ ๒๘.๓ รองลงมาคือสัญชาติเขมร ร้อยละ ๒๓.๑ และอัตราการติดเชื้อหนองในเทียม สูงสุดในสัญชาติไทย ร้อยละ ๔.๔ รองลงมาคือสัญชาติลาว ร้อยละ ๓.๘ และสัญชาติไทยชนกลุ่มน้อย ร้อยละ ๓.๒ ตามลำดับ

อัตราของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการตรง (FSW venue base) ในภาพรวมเท่ากับ ร้อยละ ๑.๗ (๑๙ ราย) แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดพิษณุโลก มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๔.๖ รองลงมา คือ จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ ๓.๐ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดลพบุรี และอุดรธานี ร้อยละ ๐.๐ ในภาพรวมพนักงานบริการแฝง (FSW non - venue base) ติดเชื้อร้อยละ ๒.๐ (๔๔ ราย) พบว่าจังหวัดนครสวรรค์ มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๖.๕ รองลงมา คือจังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ ๔.๒ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดลพบุรี ร้อยละ ๐.๐

อัตราของการติดเชื้อหนองใน ในกลุ่มพนักงานบริการตรง (FSW venue base) ในภาพรวมเท่ากับ ร้อยละ ๔.๕ (๕๐ ราย) แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดสงขลา มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๗.๓ รองลงมา คือ จังหวัดลพบุรี ร้อยละ ๕.๔ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๐.๐ ในภาพรวมพนักงานบริการแฝง (FSW non - venue base) ติดเชื้อร้อยละ ๔.๐ (๘๖ ราย) พบว่าจังหวัดสงขลา มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๖.๕ รองลงมา คือจังหวัดกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๘.๑ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดลพบุรี ร้อยละ ๐.๐ (ตารางที่ ๕)

อัตราของการติดเชื้อหนองในเทียม ในกลุ่มพนักงานบริการตรง (FSW venue base) ในภาพรวมเท่ากับ ร้อยละ ๑๘.๑ (๒๐๐ ราย) แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดสงขลา มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๒๙.๑ รองลงมา คือจังหวัดกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๑๙.๑ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดพิษณุโลก ร้อยละ ๒.๐ ในภาพรวมพนักงานบริการแฝง (FSW non - venue base) ติดเชื้อร้อยละ ๑๘.๐ (๓๘ ราย) พบว่าจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีอัตราติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ ๒๙.๑ รองลงมา คือจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ ๒๕.๖ อัตราติดเชื้อต่ำสุดคือจังหวัดราชบุรี ร้อยละ ๙.๔

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการตรง ร้อยละ ๑.๖ พนักงานบริการแฝง ร้อยละ ๒.๐ ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคหนองใน กลุ่มพนักงานบริการตรงและพนักงานบริการแฝง ร้อยละ ๔.๕ ส่วนความชุกของโรคหนองในเทียม กลุ่มพนักงานบริการตรง ร้อยละ ๑๗.๗ พนักงานบริการแฝง ร้อยละ ๒๐.๐

การป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พนักงานบริการเข้าถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง ๑๒ เดือน ที่ผ่านมา พบว่า พนักงานบริการ ทราบสถานที่ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๘๑.๙ เคยได้รับการแจกถุงยางอนามัย ร้อยละ ๖๕.๖ และเคยรู้จักถุงยางอนามัยและได้รับการแจกถุงยางอนามัยร้อยละ ๕๘.๕ ประสพการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา พนักงานบริการ(FSW venue base) เคยการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและทราบผล ร้อยละ ๘๘.๘

การป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เอดส์ /พฤติกรรมกรรมการมีเพศสัมพันธ์พนักงานบริการตรงและแฝง การใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศครั้งล่าสุดของพนักงานบริการตรง ร้อยละ ๙๐.๐ พนักงานบริการแฝง ร้อยละ ๙๓.๑ ภาพรวมมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดร้อยละ ๙๒.๑ ส่วน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศไม่เจาะจงประเภทคู่นอนคู่นอน พฤติกรรมทางเพศของพนักงานบริการ การใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศครั้งล่าสุดของพนักงานบริการ ในกลุ่มคู่นอนแต่ละประเภท มีการใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศครั้งล่าสุดกับลูกค้าประจำ ร้อยละ ๙๒.๑ กับลูกค้าชาจร ร้อยละ ๙๘.๓ กับชายอื่นหรือกิ๊ก ร้อยละ ๘๒.๖ กับสามีหรือคนรัก ร้อยละ ๓๒.๗

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พนักงานบริการการใช้สารเสพติดประเภทเห่า เปียร์ ไวน์ ร้อยละ ๙๒.๓ รองลงมาคือบุหรี่ยาเส้น ร้อยละ ๓๐.๔ ส่วนยาบ้า และยาไอซ์ พบร้อยละ ๓.๔ การใช้สารเสพติดชนิดฉีด ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ยาบ้า ร้อยละ ๓๓.๓.ยาไอซ์ ร้อยละ ๓๓.๓

ความครอบคลุมของบริการเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการดูแลรักษาของพนักงานบริการ พนักงานบริการเคยมีการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๕๕.๓ และมีอาการกามโรค ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๙.๗ อาการที่เป็นมากได้แก่ มีของเหลว / หนองที่ผิดปกติไหล ออกจากอวัยวะเพศร้อยละ ๒๒.๘ รองลงมาได้แก่อาการปัสสาวะแสบขัดและแผลที่อวัยวะเพศ ร้อยละ ๑๓.๓เมื่อมีอาการครั้งล่าสุดสูงสุดรักษาด้วยการซื้อยากินเองร้อยละ ๓๕.๘ รองลงมาคือรักษาที่โรงพยาบาล/คลินิกทั่วไปของรัฐ ร้อยละ ๓๔.๘

ความรู้ ทักษะคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และประเมินความเสี่ยง ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของพนักงานบริการ ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ตอบถูกข้อ ๑ – ๕ ร้อยละ ๔๒.๓ โดยความรู้สูงสุดคือเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ร้อยละ ๙๕.๘ รองลงมาคือการมีคู่นอนเพียงคนเดียว เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ร้อยละ ๘๘.๕ ต่ำสุดคือ- ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์ มาสู่คนได้ ร้อยละ ๘๐.๗

เรื่องอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของพนักงานบริการ พบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการให้บริการรักษาโรคทั่วไป สูงสุดร้อยละ ๕.๔ รองลงมาคือ พบอุปสรรคในการเข้าถึงตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๕.๐

อภิปรายผล

อภิปรายผล

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการแฝงและตรงมีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตราการติดเชื้อหนองใน และหนองในเทียมในกลุ่มพนักงานบริการแฝงและตรงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อาจมีสาเหตุจากช่องทางการติดต่อเหมือนกัน และระยะพักตัวไว นอกจากนี้ การเข้าถึงการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็ยังคงอยู่ในระดับต่ำ อาจมีสาเหตุจากจากมีความรู้ต่ำหรือไม่ได้เรียนหนังสือ สอดคล้องกับการศึกษาของ โรจนา เจริญ แพล (๒๕๕๓) เรื่อง Sex Slaves The Trafficking of Women in Asia ได้กล่าวถึงทักษะเกี่ยวกับเพศภาวะและความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายในวัฒนธรรมของประเทศในเอเชียศึกษา (๒๕๕๐) พฤติกรรมการดูแลรักษาเมื่อป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่วนใหญ่มักไปซื้อยากินเอง และอาจทำให้การรักษาไม่ถูกวิธีหรือไม่หายขาด และมีโอกาสแพร่เชื้อไปให้คนอื่นต่อไป ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวชี้วัดของ UNGASS พนักงานบริการทั้งตรงและแฝงมีความรู้ค่อนข้างต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์วิทย์ บุญมงคล และคณะ (๒๕๕๑) ศึกษาเรื่องรื้อสร้างองค์ความคิด ผู้หญิงกับสุขภาพ ได้ศึกษา รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ พบว่าหญิงบริการทางเพศเป็นกลุ่มที่พบว่าการติดเชื้อเอดส์สูงการระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๓๒

การติดเชื้อระหว่างกลุ่มบริการตรงและบริการแฝง ระหว่างปี ๒๕๕๕ และ ปี ๒๕๕๗ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อหนองใน จากปี ๒๕๕๕ จากกลุ่มบริการตรง จำนวนร้อยละ ๒.๔ เพิ่มขึ้นเป็น ๔.๙ ในปี ๒๕๕๗ จากกลุ่มบริการตรง จำนวนร้อยละ ๙.๒ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๗.๗ ในปี ๒๕๕๗ แต่การติดเชื้อเอชไอวีพบน้อยบ่งบอกถึงการรับบริการโดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย เพราะการติดต่อทางเดียวกัน สอดคล้องกับ พิมพ์วิทย์ บุญมงคล และคณะ (๒๕๕๑) ศึกษาเรื่องรื้อสร้างองค์ความคิด ผู้หญิงกับสุขภาพ ได้ศึกษา รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ

การติดเชื้อ HIV มีแนวโน้มคงที่ ประมาณ ร้อยละ ๑.๐ – ๒.๐ ส่วนการติดเชื้อ HIV หนองใน หนองในเทียม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะ การติดเชื้อหนองในเทียม มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ร้อยละ ๙.๐ – ๒๐.๐ สาเหตุเกิดจากเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการให้เห็นชัดเจน และการตรวจทำได้ยากกว่าปกติ และมีผลการติดเชื้อ HIV ในอนาคตสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ มาอูน (๒๕๕๑)

การติดเชื้อในสัญชาติต่างๆ แตกต่างกันโดยสัญชาติไทยพบการติดเชื้อ HIV สูงสุดร้อยละ ๒.๒ และการติดเชื้อหนองในเทียมสูงสุด ๔.๔ ส่วนการติดเชื้อหนองในแท้ ติดเชื้อมากที่สุดคือสัญชาติ ลาว และเขมร ตามลำดับ ร้อยละ ๒๘.๓ และ ๒๓.๑ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทน์ช ทอศิริ. (๒๕๕๕)

ด้านพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ พบว่ามีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับสูงกับคู่นอนที่เป็นลูกค้าประจำและลูกค้าจร ส่วนอัตราการใช้กับคู่นอนที่เป็นชายอื่นหรือก็ยังคงอยู่ในระดับต่ำ(ต่ำกว่าร้อยละ๘๐) ซึ่งอาจมองว่าคู่นอนดังกล่าวไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงหรือความไว้วางใจ ทั้งนี้ ยังสอดคล้องกับทัศนคติของพนักงานบริการที่น่าเป็นห่วง คือ การไว้วางใจคู่นอนและเห็นว่าเป็นไม่ต้องใช้ถุงยางอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ สวนงาม (๒๕๕๖)

อัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่อยู่ในระดับต่ำกับคู่นอนที่เป็นชายอื่นหรือก็ของกลุ่มพนักงานบริการรวมทั้ง ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ยังไม่ดีพอ รวมทั้งอัตราการติดเชื้อหนองใน และหนองในเทียมในกลุ่มพนักงานบริการแฝงและตรงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลุ่มพนักงานบริการมีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น

ในอนาคต รวมทั้ง เป็นกลุ่มเสี่ยงที่เชื่อมโยงการติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของดร.ณิ ร่องพีช (๒๕๕๔)

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจรักษาต้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือการให้คำปรึกษา เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการให้มากขึ้น เนื่องจากรูปแบบการขายบริการที่เปลี่ยนไป อีกทั้ง หน่วยบริการในจังหวัดถูกยุบไปรวมกับงานควบคุมโรค ทำให้ผู้รับผิดชอบลดลง การสร้างสัมพันธ์ภาพกับหญิงขายบริการต้องเริ่มต้นใหม่ ซึ่งต้องใช้เวลา นานหญิงขายบริการจึงจะเริ่มคุ้นเคยและกลับเข้ามาใช้บริการอีก

๒. ควรมีการส่งเสริมหรือรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พนักงานบริการเกิดความตระหนักในการมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย โดยเฉพาะการสวมถุงยางอนามัย ทุกครั้งกับคู่นอนที่เป็นชายอื่นหรือกิ๊ก

๓. ประสานทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านกฎหมาย เพราะถุงยางอนามัยไม่ใช่เครื่องมือในการขายบริการ แต่เป็นเครื่องมือป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอกสารอ้างอิง

- UNAIDS, UNICEF and WHO. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections–Thailand, ๒๐๐๔ update. Geneva, Switzerland and New York, USA
- WHO South–East Asia Regional Office and Ministry of Public Health, Thailand. External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand, ๒๐๐๕. Bangkok, Thailand
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Report on the global AIDS epidemic, ๒๐๐๖. Geneva, Switzerland
- Report of AIDS situation in Thailand, ๒๐๐๖. Bureau of Epidemiology, Disease Control department, Ministry of Public Health, ๒๐๐๖
- Heckathorn DD. Respondent driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. Social Problems ๑๙๙๗; ๔๔: ๑๗๔–๑๙๙
- Heckathorn DD. Respondent–Driven Sampling II: Deriving Valid Population Estimates from Chain–Referral Samples of Hidden Populations. Social Problems ๒๐๐๒; ๔๙: ๑๑–๓๔
- Guidelines for repeated behavioral survey in populations at risk of HIV, Funded by The United States Agency for International Development (USAID) through the IMPACT Project Implemented by Family Health International, The formula for calculating sample sizes, p. ๔๗–๕๓, ๒๐๐๓
- แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปีพ.ศ. ๒๕๔๙/๒๕๕๐. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, หน้า ๑๕–๑๗
- ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของจังหวัดเชียงใหม่ ชลบุรีและภูเก็ตปี ๒๕๔๙และ ปี๒๕๕๓
- กรรณิการ์ มาตรา และคนอื่น ๆ . “ความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศ.”
- วารสารการวิจัยสังคม. ๖ (๑) : ๗๖ ; ๒๕๕๐.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และพรสุข เกิดสว่าง “เส้นทางแรงงานหญิงจากประเทศเพื่อนบ้านสู่ธุรกิจการค้าบริการทางเพศในประเทศไทย” ๒๕๔๐
- กฤตยา อาชวนิจกุล และพรสุข เกิดสว่าง เรื่องเส้นทางแรงงานหญิงจากประเทศเพื่อนบ้านสู่ธุรกิจการค้าบริการทางเพศในประเทศไทย ในกลุ่มหญิงบริการข้ามชาติจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ๒๕๔๐.
- กฤตยา อาชวนิจกุล ทริสโคเอทท์ และนินนินไพบ์ “เพศ อามัยเจริญพันธุ์และความรุนแรง : ประสบการณ์ชีวิตของแรงงานอพยพจากประเทศพม่า” ๒๕๔๓
- กฤตยา อาชวนิจกุล และพรสุข เกิดสว่าง, “กล่าวถึงปัจจัยเชิงของการเข้าสู่อาชีพขายบริการ ทางเพศ ของหญิงสาวไทยใหญ่” ๒๕๔๐
- ควบคุมโรคติดต่อ, กรม. การดำเนินงานต้านเอดส์ภาคเหนือตอนบน ของโครงการสาธารณสุขประโยชน์ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๑. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต ๑๐, ๒๕๕๗.
- ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๓
- จันทนัช ทองศิริ. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดน่าน. การค้นคว้าแบบอิสระ สศ.ม.

เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๕.

จุฑารัตน์ จุลรอด และพรชัย สติรปัญญา. “ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสงขลา”.สงขลานครินทร์เวชสาร. ๑๒ (๒) :

๖๙ – ๗๑; ๒๕๕๔

จิระประภา ศรีสารคาม. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการป้องกันโรคเอดส์ในโรงเรียนที่ สนับสนุนโดยมูลนิธิฟื้นฟูชนบท ในจังหวัดอุบลราชธานี. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔

ชัยวัฒน์ ทิศนพุนชัย และคนอื่น ๆ. “พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี.” วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ๒๗ (๒) : ๙๕ – ๑๐๑ ; ๒๕๕๑

ชุตินา ศรีนวลแก้ว. การศึกษาเปรียบเทียบต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของนักศึกษาผู้ใหญ่ ในเขตมินบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, ๒๕๕๕.

ชลอศรี แดงเปี่ยม และประยงค์ ลิ่มตระกูล. รายงานวิจัยปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่มีผลต่อการเป็นกามโรคของเด็กชายวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ :คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๖

ณัฐวัฒน์ เอี่ยมสำอางค์ ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการเข้าสู่อาชีพหมอนวด” ๒๕๕๑,๓๙.

ดรุณี ร่องพีช “ความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของหญิงขายบริการทางเพศในสถานบริการบาร์เบียร์เชียงใหม่” ๒๕๕๔.

ดุขฎี เจริญศิลป์ และคนอื่น ๆ. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในเขต ๘ นครสวรรค์. : สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต ๘, ๒๕๕๒.

ดาบตำรวจหญิงกรรณิกา มณีรัตน์. ๒๕๕๗. สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงตัดสินใจก้าวเข้าสู่อาชีพขายบริการ: กรณีศึกษา ผู้สมัครใจขายบริการในเขตเมืองพัทยา. หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขานการเมือง การปกครอง มหาวิทยาลัยบูรพา สิงหาคม ๒๕๕๗

ด้านศุลกากร อำเภอพิบูลมังสาหาร. ๒๕๕๓. รายงานประจำปี ๒๕๕๒. อุบลราชธานี: ด้านศุลกากร พิบูลมังสาหาร.

ทวี บุษดี “สำรวจความรู้และทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในผู้ขายบริการทางเพศและผู้ใช้บริการทางเพศในพื้นที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ชองเม็ก อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี” ๒๕๕๕.

ทวีศักดิ์ นพเกษร และคนอื่น ๆ. “ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อเอดส์ในชายหนุ่มไทยภาคเหนือ.”

การปรับพฤติกรรมเพื่อการอยู่รอด การประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ ๓.

๑๓ – ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๐. กรุงเทพฯ : ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวง

สาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๐

ทิวากร บุญเจริญ “ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าสู่อาชีพหญิงบาร์เบียร์ ๒๕๕๐,๖๙-๗๐.

นฤมล พรธมวงศ์. “ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับ อาชีวศึกษา ในจังหวัดนครพนม ปี ๒๕๓๙.” สรรพสิทธิเวชสาร. ๑๘ (๒) : ๗๓ – ๗๗ ; ๒๕๕๐.

นฤมล รัตนไพจิตร. “ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและแบบแผนพฤติกรรมป้องกันสุขภาพของวัยรุ่น : ศึกษากรณีโรคเอดส์.” ผลงานวิจัยทางสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ใน รอบ ๓ ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๒. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓.

นิตยา ระวังพาล และเสาวภา พรสิริพงษ์ ศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องเอดส์กับกระบวนการค้าหญิงในกลุ่ม

หญิงบริการทั้งประเภทตรง และแฝงในรูปแบบต่าง ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ ๒๕๕๐
แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๙/๒๕๕๐. กรม
ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, หน้า ๑๕-๑๗
เบญจพร ตันติบุรธา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงโสเภณี อำเภอ
หาดใหญ่ ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่หน่วยกามโรค และโรคเอดส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา”
๒๕๕๐

บรรยงค์ พันธูสี และคนอื่น ๆ แนวความคิดที่เกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior) (๒๕๕๐ : ๓)
ปรางพร พงษ์ประเสริฐ. ความรู้เรื่องทัศนคติในเรื่องเพศของนักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ในโรงเรียนกรม
สามัญศึกษา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๓.

ประภาพร โอภาสสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอาชีวศึกษาใน จังหวัดชลบุรี.
วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๖.

ปวีณา สายสูง. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน. การค้นคว้าอิสระ
วิทยานิพนธ์ สธ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๑

ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของจังหวัดเชียงใหม่ ชลบุรีและภูเก็ตปี ๒๕๔๙และ ปี๒๕๕๓

พิเชฐพงศ์ โสตะวงศ์,ธีระยุทธ ทองสุทธิ,สมจิตร พิมพ์ศรี.การประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยศรีปทุม
ประจำปี ๒๕๕๔.การขยายบริการทางเพศ การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาสุขภาพ
และความรุนแรงทางเพศของหญิงบริการชาวลาว บริเวณชายแดนไทย-ลาว ช่งเม็ก จังหวัด
อุบลราชธานี

พิงพิศ จักรปิง. เอกสารคำสอนรายวิชาจิตวิทยาและการแนะแนวเด็กวัยรุ่น. เชียงใหม่ : อักษร
คอมส์พริ้นท์, ๒๕๕๓.

พัธราภรณ์ ภาณุตานนท์,ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงานของคณาจารย์ในประเทศอินโดนีเซีย
๒๕๕๐:๒๓

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ) “เรื่องรื้อสร้างองค์ความคิด ผู้หญิงกับสุขภาพ ได้ศึกษารื้อสร้างองค์
ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ.” ๒๕๕๑.

พิเชฐพงศ์ โสตะวงศ์,ธีระยุทธ ทองสุทธิ,สมจิตร พิมพ์ศรี.๒๕๕๔ การขยายบริการทางเพศ การรับรู้เกี่ยวกับ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาสุขภาพ และความรุนแรงทางเพศของหญิงบริการชาวลาว บริเวณ
ชายแดนไทย-ลาว ช่งเม็ก จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการ ระดับชาติมหาวิทยาลัยศรีปทุม
ประจำปี ๒๕๕๔ วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๔

ภัสสร ลิมานนท์ “บริการทางเพศ การเดินทางข้ามแดนและเอดส์โดยได้ยกรณียของประเทศต่าง ๆ ใน
ภูมิภาคเอเชีย” ๒๕๕๐.

ภาณุพงศ์ ชุ่มชื่น,กระบวนการขยายบริการทางเพศในรูปแบบ “นางทางโทรศัพท์”๒๕๕๔:๓๙

มิติกา ศรีพวงทอง และคณะ “ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของหญิงอาชีพพิเศษ ในการป้องกันโรค
เอดส์ จังหวัดศรีสะเกษ” ๒๕๕๐.

มยุรา อนุสรณ์ประดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. “ความคิดเห็นของนักศึกษาสถาบันราชภัฏกำแพงเพชร
ต่อความสัมพันธ์ชายหญิง ในระหว่างดำรงสถานนักศึกษา.” วารสารการวิจัยสักทอง.

๖ (๑/๒๕๔๑) : ๗๖ – ๗๘ ; ๒๕๕๐

โรจนา นาเจริญ “เรื่อง Sex Slaves The Trafficking of Women in Asia”.๒๕๕๓.

รัศมี เจริญทรัพย์ “เรื่องความสัมพันธ์ด้านบทบาทหญิงชายกับพฤติกรรมทางเพศของแรงงานหญิงชาย
ในชุมชนที่มีผู้ย้ายถิ่นในเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร” (๒๕๕๔)

ลดาวลีย์ สอนงาม. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของชายไทยในยุคโรคเอดส์ระบาด. กรุงเทพฯ :
กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖

วันทนี วาสิกะสิน. ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับงานสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๖.

วันเพ็ญ มาอู่. พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์. ในองค์ความรู้
ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. นครปฐม : โรงพิมพ์รุ่งแสง,
๒๕๕๑.

วรชัย ทองไทย และอรพินท์ พิทักษ์มหาเกตุ. ความรู้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรม
เกี่ยวกับโรคเอดส์ โครงการสำรวจประสิทธิผลของการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ต่อ พฤติกรรม.
กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖

ศิรินาถ ป้อมวงศ์. การศึกษาเจตคติทางเพศและพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ปีที่ ๕ ในเขตการศึกษา ๗. ปรินญานินพนธ์ กศ.ม., พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร, ๒๕๕๒.

ศุภศรัย ส่งาวงค์ การขายบริการทางเพศ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหา
สุขภาพ และความรุนแรงทางเพศของหญิงบริการชาวลาวบริเวณชายแดนไทย-ลาว จังหวัด
อุบลราชธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ๒๕๕๓.

ศุภชัย สิงห์บุญศย์. “โครงการสารคดีลาวตอนล่าง "สะพานนะเขต สาละวัน เขกอง จำปาสัก
และอัตตะปือ.” ๒๕๔๕.

ศุภศรัย ส่งาวงค์ และคณะ “ความชุกของการติดเชื้อคลาไมเดียในหญิงบริการทางเพศบริเวณชายแดน
ไทย – ลาว ในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร” ๒๕๕๗

ดร.สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์ ๒๕๕๗. การเลือกขายบริการทางเพศวัยรุ่นไทยบนสื่ออินเทอร์เน็ต. วารสาร
สมาคมนักวิจัย ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๑ มกราคม – เมษายน ๒๕๕๗

สุกัญญา พรโสภาคกุล. ๒๕๔๐. “ระบบความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของหญิงที่อยู่
ในการค้าประเวณี.” รายงานการวิจัยโครงการฝึกอบรมนักวิจัยด้านสตรีศึกษา รุ่นที่ ๔.
เชียงใหม่: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภางค์ จันทวนิช. ๒๕๔๔. การย้ายถิ่นข้ามพรมแดนไทย-พม่า และสถานการณ์เสี่ยงต่อโรคเอดส์ใน
กลุ่มผู้ย้ายถิ่น: พื้นที่แม่สอดและแม่สาย. กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย.

สุวิทย์ ธีรศาสตร์. ๒๕๔๓. ประวัติศาสตร์ลาว ๑๗๗๙-๑๙๗๕. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สร้างสรรค์.
สำนักงานจัดหางานจังหวัดอุบลราชธานี. ๒๕๕๒. รายงานประจำปี ๒๕๕๑.

สุรศักดิ์ โค้วสุภัทร์ และคนอื่น ๆ. “พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในกลุ่มนักเรียน อาชีวศึกษา
ของวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.” ใน การสัมมนาโรคเอดส์แห่งชาติ
ครั้งที่ ๒. องค์การทหารผ่านศึก : กองโรคเอดส์, ๒๕๕๕.

สุชา จันทรเฒ. จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๕๒.

สุภางค์ จันทวนิช และคณะ “การย้ายถิ่นข้ามพรมแดนไทย – พม่า และสถานการณ์เสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นพื้นที่แม่สอด จังหวัดตาก และพื้นที่แม่สาย จังหวัดเชียงราย” ๒๕๕๔

สุกัญญา พรโสภาคกุล “ระบบความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของหญิงที่อยู่ในการค้า

- ประเวณีในศูนย์กามโรคแห่งหนึ่งในภาคเหนือ” ๒๕๕๔.
- .สุวิทย์ พรหมบุตร “เรื่องเอดส์กับพนักงานเสิร์ฟในร้านอาหาร และร้านคาราโอเกะในอำเภอโขงเจียม ศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research” ๒๕๕๗.
- อุไรวรรณ คเนิงสุขเกษม และสุภาณี เวชพงศา “ประมวลสถานการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัย ของหญิงบริการทางเพศ ผลการศึกษาด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ และการปฏิบัติ” ๒๕๔๒.
- อัญชลี พินิจรักษัธรรม “ศึกษาเกี่ยวกับการขายบริการทางเพศของนักศึกษา” .๒๕๕๐
- อติรัตน์ วัฒนไพลิน. การศึกษาเจตคติ และพฤติกรรมทางเพศของนิสิตมหาวิทยาลัย ศรีนคริทร วิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตร. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ๒๕๕๑.
- อัมพวรรณ นวรัตน์ และฉวีวรรณ ไวรเนต. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชาย – หญิงของจังหวัดแพร่. แพร่ : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่, ๒๕๕๐.
- เอกสารวิชาชุดโครงการบริเวณอาณาศึกษา ๕ ภูมิภาคลำดับที่ ๙. อุบลราชธานี: ศูนย์มนุษยวิทยา สรินธร.

ภาคผนวก ๑

โครงสร้างตัวแปรในโปรแกรม
แบบสอบถาม
IBBS สำหรับพนักงานบริการ ๒๐๑๔

เพศสัมพันธ์ หมายถึง	มีการใส่ถ้วยะเพศชายเข้าทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก หรือทางปาก
คู่นอน หมายถึง	บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์กับท่าน ทุกประเภท
สามี หรือ แฟน คนรัก หมายถึง	บุคคลที่เกี่ยวข้องกับท่าน อยู่กินด้วยกัน และมีความผูกพันกันทางจิตใจ
ลูกค้าขจร หมายถึง	ลูกค้าที่ท่านเคยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทนเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับท่าน <u>ไม่เป็นประจำ หรือเป็นครั้งคราว</u>
ลูกค้าประจำ หมายถึง	ลูกค้าที่ท่านมักจะได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทนเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับท่าน <u>อยู่เสมอๆ</u>
ผู้ชายอื่นที่รู้จักผิวเิน หรือควิก รวมทั้งกั หมายถึง	บุคคลที่ท่านไม่เคยรู้จักกันมาก่อน หรือรู้จักกันเพียงผิวเินและไม่มีความรู้สึกผูกพันกัน) <u>ไม่ใช่สามี ไม่ใช่แฟน/คนรัก และไม่ใช่ลูกค้าขจรหรือลูกค้าประจำ(</u>

☐ เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ GOV

☐ ตอบคำถามด้วยตัวเองทั้งหมด Self

โครงการบูรณาการระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ
การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ .ศ.๒๕๕๗
โดย สำนักงานวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ID -

--	--

--	--	--	--

--

--	--	--

ใบยินยอมด้วยด้วยความสมัครใจ

โครงการบูรณาการความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่
สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ ที่ทำงานในสถานบริการ

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป ผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการเกี่ยวกับการยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการ โดยการตอบแบบสัมภาษณ์ การเจาะเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี การตรวจปัสสาวะ เพื่อหาเชื้อหนองใน และหนองในเทียม พร้อมได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

I. เจ้าหน้าที่เลือกสถานบริการโดยกากบาทหน้าหมายเลข

รหัสสถานบริการ (TYPESW)	☐ ๑. สำนัก/ บ้านสาว/ ซ่อง/ โรงนำชา ☐ ๒. อาบอบนวด/ นวดแผนโบราณ/ สปา ☐ ๓. เซอร์วิส ☐ ๔. ร้านคาราโอเกะ / คาเฟ่/ ร้านอาหาร/ คอฟฟี่ช็อป/ คอกเทลเลาจ์/ บาร์/ พับ ☐ ๕. บาร์อ็อกโก้ ☐ ๖. ดิสโก้เทค/ ไนต์คลับ ☐ ๗. ร้านเสริมสวย/ ร้านตัดผม ☐ ๘. รีมอน/ ป้ายรถเมล์/ บริเวณสี่แยก/ ตามสวนสาธารณะ/ ชายหาด/ ตลาดนัด ☐ ๙. ในรถยนต์ ☐ ๑๐. ตามศูนย์การค้า / โรงภาพยนตร์ ☐ ๑๑. ผ่านทางโทรศัพท์ ☐ ๑๒. ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ☐ ๑๓. ผ่านตัวแทน ☐ ๑๔. โรงแรม/ ม่านรูด/ บังกาโล/ รีสอร์ท ☐ ๑๕. อื่นๆ ระบุ..... (ในเรือทะเล, รถไฟ, สนามกอล์ฟ, โต๊ะสนุกเกอร์, สนามกีฬา)
--------------------------------	--

II. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูล และกากบาทวิธีการตอบแบบสอบถาม (MTHD)

- ☐ ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
- ☐ เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๑.	คุณเกิดปี พ.ศ อะไร.(AGE)	พ.ศ..... ปัจจุบันอายุ..... ปีบริบูรณ์
๒.	บ้านเดิมของคุณอยู่ที่ไหน (CTRY)	☐ ๑. ไทย ☐ ๒. ไทยชนกลุ่มน้อย ☐ ๓. พม่า ☐ ๔. ลาว ☐ ๕. เขมร ☐ ๖. อื่นๆ ระบุ.....
๓.	ใน เดือนที่ผ่านมา ๑๒ คุณพักอาศัยในจังหวัดไหนนานที่สุด (PROV)	 Drop down จังหวัด
๔.	ปัจจุบันคุณอยู่จังหวัดนี้มานานเท่าไร(DRPROV)	ปี..... เดือน
๕.	คุณจบการศึกษาสูงสุดชั้นอะไร (EDU)	☐ ๑. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ๒. กำลังเรียนหนังสือ ☐ ๓. จบการศึกษาสูงสุดชั้น [] .๑ ประถมศึกษา [] .๒ มัธยมต้น [] .๓มัธยมปลาย .ม)๖ หรือ ปวช(. [] .๔อนุปริญญา.ปวส , [] .๕ปริญญาตรี [] .๖สูงกว่าปริญญาตรี
๖.	ปัจจุบันคุณมีสถานะ <u>การมีคู่</u> เป็นอย่างไร (STA)	☐ ๑. ยังไม่มีคู่ แฟน / ☐ ๒. มีแฟนและอยู่ด้วยกัน ☐ ๓. มีแฟนแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ☐ ๔. แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน ☐ ๕. แต่งงานแล้วแต่แยกกันอยู่ ☐ ๖. หย่า ☐ ๗. หม้าย

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๗.	ในปัจจุบัน คุณมีรายได้ประมาณเดือนละเท่าไร (INC)	☐ ๑. น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท ☐ ๒ .๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ บาท ☐ ๓ มากกว่า .๑๐,๐๐๐- ๒๐,๐๐๐ บาท ☐ ๔. มากกว่า ๒๐,๐๐๐ -๓๐,๐๐๐ บาท ☐ ๕. มากกว่า ๓๐,๐๐๐ บาท

ส่วนที่ ๒ พฤติกรรมทางเพศไม่เจาะจงประเภทคู่นอนคู่นอน

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๘.	คุณมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร (FASEX)	ปี
๙.	คุณเริ่มอาชีพขายบริการทางเพศตั้งแต่อายุเท่าไร(FASW)	เริ่มขายบริการทางเพศตั้งแต่อายุ ปี
๑๐	คุณขายบริการทางเพศมาเป็นเวลากี่ปีแล้ว (DRSW)	ระยะเวลา ปี
๑๑	ในช่วง เดือนที่ผ่านมา ๑๒คุณเคยย้ายสถานที่ขายบริการทางเพศมาทั้งหมดกี่แห่ง (MBSW) numMBSW	☐ ๑. ไม่เคยย้าย ☐ ๒. ย้ายมาทั้งหมด แห่ง
๑๒	โปรดเลือกรูปแบบขายบริการ ที่คุณเคยทำ (คำตอบ ๑ ตอบได้มากกว่า) (LTTYPESW)	☐ ๑. สำนัก/ บ้านสาว/ ช่อง/ โรงนํ้าชา ☐ ๒. อาบอบนวด/ นวดแผนโบราณ/ สปา ☐ ๓. เซาวัน่า ☐ ๔. ร้านคาราโอเกะ / คาเฟ่/ ร้านอาหาร/ คอฟฟี่ช็อป/ คอกเทลเลาจ์/ บาร์/ พับ ☐ ๕. บาร์อโกโก้ ☐ ๖. ดีส์โกเทค/ ไนท์คลับ ☐ ๗. ร้านเสริมสวย/ ร้านตัดผม ☐ ๘. รีมถนน/ป้ายรถเมล์/บริเวณสี่แยก/ ตามสวนสาธารณะ/ ชายหาด/ ตลาดนัด ☐ ๙. ในรถยนต์ ☐ ๑๐. ตามศูนย์การค้า / โรงภาพยนตร์ ☐ ๑๑. ผ่านทางโทรศัพท์ ☐ ๑๒. ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ☐ ๑๓. ผ่านตัวแทน ☐ ๑๔. โรงแรม/ ม่านรูด/ บังกาโล/ รีสอร์ท ☐ ๑๕. อื่นๆ ระบุ..... (ในเรือทะเล,รถไฟ,สนามกอล์ฟ,โต๊ะสนุกเกอร์,สนามกีฬา)
๑๓	โดยปกติคุณทำงานขายบริการ ประมาณกี่วันใน ๑ สัปดาห์ (WKSW)	จำนวน..... วันใน ตอบได้ไม่เกิน)สัปดาห์ ๑๗ วัน(
๑๔	ครั้งล่าสุดคุณขายบริการทางเพศกับแขกหรือลูกค้าเมื่อไร (LTSW)	☐ ๑.วันนี้ ☐ ๒เมื่อวานนี้ . ☐ ๓ ภายใน .๓-๔ วัน

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
		☐ ๔ ภายใน .๑ สัปดาห์ ☐ ๕ ภายใน .๑ เดือน ที่ผ่านมา ☐ ๖ ภายใน .๓ เดือน ที่ผ่านมา ☐ ๗ ภายใน .๖ เดือน ที่ผ่านมา ☐ ๘ ภายใน .๑ ปี ที่ผ่านมา ☐ ๙ มากกว่า .๑ ปี ที่ผ่านมา
๑๕	ในครั้งล่าสุด แยกหรือลูกค้าได้ใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่ (CONLSW)	☐ ๑. ใช่ ☐ .๒ ไม่ใช่ ถ้าตอบ ๒๐ ไปตอบข้อ ๑๙ ไม่ใช่ ให้ข้าม ๒
๑๖	ในครั้งล่าสุด ถ้าใช้ถุงยางอนามัยคุณได้ถุงยางอนามัยมาอย่างไร (HOWCONLSW)	☐ ๑. คุณได้รับแจก ☐ .๒ ตัวเองซื้อ ☐ .๓ คู่ขนานนำมา ถ้าตอบ ๑๘ ให้ตอบข้อ ๑ ถ้าตอบ ๑๙ ไปตอบข้อ ๑๘ ข้าม ๒ ถ้าตอบ ๒๐ ไปตอบข้อ ๑๙-๑๘ ให้ข้าม ๓
๑๗	ในครั้งล่าสุด ถ้าได้รับแจกถุงยางอนามัยคุณได้รับแจก จากไหน(FRCONLSW) ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ(	☐ ๑.ได้รับแจก จาก ☐ ๑.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาอบรม ☐ ๑.๒ คลินิก/ โรงพยาบาล ☐ ๑.๓ สถานเอนกานามัย ☐ ๑.๔ ศูนย์บริการสุขภาพ, ศูนย์ตรีออปิน ☐ ๑.๕ เพื่อน ☐ ๑.๖ โรงแรม ☐ ๑.๗ อื่นๆ ☐ ๒. ตัวเองซื้อจาก ☐ ๓.๑ ร้านขายยา ☐ ๓.๒ ร้านสะดวกซื้อ เช่น เซเว่น ☐ ปิ่นน้ำมัน ☐ ๓.๓ ห้างสรรพสินค้า ☐ ๓.๔ เครื่องขายถุงยางอนามัยแบบ หยอดเหรียญ

ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมทางเพศการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ

๓.๑ แยกหรือลูกค้าประจำ

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๑๘.	ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมาคุณมีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้าประจำหรือไม่ (REG๑)	☐ ๑. มีเพศสัมพันธ์ ☐ ๒. ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้า ประจำใน เดือนที่ผ่านมา ๑ ถ้าตอบ ๒๒ ไปตอบข้อ ๒๑ ให้ข้าม ๒

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๑๙.	จำนวนแขกหรือลูกค้าประจำ เดือน ๑ คน ใน..... (NUM_REG)	 คน ใน เดือน ๑
๒๐.	ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา คุณมีเพศสัมพันธ์กับแขกหรือลูกค้าประจำหรือไม่ (REG๑) ซ้ำข้อ ๑๘	☐ ๑. มีเพศสัมพันธ์ ☐ ๒. ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับแขกหรือลูกค้าประจำใน เดือนที่ผ่านมา ๓ ถ้าตอบ ๒๗ ไปตอบข้อ ๒๖-๒๓ ให้ข้าม ๒
๒๑.	ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา แขกหรือลูกค้าประจำใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคุณหรือไม่(CON_REG๑)	☐ ๑. ใช้ทุกครั้ง)๑๐๐ %(☐ ๒. ใช้บางครั้ง ☐ ๓. ไม่เคยใช้
๒๒.	ครั้งสุดท้าย ถ้ามีแขก ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา แขกหรือลูกค้าประจำ ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ (LCON_REG)	☐ ๑. ใช้ ☐ ๒. ไม่ใช้ ถ้าตอบ ๑ ให้ตอบข้อ ๒๗ และต่อด้วยข้อ ๒๕ ถ้าตอบ ๒๖ ไปตอบข้อ ๒๕ ให้ข้าม ๒
๒๓.	ถ้าใช้ถุงยางอนามัย ใครเป็นคนบอกให้ใช้ถุงยางอนามัย (IFCON_REG)	☐ ๑. ตัวคุณเอง ☐ ๒. ลูกค้า ☐ ๓. ทั้งตัวคุณเองและลูกค้า
๒๔.	ถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะอะไรที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (DISCON_REG)	☐ ๑. หาถุงยางอนามัยไม่ทัน ☐ ๒. ไม่รู้จะหาถุงยางอนามัยจากที่ไหน ☐ ๓. ถุงยางอนามัยมีราคาแพง ☐ ๔. เห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ ☐ ๕. ไม่เคยรู้วิธีใช้ถุงยางอนามัย ☐ ๖. ไว้ใจซึ่งกันและกัน ☐ ๗. คุณนอน .ปฏิเสธไม่ยอมใช้ ☐ ๘. ตนเองปฏิเสธ ไม่ยอมใช้ . ☐ ๙. ใช้ยาก หรือ ไม่สะดวก ☐ ๑๐. ไซ้ .แล้วความสุขลดลง ☐ ๑๑. เมาไม่ได้สติ ☐ ๑๒. ขนาดถุงยางอนามัย เล็กหรือใหญ่เกินไป ☐ ๑๓. คุณนอนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ด ยาฉีด เป็นต้น ☐ ๑๔. หลังภายนอก ☐ ๑๕. อื่นๆ ระบุ

๓.๒ แยกหรือลูกค้าชาจร

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๒๕.	ในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้าชาจรหรือไม่ (WK_NREG)	☐ ๑. มีเพศสัมพันธ์ ☐ ๒. ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้าชาจร ใน สัปดาห์ที่ ๑ ผ่านมา ถ้าตอบ ๒๙ ไปตอบข้อ ๒๘ ให้ข้ามข้อ ๒
๒๖.	คุณมีแยกหรือลูกค้าชาจรกี่คนต่อสัปดาห์(NUM_NREG)	 คน ต่อ สัปดาห์
๒๗.	ในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้าชาจร หรือไม่(NREG๗)	☐ ๑. มีเพศสัมพันธ์ ☐ ๒. ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้าชาจร ใน เดือนที่ผ่านมา ๓ ถ้าตอบ ๓๔ ๓๓ไปตอบข้อ-ให้ข้าม๓๐ ๒
๒๘.	ในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา แยกหรือลูกค้าชาจรใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคุณ บ่อยครั้งแค่ไหน (CON_NREG๗)	☐ ๑. ใช้ทุกครั้ง ☐ ๒. ใช้บางครั้ง ☐ ๓. ไม่เคยใช้
๒๙.	ครั้งสุดท้าย ในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้ามีแยกหรือลูกค้าชาจร แยกหรือลูกค้า ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ (LCON_NREG)	☐ ๑. ใช้ ☐ ๒. ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ถ้าตอบ ๓๔ และไปต่อไปข้อ ๓๒ ให้ตอบข้อ ๑ ถ้าตอบ ๓๓ ไปตอบข้อ ๓๒ ให้ข้ามข้อ ๒
๓๐.	ถ้าใช้ถุงยางอนามัยใครเป็นคนบอกให้ใช้ถุงยางอนามัย (IFCON_NREG)	☐ ๑. ตัวคุณเอง ☐ ๒. ลูกค้า ☐ ๓. ทั้งตัวคุณเองและลูกค้า ตอบเสร็จข้ามข้อ ๓๔ ไปต่อข้อ ๓๓
๓๑.	ถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะอะไรที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (DISCON_NREG)	☐ ๑. หาถุงยางอนามัยไม่ทัน ☐ ๒. ไม่รู้จะหาถุงยางอนามัยจากที่ไหน ☐ ๓. ถุงยางอนามัยมีราคาแพง ☐ ๔. เห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ ☐ ๕. ไม่เคยรู้วิธีใช้ถุงยางอนามัย ☐ ๖. ไว้ใจซึ่งกันและกัน ☐ ๗. คุณนอน .ปฏิเสธไม่ยอมใช้ ☐ ๘. ตนเองปฏิเสธ ไม่ยอมใช้ . ☐ ๙. ใช้ยาก หรือ ไม่สะดวก ☐ ๑๐ ใช้แล้วความสุขลดลง . ☐ ๑๑. เมาไม่ได้สติ ☐ ๑๒. ขนาดถุงยางอนามัย เล็กหรือใหญ่เกินไป ☐ ๑๓. คุณนอนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ด ยาฉีดยา เป็นต้น ☐ ๑๔. หลังภายนอก ๑๕. อื่นๆ ระบุ

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๓๒.	ในช่วง๑๒เดือนที่ผ่านมาคุณมีเพศสัมพันธ์กับ สามี แฟน คู่รัก หรือ คู่ที่อยู่กินด้วยกันหรือไม่ (HUS๑๒)	☐ ๑. มีเพศสัมพันธ์ ☐ ๒. ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ ☐ ๓.ไม่มีสามี แฟนคู่รัก หรือคู่ที่อยู่กินด้วยกัน ถ้าตอบข้อ ๒หรือ ไปตอบข้อ๔๐ ๓๙-๓๕ ให้ข้าม ๓
๓๓.	ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา คุณมีเพศสัมพันธ์กับสามี แฟน คู่รัก หรือคู่ที่อยู่กินด้วยกัน จำนวนกี่ครั้ง (TIMEHUS)	จำนวน.....ครั้งใน เดือน ๑
๓๔.	ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา คุณมีเพศสัมพันธ์กับสามี แฟน คู่รัก หรือ คู่ที่อยู่กินด้วยกันหรือไม่ (HUS๑)	☐ ๑.มี ☐ ๒.ไม่มี ถ้าตอบ ไปตอบข้อ๔๐ ๓๘-๓๗ ให้ข้าม ๒
๓๕.	ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา มีการใช้ถุงยางอนามัยกับสามี แฟนคู่รัก หรือคู่ที่อยู่กินด้วยกัน บ่อยครั้งแค่ไหน (CON_HUS๑)	☐ ๑.ใช้ทุกครั้ง ☐ ๒.ใช้บางครั้ง ☐ ๓. ไม่ใช้
๓๖.	ครั้งสุดท้ายที่คุณมีเพศสัมพันธ์กับสามี แฟนคู่รัก หรือ คู่ที่อยู่กินด้วยกัน คู่ของคุณใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่(LCON_HUS)	☐ ๑. ใช้ ☐ ๒. ไม่ใช้ ☐ ๓. จำไม่ได้ ถ้าตอบ ๔๐ ไปตอบข้อ ๒๙ ให้ข้าม ๒
๓๗.	ถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะอะไรที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (DISCON_HUS)	☐ ๑. หาถุงยางอนามัยไม่ทัน ☐ ๒. ไม่รู้จะหาถุงยางอนามัยจากที่ไหน ☐ ๓. ถุงยางอนามัยมีราคาแพง ☐ ๔. เห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องใช้ ☐ ๕. ไม่เคยรู้วิธีใช้ถุงยางอนามัย ☐ ๖. ไว้ใจซึ่งกันและกัน ☐ ๗.คุณอน .ปฏิเสธไม่ยอมใช้ ☐ ๘.ตนเองปฏิเสธ ไม่ยอมใช้ . ☐ ๙. ใช้ยาก หรือ ไม่สะดวก ☐ ๑๐. ใช้แล้วความสุขลดลง ☐ ๑๑. เมาไม่ได้สติ ☐ ๑๒. ขนาดถุงยางอนามัย เล็กหรือใหญ่เกินไป ☐ ๑๓. คุณอนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ด ยาฉีด เป็นต้น ☐ ๑๔. หลังภายนอก ☐ ๑๕. อื่นๆ ระบุ

ผู้ชายอื่น ที่ไม่ใช่แขกหรือลูกค้า ไม่ใช่สามี ไม่ใช่แฟนคู่รัก ๓.๔ไม่ใช่คู่ที่อยู่กินด้วยกัน

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๓๘.	ในช่วง เดือนที่ผ่านมา ๑๒คุณมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น ที่ไม่ใช่แขกหรือลูกค้าไม่ใช่สามี ไม่ใช่แฟนคูรัก ไม่ใช่คู่ที่อยู่กินด้วยกันหรือไม่ (OTHM๑๒)	☐ ๑. มีเพศสัมพันธ์ ☐ ๒. ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ ถ้าตอบข้อ ๔ ไปตอบข้อ ๔๖ -๔๑ ให้ข้าม ๒๗
๓๙.	ในช่วง เดือนที่ผ่านมา ๑๒คุณมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น ที่ไม่ใช่แขกหรือลูกค้าไม่ใช่สามี ไม่ใช่แฟนคูรัก ไม่ใช่คู่ที่อยู่กินด้วยกัน จำนวนทั้งหมดกี่คน(NUM_OTHM)	จำนวน คน ใน.....๑๒ เดือน
๔๐.	ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมาคุณมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น ที่ไม่ใช่แขกหรือลูกค้าไม่ใช่สามี ไม่ใช่แฟนคูรัก ไม่ใช่คู่ที่อยู่กินด้วยกันหรือไม่ (OTHM๑)	☐ ๑. มีเพศสัมพันธ์ ☐ ๒. ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ ถ้าตอบข้อ ๔ ไปตอบข้อ ๔๖ -๔๓ ให้ข้าม ๒๗
๔๑.	ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา หากคุณมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น ที่ไม่ใช่สามี ไม่ใช่แฟนคูรัก ไม่ใช่คู่ที่อยู่กินด้วยกัน ไม่ใช่แขกหรือลูกค้าของคุณใช้ถุงยางอนามัย บ่อยครั้งแค่ไหน (CON_OTHM๑)	☐ ๑.ใช้ทุกครั้ง ☐ ๒.ใช้บางครั้ง ☐ ๓. ไม่ใช่
๔๒.	ครั้งสุดท้ายที่คุณมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น ที่ไม่ใช่สามี ไม่ใช่แฟนคูรัก ไม่ใช่คู่ที่อยู่กินด้วยกัน ไม่ใช่แขกหรือลูกค้า คู่ของคุณใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่(LCON_OTHM)	☐ ๑. ใช่ ☐ ๒. ไม่ใช่ ☐ ๓. จำไม่ได้ ถ้าตอบข้อ๔๕ ให้ตอบข้อ ๑ ถ้าตอบข้อ ๔๖ ให้ตอบข้อ ๒
๔๓.	ถ้าใช้ถุงยางอนามัยใครเป็นคนบอกให้ใช้ถุงยางอนามัย (IFCON_OTHM)	☐ ๑. ตัวคุณเอง ☐ ๒. คู่นอนของคุณ ☐ ๓.ทั้งตัวคุณเองและคู่นอนของคุณ ถ้าตอบเสร็จ ให้ข้ามข้อ ๔๗ ไปต่อข้อ ๔๖
๔๔.	ถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะอะไรที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (DISCON_OTHM)	☐ ๑. หาถุงยางอนามัยไม่ทัน ☐ ๒. ไม่รู้จะหาถุงยางอนามัยจากที่ไหน ☐ ๓. ถุงยางอนามัยมีราคาแพง ☐ ๔. เห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ ☐ ๕. ไม่เคยรู้วิธีใช้ถุงยางอนามัย ☐ ๖. ไว้วางใจกันและกัน ☐ ๗.คู่นอน .ปฏิเสธไม่อยากจะ ☐ ๘.ตนเองปฏิเสธ ไม่อยากจะ . ☐ ๙. ใช้ยาก หรือ ไม่สะดวก ☐ ๑๐ใช้แล้วความสุขลดลง . ☐ ๑๑. เมาไม่ได้สติ ☐ ๑๒. ขนาดถุงยางอนามัย เล็กหรือใหญ่เกินไป ☐ ๑๓. คู่นอนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ด ยาฉีด เป็นต้น ☐ ๑๔. หลั่งภายนอก

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
		☐ ๑๕. อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ ๔ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๔๕.	ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาคุณเคยใช้สารเสพติดหรือสารกระตุ้นชนิดใดบ้าง ดังต่อไปนี้ (ข้อ ๑ ตอบได้มากกว่า) (DRUG๑๒)	☐ ๑. บุหรี่ ยาเส้น ☐ ๒. เหล้า เบียร์ ไวน์ ☐ ๓. เฮโรอีน ☐ ๔. (เมทแอมเฟตามีน) ยาบ้า . ☐ ๕. กัญชา ☐ ๖ ยาอี . ☐ ๗ ยาเค . ☐ ๘ ยาไอซ์ . ☐ ๙ คอรัมิคุม . ☐ ๑๐. แวเลี่ยม ☐ ๑๑. อะมิทริป ☐ ๑๒. สารระเหย) กาว, ทินเนอร์(☐ ๑๓. ปอปเปอร์ ☐ ๑๔. กินยาแก้ไอเป็นประจำ ☐ ๑๕.....ใช้สารเสพติดอื่นๆ กรุณาระบุ . ☐ ๑๖. ไม่ได้ใช้สารเสพติด สารมึนเมา และแอลกอฮอล์ ดังกล่าว ในช่วง เดือนที่ผ่านมา ๑๒ ☐ ๑๗.ไม่เคยใช้สารเสพติด สารมึนเมา และแอลกอฮอล์ ดังกล่าวเลย ถ้าตอบข้อ ๕๕ ไปตอบข้อ ๕๔-๕๘ ให้ข้ามข้อ ๑๘ หรือ ๑๗
๔๖.	ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาคุณใช้สารเสพติดชนิดเข้าเส้นชนิดใดบ้าง ตอบได้มากกว่า)๑ ข้อ((IDU๑๒)	☐ .๑เฮโรอีน ☐ .๒ฝิ่น ☐ ๓. คอรัมิคุม ☐ ๔. เมธาโดน ☐ ๕ ยาบ้า . ☐ ๖ ยาไอซ์ . ☐ ๗ แวเลี่ยม . ☐ ๘. อะมิทริป ☐ ๙.....อื่นๆระบุ .
๔๗.	ถ้าฉีดในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาคุณฉีด บ่อยแค่ไหน (FQIDU)	☐ .๑ฉีดมากกว่า ครั้งต่อวัน ๑ ☐ .๒ฉีดวันละครั้ง

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
		☐ .๓ฉีด วันต่อครั้ง ๓-๒ ☐ .๔ฉีดวันต่อครั้ง ๕-๔ ☐ .๕ฉีด สัปดาห์ต่อครั้ง ๑ ☐ .๖ฉีด สัปดาห์ต่อครั้ง ๓-๒ ☐ .๗ฉีด เดือนต่อครั้ง ๑ ☐ .๘ฉีด เดือนต่อครั้ง ๓-๒ ☐ .๙ฉีด ๖-๔เดือนต่อครั้ง ☐ .๑๐ฉีดเกินกว่า เดือนต่อครั้ง ๖
๔๘.	ถ้าฉีดในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาคุณได้เคยใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาที่ผู้อื่นใช้มาก่อนแล้ว หรือไม่(SHIDU)	☐ .๑เคย ☐ .๒ไม่เคย
๔๙.	ในช่วง เดือนที่ผ่านมา ๑ คุณใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้นหรือไม่(IDU๑)	☐ .๑ฉีด ☐ .๒ไม่ฉีด ถ้าตอบข้อ ๕๓ ไปตอบข้อ ๕๒ ให้ข้ามข้อ ๒
๕๐.	ในช่วง เดือนที่ผ่านมา ๑คุณใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้นชนิดใดบ้าง ตอบได้มากกว่า๑ ข้อ(TYPEIDU)	☐ .๑เฮโรอีน ☐ .๒ฝิ่น ☐ ๓. คอมีคุม ☐ ๔.เมธาโดน ☐ ๕ยาบ้า. ☐ ๖ ยาไอซ์ . ☐ ๗แวลเยี่ยม. ☐ ๘. อะมิทริป ☐ ๙.....อื่นๆระบุ .
๕๑.	ครั้งล่าสุด ที่คุณฉีดสารเสพติด คุณได้ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาใหม่ หรือไม่ (LNEW)	☐ .๑ใช่ ☐ .๒ไม่ใช่
๕๒.	ครั้งล่าสุดที่มีเพศสัมพันธ์คุณใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ (DRUGSEX)	☐ ๑. ใช่ ☐ ๒. ไม่ใช่ ถ้าตอบข้อ ๕๖ ไปตอบข้อ ๕๕ ให้ข้ามข้อ ๒
๕๓.	ถ้าใช่ ใช้สารเสพติดชนิดใด (ข้อ ๑ ตอบได้มากกว่า) (TYPE_DRUGSEX)	☐ ๑. ต้มเหล้า เบียร์ ไวน์ ☐ ๒. เฮโรอีน ☐ ๓(เมทแอมเฟตามีน) ยาบ้า . ☐ ๔. กัญชา ☐ ๕(เอกตาซี)ยาอี . ☐ ๖(เคตามีน) ยาเค . ☐ ๗ยาไอซ์ . ☐ ๘ คอรัมิคุม . ☐ ๙. แวลเยี่ยม

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
		☐ ๑๐. อะมิทริป ☐ ๑๑. สารระเหย (ทินเนอร์ , กาว) ☐ ๑๒. ปอปเปอร์ ☐ ๑๓. ไวอากร้า ☐ ๑๔. <u>กินยาแก้ไอเป็นประจำ</u> ☐ ๑๕. ใช้สารเสพติดอื่นๆ กรุณาระบุ

ส่วนที่ ๕ การป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๕.๑ การเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใน เดือนที่ผ่านมา ๑๒

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๕๔.	ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาคุณเคยไปตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือไม่(STI)	☐ .๑ไม่เคย ☐ .๒เคย ถ้าตอบ ๑๑ ไปตอบข้อ ๖๐-๕๗ ให้ข้ามข้อ ๒
๕๕.	จำนวนไปตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้ง ใน <u>ช่วง</u> เดือนที่ผ่านมา ๑๒ (NUM_STI)	 ครั้ง ใน เดือนที่ผ่านมา ๑๒
๕๖.	ถ้าเคยไปตรวจ <u>ครั้งล่าสุด</u> ที่คุณไปตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะอะไร (RES_STI)	☐ .๑มีอาการ ☐ .๒เพื่อตรวจสุขภาพ
๕๗.	<u>ครั้งล่าสุด</u> นั้นคุณไปตรวจเองหรือถูกส่งตัวไปตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (REF_STI)	☐ .๑ต้องการไปเอง ☐ .๒ถูกส่งตัวไปตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ .๓ถูกส่งตัวไปตรวจโดยภาคเอกชนหรือเอ็นจีโอ ☐ .๔เจ้าของประกอบการให้ไปตรวจ ☐ .๕หน่วยบริการนัดให้ไปตรวจ
๕๘.	คุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ (DGSTI)	☐ .๑เป็น ☐ .๒ไม่เป็น ☐ .๓ไม่ทราบ

๕.๒ การป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๕๙.	ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ไม่นับวันนี้คุณเคยมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่(อาการ ๑ ตอบได้มากกว่า) (SYSTI๑๒)	☐ .๑มีของเหลว / หนอง ที่ผิดปกติไหลออกจากอวัยวะเพศ ☐ .๒ มีอาการปัสสาวะแสบขัด ☐ ๓. มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ ☐ ๔. มีหนองไหลออกจากทวารหนัก

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
		☐ ๕. แผลที่อวัยวะเพศ ☐ ๖. แผลที่ทวารหนัก ☐ ๗ มีตุ่ม ./ ก้อน / หูดที่อวัยวะเพศ ☐ ๘ มีตุ่ม ./ ก้อน / หูดที่ทวารหนัก ☐ ๙. อื่นๆ ☐ ๑๐. ไม่มีอาการผิดปกติใดๆเลย ถ้าตอบข้อ ๖๔ ไปตอบข้อ ๖๓-๖๒ ให้ข้ามข้อ ๗
๖๐.	ในวันนี้คุณมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (อาการ ๑ ตอบได้มากกว่า) (CRSTI)	☐ .๑มีของเหลว / หนอง ที่ผิดปกติไหลออกจากอวัยวะเพศ ☐ .๒มีอาการปัสสาวะแสบขัด ☐ ๓. มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ ☐ ๔. มีหนองไหลออกจากทวารหนัก ☐ ๕. แผลที่อวัยวะเพศ ☐ ๖. แผลที่ทวารหนัก ☐ ๗ มีตุ่ม ./ ก้อน / หูดที่อวัยวะเพศ ☐ ๘ มีตุ่ม ./ ก้อน / หูดที่ทวารหนัก ☐ ๙. อื่นๆ ☐ .๑๐ไม่มีอาการผิดปกติใดๆเลย
๖๑.	ครั้งสุดท้ายเมื่อมีอาการผิดปกติ คุณรักษาอย่างไร (HOWSYM)	☒ ๑ .ไปโรงพยาบาล/คลินิกทั่วไปของรัฐ ☐ .๒ไปคลินิกทั่วไปของเอกชน ☐ .๓ไปคลินิกกามโรคของเอกชน ☐ .๔ไปคลินิกกามโรคของรัฐ ☐ ๕. ไปพบ พยาบาลประจำโรงเรียน ☐ ๖ซื้อยากินเอง . ☐ ๗ปล่อยไว้ ไม่ทำอะไรเลย . ☐ ๘ไม่เคยมีอาการผิดปกติใดๆเลย .

ส่วนที่๖การป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอช ไอวีเอดส์ /
 ๖.๑ ประสบการณ์ในชีวิตของการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๖๒.	คุณทราบสถานที่ ที่ให้บริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอชไอวี เอดส์ หรือไม่ /(PL_VCT)	☐ .๑ทราบ ☐ .๒ไม่ทราบ
๖๓.	คุณเคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์มาก่อนหรือไม่ / (LT_VCT)	☐ ๑. เคย ☐ ๒. ไม่เคย ถ้าตอบ ๒ให้ข้ามข้อ เสร็จแล้ว ๗๑ ไปตอบเฉพาะ ข้อ ๖๙-๖๖ ๗๖ ข้ามไปตอบข้อ
๖๔.	ถ้าเคยตรวจครั้งล่าสุดคุณตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เมื่อไหร่(WHE_VCT)	 ปี เดือน
๖๕.	เหตุผลที่ตรวจหาเชื้อเอช ไอวีเอดส์ /ในครั้งนั้น เพราะอะไรตอบได้มากกว่า๑ ข้อ(RES_VCT)	☐ ๑.ตัวเองมีความเสี่ยง เช่น มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ ป้องกัน คู่่นอนติดเชื้อเอชไอวี ถูกข่มขืน เป็นต้น ☐ ๒. ตรวจก่อนแต่งงาน ☐ ๓. ตรวจก่อนตั้งครรภ์ ☐ ๔. ตรวจเพื่อฝากครรภ์ ☐ ๕. ตรวจเพื่อสมัครงาน ☐ ๖. ทำประกันสุขภาพประกันชีวิต/ ☐ ๗. ถูกคัดเลือกเข้าเป็นทหารเกณฑ์ ☐ ๘.บริจาคเลือด ☐ ๙. สมัครเรียน ☐ ๑๐. บวช ☐ ๑๑. เข้ารับการผ่าตัด ☐ ๑๒. ตรวจเพราะป่วย ☐ ๑๓. เข้าร่วมโครงการสำรวจวิจัย/ ☐ ๑๔.อื่นๆระบุ.....
๖๖.	ครั้งล่าสุด ในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี คุณไปตรวจเองหรือถูกส่งตัวไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (REF_VCT)	☐ .๑ต้องการไปเอง ☐ .๒ถูกส่งตัวไปตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ .๓ถูกส่งตัวไปตรวจโดยภาคเอกชนหรือเอ็นจีโอ ☐ .๔เจ้าของประกอบการให้ไปตรวจ ☐ .๕หน่วยบริการนัดให้ไปตรวจ
๖๗.	ครั้งล่าสุด คุณไปตรวจหาเชื้อเอชไอวีเอดส์ ที่ไหน / (WHER_VCT)	☐ ๑.๑ โรงพยาบาลรัฐเอกชน/ ☐ ๑.๒ ศูนย์กามโรค ☐ ๑.๓ คลินิกรัฐเอกชน/ ☐ ๑.๔ คลินิกนิรนามสภากาชาดไทย ☐ ๑.๕ อื่นๆ ระบุ.....

๖.๒ ประสพการณ์การตรวจหาเชื้อเอชไอวี ภายใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๖๘.	ในช่วง เดือนที่ผ่านมา ๑๒ คุณเคยตรวจเลือด เพื่อหาเชื้อเอชไอวี เอดส์และรู้ผลหรือไม่ /(VCT๑๒) numVCT๑๒= จำนวนครั้ง	☐ ๑. เคยและรู้ผล จำนวน ครั้ง ☐ .๒.เคยแต่ไม่รู้ผล ☐ .๓.ไม่ได้ตรวจและรู้ผลมาแล้ว ☐ ๔. ไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี เดือนที่ผ่านมา ๑๒ เอดส์ ใน / มา ☐ .๕ ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนเลย ถ้าตอบข้อ ๗๒ ไปตอบข้อ ๗๑ ให้ข้ามข้อ ๒ หรือ ๑ เป็นต้นไป ถ้าตอบข้อ ๗๕-ให้ตอบเฉพาะข้อ๗๑และข้ามข้อ๗๒ ๓
๖๙.	ถ้าไม่เคยตรวจ เหตุผลที่คุณไม่ไปตรวจเลือด เพื่อหาเชื้อเอชไอวี เพราะอะไร (RESDIS_VCT)	☐ ๑.ไม่คิดว่าจะมีความเสี่ยง ☐ ๒.ไม่อยากเสียค่าใช้จ่าย ☐ ๓.ค่าตรวจแพงเกินไป ☐ ๔.กลัวไม่เป็นความลับ เช่น ไม่ต้องการแจ้งชื่อเวลาที่ไปตรวจ เป็นต้น ☐ ๕.ไม่รู้ว่าจะต้องไปตรวจที่ไหน ☐ ๖.กลัวรู้ว่าติดเชื้อแล้วทำใจไม่ได้ ☐ ๗. กลัวรู้ว่าติดเชื้อแล้วตกงาน ☐ ๘.ไม่อยากถูกปฏิบัติอย่างไม่ดีหรือถูกดูถูกเวลาที่ไปตรวจ ☐ ๙.ทราบผลแล้ว ☐ ๑๐. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... ☐
๗๐.	ถ้าเคยตรวจครั้งล่าสุดที่คุณตรวจคุณได้รับการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือไม่(LTCO_VCT)	☐ .๑ได้รับการปรึกษาเฉพาะก่อนตรวจ ☐ .๒ได้รับการปรึกษาเฉพาะหลังตรวจ ☐ .๓ได้รับการปรึกษาก่อนและหลังตรวจ ☐ .๔ไม่ได้รับการปรึกษา การปรึกษา
๗๑.	ปัจจุบันนี้คุณมีสถานะติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ เป็นอย่างไร/(HIVSTA)	☐ .๑เป็นลบ (เอดส์ / ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี) ☐ .๒เป็นบวก (เอดส์ แล้ว / ติดเชื้อเอชไอวี) ☐ .๓ไม่ต้องการพูดถึง ☐ .๔ไม่รู้ ไม่แน่ใจ ถ้าตอบข้อ ๗๖ ไปตอบข้อ ๗๕-๗๔ ให้ข้ามข้อ ๔ หรือ ๓ หรือ ๑
๗๒.	ถ้าเป็นบวกคุณได้รับการดูแลรักษา(เอดส์ /ติดเชื้อเอชไอวี) ใดๆ(TXHIV) ข้อ ควรเอา (เอดส์ / ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี) เป็นลบ ๕ ออกหรือไม่	☐ ๑. ได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ☐ ๒. ไม่ได้รับการดูแลรักษาเลย ☐ ๓ ได้ตรวจระดับเม็ดเลือดขาว ซีดีโฟร์ .แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส ☐ ๔ได้ตรวจระดับเม็ดเลือดขาว ซีดีโฟร์ และ .

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
		ได้รับยาต้านไวรัส
๗๓.	หากคุณได้รับยาต้านไวรัส คุณได้รับยาจากที่ไหน (WHER_TXHIV)	☐ ๑. สถานพยาบาลของรัฐ เช่น โรงพยาบาล รพ.สต. ☐ ๒.สถานบริการเอกชนโดยใช้สิทธิประกันสังคม . ☐ ๓ .สถานบริการเอกชนโดยจ่ายเงินเอง ☐ ๔ซื้อยากินเอง .

ส่วนที่ ๗ ความครอบคลุมของบริการเอชไอวี เอดส์ /

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๗๔.	ปกติ คุณพกถุงยางอนามัยติดตัวหรือไม่(CARRYCON)	☐ ๑. พก ☐ ๒. ไม่พก
๗๕.	ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา เมื่อคุณต้องการใช้ถุงยางอนามัย คุณสามารถหาถุงยางอนามัยได้ยากง่ายอย่างไร (ACCCON)	☐ ๑. หาได้ทุกครั้ง (สะดวกมาก) ☐ ๒. หาได้บางครั้ง (ค่อนข้างลำบาก) ☐ ๓. หาไม่ได้เลย (ลำบากมาก)
๗๖.	ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาคุณเคยได้รับถุงยางอนามัยฟรีหรือไม่ (FREECON num FREECON)	☐ .๑.เคย จำนวนครั้ง ☐ .๒.ไม่เคย ถ้าตอบ ๘๐ ไปตอบข้อ ๗๙ ให้ข้ามข้อ ๒
๗๗.	ถ้าเคยได้รับ คุณได้รับถุงยางอนามัยจากใคร ตอบได้มากกว่า๑ ข้อ (WHO_FREECON)	☐ .๑.สถานประกอบการที่ทำงานอยู่ ☐ .๒.จากอาสาสมัครของภาครัฐ ☐ .๓.จากอาสาสมัครของภาคเอกชน ☐ .๔.รื้อปิ่น ภาครัฐ ☐ .๕.รื้อปิ่น ภาคเอกชน ☐ .๖.คลินิกภาครัฐ ☐ .๗.คลินิกภาคเอกชน ☐ .๘.อื่นๆ ระบุ.....
๗๘.	ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาคุณเคยได้รับ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ และหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือไม่(KNWHIV num KNWHIV)	☐ .๑.เคย จำนวน ครั้ง ☐ .๒.ไม่เคย ถ้าตอบข้อ ๘๒ ไปตอบข้อ ๘๑ ให้ข้ามข้อ ๒
๗๙.	คุณได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ และหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากที่ไหน ตอบได้มากกว่า๑ ข้อ (WHO_KNWHIV)	☐ ๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาอบรม ☐ ๒ คลินิก/ โรงพยาบาล ☐ ๓ สถานเอนกมัย ☐ ๔ ศูนย์บริการสุขภาพ/ ศูนย์รื้อปิ่น ☐ ๕ เพื่อน ☐ ๖ โรงแรม ☐ ๗ อื่นๆ

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๘๐.	ในระยะเวลา ๑๒ เดือนที่ผ่านมาคุณเคยได้รับแจกถุงยางอนามัย พร้อมได้รับความรู้เรื่องการป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือไม่(KNWCON) num KNWCON	☐ .๑เคย จำนวน ครั้ง ☐ .๒ไม่เคย ถ้าตอบข้อ ๘๔ ไปตอบข้อ ๘๓ ให้ข้ามข้อ ๒
๘๑.	ถ้าเคยได้รับแจกถุงยางอนามัยพร้อมความรู้ จากใคร(ตอบ) ได้มากกว่า๑ ข้อ((WHO_KNWCON)	☐ .๑สถานประกอบการที่ทำงานอยู่ ☐ .๒จากอาสาสมัครของภาครัฐ ☐ .๓จากอาสาสมัครของภาคเอกชน ☐ .๔เครือข่าย ภาครัฐ ☐ .๕เครือข่าย ภาคเอกชน ☐ .๖คลินิกภาครัฐ ☐ .๗คลินิกภาคเอกชน ☐ .๘อื่นๆ ระบุ.....
๘๒.	ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาคุณเคยถูกเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / แพทย์ / พยาบาล แสดงท่าทีหรือวาจา ไม่ต้องการให้บริการคุณ ตามบริการดังต่อไปนี้หรือไม่(ตอบได้) มากกว่า๑ ข้อ(BARRSERV)	☐ .๑ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ☐ .๒ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ☐ ๓. รับการรักษาพยาบาลด้านไวรัส ☐ ๔. การให้บริการรักษาโรคทั่วไป ☐ ๕. บริการอื่นๆ ระบุ..... ☐ .๖ใน ๑๒เดือนที่ผ่านมาไม่เคยไปรับบริการใดๆเลย

ส่วนที่ ๘ ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์และประเมินความเสี่ยง

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ		
๘๓.	การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวี และไม่มีคู่นอนคนอื่น ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ K๑	☐ .๑ใช่	☐ .๑ไม่ใช่	☐ .๓ ไม่รู้ไม่แน่ใจ
๘๔.	การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ เอชไอวีได้ K๒	☐ .๑ใช่	☐ .๑ไม่ใช่	☐ .๓ไม่รู้ไม่แน่ใจ
๘๕.	คนที่ดูสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีเชื้อ เอชไอวีได้ K๓	☐ .๑ใช่	☐ .๒ไม่ใช่	☐ ๓. ไม่รู้ไม่แน่ใจ
๘๖.	คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี ได้ จากการถูกยุงกัด K๔	☐ .๑ใช่	☐ .๒ไม่ใช่	☐ ๓. ไม่รู้ไม่แน่ใจ
๘๗.	คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี K๕	☐ .๑ใช่	☐ .๒ไม่ใช่	☐ ๓. ไม่รู้ไม่แน่ใจ
๘๘.	คุณคิดว่าพฤติกรรมและความเสี่ยงของคุณในปัจจุบันเมื่อเทียบกับ ๑ ปีที่ผ่านมา เป็นอย่างไร(BEHSTA)			
	๑. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (BEHSTA๑)	☐ .๑มากขึ้น	☐ .๒น้อยลง	☐ .๓เท่าเดิม
	๒. ความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี(BEHSTA๒)	☐ .๑มากขึ้น	☐ .๒น้อยลง	☐ .๓เท่าเดิม

	๓. ความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(BEHSTA๓)	☐ .๑มากขึ้น	☐ .๒น้อยลง	☐ .๓เท่าเดิม
๘๙.	ปัจจุบันคุณคิดว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี มากน้อยแค่ไหน(RISK_HIV)	☐ .๑ไม่เสี่ยงเลย ☐ .๒เสี่ยงเล็กน้อย ☐ .๓เสี่ยงปานกลาง ☐ .๔เสี่ยงค่อนข้างมาก ☐ .๕เสี่ยงมาก		
๙๐.	ปัจจุบันคุณคิดว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากน้อยแค่ไหน (RISK_STI)	☐ .๑ไม่เสี่ยงเลย ☐ .๒เสี่ยงเล็กน้อย ☐ .๓เสี่ยงปานกลาง ☐ .๔เสี่ยงค่อนข้างมาก ☐ .๕เสี่ยงมาก		
๙๑.	ถ้าคุณมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นไม่ใช่แฟนหรือ) ถูกค้าไม่ใช่สามี แฟนหรือคู่รักคุณคิดว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอช ไอวี มากน้อยแค่ไหน (RISK_OTHM)	☐ .๑ไม่เสี่ยงเลย ☐ .๒เสี่ยงเล็กน้อย ☐ .๓เสี่ยงปานกลาง ☐ .๔เสี่ยงค่อนข้างมาก ☐ .๕เสี่ยงมาก		
๙๒.	ถ้าคุณมีเพศสัมพันธ์กับสามี แฟนหรือคู่รัก คุณคิดว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอช ไอวี มากน้อยแค่ไหน(RISK_HUS)	☐ .๑ไม่เสี่ยงเลย ☐ .๒เสี่ยงเล็กน้อย ☐ .๓เสี่ยงปานกลาง ☐ .๔เสี่ยงค่อนข้างมาก ☐ .๕เสี่ยงมาก		

ส่วนที่ ๙ คาดประมาณประชากร

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
๙๓.	ในช่วงปี ๒๕๕๔ ค.ม)- ๖ คุณเคยไปรับบริการจากสถานที่ (ค. ให้บริการตามรายชื่อดังต่อไปนี้หรือไม่ ตอบได้มากกว่า๑ ข้อ (EPP)	☐ .๑ไม่ได้ไป ☐ .๒ไป ให้ระบุ.....)list ชื่อสถานบริการคลินิก /กามโรค(HIV) ของแต่ละจังหวัดทำdrop down list(

.....