บทความวิชาการ

Prevention of Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men: Knowledge and the Roles of Health Promotion and Health Education Practitioners

Jirawat Timasan, M.Sc.[1] Chatchawan Jongkham, M.S.[2]
Sutthinan Meechumnan, M.P.A.[3] Nannapat Ketkosan, Ph.D.[4]
Theerapon Phungdee, Ph.D.[5] Nutthakritta Sirisopon, Ed.D.[6]
Chakkrit Ponrachom, Ph.D.[7*]

Received: Jan 20, 2026
Revised: Aug 24, 2026
Accepted: Aug 26, 2026

Abstract

Introduction: The incidence of sexually transmitted infections (STIs) among men who have sex with men (MSM) in Thailand continues to rise, resulting in significant social and economic consequences.

objectives: To review and synthesize current evidence and knowledge regarding STIs-preventive behaviors among MSM, including causal factors, strategies to enhance preventive practices, challenges faced by health promotion and health education practitioners.

Key issues: Preventive behaviors among MSM include consistent condom use, avoiding substance and alcohol use before or during sexual activities, and refraining from sexual encounters with unfamiliar partners. The causal factors were categorized into three domains, Predisposing factors, including attitudes, self-efficacy, and knowledge regarding STIs. Reinforcing factors, comprising reference group influence and social support. Enabling factors, healthcare service provision for MSM. Effective promotion of preventive behaviors requires multifaceted approaches that address causal factors and provide MSM-friendly health services. Guided by The Eight Areas of Responsibility for Health Education Specialists, Health promotion and health education practitioners are responsible for designing strategies and implementing comprehensive interventions to promote STIS preventive behaviors among MSM.

Conclusions: Enhancing STIs-preventive behaviors among MSM requires an approach grounded in underlying behavioral determinants. Accordingly, STIs preventive behaviors strategies should be tailored to these determinants and implemented alongside targeted and inclusive health services.

Implications: Health promotion and health education practitioners can leverage this knowledge to develop a proactive multi-level intervention framework. Furthermore, health services should advocate for the delivery of targeted, inclusive, easily accessible and stigma-free healthcare services. Ultimately, this comprehensive approach aims to reduce STIs incidence and sustainably enhance the long-term sexual well-being of the MSM population.

Keywords: sexually transmitted infection preventive behaviors, health promotion, men who have sex with men

[1-3]Doctoral Student in Health Promotion and Health Education Program [1]Email: Jirawat.tim@ku.th [2]Email: Chatchawan.jon@ku.th
[3]Email: Sutthinan.me@ku.th
[4]Lecturer, Email: Nannapat.k@ku.th
[5-6]Assistant Professor, [5]Email: Theerapon.phu@ku.th [6]Email: Nuttakrittta.s@ku.th
[7]Corresponding author: Lecturer, Email: Chakkrit.pon@ku.th*
[1-7]Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand.

การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย: องค์ความรู้และบทบาทของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา

จิราวัฒน์ ธิมะสาร วท.ม.[1] ชัชวาลย์ จองคำ วท.ม.[2]
สุทธินันท์ มีชำนาญ รป.ม.[3] นันท์นภัส เกตน์โกศัลย์ ปร.ด.[4]
ธีรพล ผังดี ปร.ด.[5] ณัฐกฤตา ศิริโสภณ ศษ.ด.[6]
จักรกฤษณ์ พลราชม ปร.ด.[7*]

Received: Jan 20, 2026
Revised: Aug 24, 2026
Accepted: Aug 26, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายในประเทศไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม

วัตถุประสงค์: เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย ปัจจัยเชิงสาเหตุ แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน ความท้าทายในการดำเนินงานของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา

ประเด็นสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่รู้จัก จัดกลุ่มปัจจัยเชิงสาเหตุ ประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มชายรักชาย การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต้องอาศัยกระบวนการที่หลากหลายที่มุ่งพัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุ และการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อกลุ่มชายรักชาย โดยบทบาทและแนวทางการดำเนินงานของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษายึดหลักปฏิบัติงานตาม The Eight Areas of Responsibility for Health Education Specialists โดยทำหน้าที่ในการออกแบบกลยุทธ์และจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบครอบคลุมให้กับกลุ่มชายรักชาย

สรุป: การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย ควรคำนึงถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม และออกแบบกลยุทธ์ตามปัจจัยเชิงสาเหตุ ควบคู่กับการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่ม

ข้อเสนอแนะ: นักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเชิงรุกแบบพหุระดับ ที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่ม มีความครอบคลุม เข้าถึงได้ง่าย ลดการตีตรา เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และยกระดับสุขภาวะทางเพศของประชากรกลุ่มชายรักชายได้ในระยะยาว

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การส่งเสริมสุขภาพ ชายรักชาย

[1-3]นิสิตปริญญาเอกสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา [1]Email: Jirawat.tim@ku.th [2]Email: Chatchawan.jon@ku.th [3]Email: Sutthinan.me@ku.th

[4]อาจารย์ Email: Nannapat.k@ku.th

[5-6]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ [5]Email: Theerapon.phu@ku.th [6]Email: Nuttakrittta.s@ku.th

[7]Corresponding author อาจารย์ Email: Chakkrit.pon@ku.th*

[1-7]คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา สังคมโลกได้ให้ความสำคัญกับการยอมรับและเข้าใจความหลากหลายทางเพศเพิ่มมากขึ้น ความหลากหลายทางเพศครอบคลุมความแตกต่างด้านอัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ การแสดงออกทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งอาจแตกต่างไปจากกรอบแนวคิดเพศทวิลักษณ์แบบดั้งเดิม โดยกลุ่มประชากรที่พบว่ามีปัญหาในด้านสุขภาวะทางเพศ คือ กลุ่มชายรักชายหรือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men Who Have Sex with Men: MSM) ซึ่งเป็นบุคคลเพศกำเนิดชายที่มีพฤติกรรมทางเพศกับชาย โดยไม่จำเป็นต้องนิยามตนเองว่าเป็นเกย์ ไบเซ็กชวล หรือกลุ่มที่ไม่มีอิสระเสรี ซ่อนเร้นตัวตนของตนเอง โดยมีความหลากหลายทั้งในด้านอัตลักษณ์ รูปแบบความสัมพันธ์ และบริบททางสังคม

ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรหลากหลายทางเพศประมาณ 1,586,918 คน โดยเป็นเพศกำเนิดชาย 543,485 คน และในจำนวนนี้ร้อยละ 47.20 ระบุตัวตนว่าเป็นชายรักชาย คิดเป็นประมาณ 256,000 คน[1] กลุ่มชายรักชายจัดเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีภาระโรคของการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงในอันดับต้น ๆ จากสถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Diseases: STIs) มากกว่า 1 ล้านราย โดยในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 374 ล้านรายจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4 ชนิด ได้แก่ โรคคลาไมเดียหรือหนองในเทียม (Chlamydia) จำนวน 129 ล้านรายโรคหนองใน (Gonorrhoea) จำนวน 82 ล้านราย โรคซิฟิลิส (Syphilis) จำนวน 7.10 ล้านราย และโรคพยาธิช่องคลอด (Trichomoniasis) จำนวน 156 ล้านราย นอกจากนี้จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรมากกว่า 520 ล้านคน ใช้ชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเริมที่อวัยวะเพศ (Genital herpes) และมีสตรีประมาณ 300 ล้านคนติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดหูดหงอนไก่ โรคมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งทวารหนักในกลุ่มชายรักชาย ยิ่งไปกว่านั้นข้อมูลประมาณการฉบับปรับปรุงขององค์การอนามัยโลกยังระบุว่าในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรจำนวน 254 ล้านคน ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic hepatitis B)[2]

สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2568 พบผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ในกลุ่มชายรักชาย 4,211 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2569 จะมีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ประมาณ 7,991 คน โดยเป็นกลุ่มชายรักชาย 4,311 ราย หรือร้อยละ 55 ของทั้งหมด[3] และยังคงต้องเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานร (Mpox) และโรคซิฟิลิส โดยจากรายงานที่ผ่านมาพบว่า ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรรายแรกเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นชาวต่างชาติเพศชายซึ่งเข้ามาพำนักในประเทศไทยไม่ทราบแหล่งสัมผัสเชื้อโรคชัดเจน ปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรสะสมจำนวน 146 ราย เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 0.22 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 139 ราย และเพศหญิง 7 ราย โดยกลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 30 - 39 ปี จำนวน 64 ราย 18 - 29 ปี จำนวน 49 ราย และ 40 - 49 ปี จำนวน 19 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้ เป็นผู้ป่วยสัญชาติไทย 134 ราย โดยจำแนกเป็นการติดเชื้อภายในประเทศ 134 ราย และติดเชื้อจากต่างประเทศ 12 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายรักชาย โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดเมืองหลักหรือจังหวัดอุตสาหกรรม[4] ขณะที่สถานการณ์ของโรคซิฟิลิสในกลุ่มชายรักชายในประเทศไทยมีความชุกโดยรวม ร้อยละ 13.40 และมีอุบัติการณ์ 46.50 ต่อ 1,000 คนต่อปี ทั้งนี้ เมื่อจำแนกตามสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า กลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยมีความชุกของโรคซิฟิลิสสูงถึงร้อยละ 19.30 ในขณะที่กลุ่มไม่ติดเชื้อ HIV มีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 9.60[5]

ปัจจุบันประเทศไทยดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การสื่อสารความรู้ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การตรวจคัดกรอง ตลอดจนการสื่อสารความเสี่ยง รวมถึงการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และยาป้องกันหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวมีข้อจำกัดเนื่องจากมุ่งป้องกันการติดเชื้อ HIV และไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นได้โดยตรง[6] สำหรับภาคเอกชน หรือองค์กรที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐ หรือองค์กรนอกภาครัฐ (Non–Governmental Organization: NGOs) เช่น สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย มูลนิธิเอ็มพลัส (M Plus foundation) ได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในการป้องกัน HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย โดยการเชื่อมช่องว่างจากภาครัฐ ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จริงมากขึ้น พร้อมทั้งกำหนดประเด็นการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ รับทราบข้อมูล และนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในสังคมที่เป็นประชาชนที่รับผิดชอบด้วยการสอดส่องดูแล สื่อสารกับครอบครัวของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง แต่รายงานการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างแท้จริง โดยเห็นได้จากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงมีอยู่อีกทั้งมีความชุกและแนวโน้มที่จะสูงขึ้น อันเนื่องมาจากสภาพสังคมปัจจุบันที่เป็นพลวัต (Social dynamic) มีการไหลของข้อมูลสารสนเทศต่าง ๆ ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดปัญหาของการรับข้อมูลข่าวสารที่จะนำไปสู่การมีความเสี่ยงของสุขภาวะทางเพศได้ในที่สุด จากข้อมูลเชิงระบาดวิทยาและกระบวนการดำเนินการในปัจจุบันดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตอบสนองต่อบริบทเฉพาะของกลุ่มชายรักชายต้องได้รับการแก้ไขอย่างบูรณาการ

ดังนั้น การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจึงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น แต่จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยแบบพหุระดับทั้งปัจจัยเชิงพฤติกรรม สังคม สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย มีความครอบคลุม เข้าถึงง่าย และลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการของประชากรที่เข้าถึงยาก (Hard-to-Reach populations) หากไม่สามารถลดช่องว่างดังกล่าวได้ อาจส่งผลให้อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงอยู่หรือเพิ่มสูงขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อ สุขภาวะ คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายของบุคคลและครอบครัว ตลอดจนงบประมาณของระบบสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเชิงสาเหตุ บทบาท แนวทางการดำเนินงาน และความท้าทายของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับแนวทางออกแบบกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มชายรักชาย

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections: STIs)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ โรคที่แพร่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทวารหนัก ทางปาก หรือการสัมผัสบริเวณที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ เชื้อก่อโรคอาจอยู่บริเวณอวัยวะเพศ อวัยวะขับถ่าย เลือด และสารคัดหลั่ง ตัวอย่าง เช่น โรคติดเชื้อ HIV โรคซิฟิลิส ซึ่งติดต่อได้จากเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน การใช้เข็มร่วมกัน หรือจากแม่สู่ลูก[7]

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทางวิชาการที่นิยามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถจำแนกพฤติกรรมออกเป็น 3 มิติสำคัญ ได้แก่

1. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย หมายถึง การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ โดยเลือกและคำนึงถึงมาตรฐานของถุงยางอนามัย ขนาด การเก็บรักษา การใช้งาน และความสม่ำเสมอของการใช้กับคู่นอน[8] ควรเลือกชนิดและขนาดที่เหมาะสม ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซื้อจากร้านค้าที่เก็บรักษาในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่ถูกแสงแดดหรือความร้อนสูงซึ่งอาจทำให้เสื่อมคุณภาพได้ ควรจัดเก็บให้พ้นความร้อน แสงแดด การถูกกดทับ และเลือกสารหล่อลื่นชนิดน้ำหรือซิลิโคน เนื่องจากการใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำมันอาจทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมสภาพและฉีกขาดง่าย[9] จากที่กล่าวมานี้ ถือเป็นข้อปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พฤติกรรมการไม่ใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง การปฏิเสธการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสารเคมีที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและการควบคุมตนเองลดลง อีกทั้งทำให้ความสามารถในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้การยับยั้งตนเองลดลง อาจนำสู่พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย[8-10] สารเสพติดที่พบการใช้ในบริบทของกิจกรรมทางเพศ ได้แก่ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) หรือยาไอซ์ เมเฟโดรน (Mephedrone) โคเคน (Cocaine) แกมมาไฮดรอกซีบิวทีเรต (Gamma-Hydroxybutyrate: GHB) หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า “ยาเสียสาว”เคตามีน (Ketamine) หรือยาเค และแอมิลไนไตรต์ (Amyl Nitrite) หรือป๊อปเปอร์ (Popper) ซึ่งมีฤทธิ์เพิ่มความต้องการทางเพศ ลดการยับยั้งหรือควบคุมตนเอง ส่งผลให้เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพิ่มขึ้น[11] ดังนั้น การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงช่วยลดความเสี่ยงที่นำไปสู่พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยได้

3. พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่รู้จัก หมายถึง การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือไม่ทราบประวัติสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[8] แม้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยถือเป็นวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะการป้องกันการแพร่เชื้อ HIV และโรคที่ติดต่อผ่านการสัมผัสของสารคัดหลั่งโดยตรง แต่ไม่สามารถป้องกันได้ในทุกช่องทางการติดต่อ เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางชนิดสามารถติดต่อผ่านทางช่องทางอื่น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางปากและการสัมผัสผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศและรอบข้าง ได้แก่ โรคเริมอวัยวะเพศ หูดหงอนไก่ และโรคซิฟิลิส[12] ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าแม้ถุงยางอนามัยจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันสูง แต่ไม่ใช่การป้องกันที่สมบูรณ์แบบจึงไม่ควรเข้าใจว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ทั้งหมด ดังนั้น การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่รู้จักหรือไม่ทราบสถานะสุขภาพทางเพศเป็นพฤติกรรมที่สามารถป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นได้

ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถจัดกลุ่มปัจจัยเชิงสาเหตุตาม PRECEDE-PROCEED model ในขั้นตอนที่ 3 การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)[13] ดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) คือปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพล กระตุ้นหรือชี้นำ ให้เกิดการแสดงของพฤติกรรมออกมา ได้แก่ ทัศนคติ (Attitude)[14] คือความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การกระทำ หากเชื่อว่ากระทำพฤติกรรมแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางบวกก็จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรม[13] การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)[8,14] คือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากรับรู้ความสามารถตัวเองในระดับสูงจะเป็นแรงผลักให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมออกมาได้[13] และความรู้ (Knowledge)[14-15] ซึ่งเป็นกระบวนการตีความ และการประเมินอย่างมีวิจารณญาณ

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) คือปัจจัยที่เป็นตัวสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง เช่น คู่รัก เพื่อน ให้กลุ่มชายรักชายสามารถมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงและแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) คือ อิทธิผลหรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากคู่รัก เพื่อน ครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพทางเพศซึ่งจะช่วยสร้างบรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) ที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง[8,15]

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) คือ ปัจจัยเอื้ออำนวยให้กลุ่มชายรักชายเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ได้แก่ การจัดบริการด้านสุขภาพที่สะดวก เข้าถึงง่าย รักษาความลับ ลดการตีตราและเป็นมิตร (Friendly services) รวมถึงบริการแบบจุดเดียว เช่น การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฉีดวัคซีน จัดหาถุงยางหรือสารหล่อลื่น การให้คำปรึกษา และระบบติดตามที่ยืดหยุ่น[15]

บทบาทและแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา

การดำเนินงานด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยกรอบมาตรฐานที่ชัดเจนเพื่อกำหนดบทบาท และแนวทางการดำเนินงานของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยหนึ่งในกรอบมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ คือ The Eight Areas of Responsibility for Health Education Specialists พัฒนาโดย National Commission for Health Education Credentialing (NCHEC)[16] มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินศักยภาพและความต้องการ (Assessment of needs and capacity) ทบทวนข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ ปัญหา ความต้องการ วัฒนธรรมย่อย พฤติกรรมที่ต้องการจะพัฒนา ปัจจัยเชิงสาเหตุ ศักยภาพชุมชนและองค์กร และทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อกำหนดทิศทางและออกแบบกลยุทธ์ที่เหมาะสม

2. การวางแผน (Planning) กำหนดเป้าหมาย กลยุทธ์ และกิจกรรมเพื่อส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำปัจจัยเชิงสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาเป็นปัจจัยนำเข้าในการออกแบบการดำเนินงาน รวมถึงการออกแบบแผนการประเมินผลเพื่อให้กลยุทธ์ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและครอบคลุมทุกมิติของปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถดำเนินการตามปัจจัยเชิงสาเหตุได้ ดังนี้

2.1 การปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านการให้สุขศึกษาและการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[17] และใช้โปรแกรมที่ขับเคลื่อนโดยเพื่อน (Peer-led intervention) เพื่อส่งเสริมมุมมองเชิงบวกต่อเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย[18]

2.2 การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ผ่านการฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ และการประเมินสถานการณ์ร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา[17] รวมถึงระบบให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรม[18]

2.3 การยกระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านการจดจำข้อเท็จจริงสู่การคิดวิเคราะห์ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม เช่น ร่วมออกแบบสื่อหรือโครงการรณรงค์ ถือเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ที่ช่วยประยุกต์ความรู้ให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง[17]

2.4 อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงและการสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์ใช้กลยุทธ์เครือข่ายสังคม (Social network strategy) เพื่อพัฒนาแกนนำในกลุ่มเพื่อนให้เป็นผู้ส่งต่อข้อมูล เพื่อขยายการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก โดยอาศัยความไว้วางใจและอิทธิพลของคนในเครือข่ายในการสร้างบรรทัดฐานเชิงบวก[18-19] โดยใช้กลยุทธ์เพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มสนับสนุน ศูนย์บริการชุมชน และแพลตฟอร์มดิจิทัลหรือโซเชียลมีเดีย เช่น Line group, Grindr หรือ Hornet เพื่อสื่อสารความเสี่ยง ขยายการเข้าถึงบริการ การสื่อสารลดการตีตรา และเพิ่มโอกาสการเข้ารับบริการ[17-19]

2.5 การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยพัฒนาบริการที่เข้าถึงง่าย รักษาความลับ เป็นมิตรและลดการตีตรา รวมถึงบูรณาการบริการแบบจุดเดียว (One-stop service) ควบคู่กับระบบรับเรื่องร้องเรียนสิทธิและลดการตีตรา (Crisis Response System: CRS) เพื่อเชื่อมโยงการช่วยเหลือกับบริการในชุมชน และนำข้อมูลไปใช้พัฒนาระบบบริการและมาตรการคุ้มครองสิทธิ[20]

3. การลงมือปฏิบัติ (Implementation) ดำเนินงานตามแผน โดยคำนึงถึงบริบท กลุ่มเป้าหมาย และทรัพยากร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

4. การประเมินผลและการวิจัย (Evaluation and research) การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลอย่างเป็นระบบรวมทั้งใช้การวิจัยสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการดำเนินงานและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งถัดไป

5. การสนับสนุน (Advocacy) โดยผลักดันนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพสร้างแนวร่วมกับภาคประชาสังคม และรับฟังผู้ใช้บริการจริง เพื่อออกแบบบริการที่เป็นมิตรกับกลุ่มชายรักชาย (MSM-friendly services) จัดบริการรูปแบบ One-stop service และมีมาตรการในการให้บริการที่ลดการตีตรา

6. การสื่อสาร (Communication) ใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และการลดการตีตรากับกลุ่มชายรักชาย รวมทั้งใช้สื่อดิจิทัลถ่ายทอดข้อมูลและกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายรักชายอย่างชัดเจนและถูกต้อง

7. ภาวะผู้นำและการจัดการ (Leadership and management) นักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาควรมีบทบาทเป็นผู้นำเพื่อเอื้อให้กระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

8. จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ (Ethics and professionalism) การปฏิบัติงานตามคุณธรรมจริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิ ศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว ความซื่อสัตย์ ความโปร่งใส ความรับผิดชอบต่อสังคม การลดการตีตรา และความหลากหลายของกลุ่มชายรักชาย

ความท้าทายของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย

นักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาที่กล่าวถึงในที่นี้ หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หรือปฏิบัติงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในสถานบริการทางด้านสุขภาพหรือภายในชุมชน เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักสาธารณสุข นักจิตวิทยาสุขภาพ เป็นต้น โดยบทบาทหน้าที่ที่มีต่อกลุ่มชายรักชาย คือ การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้หรือกลยุทธ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม โดยต้องคำนึงถึงความหลากหลายทางเพศ ความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม และการลดการตีตราทางสังคม โดยในที่นี้จะขอกล่าวถึงความท้าทายที่สำคัญ 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความท้าทายในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยการตีตราและการกีดกันทางสังคมเป็นอุปสรรคต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์และการเข้ารับบริการ โดยกลุ่มชายรักชายที่ซ่อนตัวตนมีความกังวลต่อการเลือกปฏิบัติ ขณะที่ความหลากหลายทางด้านอายุ สถานะ และพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มชายรักชายมีความเป็นเฉพาะกลุ่ม ทำให้แนวทางการบริการแบบเหมารวม ไม่ครอบคลุม ประกอบกับข้อมูลในบริบทไทยยังมีจำกัดในแง่การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะนี้ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนและแนวทางที่ยืดหยุ่นเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มชายรักชายสามารถเข้ามารับบริการได้มากขึ้น[21]

ประเด็นที่ 2 ความท้าทายในการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มชายรักชาย การถูกตีตราและทัศนคติเชิงลบของบุคลากรบางส่วนอาจลดความไว้วางใจและการเข้าถึงบริการของกลุ่มชายรักชาย ควรพัฒนาบริการที่เป็นมิตรปราศจากการเลือกปฏิบัติ ครอบคลุมการสนับสนุนด้านจิตสังคม และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการกับกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ พร้อมส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ระบบบริการสุขภาพและภาคประชาสังคมเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของบริการ[22]

บทสรุป

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การไม่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่รู้จัก โดยมีปัจจัยเชิงสาเหตุแบ่งตาม PRECEDE-PROCEED model ในขั้นตอนที่ 3 การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงและแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มชายรักชาย การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงต้องสอดคล้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุดังกล่าว ควบคู่กับบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่ม ครอบคลุม เข้าถึงง่ายและเป็นมิตร โดยบทบาทและแนวทางดำเนินงานของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษายึดหลักปฏิบัติงานตาม The Eight Areas of Responsibility for Health Education Specialists เพื่อออกแบบกลยุทธ์และกิจกรรมโดยต้องสามารถเข้าถึงกลุ่มชายรักชายที่มีความหลากหลายและจัดบริการโดยไม่ตีตราเพื่อสร้างความไว้วางใจและเข้าถึงได้ง่าย จึงจะสามารถช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. นักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุตามกรอบ PRECEDE-PROCEED model ในขั้นตอนที่ 3 การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ได้แก่

ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ควบคู่กับการจัดบริการที่เป็นมิตร ลดการตีตรา และบูรณาการการตรวจ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นแบบจุดเดียวเพื่อลดความซ้ำซ้อนและอุปสรรคในการเข้ารับบริการของกลุ่มชายรักชาย

2. สามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาเป็นต้นแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค โดยบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพปกติ และผลักดันเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพร้อมการทำวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่นำไปใช้ได้จริง ครอบคลุม และยั่งยืน

References

1. Vajanasara K, Archavanitkul K, Vapattanawong P. Diversity behind the numbers: Estimating Thailand's LGBTQ+ population. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2025. (in Thai)
2. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Sep 10 [cited 2026 Aug 21]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. HIV INFO HUB+: AIDS epidemic situation in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025 [cited 2026 Aug 21]. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php
4. Panyaratanaamporn P, Ngambunchuy C, Raklin P, Suwannamalai T, Yingyong T. Situation of Mpox in Thailand, 2025–Data as of December 20, 2025. Weekly Epidemiological Surviellance Report [internet]. 2025 Dec. 30 [cited 2026 Aug 21];56(12):e7208. (in Thai)
5. Zheng Y, Ye K, Ying M, He Y, Yu Q, Lan L, et al. Syphilis epidemic among men who have sex with men: A global systematic review and meta-analysis of prevalence, incidence, and associated factors. Journal of Global Health 2024;14:04004. doi: 10.7189/jogh.14.04004
6. Traeger MW, Cornelisse VJ, Asselin J, Price B, Roth NJ, Willcox J, et al. Association of HIV preexposure prophylaxis with incidence of sexually transmitted infections among individuals at high risk of HIV infection. JAMA 2019;321(14):1380-90. doi: 10.1001/jama.2019.2947.
7. Treeprasertsuk S. Prevention and control of public health diseases. 1st rev. ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press; 2025. (in Thai)
8. Pandi P, Ratchanakul P, Thongbai W. Factors influencing sexually transmitted infection preventive behaviors among young men who have sex with men in higher education institutions. Journal of Phramongkutklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2023;6(3):59-74. (in Thai)
9. Kongkiatkamon N, Singalavanija S, Teeratakulpisan N, Khongsil P, Rungsirisangratana C, Piboonsin N, et al. Guidelines for the management of sexually transmitted infections 2015. 1st ed. Bangkok: Bangrak STI Center, Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2015. Available from: https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=15730 (in Thai)

10. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. The International Journal on Drug Policy 2019;63:74-89. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.11.014
11. Ramos JC, Dolengevich H, Romerosa MAM, Pascual EM. Chemsex drugs: More than GHB, mephedrone and methamphetamine? European Psychiatry 2021;64(Suppl 1):S573. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.1528
12. Baker J. A paradigm shift away from condoms: Focusing STI prevention on evidence-based interventions. JAAPA 2023;36(7):6-7. doi: 10.1097/01.JAA.0000937276.51342.74
13. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2024.
14. Balakrishnan V, Yong KK, Tiong CK, Ng NJS, Ni Z. A scoping review of knowledge, awareness, perceptions, attitudes, and risky behaviors of sexually transmitted infections in Southeast Asia. Healthcare (Basel) 2023;11(8):1093. doi: 10.3390/healthcare11081093
15. Wangluek O, Kerdmongkol P, Powwattana A, Amnatsatsue K, Satitvipawee P. Factors related to HIV preventive behaviors among men who have sex with men in Ratchaburi Province. Journal of Health and Nursing Research 2022;38(1):280-92. (in Thai)
16. National Commission for Health Education Credentialing, Inc. Responsibilities and competencies for health education specialists: Health Education Specialist Practice Analysis II 2020 (HESPA II 2020). Bethlehem (PA): NCHEC; 2020.
17. Chen Y, Tang X, Chen Q, Zhang Y, Xia Q, Wang Q. Effectiveness of HIV health education interventions on the MSM population: A meta-analysis. AIDS Care 2025;37(7):1101–11. doi: 10.1080/09540121.2025.2474673
18. Nugroho A, Erasmus V, Zomer TP, Wu Q, Richardus JH. Behavioral interventions to reduce HIV risk behavior for MSM and transwomen in Southeast Asia: a systematic review. AIDS Care 2017;29(1):98–104. doi: 10.1080/09540121.2016.1200713
19. Li C, Zhao P, Tan RKJ, Wu D. Community engagement tools in HIV/STI prevention research. Current Opinion in Infectious Diseases. 2024;37(1):53–62. doi: 10.1097/QCO.0000000000000993
20. Rosa D, Pavaputanon P, Monyarit S. The implementation mechanism to reduce hiv-related stigma and discrimination in Thailand (crisis response system: CRS). Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):29–35. (in Thai)
21. Chaipin E, Thongtip S. Lifestyle, social stigma and discrimination, and life satisfaction in terms of sexuality disclosure among homosexual male university students in northern Thailand. Journal of Ment Health of Thailand 2023;31(2):106-20. (in Thai)
22. Jommaroeng R, Chankong W. Community-Led comprehensive hiv facility for men who have sex with men and transgender women: A case study of rainbow sky association of Thailand. Thai Journal Public Health 2021;51(2):159-69.