



พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับประสบการณ์ปฏิเสธ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในคู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จรรุวรรณ ก้าวหน้าไกล PhD *

ดรุณี รุจกรกานต์ Ed.D **

บทคัดย่อ

รายงานนี้เป็นระยะที่ 1 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในคู่สมรส/คู่นอน ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระยะนี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปยังคู่นอนหรือคู่สมรสร่วมกับศึกษาประสบการณ์การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 ราย เป็นหญิง 50 ราย (ร้อยละ 61.7) ชาย 31 ราย (ร้อยละ 38.3) พบว่าในผู้ติดเชื้อหญิงมากกว่า 1 ใน 3 ยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อโดยไม่สวมถุงยางอนามัย ผู้หญิงร้อยละ 10 เคยถูกคู่นอนหรือสามีเคยใช้กำลังบังคับ ทำร้ายร่างกาย รวมถึง การใช้คำพูดข่มขู่ คุกคาม หรือคำพูดที่ทำให้ไม่สบายใจ เพื่อบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยด้วย ผู้หญิงร้อยละ 34 ยอมรับว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยไม่สามารถป้องกันตนเองได้ และร้อยละ 62 คิดว่าการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนจะมีผลเสียมากกว่าผลดี ส่วนในกลุ่มตัวอย่างชาย พบว่า ร้อยละ 45 ยังมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหรือภรรยาที่ปฏิเสธการสวมถุงยางอนามัยของตน ร้อยละ 3 เคยใช้คำพูดข่มขู่ คุกคาม หรือคำพูดที่ทำให้ไม่สบายใจ เพื่อบังคับให้สตรีมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยด้วย ส่วนวิธีที่กลุ่มตัวอย่างหญิงใช้ในการปฏิเสธ ได้แก่ การปฏิเสธด้วยวาจา การให้เหตุผลทางการแพทย์ เหตุผลทางสุขภาพ ปฏิเสธด้วยการโกหก การหลีกเลี่ยงโดยการใช้อื่นช่วยให้อามีถึงจุดสุดยอด ผลการปฏิเสธพบว่าร้อยละ 68 ของผู้หญิงปฏิเสธสำเร็จ

คำสำคัญ : การปฏิเสธ เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย คู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** รองศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Unsafe Sexual Behavior among People Living with HIV/AIDS and Methods to Avoid Unsafe Sexual Intercourse

Jaruwan Kownaklai PhD*

Darunee Rujkorakarn Ed.D.**

Abstract

This research examined the sexual behaviors of those at risk of spreading HIV to a partner and methods of avoiding unsafe sex. The purposive sample of 81 participants came from an outpatient infection clinic in Northeast Thailand; all participants had been diagnosed with HIV/AIDS and volunteered for the study. There were 31 men (38.3%) and 50 women (61.7%). Results of surveys and focus groups indicated that less than half the men (45%) living with HIV/AIDS had sex with their wife/partner without a condom. A few men (3%) stated they harassed, threatened, or verbally abused the women to force unsafe sex. Of the women living with HIV/AIDS, more than one-third indicated they had sexual intercourse with their partners without wearing a condom. The women (62%) believed that refusing their partners would do more harm than good. A third (34%) of the women thought they did not have the right to deny sex from their partners. However, most women (68%) were able to successfully avoid unsafe sexual intercourse by giving health reasons to their partners, lying, or manually stimulating them to orgasm. Unfortunately, some women (10%) admitted that they experienced physical, sexual, and verbal abuse from their partners to force them to have unsafe sexual intercourse.

Keywords: people living with HIV/AIDS, sex partner, unsafe sex

* Assistant Professor at Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Thailand.

** Associate Professor at Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Thailand.



บทนำ

นับเป็นเวลากว่าสามทศวรรษแล้วที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 จนถึงพ.ศ. 2558¹ สถานการณ์ผู้ติดเชื้อล่าสุดโดยกระทรวงสาธารณสุข รายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมทั้งสิ้นกว่า 1.5 ล้านคน ในจำนวนนี้เสียชีวิตแล้ว 100,617 คน กลุ่มอายุของผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ยังเป็นเช่นเดิมคือ เป็นประชากรวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 20-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 77 กลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มชายรักชาย หรือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หลีกเลี่ยงการทางเพศทั้งเป็นอาชีพและแบบแฝง รวมถึงปัจจุบันพบในกลุ่มผู้ใช้แรงงานข้ามชาติมากขึ้น^{2,4} แม้ปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในทั่วโลกและประเทศไทยจะลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมาเนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{3,5} รวมถึงการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นไปอย่างเคร่งครัดเพื่อช่วยเหลือนตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดี^{6,7} แต่ผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณ¹³ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและภาวะบีบคั้นด้านจิตวิญญาณจากการตีตราจากสังคมยังคงมีมากเช่นเดิม⁸⁻¹³

สาเหตุหลักของการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวียังคงเป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันถึงร้อยละ 90¹ โดยพบว่าผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยติดมาจากคูสมรสเพราะไม่ทราบว่าคูสมรสของตนติดเชื้อเอชไอวี และมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่เฝ้าระวังของโรคกลับไปใช้ชีวิตหรือดำเนินกิจกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยแบบเดิม เพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อ และเพื่อไม่ให้เป็นที่สงสัยของคู่นอนหรือคูสมรสถ้ามีการสวมถุงยางอนามัยตลอดทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคูสมรส ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้แก่ครอบครัวและสังคม^{14,15} นอกจากพฤติกรรมทางเพศแล้ว ความแตกต่างทางสรีระทางกายภาพของเพศหญิงและเพศชายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงมีโอกาสรับเชื้อเอชไอวีเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงมีสัดส่วนของบริเวณอวัยวะที่เป็นเนื้อเยื่ออ่อนที่มีเยื่อเมือก และสารคัดหลั่งที่ใหญ่กว่าผู้ชายที่ทำให้มีพื้นที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์รวมถึงเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ชาย อีกด้านหนึ่งคือปัจจัยทางด้านสังคมและความไม่เท่าเทียมกัน

ทางเพศ ทำให้ผู้หญิงถูกผลักดันและบังคับเข้าสู่ความเสี่ยงที่มากกว่าเพศชาย เช่น ผู้หญิงมีอัตราการแต่งงานและมีเพศสัมพันธ์ขณะอายุน้อยกว่าผู้ชาย ผู้หญิงมีอำนาจต่อรองเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยน้อยกว่าผู้ชาย^{8,14}

นอกจากนี้การขาดโอกาสทางการศึกษาหรือได้รับการศึกษาน้อยและการมีรายได้ที่ต่ำกว่าของผู้หญิง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ผลักดันผู้หญิงบางกลุ่มเข้าสู่อาชีพขายบริการทางเพศและเข้าสู่ความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น¹⁵ นอกจากนี้ปัจจัยทางสรีระ ทางสังคม และความไม่เท่าเทียมทางเพศเหล่านี้จะทำให้ผู้หญิงที่ยังไม่ติดเชื้อมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากคู่นอนที่ติดเชื้อแล้ว และผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีคู่นอนที่ติดเชื้อมีความเสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนเชื้อและเกิดการดื้อยาต้านไวรัสได้ ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรเดิมไม่ได้ผลอีกด้วย¹⁶ นอกจากนี้ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวียังมีความสัมพันธ์กันกับการไม่เท่าเทียมกันทางเพศที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงทั่วโลก รวมถึงสังคมไทย¹⁷ การที่สังคมไทยยังมีค่านิยมเกี่ยวกับความเป็นใหญ่ของเพศชาย โดยเฉพาะยังคงแฝงอยู่ในเรื่องของเพศสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น การมีเพศสัมพันธ์มักเกิดจากความต้องการของฝ่ายชายเป็นหลัก ผู้หญิงต้องตอบสนองความต้องการทางเพศของฝ่ายชายแม้ไม่เต็มใจ ผู้หญิงมีมุมมองเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ว่าเป็นหน้าที่ของภรรยาต่อสามี การศึกษาของ ดร.ณิ รุจกรกานต์ และคณะ¹⁸ เกี่ยวกับมุมมองทางเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งชายและหญิง พบว่าผู้ติดเชื้อชายเป็นผู้นำในการมีกิจกรรมทางเพศ เป็นผู้ควบคุมและตัดสินใจว่าเพศสัมพันธ์จะมีความปลอดภัยหรือไม่ปลอดภัย

จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากและผลการวิจัยส่วนใหญ่ยังแสดงปัญหาเดิมที่ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและการแพร่กระจายเชื้อ การปกปิดการติดเชื้อต่อคูสมรส การตีตราทางสังคม การไม่ไปตรวจเลือดเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยงเพราะยอมรับการติดเชื้อไม่ได้ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับคู่นอน การเข้าถึงการตรวจรักษาและทัศนคติที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันและการรักษาทั้งในตัวผู้ติดเชื้อ ผู้ให้บริการและระดับนโยบาย ผลการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า การศึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงและรูปแบบการมีเพศ



สัมพันธ์ในครอบครัวหรือในกลุ่มสมรสที่ติดเชื่อมถึงมิติเชิงลึกที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัวไทยที่มีความจำเพาะทางสังคม (social context) ยังจำเป็นต้องทำการศึกษาต่อไป เพราะการศึกษาเชิงลึกยังมีน้อยโดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยที่เชื่อมโยงกับประเด็นความไม่เท่าเทียมทางเพศ การขาดพลังอำนาจในการต่อรองของเพศหญิง และความรู้แรงในครอบครัวทางเพศที่ซ่อนอยู่ในครอบครัวของผู้ติดเชื้อ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจว่า ในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในบริบทสังคมไทยนั้น ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คู่นอนหรือคู่สมรสเป็นอย่างไร และที่สำคัญผู้ป่วยมีความตระหนักและมีการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เมื่อทราบปัญหาจะสามารถนำข้อค้นพบไปหารูปแบบการให้คำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยรวมถึงคู่สมรสในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในมิติเชิงลึกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) เพื่อศึกษาการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศชายและเพศหญิง

การดำเนินการวิจัย เป็นระยะที่ 1 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติ โดยการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method)

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มสมรส/คู่นอนและการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนารูปแบบเทคนิคการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มสมรสที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์รายบุคคลและการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย ดังนี้ 1. การสัมภาษณ์รายบุคคล ทำในกรณีที่ผู้ติดเชื้อไม่เปิดเผยการติดเชื้อกับบุคคลอื่น ซึ่งสัมภาษณ์ในห้องให้คำปรึกษาที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย 2. การสัมภาษณ์กลุ่มย่อย ทำเฉพาะในผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยมูลข้อมูลการติดเชื้อต่อบุคคลอื่น และยินดีเข้าร่วมให้สัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่ม ซึ่ง

สัมภาษณ์ในห้องให้คำปรึกษาที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อรักษาความลับของผู้ป่วยจากบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง

ประชากร มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกระยะ เพศชายและหญิง ที่มารับบริการที่แผนกติดเชื้อโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 2) เป็นผู้ติดเชื้อที่มีคู่นอนหรือคู่สมรสที่ทั้งติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี 3) สามารถพูดคุ้ยเรื่อง ไม่มีปัญหาการได้ยิน และการรับรู้

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างและการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากรอบจำนวนประชากรทั้งหมด 126 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 50 คน และเพศชาย 31 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งลงชื่อใบให้การยินยอม (consent form) และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกระยะของโครงการโดยไม่มีผลต่อการรับบริการที่ได้ตามปกติ และรายละเอียดอื่นๆ ตามเกณฑ์การทำวิจัยในมนุษย์ และผู้ป่วยที่ต้องปกปิดความลับและโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เรียบร้อยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในเพศหญิงและเพศชาย โดยสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่าใช่หรือไม่ เคยหรือไม่เคย มีพฤติกรรมเสี่ยงในแต่ละข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและโครงสร้างคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 คน 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยชนิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structure) โดยการกำหนดหัวข้อในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกว้างและมีโครงสร้างคำถามที่จำเป็นล่วงหน้าเพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและโครงสร้างคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเบื้องต้น ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหาโดยให้ความหมาย การได้คำพูดและการจัดหมวดหมู่เนื้อหา



ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของผู้ติดเชื้อมีเชื้อ HIV ในรอบ 1 ปี พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยต่อการแพร่กระจายเชื้อ HIV ของผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 81 ราย ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหญิงและชายมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนโดยสวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 58 ในขณะที่ร้อยละ 24 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย โดยร้อยละ 80 ทราบว่าเชื้อ HIV ติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์หากไม่สวมถุงยางอนามัย แต่ยังมีผู้ติดเชื้อร้อยละ 19 ที่ไม่ทราบว่าเชื้อ HIV ติดต่อได้ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สวมถุงยางอนามัย และมีผู้ติดเชื้อถึงร้อยละ 27 ที่เชื่อว่าการหลังล้างช่องคลอดปลอดภัยจากการติดเชื้อด้านการเตรียมการ เป็นที่น่าสนใจว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85 เตรียมถุงยางอนามัยไว้พร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนอีกร้อยละ 12 ไม่ได้เตรียมถุงยางอนามัยไว้ก่อน นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73 คิดว่า มีความจำเป็นต้องสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์แม้สามี-ภรรยา/คู่นอน มีการติดเชื้อทั้งคู่ และมีผู้ติดเชื้อถึงร้อยละ 26 เห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ติดเชื้อด้วยกันทั้งสองฝ่าย

2. การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อ HIV จากการสำรวจการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV (n=50) พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 38 ยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน/สามี ที่ปฏิเสธการสวมถุงยางอนามัย โดยผู้ติดเชื้อไม่ถึงกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัว (ร้อยละ 48) เคยปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอน อีกกึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ไม่ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอน ซึ่งในผู้ที่เคยปฏิเสธพบว่า การปฏิเสธส่วนใหญ่ของหญิงประสบความสำเร็จร้อยละ 68 อีกร้อยละ 22 การปฏิเสธไม่สำเร็จ การวิจัยยังพบว่าผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 6 ที่เคยถูกคู่นอนหรือสามีเคยใช้กำลังบังคับหรือทำร้ายร่างกาย รวมถึง การใช้คำพูดข่มขู่ คุกคาม หรือคำพูดที่ทำให้ไม่สบายใจ เพื่อบังคับให้ผู้ติดเชื้อ HIV มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยด้วยเมื่อพวกเขาปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน

ผลการวิจัยยังพบอีกว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 64 คิดว่าผู้ติดเชื้อ HIV ปฏิเสธเมื่อไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหรือสามีที่ไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ อีกร้อยละ 34 คิดว่า ผู้ติดเชื้อ HIV ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย แม้ส่วนใหญ่คิดว่าผู้ติดเชื้อ HIV ปฏิเสธแต่กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) คิดว่าการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงกับฝ่ายชายนั้นจะมีผลเสียต่อเธอมากกว่าผลดี มีเพียงร้อยละ 34 ที่คิดว่าการปฏิเสธนั้นจะมีผลดีมากกว่าผลเสีย

2.2 การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อ HIV (n=31) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย เกี่ยวกับการปฏิเสธเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของกลุ่มตัวอย่างชาย พบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ติดเชื้อชายยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหรือภรรยา ที่ปฏิเสธการสวมถุงยางอนามัยของตน ในขณะที่คู่นอนของผู้ติดเชื้อชายถึงร้อยละ 61 เคยปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สวมถุงยางอนามัย อีกร้อยละ 39 ไม่ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง แต่การปฏิเสธของคู่นอนหรือภรรยาของผู้ติดเชื้อชายปฏิเสธได้สำเร็จร้อยละ 48 อีกร้อยละ 42 การปฏิเสธนั้นไม่สำเร็จ กลุ่มผู้ติดเชื้อชายร้อยละ 74 คิดว่าผู้ติดเชื้อ HIV ปฏิเสธเมื่อไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหรือสามีที่ไม่สวมถุงยางอนามัย อีกร้อยละ 23 มีทัศนคติว่า ผู้ติดเชื้อ HIV ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย แต่กลุ่มตัวอย่างชายส่วนใหญ่ไม่เคยใช้กำลังทำร้ายคู่นอนที่ปฏิเสธ มีเพียงร้อยละ 3 ที่เคยใช้คำพูดข่มขู่ คุกคาม หรือคำพูดที่ทำให้ไม่สบายใจ เพื่อบังคับให้สตรีมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยด้วย และกลุ่มผู้ติดเชื้อชายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) คิดว่าการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของผู้ติดเชื้อต่อฝ่ายชายนั้นจะมีผลเสียมากกว่าผลดี เพียงร้อยละ 39 ที่คิดว่าการปฏิเสธนั้นจะมีผลดีมากกว่าผลเสีย

3. วิธีการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและรายกลุ่ม เกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิเสธเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV ที่ยินดีเข้าร่วมสัมภาษณ์รายกลุ่มจำนวน 20 คน ผลการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิเสธเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อกับคู่นอนหรือคู่สมรสโดยใช้เทคนิคหรือวิธีการ 3 วิธี คือ การปฏิเสธด้วยวาจา การช่วยให้คู่นอนถึงจุดสุดยอดโดยวิธีอื่น



และการปฏิเสธโดยการเลื่อนการมีเพศสัมพันธ์ออกไป นอกจากนี้ยังพบว่าผลของการปฏิเสธนั้นมีทั้งปฏิเสธสำเร็จ และปฏิเสธไม่สำเร็จ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ปฏิเสธด้วยวาจา จากการสัมภาษณ์รายบุคคล และสัมภาษณ์กลุ่มย่อย พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการปฏิเสธด้วยคำพูดมากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่เลือกใช้วิธีนี้แตกต่างกันไป ได้แก่ การให้เหตุผลกับคู่ก่อนว่าจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ (ในกรณีที่ติดเชื้อฝ่ายเดียว) และเชื่อตัวยายได้ (ในกรณีติดเชื้อทั้งสองฝ่าย), การให้เหตุผลอ้างว่าไม่สบายและการโกหกเพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในครั้งนั้น

3.1.2 การทำความเข้าใจด้วยเหตุผลว่าจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ ตัวอย่างจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

“ส่วนใหญ่เวลาเรามีเพศสัมพันธ์จะใส่ถุงยางอนามัยตลอด เตรียมไว้บนหัวเตียงตลอด ถ้าไม่มีถุงยางก็จะไม่มีเพศสัมพันธ์กัน ผมกับภรรยาจะตกลงกันเลยว่า จะไม่มีเพศสัมพันธ์กันถ้าไม่ใส่ถุงยางอนามัย ต่างคนก็ต่างรู้เหตุผลว่าถ้าไม่ใส่ เชื้อมันคนละสายพันธุ์กัน จะทำให้ติดเชื้อกันได้ รวมถึงไม่ใส่ถุงยางอนามัยชายและหญิงพร้อมกันเพราะจะทำให้ถุงยางแตกครีบ” (ผู้ติดเชื้อเพศชาย อายุ 39 ปี)

“โอ๊ย ของพี่ถ้าไม่ใส่ถุงยาง พี่ไม่ให้เอา(มีเพศสัมพันธ์) เด็ดขาด เป็นนัยเป็นนัย สุขภาพเราเราก็ต้องห่วง ให้เขาเอาก็เหมือนเอาเชื้อเขามาเพิ่มให้เรา ก็ต้องไม่ยอม เขาก็ฟังนะ สามีนี่นะ ต้องบอกเขา...” (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย)

“ถุงยางต้องเตรียมให้พร้อม เบิกมาไว้ที่ละกล่อง 2 กล่อง จากโรงพยาบาล พกไว้ที่กระเป๋เงินอันหนึ่ง เผื่อช่วงเดินทาง บอกเขาว่าต้องใส่ถุงยางเพราะเจ้าหน้าที่ย้าว่าเดี๋ยวเชื้อจะตัวยาย เพราะยามันคนละตัวเชื้อคนละตัวกัน...” (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย)

3.1.2 ปฏิเสธโดยอ้างว่าไม่สบาย ตัวอย่างจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล “ถ้าเราไม่อยากมีอะไร (มีเพศสัมพันธ์) กับเขาคือเราไม่พร้อม ก็จะโกหกเขาว่าวันนี้ฉันไม่สบาย เป็นไข้ วันหลังค่อยเอา (ค่อยมีเพศสัมพันธ์)” (ข้อมูลบางส่วนจากการทำกลุ่มย่อย)

3.1.3 ปฏิเสธด้วยการโกหก ตัวอย่างจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล “บางทีถ้าคิดว่า เขาจะไม่ยอมจริง ๆ ก็จะโกหกเขาว่าเป็นประจำเดือน...” (ข้อมูลจากผู้ติดเชื้อหญิง)

3.2 หลีกเลี่ยงการใช้วิธีอื่นช่วยให้สามีถึงจุดสุดยอด หญิงที่ให้ข้อมูลบางคน ให้ข้อมูลว่า บางครั้งสามี

มีความต้องการทางเพศ ถ้าตนไม่ยอมรับร่วมเพศ ก็จะใช้วิธีการช่วยสามีให้ถึงจุดสุดยอดโดยการใช้มือช่วยสามีแทนการร่วมเพศทางช่องคลอด

ตัวอย่างจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล “ถ้าเขามีความต้องการมาก ๆ บางทีพี่ก็เห็นใจ มันหยุดไม่อยู่แล้ว ก็อารมณ์ของเขาเต็มที่แล้ว แต่เราจะไม่ค่อยมีอารมณ์ ก็จะใช้มือช่วยเขา ช่วยจนเขาถึงจุดสุดยอด เขาก็ได้แต่ลูป ๆ คล้า ๆ เรา แล้วเขาก็ถึงจุดสุดยอด เราก็พอแค่นั้น ก็เสร็จ เราจะไม่ถึงจุดสุดยอดหรอกแต่ไม่เป็นไร ให้เขาถึงก็พอ” (ข้อมูลจากผู้ติดเชื้อหญิง)

3.3 การปฏิเสธด้วยการไม่ยอมให้มีเพศสัมพันธ์ ตัวอย่างจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล “ถ้าพี่ไม่อยากมี ก็จะบอกเขาว่าไม่มีอารมณ์ แต่ผู้ชายล่ะนะ บางทีเขาก็ไม่ฟังหรอกจะเอาให้ได้ เราก็บอกเขาว่าไม่ได้ ยังงัยก็ไม่ได้ หันหลังให้ นอนเลย...” “จะตกลงกันว่า ถ้าไม่ใส่จะไม่ให้เอา(มีเพศสัมพันธ์) วันไหนใส่ถุงถึงจะให้เอา ไม่ใส่ก็ไม่ให้เอา ต่ำให้ด้วยถ้าไม่ใส่” (ข้อมูลจากผู้ติดเชื้อหญิง)

4. ผลของการปฏิเสธ การปฏิเสธของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จ ดังนี้

4.1 ปฏิเสธสำเร็จ ตัวอย่างจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล “คู่ของหนู ถ้าบอกเขาดี ๆ ก็สำเร็จทุกครั้งนะ ไม่มีว่าถ้าไม่อยากมีอะไรด้วยแล้วจะบังคับหนู บังคับหนูไม่ได้หรอก ถ้าหนูบอกว่าไม่อยากมี เขาก็หยุด”

4.2 ปฏิเสธไม่สำเร็จ หญิงที่ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งกล่าวว่าส่วนมากการปฏิเสธของตนเองไม่ค่อยสำเร็จ ด้วยเหตุผลหลายประการได้แก่ ไม่อยากขัดใจสามี ตนเองก็มีความต้องการทางเพศเช่นกัน คิดว่าเป็นหน้าที่ของภรรยา กลัวถูกทำร้าย ดังคำบอกเล่าในการทำกลุ่มย่อย “เขาอยากได้(มีเพศสัมพันธ์) ก็ไม่อยากขัดใจ เราทำให้เขาได้เราก็ทำไม่ใส่ถุงยางก็ให้ทำ” “ก็ยอมสิ ไม่รู้จะขัดไปทำไม เขาก็คือสามีเรา อยู่ด้วยกันมา ร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน เราก็ต้องการเช่นกัน ใส่ถุงยางแล้วก็สบายใจ ไม่ใส่ก็ไม่ได้” “เป็นหน้าที่ของเรา ไม่ได้คิดอะไรมาก เขาอยากได้ (มีเพศสัมพันธ์) ก็ให้เขาเห็นเขาทำงานมาเหนื่อย เขาก็ทำหน้าที่ของเขา เราก็ทำหน้าที่ของเราคือให้เขามีเพศสัมพันธ์ด้วย มันก็เป็นเรื่องธรรมดา ไอ้การมีเพศสัมพันธ์นะ บางทีก็มีแบบไม่ใส่เหมือนกันถุงยางอนามัยนะ แต่ส่วนมากจะใส่ ถ้าวันไหนหาไม่ทันก็ไม่ใส่” (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย)

“ไม่ให้มัน มันก็จะโกรธ กลัวมันตีเอา พี่ที่เคยโดน



มา ยังไงมันก็จะเอาให้ได้เราเป็นผู้หญิงจะสู้อะไรเขาได้เจ็บตัวเปล่าๆ บางทีก็ยอม ๑ ให้มันเอา (มีเพศสัมพันธ์) ให้มันแล้วเสร็จ จะได้จบ ๑ ไป ไม่เจ็บตัวมาก ขึ้นใจต่อร้องต่อเถียงกับมัน(สามี)" (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย)
 "เวลามีอะไรกันแฟนก็ใส่ ๑ ถอด ๑ บอกว่าไม่เป็นธรรมชาติบ้าง ไม่ค่อยถนัดบ้าง หนูก็บอกเขาให้ใส่ บางทีจุกจิกกับเขามาก อารมณ์ไม่ดีมา เขาก็ดึงออก ได้ทะเลาะกันอยู่.... (ข้อมูลจากผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 35 ปี)

"บางทีปฏิเสธมากเขาก็จะว่าเราได้ว่าไปมีอะไรกับใครหรือเปล่า ถึงไม่อยากทำ (มีเพศสัมพันธ์) กับสามี เขาก็จะสงสัย ก็ต้องยอม ไม่อยากให้มีปัญหา เดี่ยวทะเลาะกันอีก" (ข้อมูลจากผู้ติดเชื้อหญิง)

จากการสัมภาษณ์โดยให้ตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกยังมีข้อมูลสรุปได้ถือว่า ผู้ให้ข้อมูลหญิง ให้ข้อเสนอแนะจากประสบการณ์จริงในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือการไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน คือ ให้พูดกับสามีหรือคู่นอน โดยบอกถึงเหตุผลของตนเองก่อน จากนั้นเรียนรู้ว่าสำเร็จหรือไม่ ส่วนใหญ่จะสำเร็จ ถ้าไม่สำเร็จจะใช้ข้ออ้างทั้งที่เป็นความจริงและเหตุผลที่ไม่เป็นความจริง (ยอมโกหกบางเหตุผล) เช่น เป็นไข้ เป็นประจำเดือน ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ว่าถ้าปฏิเสธโดยแสดงพฤติกรรมชัดเจนหรือใช้คำพูดไม่สุภาพ ทำให้สามี/คู่นอนไม่พอใจจะเกิดการทะเลาะกัน บางคู่จะใช้คำพูดพาดพิงไปถึงเรื่องอื่น เช่น การมีสุขภาพบกร่องของแต่ละฝ่ายในอดีต ความเป็นสามีภรรยาอื่น รวมถึงบางคู่มีการทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกัน

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยนี้คล้ายกับผลการวิจัยอื่นที่พบว่าผู้ติดเชื้อนิยมใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีและป้องกันการตั้งครรภ์มากที่สุด แต่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ยังไม่สวมถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ¹⁹⁻²³ การวิจัยนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นในกรณีที่คูสมรสหรือคู่นอนไม่ติดเชื้อ และเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเพิ่มและเชื้อดื้อยาในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างและคู่นอนหรือสามีติดเชื้อทั้งคู่ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สวมถุงยางอนามัย^๑ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อ ว่าการที่ผู้ติดเชื้อที่

มักไม่ชอบสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์นั้น มีสาเหตุแตกต่างกันคือฝ่ายหญิงยอมให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยแม้ฝ่ายชายไม่ใส่ถุงยางอนามัยเนื่องจากไม่มีอำนาจต่อรองกับฝ่ายชาย เพราะเรียนรู้ว่าเมื่อต่อรองแล้ว จะถูกปฏิเสธ ถูกทุบตี หรือถูกทอดทิ้ง รวมถึงการยอมตามใจฝ่ายชายเพื่อให้เป็นที่พอใจของฝ่ายชาย¹⁸ จากการศึกษาที่ผ่านมาจึงพบว่าผู้ชายที่มักไม่สวมถุงยางอนามัยนั้นเพราะทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลงหรือบางครั้งคู่นอนไม่ยินยอมให้สวมถุงยางอนามัย^{18,24,25}

ประเด็นที่น่าสนใจจากงานวิจัยนี้พบว่า แม้ผู้ติดเชื้อทุกรายจะได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์โดยการใส่ถุงยางอนามัยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและการแลกเปลี่ยนเชื้อจนทำให้เพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และเกิดภาวะดื้อยาต้านไวรัสเอ็ดส์ แต่กลับพบว่าผู้ติดเชื้อเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง มีหลายคนที่ไม่ได้ใส่ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และหลายคนไม่ได้ใส่กับทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย โดยเฉพาะกรณีที่คู่นอนหลายคน ซึ่งตรงกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคนถึงร้อยละ 35 และไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยกับทุกคนและทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมากทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ที่พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีที่ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ใช้มากที่สุด^{19,21-24,26} แต่ปัญหาคือการใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่ต่อเนื่องขณะมีเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อ^{19,24,25}

ด้านการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนของผู้ติดเชื้อ งานวิจัยนี้พบว่าการใช้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงไม่เคยปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนถึงร้อยละ 50 นั้น และการปฏิเสธส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างสำเร็จร้อยละ 68 มีกลุ่มตัวอย่างถึงแม้จะเป็นส่วนน้อย ร้อยละ 6 ที่คู่นอนหรือสามีเคยใช้กำลังบังคับ ทุบตี หรือทำร้ายร่างกาย รวมถึง การใช้คำพูดข่มขู่ คุกคาม หรือคำพูดที่ทำให้ไม่สบายใจ แสดงให้เห็นความรุนแรงในครอบครัวและสังคมไทยเพื่อบังคับให้สตรีมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยด้วย กลุ่มตัวอย่างชายร้อยละ 74 เพศหญิงร้อยละ 64 ที่คิดว่าผู้หญิงมีสิทธิ์ปฏิเสธเมื่อไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหรือสามีที่ไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ เพศชายอีกร้อยละ 23 เพศหญิงร้อยละ 34 คิดว่า ผู้หญิงไม่มีสิทธิ์ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 62 คิดว่าการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงกับฝ่ายชายนั้นจะมีผลเสียมากกว่าผลดี แสดงให้เห็นถึงบทบาททางเพศของ



ผู้หญิงไทยที่ยังอยู่ภายใต้อำนาจความเป็นเพศชายตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยส่วนหนึ่งมาจากในสภาพสังคมไทย ผู้หญิงยังต้องพึ่งพาสามีที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งผู้หญิงอยู่ในฐานะภรรยาและแม่ของลูกซึ่งถูกคาดหวังโดยสังคมที่เกี่ยวกับการดูแล เลี้ยงดู ปรนนิบัติสามีและลูกตลอดจนทำงานบ้านเพื่ออำนวยความสะดวก ความผาสุก ของคนในครอบครัวจนบางครั้งไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง^{27,28}

อีกทั้งความเป็นอยู่ของหญิงไทยในเรื่องเศรษฐกิจยังต้องพึ่งพารายได้จากฝ่ายชายโดยเฉพาะสตรีที่มีการศึกษาต่ำและมีระดับรายได้ต่ำ สตรีเหล่านี้จึงต้องพึ่งพาสามีหรือคู่ครองในเรื่องการเงิน ทำให้อำนาจการต่อรองและการปฏิเสธเพื่อทำตนเองปลอดภัยนั้นลดน้อยลงไปอีก^{7,8,14,16}

การที่สตรีต้องทำให้สามีพึงพอใจในเรื่องของความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ด้วยซึ่งสตรีและสังคมไทยยังถือว่าเป็นหน้าที่ของภรรยาที่พึงปฏิบัติต่อสามี¹⁸ นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างทั้งชาย (ร้อยละ 61) และหญิง (ร้อยละ 62) มีความคิดเห็นว่าการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับฝ่ายชายนั้นจะมีผลเสียมากกว่าผลดี เพราะผู้ติดเชื่อหญิงบางคนมีประสบการณ์การถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจจากสามีหรือคู่ครอง จึงทำให้เกิดความกลัว ไม่ว่าจะเป็นการกลัวการถูกทำร้าย ทุบตี ต่ำทอ กลัวสามีจะทอดทิ้ง และกลัวสามีหรือคู่ครองไม่สนับสนุนด้านการเงิน และอยู่ในสภาวะที่ต้องพึ่งพาสามี จึงทำให้ผู้ติดเชื่อหญิงเหล่านั้นติดอยู่ในวังวนของการไร้อำนาจต่อรองและเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ WHO^{15,17} ที่พบว่าแม้หลายประเทศทั่วโลกจะรณรงค์ความเท่าเทียมกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า สตรีหลายล้านคนทั่วโลกยังถูกเลือกปฏิบัติและถูกข่มเหงอันเนื่องจากเพศ และยังพบอีกว่าสตรีอย่างน้อย ร้อยละ 30 ต้องตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงทางเพศโดยเฉพาะในครอบครัวรวมถึงการถูกปฏิเสธสิทธิทางเพศและความเท่าเทียมทางเพศรวมถึงการสิทธิในการปกป้องตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์และการติดเชื่อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการให้คำปรึกษาและการพัฒนาทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยแก่ผู้ติดเชื่อด้วย เพราะจากการวิจัยพบว่าแม้ผู้ป่วยจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการแพร่กระจาย แต่ไม่สามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคู่ครองได้โดยเฉพาะในผู้ติดเชื่อหญิง

2) ประชาสัมพันธ์นโยบายปกป้องสิทธิสตรีและการกระทำรุนแรงในครอบครัวโดยเฉพาะความรุนแรงทางเพศเพื่อให้สังคมและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญ รู้จักพิทักษ์สิทธิของตนเองและไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่นซึ่งรวมถึงประเด็นการบังคับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในครอบครัว/คู่สมรส

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการที่ได้ทุนวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์จากคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์ทุกราย ขอพระคุณที่มาจากโรงพยาบาลที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

References

1. Ministry of Public Health. The situation of AIDS patients in Thai 2016 [Available from: <http://www.anamai.moph.go.th>].
2. Department of Health. The situation of AIDS patients in Thai 2016 [Available from: <http://www.anamai.moph.go.th>].
3. Bureau of AIDS TB and STIs MOPH. Sexually Transmitted Infection 2015 [Available from: <http://aidssti.ddc.moph.go.th>].
4. Bureau of Policy and Strategy MoPH. Strategy, KPI and Data approach Guideline for 2015 2014 [Available from: http://bps.moph.go.th/sites/default/files/strategy_and_kpi_2558_.pdf].
5. Department of Disease Control MoPH. DDC Watch 2014 [Available from: <http://www.ddc.moph.go.th>].
6. Burinkul P, Phongkaew W, Soparat P. Self-care of people living with HIV/AIDS receiving antiretroviral drugs. Nursing Journal 2007; 30(1): 143-53.
7. Talerd W, Boonyaleepun S. Health Behaviors of Working-Age Patients with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy at Community Hospitals in Surin Province. Journal of Nursing and Health Care 2014; 32(1): 59-68.
8. Fried ST, Kelly B. Gender, Race+Geography=Jeopardy: Margin.. Women, Human Rights and HIV in the United States. Women's Health Issues 2011; 21(6S): S243- S9.



9. AIDS Education & Research Trust. HIV & AIDS Stigma and Discrimination 2014 [Available from: <http://www.avert.org/hiv-aids-stigma-anddiscrimination.htm>.
10. AIDS Education & Research Trust. HIV & AIDS in Thailand 2014 [Available from: <http://www.avert.org/hiv-aids-thailand.htm>.
11. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, et al. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care* 2005; 17(4): 413-24.
12. Nattabi B, Li J, Thompson SC, Orach CG, Earnest J. Between a rock and a hard place: stigma and the desire to have children among people living with HIV in northern Uganda. *J Int AIDS Soc* 2012; 15(2): 17421.
13. Chiyasit Y, Janbulvat K, Soboon S, Kultalea A. Spiritual Distress Healing for People Living with HIV/AIDS: The Nursing Roles. *Journal of Nursing and Health Care* 2017; 35(3): 31-8.
14. Bott JS. HIV and Midwifery Practice. Wiltshir: Cromwell Press; 2005.
15. WHO. Women's health. Fact sheet N°334 2013 [Available from: http://www.who.int/gender/hiv_aids/en/.
16. Kaiser Family Foundation. The Global HIV/AIDS Epidemic 2014 [Available from: <http://kff.org/hivaids/fact-sheet/the-global-hivaids-epidemic/>.
17. Office of the High Commissioner for Human Rights UN. Women's Human Right and Gender Equality 1996-2015a [Available from: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/WRGSIndex.aspx>.
18. Rujkorakarn D, Kownaklai J, Meena P, Khamenkhan K, Jandeekrayom S, Piyasuwan S, et al. Overviews on sexual intercourse of HIV infected people taking Anti-Retroviral drugs: Duty or Happiness. *Journal of Nurses Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(1): 12-21.
19. Nakaie N, Tuon S, Nozaki I, Yamaguchi F, Sasaki Y, Kakimoto K. Family planning practice and predictors of risk of inconsistent condom use among HIV-positive women on anti-retroviral therapy in Cambodia. *BMC Public Health* 2014; 14: 170.
20. Myer L, Rebe K, Morroni C. Missed opportunities to address reproductive health care needs among HIV-infected women in antiretroviral therapy programmes. *Trop Med Int Health* 2007; 12(12): 1484-9.
21. Badell ML, Lathrop E, Haddad LB, Goedken P, Nguyen ML, Cwiak CA. Reproductive healthcare needs and desires in a cohort of HIV-positive women. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2012; 2012: 107878.
22. Harrington EK, Newmann SJ, Onono M, Schwartz KD, Bukusi EA, Cohen CR, et al. Fertility intentions and interest in integrated family planning services among women living with HIV in Nyanza Province, Kenya: a qualitative study. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2012; 2012: 809682.
23. Carter MW, Kraft JM, Hatfield-Timajchy K, Snead MC, Ozeryansky L, Fasula AM, et al. The reproductive health behaviors of HIV-infected young women in the United States: A literature review. *AIDS Patient Care STDS* 2013; 27(12): 669-80.
24. Kikuchi K, Wakasugi N, Poudel KC, Sakisaka K, Jimba M. High rate of unintended pregnancies after knowing of HIV infection among HIV positive women under antiretroviral treatment in Kigali, Rwanda. *BioScience Trends* 2011; 5(6): 255-63.
25. Wall KM, Haddad L, Vwalika B, Htee Khu N, Brill I, Kilembe W, et al. Unintended pregnancy among HIV positive couples receiving integrated HIV counseling, testing, and family planning services in Zambia. *PLoS One* 2013; 8(9): e75353.
26. Myer L, Rebe K, Morroni C. Missed opportunities to address reproductive health care needs among HIV-infected women in antiretroviral therapy programmes %J *Trop Med Int Health* 2007; 12(12): 1484-9.
27. Frank KO, Blundo R, Brabant S. HIV – Infected woman in Louisiana: psychosocial consideration. *AIDS Patients Care* 1995; 9(6): 111-20.
28. Rose MA. Health concerns of woman with HIV / AIDS. *JANAC* 1993; 4(3): 39-45.