นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article

ความตั้งใจในการเข้ารับการรักษาและแยกกักตัวโรคฝีดาษวานร ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดชลบุรี

Healthcare-seeking and self-isolation intentions for mpox among men who have sex with men in Chonburi Province

เบญจมาศ กล้าหาญ*
จิตติ หาญประเสริฐพงษ์
พัชราภรณ์ ไกรนรา
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Benjamas Klahan
Jitti Hanprasertpong
Patcharaporn Krainara
Faculty of Medicine Vajira Hospital
Navamindradhiraj University

*Corresponding author e-mail: 6701201006@nmu.ac.th

DOI: 10.14456/taj.2025.11
Received: July 8, 2025 **Revised:** July 23, 2025 **Accepted:** August 11, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเข้ารับการรักษา และการแยกกักตัวจากโรคฝีดาษวานร ตลอดจนวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 18-45 ปี จำนวน 421 คน คัดเลือกแบบสะดวก โดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 26-35 ปี (ร้อยละ 42.52) สถานภาพโสด (ร้อยละ 91.21) จบปริญญาตรี (ร้อยละ 36.82) ทำงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 43.47) อาศัยในเขตเมือง (ร้อยละ 87.65) และเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร (ร้อยละ 82.42) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเข้ารับการรักษาระดับสูง (ร้อยละ 93.35) แต่ความตั้งใจแยกกักตัวอยู่ในระดับต่ำกว่า (ร้อยละ 69.60) การวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค (OR_{adj} = 3.36, 95% CI = 1.08-10.43) และผลตรวจเอชไอวีเป็นลบ (OR_{adj} = 4.39, 95% CI = 1.23-15.72) มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเข้ารับการรักษา ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจแยกกักตัว ได้แก่ ไม่มีคู่นอน และการมีคู่นอน 1 คนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (OR_{adj} = 3.15 และ 2.57 ตามลำดับ) ทัศนคติระดับสูง (OR_{adj} = 2.82, 95% CI = 1.56-5.09) และการรับรู้ความเสี่ยงสูง (OR_{adj} = 2.18, 95% CI = 1.45-4.25) การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเข้ารับการรักษาระดับสูง แต่ความตั้งใจแยกกักตัวจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม โดยเน้นการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสมและเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อมาตรการด้านสาธารณสุข

Abstract

This cross-sectional survey aimed to examine intentions for healthcare seeking and self-isolation for mpox and to identify factors influencing these intentions among men who have sex with men (MSM) in

Chonburi Province, Thailand. The sample consisted of 421 MSM aged 18-45 years old, selected through convenience sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression. The majority of participants were aged 26-35 years (42.52%), single (91.21%), held a bachelor's degree (36.82%), worked in private companies (43.47%), lived in urban areas (87.65%), and had previously received information about mpox (82.42%). Most participants showed a high intention to seek healthcare (93.35%), while the intention to self-isolate was lower (69.60%). Multivariable analysis indicated that having received information about the disease (OR_{adj} = 3.36, 95% CI = 1.08-10.43) and having an HIV-negative test result (OR_{adj} = 4.39, 95% CI = 1.23-15.72) were significantly associated with the intention to seek healthcare. Factors associated with the intention to self-isolate included having no sexual partner and having one sexual partner in the past three months (ORadj = 3.15 and 2.57, respectively), a high level of positive attitude (OR_{adj} = 2.82, 95% CI = 1.56-5.09), and high perceived risk (OR_{adj} = 2.18, 95% CI = 1.45-4.25). The findings suggest that while MSM show a strong intention to seek healthcare, their willingness to self-isolate remains comparatively lower. Interventions should prioritize effective risk communication and foster positive attitudes toward public health measures.

คำสำคัญ	Keywords
โรคฝีดาษวานร; ความตั้งใจ;	*mpox; health intentions;*
การเข้ารับการรักษา;การแยกกักตัว;	*seeking healthcare; self-isolation;*
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	*men who have sex with men*

บทนำ

โรคฝีดาษวานร (monkeypox หรือ mpox) เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่เกิดจากเชื้อไวรัส ซึ่งมีอาการคล้ายโรคฝีดาษ แต่อาการโดยรวมรุนแรงน้อยกว่า[1] ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 มีการระบาดของโรคฝีดาษวานรในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในทวีปยุโรปและอเมริกา โดยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือชายที่เป็นบุคคลรักร่วมเพศ หรือรักสองเพศ และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men, MSM) ซึ่งโรคแพร่กระจายจากคนสู่คน ผ่านการสัมผัสทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคฝีดาษวานรเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศในปี พ.ศ. 2565 และอีกครั้งในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินการตอบสนองร่วมกันในระดับนานาชาติ[2]

ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2568 มีรายงานผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 867 ราย โดยร้อยละ 97.46 เป็นเพศชาย และจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงสุดคือ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี และนนทบุรี[3] โดยจังหวัดชลบุรีมีผู้ติดเชื้อสะสม 84 ราย ร้อยละ 98.75 เป็นเพศชาย และส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน มีคู่นอนหลายคน และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus, HIV)[4] ทั้งนี้ ประเทศไทยมีประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายประมาณ 592,966 ราย ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฝีดาษวานร[5,6] มาตรการสำคัญในการควบคุมโรคฝีดาษวานร ได้แก่ การฉีดวัคซีนในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยจะมีประสิทธิผลในการควบคุมโรคหากมีความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 50 อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ที่ความครอบคลุมวัคซีนน้อยกว่าร้อยละ 50 การแยกกักตัวผู้ติดเชื้อมีบทบาทสำคัญในการลดการแพร่ระบาดของโรค[7] การศึกษาต่างประเทศระบุว่าความตั้งใจในการเข้ารับการรักษา

อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.00-92.21[8,9] โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์ เช่น อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ จำนวนคู่นอนการใช้การเสพติดเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ทางเพศ การติดเชื้อ HIV การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของมาตรการควบคุม รวมถึงความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค[8,9] ในขณะเดียวกันความตั้งใจในการแยกกักตัวมีความหลากหลายระหว่างประเทศร้อยละ 44.00-88.60 โดยสัมพันธ์กับปัจจัยที่คล้ายคลึงกัน เช่น อายุ การศึกษา รายได้ จำนวนคู่นอน ทัศนคติ และการรับรู้ความเสี่ยง[8-12]

แม้จะมีการศึกษาในหลายประเทศ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความตั้งใจในการเข้ารับการรักษา และการแยกกักตัวในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อฝีดาษวานรในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายค่อนข้างมาก โดยการศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจ การเข้ารับการรักษาและความตั้งใจที่จะแยกกักตัว และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่จังหวัดชลบุรี โดยข้อมูลจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับกำหนดแนวทางมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษวานร

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางที่ดำเนินการหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA 059/2568 ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่างคือเพศชาย อายุ 18-45 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีไม่น้อยกว่า 1 ปี มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Cochran[13] สำหรับการวัดสัดส่วนในประชากรกลุ่มเดียว โดยกำหนดค่าความชุกของความตั้งใจเท่ากับร้อยละ 52.50[8] ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 เพื่อรองรับปัญหาการไม่ตอบกลับหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริงจำนวน 421 คน การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก โดยร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคมในพื้นที่เข้าถึงสถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายรวมตัวกัน เช่น คลินิกเฉพาะทาง ร้านสปา หรือสถานบันเทิง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาและการแยกกักตัวจากโรคฝีดาษวานร[8-12,14-17] ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 7 ข้อ (2) ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 8 ข้อ (3) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร 8 ข้อ (4) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน จำนวน 22 ข้อ (5) ความตั้งใจเข้ารับการรักษา 1 ข้อ และ (6) ความตั้งใจในการแยกกักตัว 1 ข้อ ในส่วนของแบบสอบถามในข้อ (3) และ (4) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 เท่ากับ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง 5 เท่ากับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยในคำถามเชิงลบใช้การให้คะแนนกลับด้าน และเนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยเป็นการประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมหลายแหล่ง ซึ่งยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนในการจำแนกระดับคะแนน ดังนั้น ผลคะแนนจากส่วนดังกล่าวจึงจำแนกระดับเป็น 3 ระดับ โดยค่าต่ำกว่าร้อยละ 33.3 ถือว่า “ระดับต่ำ” ค่าร้อยละ 33.3-66.7% “ระดับปานกลาง” และมากกว่าร้อยละ 66.7 ถือว่า “ระดับสูง” เพื่อเพิ่ม

ความชัดเจนในการวิเคราะห์และตีความข้อมูล

ความเที่ยงตรงของเครื่องมือประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 20 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient พบว่า ทัศนคติมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ 0.72 ขึ้นไป การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุด สำหรับอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยเริ่มจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p<0.20$[18] เพื่อเข้าสู่การวิเคราะห์ multivariable logistic regression โดยแสดงผลเป็นค่า adjusted odds ratio (OR_{adj}) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval, 95% CI) เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจเข้ารับการรักษาและตั้งใจแยกกักตัวโรคฝีดาษวานร

ผลการศึกษา

จากการศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดชลบุรี จำนวน 421 คน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 42.52 อายุเฉลี่ย 29.46 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 91.21 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.82 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 43.47 อาศัยในเขตเมือง ร้อยละ 87.65 และมีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 62.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร ร้อยละ 82.42 โดยแหล่งข้อมูลหลักคือสื่อออนไลน์ (Facebook, Instagram, X, TikTok, LINE, YouTube) ร้อยละ 61.52 รองลงมาคือ เว็บไซต์ของหน่วยงานด้านสุขภาพ ร้อยละ 34.92 และสื่อวิทยุ/โทรทัศน์ ร้อยละ 23.99 ในด้านสุขภาพและพฤติกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติติดเชื้อฝีดาษวานร ร้อยละ 93.44 ไม่มีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อร้อยละ 96.91 ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 81.71 โดยในผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ พบว่า มีคู่นอน 1 คนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 45.84 และเป็นคู่นอนประจำ ร้อยละ 49.41 ไม่มีประวัติติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 85.27 ผลตรวจ HIV เป็นลบ ร้อยละ 55.58 และไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดเพื่อเสริมประสบการณ์ทางเพศ ร้อยละ 94.06 ในด้านทัศนคติและการรับรู้ พบว่า ร้อยละ 66.75 มีทัศนคติระดับต่ำ

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำทั้ง 5 ด้าน โดยการรับรู้ถึงความสามารถในการป้องกันโรคฝีดาษวานร เป็นปัจจัยที่มีสัดส่วนผู้รับรู้อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 64.85 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคฝีดาษวานร ร้อยละ 63.66 และการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร ร้อยละ 63.42 ตามลำดับ โดยความตั้งใจเข้ารับการรักษาโรคฝีดาษวานรอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.35 แต่ความตั้งใจแยกกักตัวอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.60

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจเข้ารับการรักษาด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบปัจจัยสำคัญ ได้แก่ อายุ 36-45 ปี การเคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พฤติกรรมทางเพศ การมีคู่นอน ผลตรวจ HIV ทัศนคติ และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจแยกกักตัว ได้แก่ การเคยรับรู้ข้อมูล ไม่มีคู่นอน มีคู่นอน 1 คน การไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดเพื่อเสริมประสบการณ์ทางเพศ ทัศนคติในระดับสูง การรับรู้ความเสี่ยงสูง และการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ เมื่อวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ multivariable logistic regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความตั้งใจเข้ารับการรักษา ได้แก่ การเคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (OR_{adj} = 3.36, 95% CI = 1.08-10.43) และผลตรวจ HIV เป็นลบ (OR_{adj} = 4.39, 95% CI = 1.23-15.72) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจแยกกักตัว ได้แก่ การไม่มีคู่นอนและมีคู่นอน 1 คนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (OR_{adj} = 3.15 และ 2.57 ตามลำดับ) การมีทัศนคติระดับสูง (OR_{adj} =

2.82, 95% CI = 1.56-5.09) และการรับรู้ความเสี่ยง ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2
ระดับสูง (OR_{adj} = 2.18, 95% CI = 1.45-4.25)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจเข้ารับการรักษาโรคฝีดาษวานร โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว และสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (n=421)

ปัจจัย	ความตั้งใจการเข้ารับการรักษา		OR (95%CI)	p-value	OR_{adj} (95%CI)	p-value
	ไม่มี	มี				
อายุ (ปี)						
18-25 ปี	16 (10.26)	140 (89.74)	Ref.		Ref.	
26-35 ปี	10 (5.59)	169 (94.41)	1.93 (0.85-4.39)	0.116**	3.54 (0.57-14.44)	0.078
36-45 ปี	2 (2.33)	84 (97.67)	4.80 (1.08-21.40)	0.040*	2.83 (0.50-15.89)	0.238
สถานภาพ						
โสด	25 (6.51)	359 (93.49)	Ref.		-	-
สมรส	2 (0.48)	26 (6.18)	0.91 (0.20-4.03)	0.896	-	-
หม้าย/หย่าร้าง	1 (11.11)	8 (88.89)	0.56 (0.06-4.63)	0.588	-	-
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	20 (8.00)	230 (92.00)	Ref.		Ref.	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8 (4.68)	163 (95.32)	1.77 (0.76-4.12)	0.184**	0.71 (0.20-2.46)	0.587
พื้นที่อยู่อาศัย						
เขตชนบท	1 (1.92)	51 (98.08)	Ref.		Ref.	
เขตเมือง	27 (7.32)	342 (92.68)	4.03 (0.54-30.27)	0.176**	0.83 (0.08-8.29)	0.873
รายได้						
< 20,000 บาท	11 (6.88)	149 (93.13)	Ref.		-	-
≥ 20,000 บาท	17 (6.51)	244 (93.49)	1.06 (0.48-2.32)	0.885	-	-
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/นิสิต/นักศึกษา	3 (8.11)	34 (91.89)	Ref.		-	-
ธุรกิจส่วนตัว	5 (12.82)	34 (87.18)	0.60 (0.13-2.71)	0.507	-	-
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (2.38)	41 (97.62)	3.62 (0.36-36.39)	0.275	-	-
รับจ้าง	10 (9.17)	109 (90.83)	0.87 (0.23-3.32)	0.844	-	-
พนักงานบริษัทเอกชน	8 (4.37)	175 (5.63)	1.93 (0.49-7.65)	0.349	-	-
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร						
ไม่เคย	14 (18.92)	60 (81.08)	Ref.		Ref.	
เคย	14 (4.03)	333 (95.97)	5.55 (2.52-12.23)	<0.001*	3.36 (1.08-10.43)	0.036*
ประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการโรคฝีดาษวานร						
ใช่	1 (7.69)	12 (92.31)	Ref.		-	-
ไม่ใช่	27 (6.62)	381 (93.38)	1.18 (0.15-9.38)	0.878	-	-
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา						
ไม่มี	11 (14.29)	66 (85.71)	Ref.		Ref.	
มี	17 (4.94)	372 (95.06)	3.20 (1.43-7.16)	0.004*	0.40 (0.12-1.28)	0.121
จำนวนคู่นอนที่ในช่วง 3 เดือน						
ไม่มีคู่นอน	11 (14.29)	66 (85.71)	Ref.		-	-
1 คน	8 (4.15)	185 (95.85)	3.85 (1.48-9.99)	0.006*	-	-
มากกว่า 1 คนขึ้นไป	9 (5.96)	142 (94.04)	2.63 (1.04-6.65)	0.041*	-	-

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจเข้ารับการรักษาโรคฝีดาษวานร โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวและสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (n=421) (ต่อ)

ปัจจัย	ความตั้งใจการเข้ารับการรักษา		OR (95%CI)	p-value	OR_{adj} (95%CI)	p-value
	ไม่มี	มี				
ประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
ไม่ใช่	4 (6.45)	58 (93.55)	Ref.		-	-
ใช่	24 (6.69)	335 (93.31)	0.96 (0.32-2.87)	0.946	-	-
ประวัติการติดเชื้อ HIV (n=342)						
ไม่แน่ใจ/ไม่ได้ตรวจ	11 (12.36)	78 (87.64)	Ref.		Ref.	
HIV positive	1 (5.26)	18 (94.74)	2.54 (0.31-20.94)	0.321	2.01 (0.17-23.21)	0.575
HIV negative	5 (2.14)	229 (97.86)	6.46 (2.18-19.17)	0.001*	4.39 (1.23-15.72)	0.023*
ประวัติการใช้สารเสพติดเพื่อเสริมประสบการณ์ทางเพศ						
ใช่	3 (12.00)	22 (88.00)	Ref.		-	-
ไม่ใช่	25 (6.31)	371 (93.69)	2.02 (0.57-7.22)	0.278	-	-
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร						
ทัศนคติระดับต่ำ	24 (8.54)	257 (91.46)	Ref.		Ref.	
ทัศนคติระดับสูง	4 (2.86)	136 (97.14)	3.18 (1.08-9.34)	0.036*	1.40 (0.37-5.26)	0.622
การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	24 (8.99)	243 (91.01)	Ref.		Ref.	
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	4 (2.60)	150 (97.40)	3.70 (1.26-10.88)	0.017*	1.82 (0.45-7.38)	0.404
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	26 (9.70)	242 (90.30)	Ref.		Ref.	
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	2 (1.31)	151 (98.69)	8.11 (1.90-34.69)	0.005*	5.39 (0.56-51.51)	0.144
การรับรู้ถึงประโยชน์จากการป้องกันโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	23 (9.27)	225 (90.73)	Ref.		Ref.	
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	5 (2.89)	168 (97.11)	3.44 (1.28-9.22)	0.014*	1.61 (0.36-7.19)	0.536
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	20 (8.66)	211 (91.34)	Ref.		Ref.	
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	8 (4.21)	182 (95.79)	2.16 (0.93-5.01)	0.074**	1.44 (0.43-4.78)	0.550
การรับรู้ถึงความสามารถในการป้องกันโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	26 (9.52)	247 (90.48)	Ref.		-	-
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	2 (1.35)	146 (98.65)	7.68 (1.80-32.85)	0.006*	-	-

Logistic regression analysis *p<0.05, **p<0.20 OR: Odds Ratio, CI: a 95% confidence interval

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจแยกกักตัวโรคฝีดาษวานร โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวและสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (n=421)

ปัจจัย	ความตั้งใจการแยกกักตัว		OR (95%CI)	p-value	OR_{adj} (95%CI)	p-value
	ไม่มี	มี				
อายุ (ปี)						
18-25 ปี	50 (32.05)	106 (67.95)	Ref.		-	-
26-35 ปี	57 (31.84)	122 (68.16)	1.01 (0.64-1.60)	0.968	-	-
36-45 ปี	21 (24.42)	65 (75.58)	1.46 (0.81-2.65)	0.213	-	-
สถานภาพ						
โสด	120 (31.25)	264 (68.75)	Ref.		-	-
สมรส	6 (21.43)	22 (78.57)	1.67 (0.66-4.22)	0.281	-	-
หม้าย/หย่าร้าง	2 (22.22)	7 (77.78)	1.59 (0.33-7.77)	0.566	-	-
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	79 (31.60)	171 (68.40)	Ref.		-	-
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	49 (28.65)	122 (71.35)	1.15 (0.75-1.76)	0.519	-	-
พื้นที่อยู่อาศัย						
เขตชนบท	12 (23.08)	40 (76.92)	Ref.		-	-
เขตเมือง	116 (31.44)	253 (68.56)	0.6 (0.33-1.29)	0.223	-	-
รายได้						
< 20,000 บาท	51 (31.87)	109 (68.13)	Ref.		Ref.	
≥ 20,000 บาท	77 (29.50)	184 (70.50)	1.17 (0.72-1.89)	0.158**	1.03 (0.65-1.63)	0.906
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/นิสิต/นักศึกษา	12 (32.43)	25 (67.57)	Ref.		-	-
ธุรกิจส่วนตัว	15 (38.46)	24 (61.54)	0.77 (0.30-1.97)	0.583	-	-
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9 (21.43)	33 (78.57)	1.76 (0.64-4.83)	0.272	-	-
รับจ้าง	46 (38.33)	74 (61.67)	0.77 (0.35-1.68)	0.516	-	-
พนักงานบริษัทเอกชน	46 (25.14)	137 (74.89)	1.43 (0.67-3.07)	0.360	-	-
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร						
ไม่เคย	31 (41.89)	43 (58.11)	Ref.		Ref.	
เคย	97 (27.95)	250 (72.05)	1.86 (1.11-3.11)	0.019*	1.45 (0.83-2.54)	0.188
ประวัติการติดเชื้อโรคฝีดาษวานร						
ใช่	5 (33.33)	10 (66.67)	Ref.		-	-
ไม่ใช่	123 (30.30)	283 (69.70)	1.15 (0.38-3.44)	0.802	-	-
ประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการโรคฝีดาษวานร						
ใช่	5 (38.46)	8 (61.54)	Ref.		-	-
ไม่ใช่	123 (30.15)	285 (69.85)	1.45 (0.46-4.56)	0.523	-	-
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา						
ไม่มี	17 (22.08)	60 (77.92)	Ref.		-	-
มี	111 (32.27)	233 (67.73)	1.68 (0.94-3.02)	0.081**	-	-
จำนวนคู่นอนที่ในช่วง 3 เดือน						
มากกว่า 1 คนขึ้นไป	64 (42.38)	87 (57.62)	Ref.		Ref.	
ไม่มีคู่นอน	17 (22.08)	60 (77.92)	2.59 (1.31-4.67)	0.005*	3.15 (1.62-6.14)	0.001*
1 คน	47 (24.35)	146 (75.65)	2.29 (1.23-3.09)	0.005*	2.57 (1.56-4.23)	<0.001*

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจแยกกักตัวโรคฝีดาษวานร โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวและสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (n=421) (ต่อ)

ปัจจัย	ความตั้งใจการแยกกักตัว		OR (95%CI)	p-value	OR_{adj} (95%CI)	p-value
	ไม่มี	มี				
ประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
ใช่	16 (25.81)	46 (74.19)	Ref.		-	-
ไม่ใช่	112 (31.20)	247 (68.80)	0.77 (0.42-1.41)	0.395	-	-
ประวัติการติดเชื้อ HIV (n=342)						
ไม่แน่ใจ/ไม่ได้ตรวจ	29 (32.58)	60 (67.42)	Ref.		-	-
HIV positive	4 (21.05)	15 (78.95)	1.81 (0.55-5.95)	0.327	-	-
HIV negative	63 (26.92)	171 (73.08)	1.31 (0.77-2.23)	0.315	-	-
ประวัติการใช้สารเสพติดเพื่อเสริมประสบการณ์ทางเพศ						
ใช่	11 (44.00)	14 (56.00)	Ref.		Ref.	
ไม่ใช่	117 (29.55)	279 (70.45)	1.87 (0.83-4.25)	0.133**	1.33 (0.54-3.31)	0.535
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร						
ทัศนคติระดับต่ำ	109 (38.79)	172 (61.21)	Ref.		Ref.	
ทัศนคติระดับสูง	19 (13.57)	121 (86.43)	4.04 (2.35-6.93)	<0.001*	2.82 (1.56-5.09)	0.001*
การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	102 (38.20)	165 (61.80)	Ref.		Ref.	
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	26 (16.88)	128 (83.12)	3.04 (1.87-4.96)	<0.001*	2.18 (1.45-4.25)	0.001*
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	85 (31.72)	183 (68.28)	Ref.		-	-
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	43 (28.10)	110 (71.90)	1.19 (0.77-1.84)	0.439	-	-
การรับรู้ถึงประโยชน์จากการป้องกันโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	79 (31.85)	169 (68.15)	Ref.		-	-
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	49 (28.32)	124 (71.68)	1.18 (0.77-1.81)	0.439	-	-
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	60 (25.97)	171 (74.03)	1.59 (1.05-2.41)	0.030*	Ref.	
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	68 (35.79)	122 (64.21)	Ref.		1.14 (0.72-1.81)	0.068
การรับรู้ถึงความสามารถในการป้องกันโรคฝีดาษวานร						
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	87 (31.87)	186 (68.13)	Ref.		-	-
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	41 (27.70)	107 (72.30)	1.22 (0.79-1.90)	0.375	-	-

Logistic regression analysis *p<0.05, **p<0.20 OR: Odds Ratio, CI: a 95% confidence interval

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดชลบุรีมีความตั้งใจเข้ารับการรักษาโรคฝีดาษวานรในระดับสูง ร้อยละ 93.35 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Luo และคณะ[12] รวมถึง Chen และคณะ[8] ที่รายงานระดับความตั้งใจเข้ารับการรักษาอยู่ระหว่างร้อยละ 90.00-92.21 แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีลักษณะคล้ายคลึงกันในหลายพื้นที่ของโลก โดยเฉพาะหลังการระบาด ของโรค COVID-19 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น[19] นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีอัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรในระดับสูง ร้อยละ 82.42 ซึ่งอาจสะท้อนถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการสาธารณสุขและความพร้อมในการเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว

ในส่วนของความตั้งใจในการแยกกักตัว ผลการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 69.60 ของกลุ่มตัวอย่าง

มีความตั้งใจแยกกักตัว มีความชุกของความตั้งใจตั้งแต่ร้อยละ 44.00-88.60 เช่น Xu และคณะ[11] ซึ่งศึกษากลุ่มอายุ 18-29 ปี พบความตั้งใจแยกกักตัวสูงถึงร้อยละ 88.60 ขณะที่การศึกษาของ Smith และคณะ[9] ในสหราชอาณาจักร พบร้อยละ 75.20 ส่วนการศึกษาของ Wang และคณะ[10] พบอัตราต่ำสุดร้อยละ 44.00 เนื่องจากช่วงเวลานั้นยังมีข้อจำกัดเรื่องข้อมูลและมาตรการกักตัวที่เข้มงวด โดยต้องกักตัวสูงสุดถึง 21 วัน ซึ่งอาจทำให้ประชาชนลังเลต่อการร่วมมือกับมาตรการ

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความตั้งใจเข้ารับการรักษาในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการมีผลตรวจ HIV เป็นลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ[8] Luo และคณะ[12] ที่ระบุว่าผู้ที่เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคมักมีแนวโน้มตัดสินใจเข้ารับการรักษาสูงขึ้น เนื่องจากสามารถเข้าใจแนวทางป้องกันตลอดจนประโยชน์ของการรักษาอย่างทันเวลา ส่วนผู้ที่ทราบสถานะ HIV เป็นลบ มักมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องเพื่อรักษาสถานะปลอดภัย สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจแยกกักตัว ได้แก่ พฤติกรรมทางเพศ ทัศนคติ และการรับรู้ความเสี่ยง โดยผู้ที่ไม่มีคู่นอนหรือมีเพียงหนึ่งคนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มตั้งใจแยกกักตัวมากกว่าผู้ที่มีคู่นอนหลายคน ซึ่งสอดคล้องกับ Chen และคณะ[8] ที่พบว่า ผู้ที่มีคู่นอนน้อยมีแนวโน้มร่วมมือกับมาตรการมากกว่า นอกจากนี้ทัศนคติเชิงบวกต่อโรคฝีดาษวานรและการรับรู้ความเสี่ยงในระดับสูง[11,12] ยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแยกกักตัวเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินทัศนคติและการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้พบว่ายังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการแยกกักตัว และความกลัวต่อปฏิกิริยาจากคนรอบข้าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูง มีงานทำ รับรู้ข้อมูลโรคฝีดาษวานร รับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร สะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[20] และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[21] ระบุว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อมีความตั้งใจที่ชัดเจน ซึ่งความตั้งใจนั้นมีรากฐานมาจากทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมความเชื่อของตนเอง ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของการสื่อสารสุขภาพที่มีเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม เพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และแรงจูงใจในเชิงบวกต่อมาตรการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความตั้งใจเข้ารับการรักษาโรคฝีดาษวานรในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ความตั้งใจในการแยกกักตัวยังอยู่ในระดับต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคในกลุ่มประชากรเฉพาะ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทัศนคติ และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ความเสี่ยงซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดความตั้งใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การออกแบบมาตรการควบคุมโรคฝีดาษวานรในกลุ่มนี้ควรมุ่งเน้นการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกและความตระหนักรู้ เพื่อส่งเสริมการยอมรับและความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาและการแยกกักตัวอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาครั้งแรกเกี่ยวกับความตั้งใจเข้ารับการรักษาและแยกกักตัวโรคฝีดาษวานรในกลุ่มชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 18-45 ปี ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายงานความเสี่ยงสูงในช่วงการระบาด อย่างไรก็ตาม มีหลายปัจจัยที่เคยทำการศึกษาในต่างประเทศ เช่น อายุ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเข้ารับการรักษาและแยกกักตัว[8-11] เมื่อทำการวิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเข้ารับการรักษาและแยกกักตัว

แต่เมื่อวิเคราะห์หลายปัจจัยร่วมกัน ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัด คือ (1) การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับผลลัพธ์ (sample size calculation based on risk factors) ดังนั้น ขนาดประชากรอาจไม่เพียงพอที่จะตรวจพบความแตกต่างหรือความสัมพันธ์ทางสถิติในบางตัวแปร และ (2) เกิดจากการใช้วิธีการคัดเลือกแบบสะดวก อาจนำไปสู่การมีอคติในการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ซึ่งจำกัดการกระจายของตัวแปรและทำให้ผลวิเคราะห์ไม่สามารถสรุปแทนประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรให้ความสำคัญสูงสุดกับการวางมาตรการการแยกกักตัวในกลุ่มเสี่ยง ในบริบทที่วัคซีนยังไม่สามารถให้การครอบคลุมได้อย่างทั่วถึง มาตรการแยกกักตัวถือเป็นเครื่องมือหลักในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษวานร หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรวางระบบสนับสนุนการแยกกักตัว เช่น การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ช่องทางการเข้าถึงสถานที่ แยกกักตัว และมาตรการช่วยเหลือด้านสังคมและเศรษฐกิจระหว่างการกักตัว รณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับการแยกกักตัวในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่หลากหลายทั่วประเทศ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับสะท้อนภาพรวมของพฤติกรรม ความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือทางสถิติ ศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยใดที่ส่งผลให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงไม่สามารถกักตัวได้ เพื่อให้สามารถออกแบบและพัฒนามาตรการแทรกแซงที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิผล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี องค์กรภาคประชาสังคมในจังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สนับสนุนทุนการศึกษา เพื่อทำวิจัย ให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mpox [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 11]. Available from: https://www.who.int/thailand/th/news/feature-stories/detail/monkeypox (in Thai)
2. World Health Organization. Mpox [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 11]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mpox
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of Mpox infectious disease [Internet]. 2025 [cited 2025 Jan 24]. Available from: https://ddc.moph.go.th/monkeypox/dashboard.php (in Thai)
4. Chonburi Provincial Public Health Office. Monkeypox situation report: Chonburi Province. Chonburi: Chonburi Provincial Public Health Office; 2024. (in Thai)
5. Ministry of Public Health. AIDS surveillance system [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 10]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/ (in Thai)
6. World Health Organization. Monkeypox (mpox) global outbreak dashboard [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 11]. Available from: https://world-healthorg.shinyapps.io/mpx_global/
7. Huang Q, Sun Y, Jia M, Jiang M, Xu Y, Feng L, et al. An effectiveness study of vaccination

and quarantine combination strategies for containing mpox transmission on simulated college campuses. Infect Dis Model [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 9];9(3):805-15. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468042724000587

8. Chen F, Li P, Tang W, Chen H, Zhang J, Qin Q, et al. Intentions of healthcare seeking and self-isolation for MPOX among men who have sex with men in China:a national cross-sectional study. Emerg Microbes Infect [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 9];13(1):2352426. Available from: https://doi.org/10.1080/22221751.2024.2352426
9. Smith LE, Potts HW, Brainard J, May T, Oliver I, Amlot R, et al. Did mpox knowledge, attitudes and beliefs affect intended behaviour in the general population and men who are gay, bisexual and who have sex with men? An online cross-sectional survey in the UK. BMJ Open [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 11];13(10):e070882. Available from: https://bmjopen.bmj.com/content/13/10/e070882
10. Wang H, d'Abreu de Paulo KJI, Gultzow T, Zimmermann HML, Jonas KJ. Monkeypox self-diagnosis abilities, determinants of vaccination and self-isolation intention after diagnosis among MSM, the Netherlands, July 2022. Euro Surveill [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 12];27(33):2200603. Available from: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.33.2200603
11. Xu Y, Jiao K, Zhang Y, Huang S, Zhou J, Li Y, et al. Behavioral intentions of self-isolation and informing close contacts after developing mpox-related symptoms among young men who have sex with men in China. J Med Virol [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 11];96(2):e29470. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.29470
12. Luo S, Jiao K, Zhang Y, Xu Y, Zhou J, Huang S, et al. Behavioral intention of receiving monkeypox vaccination and undergoing monkeypox testing and the associated factors among young men who have sex with men in China: large cross-sectional study. JMIR Public Health Surveill [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 11];10:e47165. Available from: https://publichealth.jmir.org/2024/1/e47165/
13. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1953.
14. Bakare D, Salako J, Sogbesan A, Olojede OE, Bakare AA. Assessment of the level of awareness, knowledge, and risk perception of community members about mpox infection in Nigeria. Ann Ib Postgrad Med [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 13];22(1):76-87. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11205717/
15. Jamaleddine Y, El Ezz AA, Mahmoud M, Ismail O, Saifan A, Mayta Z, et al. Knowledge and attitude towards monkeypox among the Lebanese population and their attitude towards vaccination. J Prev Med Hyg [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 11];64(1):E13-E26. Available from: https://www.jpmh.org/index.php/jpmh/article/view/2903
16. Ahmed SK, Abdulqadir SO, Omar RM, Abdullah AJ, Rahman HA, Hussein SH, et al. Knowledge, attitude and worry in the Kurdistan Region of Iraq during the mpox (monkeypox) outbreak in 2022: an online cross-sectional study. Vaccines

(Basel) [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 11];11(3):610. Available from: https://www.mdpi.com/2076-393X/11/3/610

17. Plernprom P, Hanprasertpong J, Krainara P, Buathong R. Intentions to receive smallpox vaccination for mpox prevention among men who have sex with men in Bangkok. Thai AIDS Journal [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 24];36(2):108-20. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDS-Journal/article/view/269673 (in Thai)
18. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied survival analysis: regression modeling of time to event data. New York: John Wiley & Sons; 1999.
19. Chew NWS, Cheong C, Kong G, Phua K, Ngiam JN, Tan BYQ, et al. An Asia-Pacific study on healthcare workers' perceptions of, and willingness to receive, the COVID-19 vaccination. Int J Infect Dis [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 24];106:52-60. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.03.069
20. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
21. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process [Internet]. 1991 [cited 2025 Jan 23];50(2):179-211. Available from: https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T