

วารสารโรคเอดส์ THAI AIDS JOURNAL

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567

Volume 36 No. 2 May-August 2024

- 57 ผลของการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเอง เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
- 68 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 82 ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับแรงงานสนับสนุนทางสังคม ต่อความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดนนทบุรี
- 96 ข้อเสนอเชิงนโยบาย : การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร
- 108 ความตั้งใจในการรับวัคซีนใช้การศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ISSN 2985-0371 (Online)

สามารถส่งบทความวิชาการ
ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ วารสารโรคเอดส์





กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารโรคเอดส์

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พ.ค. - ส.ค. 2567

สารบัญ

หน้า

- | | |
|---|-----|
| ผลของการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟ
และทฤษฎีความสามารถของตนเอง เพื่อสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยว
กับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
ภาสกร ชาญจิราวดี, สิงหา จันทน์ขาว, เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์ | 57 |
| ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ภาณุพงศ์ จันทโรจน์, นงนุช โอปะะ รัฐภูมิ, ชามพูนท อัมราภรณ์ ภูระย้า | 68 |
| ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดนนทบุรี
เบญจมาศ จำปาหอม, มณฑา เก่งการพานิช, ศรัณญา เบญจกุล | 82 |
| ข้อเสนอเชิงนโยบาย : การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร
ในกรุงเทพมหานคร
ชาโล สาณศิลป์ | 96 |
| ความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรของกลุ่มชายรักชาย
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
พัชนี เพลินพร้อม, จิตติ หายูประเสริฐพงษ์, พัทธราภรณ์ ไกรนรา, โรม บัวทอง | 108 |

Thai AIDS Journal

Vol. 36 No. 2 May - Aug 2024

Contents

	Page
Effects of sex education learning management using LOVE Model and self-efficacy theory to enhance sexual health literacy of junior high school students Pasakorn Chanjirawadee, Singha Chankhaw, Aimutcha Wattanaburanon	57
Effects of self-management program on self-management behaviors, viral load and CD4 level among HIV-infected persons Bhanuphong Jantharot, Nongnut Oba, Ratapum Champunot, Amaraporn Puraya	68
Effectiveness of a program promoting sexually transmitted infections literacy and social support on preventive intentions among grade 8 students in Nonthaburi Province Benjamard Jampahom, Mondha Kengganpanich, Sarunya Benjakul	82
The Proposed Policy: HIV screening for Mpox patients in Bangkok Chalo Sansilapin	96
Intentions to receive smallpox vaccination for mpox prevention among men who have sex with men in Bangkok Patchanee Plernprom, Jitti Hanprasertpong, Patcharaporn Krainara, Rome Buathong	108

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี อันเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการต่อไป ซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย ที่ลงพิมพ์นำเสนอข้อมูลข่าวสาร วิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

บรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ องค์กรวัฒนดี	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑินี วสันตอุปโภคการ	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทรจรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	รศ.พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รศ.ดร.สุนธรา คงสีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มณีนันท์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
	ผศ.ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	นักวิชาการอิสระ
	นางนันทวัน ยันตะดิลก	นักวิชาการอิสระ
ผู้จัดการ	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
สำนักงานผู้จัดการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	
	อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4	
	เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนราตร ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	
	โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291	
ผู้ออกแบบปก	นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง	
ผู้ประสานงาน	นางสาวอารียาภรณ์ วงศ์เล็ก E-mail: aidsstijournal@gmail.com	
	โทร. 0 2590 3289, 3291	
กำหนดออก	ปีละ 3 ครั้ง หรือราย 4 เดือน (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)	

Thai AIDS Journal

Thai AIDS Journal is an academic journal Published by Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Objective

To encourage workers public health personnel and researchers have the opportunity to disseminate academic and knowledge works associated with AIDS, tuberculosis, sexually transmitted diseases and hepatitis B and C. As a research source further academic reference, which content articles/research results that is published and presents information advances in health sciences and to promote knowledge support for medical and public health personnel. So that it can be applied to the public service In the prevention and treatment of AIDS and sexually transmitted diseases is the most beneficial.

Editor in chief:	Wiwat Rojanapithayakorn	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Editorial boards:	Visal Moolasart	Department of Disease Control
	Pornsak Yoocharoen	Department of Disease Control
	Weerawat Manosuthi	Department of Disease Control
	Sumet Ongwandee	Department of Disease Control
	Rossaphorn Kittiyaowamarn	Department of Disease Control
	Monthinee Vasantiuppapokakorn	Department of Disease Control
	Parichart Chantcharas	Department of Disease Control
	Dr. Siriphan Saengaroorn	Department of Medical Sciences
	Assoc. Prof. Wattana Sukeepaisarnjaroen	Faculty of Medicine, Khon Kaen University
	Assoc. Prof. Dr. Sukhontha Kongsin	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Assoc. Prof. Dr. Manirat Therawiwat	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Asst. Prof. Dr. Dusita Phuengsamran	Institute for Population and Social Research, Mahidol University
	Assoc. Prof. Dr. Sirima Mongkolsomlit	Faculty of Public Health, Thammasat University
	Asst. Prof. Dr. Ronnapoom Samakkeekarom	Faculty of Public Health, Thammasat University
	Akechitra Sukkul	The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)
	Asst. Prof. Sakchai Dettrairat	Academician
	Sombat Thanprasertsuk	Academician
	Taweessap Siraprapasiri	Academician
	Nunthawan Yuntadilok	Academician

Journal manager: Director, Division of AIDS and STIs

Manager office: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health
Department of Disease Control 2nd Building, 4th Floor,
88/21 Moo 4 Tumbol Talat Khwan, Amphoe Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, Thailand. 11000
Tel. (+66) 2590 3289, 3291

Cover designer: Boonyarit Mabklang

Journal Coordinator: Areeyaphorn Wonglek E-mail: aidsstijournal@gmail.com Tel. (+66) 2590 3289, 3291

Publication schedule: Three times per year or every four months (January–April, May–August, September–December)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ยินดีต้อนรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. ประเภทของบทความที่เผยแพร่โดยวารสารโรคเอดส์

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นบทความรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ประกอบด้วยบทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.2 รายงานผลการปฏิบัติงาน (Result of operations) ประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.3 บทความพินิจ (Review article) บทความที่ทบทวน หรือรวบรวมความก้าวหน้าของสถานการณ์ความรู้ หรือแนวทางการดำเนินงาน ที่มีการศึกษาวิจัยและรายงานอย่างกว้างขวาง ประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ เนื้อเรื่อง สรุป กิตติกรรมประกาศ (ไม่มีก็ได้) และเอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.4 รายงานผู้ป่วย (Case report) บทความรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ หรือไม่เคยมีรายงานมาก่อน ประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ รายงานผู้ป่วย (บรรยายเกี่ยวกับผู้ป่วย ประวัติ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แนวทางการรักษา ความคาดหวังของการรักษา ผลการรักษา) วิเคราะห์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.5 กรณีศึกษา (Case study) บทความรายงานแนวทางการปฏิบัติงาน การสร้างมาตรฐานงาน การกำหนดกรอบการทำงานที่เป็นกรณีศึกษาหรือเรียนรู้ ประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ กรณีศึกษา วิเคราะห์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.6 บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความที่เสนอเนื้อหาทางวิชาการในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยที่บทความนั้นๆ ไม่ใช่รายงานการวิจัย หรือประเภทอื่นๆ ตามหัวข้อ 1.1-1.5 ข้างต้น

2. การเตรียมต้นฉบับ

วารสารโรคเอดส์รับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความที่เป็นภาษาไทยควรใช้คำยืมตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ภาษาที่ใช้ควรเข้าใจง่าย กระชับ และชัดเจน หากมีการใช้ตัวย่อควรใช้คำที่สมบูรณ์เป็นครั้งแรกในข้อความหลัก

2.1 ชื่อเรื่อง ระบุชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรสั้นได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

2.2 ชื่อผู้เขียน ระบุชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมข้อมูลสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญของแต่ละคน และใส่หมายเลข

ด้วยยกต่อท้าย ชื่อ-สกุล เชื่อมโยงกับข้อมูลสังกัดหน่วยงานของแต่ละคน (กรณีข้อมูลสังกัดหน่วยงานของแต่ละคนแตกต่างกัน) พร้อมทั้งระบุอีเมลติดต่อและใส่เครื่องหมายดอกจันในรูปแบบตัวยกลงนามสกุลของผู้เขียนที่เป็นผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author)

2.3 บทคัดย่อ ควรย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัตนศิลป์ เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่เกิน 300 คำ โดยเขียนให้กระชับ จัดลำดับหมวดหมู่ให้เห็นชัดเจน มีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถ ไม่อ้างอิง โดยเขียนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่มีความหมายตรงกัน

2.4 คำสำคัญ ระบุคำที่เป็นคำสำคัญของเนื้อหาไม่ต่ำกว่า 3 คำ ครอบคลุมชื่อเรื่องที่ศึกษา เหมาะสมสำหรับนำไปใช้เป็นคำค้นหาข้อมูล ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของบทนำ

2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล จำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา การอนุญาตจากผู้ที่ได้รับการศึกษาและการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ระบุรูปแบบการศึกษาวิจัย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการศึกษา วิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์อย่างชัดเจน

2.8 วิจารณ์ อธิบายผลการศึกษา วิจัย ว่าเป็นไปตามตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึง ทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย และระบุข้อเสนอแนะที่น่าผลไปใช้ประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.9 สรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการศึกษาให้ตรงประเด็น และข้อเสนอแนะที่น่าผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

2.10 กิตติกรรมประกาศ ไม่ควรยาวเกินไป และควรขออนุญาตจากผู้ที่ตนประสงค์จะขอบคุณ ก่อนที่จะระบุชื่อไว้ในกิตติกรรมประกาศ หากสามารถกระทำได้

2.11 เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขอยู่ในวงเล็บและยกขึ้นบนในลंबरรทัด ติดกับข้อความที่อ้างอิง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก แล้วเรียงต่อตามลำดับ ซึ่งหากต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

3. รูปแบบการอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

1) กรณีที่มีผู้แต่งมากกว่า 1 คน แต่ไม่เกิน 6 คน ให้ระบุรายชื่อผู้แต่งทุกคน และคั่นระหว่างชื่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-)

2) กรณีที่มีผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ระบุรายชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก โดยคั่นระหว่างชื่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-) แล้วตามด้วย et al.

3) ผู้แต่งให้ใส่ชื่อสกุล และเว้น 1 ระยะ ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้นและชื่อกลางติดกันโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายคั่น เช่น Mary Beth Hamel เขียนเป็น Hamel MB เป็นต้น

- 4) ตัดคำนำหน้าของผู้แต่งที่มียศหรือตำแหน่งทางวิชาการ รวมทั้งชื่อปริญญา ออก
- 5) หากเป็นการอ้างอิงจากวารสารภาษาอังกฤษ ให้ระบุเป็นชื่อย่อวารสารตามรูปแบบของ Index Medicus
- 6) หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นภาษาอังกฤษ และระบุ “(in Thai)” ท้ายรายการเอกสารอ้างอิงนั้น
- 7) เลขหน้า ให้ใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และไม่ลงเลขซ้ำสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 115-119 เขียนเป็น 115-9 เป็นต้น

3.1 บทความวารสาร (Articles in Journals)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่วารสาร (Volume): หน้าแรก - หน้าสุดท้าย (Page).

หมายเหตุ : กรณีวารสารที่มีหมายเลขหน้าขึ้นต้นด้วยหน้าที่หนึ่งทุกครั้งเมื่อขึ้นฉบับใหม่ ต้องระบุข้อมูล ฉบับที่ (Issue) ของวารสาร โดยใส่เป็นหมายเลขในวงเล็บหลังข้อมูล “เล่มที่วารสาร (Volume)”

ตัวอย่าง

1. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009;361:1529-38.
2. Chunchorn C. How to use EndNote program: a software for managing medical bibliographic references. Chula Med J. 2008;52(4):241-53.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา (กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์)

1) การอ้างอิงทั้งเล่ม (Entire Books)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

1. Jenkins PF. Making sense of the chest x-ray: a hands-on guide. New York: Oxford University Press; 2005.
2. Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; 2002.

2) กรณีอ้างอิงหนังสือที่ผู้เขียนคนเดียวหรือกลุ่มเดียวกัน โดยอ้างเพียงบางบท (Parts of books)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อหนังสือ (Title of book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). บทที่ (Number of part), ชื่อบท (Title of a part); p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Rifenburgh RH. Statistics in medicine. 2nd ed. Amsterdam (Netherlands): Elsevier Academic Press; 2006. Chapter 24, Regression and correlation methods; p. 447-86.
2. Reed JG, Baxter PM. Library use: handbook for psychology. 3rd ed. Washington: American Psychological Association; 2003. Chapter 2, Selecting and defining the topic; p. 11-25.

3) การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Contributions to books)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
2. Rojko JL, Hardy WD Jr. Feline leukemia virus and other retroviruses. In: Sherding RG, editor. The cat: diseases and clinical management. New York: Churchill Livingstone; 1989. p. 229-332.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อเรื่อง (Book title). ชื่อการประชุม (Conference title); ปี เดือน วันที่ประชุม (Date of conference); สถานที่จัดประชุม (Place of conference). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). จำนวนหน้าทั้งหมด p.

ตัวอย่าง

1. Ferreira de Oliveira MJ, editor. Accessibility and quality of health services. Proceedings of the 28th Meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services (ORAHS); 2002 Jul 28-Aug 2; Rio de Janeiro, Brazil. Frankfurt (Germany): Peter Lang; 2004. 287 p.
2. Dittmar A, Beebe D, editors. 1st Annual International IEEE-EMBS Special Topic Conference on Microtechnologies in Medicine & Biology; 2000 Oct 12-14; Palais des Congres, Lyon, France. Piscataway (NJ): IEEE; 2000. 643 p. (กรณีไม่มีชื่อเรื่อง)

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อเรื่อง (Title of paper). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อเรื่อง (Book title). ชื่อการประชุม (Conference title); ปี เดือน วันที่ประชุม (Date of conference); สถานที่จัดประชุม (Place of conference). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Horrobin DF, Lampinkas P. The commercial development of food plants used as medicines. In: Prendergast HD, Etkin NL, Harris DR, Houghton PJ, editors. Plants for food and medicine. Proceedings of the Joint Conference of the Society for Economic Botany and the International Society for Ethnopharmacology; 1996 Jul 1-6; London. Kew (UK): Royal Botanic Gardens; 1998. p. 75-81.
2. Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Cannabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain; 2002 Aug 17-22; San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; 2003. p. 437-68. (กรณีไม่มีชื่อเรื่อง)

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์ (Author). ชื่อเรื่อง (Title) [ประเภท/ระดับปริญญา: Book type]. เมืองที่เป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัย (Place of publication): มหาวิทยาลัยที่พิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). จำนวนหน้าทั้งหมด p.

ตัวอย่าง

1. Jones DL. The role of physical activity on the need for revision total knee arthroplasty in individuals with osteoarthritis of the knee [dissertation]. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh; 2001. 436 p.
2. Roguskie JM. The role of *Pseudomonas aeruginosa* 1244 pilin glycan in virulence [master's thesis]. Pittsburgh, PA: Duquesne University; 2005. 111 p.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

1) การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [Internet]. ปีที่พิมพ์ (Year) [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่วารสาร (Volume): หน้าแรก - หน้าสุดท้าย (Page). เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>
2. Finall AI, McIntosh SA, Thompson WD. Subcutaneous inflammation mimicking metastatic malignancy induced by injection of mistletoe extract. BMJ [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 333(7582):1293-4. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/333/7582/12> (กรณีต้องระบุข้อมูลฉบับที่)

2) การอ้างอิงหนังสือจากอินเทอร์เน็ต (Book on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title) [Internet]. เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่เผยแพร่ (Date of publication) ปี เดือน วันที่ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

1. Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 [cited 2006 Nov 2]. Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghltcarecosts_953.pdf
2. Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Version 2.0. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2000 [revised 2001 Oct 1; cited 2006 Nov 1]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index>.

html

3. Fact sheet: AIDS information resources [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2003 [updated 2005 Jul 14; cited 2006 Nov 15]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/aidsinfs.html>

3) การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/Web site)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อเรื่อง (Title) [Internet]. เมืองที่เผยแพร่โฮมเพจ/เว็บไซต์ (Place of publication): หน่วยงานที่เผยแพร่ (Publisher); ปีที่เผยแพร่ (Year) [วันที่ปรับปรุง/updated or revise ปี เดือน วัน; เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

1. Hooper JF. Psychiatry & the Law: Forensic Psychiatric Resource Page [Internet]. Tuscaloosa (AL): University of Alabama, Department of Psychiatry and Neurology; 1999 [updated 2006 Jul 8; cited 2007 Feb 23]. Available from: <http://bama.ua.edu/~jhooper/>
2. Fugh-Berman A. PharmedOUT [Internet]. Washington: Georgetown University, Department of Physiology and Biophysics; 2006 [cited 2007 Mar 23]. Available from: <http://www.pharmedout.org/>
3. AMA: helping doctors help patients [Internet]. Chicago: American Medical Association; 1995-2007 [cited 2007 Feb 22]. Available from: <http://www.ama-assn.org/>

4) การอ้างอิงฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author)/ชื่อบรรณาธิการ (Editor). ชื่อเรื่อง (Title) [Internet]. เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่เผยแพร่ (Year of publication) ปี เดือน วันที่ [ปรับปรุงเมื่อ/revise or update ปี เดือน วันที่; เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

หมายเหตุ

- 1) กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง ให้ระบุชื่อบรรณาธิการแทน
- 2) กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และชื่อบรรณาธิการ ให้ระบุชื่อองค์กรแทน
- 3) กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง ชื่อบรรณาธิการ และชื่อองค์กร ให้เริ่มต้นการอ้างอิงข้อมูลด้วยชื่อเรื่อง

ตัวอย่าง

1. Nicholas F. OMIA - Online Mendelian Inheritance in Animals [Internet]. Sydney (Australia): University of Sydney, Faculty of Veterinary Medicine; 2011 [updated 2013 Feb 20; cited 2013 Feb 26]. Available from: <http://omia.angis.org.au/>
2. Rotchford JK, editor. Acubriefs.com [Internet]. Port Townsend (WA): Best of Both Worlds Foundation; [date unknown] - [modified 2006 Jul; cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://www.acubriefs.com/> (กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง)
3. American Diabetes Association. Genetics of Non-Insulin Dependent Diabetes: the GENNID Study [Internet]. Version 3.0.927. Camden (NJ): Coriell Institute for Medical Research; 1977 [updated 2005 Jun 1; cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://ccr.coriell.org/ada/>

(กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่งและชื่อบรรณาธิการ)

4. Dryad Digital Repository [Internet]. Durham (NC): Dryad; 2008 [cited 2014 Oct 3]. Available from: <http://www.datadryad.org/> (กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง ชื่อบรรณาธิการ และชื่อองค์กร)

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การพิมพ์

- 1) พิมพ์โดยใช้โปรแกรม MS-Word แบบอักษรควรเป็น TH Sarabun New
- 2) หัวข้อให้ใช้ขนาดอักษร 18 พอยต์ ตัวอักษรทึบ ส่วนเนื้อหาให้ใช้ตัวอักษรขนาด 16 พอยต์
- 3) การใช้ทศนิยม สามารถใช้ทศนิยมหนึ่งหรือสองตำแหน่ง และใช้ให้เหมือนกันทั้งเอกสาร
- 4) ระบุข้อมูลแหล่งอ้างอิงทั้งหมดเป็นภาษาอังกฤษ
- 5) ภาพประกอบต้องเป็นภาพที่มีความคมชัดสูง
- 6) แผนภูมิแบบตารางต้องสร้างขึ้นใหม่ในโปรแกรม MS-Word ไม่ควรใช้เป็นตารางที่เป็นรูปภาพ
- 7) หากมีการแสดงอักษรย่อ ต้องมีการแสดงคำเต็มก่อน ทั้งในบทคัดย่อ และในเนื้อความหลัก
- 8) หากมีการใช้เครื่องหมายวงเล็บเพื่อขยายหรืออธิบายความพร้อมระบุอักษรย่อ ให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างคำเต็มและอักษรย่อ เช่น องค์การอนามัยโลก (World health organization, WHO) เป็นต้น

4.2 การส่ง

- 1) ส่งบทความที่จัดเตรียมรูปแบบตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่วารสารกำหนด เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>
- 2) กรณียังไม่เป็นสมาชิกในระบบ ThaiJO 2.0 ให้ดำเนินการลงทะเบียนสมัครสมาชิก (register) ตามคำแนะนำ
- 3) ดำเนินการ log in เข้าสู่ระบบ เลือก “ส่งบทความใหม่” แล้วกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกขั้นตอนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 4) ผู้เขียนจะได้รับ e-mail ยืนยันการส่งต้นฉบับ จากระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการส่งต้นฉบับที่ผู้เขียนส่งเข้ามาในระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน ประเมินก่อนตีพิมพ์บทความ
- 5.2 วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาบทความผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ว่า ตอบรับให้ตีพิมพ์ แก้ไขก่อนตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการตีพิมพ์บทความในวารสารโรคเอดส์
- 5.3 เรื่องที่ผ่านการพิจารณาและตอบรับให้ตีพิมพ์ วารสารโรคเอดส์จะแจ้งและเผยแพร่ไฟล์บทความในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้เขียนและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถดาวน์โหลดได้จากระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ (รายฉบับ)

อ้างอิง

1. Patrias K. Citing medicine: The NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [updated 2015 Oct 2; cited 2022 Nov 1]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>



จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)

วารสารโรคเอดส์ (Thai AIDS Journal) ได้รับการเผยแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันและเผยแพร่ความก้าวหน้าในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และใช้เป็นเวทีในการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างบุคคลที่สนใจ นักวิชาการ และผู้ที่มีส่วนร่วมในการควบคุมโรค

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การเผยแพร่บทความขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารโรคเอดส์ และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่เผยแพร่ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น จะดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้พิมพ์บทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้นๆ
2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีการศึกษาที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ สมควรเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์
3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้พิมพ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้พิมพ์
4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้พิมพ์
6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยตัวตนของผู้พิมพ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ
7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ของวารสารโรคเอดส์อย่างเคร่งครัด
8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารโรคเอดส์ รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ
9. ทำการชี้แจง การแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขอภัย หากจำเป็น

บทบาทและหน้าที่ของผู้พิมพ์

1. ผู้พิมพ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้พิมพ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่นๆ หลังจากที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์แล้ว
2. ผู้พิมพ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
3. ชื่อคณะผู้พิมพ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิดการออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ และได้อ่านและรับรองต้นฉบับบทความสุดท้ายก่อนส่งไปตีพิมพ์
4. หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์ เป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้พิมพ์จะต้องระบุหลักฐานว่า

ผลของการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟ และทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ เกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Effects of sex education learning management using LOVE Model and self-efficacy theory to enhance sexual health literacy of junior high school students

ภาสกร ชาญจิราวดี*

Pasakorn Chanjirawadee

สิงหา จันทน์ขาว

Singha Chankhaw

เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์

Aimutcha Wattanaburanon

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Srinakharinwirot University

*Corresponding author e-mail: chanjirawadee@gmail.com

DOI: 10.14456/taj.2024.6

Received: March 21, 2024 Revised: June 12, 2024 Accepted: July 1, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น รูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ หอวัง นนทบุรี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟ และทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ดำเนินการทดลองจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบเรียนโดยการจัดการเรียนรู้ปกติตามเนื้อหาเรื่องเพศศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test ผลวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้เรื่องเพศที่ประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

Abstract

This research aimed to study the effectiveness of organizing sex education using the LOVE Model and self-efficacy theory to enhance sexual health literacy of junior high school students. This quasi-experi-

mental research employed a pretest–posttest design with two groups. The sample group consisted of 80 junior high school students from Nawamintrachinuthit Horwang Nonthaburi School, in the 2023 academic year, divided equally into experimental and comparison group (40 students each). The research tool included sex education learning management model using the LOVE Model and self-efficacy theory, a sexual health literacy test, and a satisfaction questionnaire. The experiment was conducted over eight weeks, with one 50-minute session per week. The comparison group received standard sex education content for grade 10. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test. The results showed that the experimental group have significantly higher sexual health literacy after the experiment compared to before and also higher than the comparison group, with statistical significance at the 0.05 level. Additionally, the experimental group reported the highest level of satisfaction with the sex education learning management model using the LOVE Model and self-efficacy theory.

คำสำคัญ

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ,
การจัดการเรียนรู้เพศศึกษา, โมเดลเลิฟ

Keywords

sexual health literacy,
sex education learning management, LOVE Model

บทนำ

จากรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽¹⁾ พบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในปี 2564 คิดเป็น 41.97 ต่อประชากรแสนคน และพบว่า โรคซิฟิลิส มีอัตราป่วยสูงขึ้น คิดเป็น 14.83 ต่อประชากรแสนคนในปี 2564 และโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิส ในปี 2564 สูงขึ้นมากกว่า 2 เท่าจากปี 2560 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนที่ยังค่อนข้างต่ำ จากผลการสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (BSS) ของกองระบาดวิทยาปี 2562 พบว่า เด็กนักเรียนอาชีวะชั้น ปวช.2 (ทั้งหญิงและชาย) มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนทุกประเภท เพียงร้อยละ 80.3 ในขณะที่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลสถานการณ์ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10–14 ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 0.90 ต่อพัน อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15–19 ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 24.40 ต่อพัน จากเป้าหมายปีงบประมาณ 2565 ไม่เกิน 25.00 ต่อพัน โดยร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ

ต่ำกว่า 20 ปี เท่ากับ 14.29 ส่วนร้อยละของการคลอดซ้ำในวัยรุ่น พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีการคลอดบุตรซ้ำในกลุ่มอายุ 10–19 ปี ร้อยละ 7.50 กลุ่มอายุ 15–19 ปี ร้อยละ 7.70 และในกลุ่มอายุ 18–19 ปี มีการคลอดบุตรซ้ำมากที่สุด ร้อยละ 11.2 แต่ที่น่าสนใจคือ พบการคลอดบุตรซ้ำในกลุ่มอายุ 10–14 ปี ร้อยละ 0.40 จากที่ไม่เคยพบตั้งแต่ปี 2561–2563⁽²⁾ การแก้ไขปัญหาวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อเรื่องเพศของวัยรุ่นนั้น เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถทำให้นักเรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ คือ การจัดกระบวนการเรียนรู้ในเนื้อหาเพศศึกษา แต่ในปัจจุบันการสอนเพศศึกษานั้น ยังมีกระบวนการเรียนการสอนที่ยังไม่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551⁽³⁾ ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ยังพบว่า การเรียนการสอนในรายวิชาเพศศึกษานั้น ยังคงใช้วิธีการสอนโดยเน้นที่ครูเป็นศูนย์กลาง โมเดลเลิฟ (LOVE Model) ซึ่งเอ็มอัชฌา วัฒนบุรานนท์⁽⁴⁾ สร้างและพัฒนาจากแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา แนวคิดหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนา และแนวคิดความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ให้นักเรียนได้เรียนรู้ในเนื้อหาสาระต่างๆ โดยให้นักเรียนเรียนรู้

ที่จะรักตนเองและผู้อื่น ยอมรับความจริงของชีวิต เห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น เห็นคุณค่าของชีวิต คุณค่าของความรู้ เห็นคุณงามความดี ความจริง ความรู้ และความสุข โดยเน้นให้นักเรียนได้ฝึกคิด เป็นโมเดลหนึ่งที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาต่างๆ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเรียนรู้ (learning, L) ขั้นเปิดใจ (openness, O) ขั้นเห็นคุณค่า (value, V) และขั้นเห็นคุณงามความดี (excellence, E) เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้ผู้เรียนรู้จักคิด เน้นกิจกรรมหรือกระบวนการมากกว่าเนื้อหา กิจกรรมการจัดการเรียนรู้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ และสามารถเลือกกิจกรรมต่างๆ ไปใช้ให้เหมาะสมกับหัวข้อหรือเนื้อหาในการจัดการเรียนรู้ สามารถปรับเวลาที่ใช้ในกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพก็มีส่วนสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง กล่าวคือ ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ซึ่ง Bandura⁽⁵⁾ ได้พัฒนาขึ้น เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเอง โดยจะทราบว่าต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติในเรื่องนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาโดยประยุกต์แนวคิดโมเดลลิฟร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเอง ในการจัดการเรียนรู้ให้นักเรียนมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ มีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ นำข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศไปใช้ และมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพื่อการมีสุขภาพทางเพศที่ดีช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์

ก่อนวัยอันควร ลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในวัยรุ่น ช่วยลดปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตัวนักเรียน ครอบครัว และสังคม โดยมีตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์โมเดลลิฟและทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง (pre-test-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ หอวัง นนทบุรี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 80 คน พิจารณขนาดของประชากร จากตารางของ Kerlinger⁽⁶⁾ ประชากรที่มีขนาดระหว่าง 100-1,000 กำหนดตัวอย่างร้อยละ 15-30 นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ หอวัง นนทบุรี ปีการศึกษา 2566 มีจำนวน 530 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 จะได้กลุ่มตัวอย่าง 79.5 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน ที่เรียนโดยใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากจากห้องที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ ไม่แตกต่างกัน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (1) เป็นนักเรียน ยังไม่เคยเรียนรายวิชา/เนื้อหาเรื่องเพศศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (2) เป็นนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมทดลอง (3) ไม่เป็นนักเรียนกลุ่มเดียวกับกลุ่มทดลองนำร่องและกลุ่มเปรียบเทียบ (4) เป็นนักเรียนที่อยู่ในห้องที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ

เกี่ยวกับเรื่องเพศไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ และ (5) เป็นนักเรียนที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ที่เรียนโดยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ปกติในเนื้อหาเรื่องเพศศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจากห้องที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศไม่แตกต่างกัน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (1) เป็นนักเรียนยังไม่เคยเรียนรายวิชา/เนื้อหาเรื่องเพศศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (2) เป็นนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมทดลอง (3) ไม่เป็นนักเรียนกลุ่มเดียวกับกลุ่มทดลองนำร่องและกลุ่มทดลอง และ (4) เป็นนักเรียนที่อยู่ในห้องที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศไม่แตกต่างกับนักเรียนกลุ่มทดลอง

1. เครื่องมือวิจัย

1.1 เครื่องมือที่ใช้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ คือ รูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเอง เพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดจาก (1) หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 (2) รูปแบบโมเดลเลิฟ (LOVE model) ของเอมอีชมา วัฒนบุรณาน⁽⁴⁾ (3) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura⁽⁵⁾ (4) การสอนสุขศึกษา และ (5) ความฉลาดรู้ทางสุขภาพ จัดการเรียนรู้ตามแผนการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา จำนวน 8 แผน แผนละ 50 นาที ดังนี้ (1) วัยรุ่นคิดอย่างไรในเรื่องเพศ มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเจตคติในเรื่องเพศ (2) เพศหลากหลายของวัยรุ่น มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ (3) ทุกเพศเท่าเทียม มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเสมอภาคทางเพศ (4) วางตัวอย่างไร วัยรุ่น วัยเรียน มีเนื้อหาเกี่ยวกับการวางตัวต่อเพศตรงข้ามอย่างเหมาะสม (5) ปัญหาวันวายเป็นวัยรุ่น มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน (6) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (7) รักเลือกได้ ไม่ต้องเสี่ยงตั้งครรภ์

ไม่พึงประสงค์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ และ (8) วัยรุ่นมั่นใจ ต้องไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยโมเดลเลิฟ (LOVE Model) ประกอบด้วย 4 ชั้นคือ ชั้นที่ 1 ชั้นเรียนรู้ (learning, L) ชั้นที่ 2 ชั้นเปิดใจ (openness, O) ชั้นที่ 3 ชั้นเห็นคุณค่า (value, V) ชั้นที่ 4 ชั้นเห็นคุณงามความดี (excellence, E) ผสานด้วย ทฤษฎีความสามารถของตนเอง โดยการใช้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ปัจจัย คือ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ การเห็นตัวแบบ การสื่อสารชักจูงใจ การกระตุ้นทางอารมณ์ ผลการตรวจสอบคุณภาพของแผนการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา พบว่า การประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ และผลการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ของแผนการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 0–1 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด นั่นคือมีค่ามัธยฐาน 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 จึงถือว่าแผนการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนามีคุณภาพผ่านเกณฑ์ทุกด้าน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1) แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยทุกคำตอบมีคะแนนเรียงลำดับตั้งแต่ 1–4 คะแนน จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ จำนวน 5 ข้อ การมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศ จำนวน 10 ข้อ การนำข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศไปใช้ได้อย่างถูกต้อง จำนวน 8 ข้อ และการมีเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ จำนวน 7 ข้อ ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC)

อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ทุกข้อ และผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) = 0.803

2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 27 ข้อ จำแนกเป็นด้านการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาของครูจำนวน 17 ข้อ ด้านสื่อประกอบการเรียนการสอน 6 ข้อ และด้านการวัดและการประเมินผลจำนวน 4 ข้อ ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามพบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ทุกข้อ

1.3 การแปลความหมายของคะแนนความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ จำแนกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 3.50–4.00 หมายถึง พอใจมากที่สุด 2.50–3.49 หมายถึง พอใจมาก 1.50–2.49 หมายถึง พอใจน้อย 1.00–1.49 หมายถึง พอใจน้อยที่สุด⁽⁷⁾

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test

3. การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม–กันยายน 2566 ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 วิเคราะห์คิดอย่างไรในเรื่องเพศ ประกอบด้วย ขั้นนำ โดยครูตั้งคำถามและสนทนาร่วมกับนักเรียนในประเด็นความเชื่อและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับ

เรื่องเพศ ขั้นจัดการเรียนรู้ (1) ขั้นเรียนรู้ (learning) ครูและนักเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศ (2) ขั้นเปิดใจ (openness) ครูให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นของกลุ่มในประเด็นความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศ ใช้ตัวแบบจากการให้นักเรียนดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ (3) ขั้นเห็นคุณค่า (value) ครูให้นักเรียนโหวตแสดงความรู้สึกในประเด็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติทางเพศ และ (4) ขั้นเห็นคุณงามความดี (excellence) ครูให้นักเรียนเขียนแสดงความรู้สึกในประเด็นความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ และขั้นสรุป ครูสุ่มนักเรียนตอบคำถามประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเรื่องเพศ

กิจกรรมครั้งที่ 2 เพศหลากหลายของวัยรุ่น ประกอบด้วย ขั้นนำ ครูให้นักเรียนทำกิจกรรมวาดภาพดอกไม้ของฉัน ขั้นจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) ขั้นเรียนรู้ ครูให้นักเรียนสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ ทำแบบประเมินเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ และอภิปรายในประเด็นเรื่องความหลากหลายทางเพศ (2) ขั้นเปิดใจ ครูให้นักเรียนแสดงความรู้สึกต่อ LGBTQ+ (3) ขั้นเห็นคุณค่า ครูใช้ตัวแบบโดยการเปิดคลิปวิดีโอบุคคลที่เป็น LGBTQ+ ที่ประสบความสำเร็จในอาชีพ และ (4) ขั้นเห็นคุณงามความดี ครูให้นักเรียนเขียนแสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ และขั้นสรุป ครูให้นักเรียนที่อาสาสมัครสรุปประเด็นความหลากหลายทางเพศ

กิจกรรมครั้งที่ 3 ทุกเพศเท่าเทียม ประกอบด้วย ขั้นนำ ครูตั้งคำถาม นักเรียนร่วมกันอภิปรายประเด็นหัวหน้าครอบครัว ขั้นจัดการเรียนรู้ประกอบด้วย (1) ขั้นเรียนรู้ ครูให้นักเรียนระดมความคิดเห็นในประเด็นสิ่งที่ผู้หญิงและผู้ชายทำได้และทำไม่ได้ (2) ขั้นเปิดใจ ครูให้นักเรียนนำเสนอความคิดเห็นในประเด็นสิ่งที่ผู้หญิงและผู้ชายทำได้และทำไม่ได้ (ใช้คำพูดชักจูงใจ) ครูอธิบายเรื่องความเท่าเทียมระหว่างเพศ (3) ขั้นเห็นคุณค่า ครูใช้ตัวแบบโดยการเปิดคลิปวิดีโอผู้หญิงที่ประสบความสำเร็จทางการเมือง

การปกครอง และ (4) ขึ้นเห็นคุณงามความดี ครูให้นักเรียนเขียนแสดงความคิดเห็นในประเด็นความเท่าเทียมระหว่างเพศ และขึ้นสรุป ครูสรุปประเด็นความเท่าเทียมระหว่างเพศ

กิจกรรมครั้งที่ 4 วางตัวอย่างไร วัยรุ่น วัยเรียน ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูให้นักเรียนทำกิจกรรมวาดรูปดอกไม้ ขึ้นการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูเปิดคลิปวิดีโอแสดงถึงพฤติกรรมกาารวางตัวของเพศชายและหญิง (2) ขึ้นเปิดใจ ครูให้สถานการณ์ที่สมมุติ นักเรียนแสดงความคิดเห็นประเด็นการวางตัวอย่างเหมาะสม (3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นประเด็นการวางตัวอย่างเหมาะสม และ (4) ขึ้นเห็นคุณงามความดี ครูให้นักเรียนแสดงความสำเร็จจากการปฏิบัติโดยการให้นักเรียนตอบคำถามความเป็นสุขภาพบุรุษและสุขภาพสตรีที่เคยทำที่ผ่านมา และขึ้นสรุป ครูและนักเรียนร่วมกันสรุปประเด็นการวางตัวอย่างเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 5 ปัญหาวันวายของวัยว้าวุ่น ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูให้นักเรียนทำกิจกรรมรักษาความปลอดภัยให้ลูกน้อย ขึ้นการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูกระตุ้นทางอารมณ์โดยการแสดงภาพนักเรียนอุ้มลูก และให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพประเด็นท้องในวัยเรียน (2) ขึ้นเปิดใจ ครูเปิดคลิปวิดีโอประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน นักเรียนแสดงความคิดเห็นประเด็นผลกระทบที่ตามมา (3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูใช้ตัวแบบโดยการให้นักเรียนดูคลิปวิดีโอ ทางเลือกในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และ (4) ขึ้นเห็นคุณงามความดี ครูให้นักเรียนทำสมาธิรำลึกถึงพระคุณของ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ที่เลี้ยงดูเรามา และเขียนคำขวัญประเด็นผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และขึ้นสรุป ครูส่มนักเรียนบอกถึงผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

กิจกรรมครั้งที่ 6 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูกระตุ้นทางอารมณ์โดยให้นักเรียนดูภาพโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้วส่มถามนักเรียนว่า

เป็นโรคใด (กระตุ้นทางอารมณ์) ขึ้นการจัดการเรียนรู้ประกอบด้วย (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูให้นักเรียนหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ (2) ขึ้นเปิดใจ ครูกระตุ้นทางอารมณ์โดยอธิบายเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และนักเรียนแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับโรคที่กลัวที่สุด (3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูกระตุ้นอารมณ์โดยให้นักเรียนดูคลิปวิดีโอประเด็นเอชไอวี และสนทนาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในการป้องกันโรค และ (4) ขึ้นเห็นคุณงามความดี ครูให้นักเรียนเขียนแสดงความรัก ความห่วงใยต่อบุคคลที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และส่มนักเรียนออกมานำเสนอแสดงความรู้สึก และขึ้นสรุป ครู และนักเรียนร่วมกันสรุป และทบทวนถึงประเภทของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแนวทางในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

กิจกรรมครั้งที่ 7 รักเลือกได้ ไม่ต้องเสี่ยง ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูตั้งคำถามประเด็นการป้องกันตนเอง และหลีกเลี่ยงจากการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ ขึ้นการจัดการเรียนรู้ประกอบด้วย (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูแจกบัตรคำถามสถานการณ์จำลอง และให้นักเรียนแสดงบทบาทสมมุติต่อสถานการณ์เสี่ยงโดยฝึกปฏิเสธและต่อรองโดยให้นักเรียนเรียนรู้การประสบความสำเร็จจากการปฏิเสธและต่อรอง (2) ขึ้นเปิดใจ ครูตั้งคำถามให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นในประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ (3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูให้นักเรียนค้นหาข้อมูลวิธีการคุมกำเนิด คุบบรรยายเรื่องการคุมกำเนิด และคุณค่าของการป้องกันการการตั้งครรภ์ และ (4) ขึ้นเห็นคุณงามความดี ครูให้นักเรียนเขียนแสดงแนวทางการช่วยเหลือหากมีเพื่อนมาปรึกษาว่าคู่รักชวนไปมีเพศสัมพันธ์ และขึ้นสรุป ครูส่มเลือกนักเรียนให้สรุปวิธีการป้องกันและหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

กิจกรรมครั้งที่ 8 วัยรุ่นมั่นใจ ต้องไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูให้นักเรียนทำกิจกรรมเกี่ยวกับถุงยางอนามัยและเลือกนักเรียนให้ตอบวิธีวิธีการเลือกถุงยางอนามัย ขึ้นการจัดการเรียนรู้ประกอบด้วย (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูใช้ตัวแบบ

โดยการเปิดคลิปวิดีโอการใส่ถุงยางอนามัย นักเรียนร่วมกันอภิปราย (2) ชั้นเปิดใจ ครูให้นักเรียนสาธิตวิธีการใช้ถุงยางอนามัยจากการค้นหาข้อมูลที่มีมอบหมายในสัปดาห์ก่อน และร่วมกันวิพากษ์ เป็นการให้นักเรียนรู้สึกรู้ว่าประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติ และครู นำเสนอและสาธิตวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง (3) ชั้นเห็นคุณค่าครูอธิบายเรื่องประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยและยาต้านไวรัส HIV และ (4) ชั้นเห็นคุณค่าความดี ครูให้นักเรียนวาดรูปประกอบคำขวัญเพื่อรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และชั้นสรุป ครูสรุปประเด็นการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4. การรับรองจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC-G-337/2564

ผลการศึกษา

การศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบโมเดลลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน กลุ่มทดลอง เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50.00 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.00 และเพศหญิง ร้อยละ 45.00 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุ 13 ปีมากที่สุด ร้อยละ 67.50 รองลงมา คือ อายุ 12 ปี ร้อยละ 30.00 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุ 13 ปีมากที่สุด ร้อยละ 65.00 รองลงมา คือ อายุ 12 ปี ร้อยละ 35.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)

	คะแนนเต็ม	M	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
ทดลอง	120	96.23	5.99	0.73	0.466
เปรียบเทียบ		95.28	5.60		
หลังการทดลอง					
ทดลอง	120	109.25	4.13	9.31	<0.001*
เปรียบเทียบ		99.83	4.89		

*p<0.05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมเท่ากับ 96.23 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 95.28 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมก่อนการทดลอง มาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนความรู้ทางสุขภาพ

เกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน (p>0.05)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมหลังการทดลองเท่ากับ 109.25 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 99.83 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมก่อนการทดลอง มาทดสอบความแตกต่างระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ($n=40$)

	คะแนนเต็ม	M	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
ทดลอง		96.23	5.99		
เปรียบเทียบ	120	109.25	4.13	22.08	<0.001*
หลังการทดลอง					
ทดลอง		95.28	5.60		
เปรียบเทียบ	120	99.83	4.89	13.95	<0.001*

* $p<0.05$

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมสูงขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวม ก่อนการทดลองเท่ากับ 96.23 คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 109.25 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมมาทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมสูงขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวม ก่อนการทดลองเท่ากับ 95.28 คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 99.83 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมมาทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความพึงพอใจของนักเรียนกลุ่มทดลองต่อการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยรวมจำแนกรายด้าน ($n=40$)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ
ด้านการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาของครู	3.79	0.29	มากที่สุด
ด้านสื่อประกอบการเรียนการสอน	3.72	0.38	มากที่สุด
ด้านการวัดและประเมินผล	3.74	0.38	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยของภาพรวม	3.76	0.29	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดทุกด้าน

วิจารณ์

จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของกลุ่มทดลอง มาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับ

เรื่องเพศของกลุ่มทดลองโดยรวมภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีแนวทางการจัดการเรียนรู้ โดยกำหนดกิจกรรมต่างๆ ตามแนวคิดโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเอง โดยในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้นักเรียนค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศ ฝึกให้นักเรียนกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลที่มีแหล่งที่มาชัดเจนถูกต้อง นำเชื่อถือ ตรงความต้องการ ทันสมัยเป็นปัจจุบัน และการฝึกให้นักเรียนค้นหาข้อมูลในประเด็นต่างๆ ซ้ำๆ จนเกิดเป็นทักษะ ด้านการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยการสืบค้นข้อมูล การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแสดงความคิดเห็น การใช้คลิปวิดีโอ การตั้งคำถาม การบรรยาย การสาธิต การลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียน กระตุ้นเร้าความสนใจของนักเรียนไม่เบื่อหน่าย ด้านการนำข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศไปใช้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานการณ์สมมติจากตัวแบบผ่านวิดีโอ การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และสามารถนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการเลือกปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศได้ ด้านการมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การโหวตให้ค่าแสดงความรู้สึก การเขียนแสดงความรู้สึก การเขียนแสดงความรัก ความห่วงใย หากมีบุคคลที่เรารัก เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การแสดงบทบาทสมมติ ทำให้นักเรียนได้แสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องเพศในทิศทางบวก ผ่านทางกิจกรรมที่ครูได้กำหนดขึ้น และอาจเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมโดยประยุกต์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 ปัจจัย ได้แก่ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ การใช้ตัวแบบการสื่อสารชักจูงใจ และการกระตุ้นทาง

อารมณ์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้มีความมั่นใจและเพิ่มทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ การนำข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศไปใช้ได้อย่างถูกต้อง และการมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนของสิริพร ภิโยทัย และคณะ⁽⁸⁾ ที่จัดกิจกรรมฝึกการค้นหากลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี โดยค้นหาจากสื่อต่างๆ เพื่อน และครู ฝึกกำหนดทางเลือกที่ต้องตัดสินใจ ฝึกแสดงจุดยืนในการตัดสินใจปฏิเสธ เกรงใจต่อรอง หาททางเลือกที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเลือกและใช้ถุงยางอนามัย เชิญบุคคลต้นแบบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งอรุณ ปิยะฤทธิ์ และวลัย อิศรางกูร ณ อยุธยา⁽⁹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาร่องผลการจัดการเรียนรู้หลักสูตรท้องถิ่นโดยประยุกต์ใช้โมเดลเลิฟที่มีต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและเจตคติต่อชุมชนท้องถิ่น กรณีศึกษาวิชาเพชรบุรีศึกษาที่จัดกิจกรรมการอภิปราย การใช้กรณีศึกษา การแสดงความคิดเห็น การสนทนาเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ การเขียนบันทึก การประเมินค่า การแสดงความรักโดยการใช้อำพุด การวาดภาพ การเขียนคำขวัญ และการลงมือปฏิบัติเพื่อสาธารณะ ส่งผลให้นักเรียนมีคะแนนเจตคติต่อชุมชนท้องถิ่นสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โมเดลเลิฟ ทำให้ผู้เรียนมีเจตคติที่ดีขึ้น ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องโปรแกรมสร้างเสริม

ทักษะชีวิตตามแนวคิดความสามารถของตนเอง เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ของนพ.โจน วังศ์พัชรจรัส⁽¹⁰⁾ ซึ่งใช้กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดเจตคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องเพศ ให้เกียรติเพศตรงข้าม ตระหนักรู้ในตนเอง และตัดสินใจแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ โดยใช้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การนำเสนอภาพข่าวและวิดีโอ การระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ และการใช้คำถาม ส่งผลให้ผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบโมเดลเลิฟกับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด อาจเป็นเพราะว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนานั้น เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้ผู้เรียนรู้จักคิด เน้นกิจกรรมหรือกระบวนการมากกว่าเนื้อหา กิจกรรมไม่ยุ่งยากซับซ้อน ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ และสามารถเลือกกิจกรรมต่าง ๆ ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับวิจัยเรื่อง ผลการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้โมเดลเลิฟเพื่อสร้างเสริมความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของนวรรณ์ ธัญญศิริ⁽¹¹⁾ พบว่านักเรียนมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอยู่ในระดับมาก และนักเรียนแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ว่าสามารถเข้าใจเนื้อหาได้มากขึ้น ทำให้จิตใจแจ่มใส มีสมาธิในการเรียนรู้ มีสติในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ลดความรู้สึกหมกมุ่นทางเพศ ได้เห็นคุณค่าของชีวิตตนเองและผู้อื่น ได้ฝึกนิสัยที่ดี ที่ควรปฏิบัติ ในชีวิตประจำวัน สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อตัวเราและผู้อื่น สิ่งที่ได้เรียนรู้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ในชีวิตประจำวัน ทั้งในปัจจุบัน และอนาคต

สรุปผลการวิจัยที่สำคัญ นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศในระดับมากที่สุด และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศสูงกว่า ก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะช่วยเพิ่มความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ สามารถพัฒนาทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ มีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ นำข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศไปใช้ และมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ สามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศได้ ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่จัดกิจกรรมให้นักเรียนได้สืบค้นข้อมูล อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น ใช้ตัวแบบโดยการใช้คลิปวิดีโอ การสาธิต การให้นักเรียนลงมือปฏิบัติ วาดภาพ เขียนคำขวัญเพื่อสื่อสารใจ กระตุ้นอารมณ์นักเรียนด้วยภาพ และสื่อวิดีโอ เป็นต้น ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียน กระตุ้นเร้าความสนใจของนักเรียน ไม่เบื่อหน่าย จนสามารถพัฒนาระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนได้ ดังนั้นครูผู้สอนรายวิชาสุขศึกษา หรือครูผู้สอนเพศศึกษา ควรนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา นี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา เพื่อพัฒนาให้นักเรียนมีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ และความรู้ทางสุขภาพเรื่องอื่นๆ ซึ่งมีความจำเป็นมากในการดำรงชีวิตในสังคมยุคปัจจุบัน อีกทั้งยังควรศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถตนเอง ที่มีผลต่อผู้เรียนในด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมเสี่ยง

ทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญญาโท เรื่องการพัฒนาแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้ โมเดลเลิฟกับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริม ความฉลาดรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตามหลักสูตรปริญญา การศึกษาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Risk Communication and Health Behavior, Department of Disease Control. Weekly disease forecast no.5/2022 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022. [cited 2023 Jan 23]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=23335&dept-code=brc&news_views=148 (in Thai)
2. Bureau of Reproductive Health, Department of Health. Annual report 2022, Bureau of Reproductive Health [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2022 [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/depart-ment-yearly-report/download/?did=212085&id=100907&reload=> (in Thai)
3. Ministry of Education. Basic education core curriculum A.D. 2008. Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2008. (in Thai)
4. Wattanaburanon A. A manual of LOVE Model application: model for enhancing comprehensive humanization. Bangkok: Odeon Store; 2014. (in Thai)
5. Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
6. Kerlinger N. Foundations of behavioral research. New York: Holt Rinehart & Winston; 1966.
7. Chankhaw S. Development of a health and physical education curriculum for buddhist novices at the lower secondary education level in Phrapariyattidhamma schools [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. 354 p. (in Thai)
8. Piyayothai S, Kaeodumkoeng N, Makkunchorn J, Chaijaraern S, Jaingam B, Khainwaree K. Development of model of skills training activity to enhance health literacy about HIV STIs to promote the use of condom among adolescents and youths. Thai AIDS Journal. 2021;33(3): 111-22. (in Thai)
9. Piyarit R, Isarankura Na Ayudhaya W. Effect of learning management of local curriculum by applying the LOVE model on critical thinking ability and attitude toward local community: a case of Phetchaburi studies subject. An Online Journal of Education [Internet]. 2015 [cited 2002 Jan 23];10(1):161-74. Available from: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/40484/33409> (in Thai)
10. Wongpatcharajarus N. Life skills enhancing program base on self-efficacy concept for reducing risky sexual behaviors of junior high school student [dissertation]. Bangkok. Krirk University; 2018. 202 p. (in Thai)
11. Tanyasiri N. Effects of learning management on sex education by using the LOVE model for comprehensive humanization of lower secondary school students. Srinakharinwirot Academic Journal of Education [Internet]. 2018 [cited 2002 Jan 23];19(1):67-81. Available from: <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/jedu/article/view/10372/8675> (in Thai)

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Effects of self-management program on self-management behaviors, viral load and CD4 level among HIV-infected persons

ภานุพงศ์ จันทโรจน์^{1*}Bhanuphong Jantharot¹นงนุช โอบะ²Nongnut Oba²รัฐภูมิ ชามพูนท¹Ratapum Champunot¹อัมราภรณ์ ภูระย้า²Amaraporn Puraya²¹โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก¹Phromphiram Hospital Phitsanulok Province²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร²Faculty of nursing Naresuan University

*Corresponding author e-mail: bhanuphongj64@nu.ac.th

DOI: 10.14456/taj.2024.7

Received: May 21, 2024 Revised: July 16, 2024 Accepted: July 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย (1) การเลือกเป้าหมาย (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (3) การประมวลและประเมินข้อมูล (4) การตัดสินใจ (5) การลงมือปฏิบัติ และ (6) การสะท้อนตนเอง ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบรวบรวมข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired sample t-test, Wilcoxon signed-rank test และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test, Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (2) กลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และ (3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองได้และทำให้ระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น

Abstract

This quasi-experimental study, utilizing a two-group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of a self-management program on self-management behaviors, viral load, and CD4 among HIV-

infected persons. The sample consisted of HIV-infected persons, divided into an experimental and a control group, with 22 individuals in each group. The experimental group received a self-management program, while the control group received regular care. The intervention research tool was a self-management program that consisted of the following components over a 12-week period: (1) goal selection, (2) information collection, (3) information processing and evaluation, (4) decision making, (5) action, and (6) self-reaction. Data collection tools included: (1) a self-management behavior questionnaire, and (2) a viral load and CD4 levels collecting form. The data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. Pre- and post-intervention data were compared using the paired t-test and Wilcoxon signed-ranks test, while comparisons between groups were made using the independent t-test and Mann-Whitney U test. The results showed that: (1) the experimental group had a significantly higher average score for self-management behaviors after the intervention compared to before the intervention, and higher than that the control group ($p < 0.05$); (2) the viral load of the experimental group after the intervention was significantly different from that before the intervention ($p < 0.05$), but there was no significant difference compared to the control group; and (3) the experimental group had a significantly higher average CD4 score after the intervention compared to the control group ($p < 0.05$). These results suggest that the self-management program may improve self-management behaviors and CD4 levels among HIV-infected persons.

คำสำคัญ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด, ระดับซีดีโฟร์

Keywords

HIV-infected persons, self-management program, self-management behavior, viral load, CD4

บทนำ

จากการรายงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 ผู้มีเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 38 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 690,000 คน จากการรายงานขององค์การสหประชาชาติทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.5 ล้านคน และยังพบว่า บางประเทศมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นด้วย เช่น ในกลุ่มประเทศแอฟริกาตอนใต้ทะเลทรายซาฮารา พบว่า 6 ใน 7 คนของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเด็กผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ให้บริการทางเพศ และผู้ที่ติดยาเสพติดมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าคนทั่วไปถึง 25-35 เท่า⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 493,859 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 5,825 คน (เฉลี่ย 16 คนต่อวัน) และมีผู้เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,214 รายต่อปี (เฉลี่ย 31 รายต่อวัน) ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากหลักแสนและหลักหมื่น เหลือเพียง 5,825 คน ทั้งนี้ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือไม่เกิน 1,000 คนต่อปีภายในปี 2573 ดังนั้นประเทศไทยยังคงต้องการลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ปี⁽²⁾

จากการรายงานของคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center)⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 2,415 ราย 3,468 ราย และ 6,277 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.28, 0.40 และ 0.73

ของประชากรทั้งจังหวัด ซึ่งพบว่า มีอัตราความชุกของโรคเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2563-2565 อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดดังกล่าวข้างต้นมีจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เพิ่มขึ้นโดยมีจำนวน 414 ราย 431 ราย และ 449 รายตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 0.48, 0.50 และ 0.52 ของประชากรทั้งอำเภอตามลำดับ และมีผู้เข้ารับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 333, 344 และ 356 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 80.43, 79.81 และ 79.28 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ สำหรับผลการรักษาผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ พบว่า มีร้อยละของปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด <50 copies/ml มีค่าเท่ากับ 92.7, 92.31 และ 92.16 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ แสดงว่าผลการรักษาทำให้ปริมาณเชื้อลดลงได้เป็นจำนวนมาก สำหรับระดับซีดีโฟร์ของผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 214 ราย และร้อยละของระดับซีดีโฟร์ >500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคิดเป็นร้อยละ 58.95 แสดงให้เห็นว่า มีผู้ติดเชื้อมากกว่าครึ่งหนึ่งเพียงเล็กน้อยที่มีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับปกติ ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลชุมชนควรพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพมากขึ้น

เอชไอวี (human immunodeficiency virus, HIV) เป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของคนจะทำให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดโรคเอดส์ (AIDS) และทำให้เกิดการเสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด มีเพียงยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อผู้ติดเชื้อกินยาเร็ว กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นระยะเวลายาวนาน⁽⁴⁾ เนื่องจากการใช้ยาต้านไวรัสสามารถยับยั้งการเพิ่มขึ้นของเชื้อในร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านโรคกลับมาทำงานปกติ

Creer⁽⁵⁾ กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับ (1) การตั้งเป้าหมาย (goal selection) (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล

(information collection) (3) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) (4) การตัดสินใจ (decision making) (5) การลงมือปฏิบัติ (action) และ (6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction)⁽⁵⁾ การจัดการตนเองคือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง⁽⁶⁾ จากทบทวนงานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้แก่ งานวิจัยของรำไพ หาญมนต์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) งานวิจัยของจันจิรา วิทยาบำรุงและปัทมา สุริต⁽⁸⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) งานวิจัยของอดิเทพ ผาติอินันท์ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมที่สร้างตามแนวคิดการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ขึ้น

โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง ซึ่งสร้างจากกระบวนการจัดการตนเองของ Creer โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและ

ระดับซีดีโฟร์ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองจะส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่เหมาะสมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ให้บริการกลุ่มนี้มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงและมีระดับซีดีโฟร์เพิ่มสูงขึ้นได้

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับซีดีโฟร์อยู่ในช่วง 200-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (เซลล์/ลบ.มม.) ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 107 คน โดยคัดเลือกจากผลการตรวจเลือดในเวชระเบียนปีงบประมาณ 2565 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของสุกัญญา ทองบุผา และคณะ⁽¹⁰⁾ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (mean=44.7, S.D.=3.086) และกลุ่มควบคุม (mean=39.86, S.D.=4.688) มาประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากสูตรของโคเฮน⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$d = \frac{(\bar{X}_E - \bar{X}_C)}{SD_C}$$

โดยที่ d = ค่าขนาดอิทธิพล (effect size)
 $\bar{X}_E$ = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
 $\bar{X}_C$ = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
 SD_C = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

$$\text{แทนค่า } d = \frac{44.7 - 39.86}{4.68}$$

$$d = 1.03$$

ซึ่งได้ค่าอิทธิพลมากกว่า 0.80 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลใหญ่ แล้วนำมาประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง⁽¹¹⁾ กำหนด $\alpha = 0.05$ และ power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 26 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มเลือกโซนบริการของโรงพยาบาลชุมชนตัวอย่าง ซึ่งมี 2 โซนได้โซนเหนือเป็นกลุ่มทดลองและโซนใต้เป็นกลุ่มควบคุม สุ่มกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยนำรายชื่อตามเกณฑ์คัดเข้านำมาเรียงตามหมายเลขโรงพยาบาล (HN) ทำการสุ่มโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Thaiware⁽¹²⁾ จนได้จำนวน 26 หมายเลข และนำหมายเลขไปเทียบกับรายชื่อที่เรียงลำดับโดย HN จนได้กลุ่มทดลองจำนวน 26 คน จากนั้นเลือกกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (matched pair) กับกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันโดยใช้เกณฑ์ได้แก่ (1) เพศเดียวกัน (2) อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี (3) ระดับซีดีโฟร์ห่างกันไม่เกิน 50 เซลล์/ลบ.มม.

1. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁽⁵⁾ ประกอบด้วย กิจกรรม (1) การเลือกเป้าหมาย (goal selection) ได้แก่ การได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค การเลือกเป้าหมายการจัดการตนเอง (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) เป็นกิจกรรมการรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง (3) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) ตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (4) การตัดสินใจ (decision making) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค (5) การลงมือปฏิบัติ (action) ได้แก่ การสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง การสนทนากับแพทย์เพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ และ (6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction) เป็นการทบทวนตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่

โดยใช้ใบงานการสะท้อนคิด

1.2 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

(1) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบเลือกตอบเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ จำนวน 6, 7, 4 และ 6 ข้อ ตามลำดับรวมทั้งสิ้น 23 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 ถึง 5 ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน (7 ครั้ง/สัปดาห์) = 5 คะแนน, ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเกือบทุกวัน (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) = 4 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) = 3 คะแนน, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) = 2 คะแนน, ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นใน 1 สัปดาห์ = 1 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Best⁽¹³⁾ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.79 หมายถึง พฤติกรรมระดับน้อยมาก ค่าเฉลี่ย 1.80-2.59 หมายถึง พฤติกรรม ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.60-3.39 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.40-4.19 หมายถึง พฤติกรรม ระดับดี ค่าเฉลี่ย 4.20-5.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับดีมาก และ (2) แบบบันทึกปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ เป็นแบบ

บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.3 เครื่องมือกำกับการวิจัย เป็นแบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของกลุ่มทดลองในช่วงที่ได้รับโปรแกรมฯ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านโรคติดเชื้อ 2 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยนำไปสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวีแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่ไม่ใช่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาความเที่ยงโดยวิธีตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.94 สำหรับปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ได้รับการวัดจากเครื่องตรวจของโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเป็นประจำทุกปี

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ขั้นตอนเตรียมการ หลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประสานงานหัวหน้าฝ่ายงานแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานคลินิกโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลก่อนดำเนินการวิจัย

2.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1) ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์	กิจกรรมการทดลองและเนื้อหา
ก่อนสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง)	กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2566
สัปดาห์ที่ 1 ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม	กิจกรรมที่ 1: การเลือกเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ 1.1 กิจกรรมการได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค โดยผู้วิจัยให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ผ่านคลิปวิดีโอสื่อการสอน 1.2 กิจกรรมการเลือกเป้าหมายการจัดการตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำกลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาคนละ 5 นาที กิจกรรมที่ 2: การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำกลุ่มทดลองรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง กิจกรรมที่ 3: การประมวลและประเมินข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ 4: การตัดสินใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค
สัปดาห์ที่ 1-12 (วันที่ 2 ของการทดลอง - สัปดาห์ที่12)	กลุ่มทดลองปฏิบัติที่บ้าน ได้แก่ กิจกรรมสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่บ้านพร้อมทั้งบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง
สัปดาห์ที่ 4	กิจกรรมสนทนากับบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองโดยใช้การสนทนากับบัดทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1
สัปดาห์ที่ 6	กิจกรรมการสะท้อนตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนให้กลุ่มทดลองทบทวนตนเองโดยใช้ใบงานการสะท้อนคิดเพื่อประเมินว่าสิ่งที่ปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่เป็นรายบุคคล
สัปดาห์ที่ 8	กิจกรรมสนทนากับบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองโดยใช้การสนทนากับบัดทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2
ภายหลังสัปดาห์ที่ 12 (หลังการทดลอง)	กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2567

2) ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปกิจกรรมของกลุ่มควบคุม

สัปดาห์	กิจกรรมการทดลองและเนื้อหา
ก่อนสัปดาห์ที่ 1	กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2566
สัปดาห์ที่ 1-12	กลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามปกติ คือ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการของโรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจรักษา การให้ยารักษา และการให้คำแนะนำที่โรงพยาบาล
ภายหลังสัปดาห์ที่ 12	กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองและผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2567

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยนำหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย paired sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วย Wilcoxon signed-ranks test และเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test

4. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย นเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ COA no. 291/2023 รับรองวันที่ 25 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เนื่องจากมีการสูญหายของกลุ่มควบคุม ไม่ได้มาเจาะเลือดหลังการทดลองจำนวน 4 คน ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มทดลองออก 4 คน จึงเหลือข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ กลุ่มละ 22 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.7 อายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 45.5 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 31.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.7 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 27.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 22.7 ระยะเวลาที่ติดเชื้ออยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 68.2 ระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย 9.55±6.57 ปี กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.7 อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 45.5 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 59.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 63.7 สูบบุหรี่ ร้อยละ 9.1 ดื่มสุรา ร้อยละ 18.2 ระยะเวลาที่ติดเชื้ออยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 59.1 ระยะเวลาติดเชื้อเฉลี่ย 9.80±4.76 ปี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไป พฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=22)	กลุ่มควบคุม (n=22)	P-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	48.45±10.58	49.14±10.35	0.998*
ระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย (ปี)	9.55±6.57	9.8±4.76	0.467*
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	3.71±0.45	3.68±0.25	0.084*
ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (copies/ml)	22.27±6.43	20.00±0.00	<0.05**
ค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์(เซลล์/ลบ.มม.)	379.05±71.33	387.36±67.49	0.722*

* independent t-test, ** Mann-Whitney U test

อายุเฉลี่ย ระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย (p<0.05) (ตารางที่ 3)
 ค่าระดับซีดีโฟร์ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ
 จัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 ไม่แตกต่างกัน ส่วนปริมาณเชื้อเอชไอวี ในเลือด ก่อนการ
 ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง
 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ของกลุ่ม
 ทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=22)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Diff mean (95 %CI)		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	Lower	Upper	
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	3.71	0.45	4.38	0.41	-0.95	-0.39	<0.001
ด้านการรับประทานยา	4.01	0.69	4.84	0.30	-1.18	-0.46	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร	3.15	0.57	4.20	0.47	-1.36	-0.72	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	3.22	0.95	3.95	0.87	-1.23	-0.21	<0.01
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ	4.45	0.37	4.56	0.43	-0.36	0.15	0.400
ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์/ลบ.มม.)	379.05	71.33	455.27	126.96	-127.83	-24.62	<0.01

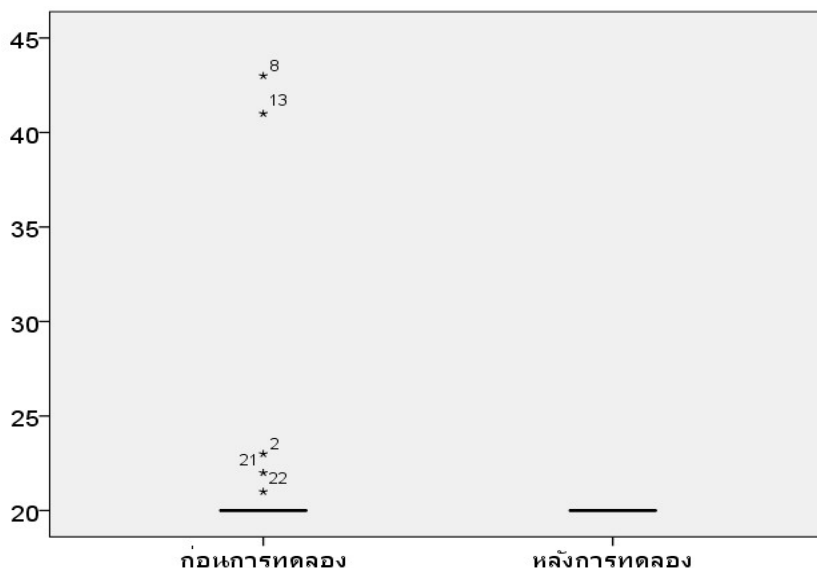
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้าน
 การรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหารและโดย
 รวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ
 ทดลอง (p<0.05) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการ
 ออกกำลังกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อน
 การทดลอง (p<0.05) ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเอง
 ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการทดลอง
 ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และระดับซีดีโฟร์หลัง
 การทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (p<0.05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=22) และกลุ่มควบคุม (n=22)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Diff mean (95 %CI)		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	Lower	Upper	
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	4.38	0.41	3.69	0.33	.46	.92	<0.001
ด้านการรับประทานยา	4.84	0.30	3.90	0.61	0.64	1.23	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร	4.20	0.47	3.27	0.43	0.64	1.19	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	3.95	0.87	3.12	0.69	0.34	1.31	<0.01
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ	4.56	0.43	4.45	0.37	-0.14	0.35	0.390
ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์/ลบ.มม.)	455.27	126.96	383.14	85.01	6.39	137.87	<0.05

ดังตารางที่ 2 ภายหลังการทดลองพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทาน อาหาร และโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูง

กว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) (ตารางที่ 5)



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=22)

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดเฉลี่ย 22.27 ± 6.44 copies/ml (max=43 copies/ml, min=20.00 copies/ml, median=20.00 copies/ml) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดเฉลี่ย 20.00 copies/ml (max=20.00 copies/ml, min=20.00 copies/ml, median=20.00 copies/ml) (ภาพที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test พบว่า sum of ranks=15.00, 95%CI=19.42-25.13, p-value <0.05 คือ กลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน ($p<0.05$) โดยมีกลุ่มทดลอง 5 คน มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดเฉลี่ย 20.00 copies/ml เท่ากันทุกคน (max=20.00 copies/ml, min=20.00 copies/ml) เมื่อเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า mean=20 copies/ml, p-value=1.000 คือ หลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การรับประทาน อาหาร และโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ

ทดลอง ($p < 0.05$) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) นอกจากนั้น พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) ด้วยเหตุผลที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเอง ดังนี้ (1) การเลือกเป้าหมาย ผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการที่เหมาะสมกับโรค โดยให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ การปฏิบัติตนด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจผ่านคลิปวิดีโอ แล้วฝึกตั้งเป้าหมายและบันทึกลงในคู่มือการดูแลสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลองมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มทดลองรวบรวมและบันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาน้ำเหลืองที่คอโต มีเชื้อราที่เล็บ มีแผลร้อนในในช่องปาก ผิวหนังอักเสบ ผื่นขาวข้ำงลิ้น มีไข้เป็นๆ หายๆ น้ำหนักลด รับประทานอาหารได้น้อย เป็นต้น บันทึกปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของตนเองลงในคู่มือฯ ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองรู้จักสถานะสุขภาพตนเอง และสามารถจัดการความผิดปกติที่อาจพบได้ (3) การประมวลและประเมินข้อมูล ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปใช้ในการตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไป (4) การตัดสินใจ ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนด้านการรับประทานยา ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง (5) การลงมือปฏิบัติ กลุ่มทดลองปฏิบัติตามกิจกรรมด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้กลุ่มทดลองรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถูกต้องตรงเวลา มีการรับประทานโปรตีนให้เพียงพอ เช่น เนื้อสัตว์

ไม่ติดมัน เนื้อไก่ ปลา ไข่ เป็นต้น เลือกรับประทานไขมันที่ดีต่อสุขภาพในปริมาณที่เหมาะสม ได้แก่ ถั่ว น้ำมันจากพืช เน้นความสะอาดและปลอดภัยของอาหาร ทำให้ร่างกายมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันโรค บางคนมีการออกกำลังกาย ได้แก่ การวิ่ง การปั่นจักรยาน เมื่อทำอย่างต่อเนื่องเกิน 30 นาทีต่อวันจึงส่งผลให้ระบบเลือด หัวใจ และปอดมีความแข็งแรงขึ้น รวมทั้งบางคนมีการแกว่งแขน มีการผ่อนคลายความเครียดดูละคร ภาพยนตร์ ฟังเพลงช่วยให้เกิดความรู้สึกสนุกสนาน และลดความทุกข์ทางจิตใจได้ และหากมีปัญหาในการปฏิบัติตนที่บ้าน ผู้วิจัยให้คำแนะนำโดยการสนทนากับบัดทางโทรศัพท์ เช่น บางคนรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้วิจัยแนะนำให้การตั้งนาฬิกาปลุกจากโทรศัพท์ตามเวลาที่รับประทานยา บางคนชอบรับประทานของทอด จึงแนะนำให้รับประทานของทอดน้อยลง เพราะอาหารที่ปรุงโดยการทอดมีไขมันสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ควรรับประทานอาหารประเภทต้มหรือนึ่งแทน และมีการติดตามผลการปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้วย และ (6) การสะท้อนตนเองจากการสะท้อนตนเองพบว่าสาเหตุที่ยังมีระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. เนื่องจากบางคนไม่มาตรวจตามนัดจึงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และบางคนลืมรับประทานยา บางคนรับประทานโปรตีนน้อย ไม่ออกกำลังกาย หลังจากได้ข้อแนะนำอีกครั้งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในทางที่ดีขึ้น สรุปว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากพฤติกรรมการจัดการความทุกข์ทางจิตใจก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีมาก และหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย ซึ่งคาดว่าอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์การเผชิญความทุกข์และความเครียดจากการติดเชื้อเอชไอวีและมีวิธีการจัดการ

ความทุกข์ทางจิตใจอย่างเหมาะสมมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จากผลการวิจัยเป็นไปตามกระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วยกิจกรรม (1) การเลือกเป้าหมาย (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (3) การประมวลและประเมินข้อมูล (4) การตัดสินใจ (5) การลงมือปฏิบัติ และ (6) การสะท้อนตนเอง ที่ระบุว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ^(5,6) สอดคล้องกับกรมควบคุมโรค⁽²⁾ ที่ระบุว่าการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น⁽²⁾ ผู้ติดเชื้อควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงกว่าคนปกติ 2 เท่าและมีคุณภาพดี เพื่อให้ร่างกายใช้ในการสร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง⁽¹⁴⁾ ผลการวิจัยของราไฟ หาญมนต์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น ($p<0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงหลังการทดลองลดลง ($p<0.05$) และพฤติกรรมเสี่ยงหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) งานวิจัยของสว้างจิต คงภิล และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p<0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) งานวิจัยของจุฑามาส พรหมใจมั่น⁽¹⁶⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายชนิดต้านยางยืดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทาน ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยมีกลุ่มทดลอง 5 คน มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง เป็นผลมาจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.05$) แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ตรงเวลาดีขึ้น ซึ่งกรมควบคุมโรค⁽²⁾ ระบุว่าเมื่อผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดจะมีปริมาณต่ำมาก ๆ จนไม่สามารถตรวจวัดได้ หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 copies/ml ส่วนปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันด้วย เนื่องจากปริมาณเชื้อเอชไอวีก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก จึงไม่เห็นความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม

3. ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวเป็นไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมฯ โดยกลุ่มทดลองมีการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทาน การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้น จึงส่งผลให้มีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2564/2565 ของกรมควบคุมโรคที่ระบุว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ตามแผนการรักษา ระดับซีดีโฟร์จะสูงขึ้นมากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. การรับประทานอาหารโปรตีนสูงจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันให้สูงขึ้น⁽²⁾ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสมรรถภาพทางกายดี รู้สึกผ่อนคลายและช่วยให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคดีขึ้น⁽⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า⁽¹⁷⁾ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและมีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น ($p < 0.05$) และงานวิจัยของวรรณนิภา แสนสุภา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ⁽¹⁸⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$)

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ program G*power แบบสองกลุ่มลักษณะจับคู่กัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เนื่องจากกลุ่มควบคุมไม่ได้มาเจาะเลือดหลังการทดลองจำนวน 4 คน ผู้วิจัยตัดกลุ่มทดลองที่เป็นคู่ของกลุ่มควบคุมออกจำนวน 4 คน (กลุ่มตัวอย่างสูญหายร้อยละ 15.38) จึงมีข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์กลุ่มละ 22 คน ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างของ power = 0.80 ที่ $\alpha = 0.10$ ซึ่งผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือลดลง จึงเสนอแนะว่าหากเป็นงานวิจัยถึงทดลองโรคติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เปิดเผยตัวตนและเข้าถึงผู้ป่วยได้ยาก ควรกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจากขนาดที่คำนวณได้จากสูตรหรือโปรแกรมคำนวณอย่างน้อยร้อยละ 20.00

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การเลือกเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น มีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น และมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงแตกต่างจากก่อนการทดลอง นอกจากนี้ งานวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 40.90 มีระดับซีดีโฟร์สูงชันมากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. แสดงว่าผลของโปรแกรมการจัดการตนเองยังมีประสิทธิภาพที่ไม่สูง จึงควรพิจารณาพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับช่วงเวลาเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งมีผลต่อ

ปริมาณเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยแต่ละคน

2. ใช้ข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ก่อนทดลองจากผลทางห้องปฏิบัติการ เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2566 ส่วนหลังการทดลองใช้ผลทางห้องปฏิบัติการ เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2567

3. ผู้วิจัยไม่ได้นำปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับซีดีโฟร์ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ดัชนีมวลกาย อาชีพ และครอบครัวมาเป็นเกณฑ์ในการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหาร โดยการนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหาร หรือบุคลากรที่รับผิดชอบด้านรักษาและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

1.2 ด้านการปฏิบัติ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำโปรแกรมมา ไปประยุกต์เพื่อปรับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งอาจช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคได้ดียิ่งขึ้นและทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังนี้

1.2.1 กิจกรรมการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเป้าหมายของตนเองเพื่อเป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น มีความสำคัญมาก ควรแนะนำผู้ป่วยแต่ละรายตั้งเป้าหมายในการเพิ่มระดับซีดีโฟร์ให้เหมาะสมกับตนเอง

1.2.2 การกระตุ้นและจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่พยาบาลควรแนะนำให้มีการบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำการสนทนากับบัดทางโทรศัพท์มาใช้ในการสร้างแรงจูงใจและความมีวินัยในการปฏิบัติ

1.3 ด้านการศึกษา ควรจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการจัดการตนเอง และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อสามารถใช้ฝึกปฏิบัติการ

พยาบาลและบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี

2.2 ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบ randomized control trial

2.3 ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวที่ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนทุนวิจัยแก่โครงการวิจัยนี้ ขอขอบคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินโครงการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างโครงการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลทำให้การวิจัยจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Office of Disease Prevention and Control Region 6 Chonburi. December 1, World AIDS Day: Office of Disease Prevention and Control Region 6 Chonburi joins to end inequalities, end AIDS, and end pandemics [Internet]. Chonburi: Office of Disease Prevention and Control Region 6 Chonburi; 2021 [cited 2023 Apr 1]. Available from: https://ddc.moph.go.th/odpc6/news.php?news=22017&deptcode=odpc6&news_views=1668 (in Thai)
- Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2021/2022. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022. (in Thai)
- Health Data Center. HIV-infected persons [Internet]. Phitsanulok: Ministry of Public Health; 2019 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Department of Disease Control. HIV [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2019 [cited 2023 Apr 1]. Available From: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=59 (in Thai)
- Creer TL. Self-management of chronic illness [Internet]. San Diego: Academic Press; 2000 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50047-0>
- Wattana C. Self-management support: strategies for promoting disease control. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2015;26(Suppl.1):117-27. (in Thai)
- Hanmon R, Kasatpibal N, Chitreechuer J. Effects of self-management enhancement on antiretroviral drug adherence and risk behaviors among people living with HIV/AIDS. Nursing Journal. 2013;40(3):40-9. (in Thai)
- Wittayabumrung J, Surit P. Effects of a self-management program on knowledge, self-management behaviors and HbA1c among diabetic patients with poor glycemic control: randomized controlled trial. Journal of Nursing Science and Health. 2020;43(4):36-47. (in Thai)
- Patiapinun A, Toskulkao T, Leelahakul V. The effects of self-management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self-management behaviors and blood pressure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2018;29(2):12-27. (in Thai)
- Thongbupa S, Muengtawepong S, Kommarg U. Effects of a self-management program among

- patients with ischemic stroke. *Nursing Journal CMU*. 2022;49(3):174-87. (in Thai)
11. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U and I Inter Media; 2010. (in Thai)
 12. Thaiware Communication. Random Custom Generator [Internet]. Bangkok: Thaiware Communication; 2023 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://random.thaiware.com/random-custom-generator> (in Thai)
 13. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
 14. Chachiyo T. Nutrition and food safety for persons living with HIV [Internet]. Nakhon Pathom: Golden Jubilee Medical Center; 2022 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/nutrition-for-hiv-patients/> (in Thai)
 15. Kongpibarn S, Ua-kit N, Tantikosoom P. The effect of self-management program on eating behaviors of patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2017;28(2):82-96. (in Thai)
 16. Promchaiman J. The effects of self-management program for knowledge and elastic resistance exercise behaviors among type 2 diabetes mellitus patients in Nakhon Pathom Hospital. *Journal of Graduate Research Development and Innovation*. 2023;1(1):8-20. (in Thai)
 17. Wongtalar P. Development care model for HIV/AIDS patient with antiretroviral therapy at Ragsugkapap clinic in Nakae Hospital, Nakhon Phanom Province. *Journal of Environmental and Community Health*. 2021;6(3):91-103. (in Thai)
 18. Seadsupa W, Sangchart B. The effectiveness of self-management program on antiretroviral adherence and health indicators in HIV/AIDS patient. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division*. 2012;30(3):58-67. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดนนทบุรี

Effectiveness of a program promoting sexually transmitted infections literacy
and social support on preventive intentions among grade 8 students
in Nonthaburi Province

เบญจมาศ จำปาหอม¹

Benjamard Jampahom¹

มณฑา เก่งการพานิช^{2*}

Mondha Kengganpanich^{2*}

ศรัณญา เบญจกุล³

Sarunya Benjakul³

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Public Health, Mahidol University

*Corresponding author e-mail: mondha.ken@mahidol.ac.th

DOI: 10.14456/taj.2024.8

Received: May 16, 2024 Revised: July 19, 2024 Accepted: July 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 71 คน เป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 39 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม สุขศึกษาที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จัดกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 7 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กิจกรรมคือ การฝึกทักษะเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ด้วยการบรรยาย เรียนรู้จากคลิปวิดีโอ เข้าร่วมฐานกิจกรรม ระดมสมอง นำเสนอและอภิปรายกลุ่ม และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และสูงสุด และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square, Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Signed Ranks test และ Mann-Whitney U test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ นำไปใช้ ความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในภาพรวม และความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น กระทรวงศึกษาธิการควรมีนโยบายให้โรงเรียน ครู และผู้ที่เกี่ยวข้องบูรณาการเนื้อหาและวิธีการจัดการเรียนการสอนและจัดให้มีกิจกรรมเสริมทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มทักษะความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงเพิ่มบทบาทของเพื่อน ผู้ปกครอง และคุณครูในการส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างเหมาะสม

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a health education program on sexually transmitted infections (STIs) literacy and preventive intentions for sexually transmitted infections among grade 8 students in a secondary school in Nonthaburi province. The sample consisted of 71 students, divided into an experimental group of 32 students and a comparison group of 39 students. The experimental group received a health education program developed based on health literacy and social support concepts. The program comprised seven sessions, each lasting 50 minutes, conducted over a period of six weeks. Activities included skill training in accessing, understanding, questioning, decision-making, and applying information through lectures, learning from video clips, participation in activities, brainstorming, group presentations, and discussions, with social support provided by peers. Data were collected using questionnaires administered before and after the experiment. Data analysis employed descriptive statistics, such as frequency distribution, mean, standard deviation, and analytical statistics including chi-square, paired t-test, independent t-test, Wilcoxon Signed Ranks test, and Mann-Whitney U test. The results showed that after the experiment, the experimental group demonstrated higher skills in accessing, understanding, questioning, decision-making, and applying literacy regarding STIs and improved STIs preventive intention compared to before the experiment. They significantly outperformed the comparison group ($p < 0.05$). Therefore, the Ministry of Education should implement policies for schools, teachers, and responsible individuals that integrate content and teaching methods to enhance students' literacy skills regarding STIs. Additionally, they should provide ongoing supplementary activities to reinforce these skills. Furthermore, the roles of friends, guardians and teachers should be enhanced to promote preventive behaviors against STIs among students.

คำสำคัญ

ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,
ความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,
แรงสนับสนุน ทางสังคมจากเพื่อน

Keywords

preventive intentions for sexually transmitted infections,
sexually transmitted infections literacy,
peer social support

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งปัจจุบันพบอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสาเหตุการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน และกามโรค ของต่อมและท่อน้ำเหลืองในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 - 2564) มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ 2559 เป็น 29.2

ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งโรคที่พบอัตราป่วยสูงสุด 2 ลำดับแรก คือ โรคซิฟิลิส รองลงมา หนองใน และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบอัตราป่วยที่กลุ่มอายุ 15-24 ปี มากที่สุด รองลงมาในกลุ่มอายุ 25-34 ปี และกลุ่มอายุ 35-44 ปี เท่ากับ 96.0 43.0 18.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽¹⁾ สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปี 2564 ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกาที่พบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่า 2.5 ล้านคน และพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของการติดเชื้อรายใหม่ เป็นผู้ป่วย

ที่มีอายุอยู่ในช่วง 15 - 24 ปี⁽²⁾ จังหวัดนนทบุรีเป็นหนึ่งในจังหวัดเร่งรัดลดอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยปี 2564 พบอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงสุดในเขตสุขภาพที่ 4 รองลงมาเป็นจังหวัดสระบุรี และสิงห์บุรี เท่ากับ 24.7 19.6 และ 19.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบอัตราป่วยที่กลุ่มอายุ 15-24 ปี มากที่สุด รองลงมาในกลุ่มอายุ 25-34 ปี และกลุ่มอายุ 35-44 ปี เท่ากับ 89.7 53.4 และ 18.6 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์อัตราป่วยในระดับประเทศ⁽³⁾

การเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น มีสาเหตุหลักมาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ประกอบกับอายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นที่น้อย โดยพบว่า เพศชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่ออายุ 13.9 ปี และเพศหญิงอายุ 14 ปี โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 14.0 ปี และผลสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (behavioral sentinel surveillance, BSS) ของกองระบาดวิทยาปี 2562 ที่ระบุว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด เฉลี่ยร้อยละ 80.6⁽⁴⁾ อีกทั้ง อิทธิพลของเพื่อนมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงร้อยละ 20.2⁽⁵⁾ และยังพบว่า การชักชวนของเพื่อนในเรื่องต่างๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นชาย เช่น การชักชวนให้ดื่มสุรา ดูสื่อลามก เป็นต้น⁽⁶⁾ และการคบเพื่อนสนิทที่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงจะทำให้วัยรุ่นเกิดโอกาสการมีเพศสัมพันธ์สูงถึง 1.9 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มเพื่อนสนิทที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่ำ⁽⁷⁾ ซึ่งคำแนะนำจากเพื่อน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดทักษะด้านการประเมิน และวัยรุ่นได้ประยุกต์ใช้ข้อมูล สุขภาพทางเพศจากการสื่อสารกับเพื่อน⁽⁸⁾ เมื่อมีปัญหาเรื่องเพศ วัยรุ่นจะปรึกษากับเพื่อนมากที่สุด⁽⁷⁾ นอกจากนี้ การที่วัยรุ่นมีเพื่อนที่ดี และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้⁽⁹⁾ ดังนั้น หากเพื่อน

ช่วยให้คำแนะนำหรือมีการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมนำไปสู่การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และเป็นกลวิธีที่เน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล เพื่อการส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ได้อยู่เสมอ ซึ่งบุคคลที่มีระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค⁽¹⁰⁻¹²⁾ การที่วัยรุ่นมีทักษะการประเมินและทักษะการตัดสินใจซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าระดับต่ำ⁽¹³⁾ และมีการศึกษาที่พบว่า การมีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ เป็นผลมาจากการที่นักเรียนได้รับการพัฒนาทักษะทางความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้จัดทำคู่มือการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV & STIs literacy) ประยุกต์ใช้แนวคิดของขบวนการแกว้ดำเกิง⁽¹⁵⁾ จากการทดสอบคู่มือกับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน พบว่าความรู้รอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการเรียนรู้อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีผลคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเรียนรู้สูงอยู่แล้วก็ตาม แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะความรู้รอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีทักษะของความรู้ที่ดีขึ้น⁽¹⁶⁾

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) คือ การได้รับการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างบุคคล ผ่านความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งอาจจะเป็นความสัมพันธ์ที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยมีจุดประสงค์เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ที่ได้รับการสนับสนุน มี 4 ประเภท คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ เครื่องมือ ข้อมูลข่าวสาร และ

ด้านการประเมิน⁽¹⁷⁾ ซึ่งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คือ เพื่อน จะมีอิทธิพลในการให้คำแนะนำ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การไปตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้กำลังใจ หรือชี้แหล่งสนับสนุน ฤงยางอนามัยฟรี เป็นต้น โดยช่วงเวลาที่จะให้การสนับสนุน ขึ้นอยู่กับบริบทความเหมาะสมของสิ่งที่จะสนับสนุน และระยะเวลาที่เหมาะสมในการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น นอกจากการส่งเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลแล้ว การหนุนเสริมด้วยเพื่อนซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น โดยประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House ที่เป็นแนวคิดพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระหว่างบุคคล (interpersonal) โดยใช้เพื่อนมาเป็นบุคคลหลักในการให้ แรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม ป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า หลังการทดลองวัยรุ่นเกิดพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดีมากซึ่งโปรแกรมได้เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง เพื่อน และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข⁽¹⁸⁾

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของวัยรุ่นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แก่วัยรุ่นในช่วงอายุ 13-14 ปี เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดนนทบุรี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่อาจจะเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า 14 ปี ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และส่งผลต่อการลดอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดนนทบุรีที่ดีขึ้น โดยมีสมมติฐานงานวิจัย คือ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. คำจำกัดความ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ คำจำกัดความหลักที่ใช้ ประกอบด้วย

1.1 ความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การมีทักษะทางความรู้ด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ (1) ทักษะเข้าถึงข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2) ทักษะเข้าใจข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (3) ทักษะได้ถามเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (4) ทักษะตัดสินใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ (5) ทักษะนำไปใช้เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.2 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมชั้นเรียน คุณครู และผู้วิจัย ประกอบด้วย (1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก เช่น การให้กำลังใจ การให้คำแนะนำ และคำปรึกษา เป็นต้น (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล หรือการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (3) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ เช่น การได้รับอุปกรณ์ในการป้องกัน เป็นต้น และ (4) การสนับสนุนด้านการประเมิน ที่แสดงข้อมูลถึงการยืนยันข้อมูลที่ถูกต้อง และการเปรียบเทียบเพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.3 ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความตั้งใจของนักเรียนที่จะกระทำหรือแสดงออกถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย (1) ความตั้งใจปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ (2) ความตั้งใจไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอาการเมามาทุกชนิดในขณะที่อยู่กับเพื่อน แฟน หรือคูรักเพียงลำพัง และ (3) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ทุกครั้งหากจะมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากนักเรียนเป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง แต่อาจไม่ได้มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นพฤติกรรมภายนอก ในการนี้จึงวัดความตั้งใจที่เป็นพฤติกรรมภายใน

2. รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

3. ประชากรที่ศึกษา นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง สองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันตามสูตรของ Fleiss JL(19) ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ค่าความแปรปรวนได้จากการศึกษาของพีรพลไชยชาติ และเกศินี สราญฤทธิชัย (2562)(18) ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 66.40 (SD 4.55) และในกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 62.73 (SD 5.79) ซึ่งนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{425.08}{13.47} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (27.11)}{(64.40 - 62.73)^2}$$

$$= 31.55$$

ดังนั้น จะได้ขนาดตัวอย่าง 32 คน ต่อกลุ่ม เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out)

ผู้วิจัย จึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 จะได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 36 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงในการเลือกโรงเรียน และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการจับสลากคัดเลือกห้องเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนละ 1 ห้อง ถ้าหากมีห้องเรียนที่มีจำนวนนักเรียนเกินกว่า 36 คน จะดำเนินการศึกษาทั้งหมดทุกคน ของห้องเรียนที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างติดภารกิจแข่งขันกีฬาระดับจังหวัด จึงเหลือนักเรียนที่เข้าร่วม จำนวน 32 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีนักเรียนที่เข้าร่วม จำนวน 39 คน

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2023-123

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากคู่มือการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽¹⁵⁾ จำแนกการแบ่งระดับจาก HLS-EU-Q47 เครื่องมือวัดความรู้ของ 8 ประเทศจากยุโรปที่ร่วมกันพัฒนา⁽²⁰⁾ และใช้เกณฑ์การจัดระดับตามการพัฒนาและทดสอบการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข⁽²¹⁾ แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน สถานภาพทางครอบครัว สถานที่พักอาศัยในปัจจุบัน บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย การมีแฟน/คูรัก การถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ บุคคลที่จะนึกถึงเมื่อประสบปัญหา

เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางการรับรู้ข้อมูล เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 11 ข้อ

2) การประเมินทักษะการเข้าถึงข้อมูลการ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ ที่วัดความสามารถและทักษะในการ ค้นหา กลั่นกรอง ตรวจสอบข้อมูล

3) การประเมินทักษะการเข้าใจข้อมูลการ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ ที่วัด ความสามารถและทักษะในการจดจำและทำความเข้าใจ ข้อมูล

4) การประเมินทักษะการไต่ถามเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ ที่วัดความสามารถและทักษะในการวางแผน จัดเตรียม ใช้คำถาม ประเมินคำถาม

5) การประเมินทักษะการตัดสินใจในการ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวน 5 ข้อ ที่วัด ความสามารถและทักษะในการระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการตัดสินใจ

6) การประเมินทักษะการนำไปใช้เพื่อ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ ที่วัด ความสามารถและทักษะในการเตือนตนเองและจัดการ ตนเอง เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โดยแบบสอบถามในส่วนที่ 2-6 ใช้มาตรวัด ประเมินค่าของลิเคิร์ท⁽²²⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ทำได้ ยากมาก (1 คะแนน) ทำได้ยาก (2 คะแนน) ทำได้ปานกลาง (3 คะแนน) ทำได้ง่าย (4 คะแนน) ทำได้ง่ายมาก (5 คะแนน) แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพตามการพัฒนา และ ทดสอบการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันควบคุมโรคกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข⁽²¹⁾ คือ ดีเยี่ยม ร้อยละ 90-100 เพียงพอ ร้อยละ 75-89.9 มีปัญหา ร้อยละ 60-74.9 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 20-59.9

7) ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ เป็นคำถามที่วัดพฤติกรรมภายในโดย วัดความตั้งใจที่จะป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

3 ตัวเลือก ได้แก่ จะทำทุกครั้ง บางครั้ง และไม่เลย โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก ตามคำตอบที่ถูกต้องที่สุด (ตอบถูก คือ ข้อคำถามเชิงบวกที่ตั้งใจทำทุกครั้งหรือข้อ คำถามเชิงลบที่จะไม่ทำเลย ได้ 1 คะแนน ตอบผิด คือ ทำบางครั้งหรือทำทุกครั้งสำหรับข้อคำถามเชิงลบ และ บางครั้งไม่ทำเลยสำหรับข้อคำถามเชิงบวก ได้ 0 คะแนน) เพราะความตั้งใจทำ/ไม่ทำบางครั้ง จะทำให้นักเรียน มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การแบ่งระดับของความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การประเมิน แบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁽²³⁾ คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับพอใช้ คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 และ ระดับควรปรับปรุง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบ คุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้แก่ I-CVI รายข้อ มีค่า 0.67-1.00 และมีค่า S-CVI ในส่วนของความรอบรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 0.89 และความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์เท่ากับ 0.87 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ นักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคภาพรวม ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.918 สำหรับรายด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง เท่ากับ 0.762 ทักษะการเข้าใจ เท่ากับ 0.898 ทักษะการไต่ถาม เท่ากับ 0.811 ทักษะ การตัดสินใจ เท่ากับ 0.910 ทักษะการนำไปใช้ เท่ากับ 0.814 และความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ เท่ากับ 0.823

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสถิติ สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk test กรณีมีการกระจายตัว เป็นโค้งปกติใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบภายในกลุ่ม และใช้สถิติ independent t-test

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบภายในกลุ่ม และใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติแบบหางเดียว

7. การดำเนินกิจกรรมการวิจัย

กลุ่มเปรียบเทียบ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และได้เรียนรู้เนื้อหาการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสัปดาห์ที่ 3 ส่วนคาบอื่นๆ เรียนรู้ตามหลักสูตรปกติของโรงเรียน และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 คาบเรียน (50 นาที) ในคาบสุขศึกษา โดยกิจกรรมที่ 2 และ 3 จัดพร้อมกันในสัปดาห์ที่ 2 รวม 7 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 “เพื่อนช่วยเพื่อน” การสร้างความสัมพันธ์ด้วยการจับบัดดี้ ใช้กิจกรรมกลุ่มในการช่วยเหลือกันในระดับกลุ่มย่อยที่ทุกคนต้องทำกิจกรรมร่วมกันกับบัดดี้ และสร้างเครือข่ายกลุ่มใหญ่ด้วยการเข้าร่วมกลุ่มไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กิจกรรมที่ 2 “ซัวร์ก่อน ค่อยเชื่อ” ฝึกค้นหากลิ่นกรองและตรวจสอบข้อมูลที่ค้นหาได้จากแหล่งข้อมูลเพื่อน คุณครู และสื่อออนไลน์ ทำให้นักเรียนมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสม พร้อมทั้งได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลจากคุณครู เพื่อน และผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 3 “รู้ เข้าใจ ปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ฝึกปฏิบัติจริงจากการฝึกสวมถุงยางอนามัย สรุปลสาระสำคัญด้วยการคิด 3 key messages ใช้กลวิธี teach back และการสนับสนุนข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านกลุ่มย่อย

ที่ร่วมกันสรุปข้อมูลและนำเสนอหน้าชั้นเรียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 4 “โตถามเป็น ป้องกันได้” การให้คู่บัดดี้สลับกันฝึกวางแผน จัดเตรียมประเด็นคำถาม สลับกันถาม-ตอบตามสถานการณ์เสี่ยงที่ได้รับมอบหมาย และประเมินคำถาม ทำให้เกิดการโตถามเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นำไปสู่การเลือกที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันที่เหมาะสม และเกิดการสนับสนุนข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านการสรุปข้อมูลและนำเสนอหน้าชั้นเรียน

กิจกรรมที่ 5 “ตัดเลย ชับ ชับ ชับ !!” ฝึกระบุปัญหาผ่านการใช้ฐานกิจกรรมตามสถานการณ์เสี่ยง ร่วมกันวิเคราะห์หาทางเลือก แสดงจุดยืนในการตัดสินใจ มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนด้านการประเมินจากการร่วมกันสร้างทางเลือกในการป้องกันที่เหมาะสม เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านกลุ่มย่อย

กิจกรรมที่ 6 “นำไปใช้ได้ ปลอดภัยแน่” ฝึกเตือนตนเองและจัดการตนเอง ผ่านกิจกรรมกลุ่มที่ให้ช่วยกันคิดเครื่องมือในการเตือนตนเอง โดยได้รับสนับสนุนแพ็คเกจถุงยางอนามัยในการป้องกันจากผู้วิจัย และเกิดตัวอย่างเครื่องมือในการเตือนตนเองจากการระดมสมอง ได้แก่ การตั้งวอลเปเปอร์รูปถุงยางอนามัย การพกถุงยางอนามัยให้พร้อมใช้ เป็นต้น พร้อมหาวิธีการจัดการตนเอง ร่วมกับเพื่อนภายในกลุ่ม หากทำได้จะให้รางวัลตนเองอย่างไร และหากทำไม่ได้จะลงโทษหรือมีวิธีในการแก้ไขอย่างไร เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 7 “You and Me” การให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากบัดดี้ โดยแต่ละคู่บันทึกอารมณ์ของคู่ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นการกระชับความสัมพันธ์ สร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.3 ส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 68.9 มีผลการเรียนอยู่ในช่วง 2.61-3.61 ร้อยละ 62.5 มากที่สุด มีสถานภาพสมรสของบิดาและมารดา คือ คู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 40.6 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง ร้อยละ 56.3 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 62.4 มีแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 40.6 เคยถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 62.5 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 81.3 เมื่อมีความเสี่ยงเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มักจะนึกถึงพ่อแม่ ร้อยละ 50.0 รองลงมาจะนึกถึงเพื่อน ร้อยละ 34.4 รับรู้ข้อมูลเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 49.0 รองลงมา คือ คุณครูในโรงเรียน และบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 43.8 และ 15.6 ตามลำดับ

1.2 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 ส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 61.5 มีผลการเรียนอยู่ในช่วง 2.61-3.61 ร้อยละ 71.8 มีสถานภาพสมรสของบิดาและมารดา คือ คู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 61.5 พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง ร้อยละ 82.0 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 62.4 ส่วนใหญ่ไม่มีแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 92.3 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 94.9 เมื่อมีความเสี่ยงเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มักจะนึกถึงพ่อแม่ ร้อยละ 61.5 ส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 76.9 รองลงมา คือ คุณครูในโรงเรียน และบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 53.8 และ 23.1 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน ($p>0.05$) ยกเว้น 3 ปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย อายุ ($p=0.026$) ผลการเรียน ($p=0.003$) และประสบการณ์การถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ ($p=0.002$) ซึ่งกลุ่มทดลองเคยถูกชักชวน ให้มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 37.5 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่เคยถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 7.7

2. การเปรียบเทียบความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพิ่มขึ้น (1.8 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.012$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2.2 ทักษะการเข้าใจข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเข้าใจเพิ่มขึ้น (1.3 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2.3 ทักษะการไต่ถามเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการไต่ถามเพิ่มขึ้น (3.6 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2.4 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้น (3.3 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2.5 ทักษะการนำไปใช้เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนำไปใช้เพิ่มขึ้น (3.1 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2.6 ความรอบรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในภาพรวม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น (13.1 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2.7 ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น (2.2 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ก่อน-หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)			ผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม2 (t/z, p-value)
	ก่อน	หลัง	d	ก่อน	หลัง	d	
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์							
Mean (SD)	19.2 (3.7)	21.0 (2.1)	-	20.7 (3.2)	19.1 (3.0)	-	ก่อน 1.74 ^d , p=0.082
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ¹	2.26 ^b , p=0.012*			2.49 ^a , p=0.017**			หลัง 3.05 ^c , p=0.002**
(t/z, p-value)							
2. ทักษะการเข้าใจข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์							
Mean (SD)	20.0 (3.4)	21.3 (2.4)	-	21.8 (2.8)	19.4 (3.1)	-	ก่อน 1.74 ^d , p=0.082
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ¹	1.718 ^a , p=0.048*			3.58 ^b , p<0.001*			หลัง 2.90 ^c , p=0.003*
(t/z, p-value)							
3. ทักษะการไต่ถามเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์							
Mean (SD)	17.4 (3.3)	21.1 (2.0)	3.7	20.3 (3.5)	18.8 (2.8)	-1.5	ก่อน 3.20 ^d , p=0.002*
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ¹	3.95 ^b , p<0.001*			2.03 ^b , p=0.042*			หลัง 4.58 ^d , p<0.001*
(t/z, p-value)							
4. ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์							
Mean (SD)	18.6 (3.6)	21.9 (2.0)	3.3	20.7 (3.5)	18.6 (2.9)	-1.2	ก่อน 2.40 ^d , p=0.015*
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ¹	3.70 ^b , p<0.001*			1.84 ^a , p=0.074*			หลัง 3.94 ^d , p<0.001*
(t/z, p-value)							
5. ทักษะการนำไปใช้เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์							
Mean (SD)	18.4 (3.6)	21.5 (2.0)	3.1	20.5 (3.0)	18.6 (2.9)	-1.9	ก่อน 2.80 ^d , p=0.005*
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ¹	3.26 ^b , p<0.001*			2.62 ^b , p=0.009*			หลัง 4.12 ^d , p<0.001*
(t/z, p-value)							
6. ความรอบรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในภาพรวม							
Mean (SD)	93.6 (14.0)	106.8 (8.1)	13.1	104.0 (13.6)	99.5 (12.0)	-8.5	ก่อน 3.10 ^c , p=0.002*
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ¹	4.53 ^a , p<0.001*			3.23 ^a , p=0.003**			หลัง 5.52 ^c , p<0.001*
(t/z, p-value)							
7. ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์							
Mean (SD)	9.5 (3.0)	11.8 (3.0)	2.2	10.7 (3.1)	10.9 (2.6)	0.2	ก่อน 1.60 ^c , p=0.112
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ¹	2.99 ^a , p=0.003*			0.36 ^a , p=0.720			หลัง 2.56 ^d , p=0.006*
(t/z, p-value)							

^a paired t-test, ^b Wilcoxon signed ranks test, ^c independent t-test, ^d Mann-Whitney U test, *p<0.05

วิจารณ์

ความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกทักษะและในภาพรวม กล่าวได้ว่าเป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การฝึกทักษะเข้าถึงที่ทำให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้การค้นหาถิ่นกรอง ตรวจสอบก่อนเชื่อถือข้อมูล รวมถึงได้รับข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากข้อมูลที่ค้นหาได้ร่วมกับเพื่อนภายในกลุ่มที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในระหว่างการฝึกกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิภาณ จัน สีสาลี และจุริรา ดวงสงค์⁽²⁴⁾ ที่ประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุดรธานี ที่พบประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับการฝึกทักษะเข้าใจที่กลุ่มทดลองได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ผ่านการเรียนรู้จากการบรรยายจากผู้วิจัย และยังได้ฝึกปฏิบัติการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีด้วยตนเอง และร่วมกันระดมสมองเพื่อสรุปประเด็นสำคัญของวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ออกมาในรูปแบบคีย์เวิร์ดง่าย ๆ 3 คำ ที่จะทำให้สามารถจดจำข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่ายมากยิ่งขึ้น และการทำความเข้าใจข้อมูลด้วยกิจกรรมที่ให้ตัวแทนออกมาอธิบายและสรุปวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้านหน้าชั้นเรียน แสดงถึงประสิทธิผลของการใช้กลวิธี teach back จึงทำให้ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะการเข้าใจเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิภาณ จัน สีสาลี และจุริรา ดวงสงค์⁽²⁴⁾ มากกว่านั้น การฝึกทักษะการไต่ถาม กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ตาม

กระบวนการฝึกทักษะ ดังนี้ (1) ฝึกวางแผนการไต่ถามจากสถานการณ์สมมติ (2) ฝึกการจัดเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้าก่อนการถามจริง (3) ฝึกใช้คำถามที่ได้จัดเตรียมมาล่วงหน้ากับคู่บัดดี้ พร้อมแลกเปลี่ยนคำตอบที่ได้หลังจากการถามคำถามกับคู่บัดดี้ และ (4) ฝึกประเมินการใช้คำถามของตนเองหลังจากที่ได้สอบถามจริง และประเมินคำตอบของคู่บัดดี้ สอดคล้องกับการศึกษาของภรท สุฝน⁽²⁵⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ในด้านทักษะการไต่ถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนครบถ้วน ในส่วนของการฝึกทักษะการตัดสินใจป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการตัดสินใจตามกระบวนการ (1) รู้สถานการณ์เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2) การกำหนดทางเลือกในการป้องกันที่หลากหลาย (3) ประเมินทางเลือกจากข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก และ (4) แสดงจุดยืนในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านการฝึกปฏิบัติด้วยกิจกรรมกลุ่มตามสถานการณ์ตัดสินใจที่กลุ่มทดลองได้รับมอบหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสาข์ บัวลอย และคณะ⁽²⁶⁾ ที่พบประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทำให้มีความสามารถด้านการคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น สำหรับการฝึกทักษะการนำไปใช้เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะตามกระบวนการ (1) ฝึกเตือนตนเอง โดยเรียนรู้จากคลิปวิดีโอตัวอย่างการเตือนตนเองในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และฝึกให้เลือกวิธีเตือนตนเองด้วยการบันทึกวิธีการเตือนตนเองลงในบัตรเตือนตนเอง (2) ฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยเรียนรู้จากกิจกรรมกลุ่มที่ได้ร่วมกันคัดเลือกวิธีการเตือนตนเองของกลุ่มผ่านการระดมความคิดและร่วมวางแผน ระบุขั้นตอนที่นำไปสู่การเตือนตนเองตามมติกลุ่มพร้อมกำหนดวิธีการจัดการตนเอง สอดคล้อง

กับการศึกษาของสิริพร ภิชัยทัย และคณะ⁽²⁷⁾ เรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

มากกว่านั้นโปรแกรมยังส่งผลต่อความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในภาพรวม เนื่องจากออกแบบตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและมีการประเมินที่เป็นขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเชิงลึก ขั้นตอนที่ 2 สร้างกรอบแนวคิดโดยใช้ทฤษฎีเป็นฐาน โดยใช้องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁽¹⁵⁾ และแบ่งระดับการพัฒนาทักษะทางความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam⁽²⁸⁾ ที่ประกอบด้วย ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ และวิจารณ์ญาณ ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงานกิจกรรมตามแผน และขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล โดยใช้แบบสอบถามประเมินก่อนและหลังการทดลองในนักเรียนกลุ่มทดลอง นอกจากนี้ ในระหว่างการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีการเสริมแรงตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹⁷⁾ โดยใช้เพื่อนร่วมชั้นเรียนเป็นผู้ให้การสนับสนุนและกระตุ้นการเรียนรู้ เช่นเดียวกับการศึกษาของปัญหานันท์ ปรัชญคุปต์⁽²⁹⁾ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีพบว่า ส่งผลให้มีความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงขึ้น จนนำไปสู่การเกิดความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Nutbeam,⁽²⁸⁾ United Nations Economic and Social Council⁽¹⁰⁾ และองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นกลวิธีที่เน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคลเพื่อการส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น⁽¹¹⁾ อีกทั้ง DeWalt และคณะ ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีระดับความรู้

ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง⁽¹²⁾ ในทางกลับกันหากบุคคลมีความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับดี ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีด้วยเช่นกัน ผลการศึกษาของพิรพล ไชยชาติ และเกศินี สราญฤทธิชัย⁽¹⁸⁾ ยืนยันถึงผลของโปรแกรมการพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกัน การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของการศึกษาของปัญหานันท์ ปรัชญคุปต์⁽²⁹⁾ ที่พบว่า หลังการเรียนรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีในระดับสูง ร้อยละ 100

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การคัดเลือกสถานศึกษา ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่เน้นการให้ความร่วมมือ ของสถานศึกษาเป็นพื้นที่จัดทาวิจัย
2. การวิจัยนี้ ขาดการประเมินผลลัพธ์ด้านการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ถึงแม้ว่าจะทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และความตั้งใจในการป้องกันเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่อาจจะระบุได้ไม่แน่ชัดว่าเกิดจากการให้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 กระทรวงศึกษาธิการควรมีนโยบายให้ทุกสถานศึกษามีการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และให้ผู้บริหารสถานศึกษาและครูสุศึกษาหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจและมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - 1.2 ครู หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรในรายวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถนำกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนได้ โดยบูรณาการเนื้อหาสาระและ

วิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มทักษะความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และจัดให้มีกิจกรรมเสริมทักษะอย่างต่อเนื่อง

1.3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของนักเรียนในการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแกนนำนักเรียนบริการให้คำปรึกษาในลักษณะ “เพื่อนช่วยเพื่อน” และมีกลไกช่วยเหลือเมื่อต้องการ เช่น มีการ ส่งต่อคุณครูที่ปรึกษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข และการมีศูนย์เพื่อนรู้ใจวัยรุ่นในสถานศึกษา

1.4 เพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเลือกข้อมูลที่เชื่อถือได้ และทักษะความรู้ ความเข้าใจอย่างต่อเนื่องโดยเน้นช่องทางสื่อออนไลน์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 โปรแกรมสุขศึกษา ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมนอกจากเพื่อนร่วมชั้นเรียนแล้วยังควรมีกิจกรรมหนุนเสริมจากครอบครัว พ่อแม่และผู้ปกครอง รวมถึงคุณครูในโรงเรียน

2.2 ประยุกต์ใช้แนวคิดทักษะชีวิตในการพัฒนาโปรแกรมทักษะการปฏิเสธและการหลีกเลี่ยงจากการถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนในโรงเรียนหรือวัยรุ่นในชุมชน

2.3 การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรดำเนินการในนักเรียนระดับชั้นที่ต่ำลงไป เช่น ประถมศึกษาปีที่ 6 หรือ มัธยมศึกษาปีที่ 1 เนื่องจาก พบนักเรียนมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์แล้วเกือบร้อยละ 20

2.4 ควรเพิ่มการประเมินความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะติดตามผล 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อดูความคงทนของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

สรุป

โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนด กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของทักษะการเข้าถึง ได้ตาม ตัดสินใจ นำไปใช้ และความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในภาพรวม รวมถึงความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยการออกแบบกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญต่อการเกิดความตั้งใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อมุ่งหวังว่ากลุ่มวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร อาจารย์ และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดนันทบุรี ทั้ง 2 โรงเรียนที่อำนวยความสะดวก สละเวลา และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูล และในด้านต่างๆ สำหรับการจัดทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Division of AIDS and STIs. The rates of infection for the top 5 sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs; 2019 [cited 2022 Aug 20]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php> (in Thai)
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases, adolescents and young adults [Internet]. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 [cited 2022 Aug 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/adolescents-youngadults.htm>

3. Division of Epidemiology. Situation of 5 sexually transmitted infections: AIDS Surveillance System [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2023 [cited 2023 Aug 20]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/ (in Thai)
4. Division of Epidemiology. Behavioral sentinel surveillance: AIDS surveillance system [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2019 [cited 2022 Aug 25]. Available from: http://aids boe.moph.go.th/aids_system/ (in Thai)
5. Therawiwat M, Iamee N, Worraka A. Factors affecting sexual risk behaviors among female adolescents: a case study of female junior high school students, Kanchanaburi Province. *Journal of Public Health*. 2017;46(3):284-98. (in Thai)
6. Tipwareerom W, Jalayondeja C, Hanrunghartorn U. Predicting factors of condom use among high school boys. *Journal of Health and Nursing Research*. 2020;36(3):69-7. (in Thai)
7. Boonrod T. Sexual risk behaviors and associated factors related to sexual activity among adolescents in schools under the jurisdiction of the Office of the Committee for Vocational Education, Muang District, in a province in the southern region [Master of Public Health]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. 90 p. (in Thai)
8. Vamos CA, Puccio JA, Griner SB, Logan RG, Piepenbrink R, Cayama MR, et al. Health literacy needs and preferences for a technology-based intervention to improve college students' sexual and reproductive health. *J Am Coll Health*. 2017;72(2):477-86.
9. Majumdar D. Social support and risky sexual behavior among adolescents: The protective role of parents and best friends. *Journal of Applied Social Science*. 2006;23(1):28-43.
10. United Nations Economic and Social Council. Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health. New York: United Nations Economic and Social Council; 2009.
11. World Health Organization. Health literacy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>
12. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. 2004;19(12):1228-39.
13. Padpai I, Saencham P, Chotchaisri T, Chantasuk S, Meelun N, Sripromsa W. The relationship between sexual health knowledge and hiv/aids and sexually transmitted infections prevention behaviors in adolescents in Northeastern Thailand. *Nurse Colleges Public Health*. 2022;9(1):296-309. (in Thai)
14. Prayochmee V. The effects of health literacy program on sexual prevention behaviors among junior high school students [Doctor of Nursing Practice]. Samut Prakan: Huachiew Chalermprakiet University; 2019. 166 p. (in Thai)
15. Kaeodumkoeng K. Health literacy process practice evaluation tools. Bangkok: ID All Digital Print; 2021. (in Thai)
16. Division of AIDS and STIs. Handbook for enhancing on HIV & STIs literacy. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs; 2020. (in Thai)
17. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
18. Chaiyachat P, Saranrittichai K. The effects of

- health literacy and social support development program on pregnant prevention behaviors for early adolescent. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2019;37(4):42-51. (in Thai)
19. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. London: John Wiley & Sons; 1981.
 20. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13:948.
 21. Kaeodumkoeng K, Junhasobhaga J. A development and testing of health literacy on disease prevention and control assessment form for public health officers. *Romphruek Journal of the Humanities and Social Sciences*. 2021;39(2):193-220. (in Thai)
 22. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932;140:1-55.
 23. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
 24. Seechalee P, Duangsong R. The effects of pregnancy prevention program by application of health literacy concept among secondary school female students in Udon Thani Province. *KKU Journal for Public Health Research*. 2022;15(1):24-36. (in Thai)
 25. Soofon P. The result of HIV literacy program to promote behavior of living together without abhorrence among village health volunteers. *Thai AIDS Journal*. 2020;32(1):1-4.
 26. Bualeoy W, Thirawiwat M, Watthanasomboon P, Imami N. Effectiveness of a sex education program to prevent sexual risk behaviors on grade 8 students, Sampran District, Nakhon Pathom Province. *Rama Nurs J*. 2014;42(1):127-42. (in Thai)
 27. Piyayothai S, Kaewdamkerng N, Makakun J, Chaicharoen S, Jaingam B, Khienwari K. Development of a skill training activity model to enhance knowledge on HIV and STIs to promote condom use among adolescents and youth. *Thai AIDS Journal*. 2021;33(3):111-22. (in Thai)
 28. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promote Int*. 2000;15(3):259-67.
 29. Pratchayakhup P, Luangubol J, Promasatayapro V. The development of health literacy model for HIV and sexual transmitted infections among adolescents, Yasothon Province. *Academic Journal of Community Public Health*. 2023;9(2):30-9. (in Thai)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย : การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร ในกรุงเทพมหานคร

The Proposed Policy: HIV screening for Mpox patients in Bangkok

ชาโล สาณศิลป์

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
กรมควบคุมโรค

Chalo Sansilapin

Institute for Urban Disease Control and Prevention,
Department of Disease Control

Corresponding author e-mail: chalosansilapin@gmail.com

DOI: 10.14456/taj.2024.9

Received: May 16, 2024 Revised: July 26, 2024 Accepted: August 2, 2024

บทคัดย่อ

โรคฝีดาษวานรเป็นโรคติดต่อที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส mpox ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ร่วมด้วย มักมีอาการที่รุนแรง การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีจึงเป็นมาตรการที่สำคัญที่ทำให้ทราบถึงความรุนแรงของโรคฝีดาษวานร และการควบคุมปัญหาโรคเอดส์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาอาการทางคลินิกของโรคฝีดาษวานร ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรมากที่สุดของประเทศไทย การศึกษาเป็นรูปแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานร สถาบันป้องกัน-ควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรในกรุงเทพมหานครมีจำนวน 409 ราย เป็นเพศชาย 404 ราย (ร้อยละ 98.78) และเป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ 402 ราย (ร้อยละ 98.29) โดยผู้ป่วย 142 ราย (ร้อยละ 34.72) ได้รับการวินิจฉัยที่สถานพยาบาลเอกชน ลักษณะทางคลินิกที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผื่น ไซ้ และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี 172 ราย (ร้อยละ 42.05) อาการผื่นที่แขน/ขา และเจ็บคอ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสพบอาการผื่นที่แขน/ขา และเจ็บคอเป็น 1.98 (95%CI: 1.06-3.73) และ 2.72 (95%CI: 1.28-5.82) เท่าของกลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีตามลำดับ ผลการศึกษานี้เป็นข้อพิจารณาแก่ผู้ให้บริการในการให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีกรณีสังเกตพบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรที่มีอาการผื่นที่แขน/ขา หรือเจ็บคอร่วมด้วย เพิ่มเติมจากกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่กำหนดไว้ในแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย

Abstract

Mpox (Monkeypox) is an infectious disease caused by the mpox virus. Patients with concurrent Human Immunodeficiency Virus (HIV) often experience more severe symptoms. HIV screening is therefore an important measure for understanding the severity of mpox and for controlling the issue of AIDS. The

objectives of this study are to examine the association between mpox symptoms and HIV infection, and to provide recommendations for HIV screening guidelines for mpox patients in Bangkok, which has the highest number of mpox cases in Thailand. This study was a cross-sectional analytical study using the data from the mpox surveillance system of Institute for Urban Disease Control and Prevention, Department of Disease Control, from 21st July 2022 to 31st December 2023. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. The study found that there were 409 mpox patients in Bangkok, of which 404 were identified as male by birth (98.78%) and 402 were identified as gender-diverse people (98.29%). 142 patients (34.72%) were diagnosed at private healthcare facilities. The three most common clinical manifestations were rash, fever, and myalgia. 172 patients (42.05%) were infected with HIV. Rash on the extremities and sore throat symptoms were associated with HIV infection. The odds of HIV-infected cases experiencing rash on the extremities and sore throat were 1.98 (95%CI: 1.06–3.73) and 2.72 (95%CI: 1.28–5.82) times higher, respectively, compared to HIV-uninfected cases. The results of the study suggest that service providers should consider counseling for HIV screening in mpox cases, as well as individuals with diverse sexualities, who are considered a risk group according to the Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention.

คำสำคัญ

การตรวจคัดกรอง, เอชไอวี, ฝีดาษวานร, กรุงเทพมหานคร

Keyword

screening, HIV, mpox, Bangkok

บทนำ

โรคฝีดาษวานร เป็นโรคติดต่อที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส monkeypox (mpox) ซึ่งเป็นไวรัสที่อยู่ใน family: Poxviridae, genus: Orthopoxvirus เช่นเดียวกับไข้ทรพิษ รั้งโรคฝีดาษวานรยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบการติดเชื้อไวรัส mpox ในสัตว์ฟันแทะ เช่น กระรอก หนู และลิง⁽¹⁾ โรคฝีดาษวานรสามารถติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ที่ติดเชื้อหรือถูกสัตว์ข่วนกัด ติดต่อกับคนสู่คนผ่านการสัมผัสทางผิวหนังอย่างใกล้ชิด (intimate skin contact) และหายใจผ่านละอองฝอย รวมถึงการสัมผัสกับวัตถุที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ^(1,2) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการหลังจากที่ได้รับเชื้อ 5–21 วัน โดยเริ่มจากมีอาการไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเจ็บคอ หลังจากนั้นจะมีผื่น โดยเริ่มต้นที่ใบหน้าและแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย ขยายไปถึงฝ่ามือและฝ่าเท้าภายใน 2–4 สัปดาห์ บางรายอาจมีอาการผื่นที่อวัยวะเพศและทวารหนัก^(1–3)

โรคฝีดาษวานรเป็นโรคประจำถิ่นของกลุ่มประเทศในแอฟริกาและตะวันตก⁽⁴⁾ แต่ในปีพ.ศ. 2565 ได้มีการรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรนอกภูมิภาคนี้ และแพร่ระบาดไปยังประเทศอื่นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้โรคฝีดาษวานรเป็นภาวะฉุกเฉินสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2565^(4,5) โดยประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานรรายแรก เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2565⁽⁶⁾ และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคฝีดาษวานรเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽⁷⁾

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรจาก 116 ประเทศ จำนวนผู้ป่วยสะสมตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 พฤศจิกายน 2566 เท่ากับ 92,783 ราย เสียชีวิต 171 ราย⁽⁸⁾ ร้อยละ 96 ของผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.1 ของผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ร่วมด้วย⁽⁸⁾ และ

ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคเอดส์รายวันที่เป็นเพศชาย มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ⁽⁹⁾ สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วย ยืนย่นสะสมถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2566 จำนวน 660 ราย โดยจังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี และนนทบุรี ตามลำดับ โดยกรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วยยืนย่นสะสม จำนวน 409 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.0 ของผู้ป่วยโรคเอดส์รายวันทั่วประเทศ⁽¹⁰⁾

ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้เริ่มการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสและมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เมื่อมีการ ติดเชื้อ mpox จะมีอาการที่รุนแรงและยากต่อการรักษา^(1,9) การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยโรคเอดส์จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ทราบถึงโอกาสที่จะเกิดอาการ รุนแรงของโรคเอดส์ในผู้ป่วยรายนั้น และเป็นหนึ่งใน มาตรการที่สำคัญของ R-R-T-T-R (reach-recruit-test-treat-retain) ในการควบคุมปัญหาโรคเอดส์ใน ประเทศไทย ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติ ปัญหาเอดส์ ปี 2560-2573 ซึ่งในปัจจุบัน ประชาชน สามารถซื้อชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี แบบรวดเร็ว (rapid test) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามาตรวจด้วย ตนเองได้ ด้วยวิธีการตรวจจากน้ำในช่องปากหรือ จากเลือดเจาะปลายนิ้ว หากผลตรวจพบเชื้อ ผู้ป่วยรายนั้น จะต้องไปรับบริการต่อเนื่องที่สถานพยาบาลเพื่อตรวจ ยืนย่นผล ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย⁽¹¹⁾

เนื่องจากองค์ความรู้เรื่องอาการทางคลินิกของ โรคเอดส์ที่สัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีของ ประเทศไทยมีจำกัด ประกอบกับประเทศไทยยังไม่ได้กำหนด แนวทางการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วย โรคเอดส์อย่างชัดเจน⁽¹²⁾ และกรุงเทพมหานครเป็น พื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคเอดส์รายวันมากที่สุดของประเทศ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรอง เอชไอวีในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหรืออาการแสดงของ เอดส์ ซึ่งตรงกับยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนยุทธศาสตร์

ยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2560- 2573 ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มที่คาดว่าจะมีการ ติดเชื้อรายใหม่ในสัดส่วนสูง ซึ่งมีเป้าหมายผู้ติดเชื้อ เอชไอวีร้อยละ 95 ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง⁽¹³⁾ และสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ปี 2560-2573 วัตถุประสงค์ ของการศึกษา คือ เพื่อค้นหาอาการทางคลินิกของ โรคเอดส์ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และ ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรอง เชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical study) โดยใช้ ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ สถานบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

2. ประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ใน ฐานข้อมูลของสถานบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 (วันแรก ที่มีการพบผู้ป่วยโรคเอดส์รายวันในประเทศไทย) ถึง 31 ธันวาคม 2566 ซึ่งมีที่อยู่อาศัยขณะป่วยอยู่ ในกรุงเทพมหานคร และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบสารพันธุกรรมของเชื้อ mpox

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ประชากรที่ทำการศึกษา ทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่ออธิบายลักษณะทาง ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

สำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ ทางคลินิกของโรคเอดส์กับการติดเชื้อเอชไอวีนั้น จะคัดเลือกผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีการรายงานสถานะ การติดเชื้อเอชไอวีมาวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น ผู้ป่วยที่ไม่มี ข้อมูลสถานะการติดเชื้อเอชไอวีจะถูกคัดออกจากการศึกษา

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

สร้างตารางเก็บรวบรวมข้อมูล (template) โดยบันทึกข้อมูลด้านประชากร (demographic data) ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ เพศสภาพ โรคประจำตัว สถานะการติดเชื้อเอชไอวี ที่อยู่ขณะป่วย สถานพยาบาลที่ตรวจพบ และข้อมูลอาการของผู้ป่วย ได้แก่ ปวดศีรษะ ต่อมทอนซิลโต ผื่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บคอ คัด อาเจียน ถ่ายเหลว หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละตัวแปร

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ อัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย เพศ อายุ สัญชาติ กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ การติดเชื้อเอชไอวี อาการของโรค ที่อยู่ขณะป่วย และสถานพยาบาลที่ตรวจพบ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกของโรคฝีดาษวานรกับการติดเชื้อเอชไอวี ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี และ chi-square และ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของเพศ สัญชาติ กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value ที่น้อยกว่า 0.05 และเปรียบเทียบอาการทางคลินิกของโรคฝีดาษวานรระหว่างกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่ม โดยแปลผลเป็น odds ratio และ 95% confidence interval (95%CI) ผู้วิจัยใช้โปรแกรม Epi Info version 7.2 ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5. จริยธรรมการวิจัย

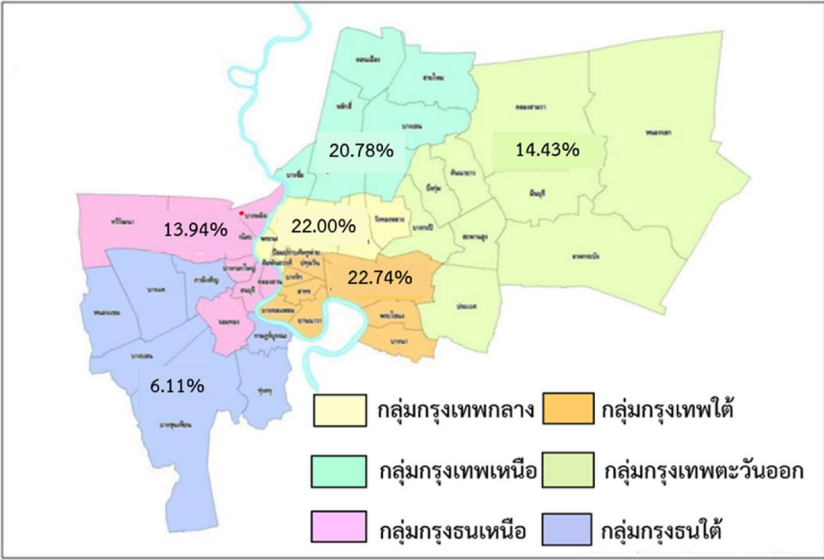
การศึกษานี้ใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิซึ่งไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้องได้ ในการจำแนกผู้ป่วยตามสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้อาศัยรายละเอียดข้อมูลโรคประจำตัวของผู้ป่วยในฐานข้อมูลทุติยภูมินั้น มิได้ใช้ข้อมูลจากใบรายงานผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการซึ่งมีการระบุตัวตนของผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการภายใต้สิทธิในการรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับ โดยปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล และเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเท่านั้น

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรในกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับรายงานระหว่างวันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2566 พบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรจำนวน 409 ราย มีผู้เสียชีวิต 2 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 404 ราย (ร้อยละ 98.78) อายุเฉลี่ย เท่ากับ 34.77 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 7.99 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทย 368 ราย (ร้อยละ 89.98) รองลงมาเป็นสัญชาติจีน 10 ราย (ร้อยละ 2.44) และสัญชาติเมียนมา 8 ราย (ร้อยละ 1.96) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ 402 ราย (ร้อยละ 98.29)

ที่อยู่ขณะป่วยเมื่อจำแนกตามกลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า อยู่ในกลุ่มกรุงเทพใต้มากที่สุด จำนวน 93 ราย (ร้อยละ 22.74) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มกรุงเทพกลาง 90 ราย (ร้อยละ 22.00) และกลุ่มกรุงเทพเหนือ 85 ราย (ร้อยละ 20.78) ตามลำดับ ดังภาพที่ 1 และเมื่อจำแนกตามเขต พบว่าอยู่ในเขตจตุจักรมากที่สุด จำนวน 36 ราย รองลงมา คือ เขตดินแดงและเขตบางกะปิ จำนวน 32 และ 25 ราย ตามลำดับ

ภาพที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเอดส์รายวันจำแนกตามที่อยู่ขณะป่วยตามกลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร (N= 409)



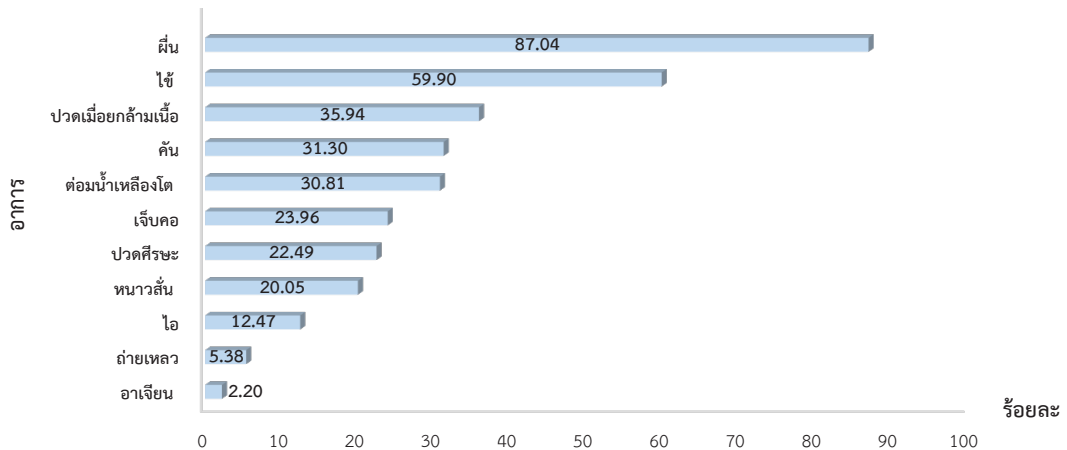
ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจพบโรคเอดส์ที่สถานพยาบาลสังกัดสถานพยาบาลเอกชนมากที่สุด จำนวน 142 ราย (ร้อยละ 34.72) ดังตารางที่ 1 จำนวน 332 ราย (ร้อยละ 81.17) โดยได้รับการตรวจวินิจฉัย

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคเอดส์รายวัน จำแนกตามสถานพยาบาลที่ตรวจพบ (n=409)

สถานพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร	332	81.17
สถานพยาบาลเอกชน	142	34.72
สถานพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย	67	16.38
กรมควบคุมโรค (ศูนย์การแพทย์บางรัก และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง)	37	9.05
สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	34	8.31
สถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย	28	6.85
สถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร	14	3.42
สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	10	2.44
จังหวัดนนทบุรี	34	8.31
จังหวัดปทุมธานี	3	0.73
จังหวัดสมุทรปราการ	1	0.24
จังหวัดลพบุรี	1	0.24
จังหวัดสระบุรี	2	0.49
จังหวัดชลบุรี	1	0.24
ไม่ระบุ	35	8.56

ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวนมากมีอาการผื่นมากที่สุด จำนวน 356 ราย (ร้อยละ 87.04) รองลงมาเป็นไข้ จำนวน 245 ราย (ร้อยละ 59.90) และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจำนวน 147 ราย (ร้อยละ 35.90) ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเอดส์ (n=409)



เมื่อจำแนกผู้ป่วยโรคเอดส์ตามสถานะการติดเชื้อเอชไอวี พบติดเชื้อเอชไอวี 172 ราย (ร้อยละ 42.05) ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 81 ราย (ร้อยละ 19.80) และไม่ทราบสถานะ 156 ราย (ร้อยละ 38.14) และเมื่อเปรียบเทียบลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนร้อยละของเพศชาย สัญชาติไทยและกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2 อาการทางคลินิกที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

ผื่น ร้อยละ 98.70 ไข้ ร้อยละ 73.38 และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 44.74 สำหรับกลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี อาการทางคลินิกที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผื่น ร้อยละ 96.67 ไข้ ร้อยละ 65.00 และคัน ร้อยละ 41.67 โดยอาการผื่นที่แขน/ขา และเจ็บคอในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีกับผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสการเกิดอาการผื่นที่แขน/ขา และเจ็บคอเป็น 1.98 (95%CI: 1.06-3.73) และ 2.72 (95%CI: 1.28-5.82) เท่าของกลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

คุณลักษณะ	ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ติดเชื้อเอชไอวี (n= 172)	ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี (n= 81)	p-value
ผู้ป่วยเพศชาย (%)	100	97.53	0.10
อายุเฉลี่ย (ปี) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	36.54 ± 7.97	33.58 ± 7.73	0.01*
สัญชาติไทย (%)	92.35 (157/170)	85.19 (69/81)	0.08
กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ (%)	97.08 (166/171)	96.20 (76/79)	0.71

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการผู้ป่วยโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

อาการ	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ติดเชื้อเอชไอวี (n= 172)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี (n= 81)	Odds Ratio (95% CI)
ไข้	73.38 (113/154)	65.00 (39/60)	1.48 (0.78-2.81)
หนาวสั่น	25.66 (39/152)	20.34 (12/59)	1.35 (0.65-2.81)
ปวดศีรษะ	28.48 (43/151)	24.14 (14/58)	1.25 (0.62-2.51)
ต่อมน้ำเหลืองโต	42.38 (64/151)	30.51 (18/59)	1.68 (0.88-3.18)
ผื่น	98.70 (152/154)	96.67 (58/60)	2.62 (0.36-19.04)
ผื่นที่ใบหน้า/ศีรษะ/คอ	48.23 (68/141)	33.33 (19/57)	1.86 (0.98-3.54)
ผื่นที่แขน/ขา	68.79 (97/141)	52.63 (30/57)	1.98 (1.06-3.73)*
ผื่นที่ลำตัว	99.35 (153/154)	96.61 (57/59)	5.37 (0.48 -60.35)
ผื่นที่อวัยวะเพศ/ก้น	71.43 (100/140)	76.3 (45/59)	0.78 (0.39-1.57)
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	44.74 (68/152)	37.27 (22/59)	1.36 (0.73-2.52)
ไอ	15.23 (23/151)	13.56 (8/59)	1.15 (0.48-2.73)
เจ็บคอ	35.76 (54/151)	16.95 (10/59)	2.72 (1.28-5.82)*
คัน	36.60 (56/153)	41.67 (25/60)	0.81 (0.44-1.49)
อาเจียน	4.00 (6/150)	5.17 (3/58)	0.76 (0.18-3.16)
ถ่ายเหลว	7.24 (11/152)	6.90 (4/58)	1.05 (0.32-3.45)

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

หมายเหตุ: ผู้ป่วยบางส่วนในฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังมีรายละเอียดตัวแปรอาการไม่ครบถ้วน

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเป็นเพศชาย และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 42 ซึ่งมีลักษณะทางระบาดวิทยาคล้ายคลึงกับการระบาดของโรคเอดส์ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2565 -2566 ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย⁽⁹⁾ และพบภาวะติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย^(9,14) ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย⁽¹⁵⁾ รวมถึงองค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ในผู้ป่วยโรคเอดส์ร่วมด้วย⁽¹⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม องค์ความรู้เรื่องความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการตรวจคัดกรองเอชไอวีในผู้ป่วยโรคเอดส์ยังมีจำกัด และในปัจจุบันยังไม่ได้มีการกำหนดลักษณะหรืออาการ

บางประเภทของโรคเอดส์ไว้ใน AIDS-defining conditions⁽¹⁷⁾ การศึกษานี้เป็นการศึกษาลำดับต้นๆ ที่ได้มีการค้นหาความสัมพันธ์ของอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเอดส์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกรุงเทพมหานคร อาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาทางระบาดวิทยาที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์จาก 16 ประเทศ ซึ่งพบอาการผื่นมากที่สุดประมาณร้อยละ 95 และอาการทั่วไป (systemic symptoms) ที่พบมากที่สุด คือ ไข้ ประมาณร้อยละ 62⁽¹⁴⁾

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเกิดอาการผื่นที่แขน/ขา และเจ็บคอเป็น 1.98 และ 2.72 เท่าของกลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนมากมีอาการค่อนข้างน้อยและสามารถหายได้เอง

ไม่ต่างจากผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี⁽¹⁸⁾ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการบริเวณทวารหนักสูงกว่าและมีโอกาสที่เสี่ยงที่มีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตสูงกว่า^(18,19) โดยจากผลการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจะมีโอกาสพบอาการผื่น ผื่นที่ทวารหนัก เจ็บที่บริเวณทวารหนัก ผื่นที่ทวารหนัก ท้องเสีย ทอนซิลอักเสบ และปอดอักเสบ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(20,21) ส่วนตำแหน่งผื่นบริเวณอื่นๆ นอกเหนือจากทวารหนัก ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวอเมริกันทั้งสองกลุ่ม⁽²¹⁾ สาเหตุที่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่คล้ายคลึงกับวรรณกรรมที่ผ่านมา มีความสอดคล้องกันเฉพาะอาการเจ็บคอหรือทอนซิลอักเสบที่พบในกลุ่มติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้อาศัยข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลังซึ่งไม่สามารถควบคุมคุณภาพของข้อมูลที่ได้รับมาได้หลายตัวแปรจึงมีข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่า ร้อยละ 38.14 ของผู้ป่วยไม่มีสถานะการติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ข้อมูลลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ถูกใช้ในการวิเคราะห์และส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาได้ ประกอบกับ ปัจจุบันประเทศไทยได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ ปี 2560-2573 จากข้อมูลปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประมาณร้อยละ 79.48 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกรุงเทพมหานครที่มีชีวิตอยู่ ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และร้อยละ 86.43 ของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส มีปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดน้อยกว่า 1,000 copies/ml⁽²²⁾ ซึ่งผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีการรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาและสม่ำเสมอจนกระทั่งมีระดับ CD4 มากกว่า 350 cells/ml ร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการตอบสนองต่อเชื้อไวรัสเอดส์เหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี⁽¹⁹⁾ อาจส่งผลให้อาการทางคลินิกของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความแตกต่างกัน

ด้วยข้อจำกัดในเรื่องคุณภาพของข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการกำหนด

นโยบายการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวอเมริกันโดยใช้ลักษณะอาการทางคลินิกให้แก่ทุกสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ แต่องค์ความรู้ที่ได้ อาจเป็นข้อพิจารณาสำหรับผู้ให้บริการในการให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี กรณีสังเกตพบผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวอเมริกันที่มีอาการผื่นที่แขน/ขา หรือเจ็บคอร่วมด้วย เพิ่มเติมจากกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่กำหนดไว้ในแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย⁽¹⁵⁾

นอกจากนี้ ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวอเมริกันในกรุงเทพมหานคร คือ การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการวินิจฉัยโรคเอดส์ที่สถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิก ให้บริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ อาจมีเหตุผลจากสถานพยาบาลของรัฐยังไม่มีความพร้อมรับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มหลักของโรคเอดส์ชาวอเมริกัน รวมถึงผู้ป่วยยังถูกเลือกปฏิบัติขณะรับบริการทางสุขภาพในสถานพยาบาลหลายแห่ง⁽²³⁾ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

จากข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 สถานพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้มีการให้บริการคลินิกสุขภาพเพศหลากหลาย (Pride Clinic) จำนวน 31 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 11 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข 20 แห่ง กระจายครบทั่ว 6 กลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร การให้บริการครอบคลุมถึงการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงเอชไอวี⁽²⁴⁾ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้แก่บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศในการเข้าถึงการตรวจรักษาโดยคลินิกสุขภาพเพศหลากหลายช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวอเมริกันในกรุงเทพมหานคร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาลภายใต้หลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายปีละ 2 ครั้ง⁽²⁵⁾ และในกรณีที่ผู้ป่วยโรคเอดส์มาพบแพทย์เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี (recent infection) ผลการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีในครั้งแรกอาจจะยังไม่พบการติดเชื้อ และมีความจำเป็นที่ต้องได้ตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีหลังจากนั้นเป็นครั้งที่ 2 ผู้ป่วยก็ยังคงสามารถตรวจคัดกรองครั้งที่ 2 ได้ในสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ด้วยประโยชน์ของการให้บริการคลินิกสุขภาพเพศหลากหลาย จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายให้สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดต่าง ๆ เช่น กรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย เป็นต้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่กลุ่มกรุงเทพใต้ กรุงเทพมหานคร และกรุงเทพเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคเอดส์มาพบแพทย์เป็นจำนวนมาก จัดตั้งคลินิกสุขภาพเพศหลากหลาย เพื่อเพิ่มโอกาสของผู้ป่วยโรคเอดส์มาพบแพทย์ในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีพบตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีให้ดำเนินการตรวจระดับ CD4 และปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด รวมถึงขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อเพื่อรักษา ซึ่งจะช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่บุคคลอื่น ๆ ในกรุงเทพมหานคร และพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคเอดส์มาพบแพทย์ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ ประมาณร้อยละ 42 ของผู้ป่วยมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดอาการผื่นที่แขน/ขา และเจ็บคอสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงมีข้อพิจารณาแก่ผู้ให้บริการในการให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี กรณีสังเกตพบผู้ป่วยโรคเอดส์มาพบแพทย์ที่มีอาการผื่นที่แขน/ขา หรือเจ็บคอร่วมด้วย เพิ่มเติมจากกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งกลุ่มเสี่ยงที่กำหนดไว้ในแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย และมีข้อเสนอให้มีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการวินิจฉัยและการดูแลรักษากรณีโรคเอดส์มาพบแพทย์

(clinical practice guideline in mpox) ให้มีการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์มาพบแพทย์ในกรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2560-2573

ด้วยข้อจำกัดในเรื่องคุณภาพของข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ กรมควบคุมโรคจึงควรมีระบบกำกับติดตามการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์มาพบแพทย์ในระบบเฝ้าระวังโรคของสถานพยาบาลทุกสังกัดในกรุงเทพมหานคร และมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์มาพบแพทย์เป็นระยะ ๆ เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังมีความครบถ้วนและถูกต้อง สามารถนำมาดำเนินการศึกษาวิจัย และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์มาพบแพทย์ในกรุงเทพมหานครในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณกลุ่มเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์มาพบแพทย์ ในกรุงเทพมหานคร สำหรับการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mpox (monkeypox) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
2. Huang Y, Mu L, Wang W. Monkeypox: epidemiology, pathogenesis, treatment and prevention. Signal Transduct Target Ther [internet]. 2022 [cited 2024 Jan 31];7(1):373. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41392-022-01215-4>
3. National Centre for Infectious Diseases. Monkeypox [internet]. Singapore: National Centre for Infectious Diseases; 2024 [cited 2024 Mar 1].

- Available from: <https://www.ncid.sg/Health-Professionals/Joint-MOH-NCID-Guidances/Pages/Monkeypox.aspx>
4. Zardi EM, Chello C. Human monkeypox: a global public health emergency. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2022 [cited 2024 Mar 1];19(24):16781. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/24/16781>
 5. World Health Organization. WHO Director-General declares the ongoing monkeypox outbreak a public health emergency of international concern [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/23-07-2022-who-director-general-declares-the-ongoing-monkeypox-outbreak-a-public-health-event-of-international-concern>
 6. Office of International Cooperation. Report disease and health hazard news of interest along the border, July 14-20, 2022 [internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022 [cited 2024 Mar 5]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1325720220927110646.pdf>
 7. Ministry of Public Health. Notification of the Ministry of Public Health, re: designation and main symptoms of communicable disease under surveillance (Issue 2) B.E. 2565. *Government Gazette*. Vol. 139, Special part 163 Ngor. 2022 Jul 8; p. 4. (in Thai)
 8. World Health Organization. Multi-country outbreak of mpox (monkeypox) – external situation report 31-22 December 2023 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 Mar 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report-31---22-december-2023>
 9. Ortiz-Saavedra B, Montes-Madariaga ES, Cabanillas-Ramirez C, Alva N, Ricardo-Martinez A, Leon-Figueroa DA, et al. Epidemiologic situation of HIV and monkeypox coinfection: a systematic review. *Vaccines (Basel)* [internet]. 2023 [cited 2024 Mar 11];11(2):246. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-393X/11/2/246>
 10. Institute for Urban Disease Control and Prevention. Summary of important epidemiological event reports week 52 [internet]. Bangkok: Department of Disease Control; 2023 [cited 2024 March 12]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1518020240108030514.pdf> (in Thai)
 11. Division of AIDS and STIs. National guideline on HIV self-screening test service in Thailand [internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2024 Mar 13]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1344320221107092849.pdf> (in Thai)
 12. Department of Medical Service. Clinical practice guideline for monkeypox diagnosis, treatment and prevention. Nonthaburi: Department of Medical Service; 2022 [cited 2024 Feb 23]. Available from: https://www.dms.go.th/backend//Content//Content_File/Hot_News/Attach/25650803121345PM_CPG_monkeypox_v.1.10_n_20220731.pdf (in Thai)
 13. Division for the Control of AIDS TB and STIs, Thai MoPH-US CDC. Collaboration on health strategic plan for ending AIDS in Bangkok 2017-2030 [Internet]. Bangkok: Bangkok Metropolitan Administration; 2016 [cited 2024 Feb 29]. Available from: <https://webportal.>

- bangkok.go.th/upload/user/00000150/plan/plan aids60_73.pdf (in Thai)
14. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, et al. Monkeypox virus infection in humans across 16 countries – April–June 2022. *N Engl J Med* [internet]. 2022 [cited 2024 Mar 31];387(8):679–91. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2207323>
 15. Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2021/2022 [internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2024 Mar 23]. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/das/forecast_detail.php?publish=12810&dept-code=das (in Thai)
 16. World Health Organization. Clinical management and infection prevention and control for monkeypox: Interim rapid response guidance [internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Mar 23]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355798/WHO-MPX-Clinical_and_IPC-2022.1-eng.pdf?sequence=1
 17. US Centers for Disease Control and Prevention. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 1992 [cited 2024 Mar 31];41(RR-17):1–19. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>
 18. Zucker J, Hazra A, Titanji BK. Mpox and HIV: collision of two diseases. *Curr HIV/AIDS Rep* [internet]. 2023 [cited 2024 Mar 31];20(6):440–50. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-023-00682-w>
 19. Mitja O, Alemany A, Marks M, Leza Mora JL, Rodr-guez-Aldama JC, Torres Silva MS, et al. Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. *Lancet* [internet]. 2023 [cited 2024 Mar 31];401(10380):939–49. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673623002738>
 20. Chastain DB, Motoa G, Ortiz-Martinez Y, Gharanti A, Henao-Martinez AF. Characteristics and clinical manifestations of monkeypox among people with and without HIV in the United States: a retrospective cohort. *AIDS* [internet]. 2023 [cited 2024 Mar 31];37(4):611–6. Available from: https://journals.lww.com/aids-online/abstract/2023/03150/characteristics_and_clinical_manifestations_of.7.aspx
 21. Angelo KM, Smith T, Camprubi-Ferrer D, Balerdi-Sarasola L, Diaz Menendez M, Serveira-Negre G, et al. Epidemiological and clinical characteristics of patients with monkeypox in the GeoSentinel Network: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis* [internet]. 2023 [cited 2024 Mar 31];23(2):196–206. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00651-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00651-X/fulltext)
 22. Bangkok Metropolitan Administration. HIV situation in Bangkok, 2023 [Internet]. Bangkok: Bangkok Metropolitan Administration; 2023 [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://webportal.bangkok.go.th/user_files/150/678588004646c6d495b52a2.38034959.pdf (in Thai)
 23. Tinnam C, Omphornuwat K, Duaydee R.

- LGBTIQN+ health strategy 2021-2023 in Thailand [Internet]. Nakhon Pathom: Sexuality Studies Association; 2021 [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2021/06/723.pdf> (in Thai)
24. Government Contact Center. Bangkok Metropolitan Administration opens BKK pride clinic at 31 locations throughout Bangkok for free [Internet]. Bangkok: Government Contact Center; 2024 [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://www.gcc.go.th/?p=142462> (in Thai)
25. Division of AIDS and STIs. News and update by DAS Issue 13 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/das/news.php?news=33805&deptcode=das> (in Thai)

ความตั้งใจในการรับวัคซีนไขثرพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรของกลุ่มชายรักชาย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

Intentions to receive smallpox vaccination for mpox prevention among men who have sex with men in Bangkok

พัชนี เพลินพร้อม^{1*}Patchanee Plernprom^{1*}จิตติ หาญประเสริฐพงษ์¹Jitti Hanprasertpong¹พัชรภรณ์ ไกรนรา¹Patcharaporn Krainara¹โรม บัวทอง²Rome Buathong²¹คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล¹Faculty of Medicine Vajira Hospital,

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Navamindradhiraj University

²กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค กรมควบคุมโรค²Division of International Disease Control Port
and Quarantine,
Department of Disease Control

Corresponding author e-mail: patchanee.p08@gmail.com

DOI: 10.14456/taj.2024.10

Received: June 20, 2024 Revised: August 9, 2024 Accepted: August 13, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการรับวัคซีนไขثرพิษ และปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนไขثرพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรของกลุ่มชายรักชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มชายรักชาย สัญชาติไทย อายุระหว่าง 18-45 ปี ที่ไม่เคยรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขثرพิษมาก่อน จำนวน 310 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการพรรณนาคุณลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษา และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนไขثرพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 77.7 ของกลุ่มชายรักชาย มีความตั้งใจในการรับวัคซีนไขثرพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร และปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีน ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 26-35 ปี ($OR_{adj} = 2.77$, 95%CI=1.47-5.22) และผู้ที่มีอายุ 36-45 ปี ($OR_{adj} = 2.54$, 95%CI=1.00-6.47) ตามลำดับ จำนวนคู่นอนมากกว่า 1 คนขึ้นไปในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($OR_{adj} = 2.98$, 95%CI=1.11-7.49) และการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนไขثرพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร ระดับปานกลาง-ต่ำ ($OR_{adj} = 3.72$, 95%CI=1.18-11.72) ผลการศึกษานี้บ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีน เช่น กิจกรรมให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษวานรแบบเชิงรุก ลดความกังวลเกี่ยวกับเรื่องการเสียเวลาในการมารับบริการวัคซีน รวมถึงการสื่อสารถึงความปลอดภัยของวัคซีน ผลข้างเคียงของวัคซีน และการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรและวัคซีน

ใช้ทรัพยากรเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรในกลุ่มชายรักชาย เพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการรับวัคซีนและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคฝีดาษวานร

Abstract

This cross-sectional study aimed to explore the intentions of men who have sex with men (MSM) in Bangkok to receive the smallpox vaccination, as well as the factors influencing their intention to get vaccinated to prevent mpox. A total of 310 Thai MSM, aged 18–45 and who had never received a smallpox vaccination, were included in the study using convenient sampling. Data were collected using a structured questionnaire. Descriptive statistics were used to describe the study participants' characteristics. Logistic regression analysis was employed to identify factors influencing the intention to receive the smallpox vaccine, with statistical significance set at a $p < 0.05$. The study found that 77.7% of Thai MSM in Bangkok intended to receive the smallpox vaccine to prevent mpox. Factors influencing the intention to receive the vaccine included being aged 26–35 years ($OR_{adj} = 2.77$, 95%CI=1.47–5.22) being aged 36–45 years ($OR_{adj} = 2.54$, 95%CI=1.00–6.47) having more than one sexual partner ($OR_{adj} = 2.98$, 95%CI=1.11–7.94), and having moderate to low perceived barriers to receiving the smallpox vaccine to prevent mpox ($OR_{adj} = 3.72$, 95%CI=1.18–11.72). This study highlights the importance of promoting awareness about health beliefs, particularly regarding perceived barriers to vaccination. Proactive vaccination campaigns against monkeypox, for example, can help alleviate concerns about the time required to receive the vaccine. Furthermore, clear communication about vaccine safety, potential side effects, and education on mpox and smallpox vaccines can enhance understanding among MSM, thereby promoting vaccination intention and reducing the incidence of mpox.

คำสำคัญ

โรคฝีดาษวานร, วัคซีน, ความตั้งใจ,
ชายรักชาย, กรุงเทพมหานคร

Keywords

mpox, vaccination, intentions,
men who have sex with men, Bangkok

บทนำ

โรคฝีดาษวานร (monkeypox, mpox) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัส Monkeypox เกิดจากการเชื้อไวรัสสกุล *Orthopoxvirus* วงศ์ *Poxviridae* อยู่ในตระกูลเดียวกับไวรัส variola ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคฝีดาษหรือไข้ทรพิษ (Smallpox) อาการที่พบมีผื่น ต่อม้ำเหลืองโต และมีไข้ การแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนเกิดจากการแพร่เชื้อผ่านละอองฝอยทั้งจากระบบทางเดินหายใจเมื่ออยู่ใกล้ชิดกันและการสัมผัสสารคัดหลั่งบริเวณรอยโรคบนผิวหนังและของใช้ต่างๆ ที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง^(1,2) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2567

พบรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร สะสม 93,303 ราย เสียชีวิต 176 ราย⁽¹⁾ และในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร สะสม 721 ราย เสียชีวิต 1 ราย จังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 55.89 รองลงมาคือ ชลบุรี ร้อยละ 9.29 นนทบุรี ร้อยละ 5.41 สมุทรปราการ ร้อยละ 4.16 และภูเก็ต ร้อยละ 4.16 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.36 และเพศหญิงร้อยละ 2.64⁽³⁾ โดยกลุ่มเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ ชายรักชาย (men who have sex with men) ร้อยละ 85.1 รองลงมาคือ ผู้ที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ร้อยละ 52.1 และบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 4.1^(1,3) ตามลำดับ

ในปัจจุบัน ทางด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคแบบปฐมภูมิ (primary prevention) หรือการป้องกันแบบเชิงรุกมากขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการป้องกัน ในระยะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น โดยการกำจัดหรือลดปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค⁽⁴⁾ การป้องกันการเกิดโรคเอดส์ทางอ้อม คือ (1) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงหรือโอกาสที่จะรับเชื้อ และ (2) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์⁽⁵⁾ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่ใช้ป้องกันโรคเอดส์โดยเฉพาะ แต่ได้มีการพัฒนามาจากวัคซีนไข้ทรพิษ เพื่อนำป้องกันโรคเอดส์ เนื่องจากไวรัสทั้งสองชนิดมีความคล้ายคลึงกันของแอนติเจน และสามารถสร้างภูมิคุ้มกันข้ามได้^(6,7) ซึ่งวัคซีนที่องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมโรคและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) แนะนำและได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (FDA) ได้แก่ วัคซีน JYNNEOS และ ACAM2000 และจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ พบว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยละ 75-85⁽⁷⁻⁹⁾ และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเอดส์ได้ถึง 10 เท่า ในผู้ที่ฉีดวัคซีนครบ 2 เข็ม และ 7 เท่า สำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีน 1 เข็ม เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน⁽⁸⁾

ความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง ความมุ่งมั่นในการที่จะไปรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ เมื่อมีวัคซีนที่ให้บริการ ซึ่งบ่งชี้ถึงความตั้งใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม บุคคลที่มีความตั้งใจแสดงพฤติกรรมสูง มีแนวโน้มที่จะกระทำตามพฤติกรรมนั้น⁽⁵⁾ ซึ่งจากหลากหลายการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่ามีความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ ร้อยละ 54-88.4^(5,10,11) ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกลุ่มประชากรที่ศึกษาและช่วงเวลาการศึกษา และปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีน ได้แก่ อายุ⁽¹²⁻¹⁵⁾ ระดับการศึกษา⁽¹⁶⁾ จำนวนคู่นอน^(12,15,17) ความรู้^(15,16)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค^(12-15,17,18) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีน^(12,13,15) การรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีน^(11,15)

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการรับฉีดวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจศึกษาในกลุ่มชายรักชาย พื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ทางอ้อมมากที่สุดและเป็นจังหวัดที่พบมีผู้ป่วยมากที่สุด โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้ทรพิษและปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยข้อมูลที่จะได้จากการวิจัยนี้จะประโยชน์ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปส่งเสริมความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักชายเมื่อมีวัคซีนให้บริการ เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเอดส์ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษาและประชากรที่ใช้ศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ที่ดำเนินหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยศึกษาในกลุ่มชายรักชายที่อาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า คือ อายุระหว่าง 18-45 ปี ไม่เคยรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567 จากสถานที่ที่เป็นแหล่งรวมตัวของกลุ่มชายรักชาย ได้แก่ สถานบันเทิง สถานที่ออกกำลังภายในสวนสาธารณะ และคลินิกบริการสุขภาพทางเพศ

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวัดสัดส่วน ในประชากรกลุ่มเดียวและใช้สูตรการคำนวณของ Cochran⁽¹⁹⁾ และกำหนดความชุกความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร (p) เท่ากับ 0.76⁽¹⁰⁾ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และส่วนต่างของข้อผิดพลาด 5% เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบางและการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและตอบด้วยความสมัครใจ อาจได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมทั้งสิ้น 310 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการประสานองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในการร่วมลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามวิจัยจากสถานที่ที่เป็นแหล่งรวมตัวของกลุ่มชายรักชาย เช่น สถานบันเทิง และสถานที่ออกกำลังกายในสวนสาธารณะ และคลินิกบริการสุขภาพทางเพศ จนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โดยใช้แบบสอบถามผู้วิจัยปรับปรุงจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร^(5,13,16,20,21) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ประวัติเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน การใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

3.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรและวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบใช่และไม่ใช่ ถ้าตอบถูกให้คะแนน 1 ถ้าตอบผิดให้คะแนน 0 โดยที่เกณฑ์คะแนนระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽²⁰⁾ คือ ช่วงคะแนน 8-10 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้

ในระดับสูง ช่วงคะแนน 6-7 คะแนน หรือ ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 0-5 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

3.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคฝีดาษวานร (3) การรับประโยชน์ของการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร และ (4) การรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร เป็นข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยให้ค่าคะแนน 1 “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึงค่าคะแนน 5 “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ยกเว้นคำถามเชิงลบ ให้ค่าคะแนน 5 “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึงค่าคะแนน 1 “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 3 ลำดับ⁽²²⁾ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 “มีการรับรู้ในระดับต่ำ” ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 “มีการรับรู้ในระดับปานกลาง” และค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 “มีการรับรู้ในระดับสูง”

3.4 ความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษวานร จำนวน 1 ข้อ โดยใช้คำถามต่อไปนี้ “เมื่อประเทศไทยมีวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษวานร ท่านตั้งใจจะไปรับวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษวานรหรือไม่” คำถามนี้มีคำตอบ 3 ตัวเลือก ดังนี้ (1) มีความตั้งใจในการรับวัคซีน (2) ไม่มีความตั้งใจในการรับวัคซีน และ (3) ไม่แน่ใจ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ 2 และ 3 ไปทดลองกับกลุ่มชายรักชายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดนนทบุรีและพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยด้านความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.73 และด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76 ขึ้นไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการพรรณนาคุณลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามากที่สุด ค่าน้อยสุด ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีน ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ logistic regression ด้วย univariate logistic regression แล้วนำตัวแปรเดียวที่มีค่า $p < 0.20^{(23)}$ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างชายรักชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 310 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-35 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.2 อายุเฉลี่ย 25.27 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นนักเรียน/นิสิต/นักศึกษา ร้อยละ 33.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 50,000 บาทขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 51.6 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยประวัติเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 90.3 มีจำนวนคู่นอน 1 คน ร้อยละ 51.9 ประพฤติการใช้ถุงยางอนามัยพบว่า

สวมใส่ถุงยางอนามัยบางครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 53.5 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์และวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ร้อยละ 67.4 และในกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารพบว่า แหล่งข้อมูลข่าวสารที่รับรู้มากที่สุดคือ โซเชียลมีเดีย ร้อยละ 82.2 รองลงมา คือ เว็บไซต์ของสถาบันสุขภาพ ร้อยละ 44.6 และวิทยุ/โทรทัศน์ ร้อยละ 32.7

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.33 และ 4.02 ตามลำดับ) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 3.25 และ 3.08 ตามลำดับ)

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มชายรักชายส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการรับวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ร้อยละ 77.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความตั้งใจในการรับวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (n=310 คน)

ความตั้งใจในการรับวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์	จำนวน	ร้อยละ
มีความตั้งใจในการรับวัคซีน	241	77.7
ไม่มีความตั้งใจในการรับวัคซีน	11	3.5
ไม่แน่ใจ	58	18.7

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ด้วยการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariate logistic regression analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ จำนวนคู่นอน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนใช้ทรีพียูเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรของกลุ่มชายรักชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (n=310 คน)

ปัจจัย	ความตั้งใจในการรับวัคซีน		OR	95%CI	p-value
	มีความตั้งใจ	ไม่มีความตั้งใจ และไม่แน่ใจ			
อายุ (ปี)					
18-25 ปี	84 (67.2)	41 (32.8)	Ref.		
26-35 ปี	119 (85.8)	21 (15.0)	2.77	1.53-5.02	0.001*
36-45 ปี	38 (84.4)	7 (15.6)	2.65	1.09-6.44	0.032*
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	78 (82.1)	17 (17.9)	Ref.		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	163 (75.8)	52 (24.2)	0.68	0.37-1.26	0.221
อาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9 (90.0)	1 (10.0)	Ref.		
นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา	77 (74.8)	26 (25.2)	0.33	0.04-2.72	0.303
ธุรกิจส่วนตัว	32 (84.2)	6 (15.8)	0.59	0.06-5.58	0.647
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27 (73.0)	10 (27.0)	0.30	0.03-2.68	0.281
รับจ้างทั่วไป	43 (81.1)	10 (18.9)	0.48	0.05-4.22	0.506
พนักงานบริษัทเอกชน	53 (76.8)	16 (23.2)	0.37	0.04-3.13	0.360
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (Median=50,000 บาท)					
มากกว่าหรือเท่ากับ 50,000 บาท	119 (74.4)	41 (26.5)	0.67	0.39-1.15	0.142*
น้อยกว่า 50,000 บาท	122 (81.3)	28 (18.7)	Ref.		
ประวัติเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
ไม่เคย	218 (77.9)	62 (22.1)	1.07	0.44-2.61	0.882
เคย	23 (76.7)	7 (23.3)	Ref.		
จำนวนคู่นอนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา					
มากกว่า 1 คนขึ้นไป	103 (83.7)	20 (16.3)	4.41	1.78-10.94	0.001*
1 คน	124 (77.0)	37 (23.0)	2.87	1.22-6.75	0.015*
ไม่มี	14 (53.8)	12 (46.2)	Ref.		
การใช้ถุงยางอนามัย (n=284 คน)					
สวมใส่ทุกครั้ง	88 (53.8)	24 (21.4)	0.65	0.18-2.39	0.514
สวมใส่บางครั้ง	122 (80.3)	30 (19.7)	0.72	0.20-2.61	0.614
ไม่ได้สวมใส่	17 (85.0)	3 (15.0)	Ref.		
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร และวัคซีนไขทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร					
ไม่เคย	167 (79.9)	42 (20.1)	1.45	0.83-2.52	0.189*
เคย	74 (73.3)	27 (26.7)	Ref.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรและวัคซีนไขทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร					
ระดับสูง	91 (74.6)	31 (25.4)	Ref.		
ระดับปานกลาง-ต่ำ	150 (79.8)	38 (20.2)	1.35	0.78-2.31	0.283

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนไขثرพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (n=310 คน)(ต่อ)

ปัจจัย	ความตั้งใจในการรับวัคซีน		OR	95 %CI	p-value
	มีความตั้งใจ	ไม่มีความตั้งใจ และไม่แน่ใจ			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์					
ระดับสูง	218 (79.6)	56 (20.4)	2.20	1.05-4.62	0.037*
ระดับปานกลาง-ต่ำ	23 (63.9)	13 (36.1)	Ref.		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์					
ระดับสูง	185 (77.1)	55 (22.9)	0.84	0.44-1.63	0.606
ระดับปานกลาง-ต่ำ	56 (80.0)	14 (20.0)	Ref.		
การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนไขทรพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์					
ระดับสูง	55 (68.8)	25 (31.3)	Ref.		
ระดับปานกลาง-ต่ำ	186 (80.9)	44 (19.1)	1.92	1.08-3.42	0.026*
การรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนไขทรพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์					
ระดับสูง	31 (62.0)	19 (38.0)	Ref.		
ระดับปานกลาง-ต่ำ	210 (80.8)	50 (19.2)	2.57	1.35-4.93	0.004*

*Logistic regression analysis, $p < 0.20$ OR: odds ratio, CI: a 95% confidence interval.

เมื่อนำปัจจัยข้างต้นมาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (multivariable logistic regression analysis) โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.20 เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนไขثرพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ผู้ที่มีอายุ 26-35 ปี มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจในการรับวัคซีนเป็น 2.77 เท่า ($OR_{adj} = 2.77$, 95%CI = 1.47-5.22) และผู้ที่มีอายุ 36-45 ปี มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจในการรับวัคซีนเป็น 2.54 เท่า ($OR_{adj} = 2.54$, 95%CI=1.00-6.47)

เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุ 18-25 ปี ตามลำดับ ผู้ที่มีจำนวนคู่นอนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มากกว่า 1 คนขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจในการรับวัคซีนเป็น 2.98 เท่า ($OR_{adj} = 2.98$, 95%CI=1.11-7.94) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความตั้งใจในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนไขثرพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ระดับปานกลาง-ต่ำ มีโอกาสที่จะมีความตั้งใจในการรับวัคซีนเป็น 3.72 เท่า ($OR_{adj} = 3.72$, 95%CI=1.18-11.72) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนไขثرพิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในระดับสูง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนใช้ทรัพย์สินเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของของกลุ่มชายรักชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (n=310 คน)

ปัจจัย	OR _{adj}	(95%CI)	p-value
อายุ (ปี)			
18-25 ปี	Ref.		
26-35 ปี	2.77	1.47-5.22	0.002*
36-45 ปี	2.54	1.00-6.47	0.049*
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	Ref.		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.98	0.50-1.91	0.956
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว			
น้อยกว่า 50,000 บาท	Ref.		
มากกว่าหรือเท่ากับ 50,000 บาทขึ้นไป	0.73	0.41-1.30	0.280
จำนวนคู่นอนใน 3 เดือนที่ผ่านมา			
ไม่มี	Ref.		
1 คน	1.95	0.77-4.95	0.160
มากกว่า 1 คนขึ้นไป	2.98	1.11-7.94	0.029*
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์และการรับวัคซีนใช้ทรัพย์สินเพื่อป้องกันโรคเอดส์			
ไม่เคย	1.28	0.66-2.50	0.463
เคย	Ref.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์			
ระดับสูง	1.75	0.78-3.93	0.176
ระดับปานกลาง-ต่ำ	Ref.		
การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนใช้ทรัพย์สินเพื่อป้องกันโรคเอดส์			
ระดับสูง	Ref.		
ระดับปานกลาง-ต่ำ	0.75	0.27-2.08	0.580
การรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนใช้ทรัพย์สินเพื่อป้องกันโรคเอดส์			
ระดับสูง	Ref.		
ระดับปานกลาง-ต่ำ	3.72	1.18-11.72	0.025*

*Logistic regression analysis, $p < 0.05$, OR: odds ratio, CI: a 95% confidence interval.

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชายรักชายส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการรับวัคซีน ร้อยละ 77.7 ซึ่งผลการศึกษพบว่า มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Wang และคณะ⁽²⁴⁾ และการศึกษาของ Araoz-Salinas และคณะ⁽⁵⁾ พบว่ามีความตั้งใจในการรับวัคซีน ร้อยละ 70.0 และร้อยละ 75.2 ตามลำดับ และการศึกษาของ

Leon-Figueroa และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า กลุ่มเพศทางเลือกมีความตั้งใจในการรับวัคซีน ร้อยละ 76.0 และกลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 54.0 และในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 57.0 การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มชายรักชายเป็นกลุ่มบุคคลที่เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคเอดส์และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์มากกว่ากลุ่มอื่น^(12,18,24,25) จึงมีความตั้งใจ

อย่างมุ่งมั่นในการที่ไปรับการฉีดวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Rosenstock และคณะ⁽²¹⁾ และแนวคิดของ Ajzen⁽¹⁷⁾ ซึ่งระบุว่ากลุ่มชายรักชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคสูง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า กลุ่มชายรักชายมีพฤติกรรมเสี่ยงของการคู่นอนหลายคน ร้อยละ 39.68 จึงมีความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรสูง นอกจากนี้ยังมีอีกหลายการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการรับวัคซีน โดยกลุ่มประเทศยุโรปและประเทศตะวันตกพบว่ามีความตั้งใจในการรับวัคซีนสูงถึงร้อยละ 85-90 ซึ่งเป็นการศึกษาในขณะที่มีรายงานการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษวานร^(14,26) การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของความตั้งใจในการรับวัคซีนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจอธิบายความแตกต่างนั้นว่า การศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษวานรลดลง ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความกังวลในเรื่องการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษวานรลดลงไปด้วย^(15,26) อาจทำให้การรับทราบข้อมูลข่าวสารรวมถึงการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร และการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรอยู่ระดับปานกลาง-ต่ำ และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มชายรักชายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรและวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรอยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำ และไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรและวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร ร้อยละ 67.4 ซึ่งทำให้กลุ่มชายรักชายบางส่วน ยังไม่แน่ใจในการจะไปการรับวัคซีน

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรพบว่า มีเพียง 3 ตัวแปรเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรับวัคซีน ได้แก่

- (1) อายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Islam และคณะพบว่าทุกกลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรับวัคซีน โดยเฉพาะกลุ่มชายรักชายที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการรับวัคซีนเพิ่มขึ้น⁽¹²⁾ และเนื่องจากอายุที่ศึกษาเป็นกลุ่มอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฝีดาษวานรที่มีการรายงาน ดังนั้นจึงเป็นไปได้สูงที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรับวัคซีน⁽³⁾
- (2) จำนวนคู่นอนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มากกว่า 1 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรับวัคซีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Islam และคณะ⁽¹²⁾ และการศึกษาของ Luo และคณะ⁽²⁷⁾ พบว่าการมีคู่นอนตั้งแต่ 1 คน มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรับวัคซีนอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีคู่นอนหลายคนมีแนวโน้มที่จะรับการฉีดวัคซีนหรือเข้ารับบริการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่มีคู่นอนหลายคน เนื่องจากเข้าใจว่ากลุ่มชายรักชายที่ไม่มีคู่นอนอาจคิดว่าตนไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จึงไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีน⁽¹¹⁾ และ (3) การรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรระดับปานกลาง-ต่ำ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Riad ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับวัคซีนอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรับวัคซีน⁽¹³⁾ ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อคำถามรายชื่อของการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุด “การไปรับบริการฉีดวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร ทำให้เสียเวลาในการทำงาน” ($\bar{x}=2.82$, $SD.=0.81$) “กลัวเข็มฉีดยา ทำให้ไม่กล้าฉีดวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร” ($\bar{x}=2.82$, $SD.=0.85$) และ “กังวลว่าการฉีดวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานร อาจมีผลข้างเคียงที่มีอันตรายมากกว่าการป่วยเป็นโรคฝีดาษวานร” ($\bar{x}=2.95$, $SD.=0.68$) ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรและวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรมากถึงร้อยละ 67.4 ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรระดับปานกลาง-ต่ำ แต่อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีการรับรู้ตาม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้า จึงมีการเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ความรุนแรงของโรคสูง และผลประโยชน์ของการรับวัคซีนสูงกับการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีน จึงอาจส่งผลให้กลุ่มชายรักชายมีความตั้งใจในการไปรับการฉีดวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์มากขึ้นมากกว่า⁽²¹⁾

อย่างไรก็ตาม มีหลายปัจจัยที่เคยทำการศึกษา มา เช่น ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการโรคเอดส์ การรับรู้ผลประโยชน์ของการรับวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรับวัคซีน^(10,15) แต่การศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการโรคเอดส์ การรับรู้ผลประโยชน์ของการรับวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ เมื่อทำการวิเคราะห์สถิติ univariate logistic regression analysis เท่านั้น ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัด ดังนี้

1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก อาจเกิดอคติในการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจทำให้การกระจายของข้อมูลบางกลุ่มมากเกินไป

2) การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาก่อนที่จะมีนโยบายในให้บริการวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ของภาครัฐ อาจเกิดอคติจากเครื่องมือ (instruments) เนื่องจากอาจขาดข้อมูลบางประเด็นที่มีผลต่อการตอบแบบสอบถามความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้พิษ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรับบริการวัคซีน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้ช่วยวิจัยและผู้ตอบแบบสอบถามกรณีมีข้อสงสัยดังกล่าว

3) การศึกษานี้เป็นการวัดความรู้สึกหรือความคิดของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจเกิดอคติจากการให้ข้อมูลที่สังคมต้องการได้ยินหรือยอมรับมากกว่า (social desirability bias) ซึ่งส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าคำตอบอาจจะมีผลต่อภาพลักษณ์ของตน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้บ่งชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีน เช่น กิจกรรมให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์แบบเชิงรุก ลดความกังวลเกี่ยวกับเรื่องการเสียเวลาในการมารับบริการวัคซีน รวมถึงการสื่อสารถึงความปลอดภัยของวัคซีน ผลข้างเคียงของวัคซีน และการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ในกลุ่มชายรักชาย เพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการรับวัคซีน และลดอุปสรรคการเกิดโรคเอดส์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงประชากรในจังหวัดกรุงเทพมหานครเท่านั้น ซึ่งอาจยังไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของข้อมูลในภาพรวมของประเทศ ดังนั้นในการศึกษากครั้งต่อไป จึงอาจเพิ่มขนาดประชากรที่ศึกษาที่มากขึ้นและครอบคลุมในทุกภูมิภาค เพื่อเป็นตัวแทนข้อมูลภาพรวมของประเทศที่ดี

2) ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรับวัคซีน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีนไข้พิษเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักชาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และพญ.ชรัพร จิตรพิระ ที่ช่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องในการทำวิจัย และช่วยเหลือเกี่ยวกับบทความวิชาการ ภาควิชาการวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ที่สนับสนุนทุนการศึกษาเพื่อทำวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชน ที่ให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Monkeypox [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
2. Martin-Delgado MC, Martin Sanchez FJ, Martinez-Selles M, Molero Garcia JM, Moreno Guillen S, Rodriguez-Artalejo FJ, et al. Monkeypox in humans: a new outbreak. *Rev Esp Quimioter* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 25];35(6):509-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9728594/pdf/revespquimioter-35-509.pdf>
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of Mpox infectious disease [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/monkeypox/dashboard.php> (in Thai)
4. Pentamwa P. The nature of disease occurrence and basic disease control and prevention measures [Internet]. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology; 2027 [cited 2024 Feb 8]. Available from: https://iph.sut.ac.th/wp-content/uploads/2017/09/EP3_2560.pdf
5. Araoz-Salinas JM, Ortiz-Saavedra B, Ponce-Rosas L, Soriano-Moreno DR, Soriano-Moreno AN, Alave J, et al. Perceptions and intention to get vaccinated against mpox among the LGBTIQ+ community during the 2022 outbreak: a cross-sectional study in Peru. *Vaccines (Basel)* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 9];11(5):1008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10220940/pdf/vaccines-11-01008.pdf>
6. Bertran M, Andrews N, Davison C, Dugbazah B, Boateng J, Lunt R, et al. Effectiveness of one dose of MVA-BN smallpox vaccine against mpox in England using the case-coverage method: an observational study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 9];23(7):828-35. Available from: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(23\)00057-9](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(23)00057-9)
7. Centers for Disease Control and Prevention. Mpox vaccination basics [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2023 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/vaccines/index.html>
8. Rao AK, Petersen BW, Whitehill F, Razeq JH, Isaacs SN, Merchlinsky MJ, et al. Use of JYN-NEOS (smallpox and monkeypox vaccine, live, nonreplicating) for preexposure vaccination of persons at risk for occupational exposure to orthopoxviruses: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 28];71(22):734-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9169520/>
9. Rosenberg ES, Dorabawila V, Hart-Malloy R, Anderson BJ, Miranda W, O'Donnell T, et al. Effectiveness of JYNNEOS vaccine against diagnosed mpox infection - New York, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 28];72(20):559-63. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7220a4.htm?s_cid=mm7220a4_w
10. Leon-Figueroa DA, Barboza JJ, Valladares-Garrido MJ, Sah R, Rodriguez-Morales AJ. Prevalence of intentions to receive monkeypox vaccine: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar

- 15];24(1):35. Available from: <https://bmcpub-lichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-17473-y>
11. Huang Y, Yu B, Jia P, Wang Z, Yang S, Tian C, et al. Association between psychological factors and condom use with regular and nonregular male sexual partners among Chinese MSM: a quantitative study based on the health belief model. *Biomed Res Int* [Internet]. 2020 [cited 2024 May 19];2020:5807162. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2020/5807162>
12. Islam MR, Haque MA, Ahamed B, Tanbir M, Khan MR, Eqbal S, et al. Assessment of vaccine perception and vaccination intention of Mpox infection among the adult males in Bangladesh: a cross-sectional study findings. *PLoS One* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 28];18(6):e0286322. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0286322>
13. Riad A, Drobov A, Rozmarinova J, Drapacova P, Klugarova J, Dusek L, et al. Monkeypox knowledge and vaccine hesitancy of Czech health-care workers: a health belief model (HBM)-based study. *Vaccines (Basel)* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 2];10(12):2022. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-393X/10/12/2022>
14. Dukers-Muijters NHTM, Evers Y, Widder-shoven V, Davidovich U, Adam PCG, Op de Coul ELM, et al. Mpox vaccination willingness, determinants, and communication needs in gay, bisexual, and other men who have sex with men, in the context of limited vaccine availability in the Netherlands (Dutch Mpox-survey). *Front Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 May 15];10:1058807. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.1058807/full>
15. Hori D, Kaneda Y, Ozaki A, Tabuchi T. Sexual orientation was associated with intention to be vaccinated with a smallpox vaccine against mpox: a cross-sectional preliminary survey in Japan. *Vaccine* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 2];41(27):3954-59. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X23006114?via%3Dihub>
16. Dong C, Yu Z, Zhao Y, Ma X. Knowledge and vaccination intention of monkeypox in China's general population: a cross-sectional online survey. *Travel Med Infect Dis* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 28];52:102533. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893922002794?via%3Dihub>
17. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Dec Process* [Internet]. 1991 [cited 2023 Oct 18];50(2):179-211. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/074959789190020T>
18. Songtid R. Factors associated with HIV prevention behavior among men who have sex with men in Trang Province. *Thai AIDS Journal*. 2021;31(3):142-53. (in Thai)
19. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1953.
20. Chen Y, Li Y, Fu L, Zhou X, Wu X, Wang B, et al. Knowledge of human mpox (monkeypox) and attitude towards mpox vaccination among male sex workers in China: a cross-sectional study. *Vaccines (Basel)*. 2023;11(2):285.
21. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and health belief model. *Health*

- Educ Q [Internet]. 1988 [cited 2024 Mar 15];15(2):175-83. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019818801500203>
22. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 8th ed. Boston: Allyn and Bacon; 1998.
23. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied survival analysis: regression modeling of time to event data. New York: John Wiley & Sons; 1999.
24. 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 Mar 15]; 27(33):2200603. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.33.2200603>
25. Caycho-Rodriguez T, Valencia PD, Ventura-Leon J, Carbajal-Leon C, Vilca LW, Gallegos M, et al. Intention to receive the monkeypox vaccine and its psychological and sociodemographic predictors: a cross-sectional survey in the general population of Peru. Psicol Reflex Crit [internet]. 2023 [cited 2023 Oct 22];36(1):39. Available from: <https://prc.springeropen.com/articles/10.1186/s41155-023-00281-z>
26. Reyes-Uruena J, D'Ambrosio A, Croci R, Bluemel B, Cenciarelli O, Pharris A, et al. High monkeypox vaccine acceptance among male users of smartphone-based online gay-dating apps in Europe, 30 July to 12 August 2022. Euro Surveill [Internet]. 2022 [cited 2024 May 15]; 27(42):2200757. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.42.2200757>
27. 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 May 19];10:e47165. Available from: <https://publichealth.jmir.org/2024/1/e47165>