


ปัจจัยทำนายนความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชาย  
ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี

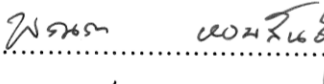
กนกวรรณ แดงกระจ่าง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สิงหาคม 2561  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

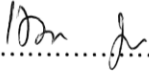
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ กนกวรรณ แดงกระจ่าง ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

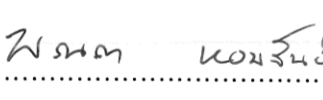
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

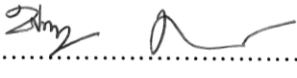
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
.....ประธาน  
(ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 29 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องในส่วนต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ และให้ความเมตตาเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณประธาน และคณะกรรมการสอบทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเกาะจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิแบบองค์รวม รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้กำลังใจ และการช่วยเหลือเสมอมา นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านอธิการบดี มหาวิทยาลัย และนักศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการทำวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และพี่สาว ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา คุณค่า และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ บิดา มารดา บุคคลในครอบครัว และผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งในอดีต และปัจจุบันที่สนับสนุน และทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนทุกวันนี้

กนกวรรณ แดงกระจ่าง

58920038: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย/ ความตั้งใจ/ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

กนกวรรณ แดงกระจ่าง: ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี  
ครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี (PREDICTIVE  
FACTORS OF INTENTION TO HIV TESTING FOR THE FIRST TIME AMONG MALE  
UNIVERSITY STUDENTS WHO HAVE SEX WITH MEN IN CHON BURI PROVINCE)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, Ph.D., พรนภา หอมสินธุ์, Ph.D. 95 หน้า.  
ปี พ.ศ. 2561.

การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเฝ้าระวัง และคัดกรองโรคเอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งกลุ่มที่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อ เอชไอวีสูง การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 107 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กระบวนการสุ่มแบบส่่งต่อ เครื่องมือที่ใช้ในเป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย แบบวัดเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และแบบวัดการรับรู้รูปแบบบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยแบบลดหลั่น

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.51 (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.28) เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ( $\beta = .209$ ) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ( $\beta = .408$ ) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ( $\beta = .361$ ) และการรับรู้รูปแบบบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ( $\beta = .187$ ) ร่วมทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกได้ร้อยละ 25.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{adj} = .257, p < .001$ )

ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า การส่งเสริมให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก ควรเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับรูปแบบการบริการที่จูงใจ รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องการตรวจเอชไอวีแก่บุคคลต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อนวัยเดียวกัน และปรับเจตคติเชิงบวกต่อการตรวจฯ

58920038: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.

(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: MEN WHO HAVE SEX WITH MEN, INTENTION, HIV TESTING

KANOKWAN DANGKRACHANG: PREDICTIVE FACTORS OF INTENTION TO HIV TESTING FOR THE FIRST TIME AMONG MALE UNIVERSITY STUDENTS WHO HAVE SEX WITH MEN IN CHON BURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: RUNGRAT SRISURIYAWET, Ph.D., PORNNAPA HOMSIIN, Ph.D. 95 P. 2018.

HIV testing is importance for HIV screening and surveillance, especially among young male who have sex with men (YMSM). YMSM have been the largest group of HIV incidence. This research aimed to identify factors predicting of intention to HIV testing for the first time among male university students who have sex with men in Chon Buri province. Theory of Planed Behavior (TPB) (Ajzen, 1991) was used as a conceptual framework in this study. 107 male university students who have sex with men were selected by respondent driven sampling technique (RDS). Self-administrative questionnaires including questionnaires on attitude toward HIV testing for the first time, subjective norm, perceived behavioral control and perception of HIV testing service were used to collect data. Data were analyzed by hierarchical multiple regression.

The findings showed that the mean score of intention to HIV testing for the first time was at moderate level ( $M = 11.51, SD = 5.28$ ). Attitudes toward HIV testing for the first time ( $\beta = .209$ ), subjective norms ( $\beta = .408$ ), perceived behavioral control ( $\beta = .361$ ), and perception of HIV testing service ( $\beta = .187$ ) explained 25.7 % of the variance in intention to HIV testing for the first time ( $R^2_{adj} = .257, p < .001$ ). The results suggest that to promote HIV testing for the first time among YMSM should provide correct perception of HIV testing service to them and their family members and friends who are the same age and promote positive attitudes towards HIV testing.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย.....	10
โรคเอดส์และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี.....	12
การบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเยาวชนและกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชาย .....	19
ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน .....	21
ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี.....	28
ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจ/ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี.....	29
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
รูปแบบการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	36
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง .....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	42

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
4 ผลการวิจัย.....	47
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	47
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก.....	49
ส่วนที่ 3 ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา.....	52
ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก .....	56
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย .....	57
5 สรุปและอภิปรายผล.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
อภิปรายผลการวิจัย.....	61
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	66
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	67
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก .....	76
ภาคผนวก ก.....	77
ภาคผนวก ข.....	87
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	95

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	โครงสร้าง และคำจำกัดความของทฤษฎีพฤติกรรมทางแผน .....	23
2	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI] ) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) .....	43
3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	48
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมทางเพศ .....	50
5	จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก.....	51
6	ช่วงของระดับคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่ได้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของปัจจัยที่ศึกษา .....	53
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก จำแนกตามรายชื่อ .....	54
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก จำแนกตามรายชื่อ.....	54
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก จำแนกตามรายชื่อ .....	55
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก จำแนกตามรายชื่อ.....	56
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก จำแนกตามรายชื่อ .....	57
12	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก ของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย.....	58



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	8
2	แนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ใหญ่หรือเด็ก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป .....	18
3	การดำเนินงานการให้บริการปรึกษา และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผล วันเดียว .....	21
4	โครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน .....	22
5	ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง .....	37
6	วิธีสุ่มตัวอย่างโดยใช้กระบวนการ Respondent Driven Sampling [RDS] .....	38

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ยังคงเป็นปัญหาที่คุกคามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 ปี นับตั้งแต่การได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 แม้จะมีแนวโน้มที่ลดลงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขได้รับการยอมรับทั่วโลกว่ามีระบบการเฝ้าระวังและติดตามการรายงานโรคที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจากสถิติ พบว่าความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ภาพรวมของประเทศไทยลดลง แต่อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men [MSM]) มีแนวโน้มสูงขึ้นมากอย่างชัดเจน สาเหตุเนื่องมาจาก พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (สำนักโรคควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีอายุในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ร้อยละ 88.9 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคู่อรักที่เป็นชาย ร้อยละ 71.3 โดย ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ 1-3 ครั้งต่อเดือน (มลิวัดย์ แก้วมะเร็ง, ภาวิณี มนตรี และเจตสุภา สมาสชัย, 2556)

กลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือ มีเพศสัมพันธ์กับคู่อของตัวเองโดยไม่ป้องกัน ไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะมีความไว้วางใจคู่อของตัวเอง (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เกลยภักดี, 2557) เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะหาไม่ทันเพราะไม่ได้เตรียมไว้ ร้อยละ 66 ใช้แล้วความสุขลดลงร้อยละ 33.7 มาไม่ได้สดีร้อยละ 33.7 ไม่เคยรู้วิธีการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 22.7 (มลิวัดย์ แก้วมะเร็ง และคณะ, 2556) และจากการศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในแต่ละพื้นที่ พบว่ามีรูปแบบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่คล้ายคลึงกัน เช่น การศึกษา กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีพฤติกรรมการเที่ยวกลางคืนซึ่งทำให้มีโอกาสหาคู่อได้ง่าย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ขาดสติและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การมีคู่อหลายคน การเปลี่ยนคู่อบ่อย ๆ หรือการมีเพศสัมพันธ์พร้อมกันหลายคน ในเวลาเดียวกัน การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักที่รุนแรง และไม่ใช้สารหล่อลื่น ซึ่งมีผลให้เกิดแผลหรือรอยถลอก หรือถุงยางอนามัยแตกได้ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น (สุริดา อินทรเพชร, ชมนาด พจนามาตร์ และนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2551)

การศึกษาในจังหวัดขอนแก่นแก่นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมทางเพศในสามเดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 41.3 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย โดยมีเพศสัมพันธ์

ครั้งแรกกับชายคนรักร้อยละ 34.8 กับเพื่อนร้อยละ 22.3 และกับคนรู้จักร้อยละ 18.5 เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์คือ ไม่ได้เตรียม ไม่ได้พก ไม่ได้คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 39.9 มีเพศสัมพันธ์ทางปากจึงไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 15.7 และรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ ไม่ได้อารมณ์ ไม่ต่อเนื่องร้อยละ 11.6 และชี้ให้เห็นว่า ชายที่มีความสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่นยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย (จิรภัทร หลงกุล และสุพรรณิพรหมเทศ, 2555) และจากการศึกษาเชิงคุณภาพถึงสาเหตุที่เยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากไม่เป็นธรรมชาติ ทำให้ความสุขลดลง มีความกลัวคุ้นอนจะปฏิเสธ นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์ในขณะมีเมามาทำให้การใช้ถุงยางอนามัยถูกละเลย (ธีรรัตน์ เหมนะสิริ, 2557)

จากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555) พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ถึงร้อยละ 8.83 ซึ่งสูงกว่าทุกกลุ่มเป้าหมายพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดคือ จังหวัดที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ เป็นเมืองท่องเที่ยวหลัก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และชลบุรี ดังการศึกษาของ Van Griensven (2012) ที่สำรวจพฤติกรรมของกลุ่มชายไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,744 คน ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในช่วง 6 ปี (2549-2554) พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 21.3 และอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในชายที่มีความสัมพันธ์กับชายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.9 ต่อปี และการศึกษาของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ณ คลินิกชุมชนสีลมในกรุงเทพมหานคร พบว่า เยาวชนชายที่มีอายุ 15-21 ปี มีอัตราการติดเชื้อถึง 12.2 ต่อ 100 ราย ซึ่งเป็นจำนวนเกือบสองเท่าของอัตราการติดเชื้อในทุกกลุ่มวัยมารวมกัน คือ 6.3 ต่อ 100 ราย (Ananworanich, Chitwarakorn, & Wimonasate, 2013) ซึ่งจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2555-2559 โดยใช้ Asian Epidemic Model พบว่าร้อยละ 62 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 41 คือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยทางระบาดวิทยามองว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นสะพานเชื่อมการระบาดที่สำคัญของการแพร่เชื้อไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2558) โดยความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่ม MSM ในปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีมีสูง ในภาพรวมเฉลี่ยประมาณร้อยละ 9.7 (ไพโรจน์ จันทรมณี และสุปรียา จันทรมณี, 2559)

การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเฝ้าระวัง และคัดกรองโรคเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากโรคเอดส์ไม่สามารถประเมินได้จากรูปลักษณะภายนอก และอาการแสดง

เท่านั้น (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และเป็นวิธีการเดียวในปัจจุบันที่สามารถช่วยค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองจะช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปยังบุคคลอื่น และสามารถค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อลดความเจ็บป่วย และอัตราการตายได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ทั้งนี้จากแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี พ.ศ. 2557-2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีบริการตรวจคัดกรองเอดส์โดยสมัครใจและเป็นความลับ (Voluntary HIV Counseling and Testing [VCT]) ให้แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถเข้ารับบริการตรวจเลือดเอง โดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ปกครองได้ มีการพัฒนาระบบการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่งทั่วประเทศ สามารถแจ้งผลเลือดได้ภายในวันเดียว โดยใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียวสามารถรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ฟรีทุกสิทธิการรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว ช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อให้แก่ผู้อื่นได้ถึงร้อยละ 96 ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ ลดการตายจากเอดส์ให้เป็นศูนย์ และจัดรณรงค์เชิญชวนประชาชนเข้ารับบริการตรวจฟรี ปีละ 2 ครั้ง ดังนั้นการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในเยาวชน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยจะเห็นว่านโยบายการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนเป็นนโยบายใหม่ และยังมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ยังไม่แพร่หลายในกลุ่มเยาวชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ คือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระตุ้นใจหรือตั้งใจเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า อัตราการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 90 จากการศึกษาของ ไพโรจน์ จันทรมณี และสุปรียา จันทรมณี (2559) พบว่า การเคยตรวจและทราบผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือน ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด ร้อยละ 46.3 คือ จังหวัดเชียงใหม่ และน้อยที่สุด ร้อยละ 16.8 คือ กรุงเทพมหานคร และจากข้อมูลของจังหวัดชลบุรีในปี พ.ศ. 2558 พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.66 และร้อยละ 88.34 ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 52 ของคนไทยไม่ทราบว่าสามารถตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้ฟรี ปีละ 2 ครั้ง และร้อยละ 36 มีความลังเลที่จะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากกลัว

ไม่เป็นความลับ และคนรอบข้างจะรู้ว่าตนเองติดเชื้อ (บังอร เทพเทียน, สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, กัญญา อภิพรชัยกุล, พัทธวีมล ศุภลักษณ์ศึกษากร และภูษิต ประครองสาย, 2558)

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่พบในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ รวมทั้งชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่ามีปัจจัยสำคัญ 2 กลุ่มคือ ปัจจัยส่วนบุคคล อาทิเช่น การรับรู้และเจตคติ ความรู้ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลของครอบครัว และรูปแบบการบริการเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มคู่สมรส (เบญจพร พงศ์อำไพ, ประณิต สังวัฒนา และอุมาพร ปุญญโสพรรณ, 2552) ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (ทนงศรี ภูริศรี, 2557; Brito et al., 2015) อิทธิพลของครอบครัวและสังคม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีคนชักชวนไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยมีผลต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้น (บังอร เทพเทียน และคณะ, 2558; เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552; Uzochukwu, Uguru, Ezeoke, Onwujekwe, & Sibeude, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบบริการที่ดี เช่น การปกปิดความลับ สามารถเพิ่มการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ (บังอร เทพเทียน และคณะ, 2558; Shin et al., 2007) การพัฒนาแนวทางการตรวจแบบเคลื่อนที่ ทราบผลวันเดียว และผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าสู่ระบบการรักษาที่รวดเร็ว ได้รับยาอย่างต่อเนื่องก็ช่วยเพิ่มการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้เช่นกัน (นัยนันท์ สุวรรณกนิษฐ, 2557; ปรียา ใจกล้า, 2557; สุมาลัย คมใส, 2557; วารุณี ปรียะ, 2557)

เยาวชนระดับอุดมศึกษาเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากกลุ่มนี้อยู่ในช่วงรอยต่อจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่อย่างเต็มที่ นักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีอายุระหว่าง 17-22 ปี เป็นวัยที่มีอารมณ์อ่อนไหว มีวิถีชีวิตที่อิสระ อยู่ห่างไกลจากครอบครัว มีความอยากรู้อยากลอง รวมทั้งต้องใช้ชีวิตตามลำพังในมหาวิทยาลัยที่มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น การมีสถานบันเทิง ร้านอาหารต่าง ๆ ที่มีการจำหน่ายสุราใกล้มหาวิทยาลัย หรือมหาวิทยาลัยอยู่ในแหล่งท่องเที่ยว จากการสำรวจข้อมูลปี พ.ศ. 2549-2555 พบว่า นักศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิงมีเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นในทุกระดับการศึกษาและมีการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้น (สำนักอนามัย การเจริญพันธ์, 2558; สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) พฤติกรรมเสี่ยงที่พบในนักศึกษาคือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส โดยถือเป็นเรื่องปกติในสังคมไทยในปัจจุบัน (พุดสุข บุญก่อเกื้อ, 2556; เนตรนภา พรหมมา, 2554) และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคนรักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 34.4 และใส่บางครั้ง ร้อยละ 56.2 ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้สูง (ชนิดา ผาติเสนะ, 2554) และร้อยละ 64.5 พบว่า

การดื่มสุรามีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ (ธนิดา ผาติเสนะ, 2554) ดังนั้น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในระดับอุดมศึกษาจึงเป็นอีกกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ส่งผลต่อการติดต่อของโรคเอดส์

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นเยาวชน ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสภาพปัญหา เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก เช่น การศึกษาของ Schnall, Rojas, and Travers (2015) ได้ศึกษาเชิงพรรณนาในการอธิบายความเชื่อ เจตคติของวัยรุ่นกลุ่ม Latinos ในสหรัฐอเมริกา โดยนำ Health Belief Model มาเป็นกรอบในการศึกษา ผลจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม และข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่ามีเพียงร้อยละ 15 ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์ เพราะเชื่อว่าแนวโน้มในการติดเชื้อค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์และความสามารถในการติดเชื้ออื่น ๆ และร้อยละ 75.6 พวกเขาคิดว่าเอชไอวีเป็นปัญหาที่ร้ายแรงมาก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีเพียงร้อยละ 4.02 ที่เชื่อว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่กระจายของโรคไปยังผู้อื่น การรับรู้อุปสรรคในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 4.02 เชื่อว่าการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีต้องเป็นความลับ

เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังเป็นเรื่องที่ปกปิด จึงพบว่า อัตราการตรวจเอชไอวียังต่ำอยู่มากดังที่กล่าวข้างต้น ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมโดยตรงจึงเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก และเป็นประเด็นอ่อนไหวเชิงจริยธรรม ดังนั้นในการศึกษานี้จึงศึกษาความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากความตั้งใจเป็นตัวทำนายพฤติกรรม การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเวลาต่อมาได้ดีที่สุด (Ajzen, 1991; Fishbein, 2009) ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันในระยะแรก (Early prevention) ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Intension) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ดี โดยความตั้งใจในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) หมายถึง ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรม ความตั้งใจเป็นตัวชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเทแค่ไหนในการกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความพยายาม ตั้งใจ มุ่งมั่นแน่วแน่และพยายามมากเท่าไร ก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นมากด้วยเช่นกัน ดังนั้นการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่ดีที่สุด คือ การศึกษาถึงความตั้งใจในการกระทำซึ่งจะใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด และความตั้งใจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติและเป็นตัวทำนายการปฏิบัติได้ (Ajzen, 2006)

งานวิจัยที่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์ชายจึงยังมีการศึกษาน้อยมาก ตัวอย่างเช่น การศึกษาใน

ประเทศจีนซึ่งมีบริบทของความเป็นเอเชีย สังกะยมตะวันออก ใกล้เคียงกับคนไทยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับบริการ VCT (Lau, Gu, Tsui, & Wang, 2013) พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ถึงความจำเป็นในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอจะมีความตั้งใจในการเข้ารับบริการ VCT สูงเป็น 4.54 เท่าของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่รับรู้ถึงความจำเป็นในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจะมีความตั้งใจในการเข้ารับบริการ VCT สูงเป็น 2.92 เท่าของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่บ้างในกลุ่มต่าง ๆ อาทิเช่น ในกลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์ และผู้ต้องขังชายเรือนจำ (เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552; อังคณา แจ่มนิยม, นิสากร กรุงไกรเพชร และสุวรรณ จันท์ประเสริฐ, 2560) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการศึกษา และพบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้สมรสหญิงตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 24 (เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552) ในขณะที่การศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขัง พบว่า เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ประสิทธิภาพเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประสิทธิภาพในการตรวจเลือดและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจได้ ร้อยละ 12 (อังคณา แจ่มนิยม และคณะ, 2560) เท่านั้น

ในการศึกษานี้จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) ของ Ajzen (2006) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ ร่วมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า รูปแบบการบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มปัจจัยด้านการรับรู้รูปแบบการบริการมาร่วมอธิบายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยมุ่งอธิบายความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากอิทธิพลของปัจจัยด้านเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และรูปแบบการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บุคลากรในทีมสุขภาพ ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ลดการติดเชื้อผู้ป่วยรายใหม่ ลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาการทำนายของปัจจัยด้านเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และการรับรู้รูปแบบการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรีได้

## สมมติฐานของการวิจัย

เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และการรับรู้รูปแบบการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) ของ Ajzen (1988; 1991; 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากการที่บุคคลจะมีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude towards behaviors [A]) เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ การที่บุคคลมีความรู้สึกต่อพฤติกรรมนั้นทางบวกก็จะมี ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นมาก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms [SN]) เป็นการประเมินถึงบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น การที่บุคคลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากในการกระทำพฤติกรรมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control [PBC]) เป็นการประเมินถึงบุคคลมีความมั่นใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการกระทำพฤติกรรมได้มาก จะมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก โดยในการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนี้ ได้ศึกษาปัจจัยเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยในการเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกันอธิบายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การรับรู้รูปแบบ



บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสำคัญที่ส่งผลต่อการมารับหรือการตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับรูปแบบการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเข้ามาร่วมอธิบายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยและการรับรู้รูปแบบการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ต่อความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกเท่านั้นของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี ซึ่งในการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะนักศึกษาระดับปริญญาตรีเท่านั้น และไม่รวมพนักงานบริการชาย (Male Sex Worker [MSW]) ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ประจำปีการศึกษา 2560 ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2561

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง เยาวชนชายที่มีอายุ 18-25 ปีบริบูรณ์ที่มีความรักหรือความปรารถนาทางเพศกับเพศชายด้วยกัน มีกิจกรรมทางเพศร่วมกัน ซึ่งรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก สำเร็จความใคร่ด้วยการสอดจูบจูบคลำภายนอก และทางทวารหนัก

2. เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็น ทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยประเมินจากแบบวัดเจตคติที่มีต่อพฤติกรรม (Measuring attitudes toward behavior) เป็นการวัดโดยตรง (Direct measurement) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

3. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การรับรู้ถึง อิทธิพลของบุคคลสำคัญ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ญาติพี่น้อง คู่นอนประจำ คนรักและเพื่อนสนิท ของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่จะทำให้ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยการวัดการคล้อยตามคนรอบข้างหรือกลุ่มอ้างอิง (Measuring subjective norms [SN]) เป็นการวัดทางตรง (Direct measurement) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความความมั่นใจที่ของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่จะไปตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีและการควบคุมตนเองในการไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นการวัด ทางตรง (Direct measurement) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

5. การรับรู้รูปแบบการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การรับรู้ถึง การบริการ การเข้าถึงบริการ การตอบสนองความต้องการของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายซึ่งเป็นการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ระบบการบริการเชิงรุก ความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการความรวดเร็วในการบริการ การรักษาความปลอดภัย การปกป้องความลับ การประสานงานในบริการ และสิทธิประโยชน์ที่มีผล ต่อความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยประเมินจากแบบวัดรูปแบบการบริการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

6. ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เจตนา ความมุ่งมั่น ตั้งใจ และการวางแผนของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีครั้งแรกในชีวิตในอีกหนึ่งเดือนข้างหน้า ประเมินจากแบบวัดความตั้งใจต่อความตั้งใจ ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนระดับอุดมศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. โรคเอดส์และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
3. การบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเยาวชนและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
4. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
5. ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
6. ปัจจัยที่มีผลกับความตั้งใจ/ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

#### พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่นำมา หรือ เป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกายเป็นอันตราย สูญเสียหน้าที่ ขาดโอกาสพัฒนาตามปกติ มีผลเสียต่อสุขภาพเยาวชน ผู้อื่น และสังคมสิ่งแวดล้อม หรือเสียชีวิต เช่น พฤติกรรม สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การแข่งรถมอเตอร์ไซด์ เป็นต้น พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นถือเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถบ่งบอกถึงการเกิดปัญหาสุขภาพได้เราจึงควรทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพ (พิมพากรณ์ กลั่นกลิ่น, 2552)

พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ประกอบไปด้วย การแสดงความรัก การหอมแก้ม กอดจูบ ลูบไล้สัมผัสร่างกาย การสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้อื่น เช่น น้ำลาย เลือด อสุจิ มีกิจกรรมทางเพศ ทั้งต่างเพศและเพศเดียวกัน ทั้งบริเวณช่องคลอดและทางทวารหนัก และทางปาก การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน การใช้อุปกรณ์อื่น ๆ ขณะมีเพศสัมพันธ์ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หมายถึง การทำกิจกรรมทางเพศบริเวณทวารหนัก ซึ่งประกอบไปด้วยการสอดใส่องคชาติเข้าไปทางทวารหนัก โดยอาจใช้นิ้วมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการร่วมเพศ (Sex toys) สอดใส่ในทวารหนัก และอาจใช้ริมฝีปากหรือลิ้น

บริเวณทวารหนักด้วย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การกระทำทั้งโดยตั้งใจ หรือไม่ได้ตั้งใจให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เกิดความเสี่ยงต่อชีวิต พิกการ ทูพพลภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นจึงเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการการติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย จากสถานการณ์เชไอวีและเอดส์ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 พบว่า อายุ 15 ปีขึ้นไป ช่องทางการติดเชื้อเชไอวีรายใหม่ ร้อยละ 90 เนื่องจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน โดยประมาณร้อยละ 50 จากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย และร้อยละ 25 จากการมีเพศสัมพันธ์ในคู่อื่นที่ไม่ทราบว่าอีกฝ่ายติดเชื้อเชไอวี (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากการศึกษาของ ธีรรัตน์ เชนนะสิริ (2557) ได้ทำการศึกษาผู้รับบริการจากคลินิกเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร ทุกคนมีสัญชาติไทย อายุ 18-24 ปี และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเชไอวีข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 47 คน พบว่า สาเหตุของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มาจากความรู้สึกไม่ธรรมชาติเมื่อใส่ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ การเกิดอาการแพ้ถุงยางอนามัย ความเจ็บปวดจากการใส่ถุงยางอนามัยเมื่อเสียดสีระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ซึ่งทำให้ความเพลิดเพลินในการมีเพศสัมพันธ์ การแข็งตัวของอวัยวะเพศ และความสุขในการ ถึงจุดสุดยอดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภัทร หลงกุล และสุพรรณิ พรหมเทศ (2555) ได้ทำการศึกษาชายเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พบว่า รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ ไม่ได้อารมณ์ ไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 11.6

ในผู้ที่มึบเทาทางเพชเป็นฝ่ายรับ มีความกลัวที่คู่นอนจะปฏิเสธ จากการศึกษาของ ธีรรัตน์ เชนนะสิริ (2557) จากการศึกษาผู้รับบริการจากคลินิกเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร ทุกคนมีสัญชาติไทย อายุ 18-24 ปี และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเชไอวีข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 47 คน พบว่าหากยืนยันจะให้ใช้ถุงยางอนามัย กลัวคู่นอนจะปฏิเสธและการขาดทักษะในการต่อรอง ความชอบส่วนตัว พฤติกรรมชอบความตื่นเต้นเร้าใจ

2. การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีนเมา จากการศึกษาของ ธีรรัตน์ เชนนะสิริ (2557)

จากการศึกษาผู้รับบริการจากคลินิกเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร ทุกคนมีสัญชาติไทย อายุ 18-24 ปี และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเชไอวีข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษา

ทั้งหมด 47 คน พบว่าการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีเมามา และความต้องการทางเพศทำให้การใช้ถุงยางอนามัยถูกละเลย และจากการศึกษาของ สุธิดา อินทรเพชร และคณะ (2551) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดเชียงใหม่ จากการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ขาดสติและมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้ป้องกัน

การใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ ไพโรจน์ จันทรมณี และสุปรียา จันทรมณี (2557) พบว่า กลุ่มสาวประเภทสองที่มีการใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงเป็น 1.79 ของ สาวประเภทสองที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์

3. การมีคู่นอนหลายคนในคราวเดียวกัน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมักมีคู่นอนหลายคน เปลี่ยนคู่นอนบ่อย มีคู่นอนชั่วคราว และมีคู่นอนมากกว่าหนึ่ง จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีใน 9 กลุ่มประชากรเป้าหมาย พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดร้อยละ 90.8 มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย กับผู้หญิงร้อยละ 4.4 และสาวประเภทสองร้อยละ 0.8 ร้อยละ 56.6 มีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก ร้อยละ 38.4 เป็นคู่นอนชั่วคราว อีกร้อยละ 2 มีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการ (กองควบคุมโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย, 2558) และจากการวิเคราะห์ความจำเป็นในการสื่อสารภาพลักษณ์ของถุงยางอนามัยในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในปี พ.ศ. 2556-2557 พบว่า พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 61.5 มีคู่นอนมากกว่า 4 คนขึ้นไปในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยมีสาเหตุมาจากการไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 59 (สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

## โรคเอดส์และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

### 1. โรคเอดส์

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome [AIDS]) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งซึ่งมีชื่อว่า เอชไอวี (Human Immuno-deficiency Virus [HIV]) ซึ่งเป็นเชื้อที่สามารถอาศัยหรือทำให้เกิดโรคในคนเท่านั้น ไม่สามารถทำให้เกิดโรคในสัตว์อื่น โดยเชื่อกันว่าจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวและเซลล์หลายชนิดในระบบภูมิคุ้มกัน ที่สำคัญคือ CD4 ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ ได้ ทำให้เชื้อโรคฉวยโอกาสบางชนิด

เข้าสู่ร่างกาย ก่อให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) และเกิดอาการของโรคได้ (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2550)

ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี ที่ยังมีจำนวนเซลล์ CD4 มากกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะมีอาการแสดงได้หลากหลาย ขึ้นกับระยะของโรค เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ มีผื่น อ่อนเพลีย หรือแม้ว่าไม่มีอาการก็สามารถแพร่เชื้อผู้อื่นได้ ซึ่งเรียกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายมากขึ้น จนกระทั่ง CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมี Lymphocytes เพียงร้อยละ 14 แล้ว จึงเรียกได้ว่า เป็นโรคเอดส์ หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งในระยะนี้อาการจะรุนแรงขึ้น โดยมีเหงื่อออกกลางคืน มีไข้หนาวสั่น ไข้สูงเรื้อรัง ไอเรื้อรังและหายใจลำบาก ท้องร่วงเรื้อรัง ลึนเป็นฝ้าขาว ปวดศีรษะ ตามัว น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และจะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ชนิดอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้น เช่นวัณโรค ปอดบวม เชื้อหุ้มสมองอักเสบ มะเร็ง (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2550)

1.1 ระยะต่าง ๆ ของการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ คือ

1.1.1 ระยะที่ 1 ระยะติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection) ระยะนี้มีการติดเชื้อเอดส์ โดยตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจน ต่อเชื้อ (HIV) แต่ไม่พบอาการซึ่งบ่งว่าจะมีอาการสัมพันธ์ กับเอดส์หรือเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น ระยะนี้เชื้อจะปรากฏในเลือด น้ำไขสันหลัง น้ำอสุจิ และอื่น ๆ โดยสามารถแยกเชื้อได้หรือแสดง IgG antibody ต่อเชื้อเอดส์ได้ ระยะนี้อาจเป็นระยะเวลายาวนานถึง 10 ปี ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการสามารถเป็นพาหะของโรคได้

1.1.2 ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ (Symptomatic HIV infection) ระยะนี้มีการติดเชื้อเอดส์แล้วและเริ่มมีอาการเกี่ยวข้องกับเอดส์ อาการทางคลินิกที่พบบ่อย ได้แก่ น้ำหนักตัวลด อ่อนเพลียผิดปกติ

1.1.3 ระยะที่ 3 ระยะโรคเอดส์ (AIDS) หรือระยะเชื้อเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) ระยะนี้เป็นระยะที่เชื้อเอดส์ได้ทำลายระบบคุ้มกันของร่างกายไปมาก เม็ดเลือดขาวถูกทำลายจนเหลือน้อย มีผลต่อการป้องกันการคุกคามของโรคติดเชื้อต่าง ๆ สภาพร่างกายทั่วไปจะทรุดลงมีอาการผอมแห้ง น้ำหนักตัวลดลงมาก เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีไข้ (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2550)

1.2 วิธีการแพร่กระจายของเชื้อ (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2550)

เชื้อเอชไอวีตรวจพบได้ในเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ ตลอดจนพบอยู่ในอวัยวะทั่วร่างกายเข้าสู่ร่างกายทางเยื่อเมือกหรือผิวหนังที่มีบาดแผล ดังนั้นการแพร่ของเชื้อเอชไอวีจึงเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง ดังนี้

1.2.1 เพศสัมพันธ์ พฤติกรรมทางเพศแบบมีการแลกเปลี่ยนน้ำในร่างกาย (น้ำอสุจิ และสารคัดหลั่งในช่องคลอด) สามารถแพร่เชื้อได้ ซึ่งเชื้อเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย

ชายคู่หญิง และหญิงคู่ชาย เป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง ความชุกของโรคสูงในกลุ่มชายรักเพศเดียวกัน และจะเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นถ้ามีติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือมีบาดแผลที่อวัยวะเพศในขณะมีกิจกรรมทางเพศ ซึ่งทำให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ และมีเลือดออก

1.2.2 การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เป็นวิธีการแพร่เชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งความเสี่ยงต่อการติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อไวรัสที่มีอยู่ในโลหิตและปริมาณโลหิตที่แลกเปลี่ยนกัน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด เป็นวิธีการแพร่เชื้ออันดับที่ 2 และทำให้อัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 24

1.2.3 การให้เลือด การติดเชื้อด้วยการให้เลือดซึ่งมีเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างสำคัญในบางส่วนของโลก สำหรับประเทศซึ่งมีการตรวจเลือดผู้บริจาคอย่างละเอียด เช่น สหรัฐอเมริกา โอกาสที่จะติดเชื้อด้วยวิธีนี้น้อยกว่าร้อยละ 0.001 สำหรับประเทศไทยก็มีความเสี่ยงต่ำเช่นกัน

1.2.4 มารดาสู่ทารก พบได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยผ่านทางรกเข้าสู่ทารกในครรภ์ หรือระยะคลอด โดยผ่านทางมูกเลือด น้ำคร่ำ สารคัดหลั่งต่าง ๆ จากการคลอด และพบในระยะหลังคลอด โดยผ่านทางน้ำนมของมารดา ดังนั้นมารดาซึ่งมีเชื้อเอชไอวีไม่ควรให้นมบุตร

1.2.5 ปัจจัยร่วมสำหรับการแพร่เชื้อ ปัจจัยที่สามารถเร่งให้เกิดการแพร่เชื้อได้ ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด เป็นต้น

## 2. การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

2.1 การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการทุกคน เนื่องจากผู้รับบริการเมื่อตรวจแล้วทราบสถานะของตนเองไม่ว่าผลตรวจจะออกมาเป็นลบหรือบวกก็ล้วนมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการเพื่อช่วยในการวางแผนในการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ ลดการแพร่ระบาดของเชื้อและทางการแพทย์มีประโยชน์อย่างยิ่ง โดยเฉพาะการเข้าสู่ระบบอย่างรวดเร็วการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่เนิ่น ๆ ทำให้ปัจจุบันนี้โรคเอดส์จัดว่าเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่สามารถรักษาได้ แม้ว่าจะไม่หายขาดแต่ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีอายุที่ยืนยาวยิ่งขึ้น

2.2 นโยบายและยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559 อยู่ในหลักการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการสร้างความเป็นธรรมในสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียมโดยเคารพต่อคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และเชื่อมโยงกับแผนพัฒนา

สาธารณสุข แผนพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตลอดจนเป็นไปในทิศทางเดียวกับ ยุทธศาสตร์ระดับ โลก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

วิสัยทัศน์ภายใต้ยุทธศาสตร์มุ่งสู่ “เป้าหมายที่เป็นศูนย์” (Getting to Zero) ประกอบด้วย การไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้การทำงานเอดส์ที่มุ่งสู่ “เป้าหมายที่เป็นศูนย์” ของประเทศไทยได้เริ่มกำหนดไว้ชัดเจน มาตั้งแต่ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ ฉบับปี พ.ศ. 2550-2554 ที่ตั้งเป้าหมาย ให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงครึ่งหนึ่งจากการคาดประมาณให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดค่าบริการจัดให้มีบริการด้านการดูแล และให้ความช่วยเหลือแก่ทุกคนที่ได้รับผลกระทบ จากเอดส์ และยังได้จัดกิจกรรมเพื่อลดการตีตราหรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประสบความสำเร็จในหลายประการจนได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติให้ประเทศไทยเป็นกรณี ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี (Best practice) ในการป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนทราบ สถานะการติดเชื้อเอชไอวี โดยมุ่งกลุ่มประชากรหลักสำคัญ คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการทางเพศ ผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีด ได้เข้าถึงบริการป้องกันผสมผสาน และตรวจ เอชไอวีครอบคลุมร้อยละ 90 สำหรับผู้ที่ยังไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อหรือไม่ ผู้ที่ยังไม่รู้ผลเลือด ตนเอง และมีความกังวลใจว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีสามารถขอรับคำปรึกษา และตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง แต่การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ไม่ครอบคลุมในกรณี เพื่อนำไปสมัครเข้าทำงาน สมัครเข้ารับการศึกษา การตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจเพื่อทำประกันชีวิต (กรมควบคุมโรคเอดส์ วัน โรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย, 2558)

2.3 ประโยชน์ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สามารถช่วยค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ ช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาที่เร็วขึ้น แนวทางใหม่ของ องค์การอนามัยโลก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ คือ การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ เน้น ๆ ในทุกคนที่ตรวจพบว่า ติดเชื้อเอชไอวี (เริ่มยาต้านไวรัสที่ทุกระดับของ CD 4) หรือขณะที่ยังไม่มีอาการป่วย และยังพบว่า การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่เน้น ๆ ในทุกคนที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีเป็นการให้โอกาสผู้ติดเชื้อในการดูแลสุขภาพและช่วยปกป้องคุ้มครองของพวกเขาจากการติดเชื้อด้วย นอกจากนี้ในระยะยาวยังช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วยเนื่องจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และชะลอโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อเยื่อในอวัยวะต่าง ๆ เนื่องจากไวรัส เช่น หลอดเลือด หัวใจ ตับ ไต ฯ (สำนักโรคเอดส์ วัน โรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสภาพร่างกายที่



แข็งแรง ส่งผลให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเข้าสู่สังคม และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นอกจากนี้การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ทำให้ประชาชน คำนึงและเข้าใจเรื่องโรคเป็นอย่างดีส่งผลให้สังคมยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จึงสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคมได้เป็นอย่างดี (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2557) นอกจากนี้คุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายสำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ด้วยความเจ็บป่วยเรื้อรังกับเชื้อไวรัส และต้องรับยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งการรักษาที่ดี และเหมาะสมตลอดจนความยาวนานในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะมีความสำคัญอย่างมากในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวีช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ผาสุก ลิ้มรัตนพิมพา, 2551) การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (เกษรวิ ละเอียดสกุล, 2555) และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะดีขึ้นเมื่อระดับ CD4 มีค่าเพิ่มขึ้น (เปรมจิตร ดันบุญยืน, 2558)

2.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

แนวทางการตรวจรักษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ในปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อได้รวดเร็วขึ้น ภายหลังจากสัมผัสเชื้อ 1 เดือนชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่จำหน่ายในประเทศไทยต้องผ่านการกำกับดูแล คุณภาพของชุดตรวจก่อน และหลังการขายโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งกำหนดให้ชุดตรวจชนิดต่าง ๆ ต้องผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพมาตรฐานของชุดตรวจตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับชุดตรวจที่จะใช้ในการตรวจวินิจฉัยรายบุคคลต้องมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2.4.1 การตรวจเชื้อเอชไอวี (HIV Viral testing) ได้แก่ การตรวจหาโปรตีนชนิด p24 antigen หรือสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี มีประโยชน์เพื่อวินิจฉัยในเด็กอายุน้อยกว่า 24 เดือนที่ได้รับการถ่ายทอดแอนติบอดีต่อเชื้อจากแม่ ทำให้ไม่สามารถใช้การตรวจแอนติบอดีได้ นอกจากนี้ยังใช้วินิจฉัยกรณีผู้ที่ไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อมาระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน หรือบุคลากรทางการแพทย์จากการปฏิบัติงาน เป็นต้น

การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อสำหรับการวินิจฉัยนี้ เป็นการตรวจเชิงคุณภาพ (Qualitative assay) ด้วยเทคนิค NAT (Nucleic acid amplification testing) สามารถตรวจได้ทั้งส่วน

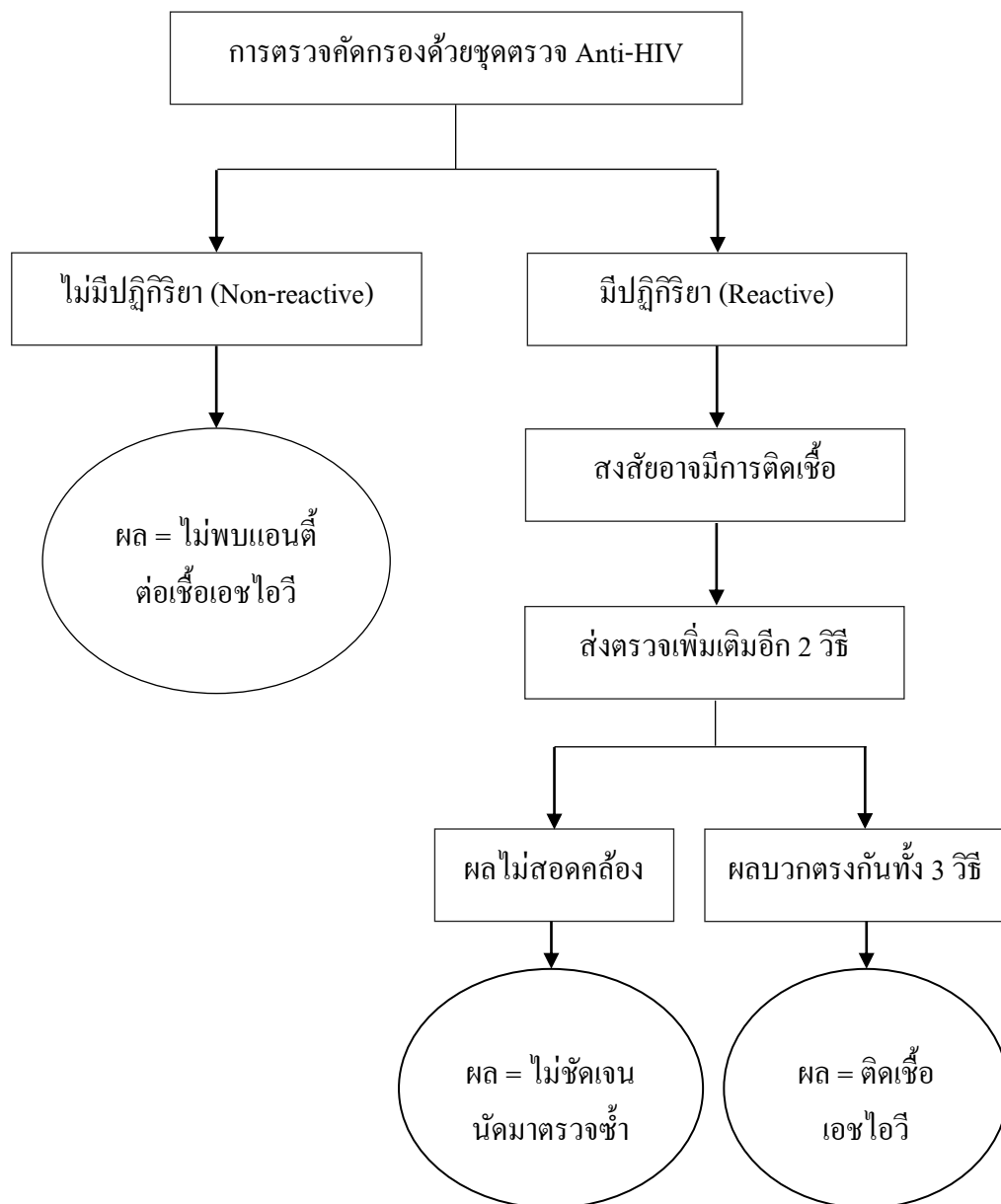
ของ RNA ของเชื้อในพลาสมา หรือ Proviral DNA ในเซลล์ที่ติดเชื้อ อย่างไรก็ตามไม่ว่าผลการตรวจจะเป็นผลบวกหรือผลลบ ควรตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีต่อไป

2.4.2 การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยหลักการที่ใช้ ได้แก่ ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) หรือการเกาะกลุ่ม (Agglutination assay) หรือ Dot หรือ Line immunoassay สำหรับ ชุดตรวจ Rapid test ปัจจุบันมีชุดตรวจที่ตรวจได้ทั้งแอนติเจนและแอนติบอดีต่อเชื้อใน ชุดตรวจเดียวกันด้วย หลักการ ELISA

กลวิธีในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคลคือ ขั้นตอนการใช้ชุดตรวจหลาย ๆ ชุด เพื่อเป็นข้อมูลการแปลผลการตรวจหาการติดเชื้อ โดยค่าทำนายความถูกต้องของผลการตรวจ (Predictive value) ทั้งผลเป็นบวก (Positive Predictive Value [PPV]) และ ผลเป็นลบ (Negative Predictive Value [NPV]) มีความถูกต้องมากที่สุด โดยที่ค่า PPV และ NPV คำนวณได้จากค่าความไว ความจำเพาะของชุดตรวจ และค่าความชุกของกลุ่มประชากรในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยค่าความชุกของกลุ่มประชากรทั่วไปในปี พ.ศ. 2558 อยู่ที่ร้อยละ 0.82 ในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคล เพื่อให้ได้ค่า PPV และ NPV ของผลการตรวจมีความถูกต้องร้อยละ 99.99 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้กำหนดแนวทางสำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคล ซึ่งแนะนำโดย UNAIDS และ WHO คือการใช้ชุดตรวจคัดกรอง 3 ชุดตรวจ ได้แก่ การตรวจหา p24 การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี และการตรวจหา Anti-HIV ชุดตรวจทั้ง 3 ชุด ที่เลือกใช้ควรมีแอนติเจนแตกต่างกัน แต่อาจจะมีหลักการเหมือนกันได้โดยชุดตรวจแรกควรใช้ชุดตรวจที่มีความไวสูงที่สุด สำหรับชุดตรวจลำดับที่ 2 และ 3 ควรมีความจำเพาะสูงขึ้นตามลำดับ

ปัจจุบันห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานบริการของรัฐทุกแห่งในประเทศไทยจึงมีแนวทางในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คือ มีชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 3 ชุดตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยกำหนดให้เลือกชุดตรวจคัดกรองอันแรกให้มีความไวที่สุด อาจใช้เป็น EIA หรือ Simple/ Rapid assay ในกรณีตัวอย่างตรวจที่ไม่พบแอนติบอดีต่อเอชไอวีด้วยชุดตรวจแรก สามารถรายงานผลเป็นลบได้เลย แต่ในกรณีตัวอย่างตรวจที่พบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี และให้ผลสอดคล้องตรงกันทั้ง 3 ชุดตรวจที่มีความหลากหลายของแอนติเจนทดสอบสามารถรายงานเป็นผลบวกได้ เนื่องจากต้องการให้ค่าทำนายผลบวกมีค่าสูงที่สุด หากไม่มั่นใจควรเจาะเลือดตรวจซ้ำครั้งที่ 2 โดยใช้ชุดทดสอบเดิมในการตรวจสอบความถูกต้องอย่างน้อย 1 วิธี แต่ในกรณีที่ผลการทดสอบไม่สอดคล้องกันในทางปฏิบัติให้ทดสอบซ้ำทั้งสองวิธีก่อนด้วยตัวอย่างเดิม ถ้ายังได้ผลการทดสอบเช่นเดิมจึงรายงานผลเป็นสรุปไม่ได้ (Inconclusive)

และแนะนำเจาะเลือดตรวจ ซ้ำหลัง 2 สัปดาห์และติดตามจนครบ 1 เดือนเพื่อบ่งชี้ผลบวกหรือผลบวกปลอม หรือส่งตัวอย่างตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธีการอื่น ๆ เช่น เทคนิค NAT หรือ Neutralization p24 assay เพื่อติดตามในช่วงระยะแฝงสำหรับผู้ติดเชื้อรายใหม่ (สถานเทคนิคการแพทย์, 2560) ดังแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ใหญ่หรือเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป (สถานเทคนิคการแพทย์, 2560)

## การบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเยาวชนและกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเยาวชน ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและนโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับการให้การศึกษา เพื่อตรวจเอชไอวีสำหรับเยาวชนได้เป็นอย่างดี ในบริบทของการตรวจเอชไอวีเด็กทุกคนมีสิทธิที่จะเก็บผลการตรวจเอชไอวีของตนไว้เป็นความลับ โดยตามความเห็นเลขที่ 3 ในอนุสัญญาฯ ระบุว่า รัฐภาคีจะต้องรักษาความลับของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีตามพันธะผูกพันที่จะต้องคุ้มครองสิทธิในความเป็นส่วนตัวของเด็ก (มาตราที่ 16) รวมทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคม และข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กจะต้องไม่ถูกเปิดเผยไปยังบุคคลที่สาม รวมทั้งบิดามารดาโดยปราศจากการยินยอมจากเด็ก โดยคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์(กพอ.) ร่วมกับเครือข่ายคณะทำงานด้านเอดส์ในประเทศไทย 16 เครือข่ายและองค์กรภาคีร่วมรณรงค์ให้เด็กและเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่ต้องขออนุญาตผู้ปกครอง สามารถรับบริการฟรีปีละ 2 ครั้ง และคณะกรรมการแพทยสภา มีการออกประกาศเรื่อง แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ. 2557 ของเยาวชน พบว่า เยาวชนที่มาขอตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่อายุต่ำกว่า 18 ไม่จำเป็นต้องขออนุญาตผู้ปกครอง ถ้าผู้ที่มาขอตรวจเข้าใจเรื่องการติดเชื้อ ความหมายของการตรวจเลือด ซึ่งการตรวจวินิจฉัยไม่ใช่ทำนิติกรรม และการขอความยินยอมอาจทำได้ด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร โดยหากทำเป็นวาจาจะต้องลงบันทึกในเวชระเบียน

การเซ็นใบยินยอมให้เปิดเผยผลการตรวจแก่บุคคลอื่นต้องทำหลังจากทราบผล และเมื่อทราบผลตรวจว่ามีการติดเชื้อและรับคำปรึกษาแล้วแพทย์ต้องให้การรักษาเข้าสู่ระบบการรักษา และรักษาความลับอย่างเคร่งครัด ซึ่งเยาวชนสามารถไปตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ (โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) คลินิกนิรนาม คลินิกมิตรวัยรุ่น โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชนที่ระบุว่ามีการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งขณะนี้มีศูนย์ทั้งหมด 421 แห่งทั่วประเทศ ในเวลาราชการเท่านั้น ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดให้ระบบบริการด้านการป้องกันและดูแลรักษาด้านเอชไอวีเอดส์ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ให้คนที่ประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี ได้รับสิทธิบริการปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจรักษาความลับ (VCCT) ได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี การบริการปรึกษาและตรวจเลือด โดยสมัครใจ รักษาความลับ (Voluntary Confidentiality Counseling and Testing [VCCT]) วิชีชีที (VCCT) (คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์, 2553) ซึ่งหมายถึงดังนี้

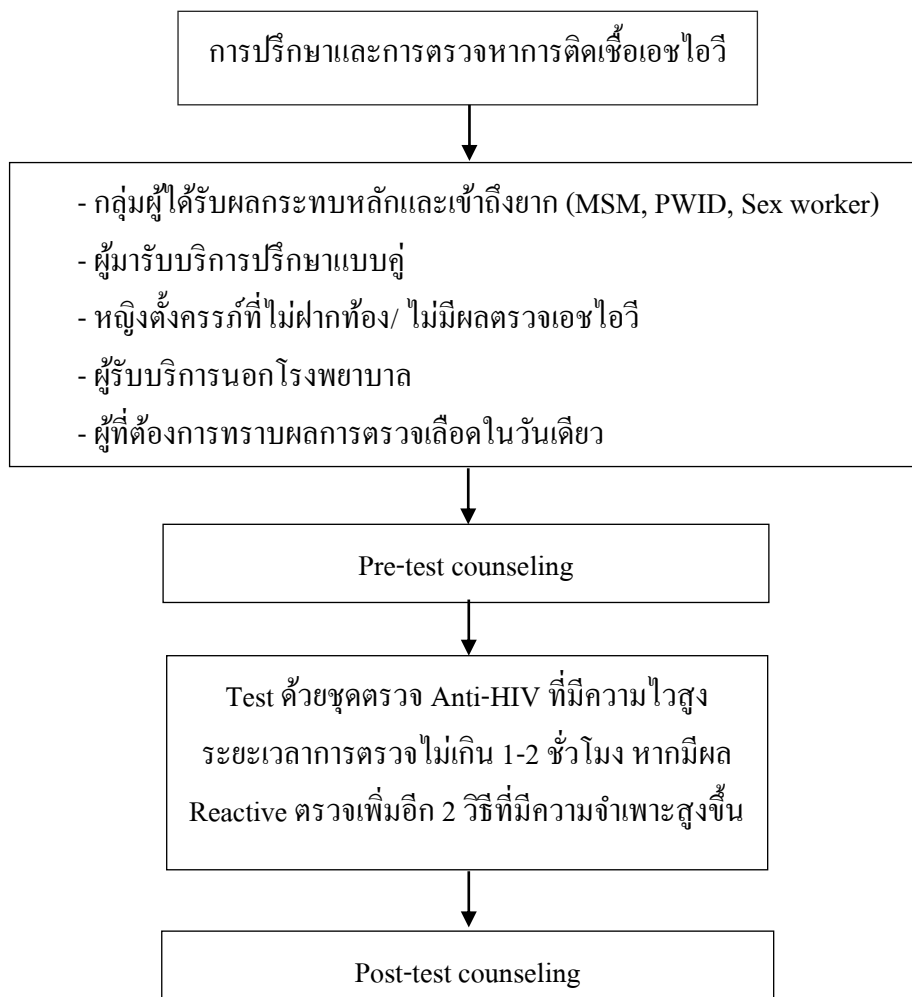
V-Voluntary	= โดยความสมัครใจ
C-Confidentiality	= ความเป็นความลับ/ ข้อมูลรู้เฉพาะบุคคล
C-Counseling	= การให้คำปรึกษา
T-Testing	= การตรวจเลือด

แนวทางการให้คำปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี แบบทราบผลวันเดียว (Guideline on HIV counseling and testing for same day result) เป็นการตรวจและให้คำปรึกษาเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลในวันเดียว เป็นการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี และรายงานผลให้ผู้รับบริการทราบผลการตรวจภายในวันที่มารับบริการนั้น โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยังปฏิบัติตามแนวทางการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2553 ซึ่งปัจจุบันใช้ชุดตรวจ 3 วิธี ที่มีหลักการต่างกันในการรายงานผลบวก และมีขั้นตอนการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือด (Pre-test counseling และ Post-test counseling) การเลือกใช้ชุดตรวจเพื่อทราบผลในวันเดียวต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการรายงานผลเลือด ความสะดวกของขั้นตอนการทำ ซึ่งระยะเวลาไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง โดยใช้เทคโนโลยีของชุดตรวจชนิดเร็วคู่กับการตรวจชนิดเร็วชุดอื่น หรือการตรวจแบบ Immune-assay ในการตรวจยืนยันได้

โดยจัดทำแนวทางการให้บริการและควบคุมคุณภาพชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ที่เข้าถึงยาก มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีแนวโน้มน่าจะไม่กลับมาพึงผลการตรวจก่อนข้างสูง รวมทั้งยังมุ่งหวังว่าบริการนี้จะช่วยให้กลุ่มนี้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ได้ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง และได้รับพึงผลการตรวจ โดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อจะได้ไม่สูญเสียโอกาสในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ช่วยป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และลดการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งการจัดบริการมีหลากหลายรูปแบบด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการออกหน่วยเคลื่อนที่บริการเชิงรุกในชุมชน เช่น คลินิกนิรนามเคลื่อนที่ไปตรวจเอดส์ตามสถานศึกษา ค่ายทหาร ศูนย์การค้า ชานา สปา และบาร์เกย์ เพื่อสะดวกต่อผู้รับบริการ รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางรับบริการเชิงรับมีหลายแห่งเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นคลินิกนิรนามศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทยคลินิกสุขภาพชายคลินิกวิจัยสิลม กรุงเทพ เป็นต้น

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องผ่านการอบรมเรื่องการให้คำปรึกษาอีกด้วยนอกจากนี้ ยังได้ร่วมมือกับองค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่น กลุ่มฟ้าสีรุ้ง และสวิงในเขตกรุงเทพมหานคร ในการจัดตั้งคลินิกในชุมชนเพื่อให้บริการตรวจเอดส์แก่กลุ่มเป้าหมาย คลินิกดังกล่าวนอกจากจะตั้งอยู่ในชุมชน (Community-based) แล้ว ยังดำเนินการโดยชุมชน

(Community-led) ด้วย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังภาพที่ 3

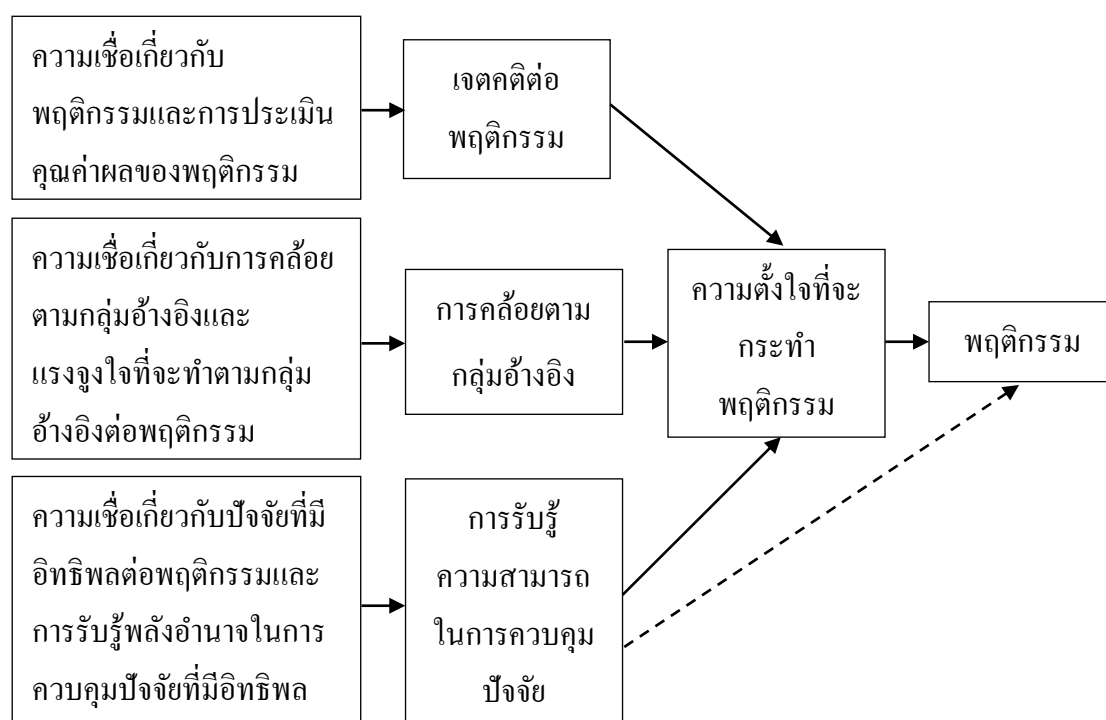


ภาพที่ 3 การดำเนินงานการให้บริการปรึกษา และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผล  
วันเดียว (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค  
กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

### ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB])

เป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action [TRA]) ได้รับการเผยแพร่เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1967 โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์หรือบุคคล การที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ จะอยู่ภายใต้การควบคุมโดยการเลือกหรือการตัดสินใจ โดยการเลือกหรือตัดสินใจของบุคคล ตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญ คือความตั้งใจ (Intention)

โดยมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เจตคติต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงคือ บรรทัดฐานของสังคม ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลยังมีข้อจำกัดในการทำนายพฤติกรรมที่ไม่เพียงพอสำหรับการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมในสถานการณ์ที่บุคคลไม่กระทำบางอย่างที่เกิดจากขาดความสามารถของตนเองที่จะควบคุมพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสูงแต่อาจไม่ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เนื่องจากมีเงื่อนไขด้านทักษะและสิ่งแวดล้อมเข้ามาที่มีอิทธิพลร่วมด้วยต่อมา Ajzen (1985) จึงได้ปรับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลเป็นทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เพื่อให้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ โดยเพิ่มปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control [PBC]) มาร่วมอธิบายความตั้งใจและพฤติกรรมนั้น ๆ ดังภาพที่ 4 (Ajzen, 1991)



ภาพที่ 4 โครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) (Ajzen, 1991)

ในการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาใช้ได้มีแนวทางในการประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการวัดทางตรงและทางอ้อม (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โครงสร้าง และคำจำกัดความของทฤษฎีพฤติกรรมทางแผน

โครงสร้าง	คำจำกัดความ	วิธีการวัด
Behavioral intention (เจตนาเชิงพฤติกรรม)	การรับรู้โอกาสในการ แสดงพฤติกรรม	วัดแบบระดับสเกล 2 ขั้ว ยกตัวอย่าง เช่น ไม่ชอบ-ชอบ ระดับคะแนน -3 ถึง +3
Attitude (เจตคติ)		
Direct measure (การวัดทางตรง)	การประเมินพฤติกรรม โดยภาพรวม	วัดแบบระดับสเกลที่มี ความแตกต่างทางความหมาย ยกตัวอย่าง เช่น ดี-เลว
Indirect measure (การวัดทางอ้อม)		
Behavioral belief (ความเชื่อเรื่องพฤติกรรม)	ความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ ของพฤติกรรม	วัดแบบระดับสเกล 2 ขั้ว ยกตัวอย่าง เช่น ไม่ชอบ-ชอบ ระดับคะแนน -3 ถึง +3
Evaluation (การประเมินผล)	การประเมินคุณค่าจากผล ของพฤติกรรม	วัดแบบระดับสเกล 2 ขั้ว ยกตัวอย่าง เช่น ไม่ดี-ดี ระดับคะแนน -3 ถึง +3
Subjective norm (การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง)		
Direct Measure (การวัดทางตรง)	ความเชื่อของบุคคลส่วนใหญ่ ที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับ พฤติกรรมนั้น	วัดแบบระดับสเกล 2 ขั้ว เช่น ไม่เห็นด้วย-เห็นด้วย
Indirect measure		
Normative belief (ความเชื่อเชิงบรรทัดฐาน)	ความเชื่อของแต่ละกลุ่มอ้างอิง ว่าจะยอมรับหรือไม่ยอมรับ พฤติกรรมนั้น	วัดแบบระดับสเกล 2 ขั้ว เช่น ไม่เห็นด้วย-เห็นด้วย ระดับ คะแนน -3 ถึง +3
Motivation to comply (แรงจูงใจที่จะปฏิบัติตาม)	แรงจูงใจที่จะทำในสิ่งที่คิด	วัดแบบระดับสเกล 2 ขั้ว ยกตัวอย่าง เช่น ไม่ชอบ-ชอบ ระดับคะแนน 1 ถึง 7



ตารางที่ 1 (ต่อ)

โครงสร้าง	คำจำกัดความ	วิธีการวัด
Motivation to comply (แรงจูงใจที่จะปฏิบัติตาม)	แรงจูงใจที่จะทำในสิ่งที่คิด	วัดแบบระดับสเกล 2 ขั้ว ยกตัวอย่าง เช่น ไม่ชอบ-ชอบ ระดับคะแนน 1 ถึง 7
Perceived behavioral control (การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม)		
Direct measure (การวัดทางตรง)	การวัด โดยภาพรวมเกี่ยวกับ การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม	วัดแบบระดับสเกลที่มี ความแตกต่างทางความหมาย เช่น ควบคุมได้-ควบคุมไม่ได้
Indirect measure (การวัดทางอ้อม)		
Control belief (ความเชื่อในการควบคุม)	การรับรู้ความเชื่อในการ ควบคุมพฤติกรรม	วัดแบบระดับสเกล 2 ขั้ว ยกตัวอย่าง เช่น ไม่ชอบ-ชอบ ระดับคะแนน -3 ถึง +3 หรือ 1 ถึง 7
Perceived power (การรับรู้พลังอำนาจ)	การรับรู้พลังอำนาจในตัว บุคคล	วัดแบบระดับสเกล 2 ขั้ว ยกตัวอย่าง เช่น ยาก-ง่าย ระดับคะแนน -3 ถึง +3

องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1991; สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิดการ, 2543)

#### 1. พฤติกรรม (Behavior)

ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พฤติกรรม คือสิ่งที่บุคคลลงมือกระทำเอง บริบท และเวลา (Francis et al., 2004) เป็นการทำหน้าที่รวมกันของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และเจตนาในการกระทำพฤติกรรม การที่การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและเจตนาในการกระทำพฤติกรรมจะทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำ ขึ้นอยู่กับเงื่อนไข 3 ประการ คือ 1) การวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและเจตนาในการกระทำพฤติกรรมต้องมีความสอดคล้องกับพฤติกรรม

ที่จะทำนาย 2) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและเจตนาในการกระทำพฤติกรรม 3) การทำนายพฤติกรรมจะต้องมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่ใกล้กับความเป็นจริง โดยอยู่ภายใต้เงื่อนไขของบริบทเฉพาะ

2. ความตั้งใจ (Intention) หมายถึง ความต้องการ ความเป็นไปได้ ความตั้งใจ ความพยายาม หรือการวางแผนของบุคคลที่จะทำพฤติกรรมหนึ่งๆ ในอนาคต ความตั้งใจสามารถนำไปสู่การกระทำของพฤติกรรมบุคคลได้ ดังนั้นการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่ดีที่สุด (Francis et al., 2004) คือการศึกษา ถึงความตั้งใจในการกระทำ และข้อจำกัดของความตั้งใจได้แก่ ช่วงระยะเวลา (Time interval) ระหว่างการวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและการสังเกตพฤติกรรม ถ้าเว้นระยะเวลานานขึ้นความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม และการแสดงพฤติกรรมอาจลดลงได้ (Ajzen & Fishbein, 1980) Francis et al. (2004) ได้ให้ข้อเสนอในการวัดความตั้งใจไว้ 3 ประเภท คือ

2.1 Intention performance เป็นข้อคำถามเดียวถามเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ในสถานการณ์ที่กำหนด เช่น ผู้ป่วย 10 คนมีอาการปวดหลังในครั้งแรกจะมีผู้ป่วยกี่คนไปตรวจ x-ray

2.2 Generalized intention เป็นวิธีการวัดที่ใช้นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ เช่น

ฉันคาดว่าจะผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังไปตรวจ x-ray

ฉันต้องการให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังไปตรวจ x-ray

ฉันตั้งใจว่าจะส่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังไปตรวจ x-ray

2.3 Intention simulation เป็นการวัดที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมจริงในการตัดสินใจ ในสถานการณ์ที่กำหนด แต่มีข้อเสีย คือ ใช้เวลามากและอาจเป็นการชี้นำผู้ตอบ

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้การวัดความตั้งใจที่เป็น Generalized intention ในการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทั้งนี้ วิธีการวัดความตั้งใจในแบบที่ 2 ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดกับรูปแบบการศึกษาเชิงทำนาย (Francis et al., 2004) และกำหนดระยะเวลา 1 เดือน

3. เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมในด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งมี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบหรือผลของการกระทำ หรือความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral belief) กับการประเมินผลกระทบหรือผลของการกระทำ (Subjective evaluation) ถ้าบุคคลเชื่ออย่างหนักแน่นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นส่วนมากจะเกิดผลดี ก็จะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรง

ข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นส่วนมากจะเกิดผลเสีย ก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมวัดได้ 2 วิธี คือการวัดทางตรงและการวัดเจตคติต่อพฤติกรรมทางอ้อม

3.1 การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมทางตรง เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลที่เห็นด้วยหรือคัดค้านต่อการกระทำพฤติกรรม โดยใช้มาตรวัดจำแนกความหมาย ซึ่งนำเสนอไว้ในปี ค.ศ. 1957 (Ajzen & Fishbein, 1980) ยังใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการวัดความหมาย โดยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ คือ การให้กลุ่มตัวอย่างบอกความหมายหรือคุณลักษณะของสิ่งที่จะต้องการจะวัดให้มากที่สุด แล้วนำมาสร้างเป็นข้อคำถามซึ่งจะให้ความหมายกับสิ่งนั้นมาก ได้เสนอการวัดเป็น 5 ระดับ ระหว่าง 2 ขั้ว คู่ของคุณลักษณะนั้นซึ่งช่วยให้การวัดนั้นสามารถระบุทิศทางของการให้ความหมายและบอกถึงน้ำหนัก (Intensity) หรืออาจสร้างมาตรวัดได้โดยวัดเป็นภาพรวม คือให้หนักถึงสิ่งที่ให้ตอบเป็นภาพรวม (Overall) ไม่ต้องแยกเป็นความเชื่อและผลของความเชื่อแล้วค่อยเอามาคูณกัน (Francis et al., 2004)

3.2 การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมทางอ้อม (Ajzen & Fishbein, 1980) เชื่อว่าเจตคติต่อพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม และการประเมินคุณค่าผลของการกระทำพฤติกรรม โดยประเมินจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมและการประเมินค่าผลของพฤติกรรม

จากทฤษฎีพบว่า การกระทำของบุคคลที่จะเรียนรู้ว่าจะได้ผลบวกบุคคลย่อมมีเจตคติที่ดีต่อการกระทำนั้น และมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำอีก สำหรับในการวิจัยนี้ เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีถ้าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความเชื่อว่าการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ก็จะมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และมีแนวโน้มที่จะตั้งใจไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

4. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ๆ การรับรู้นี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความจริงได้ ซึ่งมี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative belief) กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply) ถ้าบุคคลได้รับรู้ว่ามีคนที่มีความสำคัญต่อเขาได้ทำพฤติกรรมนั้น หรือต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะคล้อยตาม และทำตามด้วย Ajzen and Fishbein (1980) เสนอวิธีการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไว้ 2 วิธี คือ

4.1 การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงโดยตรง เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับเขาว่าควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ (Francis et al., 2004)

4.2 การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม โดยเชื่อว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับความคิดเห็นของกลุ่มบุคคลอ้างอิงต่อการกระทำของตน การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงยังขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละกลุ่มด้วย การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมโดยนำผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มบุคคลอ้างอิงกับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมารวมกัน

จากทฤษฎีจะเห็นได้ว่าถ้าการรับรู้ของบุคคลพบว่า ผู้ที่มีความใกล้ชิดหรือมีความสำคัญกับเขาคิดว่าควรที่จะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะตั้งใจไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับในการวิจัยนี้ ถ้าบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาคิดว่าควรไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้ ดังตัวอย่างการวิจัยของ บังอร เทพเทียน และคณะ (2558) ได้ศึกษาในกลุ่มพนักงานบริการและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 751 ราย กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 317 ราย พนักงานบริการหญิงจำนวน 334 ราย และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวน 100 ราย พบว่า ถ้ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีคนชักชวนให้ไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจะมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น 2.33 เท่าของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้ถูกชักชวน

5. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย (Perceived behavioral control) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีตและการคาดคะเนปัจจัยเอื้ออำนวย ซึ่งมี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) และความเชื่อของบุคคลว่าสามารถควบคุมตนเองในการทำพฤติกรรม (Behavior controllability) ถ้าบุคคลเชื่อว่ามีความสามารถ ความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดังที่เขาตั้งใจ เขาก็จะแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ สามารถวัดได้ 2 วิธี

5.1 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมพฤติกรรมโดยรวม (Francis et al., 2004)

5.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม สามารถประเมินได้จากความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมปัจจัยที่มี

อิทธิพลโดยนำผลคูณระหว่างเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และรับรู้พลังอำนาจ ในการควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลมารวมกัน

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อพฤติกรรมและความตั้งใจในการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายที่มีผลต่อความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นความเชื่อว่าเขาสามารถควบคุม หรือจัดการพฤติกรรมที่มีอิทธิพลที่จะทำให้มาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีตามแผนมาเป็นกรอบแนวคิดในปัจจัยที่มี อิทธิพลกับความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี เนื่องจากทฤษฎีนี้อธิบายได้ว่า เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การคล้อย ตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และความสามารถในการควบคุมตนเอง มีผลต่อ ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยเลือกใช้วิธีการวัดแบบทางตรงเนื่องจากข้อยกเว้น ของพฤติกรรม ตัวแปรในรูปแบบของทฤษฎี TPB เป็น โครงสร้างทางจิตวิทยา ซึ่งตัวแปรแต่ละตัว สามารถวัดทางตรงได้ เพราะมาตรการวัดแบบทางตรงและทางอ้อมตามทฤษฎีให้ผลลัพธ์ที่ไม่ แตกต่างกัน (Francis et al., 2004; มนตรี พิริยะกุล, 2551) นอกจากนี้ในการศึกษานี้ได้เพิ่ม สิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้รูปแบบการบริการเข้ามาร่วมอธิบายด้วย

### ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการแสดงเจตนา ความต้องการ ความพยายามหรือการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อการป้องกัน ลดความรุนแรงของ โรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรค หยุดยั้งการดำเนิน โรค ช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย และลดระยะการติดต่อของโรคได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการป้องกันในระยะแรก (Early prevention) ช่วยสืบค้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (ไพบูลย์, 2550) การวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล หากสามารถวัดความตั้งใจ ได้อย่างเหมาะสม ก็สามารถทำนายพฤติกรรมของตัวบุคคลได้อย่างถูกต้อง หรือใกล้เคียงที่สุด เพราะหากสามารถ ทราบความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ก็สามารถทำนายพฤติกรรมการกระทำหรือไม่ กระทำได้ดีที่สุด (Ajzen & Fishbein, 1980) ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจเข้ารับการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีความตั้งใจในการที่จะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ อยู่บ้าง เช่น ในคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ สามารถร่วมกัน

ทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ ร้อยละ 24 โดยที่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพียงตัวแปรเดียวที่มีอำนาจการทำนายสูงอย่างมีนัยสำคัญ ( $\beta = .41, b = .04, p < .001$ ) (เบญจพร พงศ์อำไพ, 2551) สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังชาย (อังคณา แจ่มนิยม และคณะ, 2560) พบว่า เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ประสบการณ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประสบการณ์ในการตรวจเลือดและระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายความตั้งใจได้ ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .12, p < .05$ ) เนื่องจากพฤติกรรมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนี้เป็นเรื่องที่ปกปิด นอกจากนี้อัตราการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 90 ซึ่งจากการศึกษาของ ไพโรจน์ จันทรมณี และสุปรียา จันทรมณี (2559) พบว่า การเคตรวจและทราบผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือน ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด ร้อยละ 46.3 คือ จังหวัดเชียงใหม่ และน้อยที่สุด ร้อยละ 16.8 คือ กรุงเทพมหานคร และจากข้อมูลของจังหวัดชลบุรีในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.66 และ ร้อยละ 34.28 ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2558)

ในประเทศไทยมีงานวิจัยหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องที่ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นและในกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งในกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่า ทักษะคติ ( $\beta = .042, p < .005$ ) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ( $\beta = .214, p < .005$ ) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ( $\beta = .167, p < .005$ ) สามารถทำนายความตั้งใจได้ ร้อยละ 17.4 (รัชฎรณ อึ้งเจริญ, 2552) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความตั้งใจในพฤติกรรมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบมความเสี่ย พบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ความมั่นใจ และเกรดเฉลี่ยการเรียน สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนความตั้งใจได้ร้อยละ 39.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{Adj} = .396, p < .001$ ) (วชิรา ปิยะพันธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2559)

### ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจ/ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่ผ่านมามีพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทั้งในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ขายบริการทางเพศพบว่ามีหลายปัจจัยครอบคลุมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเกี่ยวกับสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านเจตคติ ความเชื่อ (เช่น เจตคติต่อการตรวจเอชไอวี ความเชื่อ ความวิตกกังวล ความกลัว

ความอยในการเข้ารับการตรวจเอชไอวี) ปัจจัยด้านการรับรู้ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเอชไอวี นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวกับอิทธิพลการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อาทิเช่น อิทธิพลจากเพื่อน/ คนในครอบครัว ชักชวน รวมทั้งอิทธิพลจากรูปแบบการบริการ เช่น การปกปิดความลับ การบริการแบบ One stop service ระยะเวลาการรอคอย และสิทธิค่าใช้จ่าย (เช่น สิทธิประโยชน์การตรวจเลือดฟรีปีละ 2 ครั้ง ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านเจตคติ ความเชื่อ เป็นการกำหนดของพฤติกรรมเพราะว่าเกี่ยวพันกับการรับรู้บุคลิกภาพ และแรงจูงใจ เจตคติเป็นความรู้สึกทั้งในทางบวกและทางลบ เป็นภาวะทางจิตใจของการเตรียมความพร้อมที่จะเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ รวมถึงท่าทีที่แสดงออก อาทิเช่น ความเชื่อ ความกลัว ความอาย (Ajzen, 2006) จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในต่างประเทศ ในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่าเกิดจากมีความกังวล ความอาย ดังการศึกษาของ Schnall et al. (2015) ได้ทำการศึกษาในเด็กวัยรุ่น จำนวน 49 คน ในชนกลุ่มน้อยในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยนำแนวคิดทฤษฎี Health belief model มาใช้เกี่ยวกับการประเมินความเข้าใจในการตรวจคัดกรองเอดส์โดยสมัครใจ ซึ่งผลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่า อุปสรรคที่มีผลต่อการตรวจ คือความเป็นกังวล และความอยในการที่จะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับ Gu, Lau, and Tsui (2011) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศฮ่องกง ทั้งหมด 389 คน พบว่า ความกลัวว่าจะติด โรคเอดส์ร้อยละ 39.4 เป็นปัจจัยหลักในการมาตรวจ VCT ( $OR = .55, p < 0.05$ )

การศึกษาความตั้งใจในการมาตรวจหาเชื้อเอชไอวี ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยตรง แต่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงอื่น ได้แก่ กลุ่มคูสมรสหญิงตั้งครรภ์ และ ผู้ต้องขังชายพบว่าเจตคติทางบวกมีผลต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังชาย ( $R^2 = 0.12, p < .05$ ) (อังคณา แจ่มนิยม และคณะ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มคูสมรสหญิงตั้งครรภ์ (เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552) พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .28, p < .01$ )

ดังนั้นจึงอาจอ้างได้ว่าเจตคติต่อการตรวจหาเชื้อเอชไอวีมีผลต่อความตั้งใจในการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ องค์ประกอบของการรับรู้ มีดังต่อไปนี้ คือ มีสิ่งเร้า ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ ประสาทสัมผัส ที่ทำให้เกิดความรู้สึกสัมผัส ประสบการณ์หรือความรู้เดิม และการแปลความหมายของสิ่งที่เรารู้สัมผัสในการศึกษานี้ได้แก่ การรับรู้โอกาสของการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้

ประโยชน์ของการตรวจเอชไอวี การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยง มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จากการศึกษาของ Shin et al. (2007) ได้ทำการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปจำนวน 264 คน ซึ่งเข้ารับบริการตรวจ VCT ที่ KADA ในเมืองกรุงโซล ชาวอนและแทกู เหตุผลสำคัญคือ มีความเสี่ยงสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.3 รายงานว่าไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย โดยมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันกับพนักงานขายบริการและกับซู้ ซึ่งจากการศึกษาของ Lau, Gu, Tsui, and Wang (2013) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเทศฮ่องกงและประเทศจีน จำนวน 245 คน พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ถึงความจำเป็นในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอจะมีความตั้งใจในการเข้ารับบริการ VCT มากกว่า 4.54 เท่าของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่รับรู้ถึงความจำเป็นในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจะมีความตั้งใจในการเข้ารับบริการ VCT มากกว่า 2.92 เท่าของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี

3. ปัจจัยด้านอิทธิพลของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คือเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้าบุคคลได้รับรู้ว่าคนที่มีความสำคัญต่อเขาได้ทำพฤติกรรมนั้น หรือต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามและทำตามด้วย (Ajzen, 1991) ดังเช่นการศึกษาของ บังอร เทพเทียน และคณะ (2558) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มพนักงานบริการและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 751 ราย กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 317 ราย พนักงานบริการหญิงจำนวน 334 ราย และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวน 100 ราย พบว่า ถ้ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีคนชักชวนให้ไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจะมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น 2.33 เท่าของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่มีคนชักชวน

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีทำตามแผนศึกษาในกลุ่มเสี่ยงอื่น ได้แก่ กลุ่มคูสมรสหญิงตั้งครรภ์ ผู้ต้องขังชายดังการศึกษาในกลุ่มคูสมรสหญิงตั้งครรภ์ (เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552) ซึ่งพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .49, p < .01$  และ  $r = .34, p < .01$  ตามลำดับ) และเจตคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ สามารถร่วมกัน



ทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ ร้อยละ 24 โดยที่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพียงตัวแปรเดียวที่มีอำนาจการทำนายสูงอย่างมีนัยสำคัญ ( $\beta = .41, b = .04, p < .001$ ) แต่อย่างไรก็ตามในการทำการศึกษาของผู้ต้องขังชายของ อังกฤษ แอมนิคม และคณะ (2560) พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถทำนายความตั้งใจได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีชีวิตและบริบทที่แตกต่าง การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ต้องได้รับการสนับสนุนและตัดสินใจจากเจ้าหน้าที่

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Uzochukwu et al. (2011) ได้ทำการศึกษาในนักเรียนจำนวน 500 คน ที่สถาบันอุดมศึกษาจำนวน 2 สถาบัน ในประเทศไนจีเรีย จากการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เคยได้ยินเกี่ยวกับการตรวจ VCT ร้อยละ 70.6 ( $p < .005$ ) ได้รับข้อมูลจากเพื่อน ร้อยละ 13.4 และจากครอบครัว ร้อยละ 3.8

4. ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย (Perceived behavioral control) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีตและการคาดคะเนปัจจัยเอื้ออำนวย ซึ่งมี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) และความเชื่อของบุคคลว่าสามารถควบคุมตนเองในการทำพฤติกรรม (Behavior controllability) ถ้าบุคคลเชื่อว่ามีความสามารถ ความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดังที่เขาตั้งใจ เขาก็จะแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ

จากการศึกษาของ เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ (2552) ทำการศึกษาในกลุ่มกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .34, p < .01$ ) ส่วนการศึกษาของ อังกฤษ แอมนิคม และคณะ (2560) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังชาย พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยสามารถร่วมทำนายความตั้งใจได้ร้อยละ 12 ( $R = .347, R^2 = .120, F = 13.925, p < .001$ ) ถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ต้องขังจะเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก แต่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ และเพราะนโยบายส่งเสริมการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีที่ทำให้เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ให้ความร่วมมือ ก็สามารถจัดการกับปัจจัยได้ ส่วนในการศึกษาความตั้งใจในพฤติกรรมอื่นในวัยรุ่นชาย พบว่า ความมั่นใจในการปฏิเสธเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงสามารถทำนายความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\beta = -.226, p < .0001$ ) (วชิรา ปิยะพันธุ์ และคณะ, 2559)

5. การรับรู้รูปแบบการบริการ คือ การจัดอำนวยความสะดวก การสนองความต้องการของผู้ใช้บริการซึ่งเป็นการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

5.1 ประเด็นการปกปิดเป็นความลับ บังอร เทพเทียน และคณะ (2558) ทำการศึกษาความพึงพอใจต่อการปกป้องความลับในกลุ่มพนักงานบริการและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 751 ราย กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายจำนวน 317 ราย พนักงานบริการหญิงจำนวน 334 ราย และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวน 100 ราย พบว่า 2 ใน 3 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความพึงพอใจต่อการปกป้องความลับ และประมาณครึ่งหนึ่งกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีความพึงพอใจต่อการปกป้องความลับซึ่งสามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Shin et al. (2007) ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปจำนวน 264 คน ซึ่งเข้ารับบริการตรวจ VCT ที่ KADA ในเมืองกรุงโซล ชางวอนและแทกู พบว่า เหตุผลสำคัญในการรับบริการ คือ มีการปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อร้อยละ 18.5

5.2 การพัฒนาระบบการบริการเชิงรุก สะดวกรวดเร็ว การพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาแบบเคลื่อนที่อำเภอแม่ทะ (นัยนันท์ สุวรรณกนิษฐ์, 2557) พบว่า เพื่อให้คำปรึกษาและบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลในวันเดียว (Same day result) แก่ประชาชนทั่วไปในชุมชน เป็นช่องทางที่ส่งถึงกลุ่มเป้าหมายได้ตรงที่สุด โดยดำเนินงานเชิงรุกเข้าไปในชุมชน เพื่อให้กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการรักษา ได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างถูกต้องทันที โดยมีความเชื่อมโยงระหว่างการป้องกันและดูแลทำให้ผู้รับบริการที่ผลเลือดเป็นบวกได้เข้าสู่ระบบการรักษาที่เร็วขึ้น โดยเฉพาะการได้รับยาต้านและการดูแลต่อเนื่องนอกจากนี้ สุมาลัย คมใส (2557) ยังพบว่า การพัฒนารูปแบบการให้บริการร่วมกันระหว่างห้องปฏิบัติการศูนย์องค์รวมและหน่วยคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ และมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการทำ Pre-posttest counseling และ Ongoing counseling โดยใช้ HIV/ AIDS treatment literacy เป็นแนวทางการให้ข้อมูลในการให้การปรึกษากำหนดช่องทางด่วนในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเมื่อทราบผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นบวกแล้วสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ทันที ช่วยเพิ่มอัตราการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี ปรียะ (2557) ได้ทำการศึกษาผู้รับบริการที่โรงพยาบาลจอมทอง โดยพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาและตรวจเอชไอวีให้ทราบผลในวันเดียว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดได้รับทราบผลการตรวจเลือดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในกลุ่มสามีหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 93.33 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มเยาวชนผู้ใช้สารเสพติด และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้รับการแจ้งผลเลือดร้อยละ 100 โดยการจัดระบบบริการให้คำปรึกษา และตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลในวันเดียว ที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่างงาน Prevention และ Care

ทำให้สามารถส่งต่อผู้รับบริการที่มีผลการตรวจเลือดเชื้อเอชไอวีเป็นบวกได้รับการติดตามและเข้าสู่ระบบการรักษาเร็วขึ้น ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และสามี

5.3 สิทธิ ค่าใช้จ่าย บังอร เทพเทียน และคณะ (2558) ศึกษาในกลุ่มพนักงานบริการและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 751 ราย กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 317 ราย พนักงานบริการหญิงจำนวน 334 ราย และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวน 100 ราย พบว่าถ้ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์จะมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสูงเป็น 4.52 เท่า สำหรับการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป ดังเช่นการศึกษาของ วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ และยศ ศิระวัฒนานนท์ (2556) พบว่า สิ่งสำคัญของการให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คือ สิทธิในการรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิการรับบริการในเรื่องนี้ยังมีน้อย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ วิภา ดำนธำรงกุล (2557) ที่ได้ทำการศึกษาผู้เข้ารับบริการปรึกษาและการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล 6 แห่ง ของจังหวัดในภาคกลาง เป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ที่เข้ามารับบริการด้วยความสมัครใจ จำนวน 331 ราย พบว่า หนึ่งในสามของผู้รับบริการเท่านั้นที่รับรู้สิทธิประโยชน์บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีฟรี ปีละ 2 ครั้ง

จากสถิติพบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในบางกลุ่มกลับเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มเยาวชน สาเหตุเนื่องมาจากการมีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกัน โดยการสวมถุงยางอนามัย ในอดีตนั้นการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีสูงมากในกลุ่มพนักงานบริการหญิง แต่ปัจจุบันรูปแบบการการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีได้เปลี่ยนไป โดยพบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันเริ่มเป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากการสำรวจข้อมูลปี พ.ศ. 2549-2555 พบว่า นักศึกษามีเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นในทุกระดับการศึกษาและมีการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้น มีอัตราการติดเชื้อถึงร้อยละ 8.83 ซึ่งสูงกว่าทุกกลุ่มเป้าหมาย (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2558; สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ดังนั้น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในระดับอุดมศึกษาจึงเป็นอีกกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ส่งผลต่อการติดต่อของโรคเอดส์ ซึ่งในการศึกษานี้จึงศึกษาความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากความตั้งใจเป็นตัวทำนายพฤติกรรมตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเวลาต่อมาได้ดีที่สุด (Ajzen, 1991; Fishbein, 2009) ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันในระยะแรก (Early prevention)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีนั้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เจตคติ

การรับรู้) และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (อิทธิพลของครอบครัว สังคม และรูปแบบการบริการ) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่อธิบายว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behaviors [A]) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm [SN]) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control [PBC]) โดยปัจจัยดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม ในการศึกษาที่ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาความตั้งใจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะพบการศึกษาหาความสัมพันธ์ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความสามารถในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้รูปแบบการบริการเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดการมารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในศึกษานี้จึงได้เพิ่มปัจจัยด้านรูปแบบการบริการในการอธิบายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาอุดมศึกษาชายไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี อายุ 18-25 ปีที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาอุดมศึกษาชายอายุ 18-25 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน และกำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2560 ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis table for multiple regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และค่า Effect size เท่ากับ .13 ซึ่งเป็นค่า Effect size ขนาดกลาง (Polit & Beck, 2008, p. 623) ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 4 ตัวแปร โดยใช้สูตร

$$N = \frac{L}{\gamma} + k + 1$$

โดย N หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

L หมายถึง ค่าที่ได้จากการเปิดตาราง Power Analysis,  $\alpha = .05 = 11.94$

k หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระ = 4

$\gamma$  หมายถึง ค่าขนาดอิทธิพลโดยกำหนด = 0.13

แทนค่าจากสูตร

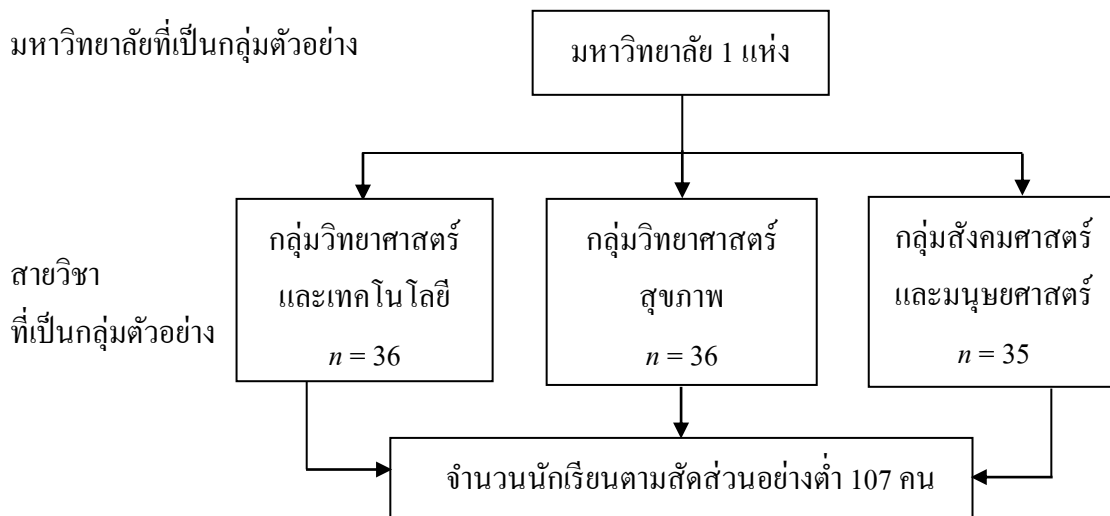
$$\begin{aligned} N &= \frac{11.94}{0.13} + 4 + 1 \\ &= 96.84 \end{aligned}$$

ดังนั้นจากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 97 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Stanley, David, Janelle, & Stephen, 1990) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล และป้องกันความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 107 คน

## การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 เลือกมหาวิทยาลัยแบบเฉพาะเจาะจงหนึ่งแห่งในจังหวัดชลบุรีที่มีขนาดใหญ่และ มีความหลากหลายของสาขาวิชาที่เรียน

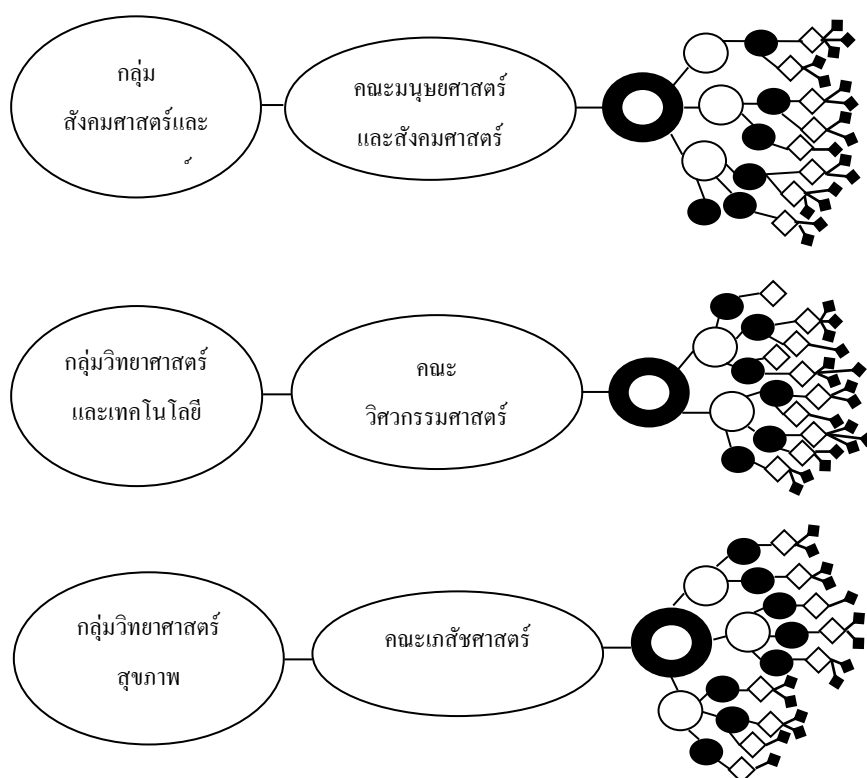
ขั้นตอนที่ 2 มหาวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยการเรียนการสอน กลุ่มวิชาต่าง ๆ กลุ่มวิชาที่จะศึกษา คือ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และกลุ่มสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กระบวนการสุ่มแบบส่งต่อเป็นลูกโซ่ (Respondent Driven Sampling [RDS]) ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบและได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการสุ่มตัวอย่าง สำหรับประชากรที่เข้าถึงได้ยากใช้สำหรับค้นหาบุคคลที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามที่เน้นความลับ ไม่ต้องการเปิดเผยตัวตนต่อคนอื่นยกเว้นเพื่อนสนิท หรือคนคุ้นเคย ที่มีพฤติกรรมเช่นเดียวกันและมีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ เริ่มด้วยการเลือกผู้ให้ข้อมูลคนแรก ที่จะถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แต่จำกัดจำนวนการแนะนำสมาชิกคนละไม่เกิน 3 คน เพื่อป้องกันการกระจุกตัวในกลุ่มมากเกินไป โดยมีข้อกำหนดว่าเพื่อนต้องมีคุณสมบัติคล้ายกัน (Kendall et al., 2008) กลุ่มสาขาวิชาที่ถูกเลือกครั้งแรก คือ กลุ่มสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตั้งต้น 3 คนแรกที่ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ และคณะเภสัชศาสตร์ เพื่อไปหากกลุ่มตัวอย่างต่อไปแต่

จำกัดจำนวนการแนะนำสมาชิกคนละ 2-3 คน เพื่อป้องกันการกระจุกตัวในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมากเกินไป โดยมีข้อกำหนดว่าเพื่อนต้องมีคุณสมบัติคล้ายกัน เกณฑ์ในการคัดเลือกและกำหนดจำนวนตัวตั้งต้น จะต้องเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชายในช่วงชีวิตที่ผ่านมาหรือมีกิจกรรมทางเพศอื่น ๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก สำเร็จความใคร่ด้วยการกอดจูบลูบลำ และทางทวารหนัก โดยไม่รับเงินและให้เงินหรือสิ่งของมีค่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 วิธีสุ่มตัวอย่างโดยใช้กระบวนการ Respondent Driven Sampling [RDS]

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้นักกลุ่มตัวอย่างตอบเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบไปด้วย อายุ ชั้นปีที่ศึกษา สาขาวิชา ภูมิภาคเดิม ศาสนา ประวัติการตรวจเลือด ทางการแพทย์เชื้อเอชไอวี น้ำหนัก ส่วนสูง ผลเป็น รอยสัก และประวัติอาการติดเชื้อด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ประกอบไปด้วย พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ทัศนคติทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน จำนวนคู่นอน การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ประเภทคู่นอนในปัจจุบัน และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม การรับรู้รูปแบบการบริการที่มีผลต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก การบริการที่ตอบสนอง เข้าถึงง่าย ความสะดวกรวดเร็ว มีบริการเบ็ดเสร็จ ในจุดเดียว ลดระยะเวลาการรอคอย บริการเป็นระบบ มีกระบวนการให้คำปรึกษาและรักษา ความลับ ตรวจได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง ไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีบริการที่เป็นกันเองเข้าถึงผู้รับบริการ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างเองจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และการทบทวนวรรณกรรม คำตอบ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงไม่เห็นด้วย 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย ให้ตอบได้เพียงคำตอบเดียว ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 6-30 คะแนน คะแนนจริงอยู่ในช่วง 23-30 คะแนน

### เกณฑ์การให้คะแนน

5 คะแนน	หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก
3 คะแนน	หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย
1 คะแนน	หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับไม่เห็นด้วย

การแปลคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ให้เกณฑ์ 3 ระดับ คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน

23-30 คะแนน	หมายถึง มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับมาก
15-22 คะแนน	หมายถึง มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
6-14 คะแนน	หมายถึง มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับน้อย

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องต่อรูปแบบการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยสร้างเองจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการวัดทางตรง (Direct measurement) โดยใช้การวัดแบบภาพรวม ซึ่งคัดแปลงมาจากการจัดทำแบบสอบถาม โดยใช้ทฤษฎีตามแผนของ Francis et al.



(2004) ใช้มาตรจำแนกความหมาย โดยใช้คำคุณศัพท์ขั้วคู่ (Bipolar adjective) 4 คู่ โดยคำตอบจะแบ่งออกเป็นประกอบด้วยคำคุณศัพท์ 2 คำ ที่มีความหมายตรงข้ามกัน (ไม่มีประโยชน์มากที่สุด-มีประโยชน์มากที่สุด, นำอายุมากที่สุด-ไม่นำอายุมากที่สุด, ยุ่งยากมากที่สุด-สะดวกมากที่สุด, ไม่ควรทำมากที่สุด-ควรทำมากที่สุด, น่ากลัวมากที่สุด-ไม่น่ากลัวมากที่สุด, เสียเวลามากที่สุด-ไม่เสียเวลามากที่สุด) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละคำตอบแบ่งระดับการให้ออกเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 โดยให้คะแนนมาตรฐานขั้วปลายบวกมีค่าสูงที่สุดแล้วค่อย ๆ ลดลงและให้ขั้วลบมีค่าน้อยสุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 6-42 คะแนน คะแนนจริงอยู่ในช่วง 6-18 คะแนน

การแปลคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ให้เกณฑ์ 3 ระดับ คะแนนต่ำสุด เท่ากับ

6 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 42 คะแนน

31-42 คะแนน หมายถึง มีระดับเจตคติเชิงบวก

19-30 คะแนน หมายถึง มีระดับเจตคติปานกลาง

6-18 คะแนน หมายถึง มีระดับเจตคติเชิงลบ

การแปลผล คะแนนเจตคติมาก หมายถึง มีเจตคติเชิงบวกต่อการเข้ารับบริการ

การตรวจหาการติดเชื่อเอชไอวีครั้งแรก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื่อเอชไอวี ผู้วิจัยสร้างเองจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ โดยใช้คำคุณศัพท์ขั้วคู่ (Bipolar adjective) โดยคำตอบจะประกอบด้วยคำคุณศัพท์ 2 คำ ที่มีความหมายตรงข้ามกัน (ไม่ควรไปมากที่สุด-ควรไปมากที่สุด, ไม่เห็นด้วยมากที่สุด-เห็นด้วยมากที่สุด) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคลที่มีความสำคัญต่อกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการไปรับการตรวจหาเชื่อเอชไอวี ได้แก่ พ่อแม่/ ผู้ปกครอง คู่นอนประจำหรือคนรัก เพื่อนสนิท แรงกดดันทางสังคม เป็นการวัดทางตรง (Direct measurement) โดยใช้การวัดแบบภาพรวม ซึ่งดัดแปลงมาจากการจัดทำแบบสอบถาม โดยใช้ทฤษฎีตามแผนของ Francis et al. (2004) เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละคำตอบแบ่งเป็น 7 ระดับ (Scale) คือ 7 6 5 4 3 2 1 โดยให้คะแนนมาตรฐานขั้วปลายบวกมีค่าสูงที่สุดแล้วค่อย ๆ ลดลงและให้ขั้วลบมีค่าน้อยสุด คะแนนสูง หมายความว่า นักศึกษามีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื่อเอชไอวีในระดับสูง ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 5-35 คะแนน คะแนนจริงอยู่ในช่วง 16-25 คะแนน

การแปลคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ให้เกณฑ์ 3 ระดับ คะแนนต่ำสุด เท่ากับ

5 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 35 คะแนน

26-35 คะแนน หมายถึง มีระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก

16-25 คะแนน หมายถึง มีระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงปานกลาง

5-15 คะแนน หมายถึง มีระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงน้อย  
การแปลผล คะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก หมายถึง การมีโอกาสคล้อยตาม  
กลุ่มอ้างอิงมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อ  
การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัยสร้างเองจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และการทบทวนวรรณกรรม  
จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยที่จะไปปรับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี  
เป็นการวัดทางตรง (Direct measurement) โดยใช้การวัดแบบภาพรวม ซึ่งตัดแปลงมาจากการจัดทำ  
แบบสอบถาม โดยใช้ทฤษฎีตามแผนของ Francis et al. (2004) ซึ่งวัดได้ 2 ประเด็น คือ  
วัดความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) และวัดว่าตนมีความสามารถในการควบคุมตนเอง  
ในการทำพฤติกรรม (Controllability) ประเมินจากความมั่นใจในการไปตรวจหาเอชไอวี (ไม่เห็น  
ด้วยอย่างยิ่ง-เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ความยากง่ายในการไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (ง่าย-ยาก)  
การที่จะตัดสินใจไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นสิ่งที่อยู่ในอำนาจที่ตนเองสามารถควบคุมได้  
และอยู่ที่ตัวท่านเอง (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง-เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การที่ท่านจะไปตรวจหาการติดเชื้อ  
เอชไอวี ไม่ได้อยู่ที่ตัวท่านเอง (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง-เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยใช้มาตรจำแนกความหมาย  
โดยใช้คำคุณศัพท์ขั้วคู่ (Bipolar adjective) เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละคำตอบแบ่งเป็น 7 ระดับ  
(Scale) คือ 7 6 5 4 3 2 1 โดยให้คะแนนมาตรขั้วปลายบวกมีค่าสูงที่สุดแล้วค่อย ๆ ลดลง  
และให้ขั้วลบมีค่าน้อยสุด คะแนนสูง หมายความว่า นักศึกษามีความมั่นใจในการตรวจหาการติด  
เชื้อเอชไอวีครั้งแรก ในระดับสูง ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 4-28 คะแนน คะแนนจริงอยู่  
ในช่วง 13-20 คะแนน

การแปลคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ให้เกณฑ์ 3 ระดับ คะแนนต่ำสุด เท่ากับ  
4 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 28 คะแนน

21-28 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยสูง

13-20 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย

ปานกลาง

4-12 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่ำ

การแปลผล คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยมาก หมายถึง มีระดับ  
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก  
ผู้วิจัยสร้างเองจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และการทบทวนวรรณกรรม

จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับความเป็นไปได้ใน 1 เดือน ชำนาญว่าจะมีการวางแผน ความตั้งใจ และมุ่งมั่นหรือต้องการที่จะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการตัดสินใจก่อนที่ จะแสดงพฤติกรรมออกมา เป็นการวัดทางตรง (Direct measurement) โดยใช้การวัดแบบภาพรวม ซึ่งคัดแปลงมาจากการจัดทำแบบสอบถาม โดยใช้ทฤษฎีตามแผนของ Francis et al. (2004) ใช้มาตร วัดจำแนกความหมาย โดยใช้คำคุณศัพท์ขั้วคู่ (Bipolar adjective) เป็นไปไม่ได้-เป็นไปได้มากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละคำตอบแบ่งเป็น 7 ระดับ (Scale) คือ 7 5 6 4 3 2 1 โดยให้คะแนนมาตร ขั้วปลายบวกมีค่าสูงที่สุดแล้วค่อย ๆ ลดลงและให้ขั้วลบมีค่าน้อยสุด คะแนนสูง หมายความว่า นักศึกษามีความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในระดับสูง ช่วงคะแนนที่เป็นไป ได้ระหว่าง 3-21 คะแนน คะแนนจริงอยู่ในช่วง 9-14 คะแนน

การแปลคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ให้เกณฑ์ 3 ระดับ คะแนนต่ำสุด เท่ากับ

3 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 21 คะแนน

15-21 คะแนน หมายถึง มีระดับระดับความตั้งใจสูง

9-14 คะแนน หมายถึง มีระดับความตั้งใจปานกลาง

3-8 คะแนน หมายถึง มีระดับความตั้งใจต่ำ

การแปลผล คะแนนความตั้งใจมาก หมายถึง มีความตั้งใจสูงต่อการเข้ารับบริการ ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

#### 1. ตรวจสอบความตรง (Validity)

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การวิจัยครั้งนี้แบบสอบถามทั้ง 7 ส่วนนั้น ผู้วิจัยได้ดัดแปลงการใช้ภาษาจากต้นฉบับจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เหมาะสม กับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ระดับอุดมศึกษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านเอดส์และวัยรุ่น จำนวน 4 ท่าน และผู้อำนวยการในทางปฏิบัติงานด้าน โรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชลบุรี จำนวน 1 ท่าน เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความสอดคล้อง และความชัดเจนในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พิจารณาแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามมา ปรับปรุงแก้ไข และนำข้อมูลที่ได้มาหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content validity index [CVI] ได้แก่ แบบสอบถามรูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่ม อ้าองในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ

ในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก และแบบสอบถามความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content validity index [CVI] ดังตารางที่ 2

## 2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยซึ่งมีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ในมหาวิทยาลัยที่ไม่ใช่นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แล้วหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้แก่แบบสอบถามรูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก แบบสอบถามการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก และแบบสอบถามความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีครั้งแรก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

แบบสอบถาม	ค่า (CVI)	ค่า (Cronbach's alpha coefficient)
1. รูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก	0.83	0.80
2. เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก	0.75	0.84
3. การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก	0.80	0.77
4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก	1.00	0.72
5. ความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก	1.00	0.78

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02-10-2560 การเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายสิทธิในการปฏิเสธหรือยอมรับในการเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีความลำบากใจหรือขัดข้องในการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากวิจัยได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ-สกุลในแบบสอบถาม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ เก็บใส่ซองอย่างมิดชิด เก็บโดยตัวตั้งต้นที่เข้าถึงและไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลเอกสารจะถูกเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อกไว้เรียบร้อย สำหรับข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูล โดยข้อมูลถูกวิเคราะห์ในภาพรวม และนำผลที่ได้มาใช้ในการศึกษาเท่านั้นการทำลายข้อมูลจะกระทำเมื่อสำเร็จการศึกษา และตีพิมพ์เผยแพร่

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลจำนวน 3 คน รวมเป็น 4 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษา ที่ได้รับการอบรม และแนะนำให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดของข้อคำถามทุกข้อ พร้อมทั้งได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องมาแล้ว หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหน้าที่จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงอธิการบดีมหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยทั้ง 3 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษา ประชุมร่วมกัน โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงวิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอธิบายถึงวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (RDS) โดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม สามารถสัมภาษณ์คุณสมบัติตัวตั้งต้นมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักหรือมีกิจกรรมทางเพศอื่น ๆ เช่น ทางปาก และคัดกรองแยกกับพนักงานบริการชาย (Male Sex Worker [MSW]) ได้ ต้องไม่เคยมีรูปแบบการซื้อขายบริการทางเพศ โดยไม่รับเงินหรือให้เงินหรือสิ่งของมีค่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ช่างสังเกต

และระบุลักษณะเฉพาะของตัวบุคคลได้ เช่น ใฝ่ รอยสัก เจาะหู และรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง

3. นักศึกษาที่เป็นผู้ช่วยวิจัย ประสานกับตัวตั้งต้นในแต่ละกลุ่มสาขาวิชา โดยมีลักษณะเฉพาะตามที่กำหนดไว้ โดยให้อิสระในการนัดหมายสถานที่ สถานที่ที่สามารถหาได้ง่าย มีลักษณะเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัวและปลอดภัย ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับแจกคู่มือ ลักษณะเฉพาะของคู่มือ 1 ชุด จะมีรายละเอียดรหัสสายตามกลุ่มสาขาวิชา และระบุหมายเลขคู่มือคนที่เท่าไร มีกำหนดวันหมดอายุของคู่มือ โดยมีกำหนดภายใน 1 เดือนในการใช้สิทธิ หลังจากเก็บได้ครบตามจำนวนโดยมีกระบวนการเลือกตัวตั้งต้นดังนี้

3.1 ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ตัวตั้งต้นแจกคู่มือ 3 ใบเพื่อให้ตัวตั้งต้นคัดเลือกเพื่อนมาเข้าร่วมการวิจัย

3.2 เมื่อเพื่อนมาเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยการวิจัยจะทำการตรวจสอบคู่มือและคัดกรองคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้ช่วยการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับคำอธิบายวิธีการตอบคำถาม โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลไว้ในแบบสอบถาม และการตอบแบบสอบถามเป็นแบบนิรนาม ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ แจกแบบสอบถามที่อยู่ในซองกระดาษพร้อมใบเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูลแก่ กลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม ผู้ช่วยวิจัยเก็บใบยินยอมและแจกแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

3.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยการวิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยสมบูรณ์ และตรวจสอบเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์แล้วให้เก็บอย่างมิดชิดในซองกระดาษ

3.4 ผู้ช่วยวิจัยออกคู่มือให้แก่ กลุ่มตัวอย่างสามคนที่ให้ข้อมูล คนละ 3 ใบพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดให้กับตัวตั้งต้นรุ่นต่อไป

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องแม่นยำแล้ว จึงตรวจให้คะแนนและลงรหัส และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการพรรณนาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสามารถในการทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี  
ครั้งแรก โดยใช้สถิติ (Multiple regression analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก ของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 107 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 20 ปี ( $SD = 1.82$ ) พบอายุ 19 ปี มากที่สุด ร้อยละ 25.2 รองลงมา คืออายุ 20 ปี ร้อยละ 22.4 และอายุ 18 ปี ร้อยละ 15.0 ชั้นปีที่ศึกษามากที่สุด คือชั้นปีที่ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 33.7 รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 28.0 และชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 26.2 สาขาวิชาที่เรียนกระจายอยู่ในกลุ่มที่เท่า ๆ กัน คือ กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ร้อยละ 33.6 กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร้อยละ 33.6 และกลุ่มสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 32.7 ภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 25.2 และภาคกลาง ร้อยละ 17.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.9 ไม่เคยมีประวัติการตรวจเลือด ร้อยละ 100 ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 91.5 และไม่มีประวัติการสักหรือเจาะหู ร้อยละ 89.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( $n = 107$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
( $M = 20$ ปี, $SD = 1.82$ ปี, $Min = 18$ ปี, $Max = 25$ ปี)		
18	16	15.0
19	27	25.2
20	24	22.4
21	12	11.2
22	15	14.0
23	5	4.7
24	5	4.7
25	3	2.8
ชั้นปีที่ศึกษา		
ปีที่ 1	13	12.1
ปีที่ 2	28	26.2
ปีที่ 3	30	28.0
ปีที่ 4 ขึ้นไป	36	33.7
สาขาวิชาหรือคณะที่ศึกษา		
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	36	33.6
กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	36	33.6
กลุ่มสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์	35	32.7
ภูมิภาคเพิ่มเติม		
ภาคตะวันออก	38	35.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	27	25.2
ภาคกลาง	19	17.8
ภาคเหนือ	12	11.2
ภาคใต้	11	10.3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	93	86.9
คริสต์	8	7.5
อิสลาม	6	5.6
ประวัติการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี		
ไม่เคย	107	100.0
เคย	0	0.0
ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ไม่เคย	98	91.5
เคย	9	8.5
ประวัติการสักหรือเจาะหู		
ไม่มี	96	89.7
มี	11	10.3

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

2.1 เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรสนิยมทางเพศ ส่วนใหญ่รักร่วมเพศ (ร้อยละ 74.8) รองลงมาคือ รักสองเพศ (ร้อยละ 21.5) และไม่สามารถระบุได้ (ร้อยละ 3.7) ตามลำดับ ซึ่งเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (ร้อยละ 78.5) และบทบาทพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยเป็นฝ่ายรับสูงสุด (ร้อยละ 42.1) รองลงมา คือ ฝ่ายทั้งรุกและรับ (ร้อยละ 33.6) และฝ่ายรุก (ร้อยละ 24.3) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมทางเพศ ( $n = 107$ )

พฤติกรรมทางเพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รสนิยมทางเพศ		
รักร่วมเพศ	80	74.8
รักสองเพศ	23	21.5
ไม่สามารถระบุได้	4	3.7
มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (ทางทวารหนัก)		
เคย	84	78.5
ไม่เคย	23	21.5
บทบาทพฤติกรรมกรรมกรมีเพศสัมพันธ์		
ฝ่ายรับ	45	42.1
ฝ่ายรุก	26	24.3
ทั้งฝ่ายรุกและรับ	36	33.6

2.2 เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมกรรมกรมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักพบว่า อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ อายุ 16 ปี อายุน้อยที่สุด คือ 12 ปี และอายุมากที่สุด คือ 22 ปี มีอายุเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในช่วง 16-19 ปี (ร้อยละ 57.1) รองลงมา คือ ช่วง 12-15 ปี (ร้อยละ 29.8) และ 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 13.1) มีจำนวนคู่นอนมากที่สุด 21 คน และน้อยที่สุด 1 คน ซึ่งช่วงจำนวนคู่นอนเฉลี่ยสูงสุด 2-9 คน (ร้อยละ 45.2) จำนวนคู่นอนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ มีจำนวนคู่นอน 1 คน (ร้อยละ 50) มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 55.4) รองลงมา คือ มากกว่า 1 เดือนแต่ไม่เกิน 3 เดือน (ร้อยละ 25.3) และมากกว่า 3 เดือนแต่ไม่เกิน 6 เดือน (ร้อยละ 10.8) ส่วนใหญ่ประเภทของคู่นอนในปัจจุบัน จะเป็นคู่นอนประจำหรือคนรัก (ร้อยละ 57.1) รองลงมา คือ คู่นอนชั่วคราว (ร้อยละ 27.4) และมีทั้งสองประเภท (ร้อยละ 15.5) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ผ่านมาในช่วง 3 เดือน ส่วนใหญ่จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ร้อยละ 51.2) รองลงมา คือ ไม่ใช้เลย (ร้อยละ 25.0) และใช้เกือบทุกครั้ง (ร้อยละ 13.1) และเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 78.6) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ( $n = 84$ )

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุที่เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
$(M = 16.64$ ปี, $SD = 2.10$ ปี, $Min = 12$ ปี, $Max = 22$ ปี)		
12-15 ปี	25	29.8
16-19 ปี	48	57.1
20 ปีขึ้นไป	11	13.1
จำนวนคู่นอนในชีวิต		
$(M = 5.67$ คน, $SD = 5.46$ คน, $Min = 1$ คน, $Max = 21$ คน)		
1 คน	22	26.2
2-9 คน	38	45.2
10 คนขึ้นไป	24	28.6
จำนวนคู่นอนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
$(M = 1.88$ , $SD = 1.19$ , $Min = 1$ คน, $Max = 5$ คน)		
1 คน	42	50.0
2 คน	27	32.1
3-5 คน	15	17.9
เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในรอบปีที่ผ่านมา		
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	46	55.4
มากกว่า 1 เดือนไม่เกิน 3 เดือน	21	25.3
มากกว่า 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	9	10.8
มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	8	8.5
ประเภทของคู่นอนในปัจจุบัน		
คู่นอนประจำหรือคนรัก	48	57.1
คู่นอนชั่วคราวหรือคู่นอนที่รู้จักกันผิวเผิน	23	27.4
มีทั้งสองประเภท	13	15.5

ตารางที่ 5 (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทางทวารหนัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ผ่านมาในช่วง 3 เดือน		
ใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	43	51.2
ใช้เกือบทุกครั้ง	11	13.1
ใช้บางครั้ง	9	10.7
ไม่เคยใช้เลย	21	25.0
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับการใช้ถุงยางอนามัย		
ใช้	66	78.6
ไม่ใช้	18	21.4

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษานี้ ตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้รูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาพบว่าโดยภาพรวมคะแนนเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 17.27 ( $SD = 5.47$ ) ซึ่งมีคะแนนค่อนข้างต่ำ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติค่อนข้างเชิงลบต่อการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 23.78 ( $SD = 5.28$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 19.85 ( $SD = 5.36$ ) อยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้รูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 24.00 ( $SD = 4.29$ ) การรับรู้อยู่ในระดับมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ช่วงของระดับคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่ได้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของปัจจัยที่ศึกษา ( $n = 107$ )

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วงของ คะแนนที่ เป็นไปได้	ช่วง คะแนน ที่ได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
1. เจตคติต่อการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวี	6-30	6-18	17.27	5.47	เชิงลบ
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	5-35	16-25	23.78	5.28	ปานกลาง
3. การรับรู้ความสามารถใน การควบคุมปัจจัย ฯ	4-28	13-20	19.85	5.36	ปานกลาง
4. การรับรู้รูปแบบ การบริการที่มีต่อการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวี	6-30	23-30	24.00	4.29	มาก

#### เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก

จากการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษา  
อุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี โดยภาพรวมมีคะแนนค่อนข้างต่ำ มีคะแนน  
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.27 ( $SD = 5.47$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าประเด็นที่นักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มี  
เพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี มีความคิดเห็นต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกใน  
เชิงลบ ได้แก่ น่าอาย ( $M = 2.11, SD = 1.25$ ) มีความยุ่งยาก ( $M = 2.28, SD = 1.57$ ) มีความน่ากลัว  
( $M = 2.41, SD = 1.33$ ) และเสียเวลา ( $M = 2.47, SD = 1.63$ ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก  
จำแนกตามรายชื่อ ( $n = 107$ )

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>
ไม่มีประโยชน์มากที่สุด-มีประโยชน์มากที่สุด	4.08	2.11
ไม่ควรทำมากที่สุด-ควรทำมากที่สุด	3.90	2.36
เสียเวลามากที่สุด-ไม่เสียเวลามากที่สุด (เชิงลบ)	2.47	1.63
น่ากลัวมากที่สุด-ไม่น่ากลัวมากที่สุด (เชิงลบ)	2.41	1.33
ยุ่งยากมากที่สุด-สะดวกมากที่สุด (เชิงลบ)	2.28	1.57
น่าอายมากที่สุด-ไม่น่าอายมากที่สุด (เชิงลบ)	2.11	1.25

#### การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก

จากการศึกษาพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.78 ( $SD = 5.28$ ) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าประเด็นที่นักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี มีคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ยเรียงลำดับจากน้อยไปมาก ได้แก่ สังคมรอบข้าง ( $M = 4.33$ ,  $SD = 1.42$ ) พ่อแม่/ผู้ปกครอง ( $M = 4.42$ ,  $SD = 1.59$ ) และเพื่อนสนิท ( $M = 4.82$ ,  $SD = 1.49$ ) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก จำแนกตามรายชื่อ ( $n = 107$ )

กลุ่มอ้างอิง	<i>M</i>	<i>SD</i>
บุคคลสำคัญ	5.22	1.44
คู่นอนประจำหรือคนรัก	4.97	1.63
เพื่อนสนิท	4.82	1.49
พ่อแม่/ ผู้ปกครอง	4.42	1.59
สังคมรอบข้าง	4.33	1.42

### การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี โดยภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.85 ( $SD = 5.36$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ประเด็นที่นักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยในทางบวกต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ยเรียงลำดับจากน้อยไปมาก ได้แก่ การตัดสินใจไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นสิ่งที่อยู่ในอำนาจที่ควบคุมได้ ( $M = 4.90$ ,  $SD = 1.48$ ) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ทำได้ ( $M = 4.94$ ,  $SD = 1.60$ ) การที่จะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่ขึ้นอยู่กับตนเองเท่านั้น ( $M = 4.96$ ,  $SD = 1.49$ ) ความมั่นใจของตนเองถ้าต้องการจะไปตรวจ ( $M = 5.22$ ,  $SD = 1.51$ ) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก จำแนกตามรายข้อ ( $n = 107$ )

ข้อคำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
Self-efficacy		
ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ถ้าฉันต้องการจะไป	5.22	1.51
ไป สำหรับฉันการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ทำได้	4.94	1.60
Controllability		
การที่ฉันจะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่ขึ้นอยู่กับฉันเท่านั้น	4.96	1.49
การตัดสินใจไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นสิ่งที่อยู่ในอำนาจที่ฉันควบคุมได้	4.90	1.48

### การรับรู้รูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้รูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี โดยภาพรวม มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.00 ( $SD = 4.29$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าประเด็นที่นักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี มีคะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับจากน้อยไปมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ การบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีการบริการที่เป็นกันเอง เข้าใจ และเข้าถึงผู้รับบริการ ( $M = 3.89$ ,  $SD = 0.90$ ) มีบริการที่เบ็ดเสร็จในจุดเดียว สามารถรับทราบผลการตรวจหาการติดเชื้อ



เอชไอวีที่รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอยผลเลือด ( $M = 3.96, SD = 0.93$ ) และการบริการตรวจ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยคนไทยมีสิทธิประโยชน์ในการขอรับคำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง ( $M = 3.96, SD = 0.95$ ) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีครั้งแรก จำแนกตามรายชื่อ ( $n = 107$ )

ข้อคำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ท่านคิดว่าการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นบริการที่ตอบสนองตรงกับความต้องการของท่าน และเข้าถึงง่าย	4.13	0.97
2. ท่านคิดว่าการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีการบริการที่เป็นระบบ ลงทะเบียนในการตรวจ ให้คำปรึกษาและมีกระบวนการรักษาความลับในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ใช้บริการ เป็นคลินิกนิรนาม ไม่ระบุชื่อ ข้อมูลไม่ถูกเปิดเผย	4.07	0.70
3. ท่านคิดว่าสถานบริการที่ท่านสามารถไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีบริการที่สะดวก รวดเร็ว	3.97	0.90
4. การบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีการบริการตรวจโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยคนไทยมีสิทธิประโยชน์ในการขอรับคำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง	3.96	0.95
5. ท่านคิดว่าสถานบริการที่ท่านสามารถไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีบริการที่เบ็ดเสร็จในจุดเดียว สามารถรับทราบผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอยผลเลือด	3.96	0.93
6. ท่านคิดว่าการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีการบริการที่เป็นกันเอง เข้าใจ และเข้าถึงผู้รับบริการ	3.89	0.90

#### ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก

จากการศึกษาพบว่า ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก ของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี โดยภาพรวม มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.51 ( $SD = 5.28$ ) จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 21 คะแนนความตั้งใจในระดับต่ำ 28 คน ร้อยละ 26.2 ระดับปานกลาง

49 คน ร้อยละ 45.8 และความตั้งใจในระดับสูง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 มีคะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับจากน้อยไปมาก ได้แก่ต้องการ ( $M = 3.81, SD = 1.80$ ) คาดว่า ( $M = 3.89, SD = 1.81$ ) ตั้งใจ ( $M = 4.06, SD = 1.73$ ) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตั้งใจการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก จำแนกตามรายชื่อ ( $n = 107$ )

ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกใน 1 เดือน	M	SD
ตั้งใจ (เป็นไปไม่ได้มากที่สุด-เป็นไปได้อย่างมาก)	4.06	1.73
คาดว่า (เป็นไปไม่ได้มากที่สุด-เป็นไปได้อย่างมาก)	3.89	1.81
ต้องการ (เป็นไปไม่ได้มากที่สุด-เป็นไปได้อย่างมาก)	3.81	1.80

### ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆต่อความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในอีก 1 เดือนข้างหน้า ได้แก่ เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และการรับรู้รูปแบบการบริการต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก โดยใช้สถิติวิเคราะห์สมการถดถอยแบบลดหลั่น (Hierarchical multiple regression analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังนี้

1. การทดสอบตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีการแจกแจงแบบปกติ
2. ค่า Error มีการแจกแจงแบบปกติ เป็นอิสระต่อกัน ไม่มี Autocorrelation ทดสอบค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.829
3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น พบว่า ไม่มี Multicollinearity โดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson' correlation coefficient) ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นคู่ใดที่มีความสัมพันธ์เกินกว่า .85 และได้ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .285-.958 ซึ่งมากกว่า .20
4. ไม่มี Outliner ทำ Scatter Plot มีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และจุดกระจายไม่เกิน +/-3

เมื่อพิจารณาความตั้งใจโดยภาพรวม ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยแบบลดหลั่น (Hierarchical multiple regression) พบว่า ตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกสูงสุด คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ( $\beta = .408$ ) ความสามารถแห่งตนในการควบคุมปัจจัย ( $\beta = .361$ ) เจตคติ ( $\beta = .209$ ) และการรับรู้รูปแบบบริการ ( $\beta = .187$ ) ตามลำดับ ทั้ง 4 ตัวแปรร่วมอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจต่อการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกได้ร้อยละ 25.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $R^2_{adj} = .257, F_{Change} = 8.339, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก ของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ( $n = 107$ )

Variables	Step1			Step 2		
	b	SE (b)	$\beta$	b	SE (b)	$\beta$
1. เจตคติ	.170	.071	.213	.167	.069	.209
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.402	.088	.402	.408	.087	.408
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย	.320	.099	.322	.360	.098	.361
4. รูปแบบการบริการ				.233	.104	.187
ค่าคงที่				18.940	5.309	
$R^2$		.235		.292		
$R^2_{Adj}$	.227			.257		
$R^2_{change}$	-			0.292		
$F_{change}$	7.842			8.339		

จากการวิเคราะห์หิวเคราะห์พหุคูณถดถอยแบบลดหลั่น สร้างเป็นสมการทำนายความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก ในภาพรวมของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี ได้ดังนี้

สมการการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

สมการ คือ  $Y = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_nx_n$

$$Y_{\text{ความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี}} = 18.940 + .167x_{\text{เจตคติ}} + .408x_{\text{การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง}} + .360x_{\text{การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย}} + .233x_{\text{รูปแบบการบริการ}}$$

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกสูงสุดคือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ( $\beta = .408$ ) ความสามารถแห่งตนในการควบคุมปัจจัย ( $\beta = .233$ ) และ เจตคติ ( $\beta = .167$ ) ตามลำดับ ทั้ง 3 ตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจต่อการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกได้ ร้อยละ 22.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $R^2 = .235$ ,  $R^2_{\text{adj}} = .227$ ,  $F_{\text{Change}} = 7.842$ ,  $p < .001$ ) เมื่อเพิ่มตัวแปรการรับรู้รูปแบบการบริการ ( $\beta = .187$ ) สามารถร่วมทำนายความตั้งใจ เป็นร้อยละ 25.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $R^2 = .292$ ,  $R^2_{\text{adj}} = .257$ ,  $F_{\text{Change}} = 8.339$ ,  $p < .001$ )

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาอุดมศึกษาชายในจังหวัดชลบุรี จำนวน 107 คน โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ประกอบไปด้วย 7 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ แบบสอบถามการรับรู้รูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก และแบบสอบถามความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80 .84 .77 .72 และ .78 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมทางเพศ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบแบบลดหลั่น (Hierarchical multiple regression) ซึ่งผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 107 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 20 ปี ( $SD = 1.82$ ) ภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 35.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.9 ไม่มีประวัติการตรวจเลือด ร้อยละ 100.0 และไม่มีประวัติการสักหรือเจาะหู ร้อยละ 89.7

2. พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ส่วนใหญ่รักร่วมเพศ (ร้อยละ 74.8) บทบาทพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์โดยเป็นฝ่ายรับ (ร้อยละ 42.1) อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ อายุ 16 ปี จำนวนคู่นอนในชีวิตเฉลี่ย 5 คน มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในรอบปี ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.4) ประเภทของคู่นอนในปัจจุบันเป็นคู่นอนประจำหรือคนรัก (ร้อยละ 57.1) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ผ่านมาในช่วง 3 เดือน ส่วนใหญ่จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ร้อยละ 51.2) และเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 78.6)

3. ความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.51 ( $SD = 5.28$ ) ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

4. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี ตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ( $\beta = .408$ ) ความสามารถแห่งตนในการควบคุมปัจจัย ( $\beta = .233$ ) และ เจตคติ ( $\beta = .167$ ) ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจต่อการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกได้ ร้อยละ 22.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $R^2 = .235, R^2_{adj} = .227, F_{Change} = 7.842, p < .001$ ) เมื่อเพิ่มตัวแปรการรับรู้รูปแบบการบริการ ( $\beta = .187$ ) สามารถร่วมทำนายความตั้งใจ เป็นร้อยละ 25.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $R^2 = .292, R^2_{adj} = .257, F_{Change} = 8.339, p < .001$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีประเด็นที่นำมาอภิปราย ดังนี้

1. ความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกภายในหนึ่งเดือนข้างหน้าของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจค่อนข้างต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.51 ( $SD = 5.28$ ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจเชื่อว่าตนเองมีพฤติกรรมที่เสี่ยงน้อยหรือไม่มีความเสี่ยง จึงตั้งใจจะไปตรวจไม่สูงมาก จะเห็นได้จากการที่เกือบครึ่งหนึ่งมีคู่นอนประจำอย่างเดียว (ร้อยละ 50) และร้อยละ 64.3 ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ รวมทั้งอัตราการใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายสูงถึง ร้อยละ 78.60 และสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นชายทั่วไปที่อายุใกล้เคียงกัน (มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายในนักเรียนชาย ม.5 ร้อยละ 67.4 นักเรียนชาย ปวช. 2 ร้อยละ 75.0 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2559) รวมทั้งอาจเกิดจากนโยบายการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนเป็นนโยบายใหม่ และยังมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ยังไม่แพร่หลายในกลุ่มเยาวชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และยังคงเป็นปัจจัยที่ส่งผลการตัดสินใจหรือตั้งใจเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพโรจน์ จันทรมณี และสุปรียา จันทรมณี (2557) พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือน มีเพียงร้อยละ 46.3 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ ร้อยละ 90 ทั้งนี้ จากแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี พ.ศ. 2557-2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีบริการตรวจคัดกรองเอดส์โดยสมัครใจ และเป็นความลับ (Voluntary HIV Counseling and Testing [VCT])

ให้แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถเข้ารับบริการตรวจเลือดเอง โดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ปกครอง ได้ มีการพัฒนาระบบการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่งทั่วประเทศ สามารถแจ้งผลเลือดได้ภายในวันเดียว โดยใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียว สามารถรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ฟรีทุกสิทธิการรักษา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

2. ปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.1 เจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ และมีความสัมพันธ์เชิงบวก ( $\beta = .209, p < .018$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติเชิงบวกต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกสูงด้วย เนื่องจากเจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของตัวบุคคล โดยบุคคลนั้นมีความเชื่ออย่างหนักแน่นว่าจะเกิดผลดีก็จะเลือกปฏิบัติตามความเชื่อของตนเอง (Ajzen & Fishbein, 1980) ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะเกิดผลเสีย ก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้นและจะเลือกไม่ปฏิบัติ จะเห็นได้จากในผลการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างยังมีเจตคติเชิงลบต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ และส่งผลต่อความตั้งใจไปตรวจเลือดที่ยังอยู่ในระดับต่ำ ความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้องที่พบได้แก่ ความอาย ความขุ่ยยาก และมีความน่ากลัวที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำที่สุด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงลบต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ความอาย ( $M = 2.11, SD = 1.25$ ) มีความขุ่ยยาก ( $M = 2.28, SD = 1.57$ ) และมีความน่ากลัว ( $M = 2.41, SD = 1.33$ ) นั้นแสดงว่า โรคเอดส์ยังคงเป็นโรคที่ตีตราสูงมากในสังคมไทย เพราะคนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น พฤติกรรมสำต่อทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมและถูกมองว่าเป็นปัญหาต่อสังคม ทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวและความกดดันจากสังคมเป็นอย่างมาก (นิพนธ์ ดาราวุฒิมมาประกรณ์, 2558) นอกจากนี้กฎหมายบางประเทศยอมรับในเพศเดียวกันในการจดทะเบียนคู่ชีวิตได้ ไม่ว่าจะเป็นประเทศ อังกฤษ สกอตแลนด์ ไอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส เป็นต้น แต่ในประเทศไทยยังไม่ได้มีการรับรองตามกฎหมายในด้านนี้ จึงยังเห็นความไม่เสมอภาคด้านสิทธิในครอบครัวของกลุ่มที่เป็นเพศเดียวกัน และยังพบการตีตราในสังคมไทยอยู่ (ฉัตรชัย เอมราช, 2558)

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อุปสรรคที่มีผลต่อการตรวจ คือ ความเป็นกังวล และความอายในการที่จะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Schnall et al., 2013) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความกลัวว่าจะติดโรคเอดส์ ร้อยละ 39.4 เป็นปัจจัยหลักในการมาตรวจ VCT ( $OR = .55, p < 0.05$ ) (Gu et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมต่อความตั้งใจของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ ความตั้งใจ ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .28, p < .01$ ) และพิจารณารายข้อ พบว่า เจตคติเชิงลบ เกิดจากการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เป็นที่รังเกียจของสังคม และคนรอบข้าง ( $M = 8.19, SD = 5.38$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในพฤติกรรมอื่น พบสอดคล้องกัน คือ เจตคติสามารถทำนายความตั้งใจดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงได้สูงสุด โดยนักเรียนมีความคิดเห็นในด้านบวกจึงนำไปสู่ความตั้งใจ ( $\beta = .294, p < .001$ ) (วชิรา ปิยะพันธุ์ และคณะ, 2559)

2.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\beta = .408, p < .001$ ) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสูงมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกสูงด้วย เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลว่าคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ๆ การรับรู้นี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความจริงได้ ซึ่งมี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative belief) กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply) ถ้าบุคคลได้รู้ว่าคนที่มีความสำคัญต่อเขาได้ทำพฤติกรรมนั้น หรือต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามและทำตามด้วย (Ajzen & Fishbein, 1980) ในการศึกษาพบว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลกับกลุ่มตัวอย่างมากในการไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก คือ คู่นอนประจำ หรือคนรัก ( $M = 4.97, SD = 1.63$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมต่อความตั้งใจของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพียงตัวแปรเดียวที่มีอำนาจการทำนายสูง และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\beta = .41, p < .001$ ) และกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ภรรยา กลุ่มที่มีอิทธิพลรองลงมา คือ เพื่อนสนิท ( $M = 4.82, SD = 1.46$ ) และ พ่อแม่/ผู้ปกครอง ( $M = 4.42, SD = 1.59$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายอายุเฉลี่ย 20 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการการยอมรับจากคนใกล้ชิดคนรัก เพื่อนสนิท



การยอมรับจากเพื่อน ดิฉันสังคมเพื่อน (อาภาพร เฟอร์พัฒนา, นฤมล เอี่ยมณีกุล และสุนีย์ ละกำป็น, 2560) และวัฒนธรรมไทยมีลักษณะเป็นเครือญาติ บุคคลใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญเช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ บังอร เทพเทียน และคณะ (2558) ได้ศึกษาในกลุ่มพนักงานบริการและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 317 ราย การมีคนที่เป็นสนิท ใกล้ชิดชักชวนให้ไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจะมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น

2.33 เท่าของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้ถูกชักชวน การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจได้ ( $M = .259, p < .001$ ) โดยกลุ่มที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ เพื่อนสนิท (วชิรา ปิยะพันธุ์ และคณะ, 2559)

### 2.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย (Perceived behavioral control)

มี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) และความเชื่อของบุคคลว่าสามารถควบคุมตนเองในการทำพฤติกรรม (Behavior controllability) ถ้าบุคคลเชื่อว่ามีความสามารถ ความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดังที่เขาตั้งใจ เขาก็จะแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ (Ajzen & Fishbein, 1980) ซึ่งความสามารถแห่งตนในการควบคุมปัจจัยนั้นสามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในทางบวกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\beta = .233, p < .028$ ) หมายความว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าถ้าตนเองมีความสามารถในการควบคุมตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกสูงด้วย สามารถอธิบายได้จาก Bandura (1997) กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความรับรู้ความสามารถในตนเองสูง ก็จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน แต่ถ้านักศึกษามีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำบุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

โดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย (Perceived behavioral control) เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจ ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วมีปัจจัยที่มีผลมากที่สุดที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจ คือ ความมั่นใจว่าจะสามารถไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ถ้าต้องการที่จะไป ( $M = 4.90, SD = 1.48$ ) และเป็นสิ่งที่ควบคุมได้การจะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ขึ้นอยู่กับฉันเท่านั้น ( $M = 4.96, SD = 1.49$ ) ถึงแม้ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาความตั้งใจในการไปตรวจ ซึ่งเป็นการศึกษาครั้งแรก ยังไม่มีประสบการณ์ แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามารถในการควบคุมตนเอง อาจเกิดจากเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาดีและมีการเรียนรู้ในการป้องกันตนเองภายในกลุ่มสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าตนเองสามารถไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสื่อวิดีโอ สื่อมวลชน เสียงตามสาย อินเทอร์เน็ตในกลุ่มประชากรทั่วไป

การใช้สื่อวิดีโอและสื่อมวลชนช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 11-95 (วรรณญา รัตนวิภาพงษ์ และยศ ตีระวัฒนานนท์, 2556) การประชาสัมพันธ์ เสี่ยงตามสายในหมู่บ้าน ช่วยกลุ่มที่เข้าถึงยาก เช่น เยาวชน MSM เข้ารับบริการ VCT มากขึ้น ร้อยละ 95 (ปริยา ใจกล้า, 2557) ส่วนในต่างประเทศ Zou et al. (2013) พบว่า การใช้ข้อความอินเทอร์เน็ตนั้นเป็นแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้ารับบริการตรวจ VCT 30% สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin et al. (2007) ได้ทำการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่พบว่า การโฆษณาทางเว็บเพจ มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจ VCT 8.0 %

สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .34, p < .01$ ) (เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552) ส่วนในกลุ่มผู้ต้องขังชาย พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยสามารถร่วมทำนายความตั้งใจได้ร้อยละ 12 ( $R = .347, R^2 = .120, F = 13.925, p < .001$ ) (อังคณา แจ่มนิยม และคณะ, 2560) ถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ต้องขังจะเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก แต่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ และเพราะนโยบายส่งเสริมการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีที่ทำให้เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ให้ความร่วมมือ ก็สามารถจัดการกับปัจจัยได้ ส่วนในการศึกษาความตั้งใจในพฤติกรรมอื่นในวัยรุ่นชาย พบว่า ความมั่นใจในการปฏิเสธเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงสามารถทำนายความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\beta = -.226, p < .0001$ ) (วชิรา ปิยะพันธุ์ และคณะ, 2559)

2.4 การรับรู้รูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกสามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ ( $\beta = .187, p < .019$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 นั้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว มีความปลอดภัยและไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำให้มีแนวโน้มจะตั้งใจไปรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงด้วย รูปแบบการบริการที่มีผลต่อการไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกมากที่สุด คือการบริการที่ตอบสนองตรงกับความต้องการของท่าน และเข้าถึงง่าย ( $M = 4.13, SD = 0.97$ ) รองลงมาคือ มีกระบวนการรักษาความลับในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ใช้บริการ เป็นคลินิกนิรนาม ไม่ระบุชื่อ ข้อมูลไม่ถูกเปิดเผย ( $M = 4.02, SD = 0.70$ ) ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นการปกปิดเป็นความลับของ บังอร เทพเทียน และคณะ (2558) ทำการศึกษาความพึงพอใจต่อการปกป้องความลับในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า 2 ใน 3 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความพึงพอใจต่อการปกป้องความลับ ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Shin et al.

(2007) ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปจำนวน 264 คน ซึ่งเข้ารับบริการตรวจ VCT ที่ KADA ในเมืองกรุงโซล ชาวอนและแทกู พบว่า เหตุผลสำคัญในการรับบริการ คือ มีการปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อร้อยละ 18.5 และมีบริการที่สะดวก รวดเร็ว ( $M = 3.97, SD = 0.90$ ) และสอดคล้องกับ สุมาลัย คมใส และคณะ (2557) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการให้บริการและมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการทำ Pre-posttest counseling และ Ongoing counseling การให้ข้อมูลในการให้การปรึกษามีกำหนดช่องทางพิเศษในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ช่วยเพิ่มอัตราการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และเมื่อทราบผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นบวกแล้วสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ทันที

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### 1. เชนนโยบาย

ประสานงานกับกระทรวงศึกษาธิการ/ มหาวิทยาลัย กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมป้องกัน การเข้าถึงข้อมูล การบริการเชิงรุก พร้อมทั้งสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแก่นักศึกษามหาวิทยาลัย

### 2. เชนปฏิบัติการ

2.1 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรสร้างเสริมทำความเข้าใจเกี่ยวกับเจตคติที่ถูกต้องแก่นักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเกี่ยวกับความเชื่อที่ผิด ๆ ไม่ว่าจะเป็น ความน่ากลัว ความน่าอาย ให้เกิดเจตคติที่ถูกต้องให้เห็นถึงประโยชน์ ซึ่งให้เห็นถึงข้อดี และข้อเสียจากการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

2.2 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรกระตุ้นให้บุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไม่ว่าจะเป็น คนรัก เพื่อนสนิท และครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการจูงใจให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจในประโยชน์ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยสนับสนุนส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นสิ่งที่ดี มีการเสริมแรงจูงใจ เพื่อโน้มน้าวให้นักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความตั้งใจในการไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น

2.3 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรกระตุ้นและส่งเสริมให้นักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเข้ารับการตรวจเลือด โดยสร้างต้นแบบในกลุ่ม MSM ที่เคยรับการตรวจและมีประสบการณ์ที่ดีในการตรวจที่สามารถโน้มน้าวให้คนกลุ่มนี้เข้ารับการตรวจได้

2.4 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบ  
ควรมีการพัฒนารูปแบบการบริการที่เป็นกันเองเข้าใจและเข้าถึงผู้รับบริการ มีบริการที่เบ็ดเสร็จ  
ในจุดเดียว สามารถรับทราบผลการตรวจที่รวดเร็ว และลดระยะเวลาการรอคอย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเพียงความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก  
ไม่ได้ติดตามศึกษาถึงพฤติกรรม การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจริง ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติม  
พฤติกรรม การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่เข้ารับบริการตรวจจริง
2. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่ไปกับงานวิจัยเชิงปริมาณเพื่อให้สามารถได้ข้อมูลเชิงลึก  
ถึงสาเหตุที่แท้จริงของการไม่เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะได้ทำให้เข้าใจถึงปัญหาได้  
ดียิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

- กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานมัย. (2552). การศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีใน 7 กลุ่มประชากรเป้าหมายปี 2552. กรุงเทพฯ: กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานมัย.
- กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานมัย. (2558). พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพมหานคร: กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานมัย.
- เกษรวิ ละม้ายสกุล. (2555). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์. (2553). บริการปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจรักษาความลับ. เข้าถึงได้จาก <http://www.tncathai.org/activity/act12f.pdf>
- จิรภัทร หลงกุล และสุพรรณิ พรหมเทศ. (2555). การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(2), 29-38.
- ฉัตรชัย เอมราช. (2558). ความไม่เสมอภาคในการบันทึกทางทะเบียนเป็นผู้ติดตามร่างพระราชบัญญัติการจดทะเบียนคู่ชีวิต พ.ศ. ... วารสารกฎหมายสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 33(1), 213-229.
- ฉัตรปวีณ์ จรัสวารวัฒน์. (2554). วิทยาการระบาด (พิมพ์ครั้งที่ 2). สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ทงศรี ภูริศรี. (2557). การให้บริการปรึกษาและตรวจเอชไอวีเชิงรุกแบบทราบผลวันเดียวในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย. เข้าถึงได้จาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2852>
- ธนิดา ผาติเสนะ. (2554). รูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพแกนนำนักศึกษาในการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16(7), 864-873.

- ธีรรัตน์ เชนนะสิริ. (2557). การศึกษาเชิงคุณภาพถึงสาเหตุที่เยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย  
ไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ. เข้าถึงได้จาก [http://aidssti.ddc.moph.go.th/  
researchs/view/2884](http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2884)
- นิพนธ์ คาราวุฒิมาประภณ. (2558). การตีตราชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกระบวนการ  
ดำเนินงานแก้ไขเอดส์. เข้าถึงได้จาก [http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/  
Download/Article\\_Files/10-MSM-Niphon.pdf](http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/Download/Article_Files/10-MSM-Niphon.pdf)
- เนตรนภา พรหมมา, จรวยพร สุภาพ, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์  
และสุปรียา ต้นสกุล. (2554). ปัจจัยคัดทำนายนความตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของ  
นักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 ในมหาวิทยาลัย. *วารสารนเรศวรพะเยา*, 6(2), 157-167.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). การให้การปรึกษาทางสุขภาพกับชายรักเพศ  
เดียวกัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 123-128.
- นัยนันท์ สุวรรณกนิษฐ์. (2557). การพัฒนารูปแบบคลินิกให้การปรึกษาเคลื่อนที่ อำเภอแม่ทะ  
จังหวัดลำปาง (*Mobile VCCT*). เข้าถึงได้จาก [http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/  
view/2854](http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2854)
- บงอร เทพเทียน, สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, กัญญา อภิพรชัยกุล, พกตร์วิมล สุกลักษณ์ศึกษการ  
และภูษิต ประคองสาย. (2558). ปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการขอคำปรึกษา  
โดยสมัครใจและการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีสำหรับ กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง  
ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของประเทศไทย. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*,  
22(1), 11-20.
- เบญจพร พงศ์อำไพ, ประณีต ส่งวัฒนา และ อุมพร ปุญญโสพรรณ. (2552). ปัจจัยทำนาย  
ความตั้งใจของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรถ์ในการมาใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อ  
เอชไอวี. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(4), 70-81.
- ปรียา ใจกล้า. (2557). *ตามรอย VCT เชียงคำ*. เข้าถึงได้จาก [http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/  
view/2860](http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2860)
- เปรมจิตร ต้นบุญยืน, ยุวดี ลีลัคณาวิระ และพรนภา หอมสินธุ์. (2558). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของ  
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 80-97.
- ผาสุก ลิ้มรัตนพิมพ์. (2551). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย  
เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2552). *เพศวิถีการรับรู้ความเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของวัยรุ่นชาย:กรณีศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- พลสุข บุญก่อเกื้อ. (2556). *ค่านิยมทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออกวิทยาเขตจันทบุรี*. บทความวิจัย นิตยสารหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ไพบุลย์ โล่สุนทร. (2550). *ระบาดวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพโรจน์ จันทรมณี และสุปรียา จันทรมณี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มสาวประเภทสอง ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข*, 46(3), 33-41.
- ไพโรจน์ จันทรมณี และสุปรียา จันทรมณี. (2559). ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย โดยวิธีการสุ่มเลือกตัวอย่าง แบบวัน เวลา สถานที่ และการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบส่งต่อ. *วารสารควบคุมโรค กรมควบคุมโรค*, 42(4), 269-279.
- มนตรี พิริยะกุล. (2551). *ตัวอย่างกรอบแนวคิด*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- มลิวัลย์ แก้วมะเริง, ภาวิณี มนตรี และเจตสุภา สมางชัย. (2556). *พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดลพบุรี*. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตชายแดนไทย-ลาว. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 86-96.
- รัชฎภรณ์ อึ้งเจริญ. (2552). *การทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพฯ: โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2558). *วิทยาการระบาดสำหรับพยาบาลชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2556). รูปแบบบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*, 7(4), 452-461.
- วารุณี ปริยะ. (2557). พัฒนาระบบบริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีให้ทราบผลในวันเดียว. เข้าถึงได้จาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2891>
- วชิรา ปิยะพันธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายความตั้งใจต่อการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงในนักเรียนอาชีวศึกษาชาย จังหวัดชัยนาท. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 85-96.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยและการแปลความหมาย. *ข่าวสารวิจัยทางการศึกษา*, 18(3), 8-11.
- วิภา ค่าน้ำรวงกุล. (2557). พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา. เข้าถึงได้จาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2875>
- ศิตาพร ยังกง, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, ธนัญญา คู่พิทักษ์จร, ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, ลีลี อิงศรีสว่าง, เดช เกตุฉำ, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2556). การจัดลำดับความสำคัญของโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ควรคัดกรองในประชากรไทย. *วารสารวิจัยสาธารณสุข*, 7(3), 331-345.
- สภาเทคนิคการแพทย์. (2560). *คู่มือการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเทคนิคการแพทย์*. กรุงเทพฯ: พีเอส เซอร์วิส.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล*. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. (2558). *การเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดชลบุรี*. เข้าถึงได้จาก <https://www.nhso.go.th/frontend/page>
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1268>
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ภาพรวมสถานการณ์การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2556*. เข้าถึงได้จาก [http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128\\_31017647.pdf](http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_31017647.pdf)



- สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก [http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128\\_61345755.pdf](http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_61345755.pdf)
- สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558*. เข้าถึงได้จาก [https://www.m-society.go.th/article\\_attach/16152/19150.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/16152/19150.pdf)
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แถลงข่าว VCT Day 1 กรกฎาคม*. เข้าถึงได้จาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/432>
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*. เข้าถึงได้จาก <http://e-library-aidssti.ddc.moph.go.th/books/detail/317>
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558*. เข้าถึงได้จาก <http://www.silomclinic.in.th/file/56172cc9dc819.pdf>
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. เข้าถึงได้จาก [http://www.thaiidsociety.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=79&Itemid=86](http://www.thaiidsociety.org/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=86)
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2558). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2559). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุธิดา อินทรเพชร, ชมนาด พจนามาตร์ และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2551). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(4), 72-85.
- สุปรียา ตันสกุล. (2546). *กระบวนการเรียนรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุมาลัย คมใส. (2557). การพัฒนาคุณภาพการปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีแบบ  
ทราบผลในวันเดียว. เข้าถึงได้จาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2858>
- อภาพร เผ่าวัฒนา. (2552). การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น: การมีส่วนร่วมของ  
ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์โรเบิร์ต.
- อภาพร เผ่าวัฒนา, นฤมล เอื้อมณีกุล และสุนีย์ ละกำป็น. (2560). การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง  
ทางเพศของวัยรุ่น: แนวคิดและการจัดการหลายระดับ. กรุงเทพฯ: โปเทค คอทคอม.
- อังคณา แจ่มนิยม, นิสากร กรุงไกรเพชร และสุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2560). ปัจจัยทำนาย  
ความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 7.  
*วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 57-68.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*.  
Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes personality and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision  
Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a theory of planned behavior questionnaire*. Retrieved from  
<http://people.umass.edu/~ajzen/pdf/pb.measurement.pdf>
- Ananworanich, J., Chitwarakorn, A., & Wimonasate, W. (2013). HIV and syphilis infection  
among men who have sex with men attending the Silom Clinic. *Morbidity and  
Mortality Weekly Report*, 62(25), 518-520.
- Brito, A. M., Kendall, C., Kerr, L., Mota, R. M. S., Guimaraes, M. D. C., & Dourado, I. (2015).  
Factors associated with low levels of HIV testing among men who have sex with men  
[MSM] in Brazil. *PLOS ONE*, 10(6), 1-13.
- Francis, J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A. E., Grimshaw, J. M., Foy, R., Kaner, E. F. S.,  
Smith, L. & Bonetti, D. (2004). *Construction questionnaires based on the theory of  
planned behaviors: A manual for health services researchers*. Newcastle Upon Tyne,  
UK: Centre for Health Services Research, University of Newcastle Upon Tyne.
- Fishbein, M. (2009). An integrative model for behavioral prediction and its application to health  
promotion. In R. J. Diclemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging  
theories in health promotion practice and research* (2<sup>nd</sup> ed.; pp. 215-234).  
San Francisco, CA: John Wiley & Sons.

- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, practice*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Gu, J., Lau, J. T. F., & Tsu, H. (2011). Psychological factors in association with uptake of voluntary counseling and testing for HIV among men who have sex with men in Hong Kong. *Public Health, 125*, 275-282.
- Kendall, C., Kerr, L. R., Gondim, R. C., Werneck, G. L., Macena, R. H., Pontes, M. K. (2008). An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS and Behavior Journal, 12*(4), 97-104.
- Lau, J. T. F., Gu, J., Tsui, H. Y., & Wang, Z. (2013). Prevalence and associated factors of intention to participate in HIV voluntary counseling and testing for the first time among men who have sex with men in Hong Kong, China. *Preventive Medicine, 57*(6), 813-818.
- Marrye, S. S., Medhin, G., & Wolodeyohannes, D. (2014). Perception of high school students on risk for HIV and use of VCT service for HIV in Ethiopia. *International Journal of Infectious Diseases, 21*(1), 394.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Schnall, R., Rojas, M., & Travers, J. (2015). Understanding HIV testing behaviors of minority adolescent: A health behavior model analysis. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 26*(3), 246-258.
- Shin, S. R., Kang, H. S., & Moneyham, L. (2007). Characteristics of individuals seeking voluntary counseling and testing for HIV infection in South Korea. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 18*(5), 24-33.
- Stanley, L., David, W. H., Janelle, K., & Stephen, K. L. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Uzochukwu, B., Uguru, N., Ezeoke, U., Onwujekwe, O., & Sibeudu, T. (2011). Voluntary counseling and testing [VCT] for HIV/ AIDS: A study of the knowledge, awareness and willingness to pay for VCT among students in tertiary institutions in Enugu State Nigeria. *Health Policy, 99*, 277-284.
- Van Grinsven, F. (2012). *Evidence of an explosive epidemic of HIV infection in a cohort of men who have sex with men in Bangkok Thailand*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23169330>AID.
- Zou, H., Wu, Z., Yu, J., Li, M., Ablimit, M., Li, F. (2013). Internet-facilitated, voluntary counseling and testing [VCT] clinic-based HIV testing among men who have sex with men in China. *PLoS One, 8*(2), 1-9.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

(สำเนา) แบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

(สำเนา) การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

(สำเนา) หนังสือการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี

Predictive Factors of Intention to HIV Testing for the First Time among Male University Students Who Have Sex with Men in Chonburi Province

ชื่อนิสิต นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง

รหัสประจำตัวนิสิต 58920038 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 10 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นักศึกษาอุดมศึกษาชาย ที่มีอายุ 18-25 ปี จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 107 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 3 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## สำเนา



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๒๑๖๓

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง รหัสประจำตัว ๕๘๙๒๐๐๓๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติ  
เค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษา  
อุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ เป็น  
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลจาก  
กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาชาย ที่มีอายุระหว่าง ๑๘-๒๕ ปี จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน -  
๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ดังนี้

- |                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| ๑. คณะวิทยาการจัดการ            | จำนวน ๑๐ ราย |
| ๒. คณะครุศาสตร์                 | จำนวน ๑๐ ราย |
| ๓. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ | จำนวน ๑๐ ราย |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา





## สำเนา บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร.๒๕๕๖  
ที่ ศธ ๒๒๐๖/๓๓๑๒ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิติสทเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน คณบดีคณะวิศวกรรมศาสตร์

ด้วย นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง รหัสประจำตัว ๕๘๙๒๐๐๓๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติ  
เค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษา  
อุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ เป็น  
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิติสทเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อ  
ดำเนินการวิจัยคือ นักศึกษาชาย ที่มีอายุระหว่าง ๑๘-๒๕ ปี จำนวน ๓๖ ราย ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันพุธที่ ๓๑  
มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



## สำเนา บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร.๒๘๘๖

ที่ ศธ ๖๒๐๖/๓๓๒๘

วันที่ ๑๗/ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

ด้วย นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง รหัสประจำตัว ๕๘๙๒๐๐๓๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยคือ นักศึกษาชาย ที่มีอายุระหว่าง ๑๘-๒๕ ปี จำนวน ๓๕ ราย ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันพุธที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



## สำเนา บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร.๒๕๘๖  
ที่ ศธ ๖๒๐๖/๓๓๑๗ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

ด้วย นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง รหัสประจำตัว ๕๘๙๒๐๐๓๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติ  
เค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษา  
อุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ เป็น  
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อ  
ดำเนินการวิจัยคือ นักศึกษาชาย ที่มีอายุระหว่าง ๑๘-๒๕ ปี จำนวน ๓๖ ราย ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๓๑  
มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



**เอกสารชี้แจง**  
**(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)**

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษา  
อุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-10-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาเพื่อศึกษาการทำนายของปัจจัยด้านเจตคติ การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยและรูปแบบการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี ซึ่งท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาอุดมศึกษาชายอายุ 18-25 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรีปีการศึกษา 2560

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถาม ร่วมฟังคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรูปแบบการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย ผู้วิจัยจะให้ท่านพิจารณาเข้าร่วมการวิจัย หากยินดีจึงให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ให้ความเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20-30 นาที

การศึกษาในครั้งนี้เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บุคลากรในทีมสุขภาพ ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ลดการติดเชื้อผู้ป่วยรายใหม่ ลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยท่านสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ

และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านตอบเป็นความลับโดยไม่ต้องใส่ชื่อ-นามสกุลจริง ในแบบสอบถาม และจะเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังจากจบการศึกษา และผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง หมายเลขโทรศัพท์ 099-12674444 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-896-5950

นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้



**ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
สำหรับนักศึกษา**

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก  
ของนักศึกษาอุดมศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย  
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด  
และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ  
ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้  
จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม  
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง)

ผู้ปกครองให้การรับรองเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว.....เป็นผู้ปกครองของ  
 เด็กชาย/เด็กหญิง.....ได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความ  
 เข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมเพื่ออนุญาตให้ (.....)  
 เข้าร่วมการวิจัย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทน โดยชอบธรรม  
 (.....)

ลงนาม.....พยาน  
 (.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย  
 (นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง)

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



## โครงการวิจัย

### เรื่อง ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี

เรียน ผู้เข้าร่วมวิจัย

ด้วยดิฉัน นางสาวกนกวรรณ แดงกระจ่าง นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี ในการนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่ถามเกี่ยวกับความคิดเห็น เฉพาะทีมวิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอโดยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อใด ๆ ทีมผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน จึงขอให้ท่าน โปรดตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงท่าน

แบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดชลบุรี

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบไปด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้รูปแบบบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความคิดเห็นและตามความเป็นจริงของนักศึกษาเพราะคำตอบของนักศึกษายจะเป็นประโยชน์เพื่อใช้ในการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ทีมผู้วิจัย

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงตามความคิดเห็นของท่านที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน
2. ชั้นปีที่ศึกษา
 

<input type="checkbox"/> 1. ปีที่ 1	<input type="checkbox"/> 2. ปีที่ 2
<input type="checkbox"/> 3. ปีที่ 3	<input type="checkbox"/> 4. ปีที่ 4
<input type="checkbox"/> 5. ตั้งแต่ปีที่ 5 ขึ้นไป	
3. สาขาวิชาหรือคณะที่ท่านกำลังศึกษา (ระบุกลุ่ม)
 

<input type="checkbox"/> 1. กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะเภสัชศาสตร์	
<input type="checkbox"/> 2. กลุ่มวิทยาศาสตร์ เช่น คณะวิทยาศาสตร์ คณะโลจิสติกส์ คณะวิทยาการสารสนเทศ คณะวิศวกรรมศาสตร์	
<input type="checkbox"/> 3. กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ เช่น คณะรัฐศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ คณะนิเทศศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์	
4. ท่านมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคใด
 

<input type="checkbox"/> 1. ภาคตะวันออก	<input type="checkbox"/> 2. ภาคกลาง
<input type="checkbox"/> 3. ภาคเหนือ	<input type="checkbox"/> 4. ภาคใต้
<input type="checkbox"/> 5. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
5. ท่านนับถือศาสนาใด
 

<input type="checkbox"/> 1. พุทธ	<input type="checkbox"/> 2. คริสต์
<input type="checkbox"/> 3. อิสลาม	<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ.....
6. ประวัติการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงชีวิตที่ผ่านมา
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. เคย
------------------------------------	---------------------------------
7. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
8. ท่านมีแผลหรือตำหนิในร่างกาย
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ.....
-----------------------------------	--

(เช่น ใฝ่ดำที่ข้อพับแขนซ้ายด้านใน)

9. ท่านเคยสักหรือเคยเจาะหู

( ) 1. ไม่มี

( ) 2. มี ระบุ (ตำแหน่ง).....

10. ท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่ เช่น หนองไหลจากอวัยวะเพศ และปัสสาวะแสบขัด มีตุ่มหรือ  
หูดหงอนไก่ หรือแผลที่อวัยวะเพศ ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต

( ) 1. ไม่เคย

( ) 2. เคย ระบุ (อาการ) .....

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงตามความคิดเห็นของท่าน  
ที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. บทบาทพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

( ) 1. ฝ่ายรุก

( ) 2. ฝ่ายรับ

( ) 3. ทั้งฝ่ายรุกและรับ

2. รสนิยมทางเพศ

( ) 1. รักสองเพศ

( ) 2. รักร่วมเพศ

( ) 3. ไม่สามารถระบุได้

3. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันหรือไม่

( ) 1. เคย ครั้งแรก อายุ.....ปี

( ) 2. ไม่เคย

4. จำนวนคู่นอนในช่วงชีวิตที่ผ่านมาระบุ.....คน

จำนวนคู่นอนในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา.....คน

5. เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในรอบปีที่ผ่านมา

( ) 1. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

( ) 2. มากกว่า 1 เดือน ไม่เกิน 3 เดือน

( ) 3. มากกว่า 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน

( ) 4. มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

( ) 5. ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ (สิ้นสุดแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ไม่ต้องทำข้อ 6-8)

## 6. ประเภทของกลุ่มนอนในปัจจุบัน

- ( ) 1. กลุ่มนอนประจำหรือคนรัก
- ( ) 2. กลุ่มนอนชั่วคราวหรือกลุ่มนอนที่รู้จักกันผิวเผิน
- ( ) 3. มีทั้งสองประเภท
- ( ) 4. ไม่มี

## 7. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ผ่านมาในช่วง 3 เดือน

- ( ) 1. ใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- ( ) 2. ใช้เกือบทุกครั้ง
- ( ) 3. ใช้บางครั้ง
- ( ) 4. ไม่เคยใช้เลย
- ( ) 5. ไม่มีเพศสัมพันธ์

## 8. ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายท่านหรือคู่รักของท่านใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่

- ( ) 1. ใช่
- ( ) 2. ไม่ใช่

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้รูปแบบการบริการที่มีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

- 5 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับ มากที่สุด  
 4 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับ มาก  
 3 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับ ปานกลาง  
 2 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับ น้อย  
 1 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับ ไม่เห็นด้วย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุดเพียง

คำตอบเดียว

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด (5)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
1. ท่านคิดว่าการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นบริการที่ตอบสนองตรงกับความต้องการของท่าน					
2. ท่านคิดว่าสถานพยาบาลที่ท่านสามารถไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีบริการที่สะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงง่าย					
3. ท่านคิดว่าสถานบริการที่ท่านสามารถไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีบริการที่เบ็ดเสร็จในจุดเดียว ลดระยะเวลาการรอคอยผลเลือด					
4. ...					
5. ...					
6. ...					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย  ตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวระดับการให้คะแนนมี 7 ระดับ โดย 7 คะแนนคือค่ามากที่สุด และ 1 คือ ค่าน้อยที่สุด

โดยภาพรวมท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเยาวชน

1. ไม่มีประโยชน์มากที่สุด 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 มีประโยชน์มากที่สุด
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...
6. เสียเวลามากที่สุด 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 ไม่เสียเวลามากที่สุด

#### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย  ตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวระดับการให้คะแนนมี 7 ระดับ โดย 7 คะแนนคือค่ามากที่สุดและ 1 คือ ค่าน้อยที่สุด

1. บุคคลสำคัญสำหรับฉันมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการที่ฉันไปตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี  
ไม่ควรไปมากที่สุด 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 ควรไปมากที่สุด
2. พ่อแม่/ ผู้ปกครองของฉันสนับสนุนให้ฉันไปตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี  
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 เห็นด้วยมากที่สุด
3. ...
4. ...
5. ...

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี**

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ○ ตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ระดับการให้คะแนนมี 7 ระดับ โดย 7 คะแนนคือค่ามากที่สุดและ 1 คือ ค่าน้อยที่สุด

**Self-efficacy**

1. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ถ้าฉันต้องการจะไป  
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 เห็นด้วยมากที่สุด
2. ...

**Controllability**

3. การตัดสินใจไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นสิ่งที่อยู่ในอำนาจที่ฉันควบคุมได้  
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 เห็นด้วยมากที่สุด
4. ...

**ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี**

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ○ ตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ระดับการให้คะแนนมี 7 ระดับ โดย 7 คะแนนคือค่ามากที่สุดและ 1 คือ ค่าน้อยที่สุด

1. ใน 1 เดือนข้างหน้าท่านคาดว่าจะไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี  
เป็นไปได้มากที่สุด 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 เป็นไปได้มากที่สุด
2. ...
3. ...

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้