

ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกัน
การติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING BASED ON POSITIVE
MOTIVATIONAL INTERVIEWING VIA ONLINE SYSTEM ON HIV PREVENTIVE BEHAVIOR
AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN MEN WHO HAVE SEX WITH MEN

ภาสกร คุ่มศิริ

ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกัน
การติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING BASED ON POSITIVE
MOTIVATIONALINTERVIEWING VIA ONLINE SYSTEM ON HIV PREVENTIVE BEHAVIOR
ANDPSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN MEN WHO HAVE SEX WITH MEN



PASSAKORN KOOMSIRI

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Applied Psychology)

Behavioral Science Research Insitute, Srinakharinwirot University

2023

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกัน
การติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ของ

ภาสกร คุ่มศิริ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิชาติ สักดิ์สิทธิ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี ภูขาว)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี อินทรประเสริฐ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นฤมล พระใหญ่)

ชื่อเรื่อง	ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกัน
	การติดเชื้อเอชไอวีและสภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
ผู้วิจัย	ภาสกร คุ่มศิริ
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2566
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทชัยตัสถ์ สุกุลพงศ์

งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนาโดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทำการศึกษาข้อมูลและพัฒนาแบบวัด 2) การศึกษาลักษณะจิตมิติและพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ 3) นำโปรแกรมไปทดลองใช้โดยทำการทดลองสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและวัดซ้ำ และ 4) การถ่ายถอดนวัตกรรมและประเมินผลการใช้งานโดยสหวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น ทางปาก ทวารหนัก อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา การศึกษาระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์แบบลูกโซ่และสมัครใจได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 424 คน สำหรับการทดลองสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและวัดซ้ำมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 64 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์จำนวน 4 ครั้ง และติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง เครื่องมือประกอบด้วยแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและแบบวัดสภาวะทางใจ ทำการศึกษาประสิทธิผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาระยะที่ 1 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .77 มี 2 องค์ประกอบ (ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ที่ .46-.89 ทั้งนี้โมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 36.56, p = .06, \chi^2/df = 1.46, GFI = .96, CFI = .98, AGFI = .94, RMR = .07, RMSEA = .05, TLI = .96$) โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ที่ .37-.85 นอกจากนี้จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมยังพบว่าแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงเหมือนและความตรงเชิงจำแนก ผลการศึกษาระยะที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .33) และสภาวะทางใจ (ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .26) สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

คำสำคัญ : การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ, การปรึกษาออนไลน์, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี, สภาวะทางใจ

Title	EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING BASED ON POSITIVE MOTIVATIONALINTERVIEWING VIA ONLINE SYSTEM ON HIV PREVENTIVE BEHAVIOR ANDPSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN MEN WHO HAVE SEX WITH MEN
Author	PASSAKORN KOOMSIRI
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2023
Thesis Advisor	Assistant Professor Nanchatsan Sakunpong , Ph.D.

The aims of the research are as follows: (1) to study the psychometric properties of HIV preventive behavior among men who have sex with men (MSM); and (2) to examine the effectiveness of positive motivational interviewing via online system for HIV preventive behavior and psychological well-being among MSM, both in a post-test and follow-up period. The research was conducted in four phases, which included the following: (1) data collection and instrument development; (2) the study of psychometric properties and the development of positive motivational interviewing programs; (3) program implementation with a randomized controlled group and repeated measures design; and (4) innovation dissemination and a multidisciplinary evaluation program. The sample consisted of MSM, aged 25 and above and who have engaged in sexual activity in the past 6 months through any sexual means (e.g., oral, anal). Phase One had a total of 424 participants and there were 64 participants in the randomized controlled trial with repeated measures. The experimental group received positive motivational interviewing via online system, four sessions, and was followed up on for two weeks. The control group studied the materials independently, including HIV preventive behavior and psychological well-being scales. The effectiveness was assessed through a two-way repeated measures analysis of variance. In the first phase, the HIV preventive behavior scale had a reliability coefficient of .77 and consisted of two factors: risk avoidance for HIV infection and self-protection behavior before and during sexual activity, with factor loadings ranging from .46 to .89. The model fits the data well ($\chi^2 = 36.56$, $p = .06$, $\chi^2/df = 1.46$, GFI = .96, CFI = .98, AGFI = .94, RMR = .07, RMSEA = .05, TLI = .96), with factor loadings ranging from .37 to .85. Additional analyses revealed that the newly developed measure was both convergent and discriminant. In the second phase, the results showed that the experimental group, which received intervention, had significantly higher HIV preventive behavior scores (effect size = .33) and psychological well-being scores (effect size = .26) compared to the control group, both post-test and in the follow-up period (p -value < .01). This research suggests that the developed program can be used as a psychological counseling approach to enhance HIV preventive behavior and psychological well-being among MSM.

Keyword : Positive motivational interviewing, Men who have sex with men, HIV preventive behaviors, Psychological well-being, Online counseling

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้จากการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่ให้คำชี้แนะ เมตตาสั่งสอน และให้กำลังใจเสมอมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ ผศ.ดร.นันทชิตส์ณห์ สกุลพงศ์ ประธานการสอบปริญญาานิพนธ์ ผศ.ดร.ดรณี ภูขาว กรรมการสอบ รศ.ดร.ดุขฎิ อินทรประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจโปรแกรมการปริกษาฯ พลตรี นพ.พิชัย แสงชาญชัย พญ.สิริ เกรียงไกรลิขิกร อ.ดร.นฤมล พระใหญ่ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจแบบวัด รศ.ดร.ศรัณย์ พิมพทอง ผศ.ดร.ปริญศ กิตติธีระศักดิ์ ผศ.สกล โสภิตอาชาศักดิ์ และผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแบบวัด พญ.รศพร กิตติเยวมาลย์ นางนริศรา ณพัทลุง ส.อ.เชาวน์พิชาญ เตโช ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ ผศ.ดร.กาญจนา ภัทราวิวัฒน์ อ.ดร.ชาริน สุวรรณวงค์ และขอขอบคุณผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย มูลนิธิเอ็มพลัสเชียงใหม่ และท่านอื่น ๆ ที่มีได้เอ่ยนามที่มีส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลให้การวิจัยนี้เสร็จสิ้นลงได้ นอกจากนี้ผู้มีคุณูปการที่สำคัญคือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจและขอขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือสำหรับการวิจัยเป็นอย่างดี

สิ่งสำคัญยิ่งในการศึกษาระดับปริญญาเอกและการทำวิจัยนี้คือกำลังใจและมิตรภาพที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางใจของข้าพเจ้า ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสรศักดิ์ คุ่มศิริ คุณแม่กอบแก้ว คุ่มศิริ (ประนม) ที่เป็นตัวแบบในความมุมานะอดุสหาหะและเป็นแหล่งสนับสนุนทุนรายใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณญาติสนิทมิตรสหายทั้งหลายโดยเฉพาะเพื่อนร่วมชั้นเรียนสาขาจิตวิทยาประยุกต์ รุ่น 4 ทุกคนที่ร่วมเดินทางกันมาอย่างยาวนานจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน หัวหน้าที่รัก และหน่วยงาน เหล่าสมาชิกอารามให้เสวียนกัวน มูลนิธิเต้าธรรมะสยาม รวมถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาคั้งนี้้อย่างเต็มกำลัง

สุดท้ายปริญญาานิพนธ์นี้เกิดจากความตั้งใจของข้าพเจ้าที่มุ่งหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อศาสตร์ด้านจิตวิทยาและสังคม รวมถึงการศึกษาใด ๆ ก็ตามที่ต่อยอดผลจากการศึกษานี้ ข้าพเจ้าขอขอบเป็นความกตัญญูตเวทิตาแต่พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ครูบาอาจารย์ และกัลยาณมิตรทั้งหลายที่คอยอยู่เคียงข้างกับข้าพเจ้าเสมอมา

ภาสกร คุ่มศิริ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
ความมุ่งหมายของการวิจัย	7
ความสำคัญของการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามเชิงปฏิบัติการ	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ	14
การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์.....	32
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	37
สุขภาวะทางใจ (Psychological well-being)	49
กรอบแนวคิดในการวิจัย	54
สมมติฐานการวิจัย.....	58

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	64
การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 4 ผลการวิจัย	80
ส่วนที่ 1 ลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่	80
ตอนที่ 1 ผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่ มีเพศสัมพันธ์กับชาย.....	80
ตอนที่ 2 ลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ ชาย	98
ส่วนที่ 2 ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ ฯ	110
ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อ พฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	110
ตอนที่ 4 ความพึงพอใจโปรแกรมให้การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบ ออนไลน์.....	125
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	131
สรุปผลการวิจัย.....	133
อภิปรายผลการวิจัย	137
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	143
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	143

บรรณานุกรม	147
ภาคผนวก.....	161
ภาคผนวก ก ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงปัญญา.....	162
ภาคผนวก ข การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ	167
ภาคผนวก ข การตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้น.....	180
ภาคผนวก ค การตรวจกระบวนการปรึกษา.....	182
ภาคผนวก ค ตัวอย่างแบบวัดที่ใช้ในการวิจัย	188
ภาคผนวก ผ การตรวจสอบคุณลักษณะจิตมิติแบบวัดสุขภาวะทางใจ.....	191
ภาคผนวก ง ตัวอย่างโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผ่านระบบออนไลน์ ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและ สุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	197
ภาคผนวก จ การจัดฝึกอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้โปรแกรมให้การปรึกษาเชิงบวก เพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจผ่านฯ.....	216
ภาคผนวก ฉ หนังสือราชการ	222
ภาคผนวก ช หนังสือรับรองการให้ประโยชน์จากผลการวิจัย.....	232
ประวัติผู้เขียน.....	237

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	45
ตาราง 2 แสดงแบบแผนการทดลองในรูปแบบการสุ่มกลุ่มทดลองและความคุมโดยการวัดก่อน-หลัง การทดลองและการติดตามผล	62
ตาราง 3 แสดงโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ	66
ตาราง 4 ข้อเสนอแนะและการปรับข้อความคำถามจากการสัมภาษณ์เชิงปัญหา.....	86
ตาราง 5 แสดงข้อความที่คัดเลือกพร้อมเหตุผลในการพิจารณา	89
ตาราง 6 มิติของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	94
ตาราง 7 สัญลักษณ์อักษรย่อแทนข้อมูล	98
ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อความทั้ง 9 ข้อ (n=424)	101
ตาราง 9 ค่าสถิติทดสอบ KMO และ Bartlett's Test (n=424)	101
ตาราง 10 แสดงค่าร่วมกัน (communalities) ของข้อความ (n=212)	102
ตาราง 11 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ค่าไอแกน ร้อยละความแปรปรวน และร้อยละความแปรปรวน สะสม (n=212)	104
ตาราง 12 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าการทดสอบ นัยสำคัญทางสถิติ (t) ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (R^2) จากการวิเคราะห์ด้วย CFA (n=212)	105
ตาราง 13 ดัชนีบ่งชี้ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์	108
ตาราง 14 ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีฉบับจริง (n=424).....	108
ตาราง 15 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับแบบวัดอื่น ๆ (n=424)	109
ตาราง 16 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล	110

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสุขภาวะทางใจของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามประเภทกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาทดลอง	112
ตาราง 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วยสถิติ Bartlett's test of sphericity	114
ตาราง 19 ความแปรปรวนพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสุขภาวะทางใจจำแนกตามการได้รับโปรแกรมการศึกษา และระยะเวลาทดลอง	115
ตาราง 20 ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบสองทางวัดซ้ำของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสุขภาวะทางใจจำแนกตามการได้รับโปรแกรมการศึกษา และระยะเวลาทดลอง	116
ตาราง 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	117
ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามการได้รับโปรแกรมการศึกษา และระยะเวลาทดลอง	121
ตาราง 23 ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบสองทางวัดซ้ำของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รายด้าน จำแนกตามการได้รับโปรแกรมการศึกษา และระยะเวลาทดลอง	122
ตาราง 24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามด้านจำแนกตาม ระยะเวลาทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	123
ตาราง 25 ความพึงพอใจต่อการได้รับองค์ความรู้และโปรแกรมให้การศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้าง เสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ (n=15)	126
ตาราง 26 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	129
ตาราง 27 ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงปัญหา	163
ตาราง 28 สรุปค่า IOC ครั้งที่ 1 และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงข้อคำถาม	168
ตาราง 29 สรุปค่าคะแนน IOC และข้อคำถามที่ปรับปรุงจากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ	172
ตาราง 30 คะแนน IOC และข้อเสนอแนะโปรแกรมการศึกษา ฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิ	176
ตาราง 31 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความเบ้ (Sk) ความโด่ง (Ku) และค่า CITC ของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีฉบับร่าง 19 ข้อ (n=424)	181

ตาราง 32 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม ความโด่ง คามเบ้ และ Cronbach's alpha	192
ตาราง 33 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามในแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย 8 ข้อ	193
ตาราง 34 ค่าไอเกน น้ำหนักองค์ประกอบ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าทดสอบที่ สัมประสิทธิ์พยากรณ์จากการวิเคราะห์ EFA และ CFA	194
ตาราง 35 ดัชนีบ่งชี้ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์	196
ตาราง 36 ภาพรวมโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ ...	200



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 แผนภูมิแท่งแสดงความชุกของการรับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มต่าง ๆ สํารวจโดย IBBS ในปี พ.ศ.2559.....	2
ภาพประกอบ 2 แสดงองค์ประกอบของจิตวิญญาณด้านการยอมรับ	17
ภาพประกอบ 3 แสดงภาพจิตวิญญาณของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	18
ภาพประกอบ 4 องค์ประกอบที่กำหนดกันในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์.....	41
ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	71
ภาพประกอบ 6 กระบวนการวิจัยและพัฒนา.....	63
ภาพประกอบ 7 แสดงขั้นตอนการแบ่งกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะทดลอง	77
ภาพประกอบ 8 แสดงมิติของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจากการสัมภาษณ์เชิงปัญหา.....	94
ภาพประกอบ 9 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	107
ภาพประกอบ 10 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	119
ภาพประกอบ 11 คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางใจจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	120
ภาพประกอบ 12 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	124
ภาพประกอบ 13 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	125
ภาพประกอบ 14 โมเดลปรับปรุงของแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	195



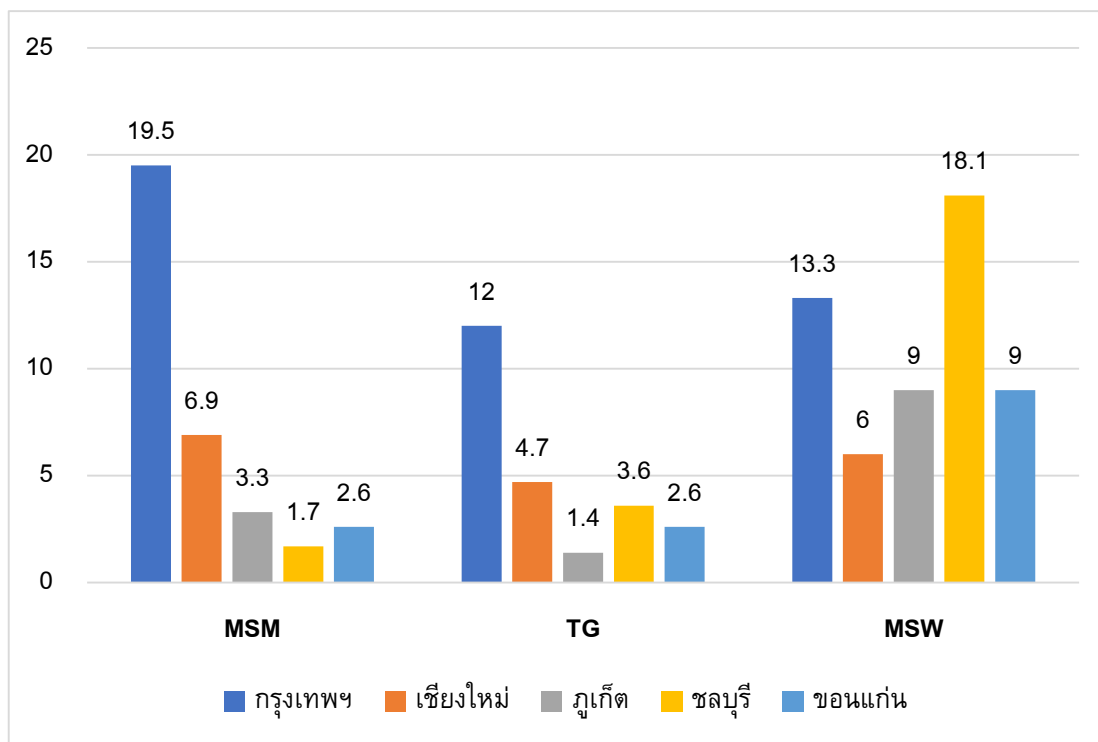
บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวนประมาณ 439,610 คน เป็นผู้รับเชื้อเอชไอวีรายใหม่โดยรายงานประมาณการ ณ พ.ศ.2561 จำนวนประมาณ 5,529 คน ซึ่งสัดส่วนของผู้รับเชื้อรายใหม่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) บุคคลข้ามเพศ (Transgender: TG) พนักงานบริการชาย (Male sex worker: MSW) พนักงานบริการหญิง (Female sex worker: FSW) รวมถึงผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs: PWID) และผู้ถูกคุมขัง (Prisoner) (กรมควบคุมโรค, 2562) และข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังการรับเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการรับเชื้อเอชไอวี (Integrated Biological Behavioral Surveillance: IBBS) โดยสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขล่าสุดในปี พ.ศ. 2559 ดังภาพ 1 พบว่ากรุงเทพมหานครมีอัตราความชุกเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 19.5 และหญิงข้ามเพศร้อยละ 12 รองลงมา คือ เชียงใหม่ พบอัตราความชุกเท่ากับร้อยละ 6.9 ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และ 4.7 ในกลุ่มหญิงข้ามเพศ (ไพโรจน์ จันทรมณี และ สุปิยา จันทรมณี, 2559; ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2560)

การศึกษาค้นคว้าของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายและกลุ่มหญิงข้ามเพศบางจังหวัดในประเทศไทยปี พ.ศ.2561 พบว่า ความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นร้อยละ 35.4 และอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 26 ปี (ศุภดิษฐ์ บาริศรี, ดุสิต สุจิวัฒน์ และ มนุรศทิพย์มงคลกุล, 2561) รวมถึงการศึกษาลักษณะระบาดวิทยาของการรับเชื้อเอชไอวีในชายที่มีความสัมพันธ์กับชายที่รับการรักษาและการติดตามระยะยาวในประเทศไทยปี พ.ศ.2561 พบว่ามีความชุกของการรับเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ร้อยละ 15 (Seekaew et al., 2018) จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมามีแนวโน้มว่ายังมีชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความชุกของการรับเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 1 แผนภูมิแท่งแสดงความชุกของการรับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มต่าง ๆ
สำรวจโดย IBBS ในปี พ.ศ.2559

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2559) อ้างถึงใน ศูนย์อำนวยการบริหาร
จัดการปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ (2560)

เชื้อเอชไอวี (HIV หรือ Human Immunodeficiency Virus) เป็นไวรัสชนิดหนึ่งที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ (AIDS หรือ Acquired Immune Deficiency Syndromes) เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะทำการฟักตัวระยะหนึ่ง อาจใช้เวลาหลายปีโดยไม่แสดงอาการ หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง หรือขาดการป้องกันตนเอง ภายหลังที่เชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนขึ้นจะทำลายเม็ดเลือดขาวที่เรียกว่า CD4 เมื่อเม็ดเลือดขาวต่ำลงจะทำให้ร่างกายขาดภูมิคุ้มกันเป็นเหตุทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น วัณโรคปอด เชื้อหุ้มสมองอักเสบ เชื้อราตามบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น โดยที่กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องนี้เรียกว่าโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามผู้รับเชื้อเอชไอวีในระยะเริ่มต้นยังไม่ได้หมายถึงการเป็นผู้ป่วยเอดส์ ตราบใดที่เชื้อยังไม่ทำลายภูมิคุ้มกันจนเกิดกลุ่มอาการต่าง ๆ (ขวัญชาย ดำรงค์ขวัญ, 2561; คณิสสร แก้วแดง & สุมาลี ราชนิยม, 2558) ดังนั้นจึงควรใส่ใจถึง

พฤติกรรมกำบังกันเชื้อเอชไอวีทั้งในกลุ่มผู้ยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในการดูแลตนเองไปสูโรเคดส์หรือส่งต่อเชื้อให้ผู้อื่น รวมถึงกลุ่มที่ยังไม่รับเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัยเชื่อว่าพฤติกรรมกำบังกันเชื้อเอชไอวีเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สามารถหลีกเลี่ยงและกำบังกันตนเองทั้งก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ได้ รวมถึงดูแลตนเองก่อนสู่ระยะเอดส์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ขวัญชาย ดำรงค์ขวัญ, 2561) การศึกษารูปแบบการกำบังกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยวิธีการเชิงคุณภาพปี พ.ศ.2560 พบว่ามีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เพราะใช้ถุงยางอนามัยน้อย เปลี่ยนคู่นอนบ่อย มักไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนของตน (ณัฐฐิกา นวลเต็ม, 2560) แม้ว่าปัจจุบันสถานการณ์ COVID-19 จะส่งผลให้สถานที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ปิดให้บริการก็ตาม แต่ยังมีกำบังกันผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมใช้ทวิตเตอร์ (Twitter) กราวด์ (GROWLr) ทินเดอร์ (Tinder) และฮอร์เน็ต (Hornet) ในการหาคู่นอนเพื่อมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราว ใช้ชื้อชายอุปกรณ์สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ พุดคุยหรือหาเพื่อนใหม่ที่มีรสนิยมเดียวกัน (ปัญญวิชญ์ แสงจันทร์ & พิสุทธิลักษณ์ บุญโต, 2562) การศึกษาของปภัศรา อาษา and ทรงพันธ์ เจริญประสงค์ (2560) พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมักสื่อรักผ่านสื่อสังคมออนไลน์ด้วยข้อความตัวอักษร ภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว นอกจากนี้การศึกษากลุ่มตัวอย่างเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 91.50 (ปัญจรัตน์ ใ้สุวรรณาชาติ, นฤมล เอี่ยมณีกุล และ อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2563) สำหรับลักษณะการรับเชื้อเอชไอวีจากการติดตามระยะยาวในประเทศไทยปี พ.ศ.2561 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การไม่กำบังกัน การเปลี่ยนคู่นอน และอื่น ๆ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับเชื้อเอชไอวี (Seekaew et al., 2018) จากหลักฐานสนับสนุนผู้วิจัยเชื่อว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่จริง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมกำบังกันเชื้อเอชไอวีทั้งกลุ่มที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มที่ยังไม่รับเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมกำบังกันตนเองสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้โดยแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Miller และ Rollnick ถูกตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ.1983 บนวารสาร Behavioral Psychotherapy ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการวิจัยรองรับว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ เริ่มแรกใช้ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด ต่อมาได้พัฒนาแนวคิดกับกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น พฤติกรรมวัยรุ่น การทานยา พฤติกรรมสุขภาพ

เป็นต้น การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการให้การปรึกษาที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และจัดการกับความคิดและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Miller & Rollnick, 2013) ซึ่ง การทดลองของ Chen et al. (2016) พบว่ากลุ่มทดลองชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักและมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Parsons, Lelutiu-Weinberger, Botsko, and Golub (2014) ทำการทดลองโดยประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมเสี่ยงโรคเอดส์และการใช้สารเสพติดในเยาวชนกลุ่มเกย์และรักร่วมเพศ พบว่ากลุ่มทดลองลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์และการใช้ยาเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทั้งนี้ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ถือว่าเป็นคนกลุ่มน้อยด้านเพศ (Sexual minority) ที่โดนกดทับจากกระบวนการของสังคม ซึ่งแบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (Minority stress model) อธิบายว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมักได้รับความเครียดที่เกิดจากคุณลักษณะบางอย่างที่ต่างจากคนส่วนใหญ่ในสังคม กล่าวคือบรรทัดฐานเรื่องเพศที่มองว่าแปลกแยกแต่สิ่งนี้ไม่มีผลกระทบต่อคนกลุ่มหลัก ซึ่งอคติที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการสร้างอัตลักษณ์ของคนกลุ่มน้อยโดยการรับรู้ภายในจิตใจส่วนลึกว่าตนเองมีสถานะและอัตลักษณ์ทางเพศที่ต่างไปจากสังคม ทำให้เกิดความเครียดเกิดได้ใน 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ความเครียดในชีวิตประจำวัน (general stressors) เป็นความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งคุกคามเช่นเดียวกับกลุ่มอื่น ๆ 2) ความเครียดส่วนไกล (distal stress processes) คือการได้รับผลกระทบโดยตรงจากภายนอกเช่นอคติของสังคม เช่น การถูกเสียดสีล้อเลียน การถูกทำร้าย การถูกรังแก และ 3) ความเครียดส่วนใกล้ (proximal stress processes) เป็นความรู้สึกที่เป็นนามธรรมที่เกิดขึ้นในใจจากการมีอัตลักษณ์คนกลุ่มน้อย เช่น การคาดหวังจะถูกปฏิเสธ (expectation of rejection) การปกปิด (concealment) การเกลียดการเป็นคนรักเพศเดียวกันของตัวเอง (internalized homophobia) (Meyer, 2003; ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ และ Matthews, 2562) สอดคล้องการศึกษาของ Choi, Steward, Miège, Hudes, and Gregorich (2016) ทำการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกได้รับทราบที่สัมพันธ์อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลผ่านการแก้ไขปัญหาที่มีความรุนแรง จากที่กล่าวมาพบว่ามีหลักฐานที่สนับสนุนว่าปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจริงและควรส่งเสริมสุขภาพทางใจให้กับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวด้วย

สำหรับการวิจัยนี้ได้ผสมผสานแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกเข้ามาเพื่อให้เกิดสุขภาวะทางใจไปพร้อม ๆ กับการเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี โดยการเพิ่มสุขภาวะทางใจไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากวรรณกรรมของ Csillik (2015) ได้อธิบายว่าจิตวิทยาเชิงบวกมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดการสัมภาระณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยเฉพาะจิตวิญญาณของการสัมภาระณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่มีความเชื่อต่อการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์โดยอาศัยจุดแข็ง ได้แก่ ความร่วมมือ การยอมรับ ความเห็นอกเห็นใจ และการกระตุ้นเร้า ซึ่งแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ครั้งนี้คือกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ (Gratitude intervention) ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องผลของจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับการใช้สื่อออนไลน์ต่อการป้องกันด้านสุขภาพต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายชาวจีนที่ติดเชื้อเอดส์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนวิตกกังวล อารมณ์ด้านลบลดลงกว่ากลุ่มควบคุมทุกครั้งที่มีการวัดทุก ๆ 1, 3, 6 และ 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญ (Li, Mo, Kahler, & Lau, 2021) และการทดลองสร้างเสริมความซาบซึ้งขอบคุณด้วยกิจกรรมบอกสิ่งดี 3 อย่างที่มีผลต่อสุขภาวะ โดยกลุ่มทดลองให้เขียนบรรยายสิ่งดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวันเป็นเวลา 21 วัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความซาบซึ้งขอบคุณ และสุขภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Lai, 2017) ผู้ศึกษาจึงเชื่อว่าทั้งแนวคิดการสัมภาระณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจและกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณจะสามารถสร้างพฤติกรรมป้องกันตนเองจากเชื้อเอชไอวีและสร้างสุขภาวะทางใจที่ดีให้กับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ ซึ่งธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ย่อมมีแรงต้าน อึดอัดใจ แต่โปรแกรมนี้มุ่งเน้นที่จะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพพร้อม ๆ กับการสร้างเสริมความสุขให้กับผู้รับบริการไปด้วย

ผู้วิจัยได้ออกแบบการปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งการปรึกษาผ่านระบบออนไลน์จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะคนกลุ่มน้อยด้านเพศ สร้างความเป็นส่วนตัวทำให้เกิดความมั่นใจต่อการมารับบริการด้านสุขภาพ ช่วยลดอุปสรรคของการเผชิญการตีตราหรือความลำบากใจต่อการเข้ารับบริการตามปกติที่อาจจะต้องพบเจอผู้คนมากมาย เช่น การพบเจอญาติ พบเจอผู้ป่วยอื่นแม้กระทั่งสหวีชาซีพเองด้วย นอกจากนี้จะทำให้ปัญหาเรื่องความห่างไกลต่อการรับบริการลดลง ช่วยลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สามารถสร้างการนัดหมายได้ตามสะดวก และที่สำคัญที่สุดคือการจัดให้มีการดูแลป้องกันที่ทั่วถึงให้กับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาออนไลน์มีประสิทธิภาพไม่ต่างจากการปรึกษาแบบพบหน้าเช่นงานของ Holmes and Foster (2012) พบว่าการปรึกษาแบบออนไลน์ช่วยแก้ไขปัญหาได้มากกว่าโดยมีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับ .63 และการศึกษาของ Wang et al. (2018) พบว่ากลุ่ม

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในฮ่องกงที่เข้าโปรแกรมปรึกษาผ่านแชทจำนวน 6 เดือน เพิ่มอัตราในการตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างน้อยใน 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทำได้หลายวิธีโดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินตนเองเป็นมาตรวัดระดับต่าง ๆ สำหรับการศึกษานี้จะทำการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาเอกสารพบว่าประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยพัฒนาแบบวัดเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมหลักเลี่ยงความเสี่ยงโรคเอดส์จำนวน 12 ข้อ และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์จำนวน 10 ข้อ โดยศรัณย์ พิมพิทอง (2554) อย่างไรก็ตามการวัดต้องใช้แบบวัดถึง 2 ฉบับ เมื่อรวมกันทำให้มีข้อคำถามจำนวนมาก และแบบวัดยังขาดความสอดคล้องกับการป้องกันเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน เนื่องจากได้มีการพัฒนาวัตรกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีขึ้นมากมาย การทบทวนเอกสารแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนมีเพศสัมพันธ์ (PrEP) สามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 44 เมื่อเปรียบเทียบกับการให้ยาหลอก (Grant et al., 2010) และการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกรณีฉุกเฉิน (PEP) ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเมืองแวนคูเวอร์ประเทศแคนาดา พบว่าความตระหนักรู้ในการใช้ยา PEP จะเพิ่มขึ้นตามกิจกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงในการรับเชื้อเอชไอวีสูง (Lin et al., 2016) และการศึกษาการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนมีเพศสัมพันธ์ (PrEP) ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย พบว่าผู้มารับการตรวจจำนวน 6,287 ราย ร้อยละ 92.3 ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวี โดยในจำนวนดังกล่าวร้อยละ 70.2 ได้กินยา PrEP ตามโปรแกรม (Ramautarsing et al., 2020)

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังขาดความสอดคล้องกับสังคมปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบวัดนี้ขึ้นใหม่แต่ยังขาดการศึกษาลักษณะจิตมิติจึงนำมาสู่การศึกษาคุนสมบัติเชิงจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาไม่มากนักเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปพร้อม ๆ กับสร้างเสริมสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบออนไลน์ การศึกษาที่ผ่านมาพบเพียงการประยุกต์ใช้แนวความคิดสัมภาระณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจร่วมกับกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อสุขภาพทางกาย เช่น การศึกษาของ Celano et al. (2018) ทำการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกที่ผ่านทางโทรศัพท์จำนวน 16 สัปดาห์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมจนเสร็จ

สิ้นโปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 78 ผลการศึกษาพบว่าหลังจบโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพลดลง คะแนนรวมการดูแลตนเองและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการทดลอง ดังนั้นความมุ่งหมายของการวิจัยในครั้งนี้คือเพื่อศึกษาคุณสมบัติเชิงจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน (Plomp, 1997; เดชกุล มัทวานุกุล, ภัทรานิชรัฐ พรหมสุรินทร์ และ สุนิศา โยธารส, 2566) ได้แก่ 1) ทำการศึกษาข้อมูลและพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2) การศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ 3) นำโปรแกรมไปทดลองใช้โดยทำการทดลองสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) และวัดซ้ำ (Repeated measured) และ 4) การถ่ายทอดนวัตกรรมและประเมินผลการใช้งาน ซึ่งการศึกษาคั้งนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างความรู้ด้านจิตวิทยาการปรึกษาให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และในทางปฏิบัติคือได้โปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในปัจจุบัน

คำถามการวิจัย

1. แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีลักษณะจิตมิติเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นอย่างไร ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล

ความสำคัญของการวิจัย

ความสำคัญเชิงทฤษฎี

1. การบูรณาการกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณมาเติมเต็มแนวคิดการปรึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นการผสมผสานเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะทางใจไปพร้อมกัน ซึ่งเป็นการยืนยันแนวคิดของ Csillik (2015) ที่กล่าวถึงการบูรณาการระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก

2. การเติมเต็มแนวคิดการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจโดยสร้างรูปแบบการช่วยเหลือทางจิตวิทยา เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับส่งเสริมสุขภาวะทางใจผ่านระบบออนไลน์ ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการและปรับรูปแบบให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาให้เข้ากับสถานการณ์ COVID-19 ด้วย

3. การทราบถึงประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับรูปแบบการให้ความช่วยเหลือ ป้องกัน และส่งเสริมด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ความสำคัญเชิงปฏิบัติ

1. ได้แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยสามารถใช้ประเมินระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง และสหวิชาชีพสามารถประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการปรึกษาด้านสุขภาวะทางเพศได้อีกด้วย

2. สหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะนักจิตวิทยาสามารถนำไปโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจในรูปแบบออนไลน์ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและเพิ่มสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างหลักที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น ทางปาก ทวารหนัก อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และยินดี

ตอบแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีทางระบบออนไลน์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นผ่าน Google form กำหนดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 200 คน (J. H. Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะกึ่งทดลองจะมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับการวิจัยระยะแรก ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) เลือกรูปแบบทดสอบ F ใช้สถิติ MANOVA: repeated measures, within-between interaction โดยกำหนดค่า Effect size เท่ากับ .50 ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1977 อ้างถึงใน (Cohen, 1977 อ้างถึงในนิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร และ ญาดา นภาพารักษ์, 2562), alpha เท่ากับ .05, Power เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 65 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Randomly selected) โดยมีคุณสมบัติ กล่าวคือ เป็นผู้ที่นิยามว่าตนเองเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ก็ตาม มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น ทางปาก ทวารหนัก อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นสุ่มแบ่งกลุ่ม (Randomly assigned) เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน

ขอบเขตด้านสถานที่ เก็บข้อมูลกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการจากหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน ได้แก่ 1) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย 2) สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี 3) ชุมชนความหลากหลายทางเพศ (CBTx) ศูนย์บริการบำบัดฟื้นฟูและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 4) สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย 5) กลุ่ม Bangkok Rainbow และ 6) มูลนิธิเอ็มพลัส เชียงใหม่ เนื่องจากสถานที่เก็บข้อมูลดังกล่าวเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้วิจัยจึงคาดหวังว่าจะสามารถเก็บข้อมูลได้เพียงพอต่อขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ในเบื้องต้น

สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การกระทำเพื่อปฏิเสธหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต่อสิ่งกระตุ้นยั่วเย้าที่ทำให้มีพฤติกรรมทาง

เพศที่เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่เชื้อเอชไอวี รวมถึงการกระทำเพื่อป้องกันตนเองการรับหรือส่งต่อเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1. พฤติกรรมปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์เมื่อพบว่าคู่นอนของตนไม่ป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย ปฏิเสธเมื่อถูกชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กส์หมู่ ปาร์ตี้ที่มีการใช้สารเสพติด และการปฏิเสธการเปลี่ยนคู่นอน ๗

2. พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การสวมถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารหล่อลื่นที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันในขณะมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรงหรือพยายามไม่ทำให้เกิดบาดแผล เลือด น้ำเหลืองระหว่างมีเพศสัมพันธ์ การไม่สัมผัสบาดแผลหลังจากมีเพศสัมพันธ์โดยตรง รวมถึงการมีวิธีการระบายความรู้สึกทางเพศด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง กิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณ กิจกรรมนันทนาการ

สำหรับการศึกษานี้ทำการประเมินด้วยแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ การตอบให้ผู้ตอบประเมินตนเองจากข้อคำถามและให้คะแนนการปฏิบัติของตนเอง 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ถึง 5 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยที่สุด แปลผลโดยคะแนนรวมถ้าได้คะแนนมากถือว่ามีพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีในระดับมาก

สุขภาวะทางใจ หมายถึง คุณลักษณะเชิงบวกของมนุษย์ (Optimal human functioning) ในการใช้ชีวิต ณ ปัจจุบัน ครอบคลุมองค์ประกอบ ได้แก่ ความหมายและเป้าหมายชีวิต สัมพันธภาพ ความมุ่งมั่นและตั้งใจ การมอบความสุขให้ผู้อื่น การมีสมรรถนะ การยอมรับตนเอง มองโลกในแง่ดี และความรู้สึกได้รับความเคารพ (Diener et al., 2009) วัดโดยแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยที่แปลและทำการศึกษาลักษณะจิตมิติโดย Sakunpong and Ritkumrop (2021) มีทั้งหมด 8 ข้อ โดยให้ผู้ตอบประเมินตนเองจากข้อคำถามและให้คะแนน 7 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลโดยคะแนนรวมถ้าได้คะแนนมากถือว่ามีสุขภาวะจิตในระดับมาก

การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ หมายถึง โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออกแบบตามแนวคิดการสัมพัทธ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002, 2013) เป็นหลัก (Assimilative integration) (นันทิ์ชัตต์สตันท์ สกุลพงษ์, 2557) โดยใช้กระบวนการปรึกษาสัมพัทธ์เพิ่มเสริมสร้างแรงจูงใจที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี 2013 ผสมกับเทคนิค

การปรึกษาบางส่วนจากปี 2002 และสอดแทรกแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกผ่านกิจกรรมพัฒนาความ
 ซาบซึ้งขอบคุณ ตามแนวคิดของ Csillik (2015) และการศึกษาของ Parsons et al. (2014)
 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาฯ จำนวนทั้งสิ้น 4 ครั้ง และติดตามผล 1 ครั้ง เว้นระยะ 2
 สัปดาห์ ดำเนินการปรึกษาในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom ครั้งละ 1.00-1.30 ชั่วโมงต่อ
 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและกำหนดเป้าหมาย เน้นความพร้อมของการเปลี่ยนแปลง
 ตนเองมากกว่าการกดดัน ผู้รับการปรึกษาจะได้รับการสำรวจพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและตั้งเป้าหมาย
 เปลี่ยนแปลงด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ใบบางสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี สื่อให้ข้อมูล
 ความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ใบบางสำรวจคุณค่าของชีวิต การปรึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการกำหนดปัญหา
 และตั้งเป้าหมายในชีวิต จากนั้นยุติบริการด้วยการสรุปการปรึกษาและให้การบ้านบอกสิ่งดีที่เกิดขึ้น
 ตลอด 1 สัปดาห์ จากนั้นนำผลของการทำกิจกรรมมาพูดคุยในการปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 สร้างเสริมแรงจูงใจ เน้นการพูดคุยเพื่อเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
 ด้วยการประเมินความเสี่ยงโดยไม่บรรทัดวัดพฤติกรรม เขียนเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลง
 จากนั้นสำรวจการตัดสินใจทั้งข้อดีและข้อเสีย (pros and cons) โดยมีกิจกรรม ได้แก่ ใบบาง
 วางเป้าหมายเปลี่ยนแปลง สื่อให้ข้อมูลป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากนั้นยุติการปรึกษาโดยให้สรุป
 การปรึกษาและให้การบ้านเขียนสิ่งดี 3 อย่างในแต่ละวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นนำผลของ
 กิจกรรมมาพูดคุยในการปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 กระตุ้นการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการปรึกษาโดยพูดคุยอุปสรรคหรือความลังเล
 (ambivalence) และความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (readiness for change) โดยการ
 ปรึกษารั้งนี้จะทำการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง สำรวจอุปสรรคหรือความลังเล และ
 วางแผนการจัดการอุปสรรคด้วยกิจกรรม ได้แก่ ใบบางประเมินความพร้อม ใบบางหนทางสำเร็จ
 จากนั้นยุติการปรึกษาด้วยการสรุปการปรึกษา ให้การบ้านกิจกรรมเขียนจดหมายขอบคุณและส่ง
 จดหมายให้กับบุคคลที่ตนเองขอบคุณ จากนั้นนำผลของกิจกรรมมาพูดคุยในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 สรุปและยุติการปรึกษา ดำเนินการปรึกษาด้วยการทบทวนเป้าหมาย (goals)
 และแผนการเปลี่ยนแปลงตนเอง (change plan) เริ่มโดยให้ผู้รับบริการประเมินความตั้งใจต่อการ
 เปลี่ยนแปลง วางแผนป้องกันการกลับมาพฤติกรรมเสี่ยงซ้ำ (relapse prevention) รวมถึงให้ข้อมูล
 เกี่ยวกับแหล่งส่งต่อหรือบริการที่พร้อมจะสนับสนุนต่อพฤติกรรมป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี จากนั้น
 สรุปการปรึกษาและปิดกระบวนการปรึกษาด้วยกิจกรรมขอบคุณตนเองตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ หมายถึง ชุติฝึกที่มีจุดหมายเพื่อสร้างประสบการณ์ความรู้เชิงบวกต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เมื่อได้รับสิ่งของหรือประโยชน์จากผู้อื่น อาจรวมถึงสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกซาบซึ้งใจหรือตระหนักถึงความเชื่อมโยงความสัมพันธ์และมีการตอบสนองโดยการขอบคุณและตอบแทนในด้านบวก โดยนำกิจกรรมมาประยุกต์ใช้เป็นการบ้านเพื่อเสริมกระบวนการปรึกษาหลักตามแนวคิดสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่

1. กิจกรรมบอกสิ่งดี (counting blessings) โดยให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนเรื่องราวที่ผ่านมามาตลอดช่วงชีวิตไม่ว่าจะใหญ่หรือเล็ก จากนั้นคิดย้อนกลับไปในเรื่องที่ผ่านๆ มาและให้เขียน 5 สิ่งในชีวิตที่ซาบซึ้งหรืออยากขอบคุณ และส่งเมลล์ให้ผู้ให้การปรึกษาเพื่อนำมาพูดคุยในการปรึกษาในครั้งต่อไป (Emmons & McCullough, 2003)

2. การเขียนสิ่งดี 3 สิ่ง (three good things) ให้ผู้รับการปรึกษาเขียนสิ่งดีที่เกิดขึ้น 3 อย่างในแต่ละวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้อธิบายเหตุการณ์เชิงบวกเหล่านั้นที่เกิดขึ้น และส่งเมลล์ให้ผู้ให้การปรึกษาเพื่อนำมาพูดคุยในการปรึกษาในครั้งต่อไป (Lomas, Froh, Emmons, Mishra, & Bono, 2014)

3. การเขียนจดหมายขอบคุณ (gratitude visit) ให้ผู้รับการปรึกษาเขียนข้อความในรูปแบบจดหมายที่แสดงออกถึงความซาบซึ้งขอบคุณ ให้กำลังใจ หรือชื่นชมที่ตนได้รับประโยชน์จากบุคคลหนึ่งไม่ว่าจะเป็นเรื่องใหญ่หรือเล็กตลอดช่วงชีวิต และส่งจดหมายให้บุคคลนั้นผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ ได้แก่ เมลล์ ไลน์ แชน และอ่านข้อความเหล่านั้นให้ฟัง จากนั้นนำผลของกิจกรรมมาพูดคุยในการปรึกษาในครั้งต่อไป (Lomas et al., 2014)

4. การขอบคุณตนเอง (grateful self-reflection) ให้ผู้รับการปรึกษาได้เขียนโดยสะท้อนสิ่งที่อยากขอบคุณตนเองไม่ว่าจะเป็นเรื่องความคิด ความรู้สึกอารมณ์ หรือพฤติกรรมในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และชวนให้ผู้รับการปรึกษายู่กับอารมณ์ชื่นชมและซาบซึ้งขอบคุณตนเอง (Chan, 2010; Lomas et al., 2014; Lyke, 2009)

นิยามศัพท์เฉพาะ

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง ผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นชายแต่ปัจจุบันมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งกับผู้มีอัตลักษณ์ชาย เช่น ทางปาก ทวารหนักอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา สำหรับการวิจัยนี้ทำการศึกษาในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป

การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การรับเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndromes: AIDS) เมื่อเชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนขึ้นและทำลายเม็ดเลือดขาว (CD4) ทำให้ร่างกายขาดภูมิคุ้มกัน เป็นเหตุที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น วัณโรคปอด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เชื้อราตามบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น โดยที่กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องนี้เรียกว่าโรคเอดส์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะแรกไม่แสดงอาการ (Asymptomatic stage หรือ Carrier stage) เป็นระยะฟักตัวของเชื้อเอชไอวี โดยจะยังไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ สุขภาพเหมือนคนทั่วไป ผ่านไป 2-3 สัปดาห์ อาจมีอาการเหมือนไข้หวัดธรรมดาและหายได้เองได้ บางรายเป็น 2-3 ปีก่อนเข้าสู่ระยะต่อไป หรือบางรายไม่มีอาการนานเป็น 10 ปี

ระยะสองมีอาการที่สัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related complex หรือ ARC) มีผลเลือดเป็นบวก เริ่มมีอาการแทรกซ้อนอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างเกิดขึ้น เช่น ต่อม้ำเหลืองโต ติดต่อกันเกิน 3 เดือน น้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว ท้องเสียเกิน 1 เดือน เป็นไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น

ระยะที่สามระยะเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) เม็ดเลือดขาวจะลดลงอย่างมากทำให้เกิดติดเชื้ออื่น ๆ ได้ง่าย ทำให้เป็นโรคฉวยโอกาส เช่น เชื้อราขึ้นสมอง วัณโรคต่อม้ำเหลือง สิวหัวดำ เป็นต้น มักจะเสียชีวิตภายใน 2-4 ปีหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ อย่างไรก็ตามผู้รับเชื้อเอชไอวีในระยะเริ่มต้นยังไม่ได้หมายถึงผู้ป่วยเอดส์ ตราบใดที่เชื้อยังไม่ทำลายภูมิคุ้มกันจนเกิดกลุ่มอาการต่าง ๆ

คุณสมบัติเชิงจิตมิติ หมายถึง คุณลักษณะของแบบวัดเชิงจิตวิทยา (Psychometric properties) จากการตรวจสอบคุณสมบัติด้วยวิธีการเชิงคุณภาพและวิธีการทางสถิติต่าง ๆ ซึ่งงานวิจัยนี้ศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้วยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อจากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ประเมินความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับด้วยการตรวจความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ตามวิธีการของ Cronbach's alpha และทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) รวมถึงศึกษาความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) และความเที่ยงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้วิจัยทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอความรู้ในประเด็นสำคัญดังนี้

1. แนวคิดการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ
 - 1.1 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)
 - 1.2 กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ (Gratitude Intervention)
 - 1.3 การบูรณาการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
2. การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์
3. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
4. สุขภาวะทางใจ (Psychological Well-Being)
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย ซึ่งแนวคิดการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Positive Motivational Interviewing) ถูกนำเสนอโดย Csillik (2015) เป็นการบูรณาการแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกผ่านกิจกรรมสร้างความซาบซึ้งขอบคุณ ทั้งสองแนวคิดมีความเชื่อต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกของพฤติกรรมมนุษย์ มีหลักการและทฤษฎีที่เชื่อมโยงกันต่อการมองมนุษย์ในเชิงบวก มีการพัฒนา และมีศักยภาพในตนเอง ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีเป้าหมายเพื่อช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ สำหรับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกจะเน้นการทำให้เกิดสุขภาวะหรือความสุขกับมนุษย์ ดังนั้นผู้วิจัยเชื่อว่าแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดใหม่เสริมสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพร้อม ๆ กับการสร้างลักษณะเชิงบวก จึงได้นำมาให้เป็นแนวคิดหลักในการวิจัยนี้ที่จะทำให้เกิดตัวแปรตามนั้นคือพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจได้โดยไม่ทำให้เกิดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดความสุขร่วมกันไปด้วย แนวคิดการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับการศึกษานี้ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 2 ประการ

ได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และกิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งซึ่งขอขอบคุณ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Miller ศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยนิวยอร์ก โดยตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1983 บนวารสาร Behavioral Psychotherapy ภายใต้ชื่อเรื่อง “Motivational interviewing with problem drinkers” ซึ่งอธิบายถึงประสบการณ์และวิธีการบำบัดผู้ติดสุราด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ขณะไปฝึกงานที่ประเทศนอร์เวย์ ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 Miller ได้พัฒนาแนวคิดดังกล่าวร่วมกับ Rollnick ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ด้านสาธารณสุข แห่งมหาวิทยาลัยคาร์ดิฟ โดยนำมาสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) สำหรับผู้ติดสุราและผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งการปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการให้การปรึกษาที่มีโครงสร้างมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered) ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ เป็นเทคนิควิธีจัดการกับความนึกคิดและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ให้การปรึกษามีบทบาทสนับสนุนช่วยเหลือในการค้นหาปัญหา และแก้ไขความลังเลใจช่วยให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจจากภายในต่อการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน และตัดสินใจกระทำการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง ทั้งนี้ Miller และ Rollnick ปี 2012 ได้ให้ความหมายของการสัมภาษณ์แรงจูงใจไว้ว่าเป็น “การพูดคุยสนทนาที่อาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการสำหรับการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเกิดความมุ่งมั่นที่เพิ่มขึ้นหรือข้อผูกมัดต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล” ดังนั้นการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจจึงเป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทางและมุ่งเน้นการให้ผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยผู้รับบริการสำรวจปัญหาและจัดการกับความสับสนไม่มั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองด้วยทักษะและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมสู่จุดมุ่งหมายที่ผู้รับบริการต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ (Miller & Rollnick, 2013; จุฑามาศ เทียนสะอาด และ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2559) ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอแนวคิดที่สำคัญดังต่อไปนี้

1.1.1 จิตวิญญาณของการสัมพัทธ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (The Spirit of MI)

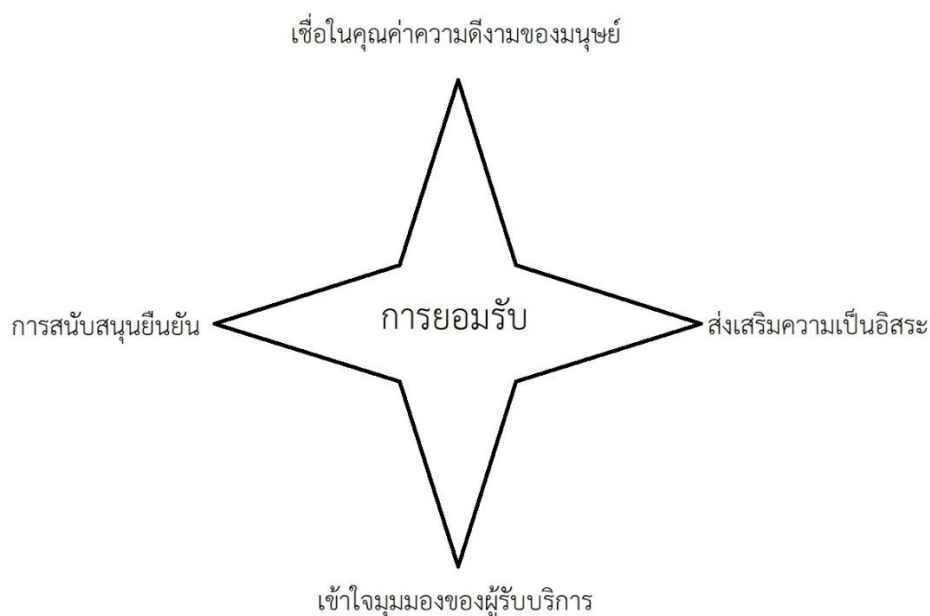
Miller and Rollnick (2013) ได้อธิบายวิธีคิดและการทำงานของ การสัมพัทธ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นวิธีการอยู่กับผู้รับบริการที่ผู้ให้การศึกษาจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้เพิ่มพูนขึ้น โดยจิตวิญญาณของการสัมพัทธ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย 4 อย่าง มีรายละเอียดดังนี้

1) ความร่วมมือซึ่งกันและกัน (partnership) สิ่งที่สำคัญประการแรกคือ การร่วมมือซึ่งกันและกันผู้ให้การศึกษาและผู้รับบริการ ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์เราเป็นผู้เชี่ยวชาญในตัวเอง ไม่มีใครที่จะรู้จักคน ๆ นั้นได้ดีไปกว่าเจ้าตัว ผู้ให้บริการการศึกษาจะเป็นฝ่ายที่พุดน้อยกว่ามาก โดยตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับบริการได้สำรวจมากกว่าตักเตือน ให้ความสนใจและสนับสนุนมากกว่ากดดันหรือโต้แย้ง ซึ่งจะเป็นการสร้างบรรยากาศในทางบวกที่เอื้อต่อการเปลี่ยนโดยไม่บีบบังคับ ทั้งนี้ วิธีการสัมพัทธ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเน้นการตระหนักรู้ในตนเองและข้อสัจย์ต่อสิ่งที่พุดคุย ในแง่หนึ่งผู้ให้การศึกษาที่เหมือนเป็นพยานในการเปลี่ยนแปลงของคน ๆ นั้น

2) การยอมรับ (acceptance) ในตัวคน ๆ นั้นทุกมิติตั้งแต่ความคิด ความเชื่อ เจตคติ บุคลิกภาพ และการตัดสินใจของผู้รับการศึกษา แต่ไม่ได้หมายความว่าเราจะต้องเห็นด้วยกับการกระทำของเขาเสมอไป ซึ่งการยอมรับในที่นี้มีรากฐานมาจากแนวคิดของ Rogers โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ (Rogers, 1980b cited in Miller & Rollnick, 2013)

2.1) เชื่อในคุณค่าความดีงามของมนุษย์ (Absolute Worth) เป็นการยอมรับในคุณค่าและศักยภาพที่แท้จริง Rogers เรียกสิ่งนี้ว่าการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เป็นการยอมรับในตัวบุคคลนั้นเคารพในคุณค่าและสิทธิของเขา ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ Fromm (1956 cited in Miller and Rollnick (2013) ได้อธิบายว่าการเคารพคือความสามารถในการเห็นคน ๆ นั้นอย่างที่เขาเป็น มีความแตกต่างไม่เหมือนใคร ห่วงใยในการเติบโตของเขาโดยไม่มีการแสวงหาผลประโยชน์.

2.2) เข้าใจมุมมองของผู้รับบริการ (Accurate Empathy) คือความสามารถในการทำความเข้าใจมุมมองภายในบุคคล เห็นโลกในแบบที่คน ๆ นั้นเห็น ไม่ใช่ความเห็นอกเห็นใจ แต่เป็นการทำความเข้าใจ โดย Rogers ได้อธิบายว่ามันคือ การรับรู้โลกส่วนตัวของผู้รับบริการเสมือนเป็นของเราเอง ซึ่งสิ่งที่ตรงข้ามของการทำความเข้าใจ คือการยึดมุมมองเดิมของตัวเองทำให้เข้าใจผิดหรือหรือไม่เกี่ยวข้องกับคน ๆ นั้นเลยก็ได้

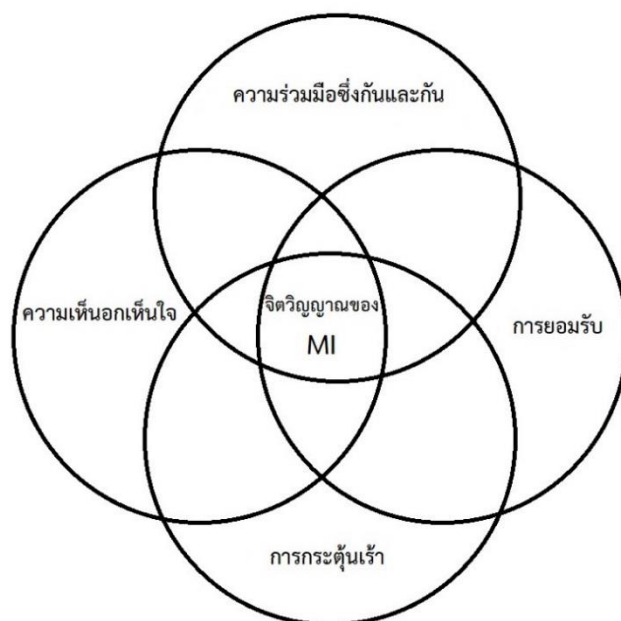


ภาพประกอบ 2 แสดงองค์ประกอบของจิตวิญญาณด้านการยอมรับ

ที่ ม ๑ Motivational interviewing: Preparing people for change, 3rd edition, by Miller and Rollnick (2013)

2.3) ส่งเสริมความเป็นอิสระ (Autonomy Support) เคารพและให้เกียรติความอิสระของบุคคล ให้เขามีสิทธิที่จะกำหนดเส้นทางชีวิตตนเอง นั่นคือคน ๆ นั้นเลือกสิ่งที่ตนต้องการ แตกต่างจากแนวคิดจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่าความต้องการมาจากแรงขับภายในจิตใต้สำนึก เช่น การบีบบังคับให้ทำ อยู่ในควบคุม ซึ่งตรงกันข้ามกับการให้อิสระที่เป็นการกระตุ้นอย่างหนึ่ง

2.4) การสนับสนุนยืนยัน (Affirmation) นั่นคือ การค้นหาจุดแข็งและความพยายามของเขามาสนับสนุนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสิ่งตรงข้ามที่ไม่ควรทำก็คือ การจับผิด โดยบอกว่าสิ่งใดผิดและต้องแก้อย่างไร



ภาพประกอบ 3 แสดงภาพจิตวิญญาณของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ที่มา Motivational interviewing: Preparing people for change, 3rd edition (p.34),
by Miller and Rollnick (2013)

3) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ในหนังสือ Motivational interviewing: Preparing people for change ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ได้เพิ่มองค์ประกอบอีกอย่างหนึ่งที่สำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ ความเห็นอกเห็นใจโดยเข้าอกเข้าใจด้านความรู้สึกอารมณ์ แต่ไม่ใช่การต้องทนทุกข์หรือรู้สึกสงสารเขา นั่นคือการส่งเสริมสนับสนุนความสุข ให้ความสำคัญกับสิ่งที่เขาต้องการ เข้าใจที่เขาเป็นเขา เป็นการคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการมากกว่าตนเอง

4) การกระตุ้นเร้า (Evocation) สิ่งที่เกิดขึ้นในการให้ปรึกษาส่วนใหญ่ คือ การขาดบางสิ่งบางอย่างและต้องได้รับการเติมเต็ม เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ปัญญา ความเป็นจริง แม้กระทั่งวิธีการรับมือ พื้นฐานการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเน้นที่จุดแข็งของคนที่มียุ่แล้ว งานของผู้ให้การปรึกษาต้องกระตุ้นเร้าหรือปลุกมันออกมา ซึ่งคุณลักษณะด้านบวกของผู้รับการปรึกษาย่อมมีคุณค่าต่อการให้ความสนใจอยู่แล้ว ดังนั้นการกระตุ้นด้านบวกหรือจุดแข็งนั้นออกมาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มาก

1.1.2 กระบวนการปรึกษาตามแนวคิดสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

Miller and Rollnick (2013) ได้กล่าวถึงกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่อาจเกิดขึ้นตลอดการให้การปรึกษา ซึ่งแนวคิดนี้ถูกเขียนขึ้นใหม่ 4 กระบวนการ โดยไม่จำเป็นต้องลำดับก่อนหลังตามกระบวนการในการให้บริการ แต่ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ในการให้การปรึกษา ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมหรือ (Engaging) กระบวนการปรึกษาเริ่มต้นด้วยการมีส่วนร่วมที่บุคคลจะมาขอรับการปรึกษามักจะรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยและถูกปฏิเสธหลาย ๆ ครั้ง การพบเจอกันครั้งแรกจึงเป็นตัวกำหนดว่าผู้รับบริการจะกลับมาอีกหรือไม่ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการเกิดการเชื่อมต่อกันในการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งใช้เวลาต่างกันไปตามลักษณะผู้รับบริการ โดยการมีส่วนร่วมนี้เป็นบันไดขั้นแรกของการทำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มิเช่นนั้นกระบวนการอื่น ๆ ก็จะเกิดตามยากมาก

2) การตั้งเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Focusing) ในกระบวนการปรึกษาผู้รับบริการอาจจะบอกรายเรื่องราวต่าง ๆ มากมาย ซึ่งอาจจะมีประเด็นอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องหรือปะปนกัน ดังนั้นการตั้งเป้าหมายและให้ความสนใจกับพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้การสนทนานั้นมีทิศทางที่ชัดเจนมุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น การเป็นโรคเรื้อรังบางอย่าง มันอาจจะเกี่ยวข้องได้ทั้งการกิน การออกกำลังกาย ความวิตกกังวล ความอาย การใช้สารเสพติด ดังนั้นการตั้งเป้าหมายจึงเป็นการช่วยให้การปรึกษามีทิศทางไปในทางใดทางหนึ่งที่เลือกไว้

3) การกระตุ้นเร้า (Evoking) การกระตุ้นเร้าเป็นการทำให้เกิดแรงจูงใจจากตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สิ่งนี้ถือว่าเป็นหัวใจของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยกระตุ้นให้เขาทำจากความคิดความรู้สึกของผู้รับบริการเอง เชื้อให้ผู้รับบริการได้มองเห็นปัญหาของตนเอง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถามกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหา

4) การวางแผนแก้ไขปัญหา (Planning) เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจมากพอที่จะเกิดความพร้อมในการลงมือทำ ในระยะนี้ผู้รับบริการจะคิดถึงผลของการกระทำรวมทั้งเห็นภาพของความสำเร็จตรงหน้า แต่ในทางกลับกันก็มีคนจำนวนไม่น้อยที่คิดว่าแล้วจะอย่างไร ในจุดนี้บุคคลจะหาข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ว่าจะจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อน หนังสือ หรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งการวางแผนแก้ไขปัญหาอาจไม่ใช่การวางแผนครั้งเดียวแล้วสำเร็จ

อาจจะต้องใช้เวลาในการแก้ไขอุปสรรคที่เข้ามา เพื่อให้ได้วิธีการที่ใช้แล้วได้ผลดี ดังนั้นการวางแผนจึงเป็นกระบวนการต่อเนื่อง

ทั้งนี้ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจเป็นวิธีการเฉพาะทางคลินิกที่เสริมสร้างแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดความรู้สึกอยากเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง แนวคิดนี้ไม่ได้เน้นการทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของบุคคล จึงไม่จำเป็นต้องใช้แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (stages of change) เมื่อทำการปรึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจเสมอไป (Miller & Rollnick, 2009)

อย่างไรก็ตามการปรึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจมักจะยึดหลักการปรึกษา 4 องค์ประกอบ (Hall, Gibbie, & Lubman, 2012; นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์ และ ภาสกร คุ่มศิริ, 2564) ได้แก่ 1) การแสดงความเข้าใจอกเข้าใจ 2) การสร้างความลังเลใจ 3) การจัดการแรงต้าน และ 4) การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองโดยมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1) การแสดงความเข้าใจอกเข้าใจ (express empathy) เป็นการใช่วิธีการสื่อสารที่แสดงถึงความเข้าใจผู้รับบริการอย่างแท้จริงผ่านทักษะการฟังเชิงลึก (reflective listening skills) ซึ่งผู้ให้บริการควรเข้าใจมุมมอง ความคิด และความรู้สึกที่ปราศจากการตัดสิน วิพากษ์ หรือตำหนิ แต่ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับพฤติกรรมของผู้รับบริการ แต่จะพยายามเอื้อให้เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างเปิดกว้างและเคารพต่อประสบการณ์

2) การสร้างความลังเลใจ (develop discrepancy) เป็นการพัฒนาแรงจูงใจโดยทำให้เกิดสมดุลการตัดสินใจระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายในอนาคต (future goals) หรือคุณค่าของบุคคลนั้น คู่ครอง ครอบครัว หรือหน้าที่การงานที่มีผลต่อแรงจูงใจที่จะช่วยทำให้เกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เทคนิคที่สำคัญคือการชวนผู้รับบริการสำรวจข้อดี-ข้อเสีย (pros and cons) ของการเปลี่ยนแปลงจะสามารถช่วยให้พัฒนาความลังเลใจของผู้รับบริการได้

3) การจัดการแรงต้าน (rolling with resistance) เมื่อผู้ให้บริการพยายามเอื้อให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วโดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยง ผู้รับบริการมักจะเกิดความรู้สึกกดดันหรือรู้สึกถูกบีบบังคับ หากผู้บริการยังไม่ตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มักจะแรงต้าน ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการสื่อสารที่ขัดจังหวะ ได้เถียง แก้ว โทษผู้อื่น มองลบต่อการเปลี่ยนแปลง สิ่งเหล่านี้เป็นสัญญาณให้กลับมาทบทวนสัมพันธภาพ และใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการปรึกษา เช่น การสะท้อนความรู้สึก การสะท้อนให้ผู้รับบริการเห็นแรงต้านที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนจุดสนทนา (shifting the focus) การค่อยปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิด (reframing) ของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคนิคการมองไปข้างหน้า (looking forward) การมองย้อนกลับ (looking

back) การใช้จินตนาการ (imagination) รวมถึงการใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ (readiness ruler) ด้วย เป็นต้น

4) การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (support self-efficacy) เมื่อผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บางรายเกิดความพยายาม บางรายพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วยังไม่สำเร็จ หรืออาจลองพยายามทำในอดีตแล้วแต่ยังไม่สำเร็จ เช่น การสูบบุหรี่ ลดน้ำหนัก ผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่เน้นย้ำค้นหาจุดแข็งของผู้รับบริการ ชวนผู้รับบริการใคร่ครวญความสำเร็จที่ผ่านมาแม้จะเป็นเพียงจุดเล็ก ๆ หรือถอดบทเรียนความผิดพลาดที่ผ่านมาเพื่อวางแผนป้องกัน ซึ่งจุดเน้นเป็นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการเห็นความสามารถและเชื่อมั่นในตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวกของตนเอง

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าหลักการปรึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจวางอยู่บนหลักการปรึกษาที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยมีผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้เอื้อให้เกิดแรงจูงใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ทั้งนี้เทคนิคหรือกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยจะเขียนอธิบายไว้ในโปรแกรมให้การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจต่อไป

1.1.3 ทักษะการปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องใช้ทักษะ OARS ที่จะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับการปรึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Toepfer, Cichy, & Peters, 2012)

1) การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) เป็นการกระตุ้นเร้าให้ผู้รับบริการคิด พุด และทบทวนความคิดของตน การตั้งคำถามปลายเปิดที่มีทิศทางเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการคิด และพูดข้อความที่จูงใจตนเอง (SMS) กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีลักษณะที่เรียกว่า ถามเพื่อให้ออกมาพูดข้อความที่จูงใจตนเองออกมาบอก สำหรับการถามคำถามปลายปิด (close-ended questioning) ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมักจะปฏิเสธในทันที เนื่องจากใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความจริง (denial) มองเหตุการณ์ให้มีความสำคัญน้อยกว่าความเป็นจริง (minimization) และการให้เหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) การถามคำถามปลายปิดโดยผู้บำบัดเสมือนการไปกระตุ้นเร้าจิตใจด้านที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

2) การแสดงความชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) เมื่อผู้รับการปรึกษาแสดงออกถึงความคิดที่ถูกต้อง จุดแข็งของตนเอง ความพยายาม ศักยภาพในตน หรือความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ให้การปรึกษาทำการตอบสนองโดยให้การชื่นชมยืนยันรับรองทันที เพื่อเสริมแรงต่อการแสดงออกที่เป็นข้อความจูงใจตนเองของผู้รับการปรึกษา

3) การฟังเชิงลึกและสะท้อน (Reflective listening) เป็นทักษะของการตั้งใจฟัง และจับความหมายของข้อความที่จิตใจตนเองของผู้รับบริการ หลังจากนั้นสะท้อนความหมายที่แท้จริงให้ผู้รับการปรึกษาฟัง สิ่งให้ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรทำเพราะเป็นอุปสรรคต่อการฟังอย่างตั้งใจ ได้แก่ การชักชวนการสั่งสอน การสั่งการ เตือน หมายหัว หยาบคาย ทำทนาย เห็นด้วย หรือรีบให้คำมั่นสัญญา เพราะเป็นการตัดสินตีตราผู้รับบริการ และลดทอนการนับถือคุณค่าแห่งตนของผู้รับบริการลง ทักษะการสะท้อนที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจมี 2 แบบ กล่าวคือ

3.1) การสะท้อนแบบธรรมดา (simple reflection) ได้แก่ การทวนซ้ำความ (repeating) การสะท้อนเป็นวลีโดยพูดซ้ำบางคำพูด (rephrasing) และการทวนความโดยใช้คำพูดใหม่ (paraphrasing)

3.2) การสะท้อนแบบซับซ้อน (complex reflection) ประกอบด้วย การสะท้อน 5 แบบ ได้แก่ การสะท้อนความหมายหรือความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับบริการ (client's true meaning or feeling reflection) การสะท้อนสองทาง (double-sided reflection) เป็นการสะท้อนความขัดแย้งกันระหว่างความต้องการและความรู้สึกตรงข้าม การสะท้อนแบบขยายความ (amplified reflection) เป็นการสะท้อนข้อความที่กล่าวออกมาให้หนักหรือมากขึ้น จะทำให้เกิดการโต้แย้งไปในทิศทางตรงกันข้าม การสะท้อนแบบทำให้เบาลง (minimizing reflection) ทำให้ความหมายที่สะท้อนออกไปไม่ตรงกับความหมายที่กล่าว เน้นให้เกิดการโต้แย้งเพื่อจูงใจตนเอง และการสะท้อนแบบอุปมาอุปไมย (metaphor) ใ้ให้ผู้รับบริการเข้าใจความคิดและความรู้สึกของตนเองได้อย่างถ่องแท้มากขึ้น ด้วยการให้ความหมายของภาษาเชิงเปรียบเทียบ

4) การสรุปความ (Summarization) การสรุปเนื้อหาระหว่างการปรึกษาระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการ ซึ่งขณะให้การปรึกษาอาจมีเนื้อหาที่สำคัญเกิดขึ้นมากมาย ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาต้องมีการสรุปสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาคิดและพูดออกมาเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะข้อความที่จิตใจตนเองซึ่งผู้รับการปรึกษากล่าวออกมา ทำให้ผู้รับการปรึกษามีโอกาสได้ยินข้อความที่จิตใจตนเองซ้ำอีก และเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคิดและพูดข้อความที่จิตใจตนเองได้เพิ่มมากขึ้นเป็นการเสริมแรงต่อความคิดนั้น

สรุป การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ ขั้นการมีส่วนร่วม ขั้นตั้งเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลง ขั้นกระตุ้นเร้า และขั้นการวางแผนแก้ไขปัญหา ซึ่งทุกกระบวนการวางอยู่บนจิตวิญญาณของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ ได้แก่ ความร่วมมือซึ่งกันและกัน การยอมรับ ความเห็นอกเห็นใจ รวมถึงการกระตุ้นเร้า ทั้งนี้ทักษะที่ใช้บ่อย ได้แก่ การตั้งถามคำถามปลายเปิด การแสดงความชื่นชมยินดีรับรอง การฟัง

เชิงลึกและสะท้อน รวมถึงการสรุปความ สำหรับการวิจัยนี้ประยุกต์โปรแกรมการศึกษาจาก งานวิจัยของ Parsons et al. (2014) โดยที่โปรแกรมการศึกษามีจำนวน 4 ครั้ง ดำเนินการใน รูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom ครั้งละ 1.00-1.30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ ซึ่ง บูรณาการระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจกับกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้ง ขอบคุณ ผู้วิจัยทำศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรม ป้องกันเชื้อเอชไอวีพบว่า ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้าง แรงจูงใจ และการใช้สื่อการสอนแอนิเมชันในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่าง ต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์จำนวน 90 คน ซึ่งถูกสุ่มให้เข้ากลุ่มที่ได้รับการปรึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ จำนวน 30 คน โดยให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 40 นาที โดย สัปดาห์ที่ 1 และ 3 เป็นการปรึกษาแบบพบหน้าในคลินิก ครั้งที่ 2 และ 4 เป็นการปรึกษาทาง โทรศัพท์ ต่อมากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้วีดิทัศน์จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ และกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้วีดิทัศน์มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าคะแนนของกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาแบบ เสริมสร้างแรงจูงใจไม่ต่างจากกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ (Maneesriwongul, Prajanket, & Saengcharnchai, 2012) นอกจากนี้การศึกษากาไรใช้โปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบ กลุ่มโดยอิงการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดพฤติกรรมใช้สารเสพติดและพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศในกลุ่มคนไร้บ้านวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มควบคุมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมครั้งละ 45 นาที ต่อสัปดาห์ เป็นเวลานาน 16 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางบวกหลังจาก ทดลอง 3 เดือน และติดตามผลอีก 30 วัน ในกลุ่มทดลองโดยจำนวนวันในการดื่มสุราและแรงจูงใจ ในการใช้ยาเสพติดลดลง มีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม รวมถึงลด พฤติกรรมการไม่ป้องกันความเสี่ยงด้านเพศมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Tucker, D'Amico, Ewing, Miles, & Pedersen, 2017)

ทั้งนี้ ยังมีการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันตนเอง ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำการศึกษาการลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์ในชายโดยการประยุกต์ใช้การปรึกษาแบบสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยกลุ่มตัวอย่าง 80 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลองจะเข้ารับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจเป็นเวลา 1 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาค้างละ 40-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการปรึกษาโดยทั่วไป ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่เข้าร่วมโปรแกรมจนถึงสิ้นสุดโปรแกรม และติดตามภายใน 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องของการสวมถุงยางเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบความต่างในเรื่องการสวมถุงยางสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก รวมถึงเรื่องของการเปลี่ยนคู่นอน และคะแนนความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถให้เพิ่มการสวมถุงยางเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในชายชาวจีนที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ (Chen et al., 2016) และการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดความเสี่ยงรับเชื้อเอชไอวีและการใช้ยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเกย์และชายรักสองเพศ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-29 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 143 คน ได้รับการสุ่มให้เข้าโปรแกรมการปรึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจจำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้ทั่วไป จากนั้นทำการประเมินทุก ๆ 3 เดือน ภายใน 1 ปี ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมไม่ป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักและการใช้ยาเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเวลาผ่านไป (Parsons et al., 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ พบว่าแนวคิดดังกล่าวได้ผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ โดยลดพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศและการใช้ยาเสพติด ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสะท้อนว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ลดจำนวนวันในการดื่มแอลกอฮอล์และลดแรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดลดลง มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการใช้แนวคิดการปรึกษาดังกล่าวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง พบเพียงการใช้จัดการกับปัญหาเฉพาะด้าน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 40-90 นาที ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชื่อว่าแนวคิดการ

สัมพันธ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

1.2 กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ (Gratitude Intervention: GI)

กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) ที่ให้ความสำคัญกับลักษณะเชิงบวกและค้นหาวิธีการที่จะพัฒนามนุษย์ เพื่อเสริมสร้างความสุข และสุขภาวะที่ดีให้เกิดขึ้น สำหรับงานวิจัยนี้ให้สนใจกับกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ (Gratitude Intervention) ซึ่งเป็นการส่งเสริมหนึ่งในลักษณะจุดแข็งของบุคคล เป็นกิจกรรมที่ง่ายและมีผลการวิจัยรองรับว่ามีประสิทธิภาพดีต่อการเพิ่มพูนสุขภาวะของบุคคล ผู้วิจัยจึงนำกิจกรรมสร้างเสริมความซาบซึ้งขอบคุณมาผสมผสานกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นแนวคิดหลัก สำหรับนิยามของความซาบซึ้งขอบคุณนั้นเป็น “ความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นระหว่างการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์ เมื่อบุคคลได้รับการบอกกล่าวถึงคุณค่าหรือได้รับประโยชน์จากบุคคลอื่นรวมถึงสิ่งต่าง ๆ ในที่นี้ความซาบซึ้งขอบคุณยังเหมือนกับอารมณ์ทางสังคม (social emotions) ที่ทำหน้าที่ช่วยสร้าง (solidifying) และเสริมความเข้มแข็ง (strengthening) ให้ความสัมพันธ์เป็นไปอย่างปกติ” (Lomas et al., 2014)

นักสังคมศาสตร์ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความซาบซึ้งในบุญคุณมาตั้งแต่ปี 1930 งานวิจัยเชิงประจักษ์จำนวนมากในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งศึกษาที่ถูกนำมาใช้เป็นต้นแบบ 2 ชิ้น ของ McCullough และคณะ ในปี 2002 รวมถึง Emmons และ McCullough ปี 2003 พบว่าความซาบซึ้งขอบคุณนำไปสู่การมีจิตใจที่สงบนิ่ง มีความสัมพันธ์ และมีสุขภาวะที่ดี (well-being) ทั้งนี้ McCullough และคณะ ปี 2001 ได้อธิบายเกี่ยวกับการทำงานของความรู้สึกซาบซึ้งขอบคุณไว้ 3 ประการ กล่าวคือ ประการแรก เป็นตัวชี้วัดทางสังคมด้านศีลธรรม โดยบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล เช่น การนับถือผู้มีพระคุณ ประการที่สองทำหน้าที่เสริมแรงทางศีลธรรม การแสดงออกถึงความซาบซึ้งขอบคุณจะเพิ่มโอกาสให้ผู้ให้หรือผู้รับมีความเมตตามากขึ้น และประการสุดท้ายเป็นแรงจูงใจทางศีลธรรมเนื่องจากกระตุ้นให้ผู้รับเกิดพฤติกรรมทางสังคมที่ดี และช่วยยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อผู้ให้หรือผู้มีพระคุณเพื่อเป็นการตอบแทนได้ อย่างไรก็ตาม ผลของแรงจูงใจที่เกิดจากความซาบซึ้งขอบคุณนั้นแตกต่างจากแรงจูงใจที่เกิดจากการเป็นหนี้บุญคุณและความรู้สึกไม่เท่าเทียม โดยความซาบซึ้งขอบคุณเป็นความรู้สึกพึงพอใจที่เชื่อมโยงกับสถานะทางจิตใจเชิงบวกเช่นเดียวกับความพึงพอใจ ความภาคภูมิใจ และความหวัง (Bono, Krakauer, & Froh, 2014) นอกจากนี้ผู้ที่มีความซาบซึ้งในขอบคุณในระดับสูง จะมีองค์ประกอบ

หลายอย่างของสภาวะที่ดีที่ทางจิตใจในระดับที่สูงขึ้น (Morgan, Gulliford, & Kristjánsson, 2017)

สำหรับกิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งขอบคุณผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและนำเสนอกิจกรรมที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้ (Bono et al., 2014; Lomas et al., 2014)

1) *การบรรยายเรื่องดี ๆ ที่เกิดขึ้น (Counting blessings)* โดยให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนเรื่องราวที่ผ่านมาตลอดช่วงชีวิตไม่ว่าจะใหญ่หรือเล็ก จากนั้นคิดย้อนกลับไปในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาและให้เขียน 5 สิ่งในชีวิตที่ซาบซึ้งหรืออยากขอบคุณ เป็นการศึกษาโดย Emmonse and Mccullough (2003) ได้ศึกษาการพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณผ่านการบรรยายสิ่งดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวันที่มีผลต่อสภาวะร่างกายและจิตใจของนักศึกษา โดยให้บันทึกรายสัปดาห์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การเขียนสิ่งดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน กลุ่มที่ให้บรรยายปัญหาอุปสรรค และกลุ่มที่อธิบายเหตุการณ์ที่เป็นกลางภายใน 10 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มได้รับการฝึกความซาบซึ้งขอบคุณโดยให้เขียนสิ่งดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวันมีความแข็งแรงร่างกาย ความรู้สึกดีในชีวิต ความรู้สึกเชื่อมโยงผู้อื่น และการมองโลกในแง่ดีเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ และในปีเดียวกันทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคในกลุ่มระบบประสาทรวมกล้ามเนื้อ (neuromuscular disease) ในผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับมอบหมายให้บรรยายประสบการณ์เชิงบวก (describe blessings) และกลุ่มควบคุมให้บรรยายประสบการณ์ทั่วไปทุกวันภายใน 3 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มบรรยายสิ่งดีที่มีการแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวกและพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุม (Emmonse & Mccullough, 2003)

2) *การเขียนสิ่งดี 3 สิ่ง (Three good things)* ให้ผู้รับการปรึกษาเขียนสิ่งดีที่เกิดขึ้น 3 อย่างในแต่ละวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้อธิบายเหตุการณ์เชิงบวกเหล่านั้นที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Seligman, Steen, Park, & Peterson ปี 2005 โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 3 อย่างเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่า แม้ไม่สามารถเพิ่มความสุขและลดภาวะซึมเศร้าในการทดลองได้ในทันทีทันใด แต่พบว่าส่งผลให้ความสุขเพิ่มขึ้นและลดอาการซึมเศร้าในระยะยาวภายใน 6 เดือนต่อมา และการศึกษาผลของกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งกิจกรรมเชิงบวกประกอบด้วย ข้อดีของตนเอง (best possible self) และเขียนสิ่งดี 3 สิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ทดลองในผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 17 คน กลุ่มทดลองให้เขียนข้อดีของตนเอง 1 สัปดาห์ ตามด้วยเขียนสิ่งดี 3 อย่างในแต่ละวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมให้วาดภาพอนาคตของสังคมมนุษย์ 1 สัปดาห์ ตามด้วยให้เขียนความทรงจำเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าลดลง มีอารมณ์เชิงบวก และพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (Pietrowsky & Mikutta, 2012)

3) การเขียนจดหมายขอบคุณ (*Gratitude visit*) เป็นกิจกรรมการเขียนข้อความในรูปแบบจดหมายที่แสดงออกถึงความซาบซึ้งขอบคุณ ให้กำลังใจ หรือชื่นชมที่ตนได้รับประโยชน์จากบุคคลหนึ่งไม่ว่าจะเป็นเรื่องใหญ่หรือเล็กตลอดช่วงชีวิต และส่งจดหมายให้บุคคลนั้นในรูปแบบต่าง ๆ และอ่านข้อความเหล่านั้นให้ฟัง (Lomas et al., 2014) ตัวอย่างเช่นการแสดงความรักขอบคุณสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับไม่ว่าจะเป็นเรื่องใหญ่หรือเล็กตลอดช่วงชีวิต ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่ทำกิจกรรมเขียนจดหมายขอบคุณมีความสุขเพิ่มขึ้นและลดอาการซึมเศร้าลงภายใน 1 เดือน ถึงแม้ว่าผลจะเกิดในช่วงสั้น ๆ แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ซึ่งน่าจะเป็นลักษณะธรรมชาติของการแสดงความรู้สึกขอบคุณอย่างมีความหมาย รวมถึงการศึกษาผลของการเขียนจดหมายขอบคุณต่อสุขภาพ ซึ่งการประเมินสุขภาพในการศึกษานี้ประกอบด้วยความสุข ความพอใจในชีวิต และความเศร้า กลุ่มทดลองให้เขียนจดหมายขอบคุณมากกว่า 3 เดือน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขและความพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น ขณะที่มีอาการเศร้าที่ลดลง (Toepfer et al., 2012)

4) การขอบคุณตนเอง (*Grateful self-reflection*) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เพิ่มเติมความตระหนักรู้และขอบคุณตนเองตนเองด้วยกระบวนการสะท้อนตนเองไม่ว่าจะเป็นความคิด ความรู้สึกอารมณ์ หรือพฤติกรรมของตนเอง และชวนให้ผู้รับการปรึกษายู่กับอารมณ์ชื่นชมและซาบซึ้งขอบคุณตนเอง (Chan, 2010; Lomas et al., 2014; Lyke, 2009) ซึ่งการศึกษากิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งขอบคุณต่อสุขภาพจิตของครูการศึกษาพิเศษ โดยใช้กิจกรรมขอบคุณตนเองเป็นหนึ่งในโปรแกรม โดยฝึกให้ขอบคุณตนเองหลังจากผ่านการแก้ไขปัญหาในเหตุการณ์ต่าง ๆ หลังจากทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งขอบคุณมีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตลดลงมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ (Kristiana & Ratna Kustanti, 2018) และการศึกษาพัฒนาชุดฝึกความสำนึกขอบคุณในนักศึกษาที่ประกอบด้วยการฝึกขอบคุณตนเองเป็นหนึ่งในชุดฝึกโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า ภายหลังจากการฝึกนักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกมีความซาบซึ้งบุญคุณต่อบุคคล แผ่นดิน และความรับผิดชอบต่อตนเองในด้านการดูแลตนเองด้านสุขภาพ การพัฒนาตนด้านการเรียน และการปฏิบัติตนต่อสังคมส่วนรวมสูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (อุบล เลี้ยววาริณ, 2555)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ ซึ่งบูรณาการระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจกับกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ ผู้วิจัยทำศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณกับสุขภาพทางใจพบว่ามีประยุกตใช้กิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจเพื่อพัฒนาอารมณ์เชิงบวกและพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหลังมีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับการสัมผัสภาพเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้เพียงอย่างเดียว ซึ่งกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกประกอบด้วย การขอบคุณสิ่งดีที่เกิดขึ้น การเขียนจดหมายขอบคุณ จุดแข็ง เป้าหมายของชีวิต เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาอารมณ์เชิงบวกมากกว่ากลุ่มควบคุมใน 12 และ 24 สัปดาห์ รวมถึงขยับร่างกายในชีวิตประจำวันด้วยการก้าวเดินอย่างมีนัยสำคัญ (Huffman et al., 2019) และต่อมามีการศึกษาผลของการสร้างจุดแข็งตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อสุขภาพและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 622 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกการเขียนจดหมายขอบคุณ การบอกสิ่งดี 3 สิ่งในแต่ละวัน การฝึกจุดแข็ง การบรรยายความใจดี เป็นต้น และกลุ่มควบคุมได้ทำกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ทำการเก็บข้อมูลใน 1, 3 และ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นและมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Gander, Proyer, Ruch, & Wyss, 2012) นอกจากนี้การวิจัยเรื่องการเขียนบรรยายความซาบซึ้งขอบคุณ (gratitude writing) ต่อสุขภาพจิตในผู้รับการบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับการบำบัดในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 293 คน ได้รับการสุ่ม 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมให้การบำบัดตามปกติ กลุ่มที่ให้การบำบัดร่วมกับการเขียนบรรยายความรู้สึก และกลุ่มที่ให้การบำบัดร่วมกับการฝึกเขียนบรรยายความซาบซึ้งขอบคุณ ดำเนินการทดลอง 4-12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกเขียนบรรยายความซาบซึ้งขอบคุณมีคะแนนสุขภาพจิตที่ดีกว่าทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่คะแนนสุขภาพจิตภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มที่ให้การบำบัดร่วมกับการเขียนบรรยายไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Wong et al., 2016)

นอกจากนี้ ยังมีการทดลองผลของกิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งขอบคุณ โดยทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ในชุมชน จำนวน 1,337 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มที่ได้รับการฝึกกิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งขอบคุณโดยให้ฝึกเขียนสิ่งที่อยากให้คุณในแต่ละวัน 5 อย่าง จำนวน 446 คน กลุ่มที่ให้เขียนบรรยายความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน จำนวน 444 คน และกลุ่มควบคุมให้เขียนสิ่งที่มากระทบความรู้สึกในแต่ละวัน จำนวน 447 คน โดยทำการทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยวัดตัวแปรเรื่องความรู้สึก ภาวะซึมเศร้า สุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิต ผลการวิเคราะห์ก่อนการทดลองมีคะแนนตัวแปรตามไม่ต่างกัน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกความซาบซึ้งขอบคุณมีอารมณ์เชิงบวกมาก สุขภาพ และความพอใจในชีวิตมากขึ้น รวมถึงมีอารมณ์เชิงลบและอาการซึมเศร้าลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มพบว่า

คะแนนดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Cunha, Pellanda, & Reppold, 2019) ทั้งนี้การทดลองสร้างเสริมความซาบซึ้งชอบคุณด้วยกิจกรรมบอกสิ่งดี 3 อย่างในแต่ละวันที่มีผลต่อสุขภาวะ โดยทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั่วไปชาวอังกฤษ จำนวน 108 คน อายุระหว่าง 18-36 ปี ทำการสุ่ม (randomly assigned) เป็นกลุ่มทดลองและควบคุม โดยกลุ่มทดลองให้เขียนบรรยายสิ่งดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวันเป็นเวลา 21 วัน ผลการวิเคราะห์ที่ข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความซาบซึ้งชอบคุณ และสุขภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Lai, 2017) และการศึกษาผลของจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับการใช้สื่อออนไลน์ต่อการป้องกันด้านสุขภาพต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายชาวจีนที่ติดเชื้อเอดส์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 404 คน ทำการกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ให้ทำกิจกรรมให้บอกสิ่งดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวันสามอย่างผ่านสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 129 คน กลุ่มที่สองให้ทำกิจกรรมบอกสิ่งดีสามอย่างเพียงอย่างเดียว จำนวน 139 คน กลุ่มที่สามเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 136 คน ทำการวัดตัวแปรความเศร้า วิตกกังวล อารมณ์เชิงบวกและลบ ความซาบซึ้งชอบคุณ ความสุข และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยวัดทุก ๆ 1, 3, 6 และ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนวิตกกังวล อารมณ์ด้านลบลดลงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกครั้งที่มีการวัดอย่างมีนัยสำคัญ (Li et al., 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมกิจกรรมสร้างพัฒนาความซาบซึ้งชอบคุณกับสุขภาวะทางใจ พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิทยากร นักศึกษา และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยส่งผลให้เกิดอารมณ์เชิงบวก ความสุข และความพอใจในชีวิตมากขึ้น รวมถึงมีอารมณ์เชิงลบ คะแนนวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่พบการบูรณาการแนวความคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจกับกิจกรรมพัฒนาความรู้สึกซาบซึ้งชอบคุณโดยตรง รวมถึงมีการใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายทางเพศจำนวนน้อย จากหลักฐานการวิจัยพบเพียงการบูรณาการระหว่างแนวความคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจกับกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการพัฒนาอารมณ์เชิงบวกซึ่งได้ผลดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชื่อว่ากิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งชอบคุณสามารถเพิ่มสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

1.3 การบูรณาการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องที่มีการทบทวนวรรณกรรมจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานมีหลายวิธีด้วยกัน แต่ที่ได้รับความนิยมที่สุดนั้นมี 4 ประเภท ได้แก่ (นันทิชาติ สกฤษดิ์, 2557)

1.3.1 การผสมผสานทฤษฎี (Theoretical integration) เป็นการผสมผสานตั้งแต่พื้นฐานแนวคิด ความเชื่อ กระบวนการปรึกษาตั้งแต่ 2 ทฤษฎีขึ้นไปจนเกิดเป็นทฤษฎีการปรึกษาใหม่ ซึ่งพื้นฐานของทฤษฎีอาจมาจากรากฐานเดียวกันหรือต่างกันได้ เช่น แนวคิดโมเดลข้ามทฤษฎี (Transtheoretical model) ของ Prochaska and DiClemente (1982)

1.3.2 การผสมผสานเทคนิค (Technical eclectic) เป็นการนำเอาเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาต่าง ๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาผสมผสานกันในการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาโดยไม่ได้ยึดถือทฤษฎีการปรึกษาอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นหลัก เช่น Multimodal therapy ของ Lazarus

1.3.3 การผสมผสานทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (Assimilative integration) เป็นการพัฒนารูปแบบการผสมผสานที่ลดจุดบกพร่องของทั้งการผสมผสานทฤษฎีและการผสมผสานเทคนิค ผู้ให้การปรึกษายึดถือทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลัก และหยิบยืมเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาอื่นมาร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา โดยเทคนิคที่นำมาใช้นั้นต้องมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองเป้าหมายตามทฤษฎีหลักที่นักจิตวิทยาการปรึกษายึดถือ เช่น การปรึกษาที่ใช้จิตพลวัตเป็นหลัก แต่ขณะปรึกษาหยิบยืมเอาเทคนิคการใช้เก้าอี้ที่ว่างเปล่าจากการปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt therapy) มาใช้ โดยไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้สึกแบบที่นี้เดี๋ยวนี้ (Here and Now) ซึ่งเป็นแต่ใช้เพื่อทำให้เกิดการตระหนักรู้ (insight) ถึงปมขัดแย้งในใจและแสดงออกเพื่อย้ำการตระหนักรู้ให้เข้มข้นขึ้น (working through)

1.3.4 การมีปัจจัยการปรึกษาหรือบำบัดร่วม (Common factors) คุณลักษณะร่วมหรือปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการปรึกษาโดยมิได้ขึ้นอยู่กับว่าใช้ทฤษฎีการปรึกษาใด เช่นการศึกษาของ Lambert นำเสนอปัจจัยการปรึกษาที่เรียกว่า “ปัจจัยสี่” (Big four) ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัว (Client factors) และปัจจัยภายนอกชั่วโมงปรึกษา (Extratherapeutic factors) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนถึงร้อยละ 40 ที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปรึกษา เช่น การสนับสนุนระดับครอบครัว การมีอาชีพที่มั่นคง การมีเพื่อนสนิท การจัดการกับปัญหาที่ดี การมีความเข้มแข็งของอีโก้ เป็นต้น ต่อมา 2) ปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษากับผู้รับบริการ (Relationship factors) ปัจจัยมีส่วนร้อยละ 40 ต่อประสิทธิภาพของการปรึกษา ทั้งนี้ปัจจัยที่ 3) การเกิดความหวัง (Hope) คือการที่ผู้รับการปรึกษามีความหวังว่าการรับปรึกษาหรือจะทำให้ตนเองปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการปรึกษาร้อยละ 15 และปัจจัยที่ 4) ทฤษฎีและเทคนิค (Model and technique) ต่าง ๆ ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปรึกษาร้อยละ 15 ซึ่งจากการศึกษาของ Lambert ทำให้ตระหนักถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษา โดยไม่มุ่งเน้นที่ใช้ทฤษฎีหรือเทคนิคเป็นหลักเพียงอย่างเดียว

จากที่กล่าวมา แนวคิดการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจนี้เป็นการผสมผสานทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก โดยผสมผสานระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นแนวคิดหลัก และเสริมด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งซึ่งขอบคุณมาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งวรรณกรรมของ Csillik (2015) สนับสนุนว่าทั้งสองแนวคิดมีความเชื่อมโยงเชิงทฤษฎีเบื้องหลังนั้นคือแนวคิดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่เชื่อเรื่องการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกจากตัวมนุษย์โดยการเสริมสร้างจุดแข็ง การใช้กิจกรรมสร้างเสริมความซาบซึ้งซึ่งขอบคุณมีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดอารมณ์เชิงบวก ทั้งนี้ทฤษฎีอารมณ์เชิงบวกของ Fredrickson's ได้กล่าวว่าการมีอารมณ์เชิงบวกนั้นช่วยส่งเสริมให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถต่าง ๆ ที่ตนมีอยู่ ช่วยให้สามารถคิดและกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิมได้ การเกิดอารมณ์เชิงบวกนั้นสามารถเป็นจุดแข็งที่สนับสนุนกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น ความสนใจ ความหวัง ความพึงพอใจ และแรงบันดาลใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสทบทวนทางเลือกต่าง ๆ ที่ตนเคยมองข้ามหรือปฏิเสธไป นอกจากนี้ทั้งสองแนวคิดยังพูดถึงการกระตุ้นความหวังและความมั่นใจ (Evoking Hope and Confidence) ให้มีความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความหวังที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ และมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง และหลักการสนับสนุนความเชื่อมั่นในศักยภาพของตน (Self-Efficacy) เป็นส่วนสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความหวังที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามงานของ Csillik (2015) ยังไม่ได้ระบุว่ามีการนำ 2 แนวคิดนี้มาบูรณาการในรูปแบบใด กล่าวเพียงว่าแนวคิดการปรึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจยังไม่ได้กล่าวถึงเทคนิคให้การบ้านกับผู้รับบริการ ซึ่งการบูรณาการกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งซึ่งขอบคุณที่เป็นกิจกรรมที่ทำงานง่าย ผู้รับบริการสามารถฝึกได้ด้วยตนเองจะทำให้เสริมจุดแข็งของการปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงจูงใจให้มากขึ้น

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจเป็นหลัก ร่วมกับกิจกรรมสร้างเสริมความซาบซึ้งซึ่งขอบคุณ โดยเรียกว่า “โปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ” ซึ่งจากการที่ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบหลักฐานที่บ่งชี้ว่ามีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมต่าง ๆ รวมถึงสุขภาวะในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดหมายว่าโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจจะสามารถพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์

ในสิบปีที่ผ่านมาสังคมมนุษย์ได้รับเทคโนโลยีเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันอย่างแยกจากกันไม่ได้ ช่วงเวลาที่ผ่านมาี้มักถูกเรียกว่าเป็น “ทศวรรษแห่งยุคดิจิทัล (digital decade)” มีการสร้างแอปพลิเคชันที่แปลกใหม่ เครื่องมือสื่อสารสำหรับใช้งานต่าง ๆ และตัวเลือกการใช้งานและเทคโนโลยีที่มีจำนวนมากมายมหาศาล ซึ่งยุคสมัยทำให้วิชาชีพต่าง ๆ ต้องทำการปรับตัวมากขึ้น รวมถึงนักจิตวิทยาการศึกษาที่ต้องยอมรับความจริงว่าคนรุ่นใหม่เติบโตขึ้นมาพร้อมกับอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ การเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตและสื่อทางเลือกต่าง ๆ ที่มีจำนวนมาก ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีทำให้ผู้คนสามารถเข้าถึงซึ่งกันและกันง่ายขึ้น การเข้าถึงข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตได้รับความนิยมมากกว่าการสอบถามข้อมูลผ่านการโทรศัพท์หรือการสอบถามแหล่งข้อมูลที่อยู่ในโลกจริง ประกอบกับยังมีกลุ่มประชากรจำนวนมากที่ประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลเพราะการมีที่อยู่อาศัยห่างไกล ปัญหาทางสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการมีปัญหากการเข้าถึงสังคม ส่งผลเกิดความต้องการบริการสุขภาพแบบออนไลน์มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการให้บริการออนไลน์นั้นเป็นการทำงานที่มีลักษณะของการทำงานและทักษะที่ใช้แตกต่างไปจากการทำงานทั่วไปในโลกจริง ผู้บริการสุขภาพจิตแบบออนไลน์นั้นจึงต้องตระหนักว่าการให้บริการออนไลน์นั้นมีข้อจำกัดและไม่ใช่ว่าผู้รับบริการทุกคนจะเหมาะกับการบริการแบบออนไลน์ (Kraus, Stricker, & Speyer, 2010)

การให้การบริการแบบออนไลน์นั้นแบ่งกว้าง ๆ ได้สองรูปแบบ ได้แก่ การให้การบริการแบบปลายเปิดที่ไม่มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และการให้การบริการที่มีเป้าหมายและวางโครงสร้างชัดเจน เช่น การศึกษาเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจและการทำงานกับผู้อื่น การศึกษาเพื่อเสริมทักษะการเห็นคุณค่าของตนเอง รวมไปถึงการส่งเสริมความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคล โดยหลักการให้การบริการโดยทั่วไปนั้น ประกอบด้วย ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ปัญหาที่นำมา เป้าหมายของการบริการ แผนการแก้ไขปัญหา ผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติม ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ การเน้นความชัดเจนในการสื่อสาร (เพื่อทดแทนข้อมูลเสียงและภาพที่ขาดหายไปจากการศึกษาแบบพบหน้า) การกำหนดขั้นตอนการทำงานที่เป็นลำดับขั้นและมีความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ และกระบวนการที่สามารถประเมินผลลัพธ์การบริการได้ชัดเจนและแม่นยำ (Kraus et al., 2010) การเพิ่มขึ้นของบริการการศึกษาแบบออนไลน์ จึงส่งผลต่อความจำเป็นในการฝึกฝนการให้การบริการ และเกิดการศึกษาวิจัยการศึกษาแบบออนไลน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั่วโลก

สำหรับนิยามของการปรึกษาออนไลน์ จากการศึกษาตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีนักวิชาการกล่าวถึงการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ไว้พอควร ทั้งนี้ผู้เขียนขอเสนอคำสำคัญที่เกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ (Online counseling) ไว้ดังนี้

บริการด้านจิตวิทยาผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร (Telepsychology) หมายถึง บริการทางด้านจิตใจต่าง ๆ ผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร (Telecommunication technologies) ซึ่งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่การเตรียม (Preparation) การส่งผ่าน (Transmission) และการสื่อสาร (Communication) ได้แก่ โทรศัพท์ การประชุมทางไกล (Videoconferencing) อีเมลล์ แชท ข้อความ เว็บไซต์ (เช่น ข้อมูลสุขภาพจิตผ่านเว็บไซต์ที่ผู้รับบริการศึกษาด้วยตนเอง (self-help websites) (American Psychological Association, 2013)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ (Online Counseling) หมายถึง การส่งผ่านทำให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ (Therapeutic interventions) ผ่านระบบสารสนเทศหรือเทคโนโลยีการสื่อสารหรือเทคโนโลยีการสื่อสารระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ (Poh Li, Jaladin, & Abdullah, 2013)

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่านิยามข้างต้นมีความคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามคำว่า Telepsychology จะมีความหมายกว้างกว่าการปรึกษาออนไลน์ (Online Counseling) นั่นคือการให้บริการด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมถึงการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาด้วย เช่น การให้ข้อมูลด้านสุขภาพจิต การตรวจประเมิน สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยสรุปนิยามการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านระบบออนไลน์ว่า “เป็นบริการเชิงจิตวิทยารูปแบบหนึ่งที่มีการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจผ่านการสื่อสารอย่างมีเป้าหมายด้วยการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีต่าง ๆ ที่พัฒนาตามยุคสมัย ซึ่งเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างผู้ให้การศึกษากับผู้รับการศึกษา เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ การพิมพ์ข้อความ การประชุมทางไกลผ่านระบบต่าง ๆ การโต้ตอบอีเมลล์ เป็นต้น”

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการแบ่งประเภทการให้การศึกษาแบบออนไลน์นั้นส่วนมากถูกแบ่งประเภทตามตัวกลางในการสื่อสารและกระบวนการในการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ซึ่งอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคตตามความเจริญก้าวหน้าและพัฒนาของเทคโนโลยีต่อไป ซึ่ง Kraus et al. (2010) ได้แบ่งประเภทของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในรูปแบบออนไลน์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การปรึกษาผ่านอีเมลล์ เป็นการปรึกษาผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษา โดยใช้การอ่านข้อความเป็นวิธีในการสื่อสาร

2) การศึกษาผ่านการพิมพ์ข้อความ เป็นปฏิสัมพันธ์ระยะไกลที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการการศึกษาทั้งรายบุคคล กลุ่ม และครอบครัว โดยให้การอ่านข้อความเป็นวิธีการสื่อสาร

3) การศึกษาผ่านโปรแกรมประชุมทางไกล (videoconference) และกล้อง (webcam) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระยะไกลที่เกิดขึ้นทันทีระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการการศึกษาทั้งรายบุคคล กลุ่ม และครอบครัว ผ่านการเห็นภาพ เสียง การโต้ตอบโดยโปรแกรมประชุมทางไกล เช่น Google meet, Zoom, WebEx เป็นต้น

4) การศึกษาผ่านเว็บไซต์ เป็นปฏิสัมพันธ์ระยะไกลที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษามีลักษณะเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ที่ผู้รับบริการเข้าไปศึกษาในประเด็นที่สนใจ และมีลักษณะแบบ self help รวมทั้งมีการสื่อสารโต้ตอบผ่านกระดานสนทนาด้วย

5) การศึกษาผ่านบัญชีโปรแกรมโลกเสมือนจริง (virtual world) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการการศึกษาที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ผ่านโปรแกรมสื่อสังคมออนไลน์ที่เกิดขึ้นมากมายในปัจจุบัน อาจเป็นลักษณะข้อความ วิดีโอคอล หรือการประชุมห้องสนทนาแบบออนไลน์ เช่น ไลน์ อินสตาแกรม เฟซบุ๊ก เป็นต้น

ทั้งนี้ คุณลักษณะของผู้ให้การศึกษาแบบออนไลน์ควรเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยกับการใช้งานคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต มีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะใช้งานเทคโนโลยีเหล่านี้ได้อย่างสบายใจ ทั้งยังควรมีความสามารถในการอ่านจับใจความ เพื่อทำความเข้าใจปัญหา ความคิด และอารมณ์ความรู้สึกของผู้มาปรึกษา โดยสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดและทักษะการปรึกษาเชิงจิตวิทยาให้มาอยู่ในรูปแบบของการสื่อสารออนไลน์ได้ ในขณะเดียวกันต้องมีการตระหนักถึงข้อดี ข้อจำกัด และขอบเขตที่การศึกษาแบบออนไลน์จะสามารถกระทำได้อย่างปลอดภัย ซึ่งรูปแบบของการให้การศึกษาออนไลน์ไม่ได้แตกต่างกับการให้การศึกษาทั่วไป เพียงแต่การให้การศึกษาออนไลน์เป็นการให้การศึกษาที่เกิดขึ้นบนสื่อออนไลน์เท่านั้น ดังนั้นรูปแบบของการให้การศึกษาจึงเหมือนกับการให้การศึกษาต่อหน้าปกติ หากแต่ต้องคำนึงถึงบทบาทคุณลักษณะของผู้ให้การศึกษาร่วมด้วย เนื่องจากคุณลักษณะของผู้ให้ศึกษานับว่าเป็นส่วนหนึ่งของคุณสมบัติที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ให้การศึกษาไม่ว่าจะในรูปแบบใดก็ตาม (สุวุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์, 2559)

จะเห็นได้ว่าการปรึกษาออนไลน์จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะคนกลุ่มน้อยด้านเพศ (Sexual Minorities) โดยมีความเป็นส่วนตัวทำให้เกิด

ความมั่นใจต่อการมารับบริการด้านสุขภาพ ช่วยลดอุปสรรคของการเผชิญการตีตราหรือความลำบากใจต่อการเข้ารับบริการตามปกติที่อาจจะต้องพบเจอผู้คนมากมาย เช่น การพบเจอญาติ พบเจอผู้ป่วยอื่น แม้กระทั่งสมาชิกในครอบครัวเองด้วย การจัดให้มีบริการปรึกษาผ่านออนไลน์ที่เป็นบริการเฉพาะจะทำให้ปัญหาเรื่องความห่างไกลทางภูมิศาสตร์ลดลง ช่วยลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สามารถสร้างการนัดหมายได้ตามสะดวก และที่สำคัญที่สุดคือการจัดให้มีการบริการหรือการดูแลป้องกันด้านสุขภาพจิตที่ทั่วถึงครอบคลุมให้กับผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ (Ojanen, 2015)

อย่างไรก็ตาม ข้อควรระวังหรือประเด็นจริยธรรมด้านการปรึกษาออนไลน์ พบว่า ผู้ให้บริการปรึกษาจำเป็นต้องเรียนรู้ขีดจำกัดการให้บริการ โดยบางกรณีอาจเหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการ เช่น ทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย ทำร้ายผู้อื่น จิตเวชรุนแรง และผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติด ซึ่งผู้ให้บริการอาจให้ข้อมูลขอเบ็ดเตล็ดการให้บริการอย่างชัดเจน ทั้งนี้ควรมีการระบุตัวตนของผู้รับบริการที่ชัดเจน เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการในกรณีที่ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เช่น การติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ การติดต่อญาติ การประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาล หรือบริการฉุกเฉิน ดังนั้นต้องรู้ข้อมูลส่วนตัวและสามารถระบุตัวตนของผู้รับบริการได้ ทั้งนี้การระบุตัวตนที่ชัดเจนสามารถหลีกเลี่ยงการมีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนนี้อาจรบกวนกระบวนการรักษาทางสุขภาพจิต และทำให้ประสิทธิภาพในการให้การปรึกษาลดลง ประเด็นต่อมาที่ควรคำนึงถึงเป็นเรื่องความลับของผู้รับบริการที่จำเป็นต้องมีการลงรหัสข้อมูลในการเก็บบันทึกข้อมูลเพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล (American Psychological Association, 2013)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาโปรแกรมการปรึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงใจเชิงบวกในรูปแบบออนไลน์ โดยดำเนินการปรึกษาผ่านโปรแกรมประชุมทางไกลด้วยโปรแกรม Zoom ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยจะเห็นได้ว่ามีผู้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการปรึกษาแบบเจอหน้าและแบบออนไลน์ในมุมมองของผู้รับบริการโดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 50 ราย (ปรึกษาแบบเจอหน้าจำนวน 37 ราย และออนไลน์ 13 ราย) ผลการศึกษาพบว่ามุมมองของผู้รับบริการเห็นว่าการปรึกษาแบบออนไลน์ช่วยแก้ไขปัญหาค่าได้ (working alliance) มากกว่า โดยมีค่า effect size ที่ระดับ .63 (Holmes & Foster, 2012) และการปรึกษาออนไลน์ตามแนวคิดแบบเน้นทางออกด้วยวิธีการแทรกผ่านเว็บไซต์ต่อการปรับตัวของนิสิตในปี พ.ศ. 2557 พบว่าหลังเข้ารับบริการปรึกษานิสิตสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ได้แก่ การเรียน สัมพันธภาพ และความรัก (ณัฐวุฒิ สรพิพัฒน์เจริญ, วรากร ทวีพิริยะปรกรณ์ และ อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2558) เป็นไปทางเดียวกับปี พ.ศ. 2563 ที่มีผู้

ทำการศึกษาผลการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลโดยเน้นทางออกระยะสั้นต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัท โดยให้การปรึกษาออนไลน์ผ่านโปรแกรม Line application กับกลุ่มทดลอง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการทำงานต่ำกว่าพนักงานบริษัทกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กวินทิพย์ จันทนิยม, เพ็ญนภา กุลนภาดล และ ดลดาว วงศ์ธีระธรรณ์, 2563) รวมถึงการศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาวะในนิสิตนักศึกษาปริญญาตรีด้วยการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบออนไลน์ นิสิตนักศึกษาปริญญาตรีจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลแบบออนไลน์ (แชท) ตามแนวอัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยม จำนวน 4 ครั้ง (ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตตามปกติ ผลพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองหลังทดลองมีคะแนนสุขภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ และ อรัญญา ต้อยคำภีร์, 2560) และการศึกษาผลการปรึกษาออนไลน์เพื่อเพิ่มการตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในฮ่องกง ทำการทดลองโดยให้กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมปรึกษาผ่านแชท (online live chat applications) จำนวน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองเพิ่มความชุกในการตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างน้อยใน 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wang et al., 2018)

นอกจากนี้ การศึกษาของ Bowen, Horvath, and Williams (2007) ได้ทำการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มกลุ่มควบคุม (RCT) ในการประยุกต์ใช้อินเทอร์เน็ตในการป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในชุมชน โดยทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันทางอินเทอร์เน็ตเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ติดเชื้อ 90 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและควบคุม ทั้งนี้ร้อยละ 79 เข้าโปรแกรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งระยะหลังทดลองและติดตามผล 1 สัปดาห์ ทั้งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการแสดงออกตามความคาดหวัง การศึกษานี้สนับสนุนการประยุกต์ใช้อินเทอร์เน็ตในการป้องกันเอชไอวีในชุมชน เป็นไปในทางเดียวกันกับงานของ Carpenter, Stoner, Mikko, Dhanak, and Parsons (2010) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมอินเทอร์เน็ตประยุกต์สำหรับลดพฤติกรรมเสี่ยงในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นโปรแกรมฝึกทักษะพัฒนาแรงจูงใจโดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

112 คน สุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยได้รับโปรแกรมออนไลน์เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและการได้ข้อมูลย้อนกลับ ทำแบบฝึกหัดเกี่ยวกับแรงจูงใจ ฝึกทักษะที่เกี่ยวข้อง และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการฝึกทักษะผ่อนคลายตนเอง ผลจากการศึกษาพบว่า หลังจากที่ได้รับการศึกษา 3 เดือน ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศลดลง เมื่อทำการศึกษาโดยละเอียดถึงประสบการณ์แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างลดความเสี่ยงเรื่องเพศลงอย่างมากกับคู่ของตน ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวเป็นหลักฐานชิ้นแรก ๆ ที่บ่งชี้ว่าการใช้โปรแกรมอินเทอร์เน็ตประยุกต์สามารถเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจต่อการลดความเสี่ยงเรื่องเพศในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ายังไม่พบการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์โดยตรง พบเพียงการวิจัยจำนวนหนึ่งบ่งชี้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในรูปแบบออนไลน์ (เช่น การปรึกษาแบบเน้นทางออกระยะสั้น อัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยม) มีผลต่อตัวแปรต่าง ๆ ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความเครียด การปรับตัว และพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายรวมถึงในกลุ่มของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนั้นผู้วิจัยเชื่อว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านโปรแกรมออนไลน์นั้นมีศักยภาพไม่ต่างจากการให้บริการแบบพบหน้า สามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันตนเองจากเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ ซึ่งจำนวนผู้ใช้งานการปรึกษาผ่านการประชุมทางไกลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทำให้สามารถคาดเดาได้ว่าวิธีการปรึกษาในลักษณะนี้มีแนวโน้มที่จะเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายมากขึ้นต่อไปในอนาคต

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

สำหรับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และ 2) พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) พบว่ามีผู้ให้นิยามที่น่าสนใจไว้มากมาย ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (2015) ให้ความหมายว่าเป็นชายทุกคนไม่ว่าจะมีอายุใดก็ตามที่ความสัมพันธ์ทางเพศหรือแบบคู่รัก (Sexual and/or romantic relations) กับชายอื่น ซึ่งคำว่า “ชาย” และ “เพศ” ถูกแปลความไปตามความหลากหลายทางวัฒนธรรมสังคมและบุคคล สำหรับ United Nations Development

Programme Thailand (2019) ได้ระบุว่า เป็นชายที่มีพฤติกรรมทางเพศ (Sexual behaviours) กับชายอื่น โดยที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอาจมีรสนิยมทางเพศแบบใดก็ได้ ซึ่งนิยามของคำนี้ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดเรื่องรสนิยมทางเพศ (Sexual orientation)

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยขอสรุปนิยามคำว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไว้ว่า “ผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นชายแต่ปัจจุบันมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งกับผู้มีอัตลักษณ์ชายไม่ว่าผู้นั้นจะมีรสนิยมทางเพศกับเพศใดก็ตาม เช่น มือ ทางปาก ทวารหนัก หรือสัมผัสภายนอก”

สำหรับ พฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผู้วิจัยพบหลักฐานจากการศึกษาต่าง ๆ เช่น ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทยโดยวิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบวัน เวลา สถานที่ และการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบส่งต่อ พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมเฉลี่ยประมาณร้อยละ 9.7 (สูงสุดร้อยละ 19.8, ต่ำสุดร้อยละ 1.9) (ไพโรจน์ จันทรมณี และสุปิยา จันทรมณี, 2559) ซึ่งความชุกต่อการรับเชื้อเอชไอวีพอ ๆ กับการศึกษาลักษณะระดับมหาวิทยาลัยของการรับเชื้อเอชไอวีในชายที่มีความสัมพันธ์กับชายที่รับการรักษาและการติดตามระยะยาวในประเทศไทยปี พ.ศ.2561 พบว่ามีความชุกของการรับเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ร้อยละ 15 (Seekaew et al., 2018) อย่างไรก็ตามพบงานวิจัยที่มีความเสี่ยงต่อเอชไอวีที่สูงกว่าเช่นการศึกษาความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายและกลุ่มหญิงข้ามเพศบางจังหวัดในประเทศไทยปี พ.ศ.2561 พบว่าความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นร้อยละ 35.4 (ศุภดิษฐ์ บาริสรี และคณะ, 2561)

ทั้งนี้ การศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยวิธีการเชิงคุณภาพปี พ.ศ.2560 พบว่ามีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เพราะใช้ถุงยางอนามัยน้อย เปลี่ยนคู่นอนบ่อย มักไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนของตน (ณัฐสิริภา นวลเต็ม, 2560) สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีงานวิจัยของ Le, Lee, Stewart, Long, and Quoc (2016) ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายชาวเวียดนาม โดยสำรวจกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่รายงานว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างน้อย 1 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 399 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัย ได้แก่ ชายที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ผู้มีระดับการศึกษาน้อย การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก การมีคู่นอนที่ใช้สารเสพติดแบบฉีด มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Qu et al. (2016) ทำการศึกษาภาคตัดขวางพฤติกรรมเสี่ยงและการส่งต่อเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วมองโกเลีย โดยสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 1,611 คน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ

6.83 พบเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 23.65 พบเชื้อซิฟิลิส ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ วัฒนธรรม สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับการส่งต่อโรคเอดส์ โดยมีพฤติกรรมนัดหมายคู่นอนผ่านทางออนไลน์ บาร์ ห้องน้ำสาธารณะ สวน ทั้งนี้การศึกษาเชิงคุณภาพของปัญญาวิชัย แสงจันทร์ and พิสุทธิลักษณ์ บุญโต (2562) พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมใช้ทวิตเตอร์ กราวด์ และสอร์เน็ตในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเพศ เช่น หาคู่นอนเพื่อมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราว ซื้อขายอุปกรณ์สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ หาเพื่อนใหม่ที่มีรสนิยมเดียวกัน การศึกษาของปภัสรา อาษา และ ทองพันธ์ เจริมประยงค์ (2560) พบว่าการสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่จะใช้ข้อความตัวอักษร ภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า มีหลักฐานว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่างนี้ ได้แก่ อายุที่มากกว่า 25 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก การมีคู่นอนใช้ยาเสพติดแบบฉีด การมีพฤติกรรมนัดคู่นอนผ่านออนไลน์หรือตามสถานที่ต่าง ๆ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นชายตั้งแต่อายุ 25 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งกับผู้มีอัตลักษณ์ชายไม่ว่าผู้นั้นจะมีรสนิยมทางเพศกับเพศใดก็ตาม เช่น มือ ทางปาก ทวารหนัก หรือสัมผัสภายนอก อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

2) พฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี

สำหรับตัวแปรพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยทำการทบทวนแนวคิดและทฤษฎี การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาโดย Becker ที่เน้นพฤติกรรมหลักเสี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมถึงความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีและหายจากโรค ซึ่งพัฒนาแนวคิดมาจากทฤษฎีจิตวิทยาและพฤติกรรมที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แนวคิดนี้เชื่อว่าการปฏิบัติทางด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยป้องกันโรคหรือทำให้ความเจ็บป่วยดีขึ้นได้ ซึ่งผลรวมของพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลรวมของลักษณะแต่ละบุคคล ความรู้ และเจตคติทางสังคม

ทั้งนี้บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพหรือการป้องกันแบบใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (King, 1999; ณัฐนันท์คำ พิริยะพงศ์ และ ศิริพันธุ์สาส์ตย์, 2560)

1) การรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นการตีความโดยประเมินตนเองหรือความรู้สึกนึกคิดว่าตนเองมีโอกาสความเสี่ยงต่อโรคหรือปัญหาทางสุขภาพนั้น ๆ มากน้อยเพียงใด เช่น การประเมินความของตนเองต่อการรับเชื้อเอชไอวี

2) การรับรู้ความร้ายแรงของโรค (Perceived seriousness) การตีความหรือประเมินว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมีความรุนแรงหรือคุกคามต่อบุคคลถึงขั้นเสียชีวิตถ้าไม่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การประเมินความรุนแรงของโรคถ้าทราบว่าตนเป็นเอดส์

3) ความเชื่อในผลของพฤติกรรมใหม่ (Belief in effectiveness of the new behavior) ความคิดความเข้าใจต่อข้อมูลหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลที่ยึดถือไว้โดยอาจมีหลักฐานสนับสนุนหรือไม่ก็ได้ เช่น ฤงยางอนามัยสามารถป้องกันการส่งต่อเชื้อเอชไอวีได้

4) สิ่งชี้้นำในการปฏิบัติ (Cues to action) การมีแบบอย่างหรือตัวอย่างที่บุคคลสามารถสังเกตให้เห็นถึงความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ เช่น การมีญาติตายหรือเพื่อนสนิทที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์

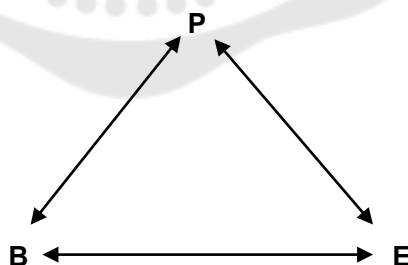
5) การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกัน (Perceived benefits of preventive action) การตีความหรือให้ความหมายต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการป้องกันโรคเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้บุคคลไม่เกิดความเจ็บป่วย เช่น ถ้าเริ่มใช้ฤงยางอนามัยก็จากสามารถหลีกเลี่ยงการรับเชื้อเอชไอวีได้

6) อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรม (Barriers to taking action) สิ่งกีดขวางของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล เช่น ฉันไม่ชอบใช้ฤงยางอนามัยเนื่องจากรู้สึกไม่สะดวกสบาย

สำหรับแนวคิดนี้อธิบายการส่งเสริมการเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงการเปลี่ยนความเชื่อของบุคคล โดยที่บุคคลจะทำการประเมินน้ำหนักของประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือมีพฤติกรรมป้องกันตนเองเกิดขึ้น

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy and health behaviors)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่ถูกพัฒนาโดย Albert Bandura โดยมีแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านปัญญาสังคม (Social-cognitive learning theory) ที่มีอิทธิพลกับหน้าที่ทางพฤติกรรมของมนุษย์ (Human behavioural functioning) ซึ่งได้ขยายขอบเขตของแนวคิดพฤติกรรมนิยมให้ครอบคลุมถึงการเรียนรู้จาก การสังเกตและกระบวนการทางปัญญามีผลในการแสดงออกของพฤติกรรม ทั้งนี้ Bandura เห็นว่า ความเชื่อมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ความเชื่อในความสามารถของบุคคลเป็นพื้นฐาน ในการกำกับพฤติกรรมของตนเอง รวมถึงเป็นตัวแปรหลักในการผลักดันพฤติกรรมหรือจูงใจให้ บุคคลเกิดความรู้สึก ความคิด หรือผลักดันตนเองให้มีพฤติกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้การรับรู้ ความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ การเลิกพฤติกรรม รวมถึงการหยุดยั้ง พฤติกรรมได้ ((Zlatanović, 2015) ทั้งนี้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทาง ปัญญาสังคมเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) เพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยภายในบุคคล (P) และปัจจัยพฤติกรรม (B) ร่วมด้วย การร่วมกันนี้มี ลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีก ปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันหากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา, 2562) ดัง ภาพ 4



ภาพประกอบ 4 องค์ประกอบที่กำหนดกันในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์

ที่มา: Bandura (1997)

ทั้งนี้ นิยามความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) โดยทั่วไปหมายถึงความเชื่อในความสามารถอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลในการกระทำตามแผนหรือแสดงพฤติกรรมตามแผนให้สำเร็จ และดำเนินการบางอย่างที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการหรือที่คาดการณ์ไว้ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) จึงหมายถึงความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองต่อการสร้างความสำเร็จให้เกิดขึ้นตามที่บุคคลกำหนด โดยการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความเชื่อเหล่านี้เป็นการตัดสินใจโดยการประเมินตนเองว่าจะทำสิ่งเหล่านั้นได้หรือไม่ โดยภาพรวมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะครอบคลุมถึงการรับรู้ปัญหา ความพยายามในการควบคุมตนเองและแก้ปัญหา ต่อมาเป็นความคิดของบุคคลในแง่ดีหรือแง่ร้ายต่อปัญหาที่อาจจะส่งเสริมให้บุคคลทำตามแผนหรือเลิกพฤติกรรมได้ ต่อมาเป็นการกระตุ้นหรือจูงใจตนเอง ความทนทานต่อปัญหาอุปสรรคและความยากลำบาก นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับคุณภาพของอารมณ์ของบุคคลเหล่านั้น เช่น ความสุข ความตึงเครียด ภาวะซึมเศร้า รวมถึงความทนทานต่อปัญหาอุปสรรค และการตัดสินใจที่เป็นการกำหนดเป้าหมายที่สำคัญต่อชีวิต (Bandura, 1997, 2001; Bandura & Locke, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยตัวแปรนี้ฝึกการปรับและทำให้คงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่ควบคุมบุคคลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างใดอย่างหนึ่งได้ สรุปความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสุขภาพของมนุษย์ในการปรับรูปแบบพฤติกรรมทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทั้งนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ 2 อย่าง กล่าวคือ (Zlatanović, 2015)

1) ช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพใหม่จากความเชื่ออะไรบางอย่างในตนเอง เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงหรือกำกับนิสัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง รวมถึงคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนเมื่อเผชิญกับอุปสรรค

2) ส่งผลต่อกระบวนการทางกายบางอย่าง (Biological processes) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือโรค เช่น ความเครียดและการปรับตัวเมื่อมีความเสี่ยงหรือเผชิญกับโรคหรือความเจ็บป่วย การแก้ไขปัญหา อาทิการใช้กลไกในการหลีกเลี่ยงปัญหา

นอกจากนี้ หน้าที่ของการรับรู้ความสามารถของตนยังส่งผลต่อการยอมรับและคงพฤติกรรมป้องกันตนเองเมื่อได้รับความรู้หรือการฝึกพฤติกรรมป้องกันด้านเพศเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี การมีพฤติกรรมเสี่ยงอาจเนื่องมาจากความเชื่อว่าบุคคลไม่ได้ฝึกการควบคุมในเรื่องเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมพฤติกรรมด้าน

เพศจะสามารถอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ การรับรู้ความสามารถในตนเองที่ต่ำจะมีความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิตต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์ที่สูง (Bandura, 1994)

แนวคิดพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพ (Health-Protective Behavior)

แนวคิดพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพนำเสนอภาพรวมของพฤติกรรมที่มนุษย์กระทำเพื่อรักษาและปกป้องสุขภาพของตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Harris and Guten (1979) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพว่าหมายถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองไม่ว่าจะเป็นการป้องกันส่งเสริม และรักษาสุขภาพของตนเองไม่ว่าวิธีการนั้นจะมีหลักฐานการศึกษามารองรับหรือไม่

แนวคิดการป้องกันด้านสุขภาพมักจะมีความเกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งนี้ได้มีการประยุกต์แนวคิดการป้องกันโรค (disease prevention) มาอธิบายเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพ (health protection) ว่าเป็นการป้องกันสุขภาพโดยกำจัดความเสี่ยงต่อปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร และ สุณีย์ ละกะปັນ, 2554) 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการป้องกันส่งเสริมสุขภาพทั่วไป มักจะกระทำก่อนเกิดความเสี่ยง เป็นการทำกิจกรรมหรือการมีพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ

2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการป้องกันการเมื่อเกิดความเสี่ยงหรือได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วในระยะแรก เป็นการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการลุกลาม ทрудหนัก หรือการเกิดผลกระทบความเสียหายที่มากขึ้นกว่าเดิม

3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เน้นการป้องกันเพื่อหยุดการดำเนินโรค และป้องกันความเสื่อมสมรรถภาพอันเกิดมาจากความเจ็บป่วย

สำหรับแนวคิดการป้องกันสุขภาพของ Harris and Guten (1979) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันสุขภาพทั่วไป โดยแบ่งกิจกรรมการป้องกันด้านสุขภาพของมนุษย์ไว้หลายอย่าง เช่น ด้านการทานอาหาร (nutrition; foods; eating conditions) การนอนหรือพักผ่อน (sleep; rest; relaxation) การออกกำลังกาย (exercising; physical or physical recreation) การติดต่อกับระบบสุขภาพ (contact with health system) การดูแลสุขภาวะส่วนบุคคล (personal hygiene or dress) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological, mental, or emotional well-being) การดูแลเรื่องน้ำหนัก (watching one's weight) การงดสูบบุหรี่ (avoiding or limiting

tobacco) การใช้วิธีทางการแพทย์ (use of medication) และวิธีอื่น ๆ ทั้งนี้ข้อสรุปของการศึกษาพบว่าอย่างน้อยบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพของตนเอง ซึ่งแต่ละคนจะใช้วิธีการที่หลากหลายแตกต่างกันไป ซึ่งพฤติกรรมป้องกันส่วนใหญ่คือพฤติกรรมทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มีอิทธิพลระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติด้านสุขภาพ (health practices) การปฏิบัติด้านความปลอดภัย (safety practices) กิจกรรมป้องกันด้านสุขภาพ (preventive care activities) การศึกษาของ Ping et al. (2018) ได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพโดยกล่าวถึงแนวคิดของ Harris and Guten (1979) รวมถึง Pender ปี 2014 โดยแบ่งองค์ประกอบเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนระหว่างบุคคล (interpersonal support) 2) พฤติกรรมทั่วไป (general behavior) 3) ความรู้เกี่ยวกับตนเอง (self-knowledge) 4) พฤติกรรมด้านโภชนาการ (nutrition behavior) และ 2) การดูแลสุขภาพ (health care) ซึ่งแบบวัดมีทั้งหมด 32 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89 และ Test-retest reliability เท่ากับ .89 จะเห็นได้ว่ามีผู้สนใจพัฒนาแนวคิดการป้องกันด้านสุขภาพอยู่ในปัจจุบัน

จากที่กล่าวมาแนวคิดทั้ง 3 อธิบายพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพได้ชัดเจน เมื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จึงสามารถอธิบายได้ว่าเป็นการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกเกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองไม่ว่าจะเป็นการป้องกันส่งเสริม และรักษาสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ ผู้วิจัยประมวลแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อพัฒนานิยามการวัดเป็นตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

แนวคิดทฤษฎี	พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)	การรับรู้โอกาสที่บุคคลจะรับเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความร้ายแรงของการติดเชื้อเอชไอวี ความเชื่อต่อผลของพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี สิ่งชี้แนะหรือตัวแบบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี
ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy)	ความสามารถของบุคคลในการกระทำหรือแสดงพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงจากการรับเชื้อเอชไอวี ประเมินความเสี่ยงของ ตนเองได้ สามารถควบคุมและแสดงพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี อย่างต่อเนื่อง
แนวคิดพฤติกรรมป้องกัน ด้านสุขภาพ (Health- Protective Behavior)	การกระทำต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกเกี่ยวข้องกับการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองไม่ว่าจะเป็นการป้องกัน ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของตนเอง

จากตาราง 1 ผู้วิจัยอธิบายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ว่าเป็นการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อหลีกเลี่ยงจากการรับเชื้อเอชไอวี เช่น การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การไม่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย การเสพยาหรือของมีเมา การดูสื่อกระตุ้นหรือนัดหมายคู่นอนผ่านออนไลน์ การทานยาต้าน เพื่อป้องกันเชื้อทั้งก่อนและหลังมีความเสี่ยง นอกจากนี้ยังสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ เช่น การรับรู้โอกาสของตนเองในการรับเชื้อเอชไอวีและความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกันตนเอง การมีตัวแบบหรือกลุ่มอ้างอิงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี รวมถึงการกระทำเพื่อควบคุมและแสดงพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

2.2 การวัดพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิธีการวัดพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมติดเชื้อเอชไอวี และนำเสนอการวัดที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับวัยรุ่นไทย (The Risk-taking Behavior Questionnaire for Thai Adolescents [RBQTA]) ของ Nintachan and Moon (2007) และพัฒนาโดยพิศสมัย อรทัย และพัชรินทร์ นินทจันทร์ ในปี 2552 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับวัยรุ่นไทย มีข้อความทั้งสิ้น 90 ข้อ โดยประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทยรวม 10 กลุ่มพฤติกรรม คือ 1) พฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุ 2) พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้ความรุนแรง 3) พฤติกรรมเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย 4) พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ 5) พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ 6) พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติด 7) พฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ 8) พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ 9) พฤติกรรมเสี่ยงด้านการควบคุมน้ำหนัก และ 10) พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบถึงความบ่อยของพฤติกรรม ตั้งแต่ไม่เคยมีพฤติกรรมนั้น ๆ คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน จนถึงปฏิบัติเสมอ คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมสูงหมายถึงมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมสูง จากการศึกษาจิตมิติพบความเท่าเทียมกันทางวัฒนธรรมและความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีค่า CVI อยู่ระหว่าง .89-.98 (พิศสมัย อรทัย และ พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2557)

แบบวัด Perceived Risk of HIV Scale (PRHS) แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวี เป็นแบบรายงานตนเอง จำนวน 8 ข้อ พัฒนาโดย Napper, Fisher และ Reynolds ปี 2012 โดยประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวี 3 องค์ประกอบที่ต่างกันออกไป ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจในความเสี่ยง จำนวน 3 ข้อ เช่น ฉันก็สามารถรับเชื้อเอชไอวีได้แม้มีโอกาสเล็กน้อย 2) ด้านอารมณ์ความรู้สึก จำนวน 3 ข้อ เช่น ฉันกังวลว่าจะได้รับเชื้อเอชไอวี และ 3) การประเมินด้านสัญญาณเตือน จำนวน 2 ข้อ เช่น ฉันเห็นภาพของตนเองได้รับเชื้อเอชไอวี (โดยให้ตอบตั้งแต่ยากมาก ๆ จนถึงง่ายมาก ๆ) โดยให้ตอบเป็นระดับมีทั้ง 4 และ 6 ระดับ ขึ้นอยู่กับข้อความ การคิดคะแนนให้รวมคะแนนแต่ละข้อความ ซึ่งข้อความที่ 4 ต้องกลับค่าคะแนน ทั้งนี้การมีคะแนนสูงหมายความว่ามีความเสี่ยงสูง การศึกษาจิตมิติพบว่ามีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และมีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .88 นอกจากนี้มีค่าสหสัมพันธ์กับข้อความการรับรู้ความเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวีในแบบประเมิน The Risk behavior assessment (RBA) ที่ระดับ .76 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (L. E. Napper, D. G. Fisher, & G. L. Reynolds, 2012b)

แบบสอบถาม AIDS Prevention Questionnaire (CPS) เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ศึกษาโดย Gil-Llario และคณะ ในปี 2018 มีจำนวนทั้งสิ้น 44 ข้อ เป็นแบบสอบถามให้รายงานตนเองด้วยวิธีตอบต่าง ๆ ได้แก่ การตอบแบบ 2 ค่า (dichotomous

items) การให้เลือกลหลายคำตอบ (multiple choice items) การตอบแบบมาตราวัดประเมินค่า (Likert-type items) และการให้เติมคะแนน (continuous) การประเมินประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี 12 ข้อ เจตคติและการรับรู้ความสามารถในตนเอง 14 ข้อ พฤติกรรมใส่ใจต่อการใช้ถุงยางอนามัย 6 ข้อ การใช้ถุงยางอนามัยและการตรวจเอชไอวี จำนวน 7 ข้อ และความเข้าใจต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 5 ข้อ การคิดคะแนนจะคำนวณออกมาในรูปแบบค่าเฉลี่ย T-score โดยมีระดับเกณฑ์อยู่ที่ 41-59 คะแนน ถ้ามีคะแนนต่ำมาก ๆ หมายถึงมีพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี ถ้าคะแนนสูงบ่งบอกถึงมีพฤติกรรมป้องกันการเป็นโรคเอดส์ที่ดี การศึกษาลักษณะทางจิตมิติพบว่าองค์ประกอบของแบบประเมินได้รับการยืนยันด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (confirmatory factor analysis) ค่าความคงที่ภายในระหว่างองค์ประกอบอยู่ในช่วงระหว่าง .67 to .74. (Gil-Llario, Ruiz-Palomino, Morell-Mengual, Giménez-García, & Ballester-Arnal, 2019)

แบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ พัฒนาโดยศรัณย์ พิมพ์ทอง ในปี 2554 เป็นแบบวัดเจตนาเชิงพฤติกรรมหรือความพร้อมของบุคคลต่อความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำหรือกิจกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยการเลือกกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม อาทิ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย การเสพยาหรือของมีนเมา การดูสื่อลามก และเลือกสถานที่ที่ควรหรือไม่ควรไป เช่น สถานเริงรมย์ ชานาเกย์ มีจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีข้อความทางบวกจำนวน 7 ข้อ ทางลบ 5 ข้อ การตอบเป็นลักษณะมาตราวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย การคิดคะแนนใช้คะแนนรวมอยู่ที่ 12-72 คะแนน ถ้าได้คะแนนมากแสดงว่ามีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์สูง สำหรับคุณลักษณะทางจิตมิติพบว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 4.74 ถึง 8.93 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมเท่ากับ .32 ถึง .64 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .83 โมเดลการวัดความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีค่า Chi-square เท่ากับ 34.70 df เท่ากับ 46 p-value เท่ากับ .89 NFI เท่ากับ .94 GFI เท่ากับ .95 AGFI เท่ากับ .91 SRMR เท่ากับ .049 CFI เท่ากับ 1.00 และ RMSEA เท่ากับ 0.0 (ศรัณย์ พิมพ์ทอง, 2554)

แบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ พัฒนาโดยศรัณย์ พิมพ์ทอง ในปี 2554 เป็นแบบวัดพฤติกรรมทางเพศของบุคคล โดยพิจารณาจากวิธีการในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ใช้ถุงยางอนามัยพร้อมสารหล่อลื่นทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก การไม่กลืนน้ำอสุจิของคู่นอน เป็นต้น มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้นจำนวน 10 ข้อ มีข้อความทางบวก 4 ข้อ และทางลบ 6 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราวัดประเมิน 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย โดยวัดองค์ประกอบของ

พฤติกรรมใน 3 ด้าน เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการติดโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ 1) 'ไม่มี ความเสี่ยง 2) มีความเสี่ยงปานกลาง และ 3) มีความเสี่ยงสูง การคิดคะแนนใช้คะแนนรวมอยู่ที่ 10-60 คะแนน ถ้าได้คะแนนมากแสดงว่ามีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์สูง สำหรับคุณลักษณะทางจิตมิติพบว่ามีความจำแนกอยู่ระหว่าง 4.09 ถึง 9.90 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมเท่ากับ .20 ถึง .62 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .77 โมเดลการวัดความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีค่า Chi-square เท่ากับ 23.52 df เท่ากับ 30 p-value เท่ากับ .70 NFI เท่ากับ .93 GFI เท่ากับ .96 AGFI เท่ากับ .92 SRMR เท่ากับ .049 CFI เท่ากับ 1.00 และ RMSEA เท่ากับ 0.0 (ศรัณย์ พิมพทอง, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีใน ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ถูกพัฒนาขึ้นในบริบทคนไทยคือการศึกษาของศรัณย์ พิมพทอง (2554) อย่างไรก็ตามต้องแยกวัดโดยใช้แบบวัดสองฉบับ มีข้อคำถามเป็นจำนวนมาก ยุ่งยากต่อ การใช้งานของผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีขึ้นใหม่ ซึ่งการวัดพฤติกรรมการติดหรือป้องกันเอชไอวีทำได้หลายวิธี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้รายงานตนเองเป็นมาตรวัดประเมินค่าระดับต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดป้องกันการติด เชื้อเอชไอวีเป็นมาตรวัดประเมินตนเองห้าระดับ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในไทย มีจำนวนน้อย และเนื้อหาการวัดไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีใน ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายขึ้นใหม่ โดยมีนิยามเบื้องต้นว่าพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีว่าเป็น "การกระทำเพื่อปฏิเสธหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ต่อสิ่งกระตุ้นยั่วยู่ที่ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่เชื้อเอชไอวี รวมถึงการ กระทำเพื่อป้องกันตนเองการรับหรือส่งต่อเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์" จากนั้น ทำการศึกษาคุณลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อทดสอบ คุณภาพการนำไปใช้ในกลุ่มที่มีความหลากหลายและเข้ากับบริบทไทย แล้วจึงนำข้อมูลมาพัฒนา โปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการ ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพกายและจิตใจที่จะตามมาในอนาคต

สุขภาวะทางใจ (Psychological well-being)

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องมีผู้นิยามและให้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะไว้มากมาย แต่ผู้ที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดคือ Carol Ryff and Singer (1996) ให้ความหมายสุขภาวะทางใจจากการทบทวนวรรณกรรมหลายแหล่งว่าเป็น “การทำหน้าที่ของจิตใจในคุณลักษณะเชิงบวกที่รวมถึงการบรรลุความเป็นมนุษย์สูงสุด การเติมเต็มของบุคคล ที่เป็นสูตรสำเร็จของบุคคลที่ทำให้ชีวิตมีความสุข การมีวุฒิภาวะ การมีพัฒนาการด้านจิตใจด้านบวกตลอดช่วงชีวิต พื้นฐานลักษณะทางจิตใจที่ช่วยให้ชีวิตมีความสุขสมบูรณ์ ซึ่งเป็นลักษณะบุคลิกภาพตั้งแต่วัยผู้ใหญ่จนสูงอายุที่ทำให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี”

สำหรับแนวคิดเรื่องสุขภาวะได้อธิบายภาพรวมแบบกว้าง ๆ ได้ 2 แนวทาง แนวทางแรกเน้นการศึกษาชีวิตของบุคคลด้านอารมณ์ การรู้คิด และความพอใจในชีวิต เรียกว่า hedonic well-being ที่ประกอบด้วยความรู้สึกที่น่าพอใจ ความรู้สึกไม่พึงพอใจ การตัดสินใจที่น่าพอใจของชีวิต ทั้งสามองค์ประกอบนี้เรียกว่าสุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) แนวทางที่สองเรียกว่า eudaimonic well-being แนวทางนี้เป็นการศึกษาคุณสมบัติด้านจิตใจและพัฒนาการทางจิตใจของคน ๆ หนึ่ง การมีพื้นฐานจิตใจที่ดีจะทำให้บรรลุศักยภาพสูงสุดของมนุษย์ได้ โดยแนวคิดนี้ภายหลังถูกเรียกว่าสุขภาวะทางใจ (psychological well-being) ให้ความสำคัญกับความหมายเป้าหมาย และความสามารถในการดำรงชีวิต ซึ่ง Carol Ryff and Singer (1996) เสนอคุณลักษณะของสุขภาวะทางจิต 6 อย่าง ได้แก่

1) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) เป็นการยอมรับตัวตนในฐานะบุคคลหนึ่งคน รวมถึงอดีตที่ผ่านมา การยอมรับตนเองยังหมายถึงรวมถึงการมีลักษณะบรรลุจุดสูงสุดของมนุษย์ การมีจิตใจด้านบวก และมีวุฒิภาวะ ดังนั้นการยอมรับตนเองจึงเจตคติด้านบวกที่มีอิทธิพลต่อตัวตนของมนุษย์ซึ่งเป็นลักษณะทางจิตวิทยาเชิงบวก

2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive relations with others) เป็นการให้ความสำคัญกับความอบอุ่นใจ ความไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงความสามารถในการที่จะรัก รู้สึกเข้าอกเข้าใจในเพื่อนมนุษย์ การมีความสัมพันธ์เชิงลึกได้ จัดการอย่างมีวุฒิภาวะ และรักษาความสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ รอบตัวได้

3) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเชิงบวกในสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเป็นอิสระ และสามารถกำกับพฤติกรรมอย่างอิสระในการทำสิ่งนั้นได้ ยังหมายรวมถึงถึงความเป็นตัวตนของบุคคลที่สามารถทำอะไรก็ได้โดยไม่ต้องได้รับการควบคุมจากภายนอกหรือบรรทัดฐานของคนอื่น

4) ความสามารถด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) เป็นความสามารถในการเลือก จัดการ สร้างสรรค์บรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างยั่งยืน การมีวุฒิภาวะในการจัดการสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการจัดการควบคุมสิ่งที่มีความซับซ้อนที่อยู่รอบตัว

5) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) เป็นความเชื่อที่นำมาสู่ความรู้สึกที่มีเป้าหมายและความหมายต่อชีวิต ความรู้สึกที่ความเข้าใจ กำกับ มุ่งมั่นต่อเป้าประสงค์ในชีวิตของตนเอง ดังนั้นการมีเป้าหมายเชิงบวกในชีวิตโดยเกิดความตั้งใจ ใส่ใจต่อเป้าหมาย เป็นการบ่งชี้ถึงความรู้สึกของการมีความหมายของชีวิต

6) ความงอกงามของบุคคล (Personal growth) เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้เติบโตงอกงาม ความต้องการบรรลุจุดสูงสุดของความเป็นมนุษย์ การเป็นผู้มีลักษณะเปิดประสบการณ์ ตัวอย่างเช่นการเป็นบุคคลที่เต็มเต็ม อาทิ บุคคลที่พัฒนาตนเองตลอดเวลามากกว่ายึดติดและจมอยู่กับปัญหา นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความเจริญงอกงามของบุคคลต่อการเผชิญสิ่งท้าทายใหม่ ๆ ที่ต่างไปจากชีวิตหรือปัญหาเดิม ๆ

ทั้งนี้ สุขภาวะเชิงอัตวิสัยและสุขภาวะทางใจมีความสัมพันธ์กันอย่างมากโดยบ่งบอกถึงความรู้สึกและอารมณ์เชิงบวกซึ่งมีแนวโน้มที่จะดำเนินไปพร้อมกัน และยังเป็นที่ถกเถียงกันถึงความต่างของตัวแปรสองตัวนี้ อย่างไรก็ตามก็มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน กล่าวคือ สุขภาวะเชิงอัตวิสัยความรู้สึกเป็นสุขและมีความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม แต่สุขภาวะทางใจจะเน้นหน้าที่ทางจิตใจที่เป็นลักษณะเชิงบวก ความท้าทายของมนุษย์ในการปรับตัวและเผชิญชีวิตประจำวัน ซึ่งคำว่าสุขภาวะทางใจนั้นหมายรวมถึงการมองโลกในแง่ดีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ระดับความสุขที่มากขึ้น และระดับความซึมเศร้าหรือความเครียดที่ลดลง ทั้งนี้ยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพรวมถึงการฟื้นตัวจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น โดยที่ปัจจุบัน Seligman ปี 2013 ได้นำเสนอรูปแบบการเติมเต็มทั้งสุขภาวะเชิงอัตวิสัยและสุขภาวะทางใจที่เรียกว่า PERMA เป็นหลักการพัฒนาตัวแปรสุขภาวะโดยรวมของมนุษย์ ได้แก่ อารมณ์เชิงบวก (Positive Emotions) ความรู้สึกมีส่วนร่วมในสิ่งที่ทำ (Engagement) ความสัมพันธ์ที่ดี (Positive Relationships) การรับรู้ถึงความหมายของชีวิตหรือสิ่งที่ทำ (Meaning) และการบรรลุถึงเป้าหมาย (Accomplishment) (ดาราวันต์ รักสัตย์, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการวัดสุขภาวะทางใจที่ทำมากที่สุดคือการสร้างแบบสอบถามหรือแบบวัด ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอแบบวัดที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

แบบวัด Psychological Wellbeing Scale พัฒนาโดย Ryff ปี 1989 มีทั้งหมด 42 ข้อ ใช้เวลาทำประมาณ 6-8 นาที มีแนวคิดที่สุขภาวะด้านจิตใจสามารถประเมินได้จากลักษณะ

ทางบวกด้านจิตใจในการดำรงชีวิต (Positive psychological functioning) แบบวัดนี้ถูกสร้างและพัฒนากับกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต ความเป็นตัวของตัวเอง ความมั่งคั่งของบุคคล การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และการมีความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม ในแต่ละมิติ จะมี 2 ข้อ คือ กลุ่มที่ได้คะแนนสูง และกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ ลักษณะของมาตรวัดเป็นประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ตอบ 6 จนถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ตอบ 1” จากนั้นรวมคะแนนและมีการกลับค่าในข้อคำถามเชิงลบ ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงในองค์ประกอบใดแสดงว่ามีสุขภาพจิตที่ดีในมิตินั้น ๆ สำหรับการศึกษาลักษณะจิตมิติพบว่ามีค่าความมั่นคงสอดคล้องภายใน (internal consistency) ในกลุ่มผู้สูงอายุ เท่ากับ .71 วัยผู้ใหญ่ เท่ากับ .78 และวัยต่ำกว่าผู้ใหญ่ เท่ากับ .77 (C. Ryff, 1989; Shryock & Meeks, 2018)

แบบประเมิน General Well-being Schedule สร้างขึ้นโดย Dupuy ในปี ค.ศ. 1977 ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบสอบถาม U.S. Health and Nutrition Examination Survey เพื่อวัดทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่จริง เป็นความรู้สึกทางด้านบวกและลบ 6 ด้านด้วยกัน คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป การมีความสุข ภาวะด้านบวก การควบคุมตนเอง และ ความมีชีวิตชีวา ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ มีการศึกษาความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำในนักศึกษาจำนวน 195 คน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .85 และมีค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นแบบวัดความสอดคล้องภายในเท่ากับ .91 (ดารารวันต์ รักสัตย์, 2557)

แบบวัด Quality of Life Scale (CASP-19) พัฒนาโดย Hyde, Wiggins, Higgs, and Blane (2003) เป็นแบบวัดสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของบุคคล มีทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วยการวัด 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการควบคุม จำนวน 6 ข้อ ความรู้สึกเป็นอิสระ จำนวน 5 ข้อ ความรู้สึกพึงพอใจ จำนวน 4 ข้อ และการรู้จักตนเอง (self-realization) จำนวน 4 ข้อ การตอบเป็นลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ โดยตอบ 0 หมายถึง ไม่เคยเลย จนถึง 3 หมายถึง บ่อยครั้ง การคิดคะแนนให้รวมคะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-57 คะแนน การแปลผลจะใช้คะแนนรวมถ้ามีคะแนนสูงหมายถึงการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับการศึกษาลักษณะของจิตมิติพบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alphas) ของแต่ละองค์ประกอบอยู่ที่ระหว่าง .60-.80 ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง 4 องค์ประกอบอยู่ที่ .40-.70 ความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) พบว่ามีค่าความสัมพันธ์กับ the Life Satisfaction Index-wellbeing อยู่ที่ .60 (Hyde et al., 2003)

สำหรับประเทศไทยพบว่ามีการพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (TMHI-15) เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของความสุขที่หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป พัฒนาโดยอภิชัย มงคล et al. (2544) โดยใช้กับบุคคลในช่วงอายุระหว่าง 15-60 ปี ให้ประเมินตนเองและเลือกตอบจากข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ การศึกษาจิตมิติ ได้แก่ ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ศึกษาความตรงตามโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) และพิจารณาลดข้อคำถามโดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ .40 ขึ้นไป ความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) ทำการศึกษาโดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของอัมพร โอตระกูล และคณะ จำนวน 12 ข้อ ผลการศึกษาพบที่มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70 (อภิชัย มงคล et al., 2544)

แบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย (The Thai Version Psychological Well-Being Scale) พัฒนาโดย Sakunpong and Ritkumrop (2021) จากแนวคิดของ Diener et al. (2009) โดยครอบคลุมการวัด ได้แก่ ความหมายและเป้าหมายชีวิต สัมพันธภาพ ความมุ่งมั่นและตั้งใจ การมอบความสุขให้ผู้อื่น การมีสมรรถนะ การยอมรับตนเอง มองโลกในแง่ดี และความรู้สึกได้รับความเคารพ โดยให้ผู้ตอบประเมินตนเองจากข้อคำถามและให้คะแนน 7 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลโดยคะแนนรวมถ้าได้คะแนนมากถือว่ามีสุขภาวะจิตในระดับมาก สำหรับลักษณะจิตมิติแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยพบมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 ความตรงเชิงเหมื่อน (Convergent validity) พบว่ามีความสัมพันธ์กับแบบวัดซึมเศร้าของเบค (Beck depression inventory) และแบบสอบถามความซาบซึ้งขอบคุณ 6 คำถาม (Gratitude questionnaire: GQ-6) เท่ากับ -.34 และ .30 ตามลำดับ และมีการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) พบว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ของแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามอยู่ระหว่าง .69 ถึง .80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Sakunpong & Ritkumrop, 2021)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่ การศึกษาของ Liu, Yi, Zhao, Qu, and Zhu (2018) ได้สำรวจสุขภาพจิตในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยแบบประเมิน Symptom Checklist 90 (SCL-90) จำนวน 248 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกที่ไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น (Interpersonal Sensitivity) และวิตกกังวล รวมถึงการศึกษาของ Choi et al. (2016) ทำการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกได้รับตราบาปที่สัมพันธ์กับการซึมเศร้าและวิตกกังวลผ่านการแก้ไขปัญหาที่มีความรุนแรง นอกจากนี้การศึกษาศักยภาพและสุขภาวะในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายชาวอังกฤษ ทำการสำรวจระดับชาติโดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 15,162 คน อายุระหว่าง 16-74 ปี ตั้งแต่ปี 2010-2012 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายรายงานว่าตนเองมีระดับความเจ็บป่วยหรือรู้สึกบกพร่อง (illness/disability/infirmary) และมีประวัติการรักษาซึมเศร้า และการใช้สารเสพติดในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับมาก รวมถึงมีเสี่ยงทางเพศ (Harmful sexual health behaviours) เช่น การไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน การมีสุขภาพทางเพศที่ไม่ดี (poor sexual health outcomes) (Mercer et al., 2016) และสอดคล้องกับงานนิพนธ์ของ Batchelder, Safren, Mitchell, Ivardic, and O'Cleirigh (2017) เรื่องสุขภาพจิตของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในอเมริกา กล่าวว่าปัญหาสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงในการส่งต่อและการรับเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การเกิดภาวะซึมเศร้า การเกิดบาดแผลทางใจ (Trauma) และ การใช้สารเสพติด จากที่กล่าวมาพบว่ามีหลักฐานที่สนับสนุนว่าปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจริง

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสุขภาวะทางจิตใจฉบับภาษาไทย จำนวน 8 ข้อ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ล่าสุด โดย Sakunpong and Ritkumrop (2021) ในการประเมินสุขภาวะทางใจของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามน้อยและทำการศึกษาค้นคว้าในกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยแล้ว ทำให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะทำการศึกษาลักษณะเชิงจิตมิติซ้ำในกลุ่มตัวอย่างชายที่มีความสัมพันธ์กับชายซ้ำ ได้แก่ ความยากง่าย ความเชื่อมั่น และการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า 1) ยังขาดแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการศึกษาคุณลักษณะจิตมิติในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในปัจจุบัน 2) ยังไม่พบการศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากนัก พบเพียงการศึกษาที่บูรณาการระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจกับกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการพัฒนาอารมณ์เชิงบวกซึ่งได้ผลดี (Huffman et al., 2019) และยังขาดความรู้ถึงโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีพร้อม ๆ กับสร้างเสริมสุขภาวะทางใจไปด้วยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรึกษาในรูปแบบออนไลน์ที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการช่วยเหลือด้านจิตใจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งเป็นคนกลุ่มน้อยด้านเพศ

ทั้งนี้การวัดตัวแปรพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การศึกษาเอกสารพบว่าประเทศไทยมีเพียงการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมหลักเพียงความเสี่ยงโรคเอดส์ และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ของศรีณีย์ พิมพ์ทอง (2554) ซึ่งแบบวัดดังกล่าวยังขาดความสอดคล้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในปัจจุบัน การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบวัดดังกล่าวขึ้นใหม่โดยอิงแนวคิดของศรีณีย์ พิมพ์ทอง (2554) ผสมผสานกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นเกิดจากการรับรู้โอกาส ความร้ายแรง ความเชื่อ สิ่งชี้นำ ประโยชน์ และอุปสรรคของการเกิดโรค (King, 1999; ฌ็องนันทคำ พิริยะพงศ์ และ ศิริพันธุ์สาส์ตย์, 2560) สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง นั่นคือความสามารถของบุคคลในการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ปลอดภัยจากการรับเชื้อเอชไอวี ประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ สามารถควบคุมและแสดงพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (Zlatanović, 2015) และนิยามของ Harris and Guten (1979) คือ พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองไม่ว่าจะเป็นการป้องกัน ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งองค์ประกอบเบื้องต้นของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็น 2 ด้าน (ศรีณีย์ พิมพ์ทอง, 2554) ได้แก่ 1) ปฏิเสธและ

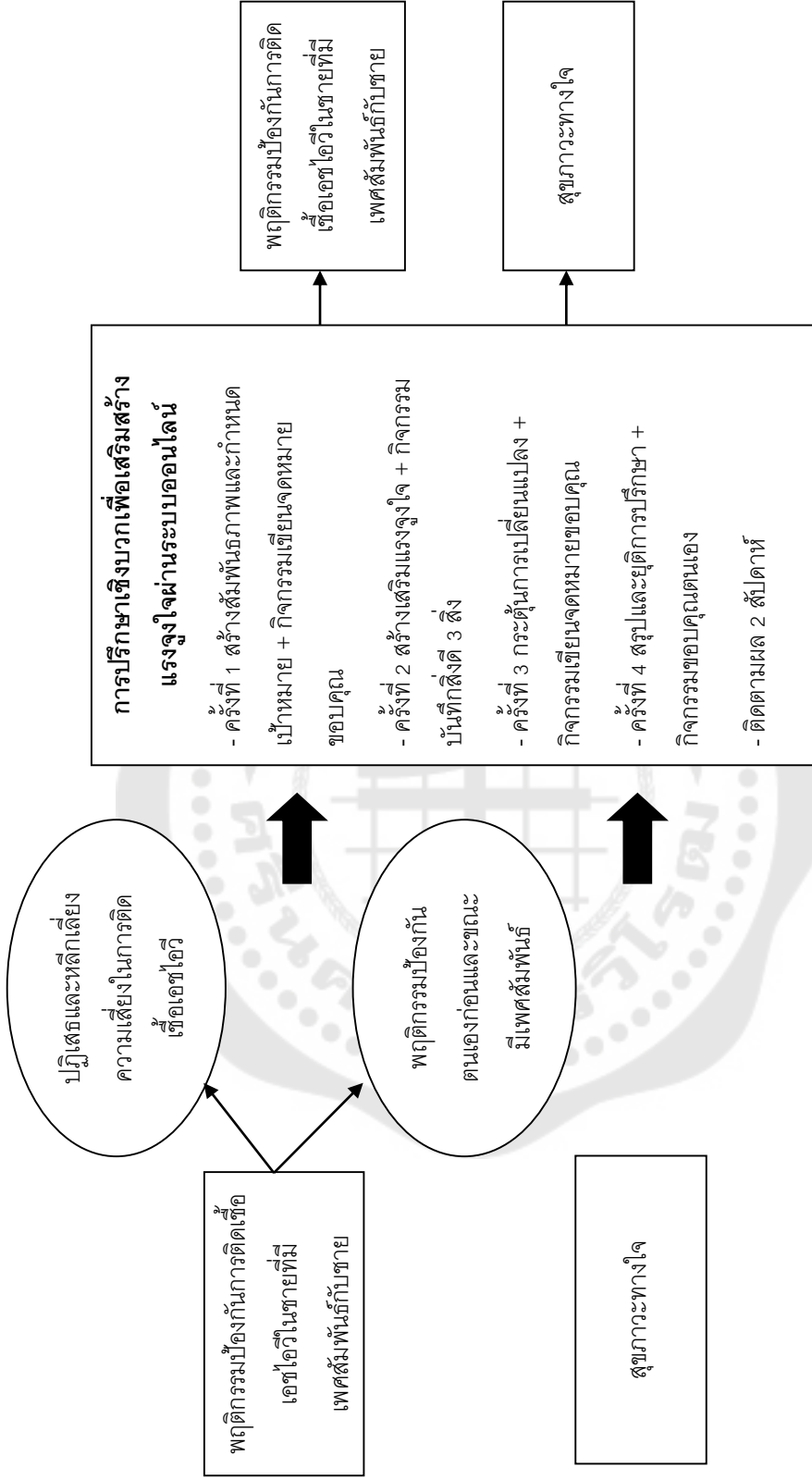
หลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และ 2) พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์

สำหรับ แนวคิดการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้เป็นการผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (นันทิชาติศักดิ์ สกุลพงศ์, 2557) ระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นแนวคิดหลัก (Miller & Rollnick, 2002, 2013) และเสริมด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งซึ่งชอบคุณมาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Bono et al., 2014; Lomas et al., 2014) โดยมีงานของ Csillik (2015) สนับสนุน ซึ่งกล่าวว่าทั้ง 2 แนวคิดมีความเชื่อมโยงเชิงทฤษฎีเบื้องหลังนั้นคือการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่เชื่อด้านบวกต่อการเปลี่ยนแปลงจากตัวของมนุษย์โดยเสริมสร้างจุดแข็ง โดยการใช้กิจกรรมสร้างเสริมความซาบซึ้งซึ่งชอบคุณมีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดอารมณ์เชิงบวก ทั้งนี้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจพบว่าได้ผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ โดยลดพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศและการใช้สารเสพติด โดยสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Maneesriwongul et al., 2012) ลดจำนวนวันในการดื่มสุราและลดแรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดลดลง (Tucker et al., 2017) มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (Chen et al., 2016) และส่วนใหญ่พัฒนาโปรแกรมการปรึกษาอย่างน้อย 4 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ โดยใช้เวลาประมาณ 40-90 นาที (Parsons et al., 2014) รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมความซาบซึ้งซึ่งชอบคุณกับสุขภาวะทางใจ พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิทยากร นักศึกษา และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยส่งผลให้เกิดอารมณ์เชิงบวก ความสุข และความพอใจในชีวิตมากขึ้น รวมถึงมีอารมณ์เชิงลบ คะแนนวิตกกังวล และอาการซึมเศร้ามลดลง (Cunha et al., 2019; Lai, 2017; Li et al., 2021) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชื่อว่าแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงกิจกรรมสร้างเสริมความซาบซึ้งซึ่งชอบคุณสามารถเพิ่มสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ ประกอบกับเป็นการปรึกษาออนไลน์จึงเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะคนกลุ่มน้อยด้านเพศ ความเป็นส่วนตัวทำให้เกิดความมั่นใจต่อการมารับบริการด้านสุขภาพ ลดอุปสรรคของการเผชิญการตีตราหรือความลำบากใจต่อการเข้ารับบริการตามปกติ (Holmes & Foster, 2012; Wang et al., 2018)

การศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน (Plomp, 1997; เดช

กุล มัทวานุกุล และคณะ, 2566) ได้แก่ 1) ทำการศึกษาข้อมูลและพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2) การศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ 3) นำโปรแกรมไปทดลองใช้โดยทำการทดลองสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCT) และวัดซ้ำ 4) การถ่ายทอดนวัตกรรมและประเมินผลการใช้งาน โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพประกอบ 5





ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2. กลุ่มทดลองชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล เมื่อได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์

จากสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่า การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจเป็นการบูรณาการแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจกับกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ ซึ่งการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบหลักฐานที่บ่งชี้ว่ามีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมต่าง ๆ รวมถึงสุขภาวะในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย อ้างอิงงานของ Csillik (2015) โดยแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศและการใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chen et al., 2016; Maneesriwongul et al., 2012; Parsons et al., 2014; Tucker et al., 2017) รวมถึงกิจกรรมสร้างเสริมความซาบซึ้งขอบคุณกับสุขภาวะทางใจพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิทยากร นักศึกษา และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยส่งผลให้เกิดอารมณ์เชิงบวก ความสุข และความพอใจในชีวิตมากขึ้น (Cunha et al., 2019; Lai, 2017; Li et al., 2021) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดหมายว่าการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดของ (Plomp, 1997) และ (เดชกุล มัทวานุกุล et al., 2566) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหา 2) วิเคราะห์ ออกแบบ และประเมินโปรแกรม เบื้องต้น 3) นำโปรแกรมไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง 4) การถ่ายทอดนวัตกรรมและประเมินผลการใช้งาน โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชากรไทยผู้ที่นิยามอัตลักษณ์ทางเพศของตนว่าเป็นชาย แต่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีอัตลักษณ์ชาย ไม่ว่าจะผู้นั้นจะมีรสนิยมทางเพศกับเพศใดก็ตาม สำหรับการวิจัยนี้ใช้คำว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างหลักที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคุณลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์

ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาพทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นชายอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น ทางปาก ทวารหนักกับชายอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และยินดีตอบแบบวัดผ่านระบบออนไลน์โดย Google form กำหนดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 200 คน โดยอิงทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (Central limit theorem) ที่เชื่อว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 คนมีแนวโน้มที่จะเกิดการกระจายแบบปกติ (อัจฉราวรรณ งามญาณ, 2554) และมีผู้เสนอแนะขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันคือมากกว่า 200 คนขึ้นไป (J. H. Hair et al., 2019) เก็บกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball selection) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ จากนั้นให้แนะนำกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และสมัครใจเป็นหน่วยตัวอย่างด้วยความเต็มใจ (Voluntary selection) ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์รับอาสาสมัครจากหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน ได้แก่ 1) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย 2) สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี 3) ชุมชนความหลากหลายทางเพศ (CBTx) ศูนย์บริการบำบัดฟื้นฟูและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 4) สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย 5) กลุ่ม Bangkok Rainbow และ 6) มูลนิธิเอ็มพลัสเชียงใหม่ เป็นต้น

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระยะกึ่งทดลองเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตามเกณฑ์ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1 (Faul et al., 2009) เลือกรทดสอบ F ใช้สถิติ MANOVA: repeated measures, within-between interaction กำหนดค่า effect size เท่ากับ .50 ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ et al., 2562), alpha เท่ากับ .05, Power เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 65 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Randomly selected) ที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Include criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ที่ยืนยันว่าตนเองเป็นชายและระบุว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป
3. มีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น ทางปาก ทวารหนักอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
4. มีความสามารถในการพูดคุยสื่อสารถามตอบเข้าใจดี

5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัคร

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์แล้วจากนั้นทำการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (Randomly assigned) ตามอายุแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

สำหรับการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีขั้นตอนดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Plomp, 1997; เดชกุล มัทวานุกุล et al., 2566)

ขั้นที่ 1 การวิจัย: ศึกษาข้อมูลและสภาพปัญหา ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สุขภาพทางใจ การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ จากนั้นพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) กับสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี ในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

ขั้นที่ 2 การพัฒนา: ปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและศึกษาคุณลักษณะจิตมิติ เช่น ความตรงตามเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงเชิงเหมือน ความตรงเชิงจำแนก และความเชื่อมั่น จากนั้นนำองค์ประกอบของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มาพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ จากนั้นทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ ในขั้นนี้ผู้วิจัยยังทำการศึกษาคุณลักษณะจิตมิติของแบบวัดสุขภาวะทางใจซ้ำในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอีกด้วย

ขั้นที่ 3 การวิจัย: นำโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีแบบแผนและตัวแปรในการวิจัยดังต่อไปนี้

แบบแผนและตัวแปรในการวิจัย

ระยะการศึกษาใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสุ่มกลุ่มทดลองและควบคุม (RCT) โดยมีการวัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (บุญมี พันธุ์ไทย, 2553) ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที ในสัปดาห์ที่ 4 และวัดซ้ำเพื่อติดตามผลภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ ซึ่งวัดกับกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามแบบแผนการวิจัยในตาราง 2 นอกจากนี้ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยตัวแปรต้น ได้แก่ การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ และตัวแปรตาม คือพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ตาราง 2 แสดงแบบแผนการทดลองในรูปแบบการสุ่มกลุ่มทดลองและควบคุมโดยการวัดก่อน-หลัง การทดลองและการติดตามผล

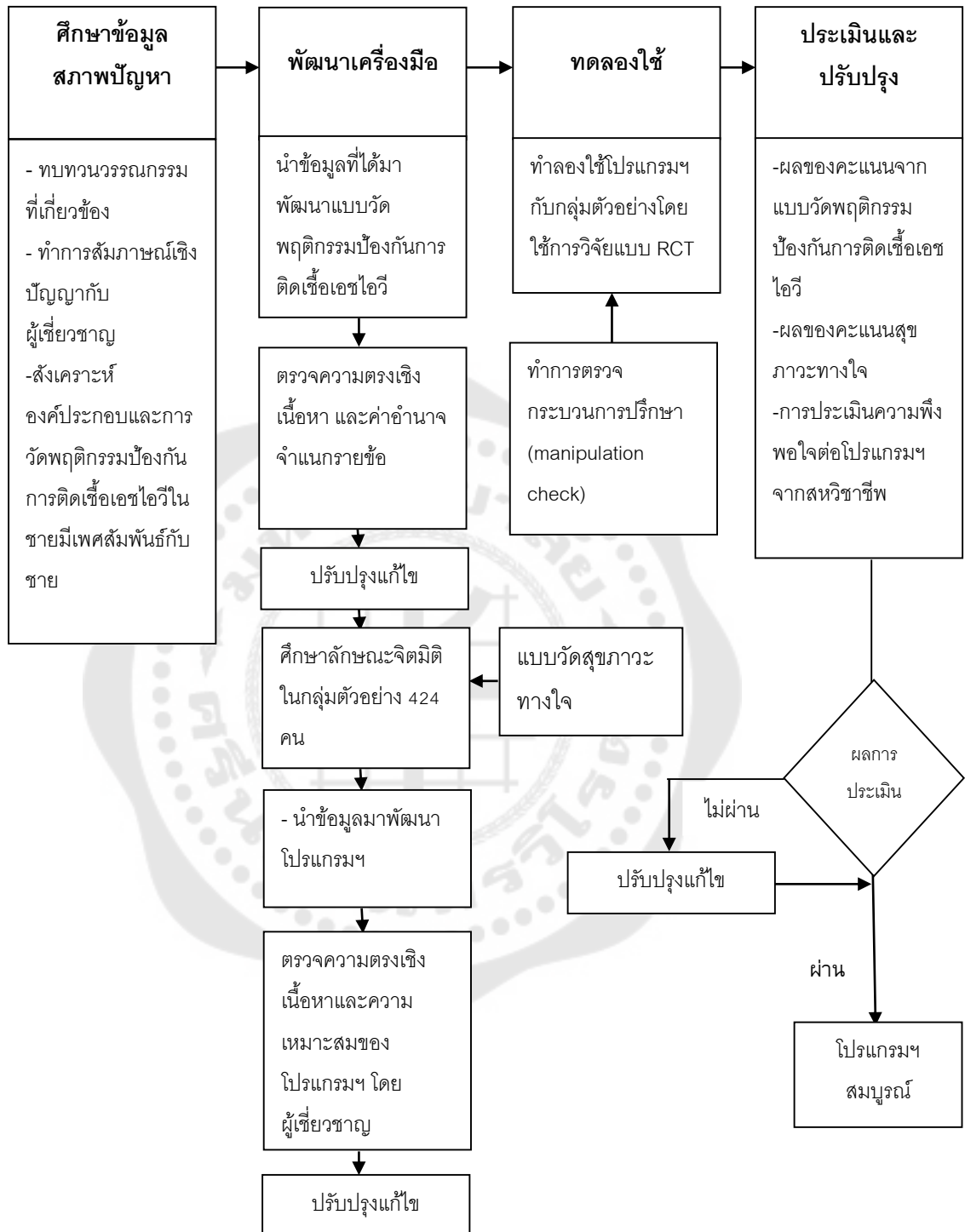
การสุ่มกลุ่ม	ก่อนทดลอง	ให้การทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล
RE	O ₁	X	O ₂	O ₃
RC	O ₁	-	O ₂	O ₃

ความหมายของสัญลักษณ์ มีดังนี้

- R หมายถึง การสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (Randomly assigned)
- E หมายถึง กลุ่มทดลอง (Experimental group)
- C หมายถึง กลุ่มควบคุม (Control group)
- O₁ หมายถึง การวัดก่อนการทดลอง (Pretest)
- X หมายถึง ให้การทดลอง (Treatment)
- O₂ หมายถึง การวัดหลังการทดลอง (Posttest)
- O₃ หมายถึง การวัดในระยะติดตามผล (Follow up)

จากตาราง 2 เมื่อวันการสุ่มเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเรียบร้อยแล้ว จากนั้นทำการวัดครั้งที่ 1 ด้วยแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีและแบบวัดสุขภาวะทางใจ จากนั้นให้การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมให้ศึกษาเอกสารความรู้ด้วยตนเอง ดำเนินการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองให้วัดครั้งที่ 2 หลังการทดลองทันทีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นวัดครั้งที่ 3 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ ด้วยแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีและแบบวัดสุขภาวะทางใจทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นที่ 4 การพัฒนา: นำโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ผ่านการทดลองแล้ว มาจัดกิจกรรมถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับสาขาชีพและประเมินการใช้งานโปรแกรมฯ ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาในการวิจัยดังกล่าว 6



ภาพประกอบ 6 กระบวนการวิจัยและพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ตัวผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือการวิจัย 2) โปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **ตัวผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือการวิจัย** ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการออกแบบและดำเนินการปรึกษาตามโปรแกรมฯ ทั้งนี้ผู้วิจัยมีพื้นฐานการศึกษาทั้งระดับปริญญาตรีและโทด้านจิตวิทยา เป็นผู้ถือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก และผ่านประสบการณ์และฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมในการวิจัยดังนี้

1.1 อบรมหลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยยาเสพติด ระหว่างวันที่ 27-29 เมษายน 2565 ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

1.2 เข้าร่วมการเสวนาวิชาการเรื่อง 20 ปี ของวิธีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในประเทศไทย: ทบทวนสถานะและก้าวต่อไป จัดวันที่ 9 มิถุนายน 2564 เวลา 8.30-16.30 น. โดยภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

1.3 อบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาและบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy) ระหว่างวันที่ 13-14 ตุลาคม 2557 จัดโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต คณะวิทยาการนำโดย พลตรี นพ.พิชัย แสงชาญชัย ตำแหน่งปัจจุบันผู้ทรงคุณวุฒิกองทัพบกช่วยราชการกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.4 อบรมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อ “Motivationally- Enhanced CBT for “Resistant” Clients: Practical Skills Training” การสร้างแรงจูงใจและการกระตุ้นพฤติกรรมในผู้รับบริการที่ จัดโดยคณะจิตวิทยา ในวันพฤหัสบดีที่ 11 มิถุนายน 2558 เวลา 8.30 -16.30 น. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.5 เป็นผู้ร่วมวิจัยและเก็บข้อมูลในการวิจัยของธนภุษา ลิขิตธรากุล, ภาสกร คุ่มศิริ, สิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์, และคณะ. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. 13(2). หน้า 17-30. ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล

1.6 เป็นผู้ร่วมวิจัยและเก็บข้อมูลในการวิจัยของวิมลรัตน์ วันเพ็ญ, ธนภุษา ลิขิตธรากุล, ภาสกร คุ่มศิริ, ณัฐปพน รัตนตรัย, ธัญญาภรณ์ คำแก้ว, ปวีณ์สุดา สานิสี, มาเรียม สาหมุด, ชลันดา

หนูหล้า, และสิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้ที่มีปัญหาพนันในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 64(3): หน้า 245-258. ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล

2. การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา รายบุคคลใช้เวลาครั้งละ 1.00-1.30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ดำเนินการปรึกษารูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฯ อิงตามแนวคิดของ Csillik (2015) ที่กล่าวถึงการบูรณาการแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งซึ่งขอบคุณเข้าด้วยกัน ทั้งสองแนวคิดมีความเชื่อมโยงกันในพื้นหลังทฤษฎีที่มีความเชื่อด้านบวกต่อการเปลี่ยนแปลงจากตัวของมนุษย์โดยอาศัยจุดแข็ง ซึ่งอารมณ์เชิงบวกจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถคิดและกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิมได้ ทั้งนี้โปรแกรมการปรึกษาจะใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับผลการศึกษาของ Parsons et al. (2014) มีจำนวนการปรึกษาทั้งหมด 4 ครั้ง ดังต่อไปนี้ (Bono et al., 2014; Hall et al., 2012; Lomas et al., 2014; Miller & Rollnick, 2013; Tooley, 2012; พิชัย แสงชัยชาญ, 2553; สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2558)

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและกำหนดเป้าหมาย เริ่มต้นการปรึกษาโดยเน้นความพร้อมของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากดดันให้บุคคลเปลี่ยนแปลง ผู้รับการปรึกษาจะได้รับการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงสำรวจคุณค่าและเป้าหมายของชีวิต โดยการปรึกษาคั้งนี้มุ่งเน้นการกำหนดปัญหาและเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง สำรวจคุณค่าและเป้าหมายของชีวิต จากนั้นยุติบริการด้วยการสรุปการปรึกษาและให้การบ้านบอกสิ่งดีที่เกิดขึ้นตลอด 1 สัปดาห์ (Bono et al., 2014; Lomas et al., 2014)

ครั้งที่ 2 สร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นการสร้างเสริมแรงจูงใจโดยเน้นการพูดคุยเพื่อพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทบทวนเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลง จากนั้นสำรวจการตัดสินใจทั้งข้อดีและข้อเสีย (pros and cons) โดยมีกิจกรรม ได้แก่ ใบบงานประเมินพฤติกรรมป้องกันการเอชไอวี ใบบงานวางแผนเปลี่ยนแปลง จากนั้นยุติการปรึกษาโดยให้สรุปการปรึกษาและให้การบ้านเขียนสิ่งดี 3 อย่างในแต่ละวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (Bono et al., 2014; Lomas et al., 2014)

ครั้งที่ 3 กระตุ้นการเปลี่ยนแปลง เป็นการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการปรึกษาโดยพูดคุยอุปสรรคหรือความลังเล (ambivalence) และความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (readiness for change) โดยการปรึกษาคั้งนี้จะทำการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงสำรวจอุปสรรคหรือความลังเล และวางแผนการจัดการอุปสรรคด้วยกิจกรรม ได้แก่ ใบบงานประเมิน

ความพร้อม ใบบางสำรวจอุปสรรคและวางแผนแนวทางการจัดการ จากนั้นผู้ติการศึกษาด้วยการสรุป การปรึกษาและกิจกรรมเขียนจดหมายขอบคุณและส่งจดหมายให้กับบุคคลที่ตนเองขอบคุณ (Bono et al., 2014; Lomas et al., 2014)

ครั้งที่ 4 สรุปและยุติการปรึกษา ดำเนินการปรึกษาด้วยการทบทวนเป้าหมาย (goals) และแผนการเปลี่ยนแปลงตนเอง (change plan) เริ่มโดยให้ผู้รับการปรึกษาประเมินความตั้งใจต่อการ เปลี่ยนแปลง วางแผนป้องกันการกลับมาเป็นพฤติกรรมเสี่ยงซ้ำ (relapse prevention) รวมถึงให้ข้อมูล เกี่ยวกับแหล่งส่งต่อหรือบริการที่พร้อมจะสนับสนุนต่อพฤติกรรมป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี จากนั้น สรุปการปรึกษาและปิดกระบวนการปรึกษาด้วยกิจกรรมขอบคุณตนเองตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bono et al., 2014; Lomas et al., 2014)

ทั้งนี้ผู้วิจัยขอสรุปโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจเป็นตาราง (รายละเอียดศึกษาเพิ่มเติมในภาคผนวก) โดยนำเสนอตามตาราง 3 ดังต่อไปนี้

ตาราง 3 แสดงโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ

ครั้งที่	จุดประสงค์	เครื่องมือ	
		สัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ	กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ
1 สร้าง สัมพันธภาพ และกำหนด เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเป้าหมาย และวัตถุประสงค์การปรึกษา 2. เพื่อสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีและวางแผนเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง 3. เพื่อค้นหาเป้าหมาย ความหมายของชีวิต และสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ 4. เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางใจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2. แบบวัดสุขภาวะทางใจ 3. ใบบางสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี 4. สื่อให้ข้อมูลความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี 5. ใบบางสำรวจคุณค่าของชีวิต 	การบ้านบอกสิ่งดี

ตาราง 3 (ต่อ)

ครั้งที่	จุดประสงค์	เครื่องมือ	
		สัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ	กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ
2 สร้างเสริมแรงจูงใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2. เพื่อสร้างเป้าหมายและวางแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 3. เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใบงาน วางแผนเป้าหมาย เปลี่ยนแปลง 2. สื่อให้ข้อมูล ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 	การบ้านบันทึกสิ่งดี 3 สิ่ง
3 กระตุ้นแผนการเปลี่ยนแปลง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2. เพื่อสำรวจอุปสรรค/ความลังเลและวางแผนจัดการอุปสรรค 3. เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใบงานประเมินความพร้อม 2. ใบงานหนทางสำเร็จ 	การบ้านเขียน จดหมายขอบคุณ
4 สรุปและยุติการศึกษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินความตั้งใจ ทบทวนเป้าหมาย และแผนการเปลี่ยนแปลง 2. เพื่อทบทวนการจัดการอุปสรรค/แหล่งสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 3. เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ 4. เพื่อสรุปและยุติการศึกษา ประเมินผล รวมทั้งชี้แจงการติดตามผลหลังการศึกษา 2 สัปดาห์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใบงานความมั่นคงต่อการเปลี่ยนแปลง 2. ข้อมูลแหล่งสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 3. แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 4. แบบวัดสุขภาวะทางใจ 	กิจกรรมขอบคุณตนเอง

การพัฒนาและตรวจสอบโปรแกรมปรึกษา

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ ประกอบด้วยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ และกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณทั้งใน และต่างประเทศ

2. ร่างโปรแกรมการปรึกษาโดยตั้งวัตถุประสงค์และออกแบบการปรึกษาให้สอดคล้อง จากนั้นนำไปขอข้อเสนอแนะกับที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

3. เมื่อปรับปรุงโปรแกรมการปรึกษาตามคำแนะนำแล้ว นำโปรแกรมการปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ 1) พลตรี นายแพทย์ พิเชษฐ์ แสงชาญชัย กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2) แพทย์หญิง สิริ เกรียงไกรลิขิต ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย 3) อาจารย์ ดร. นฤมล พระใหญ่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ในส่วนของความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ แนวคิด ขั้นตอน เทคนิคการปรึกษาที่ออกแบบไว้ โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

ให้คะแนน +1	หมายถึง มีความสอดคล้องระหว่างแนวคิดและจุดประสงค์
ให้คะแนน 0	หมายถึง ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องระหว่างแนวคิดและจุดประสงค์
ให้คะแนน -1	หมายถึง ไม่สอดคล้องระหว่างแนวคิดและจุดประสงค์

จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่างจุดประสงค์กับการจัดกระบวนการปรึกษา จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .66-1.00

4. เมื่อปรับปรุงโปรแกรมการปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ดำเนินการส่งกลับให้ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนตรวจสอบอีกครั้ง

5. การตรวจสอบกระบวนการปรึกษา (Manipulation check) ผู้วิจัยได้ออกแบบการตรวจสอบว่าผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการปรึกษาโดยประยุกต์จากการศึกษาของ Chester and Lasko (2021) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 2 คน ทำการประเมินกระบวนการปรึกษาแต่ละครั้งว่าทำตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ ผู้วิจัยทำการบันทึกวิดีโอขณะการปรึกษาภายใต้คำยินยอมของอาสาสมัคร จากนั้นผู้วิจัยนำวิดีโอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบตรวจสอบ (Checklist) ทั้งนี้มีการให้คะแนนเป็นอิสระต่อกันและทำการประเมินในอาสาสมัครคนเดียวกัน สำหรับการคิดคะแนน การให้คะแนน 0 หมายถึง โปรแกรมการปรึกษาไม่ได้ดำเนินการจริงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และให้ 1 คะแนน หมายถึง โปรแกรมการปรึกษาได้

ดำเนินการจริงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ จากนั้นนำค่าที่สังเกตได้ไปคำนวณค่าเฉลี่ยและนำเทียบกับเกณฑ์ ทั้งนี้ค่าความสอดคล้องการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบการให้การปรึกษากับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องกันของความเห็นเท่ากับ 1 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Fleiss, Levin, & Paik, 2013)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในวัดตัวแปรตามประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและแบบวัดสุขภาวะทางใจ ซึ่งนำเสนอขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีข้อความทั้งสิ้นจำนวน 9 ข้อ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และ 2) พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ ลักษณะการตอบให้ผู้ตอบประเมินตนเองในการปฏิบัติตน จากนั้นทำเครื่องหมายในช่องว่างตามมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ จากไม่เคย น้อย ปานกลาง บ่อย และบ่อยที่สุด สำหรับการแปลผลใช้คะแนนรวมหากได้คะแนนมากหมายถึงการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง

ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี

ข้อความถาม	ความถี่พฤติกรรม				
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยที่สุด
0. คุณหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ เมื่อพบว่าคู่นอนของตนไม่ป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย					
00. คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กส์หมู่ การไปแหล่งนัดพบเพื่อมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด					

การพัฒนาแบบวัดและลักษณะจิตมิติ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่พัฒนาโดยศรัณย์ พิมพ์ทอง (2554) มาทำการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) เป็นการสอบถามผ่านกระบวนการรู้คิดและประสบการณ์ของผู้รับการสัมภาษณ์ สำหรับการวิจัยนี้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 3 ราย มีประสบการณ์ทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 5 ปีขึ้นไป โดยใช้เทคนิคและขั้นตอนการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ (Willis, 2015; ชุตินา สืบวงศลี, 2553)

1.1 สร้างสัมพันธภาพ (rapport building) ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไป สร้างความสัมพันธ์กับผู้ถูกสัมภาษณ์ จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกภาพและเสียง

1.2 ทำการทบทวนบริบทเดิม (context reinstatement) ชวนให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้พูดคุยโดยนึกย้อนเหตุการณ์ในการดูแลชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี โดยให้เล่าเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันเชื้อเอชไอวีของผู้ที่มาใช้บริการ เช่น พฤติกรรม การกระทำ คำพูด เหตุการณ์ สถานที่ เวลา เป็นต้น จุดประสงค์ของเทคนิคนี้เพื่อเป็นการทบทวนความทรงจำของผู้ถูกสัมภาษณ์

1.3 ตั้งคำถามสอดคล้องกับเนื้อหา (compatible questioning) ผู้วิจัยทำการตั้งคำถามให้เกี่ยวข้องสอดคล้องกับเนื้อหาที่ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่า เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงรายละเอียดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีสัมพันธ์กับชายให้มากที่สุด เช่น พฤติกรรม การกระทำ คำพูด เหตุการณ์ สถานที่ เวลา เป็นต้น ซึ่งคำถามนั้นจะขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์ โดยเนื้อหาที่เจาะลึกจะผ่านกระบวนการเชิงปัญญาของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุด ได้แก่ การทบทวนการรื้อฟื้น การนึกย้อน

1.4 ทำการสัมภาษณ์แบบให้คิดและพูดออกมา (think aloud interviewing) ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้อ่านแบบวัดของศรัณย์ พิมพ์ทอง ฉบับปี 2554 จากนั้นให้พูดความคิดของตนเอง ออกมาดัง ๆ ว่านึกถึงอะไร เข้าใจความหมายของคำถามว่าอย่างไร รวมถึงข้อชี้แนะในการปรับแบบวัดให้เข้ากับบริบทในปัจจุบัน (Willis, 2015)

1.5 ใช้เทคนิคการตะล่อมถาม (verbal probing technique) เพื่อถามเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญเพื่อให้เกิดความกระจ่างของข้อมูลและได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น ซึ่งการถามจะเน้นรายละเอียดการกระทำที่บ่งชี้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีสัมพันธ์กับชาย รวมถึงแสดงความคิดเห็นมาตรวัดของแบบวัดด้วย

1.6 บันทึกข้อมูลโดยละเอียด (report everything) เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าข้อมูลแล้ว ทำการจดทุกสิ่งที่ผู้รับบริการเล่า ผู้วิจัยดำเนินการบันทึกภาพและเสียงทุกราย รวมทั้งจดบันทึกพฤติกรรมขณะถูกสัมภาษณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย

1.7 ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโดยจัดกลุ่มคำที่มีความหมายหลักคล้ายคลึงกัน จากนั้นทำการเปรียบเทียบความหมาย ต่อมาอ่านทวนซ้ำกลุ่มคำเพื่อแยกความเหมือนหรือต่างของความหมายอีกครั้ง ทำการจัดกลุ่มให้ความหมายแต่ละองค์ประกอบ และบรรยายความหมายภาพรวมของพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2. สร้างนิยามปฏิบัติการในการวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอข้อเสนอแนะ ต่อมาร่างแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวีให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ จากนั้นนำร่างแบบวัดไปขอข้อเสนอแนะกับที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

3. เมื่อปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวีตามคำแนะนำของที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว จากนั้นนำแบบวัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ 1) รองศาสตราจารย์ ดร. ศรัณย์ พิมพ์ทอง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์สกล ไสภิตอาชาศักดิ์ คณะวิทยาการเรื้อรังและคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องระหว่างข้อความถามและนิยามปฏิบัติการ โดยกำหนดเกณฑ์พิจารณาความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับนิยามปฏิบัติการ

ให้คะแนน -1 หมายถึง ไม่สอดคล้องระหว่างข้อความถามกับนิยามปฏิบัติการ

4. จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อความถามกับนิยามปฏิบัติการ ทั้งนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ระหว่าง .66-1.00

5. เมื่อปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ดำเนินการส่งกลับให้ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนตรวจสอบอีกครั้ง เมื่อทุกท่านให้ความเห็นชอบเรียบร้อยแล้ว จึงนำแบบวัดไปเก็บข้อมูล

6. จากนั้นนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเก็บข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อจากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม

(Item-total correlation) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับจากกรวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient)

7. ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

8. ทำการศึกษาความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) ด้วยการศึกษาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของศรีธนย์ พิมพ์ทอง (2554) มีจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีข้อความทางบวกจำนวน 7 ข้อ ทางลบ 5 ข้อ การตอบเป็นลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย การแปลผลหากผลรวมได้คะแนนมากแสดงว่ามีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโรคเอดส์สูง และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ของศรีธนย์ พิมพ์ทอง (2554) มีข้อความจำนวนทั้งสิ้นจำนวน 10 ข้อ มีข้อความทางบวก 4 ข้อ และทางลบ 6 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัดประเมิน 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย การแปลผลหากได้คะแนนรวมมากแสดงว่ามีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์สูง

9. ศึกษาความเที่ยงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดเจตคติต่อการเรียนวิชาภาษาไทยที่พัฒนาโดยพิรุณโปรย สำโรงทอง (2554) จำนวน 20 ข้อ เป็นลักษณะสำรวจตนเองด้วยด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จากนั้นให้เลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับจากกรวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient) เท่ากับ .85

3.2 แบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย (The Thai Version Psychological Well-Being Scale) ผู้วิจัยใช้แบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยแปลโดย Sakunpong and Ritkumrop (2021) ตามแนวคิดของ Diener et al. (2009) โดยครอบคลุมการวัด ได้แก่ ความหมายและเป้าหมายชีวิต สัมพันธภาพ ความมุ่งมั่นและตั้งใจ การมอบความสุขให้ผู้อื่น การมีสมรรถนะ การยอมรับตนเอง มองโลกในแง่ดี และความรู้สึกได้รับความเคารพ ซึ่งให้ผู้ตอบสำรวจตนเองแล้วทำเครื่องหมายในช่องว่างโดยเลือกตอบจากข้อคำถามและให้คะแนน 7 ระดับ โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลโดยใช้คะแนนรวมถ้าได้คะแนนมากถือว่ามีสุขภาวะทางใจในระดับมาก

สำหรับลักษณะจิตมิติแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 ความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) พบว่ามีความสัมพันธ์กับแบบวัดซึมเศร้าของเบค (Beck depression inventory) และ

แบบสอบถามความซาบซึ้งซึ่งขอบคุณ 6 คำถาม (Gratitude questionnaire: GQ-6) เท่ากับ -.34 และ .30 ตามลำดับ และมีการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) พบว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ของแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามอยู่ระหว่าง .69 ถึง .80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Sakunpong & Ritkumrop, 2021) ทั้งนี้ แบบประเมินสุขภาวะทางจิตใจฉบับภาษาไทยมีจำนวนข้อคำถามน้อย และทำการศึกษาจิตมิติในกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยแล้ว จึงทำให้เหมาะกับการใช้ในกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย

ตัวอย่างแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น						
	1	2	3	4	5	6	7
0. ฉันมีจุดมุ่งหมายในชีวิตและใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย							
00. สัมพันธภาพทางสังคมที่ฉันมีนั้น ช่วยเกื้อหนุนและส่งเสริม อีกทั้งเป็นเหมือนรางวัลให้กับชีวิต							

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยทำการศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดซ้ำด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย โดยทำการศึกษาภาคตัดขวางในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป ทั้งหมดเป็นชายที่ระบุตัวตนเองเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 100) มีอายุเฉลี่ย 32.30 ปี ($\chi^2 = 32.30$, $SD = 5.86$) ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 แบบลูกโซ่และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 212 คน ผลการศึกษาพบว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยันพบว่าโมเดลการวัดของแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สามารถวัดออกมาได้องค์ประกอบเดียวเหมือนกับแบบวัดต้นฉบับและมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีเมื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ($\chi^2 = 18.02$, $p\text{-value} = .26$, $\chi^2 / df = 1.20$, $GFI = .98$, $CFI = .99$, $AGFI = .95$, $RMR = .02$, $RMSEA = .03$,

TLI=.99) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามอยู่ระหว่าง .86 ถึง .94 (รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก)

การพิทักษ์สิทธิและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-G-512/2564E ลงวันที่ 19 มกราคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการที่แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ และผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างทุกราย เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้อ่านเอกสารรายละเอียดการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาในปัจจุบัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน 2565 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2) นำแบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ของศรัณย์ พิมพ์ทอง (2554) ไปทำการสัมภาษณ์เชิงปัญญากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ดูแลและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยดำเนินการสัมภาษณ์ทางออนไลน์ผ่าน google meet และขออนุญาตบันทึกวิดีโอขณะสนทนา และทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ในประเด็นที่ยังไม่กระจ่าง

3) ทำการถอดเทปการสนทนาและวิเคราะห์ข้อมูลใน 2 ประเด็น คือ การปรับปรุงข้อคำถามและการวิเคราะห์เนื้อหาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ขั้นที่ 2 การพัฒนาแบบวัดและโปรแกรมให้การศึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2565 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) เมื่อแบบวัดผ่านคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และการพิจารณาค่าอำนาจจำแนกแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์และเก็บข้อมูลการวิจัยกับผู้ใช้บริการด้านสุขภาพทางเพศ

2) ส่งหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงานรับทราบ กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการเก็บเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวนอย่างน้อย 200 คน

3) ผู้วิจัยส่งแบบวัดออนไลน์ให้อาสาสมัครที่มีความสนใจเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยแนบเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและให้อาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยก่อนตอบแบบวัดทุกครั้ง ทั้งนี้ข้อมูลในแบบวัดจะประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดสุขภาวะทางใจ แบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดการตีตรา ผู้วิจัยปรับชื่อแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเป็นแบบวัดการใช้ชีวิต แบบวัดสุขภาวะทางใจ แบบวัดความเสี่ยง และแบบวัดการป้องกันเอชไอวี ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 424 คน

4) ทำการจัดการข้อมูลโดยแปลงข้อมูลเป็นรหัส และวิเคราะห์ลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

5) นำโมเดลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้จากการวิเคราะห์ แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณมาพัฒนาเป็นโปรแกรมให้การศึกษา

6) นำโปรแกรมให้การศึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้มีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษา จากนั้นปรับปรุงโปรแกรมให้การศึกษา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นที่ 3 การทดลองโปรแกรมให้การศึกษา ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2566 โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้ (การแบ่งกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการวิจัยแสดงดังภาพ 7)

1) ประชาสัมพันธ์การวิจัยระยะที่ 2 ให้กับกลุ่มตัวอย่าง และส่งเมลประชาสัมพันธ์การวิจัยระยะ 2 ไปยังกลุ่มตัวอย่างที่เคยตอบแบบวัด เมื่ออาสาสมัครสนใจและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการเชิญอาสาสมัครเข้ากลุ่มแชทไลน์ จากนั้นแจกเอกสารชี้แจงการวิจัยให้อาสาสมัครอ่านก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) ทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองเป็นรายบุคคลครั้งที่ 1 ด้วยแบบวัดออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และแบบวัดสุขภาวะทางใจ จากนั้นจับคู่คะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการทดลองและอายุ ทั้งนี้ผู้แยกเข้ากลุ่ม

ทดลองจำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน ซึ่งระหว่างการทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองของยุติการวิจัยจำนวน 1 คน ดังนั้นจึงมีกลุ่มทดลองและควบคุมเท่ากันอย่างละ 32 คน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองมีจำนวนทั้งสิ้น 64 คน

3) การดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์โดยโปรแกรม zoom เป็นรายบุคคล มีจำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1.00-1.30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ ทั้งนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับเอกสารความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาพจิตใจให้ศึกษาด้วยตนเอง ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยระยะนี้จะมีผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยมีคุณวุฒิการศึกษาอย่างน้อยระดับปริญญาโทด้านจิตวิทยา มีประสบการณ์ทำงานด้านจิตวิทยาการปรึกษาอย่างน้อย 3 ปี และได้รับการฝึกใช้โปรแกรมให้การปรึกษา จากผู้วิจัย

4) ทำการตรวจสอบกระบวนการปรึกษา (Manipulation check) (Chester & Lasko, 2021) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาที่มีคุณวุฒิการศึกษาอย่างน้อยระดับปริญญาโทด้านจิตวิทยา และมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตวิทยาการปรึกษาอย่างน้อย 5 ปี

5) หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ทันทีด้วยแบบวัดออนไลน์

6) ทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 หลังจากเสร็จสิ้นการติดตามผลใน 2 สัปดาห์ ทั้งนี้เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มควบคุมสามารถแจ้งความประสงค์ที่จะได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ได้หากมีความสนใจ

ขั้นที่ 4 การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับสหวิชาชีพและประเมินการใช้งานโปรแกรมฯ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2566 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมดังนี้

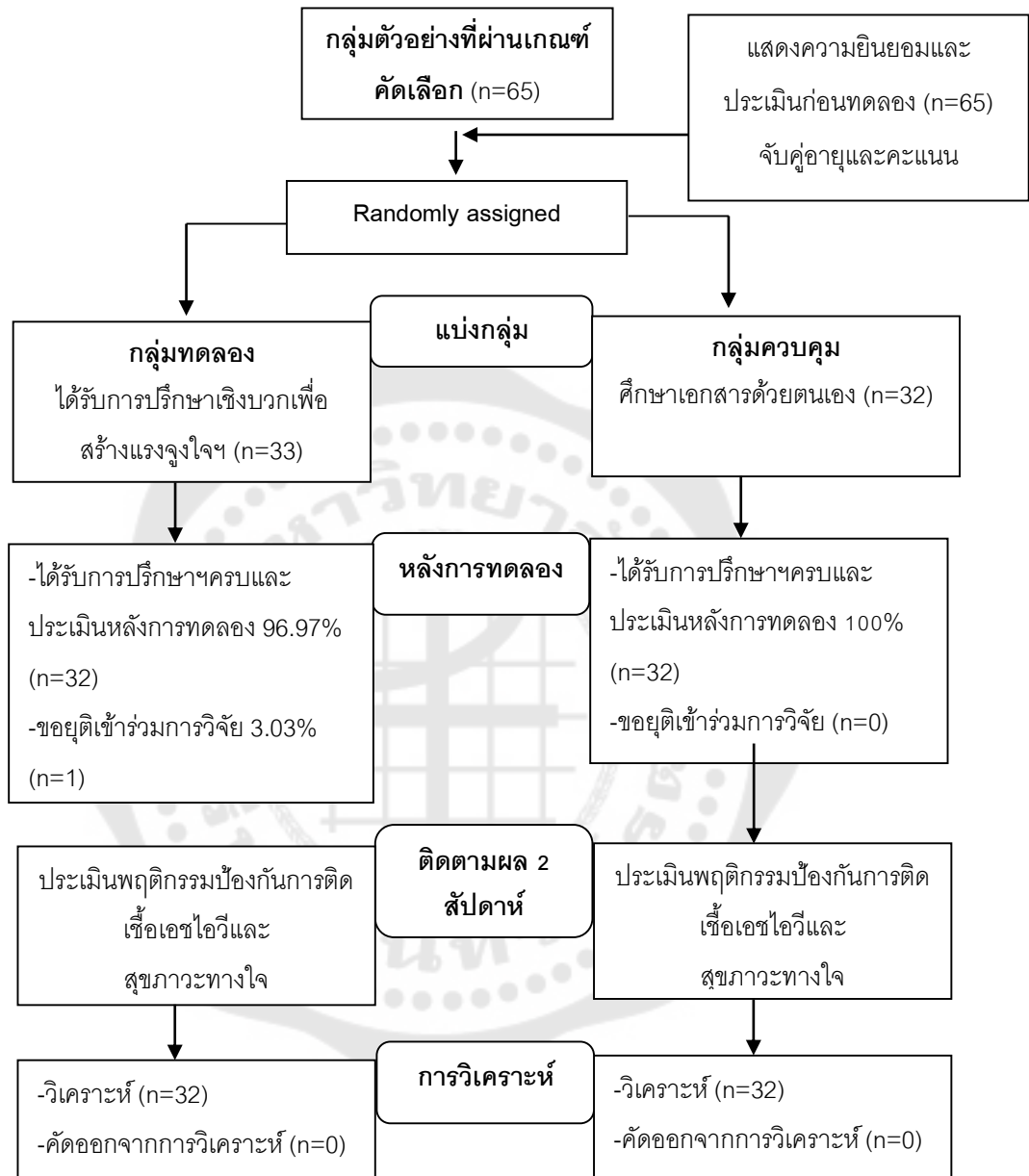
1) วางแผนการจัดอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้การใช้งานโปรแกรมฯ ให้การปรึกษาเพื่อสร้างเสริมจูงใจ และนำแผนการจัดฝึกอบรมอบรมไปปรึกษากับที่ปรึกษาปริญญาโท

2) ประชาสัมพันธ์ออนไลน์การจัดอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้การใช้งานโปรแกรมฯ กับสหวิชาชีพ

3) จัดการอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้การใช้งานโปรแกรมฯ ทางออนไลน์ระหว่างวันที่ 29-30 กรกฎาคม 2566 เวลา 9.00-16.00 น. ทั้งนี้มีสหวิชาชีพเข้าร่วมทั้งสิ้น 15 คน

4) เก็บข้อมูลการประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการปรึกษาฯ หลังเสร็จสิ้นการอบรม และนำผลการประเมินไปทำการประมวลผลต่อไป

ประชาสัมพันธ์



ภาพประกอบ 7 แสดงขั้นตอนการแบ่งกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยประยุกต์จากงานเขียนของ Bengtsson (2016) เริ่มด้วย 1) ถอนเนื้อหา (decontextualisation) ให้ความหมายของหน่วยข้อมูล สร้างรหัส ทบทวนข้อมูลซ้ำ ๆ 2) ทบทวนเนื้อหา (recontextualisation) วิเคราะห์ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน มีความหมายเหมือนหรือต่างกัน 3) จัดกลุ่มข้อมูล (categorisation) จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกันเอาไว้ด้วยกัน ทำการตรวจสอบความเที่ยงของข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ให้ข้อมูล 4) การให้ความหมายข้อมูล (compilation) โดยให้ความหมายในแต่ละมิติรวมถึงนิยามของพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ให้ข้อมูล และอาจารย์ที่ปรึกษา

2. วิเคราะห์คุณลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อไอวี และแบบวัดสุขภาพทางใจฉบับภาษาไทย และโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์โดยใช้สถิติ ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ด้วยค่าเฉลี่ยทั้งโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันป้องกันเชื้อไอวี

2.2 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อจากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันป้องกันเชื้อไอวี

2.3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับจากกรณีวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient) ของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันป้องกันเชื้อไอวี และแบบวัดสุขภาพทางใจทั้งภาพรวมและรายด้าน

2.4 ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันป้องกันเชื้อไอวี และแบบวัดสุขภาพทางใจ

2.5 ทำการศึกษาความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) และความเที่ยงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ด้วยการศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson product-moment correlation coefficients) ของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันป้องกันเชื้อไอวี

3. วิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

3.1 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นจากการสังเกต (Inter-rater reliability) ระหว่างให้การปรึกษาจากผู้มีความรู้ด้านจิตวิทยาการปรึกษา 2 ท่าน สุ่มตรวจกระบวนการปรึกษา คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ค้ำปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient) โดยที่ค่า K_p อยู่ระหว่าง 0-0.39 หมายถึง มีความสอดคล้องในการประเมินระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 0.40-0.74 หมายถึง มีความสอดคล้องในการประเมินระดับ และช่วงคะแนน 0.75-1.00 หมายถึง มีความสอดคล้องในการประเมินระดับดีมาก (Fleiss et al., 2013)

3.2 ตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 50 คน

3.3 ตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์แปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรโดยใช้สถิติ Box's และ Levene's test เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANOVA

3.4 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรึกษาฯ ด้วยสถิติ Two-way repeated measures MANOVA

3.5 ทำการศึกษขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปรึกษาฯ กับตัวแปรตาม โดยใช้แนวคิดของ Cohen (1988 cited in Lakens, 2013) โดยแบ่งขนาดอิทธิพลเป็นขนาดเล็ก ($\eta^2 = .01$) ขนาดกลาง ($\eta^2 = .06$) และขนาดใหญ่ ($\eta^2 = .14$)

3.6 ทำการวิเคราะห์ Simple main effect ด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจก่อนการทดลอง หลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและควบคุมด้วยวิธีการของ Bonferroni

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และ 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ตอนที่ 2 ลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ส่วนที่ 2 ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ ๓ ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมให้การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์

ส่วนที่ 1 ลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ผลการศึกษาในส่วนนี้นำเสนอภายใต้หัวข้อ ได้แก่ ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เนื้อหาพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สรุปมิติและข้อบ่งชี้พฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจากการสัมภาษณ์เชิงปัญญาซึ่งนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

1.1 ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงปัญญามีจำนวนทั้งสิ้น 3 ราย เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ทำงานบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี ประกอบด้วย 1) นักจิตวิทยาชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย 2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 28 ธนบุรี และ 3) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำการสัมภาษณ์ออนไลน์ผ่านระบบ zoom meeting จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 1.00-1.30 ชั่วโมง ขออนุญาตบันทึกการสัมภาษณ์เพื่อนำมาถอดเทปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

1.2 กระบวนการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตามแนวคิดการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) (Willis, 2015; ชุตติมา สืบวงศ์ดี, 2553) ออกเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

การสัมภาษณ์เชิงปัญญาระยะแรก ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ทำการทบทวนบริบทเดิม และ 3) ตั้งคำถามสอดคล้องกับเนื้อหา

1) สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไป สร้างความสัมพันธ์กับผู้ถูกสัมภาษณ์ จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกภาพและเสียง

2) ทำการทบทวนบริบทเดิม (context reinstatement) ชวนให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้พูดคุยโดยนึกย้อนเหตุการณ์ในการดูแลชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี โดยให้เล่าเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันเชื้อเอชไอวีของผู้ที่มาใช้บริการ เช่น พฤติกรรม การกระทำ คำพูด เหตุการณ์ สถานที่ เวลา เป็นต้น จุดประสงค์ของเทคนิคนี้เพื่อเป็นการทบทวนความทรงจำของผู้ถูกสัมภาษณ์

ตัวอย่างการทบทวนบริบทเดิม

ผู้วิจัย: เท่าที่ประสบการณ์ทำงานมา 9 ปีแล้ว ทั้งเรื่องของเอชไอวีและเรื่องยาเสพติดด้วย

โดยเฉพาะกลุ่มในชายรักชาย คิดว่าพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีคืออะไรครับ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: การป้องกันใช่ไหมครับ

ผู้วิจัย: ใช่ พฤติกรรมป้องกันเอชไอวี

ผู้ถูกสัมภาษณ์: จริง ๆ มันก็มีอยู่ 3 ระดับ นะครับ ระดับแรกคือ primary prevention คือยังไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีเพศสัมพันธ์เลยก็คือตัดไปเลยไม่มีเพศสัมพันธ์ ไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นอันดับที่ 2 คือ secondary prevention นั่นคือการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาที่มันมากขึ้น นั่นก็คือมีเพศสัมพันธ์แล้วใช้อย่างง่ายและก็มีการใช้ PEP เพื่อไม่ให้มีปัญหาเกิดขึ้นอีก

เพื่อไม่ให้มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ภายหลังตามเข้ามา และก็ทำให้ความรู้ของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และก็ช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง อันดับที่ 3 คือภายหลังการติดเชื้อแล้วเราก็ป้องกันให้คนไข้มารักษาตัวเองให้ได้ ไม่ให้เข้ากลับไปมีปัญหาเรื่อง CD4

ผู้วิจัย: ก็คือแสดงว่าระดับแรกก็คือการป้องกันก่อนมีเพศสัมพันธ์แบบนี้ใช่ไหมครับ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: ครับ เพื่อที่จะไม่ให้เกิดความเสี่ยงและอีกอันหนึ่งก็คือไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำก็คือไม่ให้ไปแพร่เชื้อ

3) ตั้งคำถามสอดคล้องกับเนื้อหา (compatible questioning) ผู้วิจัยทำการตั้งคำถามให้เกี่ยวข้องกับสอดคล้องกับเนื้อหาที่ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่า เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงรายละเอียดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีในชายที่มีสัมพันธ์กับชายให้มากที่สุด เช่น พฤติกรรม การกระทำ คำพูด เหตุการณ์ สถานที่ เวลา เป็นต้น ซึ่งคำถามนั้นจะขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์ โดยเนื้อหาที่เจาะลึกจะผ่านกระบวนการเชิงปัญญาของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุด ได้แก่ การทบทวน การรู้หรือฟัง การนึกย้อน

ตัวอย่างการตั้งคำถามให้สอดคล้องกับเนื้อหา

ผู้วิจัย: พฤติกรรมป้องกันเอชไอวี ควรประกอบด้วยอะไรบ้าง ถ้าเกิดว่าเราจะไปวัดพฤติกรรมนี้ ควรจะวัดอะไรบ้าง พอจะเล่าได้ไหมครับ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: ครับอันดับแรกเลยคือ เวลาที่เราให้การปรึกษาคนไข้หรือทำอะไร สิ่งแรกที่เราต้องรู้คือองค์ความรู้ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เขามีองค์ความรู้มากแค่ไหน หรือมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากแค่ไหน และเรื่องของขั้นตอนในการติดไม่ว่าการติดเชื้อหรือรับเชื้อมีแบบไหนบ้างอย่างไรบ้างไม่ว่าจะเป็นช่องทางใดบ้าง รวบรวมก็คือเรื่องของความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของการติดเชื้อเอชไอวี อันนี้เป็นเฉพาะเอชไอวีไหมครับ

ผู้วิจัย: ครับ หมายถึงเราจะต้องวัดที่พฤติกรรมของเขา

ผู้ถูกสัมภาษณ์: ครับ เรื่องของความเข้าใจเนี่ยคืออันดับแรกเลยว่าเขาเข้าใจสิ่งนั้นมากแค่ไหน เพราะว่าถ้าเขาจะป้องกันเขาต้องเข้าใจสิ่งนั้นได้อย่างถูกต้องแล้วก็ครบถ้วนด้วย เพราะว่าตอนนี้ในอินเทอร์เน็ตตามี่ต่าง ๆ มันก็จะมีออกมาเยอะแยะเลยไม่ว่าจะมีทั้งเรื่องของความรู้ความเข้าใจมีทั้งความรู้ที่ผิด บอกไม่หมด หรือบอกที่เป็นข้อมูลที่ยังไม่เคลียร์นะ ครับเป็นข้อมูลที่ได้รับความสงสัยต้องเอามา confirm กันก่อนอย่างนั้นะครับ ตรงนี้สิ่งที่เราจะต้องประเมินคนไข้หรือประเมินผู้รับบริการของเราก็จะต้องมีความเข้าใจอันนี้แหละ สำคัญมากอันที่ 1 พอเรารู้แล้วว่าพื้นฐานความเข้าใจของเขา พื้นฐานความรู้ของเค้า แล้ว

เราก็ต้องประเมินเรื่องพฤติกรรมของเค้าว่าพฤติกรรมของเขามีความเสี่ยงอย่างไรหรือเขาเข้าใจความเสี่ยงอย่างไรบ้าง เพราะว่าหลาย ๆ คนเนี่ยเขาก็เข้าใจโลกดีแต่พอพูดถึงความเสี่ยงหลายคนก็มองว่าความเสี่ยงตัวเองไม่เสี่ยง แต่ก็พอประเมินจริง ๆ แล้วมันก็เสี่ยง หรือบางคนอาจจะมีความเสี่ยงแต่ว่าดูตัวเองก็มีความเสี่ยง แต่พอคุยก็อ้าวเขาก็ไม่มีความเสี่ยง ก็ต้องดูพฤติกรรมเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศต่าง ๆ ของเค้า แล้วก็ช่องทางในการติดต่อหมายถึงการติดต่อของโรคอะครับ ถ้าถามว่าเขามีความเข้าใจน้อยมากแค่ไหน

ผู้วิจัย: ครับ แสดงว่าความเข้าใจและพฤติกรรมของเขาเป็นข้อวัดที่สำคัญ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: ส่วนในเรื่องของการปฏิบัติ โอเคบางคนอาจจะมีความรู้ดีเข้าใจอย่างถ่องแท้เลย แต่เวลาปฏิบัติคือทำไม่ได้ ทำได้แต่ไม่ได้เท่าที่ความรู้ตัวเองจำมา

สำหรับระยะที่สองเน้นการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญามี 2 เทคนิค ได้แก่ 1) ทำการสัมภาษณ์แบบให้คิดและพูดออกมา และ 2) ใช้เทคนิคการตะล่อมถาม ทำการสัมภาษณ์แบบให้คิดและพูดออกมา (think-aloud interviewing) ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้อ่านแบบวัดของศรีณรงค์ พิมพ์ทอง ฉบับปี 2554 จากนั้นให้พูดความคิดของตนเองออกมามาตั้ง ๆ ว่านี่ถึงอะไร เข้าใจความหมายของคำถามว่าอย่างไร รวมถึงข้อชี้แนะในการปรับแบบวัดให้เข้ากับบริบทในปัจจุบัน (Willis, 2015)

ตัวอย่างการสัมภาษณ์แบบให้คิดและพูดออกมา

ตัวอย่างที่ 1

ผู้วิจัย: ทีนี้มาดูแบบวัดเดิม ดูทีละข้อนะครับ ลองอ่านคำถามข้อแรกสิครับ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: โอเคครับ คุณและเพื่อนชอบชวนกันไปเที่ยวสถานบริการทางเพศหรือชานาน่า

ผู้วิจัย: คิดอย่างไรกับคำถามข้อนี้ครับ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: จริง ๆ ไม่รู้ว่ามีข้ออื่นหรือเปล่าแต่คือมันจะมีอีกสถานที่ที่ไม่ใช่สถานบริการอะครับ

ผู้วิจัย: ออ ยังไงครับ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: ภาษาที่ใช้เรียกว่าที่ outdoor ก็คือเป็นที่สาธารณะที่เขาไปนัดเจอกันพวกสวนสาธารณะ อันนี้เขาก็จะไปเจอกันเยอะเหมือนกัน แล้วก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ติดเชื้อเยอะมาก เพราะว่าหนึ่งก็คือ คนที่ไปตรงนั้นเนี่ยเขาไม่รู้ข้อมูลอะไรกันอยู่แล้ว เพราะต่างคนต่างมา นึกออกใช่ไหมครับเหมือนเป็นจุดนำรวมพลของเขาเองที่ไม่ได้รู้จักกันมาก่อนแบบนี้ครับ พอไปเจอคนไหนก็ชอบคนไหนแบบว่าถูกใจคนไหนก็คือสะกิด

กันเข่ารก โพรงแถวนั้นข้างป่า หรือในรถอย่างนี้ครับ ซึ่งบางครั้ง มันก็ไม่มีการป้องกันด้วยถุง
อย่างอานามัยแบบที่บางที่ก็มีเตรียมหรือไม่มีเตรียมไปบ้าง (พฤติกรรมเสี่ยง)

ตัวอย่างที่ 2

ผู้ถูกสัมภาษณ์: “คุณพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยักที่ทำให้เกิดความต้องการทางเพศ” อันนี้ก็ได้นะ แต่
จะต้องเพิ่มข้างหลังให้มันเป็นปัจจุบัน พี่ว่าตอนนี้คือหนังสือโป๊อะ ไม่ค่อยมีคนอ่านไง เขาซี
เกียจไปซื้อ มันแพงใช่ปะก็ ก็ไหลดในคลิปีเนเนตนี้แหละในอะไรพวกนี้แหละ

ผู้วิจัย: ครับผมได้ครับ โอเคข้อต่อไปข้อ 3 เถอะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: ได้ค่ะ ข้อ 3 ก็คือคุณมักผ่อนคลายด้วยการไปเที่ยวสถานที่ใช้บริการทางเพศ เช่น
ร้านนวดต่าง ๆ อิมเนี่ยสไปถูกต้องนี้แหละ ผ่อนคลายแล้วก็ชานาอีกแหละ (พฤติกรรม
เสี่ยง) ก็ไม่มีอะไรส่วนใหญ่พฤติกรรมพวกเขาก็เป็นอย่างนี้แหละ

ผู้วิจัย: อ้อครับ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: ที่จริงพี่ว่าข้อ 1 กับข้อ 3 มันเหมือนกัน ไหนดูข้อ 1 สิ คุณและเพื่อนชอบชวนกันไป
เที่ยวสถานบริการทางเพศหรือชานา อีกข้อก็คือคุณมีการผ่อนคลาย ไปเที่ยวสถาน
บริการที่ว่ามัน ผ่อนคลายกับการชวนไปเที่ยวอะมันคล้าย ๆ กันนะ

ตัวอย่างที่ 3

ผู้ถูกสัมภาษณ์: ข้อ 7 ออกกำลังกายช่วยผ่อนคลายค่ะ ก็ตามนี้ค่ะ เหมือนถามการตัดสินใจของเค้า
ส่วนใหญ่เขาก็ถามเหมือนกันข้อ 7 กับข้อ 8 นะคะ ถ้าเขาตัดสินใจอย่างไร

ผู้วิจัย: คุณ...ช่วยอธิบายเพิ่มเติมได้ไหมครับ ตรงที่เกี่ยวกับเรื่องการตัดสินใจเป็นอย่างไรระ
ครับ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: คือตรงนี้...มองว่า เขามีการตัดสินใจอย่างไรกับการควบคุมหรือว่ามีพฤติกรรม
ทางเพศอย่างไร คือเรียกง่าย ๆ ว่าหาทางออก ถ้าคนที่ไม่มีทางออก การควบคุมอารมณ์ หรือ
ว่า Manage อารมณ์ได้ดี อาจะลดการติดเชื้ที่ต่างจากคนที่ Manage เรื่องพวกนี้ได้ไม่ดี
(การจัดการการกระตุ้นเร้า)

2) เทคนิคการทะล่อมถาม (verbal probing technique) เพื่อถามเพิ่มเติมในประเด็น
สำคัญเพื่อให้เกิดความกระจ่างของข้อมูลและได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น ซึ่งการถามจะเน้น
รายละเอียดการกระทำที่บ่งชี้พฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีในชายที่มีสัมพันธ์กับชาย

ตัวอย่างการระล่อมถาม

ตัวอย่างที่ 1

ผู้วิจัย: ข้อแรกเป็นคำถามที่วัดพฤติกรรมคือค่อนข้างชัดเจน เมื่อกี้คุณพูดถึงเรื่องการนัดหมาย ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเรื่องการนัดหมายอันนี้เป็นข้อมูลใหม่ ๆ ที่น่าสนใจมากเลย

ผู้ถูกสัมภาษณ์: ครับ นัดหมายมี 2 แบบ ตัวแรกเลยคือนัดหมายโดยที่ไปเจอกันโดยตรง ก็จะมีนัดกันผ่าน application บ้าง ผ่านไลน์ ผ่านเฟสบุ๊ค ผ่านอินสตาแกรม ทวิตเตอร์ อย่างไรก็ตามอย่างนี้คือจะนัดกันโดยตรงเลย อันนี้คือการนัดหมายแบบที่ 1 นัดแบบที่ 2 ก็คือไปตามสถานที่ที่เกย์หรือว่าชายรักชายเนี่ยะทราบอยู่แล้วว่าเขาจะไปรวมกันตรงไหนนะครับ อันนี้ขออนุญาตไม่บอกสถานที่แล้วกัน (พฤติกรรมเสี่ยง)

ตัวอย่างที่ 2

ผู้วิจัย: แบบวัดนี้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติตัวในการป้องกันเอชไอวี พอจะลงรายละเอียดได้ไหม อธิบายเพิ่มเติมซักหน่อยให้ฟังหน่อยได้ไหมครับ

ผู้ถูกสัมภาษณ์: จริง ๆ แล้วพฤติกรรมก็เช็คได้จากความเสี่ยงเลยนะครับ สามารถถามได้เลยว่ามี พฤติกรรมแบบนี้หรือเปล่า 1 2 3 4 5 6 นะครับ ก็ถามได้เลยว่ามีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือเปล่า (การป้องกัน) มีเพศสัมพันธ์แบบที่ใช้สารกระตุ้นหรือเปล่า มีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ใช้สาร จะเกิดความมีนงงหรือเปล่า หรือว่าสารที่กดประสาทหรือเปล่า มีสติหรือว่ามีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ (พฤติกรรมเสี่ยง) ตั้งใจหรือว่าแบบไม่มีสติอาจจะโดนมอมหรืออะไรอย่างนี้ถามแบบนี้เลย หรือเคยสัมผัสแผลสดหรือเคยสัมผัสเลือดจากคนอื่นหรือเปล่า (การป้องกัน) โดยที่เราไม่ทราบผลเลือดของเขาแบบนี้อะครับ ซึ่งตรงนี้ก็พอจะวัดได้ว่าความเสี่ยงของเขว่าเป็นอย่างไร บางคนก็บอกว่ามีแฟนและมีอะไรกับแฟนคนเดียว (พฤติกรรมเสี่ยง) เขาก็บอกว่าเขาไม่เสี่ยงแต่สุดท้ายเขาก็ติดเชื้อจากแฟนเขาเองเราก็วัดจากพฤติกรรมตรงนี้ตรง ๆ เลยว่าเขามีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะรับเชื้อหรือเปล่าและรับเชื้อจากไหนได้บ้าง

1.3 ผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

สำหรับผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญาผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาใน 2 ส่วน ได้แก่ 1.3.1) การปรับข้อความคำถามของแบบวัด และ 1.3.2) ผลการวิเคราะห์เนื้อหาพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1) การปรับข้อความของแบบวัด

ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะการปรับข้อความในการวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้เข้ากับบริบทปัจจุบัน โดยมีรายละเอียดตามตาราง ดังนี้

ตาราง 4 ข้อเสนอแนะและการปรับข้อความจากการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

ข้อความฉบับเดิม	ข้อเสนอแนะ	การปรับข้อความ
แบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์		
คุณและเพื่อนชอบชวนกันไปเที่ยวสถานบริการทางเพศหรือชานา	-มีสถานที่อื่นที่เป็นแหล่งนัดพบ และไปมีความเสี่ยง เช่น สวนสาธารณะ หรือแหล่งนัดพบเฉพาะ และปัจจุบันมีการนัดหมายแบบออนไลน์ -ส่วนใหญ่จะไปชานา สปา ร้านนวด -เป็นสถานที่เฉพาะที่เขานัดหมายกัน	คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปมีกิจกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น ชานา ร้านนวด การอยู่สองต่อสอง เซ็กซ์หมู่ บาร์ไฮส ผู้ชาย
คุณพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุที่จะทำให้เกิดความต้องการทางเพศ เช่น หนังสือโป๊และภาพยนตร์ลามกต่าง ๆ	-ปัจจุบันไม่มีพวกหนังสือคลิปีดีไอโอ หรือ CD แล้ว ตอนนี้เป็นสื่อยั่วยุทางเพศแบบออนไลน์ -พวกหนังสือไม่มีใครดูกันแล้ว ตอนนี้นำเข้าถึงออนไลน์กันหมดแล้ว ปรับให้เป็นปัจจุบัน -เหมือนเป็นการวัดในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ด้วย ไม่ใช่เฉพาะแค่กลุ่มนี้	คุณเลี่ยงการดูสื่อที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เช่น ภาพยนตร์โป๊ รูปภาพเปลือย
คุณมักผ่อนคลายเป็นการไปเที่ยวสถานที่ให้บริการทางเพศ เช่น ร้านนวดต่าง ๆ	-แหล่งผ่อนคลายนอกจากร้านนวดแล้วยังมีชานาที่เป็นแหล่งนัดพบเพื่อมีเพศสัมพันธ์ด้วย -ไม่ได้มีร้านนวดอย่างเดียว มีแหล่งเฉพาะที่มีความเสี่ยงอื่น ๆ อีก	คุณผ่อนคลายเป็นการไปสถานที่ให้บริการเฉพาะ เช่น บาร์ไฮส ผู้ชาย ชานา สปา ร้านนวด

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อคำถามฉบับเดิม	ข้อเสนอแนะ	การปรับข้อคำถาม
เมื่อมีความต้องการทางเพศ คุณมักจะอ่านหนังสือหรือชมรายการทีวีทั่วไปเพื่อไม่ให้รู้สึกหงมกุ่มน	-ข้อนี้วัดวิธีผ่อนคลายความเครียด วิธีการในข้อคำถามดูจำกัดและเก่าเกินไป ควรปรับให้มีตัวอย่างกิจกรรมผ่อนคลายอื่น ๆ ที่หลากหลาย	คุณดูแลสุขภาพตนเองด้วยกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเล่นกีฬา โยคะ แอโรบิค
เมื่อมีความต้องการทางเพศ คุณมักจะใช้การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลาย	-วิธีการดูเก่า ไม่น่าจะวัดได้ตรงกับปัจจุบัน -เสนอให้ปรับเป็นการจัดการความรู้สึกทางเพศ เนื่องจากแต่ละคนมีวิธีการต่างกันและได้ผลต่างกัน ใส่ตัวอย่างวิธีการวัดให้หลากหลาย -เหมือนสามารถถามการตัดสินใจ การเลือกวิธีการจัดการอารมณ์ทางเพศ	คุณดูแลสุขภาพตนเองด้วยกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเล่นกีฬา โยคะ แอโรบิค เข้าฟิตเนส เป็นต้น
คุณพยายามหลีกเลี่ยงการดื่มสุราก่อนการมีเพศสัมพันธ์	-ปรับเป็นการวัดความพยายามหลีกเลี่ยงการใช้สารหรือสาร กระตุ้นก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ส่วนสารเสพติดมีหลายชนิดที่ใช้กัน -เพิ่มการใช้สารเสพติดเพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ -วัดเรื่องความเสี่ยงด้านเพศที่มาจากการใช้สารเสพติด	สารเสพติดช่วยกระตุ้นความรู้สึกต่าง ๆ ของคุณได้
การได้อ่านและรับทราบประสบการณ์ทางเพศจากเว็บไซต์ต่าง ๆ ทางอินเทอร์เน็ต ทำให้คุณเกิดความรูสึกอยากลองทำตามบ้าง	-ข้อมูลไม่ค่อยเป็นปัจจุบัน ปรับให้เป็น อาจปรับเป็นได้รับข้อมูลทางเพศจากช่องทางสื่อต่าง ๆ แล้วทำตาม	คุณเป็นสมาชิกและดูสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศในกลุ่มเฉพาะบนโซเชียลออนไลน์

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อคำถามฉบับเดิม	ข้อเสนอแนะ	การปรับข้อคำถาม
แบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์		
ถ้าไม่มีเจลหล่อลื่น คุณมักใช้ วาสลีนหรือโลชั่นทาผิวแทน	การใช้วาสลีนจะทำให้เกิดถุงยางแตกได้ เป็นความเสี่ยง และไม่แนะนำให้ใช้	คุณใช้เจลปิโตรเคมี โลชั่น หรือน้ำลายขณะมีเพศสัมพันธ์แทนสารหล่อลื่นมีส่วนผสมของน้ำ
ถ้าพบว่าไม่มีถุงยางอนามัย คุณก็เลือกที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์ไปเลย	ข้อนี้เกิดขึ้นจริงเยอะ แต่อาจใช้วิธีมีเพศสัมพันธ์แบบต่าง ๆ เช่น ภายนอก หลังนอก	คุณใช้อุปกรณ์ทางเพศ (sex toy) กับคู่นอน เพื่อลดการมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่
คุณใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าจะ มีเพศสัมพันธ์กับใครก็ตาม	ปรับให้ชัดเจนว่าคุณใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์
คุณใช้วิธีการมีเช็ทซ์ที่ขาหนีบ เมื่อพบว่าไม่มีใครพร้อมที่จะเป็นฝ่ายรับ	-เสนอว่าปัจจุบันอาจจะเพิ่มการวัดเกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์มาช่วย -จากประสบการณ์เขาใช้ชอกแขนด้วย	คุณมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ข้อพับหรือขาหนีบเพื่อลดการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผล

จากตาราง 4 จะเห็นได้ว่าในแบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นการปรับเนื้อหาการวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้เข้ากับบริบทในปัจจุบัน เช่น การมีแหล่งนัดพบเฉพาะเพื่อมีเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศทางออนไลน์ เป็นต้น ตัวอย่างเหตุการณ์ให้เข้ากับพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศ ประเด็นต่อมาข้อคำถามบางกลุ่มวัดพฤติกรรมที่จำกัด เสนอแนะให้มีการขยายให้วัดได้กว้างมากขึ้น เช่น ประเด็นการใช้สารเสพติดให้ปรับจากเดิมที่วัดเรื่องการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว รวมถึงวิธีการจัดการหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยงทางเพศ เช่น การอ่านหนังสือ ออกกำลังกาย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้วัดเรื่องวิธีการจัดการความรู้สึกที่เหมาะสม ส่วนแบบวัดพฤติกรรมป้องกัน

โรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เสนอการปรับข้อความให้ชัดเจนขึ้น และปรับข้อความให้เข้ากับบริบทในปัจจุบัน

ตาราง 5 แสดงข้อความที่คัดทิ้งพร้อมเหตุผลในการพิจารณา

ข้อความเดิม	เหตุผล	การปรับข้อความ
แบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์		
-ข้อ 1 คุณและเพื่อนชอบชวนกันไปเที่ยวสถานบริการทางเพศหรือชาน้ำ และข้อ 6 คุณมักบ้ายเบี่ยงการเที่ยวสถานบริการทางเพศเมื่อมีเพื่อนชวน	ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มองว่าเป็นข้อที่วัดซ้ำกัน สามารถรวมกันได้ และปรับสถานที่เสี่ยงให้เป็นปัจจุบัน	คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไป มีกิจกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น ชาน้ำ ร้านนวด การอยู่สองต่อสอง เซ็กซ์หมู่ บาร์ไฮส ผู้ชาย
-ข้อ 4 คุณมักหาโอกาสอยู่กับเพื่อนชายสองต่อสอง และข้อ 11 คุณไม่พาเพื่อนชายไปในสถานที่ที่ลับตาคน	ผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 มองว่าวัดเรื่องเดียวกันเกี่ยวกับความเสี่ยงเมื่ออยู่ลำพังสองต่อสอง	คุณหลีกเลี่ยงการอยู่กับเพื่อนชายตามลำพังสองต่อสอง
-ข้อ 5 เมื่อมีความต้องการทางเพศ คุณมักจะอ่านหนังสือหรือชมรายการทีวีทั่วไปเพื่อไม่ให้รู้สึกหมกมุ่น และข้อ 7 เมื่อมีความต้องการทางเพศ คุณมักจะใช้การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายคลาย	ผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 มองว่าวัดซ้ำกัน และเนื้อหาในการวัดไม่ใช่วัดในปัจจุบัน อย่างเช่นกิจกรรมในการจัดการอารมณ์ทางเพศ	คุณดูแลสุขภาพตนเองด้วยกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเล่นกีฬา โยคะ แอโรบิค เข้าฟิตเนส เป็นต้น
แบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์		
ข้อ 10 คุณกลืนน้ำอสุจิของอีกฝ่าย	ผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ท่าน มองว่ามีโอกาสน้อยในการรับเชื้อเอชไอวี แต่อีก 1 ท่าน มองว่ามีความเสี่ยงแน่นอน อย่างไรก็ตามทั้งหมดให้ ความสำคัญในเรื่องการมีแผลในปาก จะทำให้เกิดความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี	คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก

จากตาราง 5 จะเห็นได้ว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ข้อที่ 1 กับ 6, ข้อที่ 4 กับ 11 และข้อที่ 5 กับ 7 แต่ละคู่วัดในเรื่องเดียวกัน สามารถรวมข้อคำถามกันได้ และปรับให้ข้อคำถามมีเนื้อหาการวัดเป็นปัจจุบัน เช่น สถานที่เสี่ยง การจัดการความต้องการทางเพศ สำหรับแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ในข้อ 10 กลิ่นน้ำอสุจิของอีกฝ่าย ผู้เชี่ยวชาญมองว่ามีโอกาสน้อยในการรับเชื้อเอชไอวี แต่ให้ความสำคัญในเรื่องการมีแผลในปากจะทำให้เกิดความเสี่ยงที่มากขึ้นในการติดเอชไอวี ดังนั้นจึงปรับข้อคำถามเป็นการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก

1.3.2) ผลการวิเคราะห์เนื้อหาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยจัดกลุ่มคำที่มีความหมายหลักคล้ายคลึงกัน จากนั้นทำการเปรียบเทียบความหมาย ต่อมาอ่านทวนซ้ำกลุ่มคำเพื่อแยกความเหมือนหรือต่างของความหมายอีกครั้ง ทำการจัดกลุ่มให้ความหมายแต่ละองค์ประกอบดังนี้

กลุ่ม 1 พฤติกรรมการปฏิเสธหลีกเลี่ยงความเสี่ยง หมายถึง ความสามารถในการปฏิเสธหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นยั่วยู่ที่ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่เชื้อเอชไอวี เช่น การเสพยาเสพติด อารมณ์ทางเพศ การมีคู่นอนชั่วคราว การนัดหมายหรือไปสถานที่ที่มีความเฉพาะของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อมีเพศสัมพันธ์ เช่น บาร์/โฮสผู้ชาย ชาน้ำ/สปา/ร้านนวดเฉพาะกลุ่ม สวนสาธารณะใต้ทางด่วนที่เป็นแหล่งนัดพบ การนัดหมายคู่นอนเพื่อมีเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะเป็นข้อความ ภาพ หรือเสียงผ่าน Application เช่น ไลน์ ผ่านเฟซบุ๊ก ผ่านอินสตาแกรม ทวิตเตอร์ ทินเดอร์ เป็นต้น

ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

...“ควรลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะมีอารมณ์ทางเพศ...บางครั้งจะอยู่ในกลุ่มชายคลิปร่วมเพศ...มีการนัดกันผ่าน application บ้าง ผ่านไลน์ ผ่านเฟซบุ๊ก ผ่านอินสตาแกรม ทวิตเตอร์...จะนัดกันโดยตรงเลยอันนี้คือการนัดหมายแบบที่ 1 นัดแบบที่ 2 ก็คือไปตามสถานที่ที่เกย์หรือว่าชายรักชาย ทราบอยู่แล้วว่าเขาจะไปรวมกันตรงไหนเพื่อมีเพศสัมพันธ์”...

...“พฤติกรรมที่ควรเลี่ยงคือการไป outdoor เป็นที่สาธารณะที่เขาไปนัดเจอกันพวกสวนสาธารณะเขาก็จะไปเจอกันเยอะเหมือนกัน...เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ติดเชื้อเยอะมาก เหมือนเป็นจุดนัดรวมพลของเขา โดยไม่ได้รู้จักกันมาก่อน...พอไปเจอคนไหน ชอบคนไหนแบบว่าถูกใจคนไหนก็คือสะกดกันเข้ารก เข้าพงแถวนั้น ช้างป่า ในรถ”...

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1

“จากการให้บริการ (ด้านสุขภาพ)...พฤติกรรมของชายรักชายส่วนใหญ่ก็เปลี่ยนคู่อ้อยคือ เป็นคู่นอนชั่วคราวหมดเลยคู่นอนประจำจะมีน้อย การเปลี่ยนคู่อ้อยก็เป็นความเสี่ยงที่จะทำให้ติดเชื้อได้...ต้องให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงโรคเพศสัมพันธ์และการป้องกัน”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2

“ถ้าต้องการถามเรื่องการป้องกัน ก็ถามเลยว่าเขาพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วๆ ถามในเชิงว่า เขาชอบใช้ ก็คือคุณมีการใช้สื่อหนังสือโป๊หรือภาพยนตร์อะไรต่าง ๆ เหล่านี้”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3

กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การกระทำเพื่อป้องกันการรับหรือส่งต่อเชื้อเอชไอวีทั้งก่อน ขณะ และหลังมีเพศสัมพันธ์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก การมีเพศสัมพันธ์แบบหลังนอกโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ การไม่สัมผัสแผลที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ การงดการมีเพศสัมพันธ์แบบสลับคู่อ้อยไปมาแบบเป็นหมู่ การสนับสนุนให้คู่นอนตรวจเลือดเป็นประจำ การใช้สารเสพติดกระตุ้นความสุขขณะมีเพศสัมพันธ์ การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางเพศช่วยคู่นอนโดยลดการสัมผัส การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ข้อพับหรือขาหนีบเพื่อลดการเสียดสีที่ทำให้เกิดบาดแผล การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการทานยา PrEP สม่ำเสมอก่อนมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 1 สัปดาห์ การทานยา PEP หลังมีความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ภายใน 72 ชั่วโมง

ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

...“หากจะวัดเรื่องการป้องกันก็ถามได้เลยว่าขณะมีเพศสัมพันธ์เขาใช้ถุงยางอนามัยหรือเปล่า ไม่ว่าจะทางทวารหนัก ทางปาก หรือการหลังนอกก็ต้องใช้ถุงยาง”...

...“การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ค่อนข้างดีเลยถ้าใช้ยา PrEP ร่วมกับสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ จะทำให้โอกาสที่จะติดเชื้อลดลงเยอะมาก”...

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1

“พฤติกรรมชายรักชายที่ป้องกันการติดเชื้อเมื่อเขาพลาดมา...ก็คือหลังจากมี sex ที่เสี่ยงมาไม่เกิน 72 ชั่วโมง ต้องมารับยา PEP...เพื่อป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2

...“ขณะมีเพศสัมพันธ์แล้วใช้สารเสพติดกระตุ้น...ก็จะมันเมา...ก็จะมีโอกาสลืมกินยาหรือว่าลืมใส่ถุงยางได้...พวกเนี่ยมันก็จะเป็นปัจจัยเสริมที่จะทำให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีลดลง”...

...“จากการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคเพศสัมพันธ์...ชายรักชายบางคนมีพฤติกรรมความชอบในลักษณะมี sex กันพร้อม ๆ กันหลาย ๆ คน เปลี่ยนคู่ไปมาขณะมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่ก็มีโอกาสแพร่เชื้อเอชไอวีได้”...

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3

กลุ่มที่ 3 การจัดการแรงกระตุ้นทางเพศที่เหมาะสม หมายถึง การมีวิธีการสำหรับจัดการความรู้สึกอารมณ์ทางเพศของตนเองเหมาะสมโดยไม่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่น เช่น สามารถสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศได้โดยไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์เสมอไป การเล่นกีฬา การอาบน้ำ โยคะ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม การทำกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาวะทางใจ และการมีแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ เช่น การปฏิบัติธรรม การทำกิจกรรมทางด้านความเชื่อ การยึดมั่นในกฎหรือจริยธรรมบางอย่าง

ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

...“การถามเรื่องป้องกันความเสี่ยงทางเพศ...อาจถามได้ว่าถ้ามีความต้องการทางเพศคุณ สามารถจัดการตัวเองได้หรือเปล่า...การจัดการด้วยตัวเองมันอาจจะเป็น masturbation ก็ได้ อาจเป็นเล่นกีฬาหรืออาจจะเป็น sleep ฟังเพลง ไปพบเพื่อน ทำงานบ้าน ซึ่งมันก็ทำให้หมดเวลาว่างหรือปลุกต้นไม้ เลี้ยงสุนัข...ต้องดูว่าเวลาที่มีความต้องการทางเพศเนี่ยเขาจัดการได้ไหม”...

...“การจัดการความต้องการทางเพศของตนเองได้ ถ้าไม่มีการควบคุมที่เหมาะสมก็จะมีพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น เช่น พยายามเล่น Application หาคู่ พยายามแชทหาคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วย พยายามหาแหล่งที่มีเพศสัมพันธ์ให้ได้ ต้องการมีเพศสัมพันธ์ด้วยกับใครซักคนหนึ่งกลายเป็นความเสี่ยง”...

...“การให้ความสนใจเรื่องอื่นก็สามารถลดความเสี่ยงเรื่องเพศได้ ลดความจดจ่อกับสิ่งกระตุ้นทางเพศ การ focus กับการสร้างความสุขในชีวิตเรื่องอื่น ๆ ให้มากขึ้น การมีที่ยึดเหนี่ยว

ทางจิตใจก็อาจทำให้หมกมุ่นกับเรื่องทางเพศลดลงได้...บางคนใช้ sex เป็นที่ระบายความเครียดก็มี"... (สัมภาษณ์เพิ่มเติม)

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1

“การลดอารมณ์ทางเพศสามารถออกไปเดินแอโรบิค ไปออกกำลังกาย วิ่ง มั่นก็ช่วยได้... อาบน้ำ อะไรพวกนี้มันจะทำให้ความต้องการทางเพศหายไป”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2

“การวัดว่าเรามีการตัดสินใจอย่างไรหรือการควบคุมพฤติกรรมทางเพศอย่างไร...เรียกง่าย ๆ ว่าหาทางออกยังไงเมื่อมีความต้องการทางเพศ ถ้าคนที่ควบคุมอารมณ์หรือว่า Manage อารมณ์ได้ดี อาจจะไม่ลดการติดเชื้ที่ต่างจากคนที่ Manage เรื่องพวกนี้ได้ไม่ดี”

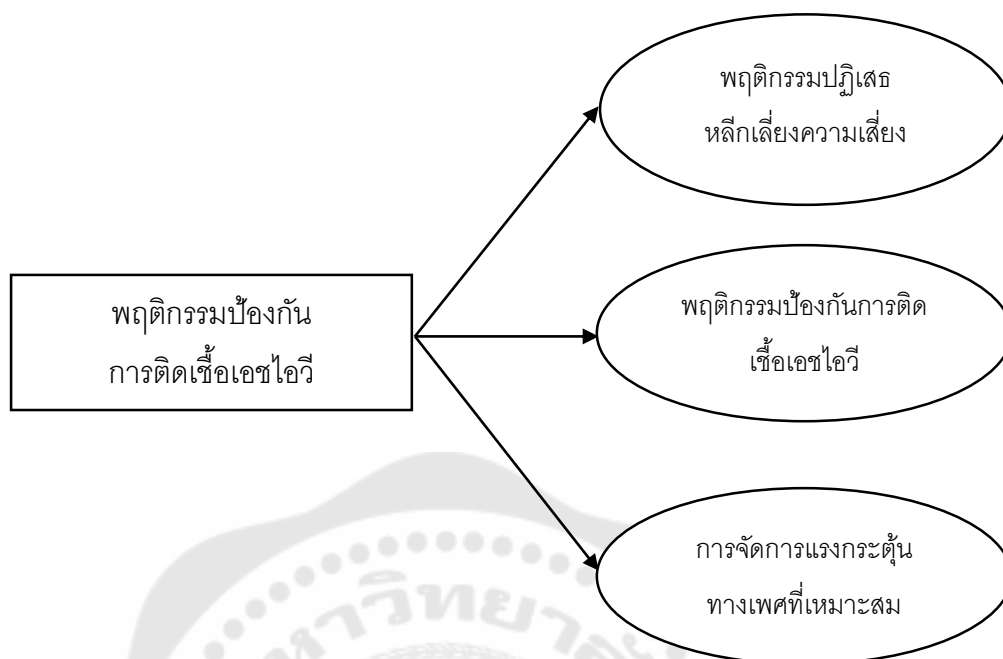
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3

1.4 สรุปข้อบ่งชี้การวัดพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงปัญหา ผู้วิจัยสรุปความหมาย มิติ และข้อบ่งชี้พฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อปรับปรุงแบบวัด ได้ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความสามารถในการปฏิเสธหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นยั่วเย้าที่ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี มีการกระทำเพื่อป้องกันการรับหรือส่งต่อเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งมีวิธีการจัดการแรงกระตุ้นทางเพศที่เหมาะสมโดยไม่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่น

สำหรับมิติและข้อบ่งชี้พฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้วิจัยได้สรุปและจัดกลุ่มพฤติกรรมจำแนกออกเป็นมิติเบื้องต้นในภาพรวมกว้าง ๆ ได้จำนวน 3 ด้าน ดังรายละเอียดในภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 แสดงมิติของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจากการสัมภาษณ์เชิงปัญหา

สรุปผลจากการสัมภาษณ์เชิงปัญหา ผู้วิจัยได้นำมาจัดกลุ่มพฤติกรรมและสร้างเป็นข้อความชี้วัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายประกอบด้วย 3 มิติดังตาราง 6 ผู้วิจัยจะนำผลการศึกษาไปพัฒนาแบบวัดในการศึกษาระยะต่อไป

ตาราง 6 มิติของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

มิติ	จำนวนข้อ	พฤติกรรมชี้วัด
1. พฤติกรรมปฏิเสธ หลีกเลี่ยงความเสี่ยง	10	1. คุณเปลี่ยนคู่นอนใหม่มากกว่าหนึ่งคนต่อเดือน 2. คุณเป็นสมาชิกและคู่อีกร่วมทางเพศในกลุ่มเฉพาะบนโซเชียลออนไลน์ (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงฯ ข้อ 12) 3. คุณนัดหมายเพื่อนชายเพื่อมีเพศสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชัน เช่น ทินเดอร์ ทวิตเตอร์

ตาราง 6 (ต่อ)

มิติ	จำนวนข้อ	พฤติกรรมชีวิต
		<p>4. คุณผ่อนคลายด้วยการไปสถานที่ให้บริการเฉพาะ เช่น บาร์ไฮสผู้ชาย ชาวน่า สปา ร้านนวด (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมหลักอื่นๆ ข้อ 3)</p> <p>5. คุณไปท่องเที่ยวสถานที่นัดหมายเฉพาะกลุ่ม เช่น สวนสาธารณะ ห้องน้ำสาธารณะ ไต้ทางด่วนที่เป็นแหล่งนัดพบ</p> <p>6. สารเสพติดช่วยกระตุ้นความรู้สึกต่าง ๆ ของคุณได้ (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมหลักอื่นๆ ข้อ 10)</p> <p>7. คุณเลี่ยงการดูสื่อที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เช่น ภาพยนตร์โป๊ รูปภาพเปลือย (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมหลักอื่นๆ ข้อ 2)</p> <p>8. คุณหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ครั้งแรกเมื่อได้พบกับผู้ชาย (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมหลักอื่นๆ ข้อ 8)</p> <p>9. คุณหลีกเลี่ยงการอยู่กับผู้ชายตามลำพังสองต่อสอง (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมหลักอื่นๆ ข้อ 4, 11)</p> <p>10. คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปมีกิจกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น ชาวน่า ร้านนวด การอยู่สองต่อสอง เซ็กซ์หมู่ บาร์ไฮสผู้ชาย (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมหลักอื่นๆ ข้อ 1, 6)</p>
2. พฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี	13	<p>11. คุณทานยาป้องกันเอชไอวี (PrEP) วันละ 1 เม็ด ก่อนมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 1 สัปดาห์</p> <p>12. คุณทานยาป้องกันเอชไอวี (PrEP) ในช่วงที่มีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>13. คุณทานยาต้านเอชไอวี (PEP) หลังมีความเสี่ยงภายใน 72 ชั่วโมง และทานยาต่อเนื่องติดต่อกัน 28 วัน</p>

ตาราง 6 (ต่อ)

มิติ	จำนวนข้อ	พฤติกรรมชีวิต
		14. คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันฯ ข้อ 7)
		15. คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันฯ ข้อ 6, 10)
		16. คุณทานยาป้องกันเอชไอวี (PrEP) ร่วมกับสวมถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์
		17. คุณใช้สารหล่อลื่นที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมัน ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์
		18. คุณตรวจสอบผลตรวจเลือดของคุณนอนและตัวเองก่อนมีเพศสัมพันธ์ (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันฯ ข้อ 3)
		19. คุณพยายามไม่สัมผัสบาดแผลหลังการมีเพศสัมพันธ์โดยตรง (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันฯ ข้อ 5)
		20. คุณมีเพศสัมพันธ์แบบหลังนอกโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันฯ ข้อ 8)
		21. คุณใช้เจลปิโตรเคมี โลชั่น หรือน้ำลายขณะมีเพศสัมพันธ์แทนสารหล่อลื่นมีส่วนผสมของน้ำ (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันฯ ข้อ 2)
		22. คุณใช้สารเสพติดเพื่อกระตุ้นความสุขทางเพศขณะมีเพศสัมพันธ์ให้เพิ่มขึ้น
		23. คุณมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์แบบสลับคู่ไปมาเป็นหมู่

ตาราง 6 (ต่อ)

มิติ	จำนวนข้อ	พฤติกรรมชีวิต
3. การจัดการแรงกระตุ้นทางเพศที่เหมาะสม	11	<p>24. คุณใช้อุปกรณ์ทางเพศ (sex toy) กับตนเองเมื่อมีอาการทางเพศ</p> <p>25. คุณใช้อุปกรณ์ทางเพศ (sex toy) กับคู่นอน เพื่อลดการมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันฯ ข้อ 4)</p> <p>26. คุณระบายความรู้สึกทางเพศด้วยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง</p> <p>27. คุณมีเพศสัมพันธ์โดยพยายามไม่ทำให้เกิดบาดแผล เลือด น้ำเหลือง</p> <p>28. คุณมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ข้อพับหรือขาหนีบเพื่อลดการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผล (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันฯ ข้อ 9)</p> <p>29. คุณมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรงกับคู่นอน</p> <p>30. คุณสำเร็จความใคร่ให้คู่นอน เมื่อไม่มีถุงยางอนามัย (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันฯ ข้อ 1)</p> <p>31. คุณปฏิเสธการเปลี่ยนคู่อ้อย ๆ</p> <p>32. คุณป่วยเบี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น หากไม่ใช่คู่อ้อยของตนเอง</p> <p>33. คุณดูแลด้านจิตวิญญาณของตนเองด้วยการปฏิบัติตามหลักหรือทำกิจกรรมตามความเชื่อที่คุณยึดถือ</p> <p>34. คุณดูแลสุขภาพตนเองด้วยกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเล่นกีฬา โยคะ แอโรบิค เข้าฟิตเนส เป็นต้น (ปรับจากแบบวัดพฤติกรรมหลักเลี้ยงฯ ข้อ 5 , 7)</p>

ตอนที่ 2 ลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

สำหรับการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแบ่งเนื้อหาเสนอผลการวิจัยเป็น ส่วน ได้แก่ 1) สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล 2) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นของแบบวัด 3) การศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน และ 4) การศึกษาความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ความตรงเชิงเหมือน และความตรงเชิงจำแนก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์อักษรย่อแทนข้อมูล และความหมายในการวิเคราะห์ข้อมูลดังตาราง 7

ตาราง 7 สัญลักษณ์อักษรย่อแทนข้อมูล

สัญลักษณ์/อักษรย่อ	ความหมาย
n	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	ค่าเฉลี่ย (mean)
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
χ^2	ค่าสถิติไคแอสควร์ (Chi-square)
df	ค่าองศาความเป็นอิสระ (degree of freedom)
b	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading)
SE	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error)
t	ค่าการทดสอบสถิติที (t -test)
R^2	ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (coefficient of determination)
GFI	ดัชนีวัดความเหมาะสม (goodness of fit index)
CFI	ดัชนีวัดความเหมาะสมเปรียบเทียบ (comparative fit index)
AGFI	ดัชนีวัดความเหมาะสมที่ปรับแก้แล้ว (adjusted goodness of fit index)
RMR	ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (root mean square residual)

ตาราง 7 (ต่อ)

สัญลักษณ์/อักษรย่อ	ความหมาย
RMSEA	ดัชนีความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (root mean square error of approximation)
TLI	ดัชนีที่บ่งบอกถึงความกลมกลืนของข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลที่กำหนดขึ้น (Tucker Lewis index)
F	แทนองค์ประกอบของแบบวัด (F1-F2)
X	แทนข้อคำถาม (X1-X9)
SUMPHIV	คะแนนแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
SUML	คะแนนแบบวัดหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโรคเอดส์
SUMA	คะแนนแบบวัดการป้องกันโรคเอดส์
SUMT	คะแนนแบบวัดเจตคติต่อการเรียนภาษาไทย
*p	ค่าความน่าจะเป็นทางสถิติที่นัยสำคัญระดับ .05 (P-value)
**p	ค่าความน่าจะเป็นทางสถิติที่นัยสำคัญระดับ .01 (P-value)

2) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นของแบบวัด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาลักษณะจิตมิติแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีจำนวนทั้งสิ้น 424 คน ได้มาจากการเก็บกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball selection) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จากนั้นให้แนะนำกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตนไปเรื่อยๆ และเก็บข้อมูลกับตัวอย่างที่สมัครใจ (Voluntary selection) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ระบุว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น มือ ทางปาก ทวารหนัก หรือสัมผัสภายนอก อย่างน้อย 1 ครั้ง อย่างน้อย 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.14 ปี ($\bar{x} = 32.14$, $SD = 6.83$)

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงปัญญามาสร้างข้อคำถามและนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอข้อเสนอแนะ จากนั้นนำข้อมูลตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและจุดประสงค์ของการวัด (Index of item objective congruence: IOC) ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3

ราย พิจารณาคัดข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง .66-1.00 (รายละเอียดดังภาคผนวก) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปศึกษา ลักษณะจิตมิติในกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) จากกลุ่มตัวอย่าง 424 คน โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า .30 ขึ้นไป (Pengruck, Boonphak, & Sisan, 2019) ได้ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ ที่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อได้โดยมีค่า CITC อยู่ระหว่าง .33-.47 และการวิเคราะห์การกระจายปกติของข้อมูลพบว่ามีความเบ้ (Skewness: Sk) และความโด่ง (Kurtosis: Ku) ไม่เกิน ± 2 (Joseph F Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006; Kline, 2005) (รายละเอียดดังภาคผนวก) แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายปกติ จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้มาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อคำถามกับนิยามการวัดอีกครั้ง ทำการปรับปรุงแบบวัดจากข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

3) การศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน

การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้วิจัยทำการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบว่าโมเดลการวัดพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่

จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 424 คน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficients) ระหว่างตัวแปรสังเกตทั้ง 9 ข้อ พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 35 คู่ โดยมีค่าสหสัมพันธ์ที่ระดับ .11-.58 แต่ไม่เกิน .90 (J.F. Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) แสดงว่าไม่มีปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) อย่างไรก็ตามมีเพียงข้อคำถามระหว่างข้อ 2 และ ข้อ 4 เพียงคู่เดียวที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามทั้ง 9 ข้อ (n=424)

Items	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9
X1	-	.56**	.41**	.28**	.13**	.35**	.26**	.18**	.20**
X2		-	.59**	.07	.20**	.34**	.34**	.22**	.27**
X3			-	.11*	.11*	.32**	.24**	.16**	.20**
X4				-	.17**	.31**	.13**	.28**	.20**
X5					-	.25**	.26**	.26**	.17**
X6						-	.29**	.41**	.39**
X7							-	.34**	.19**
X8								-	.40**
X9									-

จากนั้นทำการตรวจสอบความเหมาะสมของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เท่ากับ .78 จะเห็นได้ว่ามีค่าเข้าใกล้ 1 ทั้งนี้ Hair et al. (1998) ระบุว่าหากมีค่า .70-.79 แสดงว่ามีค่าเหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบดี และโมเดลในการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ใกล้เคียงกับข้อมูลเชิงประจักษ์ร้อยละ 78 สำหรับค่า Bartlett's Test of Sphericity, χ^2 เท่ากับ 843.73, df เท่ากับ 36, (p-value < .001) (Jöreskog & Sörbom, 1996) แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างจากศูนย์ ดังแสดงในตาราง 9 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันเหมาะสมจึงสามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) และองค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ต่อได้

ตาราง 9 ค่าสถิติทดสอบ KMO และ Bartlett's Test (n=424)

สถิติทดสอบ		ค่าสถิติ
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		.78
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	843.73
	df	36
	Sig.	.00

คำถามวิจัยที่ 1 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีลักษณะคุณสมบัติทางจิตวิทยาอย่างไร ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถิติ ได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ความเชื่อมั่น ความตรงเชิงเหมือน และความตรงเชิงจำแนก โดยนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis: EFA)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ จากกลุ่มตัวอย่างครั้งหนึ่งจำนวน 212 คน พบว่าค่าร่วมกัน (communalities) ของข้อคำถาม ซึ่งมีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 จากการวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (principal component analysis) กำหนดค่า Initial communalities ทุกตัวเป็น 1 และคำนวณค่าร่วมกันหลังสกัดองค์ประกอบ (extraction communalities) ซึ่งการวิจัยทางสังคมศาสตร์ยอมรับค่าร่วมกันตั้งแต่ .40 ขึ้นไป (ธีระดา ภิญโญ, 2561) ผลการศึกษาพบว่าข้อคำถามทั้ง 9 ข้อ มีค่าร่วมกันหลังสกัดองค์ประกอบมากกว่า .40 โดยมีค่าอยู่ระหว่าง .43-.81 มีเพียงข้อคำถามที่ 5 ที่ได้ค่าร่วมกันหลังสกัดองค์ประกอบที่ .33 แสดงว่าข้อคำถามแต่ละข้อสามารถอธิบายความแปรผันของตัวแปรที่ศึกษาได้ ผลการศึกษาแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 แสดงค่าร่วมกัน (communalities) ของข้อคำถาม (n=212)

ข้อคำถาม (Items)	Initial	Extraction
Item 1 คุณหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ เมื่อพบว่าคู่นอนของตนไม่ป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย (X1)	1.00	.66
Item 2 คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กส์หมู่ การไปแหล่งนัดพบเพื่อมีเพศสัมพันธ์ ปาร์ตี้ที่มีการใช้สารเสพติด (X2)	1.00	.73
Item 3 คุณปฏิเสธการเปลี่ยนคู่อ้อย ๆ (X3)	1.00	.62
Item 4 คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (X4)	1.00	.81
Item 5 คุณใช้สารหล่อลื่นที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ (X5)	1.00	.33
Item 6 คุณพยายามไม่สัมผัสบาดแผลโดยตรงหลังจากมีเพศสัมพันธ์ (X6)	1.00	.43

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อคำถาม (Items)	Initial	Extraction
Item 7 เมื่อมีความต้องการ คุณระบายความรู้สึกทางเพศด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้ เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง กิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณ กิจกรรมนันทนาการ (X7)	1.00	.45
Item 8 คุณมีเพศสัมพันธ์โดยพยายามไม่ทำให้เกิดบาดแผล เลือดน้ำเหลือง (X8)	1.00	.51
Item 9 คุณมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรงด้านร่างกายที่จะทำให้เกิดบาดแผลกับคู่นอน (X9)	1.00	.58

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal component analysis) ใช้วิธี Varimax with Kaiser Normalization หมุนแกน (Rotation converged in 5 iterations) ได้ 5 รอบ พบว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมี Eigenvalues ที่มากกว่า 1 (ธีระดา ภิญโญ, 2561) อยู่ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี มีค่าร้อยละความแปรปรวนเท่ากับ 29.01 ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1-3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง .75-.83 (Stevens, 1996) ต่อมาองค์ประกอบที่ 2 การมีพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ มีค่าร้อยละความแปรปรวนเท่ากับ 16.60 ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 5-9 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง .46-.73 (Stevens, 1996) โดยมีค่าร้อยละความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 56.90

อย่างไรก็ตามองค์ประกอบที่ 3 พบว่ามีข้อคำถามที่ 4 (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .89 ร้อยละความแปรปรวนเท่ากับ 11.30) เพียงข้อเดียวที่ถูกจัดกลุ่มแยกออกไป ทำให้องค์ประกอบไม่มีความชัดเจน (สมบัติ ท้ายเรือคำ, 2561) และเมื่อพิจารณาเนื้อหาการวัดของข้อ 4 แล้วพบว่าทับซ้อนกับองค์ประกอบที่ 2 จึงพิจารณารวมข้อคำถามดังกล่าวไว้ในองค์ประกอบที่ 2 ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอสรุปว่าแบบวัดนี้ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ค่าไอแกน ร้อยละความแปรปรวน และร้อยละความแปรปรวนสะสม (n=212)

ข้อความ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ		
	องค์ประกอบ 1	องค์ประกอบ 2	องค์ประกอบ 3
Item 1 คุณหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ เมื่อพบว่าคู่นอนของตนไม่ป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย (X1)	.75		
Item 2 คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กซ์ห่มุ การไปแหล่งนัดพบเพื่อมีเพศสัมพันธ์ ปรารถนาให้มีการใช้สารเสพติด (X2)	.83		
Item 3 คุณปฏิเสธการเปลี่ยนคู่อ้อย ๆ (X3)	.78		
Item 4 คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (X4)			.89
Item 5 คุณใช้สารหล่อลื่นที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันในขณะมีเพศสัมพันธ์ (X5)		.46	
Item 6 คุณพยายามไม่สัมผัสบาดแผลโดยตรงหลังจากมีเพศสัมพันธ์ (X6)		.54	
Item 7 เมื่อมีความต้องการ คุณระบายความรู้สึกทางเพศด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้ เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง กิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณ กิจกรรมนันทนาการ (X7)		.59	
Item 8 คุณมีเพศสัมพันธ์โดยพยายามไม่ทำให้เกิดบาดแผล เลือด น้ำเหลือง (X8)		.66	
Item 9 คุณมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรงด้านร่างกายที่จะทำให้เกิดบาดแผลกับคู่นอน (X9)		.73	
ค่าไอแกน	2.61	1.49	1.01
ร้อยละความแปรปรวน	29.01	16.60	11.30
ร้อยละความแปรปรวนสะสม	29.01	45.60	56.90

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA)

ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหนึ่งจำนวน 212 คน วิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยันโมเดล การวัดของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์พบว่าโมเดลของแบบวัดทั้ง 2 องค์ประกอบมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี โดยที่องค์ประกอบที่ 1 การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1-3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading: b) แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง .60-.85 (Stevens, 1996) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) เท่ากับ .15-.20 ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t) มีค่า เท่ากับ 7.32-7.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (Coefficient of Determination: R^2) แต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ .36-.73 สำหรับองค์ประกอบที่ 2 การมีพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 4-9 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง .41-.74 (Stevens, 1996) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) อยู่ระหว่าง .17-.26 , ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t) มีค่าตั้งแต่ 4.15-6.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (R^2) แต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ .13-.54 ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่ 1 กับ 2 (factor correlation) เท่ากับ .58 ดังแสดงในตาราง 12 และภาพประกอบ 9

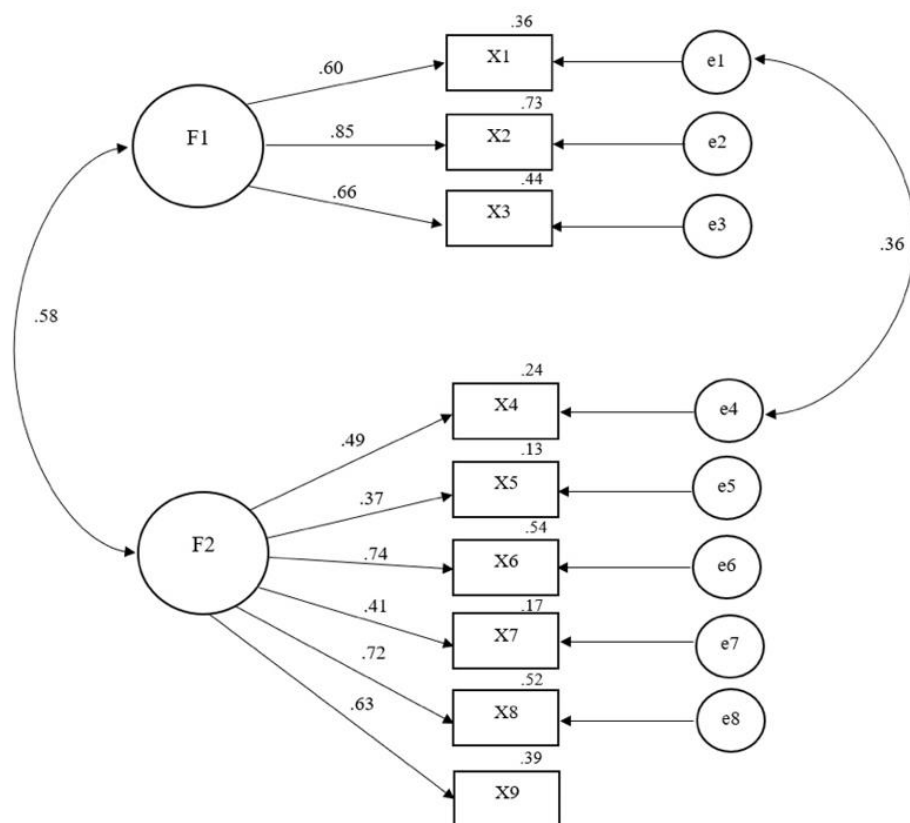
ตาราง 12 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t) ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (R^2) จากการวิเคราะห์ด้วย CFA ($n=212$)

ข้อคำถาม	b	SE	t	R^2
องค์ประกอบ 1 การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี (F1)				
Item 1 คุณหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ เมื่อพบว่าคู่นอนของตนไม่ป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย (X1)	.60	-	-	.36
Item 2 คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กซ์ห่มุ่ การไปแหล่งนัดพบเพื่อมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด (X2)	.85	.20	7.55**	.73
Item 3 คุณปฏิเสธการเปลี่ยนคู่อ้อย ๆ (X3)	.66	.15	7.32**	.44

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อคำถาม	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>R</i> ²
องค์ประกอบ 2 พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ (F2)				
Item 4 คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (X4)	.49	-	-	.24
Item 5 คุณใช้สารหล่อลื่นที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมัน ในขณะมีเพศสัมพันธ์ (X5)	.37	.21	4.15**	.13
Item 6 คุณพยายามไม่สัมผัสสเปคโดยตรง หลังจากมีเพศสัมพันธ์ (X6)	.74	.26	6.29**	.54
Item 7 เมื่อมีความต้องการ คุณระบายความรู้สึก ทางเพศด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้ เช่น การสำเร็จความ ใคร่ด้วยตนเอง กิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณ กิจกรรมนันทนาการ (X7)	.41	.17	4.51**	.17
Item 8 คุณมีเพศสัมพันธ์โดยพยายามไม่ทำให้เกิด บาดแผล เลือด น้ำเหลือง (X8)	.72	.26	6.26**	.52
Item 9 คุณมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรงด้าน ร่างกายที่จะทำให้เกิดบาดแผลกับคู่นอน (X9)	.63	.26	5.88**	.39

***p*<.01



ภาพประกอบ 9 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดพฤติกรรมป้องกัน
การติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

สำหรับดัชนีชี้วัดความสอดคล้องของโมเดลการวัดพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้ง 2 องค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่ามีค่า χ^2 เท่ากับ 36.56 ค่า p-value เท่ากับ .06 ค่า Relative Chi-square: χ^2/df เท่ากับ 1.46 ค่าดัชนีวัดความเหมาะสม (GFI) เท่ากับ .96 ค่าดัชนีวัดความเหมาะสมเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ .98 ดัชนีวัดความเหมาะสมที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .94 ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (RMR) เท่ากับ .07 ดัชนีความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (RMSEA) เท่ากับ .05 ค่าดัชนีที่บ่งบอกถึงความกลมกลืนของข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลที่กำหนดขึ้น (TLI) เท่ากับ .96 โดยภาพรวมแสดงให้เห็นว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี (J.F. Hair et al., 2010; Hu & Bentler, 1998; Kelloway, 2015) ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 ดัชนีบ่งชี้ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนี	ค่าบ่งชี้	ค่าสถิติโมเดล		การพิจารณา
		ก่อนปรับ	หลังปรับ	
$\chi^2, p\text{-value}$	$p > .05$	60.35, 00	36.56, .06	เหมาะสม
χ^2/df	≤ 2	2.32	1.20	เหมาะสม
GFI	$\geq .95$	.94	.96	เหมาะสม
CFI	$\geq .97$	.93	.98	เหมาะสม
AGFI	$\geq .90$	.90	.94	เหมาะสม
RMR	$\leq .08$	.09	.07	เหมาะสม
RMSEA	$\leq .05$	.08	.05	เหมาะสม
TLI	$\geq .95$	.90	.96	เหมาะสม

4) การศึกษาความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ความตรงเชิงเหมือน และความตรงเชิงจำแนก

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทั้งฉบับจำนวน 9 ข้อ จากกลุ่มตัวอย่าง 424 คน ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .77 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านที่ 1 ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 และด้านที่ 2 พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .69 ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีฉบับจริง (n=424)

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
1. ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี	3	.76
2. พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์	6	.69
รวมทั้งฉบับ	9	.77

สำหรับการศึกษาความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) และความตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficients) กับแบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ แบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ และแบบวัดเจตคติต่อการเรียนภาษาไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 424 คน ผลการศึกษาพบว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (SUML) และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ (SUMA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์อยู่ที่ระดับ .21 และ .26 ตามลำดับ นอกจากนี้แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับแบบวัดเจตคติต่อการเรียนภาษาไทย (SUMT) ซึ่งสรุปได้ว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความตรงเชิงเหมือนและความตรงเชิงจำแนก ดังแสดงในตารางที่ 15

ตาราง 15 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับแบบวัดอื่น ๆ (n=424)

แบบวัด	SUMPHIV	SUML	SUMA	SUMT
SUMPHIV	-	.21**	**26.	.08
SUML		-	.**25	.**16
SUMA			-	.**18
SUMT				-
\bar{x}	32.21	43.40	36.44	70.65
SD	6.39	7.09	6.28	17.43

** $p < .01$

สรุปผลที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่าพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก และข้อคำถามชี้วัด 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยจะนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการวิจัยระยะถัดไป

ส่วนที่ 2 ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ ฯ

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized control trial: RCT) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย 2 ข้อ คือ มีปฏิสัมพันธ์จากการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในระยะหลังการทดลองและติดตามผล และ 2) กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์มีพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร 2) ผลการทดสอบสมมติฐาน และ 3) ผลการศึกษาเพิ่มเติม ซึ่งมีสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผลดังตาราง 16

ตาราง 16 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์/อักษรย่อ	ความหมาย
n	จำนวนตัวอย่าง
\bar{x}	ค่าเฉลี่ย
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
df	ค่าองศาความเป็นอิสระ
SS	ผลรวมของกำลังสอง (type III sum of squares)
MS	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (mean of square)
p	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน
Λ	ค่าสถิติในการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปรด้วยวิธี Wilk's Lamda
V	ค่าสถิติในการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปรด้วยวิธี Pillai's Trace
partial η^2	ค่าขนาดอิทธิพล (effect size)
F	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวน
Multivariate F test	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัวแปร

1) ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่นิยามว่าตนเองเป็นชายและระบุว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น มือ ทางปาก ทวารหนัก หรือสัมผัสภายนอก อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา เก็บข้อมูลจากศูนย์ให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ ทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 65 คน สุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองขอยุติการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 1 คน ดังนั้นตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 32 คน

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 64 คน มีอายุเฉลี่ย 30.95 ปี ($\bar{x} = 30.95$, $SD = 6.05$) ระบุว่าตนเองเป็นเกย์/ไฮโมเช็กชวล จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 71.9 ไปเช็กชวลจำนวน 12 คิดเป็นร้อยละ 18.8 และระบุว่าตนเองเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 10,001-20,000 บาท จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 รองลงมา 20,001-30,000 บาท จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 ต่อมาจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรายได้มากกว่า 30,001 บาท จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 และไม่ระบุรายได้จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6

จากการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาพทางใจของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยดังตาราง 17 ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง (29.84, 38.90 และ 42.00) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคงที่ (27.81, 28.81 และ 27.53) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลอง (38.90: 28.81) และติดตามผล (42.00: 27.53) มากกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง (8.91, 12.16 และ 13.50) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนคงที่ (8.94, 8.97 และ 8.94) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน

ระยะหลังการทดลองและติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลอง (12.16: 8.97) และติดตามผล (13.50: 8.94) มากกว่ากลุ่มควบคุม ต่อมาด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์มีคะแนนเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง (20.94, 26.75 และ 28.50) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคงที่ (18.88, 19.84 และ 18.59) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลอง (26.75: 19.84) และติดตามผล (28.50:18.59) มากกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางใจพบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง (41.34, 51.66 และ 51.53) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลง (39.06, 37.36 และ 38.56) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลอง (51.66: 37.36) และติดตามผล (51.53:38.56) มากกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสุขภาวะทางใจของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามประเภทกลุ่มตัวอย่างและระยะการทดลอง

ตัวแปร/กลุ่ม	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
1. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี				
ระยะก่อนทดลอง	29.84	7.08	27.81	8.30
ระยะหลังทดลอง	38.90	6.03	28.81	7.78
ระยะติดตามผล สัปดาห์ 2	42.00	4.35	27.53	7.59
1.1 การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี				
ระยะก่อนทดลอง	8.91	2.31	8.94	3.70
ระยะหลังทดลอง	12.16	2.99	8.97	2.80
ระยะติดตามผล สัปดาห์ 2	13.50	2.60	8.94	3.07

ตาราง 17 (ต่อ)

ตัวแปร/กลุ่ม	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
1.2 พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์				
ระยะก่อนทดลอง	20.94	5.49	18.88	5.66
ระยะหลังทดลอง	26.75	3.54	19.84	5.32
ระยะติดตามผล สัปดาห์ 2	28.50	2.18	18.59	5.30
2. สุขภาวะทางใจ				
ระยะก่อนทดลอง	41.34	7.49	39.06	12.45
ระยะหลังทดลอง	51.66	4.57	37.36	10.61
ระยะติดตามผล สัปดาห์ 2	51.53	5.22	38.56	10.46

2) ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลของการศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way MANOVA with repeated measure) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยพิจารณาการแจกแจงปกติหลายตัวแปร (Multivariate normality) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Kolomogorov-Smirnov เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 50 ตัวอย่าง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2542) ร่วมกับการพิจารณา normal Q-Q plot พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่แจกแจงปกติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .01) ยกเว้นตัวแปรพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง ติดตามผล และตัวแปรสุขภาวะทางใจของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าความเบ้และความโด่ง พบว่าไม่มีตัวแปรใดที่มีค่าความเบ้เกิน 2 และค่าความโด่งเกิน 7 (West, Finch, & Curran, 1995) แสดงว่าข้อมูลมีแนวโน้มกระจายตัวเป็นปกติ จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

การตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Equality of variance-covariance matrix) ด้วย Box's M test ในตัวแปรพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในการวัดทุกระยะพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Box's M = 57.45, F = 2.45, df1 = 21, df2 = 14138.23, p -value < .001) และจากการตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนตัวแปรทุกตัวด้วย Levene's test พบว่าครั้งหนึ่งมีความแปรปรวนไม่ต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) ยกเว้นคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระยะติดตามผล คะแนนสุขภาวะทางใจในระยะก่อนและหลังการทดลอง อย่างไรก็ตามการพิจารณาความแปรปรวน หากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเท่ากัน ไม่จำเป็นต้องทดสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม ซึ่งฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์ (2559) อธิบายว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากันจะไม่สนใจการทดสอบ Box's test เพราะมีความไม่คงที่สูง และการอธิบายผลการศึกษาด้วย Pillai's Trace จะมีความแกร่งมากพอ จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร พบว่าข้อตกลงเบื้องต้นบางส่วนยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงรายงานผลการศึกษาด้วยวิธี Wilk's Lamda ควบคู่กับ Pillai's Trace เนื่องจกเหมาะกับการอธิบายตัวอย่างที่มีความแปรปรวนไม่เท่ากัน (ไพฑูริย์ สุขศรีงาม, 2557)

สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วย Bartlett's test of sphericity พบว่าตัวแปรพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในการวัดทุกระยะมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วยสถิติ Bartlett's test of sphericity

ค่า KMO และ Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.75
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	229.04
	df	15
	Sig.	.000

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบ ออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์สมมติฐานที่ 1 ดังตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำพบว่า มีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาการทดลอง (time) และการได้รับโปรแกรมฯ (Group) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยมีค่า Wilks' Lambda เท่ากับ .54 Multivariate F test เท่ากับ 22.18 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .27 สำหรับ Pillai's Trace เท่ากับ .48 Multivariate F test เท่ากับ 19.45 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .24 ซึ่ง

หมายความว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแตกต่างกันไปตามการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ในระยะเวลาหลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์

ตาราง 19 ความแปรปรวนพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจจำแนกตามการได้รับโปรแกรมการปรึกษา และระยะเวลาทดลอง

การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ							
อิทธิพล	แหล่งความแปรปรวน	การทดสอบ	Value	df	F	Sig.	Partial η^2
ระหว่างกลุ่ม	การได้รับโปรแกรม	Wilks'	.56	2	1529.06	.00**	.44
		Lambda					
	ระยะการทดลอง	Pillai's	.44	2	24.17	.00**	.42
		Trace					
ภายในกลุ่ม	ระยะการทดลอง	Wilks'	.58	4	18.96	.00**	.24
		Lambda					
	ระยะการทดลอง x การได้รับโปรแกรม	Pillai's	.42	4	16.27	.00**	.21
		Trace					
	ระยะการทดลอง	Wilks'	.54	4	22.18	.00**	.27
		Lambda					
ระยะการทดลอง x การได้รับโปรแกรม	Pillai's	.48	4	19.45	.00**	.24	
	Trace						

** $p < .01$

นอกจากนี้การวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบสองทางวัดซ้ำ พบว่ามีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาการทดลองและการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.05$, $df = 1$, $p\text{-value} < .000$) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .33 และปฏิสัมพันธ์กับสุขภาวะทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 21.77$, $df = 1$, $p\text{-value} < .000$) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .26 ทั้งนี้ค่า Mauchly's W ของตัวแปรพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($W = .83$) และสุขภาวะทางใจ ($W = .66$) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .00$) ผู้วิจัยจึงรายงานผลด้วยสูตรปรับแก้ df ของ Lower-bound method of adjusted df เนื่องจาก Epsilon มีค่าน้อยสุด (Hair et al., 2010) ดังตาราง 20

ตาราง 20 ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบสองทางวัดซ้ำของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสุขภาวะทางใจจำแนกตามการได้รับโปรแกรมการศึกษา และระยะเวลาทดลอง

การวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบสองทางวัดซ้ำ							
อิทธิพล	แหล่งความแปรปรวน	การทดสอบ	SS	df	F	Sig.	Partial η^2
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	-ระยะเวลาทดลอง	Lower-bound	1309.63	1	30.89	.00**	.33
	-ความคลาดเคลื่อน (ระยะเวลาทดลอง)	Lower-bound	2628.58	62			
	-ระยะเวลาทดลอง x การได้รับโปรแกรมฯ	Lower-bound	1273.79	1	30.05	.00**	.33
สุขภาวะทางใจ	-ระยะเวลาทดลอง	Lower-bound	903.29	1	14.18	.00**	.19
	-ความคลาดเคลื่อน (ระยะเวลาทดลอง)	Lower-bound	3948.33	62			
	-ระยะเวลาทดลอง x การได้รับโปรแกรมฯ	Lower-bound	1386.38	1	21.77	.00**	.26

** $p < .01$

สมมติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล เมื่อได้รับการศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ ผู้วิจัยทำการทดสอบสมมติฐานโดย

วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจรายคู่ระหว่างระยะเวลาการทดลอง การได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ Simple main effect โดยเปรียบเทียบแบบ Bonferroni เพื่อศึกษาความแตกต่างเป็นรายคู่ของการวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและควบคุม ผลการศึกษาแสดงในตาราง 12 พบว่ากลุ่มทดลองชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) เมื่อได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยดังภาพ 10 และ 11

ตาราง 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

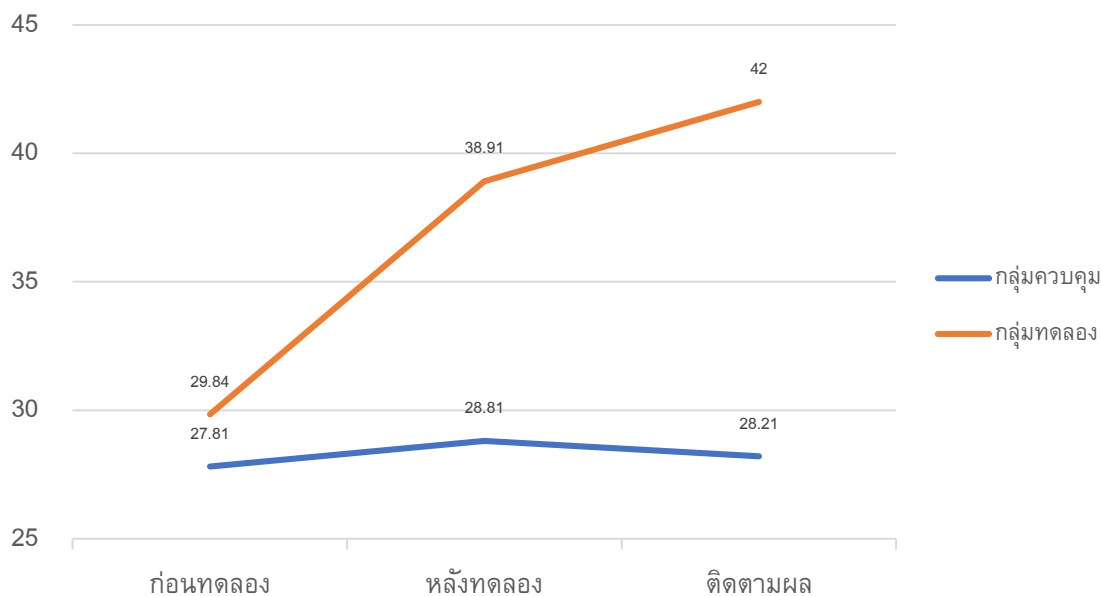
ตัวแปร	ระยะเวลาการทดลอง	\bar{x}	SD	Mean Difference
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	ก่อน			
	กลุ่มทดลอง	29.84	7.08	2.03
	กลุ่มควบคุม	27.81	8.30	
	หลัง			
	กลุ่มทดลอง	38.91	6.03	10.09**
	กลุ่มควบคุม	28.81	7.78	
	ติดตามผล 2 สัปดาห์			
	กลุ่มทดลอง	42.00	4.36	14.47**
	กลุ่มควบคุม	28.21	7.78	

ตาราง 21 (ต่อ)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	\bar{x}	SD	Mean Difference
สุขภาวะทางใจ	ก่อน			
	กลุ่มทดลอง	41.34	7.49	2.28
	กลุ่มควบคุม	39.06	12.45	
	หลัง			
	กลุ่มทดลอง	51.66	4.57	14.28**
	กลุ่มควบคุม	37.38	10.61	
ติดตามผล 2 สัปดาห์				
	กลุ่มทดลอง	51.53	5.22	12.97**
	กลุ่มควบคุม	38.56	10.46	

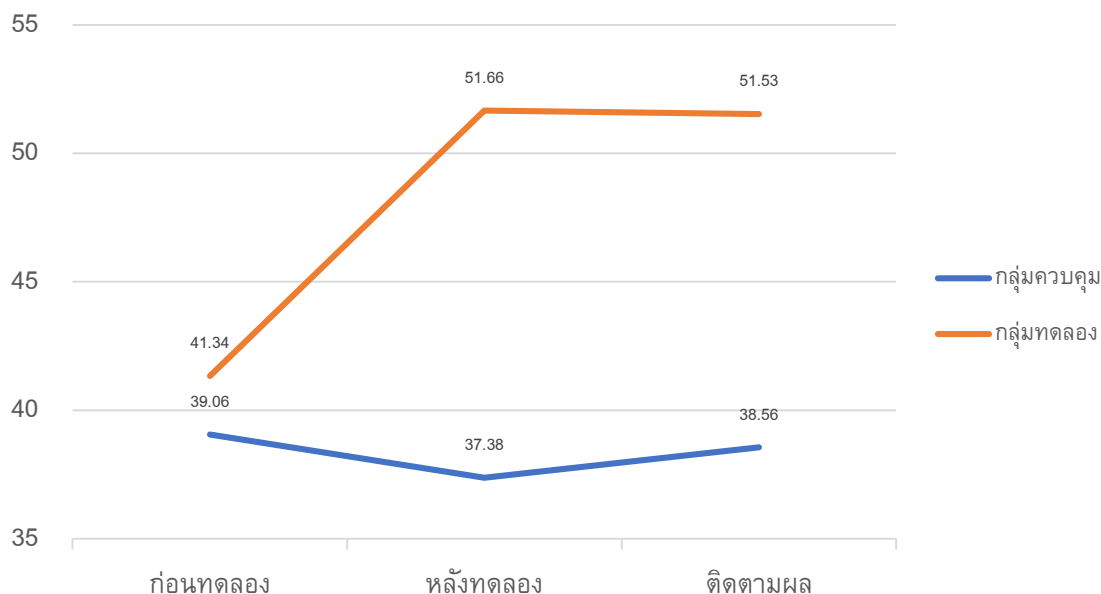
** $p < .01$

จะเห็นได้ว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและควบคุมไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะเห็นได้ว่าระยะหลังทดลองและติดตามผลมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) หมายความว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .33 ดังแสดงในภาพ 10



ภาพประกอบ 10 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ คะแนนสุขภาวะทางใจระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและควบคุมไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะเห็นได้ว่าระยะหลังทดลองและติดตามผลมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางใจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) หมายความว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .26 ดังแสดงในภาพ 11



ภาพประกอบ 11 คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางใจจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การศึกษาปฏิสัมพันธ์จำแนกตามองค์ประกอบ

เมื่อผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ตามสมมติฐานในภาพรวมแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะการทดลองกับการได้รับโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางวัดซ้ำ (Two-way MANOVA with repeated measure) ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดังตาราง 22 พบว่ามีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาการทดลอง (time) และ การได้รับโปรแกรมฯ (Group) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .01) โดยมีค่า Wilks' Lambda เท่ากับ .65 Multivariate F test เท่ากับ 14.92 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20 สำหรับ Pillai's Trace เท่ากับ .35 Multivariate F test เท่ากับ 13.32 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .18 ซึ่งหมายความว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแตกต่างกันตามการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจแบบออนไลน์ในระยะหลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามการได้รับโปรแกรมการศึกษา และระยะเวลาทดลอง

การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ							
อิทธิพล	แหล่งความแปรปรวน	การทดสอบ	Value	df	F	Sig.	Partial η^2
ระหว่างกลุ่ม	การได้รับโปรแกรมฯ	Wilks'	.59	2	21.38	.00**	.41
		Lambda					
ภายในกลุ่ม	ระยะเวลาทดลอง	Pillai's	.41	2	21.38	.00**	.41
		Trace					
		Wilks'	.63	4	15.74	.00**	.20
	ระยะเวลาทดลอง x การได้รับโปรแกรมฯ	Lambda					
		Pillai's	.37	4	14.21	.00**	.19
		Trace					
ระยะเวลาทดลอง	Wilks'	.65	4	14.92	.00**	.20	
	Lambda						
	Pillai's	.35	4	13.32	.00**	.18	
	โปรแกรมฯ	Trace					

** $p < .01$

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบสองทางวัดซ้ำ พบว่ามีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาการทดลองและการได้รับการศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจแบบออนไลน์กับพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 28.90$, $df = 1$, $p\text{-value} < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .32 และมีปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 20.99$, $df = 1$, $p\text{-value} = .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .25 ทั้งนี้ค่า Mauchly's W ของตัวแปรพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ($W = .83$) และสุขภาวะทางใจ ($W = .66$) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .00$) ผู้วิจัยจึงรายงานผลด้วยสูตรปรับแก้ df ของ Lower-bound method of adjusted df เนื่องจาก Epsilon มีค่าน้อยสุด (Hair et al., 2010) ผู้วิจัยนำเสนอตาราง 22

ตาราง 23 ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบสองทางวัดซ้ำของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี
รายด้าน จำแนกตามการได้รับโปรแกรมการศึกษา และระยะเวลาทดลอง

การวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบสองทางวัดซ้ำ							
อิทธิพล	แหล่งความแปรปรวน	การทดสอบ	SS	df	F	Sig.	Partial η^2
การปฏิเสธ และ หลีกเลี่ยง ความเสี่ยง ในการติด เชื้อเอชไอวี	-ระยะเวลา ทดลอง	Lower- bound	179.16	1	29.11	.00**	.32
	-ความคลาด เคลื่อน (ระยะ การทดลอง)	Lower- bound	381.63	62			
	-ระยะเวลา ทดลอง x การได้รับ โปรแกรมฯ	Lower- bound	177.89	1	28.90	.00**	.32
	ด้าน พฤติกรรม ป้องกัน ตนเองก่อน และขณะมี เพศสัมพันธ์	-ระยะเวลา ทดลอง	Lower- bound	529.34	1	22.17	.00**	.26
	-ความคลาด เคลื่อน (ระยะ การทดลอง)	Lower- bound	1480.73	62			
	-ระยะเวลา ทดลอง x การได้รับ โปรแกรมฯ	Lower- bound	501.26	1	20.99	.00**	.25

** $p < .01$

นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ Simple main effect โดยเปรียบเทียบรายคู่แบบ Bonferroni ระหว่างคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวีรายด้าน ได้แก่ 1) การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อไอวี และ 2) พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามระยะเวลาทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาแสดงในตาราง 23 พบว่ากลุ่มทดลองชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี

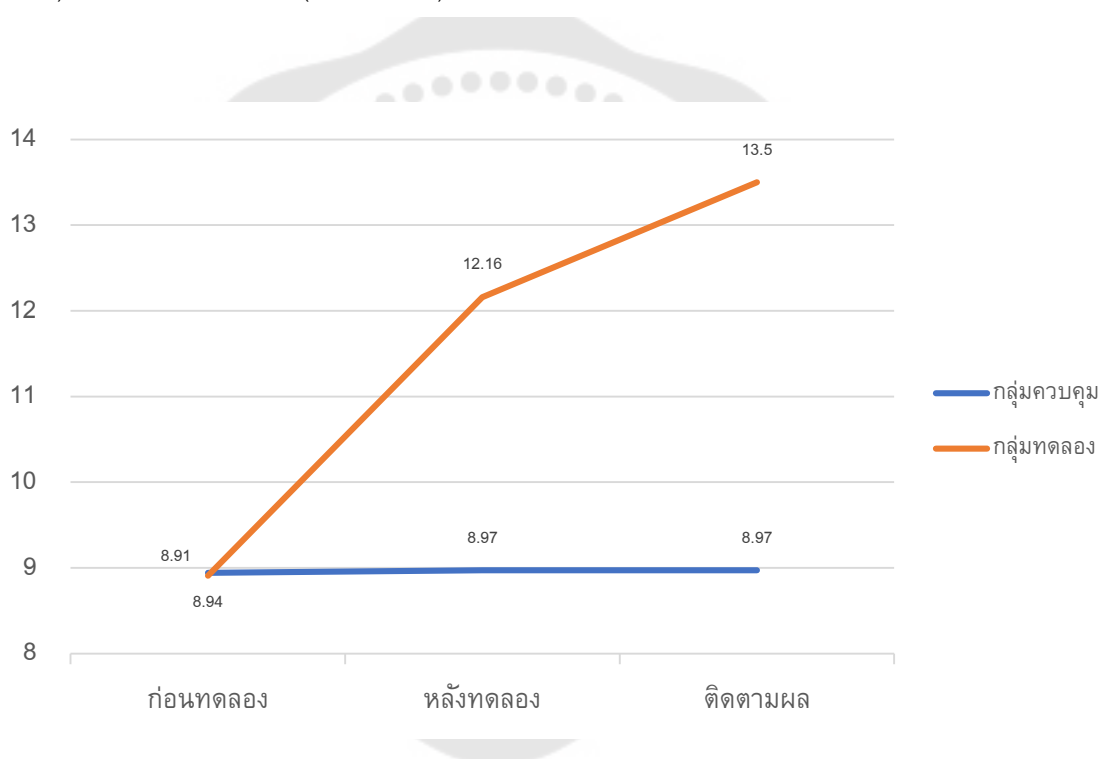
ด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) เมื่อได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยดังภาพ 12 และ 13

ตาราง 24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่พฤติกรรมป้องกันติดเชื้อเอชไอวีตามด้านจำแนกตามระยะการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	\bar{x}	SD	Mean Difference
ด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี	ก่อน			
	กลุ่มทดลอง	8.91	2.31	-.03
	กลุ่มควบคุม	8.94	3.70	
	หลัง			
	กลุ่มทดลอง	12.16	2.99	3.19**
	กลุ่มควบคุม	8.97	2.80	
	ติดตามผล 2 สัปดาห์			
	กลุ่มทดลอง	13.50	2.60	4.56**
	กลุ่มควบคุม	8.94	3.07	
	ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์	ก่อน		
กลุ่มทดลอง		20.94	5.49	2.06
กลุ่มควบคุม		18.88	5.66	
หลัง				
กลุ่มทดลอง		26.75	3.54	6.91**
กลุ่มควบคุม		19.84	5.32	
ติดตามผล 2 สัปดาห์				
กลุ่มทดลอง		28.50	2.18	9.90**
กลุ่มควบคุม		18.59	5.30	

** $p < .01$

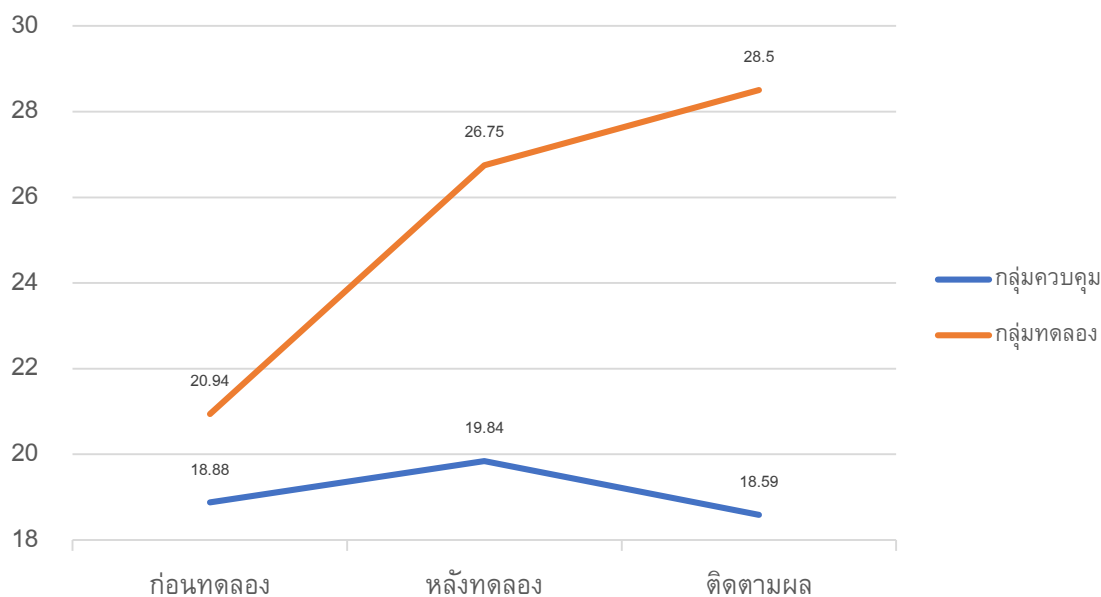
จะเห็นได้ว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและควบคุมไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะเห็นได้ว่าระยะหลังทดลองและติดตามผลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) หมายความว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .32 ดังแสดงในภาพ 12



ภาพประกอบ 12 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สำหรับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและควบคุมไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะเห็นได้ว่าระยะหลังทดลองและติดตามผลมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) หมายความว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรม

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .25 ดังแสดงในภาพ 13



ภาพประกอบ 13 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจโปรแกรมให้การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์

หลังจากการศึกษาระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ไปถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับสหวิชาชีพ โดยจัดการถ่ายทอดองค์ความรู้ขึ้นระหว่างวันที่ 29-30 กรกฎาคม พ.ศ.2566 เวลา 9.00-16.00 น. ผ่านระบบ Zoom ทั้งนี้มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้นจำนวน 15 คน เป็นชายจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 หญิง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 27.67 ($\bar{x}=27.67$, $SD=50$) ประกอบอาชีพนักจิตวิทยาจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 เป็นพยาบาลและนักศึกษาจิตวิทยาอย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70

ผู้วิจัยทำการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับองค์ความรู้ถึงโปรแกรมให้การปรึกษาฯ ดังแสดงในตาราง 25 โดยภาพรวมความพึงพอใจต่อการได้รับองค์ความรู้และโปรแกรมให้การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 ($\bar{x}=4.76$,

SD=.42) อยู่ในระดับมากที่สุด (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553) และเมื่อพิจารณารายข้อก็พบว่าทุกข้อมีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด โดยยกตัวอย่างข้อคำถามที่มีคะแนนมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ฉันจะแนะนำโปรแกรมให้การศึกษา กับผู้ที่มีความสนใจหรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำงานในบริษัทใกล้เคียง (\bar{x} =4.87, SD=.35) โปรแกรมให้การศึกษา มีคุณภาพสูง (\bar{x} =4.80, SD=.41) และโปรแกรมให้การศึกษา มีความจำเป็นและตรงตามความต้องการ (\bar{x} =4.80, SD=.41) เป็นต้น

ตาราง 25 ความพึงพอใจต่อการได้รับองค์ความรู้และโปรแกรมให้การศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ (n=15)

ความพึงพอใจ	\bar{x}	SD	การแปลผล
1. โปรแกรมให้การศึกษา มีคุณภาพสูง	4.80	.41	มากที่สุด
2. การฝึกให้การศึกษาตามโปรแกรมฯ เป็นไปตามความต้องการของฉัน	4.67	.62	มากที่สุด
3. โปรแกรมให้การศึกษา มีความจำเป็นและตรงตามความต้องการ	4.80	.41	มากที่สุด
4. ฉันจะแนะนำโปรแกรมให้การศึกษา กับผู้ที่มีความสนใจหรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำงานในบริษัทใกล้เคียง	4.87	.35	มากที่สุด
5. ฉันพึงพอใจกับการถ่ายทอดองค์ความรู้โปรแกรมให้การศึกษา	4.73	.46	มากที่สุด
6. ฉันเข้าใจวิธีการใช้โปรแกรมให้การศึกษา และคิดว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้งานได้	4.73	.46	มากที่สุด
7. ในภาพรวมฉันพึงพอใจต่อโปรแกรมให้การศึกษา	4.73	.46	มากที่สุด
8. หลังจากได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้โปรแกรมให้การศึกษา ฉันจะกลับไปศึกษาและฝึกฝนเพิ่มเติม	4.73	.46	มากที่สุด
รวม	4.76	.42	มากที่สุด

ข้อเสนอแนะจากการจัดฝึกอบรม

ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นจากแบบสอบถามในรูปแบบข้อมูลเชิงพรรณนา 3 ประเด็น ได้แก่ 1) จุดแข็งของโปรแกรมให้การศึกษา 2) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อยอด และ 3) การนำไปประยุกต์ใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จุดแข็งของโปรแกรมให้การศึกษา จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการอบรม สามารถแบ่งความคิดเห็นออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1.1) ความคิดเห็นต่อโปรแกรมฯ และ 1.2) ความคิดเห็นต่อการจัดการอบรม

1.1 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอบรมต่อโปรแกรมฯ พบว่าโปรแกรมฯ ตอบโจทย์ผู้ใช้งาน มีโครงสร้างให้การศึกษาที่ชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสายงานได้จริง ทั้งนี้จุดเด่นของโปรแกรมฯ คือมีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาแรงจูงใจโดยให้ผู้รับบริการสำรวจปัญหาของตนเอง เน้นการใช้เทคนิครับฟัง และส่งเสริมให้ผู้รับการศึกษาค้นหาแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง

ตัวอย่างข้อมูล

“ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจปัญหาของตนเอง และหาแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง” ผู้เข้าร่วมอบรม 2

“มีโครงสร้างที่ชัดเจน ใช้เวลาจำกัด สามารถปรับให้เข้ากับผู้บำบัดแต่ละคนได้” ผู้เข้าร่วมอบรม 5

“ข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสายงานได้” ผู้เข้าร่วมอบรม 7

1.2 ความคิดเห็นต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ พบว่าเป็นการอบรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติ เน้นการมีส่วนร่วมโดยเอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการถ่ายทอดองค์ความรู้ และมีการถามความเข้าใจของผู้รับการอบรมเป็นระยะ ทั้งนี้วิทยากรสื่อสารได้เข้าใจง่าย ลงลึก และตรงประเด็น

ตัวอย่างข้อมูล

“การให้ความรู้ที่ละเอียด ตรงประเด็น การฝึกปฏิบัติ” ผู้เข้ารับอบรม 1

“การให้ Discuss แשרประสบการณ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และมีถาม Check up ปิดแบคการเรียนในแต่ละช่วงกับผู้เรียนทุกคน” ผู้เข้าร่วมอบรม 6

“วิทยากรสามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ง่าย ทำให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมเสมอ” ผู้เข้าร่วมอบรม 15

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อยอด พบว่าส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอในการจัดอบรมโดยอยากให้มีการขยายเวลาในการอบรม อยากให้มีการขยายเวลาในการฝึกปฏิบัติ อยากให้มีการจัดอบรมแบบพบหน้า (on site) และมีการจัดอบรมต่อเนื่องเพื่อเป็นการทบทวนความรู้ สำหรับ

ข้อเสนอแนะด้านเนื้อหาอยากให้มีการปูพื้นฐานคำศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการปรึกษา การสร้างความเข้าใจในประเด็นความหลากหลายทางเพศ (gender) ก่อนเข้าสู่เนื้อหาการปรึกษา

ตัวอย่างข้อมูล

“มีเวลาเพิ่มขึ้นเนื่องจากความรู้ค่อนข้างเยอะ การเพิ่มเวลาช่วงฝึกปฏิบัติ” ผู้เข้าอบรม 1

“อาจจะมีการเพิ่มพวกศัพท์ที่ต้องระวังในการใช้ในการปรึกษา เนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องทีละเอียดอ่อน” ผู้เข้าอบรม 4

“ถ้าเวลาดีกว่านี้ เนื่องจากเป็นช่วงวันหยุดยาวทำให้มาได้ไม่เต็มที่ ถ้าเป็นการเรียนแบบสัปดาห์เว้นสัปดาห์ จะได้มีการนำสิ่งที่เรียนไปทบทวน/ตกผลึกก่อน” ผู้เข้าอบรม 10

“อยากให้มีการ on site” ผู้เข้าอบรม 15

3. การนำไปโปรแกรมให้การศึกษา ไปประยุกต์ใช้ พบว่าผู้เข้าร่วมอบรมจะนำไปโปรแกรมให้การศึกษา ไปประยุกต์ใช้สำหรับการให้บริการปรึกษากับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมอบรมบางส่วนจะกลับไปทบทวนกระบวนการให้บริการ และมีการนำเทคนิคกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณเอาไปใช้ในการบำบัดหรือให้การศึกษาเพื่อให้เกิดความราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตัวอย่างข้อมูล

“นำไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีโรคร่วมหลายโรคและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดเป็นซ้ำได้ จึงจะนำไปโปรแกรมไปประยุกต์ใช้” ผู้เข้าอบรม 2

“นำเทคนิคที่ได้ทบทวนแล้วมาใช้เพิ่มในการให้การศึกษา case” ผู้เข้าอบรม 4

“นำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานตามความรู้ที่ได้...ซึ่งก็ละเอียดและทำให้เห็นภาพ เข้าใจการทำ MI ขึ้นชัดมาก ๆ คงเหลือแต่การฝึกลองใช้ให้ถนัด/คล่องขึ้นต่อไปในอนาคต” ผู้เข้าอบรม 6

“นำเทคนิคหรือไอดีที่ได้จากวิทยากรมาใช้ในการพูดคุยกับเคสให้ราบรื่นยิ่งขึ้นเพราะส่วนมากเคสที่ใช้ MI มักมีแรงต้าน” ผู้เข้าอบรม 10

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลการศึกษเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่าผลการศึกษายอมรับสมมติฐานการวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยขอสรุปผลการทดสอบสมมติฐานเป็นตาราง 26 ดังต่อไปนี้

ตาราง 26 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย	ผลการศึกษา	ผลการทดสอบ
มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการรักษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงงูใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล	- พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแตกต่างกันไปตามการได้รับการรักษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงงูใจแบบออนไลน์ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01) โดยมีค่า Wilks' Lambda เท่ากับ .54 Multivariate F test เท่ากับ 22.18 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .27 สำหรับ Pillai's Trace เท่ากับ .48 Multivariate F test เท่ากับ 19.45 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .24	ยอมรับสมมติฐาน
มีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาการทดลองและการได้รับการรักษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงงูใจแบบออนไลน์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 30.05, df = 1, p-value < .001) และปฏิสัมพันธ์กับสุขภาวะทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 30.05, df = 1, p-value < .001)	- มีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาการทดลองและการได้รับการรักษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงงูใจแบบออนไลน์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 30.05, df = 1, p-value < .001) และปฏิสัมพันธ์กับสุขภาวะทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 30.05, df = 1, p-value < .001)	

ตาราง 26 (ต่อ)

สมมติฐานการวิจัย	ผลการศึกษา	ผลการทดสอบ
กลุ่มทดลองชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะเวลาหลังการทดลองและติดตามผล เมื่อได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์	กลุ่มทดลองชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะเวลาหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ โดยขนาดอิทธิพล (effect size) ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ .33 และมีขนาดอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจ เท่ากับ .26	ยอมรับสมมติฐาน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และ 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาพทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน (Plomp, 1997; เดชกุล มัทวานุกูล และคณะ, 2566) ได้แก่ 1) ทำการศึกษาข้อมูลและพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2) การศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ 3) นำโปรแกรมไปทดลองใช้โดยทำการทดลองสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) และวัดซ้ำ (Repeated measured) และ 4) การถ่ายทอดนวัตกรรมและประเมินผลการใช้งานในกลุ่มสหวิชาชีพ ซึ่งการวิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดฯ ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงปัญญากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิอีกจำนวน 3 ท่าน และดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณกับผู้ระบุว่าตนเองเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น ทางปาก ทวารหนัก อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และยินดีตอบแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางระบบออนไลน์ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 424 คน ดำเนินการเก็บตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball selection) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จากนั้นให้แนะนำตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จากนั้นคัดเลือกตัวอย่างที่สมัครใจ (Voluntary selection) เป็นหน่วยตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 65 คน คน ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จากนั้นทำการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (Randomly assigned) เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองขอยุติเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวนทั้งสิ้น 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 32 ราย ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการ

ปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประมาณ 1.00-1.30 ชั่วโมง จำนวน 4 สัปดาห์ ติดตามผลหลังให้การปรึกษา 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง ขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ในการศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการประเมินเหมือนกันคือระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการถ่ายทอดองค์ความรู้จากการวิจัย โปรแกรมให้การปรึกษา ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ข้อมูลการสมัครให้สาขาที่พี่ที่สนใจเข้าร่วม โดยจัดให้มีการฝึกอบรมจำนวน 2 วัน เป็นวันที่ 29-30 กรกฎาคม 2566 ตั้งแต่เวลา 9.00-16.00 น. มีผู้เข้าร่วมการอบรมจำนวนทั้งสิ้น 15 คน ผู้วิจัยทำการประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการปรึกษา และการจัดฝึกอบรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย 1) แบบวัดดั้งเดิมจากการศึกษาของ ศรีถนย์ พิมพ์ทอง ในปี 2554 จำนวน 2 ฉบับ คือ แบบวัดการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ 2) การสัมภาษณ์เชิงปัญญา 3) ผู้เชี่ยวชาญสำหรับการสัมภาษณ์เชิงปัญญา 3 คน 4) ผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับการตรวจความตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 คน และ 5) ตัวผู้วิจัย นอกจากนี้แบบวัดที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย 1) แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2) แบบวัดสุขภาวะทางใจ 3) แบบวัดการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และ 4) แบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลองประกอบด้วย 1) การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์จำนวน 4 ครั้ง และติดตามผล 2 สัปดาห์จำนวน 1 ครั้ง 2) แบบตรวจกระบวนการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 2 คน 3) แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และ 4) แบบวัดสุขภาวะทางใจ สำหรับการถ่ายทอดองค์ความรู้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการปรึกษา และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 โดยวิเคราะห์ข้อมูลผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) ตามแนวคิดของ Glaser and Strauss (1967 อ้างถึงใน อารีวรรณ กลั่นกลิน และ วาสนา อุบป้อ (2562) เพื่อค้นหาความหมายในแต่ละมิติรวมถึงนิยามของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ต่อมาวิเคราะห์เพื่อศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี และแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยโดยใช้สถิติ ได้แก่ วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ด้วยค่าเฉลี่ยทั้งโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อจากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total

correlation) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับจากกรวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient) ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ศึกษาความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) และความเที่ยงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ด้วยการศึกษาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson product-moment correlation coefficients)

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นจากการสังเกต (Inter-rater reliability) ระหว่างให้การปรึกษาโดยผู้ตรวจกระบวนการปรึกษา จากนั้นคำนวณสัมประสิทธิ์คัปปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient) สำหรับการวิเคราะห์ประสิทธิผลการปรึกษา ทำการตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov ตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์แปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรโดยใช้สถิติ Box's และ Levene's test เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANOVA ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรึกษา ด้วยสถิติ Two-way repeated measures MANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่คะแนนก่อนการทดลอง หลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตามผล ทั้งภาพรวมและรายด้าน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้แก่ 1) เพื่อศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และ 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาพทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ซึ่งมีผลการศึกษาที่สำคัญดังต่อไปนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1

ระยะที่ 1 การศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีผลการศึกษาโดยสรุปดังนี้

1. ผลการสัมภาษณ์เชิงปัญหาโดยภาพรวมของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือ การมีพฤติกรรมปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และมีพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการตอบสนองหรือจัดการอารมณ์ทางเพศอย่างเหมาะสม แบ่งการวัดออกเป็น 3 มิติ ได้แก่

1.1 กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี เป็นพฤติกรรมที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพยายามหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธสิ่งกระตุ้นยั่วยู้ที่ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่เชื้อเอชไอวี

1.2 กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นพฤติกรรมของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกระทำเพื่อป้องกันการรับหรือส่งต่อเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์

1.3 กลุ่มที่ 3 การตอบสนองของอารมณ์ทางเพศอย่างเหมาะสม โดยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายระบายความรู้สึกหรืออารมณ์ทางเพศของตนเองหรือคู่นอนโดยไม่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น มีการเสริมสร้างสุขภาพะ จิตวิญญาณ และรักษาลดภัยด้วยตนเอง

2. การวิเคราะห์คุณภาพของแบบวัดในเบื้องต้นพบว่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับได้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (CITC) อยู่ระหว่าง .33-.47

3. การตรวจการกระจายปกติพบว่าข้อมูลกระจายเป็นปกติเมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้และความโด่ง ทั้งนี้ข้อคำถามทั้ง 9 ข้อ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 35 คู่ ยกเว้นข้อ 2 และ 4 คู่เดียว และไม่พบปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) สำหรับการตรวจสอบความเหมาะสมของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าค่า KMO เท่ากับ .78 และเมทริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างจากศูนย์ จึงสามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้

4. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) จากกลุ่มตัวอย่างครั้งหนึ่งพบว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีทั้งหมด 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่องค์ประกอบที่ 2 การมีพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 5-9 ทั้งนี้องค์ประกอบที่ 3 พบว่ามีข้อคำถามที่ 4 เพียงข้อเดียวที่ถูกจัดกลุ่มแยกออกไป ทำให้จำนวนข้อไม่เพียงพอที่จะจัดเป็นองค์ประกอบที่ 3 ได้ เมื่อพิจารณาเนื้อหาการวัดของข้อ 4 แล้วพบว่าทับซ้อนกับองค์ประกอบที่ 2 จึงพิจารณารวมข้อคำถามดังกล่าวไว้ในองค์ประกอบที่ 2

5. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) จากกลุ่มตัวอย่างครั้งหลังจำนวน 212 คน พบว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2 องค์ประกอบมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ($\chi^2 = 36.56, p = .06, \chi^2/df = 1.46, GFI = .96, CFI = .98, AGFI = .94,$

RMR = .07, RMSEA = .05, TLI = .96) ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่ (factor correlation) 1 กับ 2 เท่ากับ .58

6. ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทั้งฉบับและรายด้านอยู่ในเกณฑ์เป็นที่ยอมรับได้ (Cronbach's reliability coefficient=.77) สำหรับด้านที่ 1 ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 ขณะที่ด้านที่ 2 พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .69

7. การศึกษาความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) และความตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) พบว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบวัดการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ขณะมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้แบบวัดป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับแบบวัดเจตคติต่อการเรียนภาษาไทย แสดงว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความตรงเชิงเหมือนและมีความตรงเชิงจำแนก

ผลการศึกษาระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ทำการศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล มีผลการศึกษาที่สำคัญดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแตกต่างกันไปตามการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจแบบออนไลน์ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่า Wilks' Lambda เท่ากับ .54 Multivariate F test เท่ากับ 22.18 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .27 สำหรับ Pillai's Trace เท่ากับ .48 Multivariate F test เท่ากับ 19.45 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .24

2. มีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาการทดลองและการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจแบบออนไลน์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.05$, $df = 1$, $p\text{-value} < .001$) และมีปฏิสัมพันธ์กับสุขภาวะทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 21.77$, $df = 1$, $p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรายกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}$

< .01) เมื่อได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ โดยมีขนาดอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ .33 และมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจเท่ากับ .26

3. การศึกษารายด้านของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสามารถสรุปผลการศึกษาที่สำคัญ 2 ประเด็นดังนี้

3.1 พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแตกต่างกันตามการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจแบบออนไลน์ในระยะเวลาหลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยมีค่า Wilks' Lambda เท่ากับ .65 Multivariate F test เท่ากับ 14.92 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20 สำหรับ Pillai's Trace เท่ากับ .35 Multivariate F test เท่ากับ 13.32 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .18

3.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบสองทางวัดซ้ำ พบว่ามีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาการทดลองและการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจแบบออนไลน์กับการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 28.90$, $df = 1$, $p\text{-value} < .001$) และมีปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 20.99$, $df = 1$, $p\text{-value} < .001$) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนรายกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะเวลาหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยมีอิทธิพลกับการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ .32 และมีอิทธิพลกับพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ .25

4. ผลการศึกษาเพิ่มเติมการถ่ายทอดองค์ความรู้โปรแกรมการศึกษา จากการวิจัยพบว่าโดยภาพรวมความพึงพอใจต่อการได้รับองค์ความรู้และโปรแกรมให้การศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 ($\bar{x}=4.76$, $SD=.42$) อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อก็พบว่าทุกข้อมีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด โดยยกตัวอย่างข้อคำถามที่มีคะแนนมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ฉันจะแนะนำโปรแกรมให้การศึกษา กับผู้ที่มีความสนใจหรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำงานในบริษัทใกล้เคียง ($\bar{x}=4.87$, $SD=.35$) โปรแกรมให้การศึกษา มีคุณภาพสูง ($\bar{x}=4.80$, $SD=.41$) และโปรแกรมให้การศึกษา มีความจำเป็นและตรงตามความต้องการ ($\bar{x}=4.80$, $SD=.41$) เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลการศึกษาใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดฯ และ 2) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ดังต่อไปนี้

1) การศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดฯ

จุดมุ่งหมายแรกของการวิจัยคือเพื่อศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลการศึกษาพบว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีลักษณะคุณสมบัติทางจิตวิทยาเป็นที่ยอมรับได้ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และ 2) การมีพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้าของ ศรีถนีย์ พิมพ์ทอง and ดุจเดือน พันธุมนาวิน (2555) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มแยกออกจากกันอย่างชัดเจน แต่การศึกษานี้ยืนยันความรู้ใหม่ที่ว่าองค์ประกอบทั้งสองสามารถรวบรวมเป็นแบบวัดเดียวกันได้ ทำให้ข้อคำถามสั้นลง สามารถอธิบายตัวแปรพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีการปรับข้อคำถามให้เข้ากับบริบทของสังคมในปัจจุบันด้วยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) ซึ่งเนื้อหาข้อคำถามที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ ได้แก่ การปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กส์หมู่ การไปแหล่งนัดพบเพื่อมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การปฏิเสธการเปลี่ยนคู่อ้อย ๆ การระบายความรู้สึกทางเพศด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้ เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง กิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณ กิจกรรมนันทนาการ และการไม่ใช้ความรุนแรงด้านร่างกายที่จะทำให้เกิดบาดแผลกับคู่นอน จะเห็นได้ว่าข้อคำถามมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดการป้องกันด้านสุขภาพ โดยบุคคลจะกระทำเพื่อป้องกันตนเองจากโรค การประเมินพฤติกรรมตนเองจึงมีแนวโน้มที่จะระบุนความเข้มข้นของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น องค์ประกอบทั้ง 2 ของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนั้น สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการป้องกันด้านสุขภาพ (Health-Protective Behavior) ที่ให้ความหมายว่าพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองไม่ว่าจะเป็นการป้องกัน ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของตนเอง (Harris & Guten, 1979) ซึ่งสัมพันธ์กับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพเช่นการป้องกันโรคนั้นเกิดจากการรับรู้โอกาส ความร้ายแรง ความเชื่อ สิ่งซึ่งนำประโยชน์และอุปสรรคของการเกิดโรค (King, 1999; ญัฐนันท์คำ พิริยะพงศ์ และ ศิริพันธุ์สาส์ตย์, 2560) โดยบุคคลจะกระทำ (Self-efficacy) หรือแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากการรับ

เชื้อเอชไอวี ประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ สามารถควบคุมและป้องกันเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (Zlatanovic, 2015) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าข้อคำถามของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีเป็นไปตามแนวคิดด้านสุขภาพที่กล่าวอ้างมาข้างต้นนั่นเอง

สำหรับ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่าโมเดลของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 9 ข้อ มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี (J. Li, Liu, Liu, Feng, & Cai, 2011; L. E. Napper, D. Fisher, & G. Reynolds, 2012a; Torres et al., 2021) ($\chi^2 = 36.56, p = .06, \chi^2/df = 1.46, GFI = .96, CFI = .98, AGFI = .94, RMR = .07, RMSEA = .05, TLI = .96$) (J.F. Hair et al., 2010; Hu & Bentler, 1998; Kelloway, 2015) ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบอยู่ระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ .58 ไม่เกิน .85 (Lee & Cagle, 2017) แสดงว่าเป็นองค์ประกอบที่แยกกันอย่างชัดเจน ซึ่งผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ferrer-Urbina, Mena-Chamorro, Zambrana, and Ramirez (2020) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์กับการมีสัมผัสทางเพศ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้พัฒนาแบบวัด Sexual Sensation Seeking Scale มีข้อคำถาม 9 ข้อ 2 องค์ประกอบ: 1) การตอบสนองอารมณ์ทางเพศ (sexual emotions seeking) และ 2) แนวโน้มความเบื่อหน่ายทางเพศ (tendency to sexual boredom) เมื่อพิจารณาข้อคำถามองค์ประกอบแรกมีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงและองค์ประกอบที่สองเกี่ยวข้องความรู้สึกทางเพศ และทำการศึกษาในเยาวชนและผู้ใหญ่ชาว Latin American ทั่วไป จำนวน 770 คน ผลการศึกษพบว่าแบบวัดมีความเชื่อมั่นและมีค่าความตรงที่ดี นอกจากนี้ยังเหมือนกับแบบวัดอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงเอชไอวีที่แบ่งองค์ประกอบการวัดเป็น 2 องค์ประกอบ เช่นการศึกษาของ Mena-Chamorro et al. (2020) ทำการพัฒนาแบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงเอชไอวีโดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง 524 คน อายุระหว่าง 18-33 ปี เป็นชายร้อยละ 49 หญิงร้อยละ 51 ร้อยละ 84 บอกว่าตนเองเป็น heterosexual แบบวัดมีจำนวน 9 ข้อ ผลการศึกษพบว่าแบบวัดแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ ความไวต่อการรับรู้ความเสี่ยง (perceived risk susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง (perceived risk severity) และการศึกษาของ Sao, Minja, Vissoci, and Watt (2022) พัฒนาคำถามรู้สึกรู้สึกผิดของวัยรุ่นเอชไอวีใน Tanzania ซึ่งแบบวัดแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ การถูกตัดสิน (moral judgment) และการแยกตัว (interpersonal distancing) ซึ่งแบบวัดดังกล่าวที่มีสององค์ประกอบก็มีค่าความตรงและความเที่ยงสูง

จากการตรวจสอบลักษณะจิตมิติของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 9 ฉบับ พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และมีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับได้

(Cronbach's reliability coefficient เท่ากับ .77) สามารถอธิบายได้ว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์ (group homogeneity) เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีภายใน 6 เดือนเหมือนกัน แบบวัดจึงมีความคงเส้นคงวาในการวัดได้ (J.F. Hair et al., 2010) โดยมีความเชื่อมั่นสูงกว่าแบบวัด PrEP self-efficacy จำนวน 6 ข้อ (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .62) ที่พัฒนาโดย Mueses-Marín et al. (2021) และมีความเชื่อมั่นเท่ากับแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ ต้นฉบับ (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .77) (ศรัณย์ พิมพิทอง และ ดุจเดือน พันธุมนาวิน, 2555) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาความตรงเชิงเหมือน (convergent validity) และความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) จะเห็นได้ว่าเป็นหลักฐานส่วนหนึ่งที่ยืนยันความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับแบบวัดที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหลักความเสี่ยงโรคเอดส์และสามารถวัดได้สัมพันธ์กับแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ (ศรัณย์ พิมพิทอง และ ดุจเดือน พันธุมนาวิน, 2555) นอกจากนี้ยังไม่มีความสัมพันธ์กับแบบประเมินเจตคติต่อการเรียนภาษาไทย เพราะเนื้อหาการวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้เรื่องการเรียนภาษาไทย แสดงว่าแบบวัดนี้มีความตรงเชิงจำแนก ซึ่งการวิจัยนี้มีวิธีการศึกษาความตรงเชิงเหมือนใกล้เคียงกับแบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงเอชไอวี (Perceived Risk of HIV Scale) ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง (The Risk behavior assessment) ($r_{xy} = .63, p < .001$) (Napper et al., 2012a)

2) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล โดยมีสมมติฐานการวิจัยคือ และเมื่อได้รับการปรึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ผลการศึกษาพบว่ายอมรับสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแตกต่างกันไปตามการได้รับการปรึกษา ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)

ผลการทดสอบสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่าการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจนี้เป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นแนวคิดหลัก ซึ่งประยุกต์ใช้หลักการสำคัญคือการสร้างความล้าใจ (develop discrepancy) โดยเอื้อให้ผู้รับบริการได้ทบทวนอย่างเข้มข้นระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงปัจจุบันกับเป้าหมายในชีวิต (future goals) หรือเชื่อมโยงกับคุณค่าของบุคคลนั้น คู่ครอง ครอบครัว หรือหน้าที่การงานที่มีผลต่อแรงจูงใจที่จะช่วยทำให้เกิดความล้าใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในด้านบวก (Hall et al., 2012; Miller & Rollnick, 2002, 2013; นฤมล พระใหญ่ et al., 2564) ด้วยการผสมผสานกิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งขอบคุณ (GI) เข้าไป โดยกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณนั้นวางอยู่บนแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

จะเห็นได้ว่าทั้งแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณมีความเชื่อมโยงเชิงทฤษฎีเบื้องหลัง นั่นคือแนวคิดจิตวิทยามนุษยนิยมที่มองการเปลี่ยนแปลงเชิงของมนุษย์โดยเสริมสร้างจุดแข็ง (Csillik, 2015) ทั้งนี้ทฤษฎีขยายและสร้างความตระหนักรู้ (The Broaden and Build Theory) ของ Fredrickson ได้กล่าวว่าการมีอารมณ์เชิงบวกนั้นช่วยส่งเสริมให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถต่าง ๆ ที่ตนมีอยู่ ช่วยให้สามารถคิดและกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิมได้ (Fredrickson, 2001; สูดาร์ตน์ ตันติวิทท์, 2560) การเกิดอารมณ์เชิงบวกนั้นสามารถเป็นจุดแข็งที่สนับสนุนกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น ความสนใจ ความหวัง ความพึงพอใจ และแรงบันดาลใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสทบทวนทางเลือกต่าง ๆ ที่ตนเคยมองข้ามหรือปฏิเสธไป นอกจากนี้ทั้งสองแนวคิดยังพุดถึงการกระตุ้นความหวังและความมั่นใจ (evoking hope and confidence) ให้มีความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความหวังที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ และมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง และหลักการสนับสนุนความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเป็นส่วนสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความหวังที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (Csillik, 2015; Miller & Rollnick, 2013)

ทั้งนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Meiksin et al. (2021) ทำการศึกษาทฤษฎีที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านโปรแกรมด้านสุขภาพแบบออนไลน์ (e-health interventions) ต่อการติดหรือแพร่เชื้อเอชไอวี พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้สารเสพติด และปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลการศึกษามีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 33 ชิ้น เป็นงานวิจัยโปรแกรมด้านจิตวิทยา 22 ชิ้น ซึ่งทฤษฎีที่อยู่เบื้องหลังโปรแกรมต่าง ๆ

ส่วนใหญ่ให้ผลกับตัวแปรตามในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ โดยแบ่งทฤษฎีออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ถูกรับใช้มากที่สุดเป็นกลุ่มแนวคิดที่เกี่ยวกับการรู้คิด/ทักษะ (cognitive/skills) รองลงมาเป็นกลุ่มแนวคิดที่อิงเรื่องการกำกับตนเอง (self-monitoring) และสุดท้ายคือกลุ่มที่ใช้การบำบัดความคิด (cognitive therapy) ซึ่งแนวคิดด้านการรู้คิด/ทักษะจะถูกพัฒนาโดยการให้ข้อมูล (information) และกิจกรรม (activities) ที่มีผลต่อพฤติกรรม ผ่านการสร้างเสริมแรงจูงใจ/ความมุ่งมั่น (motivation/intention) การรับรู้ความสามารถ/การควบคุมตนเอง (self-efficacy/perceived control) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการออกแบบโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์โดยมีการให้ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การทำกิจกรรมผ่านใบงานสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง การทบทวนสมดุผลการตัดสินใจและวางแผนพฤติกรรมใหม่ ตลอดจนใคร่ควรเป้าหมายในชีวิต เป็นเทคนิคหนึ่งของแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่เรียกว่าการค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (development discrepancy) (Schumacher & Madson, 2014; นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นท่ามกลางบรรยากาศของอารมณ์เชิงบวกผ่านกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ

นอกจากนี้ยังมีหลักฐานการวิจัยอีกจำนวนหนึ่งที่มีผลการศึกษาที่คล้ายกันกับการศึกษานี้ ได้แก่ ผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและการใช้สื่อการสอนแอนิเมชันในการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้วิดีโอทัศน์มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าคะแนนของกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจไม่ต่างจากกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้วิดีโอทัศน์ (Maneesriwongul et al., 2012) ทั้งนี้ยังมีการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องของการสวมถุงยางเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (Chen et al., 2016) และการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดความเสี่ยงรับเชื้อเอชไอวีและการใช้ยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเกย์และชายรักสองเพศ ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการไม่ป้องกันตนเองด้านเพศและการใช้ยาเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเวลาผ่านไป (Parsons et al., 2014)

อย่างไรก็ตาม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจแบบออนไลน์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แตกต่างกันไปตามในระยะเวลาหลังการทดลองและติดตามผล 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าขนาดอิทธิพล (η^2 : Wilks' Lambda = .27, Pillai's Trace = .24 ตามลำดับ) ต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามอยู่ในระดับใหญ่ (Cohen, 1988; Leppink, O'Sullivan, & Winston, 2016) อาจเนื่องมาจากการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์เอื้อให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้บททวนเรื่องราวของตนเอง ซึ่งการรับรู้ตนเอง (self-perception) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างการปรึกษาทำให้ผู้รับบริการได้สำรวจพฤติกรรมเจตคติ แรงจูงใจของตนเอง โดยมีผู้การปรึกษาเป็นผู้เอื้อให้การการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก (Miller & Rollnick, 2013) จึงแสดงให้เห็นจุดเด่นของการศึกษานี้คือการมีจำนวนการปรึกษาเพียง 4 ครั้ง ติดตามผล 1 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ ก็เกิดผลการเปลี่ยนแปลงกับตัวแปรตามในระดับมาก ทั้งนี้เมื่อเทียบกับจำนวนการปรึกษาหรือการบำบัดผู้ป่วยนอกในต่างประเทศแม้ไม่มีการกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัดที่ตายตัว แต่ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการบำบัดอยู่ที่ 12 ครั้ง (Flückiger et al., 2020) ประเด็นต่อมาเมื่อทำการศึกษานาอิทธิพลของโปรแกรมการปรึกษา จำแนกตามแต่ละตัวแปร พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($\eta^2 = .33$) มากกว่าตัวแปรสุขภาวะทางใจ ($\eta^2 = .26$) อาจเกิดมาจากการไม่ได้ผสมผสานตัวกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุนเข้าไปเป็นเนื้อเดียวกันกับการปรึกษาเพื่อเสริมสร้างเสริมแรงจูงใจ ซึ่งการนำมาใช้เป็นเทคนิคการบ้านและนำมาพูดคุยเพื่อเปิดการปรึกษาในแต่ละครั้งอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามที่เท่า ๆ กัน แต่อย่างไรก็ตามโปรแกรมการปรึกษา นี้ ก็ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอิทธิพลขนาดใหญ่ (Cohen, 1988 cited in Lakens, 2013) ต่อตัวแปรตามทั้งคู่

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ ยังเป็นประโยชน์กับกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงเรื่องเพศสัมพันธ์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา โดยเมื่อได้รับการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจออนไลน์สั้น ๆ เพียง 4 ครั้ง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะเวลาหลังการทดลองและติดตามผล 2 สัปดาห์ ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องไปทางเดียวกับการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจจำนวน 4 ครั้ง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีและการใช้ยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเกย์และชายรักสองเพศ ผลการศึกษาพบว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจจำนวน 4 ครั้ง ช่วยลด

พฤติกรรมเสี่ยงเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีและลดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดในกลุ่มตัวอย่างได้ (Parsons et al., 2014)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ข้อคำถามจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีข้อที่ 4 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ถูกแยกออกไปเป็นองค์ประกอบที่ 3 เพียงข้อคำถามเดียว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพิจารณานำข้อคำถามนี้มารวมกับองค์ประกอบ 2 ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเนื้อหาของข้อคำถามเข้ากันได้กับข้อคำถามในกลุ่มองค์ประกอบที่ 2 โดยมีได้ใช้ผลการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (EFA) เป็นตัวตั้ง (Plucker, 2003) อย่างไรก็ตามเมื่อทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ก็พบว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกันดีเมื่อเอาข้อคำถามที่ 4 มารวมกับองค์ประกอบที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เนื่องจากการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจออนไลน์ถูกออกแบบเป็นการปรึกษารายบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยค่อนข้างมีขนาดใหญ่ และด้วยข้อจำกัดเรื่องของการศึกษา จึงทำให้ขาดการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการปรึกษาในระยะยาว นอกจากนี้การรับสมัครกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์ไปยังหน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย กลุ่มเอ็มพลัส เชียงใหม่ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งอาจได้รับการตามปกติของหน่วยงานดังกล่าว เช่น การตรวจเลือด การได้รับข้อมูล (psychoeducation) การได้รับปรึกษา ซึ่งอาจเป็นปัจจัยรบกวนกับผลการวิจัยได้ ดังนั้นการนำผลไปใช้ควรคำนึงว่าจะแนบพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นสามารถเป็นผลจากการเข้าโปรแกรมฯ ร่วมการรับบริการตามปกติของหน่วยงานข้างต้นด้วย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยทำควบคุมตัวแปรโดยการสุ่มตัวอย่างจับคู่ตามอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศภายใน 6 เดือนเหมือน ๆ กัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อที่จะสามารถขยายการอธิบายโมเดลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และเป็นการทดสอบความไม่เปลี่ยนแปลงของโมเดล จึงควรทดสอบโมเดลกับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น

บุคคลข้ามเพศ (TG) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) รวมถึงผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs: PWID) หรือผู้ถูกคุมขัง (prisoner)

2. ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้เข้าใจมิติสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยของแต่ละบุคคล เนื่องจากความรู้ที่ได้จะสามารถนำมาพัฒนาโปรแกรมการศึกษา ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น ทำการศึกษาในประเด็นประสบการณ์ชีวิตและการถูกแบ่งแยก (Stigma and Discrimination) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อในมิติด้านสุขภาพ

3. กระบวนการศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำกัดตัวอย่างเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนั้นอาจมีการศึกษาประสิทธิภาพของการศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจระบบออนไลน์ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มบุคคลข้ามเพศ พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง รวมถึงผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ถูกคุมขัง เพื่อขยายผลของการทดสอบประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทคล้ายคลึงกันต่อไป หรืออาจทำการประเมินโดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม ระหว่างการให้บริการแบบออนไลน์กับแบบพบหน้า (face to face) ซึ่งผลการศึกษาคงจะทำให้เห็นทางเลือกสำหรับการเข้ารับบริการได้ รวมถึงประยุกต์และศึกษาประสิทธิภาพการศึกษาระบบออนไลน์เสมือนจริง เช่น ภาพเคลื่อนไหว แชนทอป บทเรียนออนไลน์ด้วยตนเอง

4. ด้วยข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการศึกษา จึงทำให้ขาดการติดตามประสิทธิภาพของการศึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ในระยะยาว ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการศึกษา เมื่อระยะเวลาผ่านไป เช่น ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูว่าประสิทธิภาพเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษา เป็นอย่างไรเมื่อระยะเวลาผ่านไป

5. ผลการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพียงมิติเดียว ยังขาดการศึกษาประสบการณ์อธิบายเชิงลึกด้านเนื้อหาว่าโปรแกรมการศึกษา ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาพทางใจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างไร กระบวนการศึกษา เทคนิค หรือกิจกรรมใดที่ทำให้เกิดการพัฒนาตัวแปรตามที่มากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่ออธิบายว่าโปรแกรมให้การศึกษานี้มีผลต่อตัวแปรตามอย่างไร

6. จากการศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษา จะเห็นได้ว่าลักษณะการผสมผสานระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจกับกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณยังไม่เป็นเนื้อเดียวกัน ดังนั้นจึงเสนอให้สอดแทรกกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณในขั้นตอนของ

กระบวนการรักษาแบบสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นอารมณ์เชิงบวกระหว่างการรักษาด้วย เช่น ใช้เป็นเทคนิคในการดึงทรัพยากรมาใช้เป็นตัวช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาในระยะแรกมีการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยปรับปรุงแนวคิดจากผลการวิจัยพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ศรัณย์ พิภพทอง และดุจเดือน พันธมนาวิน, 2555) จากนั้นสังเคราะห์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยตรง และแบบวัดได้ผ่านการทดสอบคุณภาพด้วยวิธีการทางสถิติพบว่าเป็นที่ยอมรับได้ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวเป็นแบบวัดที่มีจำนวนข้อน้อย จึงเหมาะกับหน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะนำไปประยุกต์ใช้คัดกรองผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี และสามารถนำมาเป็นเครื่องมือสำหรับสำรวจปัญหาของผู้รับการรักษาหรือผู้รับการบำบัดได้

2. ด้วยการศึกษาคุณลักษณะจิตมิติพบว่าแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่ามีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ ดังนั้นผู้ที่สนใจที่จะศึกษาวิจัยประเด็นใกล้เคียงกันสามารถประยุกต์แบบวัดเพื่อการวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ ได้ เช่น เครื่องมือในการสำรวจพฤติกรรม การวัดประเมินตัวแปร การใช้เทียบเคียงเพื่อศึกษาคุณภาพของแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. การศึกษาในระยะที่หนึ่งพบว่าโมเดลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประกอบด้วย 1) การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และ 2) พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการวางแผนกิจกรรมทางจิตวิทยาสำหรับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ควรเน้นไปที่การฝึกทักษะปฏิเสธหลีกเลี่ยงความเสี่ยงและสร้างพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ให้เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยระยะที่สองที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นในระยะหลังทดลองและติดตามผล 2 สัปดาห์หรืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลการวิจัยระยะที่สองจะเห็นได้ว่าการรักษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์สามารถพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาสุขภาพทางใจได้ ซึ่งงานของ Csillik (2015) กล่าวว่าแนวคิดการปรึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจยังไม่ได้กล่าวถึงเทคนิคให้การบ้านกับผู้รับบริการ ซึ่งการศึกษานี้ได้บูรณาการกิจกรรมพัฒนาความ

ชาวซึ่งขอบคุณเป็นการบ้านและนำมาพูดคุยระยะเริ่มต้นก่อนให้การปรึกษาทุกครั้ง ซึ่งจุดประสงค์ของการใช้เทคนิคดังกล่าวเป็นไปเพื่อพัฒนาอารมณ์เชิงบวกที่ทำได้ง่ายโดยเน้นจุดแข็งของผู้รับบริการ ช่วยลดแรงต้านในการเปลี่ยนพฤติกรรมและผู้รับบริการสามารถฝึกฝนได้ด้วยตนเอง สหวิชาชีพสามารถนำกิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณมาช่วยเสริมจุดแข็งของการปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงจูงใจให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

5. จากการศึกษาพบว่าการศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ เป็นรูปแบบการปรึกษาระยะสั้นที่มีผลต่อตัวแปรพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้รูปแบบการปรึกษาใช้เวลาสั้น ๆ เพียง 4 ครั้ง ซึ่งน้อยกว่ารูปแบบการปรึกษาอื่นที่ใช้เวลามากถึงจะเกิดประสิทธิผล (Flückiger, et al., 2020) ทั้งนี้รูปแบบการปรึกษาดังกล่าวยังถูกทดลองผ่านระบบให้การปรึกษาออนไลน์ ดังนั้นสหวิชาชีพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ผ่านระบบออนไลน์ซึ่งผู้รับบริการไม่จำเป็นต้องเสียเวลาเดินทางมาที่คลินิก ทั้งยังอาจช่วยลดการตีตราสำหรับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ต้องการปรึกษาในเรื่องประเด็นความเสี่ยงเรื่องเพศอีกด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการปรึกษาฯ ไปจัดฝึกอบรมให้กับสหวิชาชีพโดยใช้ระยะเวลาฝึกอบรมสองวัน ผลการสำรวจพบว่าสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมให้การปรึกษาฯ ในระดับมากที่สุดทั้งภาพรวมและรายข้อ เช่น จะแนะนำโปรแกรมให้การปรึกษาฯ กับผู้ที่มีความสนใจหรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำงานในบริบทใกล้เคียงโปรแกรมให้การปรึกษาฯ มีคุณภาพสูง และโปรแกรมให้การปรึกษาฯ มีความจำเป็นและตรงตามความต้องการ เป็นต้น

6. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่ใช้โปรแกรมการปรึกษาฯ ควรได้รับการฝึกอบรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเบื้องต้น เพื่อความเข้าใจกรอบแนวคิดทฤษฎี หลักการปรึกษา วิธีการ และเทคนิคบางประการเพื่อที่จะสามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือในโปรแกรมการปรึกษาฯ ให้ตรงกับวัตถุประสงค์และเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้รับบริการนั่นเอง

บรรณานุกรม

- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *The American psychologist*, 68(9), 791-800.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25-59): Springer.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of efficacy. In: New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26.
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of applied psychology*, 88(1), 87.
- Batchelder, A. W., Safren, S., Mitchell, A. D., Ivardic, I., & O'Cleirigh, C. (2017). Mental health in 2020 for men who have sex with men in the United States. *Sexual health*, 14(1), 59-71.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus open*, 2, 8-14.
- Bono, G., Krakauer, M., & Froh, J. J. (2014). The power and practice of gratitude. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 559-576.
- Bowen, A., Horvath, K., & Williams, M. (2007). Randomized control trial of an Internet delivered HIV knowledge intervention with MSM. *Health Education and Research*, 22(1), 120-127.
- Carpenter, K. M., Stoner, S. A., Mikko, A. N., Dhanak, L. P., & Parsons, J. T. (2010). Efficacy of a web-based intervention to reduce sexual risk in men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 14(3), 549-557.
- Celano, C. M., Gianangelo, T. A., Millstein, R. A., Chung, W.-J., Wexler, D. J., Park, E. R., & Huffman, J. C. (2018). A positive psychology–motivational interviewing intervention for patients with type 2 diabetes: Proof-of-concept trial. *The International Journal of*

Psychiatry in Medicine, 54(2), 97-114.

- Chan, D. W. (2010). Gratitude, gratitude intervention and subjective well-being among Chinese school teachers in Hong Kong. *Educational Psychology*, 30(2), 139-153.
- Chen, J., Li, X., Xiong, Y., Fennie, K. P., Wang, H., & Williams, A. B. (2016). Reducing the risk of HIV transmission among men who have sex with men: A feasibility study of the motivational interviewing counseling method. *Nurs Health Sci*, 18(3), 400-407. doi:10.1111/nhs.12287
- Chester, D. S., & Lasko, E. N. (2021). Construct validation of experimental manipulations in social psychology: Current practices and recommendations for the future. *Perspectives on Psychological Science*, 16(2), 377-395.
- Choi, K.-H., Steward, W. T., Miège, P., Hudes, E., & Gregorich, S. E. (2016). Sexual stigma, coping styles, and psychological distress: a longitudinal study of men who have sex with men in Beijing, China. *Archives of sexual behavior*, 45(6), 1483-1491.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum. Hillsdale, NJ, 75-108.
- Csillik, A. (2015). Positive Motivational Interviewing: Activating Clients' Strengths and Intrinsic Motivation to Change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 119-128. doi:10.1007/s10879-014-9288-6
- Cunha, L., Pellanda, L., & Reppold, C. (2019). Positive Psychology and Gratitude Interventions: A Randomized Clinical Trial. *Frontiers in psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.00584
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-w., & Oishi, S. (2009). New measures of well-being. In *Assessing well-being* (pp. 247-266): Springer.
- Emmons, R., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research*

methods, 41(4), 1149-1160.

Ferrer-Urbina, R., Mena-Chamorro, P., Zambrana, P., & Ramírez, C. (2020). Development and validity evidence of the Two-Dimensional Sexual Sensation Seeking Scale.

Revista Latinoamericana de Psicología, 52, 176-183.

Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C. (2013). *Statistical methods for rates and proportions*: John Wiley & Sons.

Flückiger, C., Wampold, B. E., Delgadillo, J., Rubel, J., Vísliá, A., & Lutz, W. (2020). Is there an evidence-based number of sessions in outpatient psychotherapy?—A comparison of naturalistic conditions across countries. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(5), 333-335.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.

Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., & Wyss, T. (2012). The good character at work: An initial study on the contribution of character strengths in identifying healthy and unhealthy work-related behavior and experience patterns. *International archives of occupational and environmental health*, 85(8), 895-904.

Gil-Llario, M., Ruiz-Palomino, E., Morell-Mengual, V., Giménez-García, C., & Ballester-Arnal, R. (2019). Validation of the AIDS Prevention Questionnaire: A brief self-report instrument to assess risk of HIV infection and guide behavioral change. *AIDS and Behavior*, 23(1), 272-282.

Grant, R. M., Lama, J. R., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A. Y., Vargas, L., . . . Ramirez-Cardich, M. E. (2010). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2587-2599.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective*: Pearson.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* 6th Edition. In: New Jersey: Prentice Hall.

Hair, J. H., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. L. (2019). *Multivariate Data Analysis*.

China: Cengage Learning EMEA.

Hall, K., Gibbie, T., & Lubman, D. I. (2012). Motivational interviewing techniques:

Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian family physician*, 41(9), 660-667.

Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of health and social behavior*, 17-29.

Holmes, C., & Foster, V. (2012). A preliminary comparison study of online and face-to-face counseling: Client perceptions of three factors. *Journal of technology in human services*, 30(1), 14-31.

Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological methods*, 3(4), 424-453.

Huffman, J. C., Feig, E. H., Millstein, R. A., Freedman, M., Healy, B. C., Chung, W.-J., . . .

Januzzi, J. L. (2019). Usefulness of a positive psychology-motivational interviewing intervention to promote positive affect and physical activity after an acute coronary syndrome. *The American journal of cardiology*, 123(12), 1906-1914.

Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health*, 7(3), 186-194.

doi:10.1080/1360786031000101157

Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1996). LISREL 8: User's reference guide. Mooresville:

Scientific Software Inc. In: Inc.

Kelloway, E. K. (2015). *Using Mplus for structural equation modeling: A researcher's guide*: Sage Publications.

King, R. (1999). *Sexual Behaviour Change for HIV: Where Have the Theories Taken Us? :*

UN AIDS.

Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation model. *New York:*

Guilford.

Kraus, R., Stricker, G., & Speyer, C. (2010). *Online counseling: A handbook for mental*

health professionals: Academic Press.

- Kristiana, I., & Ratna Kustanti, E. (2018). *Should I Be Grateful?: Gratitude and Teachers' Mental Health of Children with Special Educational Needs (SEN)*. Paper presented at the Advances in Social Science, Education and Humanities Research, 3rd Asean Conference on Psychology, Counseling and Humanities.
- Lai, S. T. (2017). 'The Three Good Things' – The effects of gratitude practice on wellbeing: A randomised controlled trial. *Health Psychology Update*, 26, 10-18.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, 4, 863.
- Le, T. M. D., Lee, P. C., Stewart, D. E., Long, T. N., & Quoc, C. N. (2016). What are the risk factors for HIV in men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam?-A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16(1), 1-10.
- Lee, J., & Cagle, J. G. (2017). Validating the 11-item revised University of California Los Angeles Scale to assess loneliness among older adults: An evaluation of factor structure and other measurement properties. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(11), 1173-1183.
- Leppink, J., O'Sullivan, P., & Winston, K. (2016). Effect size—large, medium, and small. *Perspectives on medical education*, 5, 347-349.
- Li, Mo, P., Kahler, C., & Lau, J. (2021). A three-arm randomised controlled trial to evaluate the efficacy of a positive psychology and social networking intervention in promoting mental health among HIV-infected men who have sex with men in China. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30.
- Li, J., Liu, H., Liu, H., Feng, T., & Cai, Y. (2011). Psychometric assessment of HIV/STI sexual risk scale among MSM: A Rasch model approach. *BMC Public Health*, 11(1), 1-8.
- Lin, S. Y., Lachowsky, N., Hull, M., Rich, A., Cui, Z., Sereda, P., . . . Moore, D. (2016). Awareness and use of nonoccupational post-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Vancouver, Canada. *HIV medicine*, 17.
doi:10.1111/hiv.12369

- Liu, J., Yi, Z., Zhao, Y., Qu, B., & Zhu, Y. (2018). The psychological health and associated factors of men who have sex with men in China: A cross-sectional survey. *Plos one*, *13*(5), e0197481.
- Lomas, T., Froh, J. J., Emmons, R. A., Mishra, A., & Bono, G. (2014). Gratitude interventions. In (Vol. 1).
- Lyke, J. A. (2009). Insight, but not self-reflection, is related to subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, *46*(1), 66-70.
- Maneesriwongul, W., Prajanket, O.-O., & Saengcharnchai, P. (2012). Effects of motivational interviewing or an educational video on knowledge about HIV/AIDS, health beliefs and antiretroviral medication adherence among adult Thais with HIV/AIDS. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *16*(2), 124-137.
- Meiksin, R., Melendez-Torres, G., Falconer, J., Witzel, T. C., Weatherburn, P., & Bonell, C. (2021). Theories of change for e-health interventions targeting HIV/STIs and sexual risk, substance use and mental ill health amongst men who have sex with men: systematic review and synthesis. *Systematic Reviews*, *10*, 1-28.
- Mena-Chamorro, P., Ferrer-Urbina, R., Sepúlveda-Páez, G., Cortés-Mercado, F., Gutierrez-Mamani, C., Lagos-Maldonado, K., & Peña-Daldo, M. (2020). Development and evidence of validity of the HIV risk perception scale for young adults in a Hispanic-American context. *Plos one*, *15*(4), e0231558.
- Mercer, C. H., Prah, P., Field, N., Tanton, C., Macdowall, W., Clifton, S., . . . Johnson, A. M. (2016). The health and well-being of men who have sex with men (MSM) in Britain: Evidence from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *BMC Public Health*, *16*(1), 1-16.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, *129*(5), 674.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not.

Behavioural and cognitive psychotherapy, 37(2), 129-140.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*: Guilford press.

Morgan, B., Gulliford, L., & Kristjánsson, K. (2017). A new approach to measuring moral virtues: the multi-component gratitude measure. *Personality and Individual Differences*, 107, 179-189.

Mueses-Marín, H. F., Alvarado-Llano, B., Torres-Isasiga, J., Camargo-Plazas, P., Bolívar-Rocha, M. C., Galindo-Orrego, X., & Martínez-Cajas, J. L. (2021). Scales to assess knowledge, motivation, and self-efficacy for HIV PrEP in Colombian MSM: PrEP-COL study. *AIDS Research and Treatment*, 2021.

Napper, L. E., Fisher, D., & Reynolds, G. (2012a). Perceived Risk of HIV Infection Scale (PRHS)(appears in: Development of the Perceived Risk of HIV Scale). Copyright: Creative Commons License.

Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. L. (2012b). Development of the Perceived Risk of HIV Scale. *AIDS and Behavior*, 16(4), 1075-1083. doi:10.1007/s10461-011-0003-2

Nintachan, P., & Moon, M. W. (2007). Modification and translation of the Thai version of the Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 127-134.

Ojanen, T. T. (2015). *Online Counseling Services for LGBTI People in Thailand: rationale, realization, and research*. Paper presented at the BUU & AMSAR 2015 International Conference: Communication Perspective: Social Connection in the Age of Digital Technology Practice.

Parsons, J. T., Lelutiu-Weinberger, C., Botsko, M., & Golub, S. A. (2014). A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 9.

Pengruck, L., Boonphak, K., & Sisan, B. (2019). Early childhood education: A confirmatory factor analysis concerning Thai administrators' creative administration. *Asia-Pacific Social Science Review*, 19(1), 17-32.

- Pietrowsky, R., & Mikutta, J. (2012). Effects of Positive Psychology Interventions in Depressive Patients—A Randomized Control Study. *Psychology, 03*, 1067-1073. doi:10.4236/psych.2012.312158
- Ping, W., Cao, W., Tan, H., Guo, C., Dou, Z., & Yang, J. (2018). Health protective behavior scale: Development and psychometric evaluation. *Plos one, 13*(1), e0190390.
- Plomp, T. (1997). *Development Research on/in educational development*. Netherlands: Twente University.
- Plucker, J. A. (2003). Exploratory and confirmatory factor analysis in gifted education: Examples with self-concept data. *Journal for the Education of the Gifted, 27*(1), 20-35.
- Poh Li, L., Jaladin, R. A. M., & Abdullah, H. S. (2013). Understanding the two sides of online counseling and their ethical and legal ramifications. *Procedia-social and Behavioral sciences, 103*, 1243-1251.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice, 19*(3), 276.
- Qu, L., Wang, W., Gao, Y., Yang, J., Dai, J., Wang, D., & Tao, B. (2016). A cross-sectional survey of HIV transmission and behavior among men who have sex with men in different areas of inner Mongolia Autonomous Region, China. *BMC Public Health, 16*(1), 1-10.
- Ramautarsing, R. A., Meksena, R., Sungsing, T., Chinbunchorn, T., Sangprasert, T., Fungfoosri, O., . . . Bunainso, W. (2020). Evaluation of a pre-exposure prophylaxis programme for men who have sex with men and transgender women in Thailand: learning through the HIV prevention cascade lens. *Journal of the International AIDS Society, 23*, e25540.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C., & Singer, B. (1996). Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and

- Implications for Psychotherapy Research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65, 14-23. doi:10.1159/000289026
- Sakunpong, N., & Ritkumrop, K. (2021). Psychometric Properties of the Thai Version Psychological Well-Being Scale and the Factors Related to among Thai Patients with Major Depressive Disorder. *Depression research and treatment*, 2021, 2592548-2592548. doi:10.1155/2021/2592548
- Sao, S. S., Minja, L., Vissoci, J. R. N., & Watt, M. H. (2022). The Development and Psychometric Evaluation of the HIV Stigmatizing Attitudes Scale (HSAS) in Tanzania. *AIDS and Behavior*, 1-14.
- Schumacher, J. A., & Madson, M. B. (2014). *Fundamentals of motivational interviewing: Tips and strategies for addressing common clinical challenges*: Oxford University Press.
- Seekaew, P., Pengnonyang, S., Jantarapakde, J., Sungsing, T., Rodbumrung, P., Trachunthong, D., . . . Lingjongrat, D. (2018). Characteristics and HIV epidemiologic profiles of men who have sex with men and transgender women in key population-led test and treat cohorts in Thailand. *Plos one*, 13(8), e0203294.
- Shryock, S., & Meeks, S. (2018). Internal consistency and factorial validity of the 42-item psychological well-being scales. *Innovation in Aging*, 2(Suppl 1), 690.
- Stevens, J. (1996). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Mahwah.
- Toepfer, S., Cichy, K., & Peters, P. (2012). Letters of Gratitude: Further Evidence for Author Benefits. *Journal of Happiness Studies*, 13, 187-201. doi:10.1007/s10902-011-9257-7
- Tooley, E. (2012). *Organizational factors and therapist attitudes in the prediction of MI adoption*: The University of New Mexico.
- Torres, T. S., Luz, P. M., Marins, L., Bezerra, D. R., Almeida-Brasil, C. C., Veloso, V. G., . . . Thombs, B. D. (2021). Cross-cultural adaptation of the Perceived Risk of HIV Scale in Brazilian Portuguese. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-12.
- Tucker, J. S., D'Amico, E. J., Ewing, B. A., Miles, J. N., & Pedersen, E. R. (2017). A group-

based motivational interviewing brief intervention to reduce substance use and sexual risk behavior among homeless young adults. *Journal of substance abuse treatment*, 76, 20-27.

- Wang, Z., Lau, J. T., Ip, M., Ho, S. P., Mo, P. K., Latkin, C., . . . Kim, Y. (2018). A randomized controlled trial evaluating efficacy of promoting a home-based HIV self-testing with online counseling on increasing HIV testing among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 22(1), 190-201.
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues and Applications* (pp. 56-75): Sage.
- Willis, G. B. (2015). *Analysis of the cognitive interview in questionnaire design*: Oxford University Press.
- Wong, Y. J., Owen, J., Gabana, N., Brown, J., McInnis, S., Toth, P., & Gilman, L. (2016). Does gratitude writing improve the mental health of psychotherapy clients? Evidence from a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 28, 1-11. doi:10.1080/10503307.2016.1169332
- Zlatanović, L. (2015). Self-efficacy and health behaviour: Some implications for medical anthropology. *Glasnik Antropološkog društva Srbije*, 51(1-2), 17-25.
- กรมควบคุมโรค. (2562). แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2562-2564. นนทบุรี: กองนวัตกรรมและวิจัย.
- กวิณทิพย์ จันทนิยม, เพ็ญนภา กุลนภาดล และ ดลดาว วงศ์ธีระธรรม. (2563). ผลการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัท. วารสารการวัดผลการศึกษา ปีที่ 37, ฉบับที่ 101 (ม.ค.-มิ.ย. 2563), หน้า 114-126.
- ขวัญชาย ดำรงค์ขวัญ. (2561). เอดส์ปฐมบทแห่งการเรียนรู้จากโรงพยาบาลบำราศในอดีต. นนทบุรี: พีเอ็นเอส ครีเอชั่น.
- คณิศร แก้วแดง และ สุมาลี ราชนิยม. (2558). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 26, 128-135.
- จุฑามาศ เทียนสะอาด และ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2559). การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: แนวคิดและการประยุกต์ในผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง. วารสารรามาริบัติพยาบาลสาร, 22(3), 224-

232.

ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2559). การใช้ *IBM SPSS Statistics* เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ชุติมา สืบวงศ์ลี. (2553). การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา. (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2553). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: สุานบัณฑิต.

ณัฐฐิกา นวลเต็ม. (2560). รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกรณีศึกษาจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ (วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)) -- มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2560.,

ณัฐนันท์คำ พิริยะพงศ์ และ ศิริพันธุ์สาส์ตย์. (2560). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารแพทย์นาวิ, 44(3), 67-83.

ณัฐวุฒิ สรพิพัฒน์เจริญ, วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ และ อนงค์วิเศษสุวรรณ. (2558). การปรับตัวของนิสิตที่รับการปรึกษาออนไลน์ตามแนวทฤษฎีการปรึกษาแบบเน้นทางออก. วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา, 13(1), 79-93.

ดาราวันต์ รักสตัย. (2557). อิทธิพลของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์โดยมีความเข้มแข็งในการมองตลกเป็นตัวแปรส่งผ่าน. วิทยานิพนธ์ (กศ.ม. (สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ)) -- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2557.,

เดชกุล มัทวานุกุล, ภัทรานิษฐ์ พรหมสุรินทร์ และ สุนิศา โยธารส. (2566). การวิจัยและพัฒนาทางการศึกษา. วารสารพุทธจิตวิทยา, 8(2), 383-396.

ธีระดา ภิฎโญ. (2561). เทคนิคการแปลผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสำหรับงานวิจัย. วารสารปัญญาภิวัฒน์, 10, 292-304.

นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์ และ ภาสกร คุ่มศิริ. (2564). การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: บทความฟื้นฟูวิชาการ. วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย, 52, 62-74.

นันท์ชัตถ์สนธ์ สกุลพงศ์. (2557). บทความฟื้นฟูวิชาการจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสาน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 22(2), 103-114.

นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 13(1), 98-108.

- นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์พีชร์ และ ญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ., 5(1), 499.
- บุญมี พันธุ์ไทย. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเบื้องต้น = *Introduction to educational research methodology: MR 393* (พิมพ์ครั้งที่ 1.. ed.): กรุงเทพฯ : ภาควิชาการประเมินและการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ปภัสรา อาษา และ ทองพันธ์ เจริมประยงค์. (2560). สารสนเทศสื่อรัก: รูปแบบสารสนเทศดิจิทัลส่วนบุคคลในบริบทการหาคู่ออนไลน์ของชายรักชาย. วารสารสนเทศศาสตร์, 35(1), 24-52.
- ปริญศ กิตติธีระศักดิ์ และ Matthews, A. K. (2562). แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย: กรอบแนวคิดของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตในคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศภาวะ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(1), 1-17.
- ปัญจรัตน์ ไล่สุวรรณชาติ, นฤมล เอี่ยมถนิกุล และ อาภาพร เฝ้าวัฒนา. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(2), 177-189.
- ปัญญวิชญ์ แสงจันทร์ และ พิสุทธิลักษณ์ บุญโต. (2562). การเป็ยงเบนทางเพศ: การแสดงออกบนสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มรักร่วมเพศ (ชายรักชาย). Paper presented at the งานมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์วิชาการ ครั้งที่ 5 พลังนักศึกษา พลังวิชาการ ขับเคลื่อนสังคมและการนำเสนอผลงานระดับปริญญาตรีด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ครั้งที่ 1 ประจำปี 2562, พระนครศรีอยุธยา.
- พิชัย แสงชัยชาญ. (2553). การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.
- พิรุณโปรย สำโรงทอง. (2554). การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและเจตคติต่อการเรียนภาษาไทยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์กับการจัดการเรียนรู้ตามคู่มือครู. ปรินญานินพนธ์ (กศ.ม. (การมัธยมศึกษา)) -- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2554., Retrieved from http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Sec_Ed/Pirounproy_S.pdf
- http://ils.swu.ac.th:8991/F?func=service&doc_library=SWU01&local_base=SWU01&doc_number=000341211&sequence=000001&line_number=0001&func_code=DB_REC ORDS&service_type=MEDIA

- พิศสมัย อรทัย, & พัชรินทร์ นันทจันทร์. (2557). การทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับวัยรุ่นไทย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 8(3), 212-222.
- ไพฑูริย์ สุขศรีงาม. (2557). หลักการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร. วารสารวิชาการการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม, 1(1), 7-13.
- ไพโรจน์ จันทรมณี และ สุปียา จันทรมณี. (2559). ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทยโดยวิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบวัน เวลา สถานที่และการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบส่งต่อ. วารสารควบคุมโรค, 42(4), 269-279.
- ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 58-65.
- ศรัณย์ พิมพ์ทอง. (2554). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. ปริญญาานิพนธ์ (ปร.ด. (พัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม)) -- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2554.,
- ศรัณย์ พิมพ์ทอง และ ดุจเดือน พันธุมนาวิน. (2555). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย: ตัวแบบสมการโครงสร้าง. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 18(2), 90-107.
- ศุภดิษฐ์ บาริสรี, ดุสิต สุจิรารัตน์ และ มธุรส ทิพยมงคลกุล. (2561). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายและกลุ่มชายข้ามเพศบางจังหวัดในประเทศไทย. วารสารการประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ, 16, 275-283.
- ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. (2560). รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ปี พ.ศ. 2560. . กรุงเทพฯ: บริษัททกหนึ่งเจ็ดจำกัด.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2558). คู่มือการให้การปรึกษาและติดตามแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในปัญหาพหุนัน. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุดารัตน์ ตันติวิทัทน์. (2560). จิตวิทยาเชิงบวก: การพัฒนา การประยุกต์ และความท้าทาย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 9(1), 277-290.
- สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์. (2559). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบออนไลน์แนวอัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยมต่อสุขภาวะของนิสิตนักศึกษาปริญญาตรีที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์. ปริญญาานิพนธ์ (ปร.ด. (จิตวิทยา)) -- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559.,
- สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ และ อรัญญา ต้อยคำภีร์. (2560). การส่งเสริมสุขภาวะในนิสิตนักศึกษา

ปริญญาตรีด้วยการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบออนไลน์. . วารสารพฤติกรรมศาสตร์
เพื่อการพัฒนา, 9(2), 56-72.

อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เศรษฐ์โชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่
และ สุจิต สุวรรณชีพ. (2544). การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย., 46(3), 209-225.

อัจฉราวรรณ งามญาณ. (2554). อันเนื่องมาแต่สูตรของยามาเน่. วารสารบริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 34(131), 51.

อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร และ สุนีย์ ละกำป็น. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพและการ
ป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: คลังนานา
วิทยา.

อารีวรรณ กลั่นกลิ่น และ วาสนา อุปป้อ. (2562). ทฤษฎีฐานรากในวิจัยทางการแพทย์. พยาบาล
สาร, 46, 116-127.

อุบล เลี้ยววาริณ. (2555). การวิจัยและพัฒนาชุดฝึกความสำนึกผู้คุณเพื่อเสริมสร้างความกตัญญู
ผู้คุณ ความรับผิดชอบและผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
วารสารวิจัยและพัฒนา (มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา), 4, 4-16.

ภาคผนวก





ภาคผนวก ก
ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงปัญหา

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการป้องกันเชื้อเอชไอวีมากกว่า 5 ปี ประกอบด้วยแพทย์พยาบาล และนักจิตวิทยา ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มองค์ประกอบพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยจัดกลุ่มคำที่มีความหมายหลักคล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน จากเปรียบเทียบพบว่าข้อมูลสามารถแบ่งออกเป็นแนวคิดหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่

ตาราง 27 ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงปัญหา

ผู้ให้ข้อมูล	ตัวอย่างข้อมูล
	กลุ่มแนวคิดที่ 1 พฤติกรรมการปฏิเสธหลีกเลี่ยงความเสี่ยง
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1	<p>ตัดไปเลยไม่มีเพศสัมพันธ์ ไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น</p> <p>ชาน้ำมันคือแหล่งที่เกย์นิยมไปมั่วสุม กันทางเพศสัมพันธ์คือไปทำอะไรกันเพื่อที่จะไปเจอกันและทำอะไรกัน</p> <p>ไปพบกันแล้วก็ไปมีเพศสัมพันธ์กัน ก็ไปเจอกันกันนัดหมายกันได้เหมือนกัน ก็สถานที่ที่ให้บริการทางเพศนอกจากร้านนวดก็คือจะเป็นชาน้ำมันี่ละครับที่ให้บริการทางเพศอยู่</p> <p>กรณีเพื่อนชวนแล้วมีการบายเบียงก็คือไม่ไปคือการที่พวกเขาเนี่ยมันก็เป็นความเสี่ยงอยู่แล้ว การบายเบียงที่จะไม่ไปก็คือการป้องกัน ความเสี่ยงก็ได้เนาะ</p>
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2	<p>ก็หลีกเลี่ยงก็คือการปฏิเสธอะ ไม่มีเช็ชท์กับคนเพิ่งรู้จักใช้ไหมละ หลีกเลี่ยงได้ก็คือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์</p> <p>คุณพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุที่ทำให้เกิดความต้องการทางเพศ เช่น อันนี้ก็ได้เนาะ ที่ว่าแต่เพิ่มไอนี้ใส่ตัวอย่างพฤติกรรมเพิ่ม</p> <p>พยายามหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือสารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ พวกนี้มันจะมีบางที่มันเล่นไอซ์เล่นอะไร...หรือดมไอซ์ดมอะไรพวกนี้อะ</p> <p>กระตุ้นให้มีเพศสัมพันธ์</p> <p>อยู่กับผู้ชายหลายคนก็จิ้มคนนั้นมาจิ้มคนนั้น มันก็ Cross ติดกันไปหมด มันก็ ค่ะ ถึงแม้ว่าตัวเองจะสวมถุงยาง อะไรประมาณนั้นนะ เขาเรียกว่าพฤติกรรมอะไร สวิงๆ สวิงกิ้ง</p>

ตาราง 27 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	ตัวอย่างข้อมูล
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3	<p>ตอนนี้มันเป็นเรื่องของ การหาคุ้ทาง facebook หรือว่ากับอีกพฤติกรรมหนึ่ง คือพวกกลุ่ม ใช้คำว่าอะไร หมอไม่แน่ใจว่าเขาใช้คำว่าอะไรเขาอาจจะ เรียกคำว่า เป็นเซ็กซ์หมู่ ที่มีเซ็กซ์พร้อม ๆ กันหลาย ๆ คนนี้ คำไม่ออก Sex กลุ่มหรือว่ายังไง</p> <p>...ผสมผสมหลาย ๆ ตัวแล้ว ก็ทำให้เกิดอาการเมินเมา แล้วก็เกิด ความแบบอีกเหิม กระตุ้นอารมณ์อะไรประเภทแบบนั้นอะคะ เพราะฉะนั้นมัน ก็จะเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งหรือแม้กระทั่งการใช้เข็มร่วมกันพวกนั้นอะคะ</p> <p>....</p> <p>ถ้าเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์นี้เราจะไปวัดในด้านของการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ ด้วย</p> <p>มักไม่มีการสวมถุงยางโดยที่มีเพศสัมพันธ์ นอนที่คนรู้จักกันที่ไม่ใช่คู่รัก ที่ไม่รู้จักกัน</p>
กลุ่มแนวคิดที่ 2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีขณะมีเพศสัมพันธ์	
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1	<p>ฉะนั้นเนี่ยเป็นการป้องกันที่ค่อนข้างดีเลย ถ้าใช้ prep ร่วมกับสวมถุงยางอนามัยเนี่ย โอกาสที่จะติดเชื้อก็จะลดลงเยอะมาก</p> <p>ตัววาสลีนกับตัวโลชั่นทาผิวเนี่ยมัน จะเป็นพอลิเมอร์ พอมันเป็นพอลิเมอร์ แล้วเขาก็จะไม่ค่อยติดกับพลาสติก ไม่ติดกับยางเพราะฉะนั้นเนี่ย เวลาที่ใช้กับถุงยางอนามัยถุงยางอนามัยก็จะ แยกได้เพราะฉะนั้น ความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาก็จะมี เยอะกว่าการใช้สารหล่อลื่น</p> <p>กรณีการที่จะมีเพศสัมพันธ์ กับคนที่ว่าเราไว้ใจเราไม่ต้องป้องกัน มันเป็นการป้องกันตัวเองด้วยเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย</p>
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2	<p>ต้องใส่ถุงยาง เขาต้องตระหนักในเรื่อง อันนี้ด้วย เรื่องมีความรู้ HIV ซิฟิลิส แล้วการใส่ถุงยางให้ถูกต้อง</p> <p>ผู้ชายรักชายเนี่ย เขาไม่ท้อง เนี่ยเขาก็เลย ไม่ค่อยใส่ถุงยางกัน นะคะ หรือว่าถ้า ถ้าไม่ใส่ต้องมากินยา prep ยาป้องกัน</p> <p>ส่วนใหญ่วาสลีนโลชั่น มันไม่น่าจะนำมาใช้ไง เพราะทำให้ถุงยางแตกได้ เนี่ยมันเป็นความเสี่ยงเหมือนกันนะเพราะว่าการใช้วาสลีนพวกนี้มันทำให้ถุงแตก</p>

ตาราง 27 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	ตัวอย่างข้อมูล
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3	<p>การมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนชายโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมันก็มีความเสี่ยง</p> <p>ถ้าเขาไม่มีเจลหล่อลื่นเขาใช้อะไร ถ้าเขาใช้วาสลีนหรือโลชั่นก็คือ มีความรู้ที่ผิด หรือไม่มีความรู้</p> <p>ไม่ต้องการให้เขาติด HIV ก็คือ prep แล้วถ้าเขาไม่ใส่ถุงยาง ใส่ถุงยางใหม่ถ้าไม่ใส่ถุงยาง ก็ต้องไปดูว่ากินprepไหม</p>
กลุ่มแนวคิดที่ 3 การจัดการแรงกระตุ้นทางเพศที่เหมาะสม	
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1	<p>ถ้ามีความต้องการทางเพศคุณสามารถจัดการตัวเองได้หรือเปล่า คือ การจัดการด้วยตัวเองเนี่ยมันอาจจะ เป็น masturbation ก็ได้ อาจจะเป็นเล่นกีฬาก็ได้หรืออาจจะ เป็น sleep ก็ได้ หรืออาจจะ เป็นนอน อาจจะ เป็นฟังเพลง หรืออาจจะ เป็น ไปพบเพื่อนเนี่ยครับซึ่งมัน ก็ทำ ได้หมดหรือทำงานบ้าน หรืออะไรก็ได้ปลูกต้นไม้ มันก็ทำได้หมด อยากเลี้ยงสุนัข เลี้ยงหมาเนี่ยครับ อันนี้มันก็ต้องดูว่าเวลา มีความ ต้องการทางเพศเนี่ยเขาจัดการได้ไหม</p> <p>“...การจัดการความต้องการทางเพศของตนเองได้ ถ้าไม่มีการควบคุมที่เหมาะสมก็จะมีพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น เช่น พยายามเล่น Application หาคู่ พยายามเซทหาคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วย พยายามหาแหล่งที่มีเพศสัมพันธ์ให้ได้ ต้องการมีเพศสัมพันธ์ด้วยกับใครสักคนหนึ่งกลายเป็นความเสี่ยง</p> <p>การให้ความสนใจเรื่องอื่นก็สามารถลดความเสี่ยงเรื่องเพศได้ ลดความจดจ่อกับสิ่งกระตุ้นทางเพศ การ focus ก็กับการสร้างความสุขในชีวิตเรื่องอื่น ๆ ให้มากขึ้น การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจก็อาจทำให้หมกมุ่นกับเรื่องทางเพศลดลงได้...บางคนใช้ sex เป็นที่ระบายความเครียดก็มี</p>

ตาราง 27 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	ตัวอย่างข้อมูล
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2	<p>....ออกไปเต้น แอโรบิคอะไรพวกนี้ พาไปออกกำลังกายวิ่งวงอะไรพวกนั้นนะมันก็จะช่วยได้ นะ เออให้มันหายในความต้องการ วิ่งออกกำลังกาย อาบน้ำ....</p> <p>ถ้าเกิดมีการฉีกขาดของ ทวารหนักอะแล้วมือเรามีแผลอย่างนี้ มันก็ติดเชื้อ HIV ได้เหมือนกันนะ</p> <p>การช่วยตัวเองอะโรยแบบนี้ ต้องมีเช็ทซ์เลย วิธีที่จะทำให้คุณหายจากความต้องการ</p>
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3	<p>การควบคุมอารมณ์หรือว่า Manage อารมณ์ได้ดี อาจจะมี risk ของตัวการติดเชื้อ ที่ต่างจากคนที่ Manage เรื่องพรั้งนี้ได้ไม่ดีหรือเปล่า</p> <p>เขามีการตัดสินใจอย่างไรกับการควบคุมหรือว่ามีพฤติกรรมทางเพศอย่างไร คือเรียกกง่าย ๆ ว่าหาทางออก</p> <p>.... ก็น่าจะเป็นในเรื่องของวัดการควบคุม...การ manage อารมณ์ การคุมอารมณ์...</p>

จากการสัมภาษณ์เชิงปัญญาผู้วิจัยสรุปว่าพฤติกรรมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ กลุ่มแนวคิดที่ 1 พฤติกรรมการปฏิเสธหลีกเลี่ยงความเสี่ยง กลุ่มแนวคิดที่ 2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มแนวคิดที่ 3 การจัดการแรงกระตุ้นทางเพศที่เหมาะสม ผู้วิจัยดำเนินการสร้างข้อคำถามชี้วัด นำไปปรัการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาต่อไป



ภาคผนวก ข
การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและข้อเสนอแนะแบบวัดจากผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC)

ตาราง 28 สรุปค่า IOC ครั้งที่ 1 และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงข้อคำถาม

ข้อ	คะแนนของผู้ทรงฯ			IOC	การพิจารณา	ข้อเสนอแนะ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
องค์ประกอบที่ 1 พฤติกรรมการปฏิเสธหลีกเลี่ยงความเสี่ยง						
1	1	1	-1	0.33	ตัดทิ้ง	คนที่ 2 เอาความถี่ออกไปจากข้อคำถามได้เลย
2	0	-1	-1	-0.66	ตัดทิ้ง	คนที่ 1 ถ้าไม่ได้เป็นสมาชิกแล้วดูสื่ออื่นที่ไม่ใช่กลุ่มเฉพาะได้ไหม คนที่ 2 กลุ่มเฉพาะหมายถึงอะไร เช่น กลุ่มไลน์แบบเสียเงิน หรือหมายถึง follow twitter account ทั่วไป ข้อนี้สุดท้ายแล้วเทียบเคียงได้กับข้อ 7 (ซึ่งข้อ 7 ก็มีข้อเสนอในการปรับ) เสนอให้ตัดข้อนี้ออกได้เลย
3	1	1	-1	0.33	ตัดทิ้ง	คนที่ 2 ใส่ไว้ได้ ปัจจุบันนัดกันผ่านแอปหมดแล้ว อาจจะได้มีผลที่มียัยสำคัญมาก
4	0	1	1	0.66	ใช้ได้	คนที่ 1 เพิ่มคำว่า “เพื่อมีเพศสัมพันธ์” คนที่ 3 ปรับข้อคำถามเป็น “คุณเลือกผ่อนคลายด้วยการไปสถานบริการที่มีบริการทางเพศแฝง เช่น บาร์ไฮสผู้ชาย ชวน่า ร้านนวด”
5	0	1	-1	0	ตัดทิ้ง	คนที่ 1 เพิ่มคำว่า “เพื่อมีเพศสัมพันธ์”
6	1	0	1	0.66	ใช้ได้	คนที่ 2 ระบุให้ชัดไปเลยว่า “ใช้สารเสพติดเพื่อกระตุ้นความรู้สึกระหว่างมีเพศสัมพันธ์”
7	1	-1	-1	-0.33	ตัดทิ้ง	คนที่ 2 มีหลักฐานการศึกษาว่าผู้มี

ข้อ	คะแนนของผู้ทรงฯ			IOC	การ	ข้อเสนอแนะ
						พฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศมักดูสื่อด้านเพศที่มีความเสี่ยง อาจปรับเป็น “...ชอบดูหนังโป๊ที่ผู้แสดงไม่ใช่ดูอย่างอนามัยระหว่างมีเพศสัมพันธ์”
8	1	0	-1	0	คัดทิ้ง	คนที่ 2 ถ้าเปลี่ยนเป็น one night stand จะมิงงานวิจัยที่พูดถึงความสัมพันธ์เชิงลบกับ HIV/AIDS awareness อยู่
9	1	-1	-1	-0.33	คัดทิ้ง	คนที่ 2 ไม่มีหลักฐานรองรับ
10	1	1	1	1.00	ใช้ได้	คนที่ 2 ให้คะแนน +1 ต่อเมื่อเปลี่ยน item นี้ไปเลยเป็น “คุณมีเช็ทซ์ห่มหรือปาร์ตี้เช็ทซ์” เพราะเป็นส่วนที่ยังไม่ได้ถามในข้ออื่น เนื่องจากส่วนที่เหลือซ้ำกับข้อ 4 และ 5 คนที่ 3 ปรับข้อคำถามเป็น “คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เช็ทซ์ห่ม ปาร์ตี้ที่มีการใช้สารเสพติด”
องค์ประกอบที่ 2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี						
1	1	1	-1	0.33	คัดทิ้ง	คนที่ 3 หากไม่ได้ทาน แต่ป้องกันตัวเองอย่างดี เช่น ใช้ถุงยาง หรือหลีกเลี่ยงได้ ก็ไม่ได้หมายความว่าจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันต่ำ
2	1	1	-1	0.33	คัดทิ้ง	
3	1	1	1	1.00	ใช้ได้	คนที่ 3 ปรับข้อคำถามเป็น “เมื่อรู้ตัวว่ามีความเสี่ยง คุณจะรีบติดต่อหน่วยงานเพื่อทานยาต้านเอชไอวี (PEP) ภายใน 72 ชั่วโมง และทานยาต่อเนื่องจนครบ

ข้อ	คะแนนของผู้ทรงฯ			IOC	การ	ข้อเสนอแนะ
						ตามระยะเวลาที่กำหนด
4	1	1	1	1.00	ใช้ได้	
5	1	1	0	0.66	ใช้ได้	
6	1	1	-1	0.33	คัดทิ้ง	
7	1	1	1	1.00	ใช้ได้	
8	1	1	0	0.66	ใช้ได้	
9	1	1	1	1.00	ใช้ได้	คนที่ 3 ปรับคำใหม่ อ่านแล้ววง ๆ
10	1	1	1	1.00	ใช้ได้	
11	1	1	1	1.00	ใช้ได้	คนที่ 2 เพิ่มคำว่า "ที่"
12	1	1	1	1.00	ใช้ได้	
13	1	0	0	0.33	คัดทิ้ง	คนที่ 1 เปลี่ยนจากคำว่า "เป็นหมู่" เป็น คำว่า "มากกว่าสองคน" คนที่ 2 หมายถึงการมีเช็ทซ์หมู่หรือไม่ ถ้าใช้ให้ตัดออกเพราะซ้ำกับส่วนที่แล้ว
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการแรงกระตุ้นทางเพศที่เหมาะสม						
1	1	0	1	0.66	ใช้ได้	
2	1	0	-1	0	คัดทิ้ง	คนที่ 2 มีหลักฐานว่า sex toy มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อซิฟิลิส ในทาง HIV ก็ยังไม่มีหลักฐานขนาดนั้น การจะบอกว่าเป็นข้อคำถามเชิงบวกน่าจะด่วนสรุปเกินไป
3	1	0	1	0.66	ใช้ได้	คนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง musturbation กับ HIV risks ค่อนข้าง complicated ใ้ว่าเป็นข้อคำถามเชิงบวกดูด่วนสรุปเกินไป
4	1	1	1	1	ใช้ได้	
5	1	1	1	1	ใช้ได้	
6	1	1	1	1	ใช้ได้	คนที่ 1 เพิ่ม "...ความรุนแรงด้าน

ข้อ	คะแนนของผู้ทรงฯ			IOC	การ	ข้อเสนอแนะ
						ร่างกายที่จะทำให้เกิดบาดแผล...”
7	1	-1	1	0.33	คัดทิ้ง	คนที่ 2 ข้อนี้ไม่แน่ใจว่าหมายถึงอะไร หมายถึงใช้มือ ใช้ปาก หรือยอมให้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเลย คนที่ 3 อาจยกตัวอย่างด้วย
8	1	-1	1	0.33	ทบทวน ย้ายไป องค์ประกอบ บ 1	คนที่ 2 ตัดข้อนี้ออก ซ้ำกับสิ่งที่ถามใน ส่วนที่ 1 ไปแล้ว (เรื่องการเปลี่ยนคู่นอน) คนที่ 3 ข้อนี้ตรงกับองค์ประกอบ 1
9	1	1	-1	0.33	คัดทิ้ง	คนที่ 2 เปลี่ยนเป็น “คุณไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น หากไม่ใช่แฟน/คูครองของตนเอง” จะชัดกว่า
10	1	0	-1	0	คัดทิ้ง	คนที่ 2 คำไม่ชัดเจนว่าดูแลด้านจิตวิญญาณหมายถึงอะไร
11	1	0	-1	0	คัดทิ้ง	คนที่ 2 ข้อนี้มีบางงานที่พบว่า MSM ที่เล่นยิม มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ฉะนั้นสรุปเป็นข้อคำถามเชิงบวกน่าจะยังไม่ได้

จากวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและจุดประสงค์ของการวัด (IOC) ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ราย โดยพิจารณาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 19 ข้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.66-1.00 ดังแสดงในตาราง

ตาราง 29 สรุปค่าคะแนน IOC และข้อความที่ปรับปรุงจากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ครั้งที่ 1)	IOC	พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ครั้งที่ 2)	IOC
ด้านที่ 1 การปฏิเสธหลีกเลี่ยงความเสี่ยง			
1. คุณเปลี่ยนคู่นอนใหม่มากกว่าหนึ่งคนต่อเดือน	0.33	1. คุณเลือกผ่อนคลายเป็นการไปสถานบริการที่มีบริการทางเพศแฝง เช่น บาร์โฮสผู้ชาย ชาวน่า ร้านนวด (X1)	0.66
2. คุณเป็นสมาชิกและคู่อีกระดับอารมณ์ทางเพศในกลุ่มเฉพาะบนโซเชียลออนไลน์	-0.66	2. คุณปฏิเสธเพื่อนทันที เมื่อถูกชวนไปสถานที่นัดหมายเฉพาะกลุ่ม เช่น สวนสาธารณะ ห้องน้ำสาธารณะ ใต้ทางด่วนที่เป็นแหล่งนัดพบ (X2)	1.00
3. คุณนัดหมายเพื่อนชายเพื่อมีเพศสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชัน เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ทินเดอร์ ทวิตเตอร์	0.33	3. คุณใช้สารเสพติดช่วยกระตุ้นความรู้สึกต่าง ๆ ของคุณ (X3)	0.66
4. คุณผ่อนคลายเป็นการไปสถานที่ให้บริการเฉพาะ เช่น บาร์โฮสผู้ชาย ชาวน่า สปา ร้านนวด	0.66	4. คุณหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์เมื่อพบว่าคู่นอนของตนไม่ป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย (X4)	0.66
5. คุณไปท่องเที่ยวสถานที่นัดหมายเฉพาะกลุ่ม เช่น สวนสาธารณะ ห้องน้ำสาธารณะ ใต้ทางด่วนที่เป็นแหล่งนัดพบ	0	5. คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กส์หมู การไปแหล่งนัดพบเพื่อมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด (X5)	1.00
6. สารเสพติดช่วยกระตุ้นความรู้สึกต่าง ๆ ของคุณได้	0.66		
7. คุณเลี่ยงการคู่อีกระดับอารมณ์ทางเพศ เช่น ภาพยนตร์โป๊ รูปภาพเปลือย	-0.33		
8. คุณหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่	0		

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ครั้งที่ 1)	IOC	พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ครั้งที่ 2)	IOC
ครั้งแรกเมื่อได้พบกับเพื่อนชาย			
9. คุณหลีกเลี่ยงการอยู่กับเพื่อนชายตามลำพังสองต่อสอง	-0.33		
10. คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปมีกิจกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น ชวนไปร้านนวด การอยู่สองต่อสอง เช็กซ์หมู่ บาร์ไฮสผู้ชาย	0.33		
ด้านที่ 2 พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี			
11. คุณทานยาป้องกันเอชไอวี (PrEP) วันละ 1 เม็ด ก่อนมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 1 สัปดาห์	0.33	6. คุณปฏิเสธการเปลี่ยนคู่อ้อย ๆ (X6)	1.00
12. คุณทานยาป้องกันเอชไอวี (PrEP) ในช่วงที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไอวี	0.33	7. เมื่อรู้ตัวว่ามีความเสี่ยง คุณจะรีบติดต่อหน่วยงานเพื่อทานยาต้านเอชไอวี (PEP) ภายใน 72 ชั่วโมง และทานยาต่อเนื่องจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด (X7)	1.00
13. คุณทานยาต้านเอชไอวี (PEP) หลังมีความเสี่ยงภายใน 72 ชั่วโมง และทานยาต่อเนื่องติดต่อกัน 28 วัน	1.00	8. คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (X8)	1.00
14. คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	1.00	9. คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (X9)	0.66
15. คุณใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก	0.66	10. คุณใช้สารหล่อลื่นที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันในขณะมีเพศสัมพันธ์ (X10)	1.00
16. คุณทานยาป้องกันเอชไอวี (PrEP) ร่วมกับสวมถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์	0.33	11. คุณตรวจสอบผลตรวจเลือดของคุณนอนและตัวเองก่อนมีเพศสัมพันธ์ (X11)	0.66

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ครั้งที่ 1)	IOC	พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ครั้งที่ 2)	IOC
17. คุณใช้สารหล่อลื่นที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันในขณะที่มีเพศสัมพันธ์	1.00	12. คุณพยายามไม่สัมผัสบาดแผลโดยตรงหลังจากมีเพศสัมพันธ์ (X12)	1.00
18. คุณตรวจสอบผลตรวจเลือดของคุณนอนและตัวเองก่อนมีเพศสัมพันธ์	0.66	13. คุณมีเพศสัมพันธ์แบบหลังนอกโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (X13)	1.00
19. คุณพยายามไม่สัมผัสบาดแผลหลังการมีเพศสัมพันธ์โดยตรง	1.00	14. คุณใช้เจลที่เป็นน้ำมัน โลชั่น หรือน้ำลายขณะมีเพศสัมพันธ์แทนสารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำ (X14)	1.00
20. คุณมีเพศสัมพันธ์แบบหลังนอกโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	1.00		
21. คุณใช้เจลปิโตรเคมี โลชั่น หรือน้ำลายขณะมีเพศสัมพันธ์แทนสารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำ	1.00		
22. คุณใช้สารเสพติดเพื่อกระตุ้นความสุขทางเพศขณะมีเพศสัมพันธ์ให้เพิ่มขึ้น	1.00		
23. คุณมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์แบบสลับคู่ไปมาเป็นหมู่	0.33		
ด้านที่ 3 การจัดการแรงกระตุ้นทางเพศที่เหมาะสม			
24. คุณใช้อุปกรณ์ทางเพศ (sex toy) กับตนเองเมื่อมีอาการทางเพศ	0.66	15. เมื่อมีอาการทางเพศ คุณใช้วิธีการต่าง ๆ หรืออุปกรณ์ทางเพศ (sex toy) กับตนเองหรือคู่นอน เพื่อลดการสัมผัส (X15)	0.66
25. คุณใช้อุปกรณ์ทางเพศ (sex toy) กับคู่นอน เพื่อลดการมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่	0	16. เมื่อมีความต้องการ คุณระบายความรู้สึกทางเพศด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้ เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง กิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณ กิจกรรมนันทนาการ (X16)	0.66

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ครั้งที่ 1)	IOC	พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ครั้งที่ 2)	IOC
26. คุณระบายนความรู้สึกลงทางเพศด้วยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง	0.66	17. คุณมีเพศสัมพันธ์โดยพยายามไม่ทำให้เกิดบาดแผล เลือด น้ำเหลือง (X17)	1.00
27. คุณมีเพศสัมพันธ์โดยพยายามไม่ทำให้เกิดบาดแผล เลือด น้ำเหลือง	1.00	18. ในบางสถานการณ์ คุณเลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ข้อพับหรือขาหนีบเพื่อลดการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผล (X18)	1.00
28. คุณมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ข้อพับหรือขาหนีบเพื่อลดการเสียดสีที่ทำให้เกิดแผล	1.00	19. คุณมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรงด้านร่างกายที่จะทำให้เกิดบาดแผลกับคู่นอน (X19)	1.00
29. คุณมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรงกับคู่นอน	1.00		
30. คุณสำเร็จความใคร่ให้คู่นอน เมื่อไม่มีถุงยางอนามัย	0.33		
31. คุณปฏิเสธการเปลี่ยนคู่อ้อย ๆ	0.33		
32. คุณบ่ายเบี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น หากไม่ใช่คูครองของตนเอง	0.33		
33. คุณดูแลด้านจิตวิญญาณของตนเองด้วยการปฏิบัติตามหลักหรือทำกิจกรรมตามความเชื่อที่คุณยึดถือ	0		
34. คุณดูแลสุขภาพตนเองด้วยกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเล่นกีฬา โยคะ แอโรบิค เข้าฟิตเนส เป็นต้น	0		

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและข้อเสนอแนะโปรแกรมการศึกษา ฯ
จากผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC)

จากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการศึกษาฯ ผู้วิจัยรวบรวมคะแนน
และข้อเสนอแนะเป็นตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 30 คะแนน IOC และข้อเสนอแนะโปรแกรมการศึกษา ฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิ

หัวข้อการพิจารณา	ผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	1	2	3	
ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและกำหนดเป้าหมาย				
(1) แนวคิดสำคัญ	1	1	1	1
(2) วัตถุประสงค์	1	0	1	0.66
(3) เวลาที่ใช้	1	1	1	1
(4) อุปกรณ์	1	0	1	0.66
(5) ขั้นตอนการศึกษา	1	1	1	1
(6) การประเมินผล	1	1	1	1
ครั้งที่ 2 สร้างเสริมแรงจูงใจ				
(1) แนวคิดสำคัญ	1	1	1	1
(2) วัตถุประสงค์	1	0	1	0.66
(3) เวลาที่ใช้	1	1	1	1
(4) อุปกรณ์	1	0	1	0.66
(5) ขั้นตอนการศึกษา	1	1	1	1
(6) การประเมินผล	1	1	1	1
ครั้งที่ 3 กระตุ้นแผนการเปลี่ยนแปลง				
(1) แนวคิดสำคัญ	1	1	1	1
(2) วัตถุประสงค์	1	1	1	1
(3) เวลาที่ใช้	1	1	1	1
(4) อุปกรณ์	1	1	1	1
(5) ขั้นตอนการศึกษา	1	1	1	1

หัวข้อการพิจารณา	ผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	1	2	3	
(6) การประเมินผล	1	1	1	1
หัวข้อการพิจารณา	ผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	1	2	3	
ครั้งที่ 4 สรุปและยุติการปรึกษา				
(1) แนวคิดสำคัญ	1	1	1	1
(2) วัตถุประสงค์	1	1	1	1
(3) เวลาที่ใช้	1	1	1	1
(4) อุปกรณ์	1	1	1	1
(5) ขั้นตอนการปรึกษา	1	1	1	1
(6) การประเมินผล	1	1	1	1

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การปรึกษาครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและกำหนดเป้าหมาย

1. ควรกำหนดพฤติกรรมเสี่ยงเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น การไม่สวมถุงยางอนามัย การไม่ทาน Prep ก่อนมีเพศสัมพันธ์ การทานยาต้าน ARV ไม่ครบ เป็นต้น แทนการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกำหนดเอง

2. ควรมีแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเป้าหมายและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันที่ละเอียดกว่านี้ แทนการใช้ VAS 0-10 และการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกำหนดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง และอาจแยกการประเมินออกไปจาก session เพื่อการประหยัดเวลาหรือให้เป็นการบ้าน (homework) สำหรับ session ถัดไป หากไม่ได้ทำมาก็ให้ทำก่อนเข้า session จะได้ไม่เสียเวลาใน session

3. อาจให้ประเมินเป้าหมายชีวิตคุณค่าในตน สิ่งที่เคารพศรัทธา เพื่อนำมาใช้ใน session 2 ในการทำ develop discrepancy อาจให้เป็น homework ก่อนเข้า session 2

4. ควรประเมินแรงจูงใจก่อนและหลังทุก session เช่น Readiness ruler (VAS 0-10 หรือใช้ ladder) ของความสำคัญของการลดพฤติกรรมเสี่ยง, ความมั่นใจในการลดพฤติกรรมเสี่ยง และความพร้อมในการลดพฤติกรรมเสี่ยง

5. ควรใช้ structure ของ MET (phase 1, 2, 3) มาจัด session ของการให้คำปรึกษาจะทำให้สมบูรณ์ขึ้น

การปรึกษาครั้งที่ 2 การสร้างเสริมแรงจูงใจ

1. ประเมินแรงจูงใจก่อนและหลัง session
2. ใน session นี้ ควรนำข้อมูลจากผู้เข้าร่วมตอบมา feedback ทั้งพฤติกรรมเสี่ยงที่มีอยู่ในขณะนี้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันที่มีอยู่เดิมจัดเป็น phase 1 ของ MET คือ health education and feedback
3. ให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องที่ผู้เข้าร่วมวิจัยขาดข้อมูลหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง กระตุ้นให้มีการสื่อสารสองทางกับข้อมูลที่ให้ (EPE)
4. กระทำ develop discrepancy โดยนำเป้าหมายชีวิต คุณค่าในชีวิต และสิ่งที่เคารพศรัทธาที่ให้ประเมินไว้มาเชื่อมกับพฤติกรรมเสี่ยงกับเป้าหมายว่ากระทบอย่างไร ปรับเปลี่ยนแล้วดีอย่างไร
5. ใช้ทักษะและกลยุทธ์ต่าง ๆ ของ MI เพื่อให้กล่าว SMS
6. สอบถามการตัดสินใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง
7. หากผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเปลี่ยนแปลง ให้การบ้านเพื่อวางแผนการเปลี่ยนแปลง โดยแผนการควรครอบคลุม 5 ประเด็น
 - a. เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงคืออะไร
 - b. ความสำคัญและจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงตนเอง
 - c. สิ่งที่ต้องทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
 - d. อุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายและวิธีแก้ไข
 - e. ตัวช่วยที่ทำให้บรรลุเป้าหมายและวิธีการทำให้ได้มา
8. หากไม่ทำการบ้านมาก็ให้ทำก่อนเข้า session

การปรึกษาครั้งที่ 3 กระตุ้นการเปลี่ยนแปลง

1. เน้นไปที่ phase 2 ของ MET คือ commitment strengthening ทำให้ SMS สูงขึ้น ถึงขั้น commitment และมี self-efficacy
2. ประเมินแรงจูงใจก่อนและหลัง หากแรงจูงใจไม่ดี ก็อาจต้องกลับไปทำแบบ session 2 ก่อน
3. หากแรงจูงใจดี ก็ให้การพูดคุยลงรายละเอียดของแผนการเปลี่ยนแปลงตนเอง เน้นสิ่งที่เป็นรูปธรรม สามารถปฏิบัติได้

4. อาจให้การบ้าน เน้นการลองไปปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง

การปรึกษาครั้งที่ 4 การสรุปและยุติการปรึกษา

1. ประเมินแรงจูงใจก่อนและหลัง session
2. ติดตามการบ้านที่ให้ไป ความสามารถของการปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่ได้อุปสรรคที่เกิดขึ้น
3. หากแรงจูงใจไม่ดี อาจต้องกลับไปทำแบบ session 2, 3
4. ทบทวนและสรุปภาพรวมของการให้คำปรึกษาทั้ง 4 ครั้ง
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งขอรับความรู้และความช่วยเหลือ โบรชัวร์หรือสื่อต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1. โดยภาพรวมการปรึกษาและเครื่องมือที่ใช้ออกแบบตามหลักของ MI มีการเสริมด้วยกิจกรรม GI เป็นการบ้าน เป็นการผสมผสานที่น่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกกับผู้รับบริการเชิงบวก
2. ในแต่ละ session มีการวางแผนจัดการเมื่อผู้รับการปรึกษาลืมทำการบ้าน (จัดการแรงต้น) ไว้อย่างไรบ้าง อยากให้เขียนแผนรับมือไว้ เพราะ MI ได้อธิบายถึงการจัดการแรงต้านด้วย เช่น อุปสรรคและการจัดการอุปสรรค การมี relapse prevention ให้กับผู้รับการปรึกษา
3. กิจกรรม GI ที่เน้นเรื่องความสุขกับกิจกรรมเพิ่มพฤติกรรมป้องกัน HIV จะสรุปให้ 2 ส่วนนี้เชื่อมโยงกันอย่างไร โดยอาจจะสรุปให้เชื่อมกับกิจกรรมคุณค่าหรือเป้าหมายในชีวิตใน session ที่ 1 เช่น เป้าหมายหรือคุณค่าชีวิตที่นอกเหนือจากความสุขทางเพศ การมีเป้าหมายที่เกิดจากความสุขทางใจ การมีพฤติกรรมเสี่ยงจะกระทบต่อความสุขที่ตนตั้งเป้าหมายไว้ได้อย่างไร
4. ควรทำสื่อประกอบการให้ข้อมูลใน session ที่ 1 เรื่องพฤติกรรมเสี่ยง และ session ที่ 2 พฤติกรรมป้องกัน
5. เขียนแนวทางการติดตามผลการผลให้ชัดเจน เช่น 2 สัปดาห์หลังปรึกษา ไม่มีเขียนในโปรแกรมฯ
6. ตรวจสอบคำผิด การสะกดคำให้ละเอียด รวมถึงการใช้คำบางคำดูเข้าใจยากสำหรับผู้นำโปรแกรมการปรึกษาฯ ไปใช้ อยากให้ลองอ่านทวนอีกครั้งและปรับการใช้ภาษาให้ง่ายสำหรับผู้ปฏิบัติ



ภาคผนวก ข
การตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้น

การตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้น

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 424 คน พบว่าข้อมูลมีการกระจายปกติเนื่องจากมีค่าความเบ้และความโด่งมีค่าไม่เกิน ± 2 (Hair et al, 2006; Kline, 2005) สำหรับข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวม (CITC) .30 ขึ้นไป (Pengruck et al., 2019) มีจำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีค่า CITC อยู่ระหว่าง .33-.47 ที่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อได้ ได้แก่ ข้อ X4, X5, X6, X8, X10, X12, X16, X17, และ X19 ดังแสดงในตาราง 31

ตาราง 31 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความเบ้ (Sk) ความโด่ง (Ku) และค่า CITC ของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีฉบับร่าง 19 ข้อ (n=424)

ข้อคำถาม	\bar{x}	SD	Sk	Ku	CITC
X1	3.7689	1.11231	-.518	-.703	-.066
X2	2.7807	1.34446	.288	-1.062	.185
X3	3.9009	1.20660	-.717	-.726	.081
X4	3.1226	1.29339	.093	-1.153	.365
X5	3.2830	1.32090	-.161	-1.119	.409
X6	3.1840	1.26571	-.069	-1.073	.346
X7	3.8066	1.24165	-.939	-.084	.290
X8	3.9717	1.08684	-.943	.292	.437
X9	2.7877	1.33767	-.083	-1.264	-.067
X10	3.5165	1.21251	-.478	-.604	.330
X11	2.8844	1.22362	-.159	-.926	.161
X12	3.7075	1.20846	-.699	-.388	.466
X13	3.1132	1.26656	-.018	-.995	-.045
X14	3.2146	1.26927	-.019	-1.095	.029
X15	2.6250	1.21201	.086	-1.082	-.123
X16	3.8349	1.04558	-.713	-.029	.334
X17	3.8844	1.14992	-.888	.047	.455
X18	2.8868	1.32851	-.204	-1.208	-.021
X19	3.7146	1.19541	-.720	-.243	.423



ภาคผนวก ค
การตรวจกระบวนการปรึกษา

หัวข้อ	แผนการศึกษา	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ	
		ตรง	ตรง
ครั้งที่ 2 สร้างเสริม แรงจูงใจ	1. กล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา พุดคุยเรื่องทั่วไป	/	/
	2. พุดคุยการบ้านในกิจกรรมบอกสิ่งดี และพุดคุย คะแนนจากแบบวัดสุขภาวะทางใจ	/	/
	3. พุดคุยพฤติกรรมเสี่ยงจากการปรึกษาครั้งก่อน เล็กน้อย พุดคุยคะแนนจากแบบวัดพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และให้ข้อมูลการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี (ใบความรู้ที่ 2)	/	/
	4. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้เกิดความลังเล (Develop discrepancy) โดยใช้ข้อมูลที่สำรวจจาก การปรึกษาครั้งแรก เช่น นำเป้าหมายชีวิต คุณค่าใน ชีวิต และสิ่งที่เคารพศรัทธาที่ให้ประเมินไว้มาเชื่อม กับพฤติกรรมเสี่ยงว่าสร้างผลกระทบอย่างไร ปรับเปลี่ยนแล้วได้อย่างไร	/	/
	5. ทำใบงานวางแผนการเปลี่ยนแปลง พุดคุยเนื้อหา ในใบงาน	/	/
	6. ผู้ให้การปรึกษาแสดงการยืนยันรับรอง ชื่นชม ให้ กำลังใจ	/	/
	7. สรุปการเรียนรู้ให้กำลังใจ ประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความตั้งใจในพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ประเมินแรงจูงใจหลังการปรึกษา) และเปิดประเด็น ซักถามข้อสงสัย	/	/
	8. มอบหมายการบ้านให้บันทึกสิ่งดี 3 สิ่ง	/	/
	9. ยุติการปรึกษาและกล่าวอำลา	/	/
ครั้งที่ 3	1. กล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา พุดคุยเรื่องทั่วไป	/	/
	2. พุดคุยถึงการบ้านบันทึกสิ่งดี 3 สิ่ง	/	/

หัวข้อ	แผนการศึกษา	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ		
		ตรง	ตรง	
กระตุ้น แผนการ เปลี่ยนแปลง	3. พุดคุยเป้าหมายพฤติกรรมที่วางไว้จากการปรึกษา ครั้งก่อนเล็กน้อย จากนั้นชวนทำใบงานประเมิน ความพร้อม และอภิปรายโดยตั้งคำถามกระตุ้น	/	/	
	4. เชื่อมสู่การทำใบงานหนทางสำเร็จ จากนั้น อภิปรายโดยผู้ให้การศึกษาทำการกระตุ้นเร้าเพื่อ การเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การศึกษาแสดงการยืนยัน รับรอง ชื่นชม ให้กำลังใจ และสะท้อนข้อดีของการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	/	/	
	5. สรุปการเรียนรู้ที่ ประเมินความตั้งใจต่อการมี พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ประเมินแรงจูงใจ หลังการศึกษา) และเปิดประเด็นซักถามข้อสงสัย	/	/	
	6. มอบหมายการบ้านกิจกรรมเขียนจดหมาย ขอบคุณ	/	/	
	7. ยุติการศึกษาและกล่าวอำลา	/	/	
ครั้งที่ 4 สรุปและยุติ การศึกษา	1. กล่าวทักทายผู้รับการศึกษา พุดคุยเรื่องทั่วไป	/	/	
	2. พุดคุยการบ้านเขียนจดหมายขอบคุณและส่งให้ผู้ ที่ตนเขียนถึง	/	/	
	3. ชวนทำใบงานประเมินความตั้งใจและแผนปฏิบัติ (หากแรงจูงใจไม่ดีให้ย้อนกลับไปใช้วิธีการศึกษา แบบครั้งที่ 2 และ 3)	/	/	
	4. ตั้งคำถามถึงอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันตนเอง ในอนาคต (เมื่ออยู่ในชีวิตประจำวันไม่มีนักจิตวิทยา อยู่ด้วย) และวางแผนจัดการอุปสรรค และแสดงการ ยืนยันรับรอง ชื่นชม ให้กำลังใจ	/	/	
	5. สำนวณแหล่งสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอ	/	/	

หัวข้อ	แผนการศึกษา	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ	
		ตรง	ตรง
	<p>วี ชวนให้ผู้รับการปรึกษาได้บอกแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับบุคคลที่ให้การสนับสนุน เช่น เพื่อน คู่รัก คนใกล้ชิด หรือเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกสุขภาพ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดคุย แลกเปลี่ยน</p> <p>6. ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน พฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี</p> <p>7. สรุปการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการปรึกษาทั้ง 4 ครั้ง ให้กำลังใจ เปิดประเด็นซักถามข้อสงสัย</p> <p>8. ชวนผู้รับการปรึกษาเข้าเป็นสมาชิกสถานบริการสุขภาพเพื่อเข้ารับบริการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>9. จากนั้นทำกิจกรรมขอบคุณตนเอง ต่อมาผู้ให้การปรึกษาสำรวจและสะท้อนความรู้สึก อารมณ์ และประสบการณ์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>10. ทำการประเมินผลการปรึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ลิงก์) และสรุปการปรึกษา นัดหมายการติดตามการปรึกษา จากนั้นยุติการปรึกษาและกล่าวอำลา</p>	/	/
ติดตามผล 2 สัปดาห์	<p>1. พูดคุยเรื่องราวทั่วไป สำรวจความรู้สึก ชี้แจง/ตกลงการติดตามผล</p> <p>2. ทบทวนเป้าหมาย/ทบทวนแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>3. สำรวจอุปสรรค การจัดการอุปสรรค และให้กำลังใจ</p>	/	/

หัวข้อ	แผนการศึกษา	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ	
		ตรง	ตรง
	4. ทบทวนตัวช่วย/แหล่งการให้ความรู้/หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง	/	/
	5. ให้การยืนยันรับรอง ให้กำลังใจ พุดคุยข้อดีของการคงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยเชื่อมสู่คุณค่าหรือเป้าหมายในชีวิตของผู้รับการศึกษา	/	/
	6. สรุปและยุติการติดตามผลการศึกษา	/	/
	7. ให้ทำแบบวัดพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีและแบบวัดสุขภาวะทางใจ (ลิงค์) กล่าวอำลา	/	/
	รวม	43	43

ผู้วิจัยคำนวณความเชื่อมั่นจากการสังเกต (Inter-rater reliability) ระหว่างให้การศึกษาจากผู้มีความรู้ด้านจิตวิทยาการศึกษา 2 ท่าน สุ่มตรวจกระบวนการศึกษา คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ค้ำปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient) พบว่าการศึกษาในกลุ่มทดลองดำเนินการตามแผนการศึกษาทุกหัวข้อได้ถูกต้อง โดยมีความสอดคล้องระหว่างความเห็นของการประเมินเท่ากับ 1 ซึ่งคำนวณจากสูตร $K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$ โดยที่ $P_o = 43 + 43/86 = 1$, $P_e = (43/86 * 43/86) + (43/86 * 43/86) = 0.5$

ดังนั้น $K = 1 - 0.5 / 1 - 0.5 = 0.5 / 0.5 = 1$ โดยสรุปค่าสัมประสิทธิ์ค้ำปาของโคเฮนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจกระบวนการมีค่าเท่ากับ 1 แสดงว่ามีความสอดคล้องการประเมินในระดับดีมาก (Fleiss et al, 2003)



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างแบบวัดที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูกลงในช่องว่างแบบประเมินทั้ง 9 ข้อดังต่อไปนี้ว่า พฤติกรรมใดตรงกับตัวท่านมากที่สุดในปัจจุบัน โดยให้เลือกตอบว่าไม่เคย น้อย ปานกลาง บ่อย และบ่อยที่สุด

ข้อคำถาม	ความถี่ของพฤติกรรม				
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยที่สุด
1. คุณหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ เมื่อพบว่าคู่นอนของตนไม่ป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย					
2. คุณปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กซ์ห่มู การไปแหล่งนัดพบเพื่อมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด					
3. คุณปฏิเสธการเปลี่ยนคู่อบ่อย ๆ					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

หากท่านสนใจข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อได้ที่

passakorn.koomsiri@gmail.com

แบบประเมินสุขภาวะทางใจ

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูกในแบบประเมินทั้ง 8 ข้อดังต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่ โดยแต่ละหมายเลขของความคิดเห็นมีความหมายดังต่อไปนี้

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
- 4 หมายถึง ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยหรือไม่แน่ใจ
- 5 หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย
- 6 หมายถึง เห็นด้วย
- 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ฉันมีจุดมุ่งหมายในชีวิตและใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย							
2. สัมพันธภาพทางสังคมที่ฉันมีนั้น ช่วยเกื้อหนุนและส่งเสริมอีกทั้งเป็นเหมือนรางวัลให้กับชีวิต							
3. ฉันให้ความสำคัญและสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ของฉันที่ทำในแต่ละวัน							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

หากท่านสนใจข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อได้ที่

nanchatsans@gmail.com

ภาคผนวก ข
การตรวจสอบคุณลักษณะจิตมิติแบบวัดสุขภาวะทางใจ



การตรวจสอบคุณลักษณะจิตมิติแบบวัดสุขภาวะทางใจ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบลักษณะจิตมิติของแบบวัดสุขภาวะทางใจ เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 แบบลูกโซ่และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 212 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย จำนวน 8 ข้อ เก็บข้อมูลทางออนไลน์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการศึกษาโดยสรุปมีดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 212 คน ร้อยละ 100 เป็นผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นชายและเคยเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น ทางปาก ทวารหนัก หรือสัมผัสผิวกายนอก อย่างน้อย 1 ครั้ง กับผู้มีอัตลักษณ์ชายไม่ว่าผู้นั้นจะมีรสนิยมทางเพศกับเพศใดก็ตามภายใน 6 เดือน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.30 ปี ($\bar{X} = 32.30$, $SD = 5.86$) การกระจายปกติของข้อมูลพบว่าความโด่งและความเบ้มีค่าไม่เกิน ± 2 โดยที่ความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง .28 ถึง .94 และความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง -1.67 ถึง -1.01 แสดงว่าข้อมูลกระจายเป็นปกติดี นอกจากนี้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's reliability) เท่ากับ .98 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (CITC) ของแบบวัดสุขภาวะทางใจภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่ระหว่าง .86 ถึง .92 (ดูในตาราง 32) ซึ่งมีค่า .2 ขึ้นไปแสดงว่ามีค่าการจำแนกดี

ตาราง 32 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม ความโด่ง คามเบ้ และ Cronbach's alpha

ข้อคำถาม	CITC	kurtosis	skewness
1. ฉันมีจุดมุ่งหมายในชีวิตและใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย (W1)	.91	.53	-1.22
2. สัมพันธภาพทางสังคมที่ฉันมีนั้น ช่วยเกื้อหนุนและส่งเสริมอีกทั้งเป็นเหมือนรางวัลให้กับชีวิต (W2)	.90	.28	-1.01
3. ฉันให้ความสำคัญและสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ของฉันที่ทำในแต่ละวัน (W3)	.90	.64	-1.09
4. ฉันให้ความใส่ใจที่จะสร้างความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นให้กับผู้อื่น (W4)	.88	.49	-1.09

ข้อคำถาม	CITC	kurtosis	skewness
5. ฉันมีศักยภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความสำคัญกับฉัน (W5)	.91	.94	-1.27
6. ฉันเป็นคนดีและมีชีวิตที่ดี (W6)	.92	.59	-1.67
7. ฉันมองอนาคตของฉันในเชิงบวก (W7)	.92	.40	-1.11
8. ผู้คนให้ความเคารพในตัวฉัน (W8)	.86	.43	-1.07

Cronbach's alpha = .98

1) ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าค่า KMO มากกว่า .50 และมีค่า Bartlett's Test of Sphericity ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างจากศูนย์ ซึ่งการศึกษานี้มีค่า KMO เท่ากับ .96 มีค่าเข้าใกล้ 1 หมายถึงโมเดลนี้อธิบายความสัมพันธ์ได้ถึงร้อยละ 96 และ Bartlett's Test of Sphericity ($\chi^2=2300.32$, $df=28$, $p<.01$) ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) และองค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ต่อได้

2) ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม 8 ข้อ จากกลุ่มตัวอย่าง 212 คน พบว่าข้อคำถามแต่ละคู่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกคู่ โดยมีค่าสหสัมพันธ์ที่ระดับ .77 ถึง .89 แต่ไม่เกิน .90 นั่นคือมีสหสัมพันธ์กันเองไม่สูงเกินไป (Multicollinearity) ดังแสดงในตาราง 33

ตาราง 33 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามในแบบวัดสุขภาพทางใจฉบับภาษาไทย 8 ข้อ

Item	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
W1	-	**88.	**86.	**83.	**84.	**84.	*86.	**77.
W2		-	**83.	**81.	**82.	**85.	**84.	**81.
W3			-	**83.	**84.	**83.	**86.	**78.
W4				-	**83.	**82.	**82.	**78.
W5					-	**86.	**87.	**84.
W6						-	**89.	**84.
W7							-	**82.
W8								-

** $p<.01$, w1-8 หมายถึง ข้อคำถามที่ 1-8

3) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ผู้วิจัยสกัดองค์ประกอบโดย Principal Component Analysis ตั้งค่า Eigenvalues ไว้ที่ 1 ขึ้นไป คัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) มากกว่า .5 ขึ้นไป 18 ผลการศึกษาพบว่าแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยจำนวน 8 ข้อ ที่ศึกษาในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีองค์ประกอบเดียวเหมือนกันกับแบบวัดต้นฉบับ สำหรับค่า Communalities (h^2) มีค่าตั้งแต่ .80 ถึง .89 ในแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .89 ถึง .94 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวน (% of Variance) ของสุขภาวะภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ร้อยละ 85.48 ดังตาราง 34

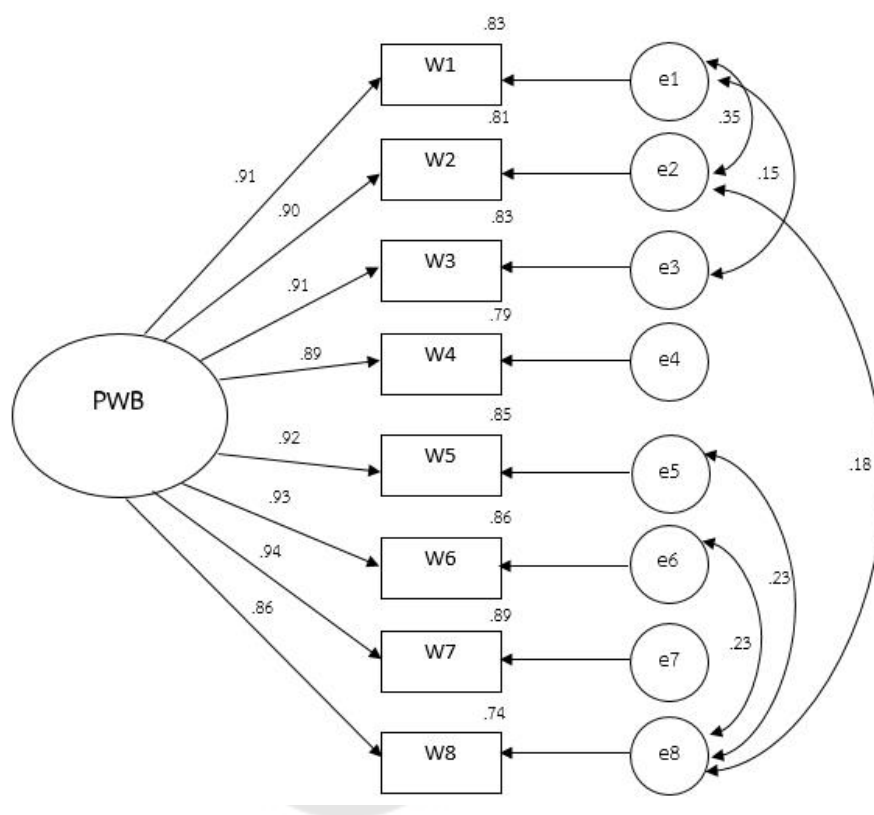
ตาราง 34 ค่าไอเกน น้ำหนักองค์ประกอบ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าทดสอบที สัมประสิทธิ์พหุคูณจากการวิเคราะห์ EFA และ CFA

ข้อคำถาม	EFA			CFA		
	factor loading	h^2	b	SE	t	R^2
W1	93.	87.	91.	-	-	83.
W2	93.	86.	90.	03.	27.00**	81.
W3	92.	85.	91.	04.	24.60**	83.
W4	91.	82.	89.	04.	21.00**	79.
W5	93.	87.	92.	04.	23.30**	85.
W6	94.	88.	93.	04.	23.90**	86.
W7	94.	89.	94.	04.	24.90**	89.
W8	89.	80.	86.	05.	19.13**	74.
Eigenvalues = 18.50			** $p < .01$. factor loading (b), standard error (SE), t-Values (t), coefficient of determination (R^2)			
%of Variance = 85.48						
Cumulative % = 85.48						

Communalities (h^2)

4) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ผลการศึกษาพบว่ายืนยันการวัดองค์ประกอบเดียวโดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading: b) ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง .86 ถึง .94 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) อยู่ระหว่าง .03 ถึง .05, ค่าการทดสอบที (t-Values: t) มีค่าตั้งแต่ 19.13 ถึง 27.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (Coefficient of Determination: R^2) มีค่าตั้งแต่ .74 ถึง .89 ดังภาพประกอบ

14



ภาพประกอบ 14 โมเดลปรับปรุงของแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย
ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

5) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดสุขภาวะในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากดัชนีวัดความสอดคล้องต่าง ๆ พบว่าค่า Chi-square (χ^2) เท่ากับ 18.02, p-value เท่ากับ .26, Relative Chi-square (χ^2/df)

เท่ากับ 1.20, Goodness of Fit Index (GFI) เท่ากับ .98, Comparative Fit Index (CFI) เท่ากับ .99, Adjusted goodness of fit index (AGFI) เท่ากับ .95, Root Mean Square Residual (RMR) เท่ากับ .02, Root mean square error of approximation (RMSEA) เท่ากับ .03, Root mean square residual (TLI) เท่ากับ .99 โดยภาพรวมแสดงให้เห็นว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืน (Good fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ดังแสดงในตาราง 35

ตาราง 35 ดัชนีบ่งชี้ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนี	ค่าบ่งชี้	ค่าสถิติของโมเดล		การพิจารณา
		ก่อนปรับ	หลังปรับ	
χ^2 , p-value	p>.05	53.66, .00	02.18, .26	เหมาะสม
χ^2/df	≤ 2	3.33	1.20	เหมาะสม
GFI	$\geq .95$	.93	.98	เหมาะสม
CFI	$\square .97$	.98	.99	เหมาะสม
AGFI	$\square .90$	.87	.95	เหมาะสม
RMR	$\leq .08$	.04	.02	เหมาะสม
RMSEA	$\leq .05$	.11	.03	เหมาะสม
TLI	$\geq .95$	.97	.99	เหมาะสม

Chi-square (χ^2), Relative Chi-square (χ^2/df), Goodness of Fit Index (GFI), Comparative Fit Index (CFI), Adjusted goodness of fit index (AGFI), Root Mean Square Residual (RMR), Root mean square error of approximation (RMSEA), Root mean square residual (TLI)

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
ผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและ
สุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย



โปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจ ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

แนวคิดที่สำคัญ

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงปัญญาจากผู้มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพผู้รับเชื้อเอชไอวีเพื่อปรับปรุงแบบวัด และการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ผู้วิจัยสรุปความหมาย มิติ และข้อบ่งชี้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อปรับปรุงแบบวัดดังนี้

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความสามารถในการปฏิเสธหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นยั่วๆที่ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี มีการกระทำเพื่อป้องกันการรับหรือส่งต่อเชื้อเอชไอวีทั้งก่อน ขณะ และหลังมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งมีวิธีการจัดการแรงกระตุ้นทางเพศที่เหมาะสมโดยไม่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่น สำหรับมิติและข้อบ่งชี้พฤติกรรมป้องกันเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้วิจัยได้สรุปและจัดกลุ่มพฤติกรรมจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์เมื่อพบว่าคู่นอนของตนไม่ป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย ปฏิเสธเมื่อถูกชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กส์ หมู่ ปาร์ตี้ที่มีการใช้สารเสพติด การปฏิเสธการเปลี่ยนคู่นอน ๗

กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารหล่อลื่นที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันในขณะมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรงหรือพยายามไม่ทำให้เกิดบาดแผล เลือด น้ำเหลืองระหว่างมีเพศสัมพันธ์ การไม่สัมผัสบาดแผลหลังจากมีเพศสัมพันธ์โดยตรง รวมถึงการมีวิธีการระบายความรู้สึกทางเพศด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง กิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณ กิจกรรมนันทนาการ

โปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์

โปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ถูกสร้างขึ้นจากแนวคิดการปรึกษาเชิงบวก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้เป็นการผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (Assimilative

Integration) ระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ของ Miller & Rollnick (2013) เป็นแนวคิดหลัก ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพและกำหนดเป้าหมาย (Engaging and Goal setting) สร้างเสริมแรงจูงใจ (Focusing or Motivation) กระตุ้นแผนการเปลี่ยนแปลง (Evoking & Planning) สรุปลงและยุติการปรึกษา (Termination) ซึ่งในแต่ละขั้นการปรึกษาเสริมด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความซาบซึ้งขอบคุณ (Gratitude Intervention) จากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เป็นการบ้าน ได้แก่ กิจกรรมบอกสิ่งดี (Counting blessings) บันทึกสิ่งดี 3 สิ่ง (Three good things) เขียนจดหมายขอบคุณ (Gratitude visit) และกิจกรรมขอบคุณตนเอง (Grateful self-reflection) ทั้งนี้งานเขียนของ Csillik (2015, pp.119-128) กล่าวว่าแนวคิดทั้งสองมีความเชื่อต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกของพฤติกรรมมนุษย์ มีหลักการและทฤษฎีเชื่อมโยงกันในการมองมนุษย์ในเชิงบวก มีการพัฒนาและศักยภาพในตนเอง ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีเป้าหมายเพื่อช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ สำหรับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกจะเน้นการทำให้เกิดสุขภาวะหรือความสุขกับมนุษย์ ดังนั้นผู้วิจัยเชื่อว่าแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดใหม่เสริมสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพร้อม ๆ กับการสร้างลักษณะเชิงบวก ทำให้เกิดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน้อยลง นอกจากนี้ ผู้วิจัยประยุกต์โปรแกรมการปรึกษาจากงานวิจัยของ Parsons, Lelutiu-Weinberger, Botsko, & Golub (2014) มีจำนวน 4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

สำหรับโปรแกรมการปรึกษานี้ เป็นโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลมีจำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1.00-1.30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และติดตามผลหลังการปรึกษา 2 สัปดาห์ ดำเนินการในรูปแบบปรึกษาผ่านออนไลน์ด้วยโปรแกรมสื่อสารทั้งภาพและเสียง (videoconference) ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 36 ภาพรวมโปรแกรมการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์

ครั้งที่	จุดประสงค์	เครื่องมือ	
		สัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ	กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ
1 สร้างสัมพันธภาพและกำหนดเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเป้าหมาย และวัตถุประสงค์การศึกษา 2. เพื่อสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีและวางเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง 3. เพื่อค้นหาเป้าหมาย ความหมายของชีวิต และสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2. แบบวัดสุขภาวะทางใจ 3. ใบงานสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี 4. สื่อให้ข้อมูลความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี 5. ใบงานสำรวจคุณค่าของชีวิต 	การบ้านบอกสิ่งดี
2 สร้างเสริมแรงจูงใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2. เพื่อสร้างเป้าหมายและวางแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 3. เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใบงานวางแผนเป้าหมายเปลี่ยนแปลง 2. สื่อให้ข้อมูลป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 	การบ้านบันทึกสิ่งดี 3 สิ่ง
3 กระตุ้นแผนการเปลี่ยนแปลง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2. เพื่อสำรวจอุปสรรค/ความลังเลและวางแผนจัดการอุปสรรค 3. เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใบงานประเมินความพร้อม 2. ใบงานหนทางสำเร็จ 	การบ้านเขียนจดหมายขอบคุณ

ครั้งที่	จุดประสงค์	เครื่องมือ	
		สัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ	กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ
4 สรุปและยุติ การศึกษา	1. เพื่อประเมินความตั้งใจ ทบทวนเป้าหมาย และแผนการเปลี่ยนแปลง 2. เพื่อทบทวนการจัดการอุปสรรค/แหล่งสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี 3. เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ 4. เพื่อสรุปและยุติการศึกษา ประเมินผล รวมทั้งชี้แจงการติดตามผลหลังการศึกษา 2 สัปดาห์	1. ใบงานความมั่นคงต่อการเปลี่ยนแปลง 2. ข้อมูลแหล่งสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี 3. แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 4. แบบวัดสุขภาวะทางใจ	กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ กิจกรรมขอบคุณตนเอง

ครั้งที่ 1

สร้างสัมพันธภาพและกำหนดเป้าหมาย

ใช้เวลา 1.00-1.30 ชั่วโมง

เริ่มต้นการปรึกษาโดยเน้นความพร้อมของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากดดันให้บุคคลเปลี่ยน ผู้รับการปรึกษาจะได้รับการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงสำรวจคุณค่า/เป้าหมายของชีวิต โดยการปรึกษาค้างนี้มุ่งเน้นการกำหนดปัญหาและเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง สำรวจคุณค่า/เป้าหมายของชีวิต จากนั้นยุติบริการด้วยการสรุปการปรึกษาและให้การบ้านบอกสิ่งที่เกิดขึ้นตลอด 1 สัปดาห์ โดยใช้เทคนิคการปรึกษาขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในการปรึกษาดังนี้ (Hall et al., 2012; Miller & Rollnick, 2002, 2013; Parsons et al., 2014; พิษัย แสงชัยชาญ, 2553)

การมีส่วนร่วม (Engaging) เป็นกระบวนการที่ผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษาเกิดการเชื่อมต่อกันในการสร้างสัมพันธภาพ โดยการมีส่วนร่วมนี้เป็นบันไดขั้นแรกของการทำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Partnership) ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์เราเป็นผู้เชี่ยวชาญในตัวเอง ไม่มีใครที่จะรู้จักคน ๆ นั้นได้ดีไปกว่าเจ้าตัว

ส่งเสริมความเป็นอิสระ (Autonomy Support) เคารพและให้เกียรติ ส่งเสริมความเป็นอิสระของบุคคล ให้เขามีสิทธิที่จะกำหนดเส้นทางชีวิตตนเอง นั่นคือคน ๆ นั้นเลือกสิ่งที่ตนต้องการ

การให้อิสระในการเลือก (Freedom of choices) ผู้รับการปรึกษามีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกทางเดินให้กับตนเองอย่างใคร่ครวญ และต้องรับผิดชอบกับสิ่งที่ตนเลือก

สำรวจเป้าหมาย (Exploring goals) ชวนให้ผู้การปรึกษาพูดถึงเป้าหมายหรือสิ่งที่มีค่าพร้อมกับการเห็นปัญหาในปัจจุบัน การมีเป้าหมายเชิงบวกและเข้มข้น จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

การยอมรับ (Acceptance) ในตัวคน ๆ นั้นทุกมิติตั้งแต่ความคิด ความเชื่อ เจตคติ บุคลิกภาพ และการตัดสินใจของผู้รับการปรึกษา แต่ไม่ได้หมายความว่าเราจะต้องเห็นด้วยกับการกระทำของเขาเสมอไป

ไม่บรรทัดความพร้อม (Readiness ruler) ให้ผู้รับการปรึกษาให้คะแนนความสำคัญ ความมั่นใจ หรือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน

การกระตุ้นเร้า (Evocation) กระตุ้นด้านบวกหรือจุดแข็งนั้นออกมาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มาก โดยกระตุ้นเร้าทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ปัญญา และความเป็นจริง

เทคนิคการถาม-บอก-ถาม (Ask-tell-ask) โดยนักจิตวิทยาสอบถามผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี (องค์ประกอบที่ 1) จากนั้นให้ข้อมูลความรู้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ทั้ง 3 องค์ประกอบ) และสอบถามความเข้าใจของผู้รับการปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความถูกต้อง

กิจกรรมบอกสิ่งดี (Gratitude journals) ให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนเรื่องราวที่ผ่านมาตลอดช่วงชีวิตไม่ว่าจะใหญ่หรือเล็ก จากนั้นคิดย้อนกลับไปหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาและให้เขียน 5 สิ่งในชีวิตที่ซาบซึ้งหรืออยากขอบคุณ และส่งอีเมลให้ผู้ให้การปรึกษาเพื่อนำมาพูดคุยในการปรึกษาในครั้งต่อไป (Bono et al., 2014; Lomas et al., 2014)

จุดประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเป้าหมาย และวัตถุประสงค์การปรึกษา
2. เพื่อประเมินและสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีและวางเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง
3. เพื่อค้นหาเป้าหมาย ความหมายของชีวิต และสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ

เครื่องมือ

1. แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
2. แบบวัดสุขภาวะทางใจ
3. ใบงานสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี
4. สื่อให้ข้อมูลความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี
5. ใบงานสำรวจคุณค่าของชีวิต
6. การบ้านกิจกรรมบอกสิ่งดี

ขั้นตอนการปรึกษา

1. เริ่มการปรึกษาด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องราวทั่วไป
2. ต่อมาทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการปรึกษา จำนวนครั้ง ชั่วโมง วิธีการปรึกษาและการประเมินผล จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปรึกษา
3. ให้ทำแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและแบบวัดสุขภาวะทางใจ ประเมินตนเองเกี่ยวกับความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี ชวนพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ จากนั้นเริ่มทำใบงานค้นหาพฤติกรรมเสี่ยง ทำการสำรวจรายละเอียดความเสี่ยงและชวนอภิปรายโดยตั้งคำถามกระตุ้น ต่อมานักจิตวิทยาให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับการปรึกษา (Feedback)

4. นักจิตวิทยาให้ข้อมูล (Psychoeducation & Health education) ด้วยเทคนิคการถาม-บอก-ถาม โดยเริ่มจากการใช้คำถามสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี จากนั้นให้ข้อมูลเรื่องเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (ใบความรู้ที่ 1) ยกตัวอย่างกรณีศึกษา (modeling) ต่อมาใช้เทคนิคการตั้งคำถามเพื่อสำรวจความรู้ความเข้าใจของผู้รับการปรึกษา พยายามดึงประสบการณ์ของผู้รับออกมา (elicit-provide-elicit) เพื่อให้เกิดการตระหนักผู้มากที่สุด

5. ต่อมานำเข้าสู่การทำใบงานสำรวจคุณค่าของชีวิต คุณค่าในตน สิ่งที่เคยพรศรัทธา และชวนตั้งเป้าหมายเพิ่มพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี

6. ผู้ให้การปรึกษาแสดงการยืนยันรับรองเป้าหมายของผู้รับการปรึกษา และเชื้อให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

7. สรุปการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการปรึกษาค้างนี้ ให้กำลังใจ ประเมินตนเองเกี่ยวกับความตั้งใจป้องกันการติดเอชไอวี (ประเมินแรงจูงใจหลังการปรึกษา) และเปิดประเด็นซักถามข้อสงสัย

8. มอบหมายการบ้านกิจกรรมบอกสิ่งที่ดี โดยให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนเรื่องราวที่ผ่านมาตลอดช่วงชีวิตไม่ว่าจะใหญ่หรือเล็ก จากนั้นคิดย้อนกลับไปหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาและให้เขียน 5 สิ่งในชีวิตที่ซาบซึ้งหรืออยากขอบคุณ และส่งอีเมลให้ผู้ให้การปรึกษาเพื่อนำมาพูดคุยในการปรึกษาในครั้งต่อไป (หากผู้รับบริการไม่ได้ทำการบ้านมา ให้ใช้ช่วงระยะเวลาก่อนเริ่มการปรึกษาค้างที่ 2 ทำกิจกรรมนี้ประมาณ 20 นาที)

9. ยุติการปรึกษาและกล่าวอำลา

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในกระบวนการปรึกษา
2. มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ครบ เช่น ใบงาน การบ้านสรุปการเรียนรู้ กิจกรรมบอกสิ่งที่ดี
3. ผลการประเมินก่อน หลัง และระยะติดตามผลเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษา

ใบงานสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ให้คุณสำรวจตนเองในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านม่ว่าท่านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับใด โดยให้ประเมินตนเองด้วยคะแนนระหว่าง 0 ถึง 10 คะแนน ทั้งนี้ 10 คะแนน หมายถึง เสี่ยงมากที่สุด จนถึง 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง

พฤติกรรมเสี่ยงติดเอชไอวี

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่มีเลย

มากที่สุด

คะแนนประเมินตนเอง เท่ากับ.....คะแนน เนื่องจาก

.....

.....

.....

สำรวจพฤติกรรม

คำชี้แจง ให้จัดระดับพฤติกรรมที่คุณทำบ่อยสุด โดยใส่ตัวเลขให้เรียงจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดในช่องว่าง

1. การไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์
2. การไม่ทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (PrEP)
3. การไม่ทานยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (PEP) ในกรณีฉุกเฉิน
4. การไปที่นัดหมายเฉพาะ เช่น สวน/ห้องน้ำสาธารณะ
5. การไปแหล่งผ่อนคลายที่ให้บริการเสริม เช่น ร้านนวด ซาวน่า
6. ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีคู่นอนมากกว่า 1 คน
7. ไม่ใช้เจลหล่อลื่นที่เป็นน้ำ หรือใช้น้ำมัน โลชั่น น้ำลาย
8. ใช้สารเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์ (chemsex)
9. เป็นผู้ให้บริการทางเพศหรือเป็นผู้ใช้บริการทางเพศ
10. อื่น ๆ

สื่อให้ข้อมูลความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อ

HIV



ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

HIV เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมทั้งโรคเอดส์ (AIDS) คือระยะท้ายของการติดเชื้อ HIV ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและมีโรคแทรกซ้อนได้ เชื้อ HIV จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวส่งผลให้ภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายลดต่ำลง

เชื้อ HIV สามารถติดต่อได้จากการสัมผัสเลือด น้ำเหลือง น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะและน้ำนมมีปริมาณเชื้อ HIV น้อย สำหรับเชื้อ ปัสสาวะและอุจจาระแทบไม่พบเลย ทั้งนี้มีช่องทางการติดต่อที่สำคัญ ได้แก่

- ไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์
- ไม่ทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (PrEP)
- ไม่ทานยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (PEP) ในกรณีฉุกเฉิน
- ไปที่นัดหมายเฉพาะ เช่น สวน/ห้องน้ำสาธารณะ
- ไปแหล่งผ่อนคลายเป็นบริการเสริม เช่น ร้านนวด ขาวนำ
- ในระยะเวลา 3 เดือน มีคู่นอนมากกว่า 1 คน
- ไม่ใช้เจลหล่อลื่นที่เป็นน้ำหรือใช้น้ำมัน ไลซัน น้ำลาย
- ใช้สารเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์ (chemsex)
- เป็นผู้ให้บริการทางเพศหรือเป็นผู้ใช้บริการทางเพศ




สื่อให้ข้อมูลความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

ระยะของการติดเชื้อ HIV

แบ่งเป็น 4 ระยะ



ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ

มีอาการคล้ายไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว



ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อ

แข็งแรงเป็นปกติเหมือนคนทั่วไปแต่เมื่อตรวจเลือด
จะพบเชื้อ จึงสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้



ระยะติดเชื้อที่มีอาการ

น้ำหนักลด ไข้เรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง



ระยะป่วยเป็นเอดส์

ภูมิคุ้มกันต่ำมาก หรือมีโรคแทรกซ้อน เช่น วัณโรค

ทั้งนี้ อาการของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์อาจมีอาการที่คล้ายคลึง
กับโรคอื่นได้ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดว่า ติดเชื้อ HIV หรือไม่ จึงควรทำการ
ตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV

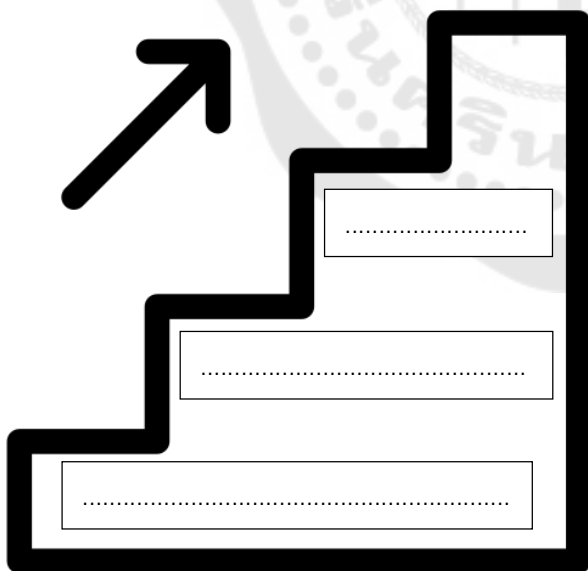


ใบงานสำรวจคุณค่าของชีวิต

เป้าหมายของชีวิตของคุณคือ.....

อีก 5 ปีข้างหน้า	อีก 10 ปีข้างหน้า

เส้นทางสู่ความสำเร็จ



.....

.....

.....

ครั้งที่ 2

สร้างเสริมแรงจูงใจ

ใช้เวลา 1.00-1.30 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 นี้เป็นการสร้างเสริมแรงจูงใจโดยเน้นการพูดคุยเพื่อพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทบทวนเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลง จากนั้นสำรวจการตัดสินใจทั้งข้อดีและข้อเสีย (pros and cons) โดยมีกิจกรรม ได้แก่ ใบบางประเมินพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี ใบบางวางแผนเปลี่ยนแปลง จากนั้นยุติการปรึกษาโดยให้สรุปการปรึกษาและให้การบ้านเขียนสิ่งดี 3 อย่างในแต่ละวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยใช้เทคนิคการปรึกษาขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในการปรึกษาดังนี้ (Bono et al., 2014; Hall et al., 2012; Lomas et al., 2014; Miller & Rollnick, 2013; Parsons et al., 2014; พิชัย แสงชัยชาญ, 2553; สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2558)

สำรวจข้อดีข้อเสีย (Exploring pros and cons) ให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนการตัดสินใจเลือกของตัวเอง โดยให้ทบทวนข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงข้อดีและข้อเสียหากไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ทำให้เกิดการแย้ง (Develop discrepancy) ชวนให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวน สร้างความลังเล และความขัดแย้งในใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในปัจจุบันต่อเป้าหมายที่มีคุณค่าในอนาคต ต่อตัวผู้รับการปรึกษาทั้งตนเอง ครอบครัว การงาน

การมองไปข้างหน้า (Looking forward) ให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดคาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลกระทบต่าง ๆ หากไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ไม้บรรทัดความพร้อม (Readiness ruler) ให้ผู้รับการปรึกษาให้คะแนนความสำคัญ ความมั่นใจ หรือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน

การกระตุ้นเร้า (Evocation) กระตุ้นด้านบวกหรือจุดแข็งนั้นออกมาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มาก โดยกระตุ้นเร้าทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ปัญญา และความเป็นจริง

กระตุ้นให้ลังเล (Develop discrepancy) โดยนำเป้าหมายชีวิต คุณค่าในชีวิต และสิ่งที่เคารพศรัทธาที่ให้ประเมินไว้มาเชื่อมกับพฤติกรรมเสี่ยงเป้าหมายว่ากระทบอย่างไร ปรับเปลี่ยนแล้วดีอย่างไร

กิจกรรมบันทึกสิ่งดี 3 สิ่ง (Three Good Things) ให้ผู้รับการปรึกษาเขียนสิ่งดีที่เกิดขึ้น 3 อย่างในแต่ละวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้อธิบายเหตุการณ์เชิงบวกเหล่านั้นที่เกิดขึ้น และส่ง

อีเมลให้ผู้ให้การศึกษาเพื่อนำมาพูดคุยในการปรึกษาในครั้งต่อไป (Bono, Krakauer, & Froh, 2014; Lomas, Froh, Emmons, Mishra, & Bono, 2014)

จุดประสงค์

1. เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อสร้างเป้าหมายและวางแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ

เครื่องมือ

1. ใบงานวางแผนเป้าหมายเปลี่ยนแปลง
2. สื่อให้ข้อมูลป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
3. การบ้านบันทึกสิ่งดี 3 สิ่ง

ขั้นตอนการปรึกษา

1. กล่าวทักทายผู้รับการศึกษา พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. จากนั้นชวนผู้รับการศึกษาพูดคุยถึงการบ้านในกิจกรรมบอกสิ่งดี โดยนำความรู้สึกหรือ ประสบการณ์ภายในบุคคลมาพูดคุย พูดคุยคะแนนจากแบบวัดสุขภาวะทางใจ จากนั้นให้แสดงการชื่นชมยืนยันรับรอง และชวนผู้รับการศึกษาทบทวนการปรึกษารั้งก่อน
3. พูดคุยพฤติกรรมเสี่ยงจากการปรึกษารั้งก่อนเล็กน้อย พูดคุยคะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี นำสู่การอภิปรายและให้ข้อมูลด้วยเทคนิคการถาม-บอก-ถาม โดยเริ่มจากการใช้คำถามสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากนั้นให้ข้อมูลและตั้งคำถามเพื่อสำรวจความรู้ความเข้าใจของผู้รับการศึกษาเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ใบความรู้ที่ 2) ยกตัวอย่างกรณีศึกษา ต่อมาใช้เทคนิคการตั้งคำถามเพื่อสำรวจความรู้ความเข้าใจของผู้รับการศึกษา กระตุ้นให้มีการสื่อสารโดยพยายามดึงประสบการณ์ของผู้รับออกมา (elicit-provide-elicit) เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้มากที่สุด
4. ผู้ให้การศึกษากระตุ้นให้เกิดความลังเล (Develop discrepancy) โดยใช้ข้อมูลที่สำรวจจากการปรึกษารั้งแรก เช่น นำเป้าหมายชีวิต คุณค่าในชีวิต และสิ่งที่เคารพศรัทธาที่ให้ประเมินได้มาเชื่อมกับพฤติกรรมเสี่ยงว่าสร้างผลกระทบอย่างไร ปรับเปลี่ยนแล้วดีอย่างไร ทั้งนี้ผู้ให้การศึกษาใช้ทักษะและกลยุทธ์ต่าง ๆ ของการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากล่าวข้อความใจตนเอง (SMS)

5. ต่อมาขอให้นักเรียนผู้รับการศึกษาได้ทำใบงานวางแผนการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มจากการ ทบทวนพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้เกิดการวางแผนพฤติกรรมป้องกันตนเอง การจัดการการกระตุ้น ความรู้สึกทางเพศอย่างเหมาะสม ต่อมาขอให้นักเรียนผู้รับบริการพิจารณาข้อดีข้อเสียกับการวางแผนการ ตัดสินใจในแต่ละทาง

6. ผู้ให้การปรึกษาแสดงการยืนยันรับรอง ชื่นชม ให้กำลังใจ และสะท้อนข้อดีของการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับการศึกษา

7. สรุปการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการศึกษาคำนี้ ให้กำลังใจ ประเมินตนเองเกี่ยวกับความ ตั้งใจในพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไอวี (ประเมินแรงจูงใจหลังการปรึกษา) และเปิดประเด็น ชักถามข้อสงสัย

8. มอบหมายการบ้านให้บันทึกสิ่งดี 3 สิ่ง โดยให้นักเรียนเขียนสิ่งดีที่เกิดขึ้น 3 อย่างในแต่ละวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้อธิบายเหตุการณ์เชิงบวกเหล่านั้นที่เกิดขึ้น และส่ง อีเมลให้ผู้ให้การปรึกษาเพื่อนำมาพูดคุยในการปรึกษาในครั้งต่อไป (หากผู้รับบริการไม่ได้ทำ การบ้านมา ให้ใช้ช่วงระยะเวลาก่อนเริ่มการปรึกษาคำนี้ 3 ทำกิจกรรมนี้ประมาณ 20 นาที)

9. ยุติการปรึกษาและกล่าวอำลา

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในกระบวนการปรึกษา
2. มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ครบ เช่น ใบงาน การบ้านสรุปการเรียนรู้ กิจกรรมบันทึกสิ่งดี 3 สิ่ง
3. ผลการประเมินก่อน หลัง และระยะติดตามผลเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษา

สื่อให้ข้อมูลป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี หมายถึง ความสามารถในการปฏิเสธหลีกเลี่ยง
สิ่งกระตุ้นยั่วยักที่ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีมีการกระทำ
เพื่อป้องกันการรับหรือส่งต่อเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี

- หลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์เมื่อพบว่าคู่นอนของตนไม่ป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัย
- ปฏิเสธเมื่อถูกชวนไปร่วมกิจกรรมที่อาจมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น เซ็กส์หมู่ पार्टตีที่มีการใช้สารเสพติดการปฏิเสธการเปลี่ยนคู่นอน



พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์

- การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์
- การใช้สารหล่อลื่นที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันในขณะมีเพศสัมพันธ์
- การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรงหรือพยายามไม่ทำให้เกิดบาดแผลเลือด
- การไม่สัมผัสบาดแผลหลังจากมีเพศสัมพันธ์



สื่อให้ข้อมูลป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

การใช้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

กินยาทุกวันตลอดชีวิต ทำให้มีคุณภาพชีวิตและอายุขัยใกล้เคียงคนทั่วไป ส่วนการรักษาที่ทำให้หายขาดยังอยู่ในการวิจัย



PrEP
ป้องกัน **ก่อน** การสัมผัสโรค
(pre-exposure prophylaxis; PrEP)

การใช้ยาเพื่อป้องกันก่อนการสัมผัสโรค (pre-exposure prophylaxis; PrEP) จะพิจารณาใช้ยาเฉพาะในผู้ที่แพทย์ประเมินแล้วว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจะรับประทานยา 1 ชนิด ติดต่อกันทุกวันตลอดช่วงที่ยังมีความเสี่ยงอยู่

การใช้ยาเพื่อป้องกันหลังสัมผัสโรค (post-exposure prophylaxis; PEP) ผู้ที่มีความเสี่ยงจากการสัมผัสโรค เช่น มีเพศสัมพันธ์หรือสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ควรรีบมาพบแพทย์เพื่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวี 3 ชนิด รับประทานต่อเนื่อง 28 วัน โดยควรเริ่มยาโดยเร็วเพื่อประสิทธิภาพในการป้องกันสูงสุด

PEP
ป้องกัน **หลัง** สัมผัสโรค
(post-exposure prophylaxis; PEP)



ใบงานวางแผนเป้าหมายเปลี่ยนแปลง

คำชี้แจง ให้คุณสำรวจตนเองในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมาว่าท่านมีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับใด โดยให้ประเมินตนเองด้วยคะแนนระหว่าง 0 ถึง 10 คะแนน ทั้งนี้ 10 คะแนน หมายถึง ป้องกันทุกครั้ง จนถึง 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ป้องกันเลย

พฤติกรรมป้องกันเอชไอวี

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่มีเลย

ป้องกันทุกครั้ง

คะแนนประเมินตนเอง เท่ากับ.....คะแนน เนื่องจาก

.....

.....

.....

.....

1. เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงคืออะไร...

.....

.....

.....

.....

.....

2. ความสำคัญและจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงตนเอง...

.....

.....

.....

.....

.....

3. สิ่งที่ต้องทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. วิธีการทำให้มีการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. ตัวช่วยที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย/อย่างไร...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หากท่านสนใจข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อได้ที่
passakorn.koomsiri@gmail.com

ภาคผนวก จ
การจัดฝึกอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้โปรแกรมให้การศึกษาเชิงบวก
เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านฯ



**การจัดฝึกอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้การปรึกษาเชิงบวก
เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ฯ**

การถ่ายทอดองค์ความรู้การปรึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ฯ
จัดขึ้นระหว่างวันที่ 29-30 กรกฎาคม 2566 เวลา 9.00-16.00 น. ผ่านระบบ Zoom โดยมี
กำหนดการดังต่อไปนี้

วันที่ 29 กรกฎาคม 2566	
9.00-10.30 น.	ความเป็นมาและแนวคิดการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) โดย คุณภาสกร คุ่มศิริ
10.45-12.00 น.	ขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) โดย คุณภาสกร คุ่มศิริ
12.00-13.00 น.	พักกลางวัน
13.00-14.30 น.	ทักษะ เทคนิคการปรึกษาแบบ MI และการจัดการแรงต้าน โดย คุณอุสุภางค์ โคตรชาติ คุณนภาดา สุขสัมพันธ์
14.45-15.30 น.	กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ (Gratitude Interventions: GI) โดย คุณภาสกร คุ่มศิริ
15.30-16.00 น.	แบ่งกลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติ (เรื่องราวของตนเอง) โดย คุณอุสุภางค์ โคตรชาติ คุณนภาดา สุขสัมพันธ์

วันที่ 30 กรกฎาคม 2566	
9.00-9.20 น.	โปรแกรมการปฐกษาศรั้งที่ 1 “การกำหนดเป้าหมาย” โดย คุณภาสกร คุ่มศิริ
9.20-10.30 น.	กลุ่มย่อย สานิต อภิปราย และฝึกปฏิบัติครั้งที่ 1 โดย คุณอุสุภางค์ โคตรชาติ คุณนภาดา สุขสัมพันธ์
10.30-10.50 น.	โปรแกรมการปฐกษาศรั้งที่ 2 “สร้างเสริมแรงจูงใจ” โดย คุณภาสกร คุ่มศิริ
10.50-12.00 น.	กลุ่มย่อย สานิต อภิปราย และฝึกปฏิบัติครั้งที่ 2 โดย คุณอุสุภางค์ โคตรชาติ คุณนภาดา สุขสัมพันธ์
12.00-13.00 น.	พักกลางวัน
13.00-13.20 น.	โปรแกรมการปฐกษาศรั้งที่ 3 “กระตุ้นแผนการเปลี่ยนแปลง” โดย คุณภาสกร คุ่มศิริ
13.20-14.00 น.	กลุ่มย่อย สานิต อภิปราย และฝึกปฏิบัติครั้งที่ 3 โดย คุณอุสุภางค์ โคตรชาติ คุณนภาดา สุขสัมพันธ์
14.00-14.20 น.	โปรแกรมการปฐกษาศรั้งที่ 4 “สรุปและการติดตาม” โดย คุณภาสกร คุ่มศิริ
14.20-15.00 น.	กลุ่มย่อย สานิต อภิปราย และฝึกปฏิบัติครั้งที่ 4 โดย คุณอุสุภางค์ โคตรชาติ คุณนภาดา สุขสัมพันธ์
15.15-16.00 น.	แนวทางการติดตามผลการปฐกษา/สรุปการเรียนรู้และประเมิน กิจกรรม โดย คุณภาสกร คุ่มศิริ



สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ฟรี
รับจำนวนจำกัด

ขอเชิญสหวิชาชีพและนิสิตเข้าร่วมการถ่ายทอดความรู้จากวิจัยเรื่อง...

**“การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี
และสุขภาวะทางใจต่อผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ”**

โดย...



นางสาวอสุภางค์ โคตรชาลี
นักจิตวิทยา



นายภาสกร คุ่มศิริ
นักจิตวิทยา



นางสาวนภาดา สุขสัมพันธ์
นักจิตวิทยา

วันเสาร์ ที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2566

- ความเป็นมาและแนวคิดการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI)
- ขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change)
- ทักษะ เทคนิคการปรึกษาแบบ MI และการจัดการแรงต้าน
- กิจกรรมพัฒนาความซาบซึ้งขอบคุณ (Gratitude Interventions: GI)
- แบ่งกลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติ

วันอาทิตย์ ที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2566

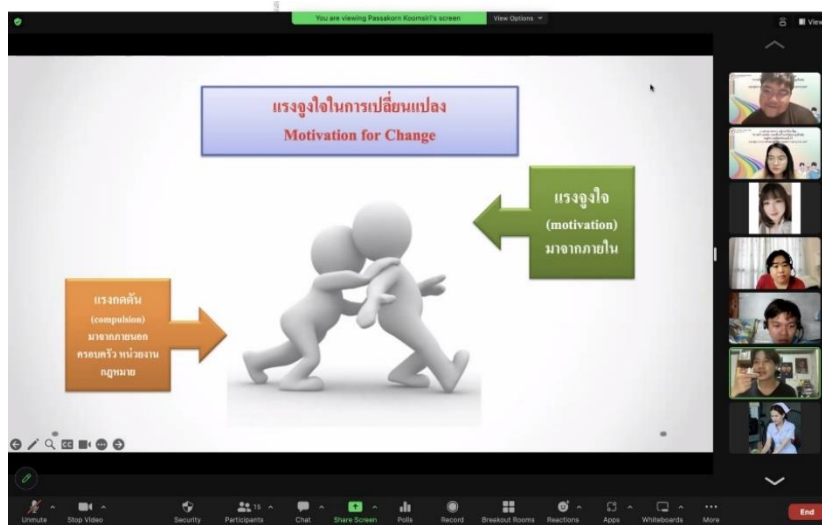
- โปรแกรมการปรึกษาครั้งที่ 1 “การกำหนดเป้าหมาย”
- โปรแกรมการปรึกษาครั้งที่ 2 “สร้างเสริมแรงจูงใจ”
- โปรแกรมการปรึกษาครั้งที่ 3 “กระตุ้นแผนการเปลี่ยนแปลง”
- โปรแกรมการปรึกษาครั้งที่ 4 “สรุปและการติดตาม”

ลงทะเบียน
สแกนด้านล่าง

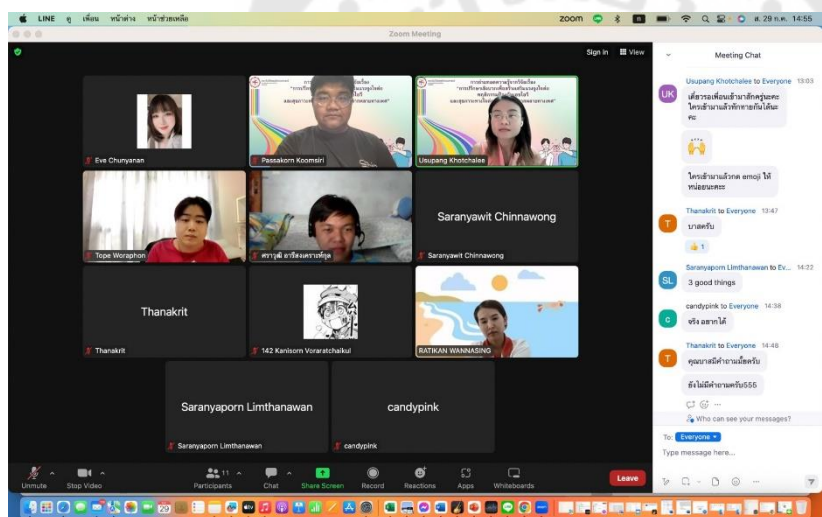


ออนไลน์ผ่าน ZOOM

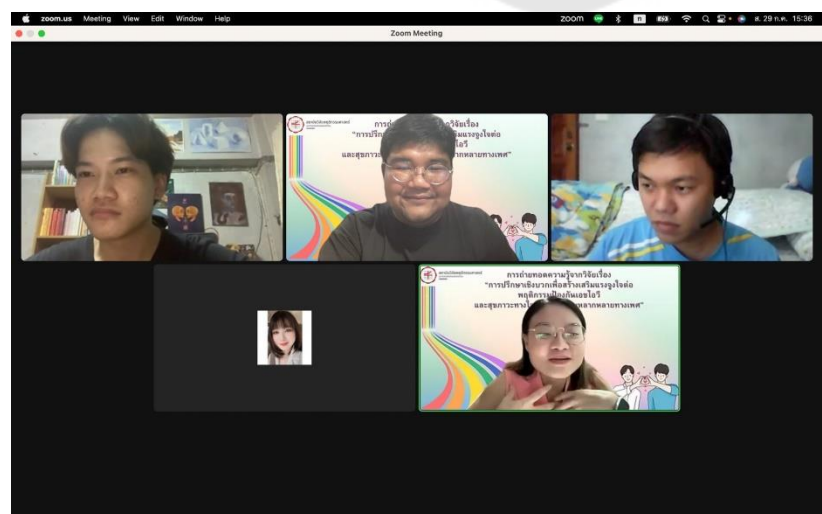
ภาพกิจกรรมวันที่ 29 กรกฎาคม 2566



การบรรยาย

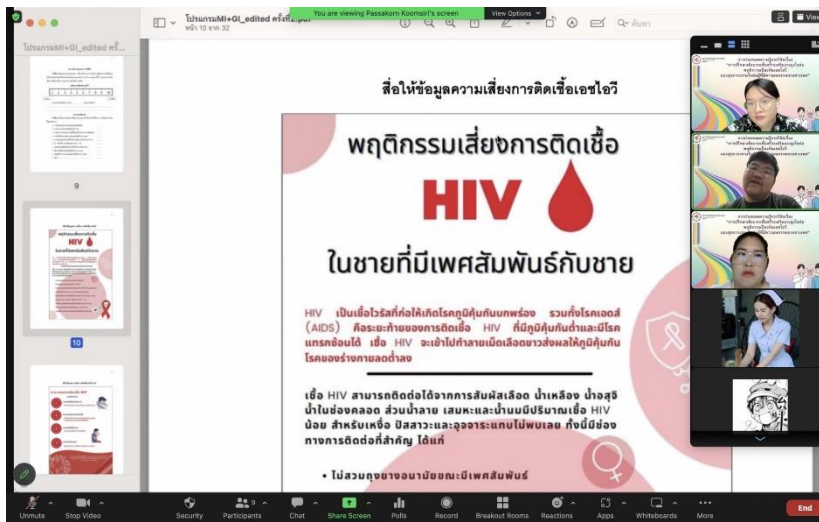


การอภิปราย

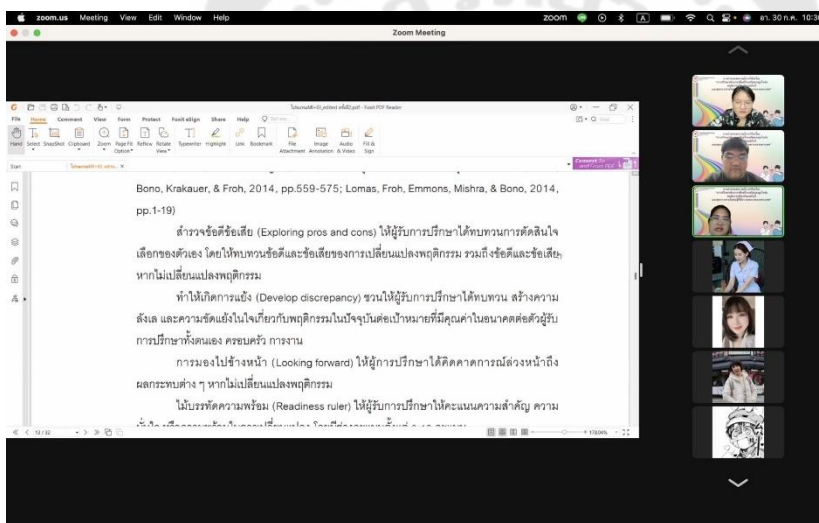


การฝึกปฏิบัติกลุ่มย่อย

ภาพกิจกรรมวันที่ 30 กรกฎาคม 2566



บรรยายและสาธิต



อภิปราย



การฝึกปฏิบัติกลุ่มย่อย



ภาคผนวก จ
หนังสือราชการ

MF-04-version-2.0

วันที่ 18 ต.ค. 61



หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 512/2564E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการศึกษาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรม ป้องกันเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นาย ภาสกร คุ่มศิริ

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 19 มกราคม 2565
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 19 มกราคม 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 19 มกราคม 2565
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 19 มกราคม 2565

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หัตถแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุวิพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-512/2564

วันที่ให้การรับรอง : 19/01/2565

วันหมดอายุใบรับรอง : 19/01/2566

ที่ อว 8718/1624



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

13 มิถุนายน 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นายภาสกร คุ้มศิริ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทชัตต์สันต์ สกฤตพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียศ กิตติธิระศักดิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบวัดสำหรับการวิจัย ชื่อ “แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายภาสกร คุ้มศิริ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081 089 3479

ที่ อว 8718/1624



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

13 มิถุนายน 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน คณะบดีคณะวิทยาการการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นายภาสกร คุ่มศิริ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง "ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทชิตส์ลันท์ สกุลหงส์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์สกล โสภิตอาชาศักดิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบวัดสำหรับการวิจัย ชื่อ "แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย" ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายภาสกร คุ่มศิริ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081 089 3479



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644
 ที่ อว 8718.1/1625 วันที่ 13 มิถุนายน 2565
 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
 เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นายภาสกร คุ่มศิริ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชัตติพันธ์ สกุลพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบวัดสำหรับการวิจัย ชื่อ “แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 081 089 3479

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายภาสกร คุ่มศิริ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
 รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ อว 8718/2650

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

25 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

เนื่องด้วย นายภาสกร คุ่มศิริ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทชิตส์ณห์ สกุลพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงสิริ เกรียงไกรสิปกร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เรื่อง “การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ นายภาสกร คุ่มศิริ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงษ์ วัฒนานนท์สกุล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน รักษาการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081 089 3479



ที่ อว 8718/2650

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

25 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย นายภาสกร คุ่มศิริ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บัณฑิตสินธุ์ สุกุลพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโครงการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เรื่อง “การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ นายภาสกร คุ่มศิริ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงษ์ วัฒนานนท์สกุล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน รักษาการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081 089 3479



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644

ที่ อว 8718.1/2649

วันที่ 28 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นายภาสกร คุ่มศิริ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทชัยตีสันท์ สุกุลพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.นฤมล พระใหญ่ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เรื่อง “การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 081 089 3479

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ นายภาสกร คุ่มศิริ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงษ์ วัฒนานนท์สุกุล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน รักษาการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ อว 8724.1/ 62.6

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

15 พฤศจิกายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างปฏิญญานิพนธ์ จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นาย ภาสกร คุ่มศิริ รหัสประจำตัวนิสิต 62199150028 นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์ (แขนงจิตวิทยาการศึกษา) สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปฏิญญานิพนธ์ หัวข้อเรื่อง “ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทชิตสันท์ สกุลพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้ นายภาสกร คุ่มศิริ เข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในหน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานเองโดยตรง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สำนักงานผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

โทร. 02 649 5000 ต่อ 17600

โทรสาร 02 258 4482

มือถือ 081 089 3479 (นิสิตผู้ประสานงาน นายภาสกร คุ่มศิริ นิสิต)

อีเมล passakorn.koomsiri@g.swu.ac.th



ที่ อว 8724.1/383

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

15 สิงหาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้จัดการมูลนิธิเอ็มพลัส สาขาเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างปริญญานิพนธ์ จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นาย ภาสกร คุ่มศิริ รหัสประจำตัวนิสิต 62199150028 นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์ (แขนงจิตวิทยาการศึกษา) สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ หัวข้อเรื่อง “ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทชิตส์ลัมภ์ สกฤพหงส์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้ นายภาสกร คุ่มศิริ เข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในหน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานเองโดยตรง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นริสรา พึ่งโพธิ์สภ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายแผนและบริหาร

รักษาการแทน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สำนักงานผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

โทร. 02 649 5000 ต่อ 17600

โทรสาร 02 258 4482

มือถือ 081 089 3479 (นิสิตผู้ประสานงาน นายภาสกร คุ่มศิริ)

อีเมล passakorn.koomsiri@g.swu.ac.th



ภาคผนวก ช

หนังสือรับรองการใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

หนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัย

ชื่อหน่วยงานที่รับรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ที่อยู่หน่วยงานที่รับรอง 272 ม.9 ต.ขุนทะเล อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี

วัน เดือน ปีที่ให้การรับรอง 8 กันยายน 2566

เรื่อง การรับรองการใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่ ร.ต. ชีระยุทธ เกิดสังข์ ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา ขอรับรองว่าได้มีการนำผลงานวิจัยเรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ผู้วิจัยโดย นายภาสกร คุ่มศิริ

นำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้ (กรุณาเลือกโดยการทำเครื่องหมาย หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และกรุณาให้รายละเอียดการใช้ประโยชน์เพิ่มเติมท้ายข้อความที่เลือก)

- การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ (การใช้งานวิจัยให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณชนในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้สุขภาพ คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจของประชาชน/ชุมชนดีขึ้น เช่น ด้านสาธารณสุข การจัดการSME เป็นต้น)
- ประยุกต์ใช้โปรแกรมฯ ในการดูแลผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ (ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ) ณ ศูนย์ดูแลนักศึกษาด้วยหัวใจ (SCC) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
 - นำแนวคิดและแนวทางให้การปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้ในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย (เช่น การนำผลจากการวิจัยไปประกอบเป็นข้อมูลการประกาศใช้กฎหมาย หรือ มาตรการ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ โดยองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น)

การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ (เช่น งานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือ ผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต เป็นต้น)

การใช้ประโยชน์ทางอ้อมของงานวิจัย/งานสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าทางจิตใจ ยกระดับจิตใจ ก่อให้เกิดสุนทรียภาพ สร้างความสุข


ช่วงเวลาในการใช้ประโยชน์

ตั้งแต่.....จนถึงปัจจุบัน

ฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่ ตุลาคม 2566 จนถึง ธันวาคม 2566 และประยุกต์ใช้ในศูนย์ SCC ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

โดยการใช้ประโยชน์นั้น ก่อให้เกิดผลดีหรือประโยชน์ ดังนี้

- นำมาประยุกต์ใช้ให้การปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรและนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีทั้งหมด
- เป็นประโยชน์ในการจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติในหัวข้อการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ลงชื่อ.....


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่ ร.ต. ธีระยุทธ เกิดสังข์)

ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

หมายเหตุ: ท่านสามารถประทับตราของหน่วยงานในเอกสารนี้ได้ (ถ้ามี)

หนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัย

ชื่อหน่วยงานที่รับรอง ...สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย.....
 ที่อยู่หน่วยงานที่รับรอง 1 และ 3 ซอยรามคำแหง 97/2 ถนนรามคำแหง แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240
 วัน เดือน ปีที่ให้การรับรอง ...19 กันยายน 2566.....

เรื่อง การรับรองการใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัย
 เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ข้าพเจ้า.....นายวรารุช บุญศิริธนโรจน์..... ตำแหน่ง.....ผู้จัดการศูนย์พัฒนาศักยภาพ.....
 ขอรับรองว่าได้มีการนำผลงานวิจัยเรื่อง
**ผลของการศึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
 และสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย**
 ผู้วิจัยโดย.....นายภาสกร คัมศิริ.....

นำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้ (กรุณาเลือกโดยการทำเครื่องหมาย หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และกรุณาให้
 รายละเอียดการใช้ประโยชน์เพิ่มเติมท้ายข้อความที่เลือก)

- การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ (การใช้งานวิจัยให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณชนในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้
 สุขภาพ คุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของประชาชน/ชุมชนดีขึ้น เช่น ด้านสาธารณสุข การจัดการSME เป็นต้น)
**ทางองค์กรสามารถนำผลจากการวิจัย ในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชากร
 กลุ่มชายรักชาย ในเชิงของการป้องกัน เพื่อเพิ่มศักยภาพและเพิ่มรูปแบบ ในการให้บริการที่หลากหลายมากขึ้น**
- การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย (เช่น การนำผลจากการวิจัยไปประกอบเป็นข้อมูลการประกาศใช้กฎหมาย หรือ
 มาตรการ กฎเกณฑ์ต่างๆ โดยองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น)

- การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ (เช่น งานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือ
 ผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต เป็นต้น)

- การใช้ประโยชน์ทางอ้อมของงานวิจัย/งานสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าทางจิตใจ ยกระดับ
 จิตใจ ก่อให้เกิดสุนทรียภาพ สร้างความสุข
สร้างเสริมแรงจูงใจให้ผู้รับบริการได้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการให้บริการที่เป็น ใช้รูปแบบการสื่อสารเชิงบวก

ประวัติผู้เขียน

