



ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ
ชาย: การวิจัยผสมผสานวิธี

ADHERENCE TO PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS USE FOR HIV PREVENTION AMONG
MEN WHO HAVE SEX WITH MEN: A MIXED METHODS RESEARCH

สุจิตรา หัตถ์ดุษฎี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2568

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ
ชาย: การวิจัยผสมผสานวิธี



ปริญญาโทนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ADHERENCE TO PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS USE FOR HIV PREVENTION AMONG
MEN WHO HAVE SEX WITH MEN: A MIXED METHODS RESEARCH



SUCHITRA HUDRUDCHAI

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Applied Behavioral Sc. Research)

Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

2025

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย: การ
วิจัยผลงานวิจัย

ของ

สุจิตรา หัตถ์ดุษฎี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตร์ชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญาานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(อาจารย์ ดร.ชารินทร์ สุวรรณวงศ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงของ)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ฐาสุภกร์ จันประเสริฐ) (รองศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นันทชัยดัสกันท์ สกุลพงษ์)

ชื่อเรื่อง	ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย: การวิจัยผลसानวิธี
ผู้วิจัย	สุจิตรา หัตถ์ชัย
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2568
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. ชาริน สุวรรณวงศ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. สุาศุภร์ จันประเสริฐ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทำความเข้าใจประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (เพิร์พ) ในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 2) พัฒนาเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุ และ 3) ทดสอบโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้เพิร์พ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผลสานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ เริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่กำลังรับบริการเพิร์พในศูนย์บริการสุขภาพทางเพศเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 12 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการให้รหัสและสรุปประเด็น จากนั้นนำผลที่ได้ไปพัฒนาเครื่องมือประเมินเพื่อเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์จากชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 ราย และวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรม JAMOVI ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า มูลเหตุจูงใจต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พที่เป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือ การรักตนเอง การสนใจใช้เพิร์พเป็นส่วนหนึ่งกับกิจวัตรประจำวัน คุณภาพการให้บริการที่เป็นมิตรและความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยอุปสรรคที่สำคัญ คือ การถูกตีตราว่ามีพฤติกรรมสำส่อนหรือติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำและการประเมินความเสี่ยงผิดพลาด สำหรับเครื่องมือประเมินที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทของประเทศไทย ผลการทดสอบโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า โอกาสทางกายภาพ โอกาสทางสังคม และแรงจูงใจร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 47 ($R^2 = 0.47$) ในขณะที่ความสามารถ โอกาสทางกายภาพ และโอกาสทางสังคมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของแรงจูงใจได้ร้อยละ 63.3 ($R^2 = 0.63$) นอกจากนี้ แรงจูงใจและโอกาสทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.45, p < 0.01$ และ $\beta = 0.29, p < 0.05$ ตามลำดับ) รวมทั้งความสามารถและโอกาสทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พผ่านแรงจูงใจ โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีแรงจูงใจสูงและได้รับโอกาสทางสังคมที่เอื้ออำนวยมีความร่วมมือในการใช้เพิร์พที่ดีกว่า โดยมีความสามารถและโอกาสทางสังคมเป็นรากฐานสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, การป้องกันกรณีติดเชื้อเอชไอวี, การวิจัยผลสานวิธี, การวิจัยผลสานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ

Title	ADHERENCE TO PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS USE FOR HIV PREVENTION AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN: A MIXED METHODS RESEARCH
Author	SUCHITRA HUDRUDCHAI
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2025
Thesis Advisor	Dr. Charin Suwanwong
Co Advisor	Associate Professor Dr. Thasuk Junprasert

The objectives of this research were 1) to understand the experiences and motivations regarding Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) adherence among men who have sex with men (MSM), 2) to develop an assessment tool, and 3) to test a causal structural relationship model of PrEP adherence. A sequential exploratory mixed-methods design was employed. The qualitative phase involved in-depth interviews with 12 MSM currently receiving PrEP at sexual health centers in Bangkok, with data analyzed through thematic coding. Findings informed the development of an online survey for the quantitative phase, conducted with 400 MSM in Bangkok. Structural Equation Modeling (SEM) was performed using JAMOVI. Qualitative results revealed that key facilitators of PrEP adherence included self-love, integrating PrEP into daily routines, friendly service quality, and trust in healthcare teams. Major barriers identified were social stigma regarding promiscuity or HIV status, low perceived risk, and miscalculated risk. The developed assessment tool demonstrated appropriate psychometric properties for the Thai context. The causal structural model showed a satisfactory fit with empirical data. Quantitative findings indicated that physical opportunity, social opportunity, and motivation collectively accounted for 47% of the variance in PrEP adherence ($R^2 = 0.47$). Meanwhile, capability, physical opportunity, and social opportunity explained 63.3% of the variance in motivation ($R^2 = 0.63$). Motivation and social opportunity had significant positive direct effects on PrEP adherence ($\beta = 0.45, p < 0.01$ and $\beta = 0.29, p < 0.05$, respectively). Furthermore, capability and social opportunity exerted significant positive indirect effects on adherence through motivation. Overall, the study suggests that MSM with high social opportunities exhibit better PrEP adherence, with capability and social factors serving as fundamental pillars in fostering the motivation necessary for consistent adherence.

Keyword : PrEP Adherence, Men who have Sex with Men, HIV prevention, Mixed Methods Research, Exploratory Sequential Mixed Methods Design

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาของคุณอย่างหาที่สุดมิได้จาก อาจารย์ ดร.ชารินทร์ สุวรรณวงศ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้เปรียบเสมือนแสงสว่างนำทางทางปัญญาที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสถิติขั้นสูงรวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างละเอียดถี่ถ้วน ความเมตตาและความเอาใจใส่ของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ช่วยให้ผู้วิจัยก้าวข้ามอุปสรรคและพัฒนางานวิจัยขึ้นนี้ให้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงทอง, รองศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม และ รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิชาติ สันต์ สกุดพงศ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่งในการเขียนปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและบุคลากรในศูนย์บริการสุขภาพทางเพศทั้ง 2 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร ที่กรุณาอนุเคราะห์ในการเข้าถึงข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยความเป็นกันเอง และที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 12 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตอันเปี่ยมด้วยคุณค่า รวมถึงกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้ง 400 ท่าน ข้อมูลเชิงลึก และข้อมูลเชิงประจักษ์ของทุกท่านคือ หัวใจ และเป็นกุญแจสำคัญ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้น

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณความสำเร็จในครั้งนี้ให้แก่ครอบครัวอันเป็นที่รัก ขอขอบคุณคุณธาดา ที่เป็นดั่งลมใต้ปีก คอยอยู่เคียงข้าง สนับสนุน และเป็นคู่คิดในทุกช่วงเวลาที่ยากลำบาก และขอบคุณเด็กหญิงธีตรา ลูกสาวตัวน้อยที่หนูเติบโตและอดทนไปพร้อมกับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงวันที่ลืมตาดูโลก หนูคือพลังที่บริสุทธิ์ที่สุดที่ทำให้แม่มีความมุ่งมั่นงานวิจัยขึ้นนี้สำเร็จลงได้อย่างงดงาม

คุณค่าและคุณประโยชน์ที่พึงมีจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

สุจิตรา หัตถ์ชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ส่วนที่ 1 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์.....	11
ส่วนที่ 2 การมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	14
ส่วนที่ 3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ	17
ส่วนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	20
ส่วนที่ 5 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV.....	27
ส่วนที่ 6 ปัจจัยเชิงสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	37
ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	41

ส่วนที่ 8 สมมติฐานการวิจัย.....	43
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ.....	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
แบบแผนการวิจัย.....	46
การวิจัยระยะที่ 1.....	48
ผู้ให้ข้อมูลหลักในวิจัย.....	49
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย.....	55
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
การวิจัยระยะที่ 2.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย.....	70
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	72
ตอนที่ 1 ประสพการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการ สัมผัสเชื้อเอชไอวีในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย.....	73
ประเด็นที่ 1 ประสพการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอช ไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย.....	76
ประเด็นที่ 2 มูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ เอชไอวี.....	92
ประเด็นที่ 3 การเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 สู่ออกแบบการวิจัยระยะที่ 2.....	109

ตอนที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงเหตุ.....	117
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยา ต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	144
บทที่ 5 การสรุปและอภิปรายผล.....	159
การสรุปผลการวิจัย.....	159
การสรุปผลการวิจัยระยะที่ 1	159
การสรุปผลการวิจัยระยะที่ 2	162
การอภิปรายผลการวิจัย	165
การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1	165
การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2	176
ข้อเสนอแนะในการวิจัย	194
บรรณานุกรม	2
ภาคผนวก.....	14
ประวัติผู้เขียน.....	38

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	48
ตาราง 2 ตัวอย่างแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง	54
ตาราง 3 แบบบันทึกการสังเกตทั่วไป	54
ตาราง 4 ตัวอย่างแบบวัดความร่วมมือในการใช้พร็อพของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย.....	64
ตาราง 5 ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดในการวิจัยระยะที่ 2	65
ตาราง 6 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล.....	75
ตาราง 7 วิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง (Cross-case Analysis Matrix)	106
ตาราง 8 การเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 สู่การออกแบบการวิจัยระยะที่ 2	110
ตาราง 9 วิเคราะห์ความเชื่อมโยงจากรหัสเชิงคุณภาพสู่ข้อคำถามเชิงปริมาณ.....	118
ตาราง 10 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดความสามารถทางกายภาพ	125
ตาราง 11 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดความสามารถทางจิตใจ.....	127
ตาราง 12 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดโอกาสทางกายภาพ	128
ตาราง 13 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดโอกาสทางสังคม	130
ตาราง 14 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติ	133
ตาราง 15 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุ	135
ตาราง 16 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อน การสัมผัสเชื้อเอชไอวี.....	137
ตาราง 17 ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลเครื่องมือวัดความสามารถทางกายภาพและทาง จิตใจ.....	140
ตาราง 18 สัญลักษณ์แทนค่าสถิติ	145
ตาราง 19 อักษรย่อแทนตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกต	146

ตาราง 20 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)..... 147

ตาราง 21 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร 150

ตาราง 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต..... 151

ตาราง 23 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝง..... 152

ตาราง 24 ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล 154

ตาราง 25 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุ 157

ตาราง 26 Joint Display การบูรณาการข้อค้นพบระยะที่ 1 และระยะที่ 2 192



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 ทฤษฎีวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Wheel)	26
ภาพประกอบ 2 COM-B Model.....	38
ภาพประกอบ 3 ตัวอย่างปัจจัยเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟตามกรอบ COM-B.....	40
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย	42
ภาพประกอบ 5 การประยุกต์ใช้แบบแผนการวิจัยผลงานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (Creswell & Plano Clark, 2018) และการเชื่อมโยงข้อค้นพบในการวิจัย	47
ภาพประกอบ 6 ตัวอย่างแบบสอบถามออนไลน์	67
ภาพประกอบ 7 กระบวนการเกิดประสบการณ์ คุณลักษณะ คุณค่าและมูลเหตุจูงใจของความ ร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่ดี	108
ภาพประกอบ 8 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยืนยันของแบบวัดความสามารถทางกายภาพ และความสามารถทางจิตใจ.....	140
ภาพประกอบ 9 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยืนยันของแบบวัดโอกาสทางกายภาพ	141
ภาพประกอบ 10 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยืนยันของแบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติและ แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล	142
ภาพประกอบ 11 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยืนยันของแบบวัดความร่วมมือ	143
ภาพประกอบ 12 โมเดลสมมติฐานความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟ ก่อนปรับโมเดล	154
ภาพประกอบ 13 โมเดลสมมติฐานความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟ หลังปรับโมเดล.....	155
ภาพประกอบ 14 สรุปความเชื่อมโยงระหว่างผลการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2.....	183

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อ HIV ยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับสากล องค์การสหประชาชาติ (UNAIDS) กระตุ้นให้ประเทศต่าง ๆ กลับมาให้ความสำคัญกับการยุติการแพร่ระบาดของ HIV/AIDS หลังจากพบสัญญาณการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในช่วงวิกฤตโควิด 19 จากรายงานปี ค.ศ. 2022 พบว่า มีผู้ติดเชื้อ HIV ทั่วโลกสะสมสูงถึง 39 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 630,000 คน (World Health Organization) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตอยู่ 560,000 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน และมีผู้เสียชีวิต 11,000 คน จากข้อมูลของศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้าน HIV ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบว่า กลุ่มประชากรติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) คิดเป็นร้อยละ 68 ของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด ซึ่งสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ที่พบเพียงร้อยละ 38 (HIV INFO HUB, 2022) ซึ่งช่องทางการติดเชื้อส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยการป้องกันที่ได้ผลดีที่สุดคือการใช้ถุงยางอนามัย อย่างไรก็ตามยังคงพบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวครั้งล่าสุดของกลุ่ม MSM ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 77.8 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563a) ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2561 ที่พบถึงร้อยละ 82.7 จากปัญหาดังกล่าวยังคงทำให้การระบาดของเชื้อเอชไอวีใน MSM ที่มีความเสี่ยง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

ในปัจจุบันมีการมุ่งเน้นและเร่งรัดให้เกิดการป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่มีประสิทธิภาพสูง ให้ครอบคลุมประชากรที่มีความเสี่ยงสูงและในพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ซึ่งยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (เพิร์พ) หรือ Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP เป็นยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV มีในรูปแบบรับประทานและฉีดเพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ HIV โดยการให้บริการเพิร์พเป็นมาตรการหนึ่งเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังไม่มีเชื้อ HIV จากงานวิจัยชุดโครงการเพิร์พในผู้ชาย (Iniciativa Prophylaxis Pre-exposición: iPrEX) พบว่า การรับประทานเพิร์พ มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อใน MSM ได้สูงสุดถึงร้อยละ 92 หากรับประทานสม่ำเสมอ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก MSM ที่รับประทานเพิร์พอย่างน้อย 4 เม็ดต่อสัปดาห์ สามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV ได้ในระดับเทียบเท่ากับผู้ที่ปฏิบัติตามการรับประทานเพิร์พตามรูปแบบการดำเนินงานทั้งแบบรายวันและ

แบบตามสถานการณ์ ร้อยละ 96-99 (Buchbinder, 2018) โดยหน่วยบริการสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา (US Public Health Service; USPHS) ได้ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ให้เหมาะสมสำหรับ MSM (Centers for Disease Control & Prevention. (n.d.) US Public Health Service, 2021) ซึ่งเพิร์พได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration; FDA) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 และองค์การอนามัยโลก (WHO) บรรรจุเพิร์พ เมื่อปี พ.ศ. 2558 เป็นส่วนหนึ่งในชุดบริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV แม้ว่าประสิทธิผลของการรับประทานยาเพิร์พเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV จะเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ (Grulich et al., 2018) แต่ยังคงพบว่า ใน ค.ศ. 2022 ความชุกในการติดเชื้อ HIV รายใหม่ใน MSM สูงถึง ร้อยละ 7.7 และใน ค.ศ. 2021 มีประชากร 1.6 ล้านคนทั่วโลกที่ได้รับเพิร์พ แบบรับประทานอย่างน้อยหนึ่งครั้ง โดยเกือบ 1 ล้านคนอยู่ในแอฟริกาตะวันออกและตอนใต้ (UNAIDS) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงเพิร์พยังมีอยู่อย่างจำกัด ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหากมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจะมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV และการระบาดของโรคเอดส์ โดย MSM ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถือเป็นกลุ่มประชากรหลัก (key populations) ซึ่งหมายถึง กลุ่มเปราะบางต่อการติดเชื้อ HIV ที่ต้องได้รับการป้องกัน HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก อันได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM), ผู้หญิงข้ามเพศ (TG), กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิงและชาย, กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) (Seekaew et al., 2018) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่ มีคู่นอนหลายคน เปลี่ยนคู่นอนบ่อย และการใช้สารเสพติด จากการสำรวจสถานที่พบปะของกลุ่ม MSM ได้แก่ สถานบันเทิง ผับ/บาร์ อาบอบนวด ร้านนวดชาย ชานา ที่มิให้บริการเฉพาะกลุ่ม MSM สถานที่ดังกล่าวได้รับความนิยมมาก และพบว่าเป็นสถานที่ที่สามารถชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย (นิตยา ชมเชย, 2554) การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายอาจเกิดขึ้นได้โดยง่ายและรวดเร็วภายในวันแรกที่รู้จักกันและเกิดขึ้นกับคนแปลกหน้าที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน บางรายงานระบุว่า MSM บางรายอาจมีจำนวนคู่นอนและยุติความสัมพันธ์อย่างรวดเร็ว มากกว่า 10 รายต่อเดือน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ถือเป็นความเสี่ยงอย่างมากในการแพร่กระจายเชื้อ HIV หากไม่มีป้องกันอย่างถูกต้องและปลอดภัย (Feng et al., 2010) สอดคล้องกับรายงานการประชุมแนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย ระบุว่า MSM วัยรุ่นและ MSM ที่เริ่มขายบริการทางเพศ เป็นกลุ่มที่มีลักษณะมีความรู้และความตระหนักน้อย มีการรับรู้เรื่องความเสี่ยงและทักษะการต่อรองต่ำ ยังไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

และใช้ชีวิตในวัฒนธรรมที่ทำทลายในเรื่องการแสดงออกและความต้องการได้รับความสนใจหรือเป็นที่ต้องตาต้องใจทางเพศ มีความกดดันทางด้านการเงิน ทำให้ต้องขายบริการทางเพศและบางครั้งไม่ใช้ถุงยางอนามัย บางคนมีการใช้สารเสพติด สารกระตุ้นในการขายบริการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการหมุนเวียนคนอ่อนค่อนข้างสูง ทำให้มีโอกาสติดเชื้อ HIV เพิ่มมากขึ้น (ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2560) นอกจากนี้ จากรายงานการเฝ้าระวังความชุกการติดเชื้อ HIV ปี พ.ศ. 2563 พบว่า MSM ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความชุกการติดเชื้อ HIV ร้อยละ 6.9 การเข้าถึงบริการและการป้องกันการติดเชื้อ HIV ร้อยละ 26.0 และการรับประทานยาเพิร์พในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 4.2 ซึ่งสาเหตุที่ไม่รับประทานเพิร์พมากที่สุดคือ ไม่รู้จัก ร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ ไม่คิดว่ามีความเสี่ยง ร้อยละ 27.3 ไม่ทราบสถานที่รับยา ร้อยละ 10.9 และกลัวผลข้างเคียง ร้อยละ 4.9 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563b)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเพิร์พจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว รวมไปถึงความพร้อมใช้งานและการเข้าถึงที่เพิ่มขึ้น แต่อาจไม่เพียงพอในการปรับปรุงความร่วมมือในการใช้เพิร์พและการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของ MSM ได้ (Jaspal et al., 2019) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับเพิร์พจะเพิ่มขึ้น แต่การเริ่มใช้ยาเพิร์พและใช้อย่างสม่ำเสมอใน MSM ยังมีอัตราที่ต่ำ และพบปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ เช่น จำนวนคนอ่อน พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและภาวะโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการใช้เพิร์พ (Gao et al., 2022; Hojilla et al., 2018; Hudrudchai et al., 2024; Monteiro Spindola Marins et al., 2021; Shuper et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของเพิร์พเป็นสาเหตุที่ทำให้ MSM มีความร่วมมือในการใช้เพิร์พต่ำ (Ezennia et al., 2019; Mayer et al., 2020) สำหรับในประเทศไทย พบการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสอบการรักษาและความร่วมมือในการปฏิบัติตามเพิร์พของ MSM และผู้หญิงข้ามเพศ พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยร้อยละ 37.4 มีความสม่ำเสมอในการรับบริการตรวจตามนัดและความร่วมมือในการรับประทานเพิร์พต่ำ (รับประทานเพิร์พน้อยกว่า 3 เม็ดต่อสัปดาห์ หรือพลาดตรวจติดตามกับคลินิกในเดือนที่ 1) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามต่ำ ได้แก่ อายุที่น้อยกว่า 25 ปี อาจเนื่องมาจากการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของตนเองไม่ถูกต้อง Seekaew et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวเป็นลักษณะการอธิบายผลลัพธ์เชิงตัวเลข แต่ยังคงขาดการอธิบายถึงกระบวนการทางความคิด ว่าเหตุใดกลุ่มคนรุ่นใหม่จึงมีการตีความความเสี่ยงที่คลาดเคลื่อนเช่นนั้น และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานเพิร์พ คือ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ต่ำหรือไม่มีเลย ความมีเมมา ความ

กังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงในระยะยาวของเพิร์พและการถูกตีตรา (Chemnasiri et al., 2019) แม้ว่าการศึกษาจะระบุอุปสรรคสำคัญ เช่น ความมีเมตตา ความกังวลเรื่องผลข้างเคียง และการตีตราทางสังคม แต่ผลการวิจัยมักถูกนำเสนอในลักษณะรายการอุปสรรค ซึ่งยังขาดการเชื่อมโยงเข้ากับกลไกเชิงพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายว่า อุปสรรคเหล่านี้เข้าไปขัดขวางหรือบั่นทอน การกำกับตนเอง (Self-regulation) และ ความสามารถ (Capability) ในเชิงพฤติกรรมอย่างไร

นอกจากนี้ยังพบว่า การศึกษาเชิงปริมาณที่ผ่านมาที่มีการศึกษาถึงปัจจัยข้อมูลด้านประชากรและพฤติกรรมทางเพศที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการรับประธาณเพิร์พในกลุ่ม MSM ซึ่งยังไม่มีการเชื่อมโยงถึงหลักแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายในเชิงจิตวิทยา สังคมและพฤติกรรมศาสตร์ (Okafor et al., 2020; P. Seekaew et al., 2019) และบางการศึกษาได้นำเอาแบบจำลองข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม (Information Motivation-Behavioral Skill: IMB Model) ในการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประธาณเพิร์พใน MSM ซึ่งพบว่าการศึกษาที่รวมเอาเสียงของ MSM (Knox et al., 2022; Whiteley et al., 2021) ยังมีอยู่อย่างจำกัด อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในการศึกษาเชิงคุณภาพบางการศึกษา มุ่งเน้นไปที่การสำรวจความเป็นไปได้ การยอมรับรูปแบบของการปฏิบัติตามและความครอบคลุมสำหรับแผนการใช้ยาป้องกันก่อนการติดเชื้อ HIV ในปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ จากประสบการณ์ของกลุ่ม MSM ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงการพิจารณาให้กว้างถึงอิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล (Chemnasiri et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นไปที่ความเป็นไปได้ในการจัดบริการภายในสถานพยาบาล แต่ยังไม่สามารถอธิบายถึงอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ระหว่างปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลได้อย่างรอบด้าน

ด้วยความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแนวการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) เนื่องจากกรณีนี้ที่ศึกษามีขอบเขตที่ชัดเจน ซึ่งเป็นแบบมุ่งเน้นการค้นหาและหาคำอธิบาย (exploratory & explanatory) เพื่อเข้าใจประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้เพิร์พ มุ่งเน้นการให้ความหมายและลักษณะของความร่วมมือในการใช้เพิร์พของ MSM และนอกจากนั้นยังรวมไปถึงการเข้าใจปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้เพิร์พที่เน้นการอธิบายเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุมและถูกต้องให้มีความลึกซึ้งผ่านมุมมองของผู้มีประสบการณ์ตรง ซึ่งกลุ่ม MSM ถือเป็นกลุ่มเฉพาะ เข้าถึงได้ยาก มีความเปราะบาง โดยพิจารณาถึงสิ่งที่อยู่เบื้องลึกเบื้องหลังที่เกี่ยวกับประสบการณ์ความร่วมมือใน

การใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ภายใต้บริบทหรือสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่ม MSM โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolism Interaction) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง (Self-regulation) ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) และแบบจำลอง COM-B ซึ่งจากการเลือกใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์นั้น เนื่องจากเป็นทฤษฎีทางสังคมที่ช่วยให้เข้าใจความหมายและการตีความความร่วมมือในการใช้เพริพของ MSM ผ่านผู้ที่เป็นเจ้าของประสบการณ์ รวมไปถึงการเลือกใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้องอาศัยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การคุกคามของโรค ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวียังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิตถือเป็นโรคที่ร้ายแรง รวมไปถึงแนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง ทฤษฎีปัญญาสังคม และแบบจำลอง COM-B เพื่อเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของความสามารถ โอกาส และแรงจูงใจ ส่งผลต่อความน่าจะเป็นของพฤติกรรมที่ต้องการ (Handley et al., 2016) นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ซึ่งแสดงออกผ่านทางความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมเพื่อค้นหาความหมายและลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นอกจากนี้ยังรวมถึงมูลเหตุแรงจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่มุ่งเน้นการอธิบายเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง โดยผลที่ได้นำไปพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า บางการศึกษาใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นแบบวัดการประเมินตนเอง (self-report) ในการนับเม็ดยาที่ไม่ได้รับประทานใน 30 วันที่ผ่านมา จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นระยะเวลาานพอสมควร ผู้ตอบอาจจดจำจำนวนเม็ดยาที่รับประทานได้ไม่แม่นยำหากไม่ได้บันทึกประจำวัน รวมถึงการใช้แบบสอบถามโดยให้ rating scale จำนวน 2 ข้อ ซึ่งจากข้อคำถามดังกล่าว พบว่า แบบวัดมีฐานวัดที่แตกต่างกันและบางการศึกษาใช้การประเมินการวัดทางชีววิทยา ได้แก่ การตรวจจุดเลือดแห้ง ตรวจปัสสาวะ และพลาสมาเพื่อวัดระดับความเข้มข้นของยาที่มีในร่างกาย ซึ่งอาจได้ข้อมูลว่ามีการรับประทานยาเมื่อเร็ว ๆ นี้ โดยสำหรับในประเทศไทย การตรวจทางชีววิทยายังมีอยู่อย่างจำกัดในกลุ่มตัวอย่างโครงการวิจัย ยังไม่ครอบคลุมการให้บริการผู้มารับเพริพทั่วไป ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการสร้างเครื่องมือประเมินสำหรับการ

ทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้เหมาะสม ครอบคลุมและเข้ากับบริบทประเทศไทย จากนั้นนำข้อค้นพบที่ได้ไปออกแบบการศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยผสมผสานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (Exploratory sequential mixed methods design) ซึ่งประยุกต์จากแบบแผนของเครสเวลและพลานอร์คลาร์ก (Creswell & Clark, 2017) โดยในการวิจัยระยะที่ 1 ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและการวิจัยระยะที่ 2 พัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี จากนั้นจึงนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับตัวแปรที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมไปออกแบบโมเดลสมมติฐานศึกษาความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด COM-B model จากทฤษฎี Behavior Change Wheel (BCW) เนื่องจากเป็นโมเดลที่สามารถอธิบายถึงปัจจัยเชิงสาเหตุในระดับพื้นฐานสามารถนำมาใช้สำหรับการออกแบบโปรแกรมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต จากหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามาตรการที่มีประสิทธิผลมากที่สุดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ มาตรการที่กำหนดเป้าหมายประชากร ชุมชน และระดับบุคคลไปพร้อม ๆ กันและสม่ำเสมอ ซึ่งโมเดลความสามารถ-โอกาส-แรงจูงใจ (COM-B) ช่วยให้นำไปออกแบบโปรแกรมได้ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการวิเคราะห์ทางทฤษฎีของพฤติกรรมเป้าหมายในบริบท ความเรียบง่ายและความครอบคลุม ไปสู่การนำไปใช้อย่างกว้างขวางในด้านวิชาการ นโยบาย และการสร้างโปรแกรม (Michie et al., 2011)

ท้ายที่สุดแล้วงานวิจัยนี้ช่วยสร้างประโยชน์ทางวิชาการคือ สามารถนำเสนอความหมายและลักษณะรวมไปถึงปัจจัยเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นบริบทที่มีความเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มเปราะบาง อีกทั้งยังเป็นการประยุกต์นำเอาตัวแปรในทฤษฎีจากหลายศาสตร์ทั้ง จิตวิทยา สังคมวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์มาบูรณาการศาสตร์เพื่อทำความเข้าใจความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยิ่งไปกว่านั้นประโยชน์ทางการปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้คือ เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้นำไปใช้เป็นแนวทางส่งเสริมในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความ

เสียงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตลอดจนหน่วยงานบริการสุขภาพและผู้ให้บริการที่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการด้วยความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการป้องกันของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ สามารถนำไปพัฒนาเป็นนโยบายและแผนปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีทั้งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มอื่น ๆ ในอนาคต

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. เพื่อทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษานี้ ผลจากการศึกษาประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี คือ ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแบบเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การตรวจสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อทราบถึงปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยาเพริฟในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้บริการในคลินิกสุขภาพทางเพศ สามารถนำผลการวิจัยไปปรับปรุงและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้เพริฟ ผู้ดำเนินงานด้านเพริฟสามารถนำไปบูรณาการ วางแผนพัฒนาระบบและกระบวนการด้านการป้องกัน ดูแลและรักษาให้เกิดความเชื่อมโยงกัน รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย การสื่อสารมวลชน และการประสานความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชน สามารถนำผลการวิจัยไปสู่การกำหนดเชิงนโยบายในระบบการบริการสุขภาพและยังสามารถต่อยอดเป็นการ

วิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มอื่น ๆ

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research) ชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (Exploratory sequential design) (Creswell & Clark, 2017) เนื่องจากประสบการณ์และมโนทัศน์ของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ยังไม่มีการศึกษาประเด็นลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีภายใต้บริบทของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงในสังคมไทย ผู้วิจัยจึงตั้งเห็นว่าการศึกษาวิจัยผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษานี้ โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลเชิงคุณภาพ และ 2) การนำผลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 มาช่วยกำหนดและออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยระยะที่ 1

ขอบเขตผู้ให้ข้อมูล

ผู้ที่เป็นชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลตรวจเอชไอวีผลเป็นลบมีประสบการณ์การรับประทานเพิร์พในศูนย์บริการของภาครัฐหรือองค์การภาคประชาสังคมในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีประสบการณ์รับประทานเพิร์พมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เม็ดต่อสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอและตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง กลุ่มที่ 2 คือ มีประสบการณ์รับประทานเพิร์พน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เม็ดต่อสัปดาห์ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน ผู้ให้ข้อมูลถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ที่กำหนด เพื่อการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเจ้าของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ประจำคลินิกหรือคู่ของผู้ให้ข้อมูล โดยมีการเก็บข้อมูลกับสมาชิกดังกล่าว จำนวน 2 ท่าน เพื่อการตรวจสอบยืนยันและสร้างความชัดเจนในประเด็นข้อค้นพบบางประเด็น

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1 มุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยการทำความเข้าใจประสบการณ์นั้น มุ่งเน้นเพื่อการค้นหาความหมายและลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้น จากการให้ความหมายของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีต่อประสบการณ์ของตน อันอยู่ภายใต้บริบทสถานการณ์สิ่งแวดล้อมรวมถึงสังคมวัฒนธรรมที่มี นอกจากนี้ยังคำนึงถึงมูลเหตุจูงใจที่มีความสำคัญต่อความคิด ความเชื่อที่อธิบายไปยังเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง อันประกอบด้วยเงื่อนไขส่วนบุคคลและเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม อีกทั้งปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การวิจัยระยะที่ 2

ขอบเขตผู้ให้ข้อมูล

ผู้ที่เป็นชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลตรวจเอชไอวีผลเป็นลบมีประสบการณ์การใช้ยาเพร็พ ในศูนย์บริการของภาครัฐหรือองค์การภาคประชาสังคมในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ตามเกณฑ์ขั้นต่ำของ Kline (2011) คือ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน การเข้าถึงและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบตามสะดวก (Convenience sampling)

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 2 ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ถูกนำมาใช้ในการช่วยกำหนดและออกแบบตัวแปร รวมถึงเครื่องมือวัดตัวแปรเพื่อทดสอบโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (เพร็พ) หมายถึง ยาที่ใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ แบบรับประทานทุกวัน วันละ 1 ครั้งติดต่อกันทุกวัน
2. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง ชายที่มีส่วนร่วมกิจกรรมทางเพศกับชาย มีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ทางปากและทวารหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

3. ประสิทธิภาพความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีส่วนร่วมหรือเผชิญในประสิทธิภาพการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ก่อนการใช้เพิร์พจนเข้าสู่กระบวนการใช้เพิร์พโดยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีประสิทธิภาพการใช้เพิร์พจะเกิดการตระหนักรู้และให้ความหมายและลักษณะความร่วมมือในการใช้เพิร์พ

4. มूलเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หมายถึง ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขส่วนบุคคลและเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพความร่วมมือในการใช้เพิร์พ

5. การวิจัยผสมผสานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ หมายถึง ระเบียบวิธีวิจัยที่ผสมผสานรวมเอาการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพเข้าไว้ด้วยกัน โดยการผสมผสาน (Integration) เป็นการผสมผสานที่มีหลักการและเป็นระบบระเบียบ ในการวิจัยชนิดนี้เริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อค้นหาหรือเข้าใจประเด็นการวิจัยภายใต้บริบทที่มีความเฉพาะเจาะจงหรือแปลกใหม่ ในระยะต่อมาเป็นการวิจัยเชิงปริมาณมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบสมมติฐานตามกรอบการวิจัยที่พัฒนาขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (Mixed methods research) ชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (Exploratory sequential design) (Creswell & Clark, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยจึงได้มาซึ่งแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์
- ส่วนที่ 2 การมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- ส่วนที่ 3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี
- ส่วนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- ส่วนที่ 5 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี
- ส่วนที่ 6 ปัจจัยเชิงสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV
- ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย
- ส่วนที่ 8 สมมติฐานการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์

1.1 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้อธิบายความหมายของ เอชไอวี หรือ Human Immuno-deficiency Virus: HIV ว่าเป็นเชื้อไวรัสที่มุ่งทำลายระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ ได้แก่ เซลล์เม็ดเลือดขาว ชนิด ซีดีโฟร์ (CD4 cells) หรือ ทีเซลล์ (T-cells) ที่ทำหน้าที่ในการป้องกันเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย หากมีการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสจะทำลายเม็ดเลือดขาว CD4 ทำให้มีปริมาณลดลง จึงเป็นสาเหตุให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ (กรมควบคุมโรค, 2562) ซึ่งเอชไอวีและโรคเอดส์ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน โดยกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ AIDS ย่อมาจาก Acquired Immunodeficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่องที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคเอดส์เสมอไป ในปัจจุบันแม้ว่าจะยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดแต่จะมียาต้านไวรัส โดยผู้ติดเชื้อ

สามารถเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ เมื่อทราบผลว่าติดเชื้อเอชไอวี โดยการประเมินจากแพทย์ หากเริ่มยาเร็ว รับประทานยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จะสามารถช่วยให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงได้เป็นเวลานาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องและช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่นด้วย (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563a)

จากสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุและช่องทางการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของผู้ใหญ่ ประมาณร้อยละ 10 ติดเชื้อจากการใช้เข็มและกระบอกฉีดไม่สะอาดในผู้เข้าเสพติดด้วยวิธีฉีด และร้อยละ 90 เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน โดยประมาณร้อยละ 45 จากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ร้อยละ 30 จากเพศสัมพันธ์ในคู่อัยกัณโดยที่ไม่ทราบว่ามีฝ่ายติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 11 จากเพศสัมพันธ์ในการซื้อขายบริการ และร้อยละ 4 จากการมีเพศสัมพันธ์แบบฉาบฉวย อย่างไรก็ตาม ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั่วไปมีแนวโน้มลดลงและเริ่มชะลอช้าลง แต่ในทางตรงข้ามการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างสูงมากในประชากรหลักสำคัญบางกลุ่ม ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด พนักงานบริการทางเพศ (HIV INFO HUB, 2022) เป็นต้น

1.2 แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติและนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เอดส์เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและการพัฒนาประเทศ ประเทศไทยมีบทเรียนประสบการณ์การต่อสู้กับปัญหาเอดส์มายาวนานกว่า 30 ปี การป้องกันและการแก้ไขปัญหามีความมุ่งมั่นตั้งใจและความร่วมมือทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม เครือข่ายผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และภาคเอกชนในการดำเนินงานและระดมทรัพยากร ที่ผ่านมามีประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีเป็นที่รับรู้ทั่วโลก เป็นผลจากการร่วมกันของทุกภาคส่วนแบบประชารัฐเพื่อจุดมุ่งหมายเดียวกันและการทำงานอย่างเข้มข้นจริงจังต่อเนื่อง เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560 มีมติเห็นชอบยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 โดยมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ 1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย 3) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 90 โดยมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวเป็นกรอบแนวทางการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ต่อไป (ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2560)

จากแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงมีการกำหนดกลยุทธ์การทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของกรมควบคุมโรค ได้เล็งเห็นความสำคัญในการยุติปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573 โดยเฉพาะการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในแต่ละปีลงให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงริเริ่มโครงการนำร่องการจัดบริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) เพิ่มเข้ามาภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของทาง สปสช. สำหรับประชาชนไทยทุกคนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา โดยโครงการนำร่องในการจัดบริการเพิร์พ จำนวน 2,000 ราย ในหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลและหน่วยบริการที่จัดโดยองค์กรภาคประชาสังคมที่สนใจและได้คัดเลือกให้เข้าร่วมในปีแรก จำนวน 51 หน่วย เพื่อประเมินผลการดำเนินการของโครงการเพื่อพัฒนาระบบบริการเพิร์พ และขยายจำนวนหน่วยบริการและบรรจุการจัดบริการเพิร์พ เข้าไปอยู่ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2564) ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมานี้ มีจำนวนหน่วยบริการทั่วประเทศ จำนวน 293 แห่ง เพื่อครอบคลุมการให้บริการแก่ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนำไปสู่การลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563a)

จากการทบทวนสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันปัญหาเอดส์ ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาในปัจจุบันเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและแนวทางการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในประเทศ และรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ลงไปสู่นโยบายที่ใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของแผนการทำงานระดับชาติที่มุ่งเป้าหมายในการลดการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสำคัญ ทั้งนี้การวิจัยในครั้งนี้ได้สอดคล้องกับทิศทางของแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติและที่สอดคล้องกับนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยการจัดบริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อให้ครอบคลุมการให้บริการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนำไปสู่การลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

ส่วนที่ 2 การมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

UNAIDS (2006) ให้คำจำกัดความของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM) นั้นหมายถึง เพศชายที่มีพฤติกรรมทางเพศหรือมีความสัมพันธ์กับชายอื่น ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมทางเพศเท่านั้น โดยคำว่า “ชาย” และ “เพศ” มีความแตกต่างหลากหลายในเรื่องการนิยามตามสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งในบริบทนี้จึงไม่ได้หมายถึง กลุ่มคน และไม่สัมพันธ์กับเพศภาวะ อัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) ที่จะนิยามตนเองเกี่ยวกับเพศอย่างไร กล่าวโดยสรุปว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men; MSM) หมายถึง พฤติกรรมทางเพศของชายมีสัมพันธ์กับชายอื่น โดยไม่เกี่ยวข้องกับการระบุหรือการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลนั้น

โดยรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ หากไม่มีการป้องกันที่ถูกต้อง เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (Anal intercourse) และทางปาก (Oral intercourse) มีบทบาททั้งฝ่ายรุก ฝ่ายรับ หรือทั้งสองบทบาท โดยการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจะทำให้เกิดบาดแผล ซึ่งเป็นช่องทางเปิดที่สามารถรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ ข้อมูลจาก Centers of Disease Control and Prevention (2022) รายงานว่า การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ป้องกัน (Unprotected Anal Intercourse) กับคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันด้วยถุงยางอนามัย หรือการรับประทานยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีสามารถทำให้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายได้ โดยบทบาทในการมีเพศสัมพันธ์นั้นพบว่า คนที่เป็นฝ่ายรับหรือถูกสอดใส่ (receptive) มีความเสี่ยงมากกว่า คนที่เป็นฝ่ายรุกหรือฝ่ายที่สอดใส่ (insertive) (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการไม่ได้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมีมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดสูงถึง 17 เท่า และผู้มีบทบาทเป็นฝ่ายรับมีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้มีบทบาทเป็นฝ่ายรุก ร้อยละ 40.4 และ 21.7 ตามลำดับ (Myhre & Sifris, 2022) ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากเยื่อทวารหนัก (rectal mucosa) เป็นเนื้อเยื่อบาง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจึงทำให้เกิดการฉีกขาดเป็นแผลได้ง่าย สามารถรับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย (Kelley et al., 2017) ในขณะที่ผู้มีบทบาทเป็นฝ่ายรุก (Insertive) ก็สามารถรับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายผ่านทางเปิดของหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศที่ไม่มีการขริบ ผ่านท่อปัสสาวะ หรือบางแผลฉีกขาดบริเวณอวัยวะเพศ (Myhre & Sifris, 2022)

นอกจากนี้วิถีชีวิตของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มักพบว่า มีคู่นอนหลายคน ทั้งเป็นคู่นอนประจำ (Permanent Partner) และคู่นอนชั่วคราว (คู่นอนแบบไม่ประจำ หรือ Non-Permanent Partner) ซึ่งมักพบว่า เป็นผู้ที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน แล้วมีการนัดพบกันเพื่อมีเพศสัมพันธ์ บางการศึกษาในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ระบุว่าในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมาแล้วมากกว่า 50 คน และในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีคู่นอนมากกว่า 5 คน โดยพบว่า คู่นอนเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในลักษณะเดียวกัน ซึ่งมาจากการติดต่อสื่อสาร นัดพบปะกันโดยใช้ช่องทางของแอปพลิเคชันหาคู่ (Dating Application) รวมถึงแหล่งรวมตัว เช่น สป้า ชาวน่า สถานบันเทิง ร้านนวด สวนสาธารณะ งานสังสรรค์ส่วนตัว เป็นต้น เพื่อการหาคู่นอนชั่วคราว หรือคู่นอนแบบไม่ประจำ (นิตยา ชมเชย, 2554)

สอดคล้องกับผลการสำรวจในประเทศไทย โดยพบว่า สถานที่ที่รู้จักกับคู่ (ผู้ชาย) คนสุดท้ายส่วนใหญ่รู้จักทาง Internet บาร์เกย์ และผับ ตามลำดับ มีการหาคู่ด้วยการใช้ Internet ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป ร้อยละ 89.6 และจะไปหาคู่จากสถานบริการและได้คูในกลุ่มชายรักชายด้วยกัน ร้อยละ 61.6 และชายที่ขายบริการให้กับชายได้คู่จากการไปเที่ยวสถานบริการ ร้อยละ 60.5 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563b) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูเบศร์ ปานเพชร (2564) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 56 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีปานกลาง ร้อยละ 69.3 นอกจากนี้ผลจากการศึกษาโครงการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส พบว่า ผู้รับบริการเพิร์พในหน่วยบริการประเภทโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การเปลี่ยนคู่นอนหลายคนและไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ มีส่วนน้อยมาก ๆ ที่ให้ข้อมูลความเสี่ยงว่าตนเองเป็นผู้ใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรม บางการศึกษาพบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ ซึ่งนับว่ามีความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง หากไม่มีการป้องกัน เช่น เชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส หนองในแท้ หนองในเทียม และหูด เป็นต้น นอกจากนี้ การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม ซึ่งพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติดด้วยวิธีการต่าง ๆ ช่วยให้อะต้นความต้องการทางเพศ ลดความรู้สึกเจ็บปวด แต่ทำให้ขาดการควบคุม

สติสัมปชัญญะในการยังคิดในการป้องกันโรคด้วยการสวมถุงยางอนามัย รวมทั้งการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดที่ใช้น้ำเชื่อมฉีดยาร่วมกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้โดยตรง ในบางการสำรวจนั้น พบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีสาเหตุในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย จากการไม่ต้องการให้คนรักหรือคู่นอนเกิดสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี สร้างความใกล้ชิด ความไว้วางใจให้กับอีกฝ่าย เพื่อเป็นการยืนยันว่าตนเองมีความปลอดภัย (นิตยา ชมเชย, 2554) รวมถึงในหลายการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีการอธิบายถึงบุคลิกภาพการแสวงหาการสัมผัสทางเพศ (Sexual sensation seeking) และย้ำทำในเรื่องเพศ (Sexual compulsivity) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง (Kalichman et al., 2011; ธเนศวร์ กาญจนรัตน์ และ รัญจวน คำวชิรพิทักษ์) นอกจากนี้ Zuckerman (1983) ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะของการแสวงหาการสัมผัสเป็นลักษณะบุคลิกภาพที่ประกอบไปด้วยความต้องการที่หลากหลาย ความแปลกใหม่ เป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน และอยากที่จะเสี่ยงต่อร่างกายและสังคม โดยการแสวงหาการสัมผัสมีด้วยกันในหลายมิติ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการค้นหาประสบการณ์ ความตื่นเต้น แปลกใหม่ และมักจะเป็นอันตราย ไม่มีการยับยั้งชั่งใจ และมักเบื่อก่อนง่าย (Kalichman et al., 2011; กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2552) คนที่ชอบแสวงหาการสัมผัสทางเพศจะมีการพบปะสังสรรค์ ดื่มแอลกอฮอล์ และแสวงหาประสบการณ์ทางเพศที่แปลกใหม่หรือแตกต่างออกไปจากเดิม ทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปถัมภ์กับคู่นอนหลายคน และอาจมีการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง (Boyle et al., 2002; Cronin, 1995; Kalichman and Rompa, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงบริบทหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ภายใต้สิ่งแวดล้อมรวมถึงสังคมและวัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมวิถีชีวิต ลักษณะบุคลิกภาพที่มีความเชื่อมโยงต่อโอกาสเกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อันจะทำให้ทราบแง่มุมบริบทหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างละเอียดและครอบคลุมตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ข้อมูลจากการศึกษางานวิจัยในกลุ่มนี้ ผู้วิจัยเห็นเชื่อมโยงไปสู่การสืบค้นลักษณะบริบทหรือสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างครอบคลุมเหมาะสมเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดสถานการณ์หรือบริบทกับการสร้างคำถามในการสัมภาษณ์ของงานวิจัยต่อไป

ส่วนที่ 3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ

3.1 ความสำคัญของยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP) คือ การให้ยาต้านเอชไอวีแก่ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวีก่อนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ การจัดบริการเพริพเป็นมาตรการหนึ่ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแต่ยังไม่มีอาการติดเชื้อเอชไอวี ปัจจุบันสูตรยาในประเทศไทยใช้เป็นหลักคือ ยาต้านไวรัส tenofovir disoproxil fumarate (TDF) ขนาด 300 มิลลิกรัม และ emtricitabine (FTC) ขนาด 200 มิลลิกรัม รวมอยู่ในยาเม็ดเดียวกันเป็น TDF/FTC (ทีดีเอฟ/เอฟทีซี) รับประทานทุกวัน อย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจุบันยา TDF/FTC บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ (บัญชี ก) มีข้อบ่งใช้ สำหรับป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี และองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาสามัญของ TDF/FTC ใช้ได้แล้ว ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยา (อย.)

ในประเทศไทยแนะนำการรับประทานเพริพ แบบรับประทานทุกวัน (daily PrEP) สำหรับประชากรทุกกลุ่ม เนื่องจากปฏิบัติได้ง่ายที่สุด โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นประจำ ส่วนการรับประทานเพริพเฉพาะช่วง (on-demand PrEP) แนะนำสำหรับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้ง daily PrEP และ on-demand PrEP สามารถใช้ยา TDF/FTC ได้เช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. 2562 ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของ สหรัฐอเมริกา (US FDA) อนุมัติให้ใช้ TAF/FTC (tenofovir alafenamide/emtricitabine) เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ใหญ่และวัยรุ่นที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 35 กิโลกรัมขึ้นไป ในความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ทุกรูปแบบยกเว้นทางช่องคลอดฝ่ายรับ (Division of AIDS and Sexual Transmitted Diseases, 2021)

3.2 การใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันในประเทศไทย มี 2 รูปแบบใหญ่ ๆ ได้แก่ การรับประทานเพริพแบบทุกวัน (daily PrEP) และการรับประทานเพริพเฉพาะช่วง (on-demand PrEP) ซึ่งได้ผลดีเทียบเท่ากันทั้ง 2 วิธี คือ 1) แบบรับประทานทุกวัน (Daily PrEP) หมายถึง การรับประทานยาเพริพ วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกันทุกวัน การรับประทานยาที่ถือว่าเพียงพอ (Effective Use) เป็นการรับประทานอย่างน้อย 6 เม็ดต่อสัปดาห์ ส่วนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย รับประทานอย่างน้อย 4 เม็ดต่อสัปดาห์ หากมีความเสี่ยงในช่วงที่รับประทานยาไม่เพียงพอ ให้รับประทานยาเพิ่มให้ได้จำนวนเม็ดที่เพียงพอในหนึ่งสัปดาห์ 2) แบบเฉพาะช่วง (On-Demand PrEP) เป็นการรับประทาน PrEP 2-1-1 คือ 2 เม็ดก่อนมีความเสี่ยงและวันละ 1 เม็ด ต่ออีก 2 วัน ซึ่งขั้นตอนที่จะสามารถรับเพริพต้องงดมี

เพศสัมพันธ์ 2 สัปดาห์ก่อนมารับเพิร์พ ผู้มารับบริการจะได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี การทำงานของตับ และไต ก่อน-หลังที่ได้รับเพิร์พ ครั้งแรกจะนัดตรวจเลือด 1 เดือน หลังจากนั้นนัดตรวจเลือดทุก 3 เดือน หากต้องการหยุดยา ผู้มารับบริการต้องมาตรวจเลือดก่อนหยุดเพิร์พทุกครั้ง (กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2564; ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย)

การจัดบริการเพิร์พ และการให้การปรึกษากับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเพื่อให้ตรงกับความเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายที่มีความละเอียดอ่อนทั้งทางด้านสังคม จิตใจ และอาจถูกเชื่อมโยงไปกับพฤติกรรมที่ไม่ป้องกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการเพิร์พ หรือเริ่มรับประทานเพิร์พรวมถึงแรงจูงใจในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง การจัดบริการที่ลดผลกระทบทางสังคม (social harm) จึงมีความสำคัญในการเสนอบริการเพิร์พ และการให้บริการปรึกษาเรื่องเพิร์พ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะทั้ง 6 กลุ่ม ได้แก่ คู่ผลเลือดต่าง ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ วัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรรภ์ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยแนวทางการบริการกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ประเด็นสำคัญสำหรับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในการจัดบริการเพิร์พ เป็นการเข้าใจวิถีชีวิตและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้มารับบริการในบริบทของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีขั้นตอนดังนี้ 1) การให้การปรึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยจะพูดคุยสอบถามถึงลักษณะในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอนอย่างละเอียด 2) การสร้างความตระหนักและรับรู้ความเสี่ยงในผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงเข้ารับบริการเพิร์พ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่ คู่นอนหลายคน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้สารกระตุ้นหรือสารเสพติดด้วยวิธีฉีด รวมไปถึงการทบทวนพฤติกรรมเสี่ยงที่ผ่านมาที่ 3) การวางแผนการรับประทานเพิร์พ ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต เช่น การพักผ่อน การเที่ยวเวลากลางคืน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด 4) ชักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาอื่น ๆ ร่วมด้วยเพื่อประเมินการทำงานของไต (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2564)

3.3 ผลจากการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

อาการไม่พึงประสงค์ พบบ่อยมากกว่าร้อยละ 10 ได้แก่ ผื่นร้าย ซึมเศร้า ท้องเสีย มีนังเมื่อยตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ ผื่น พบความผิดปกติของผิวหนังโดยฝ่ามือ และ/หรือฝ่าเท้า มีสีเข้มขึ้นแต่ไม่รุนแรงและไม่มีอาการใด ๆ พบน้อยร้อยละ 1-10 ได้แก่ nasopharyngitis ติดเชื้อทางเดินหายใจ ไช้น้ำอัสเสบ และผลข้างเคียง ส่วนใหญ่การรับประทานเพิร์พ ไม่พบผลข้างเคียงรุนแรง และผลข้างเคียงจะหายไปในช่วงเดือนแรกหลังเริ่มรับประทานเพิร์พ (start-up syndrome) อาการข้างเคียงบางอย่าง ได้แก่ อาการคลื่นไส้ ท้องอืด ปวดศีรษะ พบประมาณ 1 ใน 10 ของ

อาสาสมัคร และอาการจะดีขึ้นจนเป็นปกติภายใน 3-4 สัปดาห์หลังเริ่มรับประทานเพร็พ สำหรับผู้ให้บริการอาจจะแนะนำการใช้ยาแก้ปวดศีรษะ แก้คลื่นไส้และท้องอืดเพื่อบรรเทาอาการ เมื่อเกิดอาการดังกล่าวได้ โดยยาบรรเทาอาการเหล่านี้ไม่มีผลต่อระดับเพร็พ ส่วนผลข้างเคียงรุนแรงที่อาจพบได้ คือความผิดปกติทางไต ซึ่งส่วนใหญ่พบในคนอายุมากกว่า 40 ปีหรือมีการทำงานของไตบกพร่องอยู่เดิม โดยวัดการเพิ่มขึ้นของ creatinine พบประมาณ 1 ใน 200 และจะกลับสภาวะเดิมได้หลังหยุดรับประทานเพร็พ ภาวะมวลงกระดูกที่อาจจะบางลงจากเดิมร้อยละ 1 แต่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก และจะกลับสภาวะเดิมได้หลังหยุดรับประทานเพร็พ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2564)

การใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนสัมผัส เป็นวิธีที่ได้รับความสนใจมากขึ้น และมีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อด้วยวิธีนี้หลาย เช่น การศึกษาของ Grant et al. (2014) ทำการศึกษาแบบสุ่มกลุ่มเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสในกลุ่มชายที่เพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 2,499 ราย จาก 6 ประเทศ ผลการศึกษา พบว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันเอชไอวีก่อนสัมผัสเชื้อนั้น สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ร้อยละ 44 นอกจากนี้ยังมีการวิจัยติดตามผลในผู้ใช้เพร็พ ของสภาวิชาชีพไทย ติดตามผลในคนที่กินเพร็พ พบว่า การกินเพร็พ เป็นประจำทุกวัน และมีวินัยในการรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกวันร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้สูงเกือบร้อยละ 100 (สภาวิชาชีพไทย, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ทำให้ผู้วิจัยได้เข้าใจถึงแนวทางข้อปฏิบัติในการใช้เพร็พ การจัดระบบบริการเพร็พ รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์และผลข้างเคียงซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้วิจัยเห็นเชื่อมโยงไปสู่เงื่อนไขที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ รูปแบบการบริหารเพร็พขั้นตอนการเข้าถึง ผลข้างเคียงของเพร็พ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดลักษณะและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมกับบริบทชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการสร้างคำถามในการสัมภาษณ์ของงานวิจัยต่อไป

ส่วนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

4.1 แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism)

แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism) เป็นฐานคิดที่ผู้วิจัยใช้ยึดเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้เพิร์พและทำความเข้าใจกับการให้ความหมายของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย “ความร่วมมือ” ต่อการกระทำของตนเองและของบุคคลที่มีต่อกลุ่ม โดยที่ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์จะเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นที่พฤติกรรมที่เป็นสัญลักษณ์ (symbols) ของบุคคลที่เกิดขึ้นระหว่างกันหรือที่เรียกว่ามีปฏิสัมพันธ์ (interaction) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากกระบวนการให้ความหมาย เรียนรู้ความหมายและการตีความหมายสัญลักษณ์นั้น ๆ ก่อนการตอบสนองด้วยสัญลักษณ์เช่นกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการสื่อความหมายระหว่างบุคคลหรือบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยสัญลักษณ์ดังกล่าวนั้น อาจจะเป็นภาษา กิริยา ท่าที (gesture) สีหน้าหรือน้ำเสียงก็ตาม รวมไปถึงวัตถุที่ใช้พฤติกรรมที่แสดงให้เห็น หรือให้รับรู้ของบุคคลจะถือว่าเป็นสัญลักษณ์ที่มีความหมาย (meaning) และมีความหมายร่วมกันระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้วย ภายใต้สัญลักษณ์ (symbols) ดังกล่าว ได้มีการถ่ายทอดความคิดโดยอาศัยพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นสื่อเพื่อให้รู้ความหมายของคู่สัมพันธ์กันนั้น สรุปได้ว่า หลักการพื้นฐานสำคัญที่เกี่ยวกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ คือ มนุษย์ต่างจากสัตว์ตรงที่มีความสามารถในการคิด และสืบทอดความในการคิด ซึ่งจะถูกล่อหลอมโดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะช่วยให้มนุษย์เราได้เรียนรู้ความหมายของสัญลักษณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยให้มนุษย์มีความสามารถในการกระทำตอบโต้ ปรับเปลี่ยนหรือยกเลิกความหมายและสัญลักษณ์ได้ และความสามารถตรงนี้ก็เนื่องมาจากที่มนุษย์ได้มีปฏิสัมพันธ์ตอบโต้กับตัวเองทำให้มนุษย์สามารถตรวจสอบวิถีทางของการกระทำ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายและวิธีการที่แตกต่างกันโดยอาศัยการสื่อสารเป็นสื่อกลางในการทำความเข้าใจรวมกัน ด้วยความเชื่อที่ว่ามนุษย์กระทำการต่อสิ่งต่าง ๆ บน พื้นฐานของความหมายและต้องผ่านการตีความของบุคคล (สุภางค์ จันทวานิช, 2554)

ในมุมมองของผู้วิจัยมองว่า การทำความเข้าใจแนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ในการให้ความหมายต่อประสบการณ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีตามความหมายของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การให้ความหมายของบุคคลอาจไม่ใช่เพียงแค่การเผชิญหน้าและเกิดการรับรู้เท่านั้น แต่เป็นความหมายที่เกิดขึ้นจากบุคคลกับสิ่งนั้น และพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พอาจจะเกิดมาจากการมีปฏิสัมพันธ์จากสถานการณ์และจากบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ร่วมกันในสังคม ดังนั้นบุคคลที่เคยผ่านหรือมีประสบการณ์ดังกล่าวมาก่อนจะให้ความหมายประสบการณ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการ

สัมผัสเชื้อเอชไอวีได้อย่างลึกซึ้งซึ่งมากกว่า เพราะการให้ค่าความร่วมมือในการใช้เพิร์พเป็นเสมือน วัตถุประสงค์สังคมชนิดหนึ่ง ที่มีความหมายซ่อนอยู่จากประสบการณ์การรับประทานเพิร์พ นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะยืนอยู่บนพื้นฐานความเป็นตัวของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับประทานเพิร์พ แล้วมอง ถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของพวกเขาในการพบปะพูดคุยระหว่างกลุ่มเพื่อน หรือแม้แต่บุคคล ครอบกาย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับบริบทแวดล้อมร่วมด้วย โดยทำ ความเข้าใจมิติเรื่องเวลาอาจทำให้แบบแผนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคล เปลี่ยนแปลงไป เพราะการให้ค่าความหมายเป็นกระบวนการที่มีการสร้างขึ้น มิสามารถเกิดได้ด้วย ตนเอง

4.2 แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation)

การกำกับตนเอง (self-regulation) เป็นแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1989) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของ มนุษย์เรานั้นไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่ามนุษย์เราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึกและการ กระทำของตนเอง ด้วยผลกรรมที่เขาหามาเองเพื่อตนเอง

Schunk and Zimmerman (1994) นิยามการกำกับตนเองเป็นความคิด ความรู้สึก และ การกระทำที่เกิดขึ้นโดยตัวของกระทำ ที่มุ่งหมายอย่างเป็นระบบเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของ ตนเอง โดยโครงสร้าง (Construct) ของการกำกับตนเองซึ่งถึงความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วม ในการเรียนรู้ของตนเองอย่างกระตือรือร้น อย่างรู้คิด (Metacognitively) มีแรงจูงใจ (Motivationally) และแสดงออกมาในเชิงพฤติกรรม (Behaviorally)

Zimmerman (1998) ให้ความหมายการกำกับตนเองว่า เป็นกระบวนการที่บุคคล ตั้งเป้าหมาย บันทึกพฤติกรรมและคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง โดยบุคคลจะเป็นผู้ ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง

ดังนั้นสรุปได้ว่า การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นความสามารถหรือสมรรถภาพ ของบุคคลในการปฏิบัติการควบคุมตนเองอย่างมีสติและด้วยความตั้งใจ เพื่อเปลี่ยนแปลงการ ตอบสนองไปสู่มาตรฐานที่พึงปรารถนาหรือยับยั้งการตอบสนองแบบอัตโนมัติต่อพฤติกรรมที่มี คุณค่าต่ำ โดยการกำกับตนเองนั้นเป็นการควบคุมทางปัญญาเพราะเป็นความสามารถในการคิด ก่อนการกระทำ

กระบวนการในการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 กระบวนการ (Bandura and Abrams, 1986) ดังต่อไปนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation) บุคคลไม่มีอิทธิพลใดๆ ต่อการกระทำของตนเอง หากบุคคลนั้นไม่มีความสนใจที่กำลังทำอะไรอยู่ จุดเริ่มต้นของความสำคัญคือ บุคคลต้องรับรู้ว่าการกำลังทำอะไร เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเอง มาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอและความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกตนเอง โดยกระบวนการสังเกตแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) และการเตือนตนเอง (self-monitoring)

2. กระบวนการตัดสิน (Judgment process) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองนั้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนไม่มากนัก ถ้าปราศจากกระบวนการตัดสิน โดยอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลที่ได้มาจากการถูกสอนโดยตรง การประเมิน ปฏิกริยาตอบสนองทางสังคมต่อพฤติกรรมนั้นๆ และจากการสังเกตตัวเอง

3. การแสดงปฏิกริยาต่อตนเอง (Self-reaction) การพัฒนามาตรฐานในการประเมินและทักษะในการตัดสินใจจะนำไปสู่การแสดงปฏิกริยาต่อตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่จะนำไปสู่ผลทางบวก ทั้งในแง่ของผลที่ได้รับหรือแง่ความพึงพอใจในตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) เพื่ออธิบายความสามารถหรือสมรรถภาพของบุคคลในการปฏิบัติควบคุมตนเองในการร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีอย่างมีสติ ภายใต้สถานการณ์บริบทที่แตกต่างกัน โดยบุคคลจะต้องเรียนรู้ที่จะควบคุมตนเองในการแก้ไขกับสถานการณ์ที่ขัดต่อการแสดงพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้ โดยรับประทานเพิร์พเป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอและการตรวจตามแพทย์นัดด้วยความตั้งใจและเต็มใจเพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองไปสู่การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต

4.3 ทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) พัฒนาโดย Bandura (1986) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรม (Behavior: B) ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยภายในตัวบุคคล (Person: P) และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment: E) นั่นคือ ปัจจัยทั้งสามกำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) แยกจากกันไม่ได้และไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน ต้องอาศัยระยะเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ โดยมีตัวแปรหลักที่ใช้ในการทำความเข้าใจและอธิบายพฤติกรรม นั่นคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่ง เพื่อให้บรรลุถึงสถานการณ์ที่คาดหวัง ซึ่ง

ความเชื่อนี้มีผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึกและแรงจูงใจที่บุคคลมีต่อตนเอง ดังนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง เป็นผู้ที่มีการกำกับตนเองและมีความพยายาม เมื่อเผชิญกับความยากลำบาก จะคงยืนหยัดกับอุปสรรค ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะยอมแพ้ได้ง่าย การรับรู้ความสามารถของตนเองยังเป็นตัวกำหนดทางเลือกในการตัดสินใจและส่งผลยังพฤติกรรมและบุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ (Bandura, 2006)

จากทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลจากการคิดรู้ และสภาพแวดล้อมซึ่งเงื่อนไขใดเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้เงื่อนไขที่เหลือ เปลี่ยนแปลงไปด้วย ทำให้ผู้วิจัยตระหนักว่า สภาพแวดล้อม และเงื่อนไขภายในตัวบุคคลมีส่วนสำคัญในการให้ความหมายต่อประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยเชื่อมโยงไปถึงความสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อม ซึ่งต้องอาศัยการสืบค้นข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมประสบการณ์ที่ศึกษา

4.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model: HBM)

เป็นแบบจำลองที่พัฒนามาจากพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ 2 ประเด็นคือ ความปรารถนาที่จะหลีกเลี่ยงหรือหายจากการเจ็บป่วยและ การกระทำที่นำไปสู่การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูความเจ็บป่วย โดยมีสมมติฐานว่า ความโน้มเอียงของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ มีผลมาจากการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ผลประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรค ความคุกคามของโรค โดยการรับรู้ของบุคคลจะผันแปรตามปัจจัยปรับอื่น ๆ (modifying factors) ซึ่งแบ่งเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ อาการเจ็บป่วย บุคลิกภาพ แรงจูงใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพแห่งตน ฯลฯ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร เหตุการณ์ บุคคลใกล้ชิด ฯลฯ (Stretcher and Rosenstock, 1997) รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ส่วนบุคคล (Individual Perception) หมายถึง ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความโน้มเอียงของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความคิดความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้น และความยากง่ายต่อการรักษาของโรค
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคลประเมินระดับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่มีต่อตนจากการ

เจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมถึงความทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจ ความพิการ ระยะเวลาของการรักษา และการเสียชีวิต

3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefit) เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่รับคำแนะนำนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงหรือความรุนแรงลงได้เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสีย

4) รับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) เป็นความคิด ความเชื่อถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยที่คุกคามความมั่นคงทางกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ทางสังคม เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ของตน ตลอดจนครอบครัวและสังคม

5) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) เป็นความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความยากลำบากในการหาแหล่งสนับสนุน ความยุ่งยากการตรวจพิเศษ การเดินทาง การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การติดต่อรับบริการทางการแพทย์และเวลา ฯลฯ

2. ปัจจัยปรับ (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อความโน้มเอียงของพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ของบุคคลจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับปัจจัยปรับภายใน อันประกอบไปด้วย 5 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

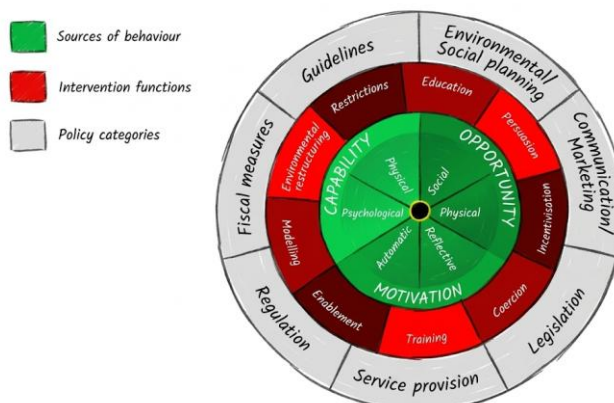
- 1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร หมายถึง อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา
- 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม หมายถึง บุคลิกภาพ บทบาททางสังคม ระดับชั้นในสังคม วัฒนธรรม กลุ่มเพื่อน
- 3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง หมายถึง ความรู้หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วย
- 4) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจ ความหวังโย ความใส่ใจทัศนคติ และค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษา
- 5) ประสิทธิภาพแห่งตน หมายถึงความมั่นใจของบุคคลที่มีต่อความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตามความมุ่งหมาย

3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยภายใน เช่น การรับรู้ความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน อาการของโรค ปัจจัยภายนอก เช่น สถานการณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือบุคคลแวดล้อม พฤติกรรมของบุคคลใกล้ชิด สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี โดยอธิบายความคิด ความเชื่อและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาของ Felsher et al. (2018) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งการทำความเข้าใจการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วม 15 ราย เพื่อสำรวจปัจจัยสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการที่ต่อการตัดสินใจใช้เพิร์พ ซึ่งพบว่า แม้ว่าผู้เข้าร่วมจะรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้เพิร์พ แต่ประโยชน์ที่ได้รับมีน้อยกว่าการรับรู้ถึงอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย และข้อจำกัดด้านเวลา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปันณพัฒน์ ลาวัลย์ตระกูล (2020) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้เพิร์พ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไทย อายุ 19-49 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความตระหนักถึงประโยชน์ของเพิร์พ และประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีผลต่อการตัดสินใจใช้เพิร์พ ซึ่งการที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เพิร์พ ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดผลเสียตามมา โดยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พ จะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางปฏิบัติได้ ซึ่งชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะมีความร่วมมือในการใช้เพิร์พได้มากขึ้นเพียงใดนั้น อาจจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังที่กล่าวข้างต้น

4.5 แบบจำลอง COM-B model (Capability Opportunity Motivation Behavior)

แบบจำลอง COM-B เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีวงล้อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Behavior Change Wheel: BCW) (Michie et al., 2011) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวคิดในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละบริบทสภาพแวดล้อม โดยอธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถ (Capability) และโอกาส (Opportunity) โดยส่งผ่านแรงจูงใจ (Motivation) ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior) โดยความสามารถ (Capability) หมายถึง ความสามารถและความพร้อมของร่างกาย และจิตใจของบุคคลในการกระทำกิจกรรมหนึ่ง ๆ ให้บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องมีความรู้ ประสบการณ์และทักษะเกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โอกาส (Opportunity) หมายถึง ปัจจัยที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลที่จะช่วยให้เกิดการกระทำพฤติกรรม และแรงจูงใจ หมายถึง กระบวนการทางสมองที่เป็นแรงขับเพื่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรม ไม่ใช่เพียงแค่เป้าหมายและการตัดสินใจเท่านั้น แต่รวมถึงสิ่งที่เป็นนิสัย การตอบสนองทางอารมณ์และการวิเคราะห์ด้วย ซึ่งความสามารถและโอกาสมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจ และความสามารถ โอกาส และแรงจูงใจมีอิทธิพลซึ่งกันและกันกับพฤติกรรม



ภาพประกอบ 1 ทฤษฎีวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Wheel)

ที่มา : Implementation Science, 2011

ผู้วิจัยพบว่ามีการศึกษาของ Madhani and Finlay (2022) นำแนวคิด COM-B มาประยุกต์ใช้เพื่อระบุลักษณะของอุปสรรคและสิ่งอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบย่อย COM-B เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคเจ็ดประการ: 1) ข้อมูลที่จำกัดเกี่ยวกับเพิร์พ 2) การจำกัดการเข้าถึงเพิร์พ 3) อัตลักษณ์ของเกย์และการตีตราทางเพศ 4) การตีตราทางสังคมและวัฒนธรรม 5) ความสามารถในการปฏิบัติตามการรักษา 6) อคติในแง่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ และ 7) การคำนวณความเสี่ยง และการศึกษาของ Pantoja Solana (2022) ที่ศึกษาอุปสรรคและสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้เพิร์พ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในยุโรป: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการสังเคราะห์โดยใช้แบบจำลอง COM-B พบว่า ส่วนใหญ่สามารถจำแนกปัจจัย COM-B คือ ความสามารถทางจิต ความสามารถทางกายภาพ โอกาสทางกายภาพ โอกาสทางสังคม แรงจูงใจในการไตร่ตรอง แรงจูงใจอัตโนมัติ และมีเพิ่มเติมอีก 2 ปัจจัย คือ พฤติกรรมและข้อมูลประชากร นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยของ Jackson-Gibson et al. (2021) ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัสเชื้อ ผ่านกลยุทธ์การโปรแกรมตามชุมชนในหมู่เด็กสาววัยรุ่นและหญิงสาวในเคนยา พบว่า การใช้แบบจำลองพื้นที่ปลอดภัย โดยการกระจายอำนาจของการสนับสนุน ผ่านการมีเพื่อนพี่เลี้ยงและการจัดส่งเพิร์พเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพไปสู่สถานพยาบาลในท้องถิ่น ปัจจัยความไวต่อความรู้สึกของผู้ปกครองและชุมชน การเปิดเผยการใช้เพิร์พ โดยผู้รับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมุ่งมั่น และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหนึ่งในสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวกบางส่วนในการนำเพ็ฟไปใช้ ในส่วนของอุปสรรคในการดำเนินการ การเริ่มต้น และการคงอยู่ของเพ็ฟรวมถึงการตีตราที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา การย้ายที่อยู่บ่อยครั้งของผู้รับยา ทรัพยากรที่มีจำกัด การคัดกรองตามปกติและการติดตามการใช้ยา และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมีจำนวนจำกัด รวมไปถึงการแจกจ่ายเพ็ฟ และการบริหารงาน

ซึ่งการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ได้นำแนวคิด COM-B มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในบริบทสังคมวัฒนธรรมตะวันตกเป็นหลักในการศึกษา จากการศึกษาพบว่าความสามารถทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้ ประสบการณ์และทักษะ ปัจจัยที่อยู่ภายนอกและแรงจูงใจของบุคคลสามารถนำไปสู่การอธิบายพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งในบริบทของสังคมไทยเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการเปิดรับวัฒนธรรมของชาติตะวันตกมากขึ้น แต่เรื่องการยอมรับความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมในเรื่องเพศภาวะและเพศวิถียังถูกจำกัดและถูกตีตราในเชิงลบ ทำให้มีความแตกต่างกันในเรื่องของการถูกยอมรับ ความเสมอภาค ความชอบธรรมและสิทธิสำหรับประเทศไทยพบว่า ยังมีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการทบทวนเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีทำให้ผู้วิจัยเข้าใจองค์ประกอบของแต่ละแนวคิดทฤษฎีที่จะนำมาเป็นกรอบในการอธิบายประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ที่ต้องอาศัยการศึกษาผ่านความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรมและเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลจากการทบทวนนี้ ผู้วิจัยเห็นเชื่อมโยงไปสู่การสืบค้นข้อมูลที่ครอบคลุมทุกแนวคิดทฤษฎีอันได้แก่ แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ แนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีทางปัญญาสังคมและแนวคิด COM-B ให้ครอบคลุมเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดประเด็นคำถามและอธิบายประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีในการสัมภาษณ์ของงานวิจัยต่อไป

ส่วนที่ 5 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

5.1 สถานการณ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

การรับประทานยาต้านไวรัสนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการป้องกัน โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา มิฉะนั้นอาจทำให้เกิดภาวะดื้อยาตามมาได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ

Qu et al. (2018a) ที่วิเคราะห์ความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนการสัมผัสเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตะวันตกของประเทศจีน พบว่า มีพฤติกรรมการร่วมมือเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 64.29 ซึ่งพบว่า กลุ่มที่มีความร่วมมือสูง ร้อยละ 32.3 ความร่วมมือปานกลาง ร้อยละ 32.3 และความร่วมมือต่ำ ร้อยละ 28.7 อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส สอดคล้องกับการศึกษา ของ Seekaew et al. (2019) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ของชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศ พบว่า ผู้เข้าร่วมที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี และผู้ที่ไม่เคยเข้าถึงบริการที่คลินิกสุขภาพมาก่อน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีต่ำ

จากผลการศึกษาจากโครงการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) 2563 พบว่า กลุ่มที่ตัดสินใจรับเพิร์พและกินยาต่อเนื่องมีเหตุผลหลักเพราะต้องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี นอกเหนือจากการใช้ถุงยางอนามัยทั้งในกลุ่มที่ประเมินความเสี่ยงตนเองสูงและที่ประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำ สำหรับในกลุ่มที่เคยรับประทานเพิร์พและหยุดไปและขอกลับมารับประทานยาอีกครั้ง ให้เหตุผลเนื่องจากกลับมาที่มีความเสี่ยงใหม่อีกครั้งและส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ตัดสินใจเลือกกินยาเพิร์พจะสามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอตรงเวลา ไม่ค่อยมีปัญหาจากผลข้างเคียงของยา ซึ่งมีส่วนน้อยที่มีผลข้างเคียงจากยาในช่วงแรกแต่อาการข้างเคียงก็หายได้เอง ในกลุ่มที่ตัดสินใจไม่รับเพิร์พ ส่วนใหญ่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเพิร์พ จากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ และทราบข้อดีของการใช้เพิร์พ ในการช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย แต่ประเมินตนเองแล้วคิดว่าตนเองไม่เสี่ยง หรือคิดว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ คิดว่าตนเองไม่มีความพร้อมในการรับประทานยา ยังไม่อยากกินยาเป็นประจำทุกวัน และบางส่วนยังมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยาเพิร์พ ส่วนในกลุ่มที่เคยรับเพิร์พและขอหยุดยามีเหตุผลคือตนเองไม่มีความเสี่ยงแล้ว เพราะเลิกกับคู่ที่มีเพศสัมพันธ์ประจำ แต่หากในอนาคตประเมินความเสี่ยงตนเองเพิ่มขึ้นก็อาจจะกลับมารับเพิร์พอีกครั้ง ส่วนในกลุ่มที่เคยรับเพิร์พและขอหยุดยามีเหตุผลคือ ตนเองไม่มีความเสี่ยงแล้ว เพราะเลิกกับคู่ที่มีเพศสัมพันธ์ประจำ แต่หากในอนาคตประเมินความเสี่ยงตนเองเพิ่มขึ้นก็อาจจะกลับมารับเพิร์พอีกครั้ง (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ , 2564)

5.2 ความหมายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

ความร่วมมือ (adherence) ซึ่งเดิมใช้คำว่า compliance ซึ่งมีความหมายทางการแพทย์ หมายถึง การที่บุคคลมีความยินดีและเต็มใจในการปฏิบัติตามพฤติกรรมตามที่บุคคลแนะนำ (Keith & Kane, 2003; Vivian, 1996) โดยองค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความ ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence) ว่าเป็น ระดับที่พฤติกรรมของบุคคลนั้นที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ตกลงร่วมกันจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Dobbels et al., 2005) โดยความร่วมมือแตกต่างจากการปฏิบัติตามข้อกำหนดที่หมายถึง การเชื่อฟังของผู้ป่วยต่ออำนาจของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ (Agras, 1989; Carr & Donovan, 1998; Jimmy & Jose, 2011) ซึ่งความร่วมมือ หมายถึง การที่ผู้ป่วยและแพทย์ร่วมมือกันเพื่อปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วยโดยบูรณาการศาสตร์ทางการแพทย์ วิถีชีวิต ค่านิยม และความชอบของผู้ป่วยในความดูแล (Roter et al., 1998) สอดคล้องกับ Bond and Hussar (1991) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง เป็นพฤติกรรมทางบวกของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในการรับประทานยาที่มีความต่อเนื่องและส่งผลที่ดีต่อสุขภาพร่างกาย ในขณะที่ Dunbar et al. (2018) ให้คำจำกัดความของ ความร่วมมือในการรับประทานเพร็พ (Oral PrEP adherence) ว่าเป็น ความร่วมมือในการรับประทานเพร็พซึ่งเป็นยาที่รับประทานตามหลักเกณฑ์ทางคลินิกในช่วงเวลาที่กำหนด

จากข้อมูลอาจจะสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี จึงเป็นทางเลือกในการกระทำอย่างกระตือรือร้นของผู้รับประทานเพร็พในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับแพทย์ กระทำด้วยความรับผิดชอบต่อตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามแพทย์นัด โดยคำนึงถึงความสำคัญเพื่อประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ควรได้รับการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรงและยังไม่สามารถรักษาได้หายขาด ดังนั้น ความร่วมมือในการใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการประเมิน เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะของผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

Gray et al. (2010) และ Matthews and Hingson (1977) ได้กล่าวสรุปลักษณะไว้ 3 ข้อเหมือนกัน ดังนี้ 1) มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เผชิญอยู่ ผู้รับบริการที่จะให้ความร่วมมือใน

การรักษาจะต้องมีความเข้าใจในเรื่องความรุนแรงของโรคหรืออันตรายต่อชีวิต 2) มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ซึ่งเกิดจากความเข้าใจและยินยอมร่วมมือในการรักษา ซึ่งข้อกำหนดที่ให้ผู้รับบริการปฏิบัตินี้ ผู้ให้บริการจะต้องกำหนดให้เหมาะสมต่อการที่ผู้รับบริการจะสามารถปฏิบัติตามได้ 3) ความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ โดยทั่วไปสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เกิดขึ้นด้วยดีนั้นจะทำให้ผู้รับบริการร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ Wong (2013) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาว่า เป็นลักษณะของผู้ที่รับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอตามขนาดและระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการรักษา โดยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคนว่าปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ ผู้ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ดีจะมีการรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลา มาตรวจตามนัดและเฝ้าระวังติดตามการรักษาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ส่วนความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยมีลักษณะ 5 ประการดังต่อไปนี้ 1) การรับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนการรักษา 2) การรับประทานยาไม่ถูกขนาด 3) การรับประทานยาไม่ถูกเวลา 4) การลืมรับประทานยาในบางขนาด 5) การหยุดรับประทานหรือไม่รับประทานยาเลย (Kitahata et al., 2003)

จากข้อมูลอาจจะสรุปได้ว่า ลักษณะความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ต้องอาศัยองค์ประกอบ 3 ข้อ คือ ความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตามข้อกำหนด และความพึงพอใจ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีระดับดีและไม่ดี โดยผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์พที่ดี จะปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความรับผิดชอบต่อตัวเอง จะสามารถรับประทานเพิร์พเป็นประจำทุกวัน ตรงเวลารวมถึงไปตรวจตามนัดและเฝ้าระวังติดตามการรักษาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์พไม่ดี จะมีลักษณะการใช้เพิร์พไม่ต่อเนื่อง การหยุดยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้อง การใช้ยาไม่ตรงเวลา และการใช้ยาไม่ถูกขนาดรวมถึงการไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกันได้

5.3 การวัดประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแนวทางการประเมินความร่วมมือในการใช้เพิร์พหลายหลายวิธีโดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 หมวด (Wang et al., 2022) คือ

1. การประเมินโดยการวัดทางชีววิทยา ได้แก่ การตรวจจุดเลือดแห้ง (dried blood spots: DBS) ตรวจปัสสาวะ และพลาสมา ถูกนำมาใช้เพื่อวัดความสม่ำเสมอในการใช้ยาเพิร์พ

โดยวัดระดับความเข้มข้นของยาที่มีในร่างกายใช้ประโยชน์ในการประเมินรูปแบบการเกาะติดที่ สะสมในช่วงเวลาที่นานขึ้น ซึ่งพบว่า ความเข้มข้นสูงของยา Tenofovir-diphosphate (TFV-DP) ที่วัดใน DBS (>700 fmol/punch) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ เอชไอวีลดลงอย่างมาก (Anderson et al., 2018; Castillo-Mancilla et al., 2013; Grant et al., 2014; Liu et al., 2019) และตรวจปัสสาวะ และตรวจ Tenofovir ในพลาสมา เป็นตัวชี้วัดการ ติดตามการเกาะติดในระยะสั้น ซึ่งอาจให้ข้อมูลว่ามีการรับประทานยาเมื่อเร็ว ๆ นี้ (Koenig et al., 2017; Seifert et al., 2016)

2. การประเมินทางด้านพฤติกรรม เช่น การประเมินตนเอง (Self-report) เป็นการ รายงานการรักษาด้วยตนเองในการรับประทานเพิร์ฟ ได้แก่ การตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ ด้วยเสียงผ่านคอมพิวเตอร์ การตอบแบบสำรวจอื่น ๆ และการตอบสัมภาษณ์ พบว่ามีการแบ่ง ระดับความร่วมมือในการรับประทานเพิร์ฟ เช่น Cressey et al. (2017) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสมบูรณ์แบบ (Perfect adherence) ระดับปานกลาง (Moderate adherence) ระดับ ต่ำ (Low adherence) บางการศึกษาแบ่งระดับความร่วมมือในการรับประทานเพิร์ฟออกเป็น 2 ระดับ (Hunt et al., 2019; Pich Seekaew et al., 2019) คือ ระดับต่ำ (Low adherence) ผู้ที่ รับประทานยาเพิร์ฟน้อย กว่าหรือเท่ากับ 3 เม็ดต่อสัปดาห์ ระดับดี (Good adherence) ผู้ที่ รับประทานเพิร์ฟมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เม็ดต่อสัปดาห์

3. การประเมินทางด้านเภสัชวิทยา (Pharmacologic measures) ได้แก่ การเติมยา, อัตราส่วนการมียาครอบครอง, อัตราการรับยา และการตรวจสอบฝ่าซวดแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Coy et al., 2019; Hosek et al., 2013)

จากการศึกษางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี พบว่า มีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกัน ก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หลากหลายรูปแบบ ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงลักษณะและหลักเกณฑ์ในการ ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี อันจะทำให้ทราบถึง วิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านการติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมกับบริบท สถานการณ์ การใช้เพิร์ฟของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไทย ทำให้ผู้วิจัยเห็นความเชื่อมโยงไปสู่การ ประยุกต์ใช้การประเมินทางด้านพฤติกรรมแบบการประเมินตนเอง (Self-report) โดยเป็นการ สัมภาษณ์ให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นผู้รายงานพฤติกรรมกรรับประทานเพิร์ฟของตนเอง โดยเกณฑ์ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์ฟของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ระบุ ลักษณะของความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟเป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนด ซึ่งเกิดจากความเข้าใจและ

ยินยอมร่วมมือในการรักษา ซึ่งข้อกำหนดที่ให้ผู้รับบริการปฏิบัตินั้น ระบุตามแนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564 ที่ระบุว่า กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายควรรับประทานอย่างน้อย 4 เม็ดต่อสัปดาห์ ผู้ให้บริการจะต้องกำหนดให้เหมาะสมต่อการที่ผู้รับบริการจะสามารถปฏิบัติตามได้ โดยในการวิจัยครั้งนี้จะแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่ไม่ดี (Poor adherence) ผู้ที่รับประทานเพิร์พไม่สม่ำเสมอ หยุดยาเองหรือการไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด 2) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่ดี (Good adherence) ผู้ที่รับประทานเพิร์พเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอและรวมไปถึงการไปตรวจตามแพทย์นัด

5.4 ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พงานวิจัยของ Kimani et al. (2021) ทำการศึกษาการร่วมมือในการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสและความคงอยู่ของผู้หญิงและผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ในชายฝั่งเคนยา พบว่า สิ่งอำนวยความสะดวกที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี คือ การเข้าถึงการบริการเพิร์พที่เป็นมิตรจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความสามารถ และผู้เข้าร่วมชั้นชมที่ผู้ให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการใช้เพิร์พ และให้ความช่วยเหลือในการเปิดเผยข้อมูลแก่คู่นอนและสมาชิกในครอบครัว และการศึกษาของ Ching et al. (2020) ที่ศึกษาเพื่อรวบรวมหลักฐานเกี่ยวกับอุปสรรคและสิ่งอำนวยความสะดวกในความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลวิจัยพบว่า สิ่งอำนวยความสะดวก คือ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงและความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ในขณะที่อุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ คือ การตีตราทางสังคมและค่าใช้จ่ายที่สูงของเพิร์พ ในขณะการศึกษาของ Dubov et al. (2018) พบว่า การตีตราและการปฏิบัติต่อการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันสังคมเปิดกว้างมากขึ้น แต่การตีตราและการเลือกปฏิบัติยังคงมีอยู่ทั่วโลก ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่กล้าที่จะเข้ามารับการรักษาการเจ็บป่วยของตนเอง แต่ยังมีผลต่อบุคคลทั่วไป หลายคนเกิดความวิตกกังวล ไม่กล้าที่จะเข้ามารับคำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ความรู้สึกอายหรือความรู้สึกที่เป็นถูกตีตราจึงเป็นเหตุผลสำคัญอีกสิ่งที่ทำให้การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวียังคงดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Edeza et al. (2021) ที่ระบุว่า อุปสรรคในความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผิวสี นอกจากนี้ระบุว่า ปัจจัยอุปสรรคที่สำคัญ

ในระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ การถูกตีตราจากผู้ให้บริการเพิร์พ และจากเพื่อนร่วมงาน และยังพบการศึกษาของ Shuper et al. (2022) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายรักชาย ระบุว่า กลุ่มที่ใช้สารเสพติดส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้เพิร์พต่ำลง นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Colson et al. (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มข้ามเพศ ระบุว่า กลุ่มผู้ที่มีอาการซึมเศร้าส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ

ในประเทศไทยจากผลของ “โครงการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ปีงบประมาณ 2563” พบว่า เหตุผลที่ขอหยุดยาที่เกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ ความไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ และในด้านความพึงพอใจในการจัดบริการเพิร์พที่หน่วยบริการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านระบบ การจัดบริการและผู้ใช้บริการอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ทั้งในหน่วยบริการประเภทโรงพยาบาลและหน่วยบริการประชาสังคม แต่ในด้านความสะดวกในการเดินทาง การนัดหมาย เวลาที่เปิดบริการนอกเวลาร่วมด้วย พบว่า ผู้รับบริการที่หน่วยบริการประชาสังคมมีความสะดวกมากกว่าผู้รับบริการที่โรงพยาบาล (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2564) และยังพบงานวิจัยของ Chemnasiri et al. (2019) ทำการศึกษาเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลพบว่า มีประเด็นสำคัญ 6 ประเด็น เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี 1) การเก็บเพิร์พให้พร้อมสำหรับการรับประทาน ผู้เข้าร่วมรายงานว่า มีความพยายามที่จะปรับให้เหมาะสมกับรูปแบบการดำเนินชีวิต 2) ความง่ายของแผนการรับประทานแบบประจำทุกวัน (Daily PrEP) กว่ารับประทานเพิร์พแบบเฉพาะช่วง (On-Demand PrEP) 3) ความสามารถในการวางแผนเรื่องเพศและการมีเพศสัมพันธ์ไม่บ่อยนัก อธิบายว่าเกิดสับสนน้อยกว่าการรับประทานเพิร์พแบบเฉพาะช่วง (On-Demand PrEP) ผู้เข้าร่วมบางคนไม่สามารถวางแผนกิจกรรมทางเพศและสถานที่ได้ ผู้เข้าร่วมที่ไม่ได้พกเพิร์พมักจะพลาดขนาดยาหลังมีเพศสัมพันธ์ 4) การสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยี การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่คลินิก โซเชียลเน็ตเวิร์กและเทคโนโลยีใหม่ได้รับการเน้นย้ำโดยผู้เข้าร่วมว่าช่วยเตือนพวกเขาว่าควรรับประทานยาเมื่อใด 5) แนะนำให้มีความยืดหยุ่นในการเลือกแผนการรักษาเพิร์พที่ต้องการ 6) แนะนำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมที่สุดและครอบคลุมมากขึ้น และ 6 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ได้แก่ 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อเอชไอวีต่ำหรือไม่มีเลย 2) ความไม่มั่นใจ 3) ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงในระยะ

ยาวและผลข้างเคียงของเพิร์ฟ 4) การตีตราเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 5) ไม่สามารถคาดการณ์การมีเพศสัมพันธ์ได้ในผู้เข้าร่วมที่ใช้เพิร์ฟแบบเฉพาะช่วง (On-Demand PrEP) 6) ความสามารถในการจ่ายเพิร์ฟ

จากการศึกษางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชื้อและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟ ทั้งงานวิจัยที่ศึกษาในเชิงคุณภาพและปริมาณ ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเชื้อและอุปสรรคที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟอันจะทำให้ทราบแง่มุมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้หลากหลายและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และยังเป็นการสนับสนุนว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร โดยเกี่ยวข้องไปถึงสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ทำให้ข้อมูลจากการศึกษางานวิจัยในกลุ่มนี้ ผู้วิจัยเห็นเชื่อมโยงไปสู่การสืบค้นข้อมูลในหลากหลายมิติที่ไม่ควรละเลย เป็นประโยชน์ต่อการสร้างหัวข้อคำถามในการสัมภาษณ์ของงานวิจัยต่อไป

5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสป้องกันการสัผัสเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนวรรณกรรม ในต่างประเทศพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันการสัผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยพบการศึกษาของ Storholm et al. (2017) ทำการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์ฟในกลุ่มชายที่ใช้สารเสพติดที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จำนวน 30 ราย อายุตั้งแต่ 20-35 ปีที่พึ่งใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เมื่อเร็ว ๆ นี้ และไม่ได้รับเพิร์ฟมาแล้ว 1 ครั้งหรือมากกว่า ผู้วิจัยสำรวจการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ผลการวิจัยพบว่า หลังจากเริ่มใช้เพิร์ฟผู้เข้าร่วมร้อยละ 73 รายงานว่า การใช้ถุงยางอนามัยลดลงหลังเริ่มกินเพิร์ฟและพบว่าเกิดการคัดแยกพันธมิตรตามการใช้เพิร์ฟ ซึ่งผู้เข้าร่วมร้อยละ 16.7 รายงานว่าจะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะกับคูที่รับประทานเพิร์ฟเท่านั้น ซึ่งพวกเขาคิดว่าวิธีการคัดแยกเพิร์ฟจะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้อีก และผู้เข้าร่วมร้อยละ 20 ที่ใช้สารเสพติด ทุกคนรายงานว่าประสบปัญหาการชะงักในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการรับประทานเพิร์ฟในทางตรงข้ามปัจจัยเชื้อต่อการร่วมมือในการใช้เพิร์ฟมีผู้เข้าร่วมหลายคนรายงานว่า มีวิธีในการจำการใช้เพิร์ฟของตนเองในแต่ละวัน เช่น ใช้เทคนิคเตือนความจำหรืออุปกรณ์สนับสนุน เช่น นาฬิกาปลุกในโทรศัพท์ และผลกระทบทางจิตสังคมจากการรับประทานเพิร์ฟ ผู้เข้าร่วมรายงานว่า รู้สึกโล่งใจและลดความ

วิตกกังวลกับการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนด้านประสบการณ์และความสามารถในการต่อสู้กับการตีตราที่เกี่ยวข้องกับเพิร์พ พบว่าผู้เข้าร่วมร้อยละ 10 พุดคุยถึงประสบการณ์โดยตรงของการถูกผู้ชายคนอื่นตีตราจากการใช้เพิร์พบางรายรายงานว่า คู่ครองสันนิษฐานว่าพวกเขาสำส่อนทางเพศ

งานวิจัยของ Wu et al. (2021) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือที่ไม่สมบูรณ์แบบในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชีวิตจริงของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในไต้หวัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เพิร์พกับกิจกรรมทางเพศในกลุ่ม MSM และระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานเพิร์พรายวันและแบบตามสถานการณ์ ทำการศึกษาหลายรูปแบบ สังเกตและคาดการณ์ล่วงหน้าได้ดำเนินการที่คลินิกในโรงพยาบาลสามแห่งในสามเมืองใหญ่ของไต้หวัน ในกลุ่มชายรักชายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อเอชไอวี และรับเพิร์พ ในระหว่างการศึกษา ผลพบว่า มีการสังเกตการปฏิบัติตามเพิร์พ ในระดับสูงในกลุ่มชายรักชายส่วนใหญ่ในสภาพแวดล้อมจริง ในทางกลับกัน ชายรักชายชาวไต้หวัน ที่เปลี่ยนจากรูปแบบการให้ยาทุกวันเป็นแบบแผน ED มีโอกาสน้อยที่จะปฏิบัติตามเพิร์พ และผู้ที่มีคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี โดยแนะนำว่าแนวทางใหม่ที่เน้นไปที่การเปลี่ยนขนาดยาจะมีความจำเป็นสำหรับกลุ่มชายรักชายในการปรับปรุงความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามเพิร์พ

การศึกษาของ Maxwell et al. (2022) การใช้เพิร์พและความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พประสบการณ์การรับประทานของเกย์และไบเซ็กชวลที่มีส่วนใช้ยากระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 19 ราย ดำเนินกับเกย์และไบเซ็กชวลที่ไม่ติดเชื้อ HIV ที่ระบุตนเอง ซึ่งรายงานว่ามีการใช้ยากระตุ้นทางเพศเมื่อเร็ว ๆ นี้ และกำลังใช้หรือเพิ่งใช้เพิร์พโดยสำรวจวิธีที่ ยากระตุ้นทางเพศมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจของเกย์และไบเซ็กชวลในการเข้าถึงและการใช้เพิร์พอย่างมีประสิทธิภาพ การสัมภาษณ์จะถูกบันทึกเสียงถอดเสียง และเขียนโค้ดโดยใช้การวิเคราะห์เฉพาะเรื่อง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ชายส่วนใหญ่ที่ระบุว่าเป็นเกย์ เป็นคนผิวขาวและมีอายุเฉลี่ย 41 ปี ผู้ชาย 18 รายยังคงใช้เพิร์พ ในขณะที่สัมภาษณ์และส่วนใหญ่ใช้ยารายวัน การรับรู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มใช้ยาเพิร์พและหลังการเริ่มใช้ยา ยังคงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในรับยาระดับสูงในผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ มีไม่กี่คนที่รายงานที่ไม่ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด อธิบายว่าความเครียดทางจิตสังคมหรือช่วงระยะเวลาของสุขภาพจิตที่บกพร่องทำให้มีการใช้ยากระตุ้นอารมณ์ทางเพศบ่อยครั้ง ซึ่งส่งผลให้ไม่ปฏิบัติตามเป็นครั้งคราว ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ใช้กลยุทธ์ที่

หลากหลายเพื่อช่วยให้พวกเขาปฏิบัติตาม ซึ่งรวมถึงการจำกัดจำนวนการใช้ยากระตุ้นอารมณ์ทางเพศที่พวกเขามีส่วนร่วม การจัดวางเพิร์พและตัวกระตุ้นภายนอกเพื่อเตือนให้พวกเขารับประทานเพิร์พ

ในประเทศไทย พบบงานวิจัยของ Seekaew et al. (2019) ทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศ โดยประชากรหลักในกลุ่มชายรักชายไทยและหญิงข้ามเพศที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ใน 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ และสงขลา มีการดำเนินตรวจเลือดหาเชื้อ HIV, HBsAg, การทดสอบการทำงานของไตและแบบสอบถามด้วยตนเองในระหว่างมาตรการวัดพื้นฐาน ผู้เข้าร่วมได้รับการติดตามหลังจากเดือนที่ 1 เดือนที่ 3 จากนั้นทุก 3 เดือน ประเมินความสัมพันธ์ของการไม่ปฏิบัติตามและการสูญเสียที่ต้องติดตามผลใน 1 เดือนโดยใช้แบบจำลองการถดถอยเชิงเส้น พบว่า ผู้เข้าร่วม 37.4% รายงานความสม่ำเสมอในการให้บริการต่ำ (น้อยกว่า 3 เม็ดต่อสัปดาห์ หรือพลาดตารางคลินิกในเดือนที่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือต่ำ ได้แก่ อายุน้อยกว่า 25 ปี เป็นหญิงข้ามเพศและผู้ที่ไม่เคยเข้าถึงบริการที่คลินิกสุขภาพมาก่อน ซึ่งควรมีนวัตกรรมอย่างเร่งด่วน สำหรับการสนับสนุนการปฏิบัติตามเพิร์พตั้งแต่เนิ่น ๆ ในกลุ่มประชากรย่อยที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ใช้อายุน้อย หญิงข้ามเพศและผู้รับบริการรายใหม่ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มกลยุทธ์การป้องกันในประเทศไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

งานวิจัยของ Chemnasiri et al. (2019) ทำการศึกษาเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยวิธีสนทนากลุ่ม ผลพบว่า มีประเด็นสำคัญ 6 ประเด็นเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี 1) การเก็บเพิร์พให้พร้อมสำหรับการรับประทาน ผู้เข้าร่วมรายงานว่ามีความพยายามที่จะปรับให้เหมาะสมกับรูปแบบการดำเนินชีวิต 2) ความง่ายของแผนการรับประทานแบบประจำทุกวัน (Daily PrEP) กว่ารับประทานเพิร์พแบบเฉพาะช่วง (On-Demand PrEP) 3) ความสามารถในการวางแผนเรื่องเพศและการมีเพศสัมพันธ์ไม่บ่อยนัก อธิบายว่าเกิดสับสนน้อยกว่าการรับประทานเพิร์พแบบเฉพาะช่วง (On-Demand PrEP) ผู้เข้าร่วมบางคนไม่สามารถวางแผนกิจกรรมทางเพศและสถานที่ได้ ผู้เข้าร่วมที่ไม่ได้พกเพิร์พ มักจะพลาดขนาดยาหลังมีเพศสัมพันธ์ 4) การสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยี การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่คลินิก โซเชียลเน็ตเวิร์ก และเทคโนโลยีใหม่ได้รับการเน้นย้ำโดยผู้เข้าร่วมว่าช่วยเตือนพวกเขาว่าควรรับประทานยาเมื่อใด 5) แนะนำให้มีความยืดหยุ่นในการเลือกแผนการรักษาเพิร์พที่ต้องการ

6) แนะนำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมที่สุดและครอบคลุมมากขึ้น และ 6 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ได้แก่ 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อเอชไอวีต่ำหรือไม่มีเลย 2) ความมั่นใจ 3) ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงในระยะยาวและผลข้างเคียงของเพิร์พ 4) การตีตราเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 5) ไม่สามารถคาดการณ์เพศได้ในผู้เข้าร่วมที่ใช้เพิร์พแบบเฉพาะช่วง (On-Demand PrEP) 6) ความสามารถในการจ่ายเพิร์พ

จากการวิจัยของ (Hudrudchai et al., 2023) ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อภิमानเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้เพิร์พในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบงานวิจัย 12 เรื่องที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาจำนวนคู่นอน คู่นอนที่มีเชื้อเอชไอวี การใช้สารเสพติดและระดับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานเพิร์พสูงขึ้น และข้อค้นพบจากการวิเคราะห์กลุ่มย่อย ระบุว่าในภูมิภาคตะวันออกปัจจัยการศึกษาและการรับรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้เพิร์พ นอกจากนี้ยังพบว่า ในภูมิภาคตะวันตกผู้ที่มีสถานการณการเงินที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการใช้เพิร์พที่ดี

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องและบริบทหรือสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ความแตกต่างกันและส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ ของกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย เช่น สถานการณ์การใช้สารเสพติด ยากระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัย ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นบริบทที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้เพิร์พเป็นประโยชน์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างและระเบียบวิธีวิจัย แม้กระทั่งเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือในการใช้เพิร์พเป็นประโยชน์ในการสร้างประเด็นหัวข้อในการสัมภาษณ์และกำหนดเกณฑ์ให้เหมาะสมกับงานในครั้งนี้

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเชิงสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

การศึกษาในครั้งนี้มีการประยุกต์ใช้แนวคิด COM-B model มาจากทฤษฎีวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Wheel) ที่เป็นศูนย์กลางเพื่อใช้ระบุปัจจัยเชิงสาเหตุ ดังนี้

Capability: C หมายถึง ความสามารถทั้งทางร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลในการแสดงพฤติกรรม โดยความสามารถ (Capability) แบ่งเป็น

ความสามารถทางร่างกาย (Physical capability) หมายถึง ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการแสดงออกพฤติกรรม

ความสามารถทางจิต (Psychological capability) หมายถึง ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ การเรียนรู้ ความใส่ใจ และกระบวนการตัดสินใจ

Opportunity: O หมายถึง โอกาส ซึ่งครอบคลุมถึงปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของแต่ละบุคคล สิ่งแวดล้อม และโอกาสทางสังคม แบ่งเป็น

โอกาสทางกายภาพ (Physical opportunity) หมายถึง โอกาสที่เอื้อโดยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

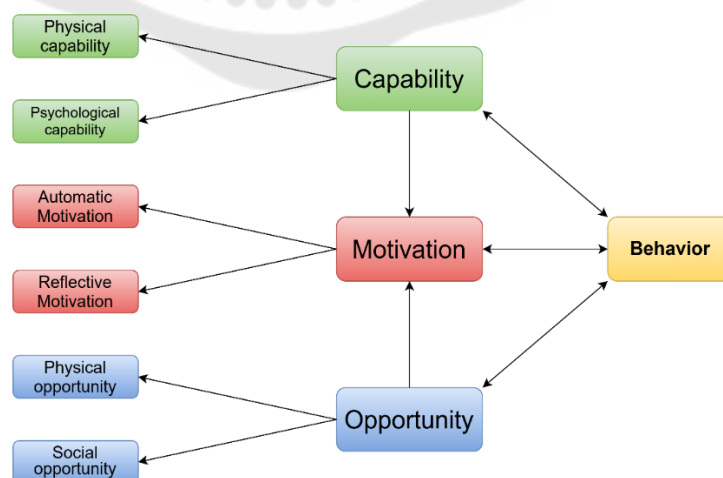
โอกาสทางสังคม (Social opportunity) หมายถึง อิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม ภาษา แนวคิดจากบุคคลรอบข้างที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม

Motivation: M หมายถึง แรงกระตุ้นและแรงจูงใจที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรม แบ่งเป็น

แรงจูงใจกระตุ้นแบบสะท้อน (Reflective Motivation) หมายถึง การเชื่อมั่นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

แรงจูงใจกระตุ้นแบบอัตโนมัติ (Automatic Motivation) หมายถึง แรงกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ แรงดลใจที่เกิดจากการเรียนรู้ เช่น การคำนวณความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

Behavior: B หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาของแต่ละบุคคล โดยส่งผลจากปัจจัยข้างต้น



ภาพประกอบ 2 COM-B Model

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัส ป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยแยกตามองค์ประกอบหลักของแบบจำลอง COM-B (Madhani et al. 2022) ดังนี้

ความสามารถทางจิต (Psychological capability) พบว่า ปัจจัยข้อมูลที่จำกัดเกี่ยวกับเพิร์พ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่จำกัดของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเกี่ยวกับเพิร์พ

โอกาสทางกายภาพ (Physical opportunity) พบว่า การจำกัดการเข้าถึงเพิร์พ การเข้าถึงเพิร์พอย่างจำกัดแสดงถึงความยากลำบาก และค่าใช้จ่าย เวลา ความสะดวกในการเดินทาง การเข้าถึงแหล่งความรู้ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ

โอกาสทางสังคม (Social opportunity) พบว่า การตีตราทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ครอบครัวที่มีความแตกต่างกันอันอาจเป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นต่อการใช้บริการด้านสุขภาพทางเพศ การตีตราทางเพศและอัตลักษณ์ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นมุมมองเชิงลบเกี่ยวกับเรื่องเพศ เป็นการตีตราผู้ที่ใช้เพิร์พ

แรงจูงใจกระตุ้นแบบสะท้อน (Reflective Motivation) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางการรับเพิร์พที่ต้องรับประทานยาทุกวัน และต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพตามนัด และการมีอคติทางบวกเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศทำให้ประเมินความเสี่ยงไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมจริง

แรงจูงใจกระตุ้นแบบอัตโนมัติ (Automatic Motivation) พบว่า การมีอคติทางบวกเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ และการคำนวณความเสี่ยงเป็นการประเมินภัยคุกคามของการติดเชื้อที่ต่ำเกินไปหลังจากใช้เพิร์พ

ตัวอย่างปัจจัยที่ส่งผลความร่วมมือในใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่

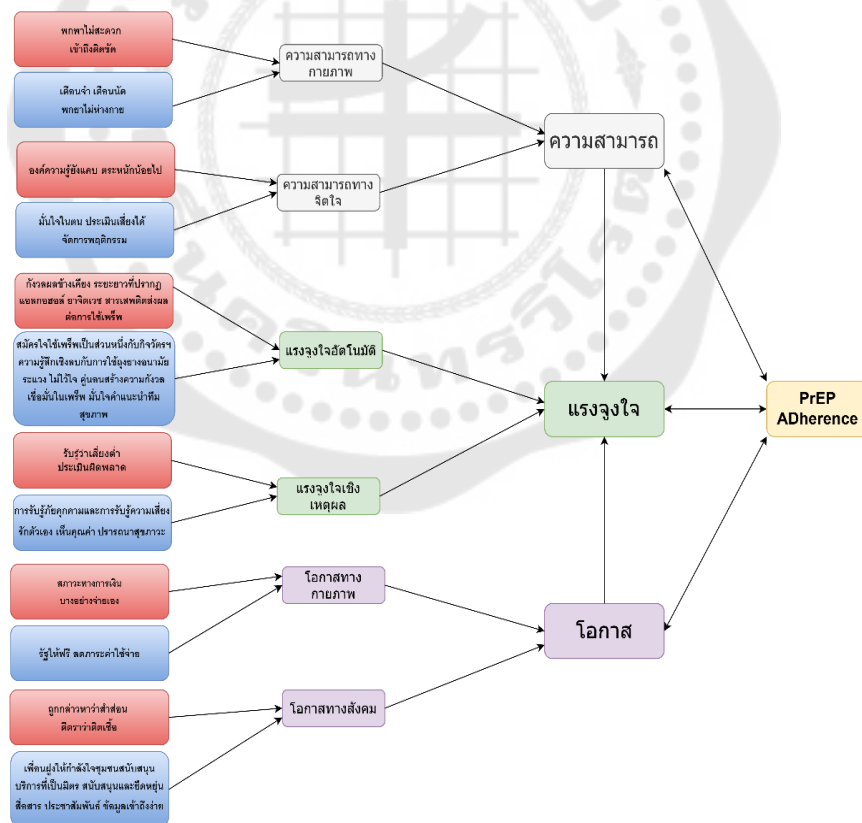
ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานวิจัยของ Golub et al. (2013) ศึกษาสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปสรรคต่อการยอมรับเพิร์พ และแรงจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสตรีข้ามเพศในนิวยอร์ก โดยพบว่า คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มที่จะรับเพิร์พ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่น่าจะรับเพิร์พ

ปัจจัยความกังวลผลข้างเคียงของเพิร์พต่อร่างกายระยะยาว โดยงานวิจัยของ Golub et al. (2013) โดยพบว่า ความกังวลถึงผลข้างเคียงของเพิร์พต่อสุขภาพในระยะยาว เป็นอุปสรรคต่อ

การยอมรับเพร็พ โดยพบว่า คะแนนความกังวลผลข้างเคียงของเพร็พ ในระยะยาวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มที่จะไม่รับเพร็พเมื่อเทียบกับผู้ที่น่าจะรับเพร็พ

ปัจจัยการตีตราทางเพศและการเลือกปฏิบัติ ในงานวิจัยของ Madhani et al. (2022) พบว่า การตีตราทางเพศและการเลือกปฏิบัติ ถือเป็นปัจจัยอุปสรรคต่อความร่วมมือในใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และการป้องกันปัญหาอุบัติเหตุเอดส์

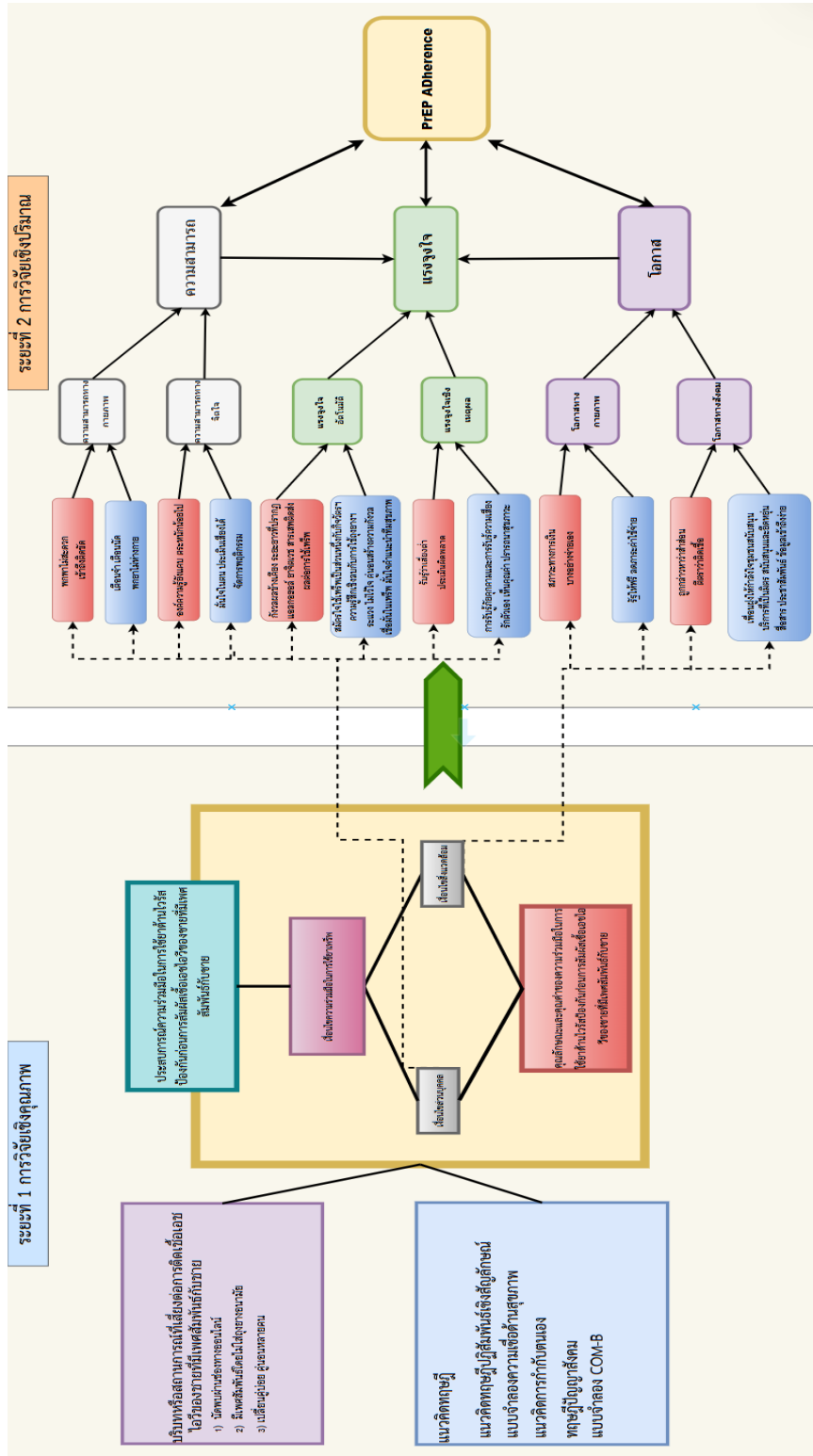
ปัจจัยการเข้าถึงและความสามารถในการจ่าย โดยงานวิจัยของ Golub et al. (2013) ระบุว่า การไม่ต้องจ่ายเพร็พและมีสิทธิเข้าถึงการตรวจเอชไอวี รวมไปถึงการดูแลสุขภาพทางเพศและตรวจติดตามพีร รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมและระบบการดูแลสุขภาพ (Wood et al., 2019) เป็นปัจจัยสิ่งอำนวยความสะดวกที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย



ภาพประกอบ 3 ตัวอย่างปัจจัยเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้เพร็พตามกรอบ

ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดงานวิจัย

การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรกมุ่งเน้นศึกษาประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยพิจารณาลักษณะที่อยู่เบื้องลึกเบื้องหลังที่เกี่ยวกับประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี เพื่อทำความเข้าใจความหมาย ลักษณะของความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการค้นหามูลเหตุแรงจูงใจ มุ่งเน้นการอธิบายเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้เพิร์พ ไม่ว่าจะเป็นเงื่อนไขส่วนบุคคลและเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม โดยประสบการณ์และมูลเหตุแรงจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีนี้ ภายใต้บริบทหรือสถานการณ์ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีดังต่อไปนี้ ในการวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดการกำกับตนเอง ทฤษฎีปัญญาสังคม และแบบจำลอง COM-B ในการร่วมอธิบายประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างครอบคลุม จากนั้นการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้ในระยะแรกร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาเครื่องมือสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยประยุกต์ใช้ แบบจำลอง COM-B เป็นกรอบแนวคิด เพื่ออธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสรุปแผนกรอบแนวคิดการวิจัย ตามภาพประกอบ ที่ 4 ดังนี้



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

ส่วนที่ 8 สมมติฐานการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ สมมติฐานการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะเวลาที่ 1 คือ ประสบการณ์ ลักษณะ และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นอย่างไร

ในการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะเวลาที่ 2 พัฒนาโมเดลสมมติฐาน ซึ่งเป็นโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีสมมติฐานว่า โมเดลสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีรายละเอียดของโมเดลของสมมติฐาน ดังนี้

1. ความสามารถของบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. โอกาสอันเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. แรงจูงใจในตัวบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
4. ความสามารถของบุคคลและโอกาสมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยผ่านแรงจูงใจในตัวบุคคล

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1. ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หมายถึง เป็นการกระทำอย่างกระตือรือร้นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ใช้เพริฟในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับแพทย์ กระทำด้วยความยินดีและเต็มใจในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามแพทย์นัด โดยคำนึงถึงความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 6 คะแนน “เห็นด้วยค่อนข้างมาก” แทนค่าเป็น 5 คะแนน “เห็นด้วยปานกลาง” แทนค่าเป็น 4 คะแนน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย” แทนค่าเป็น 3 คะแนน “ไม่เห็นด้วย” แทนค่าเป็น 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 1

คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงเป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2. ความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง ศักยภาพทางร่างกายที่ทนทานต่อการรับประทานเพิร์พ และศักยภาพของระบบประสาทสั่งการของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาเพิร์พได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการใช้ทักษะเชิงปฏิบัติการทางกายเพื่อจัดการยาและเครื่องมือสนับสนุนต่าง ๆ ในการชดเชยข้อจำกัดด้านการจดจำของสมอง โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 6 คะแนน “เห็นด้วยค่อนข้างมาก” แทนค่า เป็น 5 คะแนน “เห็นด้วยปานกลาง” แทนค่าเป็น 4 คะแนน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย” แทนค่าเป็น 3 คะแนน “ไม่เห็นด้วย” แทนค่าเป็น 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงเป็นผู้ที่มีความสามารถทางกายภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3. ความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง ศักยภาพทางจิตใจและกระบวนการทางความคิดที่ส่งผลต่อการใช้ยาเพิร์พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งความสามารถมีทั้งด้านบวก ที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้เพิร์พและด้านลบที่เป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการใช้ยาเพิร์พอย่างสม่ำเสมอ โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 6 คะแนน “เห็นด้วยค่อนข้างมาก” แทนค่า เป็น 5 คะแนน “เห็นด้วยปานกลาง” แทนค่าเป็น 4 คะแนน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย” แทนค่าเป็น 3 คะแนน “ไม่เห็นด้วย” แทนค่าเป็น 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงเป็นผู้ที่มีความสามารถทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

4. โอกาสทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทรัพยากรต่างๆ ที่ส่งผลอำนวยความสะดวกหรือขัดขวางความสามารถของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการเข้าถึงและใช้ยาเพิร์พอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 6 คะแนน “เห็นด้วยค่อนข้างมาก” แทนค่า เป็น 5 คะแนน “เห็นด้วยปานกลาง” แทนค่าเป็น 4 คะแนน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย” แทนค่าเป็น 3 คะแนน “ไม่เห็นด้วย” แทนค่าเป็น 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงเป็นผู้ที่มีโอกาสทางกายภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

5. โอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนจากบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ

รวมถึงการสื่อสารและบริการที่เอื้ออำนวย ซึ่งส่งผลในเชิงบวกและลบต่อไอซียาเพิร์ฟในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 6 คะแนน “เห็นด้วยค่อนข้างมาก” แทนค่า เป็น 5 คะแนน “เห็นด้วยปานกลาง” แทนค่าเป็น 4 คะแนน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย” แทนค่าเป็น 3 คะแนน “ไม่เห็นด้วย” แทนค่าเป็น 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงเป็นผู้ที่มีโอกาสทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

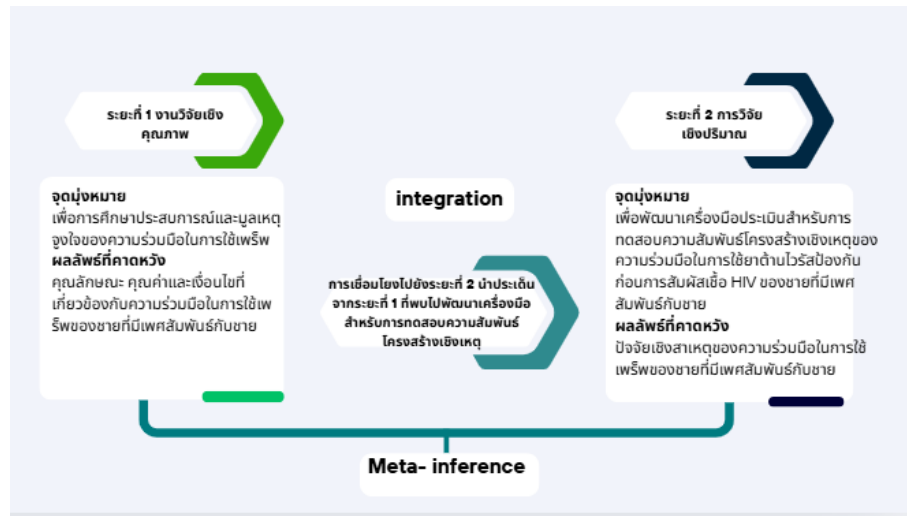
6. แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่เกิดจากการไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล ซึ่งนำไปสู่ความตั้งใจและความมุ่งมั่นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามนัดตามแผนการรักษาที่กำหนดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 6 คะแนน “เห็นด้วยค่อนข้างมาก” แทนค่า เป็น 5 คะแนน “เห็นด้วยปานกลาง” แทนค่าเป็น 4 คะแนน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย” แทนค่าเป็น 3 คะแนน “ไม่เห็นด้วย” แทนค่าเป็น 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงเป็นผู้ที่มีแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

7. แรงจูงใจกระตุ้นเชิงอัตโนมิติต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง กระบวนการทางจิตใจที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมการใช้ยาเพิร์ฟ แรงจูงใจนี้ มักเกิดขึ้นจากความเคยชิน การตอบสนองทางอารมณ์ และแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 6 คะแนน “เห็นด้วยค่อนข้างมาก” แทนค่า เป็น 5 คะแนน “เห็นด้วยปานกลาง” แทนค่าเป็น 4 คะแนน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย” แทนค่าเป็น 3 คะแนน “ไม่เห็นด้วย” แทนค่าเป็น 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงเป็นผู้ที่มีแรงจูงใจกระตุ้นเชิงอัตโนมิติมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

แบบแผนการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (Exploratory sequential mixed methods design) (Creswell & Clark, 2017) ที่มีการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาการให้ความหมาย ลักษณะ และเงื่อนไข รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพผสมวิธี (Qualitative mixed design) คือรูปแบบของการวิจัยแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) แบบมุ่งเน้นการค้นหาและหาคำอธิบาย (exploratory & explanatory) ตามแนวคิดของ Creswell (1998) และรูปแบบการสร้างคำถามแนวทางการสัมภาษณ์ในรูปแบบเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของไฮเด็กเกอร์ (Heidegger, 2010) ที่มุ่งหาความรู้เชิงลึกและรอบด้านเกี่ยวกับบุคคล กลุ่มคน ชุมชน เหตุการณ์ในมิติใด ๆ ก็ได้ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Cresswell, 1998) โดยมีวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 12 ท่าน จากนั้นในการวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้ในระยะแรกร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 400 ท่าน และนำผลลัพธ์ของทั้งสองระยะตีความร่วมกัน ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 การประยุกต์ใช้แบบแผนการวิจัยผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (Creswell & Plano Clark, 2018) และการเชื่อมโยงข้อค้นพบในการวิจัย

ตาราง 1 ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะของ การวิจัย	ขั้นตอนการดำเนินการ	จำนวนเดือน																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
การวิจัย ระยะที่ 1	-สร้างแนวคำถามสำหรับการ สัมภาษณ์																						
	สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 12 คน และวิเคราะห์บทสัมภาษณ์โดย ให้รหัส																						
	วิเคราะห์บทสัมภาษณ์โดยการ จัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็น																						
เชื่อมโยง สู่ระยะที่ 2	พัฒนาเครื่องมือประเมินสำหรับ การทดสอบความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงเหตุโดยเชื่อมโยง ประเด็นที่พบจากการวิจัยระยะ ที่ 1 กับตัวแปรที่พบจากการ ทบทวนวรรณกรรม																						
	ตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือด้วยการหาค่า Cronbach's alpha ค่า CITC																						
การวิจัย ระยะที่ 2	เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ออนไลน์กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน																						
	-การวิเคราะห์ EFA และ CFA																						
	- จัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสถิติ SPSS และ JAMOVI																						

การวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพผลฐานวิธี เพื่อค้นหาการให้ความหมาย
ลักษณะ และเงื่อนไข รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส
ป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยทำความเข้าใจ
ประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ
เอชไอวีในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การออกแบบการวิจัย (Research Design)
ผู้วิจัยใช้รูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) โดยมุ่งเน้นที่กรณีศึกษาเชิงเครื่องมือ
(Instrumental Case Study) ซึ่งมีลักษณะเป็นทั้งการวิจัยกรณีศึกษาเชิงสำรวจ (Exploratory
Case Study) และเชิงอธิบาย (Explanatory Case Study) ร่วมกัน การเลือกกรณีศึกษาและหน่วย
ในการวิเคราะห์ (Case Selection & Unit of Analysis) โดยหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of
Analysis) คือ กลุ่มกรณีศึกษาจำนวน 12 ราย ที่มีขอบเขต (Boundary) ชัดเจนตามเกณฑ์คัดเข้า

(Inclusion Criteria) การออกแบบแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสร้างชุดคำถาม 3 ส่วน ประวัติชีวิต พฤติกรรมในปัจจุบันและการสะท้อนคิดและความหมาย เพื่อเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลหลักในรูปแบบเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของไฮเด็กเกอร์ (Heidegger, 1962) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis: QDA) ตามแนวทางของไมล์ และฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) 1) การลดทอนข้อมูล (Data Reduction) 2) การจัดกระทำและนำเสนอข้อมูล (Data Display) 3) การหาข้อสรุปและพิสูจน์ข้อสรุป (Conclusion Drawing and Verification) รายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลักในวิจัย

1.1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ประสบกับสถานการณ์โดยตรง เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี มุ่งเน้นในการให้ความหมายลักษณะและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

1.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของกรณีศึกษา (Case Bounding) โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นกรณีที่มีข้อมูลตรงตามประเด็น (Intensity Sampling) ที่เพื่อให้ได้หน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) สามารถสะท้อนประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือก

- 1) ชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ผลตรวจเอชไอวีเป็นลบ
- 3) ปัจจุบันมารับเพิร์พ ในศูนย์บริการสุขภาพทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร
- 4) มีประสบการณ์รับประทานเพิร์พมากกว่า 6 เดือน

5) สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและสะท้อนประสบการณ์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้

6) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือ ชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีประสบการณ์รับประทานเพิร์ฟมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เม็ดต่อสัปดาห์ รับประทานเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอและมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง จำนวน 6 ราย

กลุ่มที่ 2 คือ ชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีประสบการณ์รับประทานเพิร์ฟน้อยกว่า 4 เม็ดต่อสัปดาห์ รับประทานไม่สม่ำเสมอและไม่มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง จำนวน 6 ราย

เกณฑ์คัดออก

- 1) ผู้ที่มีสภาวะสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่รุนแรงจนอาจเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารหรือการให้ข้อมูลเชิงลึก
- 2) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการสัมภาษณ์ได้จนเสร็จสิ้นกระบวนการ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลตรวจเอชไอวีเป็นลบ มีประสบการณ์รับประทานเพิร์ฟที่คลินิกบริการสุขภาพทางเพศในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มีความยินดีให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยอย่างลึกซึ้งและต่อเนื่องตลอดการศึกษาวิจัย จำนวน 12 ราย

ผู้ให้ข้อมูลทั่วไป คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยกำหนดเป็นเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกสุขภาพที่ให้บริการเพิร์ฟจำนวน 2 ท่าน เพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อมูลเท่านั้น โดยบุคคลดังกล่าวต้องจดจำเหตุการณ์และสามารถถ่ายทอดได้ พร้อมยินดีให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เมื่อข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation) คือ ข้อเสนอทางทฤษฎีที่ พบข้อมูลที่มีความซ้ำกันที่สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัย และไม่ปรากฏข้อมูลใหม่ ซึ่งสร้างเป็นข้อมูลของการศึกษาได้ ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่จำนวน 12 ท่าน

1.3 วิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

ในการเข้าถึงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1.3.1 คัดเลือกชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก

1.3.2 ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยผ่านทางเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการคลินิกสุขภาพ จากนั้นแจ้งความประสงค์ขอเชิญเป็นผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา ข้อคำถาม และเอกสารขอความยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำคัญที่สุดในงานวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ตัวผู้วิจัย เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพต้องศึกษาปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้งและรอบด้าน ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงจุดยืนของผู้วิจัย (Researcher Stand) เพื่อแสดงความโปร่งใสและลดอคติที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยมีสถานะเป็นผู้หญิง (Cisgender Woman) ซึ่งทำการศึกษาประสบการณ์ในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้วิจัยยอมรับว่าอาจมีความแตกต่างในด้านความเข้าใจเชิงบริบทและวัฒนธรรมเฉพาะ (Specific Culture) ของกลุ่ม MSM เช่น รูปแบบความสัมพันธ์ อำนาจการต่อรองทางเพศ หรือ ภาษาเฉพาะกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความจริง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสร้างสัมพันธ์และใช้แนวทางการสัมภาษณ์ตามหลักของ Heidegger เพื่อเข้าถึงข้อมูลในระดับประสบการณ์และการให้ความหมาย ผู้วิจัยต้องสร้างสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลและต้องเข้าใจเรื่องที่ต้องการศึกษาเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม นักวิจัยมีความจำเป็นต้องมีเครื่องมือเพื่อช่วยในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อการได้มาซึ่งข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมประเด็นการวิจัย โดยผู้วิจัยได้เตรียมแนวคำถามไว้ใช้สำหรับสัมภาษณ์ แนวคำถามดังกล่าวเป็นคำถามปลายเปิดที่เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ความเข้าใจในประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ในการสร้างแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Heidegger (ไฮเดกเกอร์) ในการสร้างชุดคำถาม 3 ส่วน เพื่อเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูล

หลัก 1) ประวัติชีวิต (Life History) เพื่อทำความเข้าใจภูมิหลังและที่มาของการเข้าสู่กระบวนการใช้เพิร์พ 2) พฤติกรรมในปัจจุบัน (Current Behavior) เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้เพิร์พจริงในปัจจุบัน 3) การสะท้อนคิดและความหมาย (Reflection or Meaning) เพื่อค้นหาความหมายและคุณค่าที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ

ผู้วิจัยทำการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี เพื่อนำมาประยุกต์ในการสร้างคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย คำถามหลัก (Main questions) และคำถามซีก (Probing questions) คำถามหลัก หมายถึง คำถามที่เป็นการเปิดประเด็นการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยสร้างไว้ล่วงหน้า ส่วนคำถามซีก หมายถึง คำถามที่ขอรายละเอียดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยใช้คำถามซีกต่อจากการเปิดประเด็นด้วยคำถามหลัก โดยผู้วิจัยใช้ภาษาที่สุภาพและทำที่เป็นมิตรต่อผู้ให้ข้อมูล โดยตาราง 2 แสดงตัวอย่างแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และในภาคผนวก แสดงแนวคำถามฉบับเต็ม

2. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในขณะที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกต โดยสังเกตถึงจากน้ำเสียง อารมณ์ ความรู้สึกและอากัปกริยาต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

3. สมุดจดบันทึกภาคสนาม ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการจดบันทึกแบบย่อถึงสิ่งที่ได้มาจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยเฉพาะคำหรือวลีสั้น ๆ ที่มีความสำคัญลงไป ในสมุดบันทึก การจดบันทึกช่วยให้ผู้วิจัยสามารถระลึกถึงสิ่งที่สังเกตได้ในระหว่างการสัมภาษณ์ ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ได้นำมาทบทวนและขยายความเพิ่มเติม

การสร้างแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก

การรวบรวมและคัดเลือกประเด็นคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยมีการศึกษาจากแนวคิดและทฤษฎีประกอบโดยจำแนกไปตามประเด็นหัวข้อกว้าง ๆ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยไม่ได้กำหนดจำนวนข้อคำถามและลำดับคำถามที่ตายตัว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยออกแบบคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกในรูปแบบเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ ไฮเด็กเกอร์ (Heidegger, 1962) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก โดยการดำเนินการสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ช่วงแยกกันกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนที่มีบริบทที่แตกต่างกัน โดยการสร้างคำถามในบทสัมภาษณ์ที่หนึ่ง เน้นประวัติชีวิต โดยผู้วิจัยสร้างคำถามที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในอดีตออกมาให้ได้มากที่สุด บทสัมภาษณ์ที่สอง เน้นรายละเอียดประสบการณ์ ผู้วิจัยสร้างคำถามที่มุ่งเน้นเจาะลึกไปที่รายละเอียดของประสบการณ์

เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ความร่วมมือในการใช้เข็ม
 ของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับประทานเพิร์พและการไปตรวจตามแพทย์นัด รวมไปถึงเงื่อนไขต่าง
 ๆ ที่อยู่ภายใต้ความคิด ความเชื่อของการกระทำพฤติกรรมที่มีบริบทสถานการณ์แวดล้อมผู้ให้
 ข้อมูล และบทสัมภาษณ์ที่สาม เน้นการสะท้อนความหมาย โดยผู้วิจัยสร้างคำถามเพื่อให้ผู้ให้
 ข้อมูลได้คิดไตร่ตรองความหมายของความร่วมมือในการรับประทานเพิร์พของตน โดยกล่าวถึง
 ความเชื่อมโยงในทางปัญญาและอารมณ์และชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยสัมภาษณ์ 1-2 ครั้งต่อ 1
 ราย หลังจากสร้างแนวทางในการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญพร้อมตรวจสอบ
 ความถูกต้องและครอบคลุมของแนวคำถาม จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไป
 ทดลองสัมภาษณ์ก่อนนำไปสัมภาษณ์จริง โดยในขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยไม่นำข้อคำถาม
 ออกมาอ่านและไม่กำหนดลำดับประเด็นไว้ โดยทำการสัมภาษณ์และรับฟังเรื่องราวตามคำบอก
 เล่าของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก คำถามในการสัมภาษณ์เน้นให้มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์เพื่อ
 เชื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ

แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง

1. ชวงนำ การกล่าวแนะนำตัวผู้วิจัย ซึ่งแจ้งจุดประสงค์ของการสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการ
 สัมภาษณ์ ประมาณ 1-1.30 ชั่วโมง และขออนุญาตทำการบันทึกเสียงก่อนสัมภาษณ์

2. ชวงเนื้อหา

3. ชวงปิดการสัมภาษณ์

ผู้สัมภาษณ์แสดงให้เห็นทราบว่าการสัมภาษณ์กำลังจะจบแล้วด้วยการสอบถามว่า มีอะไร
 อยากจะพูดเพิ่มเติมอีกหรือไม่คะ ผู้สัมภาษณ์แสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ และกล่าว
 อ้อลา/ นัดการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

*หมายเหตุ แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกำหนดไว้เพื่อเป็นแนวในการเก็บรวบรวม
 ข้อมูลเท่านั้น โดยสามารถปรับเปลี่ยนและมีความยืดหยุ่นตามความเหมาะสมในแต่ละ
 สถานการณ์และคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์

ตาราง 2 ตัวอย่างแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

วัตถุประสงค์	ประเด็น	หลักการ (แนวคิด/ทฤษฎี)	แนวคำถามหลัก	คำถามชัก
อธิบาย ประสบการณ์ พฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ HIV	มุ่งประวัติส่วนตัว (Focused Life History): ประเด็น ประสบการณ์ความ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีในอดีต	การรับรู้ของบุคคลถึงการ กระทำที่ผ่านไปแล้ว อาจจะส่งผลให้เกิดผล เสียต่อสุขภาพของตนเอง (ความเชื่อด้านสุขภาพ)	1) คุณช่วยเล่า ประสบการณ์ที่เสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในอดีตเป็นอย่างไร	1) คุณช่วยเล่าเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีเหตุการณ์ใดบ้าง 2) คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 3) คุณช่วยบอกถึงพฤติกรรมเสี่ยงของคุณเป็นอย่างไร 4) ลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ของคุณเป็นอย่างไร
อธิบาย ประสบการณ์ การป้องกัน การติดเชื้อ HIV	มุ่งประวัติส่วนตัว (Focused Life History): ประเด็น ประสบการณ์ความ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีในอดีต	1) ทักษะประสบการณ์ การป้องกันการติดเชื้อ HIV โดยพิจารณา เปรียบเทียบข้อดีและ ข้อเสียและตัดสินใจเลือก แนวทางปฏิบัติที่ เหมาะสมกับตนเอง (COM-B)	1) คุณช่วยเล่า ประสบการณ์ป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีทำ อย่างไร 2) คุณช่วยเล่า ประสบการณ์ป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีด้วย PREP	1) คุณช่วยเล่าในอดีตคุณมีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีวิธีใดบ้าง 2) มีใครบ้างที่ช่วยแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 3) คุณคิดว่าแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียสำหรับคุณอย่างไร 4) คุณเคยเข้ารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ 5) คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อเข้าไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพ
ทำความเข้าใจ วิธีการป้องกัน การติดเชื้อ HIV ด้วยการ ใช้ PrEP	มุ่งเน้นพฤติกรรม/ การใช้ชีวิตปัจจุบัน (The Details of Experience): ประเด็น ประสบการณ์การ รับประทาน PrEP และการมาตรวจ ตามแพทย์นัด	1) ความคิด ความเชื่อของ บุคคลว่าตนมีโอกาสเกิด การติดเชื้อ HIV โดยเกิด การเปรียบเทียบข้อดีและ ข้อเสียส่งผลต่อการ ตัดสินใจในการป้องกันโรค (ความเชื่อด้านสุขภาพ)	1) คุณช่วยเล่าวิธีการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทำอย่างไร 2) คุณช่วยเล่าว่า หลังจากป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีคุณมี ความเสี่ยงต่อการติด เชื้อเอชไอวีหรือไม่ เป็นอย่างไร	1) รู้จัก PrEP หรือป่าว รู้จักได้อย่างไร รู้จักมานานแค่ไหน 2) ก่อนใช้ PrEP คุณมีวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร 3) คุณคิดว่าเพราะเหตุใด จึงเปลี่ยนและตัดสินใจมารับประทาน PrEP 4) คุณใช้เวลาไม่นานในการตัดสินใจรับ PrEP 5) หลังจากรับประทาน PrEP คุณมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ อย่างไร

ตาราง 3 แบบบันทึกการสังเกตทั่วไป

ข้อมูลจากการสังเกตทั่วไป	บริบทพฤติกรรม
บริบทขณะเข้ารับบริการคลินิกสุขภาพทางเพศ ผู้ให้ข้อมูลคนที่... สถานที่...วันเดือนปี...เวลา..... - ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่สังเกตได้จาก การตอบคำถาม ภาษาที่สื่อน้ำเสียง อารมณ์ การหายใจ	บริบทพฤติกรรม สังเกตพฤติกรรมที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด การกระทำและพฤติกรรมที่แสดงออกทาง อารมณ์ น้ำเสียง ถ้อยคำ การถอนหายใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้

1.1 การศึกษาก่อนลงพื้นที่จริง ก่อนการดำเนินการในภาคสนาม ผู้วิจัยได้มีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายการให้บริการเพิร์พ สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สถานที่การให้บริการ ลักษณะความร่วมมือการให้เพิร์พ ในแต่ละคลินิกและบริบท สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในหลายแง่มุม รวมไปถึงได้มีโอกาสพูดคุยกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเบื้องต้นเกี่ยวกับกรให้เพิร์พ ขั้นตอนการเข้าถึงบริการ ลักษณะการใช้ เพิร์พ รวมไปถึงสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกสุขภาพถึงปรากฏการณ์การใช้เพิร์พ และการให้บริการแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเห็นลักษณะของปรากฏการณ์นำไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและกลุ่มผู้ร่วมวิจัยหลักในการศึกษาครั้งนี้

1.2 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมาย ลักษณะของความร่วมมือการให้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยได้ศึกษาอย่างกว้าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจบริบทและสถานการณ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปสู่การวิจัยในภาคสนาม แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการจำกัดกรอบคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญจากข้อมูลที่ได้จากผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์ตรง

2. การเก็บข้อมูลภาคสนาม

ในการเก็บข้อมูลภาคสนามนั้น ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างมากในงานวิจัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีการเตรียมตัวทั้งด้านเทคนิคและกระบวนการดำเนินการวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและเข้าใจประสบการณ์ การให้ความหมาย ลักษณะและเงื่อนไขความร่วมมือในการให้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างลึกซึ้งและครอบคลุม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นหลักร่วมกับการสังเกต โดยใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อเป็นกรอบข้อมูลให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมถึงเข้าใจประสบการณ์ชีวิต เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและไม่สร้างความอึดอัดหรือทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความกดดัน ซึ่งมีการเตรียมประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ทุกครั้งเพื่อให้ครบถ้วนครอบคลุมทุกประเด็น นอกจากนี้ในประเด็นการสัมภาษณ์ยังสามารถยืดหยุ่นได้ตามบริบทขณะดำเนินการสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์ไปในระยะหนึ่งผู้วิจัยมีการสรุปประเด็นเพื่อใช้ในการตรวจสอบความ

เข้าใจที่ถูกต้องระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย และเป็นการให้ผู้ให้ข้อมูลได้ผ่อนคลายอิริยาบถ และในช่วงท้ายของการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามในประเด็นที่ต้องการสอบถามหรือสงสัย ทั้งนี้ตลอดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการสังเกตอารมณ์น้ำเสียงและถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยแบ่งช่วงเวลาสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

2.1.1 ช่วงนำ เป็นการกล่าวแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงจุดประสงค์ของการสัมภาษณ์ ระบุเวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 1-1.30 ชั่วโมงและขออนุญาตทำการบันทึกเสียงก่อนสัมภาษณ์

2.1.2 ช่วงเนื้อหาสัมภาษณ์ 1) ประสพการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในอดีต (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) 2) ประสพการณ์การใช้เพิร์พ และการไปตรวจตามแพทย์นัดภายใต้บริบทเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที) 3) การให้ความหมายความร่วมมือการเข้ายาด้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)

2.1.3 ช่วงปิดการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์แสดงให้เห็นทราบว่าการสัมภาษณ์จะจบแล้ว ด้วยการสอบถามว่า “มีอะไรอยากจะถูกเพิ่มเติม อีกหรือไม่คะ” ผู้สัมภาษณ์แสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือและกล่าวอำลา/ นัดการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

2.2 การสังเกต (Observation) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสังเกตประกอบกับการ สัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในสถานการณ์หรือกิจกรรม โดยใช้กรอบการสังเกตของ Loftland (1971) มีกรอบการสังเกตคือ น้ำเสียงที่พูด ถ้อยคำที่ใช้ การหายใจ และอารมณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกตามกรอบนี้ โดยช่วยให้ผู้วิจัยสามารถตีความความหมายที่แฝงอยู่ในถ้อยคำที่ใช้และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้กับความรู้สึกที่แท้จริงของประสพการณ์การใช้ยาด้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากยิ่งขึ้น

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการศึกษาดังกล่าวใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแนวการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) แบบมุ่งเน้นการค้นหาและหาคำอธิบาย (exploratory & explanatory) เพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นที่แท้จริงของปรากฏการณ์ มุ่งเน้นทำความเข้าใจประสพการณ์ความร่วมมือในการเข้ายาด้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบ

วัตถุประสงค์ คือ ทำความเข้าใจการให้ความหมาย ลักษณะและมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้หลักการของไมล์และ ฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) มีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การจัดระเบียบข้อมูล (Data Organizing) ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาจากภาคสนามนำมาจัดระเบียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ถูกจดบันทึกด้วยลายมือและการบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยทำการถอดคำให้สัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ในรูปแบบของการถามตอบและบรรยายถึงลักษณะท่าทาง น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยพิมพ์ไว้ในรูปแบบของไฟล์ word ที่พร้อมสำหรับการอ่านและวิเคราะห์ จากนั้นผู้วิจัยทำการอ่านทวนข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์หลาย ๆ รอบ เพื่อให้ซึมซับในข้อมูลเกิดความเข้าใจและทำการเขียนบันทึกประกอบเพื่อตั้งข้อสังเกตหรือช่วยจำหลังจากอ่านแล้วทำร่างสรุปข้อมูล สรุปย่อเรื่องไว้เมื่อกลับมาอ่านทบทวนใหม่ทำให้สามารถเข้าใจได้รวดเร็วโดยไม่ต้องอ่านใหม่ทั้งหมดตั้งแต่เริ่มต้น

2. การสร้างรหัสข้อมูลและการแสดงข้อมูล (Coding & Data Display) และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล เริ่มจากการลงรหัสข้อมูล ซึ่งรหัสเป็นส่วนสำคัญยิ่งของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสามารถสร้างรหัสก่อนหรือหลังเก็บข้อมูลก็ได้ โดยขั้นตอนการลงรหัสนี้หลังจากผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาซึ่งอยู่ในรูปของบทสัมภาษณ์ และรายละเอียดจากการบันทึกการสังเกตแล้ว ให้รหัสกับข้อความที่ปรากฏทั้งนี้การให้รหัสดังกล่าวสามารถพิจารณาจากข้อมูลที่รวบรวมมาได้ โดยต้องเป็นข้อความที่มีความหมายเฉพาะที่สามารถตอบคำถามการวิจัยในครั้งนี้ อันได้แก่ ความหมาย ลักษณะและเงื่อนไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในบริบทชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หลังจากผู้วิจัยได้อ่านบทสัมภาษณ์อย่างถี่ถ้วนแล้วจึงลงมือให้รหัส การให้รหัสในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยการให้รหัสแบบนิรนัย (Deductive coding) คือการที่ผู้วิจัยได้กำหนดสร้างรหัสไว้ล่วงหน้าตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและการให้รหัสแบบอุปนัย (Inductive coding) คือการที่ผู้วิจัยสร้างรหัสขึ้นจากข้อความในบทสัมภาษณ์ที่เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการตอบคำถามการวิจัย ผู้วิจัยทำการให้รหัสข้อมูลเป็นรายการณี จากนั้นมีการจัดแสดงข้อมูล ซึ่งเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สำคัญ คือการสร้างข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ตาราง กราฟ หรือแผนภูมิ ซึ่งช่วยให้การวิเคราะห์มีความเที่ยงตรงยิ่งขึ้นโดยผู้วิจัยรวบรวมรหัสจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละท่านไว้ในตารางเดียวกัน โดยข้อความที่ให้ความหมายในลักษณะเดียวกันให้รหัสเหมือนกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดแสดงข้อมูล (Data display) เริ่มต้นด้วยการจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายสอดคล้องกันเข้าไว้

ด้วยกัน จากนั้นทำการเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมมาว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไรเพื่อใช้อ้างอิงหรืออธิบายต่อไป

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดรหัสสำหรับวิเคราะห์ โดยนำปัญหาการวิจัยเป็นตัวตั้งและทำการกำหนดรหัสตั้งต้นให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาการวิจัย เช่น ประสพการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นอย่างไร และมีรูปแบบของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีมีลักษณะเป็นอย่างไร ในปัญหาการวิจัยข้อนี้มีรหัสหลัก 3 รหัส คือ ประสพการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ลักษณะความร่วมมือ และมูลเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. การแปลความ สร้างข้อสรุป และพิสูจน์ข้อสรุป เพื่อยืนยันความถูกต้อง น่าเชื่อถือของผลการวิจัย (Conclusion and verification) หลังจากผู้วิจัยได้ข้อค้นพบจากการให้รหัสข้อมูลและประเด็นแล้ว ในขั้นต่อไปผู้วิจัยยกระดับข้อค้นพบเป็นสาระสำคัญสู่การพัฒนาเป็นตัวแปรและเครื่องมือในการวัดตัวแปรเพื่อนำไปใช้ออกแบบโมเดลสมมติฐานในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การศึกษาวิจัย ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัย ประกอบด้วย

1. ด้านความเชื่อถือได้ (credibility) โดยการเก็บข้อมูลจากหลายศูนย์บริการสุขภาพ (data triangulation) มีการสะท้อนกลับของผู้ให้ข้อมูล (member check) เพื่อยืนยันความหมายที่ผู้วิจัยเข้าใจเบื้องต้นว่าถูกต้องหรือไม่ และผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต (methodological triangulation) นอกจากนี้ มีการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมสุขภาพประจำศูนย์บริการ หรือผู้ใกล้ชิดของผู้ให้ข้อมูล โดยต้องแน่ใจว่าไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลและมีการตรวจสอบการดำเนินงานวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นผู้ตรวจสอบการดำเนินการวิจัยในทุกขั้นตอน

2. ด้านความไว้วางใจได้ (dependability) ผู้วิจัยได้ทำตามระเบียบวิธีวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อชี้ให้เห็นถึงขั้นตอนการทำวิจัยอย่างชัดเจน มีการจัดเก็บข้อมูลของกรณีศึกษาไว้เป็นหมวดหมู่ นำเสนอข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมในกระบวนการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

3. ด้านการยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ และสามารถตรวจสอบได้ ได้แก่ การบันทึกภาคสนาม (Field note) และการเขียนสรุปข้อมูล

4. ด้านการถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) การศึกษาข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการนำผลการวิจัยไปปรับใช้กับกลุ่มที่อยู่ในบริบทใกล้เคียงกัน

การวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการนำเอาข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยคุณภาพระยะที่ 1 มาออกแบบโมเดลสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นการออกแบบร่วมกับตัวแปรที่พบจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการทดสอบโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modelling: SEM) ในการเชื่อมโยงงานวิจัยในระยะเวลาที่ 1 มาสู่การออกแบบงานวิจัยในระยะเวลาที่ 2 ผู้วิจัยนำประเด็น (Themes) ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในบริบทของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับบริการในสถานบริการสุขภาพทางเพศ รวมทั้งนำประเด็นที่ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีมาพัฒนาเป็นตัวแปรสาเหตุ โดยในการพัฒนาตัวแปรสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดตัวแปรที่สร้างขึ้นก่อนไปวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุ รายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การวิจัยระยะที่ 2 คือ ชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลตรวจเอชไอวีเป็นลบ ปัจจุบันมารับเพิร์พ ในศูนย์บริการสุขภาพทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร มีประสบการณ์รับประทานเพิร์พ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก

- 1) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีผลเอชไอวีเป็นบวกในภายหลัง

กลุ่มตัวอย่าง ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบโมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้น (SEM) ผู้วิจัยดำเนินการตามคำแนะนำของไคลน์ (Kline, 2005) ที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้น จำนวน 400 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกตรวจโรคและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเขตกรุงเทพมหานคร 5 สังกัด ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) มีขั้นตอน ดังนี้

1. สํารวจคลินิกตรวจโรคและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เฉพาะสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามี 4 สังกัด ได้แก่ 1) สังกัดกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2) สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 3) สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 4) องค์การอิสระ สังกัดสภาวิชาชีพ และ 5) องค์การภาคประชาสังคม จากนั้นสุ่มสังกัดของคลินิกตรวจโรคและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 2 สังกัด จาก 5 สังกัด โดยสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ได้ 1) องค์การอิสระ และ 2) องค์การภาคประชาสังคม
2. คัดเลือกคลินิกแบบเจาะจงจากทั้ง 2 สังกัด โดยสังกัดละ 1 คลินิก ได้คลินิกสุขภาพทางเพศจากทั้ง 2 สังกัด จำนวน 2 คลินิก ในเขตกรุงเทพมหานคร
3. สุ่มตัวอย่างจากคลินิกสุขภาพทางเพศ เขตกรุงเทพมหานคร ทั้ง 2 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience Sampling) ตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละคลินิก

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาและหาคุณภาพของเครื่องมือ ในการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่ง ผู้วิจัยดำเนินการตามกรอบการพัฒนาเครื่องมือวิจัยของ Boateng et al. (2018) โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารายการ (Item Development)

ขั้นตอนที่ 1 การระบุโดเมนและการสร้างข้อคำถาม (Identification of the Domain(s) and Item Generation) โดยขั้นตอนแรกคือการระบุโดเมนที่ต้องการวัดผล ซึ่งเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ของโดเมนหรือโครงสร้างตามแนวคิด คุณลักษณะ หรือพฤติกรรมที่ต้องการพัฒนา และตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าไม่มีเครื่องมือที่มีอยู่ที่ตอบสนองวัตถุประสงค์เดียวกันได้อย่างเพียงพอ โดยบรรยายโดเมนและกำหนดคำนิยามโดยเบื้องต้น ระบุมิติของโดเมนหรือกำหนดโดยการคำนวณทางสถิติ รวมไปถึงหากมีกรอบหรือทฤษฎีที่ชัดเจนและการนิยามสำหรับแต่ละโดเมน เมื่อแบ่งโดเมนแล้ว เป็นกระบวนการพัฒนาคำถาม มี 2 วิธีในการระบุคำถามที่เหมาะสม 1) วิธีการนิรนัยและ 2) วิธีการอุปนัย

ขั้นตอนที่ 2 ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เป็นการวิเคราะห์เชิงทฤษฎี โดยความเที่ยงตรงได้รับการประเมินผ่านโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้เข้าใจด้านนั้นๆ และมีความรู้เฉพาะด้านในการประเมินความเหมาะสม ซึ่งก่อนการเก็บข้อมูลดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัยจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบข้อคำถาม เพื่อวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ใช้เกณฑ์พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) หากผ่านเกณฑ์นำไปใช้สร้างแบบสอบถามจริงหากพบค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 พิจารณาตัดข้อคำถามหรือปรับปรุงข้อคำถาม (Rovinelli and Hambleton, 1977) นอกจากนี้ ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 ในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญโดยตรงในประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้แฟรฟ์ได้ตรวจสอบข้อคำถามด้วย จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสม

ระยะที่ 2 การพัฒนาระดับ (Scale Development)

ขั้นตอนที่ 3 คำถามทดสอบก่อน (Pre-testing Questions) เป็นการทดสอบล่วงหน้าช่วยให้แน่ใจว่ารายการต่าง ๆ มีความหมายต่อประชากรเป้าหมายก่อนดำเนินการสำรวจจริง เพื่อช่วยลดความเข้าใจผิดและข้อผิดพลาดในการวัดผลที่ตามมา เนื่องจากการทดสอบล่วงหน้าช่วยจัดรายการที่ใช้ค่าไม่ดีและอำนวยความสะดวกในการแก้ไขข้อผิดพลาดเพื่อให้เข้าใจได้สูงสุด การทดสอบนี้ยังช่วยลดภาระด้านความรู้ความเข้าใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยอีกด้วย การทดสอบล่วงหน้ามีสององค์ประกอบ ส่วนแรกคือการตรวจสอบขอบเขตที่คำถามสะท้อนถึงขอบเขตที่กำลังศึกษา ประการที่สองคือการตรวจสอบขอบเขตที่คำตอบของคำถามที่ถามทำให้เกิดการวัดผลที่ถูกต้อง การสัมภาษณ์ทางความคิด (cognitive interviews) เป็นกระบวนการทดสอบโดยการให้คำถามแบบร่างกับกลุ่มเป้าหมาย แล้วขอผู้ตอบนำเสนอกระบวนการความคิดทางจิตในการให้คำตอบโดยทั่วไปแล้ว การสัมภาษณ์ทางความคิดช่วยให้สามารถปรับปรุงคำถามให้เหมาะสม ชัดเจน หรือเพิ่มเติมให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 การนำสำรวจและขนาดตัวอย่าง (Survey Administration and Sample Size) การกำหนดขนาดของตัวอย่าง (Establishing the Sample Size) มีความจำเป็นอย่างมาก ควรให้ทดสอบรายการที่เป็นไปได้ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์การลดรายการ (Item Reduction Analysis) ในการพัฒนาขนาด การวิเคราะห์การลดรายการดำเนินการเพื่อให้แน่ใจว่าในท้ายที่สุด การรวมเฉพาะรายการที่มีความสอดคล้อง ใช้งานได้จริง และมีความสอดคล้องภายในเท่านั้น หลังจากนั้นนำแบบวัดที่

ปรับปรุงข้อคำถามแล้วไปเก็บข้อมูลกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างงานวิจัย ที่คลินิกสุขภาพทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบคุณภาพข้อคำถามรายข้อ และคุณภาพแบบวัดทั้งฉบับ เพื่อทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบวัด (Reliability) และนำมาตรวจสอบคุณภาพข้อคำถามรายข้อ เป็นการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของข้อที่เหลือ (Corrected item-total correlation: CITC) เพื่อตรวจสอบอำนาจการจำแนกรายข้อ (Item analysis) โดยวิเคราะห์ค่านัยสำคัญทางสถิติของค่า CITC ที่มีค่าต่ำกว่า 0.20 และตัดข้อคำถามที่พบว่า ค่า CITC ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Streiner, Norman, & Cairney, 2015)

ขั้นตอนที่ 6 การแยกปัจจัย การแยกปัจจัยคือขั้นตอนในการกำหนดจำนวนปัจจัยที่เหมาะสมที่สุด การสกัดปัจจัยด้วยการวิเคราะห์ปัจจัย รายการที่มี factor loadings or slope coefficients ที่ต่ำกว่า 0.30 ถือว่าไม่เพียงพอ เนื่องจากมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างแฝงที่วัดได้ จึงแนะนำให้เก็บรายการที่มี factor loadings ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป (Hair et al, 2010)

ระยะที่ 3: การประเมินระดับ (Scale Evaluation)

ขั้นตอนที่ 7 การทดสอบมิติ (Tests of Dimensionality) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานหรือโครงสร้างปัจจัยที่ดึงมาจากแบบจำลองก่อนหน้า ณ จุดเวลาอื่นในการศึกษาตามยาวหรือในตัวอย่างใหม่ การทดสอบมิติ กำหนดว่าการวัดรายการ ปัจจัยและฟังก์ชันเหมือนกันในตัวอย่างอิสระ 2 ตัวอย่าง หรือภายในตัวอย่างเดียวกันที่จุดเวลาต่างกัน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดทั้งฉบับ (Confirmatory factor analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัด (Construct validity)

1) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Composite reliability: CR) เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ ค่า CR ควรมากกว่า 0.70 (Fornell & Larcker, 1981)

2) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ของแต่ละตัวชี้วัด (Average variance extracted: AVE) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงลู่เข้า (Convergent validity) ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือค่า AVE ควรมากกว่า 0.50 (Fornell and Larcker, 1981)

ขั้นตอนที่ 8: การทดสอบความน่าเชื่อถือ ความน่าเชื่อถือคือระดับความสม่ำเสมอที่แสดงเมื่อมีการวัดซ้ำภายใต้สภาวะที่เหมือนกัน ตรวจสอบคุณภาพแบบวัดทั้งฉบับ เป็นการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัด (Internal consistency) โดยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาที่

ยอมรับได้ต้องมากกว่า 0.70 ขึ้นไป ในกรณีของแบบวัดที่พัฒนาขึ้นใหม่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอันดับ
แอลฟาจะระหว่าง 0.50-0.60 ให้ถือว่ายอมรับได้ (Nunnally, 1967) ทั้งนี้ไม่ควรสูงเกิน 0.90
เนื่องจากอาจสะท้อนถึงความซ้ำซ้อนของข้อความถามในแบบวัด (Streiner, 2003)

ขั้นตอนที่ 9: ตรวจสอบความถูกต้อง (Tests of Validity) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของแบบ
วัด (Scale validity) เป็นกระบวนการที่วัดถึงความสามารถของเครื่องมือในการวัด ที่วัดมิติหรือ
สรรพสิ่งที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อประเมิน ซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่การระบุและกำหนดขอบเขต
ของข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 และดำเนินไปจนถึงการทดสอบความสามารถในการใช้กับมิติหรือสรรพ
สิ่งอื่น ๆ จนถึงขั้นตอนที่ 9

เครื่องมือแบบวัดตัวแปรตามที่ใช้ในการวิจัย

ผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะที่ 1 นำมาสร้างแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้าน
ไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทาน
เพิร์พ และ 2) การไปตรวจติดตามตามแพทย์นัด จำนวน 9 ข้อแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่
“เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 6 คะแนน “เห็นด้วยมาก” แทนค่า เป็น 5 คะแนน “เห็นด้วยปาน
กลาง” แทนค่าเป็น 4 คะแนน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย” แทนค่าเป็น 3 คะแนน “ไม่เห็นด้วย” แทนค่า
เป็น 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แทนค่าเป็น 1 คะแนน

ตาราง 4 ตัวอย่างแบบวัดความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ข้อความ	คะแนน					
	1	2	3	4	5	6
1. ท่านรับประทานยาเพิร์พในเวลาเดิมทุกวัน แม้ในวันที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. เมื่อท่านลืมรับประทานยาเพิร์พ ท่านรับประทานทันทีที่นึกได้	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3. ท่านไปตรวจติดตามตามนัดทุกครั้ง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4. เมื่อไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ท่านติดต่อเลื่อนนัดกับสถานบริการล่วงหน้า 1 วัน และไปตรวจตามวันที่เลื่อนได้	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5. ท่านวางแผนล่วงหน้าเพื่อไม่ให้พลาดนัดตรวจติดตาม เช่น จดบันทึก ตั้งเตือน หรือลางาน/หยุดเรียน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. ท่านมาตรวจเลือดตามนัด เพื่อตรวจสอบสถานะ การไม่ติดเชื้อเอชไอวี	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เครื่องมือแบบวัดตัวแปรสาเหตุที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสาเหตุที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อุปสรรคในการใช้เพิร์พ และสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้วิจัยพัฒนาสร้างแบบสอบถามในรูปแบบแบบสอบถามออนไลน์แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณในขณะนี้ คือ แบบสอบถามในรูปแบบแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและแบบวัดจำนวน 7 ฉบับ ซึ่งแบบวัดส่วนหนึ่งถูกพัฒนาขึ้นจากข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการวิจัยระยะที่ 2 แยกองค์ประกอบตามกรอบแนวคิด COM-B model มีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อคัดกรองคุณสมบัติตรงตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา และเพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย (1) อายุ (2) ระดับการศึกษา (3) สถานภาพ (4)

อาชีพ (5) รายได้ (6) สิทธิการรักษา (7) อัตลักษณ์ทางเพศ (8) รสนิยมทางเพศ (9) จำนวนคู่นอน
 ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (10) ประวัติการใช้ถุงยางอนามัย (11) ประวัติการดื่มสุราและ
 แอลกอฮอล์ (12) ประวัติการใช้สารเสพติด (13) ระยะเวลาการใช้ยาเพร็พ (14) อาการข้างเคียง
 หลังใช้เพร็พ

ตาราง 5 ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดในการวิจัยระยะที่ 2

ตัวชี้วัด	ตัวอย่างข้อคำถาม
1. แบบวัดความสามารถทางกายภาพต่อความ ร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	1) ท่านเตรียมยาเพร็พล่วงหน้าเมื่อรู้ว่าจะต้องเดินทางหรือต้องอยู่นอกบ้านหลายวัน 2) ท่านใช้วิธีเตือนความจำ เช่น ตั้งนาฬิกาปลุก หรือใช้แอปพลิเคชัน เพื่อช่วยให้ท่าน รับประทานเพร็พตรงเวลา
2. แบบวัดความสามารถทางจิตใจต่อความ ร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	1) ท่านเข้าใจวิธีการใช้ยาเพร็พและระยะเวลาที่ต้องรับประทานเพื่อให้ได้ผลในการ ป้องกันเชื้อเอชไอวี 2) ท่านรู้ว่าควรวายาเพร็พ (PrEP) หรือ ยาเพ็พ (PEP) ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในสถานการณ์ใด
3. แบบวัดโอกาสทางกายภาพต่อความร่วมมือ ในการใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	1) ค่าใช้จ่ายในการตรวจเพิ่มเติม เช่น การทำงานของตับ, มวลกระดูก เป็นอุปสรรค ต่อการใช้เพร็พและการมาตรวจตามนัดของท่าน 2) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลา เป็นอุปสรรคต่อการมารับเพร็พและการมา ตรวจตามนัดของท่าน
4. แบบวัดโอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือใน การใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	1) ท่านสิ่งที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการใช้เพร็พกับคนที่ท่านไม่ไว้ใจเพราะกลัวการตีตรา 2) ท่านหลีกเลี่ยงการพกเพร็พเมื่อต้องอยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว เพราะกลัวว่าจะถูก ซักถามหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของท่าน
5. แบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นเชิงอัตโนมัติต่อ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสก่อนการ สัมผัสเชื้อ HIV	1) ท่านเคยหยุดรับประทานยาเพร็พด้วยตนเองชั่วคราว เพราะกังวลเรื่องผลกระทบต่อ สุขภาพในระยะยาว 2) บางครั้งท่านลังเลที่จะเริ่มหรือกลับมาใช้ยาเพร็พอีกครั้ง เพราะรู้สึกไม่มั่นใจใน ความปลอดภัยของการใช้ยาในระยะยาว
6. แบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความ ร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	1) ท่านประเมินความเสี่ยงของตนเองในการติดเชื้อเอชไอวี โดยพิจารณาจากความ สม่ำเสมอในการใส่ถุงยางอนามัยและประวัติทางเพศของคู่นอน 2) ท่านวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงของตนเองในการติดเชื้อเอชไอวี โดยพิจารณาจาก จำนวนคู่นอน ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และกิจกรรมทางเพศที่ท่าน
7. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	1) ท่านรับประทานยาเพร็พในเวลาเดิมทุกวัน แม้ในวันที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ 2) ท่านไปตรวจติดตามตามนัดทุกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพทางเพศ กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากผู้วิจัยได้หนังสือรับรองจากคณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสุขภาพทางเพศในกรุงเทพมหานครทั้ง 2 แห่งเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับการตอบรับอนุมัติจากผู้อำนวยการศูนย์บริการสุขภาพทางเพศในกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการศูนย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกสุขภาพทางเพศ ทั้ง 2 แห่งเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและรายละเอียดขั้นตอนของโครงการวิจัยและส่งไปสแตนด์ประกาศที่ระบุข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย และคุณสมบัติของอาสาสมัครเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

3. ศูนย์บริการสุขภาพทางเพศทำการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านไปสแตนด์ รวมถึงการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านเจ้าหน้าที่ บุคลากรประจำคลินิก โดยอาสาสมัครผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการสามารถสแกนอาร์โค้ดเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยจากไปสแตนด์ หรือขอเข้ามาใช้บริการที่ศูนย์บริการสุขภาพทางเพศ โดยใช้โทรศัพท์มือถือในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม ประมาณ 40 นาที ซึ่งอาสาสมัครสามารถจัดสรรเวลาในการตอบแบบสอบถามได้ตามความเหมาะสม

4. การวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 2 ผู้วิจัยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้กับอาสาสมัครทาง google form ซึ่งผู้วิจัยมีแนวทางในการรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงชื่อ เลขที่บัญชีของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล และไม่บังคับให้ต้องตอบทุกข้อ

5. ผู้วิจัยขอคำยินยอมจากการกระทำ คือการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแล้วให้ส่งกลับแบบออนไลน์ โดยไม่สามารถบ่งชี้ผู้ตอบได้เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัย



สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถามการวิจัย "ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย: การวิจัยผลงานวิธี"

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว หมายเลขรับรอง SWUEC-672355

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ใช้เวลาในการตอบประมาณ 45 นาที โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับไว้ในที่ปลอดภัย มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาสามารถเข้าถึงในการวิเคราะห์และรายงานผล ข้อมูลจะถูกนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อผู้วิจัยตามข้อมูลด้านล่าง

หมายเลขรับรองการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ SWUEC-672355
สามารถคลิก <https://shorturl.asia/ToIY9> เพื่ออ่านรายละเอียดเพิ่มเติม

สุจิตรา หัตถ์ดุษฎี
นิสิตปริญญาเอก การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โทร 092-5474695 อีเมล suchitra.chai@g.swu.ac.th

suchitrahudrudchai@gmail.com [สลับบัญชี](#)

📧 ไม่ใช้ร่วมกัน

*** ระบุว่าเป็นคำถามที่จำเป็น**

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว *

ตกลง

ไม่ใช่ (หากคุณเลือกคำตอบนี้ แบบสอบถามจะสิ้นสุดลง ขอขอบคุณในความสนใจ)

ถัดไป
หน้า 1 จาก 8
ล้างแบบฟอร์ม

ภาพประกอบ 6 ตัวอย่างแบบสอบถามออนไลน์

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบตามขนาดที่กำหนด ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม ซึ่งอยู่ในรูปแบบไฟล์โปรแกรม Microsoft Excel และเลือกนำเฉพาะแบบสอบถามที่มีคำตอบสมบูรณ์มาจัดกระทำต่อ ในขั้นตอนต่อมาจึงทำการแปลงข้อมูลให้เป็นตัวเลขเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์โดยข้อมูลจากไฟล์ที่ดาวน์โหลดมานั้นอยู่ในรูปแบบตัวเลขและตัวอักษร เมื่อแปลงให้เป็นตัวเลขแล้วจึงมีลักษณะดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	แปลงเป็น	1
ไม่เห็นด้วย	แปลงเป็น	2
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	แปลงเป็น	3
เห็นด้วยปานกลาง	แปลงเป็น	4
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	แปลงเป็น	5
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	แปลงเป็น	6

จากนั้นจึงนำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมสถิติ SPSS เพื่อเตรียมข้อมูลในขั้นตอนต่อไป ได้แก่แปลงข้อมูลพื้นฐานที่เป็นตัวอักษรให้เป็นตัวเลข อาทิ ข้อมูล อาชีพ สถิติการรักษา อັตลักษณ์ทางเพศ บทบาททางเพศของผู้ตอบ เป็นต้น รวมถึงทำการรวมคะแนนเพื่อสร้างคะแนนสำหรับตัวแปรสังเกตโดยทำการกลับคะแนนสำหรับข้อคำถามทางลบ และรวมคะแนนเฉพาะข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว โดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย จากนั้นจึงบันทึกไฟล์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และเตรียมนำข้อมูลเข้าโปรแกรมสถิติ JAMOVI ต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ใช้โปรแกรมสถิติ SPSS มีจุดประสงค์เพื่อบรรยายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ใช้โปรแกรมสถิติ JAMOVI มีจุดประสงค์เพื่อทดสอบความสอดคล้องของกลไกกลืนของโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีและจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับข้อค้นพบในการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1 ว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- กลับกรองข้อมูลและตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์โมเดลด้วย

วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์แบบอาศัยความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum likelihood: ML) ได้แก่ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติหลายตัวแปร ข้อมูลไม่มีปัญหา Multicollinearity ข้อมูลครบถ้วนไม่สูญหาย ข้อมูลเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Continuous variables) และข้อมูลมีขนาดใหญ่เพียงพอ

- ระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดล (Model identification) เพื่อตรวจสอบว่าโมเดลเป็นโมเดลระบุเกินพอดี (Over-identification model) จากนั้นจึงนำข้อมูลเข้าโปรแกรม JAMOVİ ด้วยเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกต (Variance covariance matrix)

- ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าดัชนีที่ใช้ประเมินความสอดคล้องของโมเดล (Fit indices) ประกอบด้วย ความสอดคล้องของโมเดล (Model fit) ความสอดคล้องของโมเดลเชิงเปรียบเทียบ (Model comparison) (Schumacker & Lomax, 2010) รายละเอียดดังนี้

1) ความสอดคล้องของโมเดล

- ค่าค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square statistic: χ^2) ที่มีค่าต่ำ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์
- ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness-of-fit index: GFI) ที่มีค่าสูง สะท้อนถึงความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าที่ยอมรับได้ คือค่าที่เข้าใกล้ .90 หรือ .95
- ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted goodness-of-fit index: AGFI) ที่มีค่าสูง สะท้อนถึงความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าที่ยอมรับได้ คือค่าที่เข้าใกล้ .90 หรือ .95
- ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือในรูปแบบมาตรฐาน (Standardized Root Mean Squared Residuals: SRMR) ค่าที่ยอมรับได้ คือ ค่าที่ต่ำกว่า 0.05
- ดัชนีค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนของความแปรปรวน (Root Mean Squared of Approximation: RMSEA) ที่มีค่าต่ำ สะท้อนถึงความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าที่ยอมรับได้ อยู่ระหว่าง .05 - .08

2) ความสอดคล้องเชิงเปรียบเทียบ

- ค่าดัชนีความสอดคล้องแบบค่าการกระจายปกติ (Normed Fit Index: NFI) ที่มีค่าสูงสะท้อนถึงความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์เชิงเปรียบเทียบ ค่าที่ยอมรับได้คือค่าที่เข้าใกล้ .90 หรือ .95 (Kine. 2005)
- ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) ที่มีค่าสูงสะท้อนถึงความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์เชิงเปรียบเทียบ ค่าที่ยอมรับได้คือค่าที่เข้าใกล้ .90 หรือ .95
- ปรับโมเดล (Model modification)กรณีที่พบว่าโมเดลสมมติฐานไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยพิจารณาปรับแก้เส้นความสัมพันธ์ในโมเดลแยกเป็น 2 ส่วน คือ (1) โมเดลการวัด (Measurement model) และโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural equation model) (2) ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกต ทั้งนี้ เมื่อปรับแก้เส้นความสัมพันธ์จนโมเดลสมมติฐานมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เชิงแล้ว ผู้วิจัยจึงพิจารณาความสมเหตุสมผลหรือมีความผิดปกติต่อไปนี้
 - ทิศทางบวกหรือทิศทางลบของค่าพารามิเตอร์
 - ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานที่ผิดปกติ เช่น ค่าความแปรปรวนต้องไม่ติดลบ และค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณยกกำลังสอง (R^2) ต้องไม่ติดลบหรือมีค่าเกิน 1
 - ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง และค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลทางอ้อมต้องมีค่าไม่เกิน 1

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือการวิจัยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC-672355 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ในขั้นตอนการดำเนินการ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ และชี้แจงกระบวนการในการทำวิจัยให้กับเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกและผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ งานวิจัยระยะที่ 1 คัดเลือกชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผ่านทางเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการคลินิกสุขภาพเป็นผู้แนะนำ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา ข้อคำถามและให้ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล หากอาสาสมัครสมัครใจใน

การให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอคำยินยอมด้วยการตอบรับด้วยวาจา ผู้วิจัยใช้เวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ผู้วิจัยแจ้งนัดหมายวันและเวลากับอาสาสมัครล่วงหน้า เพื่อให้อาสาสมัครสามารถวางแผน จัดสรรเวลาได้อย่างเหมาะสม หากอาสาสมัครยินยอม ทำการนัดหมายวันเวลาที่สะดวกเพื่อทำการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยต้องขออนุญาตบันทึกเสียงจากผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง แจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบทุกครั้งว่า มีอิสระในการให้ข้อมูล และมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถามในประเด็นที่ไม่ต้องการเปิดเผย สำหรับงานวิจัยระยะที่ 2 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการคลินิกสุขภาพเป็นผู้แนะนำโครงการ โดยเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผ่านโปรแกรม google form ซึ่งปราศจากการลงทะเบียนชื่อ เบอร์โทรในการเข้าใช้ ไม่สามารถระบุถึงผู้ตอบแบบสอบถาม โดยอาสาสมัครมีอิสระที่จะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยนี้หรือไม่ก็ได้ โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับในศูนย์บริการสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากท่านถูกเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้อยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัยภายในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีการกำหนดรหัสผ่านและไม่เปิดเผยต่อผู้อื่น ผู้ให้ข้อมูลสามารถแจ้งขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ผู้วิจัยใช้นามสมมติในการกล่าวถึงและนำเสนออย่างตรงไปตรงมา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย: การวิจัยผลฐานวิธี ในการนำเสนอข้อมูลผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ตอนที่ 1 ประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ตอนที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ตอนที่ 1 ประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจากข้อค้นพบเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

1.1 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

1.2 ลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

1.3 คุณค่าของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ประเด็นที่ 2 มูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.1 ปัจจัยอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.2 ปัจจัยสนับสนุนต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ที่ดีและไม่ดี
 ประเด็นที่ 3 การเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 สู่ออกแบบการวิจัยระยะที่ 2

ตอนที่ 1 ประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men หรือ MSM) ในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีอัตราการติดเชื้อรายใหม่ที่สูงอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของกลุ่ม การนำเสนอยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis หรือ PrEP) จึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดความเสี่ยงการติดเชื้อในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง

แม้ว่าความหลากหลายทางเพศจะได้รับการยอมรับมากขึ้นในสังคมไทยปัจจุบัน แต่ยังคงมีความขัดแย้งระหว่างการยอมรับในระดับผิวเผินกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ยังคงฝังรากลึกในโครงสร้างทางสังคม ภาพลักษณ์ของประเทศไทยในฐานะสังคมที่เปิดกว้างต่อความหลากหลายทางเพศในระดับนานาชาติ มักขัดแย้งกับความเป็นจริงที่บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศยังคงเผชิญกับการเลือกปฏิบัติในหลายมิติของชีวิต ตั้งแต่ครอบครัว สถานที่ทำงาน ไปจนถึงระบบสุขภาพ ความแตกต่างระหว่างการยอมรับภายนอกกับการยอมรับภายในสังคม สร้างสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนและท้าทายต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

มุมมองของสังคมไทยต่อยาเพร็พ ยังคงถูกครอบงำด้วยความเข้าใจผิดและอคติทางสังคม ความเชื่อที่ว่ายาเพร็พเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมเสี่ยงหรือการส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยยังคงแพร่หลาย ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างการป้องกันทางการแพทย์กับค่านิยมทางศีลธรรมของสังคม การขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของเพร็พ ในฐานะเครื่องมือทางสาธารณสุขส่งผลให้เกิดการต่อต้านหรือการมองข้ามความสำคัญของการป้องกัน การตีตราต่อกลุ่ม MSM และการใช้ยาเพร็พ สร้างวงจรของการหลีกเลี่ยงบริการที่ส่งผลเสียต่อทั้งสุขภาพส่วนบุคคลและสาธารณสุขโดยรวม ผู้ที่ต้องการเข้าถึงบริการมักถูกมองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงสูงหรือมีเพศสัมพันธ์แบบสำส่อน ส่งผลให้หลายคนเลือกปกปิดการใช้หรือไม่เข้าถึงบริการเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตัดสินจากสังคม ครอบครัว หรือแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ ความกลัวการถูกเปิดเผยตัวตนและการถูกตีตราจึงกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการการป้องกันที่จำเป็น

ภายใต้บริบทที่ซับซ้อนนี้ ความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พ จึงไม่ได้เป็นเพียงประเด็นทางการแพทย์ แต่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเจรจาต่อรองระหว่างความต้องการดูแลสุขภาพกับความกลัวการถูกตีตรา การสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือจึงต้องคำนึงถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเหล่านี้ โดยเฉพาะการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารที่ช่วยลดอคติและส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเพิร์พ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาเพื่อเปิดเผยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะและมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผ่านมุมมองของผู้ที่มีประสบการณ์ตรง โดยเจาะจงศึกษาบริบทประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 12 ท่าน และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกจำนวน 2 ท่าน เพื่อวัตถุประสงค์ในการยืนยันและเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทระบบการให้บริการ นโยบาย และอุปสรรคเชิงระบบในภาพรวมแนวทางการบริการของหน่วยบริการสุขภาพทางเพศ ทั้งนี้ ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ถูกนำมาเสนอเป็นชุดข้อมูลหลักในผลการวิจัย แต่ถูกใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของประเด็นที่ค้นพบจากมุมมองของผู้รับบริการ ข้อมูลที่ได้รับถูกจัดระเบียบและให้รหัส (Code) โดยเก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัวที่ไม่พบข้อมูลใหม่ที่แตกต่างจากเดิม จากนั้นจัดกลุ่มรหัสที่สอดคล้องเข้าด้วยกันเป็นหมวดหมู่ (Category) เพื่อการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 12 ท่าน เพื่อแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะพฤติกรรมการใช้เพิร์พและการไปตรวจตามแพทย์นัดของแต่ละบุคคล ซึ่งเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาใช้เพิร์พ การใช้ยาเพิร์พ/สัปดาห์ วิถีทางเพศ และอาชีพ

ตาราง 6 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

นาม สมมติ	อายุ	ระดับ การศึกษา	ระยะเวลารับ PrEP	การใช้ PrEP ต่อ สัปดาห์และ การมาตรวจตามนัด	ระดับ ความ ร่วมมือ	วิถีทางเพศ	อาชีพ
A1	37	ป.ตรี	1 ปี 5 เดือน	7 pills /wk มาตามนัด	ดี	รักเพศเดียวกัน	พนักงานบริษัท
A2	41	ม.3	6 เดือน	7 pills/wk มาตามนัด	ดี	รักเพศเดียวกัน	พนักงานนวด
A3	31	ม.6	3 ปี	7 pills/wk มาตามนัด	ดี	รักสองเพศ	พนักงานนวด
A4	31	ป.ตรี	1 ปี	7 pills/wk มาตามนัด	ดี	รักสองเพศ	พนักงานบริษัท
A5	37	ป.ตรี	6 เดือน	7 pills/wk มาตามนัด	ดี	รักเพศเดียวกัน	พนักงานบริษัท
A6	20	กำลังศึกษาป.ตรี	7 เดือน	7 pills/wk มาตามนัด	ดี	รักเพศเดียวกัน	พนักงานบริษัท
A7	21	กำลังศึกษาป.ตรี	10 เดือน	7 pills/wk เลื่อนนัด	ปานกลาง	รักสองเพศ	นักศึกษา
A8	20	กำลังศึกษาป.ตรี	8 เดือน	3 pills/wk เลื่อนนัด	น้อย	รักเพศเดียวกัน	นักศึกษา
A9	24	ป.ตรี	10 เดือน	3 pills/wk เลื่อนนัด	น้อย	รักเพศเดียวกัน	พนักงานบริษัท
A10	21	ป.ตรี	6 เดือน	2-3 pills/wk ขาดนัด	น้อย	รักสองเพศ	พนักงานบริษัท
A11	27	ป.ตรี	7 เดือน	4-5 pills/wk เลื่อนนัด	ปานกลาง	รักเพศเดียวกัน	พนักงานบริษัท
A12	38	ป.ตรี	10 เดือน	3 pills/wk ขาดนัด	น้อย	รักเพศเดียวกัน	พนักงานบริษัท

ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 12 ท่านมีพฤติกรรมทางเพศเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีความหลากหลายทั้งในด้านภูมิหลังและประสบการณ์ชีวิต โดยมีอายุอยู่ในช่วง 20 จนถึง 41 ปี ส่วนใหญ่ภาพรวมเป็นวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด เข้ามาทำงานหรือศึกษาต่อโดยพำนักอยู่ในกรุงเทพมหานคร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยอาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัทแบบเต็มเวลา ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีประสบการณ์ของการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จนไปถึงการตัดสินใจใช้เพิร์พและรวมไปถึงการมีพฤติกรรมของความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พที่แตกต่างกัน โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่ดี ในที่นี้หมายถึงการรับประทานเพิร์พมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือนและไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง จากการวิเคราะห์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ท่าน เมื่อใช้เกณฑ์นี้ พบว่า A1, A2, A3, A4, A5, A6 มีความร่วมมือที่ดี ซึ่งสะท้อนถึงผลลัพธ์เชิงบวก ในขณะที่ A7, A8, A9, A10, A11, A12 ยังมีประเด็นเรื่องการขาดนัดหรือการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

1.1 ประสบการณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) เป็นปรากฏการณ์ที่มีมิติซับซ้อน ซึ่งไม่ได้เกิดจากการตัดสินใจเพียงชั่วขณะ แต่หยั่งรากลึกอยู่ในกระบวนการทางจิตวิทยาที่ละเอียดอ่อน มันคือการต่อสู้ในโลกภายในที่เต็มไปด้วยโครงสร้างความคิด ทศนคติ และการรับรู้ที่เชื่อมโยงกันอย่างแนบแน่นในจิตสำนึกของบุคคล บางครั้งความรู้สึกเหล่านี้ปรากฏเป็นเสียงกระซิบในความเงียบที่คอยปลอบประโลมว่าครั้งนี้น่าจะไม่เป็นไร อาจเป็นเพียงความหวังเลื่อนลอยว่าความสุขในวินาทีนั้นจะมีค่ามากกว่าความเสี่ยงที่รออยู่เบื้องหน้า หรือในบางคราวมันอาจเป็นเพียงเปลวไฟแห่งความต้องการ ที่เผาผลาญเหตุผลจนเหลือเพียงความอยากได้ในห้วงขณะนั้น หรือเป็นดั่งหมอกแห่งการปฏิเสธที่ปกคลุมการรับรู้ความเสี่ยงที่แท้จริง ทำให้ผู้คนมองข้ามสัญญาณเตือนภัยและก้าวเดินไปสู่เส้นทางที่เต็มไปด้วยอันตราย

การวิเคราะห์ปรากฏการณ์นี้จึงจำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดจากหลากหลายสาขาวิชา โดยเฉพาะทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพที่เน้นย้ำถึงอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่อการตัดสินใจ ในขณะที่โลกภายนอกมองเห็นเพียงการกระทำ แต่โลกภายในกลับเต็มไปด้วยการต่อสู้ระหว่างนางฟ้าแห่งความปลอดภัยกับปีศาจแห่งความหลงใหล เมื่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพัฒนาเลนส์การมองโลกที่เป็นบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยง มันจึงเปรียบเสมือนการสวมแว่นตาสีชมพูที่ทำให้อันตรายดูเป็นเพียงการผจญภัยที่น่าตื่นเต้น หรือเป็นประตูสู่ความสุขที่ยากจะห้ามใจ ความรู้สึกเหล่านี้ไม่ใช่เพียงแค่อารมณ์ที่ล่องลอย แต่เป็นพลังขับเคลื่อนที่มีอำนาจทั้งสร้างสรรค์และทำลายล้างที่จะแปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมในโลกแห่งความเป็นจริง โดยที่ผู้กระทำอาจยังไม่ทันตระหนักถึงสิ่งที่ซ่อนเร้นที่กำลังนำทางการตัดสินใจของตนเอง

ประสบการณ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในความทรงจำในอดีตได้กลายเป็นเสมือนจุดเปลี่ยนสำคัญที่สั่นคลอนจิตใจและผลักดันให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวนไม่น้อยก้าวเข้าสู่เส้นทางแห่งการป้องกันตนเองอย่างจริงจัง ประสบการณ์เหล่านั้นมิใช่เพียงเรื่องเล่า หากแต่เป็นเงาที่ตามหลอกหลอน บางครั้งมันคือความหวาดผวามาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน ซึ่งเปรียบเสมือนการเดินเข้าสู่ปากเหวแห่งความไม่แน่นอน หรือการถูกคู่รักที่เคยเชื่อใจปิดบังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เสมือนการถูกหักหลังจนศรัทธาพังทลาย บาดแผลทางใจเหล่านี้ได้หลอมรวมเป็นแรงผลักดันมหาศาลที่ปลุกให้ผู้คนตื่นขึ้นจากความประมาท แปรเปลี่ยนจากผู้ที่ไม่เคยคิดถึงความเสี่ยง มาเป็นผู้ที่แสวงหาหนทางแห่งความปลอดภัยอย่างแท้จริง และเมื่อประตู

แห่งโอกาสในการลดความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีถูกเปิดออก พวกเขาได้ก้าวเข้าไปในพื้นที่นั้นอย่าง
แน่นอน เพื่อสร้างเกราะป้องกันให้กับชีวิตและสร้างความมั่นใจให้กลับมา

ข้อมูลบริบทพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนี้

1. นัดพบผ่านช่องทางออนไลน์

ประตูสู่โอกาสและความเสี่ยงทำให้การนัดพบผ่านช่องทางออนไลน์ได้กลายเป็นสะพาน
เชื่อมแห่งยุคสมัยที่เปิดโลกใหม่ให้กับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ซึ่งเปรียบเสมือน
เป็นดังประตูบานใหม่เส้นทางลัดสู่ความสัมพันธ์ที่สะดวกและรวดเร็ว สามารถเข้าถึง
กลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจตรงกันได้ง่าย โดยช่องทางการนัดพบออนไลน์เหล่านี้เต็มไปด้วย
สีสันและรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่

แอปเด่น เน้นเจอ

พลีเคชันเฉพาะกลุ่มเสมือนอาวุธลับที่ให้ผู้ใช้งานสามารถเจาะลึกเข้าไปในความสนใจ
รูปแบบความสัมพันธ์ หรือแม้กระทั่งรสนิยมทางเพศที่ต้องการ อีกทั้งยังสามารถค้นหาผู้ใช้งานที่
อยู่ตำแหน่งใกล้เคียงหรือกำลังออนไลน์อยู่ได้แบบเรียลไทม์ ทำให้การค้นหาคู่ที่ใช้เป็นไปได้อย่าง
ตรงจุดและง่ายดายกว่าที่เคย เช่น Tinder, Grindr, Scruff, Hornet ที่ออกแบบมาเพื่อตอบโจทย์
ผู้ใช้งานโดยเฉพาะ เพียงแค่ปัดหน้าจอก็ครั้ง คุณก็สามารถสำรวจโปรไฟล์ที่เจาะลึกถึง
รายละเอียดส่วนตัว ความชอบ หรือแม้แต่พฤติกรรมที่สนใจได้อย่างง่ายดาย

เว็บละเอียด นัดง่ายตาย

เว็บไซต์หาคู่ที่เปรียบเสมือนสมุดทะเบียนเล่มใหญ่ที่รวบรวมข้อมูลของผู้คนมากมายให้
คุณได้ศึกษาและทำความรู้จักอย่างละเอียดก่อนที่จะก้าวเข้าสู่การนัดหมายจริง ไม่ว่าจะเป็น
OkCupid, GayCupid, Camfrog, และ Adam4Adam ซึ่งช่วยให้การค้นหาใครสักคนเป็นเรื่องที่
ลึกซึ้งกว่าเพียงแค่ภาพลักษณ์ภายนอก

สร้างกลุ่ม สานสัมพันธ์

กลุ่มที่มีความสนใจพิเศษและกิจกรรมสังคมทางออนไลน์ที่ทำหน้าที่คล้ายบ้านหลังที่สอง
ที่ซึ่งผู้คนสามารถมารวมตัวกันด้วยเหตุผลที่มากกว่าแค่การหาคู่ แต่เป็นความสนใจในเรื่องราว
เดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มฟิตเนส วิ่ง ดนตรี การท่องเที่ยว กลุ่มอนุรักษ์หรือกิจกรรมเพื่อสังคม สิ่ง
เหล่านี้สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นธรรมชาติ ช่วยให้ความสัมพันธ์เติบโตจากมิตรภาพ สู่
ความใกล้ชิดที่อาจนำไปสู่การนัดพบกันในชีวิตจริงในที่สุด

*“ก่อนหน้าเหตุการณ์นี้ ผมก็นัดเจอคนอื่นบ้างครับ เดือนหนึ่งก็ประมาณ 3-4 ครั้ง มีการป้องกันบ้างไม่
ป้องกันบ้าง เรื่องของการนัดเจอนั้น ก็เป็นการนัดเจอผ่านแอปพลิเคชันครับ เราก็พูดคุยกันได้ไม่นาน แล้วยก*

ตัดสินใจนัดไปเที่ยวกัน แต่ผมอาจจะยังไม่ได้รู้สึกว่าจะชอบ หลง จนถึงขนาดที่อยากจะสัมผัสพันธ์กับเขาในวันนั้น แต่ในวันนั้นผมรู้สึกมีเมามากจนไม่รู้ตัว ไม่รู้ว่าเพราะดี่มากไป หรือเขาอาจจะใส่อะไรลงไปในเรื่องดีของผมหรือเปล่า เพราะหลังจากนั้นไม่นานภาพก็ตัดไปเลย ครั้งนั้นเป็นครั้งแรกที่ผมสัมผัสพันธ์โดยที่เราไม่ยินยอม มันทำให้ผมรู้สึกกลัวและกังวลมาก ๆ หลังจากวันนั้น 3 วันผมก็รีบไปปรึกษาที่คลินิกและตัดสินใจรับยาเพริพรอบ" (A9 24 ปี ใช้เพริพมาแล้ว 10 เดือน)

"ผมเล่นแอปพลิเคชันแอฟหนึ่งสี่สี่สี่ครับ ผมก็นัดเจอกันปกติ แต่ผมรู้สึกเหมือนโดนหลอกให้ไป เจอที่ห้องเค้า ผมไปคนเดียวแต่ผมโดนมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่ ตอนนั้น 7-8 คน ผมทำอะไรไม่ได้ ผมรู้สึกกลัวมากในตอนนั้น กลัวถูกทำร้าย กลัวติดโรค และตอนนั้นกลุ่มมีการใช้สารเสพติดแบบดม ผมไม่แน่ใจว่าคืออะไร แต่ผมปฏิเสธไม่เสพนะ เป็นประสบการณ์ครั้งแรกไม่โอเคมาก ๆ มันน่ากลัวมากครับ" (A7 21 ปี ใช้เพริพมาแล้ว 10 เดือน)

ช่องทางออนไลน์ได้ทำหน้าที่เป็นโลกแห่งการสื่อสารที่เชื่อมโยงผู้คนเข้าหากันผ่านตัวอักษร ภาพ เสียง และวิดีโอ ซึ่งช่วยเร่งให้ความสัมพันธ์ก้าวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็ว ก่อร่างสร้างความคุ้นเคยจนนำไปสู่การนัดหมายในโลกแห่งความจริง แต่ว่าเบื้องหลังความสะดวกสบายนี้ซ่อนเร้นเกมแห่งโชคชะตาที่เต็มไปด้วยความเสี่ยง หากการพบกันครั้งแรกนำไปสู่กิจกรรมทางเพศโดยปราศจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ย่อมเหมือนการเดิมพันด้วยชีวิตที่ความเสี่ยงจะพุ่งสูงขึ้นเป็นเท่าทวีคูณ โดยเฉพาะเมื่อไรซึ่งเกราะป้องกันอันเหมาะสมอย่างถุงยางอนามัยหรือการใช้ยาเพริพอย่างมีวินัย

ดังนั้น แม้โลกออนไลน์จะมอบความง่ายดายในการเข้าถึงผู้คนมากมาย แต่เหมือนดาบสองคมที่เรียกกร้องให้ผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น การสื่อสารที่ชัดเจนและตรงไปตรงมาเกี่ยวกับขอบเขต ความคาดหวังและการป้องกันจึงเป็นเสมือนกุญแจสำคัญที่ช่วยให้การเดินทางบนเส้นทางนี้เต็มไปด้วยความปลอดภัยไม่ใช่ความเสี่ยงที่น่าสะพรึงกลัว แต่มีชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวนไม่น้อยที่ไม่กล้าสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา อาจมาจากหลายปัจจัย เช่นอายุน้อยและประสบการณ์น้อย การขาดประสบการณ์ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อำนาจการต่อรองต่ำอาจทำให้ไม่สามารถต่อรองหรือปฏิเสธพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงได้ สถานะการเงินการพึ่งพิงสถานะทางการเงินอาจนำไปสู่การยอมทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ และนำไปสู่ความเสี่ยงทางเพศได้ รวมไปถึงขาดการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและการบริการสาธารณสุข

จากคำกล่าวข้างต้นทั้งสอง จะเห็นได้ว่าการนัดพบออนไลน์กลายเป็นมิติแห่งความสุ่มเสี่ยงที่ซ่อนเร้นในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นดังสะพานเชื่อมความสัมพันธ์ จากบทสนทนาสั้น ๆ ผ่านแอป

พลีเคชันส์ต่าง ๆ ได้นำพาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก้าวเข้าสู่โลกของการนัดพบที่เต็มไปด้วยทั้ง ความหวังและความเปราะบาง จากเรื่องเล่าของผู้ที่เผชิญกับประสบการณ์ตรง ปรากฏภาพชัดเจน ว่า การนัดพบออนไลน์ได้กลายเป็นสมรภูมิที่เสี่ยงต่อการถูกคุกคามและการตัดสินใจที่ถูกบิดเบือน การพบปะที่เริ่มจากความตั้งใจปกติ ถูกพลิกผันเมื่อมีปัจจัยแทรกซ้อนเข้าครอบงำ ดังเช่นกรณีที่มีความมั่นใจ หรืออาจจะเป็นการใช้สารบางอย่างทำให้สติสัมปชัญญะดับวูบ ภาพตัดไปเหลือไว้แต่ความรู้สึกหวาดกลัวต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ยินยอมกลายเป็นบาดแผลทางใจที่ไม่อาจลืมเลือน และต้องเร่งหาทางป้องกันด้วยการรับยาเพิร์พทันที หรือบางครั้งการนัดพบหนึ่งต่อหนึ่งกลับกลายเป็นกับดักที่นำไปสู่สถานการณ์ที่รุนแรงและควบคุมไม่ได้ การเผชิญหน้ากับการมีเพศสัมพันธ์แบบหมูในสถานะที่ไร้ทางต่อต้าน โดยมีฉากหลังของการใช้สารเสพติดยิ่งตอกย้ำถึงความเสี่ยงหลายด้าน ทั้งการถูกทำร้ายร่างกาย ความกลัวการติดเชื้อ ความผิดทางกฎหมายและแรงกดดันทางสังคมในขณะนั้นทำให้ประสบการณ์นี้กลายเป็นฝันร้ายที่น่ากลัวที่สุด

จากประเด็นการนัดพบทางออนไลน์นั้นเป็นเสมือนเหรียญสองด้าน ด้านหนึ่ง คือช่องทางสร้างความสัมพันธ์ แต่อีกด้านหนึ่งคือประตูสู่ความเสี่ยงที่ร้ายแรง ตั้งแต่การสูญเสียการควบคุมตนเองจากฤทธิ์แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ไปจนถึงการตกเป็นเหยื่อของการคุกคามทางเพศและความรุนแรงแบบกลุ่ม ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ได้ผลักดันให้พวกเขาต้องแสวงหาการป้องกันตนเองอย่างเร่งด่วน เช่น การเข้าไปเช็คสถานะผลเลือด การใช้ยาเพิร์พ รวมถึงการป้องกันโดยใช้ยาเพิร์พเพื่อบรรเทาความกังวลและเยียวยาบาดแผลที่เกิดจากโลกออนไลน์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้

2. มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย

การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีความซับซ้อนเกินกว่าการมองในมิติเดียว แม้ว่าสังคมจะมองว่าเป็นเพียงการขาดความรู้หรือเกิดจากความประมาท แต่ในความเป็นจริงแล้วการตัดสินใจนี้เกิดจากปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องกัน ตั้งแต่อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดส่วนบุคคล และแรงกดดันทางสังคมที่มองไม่เห็น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดการเติมพันด้วยสุขภาพ การที่ผู้คนยอมแลกความไร้อารมณ์ชั่วขณะกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ จึงเป็นภาพสะท้อนที่ต้องการความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เมื่อพันธนาการของความเสน่หากลายเป็นมิติแห่งความเสี่ยงและการป้องกันที่ถูกละเลย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มักเริ่มต้นในห้วงยามที่อารมณ์อยู่เหนือเหตุผล ทำให้ผู้คนยอมปลดปล่อยเกราะป้องกันออกจากร่างกายและจิตใจ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยจึงเปรียบเสมือนการเปิด

ประตูลูกความเสี่ยงนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ไม่อาจประเมินค่าได้ นี่คือการตอกย้ำว่าพฤติกรรมนี้ต้องการการแก้ไขปัญหาเชิงลึก

ในมิติทางสังคม พฤติกรรมเสี่ยงนี้ไม่ได้เกิดจากตัวบุคคลเพียงลำพัง แต่ถูกหล่อหลอมด้วยบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่ม (Sub-cultural Norms) ในกลุ่ม MSM บางส่วนมองว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นสัญลักษณ์ของความไว้วางใจ (Trust) และความสนิทสนมในระดับลึก การต่อรองอำนาจภายในความสัมพันธ์มักมีผลอย่างมากต่อการเลือกใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ แรงกดดันจากคู่อรักหรือคู่นอนที่มองว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นตัวขัดขวางความสุข หรือเครื่องหมายของการไม่ไว้วางใจ กลายเป็นแรงกดดันทางสังคมที่มองไม่เห็น ซึ่งบีบบังคับให้บุคคลต้องยอมรับความเสี่ยงเพื่อรักษาความสัมพันธ์หรือการยอมรับในกลุ่มเพื่อนและสังคมออนไลน์ (Online Community) นอกจากนี้ ในเชิงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมักมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมและพฤติกรรมร่วมอื่น ๆ เช่น อิทธิพลของสารกระตุ้น การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (Chemsex) ซึ่งมีฤทธิ์ลดการยับยั้งชั่งใจทางพฤติกรรม ทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองและการใช้ทักษะการป้องกันลดถอยลง

สติขาด พลาดเสี่ยง

พลังแห่งสติสัมปชัญญะถูกลดทอนลงจากสุราหรือสารเสพติด เรื่องของเหตุผลและการยับยั้งชั่งใจจึงถูกเผาไหม้ หลงเหลือเพียงสัญชาตญาณและความต้องการที่ไร้การควบคุม ทำให้เกราะป้องกันถูกลดทอนทิ้งด้วยความเต็มใจในภาวะที่ขาดสติไปโดยสิ้นเชิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลายคนยอมทิ้งความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองขณะเมเมา ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจอย่างฉับพลัน หรือการยินยอมตามสถานการณ์ที่เร่งเร้า ซึ่งนำพาชีวิตไปสู่ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ อย่างง่ายดาย

“เวลาเราไปผับไปบาร์ ก็มีไปกับคนที่เพิ่งเจอกันตอนที่ไปเที่ยว เราก็มีเมมาแล้วกลับไปกับคนที่เพิ่งรู้จัก พอมันชุกเงินไม่ได้พกถุงยางมา แบบว่าไปเที่ยวไม่ได้พก แต่พอมีความต้องการสติมันไม่มีแล้วก็คือสติไม่ใส แล้วที่ไม่ชอบใส่เพราะมันลดความต้องการทางเพศ มันเสี่ยงฟิลลิ่ง ไม่สนุกด้วย” (A4 31 ปี ใช้เพรีพามาแล้ว 1 ปี)

“มีการสังสรรค์กันมีการดื่มแอลกอฮอล์ก็เมมาด้วย ในตอนนั้นเราก็ถูกใจเพื่อนที่ไปด้วยกันครับก็มีความต้องการครับ แล้วก็ไม่ได้ป้องกันมันเป็นเหตุการณ์ครั้งแรกที่เราตัดสินใจที่ไปรับการตรวจเลือด เราค่อนข้างกังวลช่วงนั้นมีการแซทคุยกับทางคลินิก” (A10 21 ปี ใช้เพรีพามาแล้ว 6 เดือน)

สุขเสีย สัมผัสขาด

เป็นความไม่พอใจต่อความรู้สึกขณะใช้ถุงยางอนามัยสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวนไม่น้อยที่มีความรู้สึกต่อการใช้ถุงยางอนามัยว่าเป็นกำแพงที่ขัดขวางความสุข ลดทอนความรู้สึกเร้าร้อนและทำลายสัมผัสอันเป็นธรรมชาติในห้วงอารมณ์เสนาหา ความรู้สึกนี้คือหนึ่งในแรงจูงใจสำคัญที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย

“ก่อนที่จะเริ่มใช้ยาเพิร์พ ผมใช้ถุงยางอนามัยแล้วอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ผมก็คิดว่าต้องทำอย่างไรถึงจะมีอะไรกันแน่ ผมก็เลยใช้วิธีชวนคู่นอนไปตรวจเลือดก่อน ถ้าตรวจมาแล้วถึงจะมีเพศสัมพันธ์กันแบบไม่ได้ใส่ถุงยาง ผมจะคุยกับเค้าตรง ๆ เลย ถ้าอยากจะมีอะไรกัน ก็ไปตรวจเลือดมาก่อน อย่างเงี้ยครับ เพื่อเราจะได้มั่นใจว่าปลอดภัย และพอผมไปอบรมได้ความรู้จากการอบรมผมจึงตัดสินใจรับยาเพิร์พและกินยามาประมาณ 6 เดือนแล้ว” (A5 37 ปี ใช้เพิร์พมาแล้ว 6 เดือน)

“เวลามีเพศสัมพันธ์เราใช้ถุงยางอนามัยน้อยมากเลยครับ แทบจะไม่ได้ใช้เลยกับคนที่ไม่ใช่แฟนเราด้วย จริง ๆ ณ มันมีเรื่องของแอลกอฮอล์ด้วย มันก็เลยไม่ได้ตั้งใจหรือกังวลอะไรเลย อีกส่วนคิดว่าเป็นความชอบส่วนตัวการใช้ถุงยางกับไม่ใส่ความรู้สึกมันต่างกัน ถ้าใส่ความรู้สึกทางเพศเรานั้นลดลง” (A10 21 ปี ใช้เพิร์พมาแล้ว 6 เดือน)

สุขสะดุด อารมณ์พัง

การที่ต้องหยุดกิจกรรมเพื่อใส่ถุงยางอนามัย หรืออุบัติเหตุไม่คาดคิด เช่น ถุงยางอนามัยแตก เหล่านี้สร้างความรู้สึกสะดุด และขัดจังหวะ เมื่ออารมณ์ที่กำลังพุ่งสูงนำสิ่งที่เรียกว่าเหตุผลการใช้ถุงยางจึงทำให้ความสุขถูกตัดขาด บรรยากาศโรแมนติกถูกทำลาย เกิดความรู้สึกไม่ชอบและอึดอัดใจนำไปสู่การที่พวกเขาเลือกที่จะทิ้งเกราะป้องกันปฏิเสธที่จะใช้ถุงยางอนามัยในที่สุด

“ผมทำงานร้านนวดแล้วมันมีช่วงที่ถุงยางมันขาดบ่อย ๆ เข้า เกิดกับคนที่เราไม่รู้จัก ซึ่งการที่ถุงยางแตกมันเป็นเรื่องปกติมากที่มันจะแตก มันเป็นเรื่องแบบปกติสุด ๆ เลย ส่วนตัวผมค่อนข้างจะซี้กแล้วอะไรเรื่องนี้เพราะผมรู้ว่ามันเป็นแล้ว มันจะกลับมาไม่ได้ มันคือทั้งชีวิตของผม” (A3 31 ปี ใช้เพิร์พมาแล้ว 3 ปี)

“บางครั้งเราก็อาจจะเผลอเลอในการใส่ถุงยางอนามัย เราเป็นฝ่ายรับด้วย การใส่มันต้องขึ้นกับคู่ เราเคยแบบขอให้เค้าใส่บางคนก็ฟัง บางคนก็ไม่ใส่ เพราะว่ามันเหมือนกับว่าช่วงสถานการณ์นั้นมันเต็มที่ อารมณ์มันไปแล้วอะไรอย่างเงี้ย ก็เลยเหมือนกับยับยั้งหรือความคิดที่อาจจะต้องใส่ถุงยางอนามัยมันก็เลยหายไป” (A11 27 ปี ใช้เพิร์พมาแล้ว 7 เดือน)

เดิมพันใจ พิสูจน์รัก

การแลกความปลอดภัยกับความจริงใจ ความไว้วางใจ การไม่ใส่ถุงยางอนามัยกลายเป็น การเดิมพันทางใจเพื่อพิสูจน์ความรักและความภักดี ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายบางรายยอมเสี่ยง ทางสุขภาพ เพื่อแลกกับความสงบทางใจ และการยอมรับจากคู่รัก รวมถึงกลัวว่าความสัมพันธ์จะ สิ้นคลอน ในมุมผู้ที่มิชอบทางเพศเป็นฝ่ายรับ การหยิบยื่นถุงยางอนามัยให้คู่รัก อาจถูกคู่รัก ตีความมองเป็นการกล่าวหาทางอ้อม หรือการตั้งข้อสงสัยต่อสถานะสุขภาพของอีกฝ่าย ทำให้กลัว ถูกตีตราว่ารังเกียจ หรือไม่เชื่อใจในพฤติกรรมของคู่รัก สร้างกำแพงแห่งความหวาดระแวง ดังนั้น การไม่ป้องกันจึงถูกใช้เพื่อสื่อสารว่าตนเองไม่ได้รังเกียจ และต้องการความแนบแน่นที่สมบูรณ์ แบบ

“พอตกลงเป็นแฟนกัน ก็เลยลองมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย แต่เมื่อก่อนจะใส่ถุงยางตลอด ตอนนั้นไม่ได้รู้สึกกลัวหรือกังวลอะไร แต่ภายหลังเสร็จก็รู้สึกกังวลเลยตัดสินใจไปตรวจหาเชื้อหลังจากนั้น เราก็ ไม่ได้พูดถึงสิ่งที่เรากำลังคุยกับแฟน ไปตรวจเองเพราะก็กลัวเขาจะรู้สึกไม่ดี กลัวทำให้เขารู้สึกว่าเราไม่ไว้วางใจเค้า ด้วยครับ” (A1 37 ปี ใช้เพรีพมาแล้ว 1 ปี 5 เดือน)

“กับคนนี่เราเพิ่งเจอกันได้แป๊บหนึ่ง แล้วก็แบบนัดไปมีอะไรกัน เค้าชอบแบบเอาทีดอร์แล้วก็มาเจอกัน เค้าก็ยื่นถุงยางให้ผม เค้าให้ใส่ถุงยาง แต่วันนั้นมันเหมือนอารมณ์มันพาไป ผมสอดใส่ไปแล้ว เค้าก็ยอมแต่เขาก็ ดูกังวล ดูเขาเครียดมาก ๆ เลยชวนเราไปคลินิกไปออนเพิร์พ” (A12 37 ปี ใช้เพรีพมาแล้ว 1 ปี)

กันเชชไอวี ลิมเอสทีไอ

ดาบสองคมแห่งยุคเพรีพการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่ใช้เพรีพเหมือนกัน สร้างภาพลวงตาแห่ง ความปลอดภัย เพราะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลายคนมั่นใจว่าทั้งสองฝ่ายปลอดภัยและ ปลอดภัย มุ่งเน้นป้องกันเชชไอวีเพียงอย่างเดียว จนความรู้สึกนั้นกลายเป็นหมอกที่บดบัง วิจารณญาณ นำไปสู่การตัดสินใจละเลยการใส่ถุงยางอนามัยโดยสิ้นเชิง โดยไม่คำนึงถึงโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ (STI) หรือสถานะผลเลือดปัจจุบัน

“เราไปหาแฟน เขาอยากสอด เขาไม่ให้ใส่ถุงยาง เขาไม่ชอบใส่ถุง เขาบอกว่าไม่ต้องกลัวเพราะว่าเขา ออนเพิร์พแล้ว” (A2 41 ปี ใช้เพรีพมาแล้ว 6 เดือน)

“ผมเคยมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่ 7-8 คนแต่ผมไม่ได้เต็มใจเหมือนสถานการณ์มันบังคับ แล้วไม่มีการใส่ ถุงยางใด ๆ เป็นคนที่พึ่งนัดเจอทางแอป สุดท้ายเค้าก็บอกกับผมว่า ไม่ต้องกังวลทุกคนที่อยู่ออนเพิร์พกันทุกคน สบายใจได้ ในตอนนั้นผมรู้สึกเค้าป้องกันแค่เค้า แต่เราไม่ได้ป้องกัน” (A7 21 ปี ใช้เพรีพมาแล้ว 10 เดือน)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนภาพรวมของพฤติกรรมทางเพศในสังคมปัจจุบันได้อย่างชัดเจน จะให้ได้ว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงอยู่ก่อนแล้ว โดยมีแรงขับเคลื่อนหลัก คือความต้องการที่จะมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่โดยปราศจากถุงยางอนามัย เนื่องจากมองว่าถุงยางอนามัยเป็นอุปสรรคที่ลดทอนความรู้สึกทางเพศ ทำให้เสียบรรยากาศหรือแม้แต่เป็นสาเหตุของปัญหาสมรรถภาพทางเพศ ปัจจุบันเสริมความเสี่ยงที่พบบ่อยคือ อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ซึ่งทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจและนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนที่เพิ่งรู้จัก นอกจากนี้ปัญหาในการต่อรองเรื่องถุงยางอนามัยยังเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะเมื่ออารมณ์อยู่เหนือเหตุผลหรือในความสัมพันธ์ที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย ในบริบทนี้เพิร์พจึงถูกเลือกใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการบริหารความเสี่ยงด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยทำหน้าที่เสมือนใบรับรองความมั่นใจที่ช่วยให้พวกเขาสามารถลดหรือหันหลังให้กับการใช้ถุงยางอนามัย แม้แต่กับคู่นอนชั่วคราวที่ไม่ใช่แฟน เพิร์พจึงกลายเป็นทางออกที่ช่วยรักษารูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ที่ต้องการของพวกเขาเอาไว้ได้

อย่างไรก็ตาม การใช้เพิร์พได้ก่อให้เกิดปรากฏการณ์การลดเซยความเสี่ยงอย่างชัดเจนคือเมื่อความกังวลเรื่องเอชไอวีลดลง การป้องกันด้วยวิธีอื่น เช่น ถุงยางอนามัยก็ลดลงตามไปด้วย ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องจับตา เพราะแม้เพิร์พจะมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันเอชไอวี แต่ไม่ได้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ รวมถึงประเด็นการเลือกมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยกับเฉพาะบุคคลที่ใช้เพิร์พเหมือนกัน

3. เปลี่ยนคู่อ้อย คู่นอนหลายคน

พฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนหรือการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายถูกมองว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อเอชไอวี เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศบางรูปแบบที่พบได้บ่อย เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่มีกำบังนั้น มีโอกาสทำให้เกิดบาดแผลและนำไปสู่การติดเชื้อได้ง่ายกว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวนไม่น้อยที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อยหรือการมีหลายความสัมพันธ์พร้อมกัน ถูกนิยามให้เป็นรสนชาติแห่งอิสราเอลทางเพศ และการแสวงหาความตื่นเต้น พฤติกรรมนี้ไม่ใช่เพียงแค่การตอบสนองทางสัญชาตญาณ แต่คือการดำรงอยู่ในห้วงแห่งความเร้าใจ ที่เกิดจากการได้ลิ้มรสกับประสบการณ์ใหม่ ๆ อยู่เสมอ ความผูกพันระยะยาวอาจถูกพักไว้ชั่วคราวเพื่อแลกกับความตื่นเต้นของการนัดพบผู้คนที่หลากหลายโลกดิจิทัล เพื่อการหาคุ้แบบชั่วคราว ซึ่งอาจไม่เกี่ยวกับการพัฒนาความสัมพันธ์แบบคู่รัก ซึ่งมักพบว่าเป็นผู้ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน

ในสังคมร่วมสมัย การมีคู่นอนหลายคนและเปลี่ยนคู่นอนกลายเป็นไลฟ์สไตล์หนึ่งที่ได้รับ ความนิยมในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะในชุมชนเมืองใหญ่ที่มีความเปิดกว้าง ทางเพศวิถี รูปแบบความสัมพันธ์นี้มีมิติของความตื่นเต้น ความเร้าใจ และความสนุกสนานที่ หลากหลาย ซึ่งสะท้อนถึงการแสวงหาความเป็นอิสระและการค้นพบตัวเองในแบบที่แตกต่างจาก ความสัมพันธ์แบบผูกมัด

สนุก ตื่นเต้น เร้าใจ

ความสนุกสนาน การมีคู่นอนหลายคนให้อิสระในการเลือกที่ไม่มีขีดจำกัด ไม่มีข้อผูกมัด สามารถเลือกคู่ได้ตามอารมณ์ ความต้องการ หรือแม้กระทั่งช่วงเวลาในชีวิต บางครั้งต้องการ ความเร้าร้อน บางครั้งต้องการความอ่อนโยน และบางครั้งต้องการแค่เพื่อนคุยในคืนที่เหงา ความ ยืดหยุ่นนี้สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของชีวิตของตัวเอง ไม่ถูกบังคับด้วยบรรทัดฐานหรือความ คาดหวังของสังคม นอกจากนี้ในบางชุมชน การมีไลฟ์สไตล์แบบนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม ทางสังคมเป็นการเข้าร่วมปาร์ตี้ กิจกรรม และการสร้างเครือข่ายเพื่อนฝูงที่มีความคิดเหมือนกัน ความตื่นเต้นที่เกิดขึ้นจากไลฟ์สไตล์นี้มาจากความแปลกใหม่ที่ไม่มีวันจบสิ้น แต่ละคนที่เข้ามาใน ชีวิตล้วนนำมาซึ่งเสน่ห์ บุคลิกภาพ และประสบการณ์ที่ไม่เหมือนใคร การได้พบปะคู่ใหม่ ๆ สร้าง ความรู้สึกเหมือนการผจญภัยครั้งใหม่ในทุกครั้ง ไม่มีความซ้ำซาก ไม่มีความจำเจ ทุกคืนเป็น โอกาสที่จะได้สัมผัสกับมิติใหม่ของคุณสมบัติระหว่างมนุษย์ ความไม่แน่นอนนี้เองที่กลายเป็น แหล่งของอะดรีนาลีน ทำให้หัวใจเต้นแรง และสร้างความรู้สึกมีชีวิตชีวา

ในแง่ของความเร้าใจในการเสี่ยงและความท้าทายเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญที่ดึงดูด ใจเข้าสู่รูปแบบความสัมพันธ์นี้ การเข้าหาคนใหม่ การสร้างการเชื่อมต่อที่รวดเร็ว และการ ตัดสินใจในชั่วข้ามคืน ล้วนมีความท้าทายในตัวเอง การไม่รู้ว่าคืนนี้จะพบใคร จะเกิดเคมีกับใคร หรือจะได้สัมผัสประสบการณ์อย่างไร สร้างความตื่นเต้นตื่นเต้นที่ไม่สามารถหาได้จากความสัมพันธ์ ที่คาดเดาได้ง่าย บางคนบรรยายว่าเป็นเหมือนการเล่นเกมที่ไม่เคยรู้ผลลัพธ์ล่วงหน้า ซึ่งความไม่ แน่นนอนนี้เองที่ทำให้ทุกอย่างน่าสนใจ

นอกเหนือจากความสนุกสนานแล้ว การมีคู่นอนหลายคนยังเป็นการเดินทางแห่งการค้นพบ ตัวเอง การได้พบปะผู้คนหลากหลายช่วยให้เรารู้จักตัวเองมากขึ้นว่าเราชอบอะไร ไม่ชอบอะไร มี ขีดจำกัดอยู่ที่ไหน และมีความต้องการอะไรบ้าง มันเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์ ตรง ไม่ใช่แค่ทฤษฎี การได้ลองสิ่งใหม่ ๆ ทำให้เราเข้าใจความซับซ้อนของความปรารถนาและ ความต้องการของมนุษย์มากขึ้น นอกจากนี้ยังพัฒนาทักษะทางสังคม การสื่อสาร และความ

เข้าใจผู้อื่น ทักษะเหล่านี้ไม่เพียงแต่มีค่าในด้านความสัมพันธ์เท่านั้น แต่ยังสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวันและการทำงานด้วย

“สำหรับเหตุการณ์ที่รู้สึกว่ามันเสี่ยง คือมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนแบบว่าไม่ซ้ำกัน เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ชอบความตื่นเต้น ถ้าสมมติมีแฟนก็จะหยุดแค่แฟนอย่างเดียว แต่ถ้าในระหว่างที่ไม่มีแฟนผมก็มีไปนอนกับคนอื่น มีนัดกันมีอะไรอย่างเงี้ยครับในช่วง 3 เดือนประมาณ 5-6 คน แล้วก็ เคยมีเซ็กส์แบบหมู่ แต่ไม่บ่อยนาน ๆ ครั้ง ครับเพราะว่าผมก็กังวลเหมือนกันหลาย ๆ อย่างครับ ตอนที่ผมมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่เราเป็นทั้งรุกทั้งรับเป็นช่วงที่เราอยากลอง ก็เลยเป็นทั้งรุกทั้งรับในเวลาเดียวกันครับผม ตอนนั้น 3 คน” (A12 37 ปี ใช้เพรีพามาแล้ว 1 ปี)

“เรามีนัดเจอคู่นอน แล้วก็จะมีเพศสัมพันธ์ ประมาณ 3-4 คนในหนึ่งเดือน คู่เป็นฝ่ายรุก บางครั้งก็ใส่ บางครั้งก็ไม่ใส่ถุงยางอนามัย” (A11 27 ปี ใช้เพรีพามาแล้ว 7 เดือน)

จากคำกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแต่ละคนมีรสนิยมความชอบที่แตกต่างกัน เส้นโค้งของความหลากหลายสร้างความตื่นเต้นจากความแปลกใหม่ทำให้แต่ละคนมีประสบการณ์ที่ไม่เหมือนกัน ภายใต้การแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล เช่น มีคู่นอนหลายคน และเปลี่ยนบ่อย รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่ ยังเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายรับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเองเมื่อเวลาผ่านไป โดยสะท้อนจากความกลัว ความวิตกกังวล จึงนำไปสู่การตัดสินใจเข้าไปปรึกษาคลินิกสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการรับยาเพรีพ

อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามคือความรับผิดชอบที่มาพร้อมกับเสรีภาพนี้ การดูแลสุขภาพทั้งกายและใจเป็นเรื่องจำเป็น การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอและการตรวจสุขภาพเป็นประจำเป็นสิ่งที่ไม่ได้ นอกจากนั้น ความซื่อสัตย์ในการสื่อสารกับคู่นอนเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ที่ต้องการ เพื่อหลีกเลี่ยงความเข้าใจผิดและความเจ็บปวดที่ไม่จำเป็น ความรับผิดชอบต่อตัวเองและผู้อื่นคือรากฐานของการมีไลฟ์สไตล์แบบนี้อย่างยั่งยืนและมีความสุข

ท้ายที่สุดแล้ว การมีคู่นอนหลายคนและเปลี่ยนบ่อยเป็นทางเลือกส่วนบุคคลที่ไม่มีถูกหรือผิด ความตื่นเต้น ความเร้าใจ และความสนุกสนานที่ได้รับจากไลฟ์สไตล์นี้เป็นสิ่งที่บางคนแสวงหาและให้คุณค่า แต่สิ่งสำคัญคือการทำด้วยความตระหนักรู้ ความเคารพต่อตัวเองและผู้อื่น และความรับผิดชอบต่อที่ครบถ้วน เมื่อทำได้เช่นนั้น มันก็สามารถเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตที่สมบูรณ์และมีความสุขได้อย่างแท้จริง

1.2 คุณลักษณะความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

การตัดสินใจในการใช้เพรีพเป็นกระบวนการที่ต้องพิจารณาหลายปัจจัย และการค้นหาข้อมูลหรือรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวีเป็นสิ่งสำคัญเพื่อประกอบการตัดสินใจ โดยเริ่มจากการประเมินระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมทางเพศและประสบการณ์ความเสี่ยงที่เป็นไปได้ในการติดเชื้อเอชไอวี โดยความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีนั้น เป็นการกระทำอย่างกระตือรือร้นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ใช้เพรีพ โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับแพทย์ กระทำด้วยความยินดีและเต็มใจในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามแพทย์นัด โดยคำนึงถึงความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้เพรีพควรมีลักษณะ ดังนี้

กลไกเชิงปฏิบัติพฤติกรรมส่วนบุคคลในการใช้เพรีพและการตรวจตามแพทย์นัด

ใช้เพรีพอย่างสมัครใจ

การใช้เพรีพไม่ได้เป็นเพียงการรับประทานยา แต่คือการแสดงออกถึงความเต็มใจและความตระหนักรู้ในการเป็นผู้กำหนดเส้นทางสุขภาพของตนเอง เป็นการตัดสินใจที่มีความรับผิดชอบสูงต่อสุขภาพ โดยการรับประทานเพรีพอย่างเต็มใจเพื่อที่จะยอมรับถึงประโยชน์ในการลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวี

“คือไม่มีใครแนะนำ ไม่มีใครมาบังคับอะไรเลย คือเราหาข้อมูลเอง เราไปตรวจเอง เอาจริงจริงคือ ตอนแรกอะไม่ได้คิดว่าตัวเองจะได้กินเพรีพ ไม่คิดว่าจะกินด้วยซ้ำเพราะว่าความตั้งใจแรกคือไปตรวจเลือดแค่นั้นเอง แล้วเจ้าหน้าที่ก็แนะนำ เขาคงประเมินจากความเสี่ยงของเรา ตัวเราเองก็คิดว่าเราอาจจะมีแบบไม่ใส่ถุงอีก เราถึงตกลงรับยาเพรีพในตอนนั้นครับ” (A1 37 ปี ใช้เพรีพมาแล้ว 1 ปี 5 เดือน)

ใช้เพรีพแม้อาจมีผลข้างเคียง

การตัดสินใจเลือกใช้เพรีพเป็นการแสดงออกถึงความมุ่งมั่นและให้ความสำคัญกับการป้องกันอย่างแท้จริง โดยเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งรับรู้ถึงความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีและประเมินแล้วว่าประโยชน์ของการป้องกันนั้นคุ้มค่าต่อการเผชิญกับความไม่สบายบางประการ ในช่วงแรกของการใช้ยาผู้ใช้บางส่วนอาจต้องประสบกับอาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย ซึ่งอาการเหล่านี้มักบรรเทาลงเมื่อร่างกายปรับตัว แต่ถึงแม้มีคนจำนวนมากที่ไม่มีอาการข้างเคียงเลย การที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คนหนึ่งยังยืนหยัดใน

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องท่ามกลางความไม่สบายใจในช่วงเริ่มต้นนี้ เป็นหลักฐานที่ชัดเจนว่าพวกเขายินดีที่จะอดทนต่ออุปสรรคเล็กน้อย เพื่อเป้าหมายในการปกป้องสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงระยะยาวที่ต้องพิจารณา เช่น การเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ของไต และปัญหาเกี่ยวกับความหนาแน่นของกระดูก ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการเข้ายาเป็นเวลานาน การที่บุคคลหนึ่งรับรู้ถึงความเสี่ยงเหล่านี้เป็นอย่างดี แต่ยังคงเลือกที่จะร่วมมือในการรับประทานเพริพอย่างเคร่งครัดแสดงให้เห็นถึงการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณที่คำนึงถึงสุขภาพในระยะยาว

“ของผมนอนกินแรก ๆ มีบางอาการมีน ๆ เวียนหัวอยู่นะคะ แต่ก็ไม่ได้ถึงขนาดต้องกินยาแก้ปวดหัว แต่กินไปสักพักก็ไม่มีอาการอะไรแล้ว สำหรับผมมันไม่ได้รับกวนชีวิตประจำวันขนาดนั้นครับ ถ้าแลกกับมันป้องกันเราได้อะไรก็ดีครับ” (A7 21 ปี ใช้เพริพมาแล้ว 10 เดือน)

ใช้เพริพกลืนกับกิจวัตรประจำวัน

การใช้เพริพให้ได้ผลสูงสุดนั้น หัวใจสำคัญคือความสม่ำเสมอและการรับประทานอย่างต่อเนื่องทุกวัน การทำให้การเข้ายาเป็นเรื่องง่ายและไม่หลงลืม จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้กลืนไปกับชีวิตประจำวันของผู้ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ต้องการรักษาสุขภาพตนเอง กฎเกณฑ์สำคัญคือการหาจุดยึดในกิจกรรมประจำวันที่ทำซ้ำ ๆ ทุกวันอยู่แล้ว เพื่อเชื่อมโยงการรับประทานเพริพเข้าไปด้วยซึ่งเป็นการเปลี่ยนจากการจำว่าต้องกินยาเป็นการทำตามนิสัยกับกิจวัตรประจำวันเพื่อลดโอกาสลืม การเข้ายาด้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีเป็นประจำทุกวัน โดยเพื่อให้เป็นการปฏิบัติที่ง่ายกับการรับประทานคือการนำมาปฏิบัติให้สอดคล้องไปกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เป็นอุปนิสัยที่ทำอยู่เป็นประจำทุกวัน เช่น ตื่นนอน แปรงฟัน หลังมื้ออาหาร ก่อนเข้านอน และอีกวิธีที่ช่วยให้ไม่ลืมรับประทานเพริพ คือการพกไว้ติดตัว หรือวางในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน เช่น หัวเตียง โต๊ะอาหาร ทำให้สังเกตเห็นได้ชัดเจน หยิบรับประทานได้สะดวก มีหลากหลายรูปแบบเพื่อป้องกันการลืมรับประทานเพริพ โดยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของตนเอง

“ผมเลือกเวลากินเป็นก่อนนอนเพราะมันจะได้ไม่ลืมเอามากินทุกวันนะครับ คือด้วยผมกินยาภูมิแพ้ก่อนนอนทุกวันอยู่แล้ว เราก็เลยเอาเวลานั้นพร้อมกัน พอเราเลือกเวลานั้นมันจะไม่ลืม ถ้าลืมก็แสดงว่าไม่ได้กินยาภูมิแพ้ด้วย” (A1 37 ปี ใช้เพริพมาแล้ว 1 ปี 5 เดือน)

ใช้เพรีพอย่างต่อเนื่อง

การใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น หากชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายรับรู้ความเสี่ยงของตนเองไม่ถูกต้องมองว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำตัดสินใจหยุดยาอาจจะจะมีผลกระทบที่สำคัญสุขภาพ

“ผมไม่รู้ว่าผมจะมีความเสี่ยงอีกตอนไหน ในวันนี้ผมก็ยังรักสนุกยังมีน้ำใจคู่มั้ย ผมก็รู้สึกว่ามันยังเสี่ยงอยู่ตลอด แต่เราก็ต้องเลือกที่จะป้องกันสุขภาพและชีวิตเราไว้ก็ยังคงต้องกินเพรีพต่อไปก่อน” (A7 21 ปี ใช้เพรีพมาแล้ว 10 เดือน)

ใช้เพรีพสม่ำเสมอ

การรับประทานยาตรงเวลาและไม่ขาดโดยไม่จำเป็น การรับประทานยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลาเพื่อเป็นรักษาระดับความเข้มข้นของยาในร่างกายให้คงที่ที่จะป้องกันจากเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ หากรับประทานไม่สม่ำเสมออาจทำให้เกิดภาวะดื้อยาได้ถ้าผู้รับประทานยาได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผู้ที่มีความเสี่ยงสูงควรวางแผนร่วมกันในเรื่องการเข้ายาด้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

“10 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีวันไหนผมไม่กินเพรีพ ผมเลือกกินตอนสี่ทุ่ม กินตรงเวลาเลขสุดไม่เกิน 5 นาที เพราะผมใช้นาฬิกาตั้งปลุก มันเป็นช่วงก่อนเข้านอน เสร็จทุกภารกิจ แรก ๆ มันอาจจะยากแต่หลัง ๆ เราบู๊เวลาเองอัตโนมัติ เหมือนร่างกายมันชินไปแล้วครับ เคยลืมกินยาเลยสักครั้ง” (A7 21 ปี ใช้เพรีพมาแล้ว 10 เดือน)

ตรวจตามแพทย์นัดติดตามอาการ

การให้ความสำคัญกับการติดตามผลและการตรวจสุขภาพตามกำหนด การไปพบแพทย์ตามนัดไม่ได้เป็นเพียงการไปรับยาต่อเนื่องเท่านั้น แต่ยังเป็นหลักของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ใช้เพรีพ การไปตรวจตามนัดทุกครั้งคือ ช่วงเวลาของการประเมินสถานะสุขภาพที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งประกอบไปด้วย

เช็คผลเลือด ตรวจหาเชื้อ

นี่คือภารกิจหลักของการนัดตรวจแต่ละครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ใช้ยังคงมีผลเป็นลบ (HIV-negative) ก่อนที่จะได้รับยาเพรีพล็อตถัดไป หากมีการติดเชื้อเกิดขึ้นระหว่างการใช้ยา การตรวจ

พบอย่างรวดเร็วจะช่วยให้สามารถเปลี่ยนไปสู่การรักษา (ART) ได้ทันที ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมเชื้อไวรัส

การประเมินสุขภาพไต

ยาเพริพบางชนิดอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตในระยะยาว การเจาะเลือดเพื่อตรวจค่าการทำงานของไตในผู้ที่อายุ ≥ 50 ปี ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อไต และผู้ที่พบ CrCl < 90 มล./นาที่ ควรติดตามค่าไตทุก 6-12 เดือน (เช่น ค่า Creatinine) จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อประเมินว่าร่างกายยังสามารถทนต่อยาได้ดีหรือไม่ ก่อนรับเพริพครั้งต่อไป

การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs)

ผู้ใช้เพริพอาจมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ (เช่น ซิฟิลิสหนองใน) การตรวจคัดกรองเหล่านี้ เป็นโอกาสในการค้นหาและรักษาเชื้ออื่น ๆ ก่อนที่จะลุกลาม ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพทางเพศอย่างครอบคลุม

การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

การพบแพทย์ตามนัดเป็นโอกาสที่จะได้พูดคุยถึงอาการผิดปกติใด ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้เล็กน้อยในช่วงเริ่มต้นใช้เพริพ หรืออาการที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แพทย์สามารถให้คำแนะนำในการจัดการอาการ หรือพิจารณาการปรับเปลี่ยนชนิดของยาให้เหมาะสมกับผู้ใช้แต่ละคน

“มีเจ้าหน้าที่โทรแจ้งเตือนก่อนถึงนัด คลินิกมันใกล้ที่อยู่เราเดินทางสะดวก ขึ้นตอนไม่ยุ่งยาก รอไม่ได้นานมากประมาณชั่วโมง เราก็ไปเจาะเลือดก่อนแล้วค่อยรับเพริพ เหมือนเราได้ไปเช็คตัวเองว่ายังโอเคไหม ยังใช้ชีวิตได้ตามปกติรีเปลา ไปตรวจทุกครั้งผมก็ยังคงกังวล ยังลุ้นทุกครั้งอยู่นะ ว่าผลเลือดจะปกติไหม” (A3 31 ปี ใช้เพริพมาแล้ว 3 ปี)

1.3 คุณค่าของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

คุณค่าของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนี้ อาจมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับมุมมองและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การกินยาเท่านั้น แต่เป็นการสร้างวงจรแห่งคุณค่าที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ และสังคมที่แสดงถึงความสำคัญของการรักษาและการดูแลสุขภาพทั้งกายและใจ ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี เป็นเครื่องมือทาง

การแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แต่คุณค่าที่แท้จริงของมันไม่ได้อยู่ที่ตัวยาเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่ความร่วมมือ (Adherence) ในการใช้ยาของผู้ใช้ความร่วมมือในการใช้เพิร์พนั้น บ่งบอกถึงความสามารถของผู้ใช้ในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา และเป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ปลด ล็อกประสิทธิภาพสูงสุดของเพิร์พ ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์เท่านั้น แต่เป็นการสะท้อนถึงคุณค่าที่ลึกซึ้งของการ รักและดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลเองและต่อสังคมรอบข้าง ผู้ให้ข้อมูลหลักให้มุมมองถึงการรักตัวเองเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยสร้างความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีความรักตัวเองจะมีความตั้งใจที่จะดูแลตนเองและในลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่ดีส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีลดลง

รักตัวเอง: ในบริบทนี้การรักตนเองอยู่ในฐานะผลลัพธ์เชิงบวกและเป็นคุณค่าที่ได้รับจากความร่วมมือในการใช้เพิร์พ เมื่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมมีการใช้เพิร์พอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ความสำเร็จนั้นไม่ได้จบลงเพียงแค่การคงสถานะผลเลือดเป็นลบเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่คุณค่าที่ลึกซึ้งกว่า นั่นคือการรักตนเองที่ได้รับการต่อยอดและเติบโตอย่างเข้มแข็ง การใช้เพิร์พอย่างมีวินัยเป็นเสมือนการลงทุนที่จับต้องได้ในสุขภาพและอนาคตของตนเอง เมื่อบุคคลสามารถยืนหยัดต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ท่ามกลางตารางชีวิตที่ยุ่งเหยิงหรือความท้าทายทางสังคม ความสำเร็จนี้จะเปลี่ยนเป็นความเชื่อมั่นในตนเองที่ได้พิสูจน์ให้ตัวเองเห็นแล้วว่าตนเองมีความสามารถในการปกป้องและดูแลร่างกายของกันได้ การตระหนักรู้นี้เป็นแกนหลักของการรักตนเอง ยิ่งไปกว่านั้นเพิร์พยังมอบอิสระภาพและความสบายใจให้กับชีวิตทางเพศ เมื่อความกังวลเรื้อรังเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีถูกลดทอนลงไปอย่างมากจากการกระทำที่รับผิดชอบต่อตนเอง บุคคลย่อมรู้สึกว่าคุณค่าที่จะได้รับความสุขและความปลอดภัย การดูแลสุขภาพทางเพศอย่างเปิดเผยและจริงจังผ่านการชเพิร์พจึงเป็นการยืนยันตัวตนที่ยอมรับทุกมิติของตนเอง รวมถึงพฤติกรรมทางเพศโดยไม่ต้องรู้สึกผิดหรือละอาย

ในท้ายที่สุด การรักตนเองในฐานะผลลัพธ์เชิงบวกคือ การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ การเห็นค่าในความมุ่งมั่นของตนเอง การเคารพสิทธิในร่างกายและการเลือกที่จะมีชีวิตที่มีคุณภาพสูงสุด ซึ่งคุณค่านี้จะย้อนกลับไปทำหน้าที่เป็นแรงขับเคลื่อนที่ทรงพลังยิ่งขึ้น สำหรับการร่วมมือดูแลสุขภาพในอนาคต สร้างเป็นวงจรการดูแลตนเองที่ยั่งยืนและเต็มไปด้วยความภาคภูมิใจในตนเอง

“ผมว่าคนที่แบบอาจจะไม่ได้เสี่ยง คำอาจจะไม่ได้ไป แต่ผมว่าคนที่เค้ารับยากันจริงๆ คือคนที่แบบรักตัวเองอยากจะสนุกแล้วก็แบบเพื่อป้องกันตัวเอง รักตัวเองด้วย อันเนี่ยผมว่ามันน่าจะเป็นปัจจัยหลัก” (A12 37 ปี ใช้เพริพมาแล้ว 1 ปี)

“เราคิดว่าทุกคนต้องมีจุดเดี่ยวก็คือว่ารักตัวเองใหม่เท่านั้นเอง ถ้ามคำเดี่ยวกว่ารักตัวเองมัย ถ้ารักเราจะทำทุกอย่างเพื่อปกป้องตัวเอง” (A2 41 ปี ใช้เพริพมาแล้ว 6 เดือน)

ภูมิใจในตนเองเมื่อทำสำเร็จ: ความพอใจ ซึ่ชื่นชมที่มีต่อความสำเร็จหรือผลงานที่ทำได้ ของตัวเอง แสดงความรู้สึกทางบวกที่บ่งบอกถึงความสำเร็จและความพึงพอใจในผลลัพธ์ของการกระทำในการรับประทานยาตรงเวลาทุกวันอย่างสม่ำเสมอและการไปตรวจตามแพทย์นัด โดยเกิดขึ้นจากความรับผิดชอบและมีวินัยที่เข้มงวดจนเป็นนิสัยในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับ นั้นตอกย้ำความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) ว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ ดังนั้น การที่ฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จกับการทำให้รับรู้ของตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และใช้ทักษะอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

“รู้สึกดีกับตัวเองที่มีวินัยในการทำงานผ่านมา ถึงแม้เราลืมหินบ้าง เราก็มีการพูดคุยปรึกษากับพี่เจ้าหน้าที่ตลอดว่า ถ้าสมมติว่าลืมหิน พี่เค้าก็แนะนำว่าจะกินยาอย่างไร” (A11 27 ปี ใช้เพริพมาแล้ว 7 เดือน)

“เรารู้สึกดี เองๆก็รู้สึกอุ่นใจมาระดับหนึ่ง การที่รับประทานเพริพแบบสม่ำเสมอแล้วก็ไปตรวจตามคุณหมอนัดมันสำคัญนะ หนึ่งคือเราได้รู้ผลเลือดตัวเอง สองคือมันสร้างความมั่นใจให้กับเรา เรายังใช้ชีวิตต่อไปปกติได้ก็คือมันอุ่นใจจะครบชุดง่าย ๆ ครบ มันทำให้เราอุ่นใจทำให้เราสบายใจขึ้น ถึงแม้ว่าบางที่เราไปตรวจอย่างเงี้ยครบคือแม้ว่าผมไม่มีความเสี่ยงนะแต่ผมก็กังวลเหมือนกันนะ” (A1 37 ปี ใช้เพริพมาแล้ว 1 ปี 5 เดือน)

เป็นต้นแบบให้คนรอบข้าง: ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ประสบความสำเร็จ ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี คือใช้เพริพอย่างสม่ำเสมอ โดยการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีจะรับรู้ถึงความภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้คุณค่าในตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง ยังได้สร้างโอกาสที่จะถ่ายทอดประสบการณ์เชิงบวกของตนเองให้กับบุคคลอื่นที่อยู่คนรอบข้าง เช่น คู่รัก คู่นอน เพื่อนสนิท หรือรุ่นน้องที่มีพฤติกรรมในแบบเดียวกันได้รับรู้ถึงการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ซึ่งสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่น ซึ่งการเป็นต้นแบบให้คนรอบข้างนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้อื่นคล้อยตามและเริ่มฉุกคิดให้กลุ่มคนสนิทหันกลับมาใส่ใจสุขภาพและ

พิจารณาความเสี่ยงของตนเองจนนำไปสู่การขยายขอบเขตของการป้องกันให้ครอบคลุมเครือข่ายทางสังคม ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีในวงกว้าง และนำไปสู่การยุติการระบาดในกลุ่มประชากรนี้

“เคยบอกกับเพื่อนสนิท เพราะเราประเมินแล้วว่าเพื่อนเค้าแบบว่าโอเคกับเรื่องนี้ พอเรารู้ทัศนคติของเค้า เราก็แนะนำให้เค้าลองรับยาเพร็พ เราก็ถามเค้าว่าเค้ามีความเสี่ยงไหมอะไรอย่างเงี้ย พอรู้ว่ามีความเสี่ยงแบบนี้ ก็แนะนำให้เข้าไปตรวจสุขภาพของตนเอง แนะนำคลินิก” (A11 27 ปี ใช้เพร็พมาแล้ว 7 เดือน)

ประเด็นที่ 2 มุมเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

2.1 ปัจจัยอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ในบริบทของการใช้ยาเพร็พไม่ได้เป็นเพียงข้อจำกัดทางกายภาพหรือเทคนิคเท่านั้น แต่เป็นเครือข่ายที่ซับซ้อนของความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และสภาพแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์กันอยู่อย่างลึกซึ้ง โดยส่งผลต่อแรงจูงใจที่ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมใช้เพร็พอย่างสม่ำเสมอหรือละเลย จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยอุปสรรคประกอบด้วย 7 ประเด็น ดังนี้

1) **พกพาไม่สะดวก เข้าถึงติดขัด:** การไม่สามารถพกยาติดตัวได้ตลอดเวลาทำให้ผู้เข้าร่วมมักประสบปัญหาในการรักษาการใช้เพร็พอย่างสม่ำเสมอ มักเกิดขึ้นเมื่อต้องอยู่นอกบ้านโดยไม่คาดคิด หรือเดินทางโดยมีเพร็พไม่เพียงพอ รวมถึงสถานการณ์อุปสรรคทางสังคม เช่น การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว คู่นอน หรือเพื่อนร่วมห้องที่ไม่ทราบเรื่องการใช้เพร็พ ทำให้สร้างความไม่สบายใจในการพกพาจัดวางหรือรับประทานเพร็พให้เห็นได้ ความไม่แน่นอนของชีวิตประจำวันผนวกกับความท้าทายในการจัดเก็บและพกพานี้ มักนำไปสู่การลืมกินยาหรือเลื่อนเวลาออกไป เมื่อเพร็พไม่สามารถเข้าถึงได้ทันทีตามเวลา ทำให้เกิดช่องว่างในการป้องกันที่บั่นทอนประสิทธิภาพของเพร็พ

“ถ้าผมรู้ว่าจะออกไปข้างนอก ผมมักจะพกยา PrEP ติดตัวไปบ้าง แต่บางที่เราก็ไม่รู้ เราไปปาร์ตี้ ผมไม่ได้พกติดตัวตลอดเวลา ก็คงต้องวางแผนล่วงหน้าอีกหน่อย วันนั้นผมก็แค่ข้ามไป แต่ผมก็ไม่ได้คิดว่ามันเป็นเรื่องใหญ่ ผมก็แค่ไปกินที่หลังก็แค่นั้น” (A9, อายุ 24 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

2) **องค์ความรู้ยังแคบ ตระหนักน้อยไป:** ความตระหนักเกี่ยวกับเพิร์พที่จำกัดทำให้ผู้เข้าร่วมหลายคนระบุว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับเพิร์พที่จำกัดเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พ ความตระหนักที่จำกัดนี้แสดงออกมาในรูปแบบของการทำความเข้าใจตารางการใช้ยาเพิร์พ ข้อกำหนดด้านความสม่ำเสมอ และกลไกพื้นฐานของเพิร์พในการป้องกันเชื้อไอวี ช่องว่างข้อมูลนี้มักบั่นทอนแรงจูงใจในการรักษาการใช้เพิร์พและไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ

“ผมคิดว่าถ้าคุณแค่กิน PrEP คุณก็สบายใจ มันป้องกันคุณได้ เพราะผมคิดว่าอาหารบางอย่างก็อยู่ในร่างกายคุณ PrEP ก็คงอยู่ในร่างกายผมเหมือนกัน และผมก็เริ่มมีอะไรกับผู้ชายที่กิน PrEP แต่ผมก็ไม่รู้ว่าพวกเขากินยังไงหรืออะไรเลย” (A9, อายุ 24 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

3) **สถานะทางการเงิน บางอย่างจ่ายเอง:** ความสามารถในการจ่ายที่เกี่ยวกับเพิร์พ ถึงแม้ว่าเพิร์พจะได้รับการคุ้มครองโดยภาครัฐ แต่ผู้เข้าร่วมบางคนแสดงความกังวลอย่างมากเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินทางการแพทย์ ที่รวมถึงการตรวจเลือด (เช่น ครีเอตินินสำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 30 ปี การทำงานของตับและกระดูก) และการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ วัคซีน และการรักษา (เช่น HBsAg, anti-HBs, anti-HCV, Chlamydia trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae และการคัดกรองซิฟิลิส) ซึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองทั้งหมดจากระบบประกันสุขภาพ หากต้องการตรวจนอกเหนือที่จากที่รัฐบาลคุ้มครองผู้ใช้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเหล่านี้เอง ภาระค่าใช้จ่ายนี้ทำให้บุคคลต้องเลือกระหว่างความมั่นคงทางการเงินกับการมาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งนำไปสู่การเลื่อนนัดหรือแม้แต่การหยุดยา

“ถ้ามีค่าใช้จ่ายเข้ามาเกี่ยวข้องก็คงต้องคิดหนักแน่นอน เพราะถ้ามีทั้งค่าตรวจเลือด ค่ารักษาพยาบาลด้วย มันน่าจะกระทบกับเงินที่เราต้องใช้ในชีวิตประจำวัน” (A11, อายุ 27 ปี, ผู้ใช้ PrEP 7 เดือน)

4) **ถูกกล่าวหาว่าสาส์อน ตีตราว่าติดเชื้อ:** ความกลัวที่แพร่หลายในกลุ่มผู้เข้าร่วมบางคน โดยเฉพาะผู้ที่ใช้เพิร์พรายวัน คือการตีตราทางสังคม กลัวผู้อื่นเข้าใจผิดคิดว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกำลังรับยาต้านไวรัสอยู่ เมื่อเกิดความสงสัยอาจนำไปสู่การนินทาหรือข่าวลือในสังคมได้ ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยง เพราะต้องรับประทานยาเพิร์พทุกวันและต้องรับประทานเวลาเดียวกัน เหมือนกับการรับประทานยาต้านหรือมุมมองการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ตีตราผู้ใช้ยานี้เป็นผู้มีพฤติกรรมสาส์อนทางเพศ การตีตราที่เกี่ยวข้องกับเพิร์พนี้ ทำให้ผู้ใช้เพิร์พหลายคน

ต้องปกปิดการใช้ยาเพิร์พของตนมีผลต่อการรับยาต่อเนื่องและวินัยในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

“ผมกลัวว่าพวกเขาจะถามว่า “แกไปทำอะไรมา, ทำไมต้องตรวจเลือด, ป่วยหรือเปล่า, ติดเชื้ออะไรมา หรือเปล่า, เป็นอะไรถึงต้องกิน PrEP” นั่นแหละครับ ผมเลยพยายามเก็บเรื่องนี้ไว้เป็นส่วนตัว” (A11, อายุ 27 ปี, ผู้ใช้ PrEP 7 เดือน)

5) กังวลผลข้างเคียง ระยะยาวที่ปรากฏ: ผู้เข้าร่วมโดยเฉพาะผู้ที่ใช้เพิร์พรายวัน แต่มีกิจกรรมทางเพศไม่บ่อยครั้ง แสดงความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงทั้งระยะยาวและระยะสั้น พวกเขาารู้สึกว่ารูปแบบกิจกรรมทางเพศของตนไม่สมเหตุสมผลกับความเสี่ยงที่รับรู้จากการใช้ยาเป็นประจำทุกวัน

“เราไม่รู้ว่ามันจะไปกระทบไตแค่ไหนถ้าเรากินระยะยาว และเจ้าหน้าที่ก็บอกให้ผมมาตามนัดบ่อย ๆ ตรวจเลือดบ่อย ๆ ตรวจค่าไต ถ้ากินนาน ๆ ก็กังวลว่ากินเยอะ ๆ นาน ๆ มันจะกระทบกับร่างกายไหม” (A12, อายุ 38 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

6) แอลกอฮอล์ ยาจิตเวช สารเสพติดส่งผลต่อการใช้: การใช้แอลกอฮอล์ ยาจิตเวช รวมถึงสารเสพติดส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอ โดยส่งผลต่อการตัดสินใจ ความจำ และกิจวัตรประจำวัน นำไปสู่การลืมรับประทานเพิร์พ หรือรับประทานไม่ตรงเวลา ซึ่งมักทำให้การรักษาการใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอลดลง

ยาจิตเวช

“ตอนแรกมีอาการวิงเวียน พอเอายาจิตเวชมากินด้วย ยิ่งทำให้เหมือนบ้านหมุนเลยครับ รู้สึกทรงตัวไม่ค่อยได้เท่าไร พอเวลากินก่อนนอน มันมัน ๆ บ้านหมุน นอนก็ยากหน่อยครับ รู้สึกเวียนหัวบางทีก็ไม่แน่ใจว่ามาจากยาจิตเวชหรือมาจาก PrEP ครับ” (A9, อายุ 24 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

แอลกอฮอล์

“ผมนอนหลับไปทั้งวันเลย เพราะดื่มเหล้า เมา แล้วก็ไม่ได้กิน PrEP” (A11, อายุ 27 ปี, ผู้ใช้ PrEP 7 เดือน)

7) รับรู้ว่าเสี่ยงต่ำ ประเมินผิดพลาด: ผู้เข้าร่วมบางคนรายงานว่ามีความตั้งใจในการใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอลดลงเนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงส่วนตัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีต่ำ แม้จะมีคู

นอนหลายคน แต่มีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือมีเพศสัมพันธ์ภายนอกมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ ทำให้ผู้เข้าร่วมบางคนประเมินความเสี่ยงของตนเองต่ำไปทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ไม่เหมาะสม

“ผมรู้สึกในช่วงนี้ผมไม่ได้มีเพศสัมพันธ์บ่อยนัก อาจจะแค่คนเดียวมากที่สุด ผมเลยไม่คิดว่าผมต้องกินเพรีทุกวัน อาจจะอาทิตย์ละครั้งน่าจะเหมาะสมกว่า” (A8, อายุ 20 ปี, ผู้ใช้ PrEP 8 เดือน)

ในภาพรวมอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้เพรีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงเป็นภาพสะท้อนของความขัดแย้งระหว่างความต้องการทางสุขภาพกับสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยแรงกดดันทางสังคม ภาระทางเศรษฐกิจ และความเข้าใจที่ไม่สมบูรณ์ การแก้ไขปัญหาจึงมีไม่เพียงแค่การให้ยา แต่ต้องเป็นการ สร้างเครือข่ายสนับสนุน ที่ครอบคลุมทั้งมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และความรู้ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถรักษาความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างเต็มประสิทธิภาพต่อไป

2.2 ปัจจัยสนับสนุนต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

เป็นคุณลักษณะทรัพยากรและการสนับสนุนที่ช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแรงจูงใจในการป้องกันตนเองให้กลายเป็นพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาแรงจูงใจทั้งภายนอกและภายใน รวมถึงทักษะส่วนบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นตัวช่วยเกื้อกูลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประกอบด้วย 12 ประเด็น โดยผู้วิจัยพิจารณาจัดกลุ่มย่อย (Sub theme) ดังนี้

กลุ่มกลยุทธ์ส่วนบุคคล

1) **เตือนจำ เตือนนัด พกยาไม่ห่างกาย:** การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอทุกวันดูเหมือนจะเป็นเรื่องง่ายแต่ในความเป็นจริงกลับเป็นความท้าทายที่ซับซ้อน ผู้ใช้ยาต้องต่อสู้กับชีวิตที่วุ่นวาย ความจำกัดและอุปสรรคนานัปการที่ขัดขวางการสร้างนิสัยที่ดีต่อสุขภาพ นี่คือจุดกลยุทธ์เชิงปฏิบัติที่มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการใช้เพรีอย่างสม่ำเสมอ โดยช่วยให้ได้รับยาตรงเวลาแสดงถึงความตั้งใจที่ดีกับผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

พกยาใส่ตลับเล็ก ๆ ติดกระเป๋าไว้ตลอด

การแปลงความจำให้เป็นน้ำหนักในมือ เมื่อความตั้งใจที่จะกินยามีสภาวะเป็นเพียงอากาศธาตุที่พร้อมจะจางหายไปได้ทุกเมื่อ การพกตลับยาเล็ก ๆ ติดกระเป๋าไว้ตลอดจึงเป็นการ

เปลี่ยนความคิดให้เป็นสสาร เมื่อสมองมีข้อจำกัดในการคาดการณ์อนาคต มักจะหลงลืมว่าวิถีชีวิตจริงมีความผันผวน เมื่อร่างกายเคลื่อนที่ไปนอกเขตพื้นที่คุ้นเคย ความจำเรื่องยากก็มักจะถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง การชดเชยด้วยตัวยาในกระเป๋าสเปรย์เปรียบเสมือนสมองเรือทางกายภาพที่คอยถ่วงดึงความสม่าเสมอไว้กับตัวบุคคล ไม่ว่าจะร่างกายจะเคลื่อนที่ไป ณ แห่งหนใด ยาไม่ได้มีสถานะเป็นเพียงวัตถุเคมีอีกต่อไป แต่กลายเป็นอวัยวะที่ 33 ที่ผู้ช้ยาหยิบยื่นให้แก่ตนเอง เพื่อสร้างความมั่นใจว่าแม้สมองจะทรยศต่อความจำ แต่ร่างกายยังคงสามารถสัมผัสและเข้าถึงเกราะป้องกันได้ทันทีที่สัญชาตญาณร้องเตือน

แอปพลิเคชันมือถือและนาฬิกาปลุก: การใช้แอปพลิเคชันนาฬิกาในการตั้งเวลาพร้อมเสียงสัญญาณเตือนให้รับประทานเพิร์ฟได้ตรงเวลาเดิมทุกวัน โดยหากไม่มีเครื่องเตือนในการส่งเสียงอาจจะทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายปฏิบัติกิจวัตรอย่างอื่น อาจลืมที่จะรับประทานเพิร์ฟได้ ทำให้ระดับความเข้มข้นของยาในร่างกายไม่คงที่ ซึ่งการมีเครื่องเตือนก็เป็นอีกวิธีที่สำคัญที่สามารถช่วยให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีได้

ตั้งนาฬิกาปลุกในมือถือซ้อนกันหลายรอบเพราะชอบลืม

เสียงเรียกจากโลกภายนอกสู่จิตใจที่หลุดลอย เมื่อสมองเปรียบเสมือนภาชนะที่รั่วซึม ซึ่งไม่สามารถกักเก็บความจำเรื่องเวลาได้อย่างมั่นคงท่ามกลางกระแสธารของภาระงานและสิ่งเร้าในแต่ละวัน การตั้งนาฬิกาปลุกซ้อนกันหลายรอบจึงเปรียบได้กับเสียงเคาะประตูซ้ำ ๆ ของกัลยาณมิตรผู้ไม่ยอมละทิ้งหน้าที่ ในช่วงเวลาที่สมาธิถูกดึงรั้งไปกับสิ่งอื่น สมองมักจะปิดสวิทช์การรับรู้เรื่องภารกิจที่วางแผนไว้ทำให้เกิดช่องว่างของความลืมที่มีมิติ การชดเชยด้วยเสียงปลุกที่ตั้งซ้อนกันเปรียบเสมือนเชือกนิรภัยที่คอยดึงจิตใจที่หลุดลอยให้กลับมาเผชิญหน้ากับความจริง การตั้งปลุกซ้อนกัน คือการยอมรับอย่างถ่อมตัวว่าสมองอาจแก๊งตายหรือกดปิดสัญญาณแรกด้วยความเคยชิน ระบบเตือนภัยดิจิทัลนี้จึงทำหน้าที่เป็นระบบประสาทส่วนนอกที่ช่วยประคับประคองพฤติกรรมให้รอดพ้นจากเหวแห่งความลืม

“ผมตั้งเตือนในโทรศัพท์ครบ ผมเลือกกิน PrEP หลังเลิกงานตอน 1 ทุ่ม ซึ่งผมดูเวลาในโทรศัพท์เตือนผม” (A6, อายุ 20 ปี, ผู้ใช้ PrEP 7 เดือน)

ย้ำทวนซ้ำ ไม่พลาดกำหนดนัด: การแจ้งเตือนนัดทางโทรศัพท์จากทางคลินิกจัดเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟในระยะยาว เนื่องจากมีบทบาทโดยตรงในการลดการลืมและช่วยรักษาความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ โทรศัพทเป็นเครื่องมือสื่อสารส่วนบุคคลที่เข้าถึงผู้ใช้ได้โดยตรง การแจ้งเตือนทางโทรศัพท์ก่อนวันนัดหมายจริง (เช่น 1-2

วันล่วงหน้า) ทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นภายนอกที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการล้มวันนัดหมาย เพื่อรับยาชุดใหม่หรือการตรวจติดตามสุขภาพ (การตรวจเลือด, การตรวจเอชไอวี) การพลาดนัดหมายเกิดความเสียหายที่อาจจะหมดลงก่อนกำหนด ซึ่งนำไปสู่การขาดช่วงของการป้องกัน การแจ้งเตือนจึงช่วยให้ผู้ใช้สามารถวางแผนล่วงหน้า จัดตารางชีวิต และรักษาระดับยาในร่างกายให้คงที่อย่างต่อเนื่อง

“ผมใช้วิธีเขียนโน้ตใส่กระดาษแปะที่ประตูไว้แล้วก็ปฏิบัติที่อยู่ในห้องเอาไว้เพื่อดูวันนัดครั้งถัดไป อีกอย่างก็คือมีการโทรศัพท์จากคลินิกสุขภาพโทรแจ้งก่อนถึงวันนัด แล้วก็ถามว่าวันนั้นเราสะดวกไหม” (A2, อายุ 41 ปี, ผู้ใช้ PrEP 6 เดือน)

พกเพิร์พคู่กาย ง่ายตายเข้าถึง: การพกพาเพิร์พติดตัวถือเป็นปัจจัยสนับสนุนทางกายภาพและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งมีส่วนช่วยโดยตรงในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาประจำวัน และความต่อเนื่องในการป้องกัน ผู้ที่มีกิจวัตรประจำวันที่ไม่แน่นอน เดินทางบ่อย หรือมีการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน/พักอาศัย การพกพาเพิร์พติดตัว (เช่น ใส่ในกระเป๋าเสื้อ, กระเป๋ากางเกง, กระเป๋าสะพาย หรือกล่องยาขนาดเล็ก) ช่วยให้มั่นใจว่ายาจะอยู่กับตัวเสมอ แม้จะมีการเปลี่ยนแผนกะทันหัน หากผู้ใช้รับประทานยาตามเวลาที่บ้าน การที่ยามีพร้อมใช้งานในกระเป๋าจะช่วยให้สามารถรับประทานยาได้ทันทีที่นึกขึ้นมาได้ ซึ่งเป็นการลดช่องว่างของระดับยาในกระแสเลือด ที่อาจเกิดขึ้นจากการรอนกว่าจะกลับถึงบ้าน หรือแม้กระทั่งการเลือกจัดวางเพิร์พในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเช่นโต๊ะทำงาน หลังตู้เย็น เพื่อให้เมื่อมองเป็นกระปุกก็จะนึกถึงการรับประทานเพิร์พในวันนั้น ๆ

“ผมพก PrEP ทุกวัน ผมพกไปทุกที่ที่ผมไป ผมพกใส่กระเป๋าตลอดเวลา พอเปิดกระเป๋าผมก็เห็น PrEP ผมก็ไม่ลืม พอถึง 19:00 น. ผมก็กินได้เลย” (A6, อายุ 20 ปี, ผู้ใช้ PrEP 7 เดือน)

2) สมัครใจใช้เพิร์พเป็นส่วนหนึ่งกับกิจวัตรประจำวัน: ผู้เข้าร่วมที่สามารถรวมเพิร์พเข้ากับชีวิตประจำวันของตนได้อย่างประสบความสำเร็จนั้น เกิดจากการตัดสินใจและความเต็มใจส่วนตัวที่จะทำให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน โดยมักจะเลือกเวลาที่สะดวกที่สุดในการรับประทานยา

“ผมเลิกกิน PrEP ตอน 1 ทูม เพราะกลางวันผมยุ่งที่ทำงาน และตอนเช้าผมตื่นสายและรีบไปทำงาน ผมเลยเลิกเวลานี้เพราะเป็นเวลาเลิกงาน และผมกลับไปห้อง ผมเลิกงานตอน 6 โมงเย็น หลังจากอาบน้ำเสร็จผมก็เห็นกล่องยาอยู่บนโต๊ะเครื่องแป้งและกินได้เลย” (A6, อายุ 20 ปี, ผู้ใช้ PrEP 7 เดือน)

กลุ่มปัจจัยด้านจิตใจ/ทัศนคติ

1) มั่นใจในตน ประเมินเสี่ยงได้ จัดการพฤติกรรม

ผู้เข้าร่วมแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการการรับประทานเพิร์พทุกวัน และความสามารถในการประเมินความเสี่ยงทางเพศ ซึ่งทำให้พวกเขารักษาการใช้อย่างสม่ำเสมอ

ความเชื่อมั่นในตนเอง

“ผมคิดว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันผมไปแล้วครับ เพราะผมกินยาประจำวันอยู่แล้วก่อนที่จะกิน PrEP ถึงแม้ผมจะไม่ได้ตั้งเตือนไว้ ผมก็สามารถกิน PrEP ได้ทุกวัน ไม่เคยสายเกิน 5-10 นาทีเลย และผมก็ไปตามนัดตลอด ผมเลยคิดว่าผมทำได้ดี” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)

2) ระวัง ไม่ไว้ใจ คู่นอนสร้างความกังวล

ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับสถานะสุขภาพทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของคู่นอนไม่ว่าจะเป็นคู่นอนประจำหรือคู่นอนชั่วคราว ทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจที่ทรงพลังสำหรับผู้เข้าร่วมบางคน ในความร่วมมือในการใช้เพิร์พอย่างเคร่งครัด ซึ่งเน้นย้ำถึงสัญญาณในการป้องกันตนเอง

“ผมมีประสบการณ์ที่ผมรู้ว่าแฟนผมมีคนอื่น เขาเปลี่ยนคู่นอนบ่อยแล้วผมก็รู้ ผมเปลี่ยนเขาไม่ได้ ผมคิดว่าผมควรป้องกันตัวเอง” (A4, อายุ 31 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี)

3) ความรู้สึกเชิงลบกับการใช้ถุงยางอนามัย

ผู้เข้าร่วมที่พบว่าถุงยางอนามัยลดความสุขทางเพศมีแรงจูงใจมากขึ้นที่จะยึดมั่นในการใช้เพิร์พอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกัน HIV แม้จะตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ แต่เพิร์พถูกมองว่าเป็นเครื่องมือที่เสริมสร้างอำนาจในการควบคุมเรื่องราวมองสุขภาพทางเพศของตนเอง โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ในความสัมพันธ์แบบไม่ผูกมัด หรือมีคู่นอนหลายคน

“ข้อดีของถุงยางคือแน่นอนว่ามันปลอดภัยอยู่แล้วครับ มันสามารถป้องกันได้ ถึงแม้จะไม่ 100% ก็ตาม แต่ข้อเสียซึ่งน่าจะเป็นเหมือนกันหมดทุกคนก็คือ มันอาจจะไม่สนุกเท่า ไม่ได้อารมณ์เท่ากับตอนไม่ใส่ความรู้สึกมันไม่ได้เท่ากับตอนที่ใส่ถุงยาง” (A12, อายุ 38 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

4) การรับรู้ภัยคุกคามและการรับรู้ความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโดยเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน มีอิทธิพลอย่างมากต่อแรงจูงใจในการใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอ

การรับรู้ภัยคุกคาม ประสบการณ์ส่วนตัวกับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มความตระหนักรู้ของผู้เข้าร่วมถึงความเปราะบางของตนเองต่อการติดเชื้อเอชไอวี นี่เป็นเครื่องเตือนใจที่มีประสิทธิภาพถึงผลลัพธ์ที่แท้จริงของการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ซึ่งเสริมสร้างความมุ่งมั่นในการให้ความร่วมมือในการใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอ

“ผมตกใจมากตอนที่รู้ว่าตัวเองติดเชื้อซิฟิลิส แล้วผมก็ร่วงเป็นกระจุกเลย ผมไปโรงพยาบาลเพื่อรักษา ผมได้รับการฉีดยาที่เจ็บมากครับ มันเจ็บไปทั้งตัว ผมรู้สึกเหมือนหัวใจจะสลาย ผมคิดว่าผมต้องป้องกันตัวเอง เพราะผมไม่อยากติดเชื้อ HIV ด้วย มันรักษาไม่หายเหมือนซิฟิลิส” (A2, อายุ 41 ปี, ผู้ใช้ PrEP 6 เดือน)

การรับรู้ความเสี่ยง ผู้เข้าร่วมมักประเมินระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองอย่างไต่ตรง โดยคำนวณจากพฤติกรรมทางเพศและสถานการณ์ส่วนตัว พวกเขาพิจารณาเรื่องนี้เมื่อกำหนดระดับความเสี่ยง ผู้เข้าร่วมมักจะวิเคราะห์ถึงจำนวนคู่นอน ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ประเภทของการมีเพศสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง ความสม่ำเสมอในการใช้ถุงยางอนามัย และความรู้เกี่ยวกับประวัติทางเพศของคู่นอน

“ผมไปเดทกับคู่นอนผ่านแอปเดท ผมไปที่ห้องเขา วันนั้นเรามีเพศสัมพันธ์หมูกับคู่นอน 7-8 คน ผมกลัวมากครับ ผมไม่มีโอกาสได้ป้องกัน นั่นเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้ายสำหรับผมและทำให้ผมตัดสินใจกิน PrEP” (A7, อายุ 21 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

5) รักตัวเอง เห็นคุณค่า ปรารถนาสุขภาพ

การรักตัวเองในบริบทนี้ทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญ ในฐานะปัจเจกเชื่อและเป็นแรงผลักดันเริ่มต้นก่อนที่จะเกิดการตัดสินใจใช้เพิร์พ บุคคลจะต้องมีการประเมินตนเองและสถานการณ์มาก่อน การรักตัวเองจึงทำหน้าที่เป็นเชื้อเพลิงเริ่มต้นที่นำไปสู่การกระทำ ซึ่งเป็นความคิดที่มีต่อตนเอง รับรู้ว่าคุณค่า มีศักยภาพและภูมิใจในตนเอง เมื่อบุคคลเห็นคุณค่าในชีวิตและสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง การตัดสินใจใช้เพิร์พจึงไม่ใช่แค่การป้องกันโรค แต่คือการลงทุนในอนาคต และการดูแลตนเองอย่างแข็งขัน และความรักตัวเองจึงนำไปสู่การรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งการใช้เพิร์พเป็นวิธีปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการปกป้องศักดิ์ศรีและความสมบูรณ์ของ

ร่างกาย ดังนั้น การที่บุคคลตัดสินใจใช้เพิร์พและปฏิบัติเป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นการแสดงถึงภาพสะท้อนที่ทรงพลังของการรักตัวเองและเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกต่อตนเอง เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสำเร็จ หากบุคคลมีการรักตัวเองที่เข้มแข็งจะเกิดความเชื่อมั่นถึงคุณค่าชีวิตของตนเองที่ควรจะได้รับ การปกป้อง ควรที่จะมีสุขภาพที่ดีและใช้ชีวิตที่มีความสุข ความเชื่อเหล่านี้จะผลักดันให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคภายนอกและรับมือกับอุปสรรคภายในการดูแลสุขภาพทางเพศของตน

“จริงๆ แล้วสิ่งที่ผมทำด้วยตัวเองคือผมอยากตรวจ HIV ผมเลยค้นหาข้อมูลด้วยตัวเอง ผมตัดสินใจกิน PrEP ด้วยตัวเอง ไม่มีใครรู้อะไรเรื่องนี้ ผมคิดว่าทุกอย่างมาจากความรักตัวเอง” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)

กลุ่มปัจจัยภายนอก (ระบบ/สังคม)

1) รัฐให้ฟรี ลดภาระค่าใช้จ่าย

การจัดหายาเพิร์พฟรีจากนโยบายทางภาครัฐที่รวมถึงค่ายาค่าตรวจกับแพทย์และค่าตรวจเอชไอวีและซิฟิลิสที่จำเป็น เป็นแรงจูงใจที่ทรงพลัง ทำให้ผู้สนใจเข้าร่วมเริ่มเพิร์พและตัดสินใจใช้เพิร์พอย่างต่อเนื่อง

“ผมได้รับการบริการฟรีครับ แต่เพื่อนผมซึ่งเป็นหมอนวดเหมือนกัน ตอนนี้เขาไม่สามารถรับได้ฟรีแล้วครับ เพราะเขาเป็นคนลาว เขาเพิ่งหมดสิทธิเมื่อมีการเปลี่ยนนโยบาย ผมคิดว่ามันดีสำหรับคนไทย แต่สำหรับคนต่างชาติที่มีรายได้น้อยด้วย พวกเขาไม่สะดวกที่จะซื้อ HIV และแพร่เชื้อได้ พวกเขาไม่ซื้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย” (A2, อายุ 41 ปี, ผู้ใช้ PrEP 6 เดือน)

2) เพื่อนฝูงให้กำลังใจ ชุมชนพร้อมสนับสนุน

การสนับสนุนจากแฟน คู่นอน เพื่อนและเครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเริ่มต้นและการยึดมั่นในการใช้ PrEP อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยเพื่อนมักจะแนะนำการใช้ PrEP และช่วยแนะนำการเข้าถึงบริการคลินิก และบางครั้งก็ให้การแจ้งเตือนอย่างต่อเนื่องและแบ่งปันประสบการณ์ส่วนตัว

“ผมคิดว่าเพื่อนที่พาผมไปคลินิก PrEP เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผมกิน PrEP เป็นประจำ เพราะผมรู้เรื่องนี้จากเขา เพื่อนผมติดเชื้อ HIV และเขาเตือนผมให้ระมัดระวังและป้องกันตัวเองเพื่อที่ผมจะได้ไม่ทำผิดพลาดเหมือนเขา” (A4, อายุ 31 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี)

3) บริการที่เป็นมิตร สนับสนุนและยืดหยุ่น

การรักษาคุณภาพบริการและความเป็นมืออาชีพระดับสูงของบุคลากร นั้นแสดงออกจากการมีทัศนคติที่ดีให้การสนับสนุน ไม่ตัดสินและเข้าใจกลุ่มผู้ใช้เพิร์พที่มีความเฉพาะ การที่บุคลากรทางการแพทย์นั้นทำให้ผู้ใช้เพิร์พรู้สึกไว้วางใจ สบายใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาทางเพศผลข้างเคียง หรือข้อกังวลเกี่ยวกับการใช้เพิร์พได้อย่างเปิดเผยจำเป็นต้องอาศัยความจริงใจและการรับฟังอย่างไม่ตัดสิน นอกจากนี้บริการที่ยืดหยุ่นยังเป็นตัวแปรสำคัญในหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งการบริการในแต่ละหน่วยมีความแตกต่างกัน การเพิ่มบริการในวันเสาร์-อาทิตย์ หรือขยายเวลาบริการถึง 20.00 น. รวมถึงการสามารถเลือกกระบวนการนัดหรือแจ้งขอเลื่อนนัดผ่านช่องทางไลน์ เหล่านี้ถือเป็นตัวช่วยเพิ่มการเข้าถึงผู้ใช้เพิร์พได้อย่างมาก นอกจากนี้ยังรวมถึงกระบวนการและขั้นตอนและระบบการมารับบริการยังช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงเพิร์พ

“สำหรับคลินิกนี้ เจ้าหน้าที่แจ้งว่าถ้าไม่สะดวกมาตามนัด สามารถแจ้งได้ทาง Line ของคลินิก หรือถ้าต้องการนัดหมายก็แจ้งได้ ซึ่งบางทีผมก็เคยเลื่อนนัด เจ้าหน้าที่ที่นี้น่ารักให้คำแนะนำดี และช่วยจัดการทุกอย่างสะดวกและง่ายสำหรับผู้มารับบริการ” (A7, อายุ 21 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

4) การเข้าถึงบริการเพิร์พ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ

ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่รายงานว่าไม่เคยถูกเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงบริการเพิร์พ พวกเขา รู้สึกเป็นมิตรต่อบริการเพิร์พ และบริการสุขภาพทางเพศ ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการส่งเสริมบริการที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง เข้าถึงง่ายและปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

“เราพูดเปิดเผยได้กับเจ้าหน้าที่ แรก ๆ ก็ไม่กล้าพูด แต่เค้าก็แสดงท่าที่เป็นกันเองคอยรับฟังเรา แล้วเจ้าหน้าที่ก็บอกกับเราว่าไว้ใจเขาได้ เขาปกป้องความลับของผู้รับบริการทุกคน เราก็รู้สึกโอเคมากเลยเพราะว่ามันค่อนข้างที่จะปลอดภัยเรา คืออย่างผมก็กังวลในเรื่องความเสี่ยงที่มี เค้าก็จะเอาตรงเนี่ยขึ้นมาคุยว่าเพราะอะไรแล้วเค้าก็จะให้คำแนะนำให้ดี เป็นประมาณว่าอย่างของผมนี่ค่อนข้างที่จะเที่ยวบ่อย ก็แนะนำให้ระวังงายมันสามารถป้องกันได้นะ แล้วก็อยากให้ใช้มากกว่า ก็เป็นเหมือนเพื่อนสนทนากันก็ถือเป็นความสบายใจมากกว่า” (A10 21 ปี ใช้เพิร์พมาแล้ว 6 เดือน)

5) สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลเข้าถึงง่าย

ผู้เข้าร่วมสังเกตว่าการมองเห็นข้อมูลเพิร์พที่เพิ่มขึ้นผ่านการค้นหาออนไลน์ (Google, Facebook, เว็บไซต์) และโฆษณาในที่สาธารณะ (ป้ายบิลบอร์ดริมถนน, ป้าย BTS) ทำให้ข้อมูลเข้าถึงได้กว้างขึ้นและง่ายขึ้น เพิ่มความตระหนักและกระตุ้นการมีส่วนร่วม

“ผมค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตตลอดเวลา ผมได้รับความรู้และความมั่นใจมากขึ้น บางทีผมก็เห็นมันโผล่ขึ้นมาเหมือนโฆษณา มีหลายที่ที่คุณสามารถรับ PrEP ได้ ขึ้นอยู่กับความสะดวกของแต่ละคนว่าจะไปรับที่ไหน” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)

6) เชื่อมมั่นในเพร็พ มั่นใจคำแนะนำที่มสุขภาพ

ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของเพร็พและความมั่นใจในคำแนะนำจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก เช่น แพทย์ที่ไว้ใจได้หรือบุคลากรคลินิกมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจเริ่มและยึดมั่นในการใช้เพร็พของผู้เข้าร่วม

“ตอนแรกผมไม่คิดว่าต้องกิน PrEP เพราะผมแค่จะไปตรวจ HIV เท่านั้นเอง จากนั้นหมอก็ประเมินความเสี่ยงของผมและแนะนำให้ผมกิน PrEP แล้วผมก็ตัดสินใจกินครับ” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)

“ผมไปคลินิกเพื่อตรวจ HIV และเจ้าหน้าที่ก็ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของผมและแนะนำว่าเนื่องจากผมเป็นหมอนวด บางครั้งมีอะไรกับลูกค้า ผมอาจไม่ได้รับการป้องกัน พวกเขาแนะนำให้ผมกิน PrEP ทุกวัน ก่อนหน้านี้ผมใช้แบบอนตีมานด์ แต่ผมไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์ล่วงหน้าได้ ผมจึงตัดสินใจกิน PrEP ทุกวัน” (A2, อายุ 41 ปี, ผู้ใช้ PrEP 6 เดือน)

2.3 การจำแนกคุณลักษณะและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพร็พ

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพร็พดี (Good Adherence)

กลุ่มนี้มีลักษณะเด่น คือการเปลี่ยนความตั้งใจให้เป็นกิจวัตรประจำวันและขับเคลื่นด้วยแรงจูงใจภายใน

การจัดการตนเองและการสร้างกิจวัตร เป็นการใช้กลยุทธ์การกำกับตนเอง (Self-Regulation) โดยการสร้างความตั้งใจในการนำไปปฏิบัติ (Implementation Intentions) ด้วยการเชื่อมโยงพฤติกรรมมารับประทานเพร็พเข้ากับกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นเป็นปกติเพื่อลดภาระทางความคิดและป้องกันความลืม

“ผมใช้การตั้งนาฬิกาปลุกในมือถือครับ และจะกินยาพร้อมกับวิตามินที่กินอยู่เป็นประจำตอนก่อนนอน ทำให้ผมไม่เคยลืมกินยาเลยแม้แต่วันเดียว” (A2, อายุ 41 ปี, ผู้ใช้ PrEP 6 เดือน)

การรับรู้คุณค่าและการรักตัวเอง สะท้อนถึงแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ที่ขับเคลื่อนด้วยความตระหนักในคุณค่าของสุขภาพของตนเอง การแสวงหาข้อมูลและตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy) แสดงถึงความมุ่งมั่นที่ไม่ได้เกิดจากแรงกดดันภายนอก แต่เกิดจากความต้องการปกป้องตนเองอย่างแท้จริง

“จริงๆ แล้วสิ่งที่ผมทำด้วยตัวเองคือผมอยากตรวจ HIV ผมเลยค้นหาข้อมูลด้วยตัวเอง ผมตัดสินใจกิน PrEP ด้วยตัวเอง... ผมคิดว่าทุกอย่างมาจากความรักตัวเอง” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)

การใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ช่วยจำ เป็นการแสดงถึงทักษะเชิงพฤติกรรม (Behavior Skills) ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด โดยการเตรียมความพร้อมเชิงรุกเพื่อจัดอุปสรรคด้านสถานที่และเวลา ทำให้การรับประทานเพริฟเป็นไปอย่างต่อเนื่องแม้ในสถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือวิถีชีวิตปกติ

“ผมมีตลับยาเล็กๆ พกติดตัวไว้ในกระเป๋าทำงานเสมอ เผื่อวันไหนไม่ได้กลับบ้านหรือมีธุระด่วน ผมก็ยังมียากินได้ตามเวลาที่ตั้งปลุกไว้” (A3, อายุ 31 ปี, ผู้ใช้ PrEP 3 ปี)

2. กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี (Poor Adherence)

กลุ่มนี้มักพ่ายแพ้ต่ออุปสรรคเชิงสถานการณ์และความกังวลส่วนบุคคล

อุปสรรคจากสภาพแวดล้อม กิจกรรมทางสังคมและการตีตรา สะท้อนถึงอิทธิพลของบริบททางสังคมและไลฟ์สไตล์ที่ส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานเพริฟ โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ที่บั่นทอนทักษะการกำกับตนเอง รวมถึงความกังวลต่อการถูกเปิดเผยสถานะ เมื่อต้องรับประทานเพริฟต่อหน้าผู้อื่น

“บางทีไปปาร์ตี้กับเพื่อนแล้วดื่มหนักครับ พอกลับถึงห้องก็หลับไปเลย สឹมกินยาไปเลยสองสามวัน หรือบางทีก็ไม่ได้พกยาไปเพราะกลัวเพื่อนเห็นแล้วจะถามเยอะ” (A8, อายุ 20 ปี, ผู้ใช้ PrEP 8 เดือน)

ความกังวลต่อผลข้างเคียง เป็นอุปสรรคด้านทัศนคติเชิงลบ และความเชื่อมั่นที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพตนเอง โดยผู้ใช้น่าจะมีความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวต่อร่างกาย (เช่น ค่าไต) ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจหยุดยาด้วยตนเองโดยขาดคำแนะนำทางการแพทย์

"ผมกลัวว่ากินไปนานๆ แล้วไตจะมีปัญหาครับ พอช่วงไหนที่ไม่ได้มีนัดหรือรู้สึกว่าจะไม่ได้เสี่ยงมาก ผมก็เลือกที่จะหยุดกินไปเองก่อนเพื่อพักร่างกาย" (A12, อายุ 38 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

การประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง สะท้อนถึงการขาดข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำงานของเพิร์พ โดยผู้ใช้เพิร์พมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าความสม่ำเสมอในการใช้เพิร์พสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความถี่ของกิจกรรมทางเพศ ซึ่งส่งผลให้ระดับยาในกระแสเลือดไม่เพียงพอต่อการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

"ถ้าสัปดาห์ไหนผมไม่มีเซ็กซ์ ผมก็ไม่กินครับ ผมคิดว่าไม่จำเป็นต้องกินทุกวัน ถ้าเราป้องกันวิธีอื่นหรือไม่ได้ไปเจอใคร" (A10, อายุ 20 ปี, ผู้ใช้ PrEP 6 เดือน)

2.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Cross-Case Analysis)

จากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 12 ท่าน ผู้วิจัยได้จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ความร่วมมือในการใช้เพิร์พ (รับประทานเพิร์พ มากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน และมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ) ออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างดังนี้

1. การเปรียบเทียบลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงและจุดเปลี่ยน

กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์พดี (Good Adherence) (A1, A2, A3, A4, A5, A6) มักมีประสบการณ์จุดเปลี่ยนที่รุนแรง เช่น เคยติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ซิฟิลิส) หรือมีประสบการณ์ความเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ (เช่น ถุงยางแตกบ่อย) ประสบการณ์เหล่านี้ถูกเปลี่ยนเป็นการรับรู้ภัยคุกคาม (Perceived Threat) ที่สูง ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด

กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์พไม่ดี (Poor Adherence) (A7, A8, A9, A10, A11, A12) แม้จะเคยผ่านประสบการณ์เสี่ยงรุนแรง เช่น การถูกบังคับมีเพศสัมพันธ์หมู่ แต่กลุ่มนี้มักมีการประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริงในเวลาต่อมา (Optimistic Bias) เช่น เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ไม่บ่อย ไม่จำเป็นต้องรับประทานเพิร์พทุกวัน หรือปล่อยให้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และสารเสพติดเข้ามาขัดขวางวินัยในการดูแลตนเอง

2. การเปลี่ยนผ่านจากแรงจูงใจสู่การปฏิบัติ

กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟดี แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) เข้ากับทักษะการจัดการตนเอง (Self-Regulatory Skills) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มนี้ไม่ได้พึ่งพาเพียงความตั้งใจเท่านั้น แต่มีการสร้างระบบที่ช่วยให้การรับประทานเพิร์ฟกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตโดยอัตโนมัติ (Automated Behavior)

กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟไม่ดี แม้จะมีแรงจูงใจเบื้องต้นในการเริ่มใช้เพิร์ฟ แต่ยังไม่สามารถพัฒนาทักษะการจัดการกับอุปสรรคเชิงสถานการณ์ (Situational Barriers) ได้ เมื่อเผชิญกับปัจจัยแทรกซ้อน เช่น กิจกรรมทางสังคมหรือการดื่มแอลกอฮอล์ จึงส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟหยุดชะงักลง

3. กระบวนการคิดและการประเมินความเสี่ยง

กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟดี มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และมีการให้ความสำคัญกับการป้องกันเชิงรุก โดยมองว่าความสม่ำเสมอคือการแสดงออกถึงความรักและการเคารพในคุณค่าของตนเอง

กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟไม่ดี มักมีการประเมินความเสี่ยงที่คลาดเคลื่อน และมีความกังวลต่อผลกระทบระยะยาว (Perceived Threats) ที่ไม่ได้รับการชี้แจงอย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้เพิร์ฟแบบตามอำเภอใจ (Self-Adjustment) ซึ่งลดทอนประสิทธิภาพในการป้องกันโรค

4. การจัดการกับปัจจัยแวดล้อมและการตีตรา

กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟดี มีทักษะเชิงพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อม (Strategic Planning) เช่น การพกตลับยาสำรอง ซึ่งช่วยลดทอนอุปสรรคด้านสถานที่และเวลาได้อย่างเบ็ดเสร็จ

กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟไม่ดี ยังคงอ่อนไหวต่อการตีตราทางสังคม (Social Stigma) ความกังวลว่าจะถูกผู้อื่นพบเห็นการใช้เพิร์ฟกลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้หลีกเลี่ยงการพกพาหรือรับประทานเพิร์ฟเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้อื่น สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อกลุ่มที่มีทักษะการกำกับตนเองในระดับต่ำ

5. คุณค่าและแรงจูงใจภายใน

แรงขับเคลื่อนจากการรักตัวเอง (Self-Love) กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟดี จะให้ความสำคัญของการรับประทานเพิร์ฟว่าเป็น ของขวัญและการลงทุนเพื่ออนาคต มองว่าสุขภาพเป็นสิ่งมีค่าสูงสุด (Highest Value) ในขณะที่กลุ่มที่มีความร่วมมือไม่ดี มักมองเพิร์ฟเป็นเพียงเครื่องมือแก้ปัญหาเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ความเสี่ยงมากกว่าการป้องกันเชิงรุก

ตาราง 7 วิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง (Cross-case Analysis Matrix)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพร็พดี (Good Adherence) (n=6)	กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพร็พไม่ดี (Poor Adherence) (n=6)	ข้อสรุปเชิงเปรียบเทียบ (Cross-case Insight)
อายุ (เฉลี่ย)	32.8 ปี	25.1 ปี	กลุ่ม Good Adherence: ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุ 30-40 ปีขึ้นไป) และใช้ยาต่อเนื่องมานาน (1-3 ปี) เป็นวัยที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับวุฒิภาวะในการมองความเสี่ยงระยะยาวมากกว่าความสุขชั่วขณะ กลุ่ม Poor Adherence: มักเป็นกลุ่มวัยรุ่นหรือวัยทำงานตอนต้น (อายุ 20-25 ปี) และเพิ่งเริ่มใช้ยาไม่นาน (< 1 ปี) มักอ่อนไหวต่อปัจจัยสังคมและไลฟ์สไตล์ที่ผันผวน
ระยะเวลาใช้เพร็พ (เฉลี่ย)	14 เดือน	8.5 เดือน	
ความหมาย	การใช้เพร็พ คือการรักตัวเอง ความภูมิใจที่สำเร็จ และการเป็นต้นแบบให้ผู้อื่น	มองเป็นว่าภาระหรือสิ่งที่คอยตอกย้ำความกังวลเรื่องผลข้างเคียงระยะยาว	ความต่าง: กลุ่มดีให้ความหมายเชิงบวก ในขณะที่กลุ่มไม่ดีมองผ่านเลนส์ของความกังวลและอุปสรรค
องค์ประกอบพฤติกรรม	รับประทานเพร็พ \geq 4 เม็ด/สัปดาห์ บูรณาการเข้ากับกิจวัตรประจำวัน และตรวจติดตามขนาดทุกครั้ง	รับประทานยา < 4 เม็ด/สัปดาห์ มักเลื่อนนัด หรือหยุดยาเมื่อเห็นว่ามีเพร็พเหลือสะสม	ความเหมือน: ทั้งสองกลุ่มนัดพบคุณผ่านออนไลน์ และมีพฤติกรรมไม่สวมถุงยางในบางครั้ง
จุดเปลี่ยน	เปลี่ยนวิธีคิดจากการกินยาเพราะความกลัว เป็นการกินเพร็พเพราะรักตนเอง รับผิดชอบต่อตนเอง	มองเพร็พเป็นเพียง อุปสรรคป้องกันชั่วคราวที่ใช้เมื่อมีความเสี่ยง ความร่วมมือจึงผันแปรตามความถี่ของกิจกรรมทางเพศและการประเมินความเสี่ยงที่คลาดเคลื่อน	ความเหมือน: ทุกกรณีเผชิญกับ การตีตราว่าสำส่อนหรือติดเชื่อจากการเข้าคลินิกเฉพาะทาง ความต่าง: กลุ่มที่มีความร่วมมือไม่ดี มักมองว่าเพร็พเป็นสิ่งที่ต้องปกปิด เป็นเรื่องน่าอาย
การจัดการกิจวัตร	ใช้การยึดโยงกับนิสัยเดิม รับประทานเพร็พพร้อมยาประจำตัวอื่น หรือเชื่อมกับกิจกรรมที่ต้องทำทุกวัน	ขาดการวางแผน เมื่ออยู่นอกสถานที่ หรือมีกิจกรรมไม่คาดคิด (เช่น ปาร์ตี้) มักไม่ได้พกยาติดตัว	ความสำเร็จขึ้นอยู่กับการผนวกพฤติกรรมใหม่เข้ากับโครงสร้างกิจวัตรเดิม
เครื่องมือช่วยจำ	ใช้เทคโนโลยีช่วย ตั้งนาฬิกาปลุก และใช้การแจ้งเตือนจากโทรศัพท์อย่างเคร่งครัด	พึ่งพาความจำตนเอง: มักลืมเมื่อมีปัจจัยแทรกซ้อน เช่น ความเมื่อยล้าหรือความวุ่นวายในงาน	กลุ่มที่ความร่วมมือดีใช้การลดภาระทางสมองผ่านเครื่องมือทางกายภาพ
การพกพาและพื้นที่ส่วนตัว	พกยาติดตัวตลอดเวลาในกระเป๋า เพื่อให้พร้อมกินได้ทุกสถานที่	ไม่กล้าพกยาเพราะกลัวคนรอบข้าง (ครอบครัว/เพื่อน) สงสัยและตีตราว่าติดเชื่อ	อุปสรรคทางสังคม (ความกลัว) บั่นทอนความสามารถทางกายภาพในการเตรียมพร้อม
การจัดการการตีตรา	สร้างขอบเขตส่วนตัว: ยอมรับการกินยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและจัดการเก็บยาในที่ที่ตนเองเข้าถึงง่ายแต่ปลอดภัย	กลัวการถูกตัดสิน: ความกังวลว่าคนรอบข้างจะมองว่าติดเชื่อ หรือ สำส่อนส่งผลให้ไม่กล้าพกเพร็พหรือรับประทานเพร็พต่อหน้าผู้อื่น	กลุ่มที่ความร่วมมือดี: ชัดลักษณะและการยอมรับตนเอง การก้าวข้ามการตีตราเป็นปัจจัยหลักในการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางกายภาพสำหรับการใช้เพร็พ

ตาราง (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพร็พดี (Good Adherence) (n=6)	กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพร็พไม่ดี (Poor Adherence) (n=6)	ข้อสรุปเชิงเปรียบเทียบ (Cross-case Insight)
ทัศนคติต่อผลข้างเคียง	ยอมรับและอดทนกับผลข้างเคียง (มีหน่วง/คลื่นไส้) มีได้ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก แต่มองว่าเป็นอุปสรรคชั่วคราวที่คุ้มค่าเมื่อแลกกับความปลอดภัย	วิตกกังวลสูง กังวลผลกระทบบระยะยาวต่อไตหรือกระดูก จนกลายเป็นเหตุผลในการหยุดยา	การเห็นคุณค่าของผลในขนาด ช่วยเพิ่มความทนทานต่อสภาวะร่างกาย
การเข้าถึงบริการ	ยืดหยุ่นในการนัดหมาย และใช้ช่องทางออนไลน์ (Line) ติดต่อคลินิกเพื่อเลื่อนนัดแทนการขาดนัด	เลื่อนนัดหรือขาดนัดเมื่อมีภาระค่าใช้จ่ายเสริมที่รัฐไม่ครอบคลุม เช่น ค่าตรวจเลือดเพิ่มเติม	ความสามารถในการสื่อสารและสถานะทางเศรษฐกิจส่งผลต่อโอกาสในการได้รับความต่อเนื่องของบริการ

ผลการวิเคราะห์ระดับกลุ่ม (Cross-case) ชี้ให้เห็นว่า ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีที่สุดไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการบูรณาการเพร็พเข้าเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์และกิจวัตรประจำวัน โดยกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพร็พดีสามารถเปลี่ยนความกลัวให้เป็นวินัย และเปลี่ยนเพร็พให้เป็นไลฟ์สไตล์ เมื่อทำสำเร็จจะเกิดความรู้สึกภูมิใจและภูมิใจในตนเอง ซึ่งกลายเป็นแรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) ให้รักษาวินัยต่อไปได้ ยิ่งยืงกว่า ในขณะที่กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพร็พไม่ดียังติดต่อกอยู่กับอุปสรรคเชิงโครงสร้าง (การเงิน/การเข้าถึง) และอคติทางสังคม (การตีตรา) ที่ตนเองยังไม่สามารถสร้างกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพพอได้

ความเหมือน: ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 รายมีประสบการณ์พฤติกรรมเสี่ยงที่สอดคล้องกัน คือการนัดพบคุณอนผ่านแอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ และมีความรู้สึกเชิงลบต่อการใช้ถุงยางอนามัยเนื่องจากลดความเป็นธรรมชาติและความเชื่อใจในความสัมพันธ์ นอกจากนี้ทุกรายยังเผชิญกับเงื่อนไขอุปสรรคด้านการถูกตีตราจากสังคมที่ส่งผลต่อความกังวลในการเข้าถึงบริการ

ความแตกต่าง: ด้านแรงจูงใจ กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพร็พที่ดีใช้การรักตัวเองเป็นแรงขับเคลื่อนหลัก (Self-love) ในขณะที่กลุ่มความร่วมมือในการใช้เพร็พที่ไม่ดี มักเกิดจากการรับรู้ความเสี่ยงที่ผิดพลาด หรือประเมินว่าตนเองไม่เสี่ยงในช่วงเวลานั้นจึงละเลยการรับประทานเพร็พ

ด้านทักษะการจัดการ กลุ่มความร่วมมือในการใช้เพร็พที่ดีมีทักษะการวางแผนเชิงกายภาพที่เด่นชัด เช่น การเตรียมยาพกติดตัวและการใช้เทคโนโลยีช่วยจำ ส่วนกลุ่มความร่วมมือ

ในการใช้เพิร์พทีที่ไม่ดีมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านความรู้และสถานะทางการเงินที่ส่งผลต่อความต่อเนื่อง

จากงานวิจัยในระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ข้อค้นพบแสดงให้เห็นถึงกระบวนการเกิดประสบการณ์และแรงจูงใจ โดยผู้ที่แสดงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พทีดีและไม่ดี ซึ่งมักมีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน และต้องผ่านกระบวนการรับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเอง และผ่านกระบวนการตัดสินใจเข้าสู่การรับเพิร์พ ซึ่งจะได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยสนับสนุนที่หลากหลายและบูรณาการเพื่อเอาชนะปัจจัยอุปสรรคต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล จนนำไปสู่ผลลัพธ์ คือคุณลักษณะของพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พทีดี และคุณค่าที่ได้รับจากการทำสำเร็จ ซึ่งทั้งหมดนี้กระบวนการเกิดพฤติกรรมร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่ดี ดังที่สรุปไว้ภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 กระบวนการเกิดประสบการณ์ คุณลักษณะ คุณค่าและมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่ดี

ประเด็นที่ 3 การเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 สู่ออกแบบการวิจัยระยะที่ 2

ผลการวิเคราะห์การวิจัยระยะที่ 1 ปรากฏข้อค้นพบที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยใน ระยะแรก ทำให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ลักษณะ และเหตุจูงใจของความ ร่วมมือในการใช้เฝือกของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยข้อค้นพบด้านลักษณะ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้เฝือกที่พบในเชิงคุณภาพ ถูกนำมาใช้ในการกำหนด นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการและเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบ ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ เอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สำหรับบริบทพฤติกรรมเสี่ยงและมูลเหตุจูงใจของความ ร่วมมือ พบว่า ครอบคลุมทั้งสาเหตุภายในตัวบุคคล และบริบทสังคมวัฒนธรรม โดยสามารถ จำแนกรายด้านตามแนวคิด COM-B Model (Capability, Opportunity, Motivation) ซึ่งถูก นำมาใช้โดยตรงในการกำหนดตัวแปรเชิงเหตุในการวิจัยระยะที่ 2 อีกทั้งช่วยกำหนดนิยามเชิง ปฏิบัติการร่วมกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม รายละเอียดดัง ตาราง 8 โดยในคอลัมน์สุดท้ายแสดงความสอดคล้องของข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 กับ นิยามตัวแปรสังเกตในการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งใช้การลงสีในตารางแทนความหมาย ดังนี้

สีขาว แสดงนิยามองค์ประกอบตัวแปรที่พัฒนาจากข้อค้นพบเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะ ที่ 1

สีเทาเข้ม แสดงนิยามองค์ประกอบตัวแปรที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับข้อ ค้นพบเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะที่ 1

ตาราง 8 การเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 สู่ออกแบบการวิจัยระยะที่ 2

ข้อค้นพบในระย ที่ 1	ความหมายของประเด็น ที่พบในระยที่ 1	นิยามของ องค์ประกอบที่พบจาก การทบทวน วรรณกรรม	นิยามขององค์ประกอบตัวแปร ในระยที่ 2
<p>ความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: ศักยภาพทางร่างกายที่ทนทานต่อการรับประทานเพรีฟ และ ศักยภาพของระบบประสาทสั่งการของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาเพรีฟได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดย มุ่งเน้นการใช้ทักษะเชิงปฏิบัติการทางกายเพื่อจัดการยาและเครื่องมือสนับสนุนต่าง ๆ ในการชดเชยข้อจำกัดด้านการจดจำของสมอง</p>			
พยายาใส่ดิลล์เล็ก ๆ ติดกระเป๋ไปได้ตลอด	การที่ชายที่มีความสัมพันธ์กับชายพกเพรีฟ ใส่ดิลล์เล็ก ๆ ติดตัว เป็นการให้ทักษะทาง กายในการจัดเตรียมยาใส่ดิลล์ เป็นการส่ง ต่อหน้าทีจากสมอง (ที่อาจลืมน) ไปยังวัตถุ ทางกายภาพที่อยู่ติดตัวและการสัมผัสดิลล์ ยาในกระเป๋ากางเกงหรือกระเป๋าสะพาย จะ ทำหน้าที่เป็นสัญญาณทางกายภาพที่กระตุ้น ให้เกิดพฤติกรรมกินยาโดยอัตโนมัติ โดย ไม่ต้องอาศัยความพยายามในการจดจำวันที่ หรือเวลาอย่างหนักหน่วง	การทำงานของร่างกาย เช่น การมีพลังกำลัง ความแข็งแรง หรือ ความคล่องแคล่วที่ จำเป็นต่อการแสดง พฤติกรรม	ความสามารถทางกายภาพต่อความ ร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง ศักยภาพทางร่างกายที่ ทนทานต่อการรับประทานเพรีฟ และศักยภาพของระบบประสาทสั่ง การของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้เพรีฟ ได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดย มุ่งเน้นการใช้ทักษะเชิงปฏิบัติการ ทางกายเพื่อจัดการยาและเครื่องมือ สนับสนุนต่าง ๆ ในการชดเชย ข้อจำกัดด้านการจดจำของสมอง
<p>ความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: ศักยภาพทางร่างกายที่ทนทานต่อการรับประทานเพรีฟ และ ศักยภาพของระบบประสาทสั่งการของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาเพรีฟได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดย มุ่งเน้นการใช้ทักษะเชิงปฏิบัติการทางกายเพื่อจัดการยาและเครื่องมือสนับสนุนต่าง ๆ ในการชดเชยข้อจำกัดด้านการจดจำของสมอง</p>			
ตั้งนาฬิกาปลุกใน มือถือซ้อนกันหลาย รอบเพราะชอบลืมน	การที่ชายที่มีความสัมพันธ์กับชายที่ตั้ง นาฬิกาปลุก เนื่องจากสมองอาจลืมน แต่ ร่างกายสามารถถูกฝึกให้ตอบสนองต่อเสียง ปลุกได้ เป็นการยอมรับขีดจำกัดของสมองใน ขณะนั้น (เช่น เพิ่งตื่นหรือกำลังยุ่ง) และใช้ เสียงเป็นตัวกระตุ้นช่วยพยุงให้ร่างกายยังอยู่ ในเส้นทางของพฤติกรรมเป้าหมาย (การกิน ยา) จนกว่าภารกิจจะสำเร็จ	การทำงานของร่างกาย เช่น การมีพลังกำลัง ความแข็งแรง หรือ ความคล่องแคล่วที่ จำเป็นต่อการแสดง พฤติกรรม	

ตาราง (ต่อ)

ข้อค้นพบใน ระยะที่ 1	ความหมายของประเด็น ที่พบในระยะที่ 1	นิยามขององค์ประกอบที่พบ จากการทบทวนวรรณกรรม	นิยามขององค์ประกอบที่แปร ในระยะที่ 2
<p>ความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: ศักยภาพทางจิตใจและกระบวนการทางความคิดที่ส่งผลต่อการใช้ยาเพิร์พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งความสามารถมีทั้งด้านบวก ที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้เพิร์พ และด้านลบที่เป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการใช้ยาเพิร์พอย่างสม่ำเสมอ</p>			
องค์ความรู้ยังคงแคบ ตระหนักน้อยไป	การตระหนักรู้เกี่ยวกับเพิร์พ หมายถึง ระดับความเข้าใจและความรู้ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเกี่ยวกับยาเพิร์พ นั้นรวมถึงความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับยาเพิร์พ เช่น กลไกการทำงาน ในการป้องกันเอชไอวี, ประสิทธิภาพ, วิธีการรับประทานที่ถูกต้อง, ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น, ความแตกต่างระหว่างเพิร์พและเพ็พ, และ ความสำคัญของการใช้เพิร์พอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์	ความรู้ ทักษะทางความคิด และกระบวนการทางปัญญา ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติพฤติกรรม	ความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง ศักยภาพทางจิตใจและกระบวนการทางความคิดที่ส่งผลต่อการใช้ยาเพิร์พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งความสามารถมีทั้งด้านบวก ที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้เพิร์พ และด้านลบที่เป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการใช้ยาเพิร์พ อย่างสม่ำเสมอ
<p>โอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนจากบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงการสื่อสารและบริการที่เอื้ออำนวย ซึ่งส่งผลในเชิงบวกและลบต่อการใช้ยาเพิร์พในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</p>			
บริการที่เป็นมิตร สนับสนุน และ ยืดหยุ่น	บริการเพิร์พมืออาชีพ เป็นมิตร เข้าถึงง่าย หมายถึง บุคลากรที่ให้บริการเพิร์พมีทัศนคติที่เป็นมิตร เข้าใจความต้องการและบริบทของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะ มีความเป็นมืออาชีพในการให้ข้อมูลและบริการ และมีความยืดหยุ่นในการนัดหมายหรือการให้บริการ ซึ่งการได้รับบริการที่ดีและใส่ใจจะช่วยสร้างความรู้สึกไว้วางใจ ความสะดวกสบาย และส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงและใช้บริการเพิร์พอย่างต่อเนื่อง	ไม่พบประเด็นบริการที่เป็นมิตรสนับสนุน และยืดหยุ่นจากการทบทวนวรรณกรรม	โอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนจากบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงการสื่อสารและบริการที่เอื้ออำนวย ซึ่งส่งผลในเชิงบวกและลบต่อการใช้ยาเพิร์พในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ตาราง (ต่อ)

ชื่อค้นพบในระยะ ที่ 1	ความหมายของประเด็น ที่พบในระยะที่ 1	นิยามขององค์ประกอบที่ พบจากการทบทวน วรรณกรรม	นิยามขององค์ประกอบตัวแปร ในระยะที่ 2
			<p>โอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนจากบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงการสื่อสารและบริการที่เอื้ออำนวย ซึ่งส่งผลในเชิงบวกและลบต่อการใช้ยาเพรีฟในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</p>
เพื่อนฝูงให้กำลังใจ ชุมชนพร้อม สนับสนุน	<p>การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด หมายถึง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของท่าน (เพื่อนสนิท คู่รัก พี่น้อง หรือสมาชิกในครอบครัว) ที่เข้าใจและใส่ใจในความเป็นอยู่ของท่าน ให้ความช่วยเหลือ การให้กำลังใจ ข้อมูล คำแนะนำ และการอยู่เคียงข้างมีความผูกพันทางอารมณ์และมีความสำคัญในชีวิตของท่านส่งผลต่อการตัดสินใจและการใช้ยาเพรีฟอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>ไม่พบประเด็นการสนับสนุนจากเครือข่ายจากการทบทวนวรรณกรรม</p>	<p>โอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนจากบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงการสื่อสารและบริการที่เอื้ออำนวย ซึ่งส่งผลในเชิงบวกและลบต่อการใช้ยาเพรีฟในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</p>
สื่อโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลเข้าถึงง่าย	<p>สื่อโฆษณาและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเพรีฟ หมายถึง ช่องทางและเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับยาเพรีฟในวงกว้าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้รับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจเข้ารับการใช้ยาเพรีฟเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สื่อเหล่านี้สามารถช่วยลดความเข้าใจผิด กระตุ้นให้เกิดความสนใจ ลดการตีตรา และเข้าถึงข้อมูลมากยิ่งขึ้น</p>	<p>ไม่พบประเด็นสื่อโฆษณาและประชาสัมพันธ์จากการทบทวนวรรณกรรม</p>	<p>โอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนจากบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงการสื่อสารและบริการที่เอื้ออำนวย ซึ่งส่งผลในเชิงบวกและลบต่อการใช้ยาเพรีฟในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</p>

ตาราง (ต่อ)

ข้อค้นพบในระยษ ที่ 1	ความหมายของประเด็น ที่พบในระยษที่ 1	นียมขององค์ประกอบที่ พบจากการทบทวน วรรณกรรม	นียมขององค์ประกอบตัวแปร ในระยษที่ 2
<p>แรงจูงใจกระตุ้นเชิงอัตโนมัติต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: กระบวนการทางจิตใจที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมการใช้ยาเพร็พ แรงจูงใจนี้ มักเกิดขึ้นจากความเคยชิน การตอบสนองทางอารมณ์ และแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม</p>			
<p>กังวลผลข้างเคียง ระยษยาวที่ปรากฏ</p>	<p>การวิตกกังวลผลข้างเคียงระยษยาวของเพร็พ หมายถึง ความรู้สึกกังวล กลัวหรือไม่สบายใจที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเมื่อนึกถึงผล กระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเพร็พเป็นระยษเวลานาน โดยเฉพาะผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญ เช่น ตับและไต ความหนาแน่นของกระดูก หรือผลข้างเคียงที่ยังไม่ถูกค้นพบ ความวิตกกังวลนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ</p>	<p>ไม่พบประเด็นกังวลผลข้างเคียง ระยษยาวที่ปรากฏจากการทบทวนวรรณกรรม</p>	<p>แรงจูงใจกระตุ้นเชิงอัตโนมัติต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง กระบวนการทางจิตใจที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมการใช้ยาเพร็พ แรงจูงใจนี้ มักเกิดขึ้นจากความเคยชิน การตอบสนองทางอารมณ์ และแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม</p>
<p>แอลกอฮอล์ ยาจิตเวช และสารเสพติดส่งผลต่อการใช้เพร็พ</p>	<p>การใช้แอลกอฮอล์และยาจิตเวช หมายถึง อิทธิพลของการบริโภคแอลกอฮอล์ ยาที่มีผลต่อจิตประสาท หรือสารเสพติดที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาเพร็พ ทั้งในแง่ของการลืมรับประทานยาเมื่ออยู่ในภาวะเมึนเมา ความกังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาระหว่างยา หรือการตัดสินใจไม่รับประทานยาเมื่อวางแผนจะดื่มหรือใช้สารเสพติด โดยการตัดสินใจเหล่านี้มักเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติจากความกลัวหรือความเชื่อที่มีอยู่เดิม</p>	<p>ไม่พบประเด็นแอลกอฮอล์ ยาจิตเวช และสารเสพติดส่งผลต่อการใช้เพร็พ จากการทบทวนวรรณกรรม</p>	

ตาราง (ต่อ)

ข้อค้นพบในระย ที่ 1	ความหมายของประเด็น ที่พบในระยที่ 1	นิยามขององค์ประกอบที่ พบจากการทบทวน วรรณกรรม	นิยามขององค์ประกอบตัวแปร ในระยที่ 2
<p>แรงจูงใจกระตุ้นเชิงอัตโนมัติต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี: กระบวนการทางจิตใจที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมการใช้ยา เพิร์พ แรงจูงใจนี้ มักเกิดขึ้นจากความเคยชิน การตอบสนองทางอารมณ์ และแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม</p>			
<p>เชื่อมั่นในเพิร์พ มั่นใจคำแนะนำที่ม สุขภาพ</p>	<p>การเชื่อในคำแนะนำบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง ความไว้วางใจและความเชื่อมั่น ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติต่อข้อมูลและ คำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล หรือ บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เกี่ยวกับการ ใช้ยาเพิร์พ โดยเฉพาะเมื่อบุคลากร เหล่านั้นแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจและ การไม่ตัดสินพฤติกรรมทางเพศของ ผู้ใช้บริการ ความไว้วางใจนี้จะส่งผลให้ เกิดความร่วมมือในการใช้ยาโดยไม่ต้อง ผ่านกระบวนการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง</p>	<p>ไม่พบประเด็นเชื่อมั่นในเพิร์พ มั่นใจคำแนะนำที่มสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม</p>	<p>แรงจูงใจกระตุ้นเชิงอัตโนมัติต่อความ ร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง กระบวนการทางจิตใจที่ ขับเคลื่อนพฤติกรรมการใช้ยาเพิร์พ แรงจูงใจนี้ มักเกิดขึ้นจากความเคยชิน การตอบสนองทางอารมณ์ และแรง กระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม</p>
<p>ความรู้สึกทางลบต่อ การใส่ถุงยาง</p>	<p>การมีความรู้สึกทางลบต่อการใส่ถุงยางต่อ การมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ปฏิกริยาทาง อารมณ์และความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ที่ เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเมื่อต้องใส่ถุงยาง อนามัย เช่น ความรู้สึกว่าถุงยางลด ความสุข ความใกล้ชิด หรือความรู้สึกอึด อัดไม่สบาย ความรู้สึกเหล่านี้สามารถ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการใช้ยาเพิร์พ เพื่อลดความจำเป็นในการใช้ถุงยางทุก ครั้ง</p>	<p>ไม่พบประเด็นความรู้สึกทาง ลบต่อการใส่ถุงยาง จากการ ทบทวนวรรณกรรม</p>	<p>แรงจูงใจกระตุ้นเชิงอัตโนมัติต่อความ ร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง กระบวนการทางจิตใจที่ ขับเคลื่อนพฤติกรรมการใช้ยาเพิร์พ แรงจูงใจนี้ มักเกิดขึ้นจากความเคยชิน การตอบสนองทางอารมณ์ และแรง กระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม</p>

ตาราง (ต่อ)

ข้อค้นพบในระยษ ที่ 1	ความหมายของประเด็น ที่พบในระยษที่ 1	นียมขององค์ประกอบที่ พบจากการทบทวน วรรณกรรม	นียมขององค์ประกอบตัวแปร ในระยษที่ 2
<p>แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี : กระบวนการทางความคิดที่เกิดจากการได้รตรงอย่างมีเหตุผล ซึ่งนำไปสู่ความตั้งใจและความมุ่งมั่นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามนัดตามแผนการรักษาที่กำหนดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์</p>			
<p>รับรู้ความเสี่ยงต่ำ ประเมินผิดพลาด</p>	<p>การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กระบวน การทางความคิดที่บุคคลวิเคราะห์และประเมินโอกาสที่ตนเองจะติดเชื้อเอชไอวี โดยพิจารณาจากพฤติกรรมทางเพศ ลักษณะของคู่นอน และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย จำนวนคู่นอน เพื่อตัดสินใจว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด ซึ่งการตระหนักถึงระดับความเสี่ยงของตนเองอย่างถูกต้องจะนำไปสู่การตัดสินใจในการใช้ยาเพรีพอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ</p>	<p>การประเมินหรือความเชื่อส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสความน่าจะเป็น หรือความเป็นไปได้ที่ตนเองจะติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันหรือในอนาคต</p>	<p>แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่เกิดจากการได้รตรงอย่างมีเหตุผล ซึ่งนำไปสู่ความตั้งใจและความมุ่งมั่นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามนัดตามแผนการรักษาที่กำหนดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์</p>
<p>การรับรู้ภาวะ คุกคามและความ รุนแรงของโรค</p>	<p>การรับรู้ภาวะคุกคามและความรุนแรงของโรค หมายถึง การที่บุคคลตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงประสบการณ์ส่วนตัวหรือบทเรียนจากการเจ็บป่วยในอดีตที่ทำให้เกิดความเข้าใจถึงความสำคัญ ของการป้องกัน ซึ่งการรับรู้นี้จะส่งผลต่อแรงจูงใจในการใช้ยาเพรีพอย่างสม่ำเสมอเพื่อหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์</p>	<p>การรับรู้ภาวะคุกคาม หมายถึง ผลรวมของการประเมินทางความคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่ตนเองจะประสบกับภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อส่วนตัวของบุคคลเกี่ยวกับความร้ายแรงของภาวะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจริงและผลกระทบที่ตามมา หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่มีการรักษาหรือการป้องกัน</p>	

ตาราง (ต่อ)

ข้อค้นพบในระยษะ ที่ 1	ความหมายของประเด็น ที่พบในระยษะที่ 1	นิยามขององค์ประกอบที่ พบจากการทบทวน วรรณกรรม	นิยามขององค์ประกอบตัวแปร ในระยษะที่ 2
แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี : กระบวนการทางความคิดที่เกิดจากการไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล ซึ่งนำไปสู่ความตั้งใจและความมุ่งมั่นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามนัดตามแผนการรักษาที่กำหนดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์			
รักตัวเอง เห็นคุณค่า ปรารถนาสุขภาพ	การรักตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง เห็นคุณค่าในตัวเอง และแสดงออกผ่านการกระทำที่เป็นการดูแลและปกป้องสุขภาพของตนเอง ในบริบทของการใช้ยาเพรีพ การรักตนเองสะท้อนให้เห็นผ่านความมุ่งมั่นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อสุขภาพทางเพศและคุณภาพชีวิตโดยรวมของตน	สภาวะที่เรามองเห็นคุณค่าภายในตัวเอง ซึ่งเกิดจากการกระทำที่สนับสนุนการเติบโตทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ	แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่เกิดจากการไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล ซึ่งนำไปสู่ความตั้งใจและความมุ่งมั่นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามนัดตามแผนการรักษาที่กำหนดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์
ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี : การกระทำอย่างกระตือรือร้นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ใช้เพรีพทุกวัน โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับแพทย์ กระทำด้วยความยินดีและเต็มใจในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามแพทย์นัด โดยคำนึงถึงความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี			
ความร่วมมือในการ ใช้ยาต้านไวรัส ป้องกันก่อนการ สัมผัสเชื้อเอชไอวี	การรับประทานยาเพรีพทุกวันตามเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัด หมายถึง การรับประทานยาเพรีพตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยรับประทานในเวลาเดิมหรือใกล้เคียงทุกวัน เพื่อรักษาระดับยาในเลือดให้คงที่และเพียงพอสำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ	การที่ผู้ป่วยและแพทย์ร่วมมือกันเพื่อปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วยโดยบูรณาการศาสตร์ทางการแพทย์ วิถีชีวิต ค่านิยม และความชอบของผู้ป่วยใน	ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หมายถึง การกระทำอย่างกระตือรือร้นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ใช้เพรีพทุกวัน โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับแพทย์ กระทำด้วยความยินดีและเต็มใจในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามแพทย์นัด โดยคำนึงถึงความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ตาราง (ต่อ)

ข้อค้นพบในระยะ ที่ 1	ความหมายของประเด็น ที่พบในระยะที่ 1	นิยามขององค์ประกอบที่ พบจากการทบทวน วรรณกรรม	นิยามขององค์ประกอบตัวแปร ในระยะที่ 2
	ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี: การกระทำอย่างกระตือรือร้นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ใช้เพร็ทุกวัน โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับแพทย์ กระทำด้วยความยินดีและเต็มใจในการรับประทานยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการไปตรวจตามแพทย์นัด โดยคำนึงถึงความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
ตรวจตามแพทย์นัด ติดตามอาการ	การมาตรวจติดตาม ตามแพทย์นัด หมายถึง การปฏิบัติตามแผนการติดตาม การรักษาอย่างครบถ้วน โดยเข้ารับการ ตรวจตามที่แพทย์นัดหมายอย่าง สม่ำเสมอ เพื่อประเมินประสิทธิผลของ การใช้ยาเพร็ รวมถึงยืนยันสถานะการไม่ ติดเชื้อเอชไอวี	ไม่พบประเด็นนี้จากการ ทบทวนวรรณกรรม	

ตอนที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบ ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุ

2.1 กระบวนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบ ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุ

จากผลการวิเคราะห์ในตอนที่ 1 สะท้อนมุมมองประสบการณ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในแง่ขององค์ประกอบของปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคโดยเชื่อมโยงกับแนวคิด COM-B จากการวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สามารถสรุปองค์ประกอบหลักของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีตามแนวคิด COM-B model แบ่งออก 7 มิติ ได้แก่ 1) ความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 2) ความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 3) โอกาสทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 4) โอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 5) แรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 6) แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 7) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยแสดงถึงความเชื่อมโยงของเครื่องมือวิจัยที่

พัฒนาขึ้นในระยาะที่ 2 จากการจัดกลุ่มข้อมูลจากรหัส (Code) สุ่มหมวดหมู่ (Category) และหัวข้อหลัก (Theme) ตามองค์ประกอบของ COM-B Model ไปจนถึงการสร้างข้อคำถาม ดังตาราง 9

ตาราง 9 วิเคราะห์ความเชื่อมโยงจากรหัสเชิงคุณภาพสู่ข้อคำถามเชิงปริมาณ

รหัส (Code)	หมวดหมู่ (Category)	หัวข้อหลัก (Theme)	องค์ประกอบ (Element)	ข้อคำถาม (Survey Items)
พกยาใส่ตลับเล็กๆ ติดกระเป๋าไว้ตลอด	ปัจจัยสนับสนุน: กลยุทธ์ส่วนบุคคลโดยการจัดการพื้นที่และวัตถุเพื่อสร้างความพร้อมตอบสนอง	ความสามารถทางกายภาพ (Physical Capability)	ความสามารถทางกายภาพ	ท่านเตรียมยาเพ็รฟล่งหน้าเมื่อรู้ว่าจะต้องเดินทางหรือต้องอยู่นอกบ้านหลายวัน
ตั้งนาฬิกาปลุกในมือถือช้อนกันหลายรอบเพราะชอบลืม	ปัจจัยสนับสนุน: การใช้เครื่องมือแจ้งเตือนเพื่อป้องกันกรลืม			ท่านใช้วิธีเตือนความจำ เช่น ตั้งนาฬิกาปลุกหรือใช้แอปพลิเคชันเพื่อช่วยให้ท่านรับประทานเพ็รฟตรงเวลา
ย่ำทวนซ้ำ ไม่พลาดกำหนด				ท่านมีการแจ้งเตือนในปฏิทินหรือโทรศัพท์มือถือเกี่ยวกับวันนัดพบแพทย์
องค์ความรู้ยังแคบตระหนักน้อยไป	ปัจจัยอุปสรรคต่อความร่วมมือในหารใช้เพ็รฟเกี่ยวกับความเข้าใจเชิงลึกในเพ็รฟและการป้องกัน	ความสามารถทางจิตใจ (Psychological Capability)	ความสามารถทางจิตใจ	ท่านเข้าใจวิธีการใช้ยาเพ็รฟ และระยะเวลาที่ต้องรับประทานเพื่อให้ได้ผลในการป้องกันเชื้อเอชไอวี
				ท่านรู้ว่าควรวายาเพ็รฟ (PEP) หรือ ยาเพ็ฟ (PEP) ในการป้องกันกรติดเชื้อเอชไอวีในสถานการณ์ใด
				ท่านทราบว่า หากรับประทานเพ็รฟเดี่ยว ๆ ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส หนองใน หรือเริมได้
				ท่านเข้าใจว่าการรับประทานเพ็รฟต้องทำอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อให้ได้ผลสูงสุดในการป้องกันเชื้อเอชไอวี
มั่นใจในตน ประเมินเสี่ยงได้ จัดการพฤติกรรม	การประเมินสมรรถนะทักษะการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการจัดการตนเอง			ท่านมั่นใจว่าสามารถรับประทานเพ็รฟได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในช่วงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
				ท่านสามารถประเมินความเสี่ยงในพฤติกรรมทางเพศและใช้เพ็รฟให้เหมาะสมได้
ความเชื่อมั่นในตนเอง				ท่านมั่นใจว่าสามารถไปตรวจติดตามตามแพทย์นัดได้ทุกคร้ง
				แม้ในวันที่รู้สึกเหนื่อย เครียด หรือมีภาระมาก ท่านยังสามารถจัดการตนเองให้รับประทานเพ็รฟได้ตามกำหนด

ตาราง (ต่อ)

รหัส (Code)	หมวดหมู่ (Category)	หัวข้อหลัก (Theme)	องค์ประกอบ (Element)	ข้อคำถาม (Survey Items)
สภาวะทางการเงิน บางอย่างจ่ายเอง	ปัจจัยอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์ท: อุปสรรคทางเศรษฐกิจและโครงสร้าง	โอกาสทางกายภาพ (Physical Opportunity)	โอกาสทางกายภาพ	ค่าใช้จ่ายในการตรวจเพิ่มเติม เช่น การทำงานของตับ, มวลกระดูก เป็นอุปสรรคต่อการใช้เพิร์ทและการมาตรวจตามนัดของท่าน
				ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลา เป็นอุปสรรคต่อการมารับเพิร์ทและการมาตรวจตามนัดของท่าน
				ท่านกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม สิ่งนี้อาจทำให้ท่านพิจารณาหยุดใช้เพิร์ท
รัฐให้ฟรี ลดภาระค่าใช้จ่าย	ปัจจัยสนับสนุน: ปัจจัยภายนอกเชิงระบบและการเข้าถึงข้อมูลสิทธิ			ท่านไม่แน่ใจว่าสิทธิประกันสุขภาพของท่านครอบคลุมค่าตรวจและการใช้เพิร์ทอย่างไรบ้าง
				ท่านไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการใช้เพิร์ท
ถูกกล่าวหาว่าลำ สอน ตีตราว่าติดเชื้อ	ปัจจัยอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์ท: การตีตราทางสังคม	โอกาสทางสังคม (Social Opportunity)	การตีตราทางสังคม	ท่านลังเลที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการใช้เพิร์ทกับคนที่ท่านไม่ไว้ใจเพราะกลัวการตีตรา
				ท่านหลีกเลี่ยงการพบเพิร์ทเมื่อต้องอยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว เพราะกลัวว่าจะถูกซักถามหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของท่าน
				ท่านเคยรู้สึกอายหรือไม่สบายใจ เมื่อมีคนรู้ว่าท่านใช้เพิร์ทเป็นประจำ
บริการที่เป็นมิตร สนับสนุนและ ยืดหยุ่น	ปัจจัยสนับสนุน: ปัจจัยภายนอกเชิงระบบบริการ		คุณภาพการให้บริการ	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่ให้บริการเพิร์ท มีทัศนคติที่เป็นมิตร ไม่ตัดสิน และความเข้าใจความต้องการเฉพาะกลุ่ม
				ท่านรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ผลข้างเคียง หรือปัญหาทางเพศรวมถึงการใช้เพิร์ทกับผู้ให้บริการทางการแพทย์
				ท่านรู้สึกว่าความยืดหยุ่นของเวลาให้บริการและรูปแบบการให้บริการของคลินิกเพิร์ทช่วยให้ท่านสามารถเข้ารับบริการได้สะดวกมากขึ้น
การเข้าถึงบริการเพิร์ท โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ				การเข้าถึงบริการเพิร์ทที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ท่านตัดสินใจใช้บริการ
เพื่อนฝูงให้กำลังใจ ชุมชนพร้อม สนับสนุน	ปัจจัยสนับสนุน: ปัจจัยภายนอกเชิงสังคม		การสนับสนุนจากเครือข่าย	เพื่อนหรือคนใกล้ชิดมีส่วนสำคัญในการแนะนำชักชวนให้ท่านใช้เพิร์ท
				การมีเพื่อนหรือคนใกล้ชิดที่ใช้เพิร์ทเหมือนกัน ช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการใช้เพิร์ทอย่างต่อเนื่อง
				บุคคลที่ท่านไว้ใจให้การสนับสนุนหรือเตือนท่านให้รับประทานเพิร์ทตามเวลา
				ท่านสามารถปรึกษาเพื่อนหรือคนใกล้ชิดได้อย่างเปิดเผย เมื่อท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับเพิร์ท
สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลเข้าถึงง่าย	ปัจจัยสนับสนุน: ปัจจัยภายนอกเชิงระบบการเข้าถึงข้อมูล		การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์	ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเพิร์ทผ่านโซเชียลมีเดีย เช่น Facebook, Twitter หรือ TikTok
				ท่านเคยเห็นโฆษณาหรือสื่อรณรงค์เกี่ยวกับเพิร์ทในเว็บไซด์หรือแอปที่ท่านใช้งานเป็นประจำ
				ท่านเคยตัดสินใจเริ่มใช้เพิร์ทหลังจากได้รับข้อมูลจากสื่อออนไลน์หรือคลิปวิดีโอให้ความรู้
				ท่านบันทึกเว็บไซด์หรือเพจที่ให้ข้อมูลน่าเชื่อถือ

ตาราง (ต่อ)

รหัส (Code)	หมวดหมู่ (Category)	หัวข้อหลัก (Theme)	องค์ประกอบ (Element)	ข้อคำถาม (Survey Items)
แอลกอฮอล์ ยาจิตเวช และ สารเสพติด ส่งผลต่อการใช้	ปัจจัยอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้เพ็พ: อุปสรรคต่อการตัดสินใจ	แรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติ (Automatic Motivation)	อุปสรรคจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด	เมื่อท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาที่มีผลต่อจิตประสาทหรือสารเสพติด ท่านมักจะลืมหรือไม่สามารถรับประทานเพ็พได้ตามเวลา
				ท่านเคยตั้งใจไม่รับประทานเพ็พในวันที่ยังจะดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด
				ท่านรู้สึกเลื่องที่จะใช้เพ็พ เพราะกังวลว่าการดื่มแอลกอฮอล์ ยาจิตเวช หรือสารเสพติดอาจทำให้ยาเกิดปฏิกิริยาที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย
เชื่อมั่นในเพ็พ มั่นใจคำแนะนำที่มสุขภาพ	ปัจจัยสนับสนุนด้านจิตใจและทัศนคติ: ปัจจัยภายนอกเชิงระบบและสังคม	แรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติ (Automatic Motivation)	ความเชื่อมั่นต่อบุคลากรทางการแพทย์	ท่านเชื่อมั่นและไว้วางใจในคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เพ็พเพื่อป้องกันเชื้อเอชไอวี
				การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเพ็พด้วยความเข้าใจและไม่ตัดสิน ทำให้ท่านตัดสินใจที่จะใช้ยาเพ็พอย่างต่อเนื่อง
ความรู้สึกเชิงลบกับการใช้ถุงยางอนามัย	ปัจจัยสนับสนุนด้านจิตใจและทัศนคติ: เจตคติต่อการป้องกันทางเลือก	แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล (Reflective Motivation)	เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย	ท่านรู้สึกว่าการใส่ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศของท่านหรือคู่ของคุณลดลง
				หลังจากเริ่มใช้เพ็พ ท่านใช้ถุงยางอนามัยลดลง เพราะรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ แม้จะตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ
				ท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือไม่เป็นธรรมชาติ เมื่อใช้ถุงยางอนามัย จึงเลือกใช้เพ็พเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
				ท่านรู้สึกว่าเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องใช้ถุงยางอนามัยช่วยให้รู้สึกใกล้ชิดกับคู่ของคุณมากขึ้น จึงเลือกใช้เพ็พเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
				ท่านไม่อยากให้คู่ของคุณรู้สึกไม่พอใจเมื่อต้องใช้ถุงยางอนามัย จึงเลือกใช้เพ็พแทน
				ท่านมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยกับคู่คนที่รับประทานยาเพ็พเหมือนท่าน
การรับรู้ความเสี่ยง	ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคด้านจิตใจและทัศนคติ: การรับรู้ความเสี่ยงและตระหนักในสุขภาพ	แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล (Reflective Motivation)	การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV	ท่านประเมินความเสี่ยงของตนเองในการติดเชื้อ HIV โดยพิจารณาจากความสม่ำเสมอในการใส่ถุงยางอนามัยและประวัติทางเพศของคู่ของคุณ
รับรู้ความเสี่ยงต่ำ ประเมินผิดพลาด				ท่านวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงของตนเองในการติดเชื้อเอชไอวี โดยพิจารณาจากจำนวนคู่นอน ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และกิจกรรมทางเพศที่ท่าน
ท่านมีการประเมินความเสี่ยงของตนเองก่อนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนคนใหม่				

ตาราง (ต่อ)

รหัส (Code)	หมวดหมู่ (Category)	หัวข้อหลัก (Theme)	องค์ประกอบ (Element)	ข้อคำถาม (Survey Items)
การรับรู้ภัยคุกคาม			การรับรู้ประโยชน์ของเพร็ทและความตระหนักในสุขภาพ	<p>ท่านคิดว่าประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำให้ท่านตระหนักถึงผลกระทบและตั้งใจที่จะใช้ยาเพร็ทอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ท่านรับประทานเพร็ทอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากตระหนักถึงความเสี่ยงจากการไม่ทราบสถานะผลเลือดของคู่นอน</p> <p>เหตุการณ์ที่คนใกล้ชิดของท่านติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการใช้เพร็ทอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ท่านใช้เพร็ทอย่างสม่ำเสมอเพราะเข้าใจว่าการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อชีวิตและอนาคตของท่าน</p>
รักตัวเอง เห็นคุณค่า ปราณสุขภาพ	ปัจจัยสนับสนุนด้านจิตใจและทัศนคติ: การรักตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง	แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล (Reflective Motivation)	การรับรู้ประโยชน์ของเพร็ทและความตระหนักในสุขภาพ	<p>การใช้ยาเพร็ทอย่างสม่ำเสมอเป็นการแสดงออกถึงความรักและใส่ใจในตนเอง</p> <p>การที่ท่านดูแลสุขภาพทางเพศของตนเองด้วยการใช้เพร็ทเป็นประจำ ทำให้รู้สึกดี เห็นคุณค่าของตัวเองท่านเองมากขึ้น</p> <p>การใช้เพร็ทอย่างต่อเนื่องทำให้ท่านรู้สึกว่าตนเองกำลังวางแผนชีวิตและความสัมพันธ์ทางเพศอย่างรับผิดชอบ</p>
ใช้เพร็ทอย่างต่อเนื่อง	ลักษณะความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV	<p>ท่านรับประทานยาเพร็ทในเวลาเดิมทุกวัน แม้ในวันที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ</p> <p>เมื่อท่านลืมรับประทานยาเพร็ท ท่านรับประทานทันทีที่นึกได้</p> <p>ท่านไปตรวจติดตามตามนัดทุกครั้ง</p> <p>เมื่อไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ท่านติดต่อเวลานัดกับสถานบริการล่วงหน้า 1 วัน และไปตรวจตามวันที่เลื่อนได้</p> <p>ท่านวางแผนล่วงหน้าเพื่อไม่ให้พลาดนัดตรวจติดตาม เช่น จดบันทึก ตั้งเตือน หรือวางงาน/หยุดเรียน</p> <p>ท่านมาตรวจเลือดตามนัด เพื่อตรวจสอบสถานะการไม่ติดเชื้อเอชไอวี</p>
ตรวจตามแพทย์นัดติดตามอาการ				
เช็คผลเลือด ตรวจหาเชื้อ	การเฝ้าระวังสถานะสุขภาพและการติดตามผล			

เมื่อได้องค์ประกอบเชิงเนื้อหาและนิยามเชิงปฏิบัติของแต่ละมิติแล้ว จึงนำข้อมูลเหล่านี้ไปสร้างแบบสอบถามฉบับร่าง จำนวนทั้งสิ้น 100 ข้อ โดยพัฒนาเป็นข้อคำถามในรูปแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวัดพฤติกรรมและการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน พิจารณาในแต่ละข้อ

คำถาม โดยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามตรงตามวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่า มีจำนวน 4 ข้อ ที่มีค่า IOC ไม่ถึง 0.50 ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงพิจารณาตัดข้อคำถาม รวมทั้งยังได้นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทำให้เหลือข้อคำถามจำนวน 96 ข้อ หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิเคราะห์คุณภาพรายข้อของเครื่องมือด้วยการคำนวณค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total Correlation) พบว่า

แบบวัดความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ

มีข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ผลการตรวจสอบการจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่า CITC กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีข้อคำถาม 3 ข้อที่มีค่า CITC ต่ำกว่า 0.3 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามออก 3 ข้อ โดยเป็นข้อที่ไม่กระทบต่อความหมายของคำนิยาม สรุปแบบวัดคงเหลือข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยมีอำนาจการจำแนกรายข้อมีค่าระหว่าง 0.475-0.615 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัด โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบวัดทั้งฉบับที่ 0.743 แสดงถึงคุณภาพของแบบวัดทั้งฉบับว่าข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ สามารถให้ผลการวัดที่มีความคงเส้นคงวา

แบบวัดความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ

มีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ผลการตรวจสอบการจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่า CITC กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีข้อคำถามทั้ง 9 ข้อที่มีค่า CITC มากกว่า 0.3 โดยมีอำนาจการจำแนกรายข้อมีค่าระหว่าง 0.665-0.867 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัด โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบวัดทั้งฉบับที่ 0.949 แสดงถึงคุณภาพของแบบวัดทั้งฉบับว่าข้อคำถามทั้ง 9 ข้อ สามารถให้ผลการวัดที่มีความคงเส้นคงวา

แบบวัดโอกาสทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ

มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ผลการตรวจสอบการจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่า CITC กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีข้อคำถาม 5 ข้อที่มีค่า CITC ต่ำกว่า 0.3 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามออก 5 ข้อ โดยเป็นข้อที่ไม่กระทบต่อความหมายของคำนิยาม สรุป แบบวัดคงเหลือข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยมีอำนาจการจำแนกรายข้อมีค่าระหว่าง 0.511-0.719 ผลการ

ตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัด โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา กับ ข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบวัดทั้งฉบับที่ 0.828 แสดงถึงคุณภาพของแบบวัด ทั้งฉบับว่าข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ สามารถให้ผลการวัดที่มีความคงเส้นคงวา

แบบวัดโอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้เฟิร์ฟ

มีข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ ผลการตรวจสอบการจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่า CITC กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีข้อคำถาม 2 ข้อที่มีค่า CITC ต่ำกว่า 0.3 จึง พิจารณาตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ โดยเป็นข้อที่ไม่กระทบต่อความหมายของคำนิยาม สรุปลักษณะ แบบวัด คงเหลือข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ โดยมีอำนาจการจำแนกรายข้อมีค่าระหว่าง 0.193-0.850 ผล การตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัด โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบวัดทั้งฉบับที่ 0.911 แสดงถึงคุณภาพของแบบวัด ทั้งฉบับว่าข้อคำถามทั้ง 17 ข้อ สามารถให้ผลการวัดที่มีความคงเส้นคงวา

แบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติต่อความร่วมมือในการใช้เฟิร์ฟ

มีข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ ผลการตรวจสอบการจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่า CITC กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีข้อคำถาม 14 ข้อที่มีค่า CITC ต่ำกว่า 0.3 จึง พิจารณาตัดข้อคำถามออก 8 ข้อ โดยเป็นข้อที่ไม่กระทบต่อความหมายของคำนิยาม สรุปลักษณะ แบบวัด คงเหลือข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ โดยมีอำนาจการจำแนกรายข้อมีค่าระหว่าง 0.029-0.805 ผล การตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัด โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบวัดทั้งฉบับที่ 0.818 แสดงถึงคุณภาพของแบบวัด ทั้งฉบับว่าข้อคำถามทั้ง 18 ข้อ สามารถให้ผลการวัดที่มีความคงเส้นคงวา

แบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้เฟิร์ฟ

มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ผลการตรวจสอบการจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่า CITC กับข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีข้อคำถาม 1 ข้อที่มีค่า CITC ต่ำกว่า 0.3 จึง พิจารณาตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ โดยไม่กระทบต่อความหมายของคำนิยาม สรุปลักษณะ แบบวัดคงเหลือ ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ โดยมีอำนาจการจำแนกรายข้อมีค่าระหว่าง 0.467-0.965 ผลการ ตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัด โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา กับ ข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบวัดทั้งฉบับที่ 0.972 แสดงถึงคุณภาพของแบบวัดทั้งฉบับว่าข้อคำถามทั้ง 14 ข้อ สามารถให้ผลการวัดที่มีความคงเส้นคงวา

แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

มีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ผลการตรวจสอบการจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่า CITC กับข้อมูลที่เกิดขึ้นจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีข้อคำถาม 2 ข้อที่มีค่า CITC ต่ำกว่า 0.3 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ โดยไม่กระทบต่อความหมายของคำนิยาม สรุป แบบวัดคงเหลือข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยมีอำนาจการจำแนกรายข้อมีค่าระหว่าง 0.304-0.780 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัด โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา กับข้อมูลที่เกิดขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบวัดทั้งฉบับที่ 0.719 แสดงถึงคุณภาพของแบบวัดทั้งฉบับว่าข้อคำถามทั้ง 7 ข้อ สามารถให้ผลการวัดที่มีความคงเส้นคงวา

สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) (Jordan & Troth, 2020) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ดังนี้

2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือวัดความสามารถทางกายภาพ

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าการแจกแจงปกติ (normality) ของข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 5.178 ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 5.400 ค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ -1.440 และค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ 2.819 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เนื่องจากค่าเฉลี่ย (Mean) และค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าใกล้เคียงกัน และความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง -7 ถึง +7 (West et al., 1996)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity และค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เพื่อประเมินความเพียงพอของขนาดตัวอย่างและความเหมาะสมในการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า

ค่า KMO = 0.724 แสดงว่าข้อมูลมีความเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ค่า Bartlett's Test of Sphericity มีค่า $\chi^2 = 444.080$, $df = 10$, $p < .001$ แสดง

ว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) ร่วมกับการหมุนแกนแบบแวนิมแมกซ์ (Varimax Rotation) เพื่อลดจำนวนตัวแปรและระบุโครงสร้างขององค์ประกอบที่ชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบจากค่า Eigenvalue > 1 และ factor loading ≥ 0.50 ผลการวิเคราะห์พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 1 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.25

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า มีข้อคำถาม 1 ข้อ ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) น้อยกว่า 0.50 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามทิ้ง จึงได้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจอีกครั้ง ผลการวิเคราะห์พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 1 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 56.59

ตาราง 10 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดความสามารถทางกายภาพ

ข้อที่	คำถาม	Mean (SD)	Loading
องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกัน HIV			
4	ท่านเตรียมยาเพร็ฟลงหน้าเมื่อรู้ว่าจะต้องเดินทางหรือต้องอยู่นอกบ้านหลายวัน	5.45 (1.04)	0.563
5	ท่านใช้วิธีเตือนความจำ เช่น ตั้งนาฬิกาปลุกหรือใช้แอปพลิเคชันเพื่อช่วยให้ท่านรับประทานเพร็ฟตรงเวลา	5.13 (1.28)	0.789
6	ท่านมีการแจ้งเตือนในปฏิทินหรือโทรศัพท์มือถือเกี่ยวกับวันนัดพบแพทย์	5.08 (1.32)	0.833
8	ท่านตรวจสอบใบนัดหรือข้อมูลจากคลินิกด้วยตนเองเป็นประจำเพื่อเตรียมพร้อมก่อนวันนัดรับยาเพร็ฟ	5.3 (1.11)	0.793

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือวัดความสามารถทางจิตใจ

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าการแจกแจงปกติ (normality) ของข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 5.430 ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 5.777 ค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ -1.962 และค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ 5.218 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เนื่องจากค่าเฉลี่ย (Mean) และ

ค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าใกล้เคียงกัน และความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง -7 ถึง +7 (West et al., 1996)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity และค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เพื่อประเมินความเพียงพอของขนาดตัวอย่างและความเหมาะสมในการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า

ค่า KMO = 0.936 แสดงว่าข้อมูลมีความเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ค่า Bartlett's Test of Sphericity มีค่า $\chi^2 = 3555.374$, $df = 36$, $p < .001$

แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) ร่วมกับการหมุนแกนแบบแวนิแมกซ์ (Varimax Rotation) เพื่อลดจำนวนตัวแปรและระบุโครงสร้างขององค์ประกอบที่ชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบจากค่า Eigenvalue > 1 และ factor loading ≥ 0.50 ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 1 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 74.53 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า ข้อคำถามทั้งหมดมีค่าน้ำหนักในแต่ละองค์ประกอบมากกว่า 0.50 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

ตาราง 11 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดความสามารถทางจิตใจ

ข้อที่	คำถาม	Mean (SD)	Loading
องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกัน HIV			
1	ท่านเข้าใจวิธีการใช้ยาเพร็พและระยะเวลาที่ต้องรับประทานเพื่อให้ได้ผลในการป้องกันเชื้อเอชไอวี	5.38 (0.92)	0.870
2	ท่านรู้ว่าควรรยาเพร็พ (PrEP) หรือ ยาเพ็พ (PEP) ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสถานการณ์ใด	5.37 (0.95)	0.865
3	ท่านทราบว่า หากรับประทานเพร็พเดี่ยว ๆ ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส หนองใน หรือเริมได้	5.48 (0.97)	0.829
4	ท่านเข้าใจว่าการรับประทานเพร็พต้องทำอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อให้ได้ผลสูงสุดในการป้องกันเอชไอวี	5.60 (0.81)	0.91
5	ท่านมั่นใจว่าสามารถรับประทานเพร็พได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในช่วงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	5.49 (0.88)	0.81
6	ท่านสามารถประเมินความเสี่ยงในพฤติกรรมทางเพศและใช้เพร็พให้เหมาะสมได้	5.37 (0.93)	0.85
7	ท่านสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาเพร็พเมื่อมีข้อสงสัย	5.37 (0.96)	0.88
8	ท่านมั่นใจว่าสามารถไปตรวจติดตามตามแพทย์นัดได้ทุกครั้ง	5.41 (0.86)	0.86
9	แม้ในวันที่รู้สึกเหนื่อย เครียด หรือมีภาระมาก ท่านยังสามารถจัดการตนเองให้รับประทานเพร็พได้ตามกำหนด	5.39 (0.90)	0.89

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือวัดโอกาสทางกายภาพ

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าการแจกแจงปกติ (normality) ของข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.959 ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 4.000 ค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ -.357 และค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ -.518 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เนื่องจากค่าเฉลี่ย (Mean) และค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าใกล้เคียงกัน และความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง -7 ถึง +7 (West et al., 1996)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity และค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เพื่อประเมินความเพียงพอของขนาดตัวอย่างและความเหมาะสมในการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า

ค่า KMO = 0.792 แสดงว่าข้อมูลมีความเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ค่า Bartlett's Test of Sphericity มีค่า $\chi^2 = 724.825$, $df = 10$, $p < .001$

แสดงว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) ร่วมกับการหมุนแกนแบบแวนิแมกซ์ (Varimax Rotation) เพื่อลดจำนวนตัวแปรและระบุโครงสร้างขององค์ประกอบที่ชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบจากค่า Eigenvalue > 1 และ factor loading ≥ 0.50 ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 1 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 58.35 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า ข้อคำถามทั้งหมดมีค่าน้ำหนักในแต่ละองค์ประกอบมากกว่า 0.50 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

ตาราง 12 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดโอกาสทางกายภาพ

ข้อที่	คำถาม	Mean (SD)	Loading
องค์ประกอบที่ 1 โอกาสทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกัน HIV			
1	ค่าใช้จ่ายในการตรวจเพิ่มเติม เช่น การทำงานของตับ, มวลกระดูก เป็นอุปสรรคต่อการใช้เพรีฟและการมาตรวจตามนัดของท่าน	3.78 (1.65)	0.78
2	ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลา เป็นอุปสรรคต่อการมารับเพรีฟและการมาตรวจตามนัดของท่าน	4.25 (1.61)	0.80
3	ท่านกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม สิ่งนี้อาจทำให้ท่านพิจารณาหยุดใช้เพรีฟ	4.28 (1.67)	0.86
4	ท่านไม่แน่ใจว่าสิทธิประกันสุขภาพของท่านครอบคลุมค่าตรวจและการใช้เพรีฟอย่างไรบ้าง	3.60 (1.70)	0.73
5	ท่านไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการใช้เพรีฟ	3.89 (1.71)	0.64

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือวัดโอกาสทางสังคม

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าการแจกแจงปกติ (normality) ของข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 4.793 ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 4.882 ค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ -.608 และค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ -.121 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เนื่องจากค่าเฉลี่ย (Mean) และค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าใกล้เคียงกัน และความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง -7 ถึง +7 (West et al., 1996)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity และค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เพื่อประเมินความเพียงพอของขนาดตัวอย่าง และความเหมาะสมในการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า

ค่า KMO = 0.907 แสดงว่าข้อมูลมีความเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ค่า Bartlett's Test of Sphericity มีค่า $\chi^2 = 4803.785$, $df = 136$, $p < .001$

แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเหมาะสมต่อการ

วิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) ร่วมกับการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ (Varimax Rotation) เพื่อลดจำนวนตัวแปรและระบุโครงสร้างขององค์ประกอบที่ชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบจากค่า Eigenvalue > 1 และ factor loading ≥ 0.50 ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 75.70 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีค่าน้ำหนักในแต่ละองค์ประกอบมากกว่า .50 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อย่างไรก็ตาม มีข้อคำถาม 2 ข้อที่พบว่าเกิดปัญหาเกี่ยวกับข้อคำถาม (items) ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) สูงในมากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ หรือเรียกว่า Cross-loading ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความชัดเจนของการตีความโครงสร้างเครื่องมือ และควรจัดการอย่างรอบคอบ โดย Howard (2016) กล่าวว่า ข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบอื่น ๆ ควรมีความแตกต่างกันเกิน 0.20 ถ้าต่ำกว่า 0.20 ให้พิจารณาตัดทิ้ง เนื่องจากเกิดปัญหา Cross-loading ได้แก่

ข้อที่ 14 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.711 ในองค์ประกอบที่ 1 และ 0.423 ในองค์ประกอบที่ 2

ข้อที่ 15 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.549 ในองค์ประกอบที่ 2 และ 0.583 ในองค์ประกอบที่ 3

โดยข้อดังกล่าวทั้ง 2 ข้อ มีความแตกต่างของค่าน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละองค์ประกอบน้อยกว่า 0.20 ดังนั้น ข้อคำถามทั้ง 2 ข้อ จึงพิจารณาตัดข้อคำถามทิ้ง เนื่องจากไม่ชัดเจนว่าอยู่ในองค์ประกอบใด จึงได้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจอีกครั้ง ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 76.60 โดยแต่ละองค์ประกอบ สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1 การตีตราทางสังคม (Stigma of social)
- องค์ประกอบที่ 2 คุณภาพการให้บริการ (Quality of Service system)
- องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนจากเครือข่าย (friends support)
- องค์ประกอบที่ 4 การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ (Social media)

ตาราง 13 ค่านำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดโอกาสทางสังคม

ข้อที่	ข้อคำถาม	Mean (SD)	Loading
องค์ประกอบที่ 1 การตีตราทางสังคม			
3	ท่านลังเลที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการใช้เพิร์ฟกับคนที่ท่านไม่ไว้ใจเพราะกลัวการตีตรา	3.65 (1.83)	0.85
4	ท่านหลีกเลี่ยงการพบเพิร์ฟเมื่อต้องอยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว เพราะกลัวว่าจะถูกซักถามหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของท่าน	4.07 (1.82)	0.91
5	ท่านเคยรู้สึกอับอายหรือไม่สบายใจ เมื่อมีคนรู้ว่าท่านใช้เพิร์ฟเป็นประจำ	4.30 (1.67)	0.90
องค์ประกอบที่ 2 คุณภาพการให้บริการ			
6	ท่านรู้สึกว่าบุคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ให้บริการเพิร์ฟ มีทัศนคติที่เป็นมิตร ไม่ตัดสิน และความเข้าใจความต้องการเฉพาะกลุ่ม	4.89 (1.56)	0.75
7	ท่านรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ผลข้างเคียง หรือปัญหาทางเพศ รวมถึงการใช้เพิร์ฟกับผู้ให้บริการทางการแพทย์	5.17 (1.27)	0.80
8	ท่านรู้สึกว่าความยืดหยุ่นของเวลาให้บริการและรูปแบบการให้บริการของคลินิกเพิร์ฟช่วยให้ท่านสามารถเข้ารับบริการได้สะดวกมากขึ้น	5.29 (1.11)	0.82
9	การเข้าถึงบริการเพิร์ฟที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ท่านตัดสินใจใช้บริการ	5.37 (1.09)	0.79
องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนจากเครือข่าย			
10	เพื่อนหรือคนใกล้ชิดมีส่วนสำคัญในการแนะนำ ชักชวนให้ท่านใช้เพิร์ฟ	4.65 (1.53)	0.79
11	การมีเพื่อนหรือคนใกล้ชิดที่ใช้เพิร์ฟเหมือนกัน ช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการใช้เพิร์ฟอย่างต่อเนื่อง	4.88 (1.42)	
12	บุคคลที่ท่านไว้ใจให้การสนับสนุนหรือเตือนท่านให้รับประทานเพิร์ฟตามเวลา	4.79 (1.45)	0.83
13	ท่านสามารถปรึกษาเพื่อนหรือคนใกล้ชิดได้อย่างเปิดเผย เมื่อท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับเพิร์ฟ	4.69 (1.50)	0.81
องค์ประกอบที่ 4 การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์			
16	ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเพิร์ฟผ่านโซเชียลมีเดีย เช่น Facebook, Twitter หรือ TikTok	5.13 (1.18)	0.77
17	ท่านเคยเห็นโฆษณาหรือสื่อรณรงค์เกี่ยวกับเพิร์ฟในเว็บไซต์หรือแอปที่ท่านใช้งานเป็นประจำ	4.98 (1.26)	0.80

ตาราง (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	Mean (SD)	Loading
องค์ประกอบที่ 4 การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์			
18	ท่านเคยตัดสินใจเริ่มใช้เฟิร์พหลังจากได้รับข้อมูลจากสื่อออนไลน์หรือคลิปวิดีโอให้ความรู้	4.84 (1.40)	0.84
19	ท่านบันทึกเว็บไซต์หรือเพจที่ให้ข้อมูลมาเชื่อถือเกี่ยวกับเฟิร์พไว้เพื่อใช้อ้างอิงหรือส่งต่อให้ผู้อื่น	4.66 (1.45)	0.78

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือวัดแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติ

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าการแจกแจงปกติ (normality) ของข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 4.310 ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 4.277 ค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ -.136 และค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ -.571 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เนื่องจากค่าเฉลี่ย (Mean) และค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าใกล้เคียงกัน และความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง -7 ถึง +7 (West et al., 1996)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity และค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เพื่อประเมินความเพียงพอของขนาดตัวอย่างและความเหมาะสมในการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า

ค่า KMO = 0.868 แสดงว่าข้อมูลมีความเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ค่า Bartlett's Test of Sphericity มีค่า $\chi^2 = 3332.048$, $df = 153$, $p < .001$ แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ข้อความที่ 21 มีค่า Communalities Extraction ต่ำกว่า 0.40 พิจารณาตัดทิ้ง

ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) ร่วมกับการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ (Varimax Rotation) เพื่อลดจำนวนตัวแปรและระบุโครงสร้างขององค์ประกอบที่ชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบจากค่า Eigenvalue > 1 และ factor loading ≥ 0.50 ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 63.65 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า ข้อความส่วนใหญ่มีค่าน้ำหนักในแต่ละองค์ประกอบมากกว่า 0.50 ซึ่งเป็นไป

ตามเกณฑ์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อย่างไรก็ตาม มีข้อคำถาม 3 ข้อที่พบว่าเกิดปัญหาเกี่ยวกับข้อคำถาม (items) ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) สูงใหม่มากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ หรือเรียกว่า Cross-loading ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความชัดเจนของการตีความโครงสร้างเครื่องมือ และควรจัดการอย่างรอบคอบ โดย Howard (2016) กล่าวว่า ข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบอื่น ๆ ควรมีความแตกต่างกันเกิน 0.20 ถ้าต่ำกว่า 0.20 ให้พิจารณาตัดทิ้ง เนื่องจากเกิดปัญหา Cross-loading ได้แก่

ข้อที่ 3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.449 ในองค์ประกอบที่ 2 และ 0.547 ในองค์ประกอบที่ 4

ข้อที่ 4 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.444 ในองค์ประกอบที่ 2 และ 0.632 ในองค์ประกอบที่ 4

ข้อที่ 20 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.410 ในองค์ประกอบที่ 1 และ 0.573 ในองค์ประกอบที่ 2

โดยข้อดังกล่าวทั้ง 3 ข้อ มีความแตกต่างของค่าน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละองค์ประกอบน้อยกว่า 0.20 ดังนั้น ข้อคำถามทั้ง 4 ข้อ จึงพิจารณาตัดข้อคำถามทิ้ง เนื่องจากไม่ชัดเจนว่าอยู่ในองค์ประกอบใด และพิจารณาข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับตัวแปรอื่น ๆ ในองค์ประกอบ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 5, 24 จึงได้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจอีกครั้ง ผลการวิเคราะห์พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 3 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 73.76 โดยแต่ละองค์ประกอบ สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 อุปสรรคจากแอลกอฮอล์ ยาจิตเวช และสารเสพติด

องค์ประกอบที่ 2 ความเชื่อมั่นต่อบุคลากรการแพทย์

องค์ประกอบที่ 3 เจตคติต่อการใช้อย่างอนามัย

ตาราง 14 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติ

ข้อที่	ข้อความ	Mean (SD)	Loading
องค์ประกอบที่ 1 อุปสรรคจากแอลกอฮอล์ ยาจิตเวช และสารเสพติด			
6	เมื่อท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาที่มีผลต่อจิตประสาทหรือสารเสพติด ท่านมักจะลืมหรือไม่สามารถรับประทานเพรีฟได้ตามเวลา	4.62 (1.63)	0.76
7	ท่านเคยตั้งใจไม่รับประทานเพรีฟในวันที่รู้ว่าดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด	5.00 (1.47)	0.85
8	ท่านรู้สึกกังวลที่จะใช้เพรีฟ เพราะกังวลว่าการดื่มแอลกอฮอล์ ยาจิตเวช หรือสารเสพติดอาจทำให้ยาเกิดปฏิกิริยาที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย	4.86 (1.54)	0.85
องค์ประกอบที่ 2 ความเชื่อมั่นต่อนุคลากรการแพทย์			
9	ท่านเชื่อมั่นและไว้วางใจในคำแนะนำของแพทย์หรือนุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เพรีฟเพื่อป้องกันเชื้อเอชไอวี	5.38 (0.97)	0.88
12	การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเพรีฟ ด้วยความเข้าใจและไม่ตัดสิน ทำให้ท่านตัดสินใจที่จะใช้ยาเพรีฟอย่างต่อเนื่อง	3.48 (1.06)	0.90
องค์ประกอบที่ 3 เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย			
13	ท่านรู้สึกว่า การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศของท่านหรือคู่ของคุณลดลง	3.48 (1.71)	0.81
14	หลังจากเริ่มใช้เพรีฟ ท่านใช้ถุงยางอนามัยลดลง เพราะรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ แม้จะตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ	3.67 (1.75)	0.87
15	ท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือไม่เป็นธรรมชาติเมื่อใช้ถุงยางอนามัย จึงเลือกใช้เพรีฟเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	3.90 (1.77)	0.88
16	ท่านรู้สึกว่าเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องใช้ถุงยางอนามัยช่วยให้รู้สึกใกล้ชิดกับคู่ของคุณมากขึ้น จึงเลือกใช้เพรีฟเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	3.60 (1.86)	0.88
17	ท่านไม่ยอมให้คู่ของคุณรู้สึกไม่พอใจเมื่อต้องใช้ถุงยางอนามัย จึงเลือกใช้เพรีฟแทน	4.09 (1.80)	0.76
19	ท่านมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยกับคู่ของคุณที่รับประทานยาเพรีฟเหมือนท่าน	3.28 (1.88)	0.76

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือวัดแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าการแจกแจงปกติ (normality) ของข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 5.260 ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 5.500 ค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ -1.713 และค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ 3.701 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เนื่องจากค่าเฉลี่ย (Mean) และค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าใกล้เคียงกัน และความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง -7 ถึง +7 (West et al., 1996)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity และค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เพื่อประเมินความเพียงพอของขนาดตัวอย่าง และความเหมาะสมในการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า

ค่า KMO = 0.947 แสดงว่าข้อมูลมีความเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ค่า Bartlett's Test of Sphericity มีค่า $\chi^2 = 5934.972$, $df = 91$, $p < .001$ แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) ร่วมกับการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ (Varimax Rotation) เพื่อลดจำนวนตัวแปรและระบุโครงสร้างขององค์ประกอบที่ชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบจากค่า Eigenvalue > 1 และ factor loading ≥ 0.50 ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 2 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 75.25 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีค่าน้ำหนักในแต่ละองค์ประกอบมากกว่า 0.50 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อย่างไรก็ตาม มีข้อคำถาม 1 ข้อที่พบว่าเกิดปัญหาเกี่ยวกับข้อคำถาม (items) ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) สูงในมากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ หรือเรียกว่า Cross-loading ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความชัดเจนของการตีความโครงสร้างเครื่องมือ และควรจัดการอย่างรอบคอบ โดย Howard (2016) กล่าวว่า ข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบอื่น ๆ ควรมีความแตกต่างกันเกิน 0.20 ถ้าต่ำกว่า 0.20 ให้พิจารณาตัดทิ้ง เนื่องจากเกิดปัญหา Cross-loading ได้แก่

ข้อที่ 5 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.493 ในองค์ประกอบที่ 1 และ 0.641 ในองค์ประกอบที่ 2

โดยข้อดังกล่าวทั้ง 1 ข้อ มีความแตกต่างของค่าน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละองค์ประกอบน้อยกว่า 0.20 ดังนั้น จึงพิจารณาตัดข้อคำถามทิ้ง เนื่องจากไม่ชัดเจนว่าอยู่ในองค์ประกอบใด จึงได้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจอีกครั้ง ผลการวิเคราะห์พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 2 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 76.40 โดยแต่ละองค์ประกอบ สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี

องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของเพิร์พและความตระหนักในสุขภาพ

ตาราง 15 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุ

ข้อที่	ข้อความ	Mean (SD)	Loading
องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี			
2	ท่านประเมินความเสี่ยงของตนเองในการติดเชื้อ HIV โดยพิจารณาจากความสม่ำเสมอในการใส่ถุงยางอนามัยและประวัติทางเพศของคุณ	4.79 (1.37)	0.86
3	ท่านวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงของตนเองในการติดเชื้อเอชไอวี โดยพิจารณาจากจำนวนคู่นอน ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และกิจกรรมทางเพศที่ท่าน	4.79 (1.38)	0.89
4	ท่านมีการประเมินความเสี่ยงของตนเองก่อนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนคนใหม่	4.93 (1.28)	0.77
องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของเพรีพและความตระหนักในสุขภาพ			
6	ท่านคิดว่าประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำให้ท่านตระหนักถึงผลกระทบและตั้งใจที่จะใช้ยาเพรีพอย่างสม่ำเสมอ	5.26 (1.16)	0.64
7	ท่านรับประทานเพรีพอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากตระหนักถึงความเสี่ยงจากการไม่ทราบสถานะผลเลือดของคุณ	5.42 (0.98)	0.80
8	เหตุการณ์ที่คนใกล้ชิดของท่านติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการใช้เพรีพอย่างสม่ำเสมอ	5.00 (1.46)	0.50
9	ท่านใช้เพรีพอย่างสม่ำเสมอเพราะเข้าใจว่าการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อชีวิตและอนาคตของท่าน	5.46 (0.95)	0.87
10	เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของเอชไอวีจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสื่อสุขภาพ ท่านยังตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้เพรีพอย่างต่อเนื่อง	5.45 (0.97)	0.89
11	การใช้ยาเพรีพอย่างสม่ำเสมอเป็นการแสดงออกถึงความรักและใส่ใจในตนเอง	5.51 (0.87)	0.96
12	การที่ท่านดูแลสุขภาพทางเพศของตนเองด้วยการใช้เพรีพเป็นประจำ ทำให้ฉันรู้สึกดี เห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น	5.45 (0.94)	0.87
13	การใช้เพรีพอย่างต่อเนื่องทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของชีวิตและความสัมพันธ์ทางเพศอย่างรับผิดชอบ	5.49 (0.92)	0.89
14	ท่านใช้เพรีพอย่างสม่ำเสมอเพราะเชื่อว่าร่างกายของตนเองมีคุณค่าและสมควรได้รับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	5.50 (0.94)	0.91
15	การใส่ใจในการรับประทานเพรีพเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพกายและใจของท่าน	5.49 (0.93)	0.92

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าการแจกแจงปกติ (normality) ของข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 5.170 ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 5.285 ค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ -1.255 และค่าความโด่ง

(Kurtosis) เท่ากับ 1.333 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เนื่องจากค่าเฉลี่ย (Mean) และค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าใกล้เคียงกัน และความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง -7 ถึง +7 (West et al., 1996)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity และค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เพื่อประเมินความเพียงพอของขนาดตัวอย่างและความเหมาะสมในการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า

ค่า KMO = 0.868 แสดงว่าข้อมูลมีความเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ค่า Bartlett's Test of Sphericity มีค่า $\chi^2 = 1098.842$, $df = 21$, $p < .001$ แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) ร่วมกับการหมุนแกนแบบแวนิแมกซ์ (Varimax Rotation) เพื่อลดจำนวนตัวแปรและระบุโครงสร้างขององค์ประกอบที่ชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบจากค่า Eigenvalue > 1 และ factor loading ≥ 0.50 ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 2 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 66.57 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) พบว่า ข้อคำถามทั้งหมดมีค่าน้ำหนักในแต่ละองค์ประกอบมากกว่า 0.50 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อย่างไรก็ตาม มีข้อคำถาม 1 ข้อที่พบว่า ข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับตัวแปรอื่น ๆ ในองค์ประกอบ จึงพิจารณาตัดทิ้ง และได้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจอีกครั้ง ผลการวิเคราะห์พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 2 องค์ประกอบ ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 73.44

ตาราง 16 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกัน
ก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

ข้อที่	ข้อคำถาม	Mean (SD)	Loading
องค์ประกอบที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV			
1	ท่านรับประทานยาเฝ้าระวังในเวลาเดิมทุกวัน แม้ในวันที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ	5.25 (1.00)	0.73
3	เมื่อท่านลืมรับประทานยาเฝ้าระวัง ท่านรับประทานทันทีที่นึกได้	5.28 (1.24)	0.67
5	ท่านไปตรวจติดตามตามนัดทุกครั้ง	5.50 (0.91)	0.85
6	เมื่อไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ท่านติดต่อเลื่อนนัดกับสถานบริการล่วงหน้า 1 วัน และไปตรวจตามวันที่เลื่อนได้	5.27 (1.15)	0.75
7	ท่านวางแผนล่วงหน้าเพื่อไม่ให้พลาดนัดตรวจติดตาม เช่น จดบันทึก ตั้งเตือน หรือलगาน/หยุดเรียน	5.38 (1.03)	0.83
9	ท่านมาตรวจเลือดตามนัด เพื่อตรวจสอบสถานะการไม่ติดเชื้อเอชไอวี	5.52 (0.83)	0.82

สรุป จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยา
ต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประกอบด้วย 13
องค์ประกอบ 74 ข้อคำถาม ดังนี้

ความสามารถทางกายภาพ (Physical capability) มี 1 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกัน HIV
ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม คือ ข้อ 4, 5, 6 และ 8 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ระหว่าง 0.56–0.83
โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 56.59

ความสามารถทางจิตใจ (Psychological Capability) มี 1 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกัน
HIV ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 มีค่าน้ำหนัก
องค์ประกอบ ระหว่าง 0.81–0.81 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 74.53

โอกาสทางกายภาพ (Physical Opportunity) มี 1 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 โอกาสทางกายภาพ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม คือ ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5 มีค่า
น้ำหนักองค์ประกอบ ระหว่าง 0.64–0.86 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 58.35

โอกาสทางสังคม (Social Opportunity) มี 4 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 การตีตราทางสังคม ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คือ ข้อ 3, 4 และ 5 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.85–0.91 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20.71

องค์ประกอบที่ 2 คุณภาพการให้บริการ (Quality of Service system) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม คือ ข้อ 6, 7, 8 และ 9 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.75–0.82 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 19.98

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนจากเครือข่าย (friends support) ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม คือ ข้อ 10, 11, 12 และ 13 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.79–0.84 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 19.84

องค์ประกอบที่ 4 การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม คือ ข้อ 16, 17, 18 และ 19 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.77–0.84 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 16.05

แรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติ (Auto motivation) มี 3 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 อุปสรรคจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คือ ข้อ 6, 7 และ 8 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.76–0.85 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 38.65

องค์ประกอบที่ 2 ความเชื่อมั่นต่อบุคลากรการแพทย์ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม คือ ข้อ 9 และ 12 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.88–0.90 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20.18

องค์ประกอบที่ 3 เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คือ ข้อ 13, 14, 15, 16, 17 และ 19 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.76–0.88 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 14.92

แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล (Reflective motivation) มี 2 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คือ ข้อ 2, 3 และ 4 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.77–0.89 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 54.88

องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของเพิร์พและความตระหนักในสุขภาพ ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม คือ ข้อ 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 และ 15 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.50–0.91 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 21.52

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

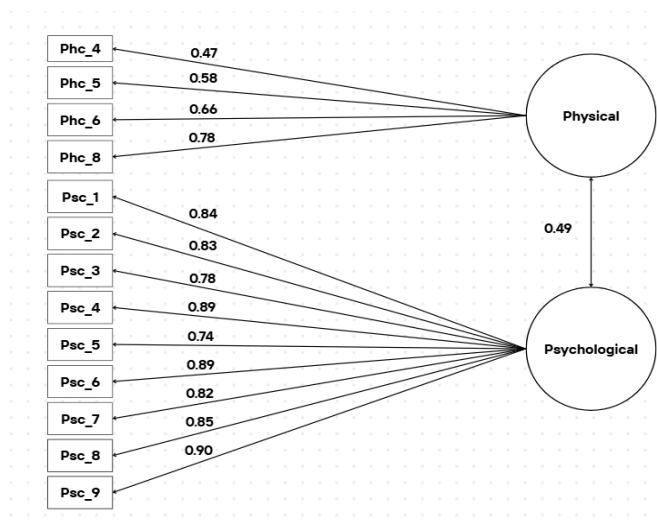
องค์ประกอบที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คือ ข้อ 1, 3, 5, 6, 7 และ 9 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.67–0.85 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 60.54

2.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของเครื่องมือความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความสามารถทางกายภาพและทางจิตใจ

จากการตรวจสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ว่าเกิดปัญหาภาวะพหุร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) โดยต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ไม่เกิน 0.85 (Kline, 2011) พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอยู่ในช่วง 0.274-0.431 ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่มีปัญหา multicollinearity ที่จะส่งผลกระทบต่อวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (First-order confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 593$, $df = 53$, $p = 0.000$, $\chi^2/df = 11.18$, CFI = 0.86, TLI = 0.83, RMSEA = 0.160, SRMR = 0.083) จึงทำการปรับแบบจำลองโดยพิจารณาจากดัชนีการปรับ (Modification Index) และได้ทำการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองที่ปรับใหม่ ผลจากการปรับทำให้ได้เครื่องมือวัดความสามารถทางกายภาพและทางจิตที่มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ซึ่งมีดัชนีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($\chi^2 = 163$, $df = 59$, $p = 0.000$, $\chi^2/df = 2.76$, CFI = 0.97, TLI = 0.96, RMSEA = 0.066, SRMR = 0.056)



ภาพประกอบ 8 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความสามารถทางกายภาพและความสามารถทางจิตใจ

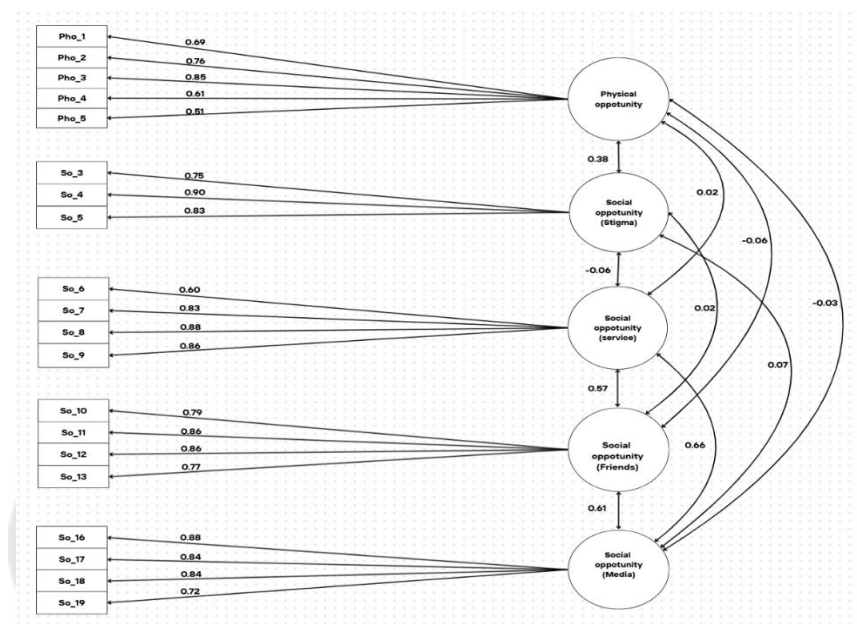
ตาราง 17 ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลเครื่องมือวัดความสามารถทางกายภาพและทางจิตใจ

ค่าดัชนีความสอดคล้อง	เกณฑ์พิจารณา	ก่อนปรับโมเดล	หลังปรับโมเดล
χ^2	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	มีนัยสำคัญทางสถิติ	มีนัยสำคัญทางสถิติ
χ^2/df	น้อยกว่า 3	11.18	2.762
CFI	มากกว่า 0.90	0.86	0.974
TLI	มากกว่า 0.90	0.83	0.966
RMSEA	ระหว่าง 0.05-0.08	0.16	0.066
SRMR	น้อยกว่า 0.06	0.08	0.056

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดโอกาสทางกายภาพและทางสังคม

จากการตรวจสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ว่าเกิดปัญหาภาวะพหุร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) โดยต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ไม่เกิด 0.85 (Kline, 2011) พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอยู่ในช่วง 0.006-0.627 ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่มีปัญหา multicollinearity ที่จะส่งผลกระทบต่อวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (First-order confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 386$, $df = 160$, $p = 0.000$, $\chi^2/df = 2.41$, $CFI = 0.95$, $TLI = 0.94$, $RMSEA = 0.059$, $SRMR = 0.045$)

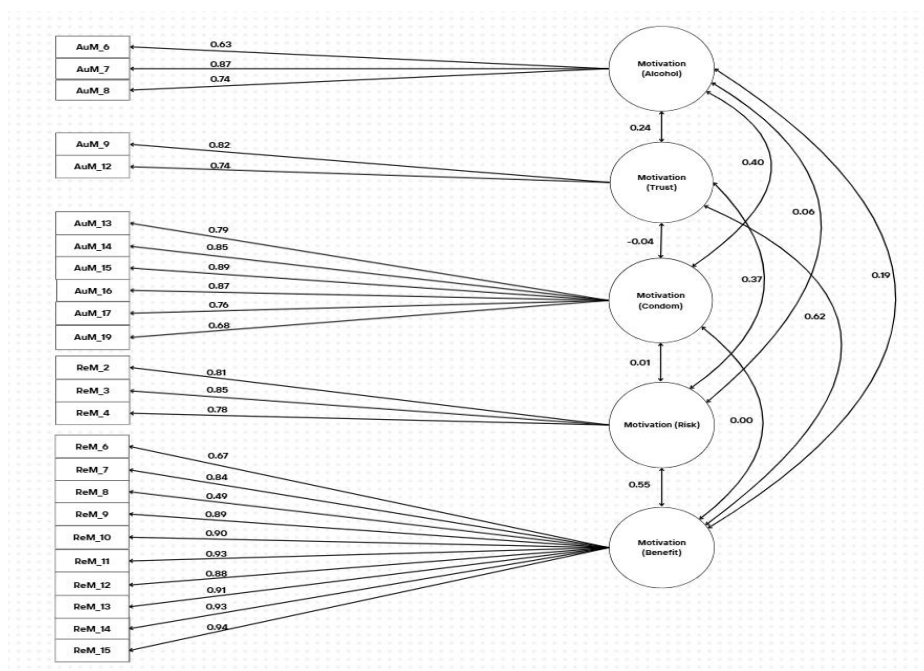


ภาพประกอบ 9 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดโอกาสทางกายภาพ และโอกาสทางสังคม

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติและกระตุ้นเชิงเหตุผล

จากการตรวจสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ว่าเกิดปัญหาภาวะพหุร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) โดยต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ไม่เกิด 0.85 (Kline, 2011) พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอยู่ในช่วง 0.001-0.542 ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่มีปัญหา multicollinearity ที่จะส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (First-order confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 619$, $df = 242$, $p = 0.000$, $\chi^2/df = 2.55$, $CFI = 0.95$, $TLI = 0.94$, $RMSEA = 0.062$, $SRMR = 0.047$)

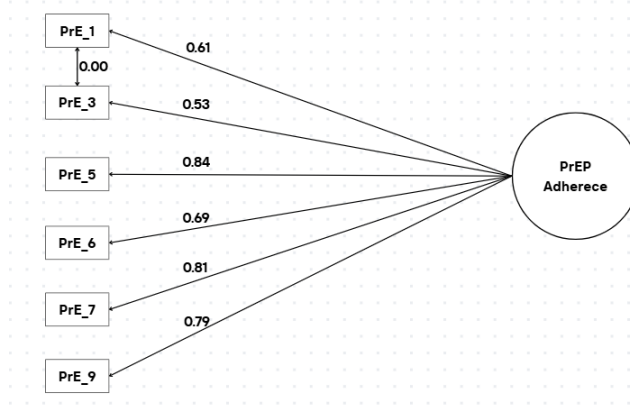


ภาพประกอบ 10 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดแรงจูงใจกระตุ้น
อัตโนมัติและแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาป้องกัน HIV

จากการตรวจสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ว่าเกิดปัญหาภาวะพหุร่วม
เส้นตรง (Multicollinearity) โดยต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ไม่เกิด 0.85 (Kline,
2011) พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอยู่ในช่วง 0.043-0.524 ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่มี
ปัญหา multicollinearity ที่จะส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (First-order confirmatory factor analysis) เพื่อ
ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับ
ข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 17.8$, $df = 8$, $p = 0.023$, $\chi^2/df = 2.22$, CFI = 0.99, TLI = 0.98,
RMSEA = 0.055, SRMR = 0.018)



ภาพประกอบ 11 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความร่วมมือ
ในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของเครื่องมือแต่ละแบบวัด รายละเอียดดังนี้

1) การตรวจสอบภาวะพหุร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) จากการตรวจสอบค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variables) พบว่ามีค่าอยู่ในช่วง 0.001 - 0.627 ซึ่งไม่เกินเกณฑ์ 0.85 แสดงว่าไม่มีปัญหาภาวะพหุร่วมเส้นตรงที่จะส่งผลต่อการวิเคราะห์โมเดล

2) รายละเอียดผลการวิเคราะห์โมเดลการวัด (Measurement Models) แบบวัดความสามารถ (Capability) ในขั้นต้นพบว่า โมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 593$, $df = 53$, $p = 0.000$, $\chi^2/df = 11.18$, CFI = 0.86, TLI = 0.83, RMSEA = 0.160, SRMR = 0.083) จึงทำการปรับแบบจำลองโดยพิจารณาจากดัชนีการปรับ (Modification Index) และได้ทำการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองที่ปรับใหม่ ผลจากการปรับทำให้ได้เครื่องมือวัดความสามารถทางกายภาพและทางจิตที่มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ซึ่งมีดัชนีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จนได้โมเดลที่เหมาะสม ($\chi^2 = 163$, $df = 59$, $p = 0.000$, $\chi^2/df = 2.76$, CFI = 0.97, TLI = 0.96, RMSEA = 0.066, SRMR = 0.056)

แบบวัดโอกาส (Opportunity) ประกอบด้วยมิติทางกายภาพและสังคม (4 องค์ประกอบ) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 386$, $df = 160$, $p = 0.000$, $\chi^2/df = 2.41$, CFI = 0.95, TLI = 0.94, RMSEA = 0.059, SRMR = 0.045)

แบบวัดแรงจูงใจ (Motivation) ประกอบด้วยแรงจูงใจอัตโนมัติและเชิงเหตุผล ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 619$, $df = 242$, $p = 0.000$, $\chi^2/df = 2.55$, CFI = 0.95, TLI = 0.94, RMSEA = 0.062, SRMR = 0.047)

แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาป้องกัน HIV ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 17.8$, $df = 8$, $p = 0.023$, $\chi^2/df = 2.22$, CFI = 0.99, TLI = 0.98, RMSEA = 0.055, SRMR = 0.018)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จุดมุ่งหมายในการวิจัยระยะที่ 2 คือเพื่อทดสอบโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มตัวอย่างคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 400 คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) โดยโปรแกรม JAMOV

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์แทนค่าดัชนีทางสถิติและอักษรย่อแทนตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการวิจัย ในตาราง 18 และตาราง 19 สำหรับลำดับการนำเสนอผลการวิจัย ประกอบด้วย (1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร และ (3) ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้เพิร์พ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 18 สัญลักษณ์แทนค่าสถิติ

สัญลักษณ์	แทน
χ^2	ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square statistic)
GFI	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness-of-Fit Index)
AGFI	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแล้ว (Adjusted goodness-of-fit index)
SRMR	ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized root-mean square residual)
RMSEA	ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนของความแปรปรวน (Root-mean square error of approximation)
NFI	ดัชนีวัดความเป็นปกติ (Normal Fit Index)
CFI	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index)
TE	อิทธิพลรวม (Total effect)
DE	อิทธิพลทางตรง (Direct effect)
IE	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)
R^2	ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณยกกำลังสอง (Squared multiple correlation)
λ	ค่าถ่วงน้ำหนักของตัวแปรที่เชื่อมโยงโครงสร้างการวัดเมตริกซ์
β	ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรแฝงภายใน

ตาราง 19 อักษรย่อแทนตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกต

อักษรย่อ		ชื่อตัวแปร
ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	
PA		ความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
	PrA	ความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
CA		ความสามารถต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พ
	PhC	ความสามารถทางกายภาพ
	PsC	ความสามารถทางทางจิตใจ
PO		โอกาสทางกายภาพ
	PhO	โอกาสทางกายภาพ
SO		โอกาสทางสังคม
	StO	การตีตราทางสังคม
	SeO	คุณภาพการให้บริการ
	FrO	การสนับสนุนจากคนใกล้ชิด
	MeO	การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อ
MO		แรงจูงใจ
	AM	แรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติ
	AIM	อุปสรรคจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด
	TrM	ความเชื่อมั่นต่อบุคลากรทางการแพทย์
	CoM	เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย
	RM	แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล
	RIM	การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี
	BeM	การรับรู้ประโยชน์ของเพิร์พและความตระหนักในสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ มีจำนวนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการสุขภาพทางเพศ ทั้งสิ้น 400 คน มีอายุเฉลี่ย 33.29 ปี (SD.= 7.61) โดยมีอายุน้อยที่สุดคือ 20 ปี และอายุมากที่สุดคือ 55 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 60 มีอาชีพเป็นพนักงานเอกชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.43 รองลงมาคือ นิสิต/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.86 มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 รองลงมาคือ พนักงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 16 มีรายได้อยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.5 รองลงมาคือ รายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 51 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 241 คน (ร้อยละ 60.25) ส่วนใหญ่มีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นเกย์

จำนวน 341 คน (ร้อยละ 85.25) รองลงมาเป็นไบเซ็กชวล จำนวน 45 คน (ร้อยละ 11.25) ลักษณะบทบาททางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นแบบทั้งสองลักษณะมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.5 จำนวนคู่นอน 2-3 คนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 การใช้ถุงยางอนามัยของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ใช้ถุงยางอนามัยบ่อยครั้ง (75%) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.5 การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ดื่มเป็นบางครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.5 ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 96.3 ประวัติการใช้จ่ายเงิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 94.3 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาใช้เพิร์พเฉลี่ยที่ 21.43 เดือน (SD.= 19.01) ส่วนใหญ่ไม่เคยหยุดใช้เพิร์พ คิดเป็นร้อยละ 77 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้เพิร์พ คิดเป็นร้อยละ 78.5 และส่วนใหญ่ไม่เคยรับยาเพ็พมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 71.75

ตาราง 20 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Max= 55, Min= 20)	X=33.29	SD.=7.61
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	0.50
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช	11	2.75
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส	57	14.25
ปริญญาตรีเทียบเท่า	240	60.00
สูงกว่าปริญญาตรี	90	22.50
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	3.00
นิสิต/นักศึกษา	18	4.50
รับจ้างทั่วไป	59	14.75
รับจ้างธุรกิจส่วนตัว	59	14.75
พนักงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ	64	16.00
พนักงานบริษัทเอกชน	188	47.00
รายได้		
ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน	28	7.00
10,001-20,000 บาท/เดือน	100	25.00
20,001-30,000 บาท/เดือน	102	25.50
30,001-40,000 บาท/เดือน	64	16.00
40,001-50,000 บาท/เดือน	43	10.75

ตาราง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	121	30.25
สิทธิประกันสังคม	204	51.00
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	52	13.00
ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน	14	3.50
ชำระเงินเอง	9	2.25
สถานภาพ		
โสด(ไม่มีคู่นอนประจำที่อยู่ด้วยกัน)	241	60.25
คู่(มีคู่นอนประจำที่อยู่ด้วยกัน)	159	39.75
อัตลักษณ์ทางเพศ		
เกย์	341	85.25
ไบเซ็กชวล	45	11.25
ไม่ต้องการระบุ	14	3.50
บทบาททางเพศ/ความชอบทางเพศ		
ฝ่ายรุก	142	35.50
ฝ่ายรับ	96	24.00
ทั้งสองลักษณะ	162	40.50
จำนวนคู่นอน 6 เดือนที่ผ่านมา		
1 คน	115	28.75
2-3 คน	152	38.00
4-5 คน	62	15.50
6-10 คน	34	8.50
มากกว่า 10 คนขึ้นไป	37	9.25
การใส่ถุงยางอนามัย		
ไม่ได้เลย (0%)	33	8.25
น้อยครั้ง (25%)	41	10.25
บางครั้ง (50%)	86	21.50
บ่อยครั้ง (75%)	122	30.50
ทุกครั้ง (100%)	118	29.50
ทั้งสองลักษณะ	162	40.50
การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่ดื่มเลย	168	42.00
ดื่มเป็นบางครั้งคราว (1-2 ครั้ง/เดือน)	194	48.50
ดื่มค่อนข้างบ่อย (4-5 ครั้ง/สัปดาห์)	31	7.75
ดื่มเป็นประจำ (6-7 ครั้ง/สัปดาห์)	7	1.75

ตาราง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการใช้สารเสพติด		
ไม่เคยใช้ยาเสพติดทุกประเภท	385	96.25
เคยใช้ แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	2	0.50
ไม่ขอตอบคำถามนี้	13	3.25
ประวัติการใช้ยาจิตเวช		
ไม่เคยใช้	377	94.25
ปัจจุบันใช้ยา	23	5.75
ระยะเวลาใช้เพ็พ (Max= 144 เดือน, Min= 6 เดือน)	X=21.43	SD.=19.01
ประวัติการเคยหยุดใช้เพ็พ		
ไม่เคย	308	77.00
เคย	92	23.00
อาการข้างเคียงจากการใช้เพ็พ		
ไม่มีอาการ	314	78.50
คลื่นไส้/อาเจียน	54	13.50
น้ำหนักลด	2	0.50
ปวดศีรษะ/เวียน	29	7.25
ผื่นคันตามร่างกาย	1	0.25
ประวัติรับยาเพ็พ		
ไม่เคย	287	71.75
เคย	113	28.25

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร

ในการนำเสนอลักษณะพื้นฐานของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในครั้งนี้นำเสนอไปด้วยการนำเสนอค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง ดังสรุปในตารางที่ 18

สำหรับการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ เมื่อพิจารณาค่าความเบ้และความโด่งพบว่าตัวแปรสังเกตมีการแจกแจงแบบปกติ และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีขนาดใหญ่เพียงพอ การแจกแจงของข้อมูลจึงมีแนวโน้มเข้าสู่การแจกแจงแบบปกติ

ตาราง 21 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ความเบ้	ความโด่ง
ความสามารถทางกายภาพ	5.242	.897	-1.522	2.786
ความสามารถทางจิตใจ	5.430	.788	-1.962	5.218
โอกาสทางกายภาพ	3.959	1.271	-.357	-.518
การตีตราทางสังคม	4.006	1.580	-.318	-1.053
คุณภาพการให้บริการ	5.180	1.068	-1.438	1.599
การสนับสนุนจากเครือข่าย	4.753	1.288	-.965	.198
การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์	4.900	1.156	-1.072	.687
อุปสรรคจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด	4.828	1.302	-1.066	.483
ความเชื่อมั่นต่อบุคลากรการแพทย์	5.355	.919	-1.465	1.947
เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย	3.667	1.520	-.011	-1.160
การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี	4.836	1.187	-.973	.428
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้เพิร์ท	5.403	.855	-1.980	4.542
ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัส เชื้อเอชไอวี	5.365	.791	-1.699	2.671

การแจกแจงแบบปกติ (Normality of Data) ผลการตรวจสอบพบว่าตัวแปรสังเกตทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ โดยมีค่าความเบ้ (Skewness) อยู่ระหว่าง -1.980 ถึง -.011 (ไม่เกิน ± 2) และค่าความโด่ง (Kurtosis) อยู่ระหว่าง -1.160 ถึง 5.218 (ไม่เกิน ± 7) ตามเกณฑ์ของ West et al. (1996) นอกจากนี้ เนื่องจากการศึกษานี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่เพียงพอ (N=400) ข้อมูลจึงมีแนวโน้มเข้าสู่การแจกแจงแบบปกติ ทำให้มีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) ได้อย่างน่าเชื่อถือ

ตาราง 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ความสามารถทางกายภาพ	1.00												
ความสามารถทางจิตใจ	.414**	1.00											
โอกาสทางกายภาพ	.097	.047	1.00										
การตีราคาทางสังคม	.127*	.129**	.336**	1.00									
คุณภาพการให้บริการ	.271**	.331**	-.021	-.118*	1.00								
การสนับสนุนจากเครือข่าย	.280**	.176**	-.052	.026	.487**	1.00							
การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์	.219**	.227**	-.039	.074	.553**	.560**	1.00						
อุปสรรคจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด	.052	.136**	.333**	.309**	.148**	.053	-.001	1.00					
ความเชื่อมั่นต่อบุคลากรแพทย์	.451**	.603**	.059	.148**	.353**	.238**	.256**	.161**	1.00				
เจตคติต่อการใช้ถุงยางฯ	.066	.037	.275**	.259**	.060	-.027	-.012	.359**	-.050	1.00			
การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี	.214**	.368**	-.040	-.012	.244**	.230**	.236**	.046	.319**	.014	1.00		
การรับรู้ประโยชน์ของเพิร์ทและความตระหนัก ในสุขภาพ	.430**	.538**	.015	.097	.448**	.307**	.344**	.141**	.553**	-.002	.548**	1.00	
ความร่วมมือในการใช้เพิร์ทฯ	.398**	.415**	.018	.123*	.494**	.354**	.408**	.192**	.447**	.077	.310**	.514**	1.00

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1. ความสามารถทางกายภาพ 2. ความสามารถทางจิตใจ 3. โอกาสทางกายภาพ 4. การตีราคาทางสังคม 5. คุณภาพการให้บริการ 6. การสนับสนุนจากเครือข่าย 7. การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ 8. อุปสรรคจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด 9. ความเชื่อมั่นต่อบุคลากรแพทย์ 10. เจตคติต่อการใช้ถุงยางฯ 11. การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี 12. การรับรู้ประโยชน์ของเพิร์ท 13. ความร่วมมือในการใช้เพิร์ทฯ

ตาราง 23 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝง

ตัวแปรแฝง	ความสามารถ	โอกาสทางกายภาพ	โอกาสทางสังคม
ความสามารถ	1.00		
โอกาสทางกายภาพ	.019	1.00	
โอกาสทางสังคม	.405*	-.041	1.00

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝง พบว่าตัวแปรแฝงทุกคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (β) อยู่ระหว่าง -0.041 ถึง 0.405 ซึ่งไม่เกินเกณฑ์ 0.85 จึงแสดงว่าตัวแปรแฝงในแบบจำลองมีความตรงเชิงจำแนก (Discriminant Validity) และไม่พบปัญหาความสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) อย่างมีนัยสำคัญ

การวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Jamovi ด้วยวิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์แบบอาศัยความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum likelihood: ML) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของตัวแปรความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในการวิเคราะห์โมเดล ผู้วิจัยพัฒนาโมเดลตามสมมติฐานขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องร่วมกับข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์โมเดลเบื้องต้นพบว่าโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 375$, $df = 60$, $p = 0.000$, $\chi^2/df = 6.250$, $RMSEA=0.115$, $SRMR=0.089$, $GFI=0.991$, $AGFI=0.984$, $NFI=0.765$, $CFI=0.792$) ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับแก้โมเดลตามรายละเอียดดังนี้

พิจารณาตัดตัวแปรแฝงความสามารถต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพร็พ เนื่องจากพบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรแฝงภายในของตัวแปรแฝงดังกล่าวมีค่าสูง และไม่ได้แสดงอิทธิพลโดยตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพร็พอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรแรงจูงใจกับตัวแปรความสามารถมีค่าสูงมาก ซึ่งมี $\beta = 0.925$ และ $p = 0.001$ อาจพิจารณาได้ว่า อิทธิพลส่วนใหญ่ของตัวแปรความสามารถถูกส่งผ่านไปยังตัวแปรแรงจูงใจก่อน ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดตัวแปรแฝงความสามารถ

นอกจากสมการความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์ฟเพื่อลดความสัมพันธ์ซับซ้อนของโมเดล และได้พิจารณาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ของแบบวัดความสามารถในระยะแรก พบว่าแบบจำลองตามสมมติฐานที่มีทั้งความสามารถทางกายภาพและทางจิตใจ ยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเด่นชัด โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ($CFI = 0.86$, $RMSEA = 0.160$) แม้ในขั้นต้นจะมีการปรับแก้โมเดลตามดัชนีการปรับแก้ (MI) จนผ่านเกณฑ์ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของข้อคำถามความสามารถทางกายภาพ พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับมิติอื่น (อยู่ระหว่าง 0.56–0.83) และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพียงร้อยละ 56.59 ซึ่งน้อยกว่ามิติความสามารถทางจิตใจที่อธิบายความแปรปรวนได้สูงถึงร้อยละ 74.53 ความไม่สอดคล้องเชิงสถิตินี้สะท้อนให้เห็นว่า ข้อคำถามในส่วนความสามารถทางกายภาพอาจยังไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีพอในการวัดตัวแปรแฝงนี้ในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งลักษณะข้อคำถามอาจมีความซ้ำซ้อนกับตัวแปรด้านพฤติกรรมหรือโอกาส ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาปรับตัวแปรแฝงความสามารถให้เหลือเพียงมิติทางจิตใจ

นอกจากนี้ผู้วิจัยพิจารณาปรับตัวแปรโอกาสเนื่องจากตัวแปรดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อทั้งตัวแปรความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์ฟและตัวแปรแรงจูงใจ และเมื่อพิจารณาในเชิงทฤษฎี COM-B model ตัวแปรแฝงโอกาสมักถูกแยกเป็น 2 มิติย่อยที่สำคัญ คือ โอกาสทางกายภาพ และโอกาสทางสังคม โดยตัวแปรโอกาสที่เป็นตัวแปรแฝงเดียว ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.70$) จึงมีความเป็นไปได้สูงว่า มิติย่อยสองมิตินี้ไม่ได้ส่งผลไปในทิศทางเดียวกัน หรือมีน้ำหนักไม่เท่ากัน และเมื่อพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโอกาสทางกายภาพ และโอกาสทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบที่ต่ำมาก คือ -0.0281 หรือใกล้เคียง 0 โดยแสดงให้เห็นว่าตัวแปรแฝงทั้งสองมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก เกือบเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยจึงพิจารณาปรับตัวแปรแฝงดังกล่าวเป็น 2 มิติ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมในทิศทางและน้ำหนักที่ต่างกัน การแยกมิติช่วยให้สามารถวัดผลกระทบที่แท้จริงของโอกาสแต่ละประเภทต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟได้ชัดเจนขึ้น

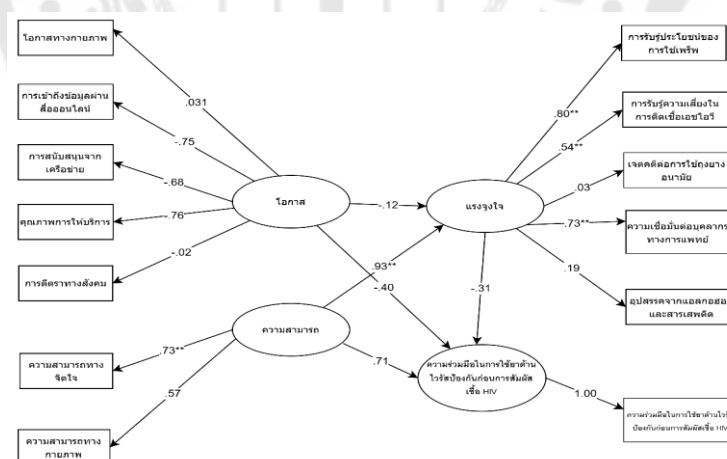
พิจารณาตัดเส้นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต จำนวนทั้งหมด 11 เส้นความสัมพันธ์ โดยทำการตัดทีละเส้นความสัมพันธ์และพิจารณาเลือกตัดจากค่าสถิติ Modification Index ที่สูงสุดก่อนเสมอ

ผลการวิเคราะห์โมเดลสมมติฐานมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 39$, $df = 37$, $p = 0.381$, $\chi^2/df = 1.054$, $RMSEA=0.012$, $SRMR=0.028$, $GFI=0.999$, $AGFI=0.997$, $NFI=0.973$, $CFI = 0.999$)

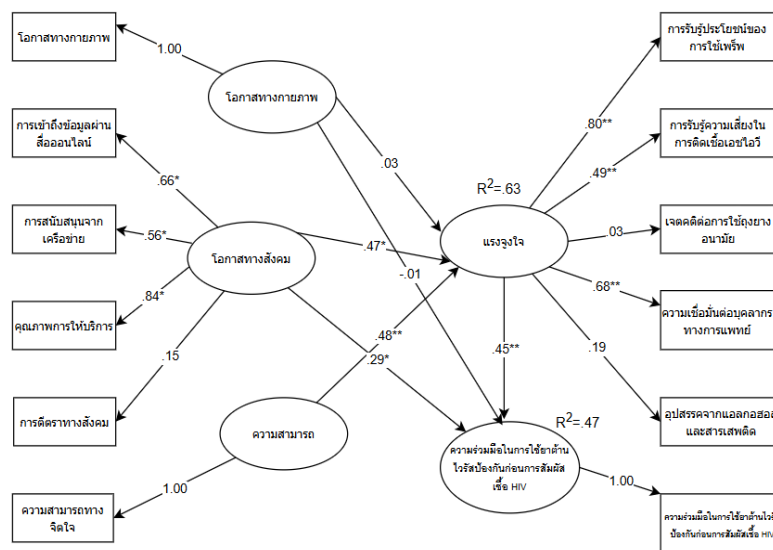
ภาพประกอบ 10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรในโมเดลสมมติฐานก่อนการปรับแก้โมเดล ตาราง 20 แสดงผลการวิเคราะห์โมเดลก่อนและหลังการปรับแก้โมเดล รวมถึงเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาค่าดัชนีที่ใช้ประเมินความสอดคล้องกลมกลืน (Fit indices) ซึ่งครอบคลุมค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน ได้แก่ ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล (Model fit) ความสอดคล้องกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Model comparison) (Lomax, 2004)

ตาราง 24 ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล

ค่าดัชนีความสอดคล้อง	เกณฑ์	ค่าสถิติในโมเดลก่อนปรับโมเดล	ค่าสถิติในโมเดลหลังปรับโมเดล
χ^2	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	375	39
χ^2/df	น้อยกว่า 3	6.250	1.054
GFI	มากกว่า 0.90	0.991	0.999
AGFI	มากกว่า 0.90	0.984	0.997
SRMR	น้อยกว่า 0.05	0.089	0.028
RMSEA	ระหว่าง 0.05-0.08	0.115	0.012
NFI	มากกว่า 0.90	0.765	0.973
CFI	มากกว่า 0.90	0.792	0.999



ภาพประกอบ 12 โมเดลสมมติฐานความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้เพริฟ ก่อนปรับโมเดล



ภาพประกอบ 13 โมเดลสมมติฐานความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ไพร่ฟ หลังปรับโมเดล

เมื่อพบว่าโมเดลสมมติฐานมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีแล้ว ผู้วิจัยพิจารณาขนาดและทิศทางค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรในโมเดล ดังที่สรุปไว้ในภาพประกอบและตาราง

ลำดับต่อไปเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์โมเดลการวัด (Measurement model) ในโมเดลสมมติฐานความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีรายละเอียดดังนี้

โมเดลการวัดตัวแปรความสามารถ สามารถวัดได้ด้วยตัวแปรสังเกตแบบตัวบ่งชี้เดียว จึงมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00 แสดงว่าตัวแปรสังเกตสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีของตัวแปรความสามารถได้

โมเดลการวัดตัวแปรโอกาสทางกายภาพ สามารถวัดได้ด้วยตัวแปรสังเกตแบบตัวบ่งชี้เดียว จึงมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00 แสดงว่าตัวแปรสังเกตสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีของตัวแปรโอกาสทางกายภาพได้

โมเดลการวัดตัวแปรโอกาสทางสังคม สามารถวัดได้ด้วยตัวแปรสังเกตสี่ตัว โดยตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ สูงที่สุดคือ .84 รองลงมาคือตัวชี้วัดการเข้าถึงผ่านสื่อออนไลน์ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .66 ตัวชี้วัดการสนับสนุนจากเครือข่ายมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .56 โดยทั้งสามตัวชี้วัดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวชี้วัดการติดต่อทาง

สังคมมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .15 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตัวแปรสังเกตทั้งสี่ตัวสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีของตัวแปรโอกาสทางสังคมได้

โมเดลการวัดตัวแปรแรงจูงใจ สามารถวัดได้ด้วยตัวแปรสังเกตห้าตัว โดยตัวชี้วัดการรับรู้ประโยชน์ของเพิร์พและความตระหนักในสุขภาพมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ สูงที่สุดคือ .80 รองลงมาคือตัวชี้วัดความเชื่อมั่นต่อบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .68 และตัวชี้วัดการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .49 โดยทั้งสามตัวชี้วัดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวชี้วัดอุปสรรคจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .19 และตัวชี้วัดเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .03 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตัวแปรสังเกตทั้งห้าตัวสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีของตัวแปรแรงจูงใจได้

โมเดลการวัดตัวแปรความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สามารถวัดได้ด้วยตัวแปรสังเกตแบบตัวบ่งชี้เดียว จึงมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00 แสดงว่าตัวแปรสังเกตสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีของตัวแปรความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีได้

นอกจากนี้ ยังแสดงให้เห็นผลการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างที่แสดงให้เห็นถึงค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของตัวแปรความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และตัวแปรแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี มีรายละเอียดดังนี้

โอกาสทางกายภาพ (PO) โอกาสทางสังคม (SO) และแรงจูงใจ (MO) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) ได้ร้อยละ 47 ($R^2 = 0.470$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ความสามารถ (CA) โอกาสทางกายภาพ (PO) และโอกาสทางสังคม (SO) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของแรงจูงใจ (MO) ได้ถึงร้อยละ 63.347 ($R^2 = 0.633$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง

ตาราง 25 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุ

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม					
	ความร่วมมือในการใช้เพิร์พ (PA) ($R^2=0.470$) อยู่ในระดับปานกลาง			แรงจูงใจ (MO) ($R^2=0.633$) อยู่ในระดับสูง		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
ความสามารถ (CA)	-	.215**	.215**	.478**	-	.478**
โอกาสทางกายภาพ (PO)	-	-	-	-	-	-
โอกาสทางสังคม (SO)	.299*	.212*	.511*	.470*	-	.470*
แรงจูงใจ (MO)	.449**	-	.449**	-	-	-

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ลำดับถัดไปเป็นการสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยรายข้อ โดยเริ่มจากการนำเสนอผลการวิจัยหลักคือ โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 39$, $df = 37$, $p = 0.381$, $\chi^2/df = 1.054$, $RMSEA=0.012$, $SRMR=0.028$, $GFI=0.999$, $AGFI=0.997$, $NFI=0.973$, $CFI = 0.999$) กล่าวคือ โมเดลสมมติฐานสามารถอธิบายสาเหตุของความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

สมมติฐานข้อ 1 ความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) ไม่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากความสามารถ (CA) จึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยไม่สามารถยอมรับสมมติฐานได้

สมมติฐานข้อ 2 โอกาสอันเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) ไม่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากโอกาสทางกายภาพ (PO) แต่กลับได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากโอกาสทางสังคม (SO) ($\beta = 0.299$, $p < .05$) แสดงว่าเมื่อชายที่มี

เพศสัมพันธ์กับชายมีโอกาสทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ยิ่งทำให้การแสดงความร่วมมือในการใช้เพิร์พมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยสามารถยอมรับสมมติฐานได้บางส่วน

สมมติฐานข้อ 3 แรงจูงใจในตัวบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) ได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากแรงจูงใจ (MO) ($\beta = 0.449, p < .01$) แสดงว่าเมื่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีระดับแรงจูงใจในการป้องกันตนเองสูง ก็ยิ่งทำให้แสดงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องสูงขึ้นตามไปด้วย จึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยสามารถยอมรับสมมติฐานได้

สมมติฐานข้อ 4 ความสามารถและโอกาสของบุคคลมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยผ่านแรงจูงใจในตัวบุคคล ผลการวิจัยพบว่า โอกาสทางกายภาพ (PO) ไม่ได้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) ผ่านตัวแปรส่งผ่านแรงจูงใจ (MO) แต่ความสามารถ (CA) และโอกาสทางสังคม (SO) มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) โดยมีแรงจูงใจ (MO) ทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน (MO) ($\beta = 0.215, p < .01$; $\beta = 0.212, p < .05$ ตามลำดับ) แสดงว่าการที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการรับรู้ความสามารถทางจิตใจและมีโอกาสทางสังคมที่สนับสนุน ซึ่งสิ่งนี้ไม่ได้ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้เพิร์พโดยตรง แต่ช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ (Motivation) ในการป้องกันตนเองให้สูงขึ้นก่อนและแรงจูงใจที่สูงขึ้นนี้เป็นตัวผลักดันสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พที่ดีขึ้นในที่สุด จึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยสามารถยอมรับสมมติฐานได้บางส่วน

บทที่ 5

การสรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (Exploratory sequential mixed methods design)(Creswell & Clark, 2017) ครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายในการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1 เพื่อค้นหาการให้ความหมาย ลักษณะ และเงื่อนไข รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้หลักการวิเคราะห์ข้อมูลของ ไมล์ และฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) แล้วจึงนำข้อค้นพบที่ได้มาพัฒนาเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุเพื่อใช้ศึกษาในการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 400 คน ด้วยวิธีการแจกแบบสอบถามออนไลน์ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบสมมติฐาน โดยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modelling: SEM) ด้วยโปรแกรม JAMOVI รายละเอียดของผลการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีดังนี้

การสรุปผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

วัตถุประสงค์ที่ 1 ทำความเข้าใจประสบการณ์และมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในมุมมองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า ในบริบทและพฤติกรรมเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและมีพลวัต โดยมีปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. การนัดพบผ่านช่องทางออนไลน์ ที่ดูจะเป็นเหมือนดาบสองคม ถึงแม้จะสร้างโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ แต่กลับนำไปสู่ความเสี่ยงที่ไม่คาดคิด เช่น การถูกล่อลวง การใช้สารเสพติดร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ยินยอม

2. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การลดทอน

ความรู้สึกทางเพศ, ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์, ความไว้วางใจในคู่อุปถัมภ์ และภาพลวงตาแห่งความปลอดภัย จากการใช้ของตุนใช้เพรีพจนนำไปสู่การละเลยการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ

3. พฤติกรรมการเปลี่ยนคู่อุปถัมภ์ เป็นไลฟ์สไตล์ที่เน้นความตื่นเต้น อิสระ และการค้นหาตัวตนซึ่งเพิ่มโอกาสในการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หากขาดการป้องกันที่รัดกุม

สำหรับกระบวนการและคุณลักษณะความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จมีความร่วมมือในการใช้เพรีพที่ตีนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่เกิดจากกระบวนการจัดการตนเองอย่างชัดเจน ดังนี้

เมื่อเกิดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการการตัดสินใจรับเพรีพเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยกระบวนการสู่ความสำเร็จ ประกอบด้วย การใช้เพรีพด้วยความสมัครใจ การใช้เพรีพแม้ต้องเผชิญผลข้างเคียง การใช้เพรีพเป็นส่วนหนึ่งกับกิจวัตรประจำวัน การใช้เพรีพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมถึงการให้ความสำคัญกับการตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการ

ข้อค้นพบเกี่ยวกับคุณค่าของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี สิ่งนี้ก้าวข้ามขีดจำกัดของการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ โดยเป็นการสร้าง วจรแห่งคุณค่าที่ครอบคลุมมิติทางจิตใจและสังคม คุณค่าที่ได้รับจากการมีวินัยในการใช้ยา เพรีพเป็นเสมือนแรงขับเคลื่อนย้อนกลับ (Reinforcement) ที่ช่วยสร้างความยั่งยืนให้กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยสามารถสรุปคุณค่าหลักได้ 3 ประการ ดังนี้

1. การรักตนเอง

ในที่นี้อยู่ในฐานะผลลัพธ์ในเชิงบวกเมื่อเกิดความร่วมมือในการใช้เพรีพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และนี่ไม่ได้จบลงเพียงแค่การคงสถานะผลเลือดเป็นลบเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่การตระหนักรู้และเติบโตของการรักตนเอง

2. ความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อทำสำเร็จ

ความสำเร็จในการรับประทานเพรีพตรงเวลาทุกวันอย่างสม่ำเสมอและการไปตรวจตามแพทย์นัด ก่อให้เกิดความรู้สึกทางบวกที่เรียกว่า ความพอใจและความชื่นชมต่อผลงานที่ทำได้ของตัวเอง

3. การเป็นต้นแบบให้คนรอบข้าง

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันตนเองด้วยเพิร์ฟไม่เพียงแต่ได้รับคุณค่าส่วนตัวเท่านั้น แต่ยังสร้างโอกาสในการ ถ่ายทอดประสบการณ์เชิงบวกให้กับเครือข่ายทางสังคมรอบข้าง

ข้อค้นพบเกี่ยวกับมูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่

ปัจจัยอุปสรรค

ประกอบด้วย การไม่สามารถพกยาติดตัวได้ตลอดเวลา ความเข้าใจจำกัดและความตระหนักเรื่องตารางการใช้เพิร์ฟ ความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบบระยะยาว การรับรู้ความเสี่ยงต่ำและประเมินความเสี่ยงผิดพลาด การถูกกล่าวหาว่าสำส่อนและถูกตีตราว่าติดเชื้อ ผลกระทบจากแอลกอฮอล์ ยาจิตเวช สารเสพติดและสภาวะทางการเงิน

ปัจจัยสนับสนุน

กลุ่มกลยุทธ์ส่วนบุคคล ประกอบด้วย เตือนจำ เตือนนัด พกยาไม่ห่างกาย สมครใจใช้เพิร์ฟเป็นส่วนหนึ่งกับกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มปัจจัยด้านจิตใจ/ทัศนคติ ประกอบด้วย ความเชื่อมั่นในตนเอง ความไม่มั่นใจต่อพฤติกรรมคู่นอน ความรู้สึกเชิงลบกับการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้ภัยคุกคามและการรับรู้ความเสี่ยง การรักตนเอง

กลุ่มปัจจัยภายนอก (ระบบ/สังคม) ประกอบด้วย นโยบายการจัดหา ยา PrEP ฟรีจากภาครัฐ การสนับสนุนจากเพื่อน คุณภาพบริการ การเข้าถึงข้อมูลเพิร์ฟได้ง่ายผ่านช่องทางออนไลน์ และความเชื่อมั่นในคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

และสุดท้ายการจำแนกและเปรียบเทียบคุณลักษณะระหว่างกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟดีและไม่ดี โดยสามารถแบ่งประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. พื้นฐานด้านประชากรและมุมมองต่อการใช้เพิร์ฟ

กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟดีมักเป็นผู้ใหญ่ (อายุเฉลี่ย 32.8 ปี) ใช้เพิร์ฟมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้มีมุมมองว่าการใช้เพิร์ฟคือ การรักตัวเองและเป็นความภูมิใจที่สามารถรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ ในขณะที่กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟไม่ดี มักเป็นวัยรุ่นหรือวัยทำงานตอนต้น (อายุเฉลี่ย 25.1 ปี) ซึ่งมักมองว่าการใช้ยาเป็นภาระ และเป็นสิ่งที่คอยตอกย้ำความกังวลเรื่องผลข้างเคียง

2. การจัดการพื้นที่ส่วนตัวและการตีตราทางสังคม (Stigma)

อุปสรรคที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ ความกลัวถูกตัดสิน กลุ่มที่ใช้จ่ายไม่สม่ำเสมอไม่กล้าพยายาหรือกินยาต่อหน้าผู้อื่น เพราะกังวลว่าคนรอบข้างจะมองว่าตนเองติดเชื้อ HIV หรือมีพฤติกรรมสำส่อน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ร่วมมือดีซึ่งสามารถสร้างขอบเขตส่วนตัว และยอมรับการกินยาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต โดยเลือกเก็บยาในที่ที่ปลอดภัยแต่เข้าถึงง่าย ทำให้ความกลัวทางสังคมไม่สามารถบั่นทอนความสามารถในการเตรียมพร้อมของพวกเขาได้

3. กลยุทธ์การสร้างกิจวัตรและเทคโนโลยีช่วยจำ

ความสำเร็จในการรับประทานเพริฟอย่างสม่ำเสมอ (มากกว่า 4 เม็ด/สัปดาห์) เกิดจากการผนวกการรับประทานเพริฟเข้ากับกิจวัตรเดิม เช่น รับประทานพร้อมยาประจำตัวอื่นๆ และการใช้เทคโนโลยีอย่างเคร่งครัด เช่น การตั้งนาฬิกาปลุกหรือแอปพลิเคชันแจ้งเตือน ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่มีปัญหาเรื่องความสม่ำเสมอมักพึ่งพาเพียงความจำของตนเอง ซึ่งมักล้มเหลวเมื่อต้องเผชิญกับปัจจัยแทรกซ้อน เช่น งานยุ่ง การไปปาร์ตี้ หรือการดื่มแอลกอฮอล์

4. ทักษะคิดต่อผลข้างเคียงและเป้าหมายระยะยาว

แม้ทั้งสองกลุ่มจะกังวลเรื่องผลข้างเคียง (เช่น อาการมึนงง หรือผลต่อไตและกระดูก) แต่กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้เพริฟดีจะมีความทนทานต่อสภาวะสูงกว่า เพราะมองเห็นคุณค่าของผลลัพธ์ในอนาคตและเข้าใจว่าอาการลึ้มป่วยในช่วงแรกเป็นเพียงเรื่องชั่วคราว ขณะที่กลุ่มที่ใช้จ่ายไม่สม่ำเสมอมักใช้ความกังวลเรื่องผลข้างเคียงเป็นเหตุผลหลักในการหยุดยาหรือเลื่อนนัด

การสรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

วัตถุประสงค์ที่ 2 พัฒนาเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้จ่ายต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

สรุปผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้จ่ายต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีรายละเอียดดังนี้

1. การพัฒนาเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุเบื้องต้น จากผลการวิเคราะห์ในตอนที่ 1 สะท้อนมุมมองประสบการณ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้จ่ายต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในแง่ขององค์ประกอบของปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคโดยเชื่อมโยงกับแนวคิด COM-B สามารถสรุป

องค์ประกอบหลัก แบ่งออก 7 มิติ ได้แก่ 1) ความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 2) ความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 3) โอกาสทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 4) โอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 5) แรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 6) แรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี 7) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content Validity & Pilot Test) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยเริ่มต้นจากการสร้างข้อคำถาม 100 ข้อ และให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านพิจารณาค่า IOC พบว่ามีข้อคำถาม 4 ข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 จึงถูกตัดออก คงเหลือ 96 ข้อ และการทดลองใช้ (Pilot Test) นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเสมือน 30 คน เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (CITC) และความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) สรุปผลดังนี้ ทุกชุดแบบวัดมีความเชื่อมั่น (α) ผ่านเกณฑ์ (อยู่ระหว่าง 0.719 – 0.972) แสดงว่าข้อคำถามมีความคงเส้นคงวาในการวัด โดยมีการตัดข้อคำถามที่มีค่า CITC ต่ำกว่า 0.30 ออกในบางมิติ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพสูงสุด

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน เพื่อระบุโครงสร้างองค์ประกอบที่ชัดเจน โดยใช้เกณฑ์ Eigenvalue > 1 และ Factor Loading \geq 0.50 สรุปผลได้ 13 องค์ประกอบ รวม 74 ข้อคำถาม

4. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Structural Validity) ผู้วิจัยได้ทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีมาก โดยมีค่าดัชนีผ่านเกณฑ์พิจารณา (เช่น CFI > 0.95, TLI > 0.94, RMSEA < 0.08) ไม่มีปัญหาพหุร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอยู่ในช่วงที่เหมาะสม ($r < 0.85$) ซึ่งในส่วนของแบบวัดความสามารถ มีการปรับแบบจำลองตามดัชนีการปรับ (Modification Index) เพื่อให้ได้ค่าสถิติที่ยอมรับได้ จากการตรวจสอบข้างต้น พบว่าแบบวัดมีความเหมาะสมในการนำไปใช้วัดความร่วมมือในการใช้เพิร์พ ของ MSM ในบริบทของประเทศไทยได้

วัตถุประสงค์ที่ 3 ทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า โมเดลสมมติฐานมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี ($\chi^2 = 39$, $df = 37$, $p = 0.381$, $\chi^2/df = 1.054$, $RMSEA=0.012$, $SRMR=0.028$, $GFI=0.999$, $AGFI=0.997$, $NFI=0.973$, $CFI = 0.999$) ซึ่งโมเดลที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้อธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างแม่นยำ

สมมติฐานข้อ 1 ผลการวิจัยไม่สามารถยอมรับสมมติฐานได้ กล่าวคือ ผลการวิจัยไม่พบตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) ที่ส่งผ่านความสามารถ (CA)

สมมติฐานข้อ 2 ผลการวิจัยสามารถยอมรับสมมติฐานได้บางส่วน กล่าวคือ ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) ได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากโอกาสทางสังคม (SO) ($\beta = 0.299$, $p < .05$) แสดงว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีโอกาสทางสังคมที่สูง ยิ่งมีความร่วมมือในการใช้เพิร์พฯ สูง

สมมติฐานข้อ 3 ผลการวิจัยสามารถยอมรับสมมติฐานได้ กล่าวคือ ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) ได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากแรงจูงใจ (MO) ($\beta = 0.449$, $p < .01$) แสดงว่า เมื่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีแรงจูงใจในการป้องกันตนเองสูง ก็ยิ่งทำให้แสดงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องสูง

สมมติฐานข้อ 4 ผลการวิจัยสามารถยอมรับสมมติฐานได้บางส่วน กล่าวคือ ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้รับอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกจากความสามารถ (CA) และโอกาสทางสังคม (SO) โดยผ่านแรงจูงใจ (MO) ($\beta = 0.215$, $p < .01$, $\beta = 0.212$, $p < .05$) ตามลำดับ แสดงว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความสามารถทางจิตใจและรับรู้โอกาสทางสังคมสูง จะมีแรงจูงใจสูง ก็ยิ่งมีความร่วมมือในการใช้เพิร์พสูง

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

การศึกษาในการวิจัยระยะที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาการให้ความหมาย ลักษณะและเงื่อนไข รวมทั้งปัจจัยเชื้อและอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกัน ก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ภายใต้ประสบการณ์ของการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยการอภิปรายข้อค้นพบในการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้จึงประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ ประสบการณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะของความร่วมมือในการใช้เพิร์พ คุณค่าของความร่วมมือในการใช้เพิร์พ และสุดท้ายปัจจัยอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ มีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ภายใต้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเผย แง่มุมที่ซับซ้อน และมีรากฐานมาจากหลายมิติ ทั้งด้านจิตวิทยาส่วนบุคคล อิทธิพลจากเทคโนโลยี และการจัดการ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบพฤติกรรมเสี่ยงหลัก 3 ประการที่สำคัญ ได้แก่

1) การนัดพบผ่านช่องทางออนไลน์ (แอปพลิเคชันและเว็บไซต์) ถูกนิยามเป็นสะพาน เชื่อมแห่งยุคสมัย แต่เป็นมิติแห่งความเสี่ยงที่ซ่อนเร้นด้วยเช่นกัน กลายเป็นช่องทางหลักที่อำนวยความสะดวกให้เกิดกิจกรรมทางเพศที่เสี่ยงสูง และยังเกี่ยวข้องกับมิติของความรุนแรงทางเพศและการใช้สารเสพติด โดยผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าเทคโนโลยีดิจิทัลได้เปลี่ยนแปลงบริบทของการสร้างความสัมพันธ์ทางเพศในกลุ่ม MSM อย่างมีนัยสำคัญ การใช้แอปพลิเคชัน (Grindr, Tinder, Hornet) เว็บไซต์ และกลุ่มออนไลน์นี้ได้กลายเป็นช่องทางหลักในการค้นหาคู่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goedel และ Duncan (2016) ที่พบว่าการใช้แอปพลิเคชันหาคู่มือมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงขึ้นในกลุ่ม MSM รวมถึงการมีคู่นอนหลายคน และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (Filice et al., 2022; Gibson et al., 2022; Holloway et al., 2015)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้เผยให้เห็นมิติที่สำคัญ คือความเสี่ยงต่อการถูกคุกคามทางเพศและความรุนแรง ดังที่ปรากฏในเรื่องเล่าของผู้ให้ข้อมูลที่ประสบการณ์การถูกทำร้ายทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์แบบหมุ่โดยไม่ยินยอม และการถูกหลอกให้ใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi et al. (2016) ที่พบว่า MSM ที่ใช้แอปพลิเคชันหาคู่มือมีความเสี่ยงสูงต่อการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์และการเผชิญกับความรุนแรงทางเพศ (Angelone et al., 2024; Wells et al., 2018)

2) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย การวิจัยนี้ระบุปัจจัยที่ซับซ้อนหลายประการที่นำไปสู่พฤติกรรมนี้ได้แก่ (1) การสูญเสียสติสัมปชัญญะจากแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (2) การรับรู้ว่าคุณงามอนามัยลดความพึงพอใจทางเพศ (3) การขัดจังหวะอารมณ์ทางเพศ (4) การใช้เป็นเครื่องพิสูจน์ความไว้วางใจในความสัมพันธ์ และ (5) ความมั่นใจที่เกินจริงในการป้องกันจากเพิร์พ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Sexual Script Theory ที่อธิบายว่าพฤติกรรมทางเพศถูกกำหนดโดยบรรทัดฐานทางสังคมและความคาดหวังทางวัฒนธรรม (Simon, 2017) โดยในกลุ่ม MSM การไม่ใช้ถุงยางอนามัยมักถูกเชื่อมโยงกับความใกล้ชิด ความไว้วางใจ และความเป็นธรรมชาติของความสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Haire et al. (2021) ที่พบว่าผู้ใช้เพิร์พมีแนวโน้มลดการใช้ถุงยางอนามัยลงโดยเฉพาะกับคู่นอนที่รู้จักว่าใช้เพิร์พเช่นกัน

3) การมีคู่นอนหลายคนและเปลี่ยนคู่อ้อย การวิจัยนี้นำเสนอมุมมองผ่านพฤติกรรมนี้ โดยไม่เพียงมองเป็นพฤติกรรมเสี่ยงเท่านั้น แต่ยังพิจารณาบริบททางสังคมและความหมายส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าพฤติกรรมนี้เกิดจากการแสวงหาความตื่นเต้น ความแปลกใหม่ การสัมผัสถึงอิสรภาพทางเพศ (Sexual Freedom) และการเดินทางเพื่อการค้นพบตัวเอง (Self-discovery) ซึ่งในบริบทของกลุ่มประชากรที่ถูกกดทับด้วยบรรทัดฐานทางสังคมที่ยึดเพศวิถีชายหญิงเป็นหลัก (Heteronormativity) พฤติกรรมนี้เปรียบเสมือนการสร้างพื้นที่ปลอดภัย เพื่อทดลองและยืนยันอัตลักษณ์ของตนเอง ความตื่นเต้นและความแปลกใหม่ที่ได้รับ ไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของอารมณ์ใคร่ แต่คือการเติมเต็มคุณค่าในตัวเอง (Self-validation) ในสังคมที่มักจะปฏิเสธตัวตนของพวกเขาสอดคล้องกับ Sexual Minority Stress Theory (Meyer, 2003) ที่อธิบายว่า MSM เผชิญกับแรงกดดันเฉพาะจากการถูกตีตราทางสังคม ประกอบด้วย แรงกดดันจากภายนอก (Distal Stress) การที่สังคมมองว่าความสัมพันธ์แบบเพศเดียวกันเป็นสิ่งไม่ปกติ หรือมองว่ากลุ่ม MSM มีความสำคัญ ทำให้หลายคนเลือกที่จะใช้ชีวิตในวัฒนธรรมทางเพศแบบปิดหรือการใช้แอปพลิเคชันออนไลน์เพื่อหาคู่ ซึ่งเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนคู่อ้อยครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกระบุตัวตนในระยะยาว ในมุมมองหนึ่งการมีคู่นอนหลายคนอาจถูกมองว่าเป็นกลไกการรับมือ (Coping Mechanism) ต่อความโดดเดี่ยวทางสังคม แต่ในอีกมุมมองหนึ่งมันคือการปฏิเสธการถูกตีตรา โดยการแสดงออกถึงอำนาจเหนือร่างกายและเพศวิถีของตนเอง การเลือกที่จะมีคู่นอนหลายคนอย่างอิสระจึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการแสดงอิสรภาพจากกรอบศีลธรรมของสังคมกระแสหลัก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Parsons et al. (2013) ที่พบว่าการมีคู่นอนหลายคนในกลุ่ม MSM ไม่ได้เกิดจากความไม่รับผิดชอบเพียงอย่างเดียว แต่เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างอัต

ลักษณะทางเพศและการแสวงหาความสัมพันธ์ที่หลากหลาย หากมองความร่วมมือในการใช้เพิร์พ จากประเด็นนี้ พบว่า เพิร์พไม่ได้เป็นเพียงแค่เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ แต่ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือ สร้างความมั่นใจ (Empowerment Tool) ที่ช่วยให้ MSM สามารถแสวงหาความตื่นตัวและ อิศรภาพทางเพศได้โดยไม่ต้องแบกรับความกังวล (Anxiety) ซึ่งเป็นผลมาจาก Minority Stress และเป็นการจัดการความเสี่ยงด้วยตนเอง โดยการรับประทานเพิร์พอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มที่มีคูนอนหลายคนสะท้อนถึงความรับผิดชอบต่อตนเองและการเปลี่ยนความกลัวจากการถูกตีตราเรื่อง การติดเชื้อ ให้กลายเป็นการจัดการสุขภาพที่ตนเองควบคุมได้

2. ลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

ผลการวิจัยนี้นำเสนอภาพที่ชัดเจนของความร่วมมือที่ดีในการใช้เพิร์พ ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ (1) การใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอ (2) การใช้แม้อาจมีผลข้างเคียง (3) การใช้เพิร์พผนวกเข้ากับกิจวัตรประจำวัน (4) การใช้อย่างต่อเนื่อง (5) การใช้เพิร์พอย่าง สม่ำเสมอ และ (6) การตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบ แนวคิด Medication Adherence ของ WHO (2003) ที่กำหนดว่าความร่วมมือในการใช้ยาคือ ระดับที่พฤติกรรมของบุคคล การรับประทานยาและการเปลี่ยนแปลงไลฟ์สไตล์ สอดคล้องกับ คำแนะนำที่ตกลงร่วมกันกับผู้ให้บริการสุขภาพ โดยเน้นย้ำถึงความสม่ำเสมอและการตัดสินใจ ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

3. คุณค่าของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

การวิจัยนี้นำเสนอมุมมองที่ลึกซึ้งถึงคุณค่าหลายมิติที่เกิดจากความร่วมมือในการใช้เพิร์พ ได้แก่ (1) การรักตัวเอง (2) ความภูมิใจในตนเอง และ (3) การเป็นต้นแบบให้คนรอบข้าง คุณค่า ทั้งสามมิติที่ได้รับจากความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พนี้ ได้สร้างวงจรการดูแลตนเองที่ยั่งยืน (Sustainable Self-Care Cycle) โดยเปลี่ยนจากการปฏิบัติตามคำสั่งทางการแพทย์ไปสู่การเป็น การแสดงออกเชิงอัตลักษณ์ (Identity Expression) ของการรักตนเองและความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ

การรักตัวเอง การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการรักตัวเองทำหน้าที่สองบทบาท คือเป็นทั้ง ปัจจัยเอื้อที่นำไปสู่การตัดสินใจใช้เพิร์พ และผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดจากความสำเร็จในการใช้เพิร์พ อย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำว่าการรักตัวเองเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้พวกเขาดูแลสุขภาพ อย่างจริงจัง มุมมองนี้สอดคล้องกับ Self-Compassion Theory (Neff, 2003) ที่อธิบายว่า ความ

เมตตาการุณาต่อตนเองจะส่งเสริมให้บุคคลมีความปรารถนาที่จะเห็นตัวเองมีความสุขและสุขภาพที่ดีในระยะยาว

สำหรับเหตุผลที่การรักตัวเองเพิ่มขึ้นจากความสำเร็จในการใช้เพิร์พสะท้อนให้เห็น positive feedback loop ที่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพเสริมสร้างความภาคภูมิใจและนำไปสู่การดูแลตนเองที่ดีขึ้นอีก สอดคล้องกับ Social Cognitive Theory (Bandura, 1986) ที่เน้นความสำคัญของประสบการณ์ความสำเร็จจากความพยายามของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ทรงพลังที่สุดในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เมื่อคนเราสามารถเอาชนะอุปสรรคและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถและส่งผลให้มีความมุ่งมั่นที่จะเผชิญหน้ากับความท้าทาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Parsons et al. (2013) ที่พบว่า MSM ที่มีความเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีแนวโน้มใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอมากกว่า และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่า นอกจากนี้การตระหนักรู้ว่าตนเองมีค่าพอที่จะได้รับความสุขและความปลอดภัยยังเป็นการยืนยันตัวตนที่ยอมรับทุกมิติของตนเอง

ความภูมิใจในตนเอง ผู้ให้ข้อมูลแสดงความภูมิใจในความสามารถในการรักษาวินัยในการใช้เพิร์พ และความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นจากการรู้ว่าตนเองกำลังป้องกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความพอใจ ชื่นชมที่มีต่อความสำเร็จนี้สอดคล้องกับ ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986) โดยเฉพาะแนวคิดความเชี่ยวชาญจากการปฏิบัติ (Mastery Experience) ที่เน้นว่า ความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ (เช่น การรับยาตรงเวลาทุกวัน) จะตอกย้ำความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) ว่าตนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้จริง

การเป็นต้นแบบให้คนรอบข้าง จากการที่ผู้ช้ยาเพิร์พที่ประสบความสำเร็จแบ่งปันประสบการณ์และแนะนำให้เพื่อนหรือคนสนิทช้ยาเพิร์พ คุณค่านี้แสดงให้เห็นว่า ความร่วมมือในการช้ยาเพิร์พมีมิติทางสังคมที่กว้างกว่าสุขภาพส่วนบุคคล สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura & Walters, 1977) โดยเฉพาะแนวคิดการเรียนรู้จากการสังเกต (Observational Learning) หรือ การเป็นต้นแบบ (Role Modeling) การเป็นต้นแบบสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นให้กับเครือข่ายทางสังคมรอบข้าง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขยายผลการป้องกันเอชไอวีในระดับชุมชน สังคม การศึกษาของ Young et al. (2018) พบว่า การวิจัยโดยการจัดกระทำในการนำโดยเพื่อน คนสนิท (Peer-led Interventions) มีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มการรับรู้และการใช้เพิร์พในกลุ่ม MSM สูงขึ้น เนื่องจากความน่าเชื่อถือและการเข้าใจประสบการณ์ร่วมกัน

ประเด็นที่ 2: มูลเหตุจูงใจของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV

ปัจจัยอุปสรรค

การวิจัยนี้ระบุอุปสรรค 7 ประการที่สำคัญ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การไม่สามารถพกยาติดตัวได้ตลอดเวลา เผยให้เห็นว่าพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำถูกปลูกฝังรากลึกอยู่ในการจัดการชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม ความยากลำบากของผู้เข้าร่วมการศึกษาในการรักษาการเข้าถึงยาสะท้อนให้เห็นถึงความกังวลในวงกว้างเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูล ความเป็นส่วนตัวและการบูรณาการการป้องกันเอชไอวีเข้ากับอัตลักษณ์ทางสังคมของตน ผู้ให้ข้อมูลหลายรายรายงานถึงความท้าทายในการพกเพิร์พ เมื่อต้องออกจากบ้านหรือเดินทางโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ระบุว่า การรบกวนกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้เพิร์พ (Haberer et al., 2015)

ความรู้ที่จำกัด ผู้ให้ข้อมูลแสดงความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกลไกการทำงานของเพิร์พ เชื่อว่ายาคงอยู่ในร่างกายนานคล้ายอาหาร สะท้อนถึง health literacy gap ที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Owens et al. (2022) ที่พบว่าความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับเพิร์พเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใช้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภาวระทางการเงิน แม้เพิร์พจะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังคงกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดและการตรวจคัดกรองอื่น ๆ ที่ต้องจ่ายเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chemnasiri et al. (2019) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเพิร์พเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงและการใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

การตีตราทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลบางรายกลัวถูกเข้าใจผิดว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือมีพฤติกรรมสำส่อน สอดคล้องกับ Sexual Minority Stress Theory (Meyer, 2003) ที่อธิบายว่า MSM เผชิญกับแรงกดดันเฉพาะจากการถูกตีตราทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ความเครียดภายนอก (Distal Stressors) และความเครียดภายใน (Proximal Stressors) โดยความเครียดจากการถูกตีตรา (Social Stigma) ในสังคมไทยยังคงเข้มข้น แม้ว่าการใช้เพิร์พจะเป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แต่สังคมมักเชื่อมโยงการใช้เพิร์พกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงสูง ความเครียดจากภายนอกนี้ทำหน้าที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้กลุ่มความร่วมมือต่ำ (Poor Adherence) เลือกว่าจะเลื่อนนัดหรือหยุดยา เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับสภาวะที่ตอกย้ำอัตลักษณ์กลุ่มน้อยในเชิงลบ ในขณะที่ความเครียดภายในที่เกิดจากการคาดการณ์ว่าจะถูกปฏิเสธ (Expectation of Rejection) และการปกปิดอัตลักษณ์ (Concealment) เพื่อความปลอดภัยในหน้าที่การงานหรือ

ครอบครัว เมื่อการรับประทานเพิร์พทุกวันกลายเป็นหลักฐานที่อาจเปิดเผยพฤติกรรมทางเพศ จึงเกิดสภาวะความเครียดสะสมที่บั่นทอนแรงจูงใจ (Motivation) ในการรับประทานเพิร์พให้สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยระยะที่ 2 ที่พบว่าแรงจูงใจมีอิทธิพลสูงสุดต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พของ MSM นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Madhani et al. (2022) ที่อธิบายว่าการตีตราเพิร์พเกิดจาก (1) การเชื่อมโยงกับเอชไอวี (2) การตัดสินพฤติกรรมทางเพศ และ (3) การรับรู้ว่าคุณใช้เพิร์พมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพทางเพศต่ำ การศึกษาของ Golub et al. (2013) พบว่าการตีตรานี้ส่งผลให้ผู้ใช้เพิร์พบางรายเก็บเป็นความลับและอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ในบริบทนี้ ยาเพิร์พ (PrEP) และพฤติกรรมรับประทานเพิร์พได้กลายเป็นสัญลักษณ์ทางสังคมที่มีความหมายซ่อนเร้น ซึ่งทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Blumer, 1986) อธิบายว่า มนุษย์สร้างความหมายและความเข้าใจต่อโลกผ่านสัญลักษณ์ (Symbols) และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) การที่ผู้ใช้ยาเพิร์พต้องพยายามปกปิดการใช้ยา ไม่สามารถพักยาติดตัวได้ตลอดเวลา และกลัวว่าคนอื่นจะรับรู้การใช้ยาของตน สะท้อนว่ายาเพิร์พไม่ได้เป็นเพียงยารักษาโรคแต่เป็นสัญลักษณ์ที่ถูกตีความเชิงลบโดยสังคม ดังนั้น การตีตราทางสังคมที่มาพร้อมกับการใช้ยาเพิร์พไม่ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถทางกายภาพหรือความรู้ แต่เป็นการสร้าง อุปสรรคเชิงสังคมที่บีบให้ผู้ใช้ต้องเลือกระหว่างการรักษาความลับทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งความขัดแย้งนี้อธิบายได้อย่างชัดเจนภายใต้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ว่า ความหมายที่สังคมมอบให้แก่สัญลักษณ์ของการป้องกันเอชไอวีเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ขัดขวางความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พ

ความกังวลเรื่องผลข้างเคียงระยะยาว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายแสดงความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบต่อไต โดยเฉพาะผลกระทบในระยะยาวต่อร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wood et al. (2019) ที่พบว่า ความกังวลเรื่องความเป็นพิษของยา (Medication toxicity) และผลกระทบทางสรีรวิทยาในระยะยาวเป็นอุปสรรคสำคัญทำให้กลุ่มเป้าหมายลังเลที่จะเริ่มใช้ยาหรือหยุดยาไปกลางคัน

การรับรู้ความเสี่ยงต่ำและประเมินความเสี่ยงผิดพลาด ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีแรงจูงใจในการใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอลดลงเนื่องจากรับรู้ความเสี่ยงส่วนตัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีต่ำ แม้จะมีคู่นอนหลายคน ซึ่งเป็นอคติเชิงบวก (Positive Bias) ในแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล (Reflective Motivation) ของแนวคิด COM-B และสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในมิติการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และอคติทางบวกเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่ทำให้ประเมินความเสี่ยงไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมจริง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Chemnasiri et al. (2019) พบว่า อุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อเอชไอวีต่ำ หรือไม่มีเลย

ปัจจัยสนับสนุน

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการเปลี่ยนเจตนาให้กลายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนของผู้ใช้เพร็พนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นลอย ๆ แต่ต้องอาศัยบันไดหรือปัจจัยเอื้อหนุนที่แข็งแรง ทั้งจากกลยุทธ์ส่วนบุคคล ทัศนคติภายใน และระบบสนับสนุนภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี รวมถึงงานวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กลุ่มกลยุทธ์ส่วนบุคคล

เตือนจำ เตือนนัด พกยาไม่ห่างกาย การสร้างกิจวัตรและการจัดการตนเองเป็นหัวใจสำคัญของการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ซึ่งการสร้างพฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น การเตือนนัดและการพกยาติดตัว ทั้งนี้ การเตือนจำ การเตือนนัด หรือการพกยาติดตัวไม่ใช่แค่กิจกรรมทั่วไปแต่คือการสร้างสิ่งเร้า (Cue to action) เพื่อเปลี่ยนความตั้งใจให้เป็นการกระทำจริง สอดคล้องกับแนวคิด Implementation Intentions (Gollwitzer, 1999) ซึ่งเป็นการวางแผนล่วงหน้าว่าจะทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ ช่วยให้การรับประทานครีพเปลี่ยนจากความพยายามเป็นการทำโดยอัตโนมัติ (Habit Formation) นอกจากนี้ การพกยาติดตัวตลอดเวลาเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chemnasiri et al. (2019) พบว่าปัจจัยเอื้อต่อความร่วมมือในการใช้เพร็พคือ การเก็บเพร็พให้พร้อมสำหรับการรับประทานครีพ และความพยายามปรับให้เข้ากับรูปแบบดำเนินชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Amico et al. (2014) ซึ่งศึกษาเรื่องความร่วมมือในการใช้เพร็พ พบว่า ผู้ที่มีกลยุทธ์ในการจัดการกิจวัตรและการใช้สิ่งเตือนความจำมีแนวโน้มที่จะมีระดับยาในเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีกลยุทธ์เหล่านี้ อย่างมีนัยสำคัญ

สมัครใจใช้เพร็พเป็นส่วนหนึ่งกับกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญ การที่บุคคลสมัครใจเลือกใช้เพร็พแทนที่จะถูกบังคับโดยสถานการณั้สะท้อนถึงทฤษฎีการกำหนดตนเอง เมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีอำนาจการตัดสินใจ (Autonomy) (Ryan & Deci, 2000) และเห็นว่าการใช้เพร็พ คือการรักตนเอง ดังนั้นการรับประทานครีพจะเปลี่ยนจากการทำตามคำสั่งแพทย์เป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Golub et al. (2013) ที่พบว่า แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษา รวมถึงการที่ผู้ใช้เพร็พ พยายามเชื่อมโยงการรับประทานครีพเข้ากับกิจกรรมวิถีชีวิตที่ทำอยู่แล้ว เช่น อาบน้ำ แปรง

พิน ก่อนนอน สอดคล้องกับการศึกษาของ Haberer et al. (2015) ที่พบว่าผู้ที่สามารถเชื่อมโยงการรับประทานเพิร์พกับกิจกรรมประจำวันจะมีความสม่ำเสมอในการใช้เพิร์พสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีกลยุทธ์การจัดการตนเอง

2. กลุ่มปัจจัยด้านจิตใจและทัศนคติ

ปัจจัยภายในเป็นตัวกำหนดความพร้อมและการตัดสินใจเชิงรุกในการป้องกันตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ที่จะใช้เพิร์พให้ตรงเวลาเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมที่สำคัญที่สุดตามทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura ที่ระบุว่า ความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการบางอย่างเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Golub et al. (2023) ที่ระบุว่า ความมั่นใจ (Self-efficacy) ในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามการใช้ยาโดยเฉพาะ เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญของการมีพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งทำนายการปฏิบัติตามการรักษาเอชไอวีได้อย่างแม่นยำ

การรับรู้ภัยคุกคามและการรับรู้ความเสี่ยง สอดคล้องกับกรอบของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model - HBM) ซึ่งบุคคลจะเริ่มพฤติกรรมป้องกันตนเองเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีโอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และความเสี่ยงนั้นมีความรุนแรง (Perceived Severity) เนื่องจากเป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ใช้เพิร์พตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงและการรักตนเองทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจภายในที่เปลี่ยนการรับรู้ความเสี่ยงจากความหวาดกลัวให้กลายเป็นการดูแลเชิงรุก ดังนั้น เมื่อผู้รับบริการมองว่าสุขภาพของตนมีค่า การรับรู้ความเสี่ยงจะเป็นเหตุผลความจำเป็นที่ต้องแสวงหาเครื่องมือคุ้มครองตนเอง ทำให้เพิร์พไม่ได้เป็นแค่ยา แต่เป็นสัญลักษณ์ของการให้เกียรติและรับผิดชอบต่อร่างกายของตนเอง

ความรู้สึกเชิงลบกับการใช้ถุงยางอนามัย เป็นเสมือนการต่อรองระหว่างความสุขและความปลอดภัย การมีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ถุงยางอนามัยในทางจิตวิทยาและสังคมวิทยา มักถูกรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคมากกว่าแค่เรื่องของอุปกรณ์ป้องกัน ถุงยางอนามัย (ความไม่สะดวก/ขัดขวางอารมณ์) ทำให้เพิร์พกลายเป็นทางเลือกที่มีคุณค่าสูงขึ้นในสายตาผู้ใช้ (Value-based choice) เมื่อผู้ใช้มองว่าถุงยางอนามัยขัดขวางอารมณ์ต่อเนื่อง หรือลดทอนความรู้สึกสัมผัสที่เป็นธรรมชาติ ซึ่งในมุมมองของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) (Ajzen, 1991) ทัศนคติที่เป็นลบต่อพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง จะทำให้ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมนั้นลดลง ดังนั้นเมื่อถุงยางอนามัยถูกประเมินว่าไม่ตอบโจทย์ทางด้านอารมณ์ความรู้สึก เพิร์พจึงเข้ามาตอบโจทย์การป้องกันเอชไอวีแทน ซึ่งช่วยให้ผู้ใช้ยังคงรักษาความพึงพอใจทางเพศไว้ได้ ขณะที่

ยังคงระดับความปลอดภัยที่สูงมาก สอดคล้องกับแนวคิด Pleasure-inclusive Sexual Health ที่มองว่าการป้องกันที่ยั่งยืนต้องไม่ทำลายความพึงพอใจส่วนบุคคล (Philpott et al., 2006) ความไม่มั่นใจในคู่นอนสะท้อนถึงภาวะที่บุคคลไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกได้ ซึ่งเป็นจุดอ่อนของการป้องกันที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งสองฝ่าย ในหลายความสัมพันธ์การร้องขอให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยอาจนำไปสู่ความขัดแย้งหรือถูกตีความว่าขาดความไว้วางใจ เกิดเป็นความเหลื่อมล้ำของอำนาจการต่อรอง ดังนั้น การใช้เพริพจึงเป็นการย้ายอำนาจการควบคุมกลับมาอยู่ที่ตัวบุคคลเอง ตามแนวคิดของ Bandura (1977) (Self-Efficacy) ผู้ใช้ยาจะรู้สึกมีอำนาจเหนือสุขภาพตนเอง (Empowerment) เพราะไม่ต้องขึ้นอยู่กับความเชื่อสัตย์หรือความร่วมมือของคู่นอนอีกต่อไป เพริพจึงทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันส่วนบุคคลที่ช่วยลดความวิตกกังวลในความสัมพันธ์ที่มีความไม่แน่นอนสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ware et al. (2012) ที่พบว่าเพริพเป็นทางเลือกในการป้องกันสุขภาพโดยที่ไม่ต้องยุติความสัมพันธ์

การรักตนเอง ไม่ได้เป็นเพียงความรู้สึกทางจิตวิทยา แต่ในบริบทปัจจัยเอื้อนี้ทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจส่วนบุคคลที่ทรงพลังที่สุดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน บุคคลมีการประเมินตนเองและสถานการณ์มาก่อน การรักตนเองเป็นเชื้อเพลิงนำไปสู่การกระทำ ซึ่งเป็นการรับรู้ว่าคุณค่า การตัดสินใจใช้เพริพจึงเป็นเหมือนการลงทุนกับสุขภาพในอนาคต สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenberg (1965) พบว่า การรักตนเองเชื่อมโยงโดยตรงกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ผู้ที่มีการรักตนเองสูงจะมีแนวโน้มที่จะปกป้องตนเองจากความเสี่ยง

3. กลุ่มปัจจัยภายนอก ระบบ และสังคม

โครงสร้างเชิงนโยบายและแรงสนับสนุนจากคนรอบข้างเป็นตัวเอื้ออำนวย (Enabling Factors) ที่ทำให้พฤติกรรมเกิดขึ้นได้จริง

นโยบายเพริพฟรีของภาครัฐ การที่ประเทศไทยบรรจุเพริพเข้าสู่สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UHC) ช่วยลดภาระทางการเงิน ซึ่งเคยเป็นปัจจัยขัดขวางหลักในอดีต สอดคล้องกับ ทฤษฎีเชิงนิเวศวิทยาทางสังคม (Social Ecological Model) ที่ระบุว่านโยบาย (Policy Level) คือฐานรากที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้จริงในระดับกว้าง ทฤษฎีเชิงนิเวศวิทยาทางสังคม (Social Ecological Model)

ระดับนโยบาย (Policy Level): นโยบาย PrEP ฟรีของภาครัฐ (เช่น สปสช. ในบริบทไทย) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phanuphak et al. (2018) ที่ชี้ว่าการจัดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มการเข้าถึงยาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และหญิงข้ามเพศ

ระดับชุมชนและระบบบริการ (Community & Health System): การเข้าถึงข้อมูลง่ายผ่านออนไลน์ และความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang et al. (2016) ที่พบว่า ความไว้วางใจในระบบบริการ (Medical Trust) และคุณภาพการสื่อสาร ช่วยลดความกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรับบริการอย่างต่อเนื่อง

ระดับบุคคลระหว่างกัน (Interpersonal Level): การสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) ช่วยลดความโดดเดี่ยวและสร้างบรรยากาศเชิงบวกในการดูแลสุขภาพ

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้ามกรณี (Cross-Case Analysis) ระหว่างกลุ่มที่มีความร่วมมือดี (Good Adherence) และกลุ่มที่มีความร่วมมือไม่ดี (Poor Adherence) ผู้วิจัยพบข้อค้นพบสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่า ความแตกต่างของพฤติกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยภายในบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถอธิบายผ่านกรอบทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ใน 3 มิติหลัก ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการพฤติกรรม (Self-Efficacy & Behavioral Regulation) ตามแนวคิดของ ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่มีอิทธิพลสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่า ความสามารถส่งผลผ่านแรงจูงใจไปสู่พฤติกรรม ($\beta = 0.215$) โดยมีข้อค้นพบที่แตกต่างกันดังนี้

กลุ่มที่มีความร่วมมือดี มีระดับ Self-Efficacy สูง ในการจัดการเพิร์พ โดยก้าวข้ามจากการใช้ความจำไปสู่การสร้างระบบจุดยึดพฤติกรรม (Behavioral Anchoring) หรือการสร้างนิสัย (Habit Formation) เช่น การรับประทานเพิร์พพร้อมวิตามินหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การปฏิบัติที่สำเร็จซ้ำ ๆ นี้ช่วยตอกย้ำความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพได้ (Mastery Experience)

กลุ่มที่มีความร่วมมือไม่ดี มักพ่ายแพ้ต่อตัวขัดขวางพฤติกรรม (Behavioral Disrupters) โดยเฉพาะแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ซึ่งมีฤทธิ์ลดทอนสติสัมปชัญญะและการควบคุมตนเอง (Self-Control) ทำให้ความตั้งใจในระยะแรกไม่สามารถเปลี่ยนเป็นการปฏิบัติจริงได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์สิ่งเร้า

2. มิติด้านความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

ความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนผ่านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและอุปสรรคตามกรอบของ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (Perceived Susceptibility & Severity) กลุ่มที่ร่วมมือดีมักมีประสบการณ์ตรง หรือเหตุการณ์วิกฤต (Cues to Action) เช่น การเคยติดเชื้อ ซิฟิลิสหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจนี้ทำให้เขามองเห็น ภัยคุกคามของเอชไอวีเป็นเรื่องใกล้ตัวและมีความรุนแรงสูง นำไปสู่ความพยายามในการป้องกันที่ เข้มงวด

การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่ร่วมมือไม่ดีให้น้ำหนัก กับอุปสรรคมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits) ในเวลาต่อมา โดยเฉพาะอุปสรรคเชิงจิตวิทยา เช่น ความกังวลผลข้างเคียงต่อไต ภาระค่าใช้จ่ายแฝง หรือการตีตราทางสังคม (Stigma) ที่มองว่าการใช้ยาคือสัญลักษณ์ของความสำส่อน อุปสรรคเหล่านี้กลายเป็นกำแพงทาง จิตวิทยา ที่บั่นทอนความสม่ำเสมอในการใช้ยา

3. แหล่งที่มาของแรงจูงใจ (Self-Determination Theory: SDT) เมื่อพิจารณาผ่านทฤษฎี การกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง (SDT) พบว่า ตำแหน่งของแรงจูงใจเป็นจุดแยกสำคัญที่กำหนด ความยั่งยืนของพฤติกรรม

แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) กลุ่มที่มีความร่วมมือดีใช้การ รักตนเอง (Self-love) และการเห็นคุณค่าในสุขภาวะเป็นแรงขับเคลื่อนหลัก (Autonomous Motivation) การใช้ เพร็พสำหรับกลุ่มนี้จึงไม่ใช่เพียงการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ (Compliance) แต่เป็นการเลือก เพื่อรักษาคุณค่าของชีวิตตนเอง ทำให้พฤติกรรมมีความคงเส้นคงวาสูง

แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) กลุ่มที่มีความร่วมมือไม่ดีมักถูกกระตุ้นจาก ปัจจัยภายนอกหรือสถานการณ์เฉพาะหน้า (Controlled Motivation) เช่น การรับประทานเพร็พ เฉพาะเมื่อนัดพบคุณอนที่ตนเองไม่ไว้ใจ เมื่อปัจจัยภายนอกเหล่านี้หายไป หรืออยู่ในช่วงที่ไม่มี คุณอน พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพร็พก็จะลดลงหรือหายไปตามสภาวะการณ์ (Situational Adherence)

ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้ามกรณี พบว่า การเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้เพร็พ ใน กลุ่ม MSM จะต้องมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนตำแหน่งของแรงจูงใจจากภายนอกสู่ภายใน ควบคู่กับ การลดอุปสรรคทางจิตวิทยา และการฝึกทักษะการสร้างกิจวัตรเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ภายใต้บรรยากาศการบริการที่เป็นมิตรและปราศจากการตัดสิน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการ ป้องกันเอชไอวีได้อย่างยั่งยืนในระดับบุคคลและชุมชน

การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

จากการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในระยะที่ 2 ผู้วิจัยพบประเด็นสำคัญที่ต้องนำมาอภิปรายเชิงวิพากษ์ (Critical Discussion) ดังนี้

1. แม้ว่าในระยะเริ่มแรกผู้วิจัยวางกรอบตัวไว้ตาม COM-B ซึ่งมี 7 มิติ แต่ผลการวิเคราะห์ EFA สามารถสกัดได้ถึง 13 องค์ประกอบ ประเด็นนี้สะท้อนว่ากรอบแนวคิด COM-B เพียงลำพังอาจกว้างเกินไปที่จะครอบคลุมบริบทเฉพาะของเพิร์พ โดยการที่มิติของแรงจูงใจถูกแยกย่อยออกเป็นเรื่องการรักตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของเพิร์พ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้ไม่ได้วัดแค่พฤติกรรมแต่กำลังวัดมิติทางอารมณ์และสังคมที่ซ้อนทับกัน ซึ่งเป็นผลจากการบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ทั้ง 5 ชุดในระยะที่ 1

2. ปัญหาการทับซ้อนเชิงโดเมน ในประเด็นข้อความถามของความสามารถทางกายภาพที่อาจถูกมองว่าเป็นเชิงพฤติกรรมหรือการจัดการสิ่งแวดล้อม แม้การทับซ้อนนี้จะทำให้ค่าสถิติ CFA ในมิติกายภาพดูไม่เด่นชัดเท่าที่พึงพอใจ หากจะมองในแง่ของความตรงตามบริบทเครื่องมือนี้ถือว่ามีประสิทธิภาพสูง เพราะสะท้อนว่า MSM ไม่ได้แยกการทำงานของสมองออกจากเครื่องมือสื่อสารในชีวิตประจำวัน การวัดที่ทับซ้อนจึงเป็นการวัดความจริงของวิถีชีวิตที่เทคโนโลยีกลายเป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะมนุษย์

ทั้งนี้เครื่องมือประเมินนี้อาจมีความไม่สมบูรณ์ หากพิจารณาตามแนวคิด COM-B model แต่เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูง ในเชิงบริบทวัฒนธรรม MSM ไทย เพราะถูกสร้างขึ้นจากร่องรอยประสบการณ์จริงที่ผ่านการกลั่นกรองด้วยเลนส์ทฤษฎีที่หลากหลายตั้งแต่ต้น

ผลการวิจัยในการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้าง (SEM) พบว่า โมเดลสมมติฐานสามารถอธิบายสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ โดยมีรายละเอียดการอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัย 4 ข้อ ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 กล่าวว่าความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากความสามารถ ผลการวิจัยผลการศึกษาพบว่า ความสามารถ (Capability) ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ ซึ่งหากอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการสร้างนิสัย (Habit Formation Theory) อาจกล่าวได้ว่า ในระยะเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำเป็นต้องใช้ความสามารถใน

ระดับจิตสำนึก (Conscious Capability) อย่างเข้มข้นเพื่อเรียนรู้และจัดอุปสรรค เมื่อพฤติกรรมได้รับการปฏิบัติซ้ำอย่างสม่ำเสมอ กลไกการควบคุมพฤติกรรมจะเกิดการเปลี่ยนผ่าน (Transition) จากการควบคุมโดยเจตนาเชิงสติ (Conscious Intention) ไปสู่การถูกขับเคลื่อนโดยสิ่งชี้แนะทางบริบทแบบอัตโนมัติ (Automatic Contextual Cues) ส่งผลให้บทบาทของความสามารถในการกำกับพฤติกรรมโดยตรงลดน้อยลง และถูกแทนที่ด้วยความคุ้นชินหรือนิสัยแทน (Neal et al., 2006)

ดังนั้น การที่ความสามารถไม่ได้มีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอาจเป็นเพราะความสามารถได้บรรลุภารกิจในการสร้างความเคยชินให้แก่ผู้ใช้ยาเพิร์ฟแล้ว โดยทำหน้าที่เป็นรากฐานที่มั่นคงในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องใช้การคิดอย่างมีเหตุผล ให้กลายเป็นการกระทำที่สม่ำเสมอและการเรียนรู้ทางกลไก (Procedural Learning) เกิดขึ้นได้เองตามสัญชาตญาณ

สมมติฐานข้อ 2 กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากโอกาสทางสังคม ผลการวิจัยสามารถยอมรับสมมติฐานได้บางส่วน โดยอิทธิพลทางตรงเชิงบวกของโอกาสทางสังคมนั้นถูกขับเคลื่อนโดยองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ 4 มิติ ซึ่งสะท้อนถึงการทำงานของระบบทางสังคมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านคุณภาพการให้บริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับการบริการที่มีคุณภาพสูงเป็นมิตร ไม่ตัดสิน และมีความยืดหยุ่น (Friendly, Supportive, Flexible Services) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์ฟอย่างต่อเนื่อง โดยการบริการที่เป็นมิตรช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยและความไว้วางใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ โดยเฉพาะเมื่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและผลข้างเคียงกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลไกที่ช่วยลดอุปสรรคเชิงระบบ และส่งเสริมความต่อเนื่องในการรับบริการตรวจตามนัด สอดคล้องกับการวิจัยของ Seekaew et al. (2019) ที่ศึกษาในกลุ่ม MSM และ Transgender Women ในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ร่วมมือในการใช้เพิร์ฟบอยที่สุดคือ อุปสรรคเชิงระบบ (Systemic barriers) เช่น ความไม่สะดวกในการเดินทางและการรอคอยที่ยาวนาน ซึ่งตรงกันข้ามกับบริการที่มีคุณภาพสูงและยืดหยุ่น และการวิจัยของ Kimani et al. (2021) ที่พบว่า หากบุคลากรทางการแพทย์ใช้วิธีการสื่อสารที่เปิดกว้างและไม่ตัดสิน สอดคล้องกับ แนวทางปฏิบัติของ WHO ที่เน้นย้ำว่า การดูแลที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centre care) และการจัดบริการที่ยืดหยุ่น (Flexible service delivery) เช่น การขยาย

เวลาบริการ หรือการใช้ช่องทางดิจิทัลในการนัดหมาย เหล่านี้เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มความมั่นใจในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำนายความต่อเนื่องในการรักษา (WHO, 2024)

การสนับสนุนจากเครือข่าย การสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิด (Peer Support) ที่มีการให้กำลังใจหรือแนะนำให้ใช้ยาเพิร์พ มีบทบาทสำคัญในการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวก (Positive Social Norms) ซึ่งสอดคล้องกับโมเดล Minority Stress การสนับสนุนจากชุมชน (Community Connectedness) เป็นตัวแปรที่ช่วยลดทอน (Buffer) ผลกระทบจากความเครียดเมื่อ MSM รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ผ่าน Peer Counselor หรือกลุ่มเพื่อนที่ใช้เพิร์พเหมือนกัน จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนจากการตีตราตนเองไปสู่ความภาคภูมิใจ ซึ่งเชื่อมโยงกับความหมายของการรับประทานเพิร์พ ว่าเป็นการดูแลชีวิตตนเองมากกว่าการเป็นภาระ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่ระบุว่า การเรียนรู้โดยการสังเกต (Modeling) และการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมเป็นปัจจัยเสริมแรงที่ทรงพลังในการสร้างแรงจูงใจและความรับผิดชอบต่อสุขภาพร่วมกัน (Bandura, 1991)

การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ การที่ข้อมูลเกี่ยวกับยาเพิร์พเข้าถึงได้ง่ายผ่านช่องทางออนไลน์ (เช่น โซเชียลมีเดีย, บัญชีโฆษณา) ช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ตามหลักทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ระบุว่า ปัจจัยกระตุ้นภายนอก (External Cues) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันให้บุคคลเริ่มลงมือทำพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (Rosenstock, 1974)

การตีตราทางสังคม แม้จะเป็นมิติเชิงลบแต่การที่องค์ประกอบนี้ ถูกรวมอยู่ในโอกาสทางสังคมและส่งผลกระทบบอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่แสดงให้เห็นว่า การตีตรามีอิทธิพลต่อการใช้เพิร์พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Logie et al., 2016; Madhani & Finlay, 2022; Owens, 2022) และแสดงให้เห็นว่าการลดการตีตรา (ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสทางสังคมเชิงคุณภาพ) คือปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ใช้กล้าที่จะรักษาความร่วมมือโดยไม่รู้สึกต้องปกปิดการใช้ยา (Groves et al., 2018)

อย่างไรก็ดีผลการวิจัยพบว่า โอกาสทางกายภาพ (Physical Opportunity) ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้น อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานทางกายภาพได้ในระดับสูงและไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากบริบทของระบบสุขภาพในประเทศไทยที่มีนโยบายสนับสนุนเพิร์พโดยไม่มีค่าใช้จ่าย รวมถึงการขยายหน่วยบริการที่ครอบคลุมทำให้มีความสะดวกเชิงกายภาพ ดังนั้นอาจชี้ให้เห็นว่า ความแตกต่างของพฤติกรรมความร่วมมือในการ

ใช้เพิร์ฟที่ปรากฏไม่ได้มีสาเหตุมาจากความเหลื่อมล้ำด้านความพร้อมของการมีเพิร์ฟ แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านจิตสังคม (Amico & Stirratt, 2014) ผลการศึกษานี้สะท้อนความสำเร็จของระบบสาธารณสุขพื้นฐานที่ทำให้การกระจายทรัพยากรเป็นไปอย่างทั่วถึง (Equity in access) ดังนั้นความท้าทายในปัจจุบันจึงเปลี่ยนจากการทำให้มีเป็นการจูงใจให้ใช้ (From Access to Adherence) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Isbanner et al. (2024) ที่ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ ผลพบว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (Opportunity) มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดความอยากทำ (Fueling Motivation) มากกว่าที่จะบังคับให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง

สมมติฐานข้อ 3 กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (PA) ได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากแรงจูงใจ (MO) ($\beta = 0.449, p < .01$) ผลการวิจัยสามารถยอมรับสมมติฐานได้ แสดงว่า ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) แรงขับเคลื่อนภายในจิตใจมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อความต่อเนื่องในการใช้ยาเพิร์ฟ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญสองประการ ได้แก่ แบบจำลอง COM-B (The COM-B Model) และ แบบจำลองข้อมูล-แรงจูงใจ-ทักษะพฤติกรรม (IMB Model)

ในมิติของ แบบจำลอง COM-B Model ของ Michie et al. (2011) นั้น ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพไม่ได้เกิดขึ้นจากเพียงความพร้อมของโอกาสทางกายภาพ (Opportunity) หรือความสามารถ (Capability) เท่านั้น แต่ต้องอาศัยแรงจูงใจเป็นกลไกหลักในการกระตุ้นและกำกับทิศทางพฤติกรรม โดยแรงจูงใจในที่นี้ครอบคลุมทั้ง กระบวนการแรงจูงใจเชิงเหตุผล (Reflective Motivation) เช่น การวางแผนและความตั้งใจที่จะป้องกันตนเองจากเชื้อ HIV และกระบวนการแรงจูงใจเชิงอัตโนมัติ (Automatic Motivation) เช่น ความรู้สึกหรือนิสัยที่ส่งเสริมให้เกิดการกินยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลที่สูงในผลการศึกษานี้ ยืนยันว่าเมื่อบุคคลมีกระบวนการทางจิตใจที่เห็นความสำคัญของการป้องกัน ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติที่สม่ำเสมอ

ผลการค้นพบนี้ยังสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกับแบบจำลอง IMB (Information-Motivation-Behavioral Skills Model) ของ Fisher & Fisher (1992) ที่เน้นย้ำว่า ลำพังเพียงการได้รับข้อมูล (Information) หรือการเข้าถึงทรัพยากร ไม่เพียงพอที่จะสร้างพฤติกรรมการป้องกันที่ยั่งยืนได้ หากปราศจากแรงจูงใจ (Motivation) ทั้งในระดับส่วนบุคคล (Personal Motivation) เช่นทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาและในระดับสังคม (Social Motivation) เช่น

การได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแปรสำคัญที่เปลี่ยนองค์ความรู้ให้กลายเป็นการปฏิบัติจริง

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตของ Amico et al. (2011) ซึ่งศึกษาในบริบทของกลุ่ม MSM และพบข้อสรุปที่ตรงกันว่า ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาเพร็พที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือปัจจัยด้านจิตสังคมและการรับรู้คุณค่าของการป้องกันมากกว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์หรือความสะดวกในการเข้าถึงยา เนื่องจากพฤติกรรมການทานยาเพร็พเป็นกิจวัตรที่ต้องทำซ้ำทุกวัน (Daily regimen) จึงจำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจภายในที่เข้มแข็งเพื่อเอาชนะความเบื่อหน่ายหรืออุปสรรคในชีวิตประจำวัน ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจสูง จึงเป็นปัจจัยที่ขาดที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

สมมติฐานข้อ 4 ผลการวิจัยสามารถยอมรับสมมติฐานได้บางส่วน กล่าวคือ ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกจากความสามารถ (CA) และโอกาสทางสังคม (SO) โดยผ่านแรงจูงใจ (MO) ($\beta = 0.215, p < .01, \beta = 0.212, p < .05$ ตามลำดับ) โดยผ่านแรงจูงใจ (MO) แสดงว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการใช้เพร็พ และ

สมรรถนะทางจิตใจที่สูง จะนำไปสู่การมีแรงจูงใจในการปกป้องตนเองที่เข้มแข็ง และส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้เพร็พ อย่างต่อเนื่องในที่สุด ซึ่งให้เห็นว่าการที่บุคคลมีความรู้ และทักษะความเข้าใจที่เพียงพอจะทำหน้าที่เป็น รากฐานสำคัญในการก่อให้เกิดแรงขับเคลื่อนภายในจิตใจ (Motivation) ก่อนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง ผลการค้นพบนี้สอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1974) และการปรับปรุงของ Becker (1974) ในองค์ประกอบเรื่อง การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเทียบเคียงได้กับปัจจัยด้านความสามารถในการศึกษานี้ โดยทฤษฎี HBM ระบุว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จจะส่งผลให้การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ลดลง และเพิ่มระดับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Motivation) ให้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Isbanner et al. (2024) ที่พบว่า ความสามารถมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมรับประทานยาผ่านแรงจูงใจ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีทักษะความสามารถถึงระดับหนึ่งแล้ว การเพิ่มความสามารถเพียงอย่างเดียวจะไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยตรงอีกต่อไป แต่ความสามารถจะเปลี่ยนบทบาทไปเป็นฐานสนับสนุนความมั่นใจ ซึ่งส่งผลทางอ้อมผ่านแรงจูงใจแทน ดังนั้น ผู้ที่มีความรู้เรื่องเพร็พดีจะรู้ดีกว่าการรับประทานยาไม่ใช่เรื่องยาก และมั่นใจที่จะป้องกันตนเองส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

และประเด็นที่น่าสนใจคือ โอกาสทางสังคม (เช่น คุณภาพบริการที่เป็นมิตร การสนับสนุนจากเครือข่าย การตีตราทางสังคม และการเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์) ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่นี้ เป็นปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นแรงจูงใจ (Psychological Driver) ให้สูงขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในลำดับต่อมา โดยสามารถอธิบายผ่านทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) ของ Bandura (1986) โอกาสทางสังคมในรูปแบบของการสนับสนุนจากเครือข่ายเพื่อน (Peer Support) ทำหน้าที่เป็นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Social Modeling) เมื่อ MSM เห็นบุคคลในชุมชนเดียวกันที่สามารถใช้เพิร์พได้อย่างสม่ำเสมอและมีสุขภาพดี จะเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) ซึ่งช่วยลดความกังวลและเพิ่มความเชื่อมั่นในคุณค่าของการใช้เพิร์พ ส่งผลให้แรงจูงใจในการดูแลตนเองสูงขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ในส่วนของบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms) เมื่อกลุ่ม MSM ระบุว่าคนรอบข้าง เพื่อน หรือคู่รักให้การสนับสนุนและยอมรับการใช้เพิร์พ จะเกิดความรู้สึกถึงความปลอดภัยและความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Sense of Belonging) ซึ่งช่วยลดผลกระทบจากการตีตราทางสังคม (Social Stigma) ที่เคยเป็นแรงต้านเชิงลบ เมื่อบรรยากาศทางสังคมเปลี่ยนจากแรงกดดันเป็นการสนับสนุน จะส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรักตนเอง (Self-love) อันเป็นแกนกลางสำคัญของแรงจูงใจ (Motivation) อีกทั้งในมิติของ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) โอกาสทางสังคมที่ดียังทำหน้าที่เป็นสิ่งที่ชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ที่มีประสิทธิภาพสูง การได้รับการเตือนจากเพื่อนหรือการได้รับบริการที่เป็นมิตรจากทีมสุขภาพ ช่วยกระตุ้นให้บุคคลตระหนักถึงประโยชน์ (Perceived Benefits) และลดการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ทำให้แรงจูงใจที่เคยอยู่นิ่งถูกปลุกเร้าให้กลายเป็นความมุ่งมั่นที่จะรักษาพฤติกรรมสุขภาพไว้ แม้ในสถานะที่อาจเผชิญกับอุปสรรคเชิงสถานการณ์อื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kimani et al. (2021) ที่พบว่า สิ่งอำนวยความสะดวกที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี คือ การเข้าถึงการบริการเพิร์พที่เป็นมิตรจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถ และผู้เข้าร่วมชื่นชมที่ผู้ให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการใช้เพิร์พ และให้ความช่วยเหลือในการเปิดเผยข้อมูลแก่คู่นอนและสมาชิกในครอบครัว

อย่างไรก็ดี ผลการวิจัยพบว่า โอกาสทางกายภาพ (เช่น สถานที่บริการ หรือยาฟรี) ไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์ผ่านแรงจูงใจนั้น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นธรรมชาติของตัวแปรที่แตกต่างกัน

ตามกรอบแนวคิด โดยโอกาสทางกายภาพจัดเป็นปัจจัยภายนอก (External Factors) ที่ทำหน้าที่เป็นตัวเอื้อหรือการลดอุปสรรคให้พฤติกรรมเกิดขึ้นได้ง่ายขึ้น แต่ไม่ได้ทำหน้าที่กระตุ้นจิตใจ (Psychological Driver) ให้เกิดความต้องการหรือความมุ่งมั่น (Motivation) โดยตรง ซึ่งอาจเนื่องมาจากในบริบทปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงสถานบริการและเพิร์ฟได้ฟรีตามสิทธิ์ ปัจจัยเชิงโครงสร้างเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทุกคนเข้าถึงได้คล้ายคลึงกัน จึงทำหน้าที่เพียงลดอุปสรรคทางกายภาพแต่ไม่ได้มีพลังเพียงพอในการเข้าไปเปลี่ยนแปลงโครงสร้างแรงจูงใจภายในใจ เหมือนเช่นปัจจัยเชิงความสัมพันธ์และสังคม (Social Opportunity) ที่มีความลึกซึ้งและส่งผลต่อสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกและบรรทัดฐานทางสังคมมากกว่า

การอภิปรายการเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2

ภาพประกอบ 14 แสดงการสรุปความเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 และการวิจัยระยะที่ 2 โดยผู้วิจัยเลือกนำเสนอผลการวิจัยที่สังเกตเห็นว่ามีความสำคัญ เนื่องจากเป็นผลที่แสดงให้เห็นองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรมในชีวิตประจำวัน และสามารถนำไปศึกษาต่อยอดได้ในงานวิจัยครั้งต่อไป ดังที่นำเสนอไว้ในส่วนข้อเสนอแนะของการวิจัยลำดับถัดไป สำหรับรายละเอียดของภาพประกอบมีดังนี้

1. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1 แสดงอยู่ในกรอบสี่เหลี่ยม ประกอบด้วยประเด็นและบทสัมภาษณ์สนับสนุนประเด็นที่พบ
2. ผลการวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 2 แสดงอยู่ในกรอบวงกลมและสัญลักษณ์ลูกศร ประกอบด้วย เส้นทางอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล รวมถึงค่านัยสำคัญทางสถิติแทนด้วยสัญลักษณ์* สำหรับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสัญลักษณ์** สำหรับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. จุดประสงค์ของการเชื่อมโยง ครอบคลุมการเชื่อมโยงผลของการวิจัยที่มีประเด็นตรงกัน (Confirmatory) และการเชื่อมโยงผลการวิจัยที่ขยายเพิ่มเติมผลกัน (Complementary) ซึ่งแบ่งออกเป็น ผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ช่วยขยายผลเชิงปริมาณและผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ช่วยขยายผลเชิงคุณภาพ ดังที่สรุปไว้ในภาพประกอบ 14

ลำดับถัดไปเป็นการอภิปรายการเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เชื่อมโยงในลักษณะเติมเต็มความเข้าใจให้แก่กัน (Complementary) แบ่งออกเป็น 6 ประเด็นหลัก มีรายละเอียดดังนี้

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่า แรงจูงใจมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกที่แข็งแกร่งที่สุดต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ กล่าวคือ ยิ่งระดับแรงจูงใจในการป้องกันตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผู้ใช้เพิร์พสูงขึ้นเท่าใด แนวโน้มที่พวกเขาจะแสดงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย และผลของเชิงปริมาณยังทำให้ค้นพบว่า แรงจูงใจเป็นตัวแปรส่งผ่านของความสามารถ ซึ่งในข้อค้นพบเชิงปริมาณในส่วนนี้ช่วยขยายเติมเต็มความเข้าใจผลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

ผลเชิงปริมาณช่วยสร้างความชัดเจนให้แก่ผลเชิงคุณภาพในประเด็นมิติของแรงจูงใจ ขยับเคลื่อนให้แสดงพฤติกรรม ซึ่งแรงจูงใจประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่ แรงจูงใจกระตุ้นเชิงอัตโนมัติ และแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผล กล่าวคือ แรงจูงใจในการป้องกันตนเองเริ่มต้นจากการรักตนเอง ซึ่งคือการตระหนักถึงคุณค่าในชีวิตและสุขภาพของตนเอง ความรู้สึกภายในนี้ถูกกระตุ้นอย่างรุนแรงด้วยการรับรู้ความเสี่ยงและภาวะคุกคาม (Perceived Susceptibility and Severity) ตามหลักแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เมื่อผู้ใช้ตระหนักว่าพฤติกรรมเสี่ยง (เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน, การมีคู่นอนหลายคน) ทำให้ตนเองเผชิญกับภัยคุกคามจากเชื้อเอชไอวีอย่างจริงจัง ดังเช่นประสบการณ์ที่ถูกบีบคั้น

“ผมไปเดทกับคู่นอนผ่านแอปเดท ผมไปที่ห้องเขา วันนั้นเรามีเพศสัมพันธ์หลุกกับคู่นอน 7-8 คน ผมกลัวมากครับ ผมไม่มีโอกาสได้ป้องกัน นั่นเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้ายสำหรับผมและทำให้ผมตัดสินใจกิน PrEP”
(A7, อายุ 21 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

ความตั้งใจเชิงรุก ซึ่งเป็นผลผลิตของการรักตนเองที่ต้องการปกป้องชีวิต ตระหนักว่าชีวิตตนเองมีคุณค่าและสมควรได้รับการปกป้องจากภัยคุกคาม ด้วยเหตุนี้ การรักตนเองจึงทำหน้าที่เป็นเชื้อเพลิงเริ่มต้น ที่นำไปสู่การตัดสินใจที่แน่วแน่ในการเข้าถึงบริการและเลือกใช้ยาเพิร์พอย่างสมัครใจเมื่อรับรู้ประโยชน์ของเพิร์พ และนี่คือจุดเริ่มต้นที่ความรู้สึกรักตนเองแปรเปลี่ยนเป็นความตั้งใจเชิงรุกในการป้องกันตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“สิ่งที่ผมทำทั้งหมดนี้ เพราะผมรักตัวเอง หาข้อมูลด้วยตนเองและเลือกที่จะป้องกันตัวเองด้วย PrEP ไม่มีใครมาบังคับ ก็เพราะว่าชีวิตมีคุณค่าต้องรักษาอย่างดีที่สุด การดูแลตัวเองก็เป็น ความรับผิดชอบที่มีต่อชีวิตตัวเอง” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)

นอกจากนี้แรงจูงใจของผู้ใช้ไม่ได้มาจากภายในเพียงอย่างเดียว แต่ถูกเสริมความแข็งแกร่งด้วยความเชื่อมั่นในระบบสนับสนุนภายนอก การเชื่อมั่นในแพทย์ มั่นใจคำแนะนำที่มรสุมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการเปลี่ยนความลังเลไปสู่การตัดสินใจที่มั่นคง ผลเชิงปริมาณยืนยันว่า ความเชื่อมั่นต่อบุคลากรทางการแพทย์ เป็นตัวชี้วัดสำคัญของแรงจูงใจ ซึ่งช่วยยืนยันข้อมูลเชิงคุณภาพที่ระบุว่า การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาที่เป็นมิตร ไม่ตัดสิน และใช้การประเมินความเสี่ยงเพื่อแนะนำยาเพร็พช่วยให้ผู้ใช้รู้สึกไว้วางใจและยอมรับการป้องกันนี้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ

“ตอนแรกผมไม่คิดว่าต้องกิน PrEP เพราะผมแค่จะไปตรวจ HIV เท่านั้นเอง จากนั้นหมอก็ประเมินความเสี่ยงของผมและแนะนำให้ผมกิน PrEP แล้วผมก็ตัดสินใจกินครับ” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)

จากบทสัมภาษณ์จะสะท้อนให้เห็นกระบวนการการเปลี่ยนแรงจูงใจสู่การปฏิบัติเพื่อแปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่สม่ำเสมอได้สำเร็จนั้น ต้องเริ่มต้นมาจากความสมัครใจที่จะใช้เพร็พให้ผนวกกับกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากหากไม่สามารถทำให้กลืนไปกิจวัตรที่ทำอยู่แต่ก่อนแล้ว ผู้ใช้จะรู้สึกยากลำบากที่จะต้องเพิ่มกิจกรรมเข้ามา ต้องจัดสรรเวลาในการปฏิบัติและนำไปสู่การลืมรับประทานเพร็พไปในที่สุด โดยสิ่งนี้ไม่ได้เป็นเพียงความสามารถเชิงปฏิบัติเท่านั้น แต่คือการแสดงออกถึงแรงจูงใจเชิงบวกที่ต้องการรักษาความสม่ำเสมอจนเกิดเป็นนิสัย ดังแสดงให้เห็นจากคำกล่าวที่ว่า

“ผมเลือกกิน PrEP ตอน 1 ทุ่ม เพราะกลางวันผมยุ่งที่ทำงาน และตอนเช้าผมตื่นสายและรีบไปทำงาน ผมเลยเลือกเวลานี้เพราะเป็นเวลาเลิกงาน และผมกลับไปห้อง ผมเลิกงานตอน 6 โมงเย็น หลังจากอาบน้ำเสร็จผมก็เห็นกล่องยาอยู่บนโต๊ะเครื่องแป้งและกินได้เลย” (A6, อายุ 20 ปี, ผู้ใช้ PrEP 7 เดือน)

โดยสรุปแล้ว ผลการวิจัยเชิงปริมาณช่วยขยายเติมเต็มความเข้าใจผลเชิงคุณภาพในประเด็นสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อความร่วมมือในการใช้เพร็พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยิ่งชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผู้ใช้เพร็พรักตนเอง เห็นคุณค่าของชีวิต รับรู้

ถึงความเสี่ยงและภาวะคุกคาม มีความเชื่อมั่นในคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์ และสมัครใจที่จะใช้เพิร์พให้ผนวกกับชีวิตประจำวันก็ยังมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พอย่างสม่ำเสมอได้สำเร็จ

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณขยายผลเชิงคุณภาพ การเชื่อมโยงในลักษณะนี้ใช้ความชัดเจนของผลเชิงปริมาณ เพื่อให้ความหมายและน้ำหนักแก่บริบทที่ค้นพบในบทสัมภาษณ์ของผลเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลเชิงคุณภาพ พบว่า รัฐให้เพิร์พฟรี ลดภาระค่าใช้จ่าย เป็นปัจจัยเอื้อที่ทรงพลังและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการเริ่มต้นใช้เพิร์พ อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์โมเดลเชิงปริมาณ ตัวแปรแฝงโอกาสทางกายภาพ ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่าย กลับพบว่าไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ ผลเชิงปริมาณนี้ทำหน้าที่ขยายความและให้ความหมายแก่ผลเชิงคุณภาพ โดยชี้ว่านโยบายการอุดหนุนยาเพิร์พฟรีในประเทศไทยได้ประสบความสำเร็จในการลดอุปสรรคเชิงโครงสร้างด้านการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ค่าใช้จ่ายของเพิร์พจึงหยุดเป็นตัวแปรที่สร้างความแตกต่างในการทำนายความร่วมมือในกลุ่มตัวอย่างนี้ แต่ผลเชิงคุณภาพกลับได้สะท้อนมุมมองที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความเปราะบางของระบบบริการสาธารณสุขในมิติที่กว้างกว่าประชากรหลัก เปิดเผยถึงประเด็นที่น่ากังวลเกี่ยวกับการเข้าถึงเพิร์พของชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ซึ่งไม่ได้รับสิทธิด้านการอุดหนุนยาจากรัฐบาล สถานการณ์นี้เป็นประเด็นที่น่ากังวลต่อสาธารณสุขโดยรวม เนื่องจากหากชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นชาวต่างชาติที่ทำงานในประเทศไทยและมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงเพิร์พอย่างจำกัด (เนื่องจากต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่สูง) พวกเขาจะมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถรักษาความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เมื่อการป้องกันในกลุ่มเปราะบางสูง (Key Populations) กลุ่มนี้ลดลง ก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และเพิ่มโอกาสของการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในวงกว้างมากขึ้น ซึ่งจะบั่นทอนเป้าหมายของ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ดังเห็นได้จากบทสัมภาษณ์ดังกล่าว

“ผมได้รับการบริการฟรีครับ แต่เพื่อนผมซึ่งเป็นหมอนวดเหมือนกัน ตอนนั้นเขาไม่สามารถรับได้ฟรีแล้วครับ เพราะเขาเป็นคนลาว เขาเพิ่งหมดสิทธิ์เมื่อมีการเปลี่ยนนโยบาย ผมคิดว่ามันดีสำหรับคนไทย แต่ก็สำหรับคนต่างชาติที่มีรายได้น้อยด้วย พวกเขาเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HIV และแพร่เชื้อได้ พวกเขามีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย” (A2, อายุ 41 ปี, ผู้ใช้ PrEP 6 เดือน)

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ช่วยยืนยันผลเชิงคุณภาพในมิติของโอกาสทางสังคม เมื่อวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงเหตุ พบว่า โอกาสทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวก ซึ่งสนับสนุนว่าการสนับสนุนจากภายนอกทำให้กระตุ้นแรงจูงใจและยังส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมง่ายขึ้น องค์ประกอบย่อยที่สำคัญที่สุดของโอกาสทางสังคมคือ คุณภาพการให้บริการที่เป็นมิตร ให้การสนับสนุน และการบริการที่ยืดหยุ่น ทั้งนี้ผลเชิงคุณภาพเน้นย้ำถึงความสำคัญของทัศนคติที่ไม่ตัดสินของบุคลากร และความสะดวกในการนัดหมาย โดยผู้ให้บริการแสดงถึงความเข้าใจความต้องการเฉพาะกลุ่ม รับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้พวกเขารู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและปัญหาด้านยาเสพติดกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ถูกขับเคลื่อนด้วยมิติของการบริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์คือตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้ไว้วางใจ ซึ่งปัจจัยนี้ถูกยืนยันในเชิงปริมาณว่าเป็นตัวชี้วัดที่แข็งแกร่งที่สุดของโอกาสทางสังคม ดังแสดงในบทสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า

“สำหรับคลินิกนี้ เจ้าหน้าที่แจ้งว่าถ้าไม่สะดวกมาตามนัด สามารถแจ้งได้ทาง Line ของคลินิก หรือถ้าต้องการนัดหมายก็แจ้งได้ ซึ่งบางทีผมก็เคยเลื่อนนัด เจ้าหน้าที่ที่นี้น่ารักให้คำแนะนำดี และช่วยจัดการทุกอย่าง สะดวกและง่ายสำหรับผู้มารับบริการ” (A7, อายุ 21 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

ผลเชิงปริมาณช่วยจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยสนับสนุนที่ถูกค้นพบในเชิงคุณภาพ โดยชี้ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่แข็งแกร่งของตัวแปรแฝงโอกาสทางสังคม การวิเคราะห์เชิงปริมาณยืนยันว่า การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อ และการสนับสนุนจากเครือข่าย มีน้ำหนักเป็นบวกและมีนัยสำคัญในการเป็นตัวแทนของโอกาสทางสังคม สิ่งนี้ตอกย้ำว่า ข้อมูลที่เข้าถึงง่าย (เช่น ผ่านโซเชียลมีเดีย) และแรงหนุนจากเพื่อนฝูง คนใกล้ชิดนั้น ไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยสนับสนุนเล็กน้อยแต่เป็นองค์ประกอบเชิงประจักษ์ที่กำหนดความแข็งแกร่งของสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ผู้ใช้เพริพเพอเรีย ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือที่สูงขึ้น ทั้งนี้ การขยายผลเชิงปริมาณ สามารถยืนยันได้ว่าการสร้างบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms) ผ่านเครือข่ายและการประชาสัมพันธ์มีประสิทธิผลในการเปลี่ยนความตั้งใจให้กลายเป็นการปฏิบัติที่สม่ำเสมอ โดยสื่อประชาสัมพันธ์จะทำหน้าที่เป็น Cues to Action (ตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ) ที่ได้รับการยืนยันด้วยสถิติว่ามีประสิทธิภาพจริง ดังบทสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า

“ผมคิดว่าเพื่อนที่พาผมไปคลินิก PrEP เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผมกิน PrEP เป็นประจำ เพราะผมรู้เรื่องนี้จากเขา เพื่อนผมติดเชื้อ HIV และเขาเตือนผมให้ระมัดระวังและป้องกันตัวเองเพื่อที่ผมจะได้ไม่ทำผิดพลาดเหมือนเขา” (A4, อายุ 31 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี)

“ผมค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตตลอดเวลา ผมได้รับความรู้และความมั่นใจมากขึ้น บางทีผมก็เห็นมันโผล่ขึ้นมาเหมือนโฆษณา มีหลายที่ที่คุณสามารถรับ PrEP ได้ ขึ้นอยู่กับความสะดวกของแต่ละคนว่าจะไปรับที่ไหน” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ฉายให้เห็นอีกมุมแรงผลึกจากพฤติกรรมเสี่ยงสะท้อนถึงมุมมองของแรงจูงใจได้อย่างลึกซึ้ง โดยผลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายว่า ทำไมพฤติกรรมเสี่ยงถึงกลายเป็นแรงจูงใจเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประเด็นนี้สอดคล้องกับองค์ประกอบย่อยเรื่องเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติ) ผู้ให้ข้อมูลมองว่าถุงยางอนามัยเป็นกำแพงที่ขัดขวางความสุข และทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่รุนแรงและเป็นไปอย่างอัตโนมัติ ซึ่งการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเปิดเผยว่า ผู้ใช้ยาเพิร์พจะมีความร่วมมือในการใช้เพิร์พที่สูงขึ้น เพื่อเป็นการชดเชยความเสี่ยง (Risk Compensation) ที่เกิดจากความต้องการทางเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ผลการวิจัยเชิงคุณภาพยังสะท้อนมุมมองความคิดของผู้ใช้เพิร์พเอาไว้ว่า จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยกับผู้ใช้เพิร์พเหมือนกัน สิ่งนี้ทำให้เกิดข้อกังวลต่อไปในอนาคตถึงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้น เพิร์พจึงไม่ได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือเสริมแต่กลายเป็นทางออกหลักที่ช่วยรักษารูปแบบชีวิตทางเพศที่ผู้ใช้ต้องการเอาไว้ได้ นี่คือการให้ความหมายเชิงลึกทางจิตวิทยาแก่ตัวแปรแรงจูงใจที่อยู่เบื้องหลังการตัดสินใจเชิงพฤติกรรม ดังจะเห็นในคำกล่าวที่ว่า

“ข้อดีของถุงยางคือแน่นอนว่ามันปลอดภัยอยู่แล้วครับ มันสามารถป้องกันได้ ถึงแม้จะไม่ 100% ก็ตาม แต่ข้อเสียซึ่งน่าจะเป็นเหมือนกันหมดทุกคนก็คือ มันอาจจะไม่สนุกเท่า ไม่ได้อารมณ์เท่ากับตอนไม่ใส่ ความรู้สึกมันไม่ได้เท่ากับตอนที่ใส่ถุงยาง” (A12, อายุ 38 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)

รวมถึงประเด็นความระแวง ไม้ไว้ใจ คุณอนสร้าง ความกังวล ในเชิงคุณภาพนั้นทำหน้าที่ขยายความเข้าใจต่อองค์ประกอบแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติ (Automatic Motivation) ของตัวแปรแรงจูงใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติการรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) ที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงบุคคล สิ่งนี้เป็นการเปลี่ยนความไม่ไว้ใจใจให้เป็นวินัยในการป้องกันตนเอง จาก

ความเสี่ยงเชิงความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นที่เสี่ยงไม่ได้ ความไม่ไว้วางใจคุณนอน (เช่น การระแวงว่าคุณนอนจะมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น, การรับรู้ถึงความไม่ซื่อสัตย์ในความสัมพันธ์) ก่อให้เกิดความเสี่ยงเชิงความสัมพันธ์ ซึ่งผู้ใช้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกได้ เกิดความกังวลและความระแวงที่พบในผลเชิงคุณภาพนี้ ถูกแปลผลในเชิงปริมาณว่าเป็นภัยคุกคามที่ถูกรับรู้ (Perceived Threat) ที่เข้มข้นและคงอยู่ตลอดเวลา เมื่อความเสี่ยงไม่ได้มาจากสถานการณ์ภายนอกที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว แต่มาจากบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุด สิ่งนี้จะกระตุ้นให้เกิด แรงจูงใจในการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ผู้ใช้ที่ตกอยู่ในสภาวะนี้จะมองว่าเพิร์พ คือเกราะป้องกันตนเองขั้นสุดทำที่ตนเองสามารถควบคุมได้อย่างสมบูรณ์ ต่างจากการใช้ถุงยางอนามัยหรือความซื่อสัตย์ของคุณนอน ดังนั้น ความกังวลและความระแวงจึงถูกเปลี่ยนเป็นวินัยในการใช้ยา เพื่อชดเชยความไม่มั่นคงในความสัมพันธ์ ดังจะเห็นในคำกล่าวที่ว่า

“ผมมีประสบการณ์ที่ผมรู้ว่าแฟนผมมีคนอื่น เขาเปลี่ยนคุณนอนบ่อยแล้วผมก็รู้ ผมเปลี่ยนเขาไม่ได้ ผมคิดว่าผมควรป้องกันตัวเอง” (A4, อายุ 31 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี)

ดังที่กล่าวข้างต้น การวิจัยเชิงปริมาณจากที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุ ได้สร้างความเข้าใจที่ชัดเจนและเป็นองค์ความรู้ใหม่ โดยการขยายผลเชิงปริมาณให้แก่ความเกี่ยวข้องระหว่างความสามารถกับความร่วมมือในการใช้เพิร์พที่พบในระยะเชิงคุณภาพ พบว่าอิทธิพลของความสามารถ (ซึ่งประกอบด้วยความสามารถทางกายภาพและจิตใจ) ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ หากแต่ความเกี่ยวข้องดังกล่าวถูกอธิบายได้ด้วยตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) คือ แรงจูงใจ ข้อค้นพบเชิงปริมาณนี้ขยายความเข้าใจในมิติเชิงคุณภาพอย่างลึกซึ้ง โดยแสดงให้เห็นถึงกลไกเชิงกระบวนการ ดังนี้

เป็นทักษะนำสู่ความเชื่อมั่น การที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความสามารถทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ดี (เช่น มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะในการจัดการการรับประทานเพิร์พ การใช้แอปเตือน) จะนำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) ว่าตนเองสามารถรักษาความสม่ำเสมอได้สำเร็จ และความเชื่อมั่นเป็นแรงผลักดัน เมื่อความเชื่อมั่นในตนเองนี้เองที่เป็นแกนหลักของแรงจูงใจ ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวผลักดันสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้เพิร์พที่ดีขึ้นในที่สุด ยังเป็นการยืนยันหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า COM-B model เป็นกรอบแนวคิดที่สามารถนำมาอธิบายการเกิดความร่วมมือในการใช้เพิร์พของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ กล่าวคือ ความสามารถจึงทำหน้าที่เป็นรากฐานในการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็น สะพานเชื่อมที่จำเป็นในการเปลี่ยนความรู้และทักษะให้กลายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน การค้นพบนี้จึงเป็น

องค์ความรู้ใหม่ที่ชี้ชัดว่า โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือต้องมุ่งเน้นการเพิ่มทักษะ (Capability) อย่างมีเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจก่อนที่ความร่วมมือจะเกิดขึ้นได้จริง ดังเห็นในคำกล่าวที่ว่า

“ผมคิดว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันผมไปแล้วครับ เพราะผมกินยาประจำวันอยู่แล้วก่อนที่จะกิน PrEP ถึงแม้ผมจะไม่ได้ตั้งเตือนไว้ ผมก็สามารถกิน PrEP ได้ทุกวัน ไม่เคยสายเกิน 5-10 นาทีเลย และผมก็ไปตามนัดตลอด ผมเลยคิดว่าผมทำได้ดี” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ค้นพบคุณค่าของการร่วมมือในการใช้เพิร์พ ซึ่งประกอบด้วย การรักตนเอง ความภูมิใจในตนเอง และการเป็นต้นแบบให้คนรอบข้าง ไม่ได้เป็นเพียงผลลัพธ์ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ทำหน้าที่เป็นวงจรเสริมแรง (Reinforcement Cycle) ที่ช่วยขยายความเข้าใจเชิงปริมาณของตัวแปรหลักในโมเดล COM-B ผลเชิงคุณภาพ พบว่า ในบริบทการรักตนเองนี้อยู่ในฐานะผลลัพธ์เชิงบวกและเป็นคุณค่าที่ได้รับจากความร่วมมือในการใช้เพิร์พอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ความสำเร็จนี้ไม่ได้จบลงเพียงแค่การไม่ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่คุณค่าที่ลึกซึ้งกว่านั้น คือการรักตนเองที่ได้รับการตอกย้ำและเติบโตอย่างเข้มแข็งในการใช้เพิร์พอย่างมีวินัย การรักตนเองและความภูมิใจในตนเองสะท้อนให้เห็นว่าความร่วมมือในการใช้เพิร์พเป็นมากกว่าแค่การรับประทานยา แต่คือการแสดงออกทางอัตลักษณ์ใหม่ที่เสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อผู้ใช้ประสบความสำเร็จในการรักษาความมีวินัยใช้เพิร์พอย่างต่อเนื่องจึงถูกตีความเป็นการลงทุนในสุขภาพและอนาคต

“เราคิดว่าทุกคนต้องมีจุดเดี่ยวก็คือว่ารักตัวเองใหม่เท่านั้นเองถามคำเดียวว่ารักตัวเองมั๊ย ถ้ารักเราจะทำทุกอย่างเพื่อปกป้องตัวเอง” (A2 41 ปี ใช้เพิร์พมาแล้ว 6 เดือน)

“เรารู้สึกดี เอง่ายๆก็รู้สึกอุ่นใจมาระดับหนึ่งการที่รับประทานเพิร์พแบบสม่ำเสมอแล้วก็ไปตรวจตามคุณหมอนัดมันสำคัญนะ หนึ่งคือเราได้รู้ผลเลือดตัวเอง สองคือมันสร้างความมั่นใจให้กับเรา เรายังใช้ชีวิตต่อไปปกติได้ก็คือมันอุ่นใจจะครับพุดง่าย ๆ ครับ มันทำให้เราอุ่นใจทำให้เราสบายใจขึ้น ถึงแม้ว่าบางทีเราไปตรวจจอย่างเงี้ยครับคือแม้ว่าผมไม่มีความเสี่ยงนะแต่ผมก็กังวลเหมือนกันนะ” (A1 37 ปี ใช้เพิร์พมาแล้ว 1 ปี 5 เดือน)

ผลเชิงคุณภาพค้นพบว่า เมื่อผู้ใช้ประสบความสำเร็จในการใช้เพิร์พ ทำให้พวกเขามีความภาคภูมิใจและสร้างโอกาสในการถ่ายทอดประสบการณ์เชิงบวกให้กับเพื่อนสนิทหรือคนรอบข้าง

บอกเล่าถึงประสบการณ์ วิธีปฏิบัติ คำแนะนำและให้คำปรึกษากับตนใกล้ชิด ซึ่งการเป็นต้นแบบให้คนรอบข้างเป็นกลไกทางสังคมที่เปลี่ยนคุณค่าส่วนบุคคลไปเป็นผลประโยชน์ต่อชุมชน

“เคยบอกกับเพื่อนสนิท เพราะเราประเมินแล้วว่าเพื่อนเค้าแบบว่าโอเคกับเรื่องนี้ พอเรารู้ทัศนคติของเค้า เรายกแนะนำให้เค้าลองรับยาเพิร์พเราก็ถามเค้าว่าเค้ามีความเสี่ยงไหมอะไรอย่างเงี้ย พอรู้ว่ามีความเสี่ยงแบบนี้ ก็แนะนำให้เข้าไปตรวจสุขภาพของตนเองแนะนำคลินิก” (A11 27 ปี ใช้เพิร์พมาแล้ว 7 เดือน)

ซึ่งช่วยขยายผลเชิงปริมาณ โดยคุณค่านี้ย้อนกลับไปช่วยเสริมองค์ประกอบของโอกาสทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลทางตรงต่อความร่วมมือผ่านกลไกการสนับสนุนจากเครือข่าย ผู้เป็นต้นแบบช่วยสร้าง บรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวก ภายในชุมชน MSM การเห็นคนใกล้ชิดและเพื่อนที่รักตนเองใช้เพิร์พอย่างเปิดเผยและมีวินัยถือเป็นแรงหนุนทางสังคม ที่น่าเชื่อถือมากกว่าการโฆษณาจากภาครัฐ ซึ่งลดความรู้สึกถูกตีตรา และกระตุ้นให้ผู้อื่นเข้าถึงเพิร์พได้ง่ายขึ้น

โดยสรุปแล้ว การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ประยุกต์ใช้แบบแผนการวิจัยผลงานวิจัยชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณครั้งนี้ ได้ประสบความสำเร็จในการสร้างความเข้าใจที่ชัดเจน ลึกซึ้ง และสามารถทำนายได้ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ซับซ้อนในบริบทของกลุ่มเปราะบางนี้ การวิจัยด้วยวิธีการเชิงคุณภาพเป็นกุญแจสำคัญในการเข้าถึงมุมมองที่ละเอียดอ่อน และโลกภายในของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผู้ใช้เพิร์พ ผลลัพธ์ในระยะนี้ไม่ได้จำกัดเพียงการระบุปัจจัย แต่ได้เปิดเผยถึงความรู้สึก ความคิด และมูลเหตุจูงใจที่ซ่อนอยู่ เช่น แรงขับเคลื่อนจากคุณค่า ค้นพบว่าแก่นแท้ของความร่วมมือคือการตระหนักถึงคุณค่าของพฤติกรรมและการรักตนเองซึ่งเป็นรากฐานทางจิตวิทยาที่ผลักดันให้เกิดความตั้งใจเชิงรุกในการป้องกันตนเอง ในขณะที่การวิจัยเชิงปริมาณทำหน้าที่สร้างความกระจ่างเชิงประจักษ์ให้แก่ผลเชิงคุณภาพในหลายประเด็นสำคัญ ผลเชิงปริมาณทำให้เกิดความชัดเจนว่าแรงจูงใจ (Motivation) และ โอกาสทางสังคม (Social Opportunity) เป็นปัจจัยที่ทรงอิทธิพลที่สุด กล่าวคือ การที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีแรงจูงใจและโอกาสทางสังคมที่สูง ย่อมมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการใช้เพิร์พติดตามไปด้วย และค้นพบองค์ความรู้ใหม่ที่สำคัญที่สุดคือการค้นพบว่า แรงจูงใจทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) ของความสามารถ (Capability) นั่นหมายความว่า หากมีความสามารถที่สูง (ความรู้และทักษะ) จะส่งผลต่อแรงจูงใจที่สูงขึ้นก่อน และแรงจูงใจนี้จึงเป็นพลังขับเคลื่อนที่ส่งต่อไปยังความร่วมมือในการใช้เพิร์พ

ตาราง 26 Joint Display การบูรณาการข้อค้นพบระยะที่ 1 และระยะที่ 2

ประเด็น	ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ (Phase 1: n=12)	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ (Phase 2: n=400)	บทสรุปเชิงบูรณาการ (Meta-Inference)
1. แรงขับเคลื่อนหลัก	การรักตนเอง (Self-love) เป็น มูลเหตุจูงใจภายในที่ทำให้ตัดสินใจ ใช้ยาเพื่อสุขภาพระยะยาว “จริงๆ แล้วสิ่งที่ผมทำด้วยตัวเอง ผมคิดว่าทุกอย่างมาจากความ รักตัวเอง” (A1, อายุ 37 ปี, ผู้ใช้ PrEP 1 ปี 5 เดือน)	แรงจูงใจ (Motivation) มี อิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อ ความร่วมมือในการใช้ยาสูง ที่สุด ($\beta = 0.449^{**}$)	สอดคล้องกัน (Confirmation): ทั้งสองระยะ ยืนยันว่าแรงจูงใจคือปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จ ในการใช้ยาเพร็พ
2. อิทธิพลของสังคม และบริการ/พื้นที่ ปลอดภัย	บริการที่เป็นมิตร ช่วยลดแรงต้าน จากการตีตรา ทำให้กล้าพูดคุยเรื่อง เพศและปัญหาการใช้ยา และการ สนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนช่วยสร้าง ความไว้วางใจเกิดตัวแบบและพื้นที่ ปลอดภัย “...เจ้าหน้าที่ที่น่ารักให้ คำแนะนำดี และช่วยจัดการทุก อย่าง สะดวกและง่ายสำหรับผู้ที่มา รับบริการ” (A7, อายุ 21 ปี, ผู้ใช้ PrEP 10 เดือน)	โอกาสทางสังคม (Social Opportunity) มีอิทธิพลเชิง บวกทั้งทางตรง ($\beta = 0.299^*$) และทางอ้อม ($\beta = 0.212^*$)	สอดคล้องกัน (Confirmation): บรรยากาศทาง สังคมและการบริการที่ไม่ตัดสินคือประตุ สำคัญสู่ความร่วมมือในการใช้เพร็พ รวมถึง การสนับสนุนจากคนใกล้ชิดสร้างบรรทัดฐาน ทางสังคมเชิงบวก
3. บทบาทของทักษะ และการจัดการ (Skills & Adherence)	MSM ใช้ทักษะกระตุ้นการปฏิบัติ ทางกาย (ตั้งปลุก/ทงยา) เพื่อชดเชย ความสามารถทางสมองที่จำกัดและ สร้างกิจวัตร “ผมเลิกกิน PrEP ตอน 1 ทุ่ม เพราะ.....ผมกลับไปอยู่ที่ห้อง ผมเลิก งานตอน 6 โมงเย็น หลังจากอาบน้ำ เสร็จ.....กินได้เลย” (A6, อายุ 20 ปี, ผู้ใช้ PrEP 7 เดือน)	ความสามารถ (Capability) มี อิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกผ่าน แรงจูงใจ ($\beta = 0.215^{**}$)	ขยายความ (Expansion): ทักษะการจัดการ ไม่ใช่ตัวสั่งการพฤติกรรมโดยตรง แต่ทำหน้าที่ เสริมสร้างความมั่นใจก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ
4. การเข้าถึงเชิง โครงสร้างและ ต้นทุนแฝง	เพร็พฟรีช่วยลดภาระ แต่ค่าใช้จ่าย แฝง (ค่าเดินทาง/ตรวจไต) ยังถูก มองว่าเป็นอุปสรรค “ผมได้รับการ บริการฟรีครับ แต่เพื่อนผม.....เขา เป็นคนลาว เขาเพิ่งหมดสิทธิ์เมื่อมี การเปลี่ยนนโยบาย ผมคิดว่ามีน้ดี สำหรับคนไทย” (A2, อายุ 41 ปี, ผู้ใช้ PrEP 6 เดือน)	โอกาสทางกายภาพ (Physical Opportunity) ไม่ส่งผลอย่างมี นัยสำคัญต่อความร่วมมือใน การใช้ยาในโมเดล SEM	มีความแตกต่าง (Discordance): ในระดับ รายบุคคลอาจรู้สึกว่าเป็นปัญหา แต่ใน ภาพรวมสถิติถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทุกคน ได้รับคล้ายกัน จึงไม่สร้างความแตกต่างของ พฤติกรรม

สรุปผลเปรียบเทียบข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2

การวิจัยแบบผสมวิธีครั้งนี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูลในลักษณะการยืนยันผล (Confirmation) และการขยายความ (Expansion) โดยมีประเด็นเปรียบเทียบที่สำคัญดังนี้

วิเคราะห์จุดเหมือนและจุดต่าง (Convergence & Divergence Analysis)

1. จุดที่สอดคล้องกัน (Convergence/Confirmation) ผลการวิจัยทั้งสองระยะยืนยันอย่างชัดเจนว่า แรงจูงใจ (Motivation) และ โอกาสทางสังคม (Social Opportunity) คือปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ โดยระยะที่ 1 อธิบายว่าแรงจูงใจนั้นมาจากการรักตนเอง และโอกาสทางสังคมมาจากบริการที่เป็นมิตร ซึ่งระยะที่ 2 ได้รับการยืนยันด้วยค่าน้ำหนักอิทธิพลทางสถิติที่สูงที่สุดในโมเดล

2. จุดที่ขยายความกัน (Expansion) ในส่วนของความสามารถ (Capability) ระยะที่ 1 ให้ความสำคัญเชิงลึกกว่า MSM ต้องใช้ทักษะปฏิบัติการ (เช่น พกยา/ตั้งเตือน) เพื่อชดเชยสมรรถนะสมอง (ความจำ) ขณะที่ระยะที่ 2 ช่วยขยายความผ่านการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้าง ว่าทักษะเหล่านี้ ไม่ได้ทำให้คนรับประทานเพิร์พได้ทันที แต่ทำให้เขารู้สึกมั่นใจมากขึ้น จนส่งผลผ่านแรงจูงใจไปสู่การปฏิบัติจริง

3. จุดที่มีความแตกต่าง (Discordance) ประเด็นโอกาสทางกายภาพ (Physical Opportunity) มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพมักระบุว่า ค่าใช้จ่ายแฝงหรือความสะดวกเป็นอุปสรรค แต่ผลเชิงปริมาณกลับไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ เหตุผลอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการในเขตเมืองที่มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน ปัจจัยทางกายภาพจึงกลายเป็นสิ่งที่ต้องมีพื้นฐาน แต่ไม่ใช่ตัวตัดสินว่าใครจะมีวินัยในการใช้ยามากกว่ากัน เมื่อเทียบกับปัจจัยทางจิตสังคม

ข้อจำกัดของการวิจัย (Research Limitations)

จากการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงข้อจำกัดบางประการที่อาจส่งผลต่อการนำผลการวิจัยไปปรับใช้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อจำกัดเชิงวิธีวิทยาและเมโนทัศน์ จากอิทธิพลของกรอบแนวคิดต่อการเก็บข้อมูล วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดในระยะที่ 2 อาจส่งผลให้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ถูกตีกรอบตามแนวคิดทำให้ประเด็นเชิงลึกบางประการที่อยู่นอกกรอบทฤษฎีอาจไม่ได้รับการขยายความเท่าที่ควร และการทับซ้อนเชิงเมโนทัศน์ การบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์หลายชุดเข้ากับกรอบแนวคิด COM-B ในระยะที่ 2 ทำให้ข้อคำถามบางส่วนที่พัฒนามาจากระยะที่ 1 มีความซ้อนทับกันระหว่างมิติ (เช่น พฤติกรรมการจัดการเครื่องมือช่วยจำที่คาบเกี่ยวระหว่างมิติ

ทางจิตใจและโอกาส) แม้ผู้วิจัยจะเลือกเน้นย้ำมิติกายภาพเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติจริงก็ตาม

2. ข้อจำกัดด้านลักษณะทางวัฒนธรรมและสถานะผู้วิจัย ผู้วิจัยมีสถานะเป็นผู้หญิง (Cisgender Woman) ซึ่งถือเป็นบุคคลนอกชุมชน (Outside Community) ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา อาจเป็นอุปสรรคต่อการที่ผู้ให้ข้อมูลจะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวเชิงลึกหรือประเด็นที่มีความซับซ้อน เช่น วัฒนธรรมการจัดปาร์ตี้ทางเพศ (Party Culture) หรือการต่อรองอำนาจในความสัมพันธ์ ข้อมูลที่ได้รับจึงอาจมีความเป็นทางการหรือถูกกลั่นกรองตามให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาแล้วว่าเหมาะสมที่จะสื่อสารกับบุคคลภายนอก

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติ

มุ่งเน้นที่การออกแบบโปรแกรมการจัดกระทำโดยตรงในระดับบุคคลและชุมชน เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลทางตรงและความสามารถที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พอย่างยั่งยืน ดังนี้

1) บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพทางเพศจัดโครงการพัฒนาฝึกอบรม มุ่งเน้นไปที่การยกระดับทักษะและความรู้ในการจัดการเพิร์พในชีวิตประจำวันของผู้ใช้ การดำเนินการพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะการกำกับตนเอง (Self-Regulation Training) ที่เน้นการสอนกลยุทธ์การสร้างนิสัย เช่น การผูกโยงการรับประทานเพิร์พเข้ากับกิจวัตรประจำและการใช้เครื่องมือช่วยเตือนผ่านแอปพลิเคชันหรือเครื่องมือดิจิทัล เช่น My PrEP, PrEPtime, PrepNow, AT-PrEP เพื่อช่วยเตือนการใช้ยาและการติดตามนัดหมาย

2) บุคลากรทางการแพทย์ให้การสนับสนุนทางกายภาพและสภาพแวดล้อมโดยการจัดหาช่องทางและเครื่องมือที่ทำให้การเข้าถึงยาและการปฏิบัติงานเป็นเรื่องง่ายขึ้น เช่น การพัฒนาระบบการจัดส่งยาผ่านช่องทางที่ผู้ใช้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและรู้สึกสบายใจ การแจกจ่ายกล่องยาขนาดเล็กหรือบรรจุภัณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการพกพา การใช้แอปพลิเคชันที่ช่วยในการเตือนนัดหมายหรือเตือนนัดหมายติดตามอาการเพื่อให้ผู้ใช้เพิร์พสามารถจัดการตารางเวลาด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างยืดหยุ่น

3) ผู้ให้คำปรึกษาพัฒนาเนื้อหาที่ให้คำปรึกษาโดยใช้แนวทางที่สร้างสรรค์เพื่อปรับทัศนคติและเสริมสร้างแรงจูงใจภายในของผู้ใช้เพิร์พ โดยเน้นการเชื่อมโยงการใช้เพิร์พเข้ากับคุณค่าเชิงบวก ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถนำแนวคิดการรักตนเองและความภาคภูมิใจในตนเองที่

ตอกย้ำให้เห็นว่าการใช้ยาเพิร์พอย่างสม่ำเสมอคือ การแสดงออกถึงความรับผิดชอบและความรักต่อตนเอง ไม่ใช่เพียงแค่การป้องกันโรคแต่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพองค์รวม

4) หน่วยบริการสุขภาพสร้างผู้นำต้นแบบ ใช้พลังของอิทธิพลทางสังคมเพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวกเกี่ยวกับการใช้เพิร์พ ซึ่งเป็นการสร้างเครือข่ายโดยการคัดเลือกและสนับสนุนให้ผู้ใช้เพิร์พกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาดีเยี่ยม มาทำหน้าที่เป็นเพื่อนร่วมปรึกษา (Peer Counselor) หรือต้นแบบในชุมชนเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์เชิงบวกและสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวก

5) จัดทำระบบแจ้งเตือนและติดตามผลการรักษาผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เช่น Line Official Account, E-mail ที่เป็นมิตรและไม่เปิดเผยเพื่อให้ผู้ใช้สามารถติดต่อกับคลินิกและแจ้งขอเลื่อนนัดได้อย่างสะดวกและเป็นส่วนตัว

6) การให้ความรู้เชิงโต้ตอบ (Interactive Education) เกี่ยวกับผลข้างเคียงของเพิร์พ ในระยะยาว เช่น การใช้สถานการณ์จำลอง, Q&A Group, หรือการปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพิร์พและเพื่อนร่วมปรึกษา (Peer Counselor) ที่เคยมีประสบการณ์ผลข้างเคียง จุดมุ่งหมายเพื่อเอาชนะความกลัวและความวิตกกังวลที่ฝังลึกของผู้ใช้และเพิ่มความสามารถเชิงจิตใจ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การยกระดับมาตรฐานและการขยายขอบเขตการบริการ (Standardization and Service Expansion) ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณากำหนดมาตรฐานและขยายขอบเขตการให้บริการ โดยมุ่งเน้นการจัดการปัจจัยด้านโอกาสทางสังคม (Social Opportunity) ที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพิร์พ ดังนี้

1) การสร้างระบบบริการที่เป็นมิตรและปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยกำหนดมาตรฐานการให้บริการที่ยึดถือความเข้าใจ ไม่ตัดสิน และปราศจากการตีตรา (Stigma-free) ทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและคลินิกเอกชน โดยจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักในบริบทเฉพาะของกลุ่มประชากรเป้าหมาย

2) การเพิ่มการเข้าถึงผ่านระบบบริการที่ยืดหยุ่น การขยายเวลาให้บริการของคลินิกสุขภาพทางเพศ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน (นอกเวลาทำการ 17:00–21:00 น. หรือวันหยุด) พร้อมทั้งบูรณาการแพลตฟอร์มดิจิทัลในการบริหารจัดการระบบนัดหมายเพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการ

2. การสนับสนุนด้านงบประมาณและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (Financial Support and Subsidization) กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณากลไกการอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการติดตามอาการอย่างเป็นระบบ

1) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ควรพิจารณาอุดหนุนค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) การตรวจมวลกระดูก และการทำงานของไต เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยระยะยาวและส่งเสริมความต่อเนื่องในการตรวจติดตามตามนัด (Follow-up Retention)

2) การจัดตั้งกองทุนสำหรับกลุ่มเปราะบางเฉพาะ ควรพิจารณารูปแบบการอุดหนุนค่าใช้จ่ายหรือจัดตั้งกองทุนสนับสนุนสำหรับกลุ่ม MSM ชาวต่างชาติที่มีรายได้น้อยและมีความเสี่ยงสูง แต่ยังคงขาดสิทธิประกันสุขภาพจากภาครัฐ เพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมตามหลักมนุษยธรรม

3. การคุ้มครองสิทธิความเป็นส่วนตัวและกฎหมายเชิงโครงสร้าง (Structural and Privacy Protection) ภาครัฐควรให้ความสำคัญกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อลดอุปสรรคเชิงโครงสร้าง

1) การบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) โดยเร่งรัดการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดในสถานพยาบาลและหน่วยบริการเพริฟ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่าข้อมูลสุขภาพทางเพศถูกรักษาเป็นความลับ ซึ่งช่วยลดการตีตราทางสังคมอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

4. การสื่อสารเพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวก (Value-Based Communication) สื่อมวลชนและผู้ดำเนินงานด้านเพริฟควรปรับกลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ การสื่อสารที่มุ่งเน้นคุณค่าและการลดการตีตรา โดยการจัดทำแคมเปญสื่อสารที่เน้นการส่งเสริมการรักตนเอง (Self-love) และสื่อสารว่าการใช้เพริฟคือพฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Value-based Communication) ผ่านช่องทางที่กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้ง่าย เช่น Facebook, YouTube และเว็บไซต์ เพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวก

5. การพัฒนาระบบการกำกับดูแลและแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice and Quality Governance) ผู้ดำเนินงานด้านเพริฟควรจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับหน่วยบริการ

1) การบูรณาการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยพัฒนาแนวทางปฏิบัติทาง

คลินิก (Clinical Practice Guidelines) ที่กำหนดให้มีการประเมินและให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ แอลกอฮอล์ ยาจิตเวช และสารเสพติดควบคู่ไปกับการจ่ายยาเพิร์พ เพื่อลดอุปสรรคที่มีผลต่อ ความสม่ำเสมอในการกินยา

2) การสร้างกลไกการกำกับดูแลคุณภาพ โดยกำหนดระเบียบและกลไกการ ตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่ามาตรฐานการบริการที่ไม่เลือกปฏิบัติถูกนำไปปฏิบัติจริง พร้อมจัดให้มี ช่องทางรับเรื่องร้องเรียนหรือประเมินความพึงพอใจที่เข้าถึงได้ง่าย

6. การสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมและเครือข่ายสนับสนุน (Social Environment and Peer Support) บุคลากรทางการแพทย์และผู้ให้บริการควรมีส่วนร่วมในการวางแผนสิ่งแวดล้อม ทางสังคม

1) การขยายบทบาทเครือข่ายเพื่อนให้คำปรึกษา (Peer Counselor Networks) โดยสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อทำหน้าที่เป็นแบบอย่าง (Modelling) และเป็นกลไกทางสังคมในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลสูง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคม

การวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) เป็นหลัก ผู้วิจัยพบว่า โมเดลความร่วมมือในการใช้เพิร์พมีลักษณะเฉพาะตามบริบททางสังคมและ วัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้ในอนาคต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มหญิงข้ามเพศ (Transgender Women) ควรมีการ ศึกษาถึงมูลเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พ หรือการไม่ใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มหญิงข้ามเพศโดยเฉพาะ เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวมีปัจจัยเชิงโครงสร้างและจิตสังคมที่ แตกต่างจากกลุ่ม MSM โดยเฉพาะประเด็นการยืนยันอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Affirmation) ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงสุขภาพและการใช้เพิร์พที่แตกต่างออกไป

2) การทดสอบความตรงของโมเดล (Model Validation) ควรมีการนำโมเดลความ ร่วมมือในการใช้เพิร์พที่ค้นพบในงานวิจัยนี้ ไปทดสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ใน กลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางเพศกลุ่มอื่น ๆ เพื่อตรวจสอบขอบเขตและข้อจำกัดในการ อธิบายปรากฏการณ์ของโมเดลในบริบทที่กว้างขึ้น

3) ออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อพิสูจน์กลไกการส่งผ่านอิทธิพลของความสามารถต่อความร่วมมือในการใช้เพิร์พผ่านแรงจูงใจ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่สำคัญที่สุดของงานวิจัยนี้

4) พัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะการกำกับตนเอง (Self-Regulation Intervention) โดยออกแบบและทดสอบโปรแกรมที่เน้นการเพิ่มความสามารถโดยตรง (เช่น การฝึกใช้กลยุทธ์การผูกโยงการกินยาเข้ากับกิจวัตร, การใช้เครื่องมือเตือนความจำ) เพื่อวัดผลว่าการเพิ่มทักษะเหล่านี้สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ

5) ศึกษาผลของแรงจูงใจจากคุณค่า โดยออกแบบโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเสริมสร้างการรักตนเอง และความภูมิใจในตนเอง เพื่อพิจารณาถึงการตอกย้ำคุณค่าส่วนบุคคลมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้เพิร์พสูงกว่าวิธีการให้ความรู้แบบทั่วไป

6) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขอุปสรรคเชิงระบบ (Action Research) เช่น การวิจัยเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของบริการ (Flexible Service Delivery) โดยทำวิจัยเชิงปฏิบัติการในหน่วยบริการสุขภาพเพื่อทดสอบผลของการเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบเช่น การขยายเวลาให้บริการ, การใช้ช่องทางดิจิทัลในการนัดหมาย/เลื่อนนัด, ต้ออัตราการมาตรวจติดตามตามนัดเพื่อเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้เพิร์พในปัจจุบัน และการวิจัยการจัดการอุปสรรคที่ซ่อนเร้น เช่น ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกถึงอุปสรรคของการเข้าถึงเพิร์พใน MSM ที่เป็นชาวต่างชาติ ซึ่งต้องเผชิญกับอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายที่สูงเพื่อเป็นข้อมูลในการผลักดันนโยบายด้านมนุษยธรรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรมควบคุมโรค. (2562). *รายละเอียดโรคเอดส์ 2562*. Retrieved September 19, 2023 from

https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=59.

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2563a). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจติดตามการรักษาปี 2563*. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1274920220520032149.pdf>.

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2563b). *รายงานประจำปีกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปี พ.ศ. 2563*. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1274920220520032149.pdf>

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2564). *แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564*. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

นิตยา ชมเชย. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลัง สัมผัสเชื้อที่ไม่ได้เกิดจากการทำงานใน กลุ่มชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย*.

ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. *เพรีพ (PrEP), เพ็พ (PEP) คืออะไร* [https://th.trcarc.org/เพรีพ-prep-เป็พ-คืออะไร/](https://th.trcarc.org/เพรีพ-prep-เป็พ-pep-คืออะไร/)

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. (2560). *ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573*. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.

<https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Strategy/TH2> ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์60_73.pdf

สภาการศึกษาไทย, ศ. (2562). บริการยาเพร็พและเพ็พ (PrEP & PEP). ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภาการศึกษาไทย. <https://th.trcarc.org/prep-pep-service/>

สุรางค์ จันทวานิช. (2554). *ทฤษฎีสังคมวิทยา* (พ. 4, Ed.).

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ. (2564). รายงานโครงการวิจัย การประเมินผลการดำเนินงานการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2563. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/Evaluation/PrEP/63_PrEP_M_E_Final_Report_PrEP_260821.pdf

ภาษาอังกฤษ

Agras, W. S. (1989). Understanding compliance with the medical regimen: the scope of the problem and a theoretical perspective. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 2(3), A2–A7.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179–211.

Amico, K. R., & Stirratt, M. J. (2014). Adherence to preexposure prophylaxis: current, emerging, and anticipated bases of evidence. *Clinical Infectious Diseases*, 59(suppl_1), S55–S60.

Anderson, P. L., Liu, A. Y., Castillo-Mancilla, J. R., Gardner, E. M., Seifert, S. M., McHugh, C., Wagner, T., Campbell, K., Morrow, M., & Ibrahim, M. (2018). Intracellular tenofovir-diphosphate and emtricitabine-triphosphate in dried blood spots following directly observed therapy. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 62(1), 10.1128/aac. 01710–01717.

Angelone, D. J., Mitchell, D., Wells, B., Korovich, M., Nicoletti, A., & Fife, D. (2024). Assessment of Sexual Violence Risk Perception in Men Who Have Sex With Men: Proposal for the Development and Validation of “G-Date”. *JMIR Res Protoc*, 13,

e57600. <https://doi.org/10.2196/57600>

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ*, 1986(23-28), 2.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44(9), 1175.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(1), 307–337.

Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice hall Englewood Cliffs, NJ.

Buchbinder, S. P. (2018). Maximizing the benefits of HIV preexposure prophylaxis. *Topics in Antiviral Medicine*, 25(4), 138.

Carr, A. J., & Donovan, J. L. (1998). Why doctors and patients disagree. *British journal of rheumatology*, 37(1), 1–4.

Castillo-Mancilla, J. R., Zheng, J.-H., Rower, J. E., Meditz, A., Gardner, E. M., Predhomme, J., Fernandez, C., Langness, J., Kiser, J. J., & Bushman, L. R. (2013). Tenofovir, emtricitabine, and tenofovir diphosphate in dried blood spots for determining recent and cumulative drug exposure. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 29(2), 384–390.

Centers for Disease Control, & Prevention. (n.d.) US Public Health Service. (2021).

Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—2021 Update: clinical providers' supplement

<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep-cdc-hiv-prep-providersupplement-2021.pdf>.

Published December 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *How is HIV passed from one person to another?* <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hivtransmission/ways-people-get-hiv.html>.

- Chemnasiri, T., Varangrat, A., Amico, K. R., Chitwarakorn, A., Dye, B. J., Grant, R. M., & Holtz, T. H. (2020). Facilitators and barriers affecting PrEP adherence among Thai men who have sex with men (MSM) in the HPTN 067/ADAPT Study. *AIDS Care*, 32(2), 249–254. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1623374>
- Chemnasiri, T., Varangrat, A., Amico, K. R., Chitwarakorn, A., Dye, B. J., Grant, R. M., Holtz, T. H., & Team, H. A. S. (2019). Facilitators and barriers affecting PrEP adherence among Thai men who have sex with men (MSM) in the HPTN 067/ADAPT Study. *AIDS Care*.
- Coy, K. C., Hazen, R. J., Kirkham, H. S., Delpino, A., & Siegler, A. J. (2019). Persistence on HIV preexposure prophylaxis medication over a 2-year period among a national sample of 7148 PrEP users, United States, 2015 to 2017. *Journal of the International AIDS Society*, 22(2), e25252.
- Cresswell, J. W. (1998). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. In: Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Division of AIDS and Sexual Transmitted Diseases. (2021). *Department of Disease Control. Thailand National Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) 2021*. Department of Disease Control (TH). https://www.prepthai.net/Paper/PrEP_Guidelines.pdf
- Dobbels, F., Damme-Lombaert, R. V., Vanhaecke, J., & Geest, S. D. (2005). Growing pains: Non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. *Pediatric transplantation*, 9(3), 381–390.
- Ezennia, O., Geter, A., & Smith, D. K. (2019). The PrEP care continuum and black men who have sex with men: a scoping review of published data on awareness, uptake, adherence, and retention in PrEP care. *AIDS and Behavior*, 23(10), 2654–2673.

- Feng, Y., Wu, Z., Detels, R., Qin, G., Liu, L., Wang, X., Wang, J., & Zhang, L. (2010). HIV/STD prevalence among MSM in Chengdu, China and associated risk factors for HIV infection. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 53(Suppl 1), S74.
- Filice, E., Abeywickrama, K. D., Parry, D. C., & Johnson, C. W. (2022). Sexual violence and abuse in online dating: A scoping review. *Aggression and Violent Behavior*, 67, 101781. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101781>
- Gao, Y., Hu, Q., Leuba, S. I., Jia, L., Wang, H., Huang, X., Chen, Y., Wang, H., Zhang, J., & Chu, Z. (2022). Medication non-adherence and condomless anal intercourse increased substantially during the COVID-19 pandemic among MSM PrEP users: a retrospective cohort study in four Chinese metropolises. *Frontiers in Medicine*, 9, 738541.
- Gibson, L. P., Kramer, E. B., & Bryan, A. D. (2022). Geosocial Networking App Use Associated With Sexual Risk Behavior and Pre-exposure Prophylaxis Use Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men: Cross-sectional Web-Based Survey [Original Paper]. *JMIR Form Res*, 6(6), e35548. <https://doi.org/10.2196/35548>
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: strong effects of simple plans. *American psychologist*, 54(7), 493.
- Grant, R. M., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A., Amico, K. R., Mehrotra, M., Hosek, S., Mosquera, C., Casapia, M., & Montoya, O. (2014). Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(9), 820–829.
- Grov, C., D'angelo, A. B., Flynn, A. W. P., Lopez-Rios, J., Pantalone, D. W., Holloway, I. W., Whitfield, T. H. F., & Parsons, J. T. (2018). How do gay and bisexual men make up for missed PrEP doses, and what impact does missing a dose have on their

subsequent sexual behavior? [Article]. *AIDS Education and Prevention*, 30(4), 275–286. <https://doi.org/10.1521/aeap.2018.30.4.275>

- Grulich, A. E., Guy, R., Amin, J., Jin, F., Selvey, C., Holden, J., Schmidt, H.-M. A., Zablotska, I., Price, K., & Whittaker, B. (2018). Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. *The Lancet HIV*, 5(11), e629–e637.
- Haberer, J. E., Bangsberg, D. R., Baeten, J. M., Curran, K., Koechlin, F., Amico, K. R., Anderson, P., Mugo, N., Venter, F., & Goicochea, P. (2015). Defining success with HIV pre-exposure prophylaxis: a prevention-effective adherence paradigm. *AIDS*, 29(11), 1277–1285.
- Handley, M. A., Gorukanti, A., & Cattamanchi, A. (2016). Strategies for implementing implementation science: a methodological overview. *Emergency Medicine Journal*.
- Heidegger, M. (2010). *Being and time*. SUNY press.
- HIV INFO HUB. (2022). Retrieved June 13, 2023 from <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
- Hojilla, J. C., Vlahov, D., Glidden, D. V., Amico, K. R., Mehrotra, M., Hance, R., Grant, R. M., & Carrico, A. W. (2018). Skating on thin ice: stimulant use and sub-optimal adherence to HIV pre-exposure prophylaxis. *Journal of the International AIDS Society*, 21(3), e25103.
- Holloway, I. W., Pulsipher, C. A., Gibbs, J., Barman-Adhikari, A., & Rice, E. (2015). Network Influences on the Sexual Risk Behaviors of Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men Using Geosocial Networking Applications. *AIDS and Behavior*, 19(2), 112–122. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0989-3>
- Hosek, S. G., Siberry, G., Bell, M., Lally, M., Kapogiannis, B., Green, K., Fernandez, M. I., Rutledge, B., Martinez, J., & Garofalo, R. (2013). The acceptability and feasibility of

- an HIV preexposure prophylaxis (PrEP) trial with young men who have sex with men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 62(4), 447–456.
- Hudrudchai, S., Suwanwong, C., Prasittichok, P., Mohan, K. P., & Janeaim, N. (2024). Pre-exposure Prophylaxis Adherence Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 57(1), 8.
- Hunt, T., Lalley-Chareczko, L., Daughtridge, G., Swyrn, M., & Koenig, H. (2019). Challenges to PrEP use and perceptions of urine tenofovir adherence monitoring reported by individuals on PrEP. *AIDS Care*, 31(10), 1203–1206.
- Jaspal, R., Lopes, B., Bayley, J., & Papaloukas, P. (2019). A structural equation model to predict pre-exposure prophylaxis acceptability in men who have sex with men in Leicester, UK. *HIV Medicine*, 20(1), 11–18.
- Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman medical journal*, 26(3), 155.
- Keith, S. J., & Kane, J. M. (2003). Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(11), 1308–1315.
- Kelley, C. F., Kraft, C. S., De Man, T. J., Duphare, C., Lee, H.-W., Yang, J., Easley, K. A., Tharp, G. K., Mulligan, M. J., & Sullivan, P. S. (2017). The rectal mucosa and condomless receptive anal intercourse in HIV-negative MSM: implications for HIV transmission and prevention. *Mucosal immunology*, 10(4), 996–1007.
- Kitahata, M. M., Dillingham, P. W., Chaiyakunapruk, N., Buskin, S. E., Jones, J. L., Harrington, R. D., Hooton, T. M., & Holmes, K. K. (2003). Electronic human immunodeficiency virus (HIV) clinical reminder system improves adherence to practice guidelines among the University of Washington HIV Study Cohort. *Clinical Infectious Diseases*, 36(6), 803–811.

Kline. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling, Second Edition*.

The Guilford Press.

Knox, J., Kutner, B. A., Shiao, S., Winterhalter, F. S., Wu, Y., Hirsch-Moverman, Y., El-Sadr, W., Colson, P. W., & Franks, J. (2022). Assessing the Information-Motivation-Behavioral Skills Model to Predict Pre-exposure Prophylaxis Adherence Among Black Men Who have Sex with Men and Transgender Women in a Community Setting in New York City. *AIDS Behav*, *26*(7), 2494–2502.

<https://doi.org/10.1007/s10461-022-03588-7>

Koenig, H. C., Mounzer, K., Daughtridge, G. W., Sloan, C. E., Lalley-Chareczko, L., Moorthy, G. S., Conyngham, S. C., Zuppa, A. F., Montaner, L. J., & Tebas, P. (2017). Urine assay for tenofovir to monitor adherence in real time to tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine as pre-exposure prophylaxis. *HIV Medicine*, *18*(6), 412–418.

Liu, A. Y., Vittinghoff, E., Von Felten, P., Rivet Amico, K., Anderson, P. L., Lester, R., Andrew, E., Estes, I., Serrano, P., Brothers, J., Buchbinder, S., Hosek, S., & Fuchs, J. D. (2019). Randomized Controlled Trial of a Mobile Health Intervention to Promote Retention and Adherence to Preexposure Prophylaxis among Young People at Risk for Human Immunodeficiency Virus: The EPIC Study [Article]. *Clinical Infectious Diseases*, *68*(12), 2010–2017, Article ciy810.

<https://doi.org/10.1093/cid/ciy810>

Logie, C. H., Newman, P. A., Weaver, J., Rongkrachon, S., & Tepjan, S. (2016). HIV-related stigma and HIV prevention uptake among young men who have sex with men and transgender women in Thailand. *AIDS Patient Care and STDs*, *30*(2), 92–100.

Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. psychology press.

Madhani, A., & Finlay, K. A. (2022). Using the COM-B model to characterize the barriers

and facilitators of pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake in men who have sex with men. *British Journal of Health Psychology*, 27(4), 1330–1353.

Mayer, K. H., Agwu, A., & Malebranche, D. (2020). Barriers to the wider use of pre-exposure prophylaxis in the United States: a narrative review. *Advances in Therapy*, 37(5), 1778–1811.

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.

Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 1–12.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage.

Monteiro Spindola Marins, L., Silva Torres, T., Luz, P. M., Moreira, R. I., Leite, I. C., Hoagland, B., Kallas, E. G., Madruga, J. V., Grinsztejn, B., & Veloso, V. G. (2021). Factors associated with self-reported adherence to daily oral pre-exposure prophylaxis among men who have sex with man and transgender women: PrEP Brasil study. *Int J STD AIDS*, 32(13), 1231–1241.
<https://doi.org/10.1177/09564624211031787>

Myhre, J., & Sifris, D. (2022). HIV facts and statistics: What you need to know. In: VeryWell Health. Visit Source.

Neal, D. T., Wood, W., & Quinn, J. M. (2006). Habits—A repeat performance. *Current directions in psychological science*, 15(4), 198–202.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85–101.

Okafor, C. N., Hucks-Ortiz, C., Hightow-Weidman, L. B., Magnus, M., Emel, L.,

- Beauchamp, G., Kuo, I., Hendrix, C., Mayer, K. H., & Shoptaw, S. J. (2020). Brief Report: Associations Between Self-Reported Substance Use Behaviors and PrEP Acceptance and Adherence Among Black MSM in the HPTN 073 Study [Article]. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, *85*(1), 23–29. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002407>
- Owens, C. (2022). HIV pre-exposure prophylaxis awareness, practices, and comfort among urban and rural family medicine physicians [Article]. *Journal of Rural Health*. <https://doi.org/10.1111/jrh.12723>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, *2*(4), 328–335.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., & Svarstad, B. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Medical care*, 1138–1161.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, *55*(1), 68.
- Seekaew, P., Nguyen, E., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Pengnonyang, S., Trachunthong, D., Mingkwanrungruang, P., Sirisakyot, W., Phiayura, P., & Panpet, P. (2019). Correlates of nonadherence to key population-led HIV pre-exposure prophylaxis services among Thai men who have sex with men and transgender women. *BMC Public Health*, *19*, 1–11.
- Seekaew, P., Pengnonyang, S., Jantarapakde, J., Sungsing, T., Rodbumrung, P., Trachunthong, D., Cheng, C.-I., Nakpor, T., Reankhomfu, R., & 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.
- Seifert, S. M., Chen, X., Meditz, A. L., Castillo-Mancilla, J. R., Gardner, E. M., Predhomme, J. A., Clayton, C., Austin, G., Palmer, B. E., & Zheng, J.-H. (2016). Intracellular

tenofovir and emtricitabine anabolites in genital, rectal, and blood compartments from first dose to steady state. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 32(10-11), 981–991.

Shuper, P. A., Joharchi, N., Bogoch, II, Loutfy, M., Crouzat, F., El-Helou, P., Knox, D. C., Woodward, K., & Rehm, J. (2020). Alcohol consumption, substance use, and depression in relation to HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) nonadherence among gay, bisexual, and other men-who-have-sex-with-men. *BMC Public Health*, 20(1), 1782. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09883-z>

Simon, W. (2017). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Routledge.

UNAIDS. *Global HIV & AIDS statistics – 2022 country fact sheet*. Retrieved June 19, 2023 from <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand>

Vivian, B. G. (1996). Reconceptualizing compliance in home health care. *Nursing Forum*,

Wang, Y., Mitchell, J. W., Zhang, C., & Liu, Y. (2022). Evidence and implication of interventions across various socioecological levels to address pre-exposure prophylaxis uptake and adherence among men who have sex with men in the United States: a systematic review. *AIDS Research and Therapy*, 19(1), 28.

Wells, B., Angelone, D., Mitchell, D., Marcantonio, T., O'Neal, A., & Jozkowski, K. (2018). An Exploration of Dating and Sexual Networking App Use and Sexual Violence among MSM. 2018. *Society for the Scientific Study of Sexuality*.

Whiteley, L., Craker, L., Sun, S., Tarantino, N., Hershkowitz, D., Moskowitz, J., Arnold, T., Haubrick, K., Olsen, E., Mena, L., & Brown, L. K. (2021). Factors associated with PrEP adherence among MSM living in Jackson, Mississippi. *J HIV AIDS Soc Serv*, 20(3), 246–261. <https://doi.org/10.1080/15381501.2021.1956666>

World Health Organization. *HIV and AIDS*. Retrieved June 15, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>





ภาคผนวก





AF19-03-03.1
August, 2023

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ชื่อโครงการวิจัย : ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย: การวิจัยผสมผสานวิธี

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวสุจิตรา หัตถ์รัตชัย

หน่วยงานต้นสังกัด : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หมายเลขรับรองโครงการวิจัย : SWUEC-672355

รายการเอกสารที่รับรอง :

- | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณา | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2567 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2567 |
| 3. เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับอาสาสมัคร | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2567 |
| 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2567 |
| 5. ประวัติผู้วิจัย | |

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยยึดหลักเกณฑ์ตาม Declaration of Helsinki, Belmont Report, International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP), International Guidelines for Human Research ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยนี้ได้

วันที่รับรอง : 30 สิงหาคม 2567

วันที่หมดอายุ : 29 สิงหาคม 2568

(ลงชื่อ).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงษ์ วัฒนานนท์สกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์
ชุดสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (ชุดที่ 2)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หน่วยจริยธรรมและมาตรฐานการวิจัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาคารนวัตกรรม ศ.ดร.สาโรช บัวศรี ชั้น 17
โทร. (02) 6495000 ต่อ 17503, 17506 โทรสาร (02) 2042590



ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและไบนินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-672533 (ต่อใบรับรองครั้งที่ 1)

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยนี้จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง : ความร่วมมือในการใช้ยาคันไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย: การวิจัยผสานวิธี

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุจิตรา หัตวีระชัย

สังกัด : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เอกสารที่เสนอ : เอกสารที่ อว - ลงวันที่ 14 กรกฎาคม 2568 เรื่อง ขอดำเนินโครงการวิจัยที่ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

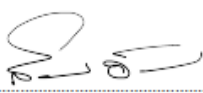
รายงานในที่ประชุม : 3 กันยายน 2568

ผลการพิจารณา : รับรอง

ข้อเสนอแนะ : -

ตอบรับโดย : คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ได้แก่ The Declaration of Helsinki, The Belmont report, CIOMS Guidelines และ The international Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ

(ลงชื่อ) 

(รองศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วิฒนานนท์สกุล)

ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

ชุดสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (ชุดที่ 2)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



เครื่องมือในการวิจัยระยะที่ 1

ตาราง แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย	ประเด็น	หลักการ (แนวคิด/ทฤษฎี)	แนวคำถามหลัก	คำถามหลัก
เข้าใจประสบการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	มุ่งประวัติส่วนตัว (Focused Life History): ประเด็นประสบการณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ	การรับรู้ของบุคคลถึงการกระทำที่ไม่ปลอดภัยส่งผลให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง (ความเชื่อด้านสุขภาพ)	1) คุณช่วยเล่าประสบการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในเหตุการณ์ใดบ้าง 2) คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อรับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวี 3) คุณช่วยบอกถึงพฤติกรรมเสี่ยงของคุณเป็นอย่างไร 4) ลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ของคุณเป็นอย่างไร	1) คุณช่วยเล่าเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในเหตุการณ์ใดบ้าง 2) คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อรับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวี 3) คุณช่วยบอกถึงพฤติกรรมเสี่ยงของคุณเป็นอย่างไร 4) ลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ของคุณเป็นอย่างไร
เข้าใจประสบการณ์ป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี	มุ่งประวัติส่วนตัว (Focused Life History): ประเด็นประสบการณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ	ทักษะประสบการณ์ป้องกัน การติดเชื้อ HIV โดยพิจารณาเปรียบเทียบ ข้อดีและข้อเสียและตัดสินใจเลือก แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (COM-B)	1) คุณช่วยเล่าประสบการณ์ป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีทำอย่างไร 2) คุณช่วยเล่าประสบการณ์ป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีด้วย PEP (COM-B)	1) คุณช่วยเล่าในเหตุการณ์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีวิธีใดบ้าง 2) มีใครบ้างที่ช่วยแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 3) คุณคิดว่าแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียสำหรับคุณอย่างไร 4) คุณเคยเข้ารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ 5) คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อเข้าไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพ
ทำความเข้าใจประสบการณ์ร่วมเมื่อการใช้ PEP	มุ่งเน้นพฤติกรรม/การใช้ชีวิตปัจจุบัน (The Details of Experience): ประเด็นประสบการณ์รับประทาน PEP และการมาตรวจตามแพทย์นัด (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)	1) ความคิด ความเชื่อของบุคคลว่า ตนมีโอกาสเกิดการติดเชื้อ HIV โดยเทียบเคียงข้อดีและข้อเสียส่งผลต่อการตัดสินใจในการป้องกันโรค (ความเชื่อด้านสุขภาพ)	1) คุณช่วยเล่าวิธีการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีทำอย่างไร 2) คุณคิดว่าเพราะเหตุใด จึงเปลี่ยนและตัดสินใจมารับประทาน PEP 3) คุณคิดว่าเพราะเหตุใด จึงเปลี่ยนและตัดสินใจรับ PEP 4) คุณใช้เวลานานไหมในการตัดสินใจรับ PEP 5) หลังจากมารับประทาน PEP คุณมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ อย่างไร	1) รู้จัก PEP หรือป่าว รู้จักได้อย่างไร รู้มานานแค่ไหน 2) ก่อนใช้ PEP คุณมีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร 3) คุณคิดว่าเพราะเหตุใด จึงเปลี่ยนและตัดสินใจมารับประทาน PEP 4) คุณใช้เวลานานไหมในการตัดสินใจรับ PEP 5) หลังจากมารับประทาน PEP คุณมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ อย่างไร

ตาราง (ต่อ)

วัตถุประสงค์ การวิจัย	ประเด็น	หลักการ (แนวคิด/ทฤษฎี)	แนวคำถามหลัก	คำถามหลัก
ทำความเข้าใจประสบการณ์/การวิจัยปัจจุบัน (The 1) การปฏิบัติตามคำแนะนำการรับ PREP เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ความเชื่อด้านสุขภาพ)	มุ่งเน้นพฤติกรรม/การใช้ชีวิตปัจจุบัน (The 1) การปฏิบัติตามคำแนะนำการรับ PREP เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค	ช่วยเหลือด้านสุขภาพ	1) คุณช่วยเล่าเกี่ยวกับวิธีการรับประทาน PREP อย่างไร 2) คุณรู้สึกหรือมีความคิดเห็นอย่างไร เมื่อต้องไปตรวจตามแพทย์นัด 3) คุณรู้สึกอย่างไรต่ออาการรับประทาน PREP ของคุณ 4) คุณรู้สึกอย่างไรต่อการตรวจตามแพทย์นัด	1) คุณมีวิธีรับประทาน PREP อย่างไร 2) คุณลืมรับประทาน PREP บ่อยหรือไม่ ในหนึ่งสัปดาห์ 3) หากคุณลืมรับประทาน PREP คุณมีวิธีแก้ไขอย่างไร 4) คุณช่วยเล่าว่าทำอย่างไรจึงรับประทาน PREP ได้ตรงเวลาทุกวัน 5) เพราะเหตุใดจึงทำให้คุณไม่รับประทาน PREP ตรงเวลาทุกวัน 6) คุณมีวิธีอย่างไร ทำให้คุณไม่ตรวจตามแพทย์นัดได้ทุกครั้ง 7) เพราะเหตุใด จึงทำให้คุณสามารถไปตรวจตามแพทย์นัดได้ทุกครั้ง 8) หากคุณลืมไปตรวจตามแพทย์นัด คุณมีวิธีแก้ไขอย่างไร 9) คุณรู้สึกหรือมีความคิดเห็นอย่างไร เมื่อต้องไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง 10) คุณรู้สึกหรือมีความคิดเห็นอย่างไร เมื่อต้องไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง
ทำความเข้าใจ PREP	มุ่งเน้นพฤติกรรม/การใช้ชีวิตปัจจุบัน (The 1) การรับรู้ภาวะฉุกเฉินสูงและรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติทำให้สังเกตเห็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค (ความเชื่อด้านสุขภาพ/COM-B)	1) การรับรู้ภาวะฉุกเฉินสูงและรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติทำให้สังเกตเห็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค (ความเชื่อด้านสุขภาพ/COM-B)	1) คุณช่วยเล่าเกี่ยวกับความยุ่งยาก และความสะดวกของการรับประทาน PREP ว่าเป็นอย่างไร 2) คุณช่วยเล่าเกี่ยวกับความยุ่งยากและความสะดวกของการรับประทาน PREP ว่าเป็นอย่างไร 3) คุณช่วยเล่าเกี่ยวกับความยุ่งยากและความสะดวกของการรับประทาน PREP ว่าเป็นอย่างไร 4) คุณช่วยเล่าเกี่ยวกับความยุ่งยากและความสะดวกของการรับประทาน PREP ว่าเป็นอย่างไร	1) ในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก คุณสามารถรับประทาน PREP ได้ตรงเวลาและทุกวันหรือไม่ 2) คุณควบคุมสถานการณ์นั้นได้อย่างไร 3) สิ่งใดหรือใครที่ช่วยทำให้รับประทาน PREP ได้ตรงเวลาและทุกวัน 4) สิ่งใดหรือใครที่ช่วยทำให้คุณไม่ตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง 5) คุณรู้สึกอย่างไรที่ต้องรับประทาน PREP เป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์ การวิจัย	ประเด็น การวิจัย	หลักการ (แนวคิด/ทฤษฎี)	แนวคำถามหลัก	คำถามชี้ก
ทำความเข้าใจประสบการณ์ มุ่งเน้นพฤติกรรม/การใช้ชีวิตปัจจุบัน การนำความร่วมมือนำ การใช้ PREP	ประเด็นประสบการณ์การรับประทาน PREP และการตรวจตามแพทย์นัด	1) การประเมินความเสมอภาคใน ตนเองต่อการกระทำตามคำแนะนำ ของการรับ PREP ภายใต้เงื่อนไขด้าน บุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง (self-efficacy/ self-regulation)	1) คุณช่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับ การรับประทานPREP 2) คุณช่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับ การมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นอย่างไร	1) หากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ให้คุณประเมินว่าตนเองมีความมั่นใจที่จะรับประทาน PREP ตรงเวลาทุกวันน้อยเพียงใด 2) หากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ให้คุณประเมินว่าตนเองมีความมั่นใจที่จะมาตรวจตามนัดทุกครั้งมากน้อยเพียงใด
ทำความเข้าใจ ประสบการณ์ความ ร่วมมือนำการใช้ PREP	เน้นการสะท้อนคิดความรู้สึกต่อประสบการณ์ การนำ (Reflection on the Meaning): ให้ความหมายร่วมมือนำการใช้ PREP	1) การรับรู้ของบุคคลที่มีความรู้สึก มีสติ มีความรู้สึกและสามารถตี ความ ได้ตอบแต่ละฝ่าย ผ่านการ พูดคุยกัน (Symbolism Interaction) เป็นอย่างไร 3) คุณช่วยอธิบายถึงความหมายของ คำว่า "ความสม่ำเสมอ" ในความคิดของคุณเป็นอย่างไร	1) คุณช่วยเล่าความคิดและความรู้สึก ต่อการรับประทาน PREP เป็นอย่างไร 2) ตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ มีความสำคัญหรือคุณคิดอย่างไร เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น	1) คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อคุณสามารถรับประทาน PREP ได้ ตรงเวลาและทุกวันรวมถึงมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง 2) จากที่คุณเล่ามาแล้วมาก คุณคิดว่า "การรับประทาน PREP และตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ" มีความสำคัญหรือคุณคิดอย่างไร เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น 3) จากประสบการณ์ของคุณ เมื่อได้ยินคำว่า "ความสม่ำเสมอ" คุณนึกถึงอะไร เหตุใดจึงคิดเช่นนั้น 4) คุณจะรู้สึกอย่างไร หากรับ ประทาน PREP สม่ำเสมอและตรวจตามแพทย์นัดแล้ว คิดเรื่อง

เครื่องมือในการวิจัยระยะที่ 2

แบบสอบถามออนไลน์

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย:
การวิจัยผสมผสานวิธี

เรียน ผู้เข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาวสุจิตรา หัตถ์รัชชัย นิสิตปริญญาโทชั้นปริญญาโท การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปัจจุบันกำลังดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย: การวิจัยผสมผสานวิธี โดยมี

อ.ดร. ชาริน สุวรรณวงศ์ และรศ.ดร. สุภาศกร จันประเสริฐ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ใคร่ขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีองค์ประกอบ 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

ส่วนที่ 4 แบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

ส่วนที่ 5 แบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

ส่วนที่ 6 แบบวัดโอกาสทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

ส่วนที่ 7 แบบวัดโอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

ส่วนที่ 8 แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่านถูกนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอโดยภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับและจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด เนื่องจาก สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้น การส่งเสริมและป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการรณรงค์และสนับสนุนการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอมีความจำเป็น ซึ่งการได้มาของข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพในบริบทชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม และเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์สูงสุด ขอให้ท่านตอบคำถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้แก่แต่ละข้อคำถาม

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางสาวสุจิตรา หัตถ์รัชชัย

นิสิตปริญญาโทชั้นปริญญาโท การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถามการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบในแต่ละคำถามด้านล่าง โดยการเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้าพเจ้ายินดีที่จะตอบแบบสอบถามนี้ 1. ยินดี 2. ไม่ยินดี

ข้อมูลพื้นฐาน

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุด

1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.

3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. 4.ปริญญาตรี/เทียบเท่า

5. สูงกว่าปริญญาตรี 6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. ปัจจุบันท่านมีสถานภาพ

1. โสด (ไม่มีคู่ครองประจำที่อยู่ด้วยกันหรือผูกพันกัน) 2. คู่ (มีคู่ครองประจำที่อยู่ด้วยกันหรือผูกพันกัน)

4. อาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. นักเรียน/นักศึกษา 3. ทำงานในหน่วยราชการ/รัฐวิสาหกิจ

4. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายส่วนตัว 5. ลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป 6. พนักงานบริษัทเอกชน

5. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงใด

1. น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน 2. 10,001-20,000 บาท/เดือน

3. 20,001-30,000 บาท/เดือน 4. 30,001-40,000 บาท/เดือน

5. 40,001-50,000 บาท/เดือน 6. มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป

6. สิทธิการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) 2. สิทธิประกันสังคม

3. สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 4. ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน

5. ข้าราชการรักษาเอง

7. บทบาททางเพศในปัจจุบันของท่าน คือ

1. ฝ่ายรุก 2. ฝ่ายรับ 3. ทั้งสองลักษณะ

8. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครองจำนวนกี่คน

1. ไม่มีเลย 2. มี จำนวน.....คน

9. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักหรือทางช่องคลอด โดยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ครองมากน้อยเพียงใด

1. ทุกครั้ง (100%) 2. บ่อยครั้ง (75%) 3. บางครั้ง (50%)

4. น้อยครั้ง (25%) 5. ไม่เคย (0 %)

10. เหตุผลที่ท่านไม่ได้ใช้/ไม่ค่อยใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพราะเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง 2. ไม่ได้ใช้ทุกครั้ง เหตุผลโปรดระบุ.....

11. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ หรือไม่
1. ไม่ดื่มเลย 2. ดื่มเป็นครั้งคราว (1-2 วัน/สัปดาห์)
3. ดื่มค่อนข้างบ่อย (4-5 วัน/สัปดาห์) 4. ดื่มเป็นประจำ (6-7วัน/สัปดาห์)
12. ท่านเคยใช้ยาเสพติดทั้งชนิด กิน สูดดม หรือฉีดเข้าเส้นเลือด/กล้ามเนื้อหรือไม่
1. ไม่ขอตอบคำถามนี้ 2. ไม่เคยใช้ยาเสพติดทุกประเภท
3. เคยใช้ยาเสพติด แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้ 4. ปัจจุบันใช้สารเสพติด
13. ในครั้งนี้ ท่านรับประทานยา PrEP ติดต่อกันมา.....ปี..... เดือน
14. ท่านเคยขอหยุดยา PrEP มาก่อนหรือไม่
1. ไม่เคย 2. เคย เหตุผลโปรดระบุ.....
15. ท่านเคยมีอาการข้างเคียงหลังรับประทานยา PrEP หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ไม่มีอาการ 2. คลื่นไส้/ อาเจียน 3. น้ำหนักลด
4. ปวดศีรษะ/ วิงเวียน 5. ผื่นคันตามร่างกาย 6. อื่น ๆ โปรดระบุ ...
16. ท่านเคยกินยาเพ็พ (PEP) มาก่อนหรือไม่
1. ไม่เคย 2. เคย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

คำชี้แจง โดยทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1) ท่านเก็บยาแพร็ฟไว้ในที่สามารถมองเห็น ได้ชัดเจนและง่ายต่อการหยิบรับประทานใน ทุก ๆ วัน						
2) ท่านไม่พกยาแพร็ฟเพราะกังวลว่าคนอื่นจะ เข้าใจผิด						
3) ท่านรู้สึกอายที่รับประทานยาแพร็ฟต่อหน้า คนอื่น						
4) ท่านเตรียมยาแพร็ฟล่วงหน้าเมื่อรู้ว่าจะต้อง เดินทางหรือต้องอยู่นอกบ้านหลายวัน						
5) ท่านใช้วิธีเตือนความจำ เช่น ตั้งนาฬิกาปลุก หรือใช้แอปพลิเคชัน เพื่อช่วยให้ท่านรับประทานแพร็ฟตรงเวลา						
6) ท่านมีการแจ้งเตือนในปฏิทินหรือโทรศัพท์ มือถือเกี่ยวกับวันนัดพบแพทย์						
7) ท่านได้รับการโทรศัพท์จากคลินิกเพื่อ ยืนยันวันและเวลานัดก่อนถึงวันนัดหมาย						
8) ท่านตรวจสอบใบนัดหรือข้อมูลจากคลินิก ด้วยตนเองเป็นประจำ เพื่อเตรียมพร้อม ก่อนวันนัดรับยาแพร็ฟ						

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถทางจิตใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

คำชี้แจง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณา ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย	
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	
เห็นด้วยค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1) ท่านเข้าใจวิธีการใช้ยาเพร็พและระยะเวลาที่ต้องรับประทานเพื่อให้ได้ผลในการป้องกันเชื้อเอชไอวี						
2) ท่านรู้ว่าควรยาเพร็พ (PrEP) หรือ ยาเพ็พ (PEP) ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสถานการณใด						
3) ท่านทราบว่า หากรับประทานเพร็พเดี่ยว ๆ ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส หนองใน หรือเริมได้						
4) ท่านเข้าใจว่าการรับประทานเพร็พต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อให้ได้ผลสูงสุดในการป้องกันเอชไอวี						
5) ท่านมั่นใจว่าสามารถรับประทานเพร็พได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในช่วงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						
6) ท่านสามารถประเมินความเสี่ยงในพฤติกรรมทางเพศและใช้เพร็พให้เหมาะสมได้						
7) ท่านสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาเพร็พเมื่อมีข้อสงสัย						
8) ท่านมั่นใจว่าสามารถไปตรวจติดตามตามแพทย์นัดได้ทุกครั้ง						
9) แม้ในวันที่รู้สึกเหนื่อย เครียด หรือมีภาระมาก ท่านยังสามารถจัดการตนเองให้รับประทานเพร็พได้ตามกำหนด						

ส่วนที่ 4 แบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นอัตโนมัติต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

คำชี้แจง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1) ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของท่านในการรับประทานยาเฝ้าทุกวันเป็นเวลานาน						
2) ท่านตัดสินใจใช้ยาเฝ้าอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากคิดว่า การป้องกันเอชไอวีมีความจำเป็นแม้ว่าอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาว						
3) ท่านเคยหยุดรับประทานยาเฝ้าด้วยตนเองชั่วคราว เพราะกังวลเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว						
4) บางครั้งท่านลังเลที่จะเริ่มหรือกลับมาใช้ยาเฝ้าอีกครั้งเพราะรู้สึกไม่มั่นใจในความปลอดภัยของการใช้ยาในระยะยาว						
5) ท่านเคยหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของยาเฝ้าเพราะรู้สึกกังวลว่าอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพในอนาคต						
6) เมื่อท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาที่มีผลต่อจิตประสาทหรือสารเสพติดท่านมักจะลืมหรือไม่สามารถรับประทานยาเฝ้าได้ตามเวลา						
7) ท่านเคยตั้งใจไม่รับประทานยาเฝ้าในวันที่รู้ว่า จะดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด						
8) ท่านรู้สึกลังเลที่จะใช้ยาเฝ้า เพราะกังวลว่าการดื่มแอลกอฮอล์ ยาจิตเวช หรือสารเสพติด อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย						
9) ท่านเชื่อมั่นและไว้วางใจในคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้ยาเฝ้าเพื่อป้องกันเชื้อเอชไอวี						

ตาราง (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10) ท่านรู้สึกสบายใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการใช้แท็บเล็ตเมื่อได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรที่ไม่ตัดสินพฤติกรรมทางเพศของท่าน						
11) ท่านมักเลือกปรึกษาหรือซักถามข้อมูลเกี่ยวกับแท็บเล็ตกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ท่านรู้สึกสบายใจและไม่ตัดสินพฤติกรรมทางเพศของท่าน						
12) การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแท็บเล็ตด้วยความเข้าใจและไม่ตัดสิน ทำให้ท่านตัดสินใจที่จะใช้ยาแท็บเล็ตอย่างต่อเนื่อง						
13) ท่านรู้สึกว่า การใส่ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศของท่านหรือคู่นอนลดลง						
14) หลังจากเริ่มใช้แท็บเล็ต ท่านใช้ถุงยางอนามัยลดลง เพราะรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติแม้จะตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ						
15) ท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัวหรือไม่เป็นธรรมชาติเมื่อใช้ถุงยางอนามัยจึงเลือกใช้แท็บเล็ตเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี						
16) ท่านรู้สึกว่าเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องใช้ถุงยางอนามัยช่วยให้รู้สึกใกล้ชิดกับคู่นอนมากขึ้น จึงเลือกใช้แท็บเล็ตเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี						
17) ท่านไม่อยากให้คู่นอนรู้สึกไม่พอใจเมื่อต้องใช้ถุงยางอนามัย จึงเลือกใช้แท็บเล็ตแทน						
18) ท่านกังวลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพทางเพศของคู่นอนของท่าน (ทั้งประจำและไม่ประจำ) ทำให้ท่านระมัดระวังและใช้แท็บเล็ตอย่างเคร่งครัด						
19) ท่านมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่รับประทานยาแท็บเล็ตเหมือนท่าน						
20) ท่านกังวลว่าถ้าคู่นอนทราบว่าท่านใช้ยาแท็บเล็ต จะทำให้คู่นอนรู้สึกไม่ไว้วางใจในตัวท่าน						
21) ท่านไม่มั่นใจว่าคู่นอนของท่านเคยตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือไม่ท่านจึงใช้แท็บเล็ตอย่างสม่ำเสมอเพื่อความปลอดภัยของตนเอง						
22) ท่านรู้สึกว่า การใช้แท็บเล็ตเป็นวิธีที่ท่านสามารถควบคุมความเสี่ยงทางเพศได้โดยไม่ต้องพึ่งพาความซื่อสัตย์หรือพฤติกรรมของคู่นอน						
23) การรับประทานแท็บเล็ตเป็นหนึ่งในกิจวัตรที่ท่านปฏิบัติด้วยความเต็มใจ						

ตาราง (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
24) ท่านสามารถจัดการและวางแผนการรับประทานอาหาร เพร็พให้เข้ากับไลฟ์สไตล์ของท่านได้โดยไม่รู้สึกรว่า เป็นภาระ						
25) ท่านรู้สึกว่าการใช้เพร็พเป็นประจำ ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี						
26) การรับประทานเพร็พเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่ ท่านทำทุกวัน เช่น หลังอาหารเช้า หรือก่อนเข้านอน						

ส่วนที่ 5 แบบวัดแรงจูงใจกระตุ้นเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

คำชี้แจง โดยทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1) การมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือสัมผัสภายนอก ทำให้ท่านเห็นว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยาเพร็พทุกวัน						
2) ท่านประเมินความเสี่ยงของตนเองในการติดเชื้อเอชไอวีโดยพิจารณาจากความสม่ำเสมอในการใส่ถุงยางอนามัยและประวัติทางเพศของคุณอน						
3) ท่านวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงของตนเองในการติดเชื้อเอชไอวี โดยพิจารณาจากจำนวนคู่นอน ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และกิจกรรมทางเพศที่ท่าน						
4) ท่านมีการประเมินความเสี่ยงของตนเองก่อนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนคนใหม่						
5) ท่านพิจารณาความเสี่ยงของตนเองจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่หรือข้อมูลสุขภาพจากสื่อที่ได้รับ						
6) ท่านคิดว่าประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำให้ท่านตระหนักถึงผลกระทบและตั้งใจที่จะใช้ยาเพร็พอย่างสม่ำเสมอ						
7) ท่านรับประทานเพร็พอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากตระหนักถึงความเสี่ยงจากการไม่ทราบสถานะผลเลือดของคุณอน						
8) เหตุการณ์ที่คนใกล้ชิดของท่านติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการใช้เพร็พอย่างสม่ำเสมอ						
9) ท่านใช้เพร็พอย่างสม่ำเสมอเพราะเข้าใจว่าการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อชีวิตและอนาคตของท่าน						
10) เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของเอชไอวีจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสื่อสุขภาพ ท่านยังตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้เพร็พอย่างต่อเนื่อง						

ตาราง (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11) การใช้ยาเสพติดอย่างสม่ำเสมอเป็นการแสดงออกถึงความรักและใส่ใจในตนเอง						
12) การที่ท่านดูแลสุขภาพทางเพศของตนเองด้วยการใช้ยาเป็นประจำ ทำให้ผู้อื่นรู้สึกดี เห็นคุณค่าของตัวท่านเองมากขึ้น						
13) การใช้ยาอย่างต่อเนื่องทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณค่าทางชีวิตและความสัมพันธ์ทางเพศอย่างรับผิดชอบ						
14) ท่านใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพราะเชื่อว่าร่างกายของตนเองมีคุณค่าและสมควรได้รับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี						
15) การใส่ใจในการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพกายและใจของท่าน						

ส่วนที่ 6 แบบวัดโอกาสทางกายภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

คำชี้แจง โดยทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของท่านมากที่สุดข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1) ค่าใช้จ่ายในการตรวจเพิ่มเติม เช่น การทำงานของตับ, มวลกระดูก เป็นอุปสรรคต่อการใช้เพรีพและการตรวจตามนัดของท่าน						
2) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลา เป็นอุปสรรคต่อการมารับเพรีพและการตรวจตามนัดของท่าน						
3) ท่านกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม สิ่งนั้นอาจทำให้ท่านพิจารณาหยุดใช้เพรีพ						
4) ท่านไม่แน่ใจว่าสิทธิประกันสุขภาพของท่านครอบคลุมค่าตรวจและการใช้เพรีพอย่างไรบ้าง						
5) ท่านไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการใช้เพรีพ						
6) การที่รัฐบาลมีนโยบายให้เพรีพฟรี รวมถึงค่าแพทย์และการตรวจเอชไอวี และซิฟิลิส มีความสำคัญต่อการตัดสินใจใช้เพรีพ อย่างสม่ำเสมอของท่าน						
7) การที่รัฐบาลมีการให้เพรีพฟรี เป็นปัจจัยสำคัญต่อการใช้เพรีพอย่างต่อเนื่องของท่าน						
8) หากไม่มีนโยบายให้ยาเพรีพฟรี ท่านอาจจะไม่ใช้หรือหยุดใช้เพรีพ						

ตาราง (ต่อ)

ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9) ท่านสามารถใช้สิทธิบัตรทอง/ประกันสุขภาพ/ประกันสังคมในการรับยาเพรีฟและบริการที่เกี่ยวข้องได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย						
10) การที่สถานบริการของรัฐให้บริการเพรีฟโดยไม่เลือกปฏิบัติ ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจและมั่นใจที่จะเข้ารับบริการเป็นประจำ						

ส่วนที่ 7 แบบวัดโอกาสทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันเอชไอวี

คำชี้แจง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1) การใช้เพรีทุกวัน ทำให้ผู้อื่นมองว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี						
2) การใช้เพรีอาจถูกมองว่า ท่านมีคู่นอนหลายคน						
3) ท่านลังเลที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการใช้เพรีกับคนที่ท่านไม่ไว้ใจเพราะกลัวการตีตรา						
4) ท่านหลีกเลี่ยงการพกเพรีเมื่อต้องอยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว เพราะกลัวว่าจะถูกซักถามหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของท่าน						
5) ท่านเคยรู้สึกอับอายหรือไม่สบายใจ เมื่อมีคนรู้ว่าท่านใช้เพรีเป็นประจำ						
6) ท่านรู้สึกว่าคุณคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ให้บริการเพรี มีทัศนคติที่เป็นมิตร ไม่ตัดสิน และความเข้าใจความต้องการเฉพาะกลุ่ม						
7) ท่านรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ผลข้างเคียง หรือปัญหาทางเพศรวมถึงการใช้เพรี กับผู้ให้บริการทางการแพทย์						
8) ท่านรู้สึกว่าคุณยัดเยียดของเวลาให้บริการ และรูปแบบการให้บริการของคลินิกเพรีช่วยให้ท่านสามารถเข้ารับบริการได้สะดวกมากขึ้น						
9) การเข้าถึงบริการเพรีที่ปราศจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ท่านตัดสินใจใช้บริการ						
10) เพื่อนหรือคนใกล้ชิดมีส่วนร่วมสำคัญในการแนะนำชักชวนให้ท่านใช้เพรี						
11) การมีเพื่อนหรือคนใกล้ชิดที่ใช้เพรีเหมือนกันช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการใช้เพรีอย่างต่อเนื่อง						
12) บุคคลที่ท่านไว้ใจให้การสนับสนุนหรือเตือนท่านให้รับประทานเพรีตามเวลา						

ตาราง (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13) ท่านสามารถปรึกษาเพื่อนหรือคนใกล้ชิดได้อย่างเปิดเผย เมื่อท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับเพิร์พ						
14) การเข้าร่วมกิจกรรมหรือกลุ่มเกี่ยวกับเพิร์พช่วยให้ท่านมีความมั่นใจและมีวินัยในการใช้เพิร์พมากขึ้น						
15) ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับเพิร์พได้ง่ายทางออนไลน์ (Google, Facebook, เว็บไซต์ต่าง ๆ)						
16) ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเพิร์พผ่านโซเชียลมีเดีย เช่น Facebook, Twitter หรือ TikTok						
17) ท่านเคยเห็นโฆษณาหรือสื่อรณรงค์เกี่ยวกับเพิร์พในเว็บไซต์หรือแอปที่ท่านใช้งานเป็นประจำ						
18) ท่านเคยตัดสินใจเริ่มใช้เพิร์พหลังจากได้รับข้อมูลจากสื่อออนไลน์หรือคลิบวิดีโอให้ความรู้						
19) ท่านบันทึกเว็บไซต์หรือเพจที่ให้ข้อมูลน่าเชื่อถือเกี่ยวกับเพิร์พไว้เพื่อใช้อ้างอิงหรือส่งต่อให้ผู้อื่น						

ส่วนที่ 8 แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของท่านมากที่สุดข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย	
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	
เห็นด้วยค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1) ท่านรับประทานยาเพรีฟในเวลาเดิมทุกวัน แม้ในวันที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ						
2) ใน 7 วันที่ผ่านมา ท่านลืมรับประทานยาเพรีฟ หรือรับประทานไม่ตรงเวลา						
3) เมื่อท่านลืมรับประทานยาเพรีฟ ท่านรับประทาน ทันทีที่นึกได้						
4) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเปลี่ยนวิธีการรับ ประทานยาเพรีฟทุกวัน เป็นแบบรับประทาน เฉพาะช่วงที่มีโอกาสจะมีเพศสัมพันธ์ (on demand) โดยรับคำปรึกษาวางแผนการรักษาร่วมกับบุคลากร ทางการแพทย์						
5) ท่านไปตรวจติดตามตามนัดทุกครั้ง						
6) เมื่อไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ท่านติดต่อเลื่อน นัดกับสถานบริการล่วงหน้า 1 วัน และไปตรวจ ตามวันที่เลื่อนได้						
7) ท่านวางแผนล่วงหน้าเพื่อไม่ให้พลาดนัดตรวจ ติดตาม เช่น จดบันทึก ตั้งเตือน หรือलगาน/หยุดเรียน						
8) ท่านเคยเลื่อนนัดหรือขาดการตรวจติดตาม เพราะคิดว่ายังมียาเพรีฟเหลืออยู่และไม่จำเป็นต้องไป ตรวจตามนัด						
9) ท่านมาตรวจเลือดตามนัด เพื่อตรวจสอบสถานะ การไม่ติดเชื้อเอชไอวี						

ประวัติผู้เขียน

