

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

# ความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

## Intention to use HIV Self-Testing and Its associated factors among young men who have sex with men in Bangkok Metropolitan Region

กุลวดี จันทรศร<sup>1</sup>Kullawadee Jantarasorn<sup>1</sup>พีรยา เอกจริยาวัฒน์<sup>1</sup>Peeraya Ekchariyawat<sup>1</sup>มธุรส ทิพยมงคลกุล<sup>2</sup>Mathuros Tipayamongkhogul<sup>2</sup>เพ็ญพักตร์ อุทิศ<sup>3</sup>Penpaktr Uthis<sup>3</sup><sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>1</sup>Faculty of Public Health, Mahidol University<sup>2</sup>สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย<sup>2</sup>Research Institute for Language and Culture

มหาวิทยาลัยมหิดล

of Asia, Mahidol University

<sup>3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย<sup>3</sup>Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

DOI: 10.14456/dcj.2026.1

Received: August 28, 2025 Revised: November 26, 2025 Accepted: January 25, 2026

### บทคัดย่อ

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง เป็นหนึ่งในแนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่ปลอดภัย แม่นยำ มีความเป็นส่วนตัว และสะดวก เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงการตรวจและความถี่ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (อายุ 18-25 ปี) ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 586 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเครือข่าย (Respondent Driven Sampling: RDS) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google forms) ผลการศึกษาพบว่าเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 586 คน มีอายุเฉลี่ย 20.25 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=2.25 ปี) มีความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ร้อยละ 82 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ความสามารถของการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง รวมถึงการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศผ่านช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย เช่น โซเชียลมีเดีย เว็บไซต์สุขภาพ และแอปพลิเคชัน รวมทั้งพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเยาวชน รวมไปถึงการจัดโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการใช้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองในเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ที่แสดงขั้นตอนการใช้งานอย่างชัดเจน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้งานชุดตรวจ เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถและส่งเสริมความตั้งใจในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง

ติดต่อผู้พิมพ์: พีรยา เอกจริยาวัฒน์

อีเมล: peeraya.ekc@mahidol.ac.th

## Abstract

HIV self-testing is a safe, accurate, private, and convenient approach for HIV detection that enhances accessibility and frequency of HIV testing. This cross-sectional analytical study aimed to examine the intention to use HIV self-testing and associated factors among young men who have sex with men (YMSM) aged 18–25 years in the Bangkok Metropolitan Region. A total of 586 participants were recruited using Respondent Driven Sampling (RDS). Data was collected through an online questionnaire (Google forms). Among 586 young MSM participants with a mean age of 20.25 years (SD=2.25), 82.0% expressed intention to use HIV self-testing. Factors significantly associated with intention to use HIV self-testing ( $p < 0.05$ ) included perceived risk of HIV/AIDS infection and perceived self-efficacy for HIV self-testing. The Ministry of Public Health and related agencies should develop programs to promote knowledge and skills regarding HIV self-testing, including sexual risk behavior assessment through various communication channels such as social media, health websites, and applications. They should also develop age-appropriate promotional materials for youth and implement programs to enhance perceived self-efficacy in HIV self-testing among young men who have sex with men. This includes developing clear instructional learning materials that demonstrate usage procedures to increase confidence in using HIV self-test kits, thereby strengthening perceived self-efficacy and promoting intention to conduct HIV self-testing.

**Correspondence:** Peeraya Ekchariyawat

E-mail: peeraya.ekc@mahidol.ac.th

### คำสำคัญ

ความตั้งใจ; ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง; การสุ่มแบบเครือข่าย; เยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

### Keywords

intention; HIV self-testing; respondent-driven sampling; young men who have sex with men

## บทนำ

รายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ปี 2566 พบว่า ร้อยละ 65 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงหรือกลุ่มประชากรหลัก (Key population) ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) พนักงานบริการทางเพศ สาวประเภทสอง ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดและผู้ต้องขัง และร้อยละ 14 ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ<sup>(1,2)</sup> ประเทศไทยคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในปี 2567 จำนวน 8,869 คน และผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 572,244 คน แม้แนวโน้มลดลงแต่ความชุกสูงในกลุ่มประชากรหลักที่อายุต่ำกว่า 25 ปี โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครมีผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงสุดของประเทศ คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1,095 คน ร้อยละ 44 เป็นเยาวชน

อายุ 15–24 ปี<sup>(3,4)</sup> กรุงเทพมหานครตั้งเป้าหมายยุติเอดส์ 95–95–95 ภายในปี 2573 ตามเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และประเทศไทย ผลการดำเนินงาน Fast track cities กรุงเทพมหานคร ปี 2566 พบ 1) ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบสถานะของตน 2) ร้อยละ 79 ของผู้ที่ทราบสถานะได้รับยาต้านไวรัสและ 3) ร้อยละ 86 ของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสได้สำเร็จ<sup>(5)</sup> ช่องว่างสำคัญในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและทราบสถานะ (95 ที่หนึ่ง) โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย<sup>(6)</sup>

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง หรือเรียกโดยย่อว่าการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-testing: HIVST) เป็นหนึ่งในแนวทางการตรวจที่

องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำ ปลอดภัย แม่นยำ ได้รับการยอมรับสูงในกลุ่มประชากรหลัก ช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความถี่ในการตรวจ เนื่องจากมีความเป็นส่วนตัว และสะดวก จึงเป็นทางเลือกสำหรับผู้รับรู้การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติต่อการติดเชื้อเอชไอวี<sup>(7)</sup> ลดการถ่ายทอดเชื้อ และเพิ่มการตรวจซ้ำในกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาได้เร็วขึ้น (95 ที่สอง และ 95 ที่สาม) เพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย 95-95-95<sup>(8)</sup> ปัจจุบันนี้ กฎหมายอนุญาตให้ตรวจเอชไอวีด้วยตนเองได้แล้ว มี 2 ชนิด คือ เลือดและสารน้ำในช่องปาก โดยชุดตรวจมีวางจำหน่ายที่ร้านขายยาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์และโฆษณาจำหน่ายอย่างแพร่หลายทางอินเทอร์เน็ต<sup>(9)</sup>

ความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง หมายถึง การแสดงเจตนาของบุคคลที่จะใช้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ว่าตั้งใจหรือไม่ตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองการติดเชื้อ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลได้<sup>(10,11,12-14)</sup> โดยปัจจัยส่วนบุคคลเช่น อายุ การศึกษา รายได้ ประวัติการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง<sup>(14-17)</sup> การรับรู้อุปสรรค<sup>(18)</sup> การรับรู้ประโยชน์<sup>(19)</sup> การรับรู้ความสามารถของตนเอง<sup>(18,19)</sup> และการรับรู้การสนับสนุนของบุคคลใกล้ชิด<sup>(15,19)</sup> รวมไปถึงการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี<sup>(16)</sup> สัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง

แม้การตรวจเอชไอวีด้วยตนเองจะมีการสนับสนุนเชิงนโยบายแล้ว แต่ในบริบทของกรุงเทพมหานครยังไม่มีข้อมูลที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งจะช่วยทำให้สามารถพัฒนาข้อเสนอส่งเสริมการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อ เชื่อมโยงเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ลดการแพร่ระบาด นำไปสู่การยุติเอดส์ตามเป้าหมาย 95-95-95 ภายในปี 2573 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรอง

การติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

## วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลในเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 18-25 ปี ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2566 โดยมีรายละเอียดดังนี้

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 18-25 ปี ที่พักอาศัย /ทำงานหรือกำลังศึกษาอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับประชากรไม่ทราบจำนวนแน่นอนของ Cochran<sup>(20)</sup> ความชุกความตั้งใจตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศ บราซิล เม็กซิโกและเปรู (P) เท่ากับ 0.40<sup>(21)</sup> ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Z=1.96) และส่วนต่างข้อผิดพลาด (e) เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(P(1-P)Z^2)}{e^2} = \frac{0.40(1-0.40)1.96^2}{0.05^2} = 368.79 = 369 \text{ คน}$$

และเนื่องจากการใช้แบบสอบถามออนไลน์ ในการเก็บข้อมูลมีอัตราการตอบกลับเฉลี่ยที่ยอมรับได้ อยู่ที่ร้อยละ 50<sup>(22)</sup> จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 50 รวมทั้งสิ้นจำนวน 554 คน และได้ตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 553 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นชายโดยกำเนิด หมายถึง บุคคลที่ไ้ระบุว่า เป็นเพศชายตั้งแต่เกิด 2) อายุระหว่าง 18-25 ปี 3) พักอาศัย/ทำงานหรือกำลังศึกษา ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล (นนทบุรี นครปฐม ปทุมธานี สมุทรปราการ และสมุทรสาคร) อย่างน้อย 1 เดือน 4) มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาหรือนิยามตัวเองว่าเป็น

กลุ่มชายรักชาย/สาวประเภทสอง/ไบเซ็กชวล 5) มีโทรศัพท์หรือเครื่องมือที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ต และยินดีเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ โดยการเลือกยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแบบออนไลน์ 6) สามารถอ่านหรือสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) เคยตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี/เป็นผู้ติดเชื้อหรือกำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัส 2) ไม่ตอบคำถามข้อตัวแปรตาม หรือมีข้อมูลสูญหายเกินร้อยละ 30 จากนั้นสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบเครือข่าย (Respondent Driven Sampling: RDS) กำหนดให้ตัวอย่างตั้งต้น (Seeds) คัดเลือกเพื่อนหรือเครือข่ายเป็นรุ่น ๆ<sup>(23)</sup>

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน และคำถามคัดกรองคุณสมบัติผู้เข้าร่วมการศึกษา ดังนี้

**คำถามคัดกรองคุณสมบัติ** จำนวน 6 ข้อ เพื่อคัดกรองให้ผู้เข้าร่วมตรงตามเกณฑ์ ได้แก่ เพศกำเนิด อายุ ประสบการณ์ทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ พื้นที่อยู่อาศัยหรือทำงาน และสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

**ส่วนที่ 1** คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม เช่น อายุ การศึกษารายได้ เพศวิถี ประวัติการตรวจเอชไอวี และการรับรู้ข่าวสาร มีทั้งคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและความรู้เกี่ยวกับการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง แบ่งเป็น 1) ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 9 ข้อ สร้างจากตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ (UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS: UNGASS) ด้านความรู้เกี่ยวกับเอดส์ (Knowledge indicator) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง<sup>(24)</sup> 2) ความรู้เกี่ยวกับ HIVST ในประเทศไทย จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ

3 ตัวเลือก “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบที่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน หากตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ประยุกต์การจัดระดับคะแนนของบลูม<sup>(25)</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับสูง) คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60-79 (ระดับปานกลาง) และคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 60 (ระดับต้องปรับปรุง) ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัดระดับการรับรู้ความเสี่ยง จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก กำหนดระดับการรับรู้<sup>(26)</sup> คือ “ไม่เสี่ยง” “เสี่ยงต่ำ” “เสี่ยงปานกลาง” และ “เสี่ยงสูง”

**ส่วนที่ 4** การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง รวมทั้งสิ้น จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ 2) การรับรู้ความสามารถต่อการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน) 3) การรับรู้การสนับสนุนหรือแรงจูงใจที่คล้ายตามบุคคลใกล้ชิดตนเอง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ ทำตาม(3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่ทำตาม (1 คะแนน) โดยแต่ละด้านกำหนดระดับการรับรู้ประยุกต์จากการจัดระดับคะแนนของบลูม<sup>(25)</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับสูง) ร้อยละ 60-79 (ระดับปานกลาง) และน้อยกว่าร้อยละ 60 (ระดับต่ำ)

**ส่วนที่ 5** การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศทางเลือก จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” กำหนดระดับการตีตราโดยประยุกต์จากการจัดระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ของบลูม<sup>(25)</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับสูง) ร้อยละ 60-79 (ระดับปานกลาง) และน้อยกว่าร้อยละ 60 (ระดับต่ำ)

**ส่วนที่ 6** ความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง จำนวน 6 ข้อ ใช้คำถาม “ถ้ามีโอกาส ท่านตั้งใจ

ที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเองหรือไม่” เป็นคำถามหลักในการจัดกลุ่มของความตั้งใจโดยให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก “มีความตั้งใจที่จะตรวจ” (1 คะแนน) จัดเป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจที่จะตรวจ “ไม่มีความตั้งใจที่จะตรวจ” และ “ไม่แน่ใจ” (0 คะแนน)<sup>(27,28)</sup> จัดเป็นกลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจที่จะตรวจ และคำถามข้อ 2-6 สอบถามเหตุผลความเหมาะสมของราคาชุดตรวจ ทางเลือกอื่นในการตรวจและการแนะนำการตรวจ

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ในส่วนที่ 2-6 มีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

2. ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองกับเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 30 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้การสนับสนุนหรือแรงจูงใจ และการตีตรา และเลือกปฏิบัติฯ ได้เท่ากับ 0.70, 0.70, 0.78, 0.95 และ 0.73 ตามลำดับ

#### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับองค์กรชุมชนหรือองค์กรภาคประชาสังคมที่เป็นจุดเริ่มต้นของ Seeds ได้แก่ สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ และมูลนิธิเอชไอวีเอเชีย เพื่อให้เป็นผู้ประสาน หรือติดต่อคัดเลือก Seeds โดยดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

2. นัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ และแผนการเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่องค์กรฯ และขอข้อมูลการติดต่อของ Seeds เช่น หมายเลขโทรศัพท์

ไอดีไลน์ หรืออีเมล

3. ส่งลิงก์ หรือ QR code แบบสอบถามให้ Seeds และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และยินยอมในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามออนไลน์ (Google forms) ให้กับ ตัวอย่างตั้งต้น เพื่อขอการยินยอมในการเข้าร่วมโครงการผ่านระบบออนไลน์ เข้าร่วมตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ

4. เมื่อทำแบบสอบถามเสร็จ Seeds จะได้รับรหัส Token จำนวน 3 รหัสต่อคน ผ่านช่องทางการติดต่อที่แจ้งไว้ เพื่อส่งรหัส Token พร้อมลิงก์ หรือ QR code แบบสอบถามให้แก่ผู้เข้าร่วมรายถัดไปที่เป็นเพื่อนหรือคนรู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาในเครือข่ายอีก 3 คน โดยลงทะเบียนและทำแบบสอบถามผ่านอีเมลเพื่อยืนยันตัวตนและป้องกันข้อมูลซ้ำซ้อน จากนั้นผู้ตอบจะได้รับ Token ชุดใหม่เพื่อขยายผลการเก็บข้อมูลในลักษณะลูกโซ่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และความตั้งใจในการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับความตั้งใจในการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารเลขที่ MUPH 2022-117 วันที่ 12 กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยหลักสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ลงนามเอกสาร

แสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยตอบแบบสอบถามออนไลน์

## ผลการศึกษา

### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

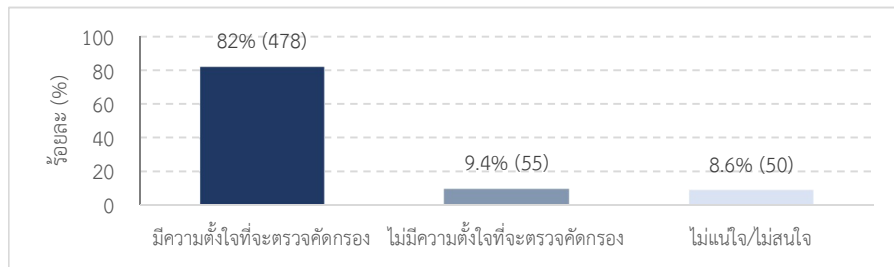
กลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ที่ได้มีจำนวน 583 คน อายุเฉลี่ย 20.25 ปี (SD=2.25) เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุ 18-19 ปี (ร้อยละ 46.7) ส่วนใหญ่ระบุอัตลักษณ์ทางเพศของตนว่าอยู่ในกลุ่มชายรักชาย (ร้อยละ 87.7) อาศัยในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 84.7) ระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 43.2) รายได้เฉลี่ย 12,000 บาท และครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 50.3 ประวัติการตรวจเอชไอวีพบว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยตรวจเอชไอวีมาก่อน (ร้อยละ 58.7) ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาไม่ได้ตรวจและไม่เคยทราบผล (ร้อยละ 48.9) และไม่รู้จักชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง (ร้อยละ 46.7) ดังตารางที่ 1

ระดับความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 49.1) ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง ระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 49.9) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่า ตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 50.9) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองฯ ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.5) โดยหนึ่งในสี่มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองฯ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 26.2) การรับรู้ความสามารถของการตรวจคัดกรองฯ อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูงใกล้เคียงกัน

(ร้อยละ 45.3, 41.7) การรับรู้การสนับสนุนหรือแรงจูงใจที่คล้อยตามบุคคลใกล้ชิดตนเองระดับสูง (ร้อยละ 52.5) และการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศทางเลือก อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 85.4) ดังตารางที่ 2

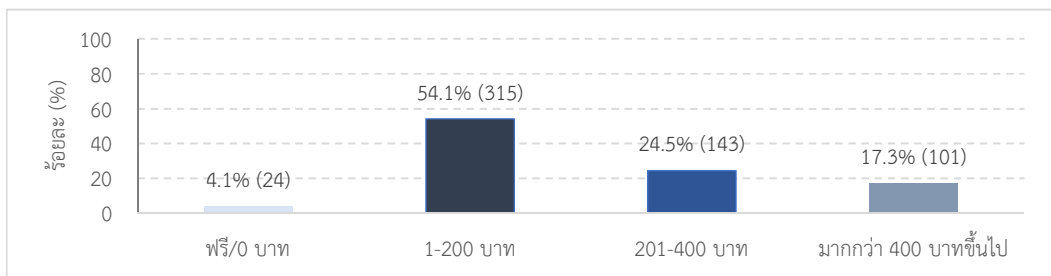
### 2. ความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง ในเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง (ร้อยละ 82.0) ดังภาพที่ 1 โดยมีความตั้งใจจะตรวจด้วยชุดตรวจทั้งสองแบบ (ร้อยละ 51.3) ตรวจแบบเจาะเลือดปลายนิ้ว (ร้อยละ 29.5) และตรวจแบบใช้ของเหลวในช่องปาก (ร้อยละ 19.2) ส่วนใหญ่ให้เหตุผลเรื่องความสะดวก (ร้อยละ 42.5) ส่วนผู้ที่ไม่มีความตั้งใจ และไม่แน่ใจ/ไม่สนใจ ระบุเหตุผลจากความกลัว ได้แก่ เข็ม/กลัวเลือด (ร้อยละ 22.2) โดยกลุ่มตัวอย่างระบุว่าราคาเฉลี่ยชุดตรวจสูงสุดที่จะยินยอมจ่ายซื้อชุดตรวจฯ สำหรับตรวจประจำ 283.62 บาท (SD=278.24) ค่ามัธยฐานที่ยินยอมจ่ายเท่ากับ 200 บาท (0-3,000 บาท) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างยินยอมจ่ายเพื่อซื้อชุดตรวจฯ ราคา 1-200 บาท (ร้อยละ 54.1) รองลงมาคือราคา 201-300 บาท (ร้อยละ 24.5) ดังภาพที่ 2 และหากชุดตรวจมีราคาสูงเกินไป เกินกว่าครึ่งระบุว่า จะไปตรวจเอชไอวี โดยหาที่บริการฟรี เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐ (ร้อยละ 59.0) และระบุว่าสถานที่ที่ดีที่สุดในการรับส่งชุดตรวจ คือ ร้านขายยา (ร้อยละ 24.2)



ภาพที่ 1 จำนวนและร้อยละความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานครและปริมณฑล (n=583)

Figure 1 Number and percentage of intention to use HIV self-testing among young men who have sex with men in Bangkok metropolitan region (n=583)



ภาพที่ 2 จำนวนและร้อยละราคาชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง ที่กลุ่มตัวอย่างเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานครและปริมณฑลยินยอมจ่าย (n=583)

Figure 2 Number and percentage of willingness to pay for HIV self-test kits among young men who have sex with men in Bangkok metropolitan region (n=583)

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง ในเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

จากการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.009$ ) โดยผู้ที่รับรู้ว่าจะตรวจเอชไอวีด้วยตนเองมีความเสี่ยงต่ำ มีแนวโน้มความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเองน้อยที่สุด และการรับรู้ความสามารถของการตรวจเอชไอวีด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวี

ด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.019$ ) ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในระดับสูง มีแนวโน้มความตั้งใจที่จะตรวจมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในระดับปานกลาง และต้องปรับปรุง สำหรับปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจฯ การรับรู้การสนับสนุนหรือแรงจูงใจที่คล้อยตามบุคคลใกล้ชิดตนเอง การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี และความหลากหลายทางเพศ ไม่พบความสัมพันธ์ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง เยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

Table 1 Association between personal characteristics and intention to use HIV self-testing among young men who have sex with men in Bangkok metropolitan region

ปัจจัย	ตัวอย่าง จำนวน (ร้อยละ)	ความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง			p-value
		มีความตั้งใจ ที่จะตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีความตั้งใจ ที่จะตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ/ ไม่สนใจ จำนวน (ร้อยละ)	
รวม	583 (100.0)	478 (82.0)	55 (9.8)	50 (6.6)	
อายุ (ปี)					0.400
18-21 ปี	409 (70.2)	340 (83.1)	38 (9.3)	31 (7.6)	
22-25 ปี	174 (29.9)	138 (79.3)	17 (9.8)	19 (10.9)	
จังหวัดที่อาศัย/ทำงานหรือกำลังศึกษา					0.786
กรุงเทพมหานคร	494 (84.7)	404 (81.8)	46 (9.3)	44 (8.9)	
ปริมณฑล	89 (15.3)	74 (83.1)	9 (10.1)	6 (6.7)	
ระดับการศึกษา					0.500
มัธยมศึกษาตอนต้น และต่ำกว่า	56 (9.6)	45 (80.4)	5 (8.9)	6 (10.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/อนุปริญญา	278 (47.7)	222 (79.9)	32 (11.5)	24 (8.6)	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	249 (42.7)	211 (84.7)	18 (7.2)	20 (8.0)	
รายได้ต่อเดือน					0.438
≤10,000 บาท	372 (63.8)	304 (81.7)	39 (10.5)	29 (7.8)	
10,001-20,000 บาท	138 (23.7)	112 (81.2)	12 (8.7)	14 (10.1)	
20,001-30,000 บาท	42 (7.2)	33 (78.6)	4 (9.5)	5 (11.9)	
30,001 บาทขึ้นไป	31 (5.3)	29 (93.5)	0 (0)	2 (6.5)	
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย					0.057
อยู่คนเดียว	190 (32.6)	161 (84.7)	12 (6.3)	17 (8.9)	
อยู่กับครอบครัว	293 (50.3)	235 (80.2)	34 (11.6)	24 (8.2)	
อยู่กับเพื่อน	65 (11.2)	51 (78.5)	6 (9.2)	8 (12.3)	
อยู่กับคู่ (แฟน/ภรรยา/สามี)	34 (5.8)	31 (91.2)	3 (8.8)	0 (0)	
ไม่ระบุ	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
ประวัติการเคยตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี					0.134
เคย	241 (41.3)	202 (83.8)	16 (6.6)	23 (9.5)	
ไม่เคย	342 (58.7)	276 (80.7)	39 (11.4)	27 (7.9)	
ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาเคยตรวจและรู้ผล					0.425
เคยตรวจและทราบผล	204 (35)	165 (80.9)	18 (8.8)	21 (10.3)	
เคยตรวจแต่ไม่ทราบผล	43 (7.4)	38 (88.4)	1 (2.3)	4 (9.3)	
ไม่ได้ตรวจและไม่ทราบผลใน 1 ปีที่ผ่านมา	51 (8.8)	42 (82.4)	7 (13.7)	2 (3.9)	
ไม่ได้ตรวจและไม่เคยทราบผล	285 (48.9)	233 (81.8)	29 (10.2)	23 (46.0)	
รู้จักชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง					0.782
รู้จัก	227 (38.9)	189 (83.3)	20 (8.8)	18 (36.0)	
ไม่รู้จัก	272 (46.7)	218 (80.1)	27 (9.9)	27 (54.0)	
ไม่แน่ใจ	84 (14.4)	71 (84.5)	8 (9.5)	5 (10.0)	

\*The chi-square test was used to calculate the p-value, with a significance level defined as  $p < 0.05$ .

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง และการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี และความหลากหลายทางเพศ กับความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง เยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

**Table 2** Association between HIV/AIDS knowledge and HIV self-testing, HIV/AIDS risk perception and HIV self-testing, and HIV and sexual diversity-related stigma and discrimination with intention to use HIV self-testing among young men who have sex with men in Bangkok metropolitan region

ปัจจัย	ตัวอย่าง จำนวน (ร้อยละ)	ความตั้งใจที่จะตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง			p-value
		มีความตั้งใจที่จะตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีความตั้งใจที่จะตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ/ ไม่สนใจ จำนวน (ร้อยละ)	
<b>ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์</b>					0.194
ระดับดี	286 (49.1)	238 (83.2)	24 (8.4)	24 (8.4)	
ระดับปานกลาง	139 (23.8)	119 (85.6)	9 (6.5)	11 (7.9)	
ระดับต้องปรับปรุง	158 (27.1)	121 (76.6)	22 (13.9)	15 (9.5)	
<b>ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง</b>					0.629
ระดับดี	123 (21.1)	103 (84)	12 (9.8)	8 (6.5)	
ระดับปานกลาง	169 (29)	143 (84.6)	13 (7.7)	13 (7.7)	
ระดับต้องปรับปรุง	291 (49.9)	232 (79.7)	30 (10.3)	29 (10)	
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์</b>					0.009*
เสี่ยงสูง	28 (4.8)	23 (82.1)	4 (14.3)	1 (3.6)	
เสี่ยงปานกลาง	84 (14.4)	68 (81)	4 (4.8)	12 (14.3)	
เสี่ยงต่ำ	174 (29.9)	149 (85.6)	8 (4.6)	17 (9.8)	
ไม่เสี่ยง	297 (50.9)	238 (80.1)	39 (13.1)	20 (6.7)	
<b>การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง</b>					0.985
ระดับสูง	153 (26.2)	126 (82.4)	13 (8.5)	14 (9.2)	
ระดับปานกลาง	265 (45.5)	216 (81.5)	26 (9.8)	23 (8.7)	
ระดับต่ำ	165 (28.3)	136 (82.4)	16 (9.7)	13 (7.9)	
<b>การรับรู้ความสามารถของการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง</b>					0.019*
ระดับสูง	243 (41.7)	213 (87.7)	19 (7.8)	11 (4.5)	
ระดับปานกลาง	264 (45.3)	205 (77.7)	30 (11.4)	29 (11)	
ระดับต่ำ	76 (13.0)	60 (78.9)	6 (7.9)	10 (13.2)	
<b>การรับรู้การสนับสนุนหรือแรงจูงใจที่คล้ายตามบุคคลใกล้ชิดตนเอง</b>					0.161
ระดับสูง	306 (52.5)	256 (83.7)	21 (6.9)	29 (9.5)	
ระดับปานกลาง	183 (31.4)	146 (79.8)	21 (11.5)	16 (8.7)	
ระดับต่ำ	94 (16.1)	76 (80.9)	13 (13.8)	5 (5.3)	
<b>การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและความหลากหลายทางเพศ</b>					0.208
ระดับสูง	36 (6.2)	30 (83.3)	5 (13.9)	1 (2.8)	
ระดับปานกลาง	49 (8.4)	44 (89.8)	1 (2)	4 (8.2)	
ระดับต่ำ	498 (85.4)	404 (81.1)	49 (9.8)	45 (9)	

\*The chi-square test was used to calculate the p-value, with a significance level defined as  $p < 0.05$

## วิจารณ์

เยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 82 มีความตั้งใจตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง ซึ่งอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกับการศึกษาในมาลาวีและซิมบับเว ร้อยละ 84.5<sup>(16)</sup> แต่สูงกว่าการศึกษาในจีน ร้อยละ 23.8 และบราซิล เม็กซิโก เปรู ร้อยละ 40<sup>(12,13)</sup> สะท้อนถึงระดับการตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการทราบสถานะที่ค่อนข้างสูง ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันและการดูแลตัวเอง และทำให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างถูกต้องทันท่วงที่<sup>(10,11)</sup> โดยกรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่นำร่องการใช้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมีความสนใจและตั้งใจที่จะตรวจฯ สูง นอกจากนี้ การเลือกตัวอย่างตั้งต้นจากองค์กรชุมชนที่เป็นเครือข่ายป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ เพื่อช่วยในการเข้าถึง ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเอชไอวี ทั้งนี้ กลุ่มที่มีความตั้งใจที่จะตรวจครั้งหนึ่งเลือกโดยชุดตรวจทั้งสองแบบ กลุ่มที่เลือกตรวจฯ แบบเจาะเลือดปลายนิ้ว เนื่องจากทราบผลรวดเร็ว และแม่นยำ และเลือกตรวจแบบใช้ช่องเหลวในช่องปากน้อยที่สุด แตกต่างจากออสเตรเลีย ที่พบว่าชุดตรวจน้ำลายเป็นที่นิยมมากกว่าเพราะใช้งานง่าย<sup>(28)</sup>

นอกจากนี้กลุ่มที่ไม่ตั้งใจตรวจมีความกลัวผลตรวจหรือกลัวเลือดซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญ<sup>(29)</sup> ขณะการศึกษาในยุโรปพบว่า ความเป็นส่วนตัวเป็นแรงจูงใจหลักในการตรวจ<sup>(18)</sup> ราคาชุดตรวจสูงสุดที่กลุ่มตัวอย่างเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายยินยอมจ่ายซื้อชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเองอยู่ที่ 300 บาท โดยสะดวกรับชุดตรวจจากร้านขายยามากที่สุด<sup>(30)</sup> และหากราคาสูงเกินไปจะไปตรวจที่ชุมชนหรือสถานบริการของรัฐบาลที่ให้บริการตรวจฟรีแทน ปัจจุบันประเทศไทยมีมาตรการดำเนินงานบริการชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง มีชุดตรวจที่ขึ้นทะเบียน อย. แล้ว 4 ชุด ราคา 80-500 บาท และสามารถรับฟรีผ่านระบบเป่าตั้ง ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(31)</sup> อย่างไรก็ตาม มีเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายไม่รู้จักชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง ไม่เคยได้ยิน

หรือไม่เคยอ่านพบมาก่อนนั้น อาจเนื่องจากการประชาสัมพันธ์การให้บริการตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ยังเข้าไม่ถึงบริการ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง<sup>(17,32)</sup> สะท้อนว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงว่าตนเองอาจติดเชื้อเอชไอวีสูง จะมีแนวโน้มความตั้งใจที่จะใช้ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเองมากขึ้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หากบุคคลรับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงสูง จะมีความตั้งใจจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงนั้น<sup>(10)</sup> อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ร้อยละ 75.6 แต่กลับมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการป้องกันและการตรวจเอชไอวี เช่น การเข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวีได้ฟรี ร้อยละ 51.5 การมีคู่นอนเพียงคนเดียวลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 34.4 ช่วยในการป้องกันก่อน (Pre-exposure prophylaxis: PrEP) หรือหลัง (Post-exposure prophylaxis: PEP) สัมผัสเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 33.1 หรือมากกว่าหนึ่งในสามยังมีสัดส่วนการตอบผิดอยู่ในระดับสูง ซึ่งช่องว่างความรู้ดังกล่าวอาจทำให้บางส่วนประเมินความเสี่ยงของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ส่งผลทำให้มีความตั้งใจที่จะตรวจฯ น้อย

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการตรวจเอชไอวีด้วยตนเองสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง<sup>(18,19,33-35)</sup> สนับสนุนทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งชี้ว่าการรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรมได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีและมั่นใจว่าตนเองสามารถดำเนินการตรวจได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย<sup>(12)</sup> นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมั่นใจในความสามารถว่าถ้าผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวียืนยันว่าเป็นบวก จะไปรับการรักษา ที่สถานพยาบาล ที่ให้การดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ

46.5 แต่ยังมีความสามารถในการเก็บตัวอย่าง ของเหลว ในช่องปาก หรือเลือดด้วยการเจาะจากปลายนิ้วได้อย่างถูกต้อง เพียงร้อยละ 19.2 ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจฯ ทั้งนี้การรับรู้ความสามารถในการตรวจเอชไอวีด้วยตนเองระดับต่ำอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปลี่ยนเจตคติหรือความตั้งใจไปสู่พฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม<sup>(11)</sup>

ดังนั้น เมื่อพิจารณาร่วมกันระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง จะเห็นได้ว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณเองไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มักมีความตั้งใจในการตรวจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากความเข้าใจที่ไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับบริการด้านเอชไอวีและข้อจำกัดด้านการรับรู้ความสามารถของการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง และการเข้าถึงชุดตรวจจึงมีความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง ควบคู่ไปกับการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความเชื่อมั่นหรือการรับรู้ความสามารถตนเอง ส่งเสริมให้มีความตั้งใจและพฤติกรรมตรวจเอชไอวีด้วยตนเองเพิ่มขึ้น โดยการจัดอบรมหรือสร้างเนื้อหาที่เข้าใจง่าย เพื่อเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มการยอมรับและพฤติกรรมตรวจเอชไอวี

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำสื่อและกิจกรรมประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ทันสมัย และผ่านช่องทางออนไลน์ที่กลุ่มนี้ นิยม เช่น Social media, Google, หรือแพลตฟอร์มสุขภาพออนไลน์ เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนลดการประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเอชไอวีด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ส่งเสริมความมั่นใจในการใช้งานชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองในเยาวชนชาย

มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยจัดโปรแกรมการสอนและการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับวิธีการใช้ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง เพิ่มความสามารถและทักษะในการใช้งาน สร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนและไม่ตีตราผู้เข้ารับการตรวจ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ในการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองสำหรับเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากองค์กรชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการป้องกันเอชไอวี ทำให้ระดับความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองฯ สูงกว่าประชากรทั่วไป ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มเยาวชนทั่วไปที่ไม่ได้เป็นสมาชิกหรือผู้รับบริการขององค์กรชุมชน เพื่อความเป็นตัวแทนได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

3. การประเมินช่องทางการจัดจำหน่าย วิเคราะห์ประสิทธิภาพของช่องทางการให้บริการชุดตรวจฟรีผ่านแอปพลิเคชัน “เป่าดังค์” และความเป็นไปได้ในการบูรณาการกับบริการป้องกันเอชไอวีอื่น ๆ เช่น การให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร.รัตนา สำโรงทอง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่องค์กรชุมชนหรือองค์กรภาคประชาสังคมทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวก ประสานงานการเก็บข้อมูล ความช่วยเหลือ และความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบคุณเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

## เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. Fact sheet 2024: Global statistics [Internet]. 2024 [cited 2025 May 5]. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf)
2. Definitions of key terms. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2016.
3. Department of Disease Control, Division of AIDS and STIs (TH). Estimated HIV infections, Thailand [Internet]. 2024 [cited 2025 May 5]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php#> (in Thai)
4. Bangkok Metropolitan Administration, Department of Health (TH). Strategic plan to end AIDS in Bangkok, 2021-2030. Bangkok: Department of Health; 2021. (in Thai)
5. Department of Disease Control(TH), Division of AIDS and STIs. DASHBOARD, HIV [Internet]. 2023 [cited 2025 May 5]. Available from: [https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/dashboard/service\\_area.php](https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/dashboard/service_area.php) (in Thai)
6. Department of Disease Control (TH), Division of AIDS and STIs. Number of Key populations have received an HIV test during the reporting period and know their results [Internet]. 2023 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/response.php#> (in Thai)
7. World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services [Internet]. 2016 [cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ddbf5c52-175d-4e95-9d33-dae992096e8f/content>
8. Gilada IS, Cassell MM, Laxmeshwar CS, Thar-malingam D, Ouk V, Herath S, et al. Leveraging HIV self-testing to achieve the UNAIDS 2025 targets in the South and Southeast Asia region. *J Int AIDS Soc* . 2024;27:e26357. doi: 10.1002/jia2.26357
9. Thai Food and Drug Administration. Regulations on the authorization of HIV self-testing kits. Announcement dated 17 September 2019 [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://medical.fda.moph.go.th/relevant-laws-and-standards/mdlaw0458> (in Thai)
10. Boston University. Online MPH and teaching public health [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/ MPH-modules/sb/behavioralchangetheories/behavioralchangetheories2.html>
11. Ajzen I. Behavioral interventions based on the theory of planned behavior [Internet]. 2006. [cited 2025 Jun 1]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/245582784\\_Behavioral\\_Interventions\\_Based\\_on\\_the\\_Theory\\_of\\_Planned\\_Behavior](https://www.researchgate.net/publication/245582784_Behavioral_Interventions_Based_on_the_Theory_of_Planned_Behavior)
12. Lau CYK, Wang Z, Fang Y, Ip M, Wong KM, Chidgey A, et al. Prevalence of and factors associated with behavioral intention to take up home-based HIV self-testing among male clients of female sex workers in China - an application of the Theory of Planned Behavior. *AIDS Care*. 2021;33(8):1088-97. doi: 10.1080/09540121.2020.1785996
13. Willingness to use HIV self-testing among MSM from Brazil, Mexico, and Peru [Internet]. *SIDA STUDI*. 2019 [cited 2025 Sep 10]. Available from: <https://www.sidastudi.org/ca/registro/a53b7fb370aee45201714f10d5b201d0>

14. Johnson C, Neuman M, MacPherson P, Choko A, Quinn C, Wong VJ, et al. Use and awareness of and willingness to self-test for HIV: an analysis of cross-sectional population-based surveys in Malawi and Zimbabwe. *BMC Public Health*. 2020;20(1):779. doi: 10.1186/s12889020-08855-7
15. Conserve DF, Bay C, Kilonzo MN, Makyao NE, Kajula L, Maman S. Sexual and social network correlates of willingness to self-test for HIV among ever-tested and never-tested men: Implications for the Tanzania STEP project. *AIDS Care*. 2019;31(2):169-76. doi: 10.1080/09540121.2018.1537466
16. Shafik N, Deeb S, Srithanaviboonchai K, Ayood P, Malasao R, et al. Awareness and attitudes toward HIV self-testing in Northern Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):852. doi: 10.3390/ijerph18030852
17. Dzinamarira T, Muvunyi CM, Kamanzi C, Mashamba-Thompson TP. HIV self-testing in Rwanda: awareness and acceptability among male clinic attendees in Kigali, Rwanda: A cross-sectional survey. *Heliyon*. 2020;6(3):e03515. doi: 10.1016/j.heliyon.2020e03515
18. Nash SG, Maffeo M, Likatavicius G, Cosmaro L, Rudaitis K, Lapsinov A, et al. Acceptability and usability of HIV self-tests in two European countries: findings from surveys of clients at non-governmental organisations in Lithuania and Italy. *BMC Infect Dis*. 2021;21(Suppl 2):844. doi: 10.1186/s12879-021-06442-8
19. Njau B, Lisasi E, Damian DJ, Mushi DL, Boule A, Mathews C. Feasibility of an HIV self-testing intervention: a formative qualitative study among individuals, community leaders, and HIV testing experts in northern Tanzania. *BMC Public Health*. 2020;20(1):490. doi: 10.1186/s12889-020-08651-3
20. Cochran WG. *Sampling techniques*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
21. Torres TS, Konda KA, Vega-Ramirez EH, Elorreaga-Reyes OA, Diaz-Sosa D, et al. Willingness to use HIV self-testing among MSM from Brazil, Mexico, and Peru. March 4-7, 2019: Seattle, Washington: P-S3. [Internet]. [cited 2021 November 11]. Available from: <https://www.croiconference.org/abstract/willingness-use-hiv-self-testing-among-msm-brazil-mexico-and-peru/>
22. Rattanamanee N, Pasunnon P. Response rate in quantitative research [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 3]. Available from: [http://www.thonburi-u.ac.th/Journal/Document/13-3/Journal13\\_3\\_16.pdf](http://www.thonburi-u.ac.th/Journal/Document/13-3/Journal13_3_16.pdf) (in Thai)
23. Chantramontri P. Prevalence of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Thailand using time-location sampling and respondent-driven sampling methods. *Dis Control J*. 2016;42(4):269-79. (in Thai)
24. Department of Disease Control (TH), Division of AIDS and STIs. DASHBOARD, United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS UNGASS [Internet]. 2010 [cited 2025 May 5]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/report.php> (in Thai)
25. Bloom BS. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.
26. Khawcharoenporn T, Mongkolkaewsub S, Najjitra C, Khonphiern W, Apisarnthanarak A,

- Phanuphak N. HIV risk, risk perception and uptake of HIV testing and counseling among youth men who have sex with men attending a gay sauna. *AIDS Res Ther.* 2019;16(1):13.
27. Musumari PM, Techasrivichien T, Srithanavi-boonchai K, Tangmunkongvorakul A, Ono-Kihara M, Kihara M. Factors associated with HIV testing and intention to test for HIV among the general population of Nonthaburi Province, Thailand. *PLoS One.* 2020;15(8):e0237393. doi: 10.1371/journal.pone.0237393
28. Lee DY, Ong JJ, Smith K, Jamil MS, McIver R, Wigan R, et al. The acceptability and usability of two HIV self-test kits among men who have sex with men: a randomised crossover trial. *Med J Aust.* 2022;217(3):149-54.
29. Magno L, Leal AF, Knauth D, Dourado I, Guimarães MDC, Santana EP, et al. Acceptability of HIV self-testing is low among men who have sex with men who have not tested for HIV: a study with respondent-driven sampling in Brazil. *BMC Infect Dis.* 2020;20(1):865.
30. Girault P, Misa Wong C, Jittjang S, Fongkaew K, Cassell MM, Lertpiriyasuwat C, et al. Uptake of oral fluid-based HIV self-testing among men who have sex with men and transgender women in Thailand. *PLoS One.* 2021;16(8):e0256094. doi: 10.1371/journal.pone.0256094
31. Love Foundation. FDA-approved HIV self-test kits in Thailand [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://lovefoundation.or.th/hiv-selftest-fda-approved-thailand/> (in Thai)
32. Tan Y-R, Kaur N, Ye AJ, Zhang Y, Lim JXZ, Tan RKJ, et al. Perceptions of an HIV self-testing intervention and its potential role in addressing the barriers to HIV testing among at-risk heterosexual men: a qualitative analysis. *Sex Transm Infect.* 2021;97(7):514-20. doi: 10.1136/sextrans-2020-054773
33. Daengkrajang K, Srisuriyawej R, Homsin P. Predictive factors of first-time HIV testing intention among male university students who have sex with men. *JFONUBUU.* 2019;27(2):1-10. (in Thai)
34. Jamniyom A, Krungkraipetch N, Chanprasert S. Predictive factors of voluntary HIV screening intention among male prisoners in Region 7. *JFONUBUU* [Internet]. 2017 [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/96552/75322> (in Thai)
35. Hemel MM, Reza MM, Pritom GS, Sarwar G, Khan MN, Khan S, et al. Full title- acceptability and feasibility of HIV self-testing (HIVST) among MSM and transgender women (hijra) in Bangladesh: A mixed-method study. *Heliyon.* 2024;10(10):e31477. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e31477