วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลจอมทอง

THE EFFECTIVENESS OF COUNSELING PROGRAM TO HIV PATIENTS FOR INVITE PARTNER TO RECEIVE HEALTH COUNSELING SERVICES CHOMTHONG HOSPITAL

สกาวเดือน จอมเมือง[1] อัชฌา วารีย์[2,*]
Sakawduen Chommaung Acha Varee
[1]โรงพยาบาลจอมทอง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ 50160
Chom Thong Hospital, Chom Thong District, Chiang Mai, 50160, Thailand
[2]คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000
McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai, 50000, Thailand
*Corresponding author E-mail: rnwall@gmail.com

Received: *February 16, 2025* Revised: *September, 6 2026* Accepted: *June 29, 2026*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และระดับทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ และ 3) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการ ตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤษภาคม–ตุลาคม พ.ศ. 2567 ที่ยังไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่นอน และคู่นอนยังไม่เคยเข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ จำนวน 33 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ ซึ่งพัฒนาตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แบบประเมินทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอน และแบบประเมินพฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการ มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired sample *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปแกรมการให้คำปรึกษา 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 78.18) โดยข้อที่มีความรู้ถูกต้องสูงสุด คือ โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 84.80) และทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนอยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.63, SD = .75) 2) หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนเพิ่มขึ้นกว่าก่อน

ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -7.239 และ t = -3.104 ตามลำดับ; p < .05) 3) พฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (M = 2.30, SD = .71) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 2.58) และการรับรู้อุปสรรคของการรักษามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M = 1.67)

ดังนั้น โปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเปิดเผยผลเลือด และสนับสนุนพฤติกรรมการชวนคู่เข้ารับบริการ จึงควรนำไปบูรณาการใช้ในคลินิกยาต้านไวรัสและขยายผลไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น เพื่อลดการแพร่ระบาดของเอชไอวีในระดับชุมชน

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, เอดส์, โปรแกรมการให้คำปรึกษา, การชวนคู่

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design with three objectives: 1) to examine the levels of AIDS knowledge and attitudes toward HIV status disclosure to sexual partners among people living with HIV (PLHIV); 2) to compare AIDS knowledge and attitudes toward HIV status disclosure to sexual partners before and after receiving a counseling program for PLHIV to invite partners to health counseling services; and 3) to examine partner-invitation behaviors among PLHIV after receiving the program. The sample consisted of 33 PLHIV receiving antiretroviral therapy at the Antiretroviral Clinic, ChomThong Hospital, Chiang Mai Province, from May to October 2024, who had not yet disclosed their HIV status to their sexual partners and whose partners had never accessed health counseling services. Participants were selected by simple random sampling. Research instruments comprised two components. The first was a counseling program for PLHIV to invite partners to health counseling services, developed in accordance with the guidelines of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health, consisting of 10 steps implemented over 4 sessions within 6 weeks. The second was a questionnaire comprising an AIDS knowledge test, an attitude assessment toward HIV status disclosure to sexual partners, and a partner-invitation behavior assessment, with an overall reliability coefficient of .85. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired-samples t-test.

The findings after counseling program revealed that: 1) PLHIV had a high level of AIDS knowledge (78.18%), with the highest correct response being that AIDS is caused by HIV (84.80%), while attitudes toward HIV status disclosure to sexual partners were at a moderate level (M = 1.63, SD = .75); 2) after receiving the counseling program, PLHIV showed statistically significant increases in both AIDS knowledge scores and attitudes toward HIV status disclosure to sexual partners compared to before the program (t = -7.239 and t = -3.104, respectively; p < .05); and 3) partner-invitation behaviors among PLHIV after receiving the program were at a high level (M = 2.30, SD = .71), with perceived benefits of treatment yielding the highest mean score (M = 2.58) and perceived barriers to treatment yielding the lowest (M = 1.67).

In conclusion, the counseling program for PLHIV to invite partners to health counseling services was effective in enhancing AIDS knowledge, promoting positive attitudes toward HIV status disclosure, and supporting partner-invitation behaviors. It is therefore recommended that this program be integrated into antiretroviral clinics and expanded to other health service settings to reduce HIV transmission at the community level.

Keywords: HIV-positive individuals, AIDS, counseling program, partner invitation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่การค้นพบเชื้อเอชไอวีในปี ค.ศ. 1981 (UNAIDS, 2023) โรคเอดส์หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง คือ ระยะสุดท้ายของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ที่ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 หรือ T-cells ในระบบภูมิคุ้มกันร่างกายถูกทำลาย ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดต่ำ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ และนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค โรคปอดอักเสบ หรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ รวมถึงมะเร็งบางชนิด การดำเนินโรคระยะเวลาประมาณ 10 ปี เชื้อ HIV ถึงจะพัฒนาสู่โรคเอดส์เต็มขั้น แล้วทำให้เกิดโรคเฉียบพลันโรคแทรกซ้อน (National Institutes of Health, Office of AIDS Research: NIH's Office of AIDS Research, 2025)

การติดเชื้อเอชไอวีแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการแพร่เชื้อ เป็นระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 2 - 4 สัปดาห์แรกหลังการได้รับเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกอาจไม่มีความผิดปกติที่ชัดเจน 2) ระยะที่เกิดการแพร่เชื้อโดยไม่มีอาการ เป็นการติดเชื้อระยะแฝงที่เชื้อไวรัส HIV อยู่ในร่างกายโดยไม่แสดงอาการ ผู้ที่ติดเชื้อจะมีสภาพร่างกายเป็นปกติ เชื้อ HIV จะแบ่งจำนวนไปเรื่อย ๆ และค่อย ๆ ทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 หรือ T-cells ในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ลดจำนวนน้อยลง 3) ระยะหลังแพร่เชื้อ ภายหลังจากที่เซลล์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเคลื่อนไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงกับตำแหน่งติดเชื้อเริ่มต้น จะทำให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด ท้องเสียเรื้อรัง และติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค เชื้อราในปาก เป็นต้น (Khawcharoenporn, 2020; NIH's Office of AIDS Research, 2025)

การป้องกันและลดการแพร่ระบาดเป็นหัวใจสำคัญของโรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV) การแพร่ระบาดมักผ่านทางการมีเพศสัมพันธ์ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการติดต่อจากแม่สู่ลูกระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หรือการให้นมบุตร (Department of Disease Control, 2019) สาเหตุสำคัญของการแพร่เชื้อ คือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (UNAIDS, 2023)

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีนอกจากด้านร่างกายแล้ว ยังมีด้านด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ เพราะถูกตีตราจากสังคม ผู้ป่วยมักเผชิญกับความเครียดและความอับอาย นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่มีแนวทางการรักษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กัน เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ (Khawcharoenporn, (2020)

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้มุ่งเน้นแค่การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในการป้องกันการแพร่เชื้อไปยังคู่ของตน การให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเพื่อชวนคู่เข้ารับการตรวจคัดกรองและบริการทางสุขภาพเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของเอชไอวี เพราะการที่คู่รักได้รับการตรวจและทราบสถานะของตนเองจะช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกันได้อย่างเหมาะสม และเหตุผลที่ต้องชวนคู่เข้ารับบริการตรวจเลือดด้วย เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากไม่ทราบสถานะของตนเอง และอาจแพร่เชื้อไปยังคู่ของตนโดยไม่ตั้งใจ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand, 2023)

ประเทศไทยมีการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตโดยใช้แบบจำลองการระบาด ณ ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 494,233 คน ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตสะสม จำนวน 19,127 19,682 20,347 20,952 และ 21,430 ราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 12,806 13,391 17,560 18,144 และ 18,604 ราย (AIDS and Sexually Transmitted Diseases Division, 2022) และจากสถิติของผู้มารับบริการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสคลินิก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัด

เชียงใหม่ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า มีจำนวน 431 441 และ 459 ราย รายตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ของตน และคู่ของตนยังไม่ได้เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 15.86) (ChomThong Hospital, 2022)

การจัดบริการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาดูแลรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีโดยเร็วจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Thailand U.S. Collaboration Center for Public Health, 2021) และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์สำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงได้ รวมทั้ง การให้บริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจจะช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความมั่นใจ และมีความสามารถในการไปชวนคู่ของตนเองมาเข้าสู่บริการปรึกษาสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวทางการจัดบริการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, 2021) และปรับตามมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยเน้นคู่และผู้สัมผัสเป็นศูนย์กลาง ภายใต้หลักการดูแลแบบองค์รวมและอาศัยการประสานความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ของตนเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการดูแลตนเอง และมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่ตนเองเลือกให้ประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ดีขึ้น มีศักยภาพทางร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองได้ ประหยัดทรัพยากร และลดปัญหาความรุนแรงของโรคได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

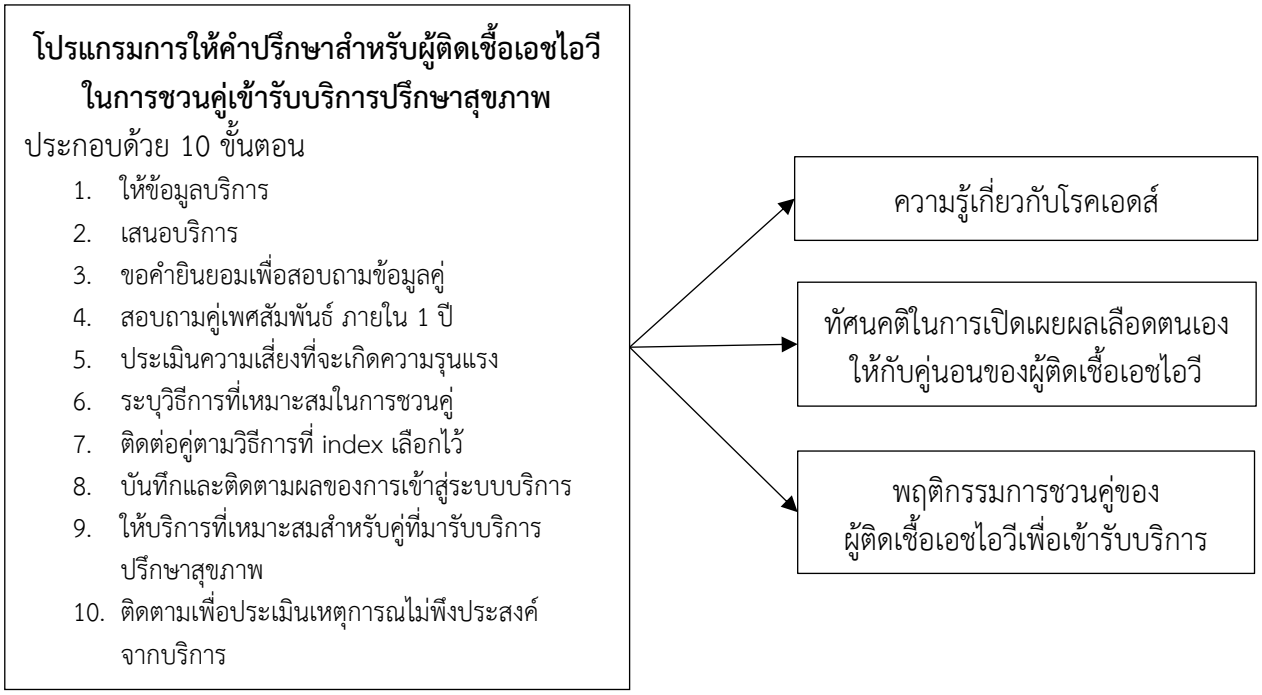
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และระดับทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ

3. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลจอมทอง แนวทางการจัดบริการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, 2021) ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลบริการ Index partner testing 2) การเสนอบริการแก่ Index client 3) ผู้บริการขอความร่วมมือจาก Index client เพื่อสอบถามข้อมูลคู่ 4) สอบถามรายชื่อคู่เพศสัมพันธ์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา 5) ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรง 6) ระบุวิธีการที่เหมาะสมในการชวนคู่มารับบริการกาตรวจเอชไอวี 7) ติดต่อกับคู่ตามวิธีที่ Index Client เลือกไว้ 8) บันทึกผลการติดตามผู้เข้ารับบริการและการตรวจของคู่ 9) ให้บริการที่เหมาะสมแก่คู่และผู้สัมผัสตามสถานการณ์ตรวจเอชไอวี และ 10) ติดตามโดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ แล้ววัดผลเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการ ซึ่งพฤติกรรมนี้วัดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model: HBM) ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) ได้ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi–experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคู่ของตนเองที่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลจอมทอง ในช่วงเดือน พฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 ทั้งหมด 459 ราย (ChomThong Hospital, 2022)

ตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่ของตนเอง จำนวน 33 ราย ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย และกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ชายหรือหญิงที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมารับบริการ ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลจอมทอง โดยต้องมารับบริการอย่างต่อเนื่อง และมีคู่นอนทั้งได้จดทะเบียนสมรส และไม่ได้จดทะเบียนสมรสร่วมกัน รวมทั้งคู่นอนที่เป็นชายรักชาย หรือคู่นอนที่เป็นหญิงข้ามเพศ 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปีบริบูรณ์ 3) รับรู้และยอมรับว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน และคู่นอนยังไม่เคยมารับบริการปรึกษาสุขภาพภายในระยะเวลา 1 ปี 4) การรับรู้ต่อบุคคล เวลา สถานที่เป็นปกติ และสามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ 5) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์มือถือ หรือผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ 6) ยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ย้ายออกจากพื้นที่หรือเสียชีวิตในขณะทำการศึกษาวิจัย 2) มีอาการไอเรื้อรังหรือหายใจหอบเหนื่อยจากวัณโรคปอดหรือปอดอักเสบ ท้องเสียเรื้อรังจากเชื้อรา น้ำหนักลดจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาต่อได้จนครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรมคบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 (Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, 2021) ประกอบด้วย 10 ขั้นตอนตามภาพ 1 และดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมแนะนำตนเอง ค้นหาปัญหา ทบทวนความรู้ แบ่งกลุ่มระดมความคิด ค้นหาปัญหา วิธีแก้ไขปัญหา ชมวีดิทัศน์เพื่อแสดงบทบาทสมมุติ สรุปประเด็นปัญหา แนวทางการแก้ไข พร้อมทั้งทำแบบประเมินความรู้ และทัศนคติก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2 - 3) กิจกรรมติดตามผลของการเปิดเผยผลเลือดของตนเอง และการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ โดยเสริมสร้างกำลังใจหาแนวทางร่วมกันในการแก้ปัญหาใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4 - 5) กิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความมั่นใจในการชวนคู่มารับบริการปรึกษาสุขภาพ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) กิจกรรมสรุปภาพรวมผลลัพธ์ที่ได้ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1.2 คู่มือการใช้การโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในการจัดบริการเพร็พ (PrEP) และการจัดบริการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื้อหาในคู่มือ ประกอบด้วย 3 เรื่อง 1) ความรู้ เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และความสำคัญในการชวนคู่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ 2) ภาพพลิกแนวทางการจัดบริการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และ 3) วีดิทัศน์การสาธิต การพูดคุยชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้หรือทดลองใช้ได้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสามารถในการมองเห็น และโรคประจำตัวอื่น ๆ

2.1.2 ข้อมูลด้านครอบครัว ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และ สถานะในครอบครัว

2.1.3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์

2.2 แบบวัดความรู้โรคเอดส์ มี 10 ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ เนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคเอดส์ การติดต่อ การป้องกัน และการรักษา ตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ” ได้ 0 คะแนน แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละ และแปลงคะแนนเป็น 1 หมายถึง ความรู้น้อย 2 หมายถึง ความรู้ปานกลาง และ 3 หมายถึง ความรู้มาก เพื่อเปรียบเทียบระดับของความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2.3 แบบสอบถามทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอน สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มี 10 ข้อคำถาม ลักษะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ โดย 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 2 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง และ 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการ มีทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ลักษะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ โดย 1 หมายถึง ปฏิบัติน้อย 2 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง และ 3 หมายถึง ปฏิบัติมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อ 2.3 และ 2.4 แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.23 - 3.00 หมายถึง อยู่ในระดับมาก

1.61 - 2.22 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 1.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้หรือทดลองใช้ได้ ซึ่งผลวิจัยได้นำไปทดสอบด้านความเที่ยง (reliability) กับ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่ตัวอย่างที่ศึกษาในเขตรับผิดชอบ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง COA No. CTH-IRB 2024/002.1804 วันที่รับรอง 18 เมษายน พ.ศ. 2567 - 17 เมษายน พ.ศ. 2568 ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของอาสาสมัครในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ข้อมูลนี้จะดำเนินการในภาพรวม ไม่มีการระบุข้อความใด ๆ ที่สามารถสืบถึงอาสาสมัครได้และจะทำลายข้อมูลทิ้งหลังได้รับการเผยแพร่ผลงานวิจัยไปแล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความแจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทอง เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยและเข้าพบตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลจอมทอง ในช่วงเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 เพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดการวิจัยและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

2. ผู้วิจัยให้โปรแกรมคำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ ของกรมคบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ปี พ.ศ.2565 ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน กิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ ซึ่งในครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ให้ตัวอย่างทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และแบบสอบถามทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอน สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

3. หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมจนถึงครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) เป็นกิจกรรมสรุปภาพรวม ผลลัพธ์ที่ได้ พร้อมทั้งให้ตัวอย่างทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แบบสอบถามทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอน สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามพฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม แล้วผู้วิจัยบอกสิ้นสุดโครงการวิจัยและกล่าวขอบคุณตัวอย่างอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และระดับทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ระดับพฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติ Paired sample *t*-test และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 63.6 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 63.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 45.5 มีสถานภาพมีคู่ ร้อยละ 97 มีความสามารถในการมองเห็นชัดเจน ร้อยละ 100

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ (เฉพาะข้อที่ตอบถูกต้อง) เท่ากับ 78.18 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อหัวข้อพบว่า ข้อความรู้ที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละมากที่สุด คือ “โรคเอดส์ เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส เอชไอวี” ตอบถูกร้อยละ 84.80 (ตาราง 1)

3. ค่าเฉลี่ยทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* =

1.63, *SD* = .75) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การไม่เปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนทำให้คู่นอนมีโอกาสรับเชื้อเอชไอวี (*M* = 1.91, *SD* = .91) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอน จะทำให้ท่านสามารถปรึกษาทาง เลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการวางแผนครอบครัวได้ *M* = 1.39, *SD* = .66) (ตาราง 2)

4. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 2.30, *SD* = .71) และพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พฤติกรรมการชวนคู่รับรู้เรื่องประโยชน์ของการรักษาโรค อยู่ในระดับมาก (*M* = 2.58, *SD* = .65) ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การชวนคู่รับรู้เรื่องอุปสรรคของการรักษาโรค (*M* = 1.67, *SD* = .79) (ตาราง 3)

5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และค่าเฉลี่ยทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t = -7.239, p < .05) และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t = -3.104, p < .05) (ตาราง 4)

ตาราง 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเรื่องโรคเอดส์หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา (*n* = 33)

ความรู้เรื่องโรคเอดส์	ความรู้ (*n* = 33)		ระดับ
	ใช่	ไม่ใช่	
	n (%)	*n (%)*	
1. โรคเอดส์ เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส เอชไอวี	28 (84.80)	5 (15.20)	มาก
2. โรคเอดส์ ติดต่อได้ 3 ช่องทาง คือ 1) เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย 2) ทางเลือด/เข็มฉีดยาที่ใช้ร่วมกัน และ 3) จากแม่สู่ลูก	27 (81.80)	6 (18.20)	มาก
3. ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้ง	26 (78.80)	7 (21.20)	มาก
4. การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยเร็วที่สุด เมื่อทราบว่าผลเลือดเอชไอวีบวก ช่วยชะลอการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	27 (81.80)	6 (18.20)	มาก
5. เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจเข้าร่วมการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และตรงเวลา	26 (78.80)	7 (21.20)	มาก
6. การรับประทานยาต้านไวรัชเอชไอวี สม่ำเสมอ และตรงเวลา ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไปยังคู่นอนได้	26 (78.80)	7 (21.20)	มาก
7. การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี สม่ำเสมอ และตรงเวลา ช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน และ ลดปริมาณไวรัสลง	27 (81.80)	6 (18.20)	มาก
8. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ควรตั้งครรภ์และมีบุตร	29 (87.90)	4 (12.10)	น้อย
9. หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่จำเป็นต้องเลี้ยงบุตรด้วยนมผสม สามารถให้นมบุตรได้เป็นปกติ	30 (90.90)	3 (9.10)	น้อย
10. ประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อเอชไอวี ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	12 (36.40)	21 (63.60)	ปานกลาง

ตาราง 2 ทัศนคติต่อการการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา (*n* = 33)

ทัศนคติต่อการการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอน	*M*	*SD*	ระดับ
1. การเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอน มีข้อดี คือไม่ต้องเก็บความลับไว้ในใจอีกต่อไป	1.85	.80	ปานกลาง
2. การเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน ทำให้ท่านเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการรักษาด้วยยาได้สะดวกขึ้น (ไม่ต้องหลบๆ ซ่อนๆ)	1.42	.66	น้อย
3. การเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอน จะทำให้ท่านสามารถปรึกษาทาง เลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการวางแผนครอบครัวได้	1.39	.66	น้อย
4. การเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอน ช่วยให้คู่นอนได้เข้าถึงบริการด้านการรักษาได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง	1.48	.71	น้อย
5. การเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนทราบ อาจทำให้คู่นอนของท่านตีตัวออกห่าง หรือถูกทอดทิ้ง มีสัมพันธภาพแย่ลง	1.58	.71	น้อย
6. การเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนทราบ ทำให้สัมพันธภาพเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น	1.61	.83	ปานกลาง
7. การเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนทราบ อาจมีความเสี่ยงที่จะถูกทำร้ายทางร่างกาย หรือจิตใจ	1.64	.78	ปานกลาง
8. การไม่เปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนทำให้คู่นอนมีโอกาสรับเชื้อเอชไอวี	1.91	.91	ปานกลาง
9. ท่านคิดว่าการเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนเป็นสิ่งที่มีผลดีมากกว่าผลเสีย	1.79	.74	ปานกลาง
10. ท่านมีความมั่นใจว่าจะสามารถชวนคู่นอนของท่านเข้าสู่ระบบบริการปรึกษาสุขภาพ ได้ด้วยตนเอง	1.64	.70	ปานกลาง
ภาพรวม	1.63	.75	ปานกลาง

ตาราง 3 พฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ (*n* = 33)

พฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการ	*M*	*SD*	ระดับ
1. พฤติกรรมการชวนคู่รับรู้เรื่องความเสี่ยงของโรค	2.43	.69	มาก
2. พฤติกรรมการชวนคู่รับรู้เรื่องความรุนแรงของโรค	2.50	.70	มาก
3. พฤติกรรมการชวนคู่รับรู้เรื่องประโยชน์ของการรักษาโรค	2.58	.65	มาก
4. พฤติกรรมการชวนคู่รับรู้เรื่องอุปสรรคของการรักษาโรค	1.67	.79	ปานกลาง
ภาพรวม	2.30	.71	มาก

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ (n = 33)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	2.30	.68	2.95	.66	- 7.239	< .05
ทัศนคติต่อการการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	2.25	.28	2.76	.31	- 3.104	< .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษา ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยมีความเข้าใจถูกต้องเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของโรค ช่องทางการติดต่อ และความสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mitkhunthot (2019) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษายาต้านไวรัสในคลินิกศูนย์รวมใจโรงพยาบาลตาคลี มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับสูง และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา นอกจากนี้ งานวิจัยในกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่กำเนิดในประเทศไทยของ Lolekha et al. (2015) ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แม้ว่าจะยังประสบปัญหาในประเด็นความรู้เรื่องสุขภาพเจริญพันธุ์ แต่ก็สามารถส่งเสริมได้โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้การศึกษา

2. ทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับสูง แต่ยังคงมีความลังเลหรือไม่มั่นใจในเรื่องการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอนของตนเอง โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางจิตใจ ความสัมพันธ์ หรือความกลัวต่อการตีตราจากสังคม อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ข้อที่สอบถามเรื่อง “การไม่เปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนทำให้คู่นอนมีโอกาสรับเชื้อเอชไอวี” มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น ๆ (M = 1.91) สะท้อนให้เห็นว่าตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงที่คู่นอนจะได้รับเชื้อหากไม่เปิดเผยผลเลือด นับว่าเป็นทัศนคติที่ดีในเชิงบวกที่สามารถพัฒนาต่อได้โดยอาจส่งเสริมผ่านการสนับสนุนทางสังคมและการใช้หลักจิตวิทยาเข้ามาช่วย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Weerakul, Prasertchai, and Praditbatuka (2021) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ที่พบว่า เจตคติที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทัศนคติในเชิงบวกเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด จะส่งผลให้เกิดการสื่อสารกับคู่นอนทำได้มากขึ้น และทำให้คู่นอนสามารถเข้ารับบริการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การเปิดเผยผลเลือดยังมีความสำคัญต่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อในระดับประชากร ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำถึงบทบาทของการสื่อสารอย่างเปิดเผยและความยินยอมร่วมกันในการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการรับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเสี่ยง จะช่วยสร้างทัศนคติเชิงบวกที่สนับสนุนการเปิดเผยข้อมูลผลเลือด และเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมโรคและลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (World Health Organization, 2021)

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และค่าเฉลี่ยทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดตนเองให้กับคู่นอนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ออกแบบอย่างมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน และดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีประสิทธิผลในการเพิ่มทั้งความรู้และทัศนคติที่ดีของผู้ติดเชื้อ โดยในส่วนของทัศนคติก่อนได้รับโปรแกรมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความลังเลหรือไม่มั่นใจในการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางจิตใจ ความสัมพันธ์ และความกลัวต่อการตีตราจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Supyen (2021) ที่กล่าวถึงแรงกดดันทางสังคม เช่น ความอับอาย ความหวาดกลัวถูกปฏิเสธ และการตีตรา ว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปิดเผยสถานะ รวมทั้งสอดคล้องกับ Pumphuang and Chusuwan (2018) ที่พบว่าการยอมรับจากครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการเปิดเผยสถานะเอชไอวี โดยภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทัศนคติในการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Weerakul, Prasertchai, and Praditbatuka (2021) ที่พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาช่วยเพิ่มคะแนนความรู้และส่งเสริมแนวโน้มการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ Chokephaibulkit et al. (2015) ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้ร่วมกับฝึกทักษะการรับมือกับอารมณ์ช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีทัศนคติที่เข้มแข็งขึ้นในด้านการสื่อสารเรื่องสุขภาพกับคู่ได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่มีความเชื่อว่าการรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Chanpichit & Tipwareerom, 2018)

4. พฤติกรรมการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้ารับบริการหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 2.30) โดยเมื่อพิจารณาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) พบว่า พฤติกรรมการชวนคู่รับรู้เรื่องประโยชน์ของการรักษาโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 2.58) รองลงมา คือ พฤติกรรมการชวนคู่รับรู้ความรุนแรงของโรค (M = 2.50) และน้อยที่สุดในพฤติกรรมการชวนคู่รับรู้อุปสรรคของการรักษา (M = 1.67) สะท้อนว่า แม้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีแรงจูงใจสูงในการชวนคู่เข้ารับบริการ แต่ยังคงมีอุปสรรคบางประการที่ต้องได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Weerakul, Prasertchai, and Praditbatuka (2021) ที่พบว่า เจตคติที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อผู้ติดเชื้อมีทัศนคติในเชิงบวกเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือดจะส่งผลให้เกิดการสื่อสารกับคู่นอนได้มากขึ้น และสอดคล้องกับงานของ Jaikasem and Chainan (2025) ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ออกแบบอย่างมีโครงสร้างช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมในผู้ติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การที่การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ยังแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านความกลัวการถูกตีตราและผลกระทบต่อความสัมพันธ์ยังคงเป็นอุปสรรคที่ต้องได้รับการจัดการด้วยการสนับสนุนทางสังคมและจิตวิทยาควบคู่ไปกับโปรแกรมการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอน และสนับสนุนพฤติกรรมการชวนคู่เข้ารับบริการ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษา 10 ขั้นตอนนี้ไปบูรณาการในการปฏิบัติงานประจำ โดยเน้นการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักถึงความจำเป็นในการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่คู่นอนและควรออกแบบชุดกิจกรรมที่ส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เสริมสร้างความมั่นใจในการเปิดเผยผลเลือดต่อสถานะ และลดการตีตราจากสังคม ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เรื่องโรค โดยเฉพาะในประเด็นที่ผู้ติดเชื้อยังต้องการความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (PrEP)

2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารโรงพยาบาลควรพิจารณากำหนดนโยบายนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในคลินิกยาต้านไวรัส เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ครอบคลุมทั้งมิติการรักษาและการป้องกันการแพร่เชื้อในระดับนโยบาย นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยนี้ไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง โดยจัดทำคู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่เข้ารับบริการ การจัดอบรมพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขให้มีทักษะการให้คำปรึกษาตามแนวทาง Index Partner Testing ของกรมควบคุมโรค ตลอดจนมีการจัดทำระบบติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการชวนคู่เข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้การขยายผลโครงการเกิดประสิทธิผลสูงสุด

3. ด้านการวิจัยในอนาคต ควรออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ของการวิจัย และควรขยายระยะติดตามผลเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการชวนคู่เข้ารับบริการและการคงอยู่ของทัศนคติที่ดีในการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่นอน นอกจากนี้ ควรศึกษาตัวแปรเชิงลึกที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ระดับการตีตราตนเอง (self-stigma) ลักษณะความสัมพันธ์กับคู่นอน และปัจจัยทางวัฒนธรรมในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเปิดเผยสถานะเอชไอวีและการชวนคู่เข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพในบริบทของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

AIDS and Sexually Transmitted Diseases Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2021/2022*. Aksorn Graphic & Design Publishing.

Chanpichit, C., & Tipwareerom, W. (2018). Effects of a health belief model-based program on HIV/AIDS preventive behaviors among out-of-school male youths. *Nurse Journal, 45*(1), 82–91.

Chokephaibulkit, K., Chotpitayasunondh, T., Puthanakit, T., Lolekha, R., Naiwatanakul, T., Chuenyam, T., Khamduang, W., & Pungkun, W. (2015). Outcomes of a comprehensive youth program for HIV-infected adolescents in Thailand. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 26*(2), 164–176. https://doi.org/10.1016/j.jana.2015.08.005

ChomThong Hospital. (2022). *Statistics of HIV/AIDS patients 2020-2022.* Information and Medical Records Department.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2019). *Annual Report 2019*. Bureau of Strategy and Planning.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. (2023). *HIV/AIDS situation in Thailand*. Retrieved from https://www.ddc.moph.go.th

Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. (2025). *Global HIV/AIDS situation in Thailand*. Retrieved from https://www.ddc.moph.go.th

Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. (2021). *Thailand index partner testing guideline 2021*. Nonthaburi: Department of disease Control (TH). Retrieved from https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1190120211027044240.pdf

Jaikasem, K., & Chainan, K. (2025). Effectiveness of a knowledge program for service providers in the care and treatment of HIV-infected individuals and AIDS patients in an antiretroviral clinic, Nong Muang Khai Hospital, Phrae Province. *Chiang Rai Provincial Public Health Office Journal, 2*(1), 1-20.

Khawcharoenporn, T. (2020). Educational interventions improved knowledge, attitude, and practice to prevent HIV infection among HIV-negative heterosexual partners of HIV-infected persons. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care, 19*. https://doi.org/10.1177/2325958219899532

Lolekha, R., Boon-Yasidhi, V., Leowsrisook, P., Naiwatanakul, T., Durier, Y., Nuchanard, W., Tarugsa, J., Punpanich, W., Pattanasin, S., & Chokephaibulkit, K. (2015). Knowledge, attitudes, and practices regarding antiretroviral management, reproductive health, sexually transmitted infections, and sexual risk behavior among perinatally HIV-infected youth in Thailand. *AIDS Care, 27*(5), 618–628. https://doi.org/10.1080/09540121.2014.986046

Mitkhunthot, C. (2019). Disease knowledge of people living with HIV/AIDS: A case study of Ta Khli Hospital, Nakhon Sawan. *Journal of AIDS, 31*(2), 85-99.

National Institutes of Health. (2025). *HIV Overview*. Retrieved from https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection

Pumphuang, P., & Chusuwan, R. (2018). Factors affecting HIV serostatus disclosure among men who have sex with men (MSM) in Phichit Province. *Journal of Public Health, 28*(2), 288–299.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175-183. https://doi.org/10.1177/109019818801500203

Supyen, P. (2021). The Effect of Using Health Education Programs to Promote Health Literacy and Health Behavior 3E 2S in AIDS Patients at Antiretroviral Clinic, Banpong Hospital *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life, 2*(1), 1-12.

Thailand-U.S. Collaboration Center for Public Health, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Thailand Index Partner Testing Guideline 2021*. Aksorn Graphic & Design Publishing House.

UNAIDS. (2023). *Global HIV & AIDS statistics*. Retrieved from https://www.unaids.org

Weerakul, K., Prasertchai, A., & Praditbatuka, S. (2021). *Factors affecting treatment behavior of people living with HIV/AIDS in the antiretroviral project, Thung Tako Hospital, Chumphon Province. In Proceedings of the 2nd Sukhothai Thammathiraj Open University Graduate Research Conference.* Nonthaburi: Sukhothai Thammathiraj Open University.

World Health Organization. (2021). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach*. World Health Organization. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572729/pdf/Bookshelf_NBK572729.pdf