

นิพนธ์ต้นฉบับ

ทัศนคติและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการได้รับการชักประวัติด้านสุขภาพเพศในเวชปฏิบัติทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ณ คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว: การศึกษาภาคตัดขวางในโรงพยาบาล

นิชาดา ไรวินบูลย์, พ.บ., พรลภัส กุลเกียรติประเสริฐ, พ.บ., วว. เวชศาสตร์ครอบครัว,
บุรณพิภพ บุญเพ็ง, พ.บ., วว.อายุรศาสตร์, วว.อายุรศาสตร์โรคไต

ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

พรลภัส กุลเกียรติประเสริฐ, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล
เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
10300, ประเทศไทย
Email: pornlapat.kul@nmu.
ac.th

Received: March 14, 2024;

Revised: March 21, 2025;

Accepted: March 24, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทัศนคติและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยต่อการให้ข้อมูลประวัติสุขภาพเพศ และศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความร่วมมือในการให้ประวัติสุขภาพเพศของคลินิกผู้ป่วยนอก แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว

แบบวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางจัดทำในช่วงเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ณ คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว ภายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศไทย

วัสดุและวิธีการ: ทำการศึกษาในอาสาสมัครที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยไม่มีการจำกัดอายุสูงสุด ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามโดยไม่ต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ชื่อและนามสกุล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศของบุคคล

ผลการศึกษา: จากผู้เข้าร่วมการศึกษา 262 คน มี 144 คน (ร้อยละ 55.0) ที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามคือ 44 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.5) และร้อยละ 64.5 มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไป โดยร้อยละ 66.1 ไม่เคยได้รับการชักประวัติสุขภาพเพศโดยแพทย์มาก่อน แม้ว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ 49.4) เห็นว่าการชักประวัติสุขภาพเพศมีความสำคัญเทียบเท่ากับการชักประวัติสุขภาพอื่น ๆ ทั่วไป

สรุป: ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวก (มากกว่าร้อยละ 56.8 ในทุกหัวข้อของสุขภาพเพศ) และให้ความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศอยู่ในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 77.1 ในทุกหัวข้อของสุขภาพเพศ) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการให้ประวัติสุขภาพเพศ ได้แก่ การมีทัศนคติเชิงบวกต่อเรื่องสุขภาพเพศ อายุ ≤ 48 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไป และการมีความตระหนักถึงความสำคัญของประวัติสุขภาพเพศ

คำสำคัญ: ประวัติสุขภาพเพศ การประเมินสุขภาพเพศ ความร่วมมือของผู้ป่วย ทัศนคติต่อเรื่องสุขภาพเพศ คลินิกปฐมภูมิ

ORIGINAL ARTICLE

Patients' Attitudes and Cooperation with Sexual History Taking in Primary Care and Associated Factors at Vajira Hospital Family Medicine Outpatient Clinic, Vajira Hospital: A Single-Center Cross-Sectional Study

Nichada Raiwiboom, M.D., Pornlapat Kulkeartprasert, M.D., MRCFPT, Boonphiphop Boonpheng, M.D., American Board of Internal Medicine, American Board of Nephrology

Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Pornlapat Kulkeartprasert, M.D.,
Department of Urban Medicine,
Faculty of Medicine Vajira
Hospital, Navamindradhiraj
University, Bangkok 681 Sam-
sen Road Wachira Phayaban,
Khet Dusit, Krung Thep Maha
Nakhon 10300 Thailand
Email: pornlapat.kul@nmu.
ac.th

Received: March 14, 2024;

Revised: March 21, 2025;

Accepted: March 24, 2025

ABSTRACT

Background: This study aimed to evaluate patients' attitudes and cooperation in providing sexual health histories and identify factors influencing cooperation during sexual health interviews in outpatient family medicine settings.

Design: A cross-sectional, descriptive study was conducted from March to May 2024 at the Family Medicine Department Outpatient Clinic

Methods: Patients aged 18 years or older completed an anonymous self-report questionnaire. Descriptive statistics and regression analyses were used to explore factors associated with cooperation during sexual health history taking.

Results: Of the 262 participants, 144 (55.0%) provided complete responses. The mean age was 44 years, with a predominance of females (69.5%), and 64.5% of respondents had at least an associate degree. Although 66.1% had never undergone sexual health assessments, nearly half (49.4%) regarded sexual health history as equally important as general health history.

Conclusions: Overall, patients exhibited positive attitudes (>56.8% across all aspects) and a high level of cooperation (>77.1% across all aspects) toward sexual history taking. Factors associated with higher cooperation included positive attitudes, being aged ≤ 48 years, higher education levels, and recognition of the importance of sexual health history.

Keywords: sexual health history, sexual health assessment, patient cooperation, attitudes toward sexual health, primary care

บทนำ

ตามข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2563 พบว่าทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นใหม่มากกว่า 1 ล้านรายต่อวัน โดยหากเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว มักเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ เช่น เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวีจากแม่สู่ลูก¹ สำหรับประเทศไทย อัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจาก 18.8 เป็น 28.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในระหว่างปี พ.ศ. 2556 และ 2560 โดยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือบุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-24 ปี โดยเฉพาะเพศชาย² ดังนั้นการใส่ใจเรื่องของสุขภาพเพศจึงเป็นอีกส่วนสำคัญที่สามารถช่วยป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องสมรรถภาพทางเพศ และช่วยลดอัตราความรุนแรงทางเพศ ดังนั้นการมีสุขภาพเพศที่ดีจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกายและจิตใจที่ดีตามมาด้วย ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

การป้องกันและส่งเสริมเรื่องสุขภาพเพศในระดับปฐมภูมิและการปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพเพศของสาธารณชน เป็นเรื่องที่ดีที่จะสามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยจัดการความเสี่ยงเรื่องมะเร็งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสามารถช่วยแก้ปัญหาสุขภาพเพศได้ในอีกหลากหลายด้าน นอกจากนี้การจัดระบบสุขภาพเพศระดับปฐมภูมิที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและปลอดภัยที่จะให้ประวัติสุขภาพเพศซึ่งเป็นหัวข้อที่ละเอียดอ่อน แต่หากแพทย์มีการสื่อสารที่ดีในเรื่องสุขภาพเพศได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น³

ปัจจุบันแม้ว่าเรื่องสุขภาพเพศจะเป็นสิ่งที่สำคัญและน่าสนใจ แต่ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะเปิดใจพูดคุยเรื่องนี้กับบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีที่ไม่มีอาการที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นการลดโอกาสการป้องกันและค้นหาความเสี่ยงก่อน

เนื่องจากขาดการฝึกอบรมเรื่องการชักประวัติสุขภาพเพศที่ดี (ร้อยละ 79.0) เวลาในการตรวจผู้ป่วยไม่เพียงพอ (ร้อยละ 67.0) และรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่น่าอาย (ร้อยละ 50.0)⁴

แม้ว่าปัญหาสุขภาพเพศมักจะเกิดร่วมกับภาวะทางกายหรือจิตใจควบคู่กันไป⁵ หลายการศึกษาก็ยังเผยให้เห็นถึงอุปสรรคในการชักประวัติสุขภาพเพศ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความไม่คุ้นเคยกับคำศัพท์ทางเพศ ความไม่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีหรือหลักการสุขภาพเพศ ความไม่เชี่ยวชาญในชักประวัติสุขภาพเพศ ความกลัวว่าจะเป็น การละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และความวิตกกังวลว่าการชักประวัติเกี่ยวกับสุขภาพเพศอาจไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาหลักที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแล^{6,7} และอุปสรรคเพิ่มเติมอื่น ๆ ได้แก่ ระยะเวลาที่จำกัดในการตรวจผู้ป่วยแต่ละคน ขาดแคลนบุคลากรสนับสนุน และความกังวลว่าเรื่องสุขภาพเพศเป็นหัวข้อที่ค่อนข้างอ่อนไหวและเป็นเรื่องส่วนตัว⁸

การศึกษาก่อนหน้านี้ได้ระบุว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรเป็นผู้เริ่มต้นการสนทนาเรื่องสุขภาพเพศมากกว่าให้ผู้ป่วยเป็นผู้เริ่ม และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยินดีที่จะให้ประวัติเรื่องสุขภาพเพศในขณะที่ได้รับการตรวจรักษาอื่น ๆ⁹ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญที่นำมาซึ่งความสนใจในการทำการศึกษารั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทัศนคติและความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้ประวัติสุขภาพเพศ และเพื่อค้นหาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศในคลินิกปฐมภูมิและสถานพยาบาลทั่วไป ซึ่งหากเราเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการประเมินสุขภาพเพศของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน การศึกษารั้งนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการทำความเข้าใจต่อทัศนคติและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้ประวัติสุขภาพเพศ รวมทั้งทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศ ที่จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนการป้องกันระดับปฐมภูมิ การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และให้คำแนะนำและการรักษาที่เหมาะสม

กับแต่ละบุคคลได้เป็นอย่างดีในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพศ เช่น เรื่องของสมรรถภาพทางเพศในแต่ละช่วงวัย เพราะสุขภาพเพศเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และมีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของบุคคลนั้น รวมทั้งยังมีผลกระทบต่อคู่ครองและครอบครัวของแต่ละบุคคลด้วย³

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (cross-sectional, descriptive study) ซึ่งดำเนินการในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศไทย โดยกำหนดให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และไม่มีอาการเจ็บป่วยทางเพศ ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะต้องสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ แต่มีความเข้าใจในภาษาไทยสามารถเข้าร่วมการศึกษาได้โดยจะได้รับความสะดวกช่วยเหลือจากพยาบาลวิชาชีพของคลินิกผู้ป่วยนอกแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามโดยใช้น้ำเสียงที่เป็นกลาง และคอยบันทึกคำตอบที่ได้รับจากอาสาสมัครโดยการผ่านการฟังคำตอบจากสิ่งที่อาสาสมัครพูดออกมาและเขียนคำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถาม การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ใบอนุญาตการวิจัย: Certificate of Approval (COA) 07/2567) และปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมที่กำหนดในปญญญาเฮลซิงกิ พ.ศ. 2518

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือการใช้แบบสอบถามที่ไม่มีการระบุตัวตนของอาสาสมัครโดยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามในงานวิจัยของ Kim et al.¹⁰ ผู้เขียนได้แปลแบบสอบถามของ Kim et al. จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและสร้างแบบสอบถามฉบับภาษาไทยขึ้นมา จากนั้นได้ส่งแบบสอบถามที่แปลแล้วไปยังผู้เชี่ยวชาญในแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อทำการตรวจสอบความ

ถูกต้อง แบบสอบถามได้รับการประเมินความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยมีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ (The average index of item-objective congruence, IOC) ที่ 0.98 ซึ่งข้อคำถามส่วนใหญ่ได้คะแนน IOC เท่ากับ 1.00 ยกเว้นคำถามสองข้อ คือ “คุณคิดว่าการชักประวัติสุขภาพเพศมีความสำคัญหรือไม่” (IOC = 0.80) และ “คุณคิดว่าเพศของแพทย์ผู้ทำการชักประวัติสุขภาพเพศ มีผลต่อความสบายใจในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศของคุณหรือไม่” (IOC = 0.60) โดยข้อคำถามทุกข้อได้คะแนนสูงกว่าค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้คือมากกว่า 0.50 อีกทั้งระดับความเชื่อมโยงระหว่างผู้ประเมิน (Fleiss K) เท่ากับ 1.00 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเห็นพ้องกันอย่างเป็นเอกฉันท์ในหมู่ผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นจึงไม่มีการแก้ไขเนื้อหาใด ๆ ของแบบสอบถามฉบับภาษาไทย และเนื่องจากแบบสอบถามนี้ประกอบ ด้วยคำถามที่มีเพียงตัวแปรเดียว การทดสอบความน่าเชื่อถืออื่นเพิ่มเติมจึงไม่จำเป็น โดยสำหรับการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) เพื่อรวบรวมอาสาสมัครที่ตรงตามเกณฑ์มาเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย ณ คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว

แบบสอบถามในการศึกษาประกอบด้วยสองส่วนหลัก: (ก) ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ สถานภาพ การสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติการประเมินสุขภาพเพศในอดีต และการรับรู้ถึงความสำคัญของการชักประวัติสุขภาพเพศ และ (ข) ทศนคติและความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพทางเพศ โดยแบ่งประวัติสุขภาพทางเพศออกเป็น 10 ด้าน เช่น ประวัติเพศสัมพันธ์ในอดีต วิธีการคุมกำเนิด ประวัติการมีประจำเดือน (สำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นเพศหญิงตอบ) ประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ และความพึงพอใจในชีวิตเรื่องเพศ โดยผู้เข้าร่วมการศึกษามีการตอบแบบสอบถามในเรื่องเพศและอายุของแพทย์ว่ามีผลต่อการให้ข้อมูลสุขภาพเพศของผู้ตอบแบบสอบถามหรือไม่ โดยแบ่งเกณฑ์เป็นอายุไม่มีผล หรืออยากได้แพทย์ที่อายุน้อยกว่า น้อยกว่า หรือรุ่นเดียวกันในการได้รับการชักประวัติเรื่องสุขภาพเพศ รวมทั้งการตอบแบบสอบถามในเรื่องเพศของแพทย์ในบริบทของความสบายใจในการ

ให้ข้อมูลสุขภาพเพศต่อแพทย์เพศชายหรือเพศหญิง หรือเพศของแพทย์ไม่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศ ทั้งนี้เหตุผลที่เลือกใช้เพศชายหรือหญิง และไม่มีคำตอบที่เป็นเพศทางเลือกอื่น ๆ เนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถามในบริบทของผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มองจากลักษณะภายนอกของแพทย์ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วเราไม่สามารถรู้อัตลักษณ์ทางเพศ (sexual identity) ของแพทย์ได้ จึงเลือกใช้เพศกำเนิด (sex assigned at birth) ในการสร้างคำตอบของแบบสอบถาม และในส่วนทัศนคติของผู้เข้าร่วมวิจัยต่อการชักประวัติสุขภาพเพศ อาสาสมัครจะได้รับการประเมินผ่านการเลือกคำตอบตามข้อคำถามที่กำหนดไว้แล้ว 5 ข้อ ได้แก่ 1) การที่ผู้ป่วยมองว่าประวัติสุขภาพเพศเป็นส่วนหนึ่งของประวัติการชักประวัติทั่ว ๆ ไป 2) เป็นประวัติที่ผู้ป่วยรับได้เหมาะสมที่จะชัก 3) เป็นประวัติที่ผู้ป่วยไม่ยากพูดถึง 4) เป็นประวัติที่ทำให้รู้สึกอาย 5) เป็นประวัติที่ทำให้รู้สึกถูกบุกรุกความเป็นส่วนตัว โดยจากการตอบคำถามจะถูกจัดหมวดหมู่คำตอบเป็นทัศนคติเชิงบวก หากตอบว่า ประวัติสุขภาพเพศเป็นส่วนหนึ่งของประวัติการชักประวัติทั่ว ๆ ไป หรือ ผู้ป่วยรับได้เหมาะสมที่จะชัก ส่วนทัศนคติเชิงลบคือหากผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นประวัติที่ผู้ป่วยไม่ยากพูดถึงหรือเป็นประวัติที่ทำให้รู้สึกอาย หรือเป็นประวัติที่ทำให้รู้สึกถูกบุกรุกความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ในด้านของการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศจะถูกจัดคำตอบออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่ให้ความร่วมมือ คือ ยินยอมในการให้การชักประวัติสุขภาพเพศทั้งที่เต็มใจหรือไม่เต็มใจแต่พร้อมให้ข้อมูลกับแพทย์ และกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือ คือ กลุ่มที่ปฏิเสธในการให้ประวัติเรื่องสุขภาพเพศ

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาคำตอบข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จะไม่มีการเติมข้อมูลเพิ่ม (imputation) เนื่องจากอาจทำให้เกิดอคติของข้อมูล (information bias) ดังนั้นในการศึกษานี้จึงไม่ได้มีการกำหนดจุดตัด (the cutoff point) ในการคัดอาสาสมัครออก แต่จะวิเคราะห์ข้อมูลตามจริงตามจำนวนคำตอบที่ได้รับในแต่ละข้อคำถาม จึงเป็นที่มาที่ทำให้จำนวนรวมของผู้ตอบคำถามในแต่ละข้อไม่เท่ากัน

ด้านการวางแผนการวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม STATA รุ่น 13.0 (Stata Corporation, College Station, Texas) ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการสรุปลักษณะทางประชากร ประวัติการประเมินสุขภาพเพศในอดีต การให้ความสำคัญต่อการชักประวัติสุขภาพเพศ ทัศนคติ และการให้ความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศ ส่วนตัวแปรเชิงคุณภาพ (qualitative variables) จะนำเสนอเป็นความถี่และเปอร์เซ็นต์ ในขณะที่ตัวแปรเชิงปริมาณ (quantitative variables) แสดงเป็นค่าเฉลี่ยพร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์เชิงเส้นแบบตัวแปรเดียวและหลายตัวแปร (univariable and multivariable linear regression) จะถูกใช้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนในการให้ความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศ ส่วนด้านความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการชักประวัติสุขภาพเพศกับปัจจัยอิสระอื่น ๆ จะได้รับการประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (β) ซึ่งแสดงถึงความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความร่วมมือระหว่างแต่ละตัวแปรอิสระและกลุ่มอ้างอิงในตัวแปรนั้นโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ในจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษทั้งหมด 262 ราย มีผู้เข้าร่วมจำนวน 144 ราย (ร้อยละ 55.0) ที่ตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ โดยค่าเฉลี่ยของอายุผู้เข้าร่วมการศึกษาคือ 44 ปี เป็นผู้เข้าร่วมการศึกษายุ่ง ร้อยละ 69.5 เพศชายร้อยละ 29.0 และส่วนที่เหลือระบุว่าเป็น LGBTQ+ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 64.5) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไป (ตารางที่ 1) โดยอาชีพของผู้เข้าร่วมวิจัยถูกแบ่งออกเป็นสามประเภทตามลักษณะงานที่คล้ายคลึงกัน

เกือบครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมการศึกษาเชื่อว่าประวัติสุขภาพเพศมีความสำคัญเท่ากับประวัติสุขภาพทั่วไปอื่น ๆ (ร้อยละ 49.4) แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ร้อยละ 66.1 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาก็ไม่เคยได้รับการประเมินสุขภาพเพศมาก่อน อีกทั้งอายุของแพทย์ไม่มีผลต่อการให้ข้อมูลสุขภาพเพศของผู้ป่วย (ร้อยละ 69.5) และเพศของแพทย์ไม่ว่าจะ

ตารางที่ 1. สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรทางประชากร ณ คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว

ลักษณะของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n = 262)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย (ปี), mean±SD	44.70±15.74*
กลุ่มอายุ	
อายุ 48 ปีหรือน้อยกว่า	143 (54.8)
อายุเกิน 48 ปี ขึ้นไป	118 (45.2)
เพศ	
เพศชาย	76 (29.0)
เพศหญิง	182 (69.5)
LGBTQ+	4 (1.5)
สถานภาพการสมรส	
โสด	87 (33.2)
สมรส/มีแฟน	142 (54.2)
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	33 (12.6)
การศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2 (0.8)
ประถมศึกษา	28 (10.7)
มัธยมศึกษา	63 (24.0)
ตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป	169 (64.5)
อาชีพ	
พนักงานบริษัท	39 (15.3)
รับราชการ	43 (16.9)
ครู/อาจารย์	5 (2.0)
นักเรียน/นักศึกษา	35 (13.7)
อาชีพอิสระ	15 (5.9)
แม่บ้าน	27 (10.6)
ค้าขาย	19 (7.5)
กรรมกร/รับจ้างทั่วไป	7 (2.7)
บุคลากรทางการแพทย์	30 (11.8)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9 (3.5)
อื่น ๆ	26 (10.2)
คุณเคยได้รับการชักประวัติเรื่องสุขภาพเพศโดยแพทย์มาก่อนหรือไม่	
เคย	86 (33.9)
ไม่เคย	168 (66.1)
คุณคิดว่าการชักประวัติสุขภาพเพศมีความสำคัญหรือไม่	
มีความสำคัญเช่นเดียวกับการชักประวัติทั่วไปอื่น ๆ เวลาพบแพทย์	125 (49.4)
มีความสำคัญเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องการได้รับการปรึกษา หรือ คำแนะนำด้านสุขภาพเพศ	93 (36.8)
มีความสำคัญเฉพาะเมื่อตรงกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน	30 (11.9)
ประวัติสุขภาพเพศมีความสำคัญน้อย หรือ ไม่มีความสำคัญ	5 (2.0)
คุณคิดว่าอายุของแพทย์ผู้ทำการชักประวัติสุขภาพเพศ มีผลต่อการให้ข้อมูลสุขภาพเพศของคุณหรือไม่	
ไม่มีผล	180 (69.5)
อยากได้แพทย์ที่อายุมากกว่า	48 (18.53)
อยากได้แพทย์ที่อายุเท่ากัน (รุ่นราวคราวเดียวกัน)	30 (11.58)
อยากได้แพทย์ที่อายุน้อยกว่า	1 (0.39)
คุณคิดว่าเพศของแพทย์ผู้ทำการชักประวัติสุขภาพเพศ มีผลต่อความสบายใจในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศของคุณหรือไม่	
ไม่มีผล	154 (59.0)
อยากให้แพทย์เพศหญิงมากกว่า	84 (32.3)
อยากให้แพทย์เพศชายมากกว่า	23 (8.8)

*Mean ±standard deviation

เป็นเพศชายหรือเพศหญิงไม่มีผลต่อความสบายใจในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศของผู้ป่วย (ร้อยละ 59.0) (ตารางที่ 1)

ทัศนคติและการให้ความร่วมมือโดยรวมในการชักประวัติสุขภาพเพศเป็นไปในทิศทางที่ดี โดยหัวข้อของสุขภาพเพศที่ได้รับทัศนคติที่ดีมากที่สุดคือ ประวัติการมีประจำเดือนในผู้หญิง (ร้อยละ 98.3) วิธีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 96.5) และสถานภาพการสมรส (ร้อยละ 95.7) ซึ่งเป็นสามหัวข้อที่มีอัตราการให้ความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศสูงสุดเช่นกันคือ ประวัติการมีประจำเดือนในผู้หญิง (ร้อยละ 98.2) วิธีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 96.9) และสถานภาพการสมรส (ร้อยละ 96.5) ในขณะที่ “ประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แฟน หรือ คู่สมรส” เป็นหัวข้อที่ผู้เข้าร่วมการศึกษามีทัศนคติที่ไม่

ค่อยดี (ร้อยละ 56.8) และมีอัตราในการให้ความร่วมมือที่ต่ำที่สุด (ร้อยละ 77.1) (ตารางที่ 2)

พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศ ได้แก่ ผู้ที่มีทัศนคติโดยรวมเชิงบวกจะมีคะแนนความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ 0.57 คะแนน ($\beta = 0.57$; 95% confidence interval [95%CI:], 0.47-0.68) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 48 ปี มีคะแนนความร่วมมือเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ที่มีอายุ 48 ปีหรือน้อยกว่าอยู่ที่ 0.65 คะแนน ($\beta = -0.65$; 95%CI:, -1.26 ถึง -0.03) โดยสาเหตุที่เลือกอายุ 48 ปีเป็นจุดตัด ทั้งนี้เพื่อให้จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาในแต่ละกลุ่มเปรียบเทียบ (≤ 48 ปี และ > 48 ปีขึ้นไป) มีอำนาจทางสถิติ (statistical

ตารางที่ 2. สถิติเชิงพรรณนาเรื่องทัศนคติและความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว (n=262)

ตัวแปร	ทัศนคติเชิงบวก/ ให้ความร่วมมือ ในการชักประวัติ	ทัศนคติเชิงลบ/ไม่ ให้ความร่วมมือใน การชักประวัติ	ไม่ตอบคำถาม (n=262)
ทัศนคติ, จำนวน (ร้อยละ)			
ประวัติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในอดีต (n=246)	194 (78.9)	52 (21.1)	16 (6.1)
ประวัติทางสูติกรรม (ตอบเฉพาะเพศหญิง) (n=173)*	163 (94.3)	10 (5.7)	9 (4.9)
ประวัติประจำเดือน (ตอบเฉพาะเพศหญิง) (n=170)*	167 (98.3)	3 (1.8)	12 (6.6)
สถานภาพการสมรส (n=235)	225 (95.7)	10 (4.3)	27 (10.3)
การคุมกำเนิด (n=230)	222 (96.5)	8 (3.5)	32 (12.2)
ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (n=233)	209 (89.7)	24 (10.3)	29 (11.1)
ปัญหาด้านสุขภาพเพศ (n=233)	179 (76.8)	54 (23.2)	29 (11.1)
ช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ (n=231)	140 (60.6)	91 (39.4)	31 (11.8)
ความพึงพอใจด้านชีวิตทางเพศ (n=231)	161 (69.7)	70 (30.3)	31 (11.8)
ประวัติเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ (n=229)	130 (56.8)	99 (43.2)	33 (12.6)
การให้ความร่วมมือ, จำนวน (ร้อยละ)			
ประวัติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในอดีต (n = 236)	207 (87.7)	29 (12.3)	26 (9.9)
ประวัติทางสูติกรรม (ตอบเฉพาะเพศหญิง) (n=171)*	165 (96.5)	6 (3.5)	11 (6.0)
ประวัติประจำเดือน (ตอบเฉพาะเพศหญิง) (n=171)*	168 (98.2)	3 (1.8)	11 (6.0)
สถานภาพการสมรส (n=231)	223 (96.5)	8 (3.5)	31 (11.8)
การคุมกำเนิด (n=226)	219 (96.9)	7 (3.1)	36 (13.7)
ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (n= 232)	217 (93.5)	15 (6.5)	30 (11.5)
ปัญหาด้านสุขภาพเพศ (n=234)	200 (85.5)	34 (14.5)	28 (10.7)
ช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ (n=233)	187 (80.3)	46 (19.7)	29 (11.1)
ความพึงพอใจด้านชีวิตทางเพศ (n=234)	201 (85.9)	33 (14.1)	28 (10.7)
ประวัติเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ (n=231)	178 (77.1)	53 (22.9)	31 (11.8)

*จำนวนผู้หญิงทั้งหมดคือ 182 คน และ ข้อมูลแสดงเป็นจำนวน (ร้อยละ) ของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว

ปัจจัย	ความแตกต่างเฉลี่ยของ ตัวแปรเดียว (Univariable mean difference) (95%CI:)	p-value*	ความแตกต่างเฉลี่ย ของหลายตัวแปร (Multivariable mean difference) (95%CI:)	p-value*
ทัศนคติโดยรวม (คะแนน)	0.71 (0.62 to 0.80)	< 0.001	0.57 (0.47 to 0.68)	< 0.001
อายุ (ปี)				
≤ 48 ปี	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
> 48 ปี	-1.66 (-2.40 ถึง -0.92)	< 0.001	-0.65 (-1.26 ถึง -0.03)	0.039
เพศ				
เพศหญิง	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เพศชาย	-2.07 (-2.88 ถึง -1.26)	< 0.001	-0.55 (-1.31 ถึง 0.20)	0.152
LGBTQ+	-2.39 (-5.38 ถึง 0.60)	0.118	-0.78 (-3.25 ถึง 1.69)	0.535
สถานภาพการสมรส				
โสด	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
สมรส/มีแฟน	-0.56 (-1.40 ถึง 0.28)	0.192	0.22 (-0.41 ถึง 0.84)	0.499
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	-1.20 (-2.46 ถึง 0.06)	0.063	-0.46 (-1.42 ถึง 0.49)	0.340
การศึกษา				
ต่ำกว่าอนุปริญญา	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
อนุปริญญาขึ้นไป	2.41 (1.66 ถึง 3.15)	< 0.001	0.64 (0.01 ถึง 1.28)	0.047
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/นักเรียน/นักศึกษา/อื่น ๆ	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
รับราชการ/ครู/อาจารย์/บุคลากรทางการแพทย์	-0.68 (-1.75 ถึง 0.40)	0.22	-0.14 (-0.95 ถึง 0.66)	0.726
พนักงานบริษัท/อาชีพอิสระ/แม่บ้าน/ค้าขาย/ กรรมกร/รับจ้างทั่วไป	-1.25 (-2.28 ถึง -0.22)	0.02	-0.59 (-1.42 ถึง 0.25)	0.168
ประวัติการประเมินสุขภาพเพศในอดีต				
ไม่เคย	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	-0.49 (-1.29 ถึง 0.31)	0.231	-0.17 (-0.76 ถึง 0.43)	0.588
ความสำคัญของสุขภาพเพศ				
มีความสำคัญเฉพาะเมื่อต้องการได้คำแนะนำ หรือตรงกับอาการของผู้ป่วย	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
มีความสำคัญเหมือนประวัติสุขภาพอื่น ๆ	0.65 (-0.10 ถึง 1.40)	0.090	0.56 (0.01 ถึง 1.12)	0.047
สุขภาพเพศมีความสำคัญน้อย	-2.95 (-5.65 ถึง -0.25)	0.032	0.21 (-1.97 ถึง 2.39)	0.849
อายุของแพทย์มีผลต่อการชักประวัติสุขภาพเพศหรือไม่				
ไม่มีผล	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
อยากได้แพทย์ที่อายุนมากกว่า	-0.13 (-1.12 ถึง 0.86)	0.795	-0.32 (-1.07 ถึง 0.43)	0.406
อยากได้แพทย์ที่อายุเท่ากัน	0.79 (-0.40 ถึง 1.99)	0.194	-0.29 (-1.19 ถึง 0.61)	0.526
อยากได้แพทย์ที่อายุน้อยกว่า	-4.51 (-10.60 ถึง 1.59)	0.147	-2.08 (-6.40 ถึง 2.25)	0.347
เพศของแพทย์มีผลต่อความสบายใจในการชักประวัติ สุขภาพเพศหรือไม่				
ไม่มีผล	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
อยากให้แพทย์เพศหญิง	0.81 (-0.03 to 1.64)	0.058	0.44 (-0.23 to 1.12)	0.198
อยากให้แพทย์เพศชาย	-1.12 (-2.49 to 0.25)	0.109	0.31 (-0.79 to 1.41)	0.583

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

power) เพียงพอที่จะประเมินความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการให้ความร่วมมือในการให้ประวัติสุขภาพเพศ รวมทั้งมีการวิเคราะห์รายละเอียดความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและการให้ความร่วมมือเพิ่มเติม โดยจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาตามอายุและการให้ความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ 1) อายุ ≤ 48 ปีและให้ความร่วมมือ 2) อายุ ≤ 48 ปี แต่ไม่ให้ความร่วมมือ 3) อายุ > 48 ปีและให้ความร่วมมือ และ 4) อายุ > 48 ปีแต่ไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ที่มีการศึกษาดังแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไปมีคะแนนในการให้ความร่วมมือสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษต่ำกว่า 0.64 คะแนน ($\beta = 0.64$; 95%CI: 0.01-1.28) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มองว่าประวัติสุขภาพเพศมีความสำคัญเหมือนกับประวัติสุขภาพอื่น ๆ ทั่วไป มีคะแนนความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศ เฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่เห็นด้วย 0.56 คะแนน ($\beta = 0.56$; 95%CI: 0.01-1.12 (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 66.1 ของอาสาสมัครไม่เคยได้รับการประเมินประวัติสุขภาพเพศแม้ว่าการประเมินสุขภาพเพศจะมีบทบาทสำคัญในหลากหลายด้าน เช่น ช่วยป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่วยแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ และช่วยทำให้สุขภาพกายและจิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการค้นหปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อทัศนคติและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยต่อการให้ข้อมูลสุขภาพเพศ โดยจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครที่มีทัศนคติเชิงบวก อายุไม่เกิน 48 ปี มีระดับการศึกษาสูง และเป็นผู้ที่เห็นว่าประวัติสุขภาพเพศมีความสำคัญเท่ากับประวัติสุขภาพอื่นทั่ว ๆ ไป จะมีความเต็มใจที่จะให้ข้อมูลสุขภาพเพศมากขึ้น นอกจากนี้อายุและเพศของแพทย์ไม่มีผลกระทบที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อทัศนคติหรือการให้ความร่วมมือในการชักประวัติสุขภาพเพศของผู้เข้าร่วมการศึกษา

อาสาสมัครที่มีอายุ ≤ 48 ปี มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศมากกว่า ซึ่งเชื่อมโยงกับเป็นช่วงอายุวัยเจริญพันธุ์ และสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Wendy Macdowall et al.¹¹ ที่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยจะมีความสนใจที่จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพเพศจากบุคลากรทางการแพทย์ และนอกจากนี้เนื่องจากความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงในกลุ่มอายุนี้ อาจส่งผลให้กลุ่มบุคคลอายุน้อยมีความพร้อม และเปิดใจในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเพศมากยิ่งขึ้น¹²

ระดับการศึกษาถือเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ โดยการมีระดับการศึกษาสูงสัมพันธ์กับความเข้าใจและการมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพศที่มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อทัศนคติและความเข้าใจในการพูดคุยเรื่องสุขภาพเพศกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Slurink et al. ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยจะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเพิ่มโอกาสการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹³

การที่บุคคลให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพเพศเทียบเท่ากับประวัติสุขภาพด้านอื่น ๆ นั้น เกิดจากการที่ปัญหาสุขภาพเพศมักเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพกายและจิตที่ไม่ดี⁵ นอกจากนี้การเปิดกว้างในสังคมที่มากขึ้นทำให้ผู้คนกล้าที่จะพูดคุยเรื่องเพศในหลายมิติ เช่น อัตลักษณ์ทางเพศ เพศวิถี และการแชร์ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้นทั้งจากอินเทอร์เน็ตและแหล่งข้อมูลออนไลน์ต่าง ๆ¹⁴ การเข้าถึงข้อมูลที่สะดวกนี้ทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพศได้ด้วยตนเองและเห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพเพศว่าเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนสามารถเผชิญได้และควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องนี้ อีกทั้งในสังคมปัจจุบันยังยอมรับความหลากหลายทางเพศมากขึ้น¹¹ ทำให้ในสังคมปัจจุบันบุคคลเริ่มเปิดใจในการพูดคุยเรื่องสุขภาพเพศและมองว่าเป็นเรื่องสำคัญเท่ากับสุขภาพร่างกายด้านอื่น ๆ

ในส่วนของการตอบแบบสอบถามครบทุกข้อมีเพียงร้อยละ 55.0 ซึ่งอาจเกิดจากผู้เข้าร่วมการศึกษามองข้ามหน้าหลังของแบบสอบถาม เพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหานี้ในอนาคต ควรมีการปรับรูปแบบของแบบสอบถาม เช่น การจัดวางข้อมูลที่เกี่ยวข้องในหน้าเดียวกัน และหลีกเลี่ยงการวางข้อมูลในหน้าหลังของแบบสอบถาม

นอกจากนี้ควรระบุจำนวนหน้าทั้งหมดที่ต้องตอบในมูมนหรือล่างของแต่ละหน้ากระดาษ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาทราบความยาวของแบบสอบถามทั้งหมดที่ต้องทำ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด โดยในอนาคตควรมีการรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจากแผนกการแพทย์สาขาอื่น ๆ เช่น แผนกศัลยกรรม แผนกสูติศาสตร์ เพื่อทดสอบว่าแบบสอบถามนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับแผนกอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ผลการศึกษาในเรื่องทัศนคติและการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สอดคล้องกับของแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวหรือไม่

สรุป

การศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพศในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพศที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อน และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบองค์รวมมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ควรพัฒนาและนำเครื่องมือและแนวทางการซักประวัติสุขภาพเพศที่มีมาตรฐานมาใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้ประวัติสุขภาพเพศ ได้แก่ ทัศนคติที่ดีต่อเรื่องสุขภาพเพศ อายุ (≤ 48 ปี) ระดับการศึกษาที่สูง และการให้ความสำคัญว่าประวัติสุขภาพเพศเป็นส่วนหนึ่งของประวัติสุขภาพทั่วไป ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าร้อยละ 56.0) มีทัศนคติที่ดีต่อการซักประวัติสุขภาพเพศในด้านต่าง ๆ และมากกว่าร้อยละ 77.0 ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสุขภาพเพศในทุก ๆ ด้าน นอกจากนี้อายุหรือเพศของแพทย์ไม่ว่าจะเป็นแพทย์เพศชายหรือเพศหญิง ไม่มีผลต่อความสบายใจของผู้ป่วยในการซักประวัติสุขภาพเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำให้ผลของการศึกษานี้เป็นข้อมูลที่มีค่าสำหรับการประเมินและคัดกรองกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการให้ประวัติสุขภาพเพศในสถานพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์สามารถใช้เวลานี้ในการค้นหาปัญหาสุขภาพเพศต่าง ๆ ที่อาจจะมิในตัวบุคคลนั้น แม้ว่าจะมาตรวจที่โรงพยาบาลด้วยอาการอื่น ๆ เพื่อให้

ในภาพรวมผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น เพราะสุขภาพเพศที่ดี ย่อมส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพกาย และจิตที่ดีควบคู่กัน

Highlights

1. เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าการซักประวัติสุขภาพเพศมีความสำคัญเทียบเท่ากับประวัติสุขภาพอื่น ๆ ทั่วไป
2. การมีทัศนคติเชิงบวกต่อเรื่องสุขภาพเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการให้ประวัติสุขภาพเพศกับแพทย์
3. อายุที่น้อย มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการให้ประวัติสุขภาพเพศ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณ นายวิชากร รวมทวี นักระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาราชวิทยาลัย ที่ได้ให้คำปรึกษาในการออกแบบงานวิจัยและการวิเคราะห์สถิติของการศึกษานี้ นอกจากนี้ยังขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ช่วยในการอ่านแบบสอบถามให้กับอาสาสมัครที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้เขียนขอประกาศว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการศึกษานี้ และขอแจ้งว่าไม่มีแหล่งทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 14]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. Lertphiriyasawat Dr.C, editor. Research Plan on Disease Prevention, Control, and Health Hazards 2019-2021 [Internet]. division of innovation and research (DIR.), department of disease control, ministry of public health; 2019. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/d3d9446802a44259755d38e6d163e820/files/08022562.pdf>

3. World Health Organization. Sexual health [Internet]. [cited 2025 Jan 14]. Available from: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
4. Dyer K, das Nair R. Why Don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the united kingdom. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013;10: 2658-70.
5. Dekker A, Matthiesen S, Cerwenka S, Otten M, Brik-en P. Health, sexual activity, and sexual satisfaction. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117:645-52.
6. Peck SA. The importance of the sexual health history in the primary care setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001;30:269-74.
7. Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, Pinkerton JV, Parish SJ, Iglesia CB, et al. Female sexual health: barriers to optimal outcomes and a roadmap for improved patient-clinician communications. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;28:432-43.
8. Barbee LA, Dhanireddy S, Tat SA, Marrazzo JM. Barriers to bacterial sexually transmitted infection testing of hiv-infected men who have sex with men engaged in hiv primary care. *Sex Transm Dis*. 2015; 42:590-4.
9. Shepardson RL, Mitzel LD, Trabold N, Crane CA, Crasta D, Funderburk JS. Sexual dysfunction and preferences for discussing sexual health concerns among veteran primary care patients. *J Am Board Fam Med*. 2021;34:357-67.
10. Kim SH, Lee YM, Park JT. Patients' perspectives on sexual history taking in Korea. *Patient Educ Couns*. 2008;70:370-5.
11. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Low-bury R, Robinson A, et al. 'Talking of Sex': developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Educ Couns*. 2010;81:332-7.
12. ศราวุธ อุตตมางคพงศ์, พรทิพย์ เข็มเงิน, นภกานต์ คนเชื้อ, บุญยานุช ทองคำดี, บรรณธิการ. รายงานประจำปี 2562. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150220220218083527.pdf>
13. Slurink IA, Götz HM, van Aar F, van Benthem BH. Educational level and risk of sexually transmitted infections among clients of Dutch sexual health centres. *Int J STD AIDS*. 2021;32:1004-13.
14. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract*. 1998;15:519-24.