

๖๑๔.๖๑๓๖๑๑

ค ๘๒๒๔

๖.๖

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ของ

สุนทร ใจกล้า

30 ธ.ค. 2549

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
กันยายน 2548

๒ ๖๘๒๑๒๗

สุนทร ใจกล้า. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมานุกร,
รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ตามตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 350 ราย ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t-test) ค่าเอฟ (F-test) และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ทหารกองประจำการมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี
2. ทหารกองประจำการที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ทหารกองประจำการที่มีระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและประสบการณ์เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของ ทหารกองประจำการ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมี ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEFS AND BEHAVIOR IN PREVENTION
FROM HIV INFECTION OF SOLDIERS IN NAKORN RATCHASIMA PROVINCE

AN ABSTRACT
BY
SUNETR CHAIKLA

Presented in partial of the requirments
For the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
September 2005

Sunetr Chaikla. (2005). *The relationship between health beliefs and behavior in prevention from HIV infection of soldiers in Nakornratchasima province*. Master Thesis, M. Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr.Napaporn Madhyamankura. Assoc. Prof. Viriya Sukwongs.

The purpose of this research were to study the preventive behavior from HIV infection of soldiers in Nakornratchasima province, according to variables educational attainment, income, marital status and experience from sexual transmitted disease and relationship between health beliefs and behavior in prevention from HIV infection. The sample size consisted of 350 soldiers at Nakornratchasima province and selected by simple random sampling method. All data were collected from the questionnaire constructed by the author and percentage, arithmetic mean, standard deviation, F-test, t-test and Pearson's product moment correlation coefficient were then analyzed.

The result of this study were as follows :

1. The preventive behavior from HIV infection of soldiers were classified into high level.
2. Soldiers having different income showed significant difference at .05 level in preventive behavior from HIV infection.
3. There were no statistical difference in HIV preventive behavior among soldiers having different educational attainment, marital status and experience from sexual transmitted disease.
4. Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit and health motivation of soldiers were positively correlated to HIV preventive behavior while perceived barrier showed negative correlation at .01 level.

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา

ปริญญาณิพนธ์
ของ
สุนทร ไวกล้า

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
กันยายน 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา

ของ

นางสาวสุนทร ใจกล้า

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

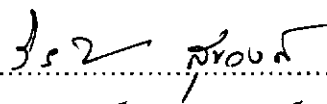
วันที่...20...เดือน กันยายน พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



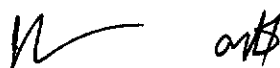
..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมานุกร)



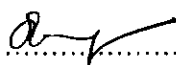
.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)



.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่)



.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ อัจฉรา สุขารมณ)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌมากร ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ตลอดจนอาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่ และรองศาสตราจารย์ อัจฉรา สุขารมณ์ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการจัดทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที, รองศาสตราจารย์ ดร. วิรัช วรรณรัตน์, รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ และคุณจรัส การเกษ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณผู้บัญชาการกองพลทหารราบที่ 3 ค่ายสุรนารี, ผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 21 และหน่วยขึ้นตรงค่ายสุรนารี, ผู้บังคับกรมทหารราบที่ 23 ค่ายสุรธรรมพิทักษ์, ผู้บัญชาการกองบัญชาการช่วยรบที่ 2, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสุรนารีและผู้บังคับกองพันบิน ศูนย์การบินทหารบก จังหวัดลพบุรี ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณ ร้อยเอกญาณพันธุ์ บุบผามาลา ญาติพี่น้องทุกคน คุณพัชรพรรณ ตริศักดิ์ศรี และเพื่อนร่วมรุ่น ที่คอยให้ความช่วยเหลือ เป็นขวัญกำลังใจที่ดีมาโดยตลอด

ด้วยคุณค่าแห่งปริญญานิพนธ์นี้ขอมอบแด่คุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ทุกท่านที่เคยได้อบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้ และประโยชน์ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแก่ผู้สนใจทั่วไป

สุนทร ใจกล้า

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	7
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	7
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	7
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
	สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	11
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
	ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์.....	12
	พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์.....	36
	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	43
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	51
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	51
	งานวิจัยในประเทศ.....	52
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	59
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	59
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	62
	ลักษณะของเครื่องมือ เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย....	62
	ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	64
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	65
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	91
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	91
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	91
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	91
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	92
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	94
อภิปรายผล.....	95
ข้อเสนอแนะ.....	106
บรรณานุกรม.....	107
ภาคผนวก.....	115
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ.....	116
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	118
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	128
ภาคผนวก ง คุณภาพของเครื่องมือ.....	138
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	143

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน CD4+ T-Lymphocyte กับอาการทางคลินิก ที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	20
2 ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบในผู้ติดเชื้อ HIV-1	22
3 จำนวนประชากรจำแนกตามค่าย.....	60
4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าย.....	64
5 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหน่วยต่างๆ ที่คำนวณได้ในแต่ละค่าย.....	64
6 จำนวนและร้อยละของทหารกองประจำการ จำแนกตามตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและประสบการณ์ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	74
7 จำนวนและร้อยละของทหารกองประจำการ จำแนกตามตัวแปร แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี....	75
8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามความเชื่อ ด้านสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ.....	77
9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามความเชื่อ ด้านสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ เป็นรายข้อ.....	79
10 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามความเชื่อ ด้านสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ.....	80
11 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามความเชื่อ ด้านสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ.....	82
12 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับสิ่งชักนำสู่ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ.....	83
13 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ.....	84

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
14	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	86
15	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	87
16	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ จำแนกตามรายได้.....	87
17	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ จำแนกตามรายได้.....	88
18	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายคู่ ของทหารกองประจำการ จำแนกตามรายได้.....	88
19	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ จำแนกตาม สถานภาพสมรส.....	89
20	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ จำแนกตามประสบการณ์ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	89
21	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรง ของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	90

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

22 คำอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี.....	140
---	-----

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	47

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

สถานการณ์โรคเอดส์ในปัจจุบัน จัดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของ ประเทศต่างๆทั่วโลก นับตั้งแต่มีการรายงานโรคติดต่อร้ายแรงโรคใหม่ครั้งแรกในประเทศ สหรัฐอเมริกาในปีพ.ศ. 2524 และมีการรายงานเพิ่มขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วทุกทวีปทั่วโลกอย่าง รวดเร็วจนถึงปัจจุบัน มีการเรียกชื่อโรคดังกล่าวในเวลาต่อมาว่า โรคเอดส์ (AIDS) หลังจากนั้น ได้กลายเป็นโรคระบาดร้ายแรงที่สุดในบรรดาโรคติดต่อ เนื่องจากมีการแพร่ระบาดในทุกกลุ่ม อาชีพและยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศไว้ในปีพ.ศ. 2529 ให้โรคเอดส์เป็นโรคทางสุขภาพที่ยิ่งใหญ่ของมวลมนุษยชนที่นานาชาติจะต้องให้ความสำคัญ อย่างยิ่ง จากการระบาดของโรคช่วงแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแถบยุโรป พบว่าผู้ ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นชายรักร่วมเพศและชายรักร่วมทั้งสองเพศ คือ ประมาณร้อยละ 70 ผู้ติดเชื้อ เสพติดชนิดฉีดโดยการร่วมเข็มประมาณร้อยละ 17 ส่วนที่เหลือเป็นผู้รับเลือดและผลิตภัณฑ์ของ เลือดและการติดเชื้อจากการดามารูทาร์ก โดยพบสัดส่วนในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 14 เท่า และพบมากในช่วงอายุ 20-49 ปี สำหรับประเทศในทวีปแอฟริกา เชื่อว่ามีการระบาดที่ รุนแรงกว่า แต่ขาดระบบรายงานที่ดีจึงมองภาพของปัญหาที่ไม่ชัดเจนนัก ในปัจจุบันประชากร โลกที่ติดเชื้อเอชไอวีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้ว่าจะมีจำนวนประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าประเทศทางแอฟริกาได้แต่มีอัตราการเพิ่มของ ประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 40-50 ในแต่ละปีจะมีทารกในโลกมากกว่า 500,000 คน ที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการดามารูทาร์ก และการคลอดหรือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปี ค.ศ. 2000 เพียงปีเดียวมีเด็กติดเชื้อเอชไอวี 600,000 คน ซึ่งร้อยละ 90 อยู่ในแถบแอฟริกา (พงศศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. 2545 : 27)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในปีพ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นผู้ที่ ได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีขณะรับการผ่าตัดในประเทศตะวันออกกลาง กองระบาดวิทยาได้ ดำเนินการเฝ้าระวังโรคนี้มาโดยตลอด โดยใช้บัตรรายงาน 506/1 และ 507/1 อาศัยนิยามผู้ป่วย โรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ขณะนั้นพบว่ารายงานผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากผู้ป่วย 1 ราย (ปี 2527) เป็น 436, 1,385 และ 4,876 ในปีพ.ศ. 2534, 2535 และ 2536 ตามลำดับ ในปัจจุบันจากการรายงานของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคพบว่ามีผู้ติดเชื้อ เอชไอวีจากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2546 รวมทั้งสิ้น 224,577 ราย โดยมีผู้เสียชีวิต 61,622 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย)

และสถิติการเสียชีวิตในปีพ.ศ. 2542-2545 เป็น 7,948, 7,111, 6,872 และ 6,569 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2546 : 16) ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่พบโดยส่วนมากอยู่ในวัยทำงานอายุระหว่าง 20-29 ปี และกลุ่มอายุ 25-29 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 26.53) รองลงมา 30-34 ปี (ร้อยละ 25.42) อายุ 35-39 ปี (ร้อยละ 15.78) อายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 10.01) และต่ำสุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.12) ในส่วนของอาชีพพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ เกษตรกรรม ว่างาน ค้าขายและงานบ้าน (ร้อยละ 44.3, 20.7, 5.5, 4.3 และ 3.7 ตามลำดับ) อุบัติการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยระยะแรกจำกัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงคือ กลุ่มชายรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดใช้เข็ม กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศและผู้ที่มียุติสัมพันธ์กับผู้ที่มียุติกรรมเสี่ยง แต่ต่อมาการระบาดได้ขยายวงกว้างขึ้นสู่กลุ่มชายหญิงรักต่างเพศ จนกระทั่งถึงกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อแพร่มายังกลุ่มทารก ปัจจุบันพบว่าภาระระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 82.6 ซึ่งเป็นชายที่รักต่างเพศสูงกว่าหญิงที่รักต่างเพศ(สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2546 : 1) ซึ่งจากสถิติรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงและปีที่เริ่มป่วยในประเทศไทย (ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2546 : 7) พบว่าสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 -30 กันยายน พ.ศ. 2546 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์มีอัตราสูงสุดถึง 187,920 ราย ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 10,679 ราย และบุตรที่คลอดจากมารดาที่ป่วยหรือติดเชื้อเอชไอวี 9,696 ราย ตามลำดับ

จากอัตราป่วยที่ยังเป็นปัญหายุย่นั้น ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั่วโลกกำลังใช้ความพยายามอย่างสูงในการศึกษาค้นคว้าหาตัวยาเพื่อรักษาผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวียังคงได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ลดลง ทำให้เกิดโรคติดเชื้อในปอด หลอดลม หลอดอาหาร ต่อมน้ำเหลือง และสมอง เป็นต้น ผู้ติดเชื้อจะเป็นพาหะนำโรคต่างๆ ไปสู่บุคคลอื่นในสังคม ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรคถือเป็นกลุ่มสำคัญที่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากและยังขาดความเอาใจใส่ที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ขณะเดียวกันสังคมไทยยังไม่เปิดใจยอมรับผู้ติดเชื้อโรคร้ายนี้ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ก่อนที่จะเสียชีวิตลงในที่สุด นอกจากผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง โรคเอดส์ยังสร้างปัญหาต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเพราะผู้ป่วยที่ติดเชื้อต้องใช้งบประมาณในการรักษาในอัตราที่สูงมาก จากรายงานล่าสุดของสถาบัน FDA (The Food and Drug Administration) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประกาศรับรองยาตัวใหม่ 3 ชนิด (Sequinavia, Ritonavia, Indinavia) เพื่อใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อใช้ยาตัวนี้ร่วมกับ ไซโดวูดีน (Zidovudine หรือ AZT) และลามิวูดีน (Lamivudine หรือ 3TC) จะสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยให้อยู่ในระดับต่ำ แต่ยาดังกล่าว มีราคาสูงมาก ผู้ป่วย 1

ราย ต้องใช้งบประมาณ 120,000-150,000 บาท/ปี ในขณะที่เดียวกันประเทศไทยได้ศึกษาดำเนินการ
สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีแต่ละ
รายประมาณ 8,331 บาทต่อรายต่อครั้ง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมาโรงพยาบาล 3 ครั้งต่อปี รวม
ค่าใช้จ่ายประมาณ 25,000 บาทต่อรายต่อปี ทั้งนี้รัฐจะต้องจัดหาเตียงสำหรับผู้ป่วยประมาณ
6,233 เตียง หากรัฐจะจัดงบประมาณสำหรับการซื้อเตียงในโรงพยาบาลราคา 300,000 บาทต่อ
เตียงต่อปี จะต้องใช้ งบประมาณ 1,869.9 พันล้านบาทต่อปี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2546 : 76)

ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อประเทศนั้นมีมากมาย ทั้งทางด้านภาพพจน์ของประเทศ
การพัฒนาและปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งจะเห็นได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่
เป็นวัยแรงงานที่สำคัญของชาติ วัยแรงงานดังกล่าวมีอายุระหว่าง 20-39 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยเจริญ
พันธุ์ มีพลังและความต้องการทางเพศ ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อเอชไอวีและมีโอกาสติดเชื้อได้
สูง สาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญประการหนึ่งในการติดเชื้อเอชไอวีคือ การติดเชื้อที่เกิดจากการ
สำส่อนทางเพศ ซึ่งค่านิยมในประเทศไทยก็ยังไม่สามารถทำให้ชายไทยส่วนใหญ่เลิกใช้บริการ
หญิงโสเภณีได้ ขณะเดียวกันมีสาเหตุที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย ได้แก่
การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพสังคมความเป็นอยู่เด็กวัยรุ่นมีค่านิยมที่ผิด ใช้จ่ายฟุ้งเฟ้อรายได้
ไม่เพียงพอกับรายจ่ายจึงจำเป็นต้องมีการหารายได้พิเศษ ซึ่งส่วนหนึ่งมีการขายตัว บางครั้งอาจ
ขาดการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง ส่งผลให้การติดเชื้อมีอัตราเพิ่มขึ้น
ขณะเดียวกันการเป็นแหล่งท่องเที่ยวของเมืองไทย และนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่าง
ต่อเนื่องของภาครัฐ ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี การเป็นแหล่งค้ายาเสพติดที่สำคัญ
สามารถหาได้ง่ายในราคาถูก ขาดกฎหมายลงโทษที่รุนแรงต่อทั้งผู้ค้าและผู้เสพ รวมถึงข้อเสีย
ของการเป็นแหล่งกามารมณ์ในระดับโลกที่มีความหลากหลายของสถานบริการ ดังนั้นเมื่อ
พิจารณาถึง แรงงานไทยที่อยู่ในวัยฉกรรจ์จะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสไปรับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอ
วีมาได้อย่างมาก จากที่ได้กล่าวไว้แล้วว่าเป็นวัยเจริญพันธุ์ และบางคนมีความเชื่อและเจตคติที่
ไม่ดีกับการใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากเห็นว่าเป็นสิ่งแปลกปลอมไม่เป็นธรรมชาติ ขณะเดียวกัน
ประชาชน บางกลุ่มในประเทศไทยยังไม่เปิดกว้างทางความคิดมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องลามก
น่าอาย ผู้ใช้หรือซื้อหาอุปกรณ์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ถุงยางอนามัย เป็นพวกวิปริต
ลามก มีความต้องการทางเพศสูง ส่งผลให้ผู้ใช้ไม่กล้าซื้อ เพราะความไม่กล้า อาย และบางครั้ง
เกิดความไม่สะดวกเนื่องจากแหล่งจัดขายมีจำกัด ปัญหานี้รัฐบาลอาจจะยังมองไม่เห็น
ขณะเดียวกันก็ได้แต่มีการรณรงค์เพื่อให้ป้องกันโรค เป็นที่แน่นอนว่ากลุ่มชายไทยนักเที่ยวที่ขาด
การป้องกันที่ถูกต้องอาจจะติดเชื้อจากการเที่ยวโสเภณี และการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงโดยไม่
ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งจะสามารถนำเชื้อมาสู่ภรรยาและทารกที่เกิดใหม่ได้ จึงกล่าวได้ว่าสมาชิก
ในสังคมไทยกำลังอยู่ในระยะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างสูง และปราศจากวิธีการทาง

การแพทย์อื่นใดที่จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคได้ นอกจากการมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องที่จะปฏิบัติตนในการป้องกันตัวเองไม่ให้เกิดโรคหรือมิให้โรคแพร่ผ่านตนเองสู่ผู้อื่นได้

การที่บุคคลจะตัดสินใจหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น จากการศึกษาปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรม การเจ็บป่วยที่ผ่านมา นอกจากการมีความรู้ที่ดีแล้ว ความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดให้คนปฏิบัติในสิ่งที่พึงประสงค์ เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์โดยปกติมักจะทำในสิ่งที่ตนเชื่อมั่น ซึ่งอาจจะถูกหรือผิดก็ได้ ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้องและเหมาะสม ต้องมีการสร้างความเชื่อ เจตคติ ค่านิยมที่ถูกต้องให้เกิดในตัวบุคคล ซึ่งจากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตสังคม สร้างขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมส่วนบุคคล ในระยะแรกมีประโยชน์เพียงเพื่อใช้ทำนายความร่วมมือในการป้องกันโรคเท่านั้น ซึ่งสร้างโดย ฮอคบาอมและโรเซนสตอค (Hockbaum and Rosenstock) และปรับปรุงโดย เบ็คเคอร์และคณะ (สนธิ พึ่งสาย. 2539 : 7 ; อ้างอิงจาก สมจิต หนูเจริญกุล. 2531 : 7) โดยอาศัยแรงจูงใจของเลวิน (Lewin's Motivation Theory) ซึ่งมีสมมุติฐานว่าบุคคลโดยทั่วไปมักจะแสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันหรือการตรวจร่างกายประจำปี ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น นอกจากจะรับรู้ว่ายตนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตตนเองอย่างไร และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Becker และคณะได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ (กองสุขศึกษา. 2542 : 20 ; อ้างอิงจาก Becker, et al. 1974 p. 206) ซึ่งปัจจัยร่วมนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ลักษณะความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ความต่อเนื่อง ความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ และตัวแปรด้านสนับสนุน หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สบาย ความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล หรือเป็นสิ่งที่ภายนอกเป็นตัวกระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อนฝูงหรือคนอื่นๆ ซึ่งสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรม ระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิด พฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดง พฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมทางด้านจิตใจสูงจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่จะปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคว่าบุคคลต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่ คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรือ อุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ลักษณะทาง ชีวสังคม โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ก็นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทาง สุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย

ดังได้กล่าวไว้แล้วว่า การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันโรคนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อด้าน สุขภาพและปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้นการจัดโครงการสาธารณสุข สำหรับประชาชนหรือบุคคลที่มุ่งให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องนั้น จำเป็นต้องมีการสำรวจ หรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ ศึกษาในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงของโรคเอดส์ ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และมีปัจจัยร่วมด้านอื่นๆ คือ ลักษณะทางชีวสังคม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับชาติและ ระดับโลก อัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นชี้ให้เห็นว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง จากติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เหมาะสม จึงทำให้มีอัตราติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่ได้มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์กันอย่างแพร่หลาย หากได้มีการศึกษาให้ทราบถึงความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว น่าจะเป็นแนวทางที่ได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่มี ประโยชน์และสามารถนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้

ในกองทัพบกได้มีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในข้าราชการทหารทั้งชายและหญิง ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2542 - 30 กันยายน พ.ศ. 2546 เป็นจำนวน 111 ราย, 107 ราย, 60 ราย และ 18 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุม โรค. 2546 : 4) จากข้อมูลถึงแม้ว่าจะมีอัตราการลดลงแต่ก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย เอดส์เพียงรายเดียวก็ต้องการค่าใช้จ่ายมหาศาลและยังเป็นการให้กับสังคม ขณะเดียวกันใน ทหารกองประจำการนั้นมีรายงานการติดเชื้อในปีพ.ศ. 2538 (สุชัย กิจศิริพรชัย. 2538 : 143-145) พบว่าจากการเจาะเลือดทหารกองประจำการผลัด 1 มีความชุกของการติดเชื้อโรคเอดส์สูง ถึง 724 ราย จากทหารที่เข้ารับการตรวจทั้งหมด 28,705 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 2.5 โดยภาค กลางซึ่งไม่รวมกรุงเทพมหานครมีการติดเชื้อเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 2.8 และจากศึกษางานวิจัย ของชัชวาลย์ โรจนานนท์ และคณะ (2538 : 90) ซึ่งได้ศึกษาเพื่อหาแนวทางป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในหน่วยทหารของกองทัพบกพบว่า พฤติกรรมที่เป็นจุดอ่อนของทหารที่ทำให้ติดเชื้อ เอชไอวีนั้น เกิดจากการไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการไม่ใช่วิถีทางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัจจุบันสื่อต่างๆค่อนข้างล่อแหลมและปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศได้ง่าย จึงอาจกล่าวได้ว่าทหาร

กองประจำการยังเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์และอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย มีความอยากรู้ อยากลอง บางครั้งอาจขาดความยับยั้งชั่งใจ ประกอบกับเมื่อต้องเข้าประจำการทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่ จะต้องอยู่ในกฎระเบียบที่เคร่งครัด บางรายต้องอยู่ห่างไกลครอบครัว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสภาพจิตใจเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความเครียดอาจต้องการหาทางออกเพื่อผ่อนคลาย บางรายอาจมีการเที่ยวเตร่ตามสถานบันเทิง ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงมากที่จะมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ หากการมีเพศสัมพันธ์ที่ขาดการป้องกันอาจจะด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรือขาดทักษะก็ตาม ย่อมจะส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้

การศึกษาให้ทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทหารกองประจำการ ถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากทหารต้องเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาและป้องกันประเทศชาติ หากมีการติดเชื้อภาวะสุขภาพก็แย่ลงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อประเทศชาติทั้งทางด้านความปลอดภัยและงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยอาศัยปัจจัยหลายด้าน เพื่อให้ทราบถึงภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคือลักษณะทางชีวสังคม และแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ

จากสาเหตุที่กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทหารกองประจำการอย่างไร มีการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมของทหารกองประจำการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการศึกษาในประชากรหลายกลุ่ม แต่ในกลุ่มทหารกองประจำการนั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจมีแหล่งท่องเที่ยวมากมายเป็นจำนวนมาก แต่ในขณะเดียวกันแต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เข้าใจถึงภาวะสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหাসภาพต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ตามตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นแนวทางในการวางแผนให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ
2. เป็นแนวทางในการวินิจฉัยพฤติกรรมสุขภาพแล้วนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องการ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีพ.ศ. 2547 จำนวน 2,084 นาย (ฝ่ายสรรพกำลังมณฑลทหารบกที่ 21 : 2547)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นทหารกองประจำการ ในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 350 นาย มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane. 1973 : 125) และการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) มีดังนี้

1.1 ลักษณะทางชีวสังคม จำแนกเป็น

1.1.1 ระดับการศึกษา

1.1.2 รายได้

1.1.3 สถานภาพสมรส

1.1.4 ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.2 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ จำแนกเป็น

1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์

1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1.2.5 สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเกี่ยวกับการกระทำหรืองดเว้นการกระทำ ในเรื่องเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็น

1.1 การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.2 การป้องกันการติดต่อทางเลือด

2. ลักษณะทางชีวสังคม

หมายถึง ตัวกำหนดที่บอกให้ทราบถึงสถานภาพของประชากรเป็นลักษณะเฉพาะของทหารกองประจำการ ได้แก่

2.1 ระดับการศึกษา

หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของทหารกองประจำการ แบ่งเป็น

2.1.1 ประถมศึกษา

2.1.2 มัธยมศึกษา

2.1.3 อุดมศึกษา

2.2 รายได้

หมายถึง รายได้รวมที่ทหารกองประจำการได้รับต่อเดือนทั้งที่ได้จากทางบ้าน เงินเดือนและเบี้ยเลี้ยง แบ่งเป็น

2.2.1 ต่ำกว่า 5,000 บาท

2.2.2 5,000 - 7,000 บาท

2.2.3 มากกว่า 7,000

2.3 สถานภาพสมรส

หมายถึง การใช้ชีวิตร่วมกันระหว่างชายกับหญิง รวมถึงการร่วมหลับนอนกัน โดยจดทะเบียนสมรส หรือไม่จดทะเบียนสมรสก็ได้ แบ่งเป็น

2.3.1 โสด

2.3.2 คู่

2.4 ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

หมายถึง ประสบการณ์ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีตและปัจจุบัน แบ่งเป็น

2.4.1 เคย

2.4.2 ไม่เคย

3. ความเชื่อทางด้านสุขภาพ

หมายถึง การรับรู้ ความคิดเห็นและความรู้สึกของทหารกองประจำการที่มีต่อโรคเอดส์ ซึ่งอาจถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง มีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ แต่เป็นความรู้สึกและการรับรู้ ซึ่งเกิดขึ้นจริงและฝังแน่นในความคิด ความเข้าใจอันเป็นแนวโน้มที่จะทำให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น แบ่งเป็น

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงในชีวิตประจำวันต่อการติดเชื้อเอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์และการติดต่อทางเลือดของทหารกองประจำการว่าตนมีโอกาสติดเชื้อได้มากน้อยเพียงใด

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ หมายถึง ความคิดเห็นของทหารกองประจำการเกี่ยวกับผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เมื่อเกิดการติดเชื้อ ทำให้เกิดความรุนแรงในระดับที่ก่อให้เกิดความตาย ความพิการ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายหรือจิตใจ หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติมากหรือน้อยเพียงใด

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของทหารกองประจำการที่ได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อได้มากน้อยเพียงใด

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ของทหารกองประจำการที่มีต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ว่ามีสิ่งที่เป็นปัญหามาขัดขวาง ให้การปฏิบัติเป็นไปได้น้อยลง หรือไม่สามารถปฏิบัติได้

3.5 สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง บุคคลหรือสื่อที่ให้ข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นเตือน ตลอดจนการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะส่งเสริมให้ทหารกองประจำการมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น

3.5.1 บุคคล ได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ผู้บังคับบัญชา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

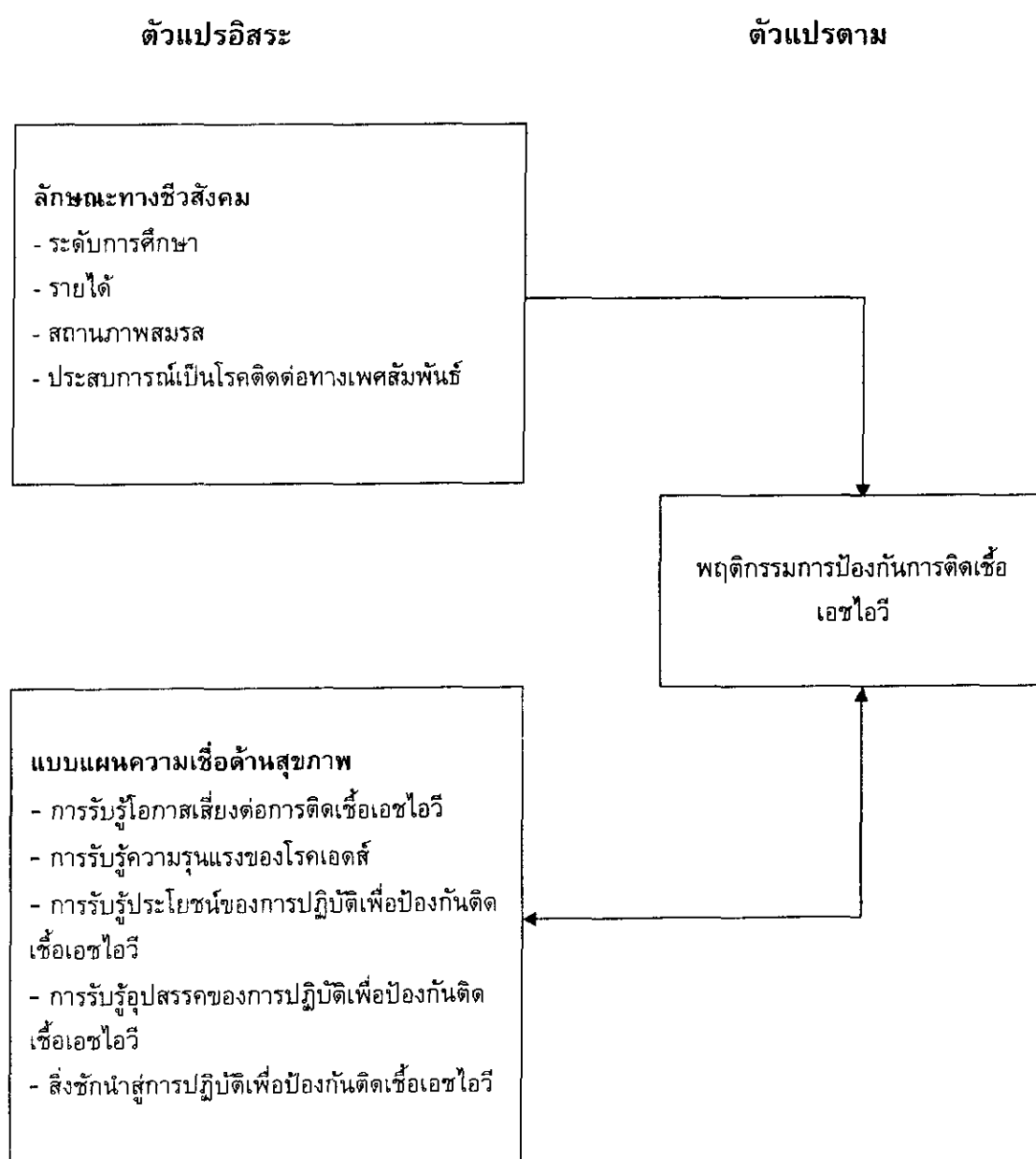
3.5.2 สื่อ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต

4. ทหารกองประจำการ

หมายถึง ชายฉกรรจ์ที่มีอายุ 18-25 ปีและมีประสบการณ์ทางเพศ ซึ่งได้รับการคัดเลือกโดยการจับฉลาก หรือสมัครเข้าเป็นทหารกองประจำการสังกัดพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ประจำปีพ.ศ. 2547 ทั้งนี้ไม่รวมถึงผู้ที่สมัครเข้ารับราชการต่อ

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ นั้น มักจะกระทำตามความคิดเห็นและความรู้สึกของตนและน่าจะมีปัจจัยต่างๆที่ช่วยส่งเสริมให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารกองประจำการ โดยมีกรอบแนวคิดดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ทหารกองประจำการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
2. ทหารกองประจำการที่รายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
3. ทหารกองประจำการที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
4. ทหารกองประจำการที่มีประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
6. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
7. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
8. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
9. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์

มีผู้ให้ความหมายของโรคเอดส์ไว้หลายท่าน ดังนี้

สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล และสัญญา ภักดิ์รัชย์ (2540 : 3) กล่าวว่า เอดส์ (AIDS) ย่อมาจาก Acquired Immune Deficiency Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกด้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยไวรัสที่ชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไปซึ่งมีได้เป็นมาแต่กำเนิด ทำให้ผู้ป่วยไวต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection)

ประภาพรณ เป็ลยนแก้ว (2540 : 1) กล่าวว่า โรคเอดส์ คือ กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจากเชื้อไวรัสเอดส์ ซึ่งทำให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเกิดเซลล์แปลกปลอม เช่น เซลล์มะเร็งขึ้นในร่างกาย มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หาย และในที่สุดก็เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังนั้น

นันทวัน ยันตะติลก และคณะ (2541 : 1) กล่าวว่า AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว แหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ติดเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดบวม หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการจะรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2546 : ออนไลน์) ได้ให้ความหมายของโรคเอดส์ไว้ว่า โรคเอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์ ซึ่งเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ติดโรคชนิดอื่นๆ ได้ง่าย เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการจะรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

จากการศึกษาความหมายของโรคเอดส์ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า โรคเอดส์ คือ กลุ่มอาการต่างๆ ของโรคที่เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสเอดส์เข้าไปในร่างกายแล้วทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายสูญเสียไป ผู้ติดเชื้อจะป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เชื้อรา ฯลฯ และไม่มีทางรักษาให้หายขาด ผู้ติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และเสียชีวิตลงในที่สุด

สาเหตุของโรคเอดส์

โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอดส์ (Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV) จัดเป็น Retrovirus อยู่ใน Subfamily *Lentivirinae* ใน Family *Retroviridae* เชื้อเอดส์ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ HIV 1 และ HIV 2 เชื้อ HIV 1 พบระบาดรุนแรงทั่วโลก โดยเฉพาะในแถบแอฟริกากลาง สหรัฐ ยุโรป แอฟริกาตะวันออกและเอเชีย ส่วน HIV 2 มักพบชุกชุมอยู่แถบแอฟริกาตะวันตก และพบผู้ที่ติดเชื้อมาจากแอฟริกาตะวันตก HIV 2 มีความรุนแรงในการก่อโรคน้อยกว่า HIV 1 (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทรราชย์. 2540 : 3-5)

เชื้อไวรัสเอดส์มีคุณสมบัติที่สำคัญ คือ

1. มีสายพันธุกรรม เป็นอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว จำนวน 2 สาย
2. มีเอ็นไซม์ทำหน้าที่สร้างดีเอ็นเอเข้าไปแฝงตัวเชื่อมกับดีเอ็นเอของมนุษย์ ในเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์หรือเซลล์อย่างอื่นของมนุษย์

ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) หรือ Acquired Immune Deficiency Syndrome ถูกรายงานในวงการแพทย์เป็นครั้งแรกเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 โดย Dr.Gottlieb และคณะเข้าสู่ศูนย์ควบคุมโรค (Centers for Disease Control) หรือ CDC ของสหรัฐอเมริกา ว่ามีชายรักร่วมเพศ (Homosexual หรือ Gay men) 5 คน จากนครลอสแอนเจลิส มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ซึ่งเดิมเป็นคนแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวหรือได้รับยาที่ถูกกดภูมิคุ้มกันอะไรอยู่ก็เกิดป่วยด้วยโรคปอดบวมที่เกิดจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ซึ่งเป็นเชื้อโปรโตซัวที่ทำให้เกิดปอดบวมขึ้นเฉพาะในคนที่ภูมิคุ้มกันไม่ดีเท่านั้น เมื่อทดสอบระบบภูมิคุ้มกันของคนไข้ทั้ง 5 คนนี้ พบว่าระบบภูมิคุ้มกันที่อาศัยเซลล์ (Cell-Mediated immunity) ในคนไข้เหล่านี้ก็เสียไปด้วย

หลังจากเดือนมิถุนายน 2524 ก็มีรายงานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ว่าพบโรคที่คล้ายๆ กันนี้ในชายรักร่วมเพศจากเมืองอื่นๆ ในคนติดยาเสพติดที่ฉีดเข้าเส้นในคนไข้ Hemophilia ที่ได้รับ Factor VIII โดยอาจเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections) อื่นๆ หรือเป็น

Kaposi's sarcoma ซึ่งเป็นมะเร็งที่ปกติแล้วจะเกิดกับคนสูงอายุที่ภูมิคุ้มกันเสื่อมแล้วเท่านั้น ในปีพ.ศ. 2525 Centers for Disease Control หรือ CDC ของสหรัฐอเมริกาจึงตั้งชื่อโรคที่มีกลุ่มอาการ (Syndrome) ซึ่งเกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immune) เสื่อมไป (Deficiency) โดยมิได้เป็นแต่กำเนิด (Acquired) ว่าโรค Acquired Immune Deficiency Syndrome หรือ AIDS

เมื่อย้อนหลังไป พบว่า โรคเอดส์ เริ่มปรากฏขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2521 แต่มีการรายงานเมื่อปีพ.ศ. 2524 และถ้าศึกษาชีวิตที่เก็บบย้อนหลังไปนานๆ พบว่า ในประเทศแถบแอฟริกาเอง ก็พบว่ามีหลักฐานของการติดเชื้อเอดส์ย้อนหลังตั้งแต่ปีพ.ศ. 2513 แสดงว่าแม้โรคเอดส์จะเกิดขึ้นในโลกมนุษย์มานานแล้ว แต่ก็ยังเป็นโรคระบาดใหม่สำหรับมนุษย์เรา โดยมีหลักฐานว่ามีโรคนี้เกิดขึ้นในแอฟริกากลางแล้วแพร่มาสู่สหรัฐอเมริกาก่อนที่จะแพร่ไปในแถบยุโรปตะวันตก ออสเตรเลียและเอเชียในที่สุด แต่ทำไมอยู่ดีๆ เชื้อโรคเอดส์จึงเกิดขึ้นในโลกมนุษย์ หรือมีส่วนสัมพันธ์กับเชื้อโรคเอดส์ในสัตว์ประเภทอื่นๆ เช่น ลิงเขียวแอฟริกา (African green monkey) อย่างนั้นยังไม่มีหลักฐานหรือคำอธิบายที่แน่ชัดว่า ไวรัสในลิงอาจจะติดมาสู่คนเพราะคนไปล่าสัตว์ แล้วจับลิง ซึ่งอาจจะถูกลิงกัดหรือมีบาดแผลไปสัมผัสกับลิงเข้าซึ่งทำให้ติดมาสู่คนได้ (บุญสม วีระพิบูลย์. 2534 : 2-3)

สาเหตุและการติดต่อ

จากลักษณะการระบาดของโรคทำให้นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าโรคเอดส์ น่าจะเกิดจาก จุลชีพอะไรบางอย่างในเลือด หรือในน้ำกามของผู้ชายซึ่งสามารถถ่ายทอดหรือติดต่อไปสู่ผู้อื่นได้ จนกระทั่งปีพ.ศ. 2526 Dr.Duc Montagnier และคณะ จากสถาบันปาสเตอร์ที่กรุงปารีส สามารถค้นพบได้ว่าโรคเอดส์เกิดจากไวรัสใหม่ชนิดหนึ่ง ตั้งชื่อว่า Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) และในปีต่อมา Dr.Robert Gallo และคณะ จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาก็สามารถแยกไวรัสโรคเอดส์ได้เช่นเดียวกัน แต่ตั้งชื่อว่า Human T Lymphotropic Virus type III (HTLV-III) ซึ่งต่อมาก็ปรากฏว่าเป็นไวรัสชนิดเดียวกับ LAV จึงได้มีการตั้งชื่อไวรัสเอดส์ใหม่เพื่อทุกคนจะได้เรียกเหมือนกันว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) ต่อมาเมื่อพบเอดส์ไวรัสอีกตัวในคนไข้ที่มาจากแอฟริกาตะวันตก ซึ่งมีส่วนคล้ายคลึงกับ HIV เดิมราวร้อยละ 50-60 จึงเรียกไวรัส HIV ตัวใหม่นี้ว่า HIV2 และเรียก HIV ตัวเดิมว่า HIV1 (บุญสม วีระพิบูลย์. 2534 : 10-18)

ดังนั้น ขณะปัจจุบันนี้ จึงมีไวรัส 2 ชนิดที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ คือ ชนิด HIV 1 และ HIV 2 แต่ชนิด HIV 2 ยังพบน้อยอยู่ เชื้อนี้เป็น Retrovirus ที่ Infect human T lymphocytes โดยเข้าใจว่ามี Monocytes และ/หรือ Macrophage เป็น Host cell ติดเชื้อไวรัสนี้ก่อน แล้วจึงกระจายต่อไปถึง T lymphocytes เซลล์ที่มี CD-4 receptor อื่นๆ ได้แก่ Glia cell, neurons สมมุติฐานนี้ทำให้สามารถอธิบายการเกิดโรคในสมองหรือปอดอย่างเดี่ยวในผู้ป่วยบางคน

T lymphocytes เมื่อติดเชื้อจะสูญเสียสมรรถภาพไปโดยหลายสาเหตุ คือ จำนวน T helper ลดลง เนื่องจากถูกทำลายโดยไวรัสโดยตรง และกลไกภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งต้องการทำลาย T lymphocytes ซึ่งผิดรูปไป เพราะมีไวรัสอยู่ที่ผิวเซลล์ นอกจากนั้น T เซลล์ปกติยังปล่อยสาร Cytotoxic เพื่อป้องกันร่างกาย ซ้ำเติมให้ T cell ที่ติดเชื้อถูกทำลายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ตัวไวรัสเอง ก็ยังทำให้ Cell ทำหน้าที่เสียไป คือ Natural killer cell activity เสียการสร้างแอนติบอดี และ T cell immunity ถูกกด Specific antibody response เสียอาจเกิดจากการที่ Cell ถูกกดโดย HIV antigen ที่มีอยู่ในร่างกายตลอดเวลา หรือการควบคุมโดย Suppressor T cell นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งนิวโทรฟิล และ Complement pathways ยังผิดปกติไปด้วย ดังนั้นภาวะการติดเชื้อ HIV จะกดภูมิคุ้มกันของร่างกายด้วยสาเหตุผสมผสาน คือ โดยเชื้อไวรัสเอง ซึ่งมี Strains ต่างๆกัน Virulence ต่างกัน จำนวนของไวรัสและปฏิกิริยาต่อต้านของผู้ติดเชื้อทางพันธุกรรม จะทำให้ระยะพักโรคอาการและการแสดงแตกต่างกันมากในแต่ละราย และกลุ่มอายุเด็กกับผู้ใหญ่ การติดเชื้อฉวยโอกาสจะทำให้อาการของโรคแสดงเร็วขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนแอตั้งแต่ถ้าภูมิคุ้มกันของร่างกายดีก็จะทำให้เชื้อสงบแฝงอยู่ในเซลล์เป็นระยะเวลาหนึ่งโดยไม่แสดงอาการ

Human Immunodeficiency Virus (HIV)

HIV 1 และ HIV 2 ซึ่งแยกจากผู้ป่วยโรคเอดส์ & ARC ทั้ง 2 ตัวนี้มี DNA คล้ายคลึงกันร้อยละ 50-60 และทำให้เกิดโรคคล้ายกัน แต่ HIV 2 อาจให้ความรุนแรงน้อยกว่า การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจาก HIV 1 บางครั้งอาจพบ ติดเชื้อ 2 อย่างจากทั้ง HIV 1 และ HIV 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทางคลินิกและระบาดวิทยาเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับ HIV 1 เกือบทั้งสิ้น

HIV1 virus ในรูปของ Provirus จะแทรกเข้าไปอยู่ใน DNA โครโมโซมของ T cell monocytes, macrophage, glia cells, neurons ดังกล่าวแล้วปล่อย Genes ทั้งอันของไวรัส (Genomes) เกิดการสร้าง Viral cuspids proteins, envelop glycoproteins, enzymes เป็น Virus buds รวมตัวอยู่ใน Host cell ซึ่งจะค่อยๆถูกดันให้มาอยู่บริเวณผิวเซลล์ ทำให้ขรุขระเป็นตุ่มนูน ร่างกายจะพยายามกำจัด Infected cells นี้ จึงทำให้ CD 4 T cell ลดจำนวนลง จำนวน T4 ที่น้อยกว่า 500 ถือว่ามีความสำคัญในแง่ของภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ทางเข้าของเชื้อถ้าเกิดจากการร่วมเพศจะมีระยะพักโรคสั้นกว่าโดนเข็มตำ การตั้งครรภ์ การรับเชื้อจากมารดา การเป็นผู้รับ (Receptor) ในผู้รักร่วมเพศ ผู้มีไ้เตอร์ต่อ Cytomegalo virus สูง

ไวรัสที่คล้ายกันอีกตัวคือ Lenti virus ทำให้เกิดอาการในลิง Simian จึงเรียก SIV พบได้จากลิงในทวีปแอฟริกาและเอเชีย ไวรัสที่แยกได้จากลิง Macrophage ซึ่ง Immunodeficiency Syndrome มี Sequence ของ Amino acid เหมือน HIV 2 ถึงร้อยละ 70 ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่า SIV นี้ ปรับตัวเข้ากับ Human host แต่ยังไม่พบผู้สูงชันสมมุติฐานข้อนี้ได้ในปัจจุบัน

HIV มี Genomes ที่ Encode โปรตีนหลายชนิด ซึ่งคอยควบคุม Expression ของ Viral genes ซึ่งอาจทำให้ HIV มีระยะ Latency อยู่ยาวนานในตัวคนโดยไม่แสดงอาการ ต่อเมื่อได้รับสัญญาณที่เหมาะสมจึงมีการสร้างโปรตีนของไวรัส และ Virions จำนวนมากขึ้น เข้าสู่ Host cell อื่นๆ และทำลายภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดอาการเอดส์ หรือ ARC

HIV Virion รูปร่างเป็น Icosahedral sphere และมีส่วนยื่นออก 72 อัน ส่วนที่ยื่นออกไปนี้มี Glycoprotein (gp) 120 และ gp 41 gp 41 จะผ่าน Lipid bilayer ของไวรัสและติดกับ gp 120 อย่างหลวมๆ ภายใน Lipid bilayer มี Protein 17 & p 18 ห่อหุ้มด้านในของเปลือกไวรัส p24 & p25 เป็น Internal core shell ส่วน p7 & p9 เป็นส่วนของ Nucleoid p7 และ Reverse transcriptase are associated with two copies of single - stranded genomic HIV RNA การทราบโครงสร้างต่างๆนี้ทำให้เข้าใจการตรวจหาแอนติบอดีต่อโปรตีนชนิดต่างๆของ HIV และการตรวจหาแอนติเจนจากไวรัส

ระยะฟักตัว

มีระยะฟักตัว 3-5 ปี หรือนานกว่าปี แต่มีอย่างน้อยที่ระยะฟักตัวสั้นเพียง 6 เดือน เท่านั้น

การติดต่อของโรคเอดส์

เชื้อไวรัส HIV ทั้ง HIV 1 และ HIV 2 พบในเลือดและในสารคัดหลั่ง (Secretion) ต่างๆ ทั้งร่างกาย เช่น น้ำอสุจิ มูกหรือเมือกที่ปากมดลูก น้ำในช่องคลอด น้ำคร่ำ น้ำนม น้ำตา น้ำลาย น้ำในไขข้อ น้ำไขสันหลัง เหงื่อ มูกในถุงลม ปอด น้ำปัสสาวะ อุจจาระ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาจะมีการติดต่อกันทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น ดังนั้นโรคนี้จึงแบ่งได้โดยการมีเพศสัมพันธ์ โดยทางเลือด ที่ปนเชื้อ และโดยทางมารดาที่เชื้อสู่ทารก ซึ่งการแพร่กระจายรูปแบบการติดต่อได้ 3 ทาง ดังนี้

1. การแพร่ทางเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด

การรับเชื้อทางเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดนั้น เป็นวิธีการแพร่เชื้อที่มีผลมากที่สุด และโอกาสติดเชืวยังขึ้นกับปริมาณของไวรัสที่มีอยู่ในเลือดด้วย การแพร่ของโรคเอดส์ทางเลือดนี้ พบได้ 4 กรณี คือ

1.1 การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ที่ฉีดยาเสพติดเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์เท่าๆกันกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อยาเสพติด

1.2 อุบัติเหตุจากการถูกเข็มแทง และการมีบาดแผลในบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งพบมีรายงานตรวจพบไวรัส HIV หลังการสัมผัสเลือดโดยการถูกเข็มตำประมาณ 1-3 เดือน ตลอดจนกระทั่งการฝังเข็ม สักยันต์ เจาะหูด้วยเครื่องมือที่ใช้ร่วมกับผู้อื่น และไม่ได้ทำความสะอาดให้เรียบร้อยก่อน

1.3 การได้รับเลือดระหว่างหรือหลังการผ่าตัด หรือรักษาโรคเลือดบางชนิด ถ้าได้รับเลือดที่มีเชื้อเอดส์เข้าไป 1 ขวด จะมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้สูงเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์

1.4 การผ่าตัดรับอวัยวะหรือเนื้อเยื่อของผู้อื่น เช่น ผ่าตัดเปลี่ยนไต ปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือการผสมเทียมโดยได้รับอสุจิของผู้มีเชื้อโรคเอดส์

2. การแพร่ทางเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์สำส่อนระหว่างชายกับหญิงและชายกับชาย จะมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ได้ถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมีเชื้อเอดส์อยู่ในตัว เพราะเชื้อเอดส์จะออกมากับน้ำกามของผู้ชายและออกมากับน้ำเมือกในช่องคลอดของหญิงที่เป็นโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่ในเม็ดเลือดขาวที่ปะปนออกมากับน้ำกามและน้ำเมือกประมาณกันว่าโอกาสที่จะติดเชื้อเอดส์จากการร่วมเพศกับคนที่ติดเชื้อเอดส์อยู่ในตัวโดยมิได้มีการป้องกันใดๆจะอยู่ระหว่างร้อยละ 0.1-1 ต่อการร่วมเพศ 1 ครั้ง ถ้าร่วมเพศหลายครั้งโอกาสเสี่ยงก็มากขึ้นตามลำดับ โอกาสเสี่ยงจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง คือ

2.1 ลักษณะการร่วมเพศ เช่น การร่วมเพศระหว่างชายกับชายจะมีโอกาสติดเอดส์มากกว่าการร่วมเพศระหว่างหญิงกับชายโดยเฉพาะอย่างยิ่งชายที่เป็นฝ่ายรับ (Receptive) จะมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าชายที่เป็นฝ่ายสอดให้ (Penetrant) สาเหตุเพราะมีโอกาสที่จะมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อมากกว่า แต่ต้องไม่ลืมว่าการร่วมเพศธรรมดา ระหว่างหญิงกับชาย ผู้ชายก็มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายแม้จะไม่มีรอยถลอกหรือการฉีกขาดเกิดขึ้นก็ตาม การมีเพศสัมพันธ์ในบางประเทศที่นิยม Dry sex จะทำให้เกิด Trauma ต่อเนื้อเยื่อมากกว่าเพศสัมพันธ์ปกติ

2.2 การมีแผลกามโรคทั้งในผู้แพร่เชื้อและผู้รับเชื้อ โดยที่แผลกามโรคในผู้แพร่เชื้อจะทำให้เชื้อเอดส์ออกมามากโดยปะปนออกมากับเซลล์และน้ำเหลืองที่ออกจากแผลในขณะเดียวกันแผลกามโรคในผู้รับเชื้อก็เปรียบได้กับแผลฉีกขาด ก็ทำให้เชื้อเอดส์เข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น

2.3 การร่วมเพศขณะที่มีหรือหลังประจำเดือนใหม่ๆ เพราะเยื่อบุมดลูกที่เพิ่งลอกหลุดใหม่ๆ จะเปรียบได้กับแผลที่ฉีกขาดที่จะทำให้เชื้อเอดส์เข้าสู่ร่างกายได้ง่าย และในทางกลับกันเลือดที่ออกมากับประจำเดือน หรือเซลล์เม็ดเลือดที่ยังออกมาอยู่บ้างตอนประจำเดือนเพิ่งจะหมดใหม่ๆจะเป็นแหล่งสำคัญของเชื้อเอดส์ที่จะแพร่ให้ผู้ชายที่มีการร่วมเพศ

2.4 ระยะของโรคเอดส์โดยพบวาระยะต้น (Acute HIV syndrome) และระยะสุดท้ายของโรคเอดส์ (Fle-blown AIDS) จะเป็นระยะที่มี Viremia สูงจึงเป็นระยะที่สามารถแพร่เชื้อเอดส์ไปให้ผู้อื่นได้มากที่สุด

2.5 การร่วมเพศกับผู้ขายบริการทางเพศ จะมีโอกาสติดโรคเอดส์มากกว่าการร่วมเพศกับผู้ที่ไม่ใช่อาชีพขายบริการทางเพศ

2.6 จำนวนครั้งของการร่วมเพศ (การสำส่อน) ยิ่งมากครั้ง ก็ยิ่งติดเชื้อได้มากขึ้น

2.7 องค์ประกอบอื่นๆซึ่งยังไม่แน่ชัด แต่มีผู้รายงานไว้ เช่น การที่ไม่ได้ทำ Circumcision หรือการรับประทานยาคุมกำเนิด เป็นต้น จะทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น

3. การแพร่จากมารดาสู่ทารก

เชื้อเอชไอวีสามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ ประมาณร้อยละ 30-50 กล่าวคือ ตั้งแต่ระหว่างอยู่ในครรภ์ (Intra uterine) ระหว่างคลอด (Peripartum) และหลังคลอด (Postpartum) โดยการผ่านทางกระแสโลหิตของแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือรับประทานน้ำนมมารดาที่มีเชื้อเอชไอวี ดังนี้

3.1 การติดต่อระหว่างอยู่ในครรภ์ (Intra uterine) ติดต่อดังกล่าว

3.2 การติดต่อระหว่างคลอด (Peripartum) ติดต่อดังกล่าวระหว่างการคลอด เช่น เข้าทางรอยตัดของสายสะดือเด็ก หรือโดยการกลืนกินเลือดหรือน้ำคร่ำของแม่เข้าไปในระหว่างคลอด

3.3 การติดต่อหลังคลอด (Postpartum) ติดต่อดังกล่าวผ่านทางน้ำนมที่มีเชื้อ HIV ปะปนอยู่ในน้ำนมของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

พบว่าทารก 1 ใน 3 จะติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาและแสดงอาการป่วยเมื่ออายุ 6 เดือนถึง 2 ปี และมักจะเสียชีวิตก่อนที่จะมีอายุถึง 3 ปี ดังนั้น หญิงที่รู้หรือสงสัยว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี ควรจะหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ หรือสตรีที่ต้องการมีบุตรแต่สงสัยว่าตนเองจะได้รับเชื้อเอชไอวี ควรจะได้รับการตรวจเสียแต่แรกๆ (บุญสม ธีระพิบูลย์. 2534 : 10-18)

จากที่กล่าวมาแล้วยังไม่ปรากฏว่าโรคเอชไอวีจะแพร่ทางอื่นๆอีกเลย การติดต่อทางสังคมในชีวิตประจำวันจะไม่ก่อให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การหายใจ การจับมือ การสัมผัส กอดรัด การจับต้องของใช้ของผู้ติดเชื้อ ได้แก่ ถ้วย แก้วน้ำ ช้อน อาหาร เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว หรือการใช้ของร่วมกัน และยังไม่พบโรคนี้ติดต่อทางสาธารณสุขปกติที่ใช้ร่วมกัน เช่น สระว่ายน้ำ ห้องน้ำสาธารณะ โทรศัพท์สาธารณะ ภัตตาคาร โรงเรียน โรงแรม โรงมหรสพ ยานพาหนะ นอกจากนี้ยังไม่เคยพบว่าโรคเอชไอวีติดต่อดังกล่าวโดยมีแมลง หรือสัตว์ชนิดใดๆเป็นพาหะของโรค

นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่ามีกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกที่สุดถึงน้อย เรียงตามลำดับ ดังนี้ (บุญสม ธีระพิบูลย์. 2534 : 18-20)

1. กลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

1.1 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ชายรักร่วมเพศหรือสองเพศ (Male homosexual or bisexual) ผู้ติดยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือดร่วมกัน ผู้ที่ได้รับเลือดบวก หญิงอาชีพพิเศษหรือหญิงโสเภณี ผู้ต้องขัง ผู้ป่วยกามโรค ภรรยาสามีและบุตรของผู้ที่เป็นโรคเอชไอวี ลูกที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่มีเชื้อไวรัสเอชไอวี

1.2 กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ ชาย หญิงที่ชอบมีคู่นอนหลายคน ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีเชื้อเอชไอวี คนไทยที่เดินทางมาจากประเทศที่มีเอชไอวีชุกชุม ผู้ที่มีโลหิตแข็งตัวช้า

1.3 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ ชาย หญิง วัยเจริญพันธุ์ทั่วไปที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง

2. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ (ข้อมูลทางระบาดวิทยาบ่งชี้ว่า บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเอดส์ไม่แตกต่างกว่าบุคคลทั่วไป)

3. กลุ่มผู้ประกอบการด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เช่น สถานบริการ อาบ อบ นวด และให้บริการทางเพศร่วมไปกับอาชีพมักคุเทศก์ด้วย

4. ประชาชนทั่วไป โดยเน้นหนัก ชายหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป นักศึกษาและนักเรียนมัธยม

พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

พฤติกรรมต่อไปนี้เป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มากที่สุด
(บุญสม ชีระพิบูลย์. 2534 : 20-21)

1. พฤติกรรมทางเพศ

1.1 การมีเพศสัมพันธ์แบบร่วมนเพศอย่างสำส่อน ทั้งผู้ปฏิบัติที่เป็นชายบริการและผู้รับบริการ และผู้รับบริการทางเพศ โดยเฉพาะการร่วมเพศทางทวารหนัก

1.2 การมีเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศอย่างสำส่อน โดยไม่มีการป้องกันโรค เช่น ใช้ถุงยางอนามัย ทั้งผู้ปฏิบัติที่เป็นหญิงบริการและผู้รับบริการทางเพศ

1.3 การร่วมเพศด้วยวิธีการใดๆ ที่นำไปสู่การมีเลือดออกแม้เพียงเล็กน้อย เช่น การร่วมเพศอย่างรุนแรง (Sadist หรือ Sodo-Mesochistic practice) การใช้เครื่องมือช่วยในการร่วมเพศ (อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์อื่นๆ)

1.4 การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ชนิดเรื้อรัง

1.5 การร่วมเพศทางปาก (Oral sex) โดยใช้ปากและลิ้นกับช่องคลอด (Cunnilingus) หรือใช้ปากและลิ้นกับอวัยวะเพศชาย (Fellatio)

1.6 การจูบอย่างรุนแรง คือ มีการสอดใส่ลิ้นเข้าไปในปาก (French kissing) ซึ่งทำให้น้ำลายสัมผัสผิวน้ำลายของคู่นอน สำหรับการจูบธรรมดาไม่ทำให้ติดโรค เช่น การจูบหักทากัน (Social dry kissing)

1.7 ชอบร่วมเพศแบบร่วมนเพศหรือรักต่างเพศกับชาวต่างประเทศโดยเฉพาะผู้ที่มาจากประเทศที่มีโรคเอดส์ชุกชุม

2. พฤติกรรมของบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์ คือ

2.1 ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์โดยเฉพาะชนิดเรื้อรัง จะมีโอกาสเป็นโรคเอดส์มากกว่าชนิด

อื่นๆ

2.2 การใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยา (Syringe) ที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรค หรือ การทำให้ปราศจากเชื้อโรค

2.3 การใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยา (Syringe) ร่วมกับผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรค เอชไอวี

ลักษณะอาการ

ในปี ค.ศ.1993 CDC (Centers for Disease Control and Prevention) แบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจัดระดับผู้ที่มีจำนวน CD4+ T-lymphocyte ต่ำกว่า 200 เซลล์/ μ m³ ว่าเป็นผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันถูกกดระดับรุนแรง เนื่องจาก CD4+ T-lymphocyte ระดับนี้มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับอาการโรค ความสัมพันธ์ระหว่างการลดลงของ CD4+ T-lymphocyte กับปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดในผู้ติดเชื้อกลุ่มต่างๆ ตลอดระยะเวลาการติดเชื้อแสดงใน การติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆรวมถึงลักษณะอาการที่เด่นชัดของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีความสำคัญกับจำนวน CD4+ T-lymphocyte แสดงในตาราง 1 (โกวิทย์ พัฒนาปัญญาสัจย์ และคณะ. 2541 : 80-95)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน CD4+ T-lymphocyte กับอาการทางคลินิกที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

CD4+ T-lymphocyte	อาการทางคลินิก
> 500	ไม่แสดงอาการ ไข้หวัด ต่อน้ำเหลืองโต ผื่นผิวหนัง อูจาระร่วง
200-500	ติดเชื้อรา Candida ในช่องคลอด, ในปากและลำคอ รอยปื้นขาวในปาก (Oral hairy leukoplakia) มะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) เริ่ม : มีอาการเป็นซ้ำ (Recurrent herpes simplex)
<200	ปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii หลอดอาหารอักเสบจาก Candida เซลล์ปากมดลูกผิดปกติ (Cervical dysplasia) เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Cryptococcus neoformans
<100	การติดเชื้อ Cytomegalovirus แบบแพร่กระจาย การติดเชื้อ Mycobacterium avium complex แบบแพร่กระจาย สมองเสื่อม อาการซูบผอม (Wasting)

ที่มา : โกวิทย์ พัฒนาปัญญาสัจย์ และคณะ. (2541). การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้จากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ด้านชีววิทยาการแพทย์. หน้า 80-89.

การจำนวนของ CD4+ T-lymphocyte เป็นผลจากกลไกหลายประการ ได้แก่ การเกิดพยาธิสภาพเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโดยตรง การกำจัดเซลล์ติดเชื้อโดยระบบภูมิคุ้มกัน การรักษาสมดุลย์ (Homeostatic mechanisms) ของเซลล์ในร่างกาย การออกฤทธิ์ของสาร Cytokines การทำลายตนเองของเซลล์ (Apoptosis) กลไกเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อกันเป็นลูกโซ่ และได้รับความสนใจในการศึกษาต่อไป

ลักษณะการดำเนินโรค

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งตามลักษณะการดำเนินโรคได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ (Typical progressors) พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 80-90 โดยมีระยะเวลาดังแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการโรคเอดส์แล้วเสียชีวิต เฉลี่ยประมาณ 10 ปี
2. ผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการโรคอย่างรวดเร็ว (Rapid progressors) พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 5-10 โดยมีระยะเวลาดังแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการโรคเอดส์แล้วเสียชีวิต เฉลี่ยประมาณ 3-4 ปี
3. ผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการโรคเป็นเวลานาน (Long-term nonprogressors, LTNPs) พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 5 ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ไม่แสดงอาการโรค และมีระบบภูมิคุ้มกันปกติ แม้จะติดเชื้อมาเป็นเวลานาน ไม่ต่ำกว่า 7-10 ปี

1. ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ (Typical progressors)

การติดเชื้อเอชไอวีที่พบในผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

- 1.1 ระยะติดเชื้อครั้งแรก (Primary infection)
- 1.2 ระยะไม่แสดงอาการ (Clinical latency or asymptomatic infection)
- 1.3 ระยะแสดงอาการ (Clinically apparent disease or symptomatic disease progression)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละระยะ คือ คุณสมบัติและปริมาณของเชื้อเอชไอวี และการกระทำหน้าที่ตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันการติดเชื้อครั้งแรกมักมีอาการไม่รุนแรง เช่น มีไข้ อ่อนเพลีย อาจพบผื่น ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ มักไม่แสดงอาการชัดเจน เมื่อติดเชื้อครั้งแรกในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์พบอาการระบบต่างๆ เช่น ระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบการไหลเวียนโลหิต อาการที่พบในระยะต่างๆ เหล่านี้ อาจเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง ดังแสดงในตาราง 2 (โกวิทย์ พัฒนาปัญญาสัตย์ และคณะ. 2541 : 80-95)

ตาราง 2 ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบในผู้ติดเชื้อ HIV-1

ชนิด	อาการทางคลินิก
การติดเชื้อครั้งแรก	ไข้, เหนื่อย, ปวดเมื่อย, ต่อม้ำเหลืองโต, ผื่น, แผลในปากและลำคอ, เยื่อหุ้มสมองอักเสบไร้เชื้อ
ระบบผิวหนัง	คัน, ผื่นหนังแดง, Popular pruritic eruption, Eosinophilic folliculitis
ระบบประสาท	AIDS dementia complex, Vacuolar myelopathy, Distal symmetric polyneuropathy, Inflammatory demyelinating polyneuropathy, Progressive radiculopathy, Mono neuropathy, Multiplex myopathy
ระบบทางเดินหายใจ	ไซนัสอักเสบเรื้อรัง Nonspecific interstitial pneumonitis, Lymphocytic interstitial pneumonitis (LIP)
ระบบทางเดินอาหาร	ปากแห้ง, แผลในปากและหลอดอาหาร, เหนืออากเสบ, Enteropathy
ระบบต่อมไร้ท่อ /เมตาบอลิก	Wasting syndrome, Hypogonadism
ระบบเลือด	โลหิตจาง, เกร็ดเลือดต่ำ, Neutropenia
ระบบอื่นๆ	กล้ามเนื้ออักเสบ, หลอดเลือดอักเสบ, HIV associated nephropathy, Reiter's syndrome, Psoriatic arthritis, Sicca syndrome
การติดเชื้อในเด็ก	การเจริญเติบโตและพัฒนาช้า, ตับม้ามโต, Progressive encephalopathy, Lymphocytic interstitial pneumonitis (LIP)

ที่มา : โกวิท วัฒนาปัญญาสัตย์ และคณะ. (2541). การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้จากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ด้านชีววิทยาการแพทย์. หน้า 80-89.

1.1 ระยะติดเชื้อครั้งแรก (Primary infection) การวินิจฉัยการติดเชื้อครั้งแรกทำได้ยาก เพราะผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการชัดเจน อาการที่เด่นชัดในการติดเชื้อครั้งแรกเรียกว่า Acute retroviral syndrome (ARS) คือ มีไข้ อ่อนเพลีย เจ็บคอ มีผื่น ต่อม้ำเหลืองโต ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ กลัวแสง อาจพบอาการเพียงคล้ายเป็นหวัด ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักไม่สนใจกับอาการเล็กๆ น้อยๆ เหล่านี้ ในระยะนี้ผลตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีมักให้ผลลบ แต่สามารถตรวจพบแอนติเจน (p 24) และไวรัสจำนวนมากในกระแสเลือด ประมาณว่า

อาจมีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดเป็นจำนวนถึง 10^7 อนุภาค/มล.พลาสมา ซึ่งสูงกว่าจำนวนไวรัสในผู้ป่วยเอดส์ขั้นสุดท้าย การติดเชื้อครั้งแรกมักแสดงอาการในระยะ 3-6 สัปดาห์หลังได้รับเชื้อ ในผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อาการจะหายไป และไวรัสในกระแสเลือดจะลดต่ำลงประมาณสัปดาห์ที่ 9-12 เนื่องจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี มีรายงานแย้งว่าอาจมีสาเหตุจาก Population dynamics ของเชื้อเอง เนื่องจากเซลล์เป้าหมายลดจำนวนลงมากทำให้มีการผลิต ไวรัสน้อยลง จำนวนเชื้อไวรัสที่ลดต่ำลงนี้จะคงอยู่ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะแตกต่างกันไปในผู้ติดเชื้อแต่ละราย แต่โดยทั่วไปมักจะมีค่า Viral RNA อยู่ระหว่าง 10^3 - 10^5 copies/มล.พลาสมา ระดับ Viral RNA หลังการติดเชื้อครั้งแรกนี้ถือเป็น จุดกำหนด (Setting point) ในการทำนายอัตราเร็วของการดำเนินโรค ภายหลังจากที่ตรวจพบแอนติบอดี ถ้า Viral RNA สูงเกิน 10 copies/มล. จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคเอดส์อย่างรวดเร็ว ถ้า viral RNA ต่ำกว่า 10^3 การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะใช้เวลานาน

แม้จะมีการเพิ่มจำนวนของไวรัสอย่างมากมาในการติดเชื้อครั้งแรก แต่กลับพบเชื้อมีลักษณะเด่นของสายพันธุ์ (Strain) เพียงสายพันธุ์เดียวเท่านั้น (Predominant strain) ไม่พบเชื้อที่แตกต่าง (Variant) มากเหมือนในระยะหลังของการติดเชื้อ ทั้งๆที่มีหลักฐานว่าได้รับเชื้อหลายสายพันธุ์จากผู้ที่มี Multiple HIV-1 (Quasi-species) อยู่ในกระแสเลือด อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบแน่ชัดว่า Predominant strain นี้ถูกคัดเลือกในระยะติดต่อ (Virus transmission) หรือหลังจากนั้น แต่ที่รู้อย่างแน่ชัด คือ เชื้อไวรัสที่แยกได้ในระยะการติดเชื้อครั้งแรกมักจะเพิ่มจำนวนซ้ำและชอบเซลล์แมคโครฟาจ อาจเป็นไปได้ว่าไวรัสที่เพิ่มจำนวนเร็วก็สามารถติดเชื้อได้ แต่ถูกกำจัดโดยระบบภูมิคุ้มกัน ขณะที่ไวรัสที่ชอบเพิ่มจำนวนในแมคโครฟาจสามารถแฝงตัวซ่อนอยู่ในแมคโครฟาจเพื่อหลบหนีระบบภูมิคุ้มกัน มีรายงานพบความแตกต่างของ Dynamics ของเชื้อเอชไอวีทั้งสองกลุ่ม เซลล์กลุ่มแมคโครฟาจพบแทรกอยู่ในเนื้อเยื่อของผิวหนัง ปอด ต่อม้ำเหลือง อวัยวะเหล่านี้อาจเป็นแหล่งกักเชื้อไวรัสตลอดเวลาที่ติดเชื้อก็เป็นได้

1.2 ระยะไม่แสดงอาการ (Clinical latency or asymptomatic infection) เมื่ออาการในระยะ Acute infection หายไป ผู้ติดเชื้อจะเข้าสู่ระยะไม่แสดงอาการนานเป็นปี เฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี เดิมเข้าใจผิดว่าไวรัสติดเชื้อแอบแฝงไม่เพิ่มจำนวนในระยะที่ไม่แสดงอาการ เนื่องจากไม่สามารถตรวจพบไวรัสในกระแสเลือดเพราะเทคนิคทางห้องปฏิบัติการในขณะนั้นไม่ไวพอ ปัจจุบันได้มีการศึกษายืนยันด้วยเทคนิคการขยายกรดนิวคลีอิก เช่น Poly-merase chain reaction (PCR) RT-PCR Nucleic acid sequence based amplification (NASBA) และ Branched-DNA (bDNA) signal amplification พบเชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนตลอดเวลาตั้งแต่เริ่มมีการติดเชื้อ ส่วนใหญ่พบเชื้อใน Lymphoid organs แม้ในระยะที่ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ไวรัสก็ยังคงเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วตลอดเวลา ทำให้สามารถอธิบายถึงสาเหตุที่ CD4+ T-lymphocyte ลดลงเรื่อยๆโดยลดไม่มากในตอนต้นและลดลงอย่างรวดเร็ว ในตอนท้ายของระยะไม่แสดงอาการ

ในระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ไวรัสที่เพิ่มจำนวนจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นตามลำดับ จำนวนไวรัสในกระแสเลือดและต่อมน้ำเหลืองในระยะไม่แสดงอาการมีปริมาณมาก สามารถตรวจพบ HIV-1 DNA ใน CD4+ T-lymphocyte ที่อยู่ในกระแสเลือดได้ทุกๆ 1 ใน 1,000 ถึง 1 ใน 100,000 เซลล์ของผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ขณะที่พบได้ทุกๆ 1 ใน 100 เซลล์ของผู้ป่วยที่มีอาการของโรค

เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะไม่แสดงอาการ ปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดจะน้อยกว่าในต่อมน้ำเหลืองมาก ครั้นเข้าสู่ตอนกลางของระยะไม่แสดงอาการ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดไม่ต่างจากในต่อมน้ำเหลืองมากนัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความบกพร่องในการควบคุมการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส ในต่อมน้ำเหลืองเชื้อ HIV-1 ถูกกักอยู่ในเซลล์ FDCs ภายใน Germinal centers พบ Germinal centers มีรูปร่างผิดปกติ และขนาดใหญ่ขึ้น การกักเชื้อไวรัสในต่อมน้ำเหลืองนี้จะช่วยลดปริมาณไวรัส (Viral load) ในกระแสเลือดในระยะแรกๆของการติดเชื้อ การที่เชื้อไวรัสในต่อมน้ำเหลืองเพิ่มปริมาณมากขึ้นนี้ ทำให้เชื้อไวรัสแพร่กระจายไปติดเชื้อใน CD4+ T-lymphocyte ได้ดีขึ้น และยังทำลาย FDCs ตลอดจนโครงสร้างต่างๆของระบบน้ำเหลืองด้วย

ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดเป็นตัวทำนายอาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อได้แม่นยำที่สุด การวัดปริมาณไวรัสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการดำเนินของโรคและระยะรอดชีวิต (Survival time) ถ้าพบปริมาณไวรัสมากกว่า 36,000 copies ในพลาสมา 1 มล. โดยวิธี Branched-DNA signal amplification จะมีความสัมพันธ์สูงกับการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันการวัด HIV RNA ในกระแสเลือดเป็นวิธีที่นิยมใช้สำหรับการบอกปริมาณไวรัส ให้ผลแม่นยำในการพยากรณ์โรคมากกว่าการใช้จำนวน CD4+ T-lymphocyte

1.3 ระยะแสดงอาการ (Clinically apparent disease of symptomatic disease progression) โดยทั่วไปถือว่าหากจำนวน CD4+ T-lymphocyte ลดจำนวนลงน้อยกว่า 200 เซลล์/ μ l ร่วมกับมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อยๆ เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ติดเชื้อเริ่มก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้ายคือป่วยเป็นโรคเอดส์ ส่วนใหญ่พบในเวลา 8-10 ปีหลังติดเชื้อ การเพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่องของเชื้อไวรัสใน Lymphoid tissue ก่อให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อเหล่านี้ด้วย ระยะสุดท้ายนี้เชื้อไวรัสในกระแสเลือดมีปริมาณใกล้เคียงกับในต่อมน้ำเหลือง เมื่อนำมาเพาะเลี้ยงพบเชื้อไวรัสเพิ่มจำนวนรวดเร็วมากและมีคุณสมบัติในการทำให้เซลล์เกิดพยาธิสภาพ (Cytopathic effect) มากขึ้นและมีลักษณะ Syncytium-inducing เชื้อเอชไอวีมี Mutation เกิดขึ้นทุกครั้งที่มีการสร้างสาย DNA หรือ RNA จึงสามารถพบ Variants ได้ตั้งแต่ระยะไม่แสดงอาการ ในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์นั้นเชื่อว่า Variants ต่างๆ สามารถหลบหลีกระบบภูมิคุ้มกัน และอาจมีความสามารถในการทำลายระบบภูมิคุ้มกันสูงขึ้นด้วย Lymphoid tissues ส่วนใหญ่จะถูกทำลายและมี Fibrotic tissue เข้าแทนที่ไวรัสส่วนใหญ่มักอยู่ใน FDC แทบไม่พบไวรัสถูกกักใน Lymphoid tissue การทำลาย Lymphoid tissue นี้มีผลทำให้การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง ผู้ป่วยแสดงอาการโรค

และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซ้ำบ่อยๆ หรือเกิดเนื้องอก (Neoplasms) หรือทั้งสองอย่าง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมีต่อมน้ำเหลืองโตหลายตำแหน่ง (Generalized lymphadenopathy) หรือป่วยเป็นมะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) หรือแสดงอาการของระบบประสาท อาการเหล่านี้มักนำมาก่อนที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย

อาการระบบประสาทที่พบได้แก่ Subacute encephalitis, vacuolar myelopathy aseptic meningitis, และ peripheral neuropathy อาจใช้เป็นตัวพยากรณ์โรคบ่งว่าเริ่มเข้าสู่ระยะแสดงอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ เซลล์เป้าหมายของการติดเชื้อ HIV-1 ในสมองและระบบประสาทส่วนกลางคือแมคโครฟาจ พบเชื้อจำนวนมากใน Cytoplasmic vacuoles และบริเวณผิวเซลล์ที่ไวรัสกำลัง Budding ออกมา กลไกที่เกี่ยวข้องกับการก่อโรคในระบบประสาทยังไม่ชัดเจนแม้ว่าจะตรวจพบ HIV-1 ได้ในน้ำไขสันหลังและเนื้อเยื่อของระบบประสาทของผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการทางระบบประสาท แต่การติดเชื้อโดยตรงของเซลล์ประสาทพบได้ยากมาก

2. ผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการโรคอย่างรวดเร็ว (Rapid progressors) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 5-10 มีอาการโรคเอดส์ปรากฏภายใน 2-3 ปีหลังตรวจพบแอนติบอดี ในคนกลุ่มนี้พบการสูญเสียการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันระดับแอนติบอดีต่อโปรตีนต่างๆ ของเชื้อเอชไอวี รวมถึง Neutralizing antibody พบในระดับต่ำมากจนถึงตรวจไม่พบ สารน้ำที่หลังจาก CD8+ T-lymphocyte ที่มีผลยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีมีความบกพร่องในหน้าที่อย่างรุนแรง ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่พบในช่วงสุดท้ายของผู้ติดเชื้อแบบ Typical progressors สามารถพบได้ในผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ในปีที่ 2 หรือ 3 เช่น พบ CD8+ T-lymphocyte ที่มี CD38 และ HLA-DR บนผิวเซลล์ นอกจากนี้ยังพบ β_2 -microglobulin, Neopterin, Soluble CD8, Soluble interleukin-2 receptors ในระดับสูง ในผู้ติดเชื้อกลุ่ม Rapid progressors นี้พบเชื้อเอชไอวีในปริมาณสูงมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งพบ mRNA ที่ไม่มีการตัดต่อ (Unspliced HIV mRNA) สูงกว่าที่พบในกลุ่ม Typical progressors มาก เชื้อมีลักษณะ Homogeneous มากกว่าที่พบในกลุ่ม Typical progressor และกลุ่ม LTNPs มีรายงานพบ HLA-A1, C27, B8 DR3 เกี่ยวข้องกับการลดจำนวนของ CD4+ T-lymphocyte อย่างรวดเร็ว รวมถึงการแสดงอาการโรคอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาพบว่า HLA-A 2310 เกี่ยวข้องกับการแสดงอาการโรคอย่างรวดเร็ว

3. ผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการโรคเป็นเวลานาน (Long-term nonprogressors, LTNPs)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 5 หรือน้อยกว่าติดเชื้อมานานกว่า 10 ปี โดยไม่ปรากฏอาการโรค ทั้งๆที่ไม่ได้รับการรักษา ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้มีสุขภาพแข็งแรง ระบบภูมิคุ้มกันสามารถตอบสนองสิ่งแปลกปลอมได้อย่างปกติ จำนวน CD4+ T-lymphocyte อยู่ในระดับสูง ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดพบในระดับต่ำ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จัดว่าอยู่ในกลุ่ม Long-term nonprogressors มีคุณสมบัติดังนี้

1. ติดเชื้อเอชไอวีนานเกิน 10 ปี
2. จำนวนของ CD4+ T-lymphocyte สูงคงที่ โดยมีค่ามากกว่า 500 เซลล์/ μ l
3. ไม่พบอาการป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี
4. ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

นอกจากนี้บางกลุ่มอาจใช้หลักเกณฑ์ว่าติดเชื้อมานานเกิน 7 ปี จำนวน CD4+

T-lymphocyte มากกว่า 600 เซลล์/ μ l ไม่แสดงอาการทางคลินิก ระบบภูมิคุ้มกันของคนทั้งกลุ่มนี้ทั้งระบบผ่านเซลล์และสารน้ำที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวีนั้นมีประสิทธิภาพสูงมาก ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ประกอบด้วยผู้ที่มีลักษณะแตกต่างกันทั้งอายุ เชื้อชาติ และ HLA รายงานพบ HLA-DR13 ในทารกที่ติดเชื้อจากมารดาและยังมีชีวิตอยู่เกิน 8 ปี เป็นจำนวนถึง 11 ราย ใน 37 ราย ขณะที่ไม่พบ HLA-DR13 ในเด็ก 14 รายที่แสดงอาการอย่างรวดเร็ว

ลักษณะพิเศษที่พบคล้ายคลึงกันกับผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้คือ เชื้อไวรัสไม่มีความรุนแรงในการก่อโรค และระบบภูมิคุ้มกันตอบสนองเป็นอย่างดี

3.1 เชื้อไวรัสที่พบใน LTNPs ปริมาณไวรัสทั้งในกระแสเลือดและในต่อมน้ำเหลืองอยู่ในระดับต่ำตลอดเวลาเป็นเวลานาน ต่ำกว่าระดับที่พบใน Typical progressors 4-20 เท่า แม้จะตรวจหลังระยะเวลาติดเชื้อมากเกินกว่า 10 ปี HIV-1 ที่แยกจากผู้ติดเชื้อ มีความสามารถในการเพิ่มจำนวนและความสามารถในการก่อพยาธิสภาพต่ำ การที่จำนวน CD4+ T-lymphocyte ไม่ลด อาจเป็นผลจากเชื้อไวรัสเพิ่มจำนวนน้อย นอกจากนี้มีรายงานพบไวรัสสายพันธุ์ที่ขาดยีน *nef* (*nef*-deficient strains) ในผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ ซึ่งตรงกับรายงานที่พบว่า *nef*-deleted SIV ไม่ก่อโรคในลิง Rhesus จึงเป็นไปได้ว่า LTNPs อาจมีการติดเชื้อไวรัสที่ไม่ก่อโรคหรือมีความสามารถในการก่อต่ำ เมื่อตรวจดูภายในโครงสร้างของต่อมน้ำเหลือง พบว่าเปลี่ยนแปลงน้อย ทั้งๆที่ตรวจพบไวรัสถูกกักอยู่ภายใน แต่ไวรัสมีปริมาณน้อย จึงไม่ทำลาย Lymphoid tissue ข้อมูลนี้ตรงกับที่พบว่าผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ตรวจพบไวรัสปริมาณต่อและระบบภูมิคุ้มกันยังทำหน้าที่ปกติ

3.2 การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันใน LTNPs ระดับ Neutralizing antibody ในผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้สูงกว่าระดับในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ อาจเป็นเหตุผลข้อหนึ่งว่า เหตุใดจึงเพาะเลี้ยงไวรัสจากพลาสมาของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ได้ยาก สำหรับ MHC class I ของ CD8+ CTLs ในผู้ติดเชื้อกลุ่ม LTNPs นี้ มีความจำเพาะสูงต่อเชื้อเอชไอวี และ CD8+ CTLs ยังคงรักษาจำนวนและความจำเพาะให้สูงอยู่ตลอดเวลา ในขณะที่ผู้ติดเชื้อประเภท Typical progressors พบ CTLs activity สูงในระยะแรก แล้วลดลงในระยะหลัง นอกจากนี้ CTLs ของสองกลุ่มนี้อาจมีคุณภาพแตกต่างกัน เนื่องจากการตอบสนองต่อ Epitope ที่ต่างกัน การตอบสนองนี้เข้าใจว่าเกี่ยวข้องกับการกำจัดไวรัสหลังจากมีการติดเชื้อครั้งแรก นอกจากนี้ยังพบ CD8+ CD38+ T- lymphocyte (ซึ่งใช้เป็น Marker เกี่ยวข้องกับการพยากรณ์ของโรค Typical progressors ในระยะที่อาการเลว

ลง) จำนวนน้อยมากในกลุ่ม LTNPs และพบ β_2 -microglobulin ในกระแสเลือดในระดับปกติ เช่น Phytohemagglutinin (PHA), Pokeweed mitogen, Alloantigens และ Soluble antigens (เช่น Tetanus toxoid) เป็นไปอย่างปกติ

ผู้สัมผัสเชื้อบ่อยแต่ไม่ติดเชื้อ (Highly exposed, non infected persons, HEPs)

ผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อทางเพศสัมพันธ์ซ้ำๆ หลายครั้ง บางคนแม้จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV-1 สูง แต่ก็ไม่ได้ติดเชื้อ สันนิษฐานว่า อาจเกิดจากเหตุผลดังนี้

1. เชื้อที่ได้รับมีจำนวนน้อยมากจนไม่ก่อการติดเชื้อ หรืออนุภาคไวรัสนั้นเป็น Defective particle การได้รับเชื้อจึงเปรียบเสมือนการได้รับวัคซีน
2. ผู้สัมผัสเชื้อสามารถกำจัดไวรัสได้หมดสิ้นหลังการติดเชื้อที่เยื่อ การติดเชื้อไม่กระตุ้นให้เกิดแอนติบอดีในกระแสเลือด

รายงานตรวจพบ Anti-HLA class I anti-bodies ในกลุ่มผู้ชายเสพติดที่มี Seronegative และแอนติบอดีนี้ทำปฏิกิริยาข้ามกับ C5 region ของ gp120 แสดงให้เห็นว่าเคยสัมผัสกับแอนติเจนของเชื้อเอชไอวีมาก่อน นอกจากนี้มีรายงานตรวจพบ CTLs ที่จำเพาะต่อโปรตีนที่ควบคุมการเพิ่มจำนวน (Regulatory proteins) ของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสัมผัสเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่ป้องกัน ทารกที่มารดาติดเชื้อ และบุคลากรสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าไวรัสมีการเพิ่มจำนวนอย่างน้อยหนึ่งรอบในผู้สัมผัสเชื้อเหล่านี้เพราะ Regulatory proteins เหล่านี้ไม่พบในอนุภาคไวรัส แต่จะพบเมื่อมีการเพิ่มจำนวน (โกวิทย์ พัฒนาปัญญาสัตย์ และคณะ. 2541 : 96-97)

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส เกิดขึ้นเมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายมากทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่มักไม่เป็นในคนปกติ ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่ว่าติดเชื้อชนิดใดที่ส่วนใดของร่างกาย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยได้แก่ (บุญสม ชีระพิบูลย์. 2534 : 30-40)

1. การติดเชื้อวัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis) เกิดจาก เชื้อไมโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คิวโลซิส (*Micobacterium tuberculosis*) เป็นเชื้อก่อโรคที่มีความรุนแรง พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อ HIV อาจเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมกับในปอด การติดต่อของโรคโดยทางระบบทางเดินหายใจ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างโรควัณโรคกับโรคติดเชื้อ HIV สามารถแบ่งได้ 5 ประการดังนี้

1. มีความชุกของวัณโรคสูง (High prevalence) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV
2. วัณโรคอาจเป็นโรคซึ่งบ่งของโรคเอดส์เพียงโรคเดียว ที่สามารถติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลอื่นที่ติดเชื้อ HIV ด้วยหรือไม่ก็ได้

3. การวินิจฉัยที่รวดเร็วและการให้การรักษอย่างเหมาะสม สามารถรักษาให้หายได้

4. สามารถป้องกันวัณโรคในหมู่คนที่ติดเชื้อได้

5. วัณโรคจะเร่งให้โรคติดเชื้อ HIV มีการดำเนินโรคที่เร็วขึ้น

ลักษณะอาการทางคลินิก

เมื่อจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี 4 มากกว่า 200/ลบ.มม. มักเป็นวัณโรคปอดทั่วไปแต่เมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง เม็ดเลือดขาวซีดี 4 ลดลงมาก จะพบการแพร่กระจายไปตามอวัยวะต่างๆ เช่น ต่อมน้ำเหลือง ไชกระดูก ตับ ม้าม ระบบประสาท นอกจากนั้นยังพบได้ในข้อ กระดูก ทางเดินอาหาร เป็นต้น อาการนำที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อ HIV คือไข้ น้ำหนักลด ต่อมน้ำเหลืองโต และเจ็บ ลักษณะเด่นพิเศษของวัณโรคในผู้ติดเชื้อ HIV คือ การตรวจพบเชื้อวัณโรคในเลือดได้

2. โรคปอดอักเสบ

โรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสทิส คารินีไอ (*Pneumocystis carinii pneumoniae* หรือ PCP) มักติดเชื้อในระบบการหายใจ เชื้อจะเข้าไปแบ่งตัวอยู่ภายในถุงลมปอด (Alveoli) ในคนปกติร่างกายจะหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อนี้ได้ แต่ในผู้ป่วยเอดส์เชื้อจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นก่อให้เกิดโรค

ลักษณะอาการทางคลินิก

ในคนปกติทั่วไปมักจะติดเชื้อปอดอักเสบ โดยไม่แสดงอาการ อาการแสดงมักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เป็นเอดส์จะมีระยะฟักตัวประมาณ 2 เดือน มีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่ค่อยสะดวก และไอแบบไม่มีเสมหะ ในเด็กอาจจะมีไข้และทารกจะมีอาการไอ หายใจเร็วจนถึงหยุดหายใจได้ ส่วนในผู้ป่วยเอดส์จะมีระยะฟักตัวประมาณ 1-12 เดือน อาการอาจจะเกิดเร็วขึ้นและเฉียบพลัน บางครั้งก็ค่อยเป็นค่อยไปผู้ป่วยจะมีไข้ต่ำๆ ไอแบบไม่มีเสมหะ หายใจไม่สะดวก และเจ็บแน่นหน้าอกโดยที่ไม่มีอาการของระบบอื่นร่วมด้วย

การติดเชื้อในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะอื่นๆ ที่พบบ่อยๆ ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ไชกระดูก ม้ามและตับ นอกจากนี้ก็มีรายงานพบที่ไต ต่อมหมวกไต ผิวหนัง ต่อมไทรอยด์ หู และระบบทางเดินอาหาร ในผู้ป่วยเอดส์บางรายก็พบมีการกระจายของเชื้อไปทั่วร่างกาย (Disseminated infection)

3. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ

โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) เป็นโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ เกิดจากเชื้อ *Cryptococcus neoformans*

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการที่พบบ่อย คือ ไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน พบอาการแสดงของเยื่อหุ้มสมองได้น้อย จึงทำให้วินิจฉัยโรคได้ช้า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการเชื่องซึม อาการชัก มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ บุคลิกภาพและความจำ อาการระบบอื่นที่พบคือ

การติดเชื้อที่ผิวหนัง ลักษณะคล้ายหูดข้าวสุก อาจพบรอยโรคผิวหนังที่บริเวณใบหน้า ลำคอ หนังสีรษะ ลำตัวส่วนบน แขน มีการติดเชื้อที่ลูกตา ต่อมลูกหมาก และอวัยวะต่างๆ ที่ ตับ ม้าม ต่อมน้ำเหลือง ไช้กระดูก กล้ามเนื้อ เป็นต้น

4. การติดเชื้อรา

การติดเชื้อรา (Candidiasis) ที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเอดส์เกิดจากเชื้อ *Candida albicans* และ *Candida spp.* อื่น ในผู้ป่วยทั่วไปจะพบโรคนี้ในบริเวณช่องปาก ช่องคลอดหรือตามผิวหนัง แต่การวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการเอดส์จะต้องเป็นมากกว่านี้ คือต้องพบรอยโรคที่หลอดอาหาร หลอดคอ หลอดลมหรือในปอดร่วมด้วย การติดเชื้อในคนมักเกิดจากการเพิ่มจำนวนของเชื้อที่อยู่ในร่างกายเอง ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำเนื่องจากสาเหตุต่างๆ

ลักษณะอาการทางคลินิก

พบบ่อยที่สุด คือ เป็นฝ้าขาวในปาก คอหอย อาจมีอาการเจ็บและมีเลือดออกร่วมด้วย รอยโรคที่หลอดอาหารทำให้กลืนลำบาก มีอาการเจ็บแน่นบริเวณใต้กระดูก โดยเฉพาะเวลากลืนอาหาร

การตรวจวินิจฉัยโรค

วิธีการวินิจฉัยโรคเอดส์เบื้องต้นที่นิยมในปัจจุบันมีดังนี้ (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร. 2541 : 369-370)

1. การตรวจหาเชื้อไวรัส หรือส่วนประกอบของเชื้อ

1.1 การแยกเชื้อไวรัส (Virus isolation) เป็นวิธีดั้งเดิม มักใช้ในกรณีที่ต้องการเชื้อไวรัสเพื่อการศึกษาต่อไป โดยเฉพาะเลี้ยงใน HeLa cell ซึ่งนิยมใช้ในการแยกเชื้อไวรัส HIV วิธีนี้ไม่ได้ทำในทางปฏิบัติเนื่องจากทำยาก ราคาแพงและอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

1.2 วิธีทางอิมมูโนวิทยา เพื่อตรวจหาแอนติเจนของไวรัส HIV ที่นิยม คือ การตรวจหา p24 แอนติเจนในซีรัมด้วยวิธี ELISA (Enzyme linked immunosorbent assay) สามารถวิเคราะห์การติดเชื้อในระยะ Window period ได้บ้าง ปัจจุบันสภากาชาดไทยใช้วิธี ELISA ตรวจหา p24 ร่วมกับการตรวจหา Anti- HIV ในเลือดบริจาค เพื่อลดผลลบปลอม

1.3 วิธีการ Polymerase chain reaction (PCR) เป็นวิธีการเพิ่มจำนวนสายพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี โดยเปลี่ยน RNA ของไวรัสเป็น DNA แล้วเพิ่มจำนวนเป็นล้านเท่า แล้วตรวจวัดด้วย Prob hybridization วิธี PCR เป็นวิธีที่มีความไวและความจำเพาะสูง ช่วยวินิจฉัยการติดเชื้อในระยะ Window period และในทารกแรกเกิดได้ แต่ราคาค่อนข้างแพงและต้องอาศัยผู้ที่มีความชำนาญ

1.4 วิธี In situ hybridization เป็นวิธีการใช้ Prob ตรวจหาสายพันธุกรรมของไวรัส HIV ในเซลล์ที่ติดเชื้อ วิธีนี้ยังมีราคาแพงและต้องอาศัยผู้ที่มีความชำนาญ

2. การตรวจหาภูมิคุ้มกัน หรือแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสเอดส์ (Anti-HIV)

เป็นการตรวจหาโปรตีนที่เรียกว่า ภูมิคุ้มกันเคย หรือแอนติบอดี ที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเมื่อได้รับเชื้อไวรัสเอดส์หรือมีการติดเชื้อเอดส์ แอนติบอดีเป็นตัวแสดงถึงร่องรอยของการมีเชื้อไวรัสเอดส์ในร่างกาย จะตรวจพบได้ประมาณ 3 สัปดาห์ ถึง 3 เดือนหลังได้รับเชื้อไวรัสเอดส์ การตรวจหาแอนติบอดี แบ่งออกได้ดังนี้

2.1 วิธีการตรวจคัดกรองเบื้องต้น (Screening test) วิธีที่นิยมคือ วิธีอีไลซ่า (ELISA) เป็นวิธีที่ถือว่าเป็นมาตรฐานมีความไว (Sensitivity) และความเฉพาะเจาะจงสูงมาก นิยมตรวจหา IgG เป็นส่วนใหญ่ สามารถตรวจได้ทั้งในซีรัม เลือด น้ำลาย ชุดตรวจสำเร็จรูปมีจำหน่ายตามร้านค้า ถ้าการทดสอบ ELISA ให้ผลบวก (Reactive) กับซีรัมใดให้ทำการทดสอบด้วยวิธีเดิมซ้ำอีกครั้ง ถ้ายังได้ผลบวกอีกจึงค่อยทำการทดสอบยืนยันโดยวิธีอื่น

2.2 วิธี Enzyme immunoassay และ Immunofluorescence ส่วนใหญ่นิยมใช้ Indirect ELISA และ Indirect immunofluorescence ตรวจหา Anti-HIV ส่วนมากเป็น IgG ถ้าใช้วิธีนี้ช่วยวินิจฉัยการติดเชื้อในทารกต้องรอนาน 15-18 เดือน หลังคลอด ปัจจุบันมีผู้ใช้วิธี ELISA ตรวจหา IgA เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อในทารกพบว่าได้ผลดีเมื่อทารกอายุ 6-8 เดือนไปแล้ว

2.3 วิธีการตรวจยืนยัน (Confirmatory test) คือ วิธีอิมมูโนบล็อต (Immunoblot) หรือวิธีเวสเทิร์นบล็อต (Western blot หรือ WB) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคจากการตรวจคัดกรองเบื้องต้นว่ามีการติดเชื้อจริงหรือไม่ โดยการตรวจหาแถบของ Anti-HIV แอนติบอดีในซีรัมของผู้ป่วยที่จำเพาะเจาะจงต่อแอนติเจนของไวรัสเอชไอวีชนิดต่างๆ

การรักษาโรคเอดส์

การรักษาแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (ประพันธ์ ภาณุภาค. 2537 : 339-341)

1. การรักษาโรคติดเชื้อหรือโรคแทรกซ้อนโอกาส

แม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ก็ตาม แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็ง ซึ่งจะสามารถรักษาให้หายได้หากวินิจฉัยได้ถูกต้อง ในการรักษาโรคแทรกซ้อนในหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) รักษาได้ยาก อาจใช้ยาบางชนิด ใช้การผ่าตัด หรือวิธีรังสีรักษา

ปัจจุบันมีการให้ยารักษาโรคติดเชื้อแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อระดับภูมิคุ้มกันต่ำลงถึงระดับหนึ่ง หรือป้องกันไม่ให้โรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นเป็นซ้ำอีก

2. การใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ (Antiviral therapy)

ในปัจจุบันมียาหลายอย่างซึ่งโดยทางทฤษฎีแล้วน่าจะได้ผลในการหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัส โดยออกฤทธิ์ที่ระดับต่างๆ ในวงจรชีวิตของเชื้อไวรัสเอดส์ที่นิยมใช้มี 2 กลุ่ม คือ

2.1 ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ รีเวิร์สทรานสคริปเตส (Reverse transcriptase inhibitors หรือ Nucleoside analog RT inhibitor) ได้แก่ ยาไซโดวูดีน (Zidovudine หรือ AZT) ไดดาโนซีน (Didanosine หรือ ddi) ซาลซีลาบีน (Zalcitabine หรือ ddC) สตาวัดีน (Stavudine หรือ d4T) ลามิวูดีน (Lamivudine หรือ 3TC)

2.2 ยากลุ่มยับยั้งการสร้างโปรตีนของไวรัส (Protease inhibitors) ได้แก่ ยาซาควินาเวีย (Saquinavir หรือ SGV) ยาริโทนาเวีย (Ritonavir หรือ RTV) ยาอินดินาเวีย (Indinavir หรือ IDV)

ข้อมูลการวิจัยพบว่า การใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป จะให้ผลดีกว่าการใช้ยาเพียงชนิดเดียว เพื่อชดเชยไม่ให้ผู้ติดเชื้อมีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น และเพื่อลดอาการรุนแรงของโรคที่เกิดการรักษาด้วยยาชนิดเดียวเป็นระยะเวลานานผลที่ตามมาคือการดื้อยา และผลข้างเคียงของยาเหล่านี้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน โลหิตจาง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซาปลายมือปลายเท้า ผื่นขึ้น เป็นต้น

3. การให้ยาเสริมภูมิคุ้มกัน

เนื่องจากการที่ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ลดต่ำลง เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการต่างๆ ของโรคเอดส์ จึงมีผู้พยายามทดลองใช้ยาต่างๆ เพื่อเพิ่มหรือเสริมภูมิคุ้มกันให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ มีตัวยาหลายตัวที่มีผู้ใช้กัน เช่น ฮอร์โมนไทมิก (Thymic hormones) อินเตอร์ลิวคินทู (Interleukin 2) อินเตอร์เฟอรอน (Interferons) วัคซีนเอดส์ เป็นต้น พบว่ามียาหลายตัวที่ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันของคนไข้ดีขึ้น ยึดระยะเวลาของการเกิดอาการเอดส์เต็มขั้นออกไป จึงเป็นที่หวังได้ว่าการรักษาการติดเชื้อเอดส์ในอนาคตคงเป็นการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์รวมไปกับยาที่เสริมภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ผลการรักษาที่สูงที่สุด

4. การรักษาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยโรคเอดส์มักจะประสบกับปัญหาทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก จากการที่ถูกรังเกียจและกีดกันจากสังคม จึงต้องมีบริการที่จะรักษาสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วยบริการดังกล่าวประกอบด้วย

4.1 การให้คำแนะนำทางการแพทย์และสังคมแก่ผู้ป่วย (Counselling) โดยการให้ข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับโรคและวิธีการแพร่กระจายของเชื้อ ตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมและความจำเป็นในการหยุดยั้ง หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม หรือแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น

4.2 การสังคมสงเคราะห์โดยให้มีอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและอาชีพที่จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการบำบัดรักษายาเสพติด

วัคซีนโรคเอดส์

วัคซีนเป็นชีวสารที่ให้ผลป้องกันโรคติดเชื้อ วิธีการป้องกันโรคเอดส์ที่น่าจะมีประสิทธิภาพสูงสุด คือการป้องกันด้วยวัคซีน ดังเช่นที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆ ในปัจจุบันโรคเอดส์ระบาดทั่วโลกเป็นปัญหาทั้งด้านการแพทย์ สังคม และส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจอย่างชัดเจน ดังนั้นการพัฒนาทดสอบวัคซีนเอชไอวี/เอดส์ จึงมีความสำคัญและเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ทั่วโลกจะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง เพื่อให้ได้วัคซีนที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ และสามารถจัดหาได้สำหรับประเทศกำลังพัฒนา (โกวิทย์ พัฒนาปัญญาสสัย และคณะ. 2541 : 183-184)

เป้าหมายในการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ (Goal in HIV/AIDS Vaccine Development)

วัคซีนเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง วัคซีนที่ผลิตโดยมีส่วนประกอบบางส่วนหรือส่วนประกอบทั้งหมดของอนุภาคเชื้อเอชไอวี หวังผลในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือยับยั้งการดำเนินโรคในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว แบ่งตามการนำไปใช้ในกลุ่มต่างๆ โดยหวังผลที่แตกต่างกันดังนี้

1. Preventive HIV vaccine เป็นวัคซีนที่หวังผลป้องกันผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ให้ติดเชื้อหรือถ้าป้องกันการติดเชื้อไม่ได้ ภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการฉีดวัคซีนสามารถลดหรือจำกัดการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวี ทำให้มีระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อสั้นลง ปริมาณไวรัสลดต่ำลงมากหลังติดเชื้อและสามารถป้องกันไม่ให้แสดงอาการโรค วัคซีนป้องกันโรคอื่นๆที่ใช้ได้ผลในขณะนี้สามารถป้องกันโรคมามากกว่าป้องกันการติดเชื้อ

2. Therapeutic HIV vaccine เป็นวัคซีนสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว โดยหวังผลป้องกันโรคหรือชะลอเวลาแสดงอาการป่วยในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว

3. Perinatal HIV vaccine เป็นวัคซีนที่หวังผลป้องกันทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี และหวังว่าการฉีดวัคซีนจะมีผลช่วยลดความรุนแรงหรือชะลอการเกิดโรคในมารดาที่ติดเชื้อ

วัคซีนเอชไอวี/เอดส์ที่ต้องการ หรือวัคซีนในอุดมคติคือวัคซีนที่สามารถกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เรียกภูมิคุ้มกันแบบนี้ว่า "Sterilizing immunity" และผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ติดเชื้อที่เข้าสู่ร่างกายได้ทุกช่องทางเป็นเวลายาวนาน

อุปสรรคที่ทำให้การพัฒนาวัคซีนเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้ผลดังต้องการ คือขาดความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่มีผลป้องกันการติดเชื้อหรือการเกิดโรคที่ชัดเจน นักวิทยาศาสตร์บางกลุ่มไม่พบภูมิคุ้มกันที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Protective immune

response) ในผู้ที่ติดเชื้อ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องแสวงหาความรู้เรื่องการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันทั้งภูมิคุ้มกันผ่านเซลล์ และแอนติบอดีในสารน้ำที่มีบทบาทต่างๆในการติดเชื้อไวรัส อย่างชัดเจน

ผลกระทบของโรคเอดส์

1. ผลกระทบด้านปัจเจกบุคคล

โรคเอดส์เป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์แล้วยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและประเทศชาติ ซึ่งได้แบ่งผลกระทบของโรคเอดส์ในด้านต่างๆ ไว้ดังนี้

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาและไม่มีวัคซีนป้องกัน เมื่อบุคคลรับเชื้อไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกายจะเกิดภาวะติดเชื้อเอดส์ เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วย โรคเอดส์จึงทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่ผลกระทบทางด้านจิตใจจะก่อให้เกิดความสับสน วิดกกังวล กลัว โกรธ มีความเครียด รู้สึกผิด ท้อแท้ แยกตัว และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติบางรายอาจมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมหรือหนีสังคม เช่น การฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

เมื่อเข้าระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ ปัญหาทางด้านสุขภาพจะซ้ำเติมปัญหาทางด้านจิตใจ สุขภาพกายเริ่มทรุดลง ตกงาน คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลง มีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่างๆ ปัญหาการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย การถูกรังเกียจ ปัญหาด้านเศรษฐกิจและด้านอื่นๆ เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเครียดมากขึ้น ยิ่งอาการของโรครุนแรงแสดงออกชัดเจนเพียงใด ความทุกข์ทรมาน ความกดดัน จะเพิ่มมากขึ้น โดยกลัวว่าผู้คนจะรู้และกลัวความตาย

2. ผลกระทบด้านครอบครัว

ผู้ที่อยู่ชิดใกล้กับผู้ติดเชื้อ เช่น ภรรยาสามี บุตร บิดา มารดาและญาติ ต้องเผชิญความเครียดหลายอย่าง โดยเฉพาะการยอมรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ การปิดบังไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอดส์ ในกรณีที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ ภาระทั้งหมดต้องตกอยู่กับครอบครัว ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ยังพบว่ามีครอบครัวจำนวนไม่น้อยที่ต้องแตกแยก พลัดพรากจากการไม่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ต้องอพยพย้ายถิ่นฐานไปอยู่ที่อื่น นอกจากนั้นหากผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต จะเกิดปัญหามูลนิธิขาดการดูแล ผู้สูงอายุขาดการดูแล หรือถ้าบุตรนั้นติดเชื้อเอดส์ด้วยก็จะก่อปัญหาต่างๆ ตามมา เป็นต้น

3. ผลกระทบด้านสังคม

ในระหว่างที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นั้นการให้ข้อมูลข่าวสารไม่ชัดเจน ไม่ถูกต้อง ทำให้คนแสดงความรังเกียจ ต่อต้าน ถูกเหยียดหยามผู้ติดเชื้อเอดส์และกลัวว่าผู้ติดเชื้อเอดส์อาจแพร่เชื้อมาสู่ตัวได้จากการอยู่ร่วมกันในครอบครัว การทำงานร่วมกัน การใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม ยุงกัด การสัมผัสเลือด น้ำเหลืองที่เปื้อนตามที่ต่างๆ เมื่อมีความรู้มากขึ้น ก็ทำให้สามารถอยู่ร่วมสังคมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ดีขึ้น บางส่วนที่ยังไม่เข้าใจก็ยังมี การต่อต้าน หวาดระแวง แม้ว่าจะเป็นญาติมิตรและบุคคลในสังคม ผู้ติดเชื้อต้องถูกไล่ออกจากงาน ถูกปฏิเสธความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดและสังคม เกิดปัญหาการขาดแรงงานจากการที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยเอดส์มักจะอยู่ในวัยแรงงานมีอายุระหว่าง 20-49 ปีมากที่สุด การที่วัยแรงงานลดน้อยลงถือได้ว่าเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างยิ่ง ผลกระทบอีกอย่างหนึ่ง คือสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อ การได้รับการปฏิเสธจากสังคมอาจทำให้บุคคลมีพฤติกรรมต่อต้าน ประชดสังคมเพื่อแก้แค้นสังคม เช่น พยายามแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่นๆ ทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาเด็กกำพร้าที่เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งก็เป็นภาระที่สำคัญของสังคม

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ เป็นปัญหาที่สำคัญ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการหรือป่วยเป็นเอดส์ 1 ราย ต้องใช้บริการโรงพยาบาลเฉลี่ยปีละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 12 วัน ประมาณการค่ายารักษาผู้ป่วยเอดส์ 1 ราย ในโรงพยาบาลของรัฐได้ดังนี้ ค่ายา AZT ประมาณ 36,500 บาทต่อปี ค่ายา ddI หรือ ddC 54,750 บาทต่อปี ค่ายารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประมาณ 3,200-118,800 บาทต่อปี ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อก่อโรค จะเห็นได้ว่าเราต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก หากจำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มมากขึ้น นอกจากจะต้องสูญเสียเงินในการรักษาพยาบาลแล้ว การที่ประชาชนวัยแรงงานจะต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรนับว่าเป็นการสูญเสียบุคลากรวัยแรงงาน สูญเสียรายได้ของครอบครัวและประเทศชาติอีกด้วย

5. ผลกระทบด้านสาธารณสุข

ระยะแรกของการแพร่ระบาดมีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนัก ในปีพ.ศ. 2535 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณสำหรับสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ทำให้ระบบมีความคล่องตัวในการดูแลรักษาผู้ป่วย แม้ว่าจะขณะนั้นจะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ระบบการสนับสนุนยาต้านไวรัส และยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสบางชนิดก็สร้างกำลังใจ ให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่ในปีพ.ศ. 2538 พบว่าการสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์แม้จะเป็นแบบชนิดเดียวให้กับผู้ป่วยเอดส์ทุกรายต้องใช้งบประมาณสูงมาก และส่งผลกระทบต่อระบบการบริการ เนื่องจากเอดส์ยังคงแพร่ระบาดไปในกลุ่มต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เมื่อระยะเวลาผ่านไป ผู้ติดเชื้อเอดส์จะเริ่มเจ็บป่วย ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนสูงขึ้น ความ

ต้องการในการดูแลรักษาจึงมากขึ้นตามไปด้วย
เปลี่ยนแปลงและปรับให้เหมาะสม

ระบบบริการสาธารณสุขจึงต้องมีการ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมกำบังกันการติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรม (Behavior)

“พฤติกรรม” ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542 : 768) หมายถึง การกระทำหรืออาการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

อุทัย หิรัญโต (2526 : 14) กล่าวถึง พฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการ หรือปฏิกิริยาที่แสดงออกหรือเกิดขึ้น เมื่อเผชิญสิ่งเร้า (Stimulus) ซึ่งจะมาจากภายในร่างกายได้ และปฏิกิริยาที่แสดงออกนี้มิได้เป็นพฤติกรรมทางกายเท่านั้น แต่รวมถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตใจด้วย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536 : 155) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2544 : 60) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือสามารถสังเกตได้หรือไม่สามารถสังเกตได้ หรือเป็นปฏิกิริยาของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งเร้าที่อาจปรากฏให้เห็นได้หรืออาจอยู่ภายใน ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้ แต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งพฤติกรรมในเรื่องนี้จะเน้นเฉพาะพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนั้นพฤติกรรมของมนุษย์จึงหมายถึง ปฏิกริยาของบุคคลทั้งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การพูด การเดิน การแสดงสีหน้า ความรู้สึก ความรู้ ความตั้งใจ เป็นต้น โดยปฏิกิริยาเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับหรือเผชิญกับสิ่งเร้าที่มาจากภายในหรือภายนอกร่างกาย

อรุณ รัชธรรม (2544 : 14) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม คือ กิริยาอาการที่แสดงออกหรือการเกิดปฏิกิริยา เมื่อเผชิญกับสิ่งภายนอกการแสดงออกเกิดจากอุปนิสัยที่ได้สะสมหรือความเคยชินจากประสบการณ์หรือการศึกษาอบรม การแสดงออกเป็นไปได้ทั้งการคล้อยตามหรือการต่อต้าน

Pasick (1997 : 427) กล่าวว่า พฤติกรรม (Behavior) เป็นผลผลิตของความรู้ เจตคติ และความเชื่อซึ่งเกิดจากบริบทของประสบการณ์ในชีวิต

ดังนั้น พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม

พฤติกรรมจะแบ่งออกเป็นลักษณะใหญ่ๆ คือ (พรสุข หุ่นนิรันดร์. 2545 : 75)

1. พฤติกรรมภายนอกหรือพฤติกรรมเปิดเผย (Overt behavior) คือ พฤติกรรมหรือการกระทำที่บุคคลแสดงออก โดยผู้อื่นสามารถสังเกตได้โดยตรงด้วยประสาทสัมผัส พฤติกรรม

ภายนอกบางอย่างมีการกระทำซ้ำๆ จนเกิดความเคยชินหรือกลายเป็นนิสัยของบุคคล ทำให้การแสดงออกเป็นไปโดยอัตโนมัติ เช่น การพูด การเขียน พฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัย

2. พฤติกรรมภายในหรือพฤติกรรมปกปิด (Covert behavior) คือ พฤติกรรมหรือการกระทำที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง ผู้ที่กระทำเท่านั้นที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก อารมณ์ ความเชื่อ เจตคติ จำเป็นต้องมีเครื่องมือมาช่วยวัดพฤติกรรมที่อยู่ภายในบุคคล เช่น แบบทดสอบความรู้ แบบวัดความรู้สึกรู้สึกหรือเจตคติ แบบวัดความเชื่อ แบบวัดความตั้งใจ เป็นต้น

3. พฤติกรรมตอบสนอง (Respondent behavior) คือ พฤติกรรมที่พร้อมที่สุดที่มีอิทธิพล โดยเหตุการณ์ซึ่งทำให้เกิดขึ้น เรียกได้ว่าเป็นพฤติกรรมสะท้อนกลับ (Reflexive behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่สุดมากในชีวิตของมนุษย์

พฤติกรรมป้องกันการโรค

พฤติกรรมป้องกันการโรค หมายถึง พฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรค การปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตได้โดยตรงซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536 : 164)

แอริสและกูเติน (พินดา เหมโลหะ. 2544 : 25 ; อ้างอิงจาก Harris & Guten. 1979. p. 28) ให้ความหมายของ พฤติกรรมการป้องกันการโรค หมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นปกติสม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการที่จะป้องกันโรค ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันการโรคจึงเป็นพฤติกรรมของการดูแลตนเองในสภาพปกติ เป็นการดูแลเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมี สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เสมอ

การทำให้สุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือ (พินดา เหมโลหะ. 2544 : 25 ; อ้างอิงจาก มัลลิกา มัติโก. 2530 : 11-12)

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมการรักษาจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิสัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไปพบแพทย์ตรงตามนัดและการตรวจสุขภาพครบทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่สุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเป็นโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกัน

2.2 การป้องกันตามความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับการป้องกันโรคที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เช่น การตรวจและถ่ายภาพรังสีปอดในรายที่มีปัญหาทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปอดที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง

2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเรื่องของ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

ลำยอง หอมกลิ่นเทียน (2542 : 4) ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การปฏิบัติตนที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ โดยได้รับการเรียนรู้ประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อม

พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2543 : 5) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง กิจกรรมที่กระทำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์

อัญชลี สิงห์สุด (ยุทธนา ภาระนันท์. 2546 : 12 ; อ้างอิงจาก อัญชลี สิงห์สุด. 2534) ให้ความหมายของ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การกระทำใดๆที่ช่วยลดความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอดส์ ซึ่งสำหรับบุคคลทั่วไปมีหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1. การป้องกันการติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ 2. การป้องกันการติดต่อทางเลือดหรือน้ำเหลือง

จากการให้ความหมายดังกล่าวผู้วิจัยสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การปฏิบัติในด้านต่างๆของบุคคลที่เป็นการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการศึกษาการติดต่อของเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นได้ 3 ทาง และสามารถป้องกันได้ ดังนี้ (ตรุณี รุจกรกานต์, และคณะ. 2542 : 26-27)

1. การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกิดขึ้นได้ทั้งแบบรักร่วมเพศและต่างเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ และบางส่วนของผู้ชายเหล่านี้อาจมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ ซึ่งมีการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย หญิงเหล่านี้เมื่อติดเชื้อเอชไอวีแล้วจะแพร่เชื้อไปสู่ชายอื่นที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยอีกต่อหนึ่งได้ ผู้ที่ร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่มีการป้องกันเพียง 1 ครั้ง จะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้

การร่วมเพศโดยใช้ปากเป็นวิธีที่อาจได้รับเชื้อได้ เชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่อีกฝ่ายหนึ่งโดยผ่านเข้าสู่เยื่อเมือกบางส่วนของทางเดินปัสสาวะและปากช่องคลอดได้ การแพร่เชื้อระหว่างชายกับชายเกิดจากการสอดใส่อวัยวะเพศเข้าไปในทางช่องทวารหนัก เยื่อเมือกบริเวณนี้บอบบางและฉีกขาดได้ง่าย ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย การแพร่เชื้อระหว่างหญิงกับหญิง อาจเกิดจากการใช้วัตถุที่

ปนเปื้อนกับเลือดหรือน้ำเมือกจากช่องคลอดของหญิงที่ติดเชื้อ หรือติดเชื้อจากการสัมผัสระหว่าง
ลื่นกับอวัยวะเพศของผู้ติดเชื้อ

ดังนั้นการงดการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อโรคเอดส์จะทำให้ปลอดภัย
จากการติดเชื้อมากกว่าได้

2. การป้องกันการติดต่อทางเลือด

การติดต่อทางเลือด เป็นการติดต่อได้โดยง่าย แต่สามารถป้องกันได้ดังนี้

2.1 การใช้เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมาก
ที่สุดในการติดต่อทางเลือดนี้ คือ การใช้เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยาร่วมกันของผู้ติดยาเสพติด
เนื่องจากคนกลุ่มนี้จะฉีดยาเสพติดเข้าทางเส้นเลือด เมื่อคนหนึ่งใช้เสร็จแล้วไม่ได้ทำความสะอาด
สะอาดเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาหรือทำความสะอาดไม่ดี ทำให้มีเลือดปะปนอยู่ด้วย เมื่อ
นำไปฉีดอีกคนหนึ่งจึงมีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีได้ วิธีป้องกันคือ เมื่อจำเป็นต้องฉีดยาต้อง
แน่ใจว่าเข็มฉีดยานั้นสะอาดไม่เคยผ่านการใช้งานมาก่อน หรือเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่
ได้มาตรฐาน

2.2 การรับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี การได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าไป 1 ขวด จะมี
โอกาสติดเชื้อเอชไอวีเกือบ 100% สมัยก่อนที่มีการติดเชื้อเอชไอวีจากการรับเลือด แต่ปัจจุบัน
ประเทศไทยได้มีนโยบาย ให้ตรวจเลือดที่ได้รับบริจาคทุกถุง หากพบว่าเลือดมีผลบวกให้งดใช้
ส่วนการเปลี่ยนอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ การผสมเทียม โดยใช้ น้ำอสุจิจากผู้บริจาคก็อาจทำให้ ติด
เชื้อได้เช่นกัน แต่ในปัจจุบันผู้บริจาคจะต้องผ่านการประเมินเพื่อตรวจสอบการติดเชื้อเสียก่อน
จึงทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากสาเหตุดังกล่าวลดลง

2.3 การถูกของมีคมที่เปื้อนเลือดแทงหรือบาด แพทย์ พยาบาล ถ้าถูกเข็มที่เปื้อน
เลือดแทงมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ นอกจากนี้อาจติดต่อทางอื่นได้แต่เป็นไปได้ยาก เช่น การ
สักผิวหนัง เขียนคิ้วหรือขอบตาถาวร การฝังเข็ม การเจาะหู การใช้ใบมีดโกน มีดตัดเล็บ ถ้ามี
การใช้อุปกรณ์ร่วมกันอย่างต่อเนื่องจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยไม่ได้ทำความสะอาดหรือทำ
ความสะอาดไม่เพียงพอ อาจทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้หากมีคนหนึ่งคนใดเป็นผู้มีเชื้อใน
ร่างกาย ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น หรือหากจำเป็นต้องใช้ต้องทำความสะอาดด้วย
น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น Alcohol 70% หรือ Chlorox

3. การป้องกันการติดต่อจากมารดาไปสู่ทารก

เชื้อเอชไอวีสามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและ
ภายหลังคลอด โดยมีอัตราการติดเชื้อประมาณร้อยละ 30 การติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์มีโอกาส
เกิดขึ้นน้อยมาก ส่วนใหญ่เกิดในระหว่างคลอด การติดเชื้อเกิดขึ้นจากการที่ทารกสัมผัสปนเปื้อน
กับเลือดและน้ำคร่ำของมารดา ทำให้เชื้อเอชไอวีจากมารดาผ่านเข้าไปทางผิวหนัง ปาก จมูก ตา
และทางรอยดัดของสายสะดือ การผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้องก็ไม่สามารถป้องกันการแพร่
เชื้อได้ในระยะหลังคลอด เชื้อเอชไอวีสามารถผ่านจากมารดาสู่ทารกได้โดยผ่านทางน้ำนม แต่ใน

ปัจจุบันได้มีแนวทางการป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกโดยการให้ยา AZT ซึ่งลดอัตราการแพร่เชื้อเหลือร้อยละ 8

ในการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มทหารกองประจำการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาการป้องกันในข้อ 1 และ 2 โดยเน้นในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยได้ศึกษาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

วิธีป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์สำหรับบุคคลทั่วไป ปฏิบัติดังนี้

(ระบุนทอง ธนสุกาญจน์, บรรจง คำหอมกุลและเอนก หิรัญรักษ์. 2532 : 16)

1. อย่าให้เลือด น้ำอสุจิ น้ำปัสสาวะ น้ำหลังในช่องคลอดหรืออุจจาระของผู้มีเชื้อเอชไอวีผ่านเข้าไปในปาก ช่องคลอด ทวารหนัก เยื่อเมือกหรือเยื่อบุตา
 2. ซื่อสัตย์ต่อสามี ภรรยา หลีกเลี่ยงหรือลดจำนวนการมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น คนแปลกหน้าที่ไม่รู้จักหรือชาวต่างชาติ หญิงบริการ ชายบริการหรือบุคคลผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เกย์ ผู้ที่ติดยาเสพติด และผู้มีนิสัยชอบเที่ยวตามสถานเริงรมย์ เป็นต้น
 3. การใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศอาจไม่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 100 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของถุงยางอนามัย การเลือกถุงยางอนามัยควรเป็นถุงยางที่บรรจุอย่างดี ในกล่องมีวันที่ เดือน ปี ที่ผลิตให้เห็นชัดเจน และได้ผ่านการทดสอบมาตรฐาน และต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
 4. หลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมเพศสัมพันธ์บางอย่าง เช่น การร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะผิวหนังทวารหนักบางและอ่อนแอ ฉีกขาดได้ง่าย โอกาสรับเชื้อมีมากถ้าเกิดการฉีกขาด หลีกเลี่ยงการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ของคู่นอน เพราะเชื้ออาจผ่านจากน้ำอสุจิหรือน้ำในช่องคลอดเข้าสู่แผลหรือรอยถลอก หรือเยื่อเมือกในปากได้ และหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์การร่วมเพศร่วมกัน
 5. อย่าทดลองเสพยาเสพติด ถ้าติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด ควรหลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกัน
 6. หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดรอยเจาะของผิวหนังร่วมกัน ถ้าสิ่งนั้นไม่ถูกทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องเสียก่อน เช่น เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา เครื่องมือเจาะหู เครื่องใช้ในการสักผิวหนังและเข็มที่ใช้ในการฝังเข็ม เป็นต้น
 7. หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดของผู้ติดเชื้อเอดส์ เช่น กรรไกร ตัดเล็บ มีดโกน แปรงสีฟันหรือของมีคมอื่นๆ เป็นต้น
 8. จดเว้นการฉีดยาโดยไม่จำเป็น ถ้าเกิดการเจ็บป่วยควรรับบริการรักษาในสถานบริการของรัฐหรือเอกชนที่ถูกกฎหมาย จดเว้นการฉีดยากันเองหรือการฉีดยาโดยหมอเถื่อน
 9. รับบริจาคเลือดหรืออวัยวะจากสถานที่ที่มั่นใจว่าผ่านการตรวจเชื้อเอดส์แล้ว
- นอกจากนี้ บุญสม ธีระพิบูลย์ (2534 : 91-93) ได้กล่าวถึงวิธีปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ดังนี้

1. เปลี่ยนค่านิยมจากความพึงพอใจทางด้านวัตถุ และสิ่งยั่วยุภายนอกมาเป็นค่านิยมทางด้านจิตใจ และการยึดถือคุณธรรม
2. ไม่สำส่อนทางเพศ ถ้าจะมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต้องใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และต้องไม่ทำในภาวะมึนเมา
3. ไม่เป็นชายรักร่วมเพศ ถ้าเป็นแล้วก็อย่าสำส่อนและถ้าจะสำส่อนบ้างก็ต้องหาทางป้องกันโดยใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง
4. ไม่ร่วมเพศด้วยวิธีการใดๆ ที่นำไปสู่การมีเลือดออก แม้เพียงเล็กน้อย เช่น การร่วมเพศอย่างรุนแรง (Sadist หรือ Soda – masochistic practice)
5. ไม่ใช้เครื่องมือช่วยในการร่วมเพศ เช่น อวัยวะเทียม (Deldos หรือ Vibrator) ร่วมกับผู้อื่น
6. ไม่เสพยาเสพติดและห้ามลองเสพยาเสพติดทุกชนิดโดยเด็ดขาด
7. ไม่ร่วมเพศกับผู้ติดยาเสพติด โดยเฉพาะผู้ติดยาเสพติดชนิดนี้
8. การเลือกคู่นอนต้องเลือกให้ดี เช่น ต้องไม่ใช่ผู้ที่ชอบสำส่อนทางเพศ ต้องไม่ติดยาเสพติด ควรได้ตรวจเลือดก่อนแต่งงานหรือก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และเมื่อแต่งงานกันแล้วจะต้องซื่อสัตย์กับคู่สมรสของตนเองตลอดไป
9. มีความเห็นใจ สงสาร ให้กำลังใจและให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้ที่ติดเชื้อเอดส์แล้ว เพื่อให้ผู้ที่ได้รับเคราะห์กรรมเหล่านั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ขณะเดียวกันก็ลดผลกระทบต่อบรรยากาศของเขาลง ถ้าสังคมไปรังเกียจหรือกีดกันคนเหล่านั้นเขาอาจเกิดความเกลียดสังคมเป็นการตอบแทน และทำการแก้แค้นสังคมซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาร้ายแรงตามมาได้

การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ มีดังนี้

1. การสำส่อนและขายบริการทางเพศ
 - 1.1 งดหรือลดการสำส่อนทางเพศลง
 - 1.2 เลิกอาชีพเพศพาณิชย์ และหันไปประกอบสัมมาอาชีพอื่น
 - 1.3 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะร่วมเพศซึ่งรวมถึงการร่วมเพศทางปาก และการร่วมเพศกับคู่นอนของตัวเองด้วย ถ้าตัวเองมีอาชีพเพศพาณิชย์
 - 1.4 เลือกใช้ถุงยางอนามัยที่ยังไม่หมดอายุการใช้งานและใช้ให้ถูกวิธี ควรเป็นถุงยางอนามัยชนิดเคลือบน้ำยาฆ่าเชื้อไวรัส (Nonoxynol-9 หรือ Nonoxynol-11)
 - 1.5 ห้ามใช้น้ำมันหรือโลชั่นต่างๆ ในการหล่อลื่นถุงยางเพราะน้ำมันจะทำให้ถุงยางเสื่อมคุณภาพ ควรใช้น้ำยาหล่อลื่นชนิดที่ละลายน้ำได้ เช่น K-Y หรือ J-L แทน อย่าปฏิบัติ Dry sex

1.6 รักษาโรคติดต่อจากการร่วมเพศ (Sexually transmitted disease) ให้หายก่อนการร่วมเพศครั้งต่อไป

1.7 ไม่มีเพศสัมพันธ์แบบโลดโผนที่อาจทำให้เกิดปากแผลต่อเยื่อหรือผิวหนังของคุณอน

2. ผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีด

2.1 เลิกเสพยาหรือปรึกษาแพทย์เพื่อขอรับการรักษา

2.2 หากเลิกเสพยาไม่ได้ก็เปลี่ยนไปเสพโดยใช้วิธีที่ไม่ใช่การฉีดหรือเปลี่ยนไปติดยาอื่นแทน เช่น ยาเมธาโดนชนิดรับประทาน เป็นต้น

2.3 ถ้ายังจะฉีดยาอยู่ก็ให้ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาใหม่ทุกครั้ง

2.4 ห้ามใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ถ้าจะใช้ร่วมกับผู้อื่น ให้ทำความสะอาดเข็มและกระบอกฉีดยาโดยการต้ม หรือถูกล้างด้วย Alcohol 70% หรือ Chlorox หลายๆ ครั้งก่อนใช้

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติบางอย่างในชีวิตประจำวันจะทำให้ปลอดภัยต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ดังนี้ (สถาพร มานัสสฤติย์. 2538 : 132 - 133)

1. ไม่สำส่อนทางเพศและไม่ร่วมหลับนอนกับคนที่ไม่รู้จักหรือไม่แน่ใจว่าจะมีเชื้อเอดส์อยู่

2. ต้องสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งหากต้องร่วมเพศกับคนที่ไม่รู้จัก หรือไม่แน่ใจว่าจะมีเชื้อเอดส์อยู่

3. ไม่ใช่เข็มฉีดยาหรือของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น ที่โกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ แปรงสีฟัน เป็นต้น

4. หากต้องใช้ของมีคมกับร่างกาย ควรทำความสะอาดเครื่องมือเสียก่อน เช่น ล้างด้วยน้ำสบู่ แห้งหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์เสียก่อน

5. งดเว้นการติดยาเสพติดโดยเฉพาะวิธีฉีด หากเลิกไม่ได้ต้องเปลี่ยนเป็นชนิดสูดดมหรือกินแทน หรือยังจำเป็นต้องฉีดอยู่ก็ควรใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง หรือล้างทำความสะอาดเข็มและกระบอกฉีดยาด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเสียก่อนจะใช้ซ้ำ

6. หลีกเลี่ยงไม่สัมผัสกับเลือด น้ำเหลือง น้ำอสุจิ น้ำจากช่องคลอด น้ำอสุจิผู้อื่น โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม

7. หากสัมผัสกับเลือด น้ำเหลือง น้ำอสุจิ น้ำจากช่องคลอด น้ำลาย น้ำตา น้ำนม อุจจาระ ปัสสาวะของใครก็ตาม ควรล้างด้วยน้ำสบู่ทันที (ไม่ว่าผิวหนังจะมีแผลหรือไม่ก็ตาม)

8. ไม่รับเลือดหรืออวัยวะที่ไม่ผ่านการตรวจสอบหาเชื้อเอดส์เสียก่อน

9. การรักษาสุขภาพลักษณะอนามัยที่ดีทั้งกับตนเองและกับผู้อื่น ฝึกนิสัยรักความสะอาด ขำระล้างร่างกาย ทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้อยู่เสมอ ก็เป็นสิ่งที่ควรกระทำเป็นนิสัย เพื่อจะได้เกิดความแน่ใจและสบายใจยิ่งขึ้น

เนื่องจากผู้วิจัยศึกษาในทหการกองประจำการซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย จึงได้ศึกษา พฤติกรรมของวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ตรุณี รุจกรกานต์ และคณะ. 2542 : 30 – 31) มีดังนี้

1. การเที่ยวโสเภณี
2. การมีเพศสัมพันธ์แบบรักสนุก
3. ดิตยาเสพติด
4. สภาพแวดล้อมที่นำสู่การติดเชื้อเอชไอวี มักจะเป็นสภาพที่ส่งเสริมยั่วในทางเพศ
 - 4.1 สิ่งยั่วทางเพศต่างๆ เช่น หนังสือโป๊ วีดีโอโป๊ ภาพยนต์โป๊
 - 4.2 การอยู่สองต่อสองกับเพื่อนต่างเพศ
 - 4.3 การอยู่ในแหล่งมั่วสุมต่างๆ
 - 4.4 การอยู่ห่างไกลครอบครัว
 - 4.5 วัยรุ่นที่ต้องไปเรียนต่างจังหวัด อาศัยอยู่หอพัก แฟลตหรือบ้านเช่า
5. การอ่านหนังสือ รูปภาพ และวีดีโอที่ปลุกเร้าทางเพศ
6. การดื่มสุรา ทำให้ขาดการควบคุมตนเอง

พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

1. การร่วมเพศโดยใช้ปาก หรือร่วมเพศทางทวารหนัก
2. การจูบอย่างรุนแรงถึงขั้นกัด หรือทำให้อีกฝ่ายหนึ่งได้รับบาดเจ็บ
3. การจูบอย่างรุนแรงขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งมีแผลทางปาก
4. การร่วมเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
5. การใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกัน

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีและปลอดภัยมีดังนี้

1. ใช้ทุกครั้งที่มีการร่วมเพศ
2. ฉีกมุมของถุงยางอนามัย
3. บีบปลายถุงยางส่วนที่เป็นกระเปาะเพื่อไล่อากาศออก จะเห็นตรงปลายถุงยาง อนามัยมีกระเปาะเล็กๆ ไว้สำหรับรองรับน้ำอสุจิ
4. ใช้ถุงยางอนามัยเมื่ออวัยวะเพศแข็งตัว
5. สวมถุงยางอนามัยบริเวณอวัยวะเพศ รูดถุงยางอนามัยลงจนถึงโคนอวัยวะเพศ

6. หากถุงยางอนามัยไม่มีสารหล่อลื่น อาจใช้น้ำยาหล่อลื่นเพื่อป้องกันไม่ให้ระคายเคืองจากการเสียดสี สารหล่อลื่นจะต้องเป็นน้ำยาหล่อลื่นที่ใช้น้ำเป็นตัวทำละลาย ไม่ใช่ครีมทาผิว ครีมบำรุงผิวหรือน้ำมันพืช เพราะจะทำให้ถุงยางอนามัยฉีกขาดได้

7. ถ้ารู้สึกว่ายางอนามัยฉีกขาดขณะร่วมเพศให้หยุดร่วมเพศเอาถุงยางอนามัยที่ขาดออกและสวมถุงยางอนามัยใหม่ก่อนร่วมเพศต่อ

8. หลังจากหลั่งน้ำอสุจิแล้ว ให้ถอดถุงยางอนามัยออกขณะที่ถุงยางอนามัยออกขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัวไม่ให้มือสัมผัสกับส่วนที่สัมผัสกับช่องคลอด โดยสอดนิ้วเข้าไปบริเวณขอบถุงยางอนามัยด้านใน แล้วรูดออกก่อนที่อวัยวะเพศจะอ่อนตัว มัดปากถุงยางก่อนและห่อด้วยกระดาษชำระก่อนโยนทิ้งในถังขยะ

9. อย่าใช้ถุงยางอนามัยซ้ำเป็นครั้งที่สอง ให้ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง

10. ตรวจสอบถุงยางอนามัยว่าไม่หมดอายุการใช้งาน อย่าเก็บถุงยางอนามัยในกระเป๋าสตางค์หรือที่มีความร้อน อากาศไม่ถ่ายเท ควรมีถุงยางอนามัยติดตัวไว้ใช้ตลอดเวลาที่จำเป็น

การศึกษาวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นชาย จึงเน้นในเรื่องการป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดต่อทางเลือด

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นๆไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 141) และการรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหมายหรือแปลความข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสทางร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ทราบว่สิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอย่างไร มีความหมายและมีลักษณะอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายนั้น (สุรินทร์ กลัมพากร. 2538 : 25 ; อ้างอิงจาก Garrison and Moggon. 1997. p. 607) ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมบุคคล จึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการแปลความเข้าใจหรือการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีแนวคิดถูกสร้างมาเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (Rosenstock. 1974 : 336)

พฤติกรรมป้องกันการโรคทางสุขภาพเป็นการแสดงออกของบุคคลในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติทั้งในและนอกระบบการแพทย์และในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคทางสุขภาพจะทำให้สามารถเข้าใจและอธิบายได้ว่าทำไม และสภาวะการณ์ใดที่บุคคลจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพตนเอง (สุรินทร์ กลัมพากร. 2538 : 25 ; อ้างอิงจาก Kirscht 1953 cited in Kennedy, et al. 1991. p. 321)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรก ได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick - role behavior)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปีค.ศ.1950 - 1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือประสบปัญหามีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อย ทั้งๆที่บริการที่จัดให้นั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมากก็ตาม ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการใดๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไขหวัดใหญ่ เป็นต้น

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen kegeles, Haward Leventhal และ Irwin M. Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็น

บุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นให้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้น ชื่อของ Rosenstock ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นที่คุ้นเคย และถูกอ้างถึงมากกว่าคนอื่นๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive valence) แรงด้านลบ (Negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative neutral) แรงด้านบวกจะเป็นแรงที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันบุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลาง คือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและแรงด้านลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงดูดโดยแรงด้านบวก และการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกันว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้นๆ ซึ่ง Lewin และคณะได้ตั้งสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำผลลัพธ์นั้นๆ (Maiman and Becker, 1974 ; Mikhail. 1981)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรก Hochbaum และคณะได้เริ่มจากแนวความคิดตามทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งเหล่านั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

โรเซนสตอค (Rosenstock) ได้อธิบายแนวความคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

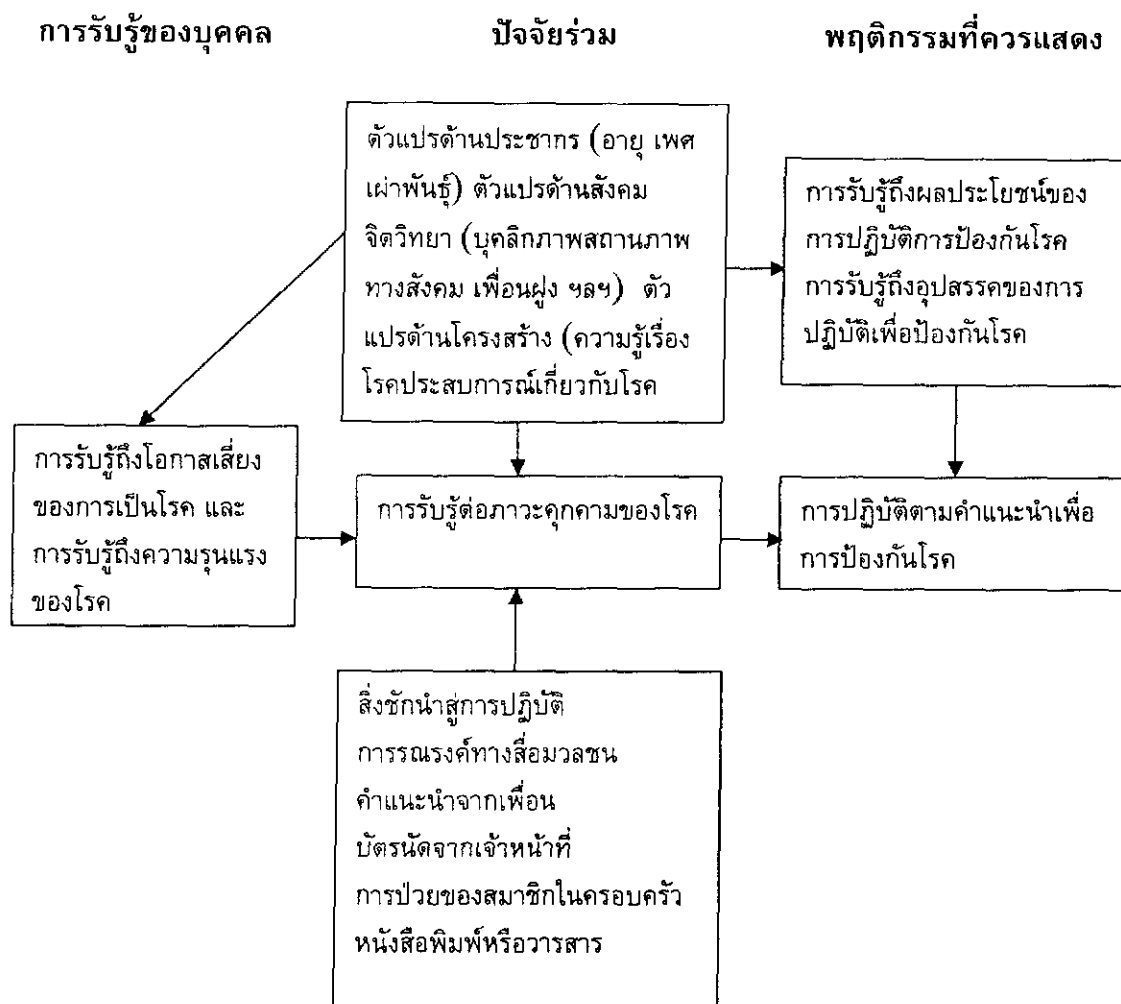
เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาล์สและคอบบ์ (นิตยา ภาสูนันท์. 2529 : 33 ; อ้างอิงจาก Kasl & Cobb. 1966. p. 246) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปใน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆของ บุคคลที่มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะที่ยัง ไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆที่บุคคลปฏิบัติ เมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อ เกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาเป็นต้น

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้าน ความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Becker และ คณะ จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอก เหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังภาพป ระกอบ 2 (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 20 ; อ้างอิงจาก Becker, et al. 1974. p. 206)



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากการที่ คาสส์และคอบบ์ (Kasl & Cobb ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค” (Preventive health behavior) คือ กิจกรรมของคนที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ “พฤติกรรมการเจ็บป่วย” (Illness behavior) คือ กิจกรรมของคนารู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเยียวยารักษาที่เหมาะสม และ “พฤติกรรมของผู้ป่วย” (Sick-role behavior) คือ กิจกรรมของผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นๆ จากความหมายดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหลายลักษณะซึ่งแตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้วจึงได้มีการ

ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

คาสส์และคอบบ์ (Kasi & Cobb ได้ดัดแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับนำไปใช้ทำนายพฤติกรรมการเจ็บป่วย โดยได้ให้ความสำคัญกับอาการของการเจ็บป่วย ซึ่งเปรียบเสมือนตัวแทนของสิ่งคุกคามที่เขาประสบอยู่ ในขณะที่เดียวกันอาการของการเจ็บป่วยจะมี ส่วนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจหรือการปฏิบัติ ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนเอง ในการอธิบายการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 4 ประการคือ

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ซึ่งจะแสดงถึงระดับความสนใจด้านสุขภาพของบุคคล
2. สิ่งคุกคามที่เกิดจากอาการ ได้แก่ อันตรายต่อร่างกายและการรบกวนต่อการทำหน้าที่
3. ประโยชน์หรือคุณค่าของการกระทำที่จะช่วยลดสิ่งคุกคาม
4. อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการกระทำนั้นๆ

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาองค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค มี 6 ประการ คือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่ต่างกัน ซึ่งฮอคบาม (วิริยา สุขวงศ์. 2545 : 25 ; อ้างอิงจาก Hochbaum. 1958 p. 1-28) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (วิริยา สุขวงศ์. 2545 : 25 ; อ้างอิงจาก Becker, et al. 1977. p. 366)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิด เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่ง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมักยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคล รับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of talking the health action minus the barriers or cost of the action)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความล้าชวย เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระที่หนักหน่วง ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่มีความเชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่า จะต้องเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ กันในด้านสุขภาพ เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตน มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor)

ปัจจัยร่วม นับว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการ และตัวแปรด้านสนับสนุน หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในบุคคล เช่น อาการไม่สบาย เจ็บป่วย อ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งที่อยู่นอกที่มารกระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารที่มาจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อนหรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 11) กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ควรศึกษาสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติด้วย ซึ่งจะมี 2 ชนิด คือ สิ่งชักนำภายในเป็นการรับรู้สภาวะร่างกายของตนเอง เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยและสิ่งชักนำภายนอกเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคล เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น หรือผลของสื่อต่างๆ เช่น การรณรงค์ทางสุขภาพหรือการได้รับคำกระตุ้นเตือนจากแพทย์ ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย จำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นนอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ สุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และ ปัจจัยด้านชีวสังคม ซึ่งได้ศึกษาในด้านระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และ ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

คีจีเลส และคณะ (Kegeles, et al. 1965 : 819) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มสตรีที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเชื่อในผลประโยชน์ และกลุ่มที่มีการศึกษาที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ด้วย

เคอร์เชท และคณะ (Kirscht, et al. 1966 : 248-254) ได้ศึกษาความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเป็นวัณโรคปอด มะเร็งและโรคฟัน รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการป้องกันโรค พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของวัณโรคปอด มะเร็งและโรคฟัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคสูงด้วย

โรเซนสตอค (Rosenstock. 1974 : 454-386) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโปลิโอ พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโปลิโอ มีความเชื่อว่า โรคดังกล่าวมีความรุนแรง และมีความเชื่อว่าวัคซีนสามารถป้องกันโรคนี้ได้ ทำให้บุคคลเหล่านี้มีความพร้อมในการไปรับบริการวัคซีนป้องกันโรค

ฮาลลอล (Hallol. 1982 : 137-140) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมีส่วนสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

เบคเกอร์ และโจเซฟ (Becker and Joseph. 1988 : 394-410) ศึกษาถึงอิทธิพลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคเอดส์ของบุคคลทั่วไป พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอดส์ของบุคคล โดยมีพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนไป เช่น ลดจำนวนคู่นอน ลดการสำส่อนทางเพศ ฯลฯ

อัลลาด (Allard. 1989 : 448 – 452) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18-65 ปี จำนวน 1,072 คน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่มีอายุน้อยและมีสถานภาพโสดมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มาก ในเรื่องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ – อุปสรรคของการรักษามีความสัมพันธ์

พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และยังพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

มอนท์ โกเมอร์รี และคณะ (Montgomery, et al. 1989 : 304) ได้ทำวิจัยในเรื่องความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักร่วมเพศ โดยการศึกษา แบบโคฮอร์ต (Cohort) เป็นเวลานานถึง 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นไม่สามารถที่จะทำการวัดความสัมพันธ์ออกมาได้

วาสเซอร์และคณะ (Wasser, et al. 1989 : p. 178-183 ; อ้างอิงจาก ชลธิชา กล้าคล่องตัน. 2541 : 39) ได้ศึกษาการประเมินพฤติกรรมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อกามโรคในคลินิกวางแผนครอบครัวและคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อกามโรค

บัชส์และแอนนอทท์ (Bush and Iannotti. 1990 : 69-86) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้ยาในเด็กวัยรุ่น จำนวน 270 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา มีความสัมพันธ์ต่อการระมัดระวังมิให้เกิดการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

วอลเตอร์ และคณะ (Walter, et al. 1992 : 528 – 532) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมระดับ 10 จำนวน 531 คน ในนิวยอร์กปีค.ศ. 1990 โดยมีปัจจัยอิสระคือ ความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่าปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ปัจจัย ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์

งานวิจัยในประเทศ

ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ

เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย (พนิดา เหมโลหะ. 2544 : 57 ; อ้างอิงจาก เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย. 2532. หน้า 87-88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับบริการถอนพิษที่วชิระพยาบาล และโรงพยาบาลตากสิน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเอดส์ และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบโรคเอดส์ ไม่มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาถึงปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมนต์ รัตนรังสิกุล (ยุทธนา ภาระนันท์. 2546 : 18 ; อ้างอิงจาก สมนต์ รัตนรังสิกุล. 2534. หน้า 81-87) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพลศึกษา พบว่า การรับรู้ด้าน ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาอยู่ใน ระดับดี นักศึกษาชายกับนักศึกษาหญิง มีการรับรู้ด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน โรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีการรับรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่ แตกต่างกัน นักศึกษาที่มีอายุ ระดับชั้นปี ที่พักอาศัยต่างกัน มีการรับรู้ด้านความรู้ เจตคติและการ ปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

พัชรินทร์ บางท่าไม้ (2535 : 81-87) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพนักงานและคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสระบุรี โดย มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความรู้เรื่อง โรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หทัยชนก ชนะศิรินันท์ (2536 : 77) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนนายร้อยโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนนายร้อยโรงเรียนนายร้อยพระ จุลจอมเกล้า เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนนายร้อย โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าจังหวัด นครนายก จำนวน 5 ชั้นปีการศึกษา รวม 288 นาย ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อโรคเอดส์ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001

รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยม ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ในจังหวัด ราชบุรี จำนวน 432 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติ สิ่ง ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

อัจฉรา สนธิรัตน์ (2537 : 79-84) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว ในพื้นที่ที่พบอัตราการติดเชื้อเอดส์สูง

พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลยา สุห้วยพรหม (2538 : 101-102) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญและสายอาชีพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า การดูภาพยนตร์โป๊มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญและสายอาชีพ

สนิท พิงสาย (2539 : 90-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 365 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก

ชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 86-88) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่า ในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมได้แก่ นโยบายและหรือกฎ/ข้อบังคับของสถานประกอบการด้านการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข/สถานที่ต่างๆ ในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

ลำยอง หอมกลิ่นเทียน (2542 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนสายวิชาบริหารธุรกิจ ระดับประกาศนียบัตรชั้นสูงปีที่ 2 โรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 776 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาสายวิชาบริหารธุรกิจมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ในระดับปานกลาง และได้รับความรู้โรคเอดส์จากแหล่งข้อมูลต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2543 : 135-141) ศึกษา พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลาง มีเจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ในระดับดี

รัตนา วงษ์พิทักษ์โรจน์ (2543 : 129) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครปฐม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามแนวคิดของเบคเกอร์นั้นมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้โรคดำเนินรุนแรงขึ้น อีกทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารก

ระดับการศึกษา

จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเขตชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-21 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดคลองบางชื่อในกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ผลการศึกษาในเรื่องระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ คือ วัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่ำ

อรุรินทร์ เขมฤทธิอำพล (พนิดา เหมโลหะ. 2544 : 62 ; อ้างอิงจาก อรุรินทร์ เขมฤทธิอำพล. 2535. หน้า 93-94) ศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของนักศึกษาชายระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 352 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับดีมากทุกด้าน ทั้งด้านความรู้ทั่วไป การติดต่อและการป้องกัน มีเจตคติต่อโรคเอดส์ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอดส์ในระดับน้อยมาก และพบว่าระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพหลักของครอบครัวและสภาพการอยู่อาศัยของนักศึกษาไม่ได้ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ต่างกัน

กิตติมา อนันตอัศวกุล (ทองศักดิ์ มนสิมา. 2544 : 74-75 ; อ้างอิงจาก กิตติมา อนันตอัศวกุล. 2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปเขต 1 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประภาพรพรรณ เป็ลียนแก้ว (2540 : 105-107) ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาล สังกัดกองบัญชาการศึกษากรมตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และมีการปฏิบัติในการติดเชื้อโรคเอดส์ในระดับ ปานกลาง นักเรียนพลตำรวจที่มีอายุต่างกัน วุฒิการศึกษา ก่อนเข้ารับการศึกษาในโรงเรียน พลตำรวจต่างกัน ฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับ โรคเอดส์และการปฏิบัติในการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

รายได้

สุนันต์ รัตนรังสิกุล (2534 : บทคัดย่อ) ศึกษาระดับและเปรียบเทียบการรับรู้ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่ได้รับค่าใช้จายจากผู้ปกครองต่างกัน มีการรับรู้ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

จุไรรัตน์ จรรแสง (ชลธิชา กล้าคลองตัน. 2541 : 38 ; อ้างอิงจาก จุไรรัตน์ จรรแสง. 2536 : บทคัดย่อ) ศึกษาการเป็นกามโรคและผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจในผู้ป่วยชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจโรคที่สถานอนามัย ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะเป็นกามโรคน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำและในเรื่องของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรุณ มะหิณี (วัลภา ตั้งวชิรา. 2539 : 19 ; อ้างอิงจาก อรุณ มะหิณี. 2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของชายที่ใช้บริการและหญิงอาชีพพิเศษที่รับบริการตรวจกามโรคและโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 360 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์จากสื่อหนังสือพิมพ์ นิตยสาร หนังสือวิชาการ สื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้สูงจะเปิดรับข่าวสารจากสื่อประเภทต่าง ๆ ดังกล่าวมากกว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ต่ำ และพบว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์จากสื่อหนังสือพิมพ์ หนังสือวิชาการ สื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลบ่อยครั้ง จะมีผลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง สังเกต วินิจฉัยอาการผิดปกติได้ และมาพบแพทย์เมื่อยามเจ็บป่วย

ประภาพรณ เป็ลียนแก้ว (2540 : 105-107) ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาล สังกัดกองบัญชาการศึกษากรมตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติในการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

เรวดี อัมเือบ (2543 : 87) ศึกษาปัจจัยที่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนิสิตชายมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่า นิสิตชายที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ทั้งทางด้านการดำเนินชีวิตและด้านเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน

ทองศักดิ์ มนสิมา (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 368 ราย ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่มีรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน

จุฑามาส แสงทองดี (2547 : 155-156) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนนายร้อยตำรวจ โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนนายร้อยตำรวจชั้นปีที่ 1-4 ประจำปีการศึกษา 2546 จำนวนทั้งสิ้น 1,269 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนนายร้อยตำรวจที่มีความเพียงพอของรายได้ขณะศึกษาต่างกัันมี พฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส

สำเริง แสงเชื้อและคณะ (ชลธิชา กล้าคลองตัน. 2541 : 36 ; อ้างอิงจาก สำเริง แสงเชื้อ และคณะ. 2531. หน้า 56) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มที่แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกันจะใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่แต่งงานแล้วแต่แยกกันอยู่หรือเป็นหม้าย หย่าร้างและกลุ่มที่เป็นโสด ตามลำดับ

จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 65) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่สถานภาพสมรสคู่จะมีน้อยกว่าสถานภาพสมรสอื่น

ชัยสิทธิ์ รัตนสังวาลย์ (ชลธิชา กล้าคลองตัน. 2541 : 36 ; อ้างอิงจาก ชัยสิทธิ์ รัตนสังวาลย์. 2534. บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เป็นทหาร พบว่าสถานภาพสมรสโสด มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูงกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ

ชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 80-81) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่าในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยที่แรงงานชายชาวพม่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่า สถานภาพสมรสโสดและแยกกันอยู่

ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คันสนีย์ นัทธีศรี (2536 : 112) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มนักศึกษาชายปริญญาตรีวิศวกรรมศาสตร์ สายอาชีพศึกษา และสายอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้าน ครอบครัว ประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะการติดต่อโรคเอดส์ การรับรู้ ข่าวสารโรคเอดส์ และปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มนักศึกษาชายระดับปริญญาตรีสายอาชีพศึกษาและสายอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร พบว่านักศึกษาชายระดับปริญญาตรีสายอาชีพศึกษาและสายอุดมศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์แตกต่างกัน โดยมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้และปัจจัยทางด้าน เพศสัมพันธ์ ได้แก่ ประสบการณ์ป่วยเป็นกามโรคแตกต่างกัน

ชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 84) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่า ในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่แรงงานชายชาวพม่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าแรงงานชายชาวพม่าที่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการที่ได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่าโรคเอดส์ยังคงเป็นโรคที่น่าวิตกสำหรับบุคคลทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในวัยรุ่น และพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยด้านชีวสังคมบางประการถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญและน่าศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในกลุ่มทหารกองประจำการที่มีอายุ 18-25 ปี ยังอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งอาจยังขาดวุฒิภาวะและอาจมีความเชื่อที่ยังไม่ค่อยถูกต้อง การศึกษาให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของคนกลุ่มนี้น่าจะมีประโยชน์กับวงการสาธารณสุขไทย ที่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ระหว่างปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2,084 นาย (ฝ่ายสรรพกำลังมณฑลทหารบกที่ 21 : 2547)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 350 นาย มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973 : 125) โดยมีความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ไม่เกิน .05 และการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

สูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne}$$

เมื่อ	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ขนาดของประชากร
	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สํารวจจำนวนประชากรจริงในแต่ละค่าย โดยในแต่ละค่ายมีการจัดแบ่งหน่วยฝึกเป็นหน่วยต่างๆ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนประชากร จำแนกตามค่าย

ค่ายทหาร	จำนวนประชากร (นาย)
1. ค่ายสุรนารี	
- กองบัญชาการกองทัพบกที่ 2 และหน่วยขึ้นตรง	414
- กองพลทหารราบที่ 3	444
- มณฑลทหารบกที่ 21 และหน่วยขึ้นตรง	238
2. ค่ายสุรธรรมพิทักษ์	
- กองพันทหารราบที่ 1	104
- กรมทหารราบที่ 23 และหน่วยขึ้นตรง	205
- กองพันพัฒนาที่ 2	228
3. กองบัญชาการช่วยรบที่ 2 (บชร.2)	
- กองบังคับการบชร.2 กองพันซ่อมบำรุง กองพันขนส่ง	159
- กองพันส่งกำลังบำรุง กองพันเสนารักษ์	123
- กองพันกระสุน	110
4. โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	59
รวมทั้งสิ้น	2084

ที่มา : ฝ่ายสรรพกำลังมณฑลทหารบกที่ 21 (ทหารกองประจำการผลัด 1 ประจำปี พ.ศ. 2547)

2. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละค่ายโดยการคำนวณสัดส่วนร้อยละของประชากรจริง ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าย

ค่ายทหาร	จำนวนประชากร (นาย)	จำนวนตัวอย่างที่สุ่ม (นาย)
1. ค่ายสุรนารี	1096	185
2. ค่ายสุรธรรมพิทักษ์	537	90
3. กองบัญชาการช่วยรบที่ 2	392	65
4. โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	59	10
รวมทั้งสิ้น	2084	350

3. ดำเนินการสุ่มตัวอย่างในแต่ละค่ายโดยวิธีการจับฉลากเลือกหน่วยฝึก และคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากร้อยละของประชากรจริงในแต่ละค่าย ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหน่วยต่างๆ ที่คำนวณได้ในแต่ละค่าย

ค่าย	หน่วยที่สุ่มได้	จำนวนประชากร จริง (นาย)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (นาย)
1. ค่ายสุรนารี	1. กองพลทหารราบที่ 3	444	120
	2. มณฑลทหารบกที่ 21 และหน่วยขึ้นตรง	238	65
2. ค่ายสุรธรรม พิทักษ์	1. กองพันทหารราบที่ 1	104	30
	2. กรมทหารราบที่ 23 และหน่วยขึ้นตรง	205	60
3. บชร. 2	1. กองบังคับการ บชร.2, กองพันซ่อม บำรุงและกองพันขนส่ง	159	37
	2. กองพันส่งกำลังบำรุงและกองพันเสนา รักษ์	123	28
4. โรงพยาบาลค่าย สุรนารี	โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	59	10
รวมทั้งสิ้น		1332	350

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยจะสร้างข้อคำถามในการวัดการรับรู้ในแต่ละด้านเป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่มีความคิดเห็น ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งสื่อ อุปกรณ์ต่างๆจาก พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ผู้บังคับบัญชา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต ซึ่งในแต่ละข้อคือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นครั้งคราว และไม่ได้รับเลย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีตัวเลือก 3 ตัว คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามวัดปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลความหมายมีดังนี้

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ
ระดับความเห็น	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่มีความคิดเห็น	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ระดับความเห็น	คะแนน	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีเกณฑ์การให้คะแนน ระดับคะแนนข้อความทางบวก ระดับคะแนนข้อความทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ระดับความเห็น	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
เห็นด้วย	2	4
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	4	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

เกณฑ์การแปลความหมาย (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9) มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
3.67 – 5.00	การรับรู้ในระดับมาก
2.34 – 3.66	การรับรู้ในระดับปานกลาง
1.00 – 2.33	การรับรู้ในระดับน้อย

2. แบบสอบถามวัดสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลความหมายดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตัวเลือก	คะแนน	คะแนน
ได้รับเป็นประจำ	2	0
ได้รับเป็นครั้งคราว	1	1
ไม่ได้รับเลย	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 8-9) มีดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00	หมายถึง ได้รับสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33	หมายถึง ได้รับสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66	หมายถึง ได้รับสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติในระดับน้อย

3. แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
	คะแนน	คะแนน
ปฏิบัติประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติเลย	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 8-9) มีดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ระดับที่ไม่ดี
หรือต้องปรับปรุง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลในตำราวิชาการ วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างเครื่องมือในงานวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามด้านชีวิตสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพ จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถามด้านปัจจัยชีวิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ 5 ด้าน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจแก้ไข
5. นำแบบสอบถามที่สร้างและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข และหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยเลือกข้อคำถาม ที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 28 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ จำนวน 31 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 26 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 26 ข้อ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 27 ข้อ และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 46 ข้อ รวมทั้งหมด 184 ข้อ

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับทหารกองประจำการที่กองพันปืน ศูนย์การบินทหารบกจังหวัดลพบุรี จำนวน 55 นาย หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ได้ข้อคำถามดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ จำนวน 15 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 ข้อ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 15 ข้อ และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 25 ข้อ รวมทั้งหมด 100 ข้อ

7. นำแบบสอบถามที่ได้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามและตรวจในเรื่องของการใช้ภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

1.1 การพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญว่าสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการจะวัดหรือไม่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการจะวัด	ให้คะแนน +1 คะแนน
ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการจะวัด	ให้คะแนน 0 คะแนน
ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการจะวัด	ให้คะแนน -1 คะแนน

1.2 นำผลจากการให้คะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่า IC ในแต่ละข้อแล้วพิจารณาดังนี้ ถ้าได้ค่า IC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 แสดงว่าแบบสอบถามข้อนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งได้ข้อคำถามจำนวน 184 ข้อ แต่ถ้าได้ค่า IC น้อยกว่า 0.50 ก็แสดงว่าแบบสอบถามข้อนั้นไม่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ไม่สามารถนำไปใช้ได้ ต้องตัดทิ้งหรือนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่

2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

โดยการนำแบบสอบถามวัดปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและวัดพฤติกรรมการปฏิบัติที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้กับทหารกองประจำการในจังหวัดลพบุรีจำนวน 55 นาย แล้วนำไปหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected item to total correlation) แล้วเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 – 118) ได้ข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.22-0.69
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์	เท่ากับ 0.26-0.52
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.21-0.68

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.24-0.71
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.23-0.56
พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.22-0.74

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามวัดปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและวัดการปฏิบัติไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบาค (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.8061
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์	เท่ากับ 0.7574
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.7992
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.9030
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.7007
พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.7835

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการกองพลทหารบกที่ 3 ค่ายสุรนารี, ผู้อำนวยการมณฑลทหารบกที่ 21 และหน่วยขึ้นตรงค่ายสุรนารี, ผู้บังคับกรมทหารบกที่ 23 ค่ายสุรธรรมพิทักษ์, ผู้อำนวยการกองบัญชาการช่วยรบที่ 2, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสุรนารีและผู้บังคับกองพันปืน ศูนย์การบินทหารบก จังหวัดลพบุรี เพื่อขออนุมัติในการเข้าไปเก็บข้อมูลของทหารกองประจำการในแต่ละค่ายทั้งในการทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงหน่วยงานต่างๆเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในหน่วยฝึกต่างๆ ในแต่ละค่ายตามจำนวนที่คำนวณได้ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

4. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2548 ถึง 10 เมษายน พ.ศ. 2548 ได้แบบสอบถามทั้งสิ้น 420 ฉบับ

5. เลือกแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทางเพศ และมีความสมบูรณ์จำนวน 350 ฉบับ มาลงรหัสเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ดำเนินการวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการทดสอบสมมติฐาน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำคู่มือการลงรหัสและนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาลงรหัส
2. ตรวจสอบความถูกต้องในการลงรหัส
3. จัดกระทำกับข้อมูลในการป้อนข้อมูลในโปรแกรม
4. ดำเนินการประมวลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. แบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมของทหารกองประจำการ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ แยกตาม ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คำนวณเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง
3. แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คำนวณเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง
4. เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการตามตัวแปรด้านสถานภาพสมรส และประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการตามตัวแปรด้าน ระดับการศึกษาและรายได้ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) หรือวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2
6. เมื่อทดสอบตามข้อ 5 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการของเชฟเฟ (Scheffe)
7. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5 - 9

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 35)

$$\text{สูตร } P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 40)

$$\text{สูตร } \bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนตัวอย่าง

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 74)

$$\text{สูตร } S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบและวิเคราะห์ในเชิงปริมาณหรือตัวเลข (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

$$\text{สูตร } IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 115)

$$\text{สูตร } r_{xy} = \frac{\sum X_i Y_i - n \bar{X} \bar{Y}}{\sqrt{(\sum X^2 - n \bar{X}^2)(\sum Y^2 - n \bar{Y}^2)}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 X_i แทน คะแนนรายข้อที่ i
 Y_i แทน คะแนนรวมทั้งฉบับที่ 1
 $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ยรายข้อ
 $\bar{Y}$ แทน คะแนนเฉลี่ยทั้งฉบับ
 n แทน จำนวนข้อมูล

2.3 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach. 1970 : 161)

$$\text{สูตร } \alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
 K แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 $\sum S_i^2$ แทน ผลรวมความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$\sum S_i^2$ แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

3. การทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 177) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3 และ 4

$$\text{สูตร } t = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่พิจารณาใน t - distribution
	$\overline{X_1} - \overline{X_2}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 249) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 2

$$\text{สูตร } F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
	MS_B	แทน	Mean square ระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	Mean square ภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของเซฟเฟ (Scheffe) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 248)

$$\text{สูตร } CVd = \sqrt{(K-1)(F^*)(MS_{\text{Within}})(2/n)}$$

เมื่อ CVd แทน ค่าของเซฟเฟ

k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

F* แทน ค่า F ที่เปิดจากตาราง (critical value)

MS_{Within} แทน ค่า Mean square within group ที่คำนวณไว้แล้วในการวิเคราะห์ความแปรปรวน

n แทน จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

3.4 ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 322) ในการทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 5, 6, 7, 8 และ 9

$$\text{สูตร } r = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{(n\sum x^2 - (\sum x)^2)(n\sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

เมื่อ r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด X

$\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y

n แทน จำนวนคน

3.5 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยทดสอบค่าที (t-test) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 325)

สูตร
$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ t แทน สถิติสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และ
 r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และ y
 n แทน จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t – distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F – distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Mean of square)
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และการทดสอบสมมุติฐานยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับ .01 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับคะแนนตามตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา โดยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance หรือ F-test) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา โดยการหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตาราง ปรากฏตามตาราง 6-7

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของทหารกองประจำการ จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อมูลชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	80	22.90
มัธยมศึกษา	217	62.00
อุดมศึกษา	53	15.10
รวม	350	100.00
2. รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	245	70.00
5,000 – 7,000 บาท	36	10.30
มากกว่า 7,000 บาท	69	19.70
รวม	350	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	236	67.40
คู่	114	32.60
รวม	350	100.00
4. ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
เคย	47	13.40
ไม่เคย	303	86.60
รวม	350	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่าทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 นาย จำแนกได้ดังนี้

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.00 ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.90 และระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 15.10 ตามลำดับ

รายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70.00 รายได้ 5,000–7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.30 และรายได้มากกว่า 7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.70 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 67.40 และสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 32.60

ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 86.60 และเคยมีประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 13.40

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของทหารกองประจำการ จำแนกตามตัวแปรแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	297	84.00

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	56	16.00
ระดับน้อย	0	0
รวม	350	100.00
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์		
ระดับมาก	301	86.00
ระดับปานกลาง	49	14.00
ระดับน้อย	0	0
รวม	350	100.00
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	297	84.90
ระดับปานกลาง	53	15.10
ระดับน้อย	0	00
รวม	350	100.00
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	46	13.10
ระดับปานกลาง	171	48.90
ระดับน้อย	133	38.00
รวม	350	100.00
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	109	31.10
ระดับปานกลาง	222	63.50
ระดับน้อย	19	5.40
รวม	350	100.00
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับดี	194	55.40
ระดับปานกลาง	150	42.90
ระดับไม่ดีหรือต้องปรับปรุง	6	1.70
รวม	350	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 นาย จำแนกได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.00 รองลงมาก็คือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.00

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.00 รองลงมาก็คือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.00

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.90 รองลงมาก็คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 15.10

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.90 รองลงมาก็คือ ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 38.00 และระดับมากคิดเป็นร้อยละ 13.10

สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ได้รับสิ่งชักนำในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.50 รองลงมาก็คือระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 31.10 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 5.40

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 55.40 รองลงมาก็คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.90 และระดับไม่ดีหรือต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 1.70

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับคะแนนตามตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา โดยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ ปรากฏตามตาราง 8, 9, 10, 11, 12 และ 13

ตาราง 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ
จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับการรับรู้
1. การอาศัยบ้านเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยมีการป้องกันที่ถูกต้องจะไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี	4.01	0.87	มาก
2. การใช้ของมีคม เช่น ไข่มดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มสักผิวหนังร่วมกับผู้อื่นอาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้	4.19	1.00	มาก
3. การใช้กระบอกหรือเข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	4.31	0.94	มาก

ตาราง 8 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับการรับรู้
อาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้			
4. คนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอร่างกายแข็งแรง	3.32	1.18	ปานกลาง
ไม่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี			
5. คนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้	4.20	0.80	มาก
6. พวกรักร่วมเพศ เกย์ กะเทย ผู้ติดยาเสพติดและชายชอบเที่ยวหญิงบริการมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูง	4.40	0.79	มาก
7. ทารกแรกเกิดมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่เป็นโรคเอดส์ได้	4.27	0.76	มาก
8. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ถ้ามีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ	4.44	0.67	มาก
9. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแม้เพียงครั้งเดียว อาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้	4.43	0.70	มาก
10. การมีเพศสัมพันธ์ขณะที่มีประจำเดือนทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	3.59	0.99	ปานกลาง
11. การมีเพศสัมพันธ์จนเกิดบาดเจ็บเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	3.95	0.82	มาก
12. การร่วมเพศระหว่างเพศชายกับเพศชายมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าการร่วมเพศระหว่างเพศชายกับเพศหญิง	3.42	0.98	ปานกลาง
13. การใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	4.01	0.72	มาก
14. การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ ถ้าไม่สวมถุงยางอนามัย	4.47	0.63	มาก
15. การใช้ถุงยางอนามัยราคาแพง ทำให้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	3.32	1.10	ปานกลาง
รวม	4.02	0.35	มาก

จากตาราง 8 ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$, $S = 0.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ระดับปานกลางและไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับน้อย

ตาราง 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ เป็นรายข้อ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์	$\bar{x}$	S	ระดับการรับรู้
1. โรคเอดส์เป็นโรคร้ายที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	4.28	0.80	มาก
2. ผู้ป่วยโรคเอดส์จะเสียชีวิตทุกราย	4.30	0.76	มาก
3. การป่วยเป็นโรคเอดส์ทำให้ครอบครัววิตกกังวล	4.07	0.72	มาก
4. การรักษาโรคเอดส์ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก	4.07	0.80	มาก
5. ผู้ป่วยโรคเอดส์ทำให้เสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน	4.14	0.76	มาก
6. วัณโรคเป็นโรคที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี	3.91	0.77	มาก
7. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง	4.33	0.66	มาก
8. ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ ดอมน้ำเหลืองไหลหรือมีเชื้อราในปาก จะไม่แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น	3.27	1.11	ปานกลาง
9. น้ำนมของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีเชื้อเอชไอวีปะปนอยู่	3.95	0.81	มาก
10. บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีเชื้อที่สามารถติดต่อสู่ผู้อื่นได้	4.19	0.68	มาก
11. โรคเอดส์สามารถระบาดได้ทุกกลุ่มอายุ	4.31	0.74	มาก
12. โรคเอดส์เป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงต่อมนุษย์และสังคม	4.37	0.73	มาก
13. ผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องทนทุกข์ทรมานมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคอื่น	4.18	0.81	มาก
14. โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ร้ายแรงที่สุด เนื่องจากไม่มีทางรักษาให้หายขาด	4.34	0.67	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์	$\bar{x}$	S	ระดับการรับรู้
15. ผู้ป่วยโรคเอดส์ทำให้เกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศ	3.69	0.98	มาก
รวม	4.09	0.41	มาก

จากตาราง 9 ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.09$, $S = 0.41$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์อยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ระดับปานกลาง และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับน้อย

ตาราง 10 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ
จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายข้อ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับการรับรู้
1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเป็นสิ่งที่ทุกคนควรรู้	4.48	0.61	มาก
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยาก	4.15	0.76	มาก
3. การเข้าร่วมโครงการรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ ทำให้ท่านมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น	4.36	0.57	มาก
4. การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือดและน้ำเหลืองของผู้อื่น สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	3.93	0.81	มาก
5. การหลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม เช่น ไข่มุดโกน กรรไกรตัดเล็บ อุปกรณ์สักตามผิวหนังร่วมกับผู้อื่น จะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	4.13	0.71	มาก
6. การงดใช้กระบอกหรือเข็มฉีดยาร่วมกัน สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	4.25	0.66	มาก

ตาราง 10 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับการรับรู้
7. การบริจาคเลือดจะทำให้ได้รับการตรวจหา เชื้อเอชไอวี	4.05	0.77	มาก
8. ถ้ามาตรวจติดเชื้อเอชไอวี การให้นมบุตร จะทำให้บุตรติดเชื้อเอชไอวีได้	3.91	0.76	มาก
9. การตรวจเลือดก่อนแต่งงานสามารถป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีได้	4.45	0.67	มาก
10. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงที่น่ารัก ดุสะอาด จะปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี	3.40	1.15	ปานกลาง
11. การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	4.14	0.70	มาก
12. การเลือกใช้ถุงยางอนามัยที่มีขนาดเหมาะสมกับ อวัยวะเพศสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	3.75	0.85	มาก
13. การร่วมเพศทางปากและทวารหนักสามารถลด อัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	3.17	1.07	ปานกลาง
14. การมีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงจนเกิดบาดแผลเป็นการ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	3.91	0.81	มาก
15. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นวิธีที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	4.25	0.69	มาก
รวม	4.02	0.38	มาก

จากตาราง 10 ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$, $S = 0.38$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ระดับปานกลาง และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับน้อย

ตาราง 11 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ
จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายชื่อ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับการรับรู้
1. การศึกษาข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลาฝึก เป็นเรื่องยากลำบาก	3.10	1.01	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือด หรือน้ำเหลืองของ ทหารที่ได้รับบาดเจ็บเป็นเรื่องยุ่งยาก	2.86	0.99	ปานกลาง
3. การงดใช้ของมีคม เช่น ไขมีดโกน กรรไกรตัดเล็บ ร่วมกับผู้อื่นเป็นเรื่องยุ่งยาก	2.76	1.07	ปานกลาง
4. การงดมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการเป็นสิ่งที่ ปฏิบัติตามได้ยาก	2.82	1.16	ปานกลาง
5. การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันเป็น สิ่งที่กระทำได้ยาก	2.71	1.18	ปานกลาง
6. การใช้ถุงยางอนามัยกับคนคุ้นเคยทำให้รู้สึกเหมือน ไม่ไว้ใจกัน	3.14	1.12	ปานกลาง
7. การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ควร กระทำ	2.57	1.09	ปานกลาง
8. การไปตรวจหาเชื้อเอชไอวีทำให้ท่านเสียเวลา	2.42	1.10	ปานกลาง
9. การตรวจเลือดก่อนแต่งงานทำให้สิ้นเปลือง	2.25	1.05	น้อย
10. การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่อง ยุ่งยาก	2.41	1.10	ปานกลาง
11. การใช้ถุงยางอนามัยทำให้มีความรู้สึกทางเพศไม่ เป็นธรรมชาติ	3.20	1.10	ปานกลาง
12. การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีนั้นซับซ้อนตอนที่ยุ่ง ยากเกินกว่าที่จะปฏิบัติตามได้	2.45	1.04	ปานกลาง
13. ถุงยางอนามัยหาซื้อได้ยากในท้องตลาด	2.46	1.08	ปานกลาง
14. การไปซื้อถุงยางอนามัย ทำให้รู้สึกอับอาย เกรงว่าคนอื่นมองว่าท่านเป็นคนลามก	2.71	1.10	ปานกลาง
15. การศึกษาเอกสารคู่มือหรือรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับ โรคเอดส์เป็นเรื่องน่าเบื่อ	2.56	1.06	ปานกลาง
รวม	2.56	1.06	ปานกลาง

จากตาราง 11 ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.56$, $S = 1.06$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาได้แก่ระดับน้อย

ตาราง 12 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ

สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับการได้รับสิ่งชักนำ
1. ท่านทราบข้อมูลความรุนแรงของโรคเอดส์จากหนังสือพิมพ์	1.18	0.54	ปานกลาง
2. บุคคลในครอบครัวห้ามท่านเที่ยวกลางคืน	1.29	0.63	ปานกลาง
3. บิดา มารดาสอนให้ท่านรักเดียวใจเดียว	1.44	0.69	มาก
4. เพื่อนฝูงเตือนให้ท่านสวมถุงยางอนามัย ขณะร่วมเพศ	1.29	0.71	ปานกลาง
5. เพื่อนฝูงสอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัยให้ท่าน	0.85	0.75	ปานกลาง
6. เพื่อนฝูงชักชวนท่านตรวจหาเชื้อเอชไอวี	0.79	0.75	ปานกลาง
7. เพื่อนฝูงชวนท่านออกกำลังกาย	1.39	0.64	มาก
8. คู่รักของท่านเตือนให้ท่านสวมถุงยางอนามัย ขณะร่วมเพศ	1.02	0.74	ปานกลาง
9. หญิงขายบริการเตือนท่านสวมถุงยางอนามัย ขณะร่วมเพศ	1.45	0.73	มาก
10. คู่รักของท่านชักชวนท่านตรวจเลือดก่อนแต่งงาน	1.13	0.87	ปานกลาง
11. แพทย์ พยาบาลให้ความรู้ท่านเรื่องวิธีการใช้ ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง	1.33	0.58	ปานกลาง
12. เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขแจกถุงยางอนามัย ให้ท่าน	1.12	0.65	ปานกลาง
13. เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขสอนท่านตรวจสอบ สภาพถุงยางอนามัยก่อนการใช้งาน	1.10	0.66	ปานกลาง

ตาราง 12 (ต่อ)

สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับการได้รับสิ่งชักนำ
14. ผู้บังคับบัญชาห้ามท่านเที่ยวกลางคืน	1.57	0.64	มาก
15. ท่านหวาดกลัวอันตรายของโรคเอดส์จากการชม ละครโทรทัศน์	1.29	0.85	ปานกลาง
รวม	1.22	0.33	ปานกลาง

จากตาราง 12 ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา มีการได้รับสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.22$, $S = 0.33$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาได้แก่ระดับมาก และไม่มีสิ่งชักนำในข้อใดที่ทหารกองประจำการได้รับในระดับน้อย

ตาราง 13 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับพฤติกรรม การป้องกัน
1. ท่านใช้แปรงสีฟันร่วมกับผู้อื่น	1.17	0.55	ปานกลาง
2. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล	1.48	0.57	ดี
3. เมื่อท่านสงสัยว่ามีความผิดปกติ ท่านปรึกษาบุคลากร ทางการแพทย์	1.36	0.63	ดี
4. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน	1.71	0.59	ดี
5. ท่านใช้สารเสพติดโดยการสูดดม กิน หรือนัด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์	1.68	0.60	ดี
6. คู่นอนของท่านใช้ยาเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์	1.78	0.52	ดี
7. ท่านทำความสะอาดร่างกายหลังการมีเพศสัมพันธ์	1.56	0.66	ดี

ตาราง 13 (ต่อ)

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับพฤติกรรม การป้องกัน
8. ทำนงค์การมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีแผลที่อวัยวะเพศ	1.29	0.76	ปานกลาง
9. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้าโดย ไม่สวมถุงยางอนามัย	1.53	0.68	ดี
10. ท่านมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ฝ่ายหญิงมีประจำเดือน	1.50	0.66	ดี
11. ท่านใช้ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศ	1.25	0.65	ปานกลาง
12. ท่านศึกษาวิธีการใช้ถุงยางอนามัยก่อนการใช้	1.29	0.73	ปานกลาง
13. ก่อนการใช้ถุงยางอนามัยท่านตรวจสอบว่าไม่มี รอยร้าวหรือฉีกขาด	1.30	0.77	ปานกลาง
14. ก่อนการใช้ถุงยางอนามัยท่านตรวจสอบว่า ยังไม่หมดอายุ ของไม่มีรอยฉีกขาด	1.39	0.73	ดี
15. ท่านหลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันหรือโลชั่นต่างๆ หล่อลื่นถุงยางอนามัย	1.01	0.85	ปานกลาง
16. ท่านใช้ถุงยางอนามัยที่มีขนาดเหมาะสมกับ อวัยวะเพศ	1.50	0.67	ดี
17. เมื่อมีการหลั่งอสุจิแล้วท่านรีบถอดอวัยวะเพศออก และจับขอบถุงยางไว้โดยให้กระชับกับอวัยวะเพศ	1.14	0.77	ปานกลาง
18. ขณะรูดถุงยางออกจากอวัยวะเพศ ท่านระวังมิให้ สัมผัสกับส่วนที่สัมผัสช่องคลอด	1.25	0.77	ปานกลาง
19. ท่านใช้เครื่องมือที่ช่วยในการร่วมเพศร่วมกับผู้อื่น	1.65	0.60	ดี
20. เมื่อท่านมีความต้องการทางเพศท่านสำเร็จความใคร่ ด้วยตนเอง	0.97	0.59	ปานกลาง
21. ท่านเล่นกีฬา ดนตรี หรือกิจกรรมนันทนาการเมื่อ มีความต้องการทางเพศ	0.96	0.70	ปานกลาง
22. ท่านตรวจเลือดประจำปี	1.18	0.68	ปานกลาง
23. ท่านบริจาคโลหิตในสถานบริการของรัฐ หรือเอกชนที่ถูกกฎหมาย	1.27	0.74	ปานกลาง
24. ท่านจะตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนแต่งงาน	1.27	0.84	ปานกลาง

ตาราง 13 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{x}$	S	ระดับพฤติกรรม การป้องกัน
25. ท่านศึกษาวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากสื่อหรือบุคลากรทางการแพทย์	1.41	0.59	ดี
รวม	1.38	0.30	ดี

จากตาราง 13 ทหารกองประจำการจังหวัดนครราชสีมา มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 1.38$, $S = 0.30$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ได้แก่ ระดับดีและไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance หรือ F-test) ดังปรากฏตามตาราง 14-20

ตาราง 14 จำนวนคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{x}$	S	ระดับพฤติกรรมป้องกัน
ประถมศึกษา	80	1.32	0.33	ปานกลาง
มัธยมศึกษา	217	1.39	0.30	ดี
อุดมศึกษา	53	1.40	0.25	ดี
รวม	350	1.38	0.30	ดี

จากตาราง 14 แสดงว่าทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่ได้รับการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 1.40$, $S = 0.25$) ระดับมัธยมศึกษาามีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 1.39$, $S = 0.30$) และระดับประถมศึกษาามีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.32$, $S = 0.33$)

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	ss	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	0.396	0.198	2.155	0.117
ภายในกลุ่ม	347	31.912	0.092		
รวม	349	32.308			

จากตาราง 15 แสดงว่าทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่าทหารกองประจำการที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน

ตาราง 16 จำนวนคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ จำแนกตามรายได้

รายได้	n	$\bar{x}$	S	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน
ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	245	1.35	0.31	ดี
5,000 – 7,000 บาท	36	1.37	0.33	ดี
มากกว่า 7,000 บาท	69	1.46	0.24	ดี
รวม	350	1.38	0.30	ดี

จากตาราง 16 แสดงว่าทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่มีรายได้มากกว่า 7,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด ($\bar{x} = 1.46$, $S = 0.24$) รองลงมาได้แก่รายได้ 5,000 – 7,000 บาท ($\bar{x} = 1.37$, $S = 0.33$) และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($\bar{x} = 1.35$, $S = 0.31$) ซึ่งทหารกองประจำการกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	ss	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	0.639	0.319	3.498*	0.031
ภายในกลุ่ม	247	31.670	0.091		
รวม	249	32.309			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่าทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าทหารกองประจำการที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน จึงทำการทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' test) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายคู่ของทหารกองประจำการ จำแนกตามรายได้

รายได้ (บาท)		< 5,000 บาท	5,000-7,000 บาท	> 7,000
	$\bar{x}$	1.35	1.37	1.46
< 5,000 บาท	1.35	-	.02	.11*
5,000-7,000 บาท	1.37	-	-	.09
>7,000 บาท	1.46	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่าทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่มีรายได้มากกว่า 7,000 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ส่วนอื่นๆไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\bar{x}$	S	t	p
โสด	236	1.38	0.301	0.290	0.590
คู่	114	1.38	0.311		

จากตาราง 19 แสดงว่าทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าทหารกองประจำการที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน

ตาราง 20 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ จำแนกตามประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	n	$\bar{x}$	S	t	p
เคย	47	1.43	0.33	1.90	0.169
ไม่เคย	303	1.37	0.30		

จากตาราง 20 แสดงว่าทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่มีประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าทหารกองประจำการที่มีประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	n	r	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	350	0.286**	0.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์	350	0.329**	0.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	350	0.446**	0.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	350	-0.324**	0.000
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	350	0.429**	0.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 21 แสดงว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5,6,7 และ 9

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการจังหวัดนครราชสีมา

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ทหารกองประจำการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกัน
2. ทหารกองประจำการที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกัน
3. ทหารกองประจำการที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกัน
4. ทหารกองประจำการที่มีประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกัน
5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

6. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

7. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

8. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

9. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2,084 นาย (ฝ่ายสรรพกำลังมณฑลทหารบกที่ 21 : 2547)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 350 นาย ซึ่งได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973 : 125) และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมของทหารกองประจำการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประสบการณ์ทางเพศ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการจำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่มีความคิดเห็น ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ แบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน

15 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย เป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ จำนวน 25 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และระดับ .01 โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ จำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับคะแนนตามตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา โดยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา จำแนกตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance หรือ F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-4 นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้าน กับ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5-9 นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ปรากฏผลดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม

ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.00 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 67.40 และไม่มีประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 86.60

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ

ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.00 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.00 มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.90 มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.90 และมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.50

3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 55.40

4. การทดสอบสมมติฐานสรุปผลได้ดังนี้

1. ทหารกองประจำการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน
2. ทหารกองประจำการที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ทหารกองประจำการที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน
4. ทหารกองประจำการที่มีประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน
5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r=0.286$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r=0.329$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r=0.446$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($-r=0.324$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

9. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r=0.429$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากขณะนี้โรคเอดส์เป็นโรคที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญมากโรคหนึ่ง เพราะเป็นโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลอย่างมากทั้งทางด้านกำลังคน กำลังสมองและทรัพยากรในด้านต่างๆ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ ขณะเดียวกันผู้ติดเชื้อที่มีโรคแทรกซ้อนบางอย่าง เช่น วัณโรค สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่น ๆ ในสังคมได้อย่างรวดเร็วทำให้ประเทศชาติต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการรักษาอย่างมาก ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการรณรงค์ให้มีการป้องกันโรคในด้านต่างๆ อย่างกว้างขวาง เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ อีเล็กทรอนิกส์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ และที่ทราบกันดีว่าเป็นโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่ายมากและอัตราการเกิดยังสูงในเพศชาย ดังนั้นทหารกองประจำการซึ่งอยู่ในวัยรุ่นตอนปลายที่กำลังอยากรู้อยากลอง และยังมีความต้องการทางเพศ ซึ่งเป็นกฎของธรรมชาติของมนุษย์ จึงต้องมีการศึกษาข้อมูลเพื่อหาทางป้องกันตนเอง ซึ่งแหล่งข้อมูลก็มีอยู่อย่างกว้างขวาง ทำให้การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปโดยง่าย อีกทั้งในหน่วยทหารก็มีการให้ข้อมูลกำลังพลในสังกัด โดยการเชิญวิทยากรจากวงการสาธารณสุขไปให้ความรู้ร่วมด้วย จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ทหารกองประจำการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมนต์ รัตนรังสิกุล (พุทธนาภาระพันธ์, 2546 : 18 ; อ้างอิงจาก สมนต์ รัตนรังสิกุล, 2534, หน้า 81-87) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพลศึกษา พบว่า การรับรู้ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ พรสุข พุณนิรันดร์ (2543 : 135-141) ศึกษา พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรค

เอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ และการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับ ปานกลาง มีเจตติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ในระดับดี และการศึกษาค้นคว้านี้ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยชนก ธนะศิรินันท์ (2536 : 77) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนนายร้อยโรงเรียนนายร้อยพระ จุลจอมเกล้า โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและ ประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนนายร้อยโรงเรียนนายร้อย พระจุลจอมเกล้า เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนนายร้อย โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าจังหวัด นครนายก จำนวน 5 ชั้นปีการศึกษา รวม 288 นาย ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อโรคเอดส์ในระดับปานกลาง

2.ระดับการศึกษา

ทหารกองประจำการที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ทหารกองประจำการที่มีระดับ การศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า เนื่องจากสถานการณ์โรคเอดส์ของประเทศไทยในปัจจุบันมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผล กระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่ รับผิดชอบโดยตรงจึงมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆอย่างต่อเนื่อง ทหารกอง ประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนั้น ปัจจุบันในหน่วยทหารจะมีการให้ความรู้ เรื่องโรคติดต่อตั้งแต่แรกที่เข้าหน่วยฝึก เนื่องจากทหารกองประจำการต้องปฏิบัติกิจวัตรและ อาศัยหลับนอนร่วมกัน หลังจากนั้นก็จะมีการติดตามให้ความรู้เป็นระยะๆ ซึ่งมีการประสานงาน กับกรมแพทย์ทหารบกหรือเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุข ด้วยสาเหตุที่โรคเอดส์เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความรุนแรง ซึ่งหากเป็นแล้วจะไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วย จะต้องสูญเสียภาพลักษณ์และงบประมาณอย่างสูงในการรักษา ประกอบกับสังคมส่วนใหญ่ยังไม่ ให้การยอมรับ ผู้ป่วยจะต้องได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อทหาร กองประจำการกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จึงเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค แม้จะมีระดับความรู้ที่ต่างกัน แต่มีความกลัวต่อโรคร้ายเหมือนกัน จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อูรินทร์ เขมฤทธิอำพล (พนิดา เหมโลหะ, 2544 : 62 ; อ้างอิงจาก อูรินทร์ เขมฤทธิอำพล, 2535, หน้า 93-94) ซึ่งได้ศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของ นักศึกษาชายระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 352 คน ผลการศึกษา

พบว่านักศึกษามีระดับการศึกษาต่างกันไม่ได้ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพรณ เป็ลียนแก้ว (2540 : 105-107) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการ ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนพลตำรวจโรงเรียนตำรวจนครบาล สังกัดกองบัญชาการศึกษากรมตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนพลตำรวจโรงเรียนตำรวจนครบาลที่มีวุฒิการศึกษาก่อนเข้ารับการศึกษานในโรงเรียนพลตำรวจต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติในการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน แต่ การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมา อนันต์อัครกุล (ทงนศักดิ์ มนสิมา. 2544 : 74-75 ; อ้างอิงจาก กิตติมา อนันต์อัครกุล. 2539. บทคัดย่อ) ศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยนอกที่มา รับบริการในโรงพยาบาล ทัวไปเขต 1 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการที่มีระดับ การศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. รายได้

ทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมาที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 ที่ว่า ทหารกองประจำการที่มีรายได้ต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกัน โดยพบว่า ทหารกองประจำการที่มีรายได้สูงที่สุด คือ มากกว่า 7,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีกว่าทหารกองประจำการที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน อภิปรายได้ว่า ในการป้องกันโรคเอดส์ นอกจากจะมีความรู้และความเข้าใจแล้ว ใน การปฏิบัติบางครั้งจำเป็นต้องมีรายจ่ายอื่นๆ เช่น การซื้อหาถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับ หญิงที่ไม่ใช่ภรรยาตน และการเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาความสะอาดส่วนบุคคล และเครื่องมือ เครื่องใช้ที่อาจจะต้องใช้ร่วมกับผู้อื่น ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าจำเป็นต้องใช้จ่ายเฉพาะในสิ่งที่มี ความจำเป็นในการดำรงชีพ จึงอาจจะทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยมองข้ามความสำคัญในการป้องกัน ตนเอง ซึ่งอาจมองว่าสิ่งเหล่านั้นไม่ทำให้เกิดการติดต่อของโรคเอดส์ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำ ให้ทหารกองประจำการที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จุไรรัตน์ จรรแสง (ชลธิชา กล้าคลองตัน. 2541 : 38 ; อ้างอิงจาก จุไรรัตน์ จรรแสง. 2536. บทคัดย่อ) ศึกษาการเป็นกามโรคและ ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจในผู้ป่วยชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ไปรับการตรวจโรคที่ สถานีอนามัย ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะเป็นกามโรคน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ และใน เรื่องของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ เรวดี อัมเอบ (2543 : 87) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของนิสิตชายมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่านิสิตชายที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันจะมีพฤติกรรม

การป้องกันโรคเอดส์ทั้งทางด้านการดำเนินชีวิตและด้านเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ ประภาพรณ เปลี่ยนแก้ว (2540 : 105-107) ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาล สังกัดกองบัญชาการศึกษารมตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนพลตำรวจโรงเรียนตำรวจนครบาลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปฏิบัติในการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาส แสงทองดี (2547 : 155-156) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนนายร้อยตำรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนนายร้อยตำรวจชั้นปีที่ 1-4 ประจำปีการศึกษา 2546 จำนวนทั้งสิ้น 1,269 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนนายร้อยตำรวจที่มีความเพียงพอของรายได้ขณะศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน

4. สถานภาพสมรส

ทหารกองประจำการที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกันสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ทหารกองประจำการที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความรุนแรง เมื่อเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และสังคมไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ ผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคตระหนักถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ ก็จะพยายามป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับเชื้อ ไม่ว่าตนเองจะอยู่ในสภาพโสดหรือคู่ เพราะเมื่อติดเชื้อหรือป่วยเป็นโรคก็จะมีผลกระทบโดยตรงต่อตนเอง ขณะเดียวกันทหารกองประจำการกลุ่มตัวอย่างต้องพักอาศัยร่วมกันในค่ายทหาร ซึ่งมีกฎระเบียบ ข้อบังคับตลอดจนกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติร่วมกันอย่างเคร่งครัด พฤติกรรมการป้องกันโรคที่แสดงออกจึงมีความคล้ายคลึงกัน การศึกษาในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สำเร็จ แสงชื่อและคณะ (ชลธิชา กล้าคลองตัน 2541 : 36 ; อ้างอิงจาก สำเร็จ แสงชื่อและคณะ. 2531. หน้า 56) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มที่แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกันจะใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่แต่งงานแล้วแต่แยกกันอยู่หรือเป็นหม้าย หย่าร้างและกลุ่มที่เป็นโสด ตามลำดับ การศึกษาของ ชัยสิทธิ์ รัตนสังวาลย์ (ชลธิชา กล้าคลองตัน. 2541 : 36 ; อ้างอิงจาก ชัยสิทธิ์ รัตนสังวาลย์. 2534. บทคัดย่อ) ศึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เป็นทหาร พบว่า สถานภาพสมรสโสด มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูงกว่าสถานภาพอื่นๆ และชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 80-81) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่าในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบว่ากลุ่มแรงงานชายชาวพม่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่าสถานภาพโสดและแยกกันอยู่

5. ประสพการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ทหารกองประจำการที่มีประสพการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าทหารกองประจำการที่มีประสพการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า เนื่องจากโรคเอดส์เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเมื่อเป็นแล้วสภาพร่างกายทรุดโทรม มีการแสดงออกของโรคให้เห็นอย่างรวดเร็วเมื่อดูแลตัวเองไม่ถูกต้อง เช่น ร่างกายผ่ายผอม ผิวลำ มีแผลพุพองตามผิวหนัง ที่สำคัญสังคมไทยยังไม่ให้การยอมรับ ยังรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตรอยู่ในสังคมอย่างทุกข์ทรมาน จึงเป็นเหตุผลให้ทหารกองประจำการพยายามป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคเอดส์ เพราะการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวก็สามารถติดโรคได้ ดังนั้นทหารเกณฑ์ที่เคยมีประสพการณ์หรือไม่มีก็ย่อมมีความกลัวต่อโรคเอดส์ ส่งผลให้ทหารกองประจำการที่มีประสพการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คันสนีย์ นัทธีศรี (2536 : 112) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มนักศึกษาชายปริญญาตรีวิศวกรรมศาสตร์ สายอาชีวศึกษาและสายอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านครอบครัว ประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะติดต่อโรคเอดส์ การรับรู้ข่าวสารโรคเอดส์ และปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์โรคเอดส์ ในกลุ่มนักศึกษาชายระดับปริญญาตรี สายอาชีวศึกษาและสายอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า นักศึกษาชายระดับปริญญาตรีสายอาชีวศึกษาและสายอุดมศึกษาที่มีปัจจัยทางด้านเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ประสพการณ์ป่วยเป็นกามโรคแตกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์แตกต่างกัน และ ชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 84) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่า ในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเลจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าแรงงานชายชาวพม่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าแรงงานชายชาวพม่าที่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าทหารกองประจำการมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.00 และมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระดับดี ซึ่งเบคเกอร์ กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลนั้นได้ (วิริยา สุขวงศ์. 2545 : 25 ; อ้างอิงจาก Becker , et al. 1977. p. 366) ทั้งนี้ก็ปรายได้ว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่ติดต่อดีง่าย แม้ร่วมเพศเพียงครั้งเดียว และเมื่อติดเชื้อแล้วโอกาสที่จะเป็นโรคแทรกซ้อนอื่นๆมีมากมาย เช่น ติดเชื้อวัณโรค ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งเมื่อมีโรคแทรกซ้อนแล้วก็อาจจะทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ และอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทหารกองประจำการมีความรู้และเข้าใจว่าเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่นสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ การใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธีมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการโดยไม่สวมถุงยางอนามัยก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้เช่นกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ทหารกองประจำการที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสัชย (พนิดา เหมโลหะ. 2544 : 57 ; อ้างอิงจาก เอื้อมพร กาญจนรังสัชย. 2532. หน้า 87-88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูติทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับบริการถอนพิษที่วัชรพยาบาลและโรงพยาบาลตากสิน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ พัชรินทร์ บางท่าไม้ (2535 : 81-87) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพนักงานและคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสระบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ ชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 86-88) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่า ในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วอลเตอร์และคณะ (Warter, et al. 1992 : 528-532) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ระดับ 10 จำนวน 531 คน ในนิวยอร์กปีค.ศ 1990 พบว่าปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ปัจจัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และการศึกษาของ รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ ในจังหวัดราชบุรี

จำนวน 432 คน ผลการศึกษาพบว่าโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่าทหารกอง ประจำการมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์อยู่ในระดับมากและมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี อภิปรายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ ประเมินว่าจะมีความรุนแรงต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต หรือต้องใช้ระยะเวลา ในการรักษายาวนาน อาจแตกต่างจากการประเมินความรุนแรงของแพทย์ การรับรู้ความรุนแรง ของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Threat) ของโรคว่ามากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะ คุกคามนี้เป็นสิ่งที่ไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง (กองสุศึกษา. 2542 : 25 ; อ้างอิงจาก Beeker, Marshall H. 1974. Health Education Monographs. p 409-417) ประกอบกับโรคเอดส์เป็นโรคที่ทุกคนทราบว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งในการรักษาจะต้อง เสียค่าใช้จ่ายสูง และอาการของโรคจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง ติด เชื้อโรคต่างๆได้ง่าย ไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างคนปกติ ขณะเดียวกับสังคมยังไม่ให้การยอมรับ สิ่งเหล่านี้ทหารกองประจำการอาจจะกลัวว่าเมื่อตนป่วยเป็นโรคแล้วจะไม่สามารถดำรงชีวิตใน สังคมปกติได้ จึงทำให้ต้องระมัดระวังตนเอง ป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึง ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มอนท์ โกเมอรี่ และคณะ (Montgomery , et al. 1989 : 304) ได้ทำการวิจัยในเรื่องความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักร่วมเพศ โดยการศึกษาแบบ โคฮอร์ต (Cohort) เป็นเวลานานถึง 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษา ของ พัทรินทร์ บางท่าไม้ (2535 : 81-87) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพนักงาน และคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดสระบุรี โดย มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วอลเตอร์ และคณะ (Warter, et al. 1992 : 528 – 532) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค เอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ระดับ 10 จำนวน 531 คน ใน นิวยอร์ก ปีค.ศ 1990 พบว่าปัจจัย

ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และการศึกษาของ ชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 86-88) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานชายชาวพม่า ในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

8. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่าทหารกองประจำการส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก และมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับมาก อภิปรายได้ว่า บุคคลเมื่อมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรง หรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนต่างๆ บุคคลจะทำการประเมินค่า ใช้จ่าย และนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อที่ว่าเป็นสิ่งที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค (กองสุศึกษา. 2542 : 25 ; อ้างอิงจาก Backer Morshall H.1974. Health Education Monographs. p 409-417) จากการศึกษา ทหารกองประจำการในแต่ละค่ายจะได้รับความรู้ในเรื่องการป้องกันโรค ซึ่งวิธีการป้องกันนั้นได้แก่วิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องเมื่อร่วมเพศ หลีกเลี่ยงการเที่ยวหญิงขายบริการ การฉีดยาเสพติดร่วมกัน การดื่มสุราทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ การร่วมเพศโดยใช้ปากหรือทวารหนัก ซึ่งวิธีการเหล่านี้ไม่เป็นเรื่องที่ยุ่งยากสำหรับทหารกองประจำการ เพราะทหารอาจจะเห็นว่าการกระทำดังกล่าวเป็นประโยชน์แก่ตนเอง ในการ ป้องกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์ และโจเซฟ (Becker and Joseph. 1988 : 394-410) ศึกษาถึงอิทธิพลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคเอดส์ของบุคคลทั่วไป พบว่าการ รับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีของบุคคล การศึกษาของ มอนท์ โกลเมอร์รี่ และคณะ (Montgomery, et al . 1989 : 304) ได้ทำวิจัยในเรื่องความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายรักร่วมเพศ โดยการศึกษาแบบ

โคฮอร์ต (Cohort) เป็นเวลานานถึง 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคเอดส์ รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ในจังหวัดราชบุรี จำนวน 432 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 86-88) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่า ในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

9. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความล้าชวย เป็นต้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมดังกล่าว (กองสุขศึกษา. 2542 : 19 อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974. *Health Education Monographs*. p 353-365) ทหารกองประจำการเมื่อทราบถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ และแนวทางการป้องกันแล้ว แต่ในการปฏิบัติบางประการก็อาจมีการหลีกเลี่ยง เช่น การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน อาจด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจหรือความความพร้อมด้านอื่นๆ บางครั้งอาจคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเป็นเรื่องน่าเบื่อ สิ้นเปลือง บางคนอาจคิดว่าหญิงที่ตนมีเพศสัมพันธ์ด้วยนั้นอาจไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี หรือคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัยเพียงครั้งเดียว ไม่สามารถทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ประกอบกับทหารกองประจำการส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ซึ่งอาจจะต้องประหยัดค่าใช้จ่ายส่วนนี้ นอกจากนี้การแนะนำให้ทหารกองประจำการไม่สำส่อนทางเพศ ไม่รวมหลับนอนกับหญิงที่ไม่รู้จักอาจเป็นเรื่องลำบาก เพราะทหารกองประจำการเป็นวัยเจริญพันธุ์ มีความต้องการทางเพศมากกว่าวัยอื่น ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ทหารกองประจำการมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา เหมโลหะ (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน

มัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ยิ่งทอง (2537 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยม ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ จังหวัดราชบุรี จำนวน 432 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และ ชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 86-88) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่า ในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

10. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่า ทหารกองประจำการได้รับสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับดี สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่ส่งเสริม ใ้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 11) กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพว่าจะมีความสมบูรณ์ ควรศึกษาสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ชนิด คือ สิ่งชักนำภายในเป็นการรับรู้สภาวะร่างกายของตนเองและสิ่งชักนำภายนอกเป็นส่ภายนอกคนที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์จากสื่อสารมวลชน คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแรงกดดัน หรือ แรงสนับสนุนจากสังคม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวสนับสนุน ให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งโรคเอดส์เป็นที่ทราบกันว่าเมื่อเป็นแล้วมีความรุนแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สุขภาพจะทรุดโทรม เมื่อมีอาการแสดงออกมาสังคมก็รังเกียจ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างคนปกติได้ ทหารกองประจำการอาจมีความตระหนักในเรื่องนี้ เมื่อได้รับสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา กล้าคลองตัน (2541 : 86-88) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่า ในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าปัจจัยด้าน สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ นโยบายและหรือกฎ ข้อบังคับของสถานประกอบการด้านการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องการศึกษาของ จุฑามาส

แสงทองดี (2547 : 159-160) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนนายร้อยตำรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนนายร้อยตำรวจชั้นปีที่ 1-4 ประจำปีการศึกษา 2546 จำนวนทั้งสิ้น 1,269 คน ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าทหารกองประจำการมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ยังมีพฤติกรรมบางด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง และควรได้รับการแก้ไข ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านกิจวัตรประจำวัน พบว่า ยังมีการใช้แปรงสีฟันร่วมกัน
2. พฤติกรรมด้านการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ยังมีเพศสัมพันธ์ขณะอวัยวะเพศมีบาดแผล และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยยังไม่ถูกต้อง
3. พฤติกรรมด้านความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองบางด้าน ทหารกองประจำการยังขาดความตระหนักที่จะปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในด้านพฤติกรรมตรวจเลือดประจำปี การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีก่อนแต่งงาน

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ทหารกองประจำการมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ดีในระดับหนึ่งซึ่งพบว่าเมื่อมีความเจ็บป่วยจะเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานและปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ แต่บางด้านยังขาดความใส่ใจที่จะปฏิบัติ อาจเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจหรือขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติป้องกันโรค

นอกจากนั้นผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบควรให้ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเน้นให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงหรือผลกระทบเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งประโยชน์จากการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้องและควรจัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันโรค เช่น การให้บริการถุงยางอนามัยอย่างเพียงพอ ฝึกฝนทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งการจัดเตรียมเอกสารหรือแหล่งค้นคว้าเพื่อเอื้อให้ทหารมีความสะดวกในการหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
2. ควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
3. ควรมีการจัดโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). โรคเอดส์. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.anamai.moph.go.th>. วันที่สืบค้น 1 ธันวาคม 2546.
- กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รู้ทันเอดส์. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.aids-thai.org>. วันที่สืบค้น 1 ธันวาคม 2546.
- กองสุขศึกษา สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลยา สุร่ายพรหม. (2528). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาสายสามัญ และสายอาชีพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- โกวิทย์ พัฒนาปัญญาสัตย์ และคณะ. การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้จากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ด้านชีววิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). "ความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ. (2544). การรับรู้ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และครอบครัว. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.
- จารุรัตน์ เจียมประชาชนรากร. (2537). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาชาย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- จินตนา เหลืองสุวาลัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- จุฬามาต แสงทองดี. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนโรงเรียนนายร้อยตำรวจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

- (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- เฉลิมพล ตันสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด
สามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- ชยันทร ปทุมานนท์. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยา Zidovudine ในผู้ป่วยเอดส์.
กรุงเทพฯ : ทบวงมหาวิทยาลัย.
- ชลธิชา กล้าคลองตัน. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการป้องกัน
โรคเอดส์ของแรงงานชายชาวพม่า ในกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล
จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม.กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, บรรจง คำหอมกุลและเอนก หิรัญรักษ์. (2532). คู่มือโรคเอดส์.
กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2534). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ดรุณี รุจกรกานต์, และคณะ. (2542). คู่มืออบรมเยาวชนเพื่อรณรงค์การติดเชื้อเอชไอวี.
กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทองศักดิ์ มนสิมา. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. (2544). "สุขภาพและพฤติกรรม" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา
และการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 1 – 8. นนทบุรี : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นันทวัน ยันตะติลก และคณะ. (2541). รู้ทันเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : กรมควบคุม
โรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญสม วีระพิบูลย์. (2534). โรคเอดส์ในแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว
กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.
- บุษบา ใจกล้า. (2533). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมป้องกัน
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัดปราจีนบุรี.
วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- เบญจา ยอดดำเนิน แอ็ดดิกส์ และคณะ. (2542). พฤติกรรมสุขภาพ : ปัญหา ตัวกำหนดและ
ทิศทาง. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประพันธ์ ภานุภาค. (2540). โรคเอดส์และตัวทำน ปี 2541. กรุงเทพฯ : สมาคมชาดไทยและคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาพรรณ เปลี่ยนแก้ว. (2544). ความรู้เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนพลตำรวจนครบาล สังกัดกองบัญชาการศึกษากองตำรวจ. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). "การประเมินสภาวะการณ์ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์", วารสารสุขศึกษา. 16(3) : หน้า 71 – 77.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. (2545). โรคติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์ และติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์-นารีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- พนมศรี เสาวสาร. (2531). พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- พินดา เหมโลหะ. (2544). พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- พรสุข หุ่นรินทร์. (24543). รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พรสุข หุ่นรินทร์. (2545). พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัชรินทร์ บางท่าไม้. (2535). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในชายวัยทำงานในจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (วิจัยประชากรและสังคม). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- มนทกานต์ มีชูเวช. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ สังกัดกองพันทหารราบ โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย

- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. (2534). การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ยุทธนา ภาระนันท์. (2546). การศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมกำป้องกันเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบางกะปิ กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- รัตนา วงษ์พิทักษ์โรจน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนสังคมกับพฤติกรรมกำปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : บริษัทนานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น จำกัด. หน้า 768.
- รุ่งศรี ยุ่งทอง. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคเอดส์ ของพนักงานในสถานเริงรมย์ ในเขตจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- เรวดี อิมเอิบ. (2543). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคเอดส์ของนิสิตชาย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. อัดสำเนา.
- ลำยอง หอมกลิ่นเทียน. (2542). พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาสายวิชาบริการธุรกิจระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ชั้นปีที่ 2 โรงเรียนอาชีวศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- วัลภา ตั้งวชิรา. (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคเอดส์ของสตรีขายบริการทางเพศ : กรณีศึกษาที่ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 5 นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ปรินญาณินพนธ์วิทยาศาสตรบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. อัดสำเนา.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- คันสนีย์ นัทธีศรี. (2536). การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดโรคเอดส์ในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิศวกรรมศาสตร์ สายอาชีวศึกษา และสายอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). ข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://epid.moph.go.th>. วันที่สืบค้น 1 ธันวาคม 2546.
- สถาพร มานัสสถิตย์. (2538). ถามตอบปัญหาโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองรัตน์พรินต์ติ้งจำกัด.
- สนิท พึ่งสาย. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- สุกัญญา ฌรงวิทย์. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในผู้หญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร.). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย เอส พี เอส เอส. กรุงเทพฯ : สำนักงานคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร .
- สุนีย์ โอภาสศิริวิทย์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สุปรีดา มหาสุข. (2547). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์. กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- สุนนต์ รัตนรังสิกุล. (2534). การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, สุวัชัย อินทรประเสริฐ และสัญญา ภัทรราชย์. (2540). เอดส์ในสุติกรรมและวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- สุรินทร์ กลัมพากร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาของผู้ขับขี่ยานยนต์นั่งสาธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- เสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวชกิจ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

- ครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อุดรธานี.
บรรณาธิการ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องโรคเอดส์กับการรับรู้
พฤติกรรมของการเป็นโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดรธานี.
- อรชร ศรีไทยล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปริญญา
โท กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. อุดรธานี.
- อรุณ รัชธรรม. (2544). "การศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ในองค์กร" ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
พฤติกรรมมนุษย์ในองค์กร หน่วยที่ 1 – 7. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดอรุณการ
พิมพ์.
- Allard, R. (1989, April). "Belief about AIDS as Determinant of Preventive Practices and
of Support for Coercive Measures," *American Journal Public Health*. 79(4) :
448 - 452.
- Becker, M.H. and Joseph, I.G. (1988, April). Attitudes and Behavioral Change to Reduce
Risk : A Review, 84, 191-215.
- Bush, P.J., & Iannotti, R.J. (1990). A Children's Health Belief Model. *Medical care*.
New York : Macmillan Publishing.
- Cronbach, Lee Joseph. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. 3rd ed.
New York : Harper and Row.
- Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K. (1997). "The scope of health promotion and
health education," *Health Behavior and Health Education*. 2nd ed.
San Francisco : Jossey - Bass Publishers.
- Gochman, David S. (1988). "Health Behavior Plural Perspectives,". In David S. Gochman
(Ed.), *Health Behavior Emerging Research Perspectives*. New York : Plenum
Press.
- Hall J C. (1982). "The Relationship of Health Belief, Health Locus of Control and Self
Concept to the Practice of Breast Self Examination in Adult Woman," *Nursing
Research*. 31 : 137-142;
- Montgomery, J.B, et al. (1989, Winter). "The Health Belief in understanding
Compliance with preventive Recommendation for AIDS : How useful?," *AIDS
Education Prevention*. 4 : 303-323.

- Pasick Rena J. (1997). "Socioeconomic and cultural factors in the development and use of Theory," *Health Behavior and Health Education*. 2nd ed. San Francisco : Jossey - Bass Publishers.
- Rosenstock, I. M. (1974). "Historical Origins of the Health Belief Model," *Health Education Monographs* 2. 4 : 2-380.
- Rosenstock, Irwin M. (1974). "Historical Origins of the Health Belief Model," *Health Education Monographs*. 2 : 328-335.
- Walter, H.J, et al. (1992, April). "Factors Associated with AIDS Risk Behaviors Among High School Students in an AIDS Epicenter," *American Journal Public Health*. 82(4) : 528-532.
- Yamane, T. (1973). *Statistic : An Introduction Analysis*. 3rd Ed. New York : Harper and Row. 1088.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิลวัฏระเวที ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. รองศาสตราจารย์ ดร. วิรัช วรรณรัตน์ สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
5. คุณจรัส การเกษ นักวิชาการสาธารณสุข 6
สาธารณสุขอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/1425

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา

เนื่องด้วย นางสาวสุนทร ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร และ รองศาสตราจารย์วิรัช สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์วิรัช วรรณรัตน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามให้ นางสาวสุนทร ใจกล้า และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

กณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มสว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/1142 ๕

วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวสุนทร ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มัชฌิมานันท์ และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวท รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามให้ นางสาวสุนทร ใจกล้า และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ 0519.12/1424

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑ กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุนทร ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายจรัส การเกษ นักวิชาการสาธารณสุข 5 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวสุนทร ใจกล้า และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ มือถือ 01-8541428



ที่ ศธ 0519.12/547

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

// กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้บังคับกองพันบิน ศูนย์การบินทหารบก จังหวัดลพบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุนทร ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ทหารกองประจำการในกองพันบิน ศูนย์การบินทหารบก จังหวัดลพบุรี เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2548

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุนทร ใจกล้า ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ มือถือ 01-8541428



ที่ ศธ 0519.12/565

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

// กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ผลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสุรนารี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุนทร ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา” โดยมีรองศาสตราจารย์นายแพทย์ มรรณพ และ รองศาสตราจารย์วิภา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ทหารกองประจำการจำนวน 20 นาย ตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาต ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุนทร ใจกล้า ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ มือถือ 01-8541428



ที่ ศธ 0519.12/1554

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1) กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้บัญชาการกองบัญชาการช่วยรบที่ 2

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุนทร ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มรรษมาภรณ์ และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ทหารกองประจำการ จำนวน 90 นาย ตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเผยแพร่ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุนทร ใจกล้า ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ มือถือ 01-8541428



125

ที่ ศธ 0519.12/583

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

// กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขออนุญาตวิเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้บังคับกรมทหารราบที่ 23 ค่ายสุธรรมพิทักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุนทร ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา” โดยมีรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร และ รองศาสตราจารย์วิรัช สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ทหารกองประจำการกองพันทหารราบที่ 1 จำนวน 35 นาย และ กรมทหารราบที่ 23 และหน่วยขึ้นตรง จำนวน 60 นาย ตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุนทร ใจกล้า ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ มือถือ 01-8541428



136

ที่ ศธ 0519.12/๖๖.๒

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑) กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้บัญชาการ กองพลทหารราบที่ 3 ค่ายสุรนารี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุนทร ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์วิริยะ สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ทหารกองประจำการ จำนวน 120 นาย ตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุนทร ใจกล้า ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญลิริ จิระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ มือถือ 01-8541428



ที่ ศธ 0519.12/58 /

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1/ กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 21 และหน่วยขึ้นตรง ค่ายสุรนารี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุนทร ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา” โดยมีรองศาสตราจารย์นายพร มัชฌมาบุตร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ทหารกองประจำการจำนวน 70 นาย ตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุนทร ใจกล้า ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ มือถือ 01-8541428

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำปริญญาโทของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยมีคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น จะไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่าน และกรุณาตอบให้ครบถ้วนทุกข้อ

2. ข้อมูลต่างๆ ที่ท่านได้ตอบลงในแบบสอบถามชุดนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ จึงไม่ต้องระบุชื่อและนามสกุลของท่านลงในแบบสอบถาม หลังจากเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคตต่อไป

3. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 4 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทางชีวสังคมของทหารกองประจำการ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางสาวสุนทร ใจกล้า

นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทางชีวสังคมของทหารกองประจำการ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเพียง 1 ช่องเท่านั้น

1. ท่านจบการศึกษาสูงสุดในระดับ

- ☐ ประถมศึกษา
- ☐ มัธยมศึกษา
- ☐ อุดมศึกษา

2. ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- ☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท
- ☐ 5,000 – 7,000 บาท
- ☐ มากกว่า 7,000 บาท

3. สถานภาพสมรสของท่าน

- ☐ โสด
- ☐ คู่
- ☐ หม้าย หย่า แยก

4. ประสบการณ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของท่าน

- ☐ เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ☐ ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5. ประสบการณ์ทางเพศของท่าน

- ☐ เคยมีประสบการณ์ทางเพศ
- ☐ ไม่เคยมีประสบการณ์ทางเพศ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผู้วิจัยสนใจว่าท่านมีความคิดเห็น หรือความเข้าใจอย่างไรกับข้อความที่กล่าวถึงในแต่ละข้อ คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิดเพราะท่านอาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ ดังนั้นเมื่อท่านอ่านข้อความแต่ละข้อจบลง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยคำตอบแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

ไม่มีความคิดเห็น หมายถึง ท่านไม่มีความคิดเห็นกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความ คิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี					
1. การอาศัยบ้านเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการป้องกันที่ถูกต้องจะไม่ทำให้เกิดติดเชื้อเอชไอวี					
2. การใช้ของมีคม เช่น ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็ม สักผิวหนังร่วมกับผู้อื่นอาจทำให้เกิดติดเชื้อเอชไอวี					
3. การใช้กระบอกหรือเข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นอาจทำให้เกิดติดเชื้อเอชไอวีได้					
4. คนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอร่างกายแข็งแรง ไม่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี					
5. คนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้					
6. พวกรักร่วมเพศ เกย์ กะเทย ผู้ติดยาเสพติดและชายขอบที่เยวหญิงบริการมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูง					
7. ทารกแรกเกิดมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่เป็นโรคเอดส์ได้					
8. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ ถ้ามีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ					
9. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแม้เพียงครั้งเดียว อาจทำให้เกิดติดเชื้อเอชไอวีได้					
10. การมีเพศสัมพันธ์ขณะที่มีประจำเดือนทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความ คิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11. การมีเพศสัมพันธ์จนเกิดบาดแผลเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี					
12. การร่วมเพศระหว่างเพศชายกับเพศชายมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าการร่วมเพศระหว่างเพศชายกับเพศหญิง					
13. การใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี					
14. การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ ถ้าไม่สวมถุงยางอนามัย					
15. การใช้ถุงยางอนามัยราคาแพง ทำให้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี					
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์					
1. โรคเอดส์เป็นโรคร้ายที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้					
2. ผู้ป่วยโรคเอดส์จะเสียชีวิตทุกราย					
3. การป่วยเป็นโรคเอดส์ทำให้ครอบครัววิตกกังวล					
4. การรักษาโรคเอดส์ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก					
5. ผู้ป่วยโรคเอดส์ทำให้เสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน					
6. วัณโรคเป็นโรคที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี					
7. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง					
8. ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ ต่อมาน้ำเหลืองโตหรือมีเชื้อราในปาก จะไม่แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น					
9. น้ำนมของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีเชื้อเอชไอวีปะปนอยู่					
10. บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีเชื้อที่สามารถติดต่อสู่ผู้อื่นได้					
11. โรคเอดส์สามารถระบาดได้ทุกกลุ่มอายุ					
12. โรคเอดส์เป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงต่อมนุษย์และสังคม					
13. ผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องทนทุกข์ทรมานมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคอื่น					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความ คิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14. โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ร้ายแรงที่สุด เนื่องจากไม่มีทางรักษาให้หายขาด					
15. ผู้ป่วยโรคเอดส์ทำให้เกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศ					
<u>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี</u>					
1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันโรคเป็นสิ่งที่ทุกคนควรรู้					
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยาก					
3. การเข้าร่วมโครงการรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ ทำให้ท่านมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น					
4. การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือดและน้ำเหลืองของผู้อื่นสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้					
5. การหลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม เช่น ไข่มุดโกน กรรไกรตัดเล็บ อุปกรณ์สักตามผิวหนังร่วมกับผู้อื่น จะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้					
6. การงดใช้กระบอกหรือเข็มฉีดยาร่วมกัน สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้					
7. การบริจาคเลือดจะทำให้ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี					
8. ถ้ามารดาติดเชื้อเอชไอวี การให้นมบุตร จะทำให้บุตรติดเชื้อเอชไอวีได้					
9. การตรวจเลือดก่อนแต่งงานสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้					
10. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงที่น่ารัก ดูสะอาด จะปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี					
11. การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้					
12. การเลือกใช้ถุงยางอนามัยที่มีขนาดเหมาะสมกับอวัยวะเพศสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้					
13. การร่วมเพศทางปากและทวารหนักสามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความ คิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14. การมีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงจนเกิดบาดเจ็บเป็นการ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี					
15. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตาม คำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็น วิธีที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้					
<u>การรับรู้ประสบการณ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติด เชื้อเอชไอวี</u>					
1. การศึกษาข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ใน ช่วงเวลาฝึกเป็นเรื่องยากลำบาก					
2. การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือด หรือน้ำเหลืองของ ทหารที่ได้รับบาดเจ็บเป็นเรื่องยุ่งยาก					
3. การงดใช้ของมีคม เช่น ใบบิดโกน กรรไกรตัดเล็บ ร่วมกับผู้อื่นเป็นเรื่องยุ่งยาก					
4. การงดมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการเป็นสิ่งที่ ปฏิบัติตามได้ยาก					
5. การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันเป็น สิ่งที่กระทำได้ยาก					
6. การใช้ถุงยางอนามัยกับคนคุ้นเคยทำให้รู้สึกเหมือน ไม่ไว้วางใจกัน					
7. การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ควร กระทำ					
8. การไปตรวจหาเชื้อเอชไอวีทำให้ท่านเสียเวลา					
9. การตรวจเลือดก่อนแต่งงานทำให้สิ้นเปลือง					
10. การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่อง ยุ่งยาก					
11. การใช้ถุงยางอนามัยทำให้มีความรู้สึกทางเพศไม่ เป็นธรรมชาติ					
12. การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีนั้นมีขั้นตอนที่ยุ่ง ยากเกินกว่าที่จะปฏิบัติตามได้					
13. ถุงยางอนามัยหาซื้อได้ยากในท้องตลาด					
14. การไปซื้อถุงยางอนามัย ทำให้รู้สึกอับอาย เกรงว่า คนอื่นมองว่าท่านเป็นคนลามก					
15. การศึกษาเอกสารคู่มือหรือรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับ โรคเอดส์เป็นเรื่องน่าเบื่อ					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง แบบสอบถามสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จะสอบถามถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นเตือน ตลอดจนการสนับสนุนด้านอุปกรณ์จากบุคคลหรือสื่อต่างๆ ขอให้ท่านตอบตามประสบการณ์ที่เคยได้รับข้อมูล กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่านโดยมีเกณฑ์ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลหรืออุปกรณ์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นประจำสม่ำเสมอ
ได้รับเป็นครั้งคราว	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลหรืออุปกรณ์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งคราว
ไม่ได้รับเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับข้อมูลหรืออุปกรณ์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับเป็นครั้งคราว	ไม่ได้รับเลย
1. ท่านทราบข้อมูลความรุนแรงของโรคเอดส์จากหนังสือพิมพ์			
2. บุคคลในครอบครัวห้ามท่านเที่ยวกลางคืน			
3. บิดา มารดาสอนให้ท่านรักเดียวใจเดียว			
4. เพื่อนฝูงเตือนให้ท่านสวมถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศ			
5. เพื่อนฝูงสอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัยให้ท่าน			
6. เพื่อนฝูงชักชวนท่านตรวจหาเชื้อเอชไอวี			
7. เพื่อนฝูงชวนท่านออกกำลังกาย			
8. คู่รักของท่านเตือนให้ท่านสวมถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศ			
9. หญิงขายบริการเตือนท่านสวมถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศ			
10. คู่รักของท่านชักชวนท่านตรวจเลือดก่อนแต่งงาน			
11. แพทย์ พยาบาลให้ความรู้ท่านเรื่องวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง			
12. เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขแจกถุงยางอนามัยให้ท่าน			
13. เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขสอนท่านตรวจสอบสภาพถุงยางอนามัยก่อนการใช้งาน			
14. ผู้บังคับบัญชาห้ามท่านเที่ยวกลางคืน			
15. ท่านหวาดกลัวอันตรายของโรคเอดส์จากการชมละครโทรทัศน์			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติจริง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบ กระทำสม่ำเสมอ ทุกวันหรือกระทำทุกครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบ กระทำเป็นบางครั้งกระทำเป็นส่วนน้อย

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบ ไม่เคยกระทำเลย

ข้อความ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ท่านใช้แปรงสีฟันร่วมกับผู้อื่น			
2. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล			
3. เมื่อท่านสงสัยว่ามีความผิดปกติ ท่านปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์			
4. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน			
5. ท่านใช้สารเสพติดโดยการสูดดม กิน หรือฉีด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์			
6. คู่นอนของท่านใช้ยาเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์			
7. ท่านทำความสะอาดร่างกายหลังการมีเพศสัมพันธ์			
8. ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีแผลที่อวัยวะเพศ			
9. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้าโดยไม่สวมถุงยางอนามัย			
10. ท่านมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ฝ่ายหญิงมีประจำเดือน			
11. ท่านใช้ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศ			
12. ท่านศึกษาวิธีการใช้ถุงยางอนามัยก่อนการใช้			
13. ก่อนการใช้ถุงยางอนามัยท่านตรวจสอบว่าไม่มีรอยร้าวหรือฉีกขาด			
14. ก่อนการใช้ถุงยางอนามัยท่านตรวจสอบว่ายังไม่หมดอายุ ของไม่มีรอยฉีกขาด			
15. ท่านหลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันหรือโลชั่นต่างๆหล่อลื่นถุงยางอนามัย			
16. ท่านใช้ถุงยางอนามัยที่มีขนาดเหมาะสมกับอวัยวะเพศ			
17. เมื่อมีการหลั่งอสุจิแล้ว ท่านรีบถอดอวัยวะเพศออกและจับขอบถุงยางไว้โดยให้กระชับกับอวัยวะเพศ			
18. ขณะถอดถุงยางออกจากอวัยวะเพศ ท่านระวังมิให้สัมผัสกับส่วนที่สัมผัสของคลอด			

ข้อความ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
19. ท่านใช้เครื่องมือที่ช่วยในการร่วมเพศร่วมกับผู้อื่น			
20. เมื่อท่านมีความต้องการทางเพศท่านสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง			
21. ท่านเล่นกีฬา ดนตรี หรือกิจกรรมนันทนาการเมื่อมีความต้องการทางเพศ			
22. ท่านตรวจเลือดประจำปี			
23. ท่านบริจาคโลหิตในสถานบริการของรัฐหรือเอกชนที่ถูกกฎหมาย			
24. ท่านจะตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนแต่งงาน			
25. ท่านศึกษาวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากสื่อหรือบุคลากรทางการแพทย์			

ภาคผนวก ง
คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการติดเชื้อเอชไอวี
ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 4, 15

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 8

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10, 13

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1-15

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1-15

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20,
21, 22, 23, 24, 25

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6, 9, 10, 19

ตาราง 22 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้
ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อ
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ค่าอำนาจจำแนก						
ข้อ	การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ เอชไอวี	การรับรู้ ความรุนแรง ของโรคเอดส์	การรับรู้ ประโยชน์ ของการ ปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี	การรับรู้ อุปสรรค ของการ ปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี	สิ่งชักนำ ให้มีการ ปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี	พฤติกรรม การป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี
	(15 ข้อ)	(15 ข้อ)	(15 ข้อ)	(15 ข้อ)	(15 ข้อ)	(25 ข้อ)
1	.24	.29	.54	.54	.25	.32
2	.50	.34	.44	.24	.31	.31
3	.57	.46	.62	.37	.38	.48
4	.40	.43	.43	.75	.51	.31
5	.46	.49	.48	.48	.23	.22
6	.69	.26	.60	.45	.40	.26
7	.41	.46	.52	.69	.27	.39
8	.52	.32	.49	.56	.56	.45
9	.52	.28	.62	.53	.25	.22
10	.35	.50	.21	.68	.53	.34
11	.54	.27	.64	.39	.28	.60
12	.27	.49	.48	.61	.34	.56
13	.42	.52	.22	.59	.42	.55
14	.67	.46	.27	.50	.24	.64
15	.22	.39	.68	.71	.26	.38

ตาราง 22 (ต่อ)

คำอ่านาจจำแนก						
ข้อ	การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ เอชไอวี	การรับรู้ ความรุนแรง ของโรคเอดส์	การรับรู้ ประโยชน์ ของการ ปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี	การรับรู้ อุปสรรค ของการ ปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี	สิ่งชักนำ ให้มีการ ปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี	พฤติกรรม การป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี
	(15 ข้อ)	(15 ข้อ)	(15 ข้อ)	(15 ข้อ)	(15 ข้อ)	(25 ข้อ)
16						.74
17						.29
18						.54
19						.33
20						.24
21						.32
22						.24
23						.45
24						.54
25						.58

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การ รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

- | | |
|---|----------------|
| 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี | เท่ากับ 0.8061 |
| 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ | เท่ากับ 0.7574 |
| 3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี | เท่ากับ 0.7992 |
| 4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี | เท่ากับ 0.9030 |
| 5. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี | เท่ากับ 0.7007 |
| 6. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี | เท่ากับ 0.7835 |

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวสุนทร ใจกล้า
วัน เดือน ปี เกิด	5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	232/156 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน	งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2537	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนหนองกี่พิทยาคม อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์
พ.ศ. 2541	พยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2548	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ