

พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

ปริญญาานิพนธ์  
ของ  
สุปรีดา มหาสุข

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา  
พฤษภาคม 2547  
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชือเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ  
ของ  
สุปรีดา มหาสุข

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา  
พฤษภาคม 2547

สุปรีดา มหาสุข. (2547). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ  
จังหวัดนครปฐม. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม:  
รองศาสตราจารย์ พรหมเพรา ผลเจริญสุข, อาจารย์ พิมพ์พร ดิษฐกรมเจริญ

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา เปรียบเทียบ และหาความสัมพันธ์ของ  
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษที่มารับการตรวจสุขภาพในสถาน  
พยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปรอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน  
และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษจำนวน 313 คน  
ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่  
ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบ  
ค่าเอฟและทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า

1. หญิงอาชีพพิเศษมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับดี
2. หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการทำงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. หญิงอาชีพพิเศษ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

PREVENTIVE BEHAVIOR FROM HIV INFECTION OF POSTITUDES IN  
NAKHONPATHOM PROVINCE

AN ABSTRACT  
BY  
SUPREEDA MAHASUK

Presented in partial fulfillment of the requirements  
for the Master of Education degree in Health Education  
at Srinakharinwirot University

May 2004

Supreeda Mahasuk. (2004). *Preventive behavior from HIV infection of prostitutes in Nakhonpathom Province*. Master Thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Primprou Polcharoensook, Mrs. Pimporn Tirathumcharoen

The purpose of survey was to compare the preventive behavior from HIV infection of prostitutes in Nakhonpathom Province, according to variables age, income, educational attainment, period of work and Health Beliefs Model. The sample size consisted of 313 prostitutes. Who were selected by using stratified random sampling method. All data were collected from the questionnaires constructed by the author. Data analysis were percentage, arithmetic mean, standard deviation, F-test and Pearson correlation coefficient.

The results of this study were as follows:

1. Preventive behavior from HIV infection of prostitutes were in high level.
2. Preventive behavior from HIV infection of prostitutes of different age, income, educational attainment, period of work showed difference at .05 level of significance.
3. Preventive behavior from HIV infection of prostitutes perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit and health motivation had positive statistically significant correlation. Perceived barrier had negative statistically significant correlation with preventive behavior from HIV infection at .05 level.

ปริญญานิพนธ์  
เรื่อง

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

ของ

นางสาวสุปรีดา มหาสุข

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา  
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร ณะวานนท์)  
วันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2547

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ พริ้มเพรา ผลเจริญสุข)

.....กรรมการ  
(อาจารย์ พิมพ์พร ดิเรธรรมเจริญ)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌมางกูร)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่)

## ประกาศคุณูปการ

ปริญญาโทฉบับนี้สำเร็จลงได้ เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ พิรมเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์ พิมพ์พร ตีรธรรมเจริญ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญาโท รวมทั้งรองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร และ อาจารย์ ทรงพล ต่อนี้ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญาโทนี้ได้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร , อาจารย์ สุปราณี จุลเดชะ , นายแพทย์ฤษา ก้องพานิชกุล , คุณลัดดาวัลย์ จิตรขาว และคุณศุภรัตน์ จงเจริญพรชัย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักป้องกันควบคุมโรคเขต 4 ที่ได้กรุณาให้ดำเนินการเก็บข้อมูล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐมทุกแห่ง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ สำหรับกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนประโยชน์ของปริญญาโทฉบับนี้ขอมอบแก่ผู้ที่สนใจทั่วไป

สุปรีดา มหาสุข

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	8
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	11
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี.....	11
หญิงอาชีพพิเศษ.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ.....	22
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	29
ปัจจัยด้านชีวสังคม.....	32
แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	39
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	39
งานวิจัยในประเทศไทย.....	40
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	46
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	46
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	48
ลักษณะของเครื่องมือ.....	48
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	49
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	50
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	52

## สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	81
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	81
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	81
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	81
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	82
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	84
อภิปรายผล.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	93
บรรณานุกรม.....	94
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ.....	105
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	107
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	118
ภาคผนวก ง คุณภาพของเครื่องมือ.....	126
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	130

## บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และจำนวนที่ตาย จำแนกตามอำเภอ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 - วันที่ 25 มกราคม พ.ศ.2545.....	2
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ.....	48
3	จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามตัวแปรอายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการทำงาน .....	61
4	จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามตัวแปรแบบแผนความเชื่อ สุขภาพรายด้านและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	63
5	ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่อด้าน สุขภาพ จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายชื่อ.....	65
6	ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่อด้าน สุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายชื่อ.....	66
7	ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่อด้าน สุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายชื่อ .....	67
8	ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่อด้าน สุขภาพ จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายชื่อ .....	68
9	ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่อด้าน สุขภาพ จำแนกตามแรงจูงใจจากการตั้งใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี เป็นรายชื่อ.....	69
10	ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกัน จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายชื่อ.....	70
11	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามอายุ.....	72
12	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามอายุ.....	72

## บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
13 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามอายุ.....	73
14 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามรายได้ .....	74
15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามรายได้.....	74
16 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามรายได้ .....	75
17 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระดับการ ศึกษา.....	76
18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	76
19 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระดับการ ศึกษา.....	77
20 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระยะเวลา ของการทำงาน.....	77
21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระยะเวลาของการทำงาน.....	78
22 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระยะเวลาของ การทำงาน.....	79
23 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ .....	79

## บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง

หน้า

- 24 คำอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจจากการตั้งใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี..... 128

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า .....	9
2 ลำดับขั้นตอนการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี .....	18
3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	36

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ภูมิหลัง

ในปัจจุบัน การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่ง ทุกประเทศได้ร่วมมือกันเพื่อหาทางควบคุมการแพร่ระบาดโดยเร็วที่สุด เพราะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ผู้ที่ได้รับเชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่นๆได้เป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ยังไม่สามารถทำการรักษาให้หายขาดได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายค่อนข้างสูง ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

การติดเชื้อเอชไอวี มีรายงานครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2524 (วิทย์ เทียงบุรณธรรม. ม.ป.ป. : 1-3) พบในกลุ่มชายรักร่วมเพศที่เปลี่ยนคู่นอนเพศเดียวกันบ่อยครั้ง

ประเทศไทยได้รับรายงานมีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายแรกเมื่อเดือนกันยายนพ.ศ.2527 เป็นชายที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ ระยะเวลาพบในกลุ่มผู้ติดเชื้อเพศติดชนิดชนิด นับจากนั้นมาได้มีการแพร่ระบาดมากขึ้นจนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ธีระ รามสูตร (2534 : 2) พบว่า มีการแพร่ระบาดครั้งแรกในกลุ่มชายรักร่วมเพศแล้วแพร่มาสู่พวกติดเชื้อเพศติด หญิงอาชีพพิเศษ ชายที่มีพฤติกรรมทางเพศสำส่อน จากสามีสุภรรยา และวงจรรบาดช่วงสุดท้าย คือ จากมารดาสู่ทารก ซึ่งถือเป็นการแพร่กระจายของโรคที่ครบวงจร สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัณญา ภัทราชัย (2540 : 7-8) พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 จนถึงปัจจุบัน มีการติดเชื้อเอชไอวีอย่างรุนแรงในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ โดยมีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในทุกจังหวัดเพิ่มสูงขึ้น

รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อมีอาการ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่กันยายน พ.ศ.2527- 30 มิถุนายน พ.ศ.2545 (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2545 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมทั้งหมด 198,077 รายและพบผู้ติดเชื้อมีอาการจำนวน 69,368 ราย เสียชีวิตแล้ว 54,534 ราย หากสถานการณ์ยังคงมีลักษณะเช่นนี้ต่อไปอีก10ปีข้างหน้า คือ ในปี พ.ศ.2555 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1,077,000 ราย (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2541 : 27)

จากสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานกองควบคุมโรคติดต่อเขต4 ในปี พ.ศ.2542 - 2544 (กองควบคุมโรคติดต่อ เขต4. 2544 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) จังหวัดนครปฐมมีผู้มารับบริการตรวจ

เชื้อ 137 , 165 และ 195 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อพันประชากร 1.09 , 1.07 และ 1.22 ตามลำดับ จากจำนวนผู้มารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐพบผู้ติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มอายุ 20 -29 ปี พบมากในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษร้อยละ 51.56 กลุ่มอาชีพรับจ้างร้อยละ 28.13 กลุ่มแม่บ้านร้อยละ 5.94 และค้าขายร้อยละ 5.00

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างสูง และจากรายงานสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ประจำเดือนมกราคม พ.ศ.2545 จำแนกตามอำเภอที่พบ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ และจำนวนที่ตาย จำแนกตามอำเภอ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 - วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2545

อำเภอ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ (ราย)	จำนวนตาย (ราย)
เมือง	1,841	470
นครชัยศรี	655	150
กำแพงแสน	353	76
ดอนตูม	206	43
สามพราน	469	107
บางเลน	387	88
พุทธมณฑล	99	26
รวม	4,010	960

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2545). การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดนครปฐม ประจำเดือนมกราคม พ.ศ. 2545 : 2-4.

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า จังหวัดนครปฐม พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 -วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2545 จำนวน 4,010 ราย เสียชีวิต 960 ราย ในจำนวนผู้ติดเชื้อพบผู้ติดเชื้อมีอาการเพียง 718 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่แสดงอาการเป็นกลุ่มที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่นได้อีกเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษมีผลต่อการกระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์มากที่สุด

ในปัจจุบันหญิงอาชีพพิเศษมีจำนวนมากกระจายอยู่ตามสถานบันเทิงต่างๆ มีทั้งขายบริการทางเพศโดยตรงและชนิดแอบแฝง จากการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ขายบริการทางเพศ ปี พ.ศ.2545 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม พ.ศ.2545 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. 2545 : ไม่ปรากฏเลขหน้า) มีหญิงอาชีพพิเศษในสถานบริการทางเพศจำนวน 42 แห่ง ได้แก่ สำนักค้าประเวณี (ช่อง) 6 แห่ง ไนต์คลับ 1 แห่ง คาราโอเกะ 1 แห่ง อาบอบนวด 1 แห่ง นวดแผนโบราณ 24 แห่ง ร้านอาหาร 9 แห่ง ในจำนวนสถานบริการทางเพศดังกล่าวมีจำนวนชายอาชีพพิเศษ 13 คน หญิงอาชีพพิเศษ 592 คน และหญิงอาชีพพิเศษ แอบแฝง 1,121 คน

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549

(คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. 2544 : 1-9) เน้นการป้องกันและลดปัญหาการแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพของประชาชนจากการแพร่ระบาด โดยลดอัตราความชุกของการติดเชื้อในหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1 เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 -2549) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมได้จัดให้มีโครงการแผนงานและกิจกรรม ได้แก่ โครงการรณรงค์อย่างอนามัย 100% ในสถานบริการทางเพศ รณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องเอดส์ ควบคุมแหล่งแพร่กระจายโรค โดยให้บริการตรวจสุขภาพหญิงอาชีพพิเศษเชิงรุก จัดระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคเอดส์ โดยระบบเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม ให้บริการตรวจรักษา ค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค ตรวจคัดกรองโลหิตหาเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการบริการตรวจสุขภาพหญิงอาชีพพิเศษเชิงรุกปฏิบัติโดยให้บริการตรวจสุขภาพหญิงอาชีพพิเศษในสถานบริการทางเพศเดือนละ 2 ครั้ง บริการเจาะโลหิตเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีปีละ 1 ครั้งและรายใหม่ทุกราย โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเจาะโลหิต และแนะนำให้เจาะโลหิตทุก 3 เดือน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. 2545 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เมื่อพิจารณาถึงการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี จะพบว่าเกิดจากพฤติกรรมของบุคคล การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยมีความเชื่อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพฤติกรรมป้องกันโรค

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่างๆ (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 19 ; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974. *Health Education Monographs*. p.355 - 385) พบว่า มีแนวคิดที่ถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่สร้างโดยโรเซนสต็อก (Rosenstock) สรุปองค์ประกอบ

ของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลในระยะแรกมีดังนี้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมา เบคเกอร์ และคณะ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 19 - 27 ; อ้างอิงจาก Becker , et al. 1974. *American Journal of Puplic Health*. p.205 - 215) ได้ทำการปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล

จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ต่อไป

#### **ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า**

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปรด้านปัจจัยชีวสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

#### **ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า**

1. ทราบระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม
2. ทราบความสัมพันธ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขในการจัดแผนงาน โครงการ/กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ให้แก่หญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

## ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นหญิงอาชีพพิเศษ ปี พ.ศ.2545 จำนวน 592 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. 2545 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นหญิงอาชีพพิเศษที่มารับการตรวจสุขภาพ ในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ.2547 จำนวน 313 คน โดยใช้สุตรยามาเน่ (สุวิมล ติรภานนท์. 2543 : 154 ; อ้างอิงจาก Yamane. 1967, *Statistics : An introductory analysis*. p.886) ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

#### ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้
  - 1.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย
    - 1.1.1 อายุ
    - 1.1.2 รายได้
    - 1.1.3 ระดับการศึกษา
    - 1.1.4 ระยะเวลาของการทำงาน
  - 1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
    - 1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
    - 1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี
    - 1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
    - 1.2.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
    - 1.2.5 แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
2. ตัวแปรตาม ได้แก่
  - พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

## นิยามศัพท์เฉพาะ

### 1. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง การปฏิบัติตนของหญิงอาชีพพิเศษที่แสดงออกมาโดยเจตนา เพื่อป้องกันมิให้เกิดพฤติกรรมที่จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย

- 1.1 การไม่ใช้สิ่งเสพติดและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 1.2 คู่่นอนต้องใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- 1.3 การตรวจสุขภาพตามระยะเวลาที่กำหนดและตามนัด

### 2. การติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง การติดเชื้อไวรัสชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งสามารถติดต่อได้โดยการมีเพศสัมพันธ์ การรับเลือดที่มีเชื้อ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

### 3. อายุ

หมายถึง อายุของหญิงอาชีพพิเศษ แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม

- 3.1 น้อยกว่า 20 ปี
- 3.2 20 – 24 ปี
- 3.3 25 – 29 ปี
- 3.4 30 – 34 ปี
- 3.5 35 ปีขึ้นไป

### 4. รายได้

หมายถึง รายได้ของหญิงอาชีพพิเศษที่ได้รับจากการขายบริการทางเพศโดยเฉลี่ยต่อเดือน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

- 4.1 น้อยกว่า 5,000 บาท
- 4.2 5,000 – 9,999 บาท
- 4.3 10,000 – 14,999 บาท
- 4.4 15,000 - 19,999 บาท
- 4.5 20,000 บาทขึ้นไป

### 5. ระดับการศึกษา

หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของหญิงอาชีพพิเศษที่เรียนสำเร็จตามระเบียบของกระทรวงศึกษาธิการ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ

- 5.1 ไม่ได้รับการศึกษา
- 5.2 ประถมศึกษาปีที่ 1-6
- 5.3 มัธยมศึกษาปีที่ 1-6
- 5.4 อุดมศึกษาขึ้นไป

#### 6. ระยะเวลาของการทำงาน

หมายถึง ระยะเวลาที่หญิงอาชีพพิเศษประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ ตั้งแต่เริ่มจนถึงปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มดังนี้

- 6.1 น้อยกว่า 1 ปี
- 6.2 1 ปี – 2 ปี
- 6.3 2 ปี – 3 ปี
- 6.4 มากกว่า 3 ปี

#### 7. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

หมายถึง แบบแผนความเชื่อของหญิงอาชีพพิเศษต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

##### 7.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง การรับรู้ของหญิงอาชีพพิเศษในเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์

##### 7.2 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง การรับรู้ของหญิงอาชีพพิเศษว่า การติดเชื้อเอชไอวีมีความรุนแรง คือ ทำให้เป็นโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและเสียชีวิตทุกราย ซึ่งมีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว

##### 7.3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง การรับรู้ของหญิงอาชีพพิเศษที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวี

##### 7.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง หญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความปลอดภัย และความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาโรค

### 7.5 แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง แรงกระตุ้นที่ทำให้หญิงอาชีพพิเศษเกิดความสนใจ ความตั้งใจ และความพร้อมที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข

### 8. หญิงอาชีพพิเศษ

หมายถึง หญิงที่ประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ โดยได้รับเงินหรือผลประโยชน์เป็นสิ่งตอบแทน และมารับการตรวจสุขภาพรายใหม่ทุกรายในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2547

### 9. สถานพยาบาลของรัฐ

หมายถึง ห้องตรวจโรคหรือสถานที่ที่จัดไว้เพื่อการตรวจโรค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลสามพราน โรงพยาบาลกำแพงแสน โรงพยาบาลดอนตูม โรงพยาบาลบางเลน และโรงพยาบาลพุทธมณฑล

### กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

การติดเชื้อเอชไอวี มีผลโดยตรงต่อร่างกายจิตใจของผู้ติดเชื้อ และส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ อันนำมาซึ่งปัญหาต่างๆมากมาย ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษจะเป็นหนทางหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหามหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้องเหมาะสม โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการศึกษา

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องตัวแปรต่างๆ ความสำคัญและขอบเขตของการศึกษาดังกล่าวสามารถเขียนกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ดังภาพประกอบ 1



### สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

- 1.หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
- 2.หญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
- 3.หญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
- 4.หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
- 5.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ
- 6.การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ
- 7.การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ
- 8.การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ
- 9.แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัด นครปฐม ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

#### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี
2. หญิงอาชีพพิเศษ
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ
4. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
5. ปัจจัยด้านชีวสังคม
6. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 6.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
  - 6.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
  - 6.3 การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม
  - 6.4 แรงจูงใจด้านสุขภาพ
  - 6.5 ปัจจัยร่วม

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. งานวิจัยในต่างประเทศ
2. งานวิจัยในประเทศไทย

#### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

##### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี

##### ประวัติการพบเชื้อเอชไอวี

เชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV) เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ มีการศึกษาค้นคว้า หลังพบผู้ป่วยรายแรก พ.ศ.2524 ในประเทศสหรัฐอเมริกา สурพล เกาะเรียนอุดม (2539 : 2-3) กล่าวถึง ประวัติเอชไอวีว่า สถาบันปาสเตอร์กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส เพาะเลี้ยงแยกเชื้อไวรัสก่อโรคเอดส์ได้ครั้งแรก พ.ศ. 2526 โดยเพาะเลี้ยงเซลล์ ในน้ำเหลืองของชายรักร่วมเพศที่มีอาการต่อมน้ำเหลืองโตหลายตำแหน่ง พ.ศ.2527 สถาบัน

มะเร็งแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถเพาะเลี้ยงแยกเชื้อได้จากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อระยะต่างๆ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า เอชไอวีเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ โดยมีหลักฐานการติดต่อแพร่ระบาดของโรค สามารถเพาะเลี้ยงแยกเชื้อ ตรวจหาแอนติเจน ตรวจพบยีนของไวรัสในเซลล์ชนิดต่างๆ และตรวจพบแอนติบอดีในผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ ปัจจุบันเชื้อไวรัสเอชไอวี แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ

HIV-1 เป็นเชื้อที่เป็นปัญหาก่อโรครุนแรงและแพร่กระจายทั่วโลก พบในแถบแอฟริกาตะวันตก

HIV-2 มีความรุนแรงในการก่อโรคและแพร่กระจายน้อยกว่า พบในยุโรป อเมริกา และอินเดีย

สำหรับประเทศไทย ส่วนใหญ่พบเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิด HIV-1

### กลไกการเกิดโรค

เชื้อไวรัสเอชไอวี สามารถแบ่งตัวในเซลล์บางชนิดของมนุษย์ เช่น ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) แมคโครฟาก (Macrophage) โมโนไซต์ (Monocyte) และเซลล์เนื้อสมอง เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายจะไปจับกับเซลล์ CD4 โดยเชื้อไวรัสใช้ gp120 บนผิวนอกเซลล์ จับกับแอนติเจน CD4 บนผิวของ T-Cell หลังจากนั้นเชื้อเอชไอวี จะเข้าไปในเซลล์ CD4 แล้วใช้เอนไซม์รีเวิร์ส ทรานสคริปเทส (Reverse transcriptase) ของตัวมันเองเปลี่ยน RNA ให้เป็น DNA เพื่อจะแทรกเข้าไปอยู่ใน DNA ของ T-Cell เมื่อ T-Cell ถูกกระตุ้นมันจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนและจะทำให้ยีน (Gene) ของเชื้อไวรัสเอชไอวี มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนตามไปด้วย เชื้อไวรัสเอชไอวี ที่สมบูรณ์จำนวนมาก จะถูกสร้างขึ้นและถูกปล่อยออกมาจาก T-Cell เหล่านั้น เพื่อเข้าเซลล์ CD4 อื่นๆต่อไป ทำให้เซลล์ CD4 ในร่างกายติดเชื้อ และถูกทำลายลงในเวลาอันรวดเร็ว (สรุปผล เกาะเรียนอุดม.2539 : 9-10)

### การติดต่อของเชื้อ เอชไอวี

เชื้อเอชไอวีสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ 2 วิธีการใหญ่ๆ (ประพันธ์ ภาณุภาค. 2535 : 6-7) ได้แก่

#### 1. ทางเพศสัมพันธ์

โดยสามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิงและหญิงสู่ชาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์อย่างส่ำส่อน การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ การมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างจากเพศสัมพันธ์ปกติ เช่น การร่วมเพศที่รุนแรง การร่วมเพศโดยใช้เครื่องมือช่วย การร่วมเพศทางทวารหนักหรือทางปาก โดยเชื้อเอชไอวีจากน้ำอสุจิผ่านเข้าทางเยื่อเมือก รอยถลอกหรือบาดแผลที่เกิดขึ้นขณะร่วมเพศ

สาเหตุที่เชื้อเอชไอวี ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เพราะมีเชื้อเอชไอวีอยู่เป็นจำนวนมากในน้ำอสุจิหรือน้ำเมือกของผู้ชาย และในน้ำเมือกที่อยู่ในช่องคลอดของผู้หญิง ถ้าในน้ำคัตหลังดังกล่าวมีเม็ดเลือดขาวปนอยู่ด้วย หรือมีเลือดแดงปนก็ยังมีเชื้อเอชไอวีมาก เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายอีกฝ่ายหนึ่งโดยผ่านเข้าทางเยื่อบุอันบอบบางของทางเดินปัสสาวะและปากช่องคลอดได้

## 2. ทางเลือด แบ่งได้เป็น

### 2.1 การรับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี

การได้รับเลือด หรือ ผลิตภัณฑ์ของเลือด เช่น พลาสมา เกล็ดเลือด และแพคเตอร์ที่จะทำให้เลือดเป็นลิ่ม โดยไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อน ในปัจจุบันการรับเลือดในประเทศไทยมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อยมาก เพราะเลือดทุกยูนิตได้รับการตรวจ Anti-HIV ก่อนให้กับผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม การตรวจเชื้อเอชไอวีไม่สามารถตรวจเชื้อที่อยู่ในช่วงที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าไปก่อนที่จะมี Anti-HIV บวก ซึ่งแพร่เชื้อในผู้อื่นได้ (Window period)

### 2.2 การใช้กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น

การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นเสพติด โดยทำความสะอาดเข็มและกระบอกไม่มีเลือดของคนอื่นฉีดปะปนเข้าไปด้วย โอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีมีประมาณร้อยละ 0.1-1 ต่อการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นเสพติด 1 ครั้ง เป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดโดยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดทั่วโลก

### 2.3 การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

อาจเกิดการติดเชื้อได้ตั้งแต่อยู่ในท้องแม่โดยผ่านทางสายสะดือ ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นช่วงระหว่างคลอด โดยมีเลือดแม่ปนเปื้อนเข้าไปในตัวเด็กขณะคลอดจากแม่ โดยเชื้อเอชไอวีในเลือดแม่หรือน้ำคร่ำผ่านเข้าไปในตัวเด็กทางผิวหนัง ทางปาก จมูก ตา และทางรอยดัดของสายสะดือ หลังคลอดสามารถติดต่อโดยเข้าทางน้ำนมแม่ ซึ่งมีโอกาสน้อยมาก พบร้อยละ 13 ในยุโรป และร้อยละ 40 ในแอฟริกา ในประเทศไทยมีประมาณ 1 ใน 3

### 2.4 การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดตำหรือบาด

พบมีติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 0.19-0.4 ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกเข็มที่ปนเปื้อนเลือดตำ การติดเชื้อมีสาเหตุได้จากใบมีดโกน เข็มสัก การเจาะรูหู กรรไกรตัดเล็บ บาด

หลังจากเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว ขึ้นกับจำนวนเชื้อ ความแตกต่างทางพันธุกรรมของเชื้อที่เข้าสู่ร่างกาย ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีอยู่หรือเสียไป ในระยะต่อมานับตั้งแต่ได้รับเชื้อร่างกายจนถึงระยะที่แสดงอาการเต็มขั้น สามารถดูได้จากอาการและอาการแสดงของผู้ที่ได้รับเชื้อ

## อาการและอาการแสดงผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สุรพล สุวรรณกุล และ อมร ลีลาวัศม์ (2536 : 92-95) ได้แบ่งระยะของการติดเชื้อเอชไอวี ออกเป็น 5 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1 ระยะติดเชื้อเอชไอวี เฉียบพลัน (Acute HIV infection)** ภายใน 2-3 สัปดาห์แรกหลังจากได้รับเชื้อเอชไอวี ประมาณร้อยละ 20 จะมีอาการดังนี้

1. มีไข้ น้ำมูกไหล เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว
2. ต่อม้ำเหลืองโต
3. ผื่น

บางรายอาจมีอาการของสมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบและไขสันหลังอักเสบจะมีอาการ 10-14 วัน แล้วในระยะนี้การตรวจเลือดแอนติบอดี (Antibody) ของเชื้อเอชไอวี จะให้ผลบวก ถ้าตรวจแอนติเจน (Antigen) ต่อเชื้อเอชไอวี อาจให้ผลบวกหรือลบก็ได้

**ระยะที่ 2 ระยะไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection)** ระยะนี้พบได้ร้อยละ 40-70 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด ส่วนใหญ่การตรวจหาแอนติบอดี (Antibody) ต่อเชื้อเอชไอวี จะให้ผลบวกโดยไม่มีอาการใดๆเลยและสามารถแพร่เชื้อให้กับคนอื่นได้ ส่วนใหญ่ตรวจพบเชื้อให้ผลบวกหลังได้รับเชื้อ 3 เดือนไปแล้ว บางรายอาจตรวจพบเชื้อภายหลังได้รับเชื้อ 6-8 สัปดาห์

**ระยะที่ 3 ระยะต่อม้ำเหลืองโต (Persistant generalized lymphadenopathy)** ระยะนี้จะคลำพบต่อม้ำเหลืองโตตั้งแต่ 2 บริเวณขึ้นไป ต่อมต้องมีขนาด 1 เซนติเมตรขึ้นไป โดยอยู่นานเกิน 1 เดือน ต่อม้ำเหลืองนี้ไม่รวมต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ

**ระยะที่ 4 ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS related complex)** เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในระยะไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยตรวจพบแอนติบอดี (Antibody) ต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลบวก อาการดังกล่าวได้แก่

1. มีไข้ 37.8 องศาเซลเซียส
2. น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุเกิน ร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม
3. ต่อม้ำเหลืองโตมากกว่า 2 แห่ง ในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน
4. ท้องร่วงเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ
5. ติดเชื้อราเรื้อรังในปาก
6. เป็นแผลฝ้าขาวในปาก
7. เป็นงูสวัด

**ระยะที่ 5 ระยะป่วยเป็นเอดส์หรือระยะกลุ่มอาการเอดส์เต็มขั้น (Full down AIDS)** เป็นระยะท้ายของการติดเชื้อเอชไอวี เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง พบ CD4+ ลิ้มไฟซัยท์มักน้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อยๆ

### โรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้น เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงมากจากการถูกทำลาย ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย

#### 1. โรคปอดอักเสบ (Pneumonitis carinii pneumonia หรือ PCP)

เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ (วิศิษฎ์ อุดมพาณิชย์. 2523 : 24-35) พบในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันเสื่อมมาก (CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.) เมื่อเกิด PCP ถือว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นมีอาการไอแห้งๆ หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม มีไข้สูง

#### 2. วัณโรคปอด (Tuberculosis)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นวัณโรคบ่อยกว่าปกติ เกิดจากเชื้อไมโครแบคทีเรียมทูเบอร์คูโลซิส (*Mycobacterium tuberculosis*) พบวัณโรคในระยะต้นๆของการติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ผู้ป่วยยังไม่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (วิศิษฎ์ อุดมพาณิชย์. 2523 : 37-38) ลักษณะอาการแสดง ได้แก่ อากาศหายใจ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ภาพรังสีของทรวงอกพบโรคในส่วนบนของปอดทั้ง 2 ข้าง

#### 3. โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Cryptococcal meningitis)

เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเอดส์ อาการมักเป็นแบบกึ่งเฉียบพลันหรือเรื้อรัง บางรายอาจมีอาการไม่ชัดเจนถึงขั้นปวดศีรษะรุนแรงจากมีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเป็นอย่างมาก ตรวจพบเชื้อราในน้ำไขสันหลัง การตรวจพบเชื้อในเลือด แสดงว่ามีการติดเชื้อดริบโดคอกคัสชนิดแพร่กระจาย (กัมมันต์ พันธุจินดา, นิจศรี สุวรรณเวลา, และ เฮอร์วดี มิตรภักดี. 2535 : 63-64)

### การวินิจฉัยโรค

ด้วยเหตุที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ ผู้ป่วยอาจมาตรวจด้วยอาการหรือประวัติที่แตกต่างกัน ฉะนั้นการวินิจฉัยทั่วไปควรมีแบ่งทางการวินิจฉัย ดังนี้ (สุรพล สุวรรณกุล และ ออมร ลีลารัตน์. 2536 : 97-105)

#### 1. ชักประวัติ ประกอบด้วย

1.1 ประวัติที่เกี่ยวกับอาชีพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ชาย หญิงอาชีพพิเศษ ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายหญิงอาชีพพิเศษโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยใน

ระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าทางเส้นเลือด ชาวประมงที่มีประวัติติดยาเสพติดและมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอาชีพพิเศษ ผู้ที่ได้รับเลือดบ่อยๆ เช่น โรคธาลัสซีเมีย โรคมาเรียม ในเม็ดเลือด ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่

1.2 ประวัติทางอาการรักษา ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทุกคนที่อยู่ในกลุ่มอาการเอดส์เต็มขั้น มีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม อาการไข้หรืออุจจาระร่วง (มากกว่า 2 ครั้ง/วัน)เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ประวัติเป็นงูสวัดบริเวณลำตัว แขน ขา ใบหน้า ตา อวัยวะเพศ รอบทวารหนัก เป็นเวลานานหายช้าและกลับเป็นซ้ำ มีประวัติไข้หวัดใหญ่ เช่นไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย กลัวแสง ต่อม้ำเหลืองโต มีผื่นตามลำตัวแต่ไม่คันแล้วหายไปเอง ใน 1-2 สัปดาห์ มีประวัติปวดศีรษะเรื้อรังจากเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบ วัณโรค มีอาการของกลุ่มอาการเอดส์เต็มขั้น เช่น จิตประสาท ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ เดินเซ อัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุก

## 2. การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายจะพบอาการผิดปกติดังนี้

2.1 คลำพบต่อม้ำเหลืองโตอย่างน้อย 1 เซนติเมตร อย่างน้อย 2 ตำแหน่งในที่ที่ไม่ใช่ขาหนีบ

2.2 การตรวจรอยโรคที่ริมฝีปาก อาจพบลักษณะที่แตกต่างหลายลักษณะ เช่น เป็นฝ้าขาวคล้ายครีม เชื้อราในช่องปากลุกลามไปยังทางเดินอาหารส่วนต้น ทำให้เกิดหลอดอาหารอักเสบ พบปื้นสีแดงที่เพดานปาก เหงือกและฟันอักเสบ แผลร้อนในที่ มีขนาดใหญ่มาก หรือขนาดเล็กหลายๆแห่ง

2.3 การตรวจหารอยที่ผิวหนัง ตรวจหารอยฉีดยาตามแขน ขา ที่จะช่วยชี้แนะว่าผู้ป่วยติดยาเสพติด บางรายมีผื่นคันขึ้นตามลำตัว แขนขาเป็นๆหายๆ ในกลุ่มนี้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ได้แก่ โรคสะเก็ดเงิน มีแผลเรื้อรังที่ฝีเย็บ รอบทวารหนัก ตรวจดูรอยโรคจากเริม งูสวัด หูดข้าวสุก เชื้อรา ปื้นสีม่วงแดงนูน อาจเป็นน้อยหรือเป็นขุย

2.4 การดูจอตา พบความผิดปกติได้ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ เช่น เห็นเป็นปื้นสีขาว ในกลุ่มอาการเอดส์เต็มขั้นอาจเห็นลักษณะจำเพาะของจอตาก็อักเสบเห็นเป็นปื้นสีขาวเหลือง มักมีเลือดออกร่วมด้วย

2.5 การตรวจทางระบบทางเดินอาหารจะพบตับม้ามโต มีอาการถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ตัวดาเหลืองจากการอุดตันของท่อถุงน้ำดี

2.6 การตรวจหารอยโรคที่ระบบทางเดินหายใจและภาพถ่ายรังสีทรวงอกจะพบไอแห้งๆ ไอมีเสมหะ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกอาจเห็นเป็นฝ้าขาวที่ปอดทั้ง 2 ข้าง อาจพบน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดได้

2.7 การตรวจหารอยโรคผิดปกติทางระบบประสาทพบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทุกระยะและเป็นได้ทั้งที่สมอง เยื่อหุ้มสมอง ไขสันหลัง เส้นประสาท ปลายประสาทกล้ามเนื้อและทางจิตประสาท ผู้ป่วยจะยังเป็นอัมพาต เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซากครึ่งซีก พุดน้อยลงหรือไม่พูดเลย

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิธีการตรวจแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

3.1 การตรวจกรองเบื้องต้น ทำได้ง่ายใช้เวลาไม่นาน มีหลายวิธีให้เลือกใช้ให้เหมาะสมสำหรับตรวจตัวอย่างในห้องปฏิบัติการระดับต่างๆ

3.1.1 อีไลซ่า (ELIZA) เป็นวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ถ้าผลการทดสอบให้ผลบวก (Positive) ให้ทำการทดสอบซ้ำ

3.1.2 แอคกลูตินเนชัน เทส (Agglutination test หรือ GPA) เป็นการตรวจปฏิกิริยา

3.1.3 การเกาะกลุ่ม ระหว่างแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสเอชไอวี ในซีรัม

- ถ้าไม่มีปฏิกิริยาของแอนติเจน-แอนติบอดี จะเห็นเป็นวงกลมเล็ก ขอบเรียบคล้ายเม็ดกระดุมสีแดงอยู่กันหลวม
- ถ้ามีปฏิกิริยาของแอนติเจน-แอนติบอดีจะเห็นเป็นวงกลมกว้าง ขอบไม่เรียบสีชมพูจาง

3.1.4 Dot Immunobinding assay เป็นวิธีตรวจโดยใช้แอนติเจนหยด ให้จับ บนเมมเบรน (membrane) เหมาะสำหรับตรวจจำนวนน้อยและใช้เวลารวดเร็ว เรียกหน้ายาตรวจกลุ่มนี้ว่า แรปพิด เทส (Rapid test)

### 3.2 การตรวจยืนยัน (Confirmatory test) ได้แก่

3.2.1 เวสเทิร์น บลอต เทส (Western blot test หรือ WB) เป็นการทำปฏิกิริยาระหว่างแอนติบอดีต่อไวรัสเอชไอวี ถ้าหากมีการติดเชื้อจะเห็นแบนด์ (bands) ของเอชไอวี โปรตีนขนาดต่างๆปรากฏขึ้น

3.2.2 Indirect Immunofluorescence assay (IFA) เป็นการนำ T-cell ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี มาทำปฏิกิริยาโดยผ่านขบวนการที่ยุ่งยาก ไม่นิยมใช้ในปัจจุบัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญในเวชปฏิบัติ(สุรพล สุวรรณกุล และ อมร ลีลาวัศมี. 2536 : 108)

#### 1. การตรวจ Complete Blood Count พบความผิดปกติดังนี้

1.1 ภาวะโลหิตจาง พบได้สูงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.2 เม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือ ต่ำกว่าปกติ ส่วนใหญ่จะมีลิมโฟซัยท์

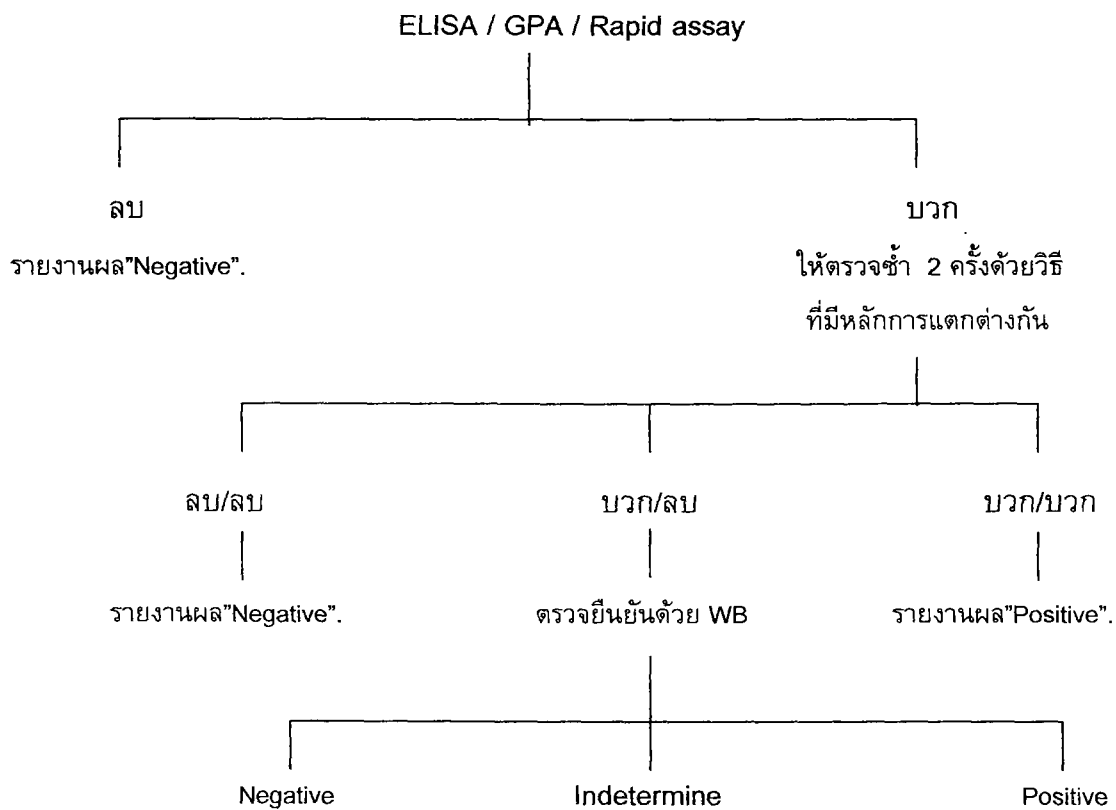
(Lymphocyte) น้อยกว่า 1,500 เซลล์/ลบ.มม. และน้อยกว่าลงไปอีก เมื่อโรคเป็นมากขึ้น

1.3 เกล็ดเลือดต่ำพบได้ร้อยละ 25-30 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการและผู้ติดเชื้อ  
ไม่มีอาการพบได้ร้อยละ 5-20

2. การตรวจพบ CD4+ ลิมโฟไซต์ ค่าปกติของ CD4+ ลิมโฟไซต์มากกว่า 600  
เซลล์/ลบ.มม.

ในปัจจุบัน นิยมตรวจตามขั้นตอนการตรวจ ดังภาพประกอบ 2

(สรุปผล เกาะเรียนอุดม. 2539 : 44)



ภาพประกอบ 2 ลำดับขั้นตอนการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี

## การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สามารถป้องกันได้ ดังนี้

### 1. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์

1.1 การให้สุศึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าใจและตระหนักถึงการป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อเอชไอวี คือ ไม่ให้สำส่อนทางเพศ ถ้ามีความสัมพันธ์ทางเพศกับชาย-หญิงต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในขณะร่วมเพศ การให้สุศึกษาแก่กลุ่มวัยเรียนระดับประถม มัธยมและวัยรุ่นเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุ การติดต่อ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะได้ปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมีความสัมพันธ์ทางเพศเมื่อถึงวัยอันควร ตลอดจนทั้งการป้องกันเด็กนักเรียนหญิง-ชายไปเป็นหญิง-ชายขายบริการ

1.2 ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคในสำนักบริการทางเพศและในกลุ่มประชาชนทั่วไป

### 2. การป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์โดยผ่านทางเลือด

2.1 การให้สุศึกษาเพื่อให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติด การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น เลือด ผลิตภัณฑ์ของเลือดและอวัยวะที่ได้รับบริจาคต้องตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนนำไปใช้

2.2 งดรับเลือดบริจาคบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ผู้ติดยาเสพติด หญิงอาชีพพิเศษ ชายรักร่วมเพศ

2.3 หลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยาอันเดียวซ้ำๆ โดยไม่ได้ฆ่าเชื้อก่อน และระมัดระวังอุบัติเหตุจากเข็มฉีดยาที่อาจปนเปื้อนเชื้อ

3. การป้องกันการแพร่เชื้อโรคเอดส์จากแม่สู่ลูก ให้คำปรึกษาแนะนำหญิงอาชีพพิเศษหรือสตรีที่ติดเชื้อ ให้คุมกำเนิดหรือทำหมัน เพราะทารกที่เกิดมาประมาณครึ่งหนึ่งจะติดเชื้อเอชไอวี

4. การป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากผู้ติดเชื้อโดยการค้นหาผู้ติดเชื้อ เช่น เจาะโลหิตหมู่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อจะได้ทราบผู้ติดเชื้อแล้วแนะนำไม่ให้มีพฤติกรรมที่อาจแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น

5. การป้องกันปัญหาทางสังคมที่เกิดจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการจัดบริการสงเคราะห์ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความรับผิดชอบ ช่วยฟื้นคืนวันอาชีพหรือพฤติกรรมที่อาจแพร่ไปสู่ผู้อื่น

การป้องกันการแพร่โรคโดยการใช้ยาหรือวัคซีนปัจจุบันยังไม่มียาหรือวัคซีนที่ได้ผลมาใช้ในการป้องกัน อย่างไรก็ตาม ยาที่ใช้รักษาในปัจจุบันแม้ไม่สามารถช่วยให้หายได้ แต่ก็ช่วยลดเชื้อไวรัสเอชไอวี ในกระแสเลือดทำให้โอกาสแพร่เชื้อลดลงหรือหมดไป

### การรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี

การรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีในระยะต่างๆ มีหลักการดังนี้ (สุรพล สุวรรณกุล และ อมร ลีลารัตน์. 2535 : 109-110)

1. การให้คำปรึกษาและแนะนำ(Counselling) การสนับสนุนทางด้านกำลังใจต่อ ผู้ติดเชื้อ ครอบครัว การสงเคราะห์ทางด้านอาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน การรักษาเพื่อ ให้เลิกยาเสพติด การปฏิบัติตนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินโรคการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสถานที่ทำงานที่บ้าน ปัญหาการมีคู่อุปการ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การมีบุตร การตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูบุตร

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะต่างๆ ทั้งมีอาการ ไม่มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โดยครอบครัวควรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดำเนินโรค อาการและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เพื่อจะได้ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสมเมื่อพบแพทย์

3. การรักษาโรคติดเชื้อแทรกซ้อน โรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน บางชนิดมี ยารักษา บางชนิดไม่มียารักษา บางอย่างให้ยาเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง บางอย่างหลังจากให้ยา กำจัดโรคแล้วต้องต่อยาควบคุมโรคไปตลอดชีวิต เช่น เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบ จากเชื้อรา

4. การรักษามะเร็งที่เกิดขึ้น เช่น Kaposi's sarcoma, Lymyoma ชนิดปฐมภูมิในสมอง

5. การให้ยาด้านเอชไอวี ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ AZT , DDL , DDC ซึ่งไประงับ การแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแต่มีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ถ้าทนยา ได้ควรรับประทานยาไปตลอดชีวิต

6. การใช้ยาเสริมภูมิคุ้มกันที่เสียไป ในปัจจุบันมีการทดลองยาหลายตัวในกลุ่ม คาดว่าถ้าให้ร่วมไปกับยาด้านเอชไอวี น่าจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

## หญิงอาชีพพิเศษ

### ประวัติหญิงอาชีพพิเศษในประเทศไทย

การขายบริการทางเพศมีมาตั้งแต่ก่อนสมัยกรุงศรีอยุธยา ในสมัยกรุงศรีอยุธยา ช่วง พ.ศ.1893-2310 การขายบริการทางเพศในสมัยนั้นเกี่ยวข้องกับระบบการเกณฑ์แรงงานไพร่ไปปรับใช้เจ้านาย ชายฉกรรจ์ไพร่จะต้องถูกเกณฑ์ไปทำงานให้เจ้านายปีละ 6 เดือน ช่วงชายฉกรรจ์เหล่านี้ต้องจากบ้านและห่างไกลลูกภรรยา หญิงอาชีพพิเศษจึงเกิดขึ้นเพื่อสนองตอบความต้องการทางเพศของชายไพร่เหล่านี้

เมื่ออาณาจักรอยุธยาล่มสลายในปี พ.ศ.2310 มีการตั้งกรุงธนบุรีและกรุงรัตนโกสินทร์ ในช่วงกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้นประชากรมีน้อย และผู้ชายที่มียศถาบรรดาศักดิ์มักเลี้ยงผู้หญิงเป็นเมียไว้ในบ้านเป็นจำนวนมาก ผู้ชายจึงไม่จำเป็นต้องไปเที่ยวหญิงอาชีพพิเศษ หญิงอาชีพพิเศษส่วนใหญ่เกิดขึ้นเพื่อสนองความต้องการของคนจีนที่อพยพเข้ามาเป็นแรงงาน ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 4 ประเทศไทยได้เปิดการค้าขายกับชาวต่างชาติโดยเฉพาะชาวตะวันตกมากขึ้น ชาวจีนจากแผ่นดินใหญ่เริ่มเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น ส่วนใหญ่มักเป็นชายอพยพมาตามลำพังไม่ได้นำครอบครัวมาด้วยผู้ใช้บริการทางเพศประจำที่เป็นชาวจีนจึงมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้หญิงอาชีพพิเศษมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

สมัยรัชกาลที่ 5 มีการสร้างถนนหนทาง ทางรถไฟ ประปาและโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ประเทศไทยจึงมีความต้องการแรงงาน กุ๊สชาวจีนมากขึ้นมีผลให้ชาวจีนอพยพเข้ามาในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ชองหรือสำนักค้าประเวณีจึงมีมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหา กามโรคระบาด นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ร้ายแรงในยุคนั้น จนกระทั่งมีพระราชบัญญัติ สัจจรโรค รศ.127 ที่ออกมา เพื่อควบคุมทั้งจำนวนชองหรือสถานบริการและจำนวนหญิงอาชีพพิเศษ บังคับให้สถานบริการทางเพศต้องแขวนโคมไฟสีเขียว บังคับให้หญิงอาชีพพิเศษทุกคนต้องจดทะเบียนมีใบอนุญาตอย่างถูกต้องตามกฎหมายเป็นครั้งแรก สมัยรัชกาลที่ 5 มีการประกาศเลิกทาส การเลิกทาสไม่มีผลต่อการลดจำนวนหญิงอาชีพพิเศษแต่กลับทำให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ในปี พ.ศ.2478ประเทศไทยได้มีประกาศใช้กฎหมายห้ามเด็ยเมียเด็ย ผู้ชายไม่มีสิทธิ์มีภรรยาหลายคน ผู้หญิงที่เคยถูกเลี้ยงไว้ในฐานะภรรยาบ่อยได้รับการปลดปล่อยส่วนใหญ่เดินเข้าหาสำนักขายบริการทางเพศ ผู้ชายจะตามไปเที่ยวผู้หญิงในสำนักแทน ปี พ.ศ.2503 ประเทศไทยได้ออกกฎหมายปราบการค้าประเวณี หญิงอาชีพพิเศษถูกปราบปรามจับกุมลงโทษ กฎหมายนี้ไม่ทำให้จำนวนหญิงอาชีพพิเศษลดลง กลับพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สำนัก และการขายบริการทางเพศต้องทำแบบหลบซ่อนและแอบแฝงในรูปแบบต่างๆ สถานบริการทางเพศมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วในเมือง เพื่อรองรับความต้องการของผู้ใช้บริการ

การเจริญเติบโตของธุรกิจทางเพศและจำนวนหญิงอาชีพพิเศษ เริ่มเห็นชัดเจนเมื่อมีสงครามเวียดนาม มีทหารอเมริกันเข้ามาพักผ่อนในประเทศไทยประมาณปีละ 3-7หมื่นคน มีทหารอเมริกันส่วนหนึ่งที่ประจำอยู่ในฐานทัพและกองบินต่างๆ ทหารเหล่านี้จ้างหญิงไทยส่วนหนึ่งมาอยู่กินเป็นประจำ เรียกหญิงเหล่านี้ว่า เมียเช่าซึ่งมีอยู่จำนวนมาก หลังสงครามเวียดนามสงบลงในปี พ.ศ. 2519 นักท่องเที่ยวที่เข้ามาประเทศไทยจะพบบริการการนำเที่ยวแบบเช็กส์ทัวร์ ที่มีไกด์พาเที่ยวหาความสุขกับสถานบันเทิงต่างๆทางเพศ ตลอดจนการจัดทัวร์สำเร็จรูปที่มีหญิงอาชีพพิเศษรวมอยู่ด้วย

จะเห็นได้ว่าจากประวัติหญิงอาชีพพิเศษจนถึงปัจจุบันการให้บริการทางเพศในรูปแบบใหม่ ทำให้กล่าวเรียกหญิงที่ทำงานนี้ในชื่อที่แตกต่างกัน เช่น คณิกา หญิงงามเมือง กะหรี อีตัว พาร์ทเนอร์ ฯลฯ หรือหญิงในรูปแบบใหม่ๆ เช่น หมอนวด นางทางโทรศัพท์ เพื่อนเที่ยว ฯลฯ แต่ไม่ว่าจะถูกขนานนามให้แตกต่างกันไปอย่างไร แต่ในความเป็นจริงชื่อเรียกเหล่านี้ก็ล้าแล้วแต่บ่งบอกถึงความเป็นผู้หญิงหากินที่ร่วมหลับนอนกับผู้ชาย เพื่อแลกเปลี่ยนกับเงินตราหรือสิ่งตอบแทนอื่นๆ (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ, ทนงค์ศักดิ์ คุ่มไชนะ. 2543 : 1-8)

### แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรม มีผู้ให้ความหมาย พฤติกรรม ไว้ดังนี้

โกลเดนสัน (Goldenson. 1984 : 90) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือตอบสนอง การกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคลและเป็นปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอกรวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่างๆที่ได้ผ่านการใคร่ครวญมาแล้ว หรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530 : 373) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

เอ็ดมพร ทองกระจาย (2530 : 3) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้ โดยพื้นฐานทางจิตวิทยามีความเชื่อว่า พฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำย่อมมีสาเหตุและมีจุดมุ่งหมาย ในขณะที่เดียวกันก็มีแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจให้กระทำ ด้วยเหตุที่จุดมุ่งหมายนั้นเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์ได้แสดงพฤติกรรมในการตอบสนองความต้องการแล้ว พฤติกรรมก็จะสิ้นสุดลง มนุษย์อยู่ในภาวะสมดุล

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 155) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยใช้ เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่า “ มี ” หรือ “ ไม่มี ” เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความสนใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2532 : 97) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม เป็นพฤติกรรมที่มีอยู่ ภายในหรือแสดงออกภายนอก

จากความหมายของพฤติกรรมที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกของบุคคลที่สามารถสังเกตได้เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลจากแรงกระตุ้น

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ มีผู้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ ได้ดังนี้ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2524 : 26) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลจัดขึ้นเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย หรือเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงสุขภาพ เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดย เน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

วารี ระกิติ (2530 : 696) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปฏิกริยาหรือ กิจกรรมทุกชนิดของบุคคลทั้งที่อยู่ภายในหรือแสดงออกมภายนอก โดยเน้นเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร (2531 : 44) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดยเน้นในเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายนอกที่สามารถสังเกตและวัดได้

ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ (2532 : 38) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆเอง หรือบุคคลอื่นแล้วแต่กรณี ซึ่ง จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะแรก เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ลักษณะที่สอง เป็นการงดเว้นหรือไม่แสดงออกในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสองลักษณะนี้แสดงให้เห็นปรากฏในสภาพต่างๆ 2 สภาพด้วยกัน

ประการแรก เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือรูปของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องใดที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประการที่สอง เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือรูปของความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น เจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา จิตสำนึก ความตระหนัก รวมทั้งท่าทีที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

จากความหมายพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ การแสดงออกของบุคคลที่สามารถสังเกตได้ในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพหรือผลเสีย ต่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้และเจตคติที่มีต่อสุขภาพอีกด้วย

### องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

บลูม (Bloom. 1975 : 65-197) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพ ว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำอาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

**1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ด้านความรู้** เป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมอง การใช้ความคิด สติปัญญา จำแนกเป็น 6 ชั้นตามลำดับจากง่ายไปหายากดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำ และระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถทางสติปัญญา ระดับแรก รู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไร และสามารถนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ (Application) คือ ความสามารถที่จะนำความเข้าใจจากหลักสูตร กฎเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการต่างๆของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ไม่เหมือนเดิม

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบขึ้นเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบหรือส่วนต่างๆเข้ามารวมกันเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งนั้นขึ้นมา

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินไม่ว่าด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้หรือกำหนดขึ้นมาเองก็ตาม

## 2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้ ได้แก่

ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคนนั้นยากต่อการที่จะวัดจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2534 : 45-49) กล่าวถึงขั้นตอนของการเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ ไว้ดังต่อไปนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) ในขั้นนี้บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบว่า มีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมจะรับสิ่งเร้าหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า นั้น การรับหรือการให้ความสนใจนี้เป็นขั้นของสภาพจิตใจในขั้นของการรับหรือการให้ความสนใจ บุคคลจะมีสุขภาพจิตใจ 4 ลักษณะ คือ

2.1.1 เกิดความตระหนักถูกผิดหรือเกิดความรู้สึกว่ามีสิ่งหนึ่ง ซึ่งการรู้สึกว่ามี หรือการได้ถูกผิดเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจเท่านั้น

2.1.2 ความเต็มใจที่จะรับสิ่งมากระตุ้น

2.1.3 การเลือกรับหรือเลือกให้ความสนใจ โดยบางบุคคลจะเลือกในสิ่งที่ทำ

2.1.4 ความพอใจมาให้และจะไม่รับในสิ่งที่เขาไม่ชอบ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากพฤติกรรมในขั้น ที่หนึ่ง บุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความยินยอม เต็มใจและพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนี้ ยังเป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้นเท่านั้นที่ยืนยันไม่ได้แน่นอนว่า บุคคลนั้นมีเจตคติหรือค่านิยมต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้า นั้นๆ อย่างไร

2.3 การให้ค่า (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลจะกระทำปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้อย่างนั้น เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเขาหรือแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.4 การจัดกลุ่ม (Organization) บุคคลเกิดค่านิยมต่างๆขึ้นแล้ว ค่านิยมจะมีหลายชนิดจึงมีความจำเป็นจะต้องจัดระบบของค่านิยมต่างๆให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization) พฤติกรรมชั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิดและจัดลำดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในชั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางการปฏิบัติและแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

### 3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัยหรือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

(Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่สามารถประเมินผลง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แบ่งเป็น 5 ชั้นดังนี้

3.1 การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการลอกแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ

3.2 การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือตามแบบที่สนใจ

3.3 การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่า ถูกต้อง

3.4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้อง อย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง

3.5 การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

### ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2534 : 86)

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหา การรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้วเช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

## องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การเกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก และมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ องค์ประกอบทางการศึกษา และองค์ประกอบทางการเมือง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534 : 173-185)

### 1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา

องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่มีอยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ประกอบด้วย ภูมิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ ความสนใจ เป้าหมาย การตั้งใจ เจตคติ อารมณ์และความสามารถ องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยานี้มีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันในลักษณะและความมากน้อย บางคนอาจมีในลักษณะ และจำนวนที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือพึงปรารถนา บางคนอาจมีลักษณะที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือพึงปรารถนา

### 2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติที่ดีมีผลจากวัฒนธรรม ชุมชนที่มีความแตกต่างกันไป แล้วแต่ลักษณะของชุมชน

### 3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ

องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ และประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

### 4. องค์ประกอบทางการศึกษา

ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย

## 5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง

นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นจำนวนและความเพียงพอของการบริการรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้ประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อ สุขภาพบางอย่าง

### พฤติกรรมการป้องกันโรค

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้หลายท่านดังนี้

สตีลและแมคบริม (Steele & Mc.Broom. 1972 : 382) ให้ความหมาย พฤติกรรม การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำใดๆของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน

แฮริสและกูเติน (Harris & Guten. 1979 : 28) ให้ความหมายของพฤติกรรม การป้องกันโรคว่า หมายถึง การกระทำใดๆของบุคคลที่กระทำเป็นปกติ สม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการที่จะป้องกันโรค ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นพฤติกรรมของการดูแลตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะคือ (มัลลิกา มติโก. 2530 : 11-12)

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมจะรักษาจากอันตรายต่างๆที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิถีสวนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไปพบแพทย์ตรวจตามนัดและการตรวจสุขภาพทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2.2 การป้องกันตามความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันโรคที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เช่น การตรวจและถ่ายภาพรังสีปอด ในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปอดที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

ประกาศเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 154-169) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริม สุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลอย่างสม่ำเสมอ โดยดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ไม่เกิดความเจ็บป่วย

### **พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ**

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ แบ่งออกได้ 3 ด้าน ใหญ่ คือ

1. การไม่ใช้สิ่งเสพติดและเครื่องดื่มนที่มีแอลกอฮอล์
  - 1.1 หลีกเลี่ยงการทดลองสิ่งเสพติดทุกชนิด
  - 1.2 กรณีเคยใช้สิ่งเสพติด ควรพยายามเลิกสิ่งเสพติดเหล่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด
  - 1.3 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด
  - 1.4 หลีกเลี่ยงการให้บริการทางเพศแก่ผู้ที่สงสัยเสพสิ่งเสพติด
  - 1.5 หลีกเลี่ยงการให้บริการทางเพศแก่ผู้ที่เมาสุราจนขาดสติ
2. คู่่นอนต้องใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ โดยปฏิบัติ ดังนี้
  - 2.1 ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
  - 2.2 เลือกถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพและเหมาะสมและมีลักษณะดังนี้

(คณะกรรมการควบคุมอุปกรณ์คุมกำเนิด. 2534 : 1)

- 2.2.1 ความยาว 160 + 10 มิลลิเมตร
- 2.2.2 เส้นผ่าศูนย์กลาง 49 + 2 มิลลิเมตร
- 2.2.3 ความหนาไม่เกิน 0.06 มิลลิเมตร
- 2.2.4 น้ำหล่อลื่น ซิลิโคนออลย์ 250 - 500 มิลลิเมตร
- 2.2.5 ไม่มีรูรั่ว
- 2.2.6 มีความยืดหยุ่น
- 2.2.7 ผิวนอกเรียบ ไม่ขรุขระ
- 2.2.8 บรรจุในซองพลาสติกและผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว
- 2.2.9 ต้องระบุ วัน เดือน ปีที่ผลิตและวันหมดอายุ

2.3 ก่อนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ ให้ฉีกซองบรรจุถุงยางอนามัยตรงบริเวณขอบของ จากนั้นค่อยๆ ดึงถุงยางอนามัยออกจากซองบรรจุด้วยปลายนิ้วมือ อย่าใช้เล็บจิกออกมา เพราะ เล็บมืออาจทำให้ถุงยางอนามัยมีรูรั่วได้

2.4 การใส่ถุงยางอนามัย ต้องใส่ขณะที่อวัยวะกำลังแข็งตัวเต็มที่ โดยเริ่มใส่จาก ส่วนปลายของอวัยวะเพศแล้วค่อยๆ รูดถุงยางอนามัยแบบปลายมน เวลาสวมต้องเหลือที่ว่าง ตรงปลายไว้ประมาณ 1 เซนติเมตร ห่างจากปลายอวัยวะเพศ ถ้าเป็นถุงยางแบบมีกระเปาะตรง ปลาย ให้ใส่ลมออกก่อนแล้วจึงสวม

2.5 ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ จะต้องระวังไม่ให้ถุงยางอนามัยหลุด หรือฉีกขาด ถ้า จะใช้สารหล่อลื่น ควรใช้ KY เยลลี่ ห้ามใช้สารหล่อลื่นที่มีน้ำมันอยู่ด้วย เช่น ครีมแต่งผมหรือน้ำ มันอื่นๆ เพราะจะทำให้รั่วและขาดง่าย

2.6 ถ้าถุงยางแตกกระหว่างมีเพศสัมพันธ์อยู่ให้นำออกเปลี่ยนโดยสวมอันใหม่ทันที

2.7 เมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิแล้วให้ฝ่ายชายรีบเอาอวัยวะเพศออกจากช่องคลอด ก่อนที่อวัยวะเพศจะหดตัว และควรจับยึดขอบถุงยางอนามัยไว้ เพื่อมิให้ถุงยางอนามัยหลุดค้าง อยู่ในช่องคลอด และระวังไม่ให้น้ำอสุจิเปื้อนรอบอวัยวะเพศหญิง เพราะเป็นสาเหตุทำให้เกิด การติดเชื้อเอชไอวี ได้ง่าย

2.8 ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วให้ทิ้งลงในโถส้วม หรือเผา ห้ามนำกลับมาใช้อีก

2.9 ถุงยางอนามัยที่ยังไม่ได้ใช้ควรเก็บไว้ในที่เย็นและแห้ง เพื่อให้มีอายุการใช้งาน นาน

3. การตรวจสุขภาพตามระยะเวลาที่กำหนดและตามนัด

เนื่องจากหญิงอาชีพพิเศษ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และสามารถแพร่ เชื้อไปยังบุคคลอื่นได้เป็นจำนวนมาก ดังนั้นหญิงอาชีพพิเศษควรตรวจสุขภาพของตนเองก่อน ข้างบ่อดังนี้

3.1 ควรเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวี ทุก 3 เดือน

3.2 เข้ารับการตรวจภายในทุก 15 วัน เพื่อค้นหาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และ เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่าย

3.3 กรณีมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรรีบมาปรึกษาแพทย์

3.4 มาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามผลการรักษา

การศึกษารายงาน เอกสารการวิจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น อาจมองเห็นได้ว่า ทิศทาง การระบาดของเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ เกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเสพยา เสพติดโดยใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการมีพฤติกรรมในการดำเนิน

ชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นควรมีการเน้นให้หญิงอาชีพพิเศษมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และลดการแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวี โดยการกำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ดังต่อไปนี้ คือ

1. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในด้านการมีเพศสัมพันธ์ โดย
  - 1.1 หลีกเลี่ยงการร่วมเพศหรือมีเพศสัมพันธ์ใด ๆ กับผู้ป่วยหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ชาวต่างประเทศ ผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด
  - 1.2 งดเว้นการสำส่อนทางเพศหรือลดจำนวนคู่นอนลงซึ่งเสี่ยงต่อคู่ของตนเอง
  - 1.3 ให้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีการร่วมเพศทุกครั้งกับผู้ที่ยังไม่คุ้นเคยกันดีพอหรือผู้ที่สงสัยว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เพราะถุงยางอนามัยจะช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวีได้ดีที่สุด อย่างไรก็ตามยังไม่มีผลวิจัยยืนยันว่ายาฆ่าอสุจิใช้ได้ผลดีมากน้อยเพียงใดต่อการยับยั้งเชื้อเอชไอวี

สำหรับถุงยางอนามัยนั้นทั่วโลกพยายามที่จะรณรงค์ให้ใช้ในผู้ที่ไม่แน่ใจหรือสงสัย เพื่อให้ผลดีป้องกันได้เต็มที่ที่จะต้องตรวจสอบถุงยางดูให้แน่ใจว่าไม่เก่า ไม่ฉีกขาดรั่ว ตลอดจนควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องด้วย

- 1.4 งดเว้นการมีกิจกรรมทางเพศที่รุนแรงและผิดปกติ เช่น การร่วมเพศทางปาก ทางทวารหนักและการใช้เครื่องกระตุ้นเพศสัมพันธ์ในการร่วมเพศ

2. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในด้านการเสพยาเสพติด ให้มี  
พฤติกรรมเสพยาที่ลดน้อยลงหรือปลอดภัยโดย

- 2.1 ผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด หากเลิกไม่ได้โดยเด็ดขาด ก็ควรหลีกเลี่ยงการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ควรมีการทำความสะอาดเข็มและกระบอกฉีดยาก่อนการใช้ครั้งต่อไปด้วยการต้มน้ำเดือดนาน 20 นาที หรือแช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อแอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำยาลอหรือกซ์ในอัตราส่วน น้ำยา 1 ส่วน ต่อน้ำ 9 ส่วน แช่นาน 5 นาที

3. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในด้านการดำเนินชีวิตโดย

- 3.1 งดเว้นการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่อาจทำให้เกิดการปนเปื้อนเลือดได้ เช่น แปรงสีฟัน มีดโกนหนวด โกนขนรักแร้ เข็มสักผิวหนัง เข็มเจาะหู และกรรไกรตัดเล็บ

3.2 ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อควรไปรับการตรวจเลือดเป็นประจำทุก 6 เดือน

- 3.3 ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และการป้องกันตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง

### ปัจจัยด้านชีวสังคม

ปัจจัยด้านชีวสังคม หมายถึง ปัจจัยร่วมอื่นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน (Modifying Factors) ได้ถูกนำมาศึกษาในแง่ของปัจจัยด้านประชากรและสังคมจิตวิทยา (Demographic and Sociopsychologic Variables) และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ในรูปแบบความสามารถที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยการกระตุ้นหรือเพิ่มให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งปัจจุบันยังไม่ได้มีการศึกษาถึงตัวแปรเหล่านี้ อย่างกว้างขวางมากนัก จึงทำให้การทำความเข้าใจกับสิ่งเหล่านี้ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแปรปรวนของปัจจัยชักนำในสถานการณ์และความยากลำบากในการประเมินวัด (กองสุขศึกษา. 2542 : 26 ; อ้างอิงจาก Becker , et al. 1974. *American Journal of Puplic Health*. p.206)

นอร์แบค (Norbac. 1981 : 43-58) ได้ให้แนวคิดที่ว่าคนเราแต่ละคนนั้นมีความจำเป็นหรือความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ

#### 1. องค์ประกอบด้านคุณสมบัติส่วนบุคคล

- 1.1 อายุ
- 1.2 เพศ
- 1.3 สถานภาพสมรส
- 1.4 การศึกษา
- 1.5 ฐานะเศรษฐกิจ
- 1.6 ความแตกต่างระหว่างบุคคล

2. องค์ประกอบด้านสถานการณ์ จะส่งผลให้บุคคลมีความต้องการและการปฏิบัติที่แตกต่างกัน

พรพันธุ์ บุณยรัตนพันธุ์ (2527 : 107-117) กล่าวถึงลักษณะตัวแปรที่สำคัญเกี่ยวกับบุคคลที่มีผลต่อการเกิดโรค ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส อาชีพ เป็นต้น บางอย่างเป็นสาเหตุโดยตรงแต่บางอย่างเป็นสาเหตุทางอ้อม

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2543 : 39-43) กล่าวถึง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมีหลายปัจจัย ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อน สื่อมวลชน สถาบันศาสนา สถาบันเทิงและสถานเริงรมย์ รวมถึงศูนย์การค้าต่างๆ

ปัจจัยด้านชีวสังคมที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ในครั้งนี้เป็นปัจจัยด้านชีวสังคมโดยมีตัวแปรดังนี้

## อายุ

พรพันธ์ บุญรัตนพันธ์ (2527 : 107) กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดในการเกิดโรคในบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยหรือการตาย จะเห็นได้ว่ารูปแบบการตาย ในทุกประเทศในโลกจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันเมื่อศึกษาตามอายุ อายุยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเช่น โรคบางชนิดเกิดในผู้สูงอายุ บางชนิดเกิดเฉพาะในเด็ก อายุไม่เพียงแต่มีความสัมพันธ์กับความชุกของการเกิดโรคเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรง (severity) ของโรคด้วย การที่อัตราการตายเพิ่มมากขึ้นตามอายุนั้น อาจเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การสะสมของสิ่งที่มีพิษของร่างกายเพิ่มขึ้นตามอายุที่ผ่านไป ภูมิคุ้มกันโรคโดยธรรมชาติของร่างกายจะค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในฮอร์โมน ในระยะต่างๆ ของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงในโครโมโซมของร่างกาย และจากแนวคิดของ เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman. 1975 : 10-24) กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการรักษาโรค และอายุจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ย่อมมีความสนใจดูแลสุขภาพของตนมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

## รายได้

รายได้จากการทำงานหรือฐานะทางเศรษฐกิจและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กัน พรพันธ์ บุญรัตนพันธ์ (2527 : 115) กล่าวว่า ข้อมูลที่จะบ่งชี้ได้ดีที่สุดคือ รายได้ ผู้ที่มีการศึกษาดีก็มีอาชีพที่ทำรายได้ดีเป็นส่วนมาก และความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจกับโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะการตายนั้นจะเป็นไปในทางที่ถ้าฐานะทางสังคมต่ำ อัตราตายมักจะสูง และการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคก็เกี่ยวข้องกับฐานะทางสังคมด้วย นอกจากนั้นจะพบว่า ผู้ที่อยู่ในอาชีพที่ใช้แรงงานมีรายได้ต่ำมักจะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพในการใช้สมองและความชำนาญพิเศษ เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 - 162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักจะได้รับการศึกษาน้อยจึงทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

## ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษามีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 182) กล่าวว่า โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาบ้างจะมีการรับรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย จรรยา สุวรรณทัต(2527 : 838-842) พบว่า คนไข้ที่ได้รับการศึกษาน้อย จะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย โอเรม (Orem. 1985 : 175) เชื่อว่า การศึกษาจะเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมี

ทัศนคติที่ดี ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย

#### ระยะเวลาของการทำงาน

ผู้ที่มีระยะเวลาการทำงานนานมักมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการต่างๆ ดี เข้าใจว่าสิ่งใดควรทำหรือสิ่งใดควรหลีกเลี่ยงทำให้บุคคลสามารถพิจารณา วิเคราะห์และเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น ระยะเวลาการทำงานมักมีผลต่อสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดหรือสัมผัสโดยตรง และ ปิติ พูนไชยศรี (2531 : 495) กล่าวถึงระยะเวลาการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับรังสีปรมาณูของรังสีที่เจ้าหน้าที่ได้รับเข้าไปในร่างกายและสะสมอยู่ทำให้เกิดอันตรายนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ทำงานสัมผัสกับรังสี

#### แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

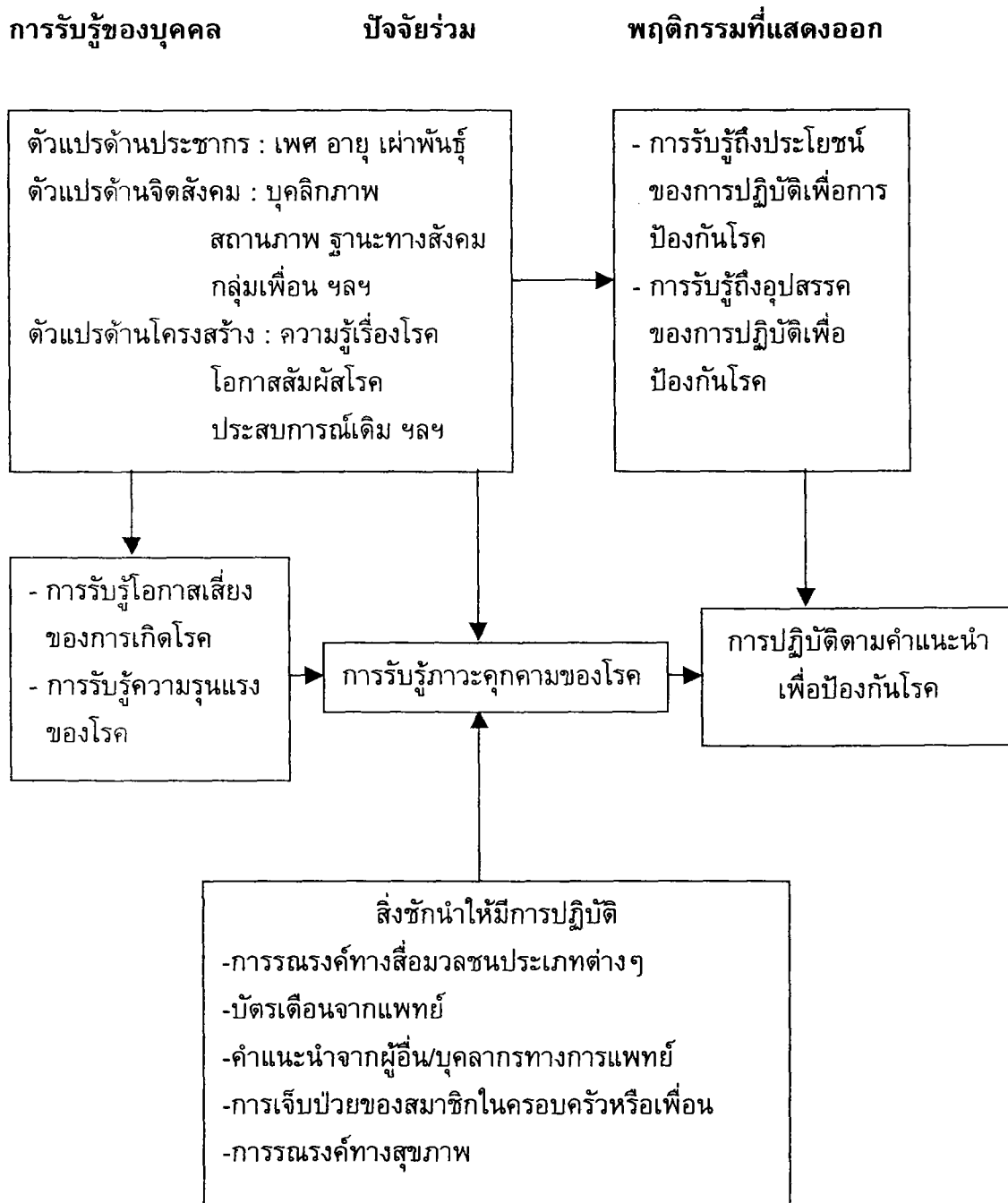
ความเชื่อ (Belief) หมายถึง การที่บุคคลคิดว่า ปรากฏการณ์บางอย่างมีอยู่จริง ความเชื่อเกิดจากการได้เห็น สัมผัส ได้ยิน ได้รับคำบอกเล่า อ่านจากบทความ รวมทั้งการคิดขึ้นเอง ซึ่งความเชื่อขึ้นอยู่กับข้อมูลอันผิดหรือถูกก็ได้ และความเชื่อก็จะเป็นตัวนำการกระทำ หรือการตัดสินใจที่ออกมาในรูปของพฤติกรรมสุขภาพอีกทีหนึ่ง หรืออาจเป็นพฤติกรรมเกิดก่อนความเชื่อโดยที่พฤติกรรมนั้นถูกกำหนดโดยพลังบางอย่างแล้ว ความเชื่อจะเป็นตัวที่ให้เหตุผลและสนับสนุนพฤติกรรมนั้นๆ ภายหลังก็ได้ (สมฤดี ธัญपालิต. 2536 : 21)

ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1950 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนาสร้างแบบแผนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้มากมาย ทั้งนี้เนื่องมาจากเกิดปัญหาด้านบริการสาธารณสุขพบว่าความร่วมมือของประชาชน ในด้านการป้องกันโรคลดลงจึงได้มีการศึกษาสาเหตุและหาแนวทางให้ประชาชนร่วมมือในการดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพของตนเองมากขึ้น (พินิดา เหมโลหะ. 2544 : 29-32 ; อ้างอิงจาก Rosenstock, I.M., *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. 1974. p.1) ต่อมาได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ทำนาย และอธิบายในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) และดัดแปลงมาใช้อธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior)

โรเซนสต็อก(กองสุขศึกษา. 2542 : 19 ; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974. *Health education Monographs*. p.355 - 385) ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควร มีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก และความกลัว เป็นต้น

จากแนวคิดของโรเซนสตอก สรุปลักษณะประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลในระยะแรกมีดังนี้ คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบทางด้านการรับรู้แล้วยังมีองค์ประกอบตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง เบคเกอร์และคณะ (กองสุขศึกษา. 2542 : 19-27 ; อ้างอิงจาก Becker , et al. 1974. *American Journal of Public Health*. p.205-215) ได้ทำการปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล สามารถสรุปรายละเอียดองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้ดังภาพประกอบ 3 (กองสุขศึกษา. 2542 : 20 ; อ้างอิงจาก Becker , et al. 1974. *American Journal of Public Health*. p.206)



ภาพประกอบ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

## องค์ประกอบสำคัญตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ และคณะ (กองสุขศึกษา. 2542 : 24-27 ; อ้างอิงจาก Becker ,Marshall H. 1974. *Health Education Monographs*. p.409 -417) มีดังนี้

### 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การสัมผัสโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และมีการรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันออกไป การรับรู้โอกาสต่อการเป็นโรคนั้นถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อรักษาภาวะสุขภาพมากกว่าปัจจัยด้านอื่น

การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเริ่มเช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก(กองสุขศึกษา. 2542 : 25)

### 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองว่าในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายนั้นก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีความยากลำบาก ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเพียงใด ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนและจะมีผลกระทบต่อบทบาทของตนเองในครอบครัว สังคม เป็นต้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งสำคัญแม้ว่าบุคคลจะรับรู้และตระหนักดีว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างยิ่งไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรมได้ บุคคลต้องมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าเป็นอย่างไรต่อตนเองแล้ว เขาจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันอย่างไร

### 3. การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefit and barrier)

การรับรู้ต่อประโยชน์ - อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับในการที่จะปฏิบัตินั้นๆจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้นบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่ามีวิธีนั้นๆ เป็นทางออกที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ไม่ป่วยหรือเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า ค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับค่าใช้จ่ายในที่นี้

นอกจากจะหมายถึงเงินที่เสียไปแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยง ต่อความไม่ปลอดภัย และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เป็นต้น

ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระซึ่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสตอก(กองสุขศึกษา. 2542 : 19 ; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974. *Health Education Monographs*. p.355-385) กล่าวถึง อุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง ในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูง จะเกิดขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขก็จะทำให้เขามีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมสูง บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในระดับต่ำ เขาก็จะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมในการป้องกันโรค

**4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)** หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้านี้อาจเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจในการแสวงหาและยอมรับการรักษา หรือบางรายอาจเกิดความกังวลใจ เป็นต้น สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้าน สุขภาพของบุคคลได้ แรงจูงใจจะวัดได้ในรูปของความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ความตั้งใจหรือความต้องการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การให้ความร่วมมือในการรักษา เบคเกอร์และคณะ (นฤมล รัตนไพจิตร 2533 : 31 ; อ้างอิงจาก Becker, et al. 1972. *Health Services Reports*. p.852 - 862) ได้ศึกษาเรื่องแรงจูงใจในฐานะที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาพบว่ามารดาของเด็กป่วยมีความสนใจสุขภาพของลูกมีการปฏิบัติในการให้ลูกรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีการพบแพทย์ตามนัด มีแนวโน้มที่จะวัดอุณหภูมิให้ลูกเอง มีการจัดหาอาหารเฉพาะและวิตามินแก่ลูก มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเป็นมารดาที่ดีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมปฏิบัติตาม

แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดัน และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา เมื่อความเชื่อเป็นไปในทางบวก จะทำให้บุคคลตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น แต่ถ้าบุคคลไม่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติกรรับรู้อะไรต่าง ๆ ก็อาจไม่ทำให้เขาปฏิบัติตามคำแนะนำได้

## 5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

ปัจจัยร่วมนั้นเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค แบ่งเป็น

5.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร (Demographic variable) เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นต้น

5.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio-psychological variable) เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เพื่อนฝูง เศรษฐกิจ ซึ่งเป็นพื้นฐานให้มีการปฏิบัติด้านการป้องกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

5.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural variables) เช่น ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา รวมทั้งลักษณะความยาวนานของการปฏิบัติตามการให้บริการ เป็นต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อกและคณะ โดยมีตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยร่วม

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

#### งานวิจัยในต่างประเทศ

มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

อัลลาด(Allard R. 1989 : 448-452) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มบุคคลอายุระหว่าง 18-65 ปี ในรัฐมอลทรีน จำนวน 1,072 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่มีอายุน้อยและมีสถานภาพโสดมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์มาก ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ในการเสี่ยงของโรค และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

## งานวิจัยในประเทศไทย

มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 103-108) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎ และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 126 คน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชายมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคเบาหวานถูกต้องมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาของการเป็นโรคมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานนานมากกว่า 5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

พนมศรี เสาร์สาร (2531 : บทคัดย่อ) ศึกษา พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกตรวจหญิงบริการผู้ป่วยนอก สถานกามโรคบางรัก กรุงเทพมหานคร จำนวน 380 คน พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ระดับการศึกษา ระดับของข่าวสารโรคเอดส์ และโอกาสที่ได้รับ รวมทั้งความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 89-90) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีระหว่างตั้งครรภ์และอยู่ที่หน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลรามาริบัติดีและโรงพยาบาลจุฬาย จำนวน 200 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการป้องกันโรคและแรงจูงใจของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532 : 76-77) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตรับผิดชอบของสถานีตำรวจนครบาลบางซื่อ จำนวน 150 คน พบว่า อายุและระดับการศึกษาไม่มีผลให้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันรักษากามโรค ในหญิงอาชีพพิเศษแตกต่างกัน ส่วนระยะในการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน เป็นผลให้หญิงอาชีพพิเศษมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นกามโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.3187$ ,  $p < .05$ )

เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : 87-88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเฮโรอีนทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาขั้นต้นที่คลินิกพิชิตวัชระพยาบาลและโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 100 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพความสัมพันธ์ทางบวกสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ร้อยละ 55.12 ในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์

มยุรี วรรณไกรโรจน์และคณะ (2533 : 31-33) ศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อและการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลเมืองเชียงราย 49 แห่ง จำนวน 240 คน พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ของใช้ส่วนตัว เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.237$ ) หญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์มากกว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์รับรู้จากสื่อได้หลายประเภทได้แก่ โทรทัศน์ร้อยละ 88.2 วิทยุร้อยละ 67.2 และเพื่อนร้อยละ 58.2

จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติ ต่อโรคกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-21 ปี อาศัยในชุมชนแออัดคลองบางชื่อจำนวน 200 คน พบว่า การรับรู้ต่อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .207$ ) เจตคติต่อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = -.224$ ) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ( $r = .232$ ) เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = -.345$ ) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = -.131$ ) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า เพศ การศึกษา เจตคติต่อโรคเอดส์และการรับรู้ต่อโรคเอดส์เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถ อธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 22.97 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรค เอดส์ไม่ถูกต้องในด้านการดำเนินชีวิตในเรื่องการใช้กรรมไกรตัดเล็บร่วมกับบุคคลอื่น

ภาวดี นวเกล้า และคณะ (2534 : 135) ศึกษา ความรู้ ทักษะคติต่อโรคเอดส์และการ ปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลเมืองระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงอาชีพพิเศษแอมแปง จำนวน 50 คน และหญิงอาชีพพิเศษโดยตรง จำนวน 82 คน พบว่า หญิงอาชีพพิเศษโดยตรงส่วนมากอายุ 15-19 ปี การศึกษาส่วนมากจบชั้นประถมศึกษาตอน ปลาย ได้รับค่าตอบแทนทางเพศประมาณ 50 บาท ให้บริการทางเพศเฉลี่ยวันละ 5 ราย ส่วน หญิงอาชีพพิเศษแอมแปงส่วนมากอายุ 25 ปีขึ้นไป การศึกษาส่วนมากจบชั้นมัธยมศึกษา ได้รับ ค่าตอบแทนทางเพศประมาณ 100 บาท ให้บริการทางเพศเฉลี่ยวันละ 1-2 ราย สื่อที่ได้รับ ความรู้มากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมาเป็นสถานบริการสาธารณสุข เมื่อนำตัวแปรเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการประกอบอาชีพมาหาความสัมพันธ์ร่วม พบว่า หญิงอาชีพ พิเศษที่มีอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการประกอบอาชีพต่างกัน จะมีความรู้และทัศนคติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในเขตท้องที่ ที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 218 คน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการ ศึกษา รายได้ ต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้น ตอน พบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ อายุสามารถอธิบายความแปรปรวนของ ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และระดับการศึกษา เป็นตัว ทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

ปิ่นทิพย์ บุญยชาติ (2536 : 84-88) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี จำนวน 300คน พบว่า อายุ อาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกัน โรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รวรรณ ไกรเลิศ (2537 : 565) ศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคเอดส์ในโสเภณีหญิงและชายจังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างเป็นโสเภณีหญิง 351 คน โสเภณีชาย 139 คน พบว่า โสเภณีหญิงอายุเฉลี่ย 24.5 ปี โสเภณีชายอายุเฉลี่ย 22.4 ปี โสเภณีหญิงส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า โสเภณีชายส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โสเภณีหญิงและชาย มีความรู้และทัศนคติระดับปานกลางและสูง อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในโสเภณีหญิงร้อยละ 88.3 โสเภณีชายร้อยละ 75.5 เมื่อทำการเปรียบเทียบ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ ทักษะ และพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยระหว่างโสเภณีหญิงและชาย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รุ่งศรี ยุงทอง (2537 : ก -ข) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ จังหวัดราชบุรี จำนวน 432 คน พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า เพศ อายุ รายได้ การรับรู้ถึงประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นครทิพย์ สิงห์เสนี, ชีระ เบญจมาโยธิน, และ ณรรจยา โกไศยกานนท์ (2538 : 682) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษจากสถานประกอบการ ย่านบางขุนพรหม ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน พบว่า อายุระหว่าง 20-24 ปีมีการติดเชื้อเอดส์ 53 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือตอนบน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาการทำงานส่วนใหญ่เกิน 1 ปี ซึ่งพบว่า อายุและระยะเวลาทำงานมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หญิงอาชีพพิเศษกลุ่มที่ติดเชื้อเอดส์รับแขกเฉลี่ย 6-7 คนต่อวัน ส่วนกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอดส์รับแขกเฉลี่ย 2-4 คนต่อวัน หญิงอาชีพพิเศษทั้ง 2 กลุ่ม มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยไม่แตกต่างกัน

อรุณ แสงปัดสา, และ ประโยค ศรีชุม (2539 : 337) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ ของหญิงโสเภณีที่ติดเชื้อเอดส์ จังหวัดราชบุรี จำนวน 53 คน พบว่า อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ ระยะเวลาที่ทราบติดเชื้อเอดส์ ภาวะรับผิดชอบ การใช้สารเสพติด ของโสเภณีที่ติดเชื้อเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ ปัจจัยด้านยาเสพติด (ยาบ้า) ของหญิงโสเภณีที่ติดเชื้อเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร ถนอมกล่อม (2540 : 117-120) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 320 คน พบว่า การสนับสนุนความต้องการทางด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และการได้รับบริการ ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความเชื่อถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรคเอดส์ ความเชื่อต่อประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์และปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพการปกครอง ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

ทรงพล ผุดผาด (2541 : 99-104) ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธของโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 350 คน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับดี ความแตกต่างทางเพศ อายุ และระดับการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศ อาชีพ อายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พนิดา เหมโลหะ (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 373 คน พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับพอใช้ มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ ระดับชั้นกำลังศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ รายได้ของนักเรียน การพักอาศัยของนักเรียนและอาชีพของผู้ปกครองต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสาร และแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ผลจากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันตามตัวแปรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการสำรวจ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
  - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
  - 2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
  - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย
  - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ.2545 จำนวน 592 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2545 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นหญิงอาชีพพิเศษที่มารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ.2547 จำนวน 313 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) มีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (สุวิมล ติรกานนท์, 2543 : 154 ; อ้างอิงจาก Yamane, 1967, *Statistics : An introductory analysis*, p.886) โดยมีความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ไม่เกิน .05 ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ  $n$  แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
 $N$  แทน ขนาดประชากร  
 $e$  แทน ความคลาดเคลื่อน

ได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม จำนวน 240 คน แต่ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะทำการศึกษาจากหญิงอาชีพพิเศษ จำนวน 313 คน

2. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ใช้สูตรหา Sample size for proportion allocation (ดร.ณี ภูณสุวรรณศรี. 2540 : 52 ; อ้างอิงจาก พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. 2538. วิธีวิจัยในงานสาธารณสุข. หน้า 191)

$$nh = \frac{Nh \times n}{N}$$

เมื่อ  $nh$  แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ  
 $n$  แทน ขนาดของตัวอย่างที่คำนวณได้ (240 คน)  
 $Nh$  แทน จำนวนหญิงอาชีพพิเศษในแต่ละอำเภอ  
 $N$  แทน จำนวนประชากรหญิงอาชีพพิเศษ

ตาราง 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ

อำเภอ	จำนวน สถานบริการ	จำนวนหญิง อาชีพพิเศษ	จำนวนหญิงอาชีพ พิเศษที่เลือกได้	จำนวนหญิงอาชีพ พิเศษที่เก็บจริง
เมือง	12	241	98	115
นครชัยศรี	9	73	30	30
กำแพงแสน	10	131	53	98
ดอนตูม	4	52	21	25
สามพราน	4	58	24	25
บางเลน	3	27	11	20
พุทธมณฑล	0	10	3	0
รวม	42	592	240	313

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2545). การสำรวจสถานบริการทางเพศและ  
ผู้ขายบริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2545 ระหว่างวันที่ 1 - 31 มกราคม พ.ศ.2545 :  
ไม่ปรากฏเลขหน้า.

3. จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา  
ได้มาจากการเลือกแบบบังเอิญ (Acidental sampling) เป็นหญิงอาชีพพิเศษที่มารับการตรวจ  
สุขภาพรายใหม่ทุกรายในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม

### การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

#### ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ตอน  
ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยชีวิตสังคม ประกอบด้วย อายุ รายได้ ระดับการ  
ศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบ  
ด้วยเนื้อหา ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 5 แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่าที่สร้างขึ้นตามแบบวัดเจดคติของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความมีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับ การไม่ใช้สิ่งเสพติดและเข็มเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนต้องใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การตรวจสุขภาพตามระยะเวลาที่กำหนดและตามนัด

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ซึ่งมีข้อความทั้งทางบวก และทางลบ

### ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีเนื้อหาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร งานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

3. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยชีวสังคมของหญิงอาชีพพิเศษ เกี่ยวกับ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามเกณฑ์และกรอบของเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง

5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยเลือกข้อคำถาม

ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ดังนี้ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 17 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 17 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 ข้อ แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 14 ข้อ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 24 ข้อ รวมทั้งหมด 97 ข้อ

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงอาชีพพิเศษซึ่งมารับการตรวจสุขภาพที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี จำนวน 50 ราย แลวนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ ได้ข้อคำถามดังนี้ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 ข้อ รวมทั้งหมด 61 ข้อ

7. นำแบบสอบถามที่ได้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

**เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย**

การวิเคราะห์ลำดับคะแนนและการแปลผล ผู้วิจัยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยชีวิตสังคม ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน ใช้ข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จะมีคะแนนสูงสุด 5 คะแนน ต่ำสุด 1 คะแนน ได้คะแนนตามเกณฑ์เฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้
3.67 – 5.00	มาก
2.34 – 3.66	ปานกลาง
1.00 – 2.33	น้อย

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จะมีคะแนนสูงสุด 5 คะแนน ต่ำสุด 1 คะแนน ได้คะแนนตามเกณฑ์เฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน ดัดแปลงจากหลักเกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้
3.67 – 5.00	มาก
2.34 – 3.66	ปานกลาง
1.00 – 2.33	น้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การไม่ใช้สิ่งเสพติดและตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์ คู่่นอนต้องใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การตรวจสุขภาพตามระยะเวลาที่กำหนดและตามนัด

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีข้อคำถาม 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติตนทางบวกและข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติตนทางลบ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	การปฏิบัติทางบวก	การปฏิบัติทางลบ
การปฏิบัติประจำ	2	0
การปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน จัดแปลงจากหลักเกณฑ์การประเมินของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้
1.34 – 2.00	ดี
0.67 – 1.33	ปานกลาง
0.00 – 0.66	ควรปรับปรุง

### การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความ โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117) เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ได้ข้อคำถาม จำนวน 97 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับหญิงอาชีพพิเศษซึ่งมารับการตรวจสุขภาพที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบ

สอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Correlation item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ 2539 : 116-117) ได้แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ข้อและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 15 ข้อ รวมทั้งหมด 61 ข้อ

### 3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-126) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.7575
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.8534
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.6267
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.8484
แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.8757
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	เท่ากับ 0.6709

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางเลน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงแสน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนตูม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธมณฑล เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเรื่องพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

2. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบและทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาดลอดจนขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยทำการแจกและเก็บแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 30 นาที

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม ถึง 19 มีนาคม พ.ศ. 2547 ได้แบบสอบถามทั้งสิ้น 313 ฉบับ และนำไปวิเคราะห์ต่อไป

### การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้

2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม แต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. แบบสอบถามข้อมูลด้านชีวสังคม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป

โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือค่าเอฟ (F-test) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 236)

5. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

(ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 322)

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

#### 1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 101)

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ  
 f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ  
 n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

#### 1.2 ค่าเฉลี่ย ( Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 34 - 35)

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

เมื่อ  $\bar{X}$  แทน ค่าเฉลี่ย  
 $\sum X$  แทน ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล  
 n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมด

#### 1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 64-65)

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

เมื่อ S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 $\sum X^2$  แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง  
 $(\sum X)^2$  แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง  
 n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

## 2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

### 2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.

2540 : 117)

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

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนทรงคุณวุฒิ

### 2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ

แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแต่ละข้อ โดยหาค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.

2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	$r_{xy}$	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	n	แทน	จำนวนตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนน X
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนน Y
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

### 2.3 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น

แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ -coefficient) ของ ครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ  $\alpha$  แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

$n$  แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

$S_i^2$  แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$S_t^2$  แทน ความแปรปรวนทั้งฉบับ

### 3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือ ค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-4

การทดสอบค่าเอฟ (F-test) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

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

เมื่อ  $F$  แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

$MS_B$  แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

$MS_W$  แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าหากพบว่าการทดสอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีทดสอบของเชฟเฟ (Scheffe) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 248)

$$CV_d = \sqrt{(K-1)(F^*)(MS_{within})(2/n)}$$

เมื่อ	$CV_d$	แทน	ค่าของเซฟเฟ
	$k$	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$F^*$	แทน	ค่า $F$ ที่เปิดจากตาราง (critical value)
	$MS_{within}$	แทน	ค่า Mean square within group ที่คำนวณไว้แล้วในการวิเคราะห์ความแปรปรวน
	$n$	แทน	จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม  
การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  
เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 322) เพื่อทดสอบสมมติ  
ฐานข้อ 5-9

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	$r_{xy}$	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร $X$ กับตัวแปร $Y$
	$n$	แทน	จำนวนตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนน $X$
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนน $Y$
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน $X$ และคะแนน $Y$
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน $X$
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน $Y$

การทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการ  
ทดสอบค่า  $t$ -test (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 325)

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

เมื่อ  $r$  แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้  
 $n$  แทน จำนวนตัวอย่าง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน คะแนนเฉลี่ย
S	แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน ความน่าจะเป็น (Probability)
SS	แทน ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลชีวสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหญิงอาชีพพิเศษที่มาตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม จำแนกตามอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษที่มาตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม เป็นรายข้อ โดยการหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้ และระดับพฤติกรรมการป้องกัน นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 ทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามตัวแปรอายุ รายได้ ระดับการศึกษาและระยะเวลาของการทำงานโดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-4 นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5-9 นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยชีวสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหญิงอาชีพพิเศษที่มาตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม จำแนกตามอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ปรากฏตามตาราง 3 และ 4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามตัวแปรอายุ รายได้ ระยะเวลาของการทำงาน และระดับการศึกษา

ข้อมูลชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	32	10.22
20 – 24 ปี	84	26.84
25 – 29 ปี	94	30.03
30 – 34 ปี	67	21.41
35 ปีขึ้นไป	36	11.50
รวม	313	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>2. รายได้</b>		
น้อยกว่า 5,000 บาท	83	26.52
5,000 – 9,999 บาท	147	46.96
10,000 – 14,999 บาท	34	10.86
15,000 – 19,999 บาท	22	7.03
20,000 บาทขึ้นไป	27	8.63
รวม	313	100.00
<b>3. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	104	33.23
ประถมศึกษาปีที่ 1-6	139	44.41
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	58	18.53
อุดมศึกษาขึ้นไป	12	3.83
รวม	313	100.00
<b>4. ระยะเวลาของการทำงาน</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	92	29.39
1 – 2 ปี	100	31.95
2 – 3 ปี	59	18.85
มากกว่า 3 ปี	62	19.81
รวม	313	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า หญิงอาชีพพิเศษที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารังนี้ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลได้ดังนี้

อายุ พบว่า หญิงอาชีพพิเศษมีอายุ 25-29 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.03 รองลงมาได้แก่ อายุ 20-24 ปี อายุ 30-34 ปี ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.84 , 21.41 , 11.50 และ 10.22 ตามลำดับ

รายได้ พบว่า หญิงอาชีพพิเศษมีรายได้เฉลี่ย 5,000 - 9,900 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.96 รองลงมาได้แก่ น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน , 10,000-19,900 บาทต่อเดือน

, 20,000 บาทต่อเดือน และ 15,000-19,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 26.52 , 10.86,8.63 และ 7.03 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า หญิงอาชีพพิเศษได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.41 รองลงมา ได้แก่ ไม่ได้รับการศึกษา , ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และระดับอุดมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.23 , 18.53 และ 3.83 ตามลำดับ

ระยะเวลาของการทำงาน พบว่า หญิงอาชีพพิเศษมีระยะเวลาของการทำงานอยู่ในช่วงระหว่าง 1-2 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.95 รองลงมา ได้แก่ น้อยกว่า 1 ปี , มากกว่า 3 ปี และ 2-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.39 , 19.81 และ 18.85 ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามตัวแปร แบบแผนความเชื่อสุขภาพรายด้าน และพฤติกรรมกำบังกั้นการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	194	61.98
ระดับปานกลาง	119	38.02
ระดับน้อย	0	0.00
รวม	313	100.00
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	20	6.39
ระดับปานกลาง	292	93.29
ระดับน้อย	1	0.32
รวม	313	100.00
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันกำบังกั้นการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	219	69.97
ระดับปานกลาง	94	30.03
ระดับน้อย	0	0.00
รวม	313	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	136	43.45
ระดับปานกลาง	156	49.84
ระดับน้อย	21	6.71
รวม	313	100.00
แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	243	77.64
ระดับปานกลาง	70	22.36
ระดับน้อย	0	0.00
รวม	313	100.00
พฤติกรรมกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับมาก	211	67.41
ระดับปานกลาง	100	31.95
ระดับน้อย	2	0.64
รวม	313	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า หญิงอาชีพพิเศษส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 69.98 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93.29 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.97 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.84 แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.64 และพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 67.41

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษที่มาตรฐานตรวจสอบสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม เป็นรายข้อ โดยการหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ ปรากฏตามตาราง 5 , 6 , 7 , 8 , 9 และ 10

ตาราง 5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้
1. ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่เชื้อไปยังคู่นอนและทารกในครรภ์ได้	4.36	0.70	มาก
2. การมีเพศสัมพันธ์โดยวิธีหลังอสุจิภายนอกจะปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี	2.96	1.18	ปานกลาง
3. ชายและหญิงมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้เท่ากัน	3.95	0.92	มาก
4. ถ้าถุงยางอนามัยรั่วหรือแตกขณะมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	4.19	0.75	มาก
5. คนถูกยุงกัดมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี	3.44	0.98	ปานกลาง
6. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพียงครั้งเดียว มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	4.19	0.80	มาก
7. การได้รับเลือดของคนที่มีเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูง	4.43	.72	มาก
8. การว่ายน้ำในสระว่ายน้ำสาธารณะ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี	3.58	0.91	ปานกลาง
9. การใช้ของมีคม เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี	4.04	0.83	มาก
10. ถ้าใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้	3.45	0.91	ปานกลาง
รวม	3.85	0.87	มาก

จากตาราง 5 หญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.85$ ,  $S = 0.87$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับมาก รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลางและไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับน้อย

ตาราง 6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ

การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้
1. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง	4.20	0.75	มาก
2. การตรวจพบติดเชื้อเอชไอวีระยะแรก ทำให้เป็นโรคไม่รุนแรง	2.45	0.82	ปานกลาง
3. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เป็นวัณโรค	3.65	0.88	มาก
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนมีความทุกข์ทรมานมาก	1.61	0.78	น้อย
5. ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย	3.98	0.82	มาก
6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเสียชีวิตทุกคน	1.78	0.94	น้อย
7. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ แต่ก็สามารถแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นได้	4.20	0.85	มาก
8. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อน หลายนๆโรค	4.23	0.75	มาก
9. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาระของครอบครัวและสังคม	2.03	1.01	น้อย
10. ถ้ามารดาติดเชื้อเอชไอวีแล้ว จะทำให้ลูกในท้องติดเชื้อด้วย	4.13	0.81	มาก
รวม	3.23	0.92	มาก

จากตาราง 6 หญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.23$ ,  $S = 0.92$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับมาก รองลงมา ได้แก่ ระดับน้อย และระดับปานกลาง

ตาราง 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ  
จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้
1. การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นสิ่งที่ควรกระทำ	4.40	0.74	มาก
2. หญิงอาชีพพิเศษเท่านั้นควรมีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	3.05	1.18	ปานกลาง
3. การให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	4.28	0.72	มาก
4. การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี ตามนัด เป็นสิ่งที่มีประโยชน์	4.43	0.66	มาก
5. การดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ไม่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้	2.91	0.98	ปานกลาง
6. การสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	4.34	0.71	มาก
รวม	3.90	0.83	มาก

จากตาราง 7 หญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.90$ ,  $S = 0.83$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ระดับปานกลาง และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับน้อย

ตาราง 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ  
จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้
1. อ่านเอกสาร คู่มือ หรือรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับการ การติดเชื้อเอชไอวีเป็นการเสียเวลาทำงาน	2.58	1.06	ปานกลาง
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีจากเจ้าหน้าที่เป็นเรื่องที่ไม่ยาก	2.05	0.87	น้อย
3. ช่วงเวลาการทำงานของท่านทำให้เสียโอกาสใน การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี	2.88	1.02	ปานกลาง
4. การใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์เป็น เรื่องที่ยุ่งยากลำบาก	2.39	1.11	ปานกลาง
5. การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศ ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ	2.83	1.27	ปานกลาง
6. การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี ทำให้ เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น	2.33	1.14	น้อย
7. การตรวจหาเชื้อเอชไอวีไม่มีความจำเป็น เพราะ ถึงทราบว่าติดเชื้อก็ไม่มียารักษาได้	2.53	1.09	ปานกลาง
8. ท่านไม่ไปตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เพราะจะ ทำให้ท่านเสียเวลา	2.34	1.15	ปานกลาง
9. ขั้นตอนของการรับบริการไม่เป็นอุปสรรคต่อการ ตรวจหาเชื้อเอชไอวี	2.69	1.19	ปานกลาง
10. ท่านไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน เนื่องจาก ถุงยางอนามัยที่แจกมานั้นไม่พอใช้ ไม่อยาก เสียเงินซื้อเอง	2.32	1.15	น้อย
รวม	2.96	1.10	ปานกลาง

จากตาราง 8 หญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.96$ ,  $S = 1.10$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ได้แก่ ระดับน้อย

ตาราง 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพจำแนกตามแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ

แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้
1. ท่านกลัวเป็นโรคเอดส์ จึงป้องกันโดยให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง	4.32	0.72	มาก
2. ท่านตรวจเลือดเพื่อต้องการทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	4.29	0.64	มาก
3. ท่านมีความสนใจเกี่ยวกับการรักษา-การป้องกันโรคเอดส์มาก	4.32	0.68	มาก
4. ท่านยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่แข็งแรง โดยไม่สวมถุงยางอนามัย	3.62	1.11	ปานกลาง
5. ท่านมีความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	4.40	0.74	มาก
6. ท่านให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	4.46	0.64	มาก
7. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	4.33	0.72	มาก
8. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องไกลตัว ไม่จำเป็นต้องสนใจ	3.75	1.06	มาก
9. ท่านต้องไปตรวจสุขภาพตามข้อบังคับของสถานบริการทางเพศ	4.13	0.96	มาก
10. เมื่อพบว่าเพื่อนร่วมงานป่วยเป็นโรคเอดส์ ทำให้ท่านป้องกันตนเองมากขึ้น	4.29	0.81	มาก
รวม	4.19	0.80	มาก

จากตาราง 9 หญิงอาชีพพิเศษมีแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.19$ ,  $S = 0.80$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับมาก รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับน้อย

ตาราง 10 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกำบังกำบังการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ

พฤติกรรมกำบังกำบังการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมกำบังกำบัง
1. ท่านใช้ยากระตุ้นทางเพศ เพื่อช่วยให้การมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น	1.84	0.37	ดี
2. ท่านหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เมมาเหล่าจนขาดสติ	0.99	0.83	ปานกลาง
3. คู่นอนของท่านต้องใช้ยากระตุ้นทางเพศก่อนมีเพศสัมพันธ์	1.81	0.44	ดี
4. ท่านให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์	1.67	0.52	ดี
5. ก่อนใช้ถุงยางอนามัย ท่านตรวจสอบวันหมดอายุทุกครั้ง	1.39	0.79	ดี
6. ก่อนใช้ถุงยางอนามัย ท่านตรวจสอบว่าไม่มีรอยร้าวหรือฉีกขาดทุกครั้ง	1.44	0.77	ดี
7. ท่านให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัวเต็มที่	1.65	0.58	ดี
8. เมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิแล้ว ท่านให้คู่นอนรีบถอนอวัยวะเพศออกและจับขอบถุงยาง โดยให้กระชับกับอวัยวะเพศก่อน	1.58	0.66	ดี
9. ขณะถอดถุงยางอนามัยออก ระวังไม่ให้มือสัมผัสกับส่วนที่สัมผัสกับช่องคลอด	1.42	0.74	ดี
10. ท่านจะเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวีทุก 3 เดือน	1.18	0.79	ปานกลาง
11. ท่านตรวจระบบภายในเพศหญิงทุก 15 วัน เพื่อค้นหาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	1.57	0.63	ดี

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การป้องกัน
12.ถ้ามีอาการผิดปกติ ท่านรีบไปปรึกษาแพทย์	1.65	0.53	ดี
13.เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ ท่านมักปรึกษาเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	1.62	0.51	ดี
14.ผลการตรวจสุขภาพได้รับการบันทึกในสมุด ประจำตัว	1.72	0.53	ดี
15.ท่านเข้ารับฟังคำแนะนำทุกครั้งเมื่อมีเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี	1.67	0.52	ดี
รวม	1.54	0.61	ดี

จากตาราง 10 หญิงอาชีพพิเศษมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 1.54$ ,  $S = 0.61$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับดี รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลางและไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ตอนที่ 3 ทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษที่มาตรวจสุขภาพ ในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม จำแนกตามตัวแปรอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการทดสอบค่าเอฟ(F-test) และการทดสอบสหสัมพันธ์ (Correlation) ปรากฏตามตาราง 11 ถึง 28

ตาราง 11 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน
น้อยกว่า 20 ปี	32	1.25	0.29	ปานกลาง
20 - 24 ปี	84	1.49	0.38	ดี
25 - 29 ปี	94	1.51	0.37	ดี
30 - 34 ปี	67	1.67	0.31	ดี
35 ปีขึ้นไป	36	1.76	0.21	ดี

จากตาราง 11 หญิงอาชีพพิเศษกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด ( $\bar{X} = 1.76$ ,  $S = 0.21$ ) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 30-34 ปี ( $\bar{X} = 1.67$ ,  $S = 0.31$ ) อายุ 25-29 ปี ( $\bar{X} = 1.51$ ,  $S = 0.37$ ) อายุ 20-24 ปี ( $\bar{X} = 1.49$ ,  $S = 0.38$ ) และอายุน้อยกว่า 20 ปี ( $\bar{X} = 1.25$ ,  $S = 0.29$ ) ซึ่งหญิงอาชีพพิเศษทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีอยู่ในระดับดี ยกเว้นหญิงอาชีพพิเศษกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี มี พฤติกรรมการป้องกันติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันติดเชื้อ เอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	5.82	1.46	12.54*	0.00
ภายในกลุ่ม	308	35.73	0.11		
	312	45.55			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe's test) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามอายุ

อายุ		น้อยกว่า 20 ปี	20-24 ปี	25-29 ปี	30-34 ปี	35 ปีขึ้นไป
	$\bar{X}$	1.25	1.49	1.51	1.67	1.76
น้อยกว่า 20 ปี	1.25	-	0.24*	0.26*	0.42*	0.51*
20-24 ปี	1.49		-	0.02	0.18*	0.27*
25-29 ปี	1.51			-	0.16	0.25*
30-34 ปี	1.67				-	0.09
35 ปีขึ้นไป	1.76					-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 หญิงอาชีพที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างจากหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี , 20-24 ปี และ 25-29 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีกว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี , 20-24 ปี และ 25-29 ปี

หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุ 30-34 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างจากหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีและ 20-24 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุ 30-34 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีกว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีและ 20-24 ปี

นอกจากนี้หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุ 25-29 ปีและ 20-24 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างจากหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุ 25-29 ปีและ 20-24 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีกว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 14 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามรายได้

รายได้	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน
น้อยกว่า 5,000 บาท	83	1.54	0.33	ดี
5,000 - 9,999 บาท	147	1.44	0.39	ดี
10,000 - 14,999 บาท	34	1.59	0.29	ดี
15,000 - 19,999 บาท	22	1.81	0.17	ดี
20,000 บาทขึ้นไป	27	1.83	0.15	ดี

จากตาราง 14 หญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี สูงสุด ( $\bar{X} = 1.83$ ,  $S = 0.15$ ) รองลงมา ได้แก่ รายได้ 15,000-19,999 บาท ( $\bar{X} = 1.81$ ,  $S = 0.17$ ) รายได้ 10,000-14,999 บาท ( $\bar{X} = 1.59$ ,  $S = 0.29$ ) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ( $\bar{X} = 1.54$ ,  $S = 0.33$ ) และรายได้ 5,000-9,999 บาท ( $\bar{X} = 1.44$ ,  $S = 0.39$ ) ซึ่งหญิงอาชีพพิเศษทุกกลุ่มรายได้มีพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	5.33	1.33	11.34*	0.00
ภายในกลุ่ม	308	36.22	0.11		
	312	41.55			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 หุ้ญอาชีพพิเศษที่มีรายได้อ่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า หุ้ญอาชีพพิเศษที่มีรายได้อ่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเซฟเฟ (Scheffe's test) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ของหุ้ญอาชีพพิเศษ จำแนกตามรายได้

รายได้	5,000-9,999 บาท	<5,000 บาท	10,000-14,999 บาท	15,000-19,999 บาท	>20,000 บาท	
$\bar{X}$	1.44	1.54	1.59	1.81	1.83	
5,000-9,999บาท	1.44	-	0.10	0.15	0.37*	0.39*
< 5,000บาท	1.54	-	0.05	0.27*	0.29*	
10,000-14,999บาท	1.59		-	0.22	0.24	
15,000-19,999บาท	1.81			-	0.02	
>20,000บาท	1.83				-	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 หุ้ญอาชีพพิเศษที่มีรายได้อากกว่า 20,000 บาทและ15,000-19,999 บาทมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างจากหุ้ญอาชีพพิเศษที่มีรายได้ 5,000-9,999 บาทและน้อยกว่า 5,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหุ้ญอาชีพพิเศษที่มีรายได้อากกว่า 20,000 บาทและ 15,000-19,999 บาทมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดีกว่าหุ้ญอาชีพพิเศษที่มีรายได้ 5,000-9,999 บาทและน้อยกว่า 5,000 บาทส่วนคู่อื่น ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 17 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกำบัง การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมกำบัง
ไม่ได้รับการศึกษา	104	1.48	0.34	ดี
ประถมศึกษาปีที่ 1-6	139	1.53	0.37	ดี
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	58	1.63	0.35	ดี
อุดมศึกษาขึ้นไป	12	1.66	0.30	ดี

จากตาราง 17 หญิงอาชีพพิเศษที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอชไอวี สูงสุด ( $\bar{X} = 1.66$ ,  $S = 0.30$ ) รองลงมา ได้แก่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ( $\bar{X} = 1.63$ ,  $S = 0.35$ ) การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1-6 ( $\bar{X} = 1.53$ ,  $S = 0.37$ ) และไม่ได้รับการศึกษา ( $\bar{X} = 1.48$ ,  $S = 0.34$ ) ซึ่งหญิงอาชีพพิเศษทุกระดับการศึกษามีพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	1.21	0.40	3.09*	0.02
ภายในกลุ่ม	309	40.34	0.13		
	312	41.55			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 หญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาดังกัน มีพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาดังกัน มีพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe's test) ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 1-6	มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	อุดมศึกษาขึ้นไป
$\bar{X}$	1.48	1.53	1.63	1.66
ไม่ได้รับการศึกษา	1.48	-	0.15	0.18*
ประถมศึกษาปีที่ 1-6	1.53	-	0.12	0.13
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	1.65	-	-	0.01
อุดมศึกษาขึ้นไป	1.49	-	-	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 หญิงอาชีพพิเศษที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไปมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างจากหญิงอาชีพพิเศษที่ไม่ได้รับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหญิงอาชีพพิเศษที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไปมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดีกว่าหญิงอาชีพพิเศษที่ไม่ได้รับการศึกษา ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 20 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระยะเวลาของการทำงาน

ระยะเวลาของการทำงาน	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน
น้อยกว่า 1 ปี	92	1.53	0.33	ดี
1 - 2 ปี	100	1.42	0.40	ดี
2 - 3 ปี	59	1.55	0.34	ดี
มากกว่า 3 ปี	62	1.75	0.26	ดี

จากตาราง 20 หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานมากกว่า 3 ปีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สูงสุด ( $\bar{X} = 1.75$  ,  $S = 0.26$ ) รองลงมา ได้แก่ 2-3 ปี ( $\bar{X} = 1.55$  ,  $S = 0.34$ ) น้อยกว่า 1 ปี ( $\bar{X} = 1.53$  ,  $S = 0.33$ ) และ 1-2 ปี ( $\bar{X} = 1.42$  ,  $S = 0.40$ ) ซึ่งหญิงอาชีพพิเศษทุกกลุ่มของระยะเวลาของการทำงานมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามระยะเวลาของการทำงาน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	4.23	1.41	11.69*	0.00
ภายในกลุ่ม	309	37.32	0.12		
	312	41.55			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe's test) ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษจำแนกตามระยะเวลาของการทำงาน

ระยะเวลาของการทำงาน		1-2 ปี	น้อยกว่า1ปี	2-3 ปี	มากกว่า 3 ปี
	$\bar{X}$	1.42	1.53	1.55	1.75
1-2 ปี	1.42	-	0.11	0.13	0.33*
น้อยกว่า 1 ปี	1.53		-	0.02	0.22*
2-3 ปี	1.55			-	0.20*
มากกว่า 3 ปี	1.75				-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานมากกว่า 3 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างจากหญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงาน 1-2 ปี , น้อยกว่า 1 ปี และ 2-3 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานมากกว่า 3 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีกว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงาน 1-2 ปี , น้อยกว่า 1 ปี และ 2-3 ปี ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 23 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	n	r	p
ความเชื่อด้านสุขภาพ	313	0.66*	0.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	313	0.61*	0.00
การรับรู้ความรุนแรง	313	0.31*	0.00
การรับรู้ประโยชน์	313	0.48*	0.00
การรับรู้อุปสรรค	313	-0.47*	0.00
แรงจูงใจ	313	0.61*	0.00

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5-7 , 9

สำหรับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

#### สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

##### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษจังหวัดนครปฐม ตามตัวแปรอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

##### สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
2. หญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
3. หญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
4. หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกัน
5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ
6. การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ
7. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ

8. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ

9. แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ

### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ.2545 จำนวน 592 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2545 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นหญิงอาชีพพิเศษที่มารับการตรวจสุขภาพในสถานบริการของรัฐ จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2547 จำนวน 313 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออก 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการทำงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 15 ข้อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้านชีวสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตาม อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ เป็นรายข้อ โดยการหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการป้องกัน นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 ทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จำแนกตามตัวแปร อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการทำงาน โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-4 นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5-9 นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

## สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวแปร ปรากฏผลดังนี้

1. หญิงอาชีพพิเศษ อายุ 25-29 ปี รายได้ 5,000-9,999 บาทต่อเดือน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 ระยะเวลาของการทำงาน 1-2 ปี

2. หญิงอาชีพพิเศษมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับดี โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีระดับมาก การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับมาก และแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับปานกลาง

3. การทดสอบตามสมมติฐาน สรุปผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

3.1 หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 หญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 หญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.7 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.8 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.9 แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัด นครปฐม อภิปรายผลตามตัวแปรที่ศึกษาได้ ดังนี้

### 1. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หญิงอาชีพพิเศษที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเชื้อเอชไอวีเป็นเชื้อที่สามารถติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นอาชีพของหญิงอาชีพพิเศษ เมื่อบุคคลใดได้รับเชื้อแล้วจะมีอาการภายใน 2-3 สัปดาห์ภายหลังได้รับเชื้อ เนื่องจากเชื้อเอชไอวีมีอยู่จำนวนมากในน้ำอสุจิหรือน้ำเมือกของผู้ชาย ทำให้เชื้อเอชไอวีสามารถเข้าสู่ร่างกายโดยผ่านเนื้อเยื่อของช่องคลอดและช่องปัสสาวะได้ การตรวจพบเชื้อในหญิงอาชีพพิเศษทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติและสังคมรังเกียจ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงอาชีพพิเศษได้มีการให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์ การตรวจสอบคุณภาพของถุงยางอนามัยและใช้อย่างถูกต้อง เพื่อให้การมีเพศสัมพันธ์มีความปลอดภัยจากการติดเชื้อจากคู่นอน และเมื่อมีอาการผิดปกติจะปรึกษาเจ้าหน้าที่ เชื้อฟังคำแนะนำ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้หญิงอาชีพพิเศษมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532:76-77) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน ภาวะโรคในหญิงอาชีพพิเศษในเขตรับผิดชอบของสถานีตำรวจนครบาลบางซื่อ พบว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการทำงาน และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.3187, p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : 87-88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาโรอีนทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาชั้นถนอนพิษที่วัชรพยาบาลและโรงพยาบาลตากสิน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ร้อยละ 55.12

### 2. อายุ

หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน โดยพบว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการติดเชื้อเอชไอวีระดับดี ซึ่งแสดงว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป มีความรู้และมีความคิดที่จะส่งเสริมสุขภาพของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับแนวคิดของ

เบคเกอร์และไมแมน (Backer & Maiman. 1975 : 10-24) ว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการรักษาโรค อายุจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ย่อมมีความสนใจดูแลสุขภาพของตนมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงอาชีพในเขตท้องที่ที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รววรรณ ไกรเลิศ (2537 : 565) ศึกษาความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคเอดส์ในโสเภณีหญิงและชายจังหวัดภูเก็ต พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบอายุกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างโสเภณีหญิงและชายพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532 : 76-77) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษในเขตรับผิดชอบของสถานีตำรวจนครบาลบางซื่อ พบว่า อายุไม่มีผลในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษแตกต่างกัน

### 3. รายได้

หญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน โดยพบว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ทุกกลุ่มมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับดี และหญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ 15,000-19,999 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีกว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ 5,000-9,999 บาทต่อเดือนและรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จากแนวคิดของเดวิส (Davis. 1968 : 274-275) กล่าวว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยมักจะมีการศึกษาต่ำกว่าและไม่ค่อยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีรายได้สูง สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1982 :161-162) ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อ และผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มักจะได้รับการศึกษาน้อย จึงทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงอาชีพในเขตท้องที่ที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

และสอดคล้องกับการศึกษาของ รววรรณ ไกรเลิศ (2537 : 565) ศึกษาความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคเอดส์ในโสเภณีหญิงและชายจังหวัดภูเก็ต พบว่า เมื่อเปรียบเทียบรายได้กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างโสเภณีหญิงและชายมีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร วัฒนอมกล่อม (2540 : 117-120) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีว สังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการ ตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

#### 4. ระดับการศึกษา

หญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน โดยพบว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด รองลงมา การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 , การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 และไม่ได้รับการศึกษา ตามลำดับ การศึกษาจะเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และมี ทักษะที่ดี ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการ เจ็บป่วย (Orem, 1985 : 175) ผู้ที่มีการศึกษาดีย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง ส่งผลให้ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น มีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวย ต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาดำรงมีฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคมต่ำด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 182) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ก-ข) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับ พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค เอดส์ในกลุ่มหญิงอาชีพ ในเขตห้องที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532 : 76-77) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน

กามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ

### 5. ระยะเวลาของการทำงาน

หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน โดยพบว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานมากกว่า 3 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ระยะเวลาของการทำงาน 2-3 ปี , น้อยกว่า 1 ปี และ 1-2 ปี ผู้ที่มีระยะเวลาการทำงานนาน มักมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการต่าง ๆ เข้าใจว่าสิ่งใดควรทำหรือสิ่งใดควรหลีกเลี่ยง ทำให้บุคคลสามารถพิจารณาวิเคราะห์และเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น ปิติ พูนไชยศรี (2531 : 495) กล่าวถึงระยะเวลาการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับรังสีปรมาณู รังสีที่เจ้าหน้าที่ได้รับเข้าไปในร่างกายและสะสมอยู่ ทำให้เกิดอันตรายนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ทำงานสัมพันธ์กับรังสี ดังนั้นหญิงอาชีพพิเศษที่มีระยะเวลาของการทำงานโดยเฉพาะอาชีพนี้เป็นเวลานานเขาทั้งหลายก็จะมีประสบการณ์มากขึ้นและสามารถดูแลตนเองหลีกเลี่ยงไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532 : 76-77) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า ระยะเวลาในการประกอบอาชีพที่ต่างกัน เป็นผลให้หญิงอาชีพพิเศษมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ราวรรณ ไกรเลิศ (2537 : 565) ศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคเอดส์ในโสเภณีหญิงและชายจังหวัดภูเก็ต พบว่า ระยะเวลาที่การประกอบอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างโสเภณีหญิงและชายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณ แสงบัตสา และประโยค ศรีชุม (2539 : 337) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ของหญิงโสเภณีที่ติดเชื้อเอดส์จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์

### 6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

หญิงอาชีพพิเศษที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ โดยพบว่า หญิงอาชีพพิเศษมีการรับ

รู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีระดับมาก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับดี ส่วนหญิงอาชีพพิเศษที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีระดับปานกลางมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับดีเช่นกัน เบคเกอร์และคณะได้ให้ความหมายของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การสัมผัสโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและมีการรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันออกไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อรักษาภาวะสุขภาพมากกว่าปัจจัยด้านอื่น (กองสุขศึกษา. 2542 : 24-27 ; อ้างอิงจาก Becker, Marshall H. 1974. *Health Education Monographs*. p.409-417) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ณรงค์วิทย์(2532 : 76-77)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตรับผิดชอบของสถานีตำรวจนครบาลบางซื่อ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นกามโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : 87-88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาโรอื่นทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดรักษาชั้นถอนพิษที่วัชรพยาบาลและโรงพยาบาลตากสิน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

### 7. การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี

หญิงอาชีพพิเศษที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ โดยพบว่า หญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับดี การรับรู้ความรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้และตระหนักดีว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดี่ยวยังไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรมได้ บุคคลจะต้องมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าเป็นอย่างไรต่อตนเอง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองว่าในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายนั้น ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน และจะมีผล

กระทบต่อบทบาทของตนเองในครอบครัว สังคม เขาจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกัน (กองสุขศึกษา. 2542 : 24-27 ; อ้างอิงจาก Becker, Marshall H. 1974. *Health Education Monographs*. p409-417) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532 : 76-77) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตรับผิดชอบของสถานีตำรวจนครบาลบางซื่อ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา เหมโลหะ (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : 87-88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูบในทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาขั้นถอนพิษที่วชิระพยาบาลและโรงพยาบาลตากสิน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์

#### 8. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี

หญิงอาชีพพิเศษที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ โดยพบว่า หญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวีระดับมาก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับดี แสดงให้เห็นว่าหญิงอาชีพพิเศษมีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับในการที่จะปฏิบัติเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี (กองสุขศึกษา. 2542 : 24-27 ; อ้างอิงจาก Becker, Marshall H. 1974. *Health Education Monographs*. p409-417) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532 : 76-77) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษในเขตรับผิดชอบของสถานีตำรวจนครบาลบางซื่อ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย(2532 : 87-88)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูบในทางเส้น

เลือดขณะเข้ารับการรักษาชั้นถอนพิษที่วชิระพยาบาลและโรงพยาบาลตากสิน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

### 9. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี

หญิงอาชีพพิเศษที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ โดยพบว่า หญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง โรเซนสตอก (กองสุขศึกษา. 2542 : 19 ; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974. *Health Education Monographs*. p355-365) กล่าวถึง อุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง ในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูง จะเกิดขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไข ก็จะทำให้เขามีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมสูง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในระดับต่ำ เขาจะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดังนั้นหญิงอาชีพพิเศษมีความเชื่อความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ค่าใช้จ่าย การใช้ถุงยางอนามัย เวลาในการตรวจสุขภาพ เวลาในการฟังคำแนะนำและความไม่พึงพอใจในการบริการที่ได้รับ ซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา เหมโลหะ (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : 87-88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูบอื่นทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาชั้นถอนพิษที่วชิระพยาบาลและโรงพยาบาลตากสิน พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

## 10. แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี

หญิงอาชีพพิเศษที่มีแรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าหญิงอาชีพพิเศษมีแรงจูงใจจากการตั้งใจปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี จากองค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ (กองสุขศึกษา. 2542 : 24-27 ; อ้างอิงจาก Becker, Marshall H. 1974. *Health Education Monographs*. p409-417) แรงจูงใจด้านสุขภาพเกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจในการแสวงหาและยอมรับการรักษา สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดัน และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา เมื่อความเชื่อเป็นไปในทางบวก จะทำให้บุคคลตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น แต่ถ้าบุคคลไม่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามการรับรู้เรื่องต่างๆก็อาจไม่ทำให้เขาปฏิบัติตามคำแนะนำได้ การติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2534 : 110) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โสภา (2532 : 89-90) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเพื่อส่งเสริมให้หญิงอาชีพพิเศษมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. หญิงอาชีพพิเศษควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับควรปรับปรุง หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องเข้ามามีบทบาทช่วยเหลือดูแลอย่างจริงจัง หญิงอาชีพพิเศษที่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับปานกลางและระดับดี ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้ดียิ่งขึ้น มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นให้หญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและมีการรับรู้ในประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในสถานพยาบาลในการให้บริการตรวจสุขภาพ เพื่อลดอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ ได้แก่ การลดขั้นตอน เพื่อลดเวลาที่ใช้ในการตรวจสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณเพื่อลดค่าใช้จ่ายของหญิงอาชีพพิเศษ การแจกถุงยางอนามัยอย่างพอเพียง การจัดสถานที่ที่เหมาะสมและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้บริการตรวจสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการในเขตรับผิดชอบอย่างทั่วถึง การจัดนิทรรศการรณรงค์การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษา แนะนำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างแรงจูงใจ สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
2. ควรมีการศึกษาในเรื่องของการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับหญิงอาชีพพิเศษ เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้และเป็นประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสูงรังษ์. (2533). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหามงกุฎราชวิทยาลัย.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2541). การคาดประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย.  
นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2544). จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ตามรายภาค จังหวัด  
รายปี ตั้งแต่ กันยายน 2527 - 30 มิถุนายน 2545. (ออนไลน์). นนทบุรี : กองโรคเอดส์  
กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กองควบคุมโรคติดต่อ เขต 4. (2544). ผลการปฏิบัติงานควบคุมโรค. กองควบคุมโรคติดต่อเขต4  
กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการ  
การดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : กองสุขศึกษา  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา, นิจศรี สุวรรณเวลา, และ เอระวดี มิตรภักดี. (2535). "ความผิดปกติทาง  
ระบบประสาทในโรคเอดส์," ใน *เอดส์ : การดูแลรักษา*. บรรณาธิการโดย มันทนา  
หาญวนิชย์. หน้า 61 - 70. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- คณะกรรมการควบคุมอุปกรณ์คุมกำเนิด. (2534). *มาตรฐานการตรวจสอบถุงยางอนามัย*.  
นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2544). *แผนป้องกันและแก้ไข  
ปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 - 2549*. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ  
กระทรวงสาธารณสุข.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก," ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา  
พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช*. นนทบุรี :  
โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- จินตนา เหลืองสุวาลัย. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมใน  
การป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์  
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- จิราพร ถนอมกล่อม. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ สนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ. ปรินูญานินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- จूरีย์รัตน์ ชำนาญพันธ์. (2535). "การตรวจวินิจฉัยโรคเอดส์ในห้องปฏิบัติการ," ใน *เอดส์ : การดูแลรักษา. บรรณาธิการโดย มันทนา หาญวนิชย์. หน้า 61 - 70. กรุงเทพฯ : ดีไซร์.*
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ทรงพล ผุดผาด. (2541). *พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธของโรงพยาบาลราชบุรี. ปรินูญานินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์. (2524). "แนวคิดทางด้านพฤติกรรมอนามัย," ใน *รายงานการสัมมนา ระดับชาติเรื่องการพัฒนางานวิจัยและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. (2531). *การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.*
- ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์. (2528, เมษายน - พฤษภาคม). "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน," ใน *วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 24-26.*
- . (2532, ตุลาคม). "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," *สุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ. 5(4) : 38.*
- ธีระ รามสูตร. (2534). "ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทยช่วง 7 ปีที่ผ่านมา" ใน *วารสารโรคติดต่อ. 27(3) : 10-17.*
- นครทิพย์ สิงห์เสนี, ธีระ เบญจมโยธิน, และณรรจยา โกไศยกานนท์. (2538). "พฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จากสถานประกอบการย่านบางขุนพรหม เขตกรุงเทพมหานคร," ใน *รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทยพ.ศ. 2536 - 2540. หน้า 682. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.*

- นงลักษณ์ เอมประเสริฐ, และ วันทนี วาสิกะสิน. (2540). "เพศศึกษากับสถาบันทางสังคมที่เกี่ยวข้อง," ใน *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเพศศึกษา*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นพภา กฤตัญชลีย์, และคณะ. (2535). "ศึกษาบทบาทของเจ้าของสำนักหญิงพิเศษในการป้องกันการแพร่เชื้อโรคเอดส์," ใน *รวมผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531 - 2537*. หน้า 187. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- นภาพร มัชฌมางกูร. (2539). *เอกสารการสอนวิชาเพศศึกษา*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- นฤมล รัตนไพจิตร. (2533). *ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและแบบแผนพฤติกรรมป้องกันสุขภาพของวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2527). *ระเบียบวิธีการทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พระนคร.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2535). "ไวรัสวิทยาและพยาธิกำเนิดของโรคเอดส์." ใน *เอดส์การดูแลรักษาบรรณาธิการโดย มัทนา หาญนิษฐ์*. หน้า 1 - 8. กรุงเทพฯ : ดีไซร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). "พฤติกรรมสุขภาพ," ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7*. หน้า 154 - 169. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- . (2530). *ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- . (2534). "องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ," ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1 - 7*. หน้า 173 - 185. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปิ่นทิพย์ บุญยชาติ. (2536). *ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- พนมศรี เสาร์สาร. (2531). *พฤติกรรมกำบังกำบังการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2531*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรพันธ์ บุญรัตน์พันธ์. (2527). "การกระจายของโรคในชุมชน," ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 1-7*. หน้า 107-117. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พวงพยอม การภิญโญ. (2526). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พนิดา เหมโลหะ. (2544). *พฤติกรรมกำบังกำบังเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พัชนี วรกวิน. (2526). *จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- พิทยา จารุพูนผล, และคณะ. (2542). "พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายแห่งหนึ่ง เขตอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ปีการศึกษา 2541," ใน *วารสารโรคเอดส์*. 11(2) : 84-90.
- พีรสิทธิ์ คำนวนตศิลป์, สุภาวัฒนากร วงศ์ชนวสุ, ทนงศักดิ์ คุ่มไข่น้ำ (2543). *ลักษณะและความสัมพันธ์ของนักท่องเที่ยวและผู้ขายบริการทางเพศในประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมนันท์.
- ไพศาล หวังพานิช. (2526). *การวัดผลการศึกษา*. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.

- ภาวดี นวเกล้า, และคณะ. (2534). “เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดต่อโรคเอดส์ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ ของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลเมืองระยอง. รายงานการศึกษาวิจัย ระยอง : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระยอง,” ใน *รวมงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531 – 2537*. หน้า 135. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- มยุรี วรรณไกรโรจน์และคณะ. (2533). “ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงราย,” ใน *รวมผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531 – 2537*. หน้า 31-33. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. (2534). “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในเขตท้องที่ที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย,” ใน *รวมผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531 – 2537*. หน้า 129. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). “แนวคิดและพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง,” ใน *การดูแลสุขภาพตนเอง : ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม*. บรรณาธิการโดย ทิพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ , เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, และ อรัญญา ปุรณัน. หน้า 1 – 24. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2530). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ.2525*. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- ราววรรณ ไกรเลิศ. (2530). “ความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในโสเภณีหญิงและชายจังหวัดภูเก็ต,” ใน *รวมผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531 – 2537*. หน้า 565. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- รุ่งศรี ยุ่งทอง. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- วารีย์ ระกิติ. (2530). "หลักการสุขศึกษา," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 8 – 15. หน้า 696 – 705. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (ม.ป.ป). โรคเอดส์และเกสซ์ภัณฑ์ที่ใช้ควบคุม. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. (2535). "ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์," ใน เอดส์การดูแลรักษา. บรรณาธิการโดย มันทนา หาญวนิชย์. หน้า 175-186. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. (2535). "ปัญหาทางปอดในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV." ใน เอดส์การดูแลรักษา. บรรณาธิการโดย มันทนา หาญวนิชย์. หน้า 32-42. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ. (2543). พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน. กรุงเทพฯ : อักษรพิพัฒน์.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2532). "พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง," ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษาหน่วยที่ 1 – 7. หน้า 97-120. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมฤดี ชันยपालิต. (2536). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในหมู่บ้านโคกสะแพง ตำบลท่าข้าม อำเภออรัญประเทศ จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมบูรณ์ อภิสมทบสมบัติ, และคณะ. (2539). "ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงเพศพาณิชย์ในจังหวัดชุมพร," ใน รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทยพ.ศ. 2536 - 2540. หน้า 498. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกัญญา ณรงค์วิทย์. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุชาติ เศรษฐมาลินี. (2535). "การลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงโสเภณี จังหวัดพะเยา," ใน *รวมผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531 - 2537*. หน้า 156. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). *การสอนสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุรพล เกาะเรียนอุดม. (2539). "การตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ทางห้องปฏิบัติการ," ใน *เอดส์ : การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ*. หน้า 1 - 20. นนทบุรี : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2539). "ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเอดส์," ใน *เอดส์ : การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ*. หน้า 1 - 20. นนทบุรี : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรพล สุวรรณกุล, และ อมร ลีลาธรรม. (2536). "โรคติดเชื้อเอชไอวี , เอดส์," ใน *โรคติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์*. หน้า 87 - 111. กรุงเทพฯ : เมดิคัล มีเดีย.
- สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, และ สัญญา ภัทรราชย์. (2540). *เอดส์ในสูติกรรมและวางแผนครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ข้าวฟ่าง จำกัด.
- สุวิมล ดิรกานนท์. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2545). *การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดนครปฐม ประจำปีเดือนมกราคม พ.ศ. 2545*. นครปฐม : งานควบคุมโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.
- . (2545). *แผนควบคุมโรคเอดส์และกามโรคจังหวัดนครปฐม 2545*. นครปฐม : งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.
- . (2545). *รายงานการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ขายบริการทางเพศ ปี 2545*. นครปฐม : งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.
- อัญชลี สิงห์สุด. (2534). *ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- อรุณ แสงปัตสา, และประโยค ศรีชุม. (2539). "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรคเอดส์ของหญิงโสเภณีที่ติดเชื้อเอดส์ จังหวัดราชบุรี," ใน รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทยพ.ศ. 2536 - 2540. หน้า 337. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- อุรินทร์ เขมฤทธิ์อำพล. (2535). *ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาชายระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้เสพยาเฮโรอีนทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาขั้นถอนพิษ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2530). *พฤติกรรมอนามัยกับโรคอุจจาระร่วง*. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Allard, R. "Belief about AIDS as Determinant of Preventive Practices and Support for coercive Measures," in *American Journal of Public Health*. 79(3) : 448 - 452.
- Allport, Gordon, W. (1973). " Attitudes," C. Muechson *A Handbook of Social Psychology*. Warcester Mass : Chark University.
- Anastasi, Anne. (1976). *Psychological Testing*. 4<sup>th</sup> ed. New York : Macmillan.
- Becker ,M.H., L. Maiman. (1975,January). "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Care Recommendation," *Medical Care*. 13(1) : 10 - 24.
- Bloom, S. Benjamine. (1975). *Taxonomy of education Objective Handbook I : Cognitive Domain*. New York : David Mckay.
- Goldenson, Robert M. (1984). *Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry*. New York : Longman Inc.
- Good, Cater. (1973). *Dictionary of Education*. 3<sup>rd</sup> ed. New York : McGraw Hill.

- Harris, D.E., and Guten, Bom. (1979). *Nursing Concepts of Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. New York : McGraw Hill.
- Mikhail, Blanche. (1981, October). "The Health Belief Model : A Review and Critical Evaluation of the Model, Research, and Practice," in *Advances in Nursing Science* 4(2)1 : 65 - 82.
- Norbec, J. S. (1982, December). "The Use of Social Support in Clinical Practice," *JPNMHS*. 20(12) : 23-26.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing:Concepts of Practice*. New York. : Mc. Graw Hill Book Company.
- Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. East Norwalk : Appleton – Century Crofts
- Steele, J.L., & Mc. Broom, W.H. (1972, December). " Conceptual and Empirical Dimensions of Health Behavior," in *Journal of Health Social Behavior*. 13(12) : 382 - 392.
- Strunin, L. and Hingson, R. (1981, November). " Acquired Immunodeficiency Syndrome and Adolencents : Knowledge, Beliefs , Attitudes and Behaviors," in *American Journal of Public Health*. 71(4) : 1253 - 1255.
- Thurstone, L.L. (1967). " Attitudes can be Measurement," *Attitude Theory and Measurement be Martin Fishbein*. New York : John Wiley and Sons.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

### รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ สพญ.นภาพร มัชฌมางกูร ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. อาจารย์สุปราณี จุลเดชะ  
ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. นายแพทย์ฤชา ก้องพานิชกุล  
นายแพทย์ 8 กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม  
โรงพยาบาลนครปฐม
4. นางสาวลัดดาวัลย์ จิตรขาว  
พยาบาลวิชาชีพ 7  
หัวหน้างานหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม  
โรงพยาบาลนครปฐม
5. นางศุภรัตน์ จงเจริญพรชัย  
นักวิชาการสาธารณสุข 7  
หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา  
โรงพยาบาลนครปฐม

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ศธ 0519.12/6815



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ตุลาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ติธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายฤชา ก้องพานิชกุล นายแพทย์ 8 กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม นางสาวลัดดาวัลย์ จิตรขาวพยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม และ นางศุภรัตน์ จงเจริญพรชัย หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-254150-4 มือถือ 09-0769555



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ   บัณฑิตวิทยาลัย มศว   โทร. 5731, 5618

ที่   ศธ 0519.12/68/5

วันที่   3 ตุลาคม 2546

เรื่อง   ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน   คณบดีคณะศิลปศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ศิรธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ อาจารย์สุปราณี จุลเดชะ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/1๕33



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๔ ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญาโท เรื่อง “พฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ศิริธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโท ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้หญิงอาชีพพิเศษ เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนธันวาคม 2546 - มกราคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญาโท ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-254150-4 ต่อ 1084

มือถือ 09-0769555

ที่ ศธ 0519.12/๑๗๓๖



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/๐ มีนาคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปฏิญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ติธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้หญิงอาชีพพิเศษ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนมีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำปฏิญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-254150-4 ต่อ 1084  
มือถือ 09-0769555

ที่ ศธ 0519.12/16๘5



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖ ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครชัยศรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ศิรธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้หญิงอาชีพพิเศษ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญาานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-254150-4 ต่อ 1084

มือถือ 09-0769555

ที่ ศธ 0519.12/1๕๖๕



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปฏิญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ศิรธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้หญิงอาชีพพิเศษ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอบความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำปฏิญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ. โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-254150-4 ต่อ 1084  
มือถือ 09-0769555

ที่ ศธ 0519.12/16๒๗



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖ ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางเลน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปฏิญานินพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมกรรมการป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ศิรธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญานินพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้หญิงอาชีพพิเศษ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอบความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำปฏิญานินพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-254150-4 ต่อ 1084

มือถือ 09-0769555

ที่ ศธ 0519.12/1๙๖



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖ ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลคอนคม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ตีธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้หญิงอาชีพพิเศษ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญาานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-254150-4 ต่อ 1084

มือถือ 09-0769555

ที่ ศธ 0519.12/๒๕๖



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖ ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงแสน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ศิริธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้หญิงอาชีพพิเศษ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-254150-4 ต่อ 1084  
มือถือ 09-0769555

ที่ ศธ 0519.12/1632



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖ ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธมณฑล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุปรีดา มหาสุข นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวี ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ศิรธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้หญิงอาชีพพิเศษ คอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุปรีดา มหาสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-254150-4 ต่อ 1084

มือถือ 09-0769555

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

### เรื่อง

## พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม และนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนา รูปแบบการให้สุขศึกษา ในการส่งเสริม สนับสนุนให้หญิงอาชีพพิเศษสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

### 2. รายละเอียดของแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

### 3. การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความรู้ ความคิดเห็น และความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด เพียง 1 คำตอบเท่านั้น และขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

4. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ โดยไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

สุปรีดา มหาสุข

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

## 1. อายุ

- ( ) น้อยกว่า 20 ปี
- ( ) 20 – 24 ปี
- ( ) 25 – 29 ปี
- ( ) 30 – 34 ปี
- ( ) 35 ปีขึ้นไป

## 2. รายได้

- ( ) น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน
- ( ) 5,000 – 9,999 บาทต่อเดือน
- ( ) 10,000 – 14,999 บาทต่อเดือน
- ( ) 15,000 – 19,999 บาทต่อเดือน
- ( ) 20,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป

## 3. ระดับการศึกษา

- ( ) ไม่ได้รับการศึกษา
- ( ) ประถมศึกษาปีที่ 1 – 6
- ( ) มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6
- ( ) อุดมศึกษาขึ้นไป

## 4. ระยะเวลาการทำงาน

- ( ) น้อยกว่า 1 ปี
- ( ) 1 ปี – 2 ปี
- ( ) 2 ปี – 3 ปี
- ( ) มากกว่า 3 ปี

## ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย  
 ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความ  
 ให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้  
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด  
 เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นของท่าน  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง  
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

### ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่เชื้อไปยังคู่นอน และทารกในครรภ์ได้					
2. การมีเพศสัมพันธ์โดยวิธีหลังอสุจิภายนอก จะปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี					
3. ชายและหญิงมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้เท่ากัน					
4. ถ้าถุงยางอนามัยฉีกหรือแตกขณะมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี					
5. คนถูกยุงกัดมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี					
6. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพียงครั้ง เดียวมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้					
7. การได้รับเลือดของคนที่มีเชื้อเอชไอวีมีโอกาส ติดเชื้อเอชไอวีสูง					
8. การว่ายน้ำในสระว่ายน้ำสาธารณะมีโอกาสติด เชื้อเอชไอวี					
9. การใช้ของมีคม เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ ร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี					
10. ถ้าใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้					

## ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง					
2. การตรวจพบติดเชื้อเอชไอวีระยะแรก ทำให้เป็นโรคไม่รุนแรง					
3. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เป็นวัณโรค					
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความทุกข์ทรมานมาก					
5. ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย					
6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเสียชีวิตทุกคน					
7. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ แต่ก็สามารถแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นได้					
8. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนหลายโรค					
9. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาระของครอบครัวและสังคม					
10. ถ้ามารดาติดเชื้อเอชไอวีแล้วจะทำให้ลูกในท้องติดเชื้อด้วย					

## ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งสมควรกระทำ					
2. หญิงอาชีพพิเศษเท่านั้นควรมีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี					
3. การให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้					
4. การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีตามนัด เป็นสิ่งที่มีประโยชน์					
5. การดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ไม่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้					
6. การสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้					

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.อ่านเอกสาร คู่มือ หรือรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการเสียเวลาทำงาน					
2.การปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากเจ้าหน้าที่เป็นเรื่องที่ไม่ยาก					
3.ช่วงเวลาการทำงานของท่านทำให้เสียโอกาสในการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี					
4.การใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ยุ่งยากลำบาก					
5.การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศไม่เป็นไปตามธรรมชาติ					
6.การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น					
7.การตรวจหาเชื้อเอชไอวีไม่มีความจำเป็น เพราะถึงทราบว่าติดเชื้อก็ไม่มีรักษาได้					
8.ท่านไม่ไปตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เพราะจะทำให้ท่านเสียเวลา					
9.ขั้นตอนของการรับบริการไม่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจหาเชื้อเอชไอวี					
10.ท่านไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน เนื่องจากถุงยางอนามัยที่แจกมานั้นไม่พอใช้ ไม่อยากเสียเงินซื้อเอง					

ส่วนที่ 5 แรงจูงใจจากการตั้งใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านกลัวเป็นโรคเอดส์ จึงป้องกันโดยให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง					
2. ท่านตรวจเลือดเพื่อต้องการทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี					
3. ท่านมีความสนใจเกี่ยวกับการรักษา การป้องกันโรคเอดส์มาก					
4. ท่านยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ แข็งแรงโดยไม่สวมถุงยางอนามัย					
5. ท่านมีความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี					
6. ท่านให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี					
7. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี					
8. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องไกลตัว ไม่จำเป็นต้องสนใจ					
9. ท่านต้องตรวจสุขภาพตามข้อบังคับของสถานบริการทางเพศ					
10. เมื่อพบว่าเพื่อนร่วมงานป่วยเป็นโรคเอดส์ ทำให้ท่านป้องกันตนเองมากขึ้น					

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ ให้ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความ  
ให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำ สม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านได้ปฏิบัติบางครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1.ท่านใช้ยากระตุ้นทางเพศเพื่อช่วยให้การมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น			
2.ท่านหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เมาสู่ราจนขาดสติ			
3.คู่นอนของท่านต้องใช้ยากระตุ้นทางเพศก่อนมีเพศสัมพันธ์			
4.ท่านให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์			
5.ก่อนใช้ถุงยางอนามัยท่านตรวจสอบวันหมดอายุทุกครั้ง			
6.ก่อนใช้ถุงยางอนามัย ท่านตรวจสอบว่าไม่มีรอยร้าวหรือฉีกขาด ทุกครั้ง			
7.ท่านให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัวเต็มที่			
8.เมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิแล้ว ท่านให้คู่นอนรีบถอนอวัยวะเพศออก และจับขอบถุงยาง โดยให้กระชับกับอวัยวะเพศไว้ก่อน			
9.ขณะสอดถุงยางอนามัยออกกระวังไม่ให้มือสัมผัสกับส่วนที่สัมผัสกับ ช่องคลอด			
10.ท่านเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวีทุก 3 เดือน			
11.ท่านตรวจระบบภายในเพศหญิงทุก 15 วันเพื่อค้นหาโรคติดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์			
12.ถ้ามีอาการผิดปกติ ท่านรีบไปปรึกษาแพทย์			
13.เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ ท่านมักปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เสมอ			
14.ผลการตรวจสุขภาพได้รับการบันทึกในสมุดประจำตัว			
15.ท่านเข้ารับฟังคำแนะนำทุกครั้งเมื่อมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี			

ภาคผนวก ง

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1 , 3 , 4 , 6 , 7 , 9

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 2 , 5 , 8 , 10

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1 , 3 , 5 , 7 , 8 , 10

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 2 , 4 , 6 , 9

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1 , 3 , 4 , 6

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 2 , 5

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2 , 9

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1 , 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 10

ส่วนที่ 5 แรงจูงใจจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1 , 2 , 3 , 5 , 6 , 7

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 4 , 8

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 10 , 11 , 12 , 13 , 14 , 15

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1 , 3

ตาราง 24 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ค่าอำนาจจำแนก						
ข้อ	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี (10 ข้อ)	การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี (10 ข้อ)	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (6 ข้อ)	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (10 ข้อ)	แรงจูงใจจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (10 ข้อ)	พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (10 ข้อ)
1	.48	.48	.43	.67	.73	.37
2	.21	.30	.24	.34	.62	.23
3	.42	.46	.46	.52	.69	.21
4	.43	.55	.53	.76	.55	.50
5	.46	.52	.27	.65	.69	.56
6	.46	.53	.39	.76	.73	.64
7	.56	.33		.47	.71	.64
8	.46	.58		.70	.50	.53
9	.41	.66		.72	.48	.48
10	.43	.31		.68	.54	.50
11						.50
12						.52
13						.47
14						.37
15						.39

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจจากการตั้งใจปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

1. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ .7575
2. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ .8534
3. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน ติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ .6267
4. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน ติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ .8484
5. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงจูงใจจากการตั้งใจปฏิบัติเพื่อป้องกันติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ .8757
6. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ .6709

ประวัติย่อของผู้วิจัย

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวสุปรีดา มหาสุข
วันเดือนปีเกิด	1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2506
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	72/3 หมู่ 8 ต.แหลมบัว อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	งานบริการเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2524	มัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนราชินีบูรณะ จังหวัดนครปฐม
พ.ศ. 2526	พยาบาลระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี
พ.ศ. 2531	พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2534	สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2547	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร