



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอชีพพิเศษ
ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

ภัตรา บุญเหลือ

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต^๑
สาขาวิชาการบริหารบุริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี^๒

พ.ศ. 2548

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



FACTORS RELATED TO BEHAVIORS OF HIV PREVENTION IN PROSTITUTES MAUNG DISTRICT UBONRATCHATANI PROVINCE

PATTHRA BOONLUE

**AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF SCIENCE
MAJOR IN HEALTH CARE MANAGEMENT
FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES
UBON RAJATHANE UNIVERSITY**

YEAR 2005

COPYRIGHT OF UBON RAJATHANE UNIVERSITY



ใบรับรองการค้นคว้าอิสระ¹
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษ
ในเขตเทศบาลกรุงอุบลราชธานี

ผู้วิจัย นางสาวกัตรา บุญเหลือ

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอนการค้นคว้าอิสระ

ประธานกรรมการ

(ผศ.ดร. อันนัต ไชยกุลวัฒนา)

อาจารย์ ๒๙๗๗๔

กรรมการ

(นางสาวจารุวดี วงศ์ตัด)

กรรมการ

(นางสาวขัตติยา สุคาน)

คณบดี

(รองศาสตราจารย์ ดร. นงนิษฐ์ ธีระวัฒนสุข)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รับรองแล้ว

ปัจจัย

(ศาสตราจารย์ ดร. ประกอบ วิโรจนกุญ)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีการศึกษา พ.ศ. 2548

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดี ยิ่งจากอาจารย์ พศ.ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ Jarvis Roman วงศ์คดี อาจารย์ขัตติยา สุค อาจารย์กรรมการ ที่ได้ให้ความรู้ ความคิดเห็น คำแนะนำ ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์ตลอดทั้งช่วงตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของ การวิจัยมาโดยตลอด สำหรับทุนการวิจัย บางส่วน ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.นรัตน์ สุวรรณผ่อง พศ.ดร.นวารณ บุญสุยา คณะสารานุกรมสุข มหาวิทยาลัยมหิดล นายประทีป บุญธรรม หัวหน้างานโรคเอดส์และกรมโรค นายอนุสรณ์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุข 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นางสาวธีราภา ชานี พยานาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลพระคริมหาโพธิ์ ที่กรุณาให้แนวคิด ให้โอกาสในการวิจัย ให้คำแนะนำ ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานโรค เอดส์และการโรคทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุคคลที่อยู่เบื้องหลังของความสำเร็จ ที่จุดประกาย ให้แนวคิด ให้กำลัง และเป็นต้นแบบของผู้ใฝ่รู้ ใฝ่ศึกษา ในอดีต จนถึงปัจจุบัน คือ บิดา และมารดา ที่เคยให้กำลังใจ เสียสละเวลาและกำลังทรัพย์ ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อน ร่วมรุ่นวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ รุ่นที่ 1 ทุกท่าน ที่ได้ช่วยเหลือ เกื้อกูล ตลอดทั้งเป็นกำลังใจในการวิจัยตลอดมา บุคคลที่ได้กล่าวนามมาทั้งหมดนี้ และที่ไม่ได้กล่าว มาในโอกาสนี้ ล้วนเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความสำเร็จในการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใน น้ำใจและขอบคุณ ไว้ ณ โอกาสนี้

(นางสาวภัตรา บุญเหลือ)

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร
โดย : กัลรา บุญเหลือ
ชื่อปริญญา : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา : การบริหารบริการสุขภาพ
ประธานกรรมการที่ปรึกษา : พศ. ดร. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา¹
คัพท์สำคัญ : หญิงอาชีพพิเศษ สถานบริการ สำนัก

การศึกษารังนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Survey Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร โดยการศึกษาในกลุ่มอาชีพหญิงพิเศษในสถานบริการบันเทิง 35 แห่งในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร จำนวน 293 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2548 เครื่องมือที่ใช้ศึกษาวิจัยรังนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเอ็ดส์ การรับรู้เรื่องโรคเอ็ดส์ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV โดยมีความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75 การวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้เรื่องโรคเอ็ดส์ และพฤติกรรมการติดเชื้อ HIV ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ใช้สถิติ MC Nemar test

ผลการศึกษาพบว่า

1) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมที่จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 47.4 และมีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี และอายุ 25 - 29 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.7 และ 26.6 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาอยู่ใน ระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษา ร้อยละ 41.0 และ 39.9 ตามลำดับ สถานภาพสามรถส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 56.9 ระยะเวลาที่ยาเสพติดในจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วง 0 - 9 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.1 รองลงมา 20 - 29 ปี ร้อยละ 29.4

2) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอ็ดส์พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 89.4 มีบางข้อที่มีความรู้ไม่ถูกต้องที่ต้องแก้ไขคือ หัวข้อผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ แต่ไม่มีอาการไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้

หัวข้อที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชสี เมื่อคลอดลูกออกจากมาระดับเชื้อเอชสีทุกคน และหัวข้อผู้ป่วยที่มีโอกาสติดเชื้อเอชสีได้มาก

3) ค้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอชสีพบว่าส่วนใหญ่ มีการรับรู้เรื่องโรคเอชสีในระดับดี ร้อยละ 39.9 และมีบางข้อที่มีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง คือ หัวข้อคนที่มีสุขภาพแข็งแรง ติดเชื้อเอชสี และหัวข้อถ้ามีเพื่อนในสถานบริการติดเชื้อเอชสีให้เขาไปอยู่ที่อื่น

4) ค้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV พบว่า มีระดับพฤติกรรมปรับปรุงและพุ่งติดตามดี ร้อยละ 37.9 และ 37.5 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมที่ควรตระหนักระบุรุ่งและปรับเปลี่ยน ก็คือ พฤติกรรมการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับสามี ร้อยละ 61.4 สำหรับสถานบริการมีถุงยางอนามัยเครื่องใช้พร้อมใช้ตลอดเวลา ร้อยละ 73.3 และไม่เคยเลยร้อยละ 14.0 และขังพบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วย รู้สึกไม่สบายไม่คิดมีเพศสัมพันธ์กับแขก โดยทำทุกครั้ง ร้อยละ 53.9 ทำบางครั้ง ร้อยละ 38.9

5) ค้านปัจจัยที่มีความนิมิตความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติดเชื้อ HIV พบว่า มีปัจจัยค้านความรู้ การรับรู้เรื่องโรคเอชสีระดับการศึกษา และสถานภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ABSTRACT

TITLE : FACTORS RELATED TO BEHAVIORS OF HIV PREVENTION IN
PROSTITUTES MAUNG DISTRIC UBONRATCHATANI PROVINCE

BY : PATTTRA BOONLUE

DEGREE : MASTER OF SCIENCE

MAJOR : HEALTH CARE MANAGEMENT

CHAIR : ASST.PROF. ANUN CHAIKOOLVATANA, Ph.D.

KEYWORD : FEMALE PROSTITUTES , HOUSE

It is a descriptive survey study which aims to evaluate HIV self-protective behaviors of female prostitutes in Ubon Ratchathani. There were totally thirty-five locations around town with 293 volunteers enrolled into the study. The data collection period started from February through April 2005. The questionnaire survey was developed in order to use in this study. Contents of survey were divided into 4 different sections including; demographic data, basic knowledge of AIDS, perceptions, and HIV self-protective behaviors. An average Alpha-Crombach (α) of questionnaire items = 0.75. All statistical analysis included frequency, percentage, Mean, SD, and MC Nemar test. The results showed that volunteers are mainly from Ubon Ratchathani (47.4%), an average age was between 20 to 24 (31.7%). They mostly had some high school degrees (41%). The marital status was mainly single (56.9%). Most of volunteers live in Ubon Ratchathani approximately 9 years (49.1%).

Regarding a basic knowledge of AIDS, we found that it is generally at a good level (89.4%). However, some aspects were needed to be adjusted such as a concept of asymptomatic HIV patients cannot spread the disease to the others, or babies of HIV pregnant women were always infected, and patients with sexual transmitted disease (STD) were mostly at high risk of HIV infection, etc. Furthermore, the AIDS perceptions of volunteers were at good level (39.9%), except some aspects including; healthy person is hardly infected with HIV, and an acceptation of HIV patient living in the community.

Additionally, self-protective behaviors related to HIV infection were generally good (37.5%), however, thirty-nine percent of them still needed to be changed. For example, having

sex with partners without condoms (61.4%), having sex when being sicked (38.9%). Interestingly, there was a statistically significant relation between knowledge, perceptions, marital status & educational levels and HIV self-protective behaviors ($p < 0.05$).

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
 บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
1.3 สมมติฐานการวิจัย	2
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	3
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
 บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	5
2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย	20
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
 บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	34
3.2 ตัวแปรในการวิจัย นิยามตัวแปรและการวัด	34
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
3.4 การดำเนินการรวบรวมข้อมูล	37
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	38
3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
4.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	40
4.2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์	41
4.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	42
4.4 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV	43
4.5 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี	46
บทที่ 5 อกบิประยพล ข้อเสนอแนะ สรุปผลการศึกษา	
5.1 อกบิประยพล	47
5.2 ข้อเสนอแนะ	51
5.2.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป	52
5.2.2 ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย	52
5.3 สรุปผลการศึกษา	52
เอกสารอ้างอิง	54
ภาคผนวก	59
ก. รายชื่อผู้เขียน文章ที่ตรวจสอบเครื่องมือการค้นคว้าอิสระ	60
ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
ก. ตู้ครัวความเที่ยงของเครื่องมือ	71
ประวัติผู้วิจัย	73

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	กลุ่มยา Antiretroviral drugs	16
2	ขนาดของยาและวิธีการใช้ยา	17
3	จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์นี้ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	40
4	จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์นี้ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์	41
5	จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์นี้ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ รายข้อ	42
6	จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์นี้ จำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	42
7	จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์นี้ จำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ รายข้อ	43
8	จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์นี้ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV	43
9	จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์นี้ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV รายข้อ	44
10	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิง อาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์นี้	46

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
2 รูปแบบของกระบวนการรับรู้	22
3 รูปแบบตั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค Roger , 1975	24
4 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา Roger , 1983	28

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการติดเชื้อเอ็คส์เป็นปัญหาระดับโลกที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ นับตั้งแต่ปี 2527 ที่มีการค้นพบผู้ชายรายแรกในกลุ่มรักร่วมเพศ จนถึงปัจจุบันได้ทวีความรุนแรงและได้ขยายไปทั่วทุกทวีป ซึ่งปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอ็คส์ประมาณ 42 ล้านคน และในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสม 1,009,000 คน และเสียชีวิต 344,000 คน ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 5 ของผู้ติดเชื้อรหำใหม่ในโลกเป็นประเทศในแถบเอเชียและแปซิฟิก (Post 6th ICAAP : 2544) และจากสถานการณ์แนวโน้มการติดเชื้อ HIV ในเดือนเอเชีย พบว่า ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อจากไม่ถึง 1 % ขึ้นมาเป็น 4 % ขณะที่โโซลินิช ขึ้นเป็น 20 % ซึ่งคล้ายกับประเทศไทยในระยะที่มีการระบาดในกลุ่มผู้ชายชาวบริการทางเพศ (Post 6th ICAAP : 2544)

จากสถานการณ์ดังกล่าว เรื่องของความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบโดยรวม ในด้านต่างๆทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิต ครอบครัวและชุมชน โดยไปถึงกระบวนการคุ้มครองผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ส่วนชุมชนก็ต้องเข้ามาร่วมรับผิดชอบการคุ้มครองผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อ ซึ่งกันแท้ไข่ปัญหาหรือป้องกัน การคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมในด้านทรัพยากรมนุษย์ ดังนี้เรื่องของสังคมและเศรษฐกิจไม่ใช่การรักษาพยาบาลอย่างเดียว แต่หมายถึงการคุ้มครองผู้ป่วยที่เกิดจากการรับผิดชอบของครอบครัวและชุมชน นอกจากเรื่องของครอบครัวและชุมชนแล้ว ก็ยังมีเรื่องของสังคมโดยรวมด้วยปัญหาการติดเชื้อ โรคเอ็คส์ในประเทศไทย เป็นปัญหาที่สำคัญ นับตั้งแต่ปี 2527 ที่มีการค้นพบผู้ป่วยรายแรกในกลุ่มรักร่วมเพศ จนถึงปัจจุบัน ได้ทวีความรุนแรงและได้ขยายเป็นปัญหาสังคมจากสภาพปัญหาดังกล่าว ได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV ในระดับประเทศขึ้นในปี 2532 อย่างต่อเนื่องทุกๆ ปี เพื่อดูดตามแนวโน้มสถานการณ์การติดเชื้อ ซึ่งรูปแบบการระบาดในระยะแรกการติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็คส์ที่มีความเสี่ยงสูง แต่ก่อนหน้านี้ อาชีพพิเศษสูงนักท่องเที่ยว ก่อนจะแพร่เชื้อเข้าสู่สถาบันครอบครัว ถึงแม้โรคเอ็คส์จะเกิดขึ้นได้ทุกอาชีพ แต่ก่อนหน้านี้ อาชีพพิเศษเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง และมีโอกาสแพร่เชื้อเอ็คส์ไปสู่กลุ่มประชากรอื่น จากการสำรวจสถานบริการในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร

ในเดือนมกราคม 2547 พบร่วมกับ นักวิจัย จำนวน 77 คน ที่มีจำนวนพนักงานในสถานบริการแพทย์ทั้งหมด 876 คน มีพนักงานหญิงอาชีพพิเศษ จำนวน 548 คน จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV ณ พื้นที่ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 – 2547 อัตราความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษตรงร้อยละ 36.1 22.4 22.3 และ 12.3 ตามลำดับ และหญิงอาชีพพิเศษแบ่ง ร้อยละ 6.9 6.8 3.9 และ 2.0 ตามลำดับ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการดำเนินงานเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอชไอวี ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันของพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

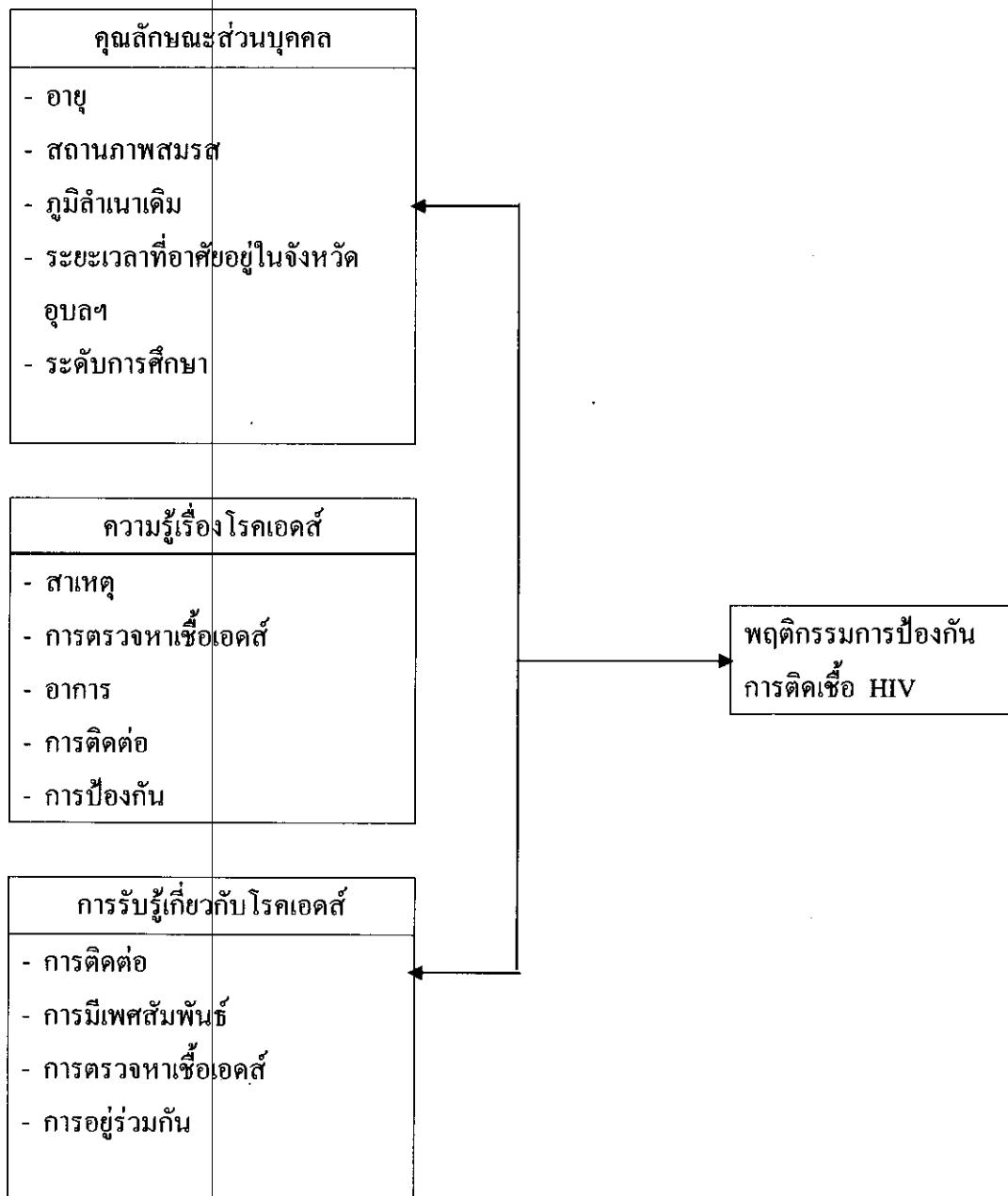
- 1.2.1 เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร
- 1.2.2 วัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร
- 1.2.3 วัดระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร
- 1.2.4 หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี ระดับการศึกษาสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1.3.1 ความรู้เรื่องโรคเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร

1.3.2 การรับรู้เรื่อง โรคเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร

1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

หญิงอาชีพพิเศษ หมายถึง หญิงที่ประกอบอาชีพให้บริการทางเพศ โดยได้รับเงินหรือผลประโยชน์ตอบแทน

สถานบริการ หมายถึง สถานเริงรมย์ที่มีการบริการทางเพศแบบแฝงอยู่ในรูปของการให้บริการอื่น เช่น ร้านอาหาร สถานอาบอบนวด ในตึกลับ คาโรโกะ ฯลฯ

สำนัก หมายถึง สถานบริการที่เป็นสำนักค้าประเวณีโดยตรง อาจมีลักษณะเป็นบ้านพักอาศัยโดยเจ้าของบ้านจัดให้ทำให้ค้าประเวณี ซึ่งมีห้องไว้บริการลูกค้าภายในบ้านพักและหญิงอาชีพพิเศษกินอยู่หลับนอนในบ้านนั้น

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทราบถึงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอ็ส์ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

1.6.2 ทราบถึงระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอ็ส์ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

1.6.3 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการดำเนินงาน เพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอ็ส์ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันของพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับการศึกษาพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานีนั้น ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าแล้วพบว่า มีส่วนที่เกี่ยวข้องอยู่ 3 ส่วนคือ

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

2.1.1 ความหมายและสาเหตุของโรคเอดส์

กระทรวงสาธารณสุข (2532) ได้ให้คำจำกัดความเดียวกับโรคเอดส์ (AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome) รายงานครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2524 ในสหรัฐอเมริกา จากผู้ชายรกร่วมเพศและป่วยด้วยโรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic carinii pneumonia ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดปอดบวมเฉพาะในคนที่มีภูมิคุ้มกันไม่ดี ต่อมาพบผู้ป่วยที่เป็นโรคเมืองหลอดเลือดที่เรียกว่า Kaposi's sarcoma ซึ่งปัจจุบันเกิดในคนสูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำเท่านั้น ในปี พ.ศ. 2525 CDC (Center for disease control) ของสหรัฐอเมริกาจึงตั้งชื่อโรคที่นี้ กลุ่มอาการซึ่งเกิดจากภูมิคุ้มกันทางานของร่างกายเสื่อมไป โดยไม่ได้เป็นมาแต่ก่อนเดิมว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome หรือ AIDS สาเหตุของโรคเอดส์ พ.ศ. 2526 Dr. Jue Montagnier และคณะจากสถาบันนาสแดenorท์ที่กรุงปารีส ค้นพบว่าโรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสใหม่ชนิดหนึ่ง ซึ่งชื่อว่า Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ในปีต่อมา Dr. Gall คณะแพทย์จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา แยกไวรัสโรคเอดส์ได้ และชื่อว่า Human T-Lymphotropic Virus Type3 (HTLV-3) ต่อมาปรากฏว่าเป็นไวรัสชนิดเดียวกันกับ LAV จึงได้ตั้งชื่อไวรัส โรคเอดส์เป็น Human Immune Deficiency Virus (HIV)

2.1.2 พยาธิสภาพ

กระทรวงสาธารณสุข (2532) เมื่อถือเอกสารเข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อ จะมีกระบวนการเกิดขึ้นทางขั้นตอน คือ

1) เซ็ชีโวร์สจะเกะติดกับซีดี 4 รีเซพเตอร์ (CD4 receptors) บนผิวของเซลล์ที่มีซีดี 4 แอนติเจน (CD4 Antigen) ได้แก่ เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซท์ (Lymphocyte), โนโนไซด์ (Monocyte), แมคโทรฟาร์ก (Macrophage) และเซลล์สมอง

2) เซ็ชีโวร์สจะแทรกตัวผ่านทะลุผนังเซลล์ และถอดเปลือกหุ้มออก

3) ดีเอ็นเอ (DNA) จะถูกสร้างจากอาร์เอ็นเอ (RNA) โดยใช้เอนไซม์รีเวิร์สทรานส์คริปต์เจส (Reverse Transcriptase) แล้ว ดีเอ็นเอ (DNA) จะรวมตัวกับดีเอ็นเอ (DNA) ของมนุษย์ และແປงตัวอยู่ในเซลล์

4) เมื่อมีการถูกกระตุ้น ทำให้มีการสร้างอาร์เอ็นเอ (RNA) จากดีเอ็นเอ (DNA) ของไวรัส

5) มีการแตกหน่อ (Budding) ออกจากเซลล์เดิม โดยได้เปลือกหุ้มจากผิวของเซลล์และไปเพิ่มจำนวนในเซลล์อื่น ๆ ต่อไป ส่วนเซลล์เดิมก็จะตายไป ทำให้จำนวนลิมโฟไซท์ (Lymphocyte) ลดลง

จากการที่จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ลดจำนวนลง ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันความต้านทานในร่างกายลดต่ำลง เป็นเหตุให้เรื้อรังเกิดขึ้นโดยกาส ซึ่งบางชนิดอาจแฝงอยู่ในร่างกายอยู่แล้วกระชาตัว ก่อให้เกิดโรคและเป็นผลให้เจ็บป่วยจากโรคภัยโอกาสต่าง ๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อและโรคมะเร็งบางชนิด และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

การเปลี่ยนแปลงในไส้ที่ (Host) คลื่นช่วงเวลาที่ติดเชื้อ มีคังค์ต่อไปนี้

1) เมื่อเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกาย แทรกตัวเข้าในเซลล์ สร้าง DNA แฝงอยู่ใน DNA ของ Host cells นั่น ร่างกายของผู้ติดเชื้อยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย

2) ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ถึง 3 หลังจากติดเชื้อไวรัสที่แฝงอยู่ในเซลล์ จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว และปล่อยไวรัสจำนวนมากเข้าสู่กระแสเลือดในระบบนี้ ถ้ามีการตรวจเลือดและสามารถหาไวรัสในห้องทดลอง เช่น ทำการเพาะเชื้อจะสามารถพบเชื้อไวรัสได้

3) ต่อมาดึงแต่สับปะรดที่ 6 เป็นต้นไป ร่างกายจะสร้างแอนติบอดีต่อไวรัส เพื่อทำลายเชื้อที่เปลกปลอกมำให้เชื้อไวรัสหายใจจากกระเสเดือด ในระยะนี้จะตรวจพบแอนติบอดีซึ่งช่วยให้ตรวจสอบได้ว่าร่างกายติดเชื้อเอดส์ โดยทั่วไปการสร้างแอนติบอดีจะเริ่มในสับปะรดที่ 6 ถึง 12 แต่บางรายอาจล้ากว่านี้

4) ทราบเท่าที่ร่างกายยังสร้างเนนดินตื้ออยู่ก็อาจตรวจไม่พบไวรัสตัวคู่ในกระเพาะอาหารก็ได้หากเป็นเช่นนี้ก็ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและหาสาเหตุต่อไป

- 5) ในระยะสุดท้าย ไวรัสแบ่งตัวอย่างรวดเร็วในขณะเดี๋ยวกันระดับแอนติบอดี้ลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป และเกิดโรคติดเชื้อหรือไข้மะเร็ง เข้าแทรกซ้อน เกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต

2.1.3 การจ่ายทอดของโรคเอชสี (Mode of Transmission)

กระทรวงสาธารณสุข (2532) ได้ให้นิยามของการถ่ายทอดเชื้อว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอ็คส์ทุกราย ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อแบบแอนไฟฟ์ แบบควบคุมได้หรือแบบควบคุมไม่ได้ก็ตาม ต่างก็จะมีเชื้อ HIV อยู่ปั่นในกระแสเลือดหรือในร่างกาย นอกจากนี้แล้วเชื้อ HIV ยังอยู่ในสารคัดหลั่ง น้ำเมือก อุจจาระ ปัสสาวะ ได้อึดด้วย เชื้อ HIV จะแพร่กระจายถ่ายทอดจากผู้ติดเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้หลายทาง คือ

- 1) การมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับผู้ติดเชื้อ HIV จะออกจากน้ำกาม น้ำคัดหลัง จากช่องคลอดและปากมดลูกของผู้ติดเชื้อ เชื้อเข้าสู่เยื่อเมือกผู้ป่วยที่ติดเชื้อของผู้ร่วมเพศที่มีบากแพลงจากความรุนแรงในการร่วมเพศ หรือนำบากแพลงจากเยื่อเมือกนิကขาดด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม การติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้ ติดต่อได้ทั้งการร่วมเพศทางช่องคลอด ทวารหนัก ปาก หรือใช้อวัยวะอื่นแต่การร่วมเพศทางทวารหนักจะมีโอกาสติดเชื้อได้สูงที่สุด เพราะมีความรุนแรงและขาดการหล่อลิน
 - 2) การใช้เข็มฉีดยาที่ปนเปี้ยนเชื้อ HIV ซึ่งพบมากในกลุ่มคนเสพติดชนิดนี้ด้วยเส้นที่มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาปนเปื้อนเชื้อ HIV
 - 3) การติดจากแม่ที่มีเชื้อ HIV ไปสู่ลูกในครรภ์ ลูกจะมีโอกาสสรับเชื้อมีอัตรา 15% ตั้งแต่คลอด出生 จนถึง 15 สัปดาห์ นอกจากนี้ลูกจะมีโอกาสสรับเชื้ออีกครั้ง กรณีที่ในการคลอดทำให้ลูกมีความชอกกระแทก หรือฉีกขากของเยื่อเมือก
 - 4) การรับเดีดและฉีดภัยท่านเดีดอที่มีเชื้อ HIV จะทำให้เกิดการติดเชื้อโดยตรง และมักมีอาการของโรคอย่างรุนแรง เนื่องจากเป็นจำนวนมาก
 - 5) การถ่ายเทเชื้อ HIV ผ่านน้ำนมของแม่ที่มีเชื้อ HIV ถือเป็นการติดเชื้อโดยตรง

2.1.4 อาการของผู้ติดเชื้อเอชดีสี (AIDS)

กระทรวงสาธารณสุข (2532) ได้แบ่งระบบการติดเชื้อเอชส์ออกเป็น 4 ระยะ คือ

- 1) ระบบติดเชื้อย่างเฉียบพลัน (Acute infection) ผู้ติดเชื้อมีอาการ Acute Mononucleosis Syndrome ทันทีที่รับเชื้อหรือภายในหลังการติดเชื้อไม่นาน อาการจะคงอยู่ไม่นาน และจะหายไปได้เองภายใน 2 – 6 สัปดาห์ โดยไม่จำเป็นต้องรักษา
 - 2) ระบบติดเชื้อโภคไม่มีอาการ (Asymtomatic infection) ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการอะไรเลยที่แสดงว่า ติดเชื้อเอชซี นอกจากการตรวจเลือด ซึ่งพบแอนติบอดี้ต่อเชื้อเอชซี ผู้

ติดเชื้อบางรายอาจมีความผิดปกติทางระบบภูมิคุ้มกัน เช่น จำนวนทีสี ลิมโฟไซด์ (T4 Lymphocyte) ลดต่ำลง

3) ระยะต่อمن้ำเหลืองโคลทั่วไป (Persistent Generalised Lymphadenopathy) ระยะนี้จะตรวจพบหรือค้นพบต่อน้ำเหลืองขนาดตั้งแต่ 1 เซนติเมตรขึ้นไปที่บริเวณร่างกายตั้งแต่ 2 แห่งขึ้นไป (ยกเว้นบริเวณขาหนีบ) เป็นเวลานานเกิน 3 เดือน โดยไม่มีสาเหตุอื่น นอกจากการติดเชื้อเอ็คส์ มีผู้พบว่าผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะถูกเป็นเอ็คส์ ประมาณร้อยละ 1 ต่อปี

4) ระยะเป็นโรคอื่นๆ (Other Disease) ระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะมีอาการที่นักแพทย์ไม่สามารถอธิบายได้ โดยแบ่งย่อยออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

ก. โรคทางร่างกายทั่วไป (Constitutional Disease) ผู้ป่วยจะมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างดังต่อไปนี้ เป็นเวลานานๆ (เกิน 1 เดือน) โดยไม่ทราบสาเหตุ

- 1) มีไข้เรื้อรัง
- 2) มีน้ำหนักตัวลดลงเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม โดยไม่ทราบสาเหตุ
- 3) ห้องเตียงเรื้อรัง

บ. โรคทางระบบประสาท (Neurologic Disease) ผู้ป่วยจะมีอาการความจำเสื่อม หลงลืมจ่าย บางรายมีอาการของโรคไขสันหลัง (Myelopathy หรือ Peripheral Neuropathy) เป็นต้น เมื่อเป็นถึงขั้นรุนแรงจะตรวจพบความผิดปกติ โดยการตรวจสมอง (CT Scan) ซึ่งจะพบว่า เนื้อสมองผ่องลง (Brain Atrophy) ผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้ นักตรวจพบเชื่อเอ็คส์ในน้ำไขสันหลัง และเนื้อสมอง

ค. โรคติดเชื้อจวยโอกาส (Secondary Infectious Disease) ผู้ป่วยโรคเอ็คส์จะปรากฏอาการในกลุ่มน้ำมากที่สุด โรคติดเชื้อที่พบในผู้ป่วยโรคเอ็คส์นี้ เรียกว่า โรคติดเชื้อจวยโอกาส (Opportunistic Disease) เพราะเป็นตัวบ่งชี้ว่า ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลง โรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคปอดบวมจากเชื้อนิวโนซิสติส แครริโอ (Pneumocystis carinii) หลอดอาหารขักเสนจากเชื้อแคนดิดา (Candida) เป็นต้น

ง. โรคมะเร็งจวยโอกาส (Secondary Cancers) ผู้ป่วยจะมีโรคมะเร็งบางชนิดซึ่งแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ได้แก่ โรคมะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) มะเร็งของระบบนำเหลืองชนิดหนึ่ง (Primary Lymphoma ของสมอง หรือ Non - Hoggkin's Lymphoma) เป็นต้น ซึ่งมาไฟฟ์ ชาร์โคงา (Kaposi's Sarcoma) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคเอ็คส์ โดยพบกระชาบไปทุกผิวหนังทั่วร่างกาย ต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะภายในต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร

๑. อื่นๆ (Other Conditions) กดุ่มนี้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดเข้าไว้ในทั้ง ๔ กดุ่น ดังกล่าวมาข้างต้น

จากอาการของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่แบ่งโดยศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) ดังกล่าวมาข้างต้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงนิยามโรคเอดส์ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมต่อระบบการแพทย์การสาธารณสุขของประเทศไทย โดยสรุปดังนี้

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ อาจทำได้ ๓ ประเภท โดยทุกประเภทต้องมีข้อดังนี้ ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ HIV แน่นอน

ประเภทที่หนึ่ง อาศัยการตรวจพบโรคหรือกดุ่นอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย ซึ่งมีด้วยกัน ๒๕ โรคหรือกดุ่นอาการ การพบรอยโรคใดโรคหนึ่งใน ๒๕ โรค ก็จะถือได้ว่าเป็นโรคเอดส์

ประเภทที่สอง อาศัยการตรวจนับเม็ดเดียวขาวนิด CD4 ได้น้อยกว่า ๒๐๐ cell/ml อย่างน้อยสองครั้ง หรือห้องชันสูตรที่มีความชำนาญ ในกรณีผู้ป่วยของbatchไม่มีโรคหรือกดุ่นโรคใดโรคหนึ่งใน ๒๕ โรค เนื่องในประเภทที่หนึ่ง หรือมีแต่ยังไม่แน่นอนว่าใช่หรือไม่

ประเภทที่สาม เป็นนิยามที่ใช้เฉพาะเด็กที่ติดเชื้อ HIV จากการค่า การวินิจฉัยประเภทนี้ อาศัยการพน Major Signs อย่างน้อย ๒ อย่าง และ Minor Signs อีก ๒ อย่าง แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตพบเพียง ๑ Major Sign และ ๑ Minor Sign ก็สามารถจัดเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ได้

2.1.5 นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค

กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๔๖) จะแบ่งเป็น ๓ ประเภท โดยทุกประเภทจะต้องพนการติดเชื้อ HIV ด้วยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประเภทที่ ๑ ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุที่มีอาการชี้บ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม

ประเภทที่ ๒ ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุที่พบจำนวนเม็ดเดียวขาว CD4 ต่ำกว่า ๒๐๐ ต่อลิตร

ประเภทที่ ๓ ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มทารกที่ติดเชื้อจากการค่า

สำหรับผู้ป่วยที่พบรอยติดเชื้อ HIV และมีอาการบางประการ แต่ไม่เข้าเงื่อนไขของประเภทที่ ๑ – ๓ จะเรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV patient)

ประเภทที่ ๑ : ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการชี้บ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (AIDS or Severe HIV Disease)

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือไม่ (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) นั้นจะต้องตรวจพนการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วยร่วมกับพนโรคที่มีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (Indicative disease) อย่างน้อยโรคใดโรคหนึ่งใน ๒๕ โรค ดังต่อไปนี้

- 1) Candidiasis ของหลอดอาหาร (Esophagus) หลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด (Lung) กรณี Candidiasis ของหลอดอาหาร หากไม่สามารถตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีจำเพาะดังกล่าวได้ ก็อาจวินิจฉัยด้วยวิธีเบื้องต้นต่อไปนี้ คือ
- ก. มีอาการเจ็บบริเวณหน้าอกเมื่อถ่ายอาหาร (Retrosternal pain on swallowing)
- รวมกับ
- ข. มีการติดเชื้อร้านิ่องในช่องปาก (Oral candidiasis) โดยการตรวจดูลักษณะของ patches หรือโดยตรวจพบทางกล้องจุลทรรศน์
- 2) Invasive cervical cancer
- 3) Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด หรือ ต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือข้อปอด
- 4) Cryptococcosis วินิจฉัยโดย
- ก. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) คุณชนิดเนื้อที่ได้มามาจากบริเวณที่เป็นหรือการเพาะเชื้อ
 - ข. ตรวจพบแอนติเจนในตัวอย่างที่ได้มามาจากบริเวณที่เป็น หรือจากของเหลวที่ได้จากบริเวณที่เป็น
- 5) Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วง นานมากกว่า 1 เดือน
- 6) โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 1 เดือน
- วินิจฉัยโดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) คุณชนิดเนื้อที่ได้มามาจากบริเวณที่เป็นในกรณี Cytomegalovirus retinitis อาจวินิจฉัยด้วยวิธีเบื้องต้น โดยตรวจพบลักษณะเฉพาะของการติดเชื้อ Cytomegalovirus ในจอตา โดยวิธีตรวจด้วยกล้อง Ophthalmoscope หลาบๆครั้ง และในรายที่การติดเชื้อผ่านระบบเยื่อบุโพลันต์ไป จะพบแผลเป็นบนจอตารวมกับ retinal pigment epithelial mottling
- 7) HIV encephalopathy เรียก HIV dementia, AIDS dementia หรือ subacute encephalitis จากเชื้อ HIV
- 8) ติดเชื้อริโน (Herpes simplex) ชนิดแพลเรื้อรัง หรือเยื่อบุนานมากกว่า 1 เดือน หรือ ชนิดแพร่กระจายของผิวนิ้ง ทึ้งตัวหรืออวัยวะภายในผู้ป่วยอายุเกิน 1 เดือน
- 9) Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆ
- 10) Isosporiasis และมีอาการอุจจาระร่วง นานเกิน 1 เดือน
- 11) Kaposi's sarcoma ในผู้ป่วยทุก возраст อายุ

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Histology หรือ Cytology) คุณนี้เนื้อที่ได้มาจากการรีเวนที่เป็น

- 12) Lymphoma, Burkitt's (or equivalent term)
- 13) Lymphoma, Immunoblastic (or equivalent term)
- 14) Lymphoma, primary in brain
- 15) Mycobacterium avium complex หรือโรคติดเชื้อ M.Kansasii โดยเป็นชนิดแพร่กระจาย ซึ่งถูกตามตามอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด ผิวนัง และต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือช่องปอด
- 16) Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary
- 17) Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary
- 18) Pneumonia recurrents (bacteria) เป็นมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี
- 19) โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii วินิจฉัยโดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) คุณนี้เนื้อที่ได้มาจากการรีเวนที่เป็นและอาการแสดงของผู้ป่วยกรณีที่วินิจฉัยโดยวิธีจำเพาะดังกล่าวไม่ได้ ก็อาจวินิจฉัยด้วยวิธีเบื้องต้น โดยตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ ร่วมกัน 3 ประการ คือ
 - ก. มีประวัติหอบเหนื่อยเมื่อออกกำลัง หรือไอแห้งๆ ภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ร่วมกับ
 - ข. ภาพเอ็กซเรย์ของปอดพบเป็น diffuse bilateral interstitial infiltration ร่วมกับ
 - ค. ไม่พบสาเหตุของโรคปอดบวมจากการติดเชื้ออื่นๆ
- 20) โรคติดเชื้อ Penicillium marneffei
- 21) Progressive multifocal Leukoencephalopathy
- 22) เป็น Salmonella septicemia ซ้ำๆ (มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี)
- 23) Toxoplasmosis ในสมอง ในผู้ป่วยเด็กอายุเกิน 1 เดือน
 - อาจวินิจฉัยเบื้องต้น โดยตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ ทั้ง 3 ประการ คือ
 - ก. พบรความผิดปกติเฉพาะที่ทางระบบประสาทที่เข้ากับการนิพယาริสภาคในสมองหรือสัดสัมปชัญญาเสื่อม ร่วมกับ
 - ข. การตรวจเนื้อสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT. scan) พบรลักษณะพยาธิสภาพที่มีลักษณะเป็นก้อน หรือถุงสารทึบแสงเด็กษาพรังสี จะพบพยาธิสภาพเป็นก้อนทึบ ติดสารทึบแสงเป็นวงที่ขอนก้อน ร่วมกับ

ก. ตอบสนองดีต่อการรักษา Toxoplasmosis หรือพนแอนติบอดี้ (IgG.) ในเลือด
และในน้ำไข้สันหลังต่อเชื้อ Toxoplasma

24) Wasting syndrome (emaciation, slim disease) ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า
ร้อยละ 10 ร่วมกับอาการอ่อนแรงโดยอย่างหนึ่ง ดังนี้

ก. มีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง (ถ่ายเหลวตั้งแต่วันละ 2 ครั้งขึ้นไป)

ข. มีไข้เรื้อรังตลอดเวลา หรือเป็นพักๆ โดยที่อาการทั้งหมดดังกล่าวไม่ค่ากว่า 30 วัน และไม่มีสาเหตุอื่นใด (เช่น มะเร็ง, วัณโรค, Cryptosporidiosis หรือ Enteritis ชนิดอื่นๆ) นอกเหนือไปจากการติดเชื้อเอชดีวี

ประเภทที่ 2 : ผู้ป่วยเป็นยอดส์ที่วินิจฉัยจากพบจำนวนเนื้อเยื่อบาบาร์ CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อมลิลิตร (AIDS Diagnosed by CD4 count) อ่อนแรงน้อย 2 ครั้ง ในกรณีไม่ประคับประหงả หรือกลุ่มอาการอื่นๆ หรือการวินิจฉัยโดยยาศีบโรค หรือกลุ่มอาการอื่นๆ ซึ่งไม่แน่นอน

ประเภทที่ 3 : การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นยอดส์ในการที่ติดเชื้อจาก嫣ราดา (Pediatric AIDS) หลักเกณฑ์
การวินิจฉัย สามารถทำได้โดยวิธีการอ่อนแรงโดยอย่างหนึ่งใน 2 กรณี ดังนี้

ประเภทที่ 3 ก. การวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 เดือน ใช้ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ต่ำกว่า
15 เดือน ซึ่งคลอเดย์มาร์ที่ติดเชื้อ HIV โดยผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุอื่นๆ
รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรง ผู้ป่วยหารกินนิจฉัยว่าเป็นยอดส์ ถ้าตรวจพบ Major sign
และ Minor sign อย่างละ 2 ข้อ

ก. Major signs

1) Weight loss or failure to thrive with or without delay development

วินิจฉัยโดย น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 หรือเสื่อมไม่โตก หรือนิภาวะขาดอาหาร
มากกว่าหรือเท่ากับระดับสมอง อาจมีหรือไม่มีภาวะผิดปกติทางพัฒนาการ

2) Chronic or recurrent diarrhea more than 1 month

วินิจฉัยโดย มีประวัติถ่ายเหลว 2 ครั้งขึ้นไปต่อวัน เรื้อรัง หรือเป็นๆ หายๆ
นานมากกว่า 1 เดือน

3) Chronic or recurrent fever more than 1 month

วินิจฉัยโดย มีประวัติไข้เรื้อรัง หรือเป็นไข้เป็นๆ หายๆ นานมากกว่า 1 เดือน

อาการแสดงนี้ บางรายจะปรากฏขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดให้ กือ ถ้าหนูนิร่างกายมากกว่า หรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส

4) Persistent or severe or recurrent lower respiratory tract infection

ผู้ป่วยมีปัญหาการติดเชื้อทางเดินหายใจล่างที่รุนแรงมาก หรือมีอาการต่อเนื่องกันร่วมกับการพัรังสีปอด แสดงลักษณะ bilateral reticulonodular interstitial pulmonary infiltration ติดต่อกันตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยที่ไม่พบเชื้อถ้วนใด และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ หรือมีอาการหายบื้าน้ำหนัก ในค่าเหน่งเดิม หรือค่าเหน่งใหม่ (recurrent episodes) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ใน 1 ปี หลังจากการรักษาหายไปครั้งก่อน Minor signs

๔. Minor signs

1) Generalized lymphadenopathy or hepatosplenomegaly

ต่อมน้ำเหลืองนอกเหนือบริเวณขาหนีบโดยมากกว่า 1 เซนติเมตร ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโดยมากกว่า 1.5 เซนติเมตร เมื่อร่วมกันแล้วมากกว่า หรือเท่ากับ 2 ค่าเหน่งขึ้นไป (ถ้าเป็น 2 ข้างในค่าเหน่งเหมือนกันให้นับเป็น 1 ค่าเหน่ง) หรือลำไส้ ตับ หรือม้าม บริเวณต่ำกว่าชายโครงบนมีขนาดโดยมากกว่า 2 เซนติเมตร

2) Oral thrush ตรวจพบการติดเชื้อ candida albican ในเยื่อบุปาก

3) Repeated common infections มีการติดเชื้อที่ไม่รุนแรงซ้ำๆ หลายครั้ง เช่น หูรั้นกลาง อักเสบ คออักเสบ

4) Chronic cough มีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันนานมากกว่า 1 เดือน ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ (กรณีเลือก Major sign ข้อ 4 ไม่สามารถให้อาการนี้เป็น Minor sign)

5) Generalized dermatitis มีผื่นที่ผิวหนังทั่วตัว ลักษณะผื่นแดงอักเสบคล้ำผื่นแพ้เรื้อรัง

6) Confirmed maternal or children HIV infection มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นบันการติดเชื้อ HIV ในมารดาและตั้งครรภ์ หรือก่อนคลอด หรือขึ้นบันการติดเชื้อ HIV ในเด็กหรือตรวจพบแอนติบอดี้ในเด็ก

ประเภทที่ 3 บ. การวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็ก เสียชีวิต ขณะอายุน้อยกว่า 15 เดือน ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการขึ้นบันการติดเชื้อ HIV ในมารดาและตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด หรือตรวจพบ HIV แอนติบอดี้ ซึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 15 เดือน จะวินิจฉัยว่ามีอาการ โรคเอดส์เมื่อตรวจพบ 1 major sign และ 1 minor sign ข้างต้น

<p>ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV patient)</p> <p>พิจารณาจากมีการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วยร่วมกับมีอาการของโรค ในการวินิจฉัยผู้ป่วย เออดส์เดิมขึ้น</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oral candidiasis or hairy leukoplakia 2) Oral candidiasis การติดเชื้อร้านในช่องปาก คือ การตรวจพบแผ่นเยื่อสีขาวใน เชื่องบุชช่องปาก และสามารถดูดหลุดออกมายได้หรือลักษณะของเยื่อสีขาวบนฐานเยื่อบุที่เกิด การอักเสบ Hairy leukoplakia การตรวจพบเยื่อสีขาวบนลิ้น และบุชไม่หลุด 3) โรคซูวัต (Herpes Zoster) เป็นโรคซูวัตชนิดวันผิดหวังที่กินบริเวณกว้างกว่า 1 dermatome 4) อาการผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system dysfunction) โดยมีอาการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> Mental confusion (Temporal or spatial disorientation) Dementia Decrease Level of consciousness (eg. Stupor or coma) Convulsions Encephalitis or meningitis Abnormal cerebellar testis (eg. Inability to tap the index finger มากกว่า 20 ครั้งใน 5 นาที) 5) Diarrhea for more than 1 month อุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน คือ อาการถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อวันเป็นประจำ หรือเป็นๆ หาย ในระยะเวลานานกว่า หรือเท่ากับ 1 เดือน 6) Fever for more than 1 month มีไข้เป็นประจำหรือเป็นๆ หาย ในระยะเวลานานกว่า หรือเท่ากับ 1 เดือน 7) Cachexia or more than 10 % weight loss น้ำหนักตัวลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม คือ การพบร่วมน้ำหนักตัวลดไปจากน้ำหนักตัวเดิมที่เคยซึ่งไว้สูงสุด มากกว่า ร้อยละ 10 โดยไม่ทราบสาเหตุ 8) Asthenia more than 1 month อาการอ่อนเพลีย หมดแรง นานานกว่า หรือเท่ากับ 1 เดือนขึ้นไป 9) Persistent dermatitis more than 1 month ผื่นที่ผิวนังที่เป็นเรื้อรังมากกว่า 1 เดือน 10) Anemia, lymphopenia, thrombocytopenia Anemia Hematocrit น้อยกว่า ร้อยละ 30 ในชาย, น้อยกว่าร้อยละ 25 ในหญิง หรือ Hemoglobin น้อยกว่า 6.8 มิลลิโกลด์ต่อเดシリตร
---	---

ในราย, น้อยกว่า 6.2 มิลลิเมตรต่อลิตร ในหญิง Lymphopenia คือ ค่า absolute lymphocyte count ต่ำกว่า 1,000 เซลล์ต่อลิตรปรอท ค่านิยามจากค่า WBC count คุณกับร้อยละของ lymphocyte จากการนับแยกชนิดเม็ดเลือดขาว thrombocytopenia คือ เกิดเม็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์ต่อลิตรปรอท

10) Persistent cough or any pneumonia อาการไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า 2 เดือน หรือปอดบวม หรือปอดอักเสบตรวจได้จากการตรวจร่างกาย, เอกซเรย์ปอด หรือการตรวจด้วยวิธีอื่นใด

11) Lymphadenopathy ตรวจร่างกายพบต่อมน้ำเหลืองnodulesบริเวณขาหนีบโดยมากกว่า 1 เซนติเมตรอย่างน้อย 2 แห่ง นานไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

2.1.6 การรักษา

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็คซ์ สามารถทำให้ภูมิต้านทานของผู้ป่วยดีขึ้น และลดการติดเชื้อ จวยโอกาสได้อย่างชัดเจน เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็คซ์ ควรให้ยาอย่างน้อย 3 ชนิด ซึ่งเรียกการรักษานี้ว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) เพราะมีประสิทธิภาพในการลดจำนวนไวรัสเอ็คซ์ในเลือด และป้องกันหรือลดโอกาสการติดเชื้อเช่นเชื้อเอชไอวี ด้วยยาด้วย

ยาต้านไวรัสเอ็คซ์ที่มีใช้ในประเทศไทยมี 3 กลุ่ม โดยสูตรมาตรฐานในปัจจุบันที่ใช้กับผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอนกประสงค์ก่อน คือ การให้ 2NRTIs + 1PI หรือ 2NRTIs + 1NNRTI มีการใช้สูตรหลังมากเพระจ่ายต่อการบริหารยา และราคาถูกกว่าสูตรแรก

ในระยะหลังเรามีการใช้ 2NRTIs + 2PIs โดยใช้ PI ชนิดหนึ่งเพิ่มระดับของยาในเลือดของ PI อีกชนิดหนึ่ง ทำให้สามารถลดปริมาณของยา PI ลง แต่ยังรักษาระดับยาในเลือดได้สูงมาก ซึ่งสะดวกในการบริหารยา และเพิ่มประสิทธิภาพในการต้านเชื้อไวรัสเอ็คซ์

ตารางที่ 1 กดุ่นยา Antiretroviral drugs

1. Nucleoside inhibitors (NRT)	reverse – transcriptase	Zidovudine (AZT) Stavudine (d4T) Didanosine (ddI) Zalcitabine (ddC) Lamivudine (3TC) Abacavir (ABC)
2. Non – transcriptaseinhibitors (NNRT)	Nucleoside reverse –	Nevirapine (NVP) Efavirenz (EFV)
3. Protease Inhibitors (PI)		Saquinavir (SQV) Indinavir (IDV) Ritonavir (RTV) Nelfinavir (NFV) Lopinavir (ABT378)/ Ritonavir (RTV)

สูตรยาในโภรงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ใหญ่ ในประเทศไทย

สูตรที่ 1

Combid (AZT + 3TC) + Nevirapine (Combid + NVP)

สูตรที่ 2

Zidovudine + Didanosine + Nevirapine (AZT + ddI + NVP)

(โดยใช้ AZT และ ddI ขององค์การเภสัชกรรม)

สูตรที่ 3

Combid (AZT + 3TC) + Efavirenz (Combid + EFV)

สูตรที่ 4

Stavudine + Didanosine + Efavirenz (d4T + ddI + EFV)

(โดยใช้ d4T และ ddI ขององค์การเภสัชกรรม)

ถ้าไม่อาจทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของสูตรที่ 1 – 4 ได้ ให้เปลี่ยนไปใช้สูตรที่ 5, 6, 7 และ 8

สูตรที่ 5

Combid (AZT + 3TC) + Saquinavir (soft)/ Ritonavir

(Combid + SQV/ RTV โดยใช้ SQV 1600 mg / day และ RTV 100 mg OD)

สูตรที่ 6

Stavudine + Didanosine + Saquinavir (soft)/ Ritonavir

(d4T + ddI + SQV/ RTV โดยใช้ SQV 1600 mg/day และ RTV 100 mg OD)

สูตรที่ 7

Combid (AZT + 3TC) + Indinavir/ Ritonavir

(Combid + IDV/ RTV โดยใช้ IDV 800 mg/ bid และ RTV 100 mg bid)

สูตรที่ 8

Stavudine + Didanosine + Indinavir/ Ritonavir

(d4T + ddI + IDV/ RTV โดยใช้ IDV 800 mg/bid และ RTV 100 mg bid)

ตารางที่ 2 ขนาดของยาและวิธีการใช้ยา

ยา		ขนาดและวิธีการใช้ยา		หมายเหตุ
		< 60 kg.	> 60 kg.	
1. AZT		200 mg PO bid	200 mg PO tid	ไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร
2. Combid 300 mg และ Lamivudine 150 mg)		1 tab PO bid	1 tab PO bid	รับประทานหลังอาหาร
3. ddI (BMS)		125 mg PO bid	200 mg PO bid	ก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง
4. ddI ผง (GPO)		170 mg 1 ซอง PO bid	115 mg 2 ซอง PO bid	รับประทานเมื่อท้องว่าง หรือก่อนอาหาร 30 นาที หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ห้ามผสมกับน้ำผลไม้
5. d4T (BMS)		30 mg PO bid	40 mg PO bid	ไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร
6. d4T (GPO)		30 mg PO bid	40 mg PO bid	ไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร
7. NVP		1 x 200 mg PO ODx 14 days then 400 mg OD	Same	ไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร

ตารางที่ 2 ขนาดของยาและวิธีการใช้ยา (ต่อ)

ยา		ขนาดและวิธีการใช้ยา		หมายเหตุ
		< 60 kg.	> 60 kg.	
8. EFV		3 x 200 mg PO hs	Same	ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง
9. SQV (Soft)/ RTV (dual PI)		8 x 200 mg PO OD1 x 100 mg PO OD	Same	
10. IDV/ RTV (dual PI)		2 x 400 mg bid 1 x 100 mg bid	Same	ไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร

2.1.7 การศึกษาวิจัยวัคซีนเออดส์ทดลองในคนไทย

กรมควบคุมโรค (2544) วัคซีนทคลอยด์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทย อดีต...ปัจจุบัน วัคซีนทคลอยด์เพื่อป้องกันโรคเอดส์นี้แบ่งตามภูมิต้านทานที่เกิดขึ้นเป็น 2 ระบบ คือ การกระตุ้นให้เกิดระบบภูมิคุ้มกันในเดือด (Humoral Antibody) และระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึงพา เชลด์ (Cell – Mediated Immunity)

1) การกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันในเดือด ได้มีการผลิตวัคซีนที่ลอกเลียนเปลี่ยนของไวรัส ซึ่งเป็นแบบ gp 120 วัคซีนชนิดนี้ค้านการศึกษาวิจัยในประเทศไทยเป็นครั้งแรก โดย ศ.นพ. ประพันธ์ ภาณุภาค แต่ผลการทดสอบพบว่าการกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันนั้นไม่สูงเท่าที่ควร ต่อมา ได้มีการทดสอบวัคซีนเออดส์ทคลอยด์ชนิด gp 120 ซึ่งเป็นสับทับปีบีของ 2 บริษัท แต่ผลการทดสอบ ทคลอยด์วัคซีนทั้งสองชนิดนี้พบว่าไม่สามารถนำมาใช้ได้ เนื่องจากการแพร่ระบาดในประเทศไทย เป็นสับทับปีอีกเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาวัคซีนทคลอยด์ซึ่งเป็นสับทับปีอีกที่พนในประเทศไทย โดยผู้ผลิตจำนวน 2 บริษัท คือ gp120/ MF59 สับทับปีอี (บริษัทไครอน) และเออดส์แวกซ์ บี/ อี (บริษัทแวกซ์เจน) โดยได้ทำการทดสอบในคนไทยในระยะที่ 3 ซึ่งผลการทดสอบพบว่าสามารถ กระตุ้นภูมิคุ้มกันในเดือดให้เกิดขึ้นได้ และในปี พ.ศ.2543 ได้เริ่มทำการทดสอบประสิทธิผลของ เอดส์แวกซ์ บี/ อี ในกลุ่มผู้ไร้ยาสภาพดีเข้าสัมภาษณ์จำนวน 2,500 คน โดยคณะผู้วิจัย BVEG (Bangkok AIDS Vaccine Evaluation Group) อันประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยโรคเอดส์ และบริษัทแวกซ์เจน ซึ่งได้แบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งได้รับวัคซีน และอีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม โดยคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการขึ้นแนวทาง การปฏิบัติ การวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice: GCP) และจริยธรรมรวมทั้งให้การศึกษา

แก่อาสาสมัครในอันที่จะเข้าใจได้ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง ผลการทดสอบเบื้องต้น ไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรงเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร โดยคาดว่าจะรู้ผลการทดสอบประสิทธิผลนี้ภายในสองปีข้างหน้า

2) การกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันชนิดพึงพาเซลล์ ได้มีการพัฒนาวัคซีนทดลองชนิด Live Vector ซึ่งผลิตขึ้นโดยใช้การสอดเชือเอชไอวีเข้าไปในไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ในนก วัคซีนชนิดนี้มีร่องว่า ALVAC โดยผลการทดสอบในห้องปฏิบัติการและในสัตว์ทดลองพบว่า สามารถกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันชนิดพึงพาเซลล์ได้

ในขณะนี้ได้มีการทดสอบในระยะที่ 3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์และการกระตุ้นให้สร้างภูมิคุ้มกันในคนไทยโดยใช้วัคซีนทั้งชนิดกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันชนิดพึงพาเซลล์ (ALVAC) ร่วมไปกับวัคซีนชนิดกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันในเด็อด (AIDS VAX B/E) ในอาสาสมัครปกติจำนวน 255 คน ซึ่งดำเนินการโดยคณะผู้จัด TAVEG (Thai AIDS Vaccine Evaluation Group) อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะเวชศาสตร์ฯ เครื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก และกองทัพบก สหรัฐอเมริกา ซึ่งผลการทดสอบในเบื้องต้นไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรงเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร และขณะนี้อยู่ในระหว่างการศึกษาในระยะที่ 3 เพื่อศึกษาผลของการให้วัคซีนทดลอง 2 ชนิดนี้ร่วมกันในชุมชนขนาดใหญ่

2.1.8 วัคซีนทดลองเพื่อป้องกันโรคเอชไอวีในประเทศไทยในอนาคต

1) ความร่วมมือระหว่างไทยกับสหรัฐอเมริกา กรณีความไม่สงบต่อการตรวจสารเคมีในประเทศไทยในระยะต่อไป ได้นำเสนอว่าการวิจัยวัคซีนโรคเอชไอวี เป็นความหวังของกรณีความไม่สงบต่อการตรวจสารเคมีในประเทศไทย เนื่องจากการแพร่ระบาดทั่วโลก คาดว่าจะมีการแพร่ระบาดในประเทศไทยประมาณ 10 กว่าปีแล้วนั้น ให้ผลเพียงระดับหนึ่ง แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้น และการที่ต้านทานวัคซีนที่สามารถจัดโรคติดต่อให้หมดไปได้ เช่น ฝีดาษ และกำลังจะหมดไป เช่น โปลิโอ จึงทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างไทยกับสหรัฐอเมริกาในการทดสอบประสิทธิผลของวัคซีนเอชไอวี ทดลองชนิดป้องกัน ที่คาดว่าจะได้ผลกับคนไทย โดยใช้วัคซีนเอชไอวีทดลอง 2 ชนิดร่วมกัน เพื่อที่จะได้การต้านภูมิคุ้มกันทั้งในเด็อด (Humoral Antibody) และระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึงพาเซลล์ (Cell – Mediated Immunity) โดยจะทำการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพื่อศึกษาผลในภาคสนามในอาสาสมัครที่มีผลลัพธ์เดียวกันในชุมชนของจังหวัดชลบุรีและจังหวัดของจำนวน 16,000 คน โดยจะแบ่งกลุ่มอาสาสมัครเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่จะได้รับสารเติมน้ำ分แบบวัคซีนเอชไอวีทดลอง และกลุ่มที่ได้รับวัคซีนเอชไอวีทดลองทั้ง 2 ชนิด (ตัวเริ่มต้น ALVAC และตัวกระตุ้น AIDS VAX B/E) ซึ่งวัคซีนเอชไอวีทั้ง 2 ชนิดได้ผ่านการทดสอบในคนไทยแล้วว่ามีความปลอดภัย

และที่สำคัญวัคซีนเอดส์ทั้งสองชนิดนี้ทำมาจากสายพันธุ์สับทับปือที่พบในประเทศไทย โครงการนี้เริ่มในปี พ.ศ.2545 โดยยาสามัคคีได้รับวัคซีนเอดส์ทดลองจำนวน 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดย 2 ครั้งแรกอาสาสมัครจะได้รับ ALVAC และ 2 ครั้งหลังจะได้รับทั้ง ALVAC และ AIDSVAX B/E พร้อมกัน โดยตั้งเป้าหมายของผลการศึกษาว่า จะต้องมีความแตกต่างกันในอาสาสมัคร 2 กลุ่มนี้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และติดตามผลไปอีก 3 ปี ผลกระบวนการที่อาจจะเกิดแก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผลลัพธ์ของยาป้องกันจากการได้รับวัคซีนเอดส์ทดลอง ซึ่งสามารถตรวจสอบแยกได้จากการติดเชื้อโภบพดีกรรมเดี่ยง การคุณภาพนิคในอาสาสมัครที่เป็นสตรีในระยะที่ได้รับวัคซีน ในช่วงเข้าร่วมโครงการ อาการเจ็บและความไม่สะท้วงจากการได้รับวัคซีนเอดส์ทดลอง โครงการนี้ได้เตรียมการให้การศึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนแก่อาสาสมัคร รวมทั้งชี้แจงด้วยว่า วัคซีนเอดส์เสริมมาตรการทางด้านพฤติกรรมสังคมในการป้องกันโรคเอดส์

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยนำมายืนยันแล้วในการศึกษา นอกเหนือนี้ยังได้นำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกรุ่นนำมานะ ประยุกต์ร่วมในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2.1 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

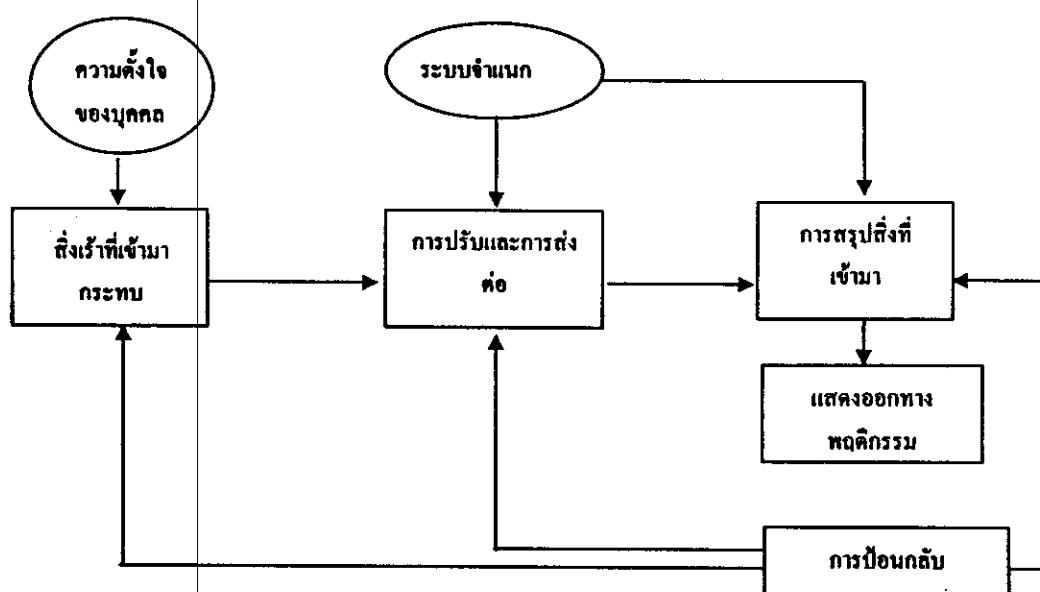
แมคเกย์ และแคนบีเบล (Mackay & Campbell, 1992) ได้อธิบายแนวคิดและตัวแปรสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคพัฒนาโดยโรเจอร์ส (Rogers, 1975; 1983 cited by Mackay & Campbell, 1989) เน้นที่ Cognitive appraisal of information present in the communication เป็นตัวเชื่อมโยง (mediator) ที่มีผลบวกจาก peer – appeals ต่อมาในปี 1983 โรเจอร์ส (Rogers) ได้เพิ่มตัวแปรอีกหนึ่งตัวแปร คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self efficacy expectancy) และนำวิธีการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่าง แบบแผนความเชื่อค้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) คือ การรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคนี้ได้นำเสนอต่อสาธารณะในประเทศไทย ด้านข้อมูลข่าวสาร ในการเผยแพร่ต่อสาธารณะ ในการประเมินการรับรู้นี้มาจากการสื่อ الإعلامที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มาระดับ และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

กรมสามัญศึกษา (2535) ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวนั้น จะต้องพนักับบุคคล สัตว์ สิ่งของ และปรากฏการณ์ธรรมชาติต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จัดเป็นสิ่งเร้าที่ทุกคนจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยเวลา ให้เวลาหนึ่ง นักพิทักษ์เชื่อว่าบุคคลตัดสินใจต่อ กับสิ่งแวดล้อมดังกล่าว โดยผ่านกระบวนการอันหนึ่ง คือ การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลเลือกรับรู้ เก็บ และเปลี่ยนความหมาย จากสิ่งที่มากระตุ้นมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับสิ่งที่อยู่รอบตัวโดยเราได้รับข้อมูลโดยตรง จากโลกที่อยู่รอบตัวการรับรู้มีด้านที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ซึ่งเป็นความตระหนักรถึงเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในสภาวะแวดล้อมและด้านที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนอง ซึ่งได้แก่การตอบสนองแบบแบ่งแยก และการตอบสนองแบบเดียดสรตรต่อสิ่งที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมเป็นกระบวนการที่คนมีประสบการณ์ กับวัตถุ หรือเหตุการณ์ต่างๆ โดยใช้อวัยวะรับสัมผัสในการเลือกรับ การจัดระเบียบ และการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลพบเห็น หรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยในสิ่งแวดล้อมหนึ่งๆ

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล จากการใช้อวัยวะรับสัมผัสเป็นเครื่องมือในการรับรู้สิ่งเร้าต่างๆ เป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้าโดยอาศัย การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมของตน

อร์แกนและเบทเมน (Organ & Bateman. 1986) ได้เสนอรูปแบบของกระบวนการรับรู้ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบของกระบวนการรับรู้

จ้าดับขั้นตอนของกระบวนการรับรู้ อุณหะ และปักษา และประโภค ศรียม (2539) การรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการดังนี้

ขั้นที่ 1 สิ่งเร้ามากระทบอวัยวะสัมผัสของอินทรี

ขั้นที่ 2 กระแสประสาทสัมผัสส่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ที่สมอง

ขั้นที่ 3 สมองแปลงความหมายออกเป็นความรู้ ความเข้าใจ โดยอาศัยความรู้เดิม ประสบการณ์

เดิม ความจำ เอกค提 ความต้องการ ปักสถาน บุคลิกภาพ เชาว์ปัญญา

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ พระพ.ศ. ศิลปสุวรรณ (2533)

1) ความตั้งใจ (Attention) เป็นความจริงที่ว่า ในขณะนั้นๆ เราไม่ได้รับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเราพร้อมกัน สิ่งที่มีอิทธิพลต่อคนเราอาจแยกออกได้เป็น

สิ่งเร้าภายนอก คุณสมบัติสิ่งที่คึงคุคความสนใจของเรา อาจแยกได้เป็น

- ของที่มีขนาดใหญ่ย่อมดึงดูดความสนใจได้มากกว่า
- ระดับความเข้มหรือความหนักเบาของสิ่งเร้า
- การกระทำซ้ำๆ กัน
- การเคลื่อนที่หรือการเปลี่ยนระดับ
- การตัดกัน
- สี

สิ่งเร้าภายใน บางครั้งเราเกิดความต้องการและความหวังที่จะรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะในเมื่อสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่สนใจ สิ่งเร้าภายในแบ่งออกเป็น

- ความสนใจชั่วขณะ ได้แก่ ความสนใจที่มีอยู่ในขณะนั้น
 - ความสนใจที่เป็นนิสัย คือ ความสนใจเดิมที่บุคคลนิยมงานติดเป็นนิสัย
- ความมีความพร้อมที่จะสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งความสนใจของตน

2) การเตรียมความพร้อมที่จะรับรู้ ถ้าเราถูกความเงื่อนไขให้รับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง เรายอม มีความพร้อมที่จะรับรู้ในเรื่องนั้นอย่างเดิมที่

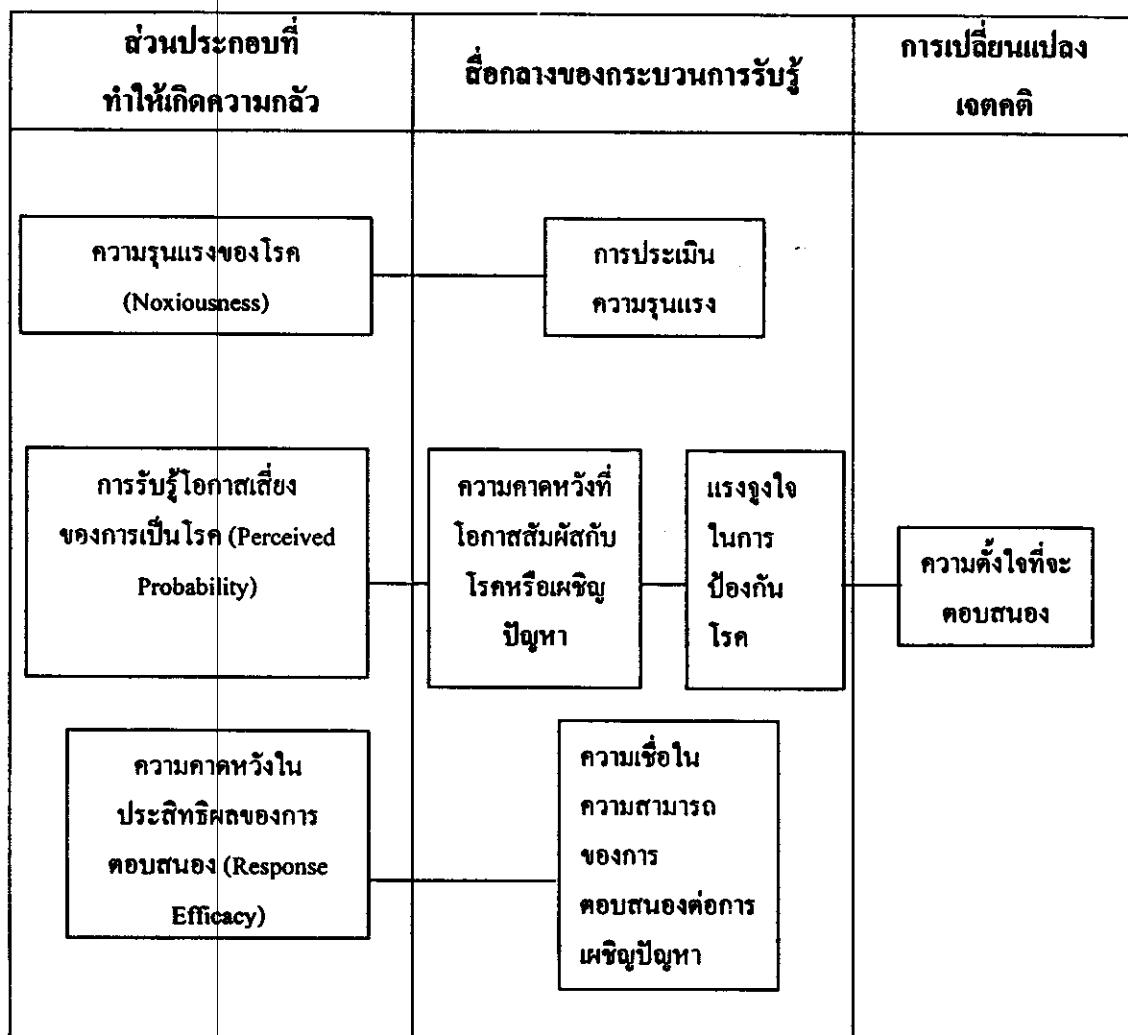
การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) เกิดจากถูกความหรือทำให้กลัวว่าถ้า กระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญ ในการเผยแพร่ข่าวสารที่ถูกความต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือ บรรยายว่า ไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระยะเพียงปีคเดือนน้อย โดยทั่วๆ ไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดกลัวจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้มากกว่า ข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย

อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุนหรือปลูกเร้า ร่วมกับการรู้ อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้น มีอิทธิพลเด่นขึ้น ขณะที่มีการกระตุนจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค ในการตรวจสอบองค์ประกอบ เท่ากับผลที่เกิดขึ้นจาก การรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูงๆ พนวณผลต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทำให้ไม่เกิดอันตราย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า สำหรับปัจจัยใดที่มีผลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูง สามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้กู้ภูมิที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง และกู้ภูมิที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำตอนคำถ้า ด้วยข้อ เช่น ให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่อง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ และโรคมะเร็งปอดได้สูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้สูบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยให้กู้ภูมิตัวของทำ เครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความของแบบสอบถามว่าตนเชื่อหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด และโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความหวังว่า ตนเองสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลด หรือเลิกสูบบุหรี่ได้อย่าง มั่นคงสำคัญทางสถิติ การใช้แบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความตั้งใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าไนก็ เมื่อจากการตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือแบบสอบถามที่ใช้ ไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค จะไม่ขอนปฎิบัติตามคำแนะนำเสมอไป ดังตัวอย่าง เช่น ภายหลังจากผู้ที่สูบบุหรี่จัดได้รับการกระตุนในระดับสูง เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ ก็ยังคง หลอกล่ออย่างไม่ขอนปฎิบัติตามคำแนะนำ การส่งตรวจด้วยอิเล็กทรอนิกส์ อาจเพิ่มให้บุคคลนั้นกลัวการ เป็นมะเร็งปอดซึ่งจะหลอกล่อความกลัว โดยไม่ขอนรับการอธิบาย ในทางกลับกันการเอาใจใส่ สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่ คำนึงผลที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลนั้น ลดจำนวนมวนที่ สูบลงได้ ซึ่งจะส่งผลให้เป็นมะเร็งปอดน้อยลง

การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง ร่วมกับ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขค้างกล่าว ยังเป็นสิ่งที่ต้องกันหากันอีกด้วย ไม่ว่าความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตามเพื่อลด พฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น การเพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น (Rogers, 1983 ข้างใน Mackay & Bruce C, 1992 : 30) เพราะอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ถ้าบุคคลพยาบาลที่จะปฏิเสธ การรับรู้

ของคนเองว่า เขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำสั่งนี้ได้ เมื่อว่าจะเป็นผลเสีย ในทางกลับกันถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติ จะทำให้ความตั้งใจ ที่จะยอมรับการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอนถ่านซึ่งผู้สอนจะให้คำกว่ามีสีสัน ตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอนถ่านนั้น ยังเป็นสิ่งที่ดึงดูดการศึกษาต่อไปว่า จะสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มด้วยยัง ได้หรือไม่



ภาพที่ 3 รูปแบบคั่งคึมของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค Rogers, 1975

ที่มา : Ronald W.Rogers. Journal of Psychology. 1975; 99

3) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)

กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการปฎิบัติคน เพื่อผล โอกาส เสี่ยงค่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัย พบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฎิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยการทดสอบว่าจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ จากการศึกษาพบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่ คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคล จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจ จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรคแต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดที่จะลดการถูกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง และการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงจะมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้ปฎิบัติตามกัน

จากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัว 3 ด้าน前述กล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อค้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived Severity) การรับรู้ถึงผลที่คาดว่า จะได้รับจากการปฎิบัติด้วยเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงปัญหา อุปสรรค (Perceived Barriers) ซึ่งต่อมาแม่คุกช์และโรเจอร์ส (Maddux & Rogers) ได้เพิ่มด้านเพรอิก 1 ด้าน คือความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Expectancy) ดังนี้จะเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อค้านสุขภาพและทฤษฎี ความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997; 1980) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเดินก้นๆ ซึ่งการสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ที่จะเดือดทางเดือดคั่งกล่าวกระทำได้หลายวิธี เช่น การเตือนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูด ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง (Bandura, 1997:191 – 215) โดยสรุป การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสารควรจะมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ແຕກต่างจากด้านประอ่อนๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสาร

ที่คุกคามต่อสุขภาพและไม่คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำการทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญ ของความคาดหวังในความสามารถของคนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรค จากกลุ่มที่มีความเชื่ออ่อนน้ำในตน จะเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัวของแต่ละบุคคล และมีการแสดงทางเข้าอนุญาตเข้าว่าสาร ในการปฏิบัติตามเพื่อการป้องกันโรค แต่ผู้ที่เชื่ออ่อนน้ำของคนจะเชื่อว่า สุขภาพของคนจะขึ้นอยู่กับโอกาส เคราะห์กรรม โชคชะตา หรืออ่อนน้ำอื่นๆ และไม่ตั้งใจที่จะแสดงทางเข้าอนุญาตเข้าว่าสาร หรือการปฏิบัติตามที่จะป้องกันโรค ดังนั้นผู้ที่เชื่ออ่อนน้ำในตนจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในตนอย่างสูง ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบของความคาดหวังในความสามารถของคนเอง โรเจอร์สและแมดดูร์ (Rogers & Maddux) ได้ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าการลด หรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ง่ายมีความคาดหวังในความสามารถของคนอย่างสูง หรือกระทำได้ยากมาก คือมีความคาดหวังในความสามารถของคนเองต่ำ ผลการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของคนเอง เป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่า เขายังมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ เขาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ความคาดหวังในความสามารถของคนเอง ความสามารถในการปฏิบัติ จึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง ความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอ่อนน้ำสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออ่อนน้ำในตนทางด้านสุขภาพต่ำ และกลุ่มที่มีความเชื่ออ่อนน้ำในตนทางด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะพบว่าผู้ที่มีความรู้ ความเชื่อในอ่อนน้ำตนต่ำ จะมีแนวโน้มให้เกิดความไม่満ใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อสูงว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำน่าจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่การขาดความมั่นใจในความสามารถของคนเองต่อการปฏิบัติ จะเป็นตัวขัดขวางแรงงานจากการปฏิบัติตอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นประสิทธิผลของการเผยแพร่ข้อมูลเข้าว่าสาร จึงมิได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย

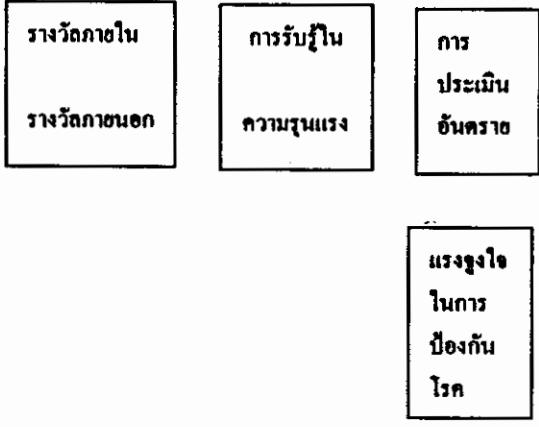
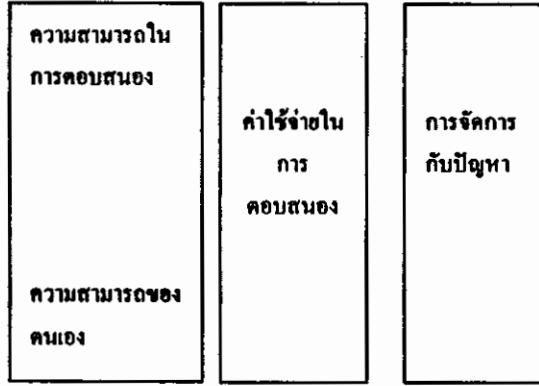
ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความคาดหวังในความสามารถของคนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง จะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปการยอมรับและมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์ และสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพนั้น ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามนี้สูง และผลดีของการปฏิบัติตามนี้สูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามนิ่มน้อย ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะลดน้อยลงไปด้วย เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ ตั้งใจที่จะสูบบุหรี่

เพิ่มขึ้น และกรณีความคาดหวังในความสามารถของคนเองค่าแต่ผลคือของการปฏิบัติตามมีสูง เช่น การนักกอลุ่มตัวอย่างที่เป็นกวนโรคว่าสามารถรักษาได้ โดยที่เขาอาจไม่ติดเชื้อกวนโรคอีก ก็จะส่งผลให้เขามีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา

จากวิัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โรเจอร์ส (Rogers) ได้พิพากษานะปรับปรุงโดยนำคำแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเดี่ยงของคนเอง นาสูปเป็นกระบวนการการรับรู้ 2 แบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)
2. การจัดการกับปัญหา (Coping Response)

กระบวนการการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ คังภาพที่ 4

แหล่งข้อมูล ข่าวสาร	สื่อ沟ทางของกระบวนการการรับรู้	รูปแบบการ จัดการกับ ปัญหา
สิ่งแวดล้อม การพูด ชักชวน การเรียนรู้ จากการสังเกต	ปัจจัยความรู้สึกตอบสนองที่เป็นไปได้ เพิ่ม ลด 	การปฏิบัติ หรือ การไม่ปฏิบัติ
ถ่ายทอดของ บุคคล บุคลิกภาพ ประสบการณ์		ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3....

ภาพที่ 4 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา Rogers, 1983

ที่มา : Ronald W.Rogers. Health Education Research Volume No.3 1986 : 55

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรม อีกทั้งอาจส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่พึงประสงค์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ให้บริการ และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือใช้เป็นบางครั้ง อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ก็คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic Rewards) และความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม (Steven Prentice-dunn & Ronald W.Rogers, 1986)

การจัดการกับปัญหาบุคคลเหล่านี้จะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะสามารถหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จลงได้ (Bandura, 1977 ; 1986 ; Beck & Frankle, 1981 ข้างใน Steven Prentice-dunn & Ronald W. Rogers, 1986) เป็นมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์ แต่ต้องที่ทำให้ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่ตระหนก ค่าใช้จ่าย ความไม่มั่นคง ความยากลำบาก ความสับสนบุ่งมาก อาการแทรกซ้อน และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต (Rogers, 1984 : ข้างใน Steven Prentice-dunn & Ronald W. Rogers, 1986)

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงในการป้องกันโรค มีความเชื่อว่าแรงจูงในการป้องกันโรค จะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่า อันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
 2. บุคคลมีความรู้สึกว่าตนอ่อนแอด หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
 3. บุคคลเชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
 4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
 5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นดี
- จากทฤษฎีแรงจูงในการป้องกันโรค ดังกล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าบุคคลจะต้องมีความรับรู้ในความรุนแรงของโรค รับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คาดหวังในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมของตนเองซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจ และช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะบางอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิมพ์พนมครี เสาร์สาร (2523) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคເອດສໍ ของหญิงบริการ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 380 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคເອດສໍอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 56.32$ คะแนน, S.D. = 7.49 คะแนน) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value < 0.05$) กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคເອດສໍ ซึ่งปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคເອດສໍ ความเชื่อทางสุขภาพ ระดับข่าวสาร แต่ละโอกาสที่ได้รับเรื่องโรคເອດສໍ ซึ่งปัจจัยด้านระดับข่าวสารและโอกาสที่ได้รับเรื่องโรคເອດສໍ มีความสัมพันธ์สูงกว่าปัจจัยอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัดเจน

พรรษ ศิลปสุวรรณ (2533) ได้ทำการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนและความเชื่อทางสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไข้เกิด โรคເອດສໍ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาตัวอย่างทั้งหมด 292 คน ซึ่งประกอบด้วย หญิงอาชีพพิเศษ 72 คน ชายอาชีพพิเศษ 69 คน และกลุ่มชาติพุทธศาสนา 151 คน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคເອດສໍจากหนังสือพิมพ์สูงสุดร้อยละ 45 รองลงมาอย่างละ 20 และร้อยละ 15 ได้รับทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับสาธารณะสุขตามลำดับ ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด โรคເອດສໍ พบว่ามีเพียงกลุ่มเดียวเท่านั้นที่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อทางสุขภาพ กล่าวคือ แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมีผลกระแทกต่อการปฏิบัติในทางเดียวกัน (เชิงบวก) ผู้ที่ติดเชื้อทางสุขภาพที่มีระดับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพสูง นักจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด โรคເອດສໍ ที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อ โรคເອດສໍมีผลกระแทกต่อความกระตือรือร้นในการไปพบแพทย์เพื่อรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติ ส่วนกลุ่มชายและกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 และเมื่อคุ้มครองความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางสุขภาพอนามัยกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด โรคເອດສໍ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 ในตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม อย่างก็ตาม เมื่อจำแนกตัวแปรอิสระแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพออกเป็นรายหมวดย่อย ได้แก่ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อโรค ความเชื่อต่อความรุนแรง ความเชื่อต่อผลดีในทางปฏิบัติ พบว่า มีเพียง 3 ตัวแปรเท่านั้น ที่มีอิทธิพลและผลกระแทกต่อตัวแปรเป็นปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด โรคເອດສໍ ส่วนตัวแปรความเชื่อต่อความรุนแรงนั้น ไม่มีผลกระแทกต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคເອດສໍ

อนดนา เหลืองสุวालัย (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเขคติดต่อโรค กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โรคເອດສໍของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โรคເອດສໍไม่ถูกต้องในด้านการคำเนินริชิตเป็นส่วนใหญ่

กิตเป็นร้อยละ 65.5 มีเพศสัมพันธ์กับหญิงและชายขายบริการทางเพศกิตเป็นร้อยละ 23.5 และพบว่า เพศ การศึกษา เงินเดือนต่อโรคเอดส์ อายุและการรับรู้ต่อโรคเอดส์ เป็นกลุ่มหัวท่านายที่ติดเชื้อโรคเอดส์ได้ย่างมีนัยสำคัญ

โอกาส พูลพิพัฒน์ (2534) ศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อความคุ้มป้องกันการโรคและโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ อั่งเกอทั่มวัง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อัตราเฉลี่ยการให้บริการทางเพศ 5 – 6 ครั้งต่อคนต่อวัน ร้อยละ 35.5 (30 คน) ของหญิงอาชีพพิเศษยืนยันว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ให้บริการทางเพศ ที่เหลือร้อยละ 62.5 (50 คน) ยอมรับว่าบางครั้งไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย และกลุ่มที่ใช้บ้างไม่ใช้บ้าง มีอัตราเฉลี่ยการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 71.7 ของจำนวนครั้งที่ใช้บริการเท่านั้น สาเหตุที่ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้ง เนื่องจากลูกค้าไม่ต้องการและปริมาณถุงยางอนามัยไม่เพียงพอ

คณะสาระผลสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพิจิตร (2536) ได้ประเมินสภาวะการณ์ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า ยังคงส่วนของทั้งกลุ่มเพศหญิงอาชีพพิเศษและเพศชาย ที่กล่าวว่าได้ปฏิบัติดนในทางที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับบุคคลอื่น ไปเที่ยวหาภัยนบริการพิเศษ ไปเที่ยวสถานอาบ อบ นวด ร่วมเพศกับหญิงบริการ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยและขั้นพนว่า กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้ ความรู้ และทัศนคติทางบวกต่อโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่เหมาะสมกิจ การเตรียมถุงยางอนามัยไว้ตลอดเวลาในการรับแขก การให้แขกใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อร่วมเพศ การตรวจเลือดเพื่อหาโรคเอดส์

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) ได้ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชากรเป้าหมาย 6 กลุ่ม และประเมินการดำเนินงานเจ้าหน้าที่สาระผลสุขในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย ซึ่งได้แก่ หญิงอาชีพพิเศษ หญิงตั้งครรภ์ หญิงวัยเริญพันธุ์ที่ไม่ได้เรียนต่อชั้นมัธยมศึกษา พ่อบ้าน นักเรียนมัธยมศึกษา และคนงานในโรงงานจำนวน 7,258 คน และเจ้าหน้าที่สาระผลสุข จำนวน 317 คน พบว่า

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับที่ถูกต้อง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 กลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ มีค่าสูงสุด และนักเรียนมีค่าต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มอายุ “สูงกว่า 30 ปี” และกลุ่มอายุ “26 – 30 ปี” มีการรับรู้สูงต้องมากกว่ากลุ่มอายุ “ต่ำกว่า 18 ปี” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่อยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สูงสุด และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ต่ำสุดและด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่า ในกลุ่มเพศชายร้อยละ 24.8 ระบุว่า “ไปเที่ยวหาภัยนบริการพิเศษ” ร้อยละ 21.1 ระบุว่า

“ไปเที่ยวสถานบริการอาบ อน นวด” ร้อยละ 15.2 ระบุว่า “ร่วมเพศกับหญิงบริการโดยไม่ใช่ถุงยางอนามัย” ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง (ไม่รวมหญิงชาชีพพิเศษ) ร้อยละ 4.3 ระบุว่า “ใช้เข็มฉีดยา ร่วมกับบุคคลอื่น”

เบญจapha ตันติบูรดา (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอ็คส์ของหญิงไ索เกฟี สำหรับอาชญากรรมทางเพศในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่ที่มีความรู้เรื่องโรคเอ็คส์ระดับต่ำ ร้อยละ 76.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.96 ค่าเฉลี่ยบนมาตรฐานเท่ากับ 2.67 และคงว่าระดับความรู้ของหญิงไ索เกฟี หาดใหญ่อยู่ในระดับต่ำสูงมาก จะต้องเพิ่มกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเอ็คส์แก่หญิงไ索เกฟี อย่างจริงจัง ด้านทักษะดิจิทัลของโรคเอ็คส์พบว่า ร้อยละ 89.33 มีทักษะดิจิทัลโรคเอ็คส์ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.82 ค่าเฉลี่ยมาตรฐานเท่ากับ 12.22 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเอ็คส์ของหญิงไ索เกฟีในเกณฑ์ดี ร้อยละ 3.33 และขั้นตอนว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านทักษะดิจิทัลโรคเอ็คส์ ที่ระดับนัยสำคัญ P – Value เท่ากับ 0.01

พรสุข เกิดทอง (2544) ศึกษาพฤติกรรมการเผยแพร่ปัญหาของผู้ติดเชื้ออे�ชต์ในพื้นที่เขต 9 พบว่า ผู้ที่ติดเชื้ออे�ชต์มีการเผยแพร่ปัญหาด้านพฤติกรรมการแก้ปัญหาอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.058$) และพฤติกรรมเผยแพร่ปัญหาด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.533$) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง ซึ่งอาจจะมีปัจจัยแวดสัมภานั่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับบริการไม่ต้องการใส่ถุงยางอนามัย แต่ถ้าหากใช้กระดุนเพื่อป้องกันร้าย ร่วมกับการรู้ อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นขึ้น

สุภารา สุริบวงศ์ไทรศาสตร์ (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมืองของหญิงบริการทางเพศอิสระ : กรณีศึกษา ณ บริเวณรอบนอกสวนสาธารณะแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า หญิงบริการอายุ 18–39 ปี อายุเฉลี่ย 25 ปี ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว มีเพียงร้อยละ 18.8 ที่ยังเป็นโสด ระดับการศึกษาร้อยละ 57.8 ได้รับการศึกษามิ่งเกินประมาณศึกษาปีที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 93.7 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าทั่วไป แต่ลูกค้าประจำใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 88.6 การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเจตนาของหญิงบริการต้องใช้เมื่อมี เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 60.9 และขั้นตอนว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value < 0.05$)

สำนักโรคเอดส์ วัฒนโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2544) การศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ เมือง Kalibo และ Boracay สังกัด Aklan ประเทศฟิลิปปินส์ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ 31 คน ไม่ชาติพันธุ์ 131 คน และกลุ่มชาติพันธุ์ 28 คน พบว่า ผู้ให้บริการทางเพศ ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ที่เป็นลูกค้า

สำนักโรคเอดส์ วัฒนไกและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2544) รัฐ Kujurat ในประเทศไทยเดิม ได้ดำเนินการตรวจหาเชิงบวกการทางเพศ จำนวน 314 คน โดยองค์กรเอกชน สาธารณสุขไทยนี้ พบว่า ร้อยละ 60 เป็นคนภายในรัฐฯ ร้อยละ 53.5 มีสามีแล้ว ร้อยละ 30.2 มีแขกมากกว่า 5 คนต่อวัน ร้อยละ 41.4 มีแขก 2.5 คนต่อวัน และที่เหลือ มีแขกด้วยกัน 2 คนต่อวัน ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 32 พนการติดเชื้อ เอช ไอ วี ร้อยละ 11.5

สำนักโรคเอดส์ วัฒนไกและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2544) การสำรวจหาอัตราการติดเชื้อซิฟิลิตและ HIV ในผู้ให้บริการทางเพศเมือง Tegal Central Java ประเทศไทยในปีเดียวกัน จำนวน 200 คน พนการติดเชื้อ เอช ไอ วี ร้อยละ 0.5 จำนวนแขกต่อคืนโดยเฉลี่ย 2.22 คน ร้อยละ 30 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 67 ใช้เป็นครั้งคราว ร้อยละ 3 ใช้ทุกครั้ง

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Survey design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมี รายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร คือ หญิงอาชีพพิเศษที่ประกอบอาชีพในสถานบริการ ได้แก่ สำนัก ห้องอาหาร อาบอบน้ำด คานเพ็ ร้านอาหาร สวนอาหาร บ้านนางโทรศพท นวดแผนโบราณ คาราโอเกะ บาร์อะโกโก ก ที่อยู่ในเทศบาลกรุงเทพราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) โดยเลือกสถานบริการและหญิงอาชีพพิเศษที่ให้ความร่วมมือในเขตเทศบาลกรุงเทพราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 35 แห่ง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 293 คน

3.2 ตัวแปรในการวิจัย นิยามตัวแปรและการวัด

ตัวแปรดั้ง (Independent Variable) มี 2 ตัวแปร ได้แก่

3.2.1 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การติดต่อ การป้องกัน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็น Ordinal Scale มี การแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

ความรู้	คะแนน
ถูกต้อง	1
ไม่ถูกต้อง	0

หลังจากนั้น นำคะแนนของแต่ละคนมาแบ่งกลุ่มตามการจัดกลุ่มและการกระจายของคะแนนดังนี้ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, จวีวรรณ บุญสุข (2542)

เกณฑ์การให้คะแนน

ความรู้ดี	ได้คะแนน $\geq 80\%$
ความรู้ปานกลาง	ได้คะแนน 60-79%
ความรู้ไม่ดี	ได้คะแนน $<60\%$

3.2.2 การรับรู้เรื่องโรคเอชตีวี ประกอบด้วย การคิดต่อ การมีเพศสัมพันธ์ การอยู่ร่วมกัน การตรวจหาเชื้อเอชตีวี จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็น Ordinal Scale มีการแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย คำถานด้านบวก ให้คะแนน 2 , 1 และ 0 ตามลำดับ คำถานด้านลบ ให้คะแนน 0 , 1 และ 2 ตามลำดับ

การรับรู้	คะแนน
เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	1
ไม่เห็นด้วย	0

หลังจากนี้ นำคะแนนของแต่ละคนมาแบ่งกลุ่มตามการจัดกลุ่มและการกระจายของคะแนนดังนี้ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุข (2542)

เกณฑ์การให้คะแนน

การรับรู้ดี	ได้คะแนน ≥80%
การรับรู้ปานกลาง	ได้คะแนน 60-79%
การรับรู้ต้องปรับปรุง	ได้คะแนน <60%

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) มี 1 ตัวแปร คือ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV (การใช้ถุงยางอนามัย) มีลักษณะเป็น Ordinal Scale มีการแบ่งเป็น 3 ระดับ จำนวน 10 ข้อ จัดเป็น ช่องคะแนน (Internal Scale) ดังนี้

พฤติกรรม	คะแนน
ใช้ถุงครั้ง	2
ใช้บางครั้ง	1
ไม่ใช้เลย	0

หลังจากนี้ นำคะแนนของแต่ละคนมาแบ่งกลุ่มตามการจัดกลุ่มและการกระจายของคะแนนดังนี้ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุข (2542)

เกณฑ์การให้คะแนน

พฤติกรรมดี	ได้คะแนน ≥80%
พฤติกรรมปานกลาง	ได้คะแนน 60-79%
พฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง	ได้คะแนน <60%

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นดังนี้

3.3.1 การสร้างเครื่องมือและการดำเนินการวิจัย มีการดำเนินการดังนี้

3.3.1.1 ศึกษาหลักการ ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV

3.3.1.2 กำหนดปัญหาของการวิจัย กำหนดชื่อเรื่องที่วิจัย กำหนดตัวแปรประสงค์ของการวิจัย กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1.3 ร่างเสนอเครื่องมือต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ

3.3.1.4 เสนอเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจหาความตรง (Validity)

3.3.1.5 นำเสนอเครื่องมือที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษานำมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะให้ถูกต้อง

3.3.1.6 นำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Pilot study) กับหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลอุบลราชธานี จำนวน 30 คน

3.3.1.7 ปรับปรุงเครื่องมือที่ทดลองใช้ให้ถูกต้อง

3.3.1.8 เก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1.9 วิเคราะห์ข้อมูล

3.3.1.10 สรุปผลและรายงานผลการวิจัย

3.3.2 โครงสร้างและลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ดังนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ภูมิลำเนาเดิม, อายุ, สถานภาพสมรส, ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลฯ, ระดับการศึกษา, จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศ ประกอบด้วย สาเหตุ, ปัจจัยเสี่ยง, อาการ, การติดต่อ, การป้องกัน เป็นแบบสอบถามมาตรฐานมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 2 ระดับ คือ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ ประกอบด้วย การติดต่อ, การมีเพศสัมพันธ์, การอยู่ร่วมกัน, การยอมรับสภาพ เป็นแบบสอบถามมาตรฐานมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ใช้ทุกครั้ง, ใช้บางครั้ง, ไม่ใช้เลย มีจำนวน 10 ข้อ

3.3.3 คุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อมูล (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษา ผศดร. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา และกรรมการสอบสวนภาคินพันธ์ อาจารย์ ชา奴วรรณ วงศ์ศศิ อาจารย์ขัดคิยา สุดา เมษหาราตน์เดว ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของการใช้ภาษา จากนั้นนำมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้ (Pilots study) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ เช่นเดียวกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วน้ำหนักที่ได้ไปหาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลfaของ cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.75

3.4 การดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2548 มีขั้นตอนดังนี้

3.4.1 สำรวจข้อมูลสถานบริการในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จำนวน 35 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือ ในรอบปีที่ผ่านมา เพื่อแบ่งเป็นจ้านวนสอบถามให้เหมาะสม

3.4.2 ตั้งทีมผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน และชี้แจง วัตถุประสงค์ ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ตอบคำถาม ปัญหาต่างๆ

3.4.3 ชี้แจงให้ผู้ช่วยนักวิจัยทราบดังนี้ วัตถุประสงค์ในการเก็บ ข้อมูลจะเป็นความลับ และเป็นภาระของเจ้าหน้าที่อุบลราชธานี ให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามลงกล่องรับแบบสอบถาม ที่ผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมไว้ให้

3.4.4 ดำเนินการเก็บข้อมูลตามพื้นที่เมืองมหาสารคาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง สำหรับในบุคคลที่อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังแล้วกุ่นตัวอย่างเป็นผู้ตอบ

3.4.5 นำผลการตอบกลับของแบบสอบถามมาตรวจความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อประมวลผลการวิจัย

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

- 3.5.1 นำแบบสอบถามที่ร่วบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง
- 3.5.2 จัดทำคู่มือลงรหัส และนำแบบสอบถามมาลงรหัส
- 3.5.3 ลงข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์
- 3.5.4 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- 3.6.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแต่ละ ข้อคำถาม นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด
 - แบบสอบถามที่เป็นมาตราประมาณค่า (Likert Scale) 3 ระดับ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแต่ละ ข้อคำถาม นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

3.6.2 สถิติเชิงอนุมานใช้ทดสอบสมมติฐาน

- การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้ ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ระดับการศึกษา สถานภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV โดยใช้สถิติ MC Nemar Test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Descriptive Survey Design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้าน ภูมิลักษณ์และส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเอชไอวี การรับรู้ต่อการป้องกันโรคเอชไอวี กับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อ HIV ประชากรที่ศึกษาคือ หญิงอาชีพพิเศษในสถานบริการบันเทิงเขตเทศบาล นครอุบลราชธานี จำนวน 35 แห่ง จำนวน 293 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2548 เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลภูมิลักษณ์และส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเอชไอวี การรับรู้เรื่องโรคเอชไอวี พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้นำไป ทดสอบใช้กับหญิงอาชีพพิเศษ จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบหาความเที่ยงโดยใช้สูตรประสิทธิ อัลฟ่า cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75 ซึ่งแสดงแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยได้แบ่งหัวข้อในการนำเสนอออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลภูมิลักษณ์และส่วนบุคคล
2. ความรู้เรื่องโรคเอชไอวี
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี
4. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV

4.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

**ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลอุบลราชธานี จำแนกตาม
คุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 293)**

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนาเดิม		
ภาคเหนือ	78	26.6
ภาคกลาง	9	3.1
ภาคใต้	3	1.0
กรุงเทพมหานคร	6	2.0
จังหวัดอุบลราชธานี	139	47.4
จังหวัดอื่นๆในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	58	19.8
อายุ (ปี)		
15 – 19 ปี	27	9.2
20 – 24 ปี	39	31.7
25 – 29 ปี	78	26.6
30 – 34 ปี	57	19.5
35 – 39 ปี	23	7.8
40 – 44 ปี	10	3.4
45 ปีขึ้นไป	5	1.7
Min = 16 Max = 49 Mean = 27.0 sd = 6.4		
หน้าย หย่า แยก	87	29.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	27	9.2
ประถมศึกษา	117	39.9
มัธยมศึกษา	120	41.0
อาชีวศึกษา (ปวช. , ปวส.)	26	8.9
ปริญญาตรี	3	1.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลอุบลราชธานี จำแนกตาม
คุณลักษณะส่วนบุคคล ($n = 293$) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี (ปี)		
0 – 9 ปี	144	49.1
10 – 19 ปี	38	13.0
20 – 29 ปี	86	29.4
30 – 39 ปี	21	7.2
40 – 49 ปี	4	1.4

4.2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลอุบลราชธานี จำแนกตาม
ระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ($n = 293$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ความรู้ระดับดี	262	89.4	Mean = 8.6
ความรู้ปานกลาง	28	9.6	Min = 5
ความรู้ต้องปรับปรุง	3	1.0	Max = 10
รวม	293	100	

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ รายชื่อ (n = 293)

	ข้อความ	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	โรคเอดส์ หมายถึง โรคที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง	280	95.6
2.	ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์แต่ไม่มีอาการ ไม่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้	236	80.5
3.	โรคเอดส์สามารถติดต่อ กันได้โดยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์	289	98.6
4.	การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์จะทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	291	99.3
5.	ผู้ป่วยต้องการที่ติดเชื้อเอดส์ เมื่อถูกจุกจิกอย่างล้าจักจะติดเชื้อเอดส์ทุกคน	90	30.7
6.	การสัมผัสโอบกอดกับผู้ติดเชื้อเอดส์ทำให้ติดเชื้อเอดส์	277	94.5
7.	ผู้ป่วยสามารถมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้มาก	228	77.8
8.	การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกัน การติดเชื้อเอดส์ได้	281	95.5
9.	การตรวจเลือดเป็นวิธีที่จะรู้ว่ามีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกาย	290	99
10.	ปัจจุบันมียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	277	94.9

4.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพราษฎร์ จำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ (n = 293)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความรับรู้ดี		275	93.9
ความรับรู้ปานกลาง		18	6.1
ความรับรู้ต้องปรับปรุง		0	0
รวม		293	100

ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้ป่วยอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ รายชื่อ (n = 293)

ข้อความ	การรับรู้ (%)		
	เห็นด้วย	ไม่แนใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ทุกคนมีโอกาสติดเชื้)oเอดส์ได้ ถ้าไม่ป้องกันให้ถูกวิธี	96.6	1.7	1.7
2. คนที่สูบภาพแข็งแรงจะไม่มีโอกาสติดเชื้)oเอดส์	6.5	25.9	67.6
3. โรคเอดส์ไม่ใช่โรคติดต่อกันได้ง่ายๆ ในการดำเนินชีวิต	70.3	18.4	11.3
4. มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่แต่งงานแล้ว สะอาด ไม่ทำให้ติดเชื้)oเอดส์	3.1	8.5	88.4
5. มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เป็นขาประจำไม่ต้องใช้ถุงยางอนามัยก็ไม่ทำให้ติดเชื้)oเอดส์	5.8	11.9	82.3
6. ถ้าติดเชื้)oเอดส์แล้ว รักษาสุขภาพภายใต้แข็งแรงมีสุขภาพดีจะมีอายุยืนยาวขึ้น	78	15.4	6.5
7. ผู้ติดเชื้)oเอดส์สามารถทำงานกับผู้อื่นได้	84.3	9.9	5.8
8. ถ้ามีเพื่อนในสถานบริการติดเชื้)oเอดส์ควรให้เข้าไปอยู่ที่อื่น	24.2	17.7	58.4
9. ผู้ที่เป็นคู่รักกับการตรวจเชื้)oเอดส์ก่อนแต่งงาน	99.7	0	0.3
10. ผู้ที่สมรสแล้วควรตรวจหาเชื้)oเอดส์ก่อนมีบุตร	98.6	1.0	0.3

4.4 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้)o HIV

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้)o HIV (n = 293)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมดี	110	37.5
พฤติกรรมปานกลาง	72	24.6
พฤติกรรมต้องปรับปรุง	111	37.9
รวม	293	100

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ ของหญิงอัชญาพิเศษในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานครที่มีการตรวจเชื้อ HIV รายชื่อ (n = 293)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV	จำนวน	ร้อยละ
กรณีที่สมรสแล้วและบังคับอยู่กับสามี (n = 293)		
1. เมื่อมีเพศสัมพันธ์สามีใช้ถุงยางอนามัย		
ใช้ทุกครั้ง	27	17.1
ใช้บางครั้ง	34	21.5
ไม่ใช้เลย	97	61.4
เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแขกที่มาใช้บริการ (n = 293)		
2. มีการใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่		
ใช้ทุกครั้ง	281	96.0
ใช้บางครั้ง	3	1.0
ไม่ใช้เลย	9	3.0
3. ก่อนใช้ถุงยางอนามัยได้ตรวจสอบวันหมดอายุและร้าว ของถุงยางอนามัย		
ทำทุกครั้ง	245	83.6
ทำบางครั้ง	23	7.8
ไม่เคยทำ	25	8.5
4. ก่อนสวมถุงยางอนามัย ໄล่อากาศโดยการนึ่งปลาย ถุงยางอนามัย		
ทำทุกครั้ง	253	96.0
ทำบางครั้ง	12	3.0
ไม่เคยทำ	28	1.0
5. การสวมถุงยางอนามัยต้องสวมขณะอยู่ระหว่างเพศชาแข็งดัว		
ทุกครั้ง	281	88.1
บางครั้ง	9	1.0
ไม่เคยทำ	3	10.9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ ของหญิงอายุพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร อุบลราชธานี จำแนกตาม พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV รายข้อ (n = 293) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV	จำนวน	ร้อยละ
6. การถอดถุงยางอนามัย ควรถอดภายหลังร่วมเพศเสื่อม และอวัยวะชายยังแข็งอยู่		
ทุกครั้ง	258	88.1
บางครั้ง	3	1.0
ไม่เคยเลย	38	10.9
7. สถานบริการมีถุงยางอนามัยเตรียมไว้พร้อม เพื่อใช้ตลอดเวลา		
ทุกครั้ง	215	73.3
บางครั้ง	37	13.0
ไม่เคยเลย	41	14.0
8. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย รู้สึกไม่สบาย ไม่ความมีเพศสัมพันธ์ กับแขก		
ทำทุกครั้ง	158	53.9
ทำบางครั้ง	114	38.9
ไม่เคยทำ	21	7.2
9. เคยถูกเพื่อนหรือคนใกล้ชิดซักชวนให้ทดลองยาเสพติด ชนิดน้ำคึหรือไม่		
เคย	32	10.9
เคยบางครั้ง	0	0
ไม่เคย	261	89.1
10. เคยทดลองยาเสพติดชนิดน้ำคึหรือไม่		
ทดลอง	0	0
ทดลองบางครั้ง	0	0
ไม่เคยทดลอง	293	100

4.5 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลนคร อุบลราชธานี

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กันระหว่าง ความรู้ การรับรู้เรื่องโรคเอชไอวี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV พนักงาน ความรู้ การรับรู้เรื่องโรคเอชไอวีระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value <0.05$) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรสกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาล นคร อุบลราชธานี ($n = 293$)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV		
	ตี	ต้องปรับปรุง	P- Value
ระดับความรู้เรื่องโรคเอชไอวี			
ความรู้ดี	163	99	0.001
ความรู้ด้อยปรับปรุง	19	12	
ระดับการรับรู้เรื่องโรคเอชไอวี			
การรับรู้ดี	171	104	0.001
การรับรู้ด้อยปรับปรุง	11	7	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	17	11	0.001
ระดับประถมศึกษา-ปฐมวัยครรภ์	165	100	
ระดับสถานภาพสมรส			
โสด	76	59	0.001
คู่ / หม้าย / หย่า / แยก	106	52	

บทที่ 5

อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และสรุปผลการศึกษา

5.1 อภิปรายผล

การศึกษารังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานครนี้ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง 293 คน ณ สถานบริการบันเทิงจำนวน 35 แห่ง การวิเคราะห์ใช้เชิงพรรณนา และเชิงวิเคราะห์โดย โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ MC Nemar test โดยผลการศึกษาที่ได้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลดังรายละเอียดดังนี้ ซึ่งสรุปผลวิจัยได้ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะบุคคล

ส่วนใหญ่มีลักษณะเด่นอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 47.4 รองลงมาคือจังหวัดอื่นๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 19.8 โดยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 20 - 24 ปี ร้อยละ 31.7 รองลงมา คือ อาชีวะระหว่าง 25 – 29 ปี ร้อยละ 26.6 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 56.1 รองลงมา คือ หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 29.7 และยังพบว่าสถานภาพสมรสกุ่นถึงร้อยละ 24.2 ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่กินกับสามีและมีอาชีพพิเศษด้วยนิ โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชสีง สำหรับระดับการศึกษาพบว่าโดยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.0 ประถมศึกษา ร้อยละ 39.9 และยังพบว่าไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 9.2 ส่วนระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในช่วง 0-9 ปี ร้อยละ 49.1 รองลงมาคือระยะเวลา 20 – 29 ปี ร้อยละ 29.4 ระยะเวลาที่อาศัยนานที่สุดคือ 40-49 ปี ร้อยละ 1.4

5.1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

โดยภาพรวมด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์ ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 89.4 ที่ต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.0 เมื่อนำมาจำแนกรายข้อพบว่า ยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง ในเรื่องของ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์แต่ไม่มีอาการสามารถตรวจเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ (ร้อยละ 80.5) ัญญาติกรรมที่ติดเชื้อเอดส์ เมื่อคลอดถูกออกนามากจากจะติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 30.7) ผู้ป่วยสามารถโรคเอดส์ได้มาก (ร้อยละ 77.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ตันติมูรดา (2540) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงไทยแล้ว あげ一回事ให้ พนบว่า ส่วนใหญ่ที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ระดับดี (ร้อยละ 76.67) มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ระดับปานกลางร้อยละ 89.33 และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์น้อย ร้อยละ 96.67 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ

พระยศิตาปสุวรรณ (2533) ได้ทำการศึกษาในเรื่องความลับพันธ์ระหว่างแบบแผนและความเชื่อทางสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคเดอต์ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเดอต์ พบว่าร้อยละ 61.7 กลุ่มนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเดอต์สูงสุด และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ต่ำสุด และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีความรู้เกี่ยวกับโรคเดอต์สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากข้อมูลการศึกษาวิจัยของนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ถูกต้องถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เป็นประจำจึงชี้ให้เห็นว่ากลวิธีของการให้ความรู้เรื่องโรคเดอต์สำหรับกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ต้องมีการทบทวนและพิจารณาให้สอดคล้องกับวิธีชีวิตของกลุ่มดังกล่าว ตลอดจนการปรับปรุงช่องทางการนำเสนอที่เหมาะสมซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชนต่าง ๆ ที่ทำงานด้านนี้ ต้องทราบถึงปัญหาดังกล่าวพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขอย่างถูกต้องและจริงจังต่อไป

5.1.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเดอต์

จากการศึกษาด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเดอต์ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับดี ร้อยละ 93.9 เมื่อจำแนกรายชื่อ พบว่า ยังมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเดอต์ไม่ถูกต้อง คือ คนที่สุขภาพแข็งแรงจะไม่มีโอกาสติดเชื้อเดอต์ (เห็นด้วยร้อยละ 6.5 ไม่แน่ใจร้อยละ 25.9) ถ้ามีเพื่อนในสถานบริการติดเชื้อเดอต์ควรให้เขาไปปอยที่อื่น (เห็นด้วย 24.2 ไม่แน่ใจ 17.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) ได้ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคเดอต์ของประชากรเป้าหมาย 6 กลุ่ม และประเมินการดำเนินงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคเดอต์ในประเทศไทยพบว่าทั้ง 6 กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเดอต์ที่ถูกต้อง โดยเฉลี่ยรวมของกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษมีค่าสูงสุด และนักเรียนมีค่าต่ำที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษารังนี้ คือ คนแข็งแรงจะไม่เป็นโรคเดอต์ มีกลุ่มตัวอย่างตอบไม่แน่ใจ ร้อยละ 25.9 และยังสอดคล้องเกี่ยวกับการศึกษาของ นฤมล พรมวงศ์ (2540) ศึกษาเรื่องความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเดอต์ของพนักงานสถานเริงรมย์ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดนครพนม พบว่า ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคเดอต์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.9 เมื่อจำแนกรายชื่อพบว่าตรงกับการศึกษารังนี้ในหัวข้อเรื่อง ถ้ามีเพื่อนในสถานบริการติดเชื้อเดอต์ ควรให้เขาไปออยที่อื่น ซึ่งตอบว่า เห็นด้วย ร้อยละ 24.2

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่ามีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องและมีการรังเกียจหรือไม่แน่ใจในการที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อซึ่งในส่วนของผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเดอต์จะต้องหาวิธีการแก้ไขเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ถูกต้อง ในเรื่องโรคเดอต์กับกลุ่มตัวอย่างและประชาชนทั่วไปอย่างจริงจัง เพื่อลบปัญหาการถูกมองเกี้ยงจากสังคม

5.1.4 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV

จากข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันติดเชื้อ HIV พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดี ร้อยละ 37.5 และมีพฤติกรรมดีองปรับปูง ร้อยละ 37.9 ซึ่งมีอัจฉริยะบวกว่า พฤติกรรมการป้องกันติดเชื้อ HIV ที่ขั้นปัญหา เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับสามีใช้ถุงยางอนามัย (ใช้ทุกครั้ง เพียงร้อยละ 17.1 และไม่ใช้เลย 61.4) เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับ伴侶มาใช้บริการ (ใช้ทุกครั้ง ร้อยละ 96.0 ไม่ใช้เลย ร้อยละ 3.0) สถานบริการมีถุงยางอนามัยเตรียมไว้พร้อมเพื่อใช้ตลอดเวลา (ทุกครั้ง ร่องละ 73.3 และไม่เคยเลยร้อยละ 14.0) และเคยถูกเพื่อนและคนใกล้ชิดชักชวนให้ทดลองยาสเปคิดชนิดฉีด (เก็บร้อยละ 10.9 และไม่เก็บ ร้อยละ 89.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอลากา บูลพิพัฒน์ (2534) ศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อควบคุมป้องกันการโรค และโรคเอดส์ ของหญิงอาชีพพิเศษ ถ้าเกอทำม่วง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า หญิงอาชีพพิเศษ มีนัยสำคัญว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ให้บริการทางเพศ ร้อยละ 35.5 ยอมรับว่าบางครั้งแต่ไม่ใช้ ถุงยางอนามัย เลยร้อยละ 62.5 สาเหตุที่ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้ง เมื่อจากถูกค้าไม่ต้องการและปรินามัยถุงยางอนามัยไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร อุริยะวงศ์ไพบูล (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมการคุ้มครองสุขภาพคนเองของหญิงบริการทางเพศในประเทศไทย : กรณีศึกษา ณ บริเวณรอบนอกสวนสาธารณะแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าทั่วไป แต่ลูกค้าประจำใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 88.6 และการศึกษาใน รัฐ Kujurat ในประเทศไทยเดีย (2544) พบว่าหญิงมีสามีแล้ว ร้อยละ 30.2 และใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 32 จากข้อมูลการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ประจำปี พ.ศ. 2544 พบว่า จำนวน 1,000 คน ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่ไม่ใช่สามี ร้อยละ 30.2 ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 69.8 และร้อยละ 32 ไม่รู้ว่าถุงยางอนามัยคืออะไร แสดงให้เห็นว่าบังเอิญมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ให้ถูกต้องในหญิงให้บริการในเขตเทศบาลกรุงเทพมหานคร จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่จริงจังและต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องในกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นสิ่งที่ภาครัฐ และองค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ต้องทราบด้วยและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อการสร้างกระแสให้สังคมรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาอันมีผลกระทบต่อคนสอง ครอบครัว สังคม เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มประชาชนทั่วไป ในจังหวัดหัวหินกรุงเทพมหานครต่อไป

5.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV

จากการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV คังรายละเอียดดังนี้

5.1.5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV พนว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีปัจจัยจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ดี ถึงร้อยละ 89.4 ต้องปรับปรุงเพียงร้อยละ 1.0 เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ พินพนัชพนิช เสาร์สา (2532) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอชสี ของหญิงบริการ ในเขตกรุงเทพมหานคร พนว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอชสี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชสี อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ($P - Value < 0.05$) และจากการศึกษาของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2536) ได้ประเมินสภาวะการณ์ ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอชสี พนว่า กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษมี ความรู้เรื่อง โรคเอชสีอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอชสีที่ เหมาะสม

5.1.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ กับพฤติกรรมการติดเชื้อ HIV พนว่า มี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เผยว่า สาเหตุที่ทำให้การ รับรู้สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV เกิดจาก การดำเนินงานที่ถูกต้อง หลายปีใน กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในการปรับเปลี่ยนการรับรู้ในเชิงบวก แต่ยังมีบางประเด็น บางหัวข้อที่ ต้องปรับปรุง ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ ตรงกับความเป็นจริงถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2536) ได้ประเมินสภาวะการณ์ด้านสุขศึกษาและ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอชสี พนว่า กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้ และทัศนคติ ทางบวกต่อ โรคเอชสีอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอชสีที่เหมาะสมด้วย

5.1.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV พนว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา โดยมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ในระดับดี จะมีบางส่วนเท่านั้นที่ต้องปรับปรุงเพื่อจะช่วยลดการติดเชื้อ HIV ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ศุภารพ ศรีช่วงค์ไพบูล (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมการคุ้มครองสุขภาพคนเองของ หญิงบริการทางเพศอิสระ : กรณีศึกษา ณ บริเวณรอบนอกส่วนสาธารณราษฎรแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร พนว่า ระดับการศึกษาไม่เกินประถมศึกษาปีที่ 6 มีพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 93.7 และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกันจากการศึกษา ครั้งนี้ของ จินตนา เหลืองสุวารลักษณ์ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรค กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอชสีของวัยรุ่น ในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พนว่า เพศ การศึกษา การรับรู้เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการ

ป้องกันการติดเชื้อ โรคเอดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยระดับการศึกษาต่ำ พฤติกรรมการติดเชื้อ โรคเอดส์ ต้องปรับปรุงและคัดกรองการศึกษาสูงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับดี

5.1.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสสูง หน้าย หง่า และ แยก มีจำนวนมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพสมรสโสด และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรม ที่ต้องปรับปรุงและพฤติกรรมดีในจำนวนที่เท่า ๆ กัน ผู้วิจัยจึงคิดว่าในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพสูงจำนวน 71 คน เป็นข้อมูลที่สามารถทำให้กำหนดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มตัวอย่างได้

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัย พบว่า หญิงอาชีพพิเศษมีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมบางเรื่องที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงเสนอแนะแนวคิดเพื่อปรับปรุง ดังนี้

1. ความมุ่งมั่นให้ความรู้และทักษะคิดเชิงวิเคราะห์ต่อการติดเชื้อเอดส์ในขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด กับกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ
2. ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษที่แต่งงานและอยู่กินกับสามี ในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยทุกรั้งขณะมีเพศสัมพันธ์
3. จัดกิจกรรมการรณรงค์การป้องกันการใช้สารเเพหิดที่เป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษมากขึ้น
4. ภาครัฐควรมีการขับตรวจหาเชื้อ HIV ให้ครอบคลุมและเพียงพอ
5. สถานบริการควรมีถุงยางอนามัยให้ผู้มาใช้บริการได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอ
6. ความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนทักษะคิดและพฤติกรรมในกลุ่มประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับ โรคเอดส์ เพื่อลดการรังเกียจและการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างกระแสในการป้องกัน โรคเอดส์หรือการจดอบรมกลุ่มแกนนำประชาชนทั่วไปเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ที่ถูกต้อง
7. ภาครัฐควรมีนโยบายหรือแนวทางในการป้องกัน และพฤติกรรมหรือแนวคิดที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเปลี่ยนถ่ายนิสัยน้ำเสื้อ หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่กระหนบสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทยรวม
8. ควรให้หญิงอาชีพพิเศษมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกัน โรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง

9. ควรส่งเสริมการศึกษาให้หอพักอาชีพพิเศษ ได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ส่งเสริมให้เรียนศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน

5.2.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกัน โรคเอดส์ในหอพักอาชีพพิเศษตรงและแพง เปรียบเทียบกัน เพื่อนำผลการวิจัยไปวางแผนในการป้องกันในกลุ่มหอพักอาชีพพิเศษ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมของหอพักอาชีพพิเศษ เช่นการจัดกิจกรรมหรือการอบรมให้หอพักอาชีพพิเศษมีส่วนร่วมในการสำรวจ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสถานบริการ หอพักอาชีพพิเศษ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ภาควิจัยควรมีนโยบายและแนวทางแก้ไขอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

5.2.2 ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

1. ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเวลาที่กลุ่มเป้าหมายทำงานทำงาน ทำให้ไม่สะดวกและเกิดความล่าช้าในการเก็บข้อมูล

2. กลุ่มเป้าหมายที่เก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวนไม่คงที่เนื่องจากมีการขยายสถานบริการออกเขตจังหวัดและมีสถานบริการบางแห่งถูกปิดให้บริการ

3. รูปแบบการสำรวจแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างโดยการให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามเองซึ่งอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจไม่ถูกต้องเท่ากับการที่ผู้วิจัยอ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้ตอบแบบสอบถาม

5.3 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหอพักอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี” ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Descriptive Survey Design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหอพักอาชีพพิเศษ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี แต่ความรู้ในบางเรื่องยังไม่ถูกต้องและต้องได้รับการแก้ไข เช่น ความไม่เข้าใจในเรื่องของผู้ติดเชื้อเอดส์แต่ไม่มีอาการ ไม่สามารถแพะเชื้อสู่ผู้อื่นได้ ซึ่งหอพักตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ เมื่อคลอดถูกขอ gemacht ทุกคน และเรื่องผู้ป่วยกำรงอกนิโขติดเชื้อเอดส์ได้มาก ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับดี ด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในระดับที่ต้องปรับปรุงิกส์เกียงกับระดับพฤติกรรมคือ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมที่ควรระหันและปรับเปลี่ยน เช่น พฤติกรรมการไม่ใช้ถุงยาง

อนาคตเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับสามี ด้านปัจจัยที่มีความนิความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติดเชื้อ HIV พนว่า มีปัจจัยด้าน ความรู้ การรับรู้เรื่องโรคเอดส์ระดับการศึกษา และสถานภาพนิความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เอกสารอ้างอิง

กัลยา วนิชย์ปัญญา. (2546). การวิเคราะห์ตัวแปรทางคัวค่าวิช SPSS for Windows.

พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : คณะพันิชย์ศาสตร์และการบัญชีหางกรรณ์ มหาวิทยาลัย.
เกสร เหล่าบรรดา. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานทางประการกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาวิชา
มนابุณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.

จินคนา เหลืองสุวรรณ. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคเอดส์กับบุคคล
พุฒิกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์. วิทยาศาสตร์ มนابุณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธวัชชัย วรพงศ์ชร. (2543). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นที ธีระ ใจน้ำพงษ์. “ปัญหาของเอดส์ในกลุ่มชาติรัฐร่วมเพศ,” รายงานการปρะชุมเริ่งปฏิบัติการ
การป้องกันโรคเอดส์และอนามัยครอบครัว. สุพรรณบuri นราธิวาส : บริษัทวิจัย
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2532.

นฤมล พรวรรณ. ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของพนักงานสถานเริงรมย์ใน
เขตเทศบาลเมืองนครพนม. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม,
2540

นภาพร ธีระตันติภานนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เจตคติ กับการปฏิบัติงานที่...กับ
โรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่อนามัย สังกัดสาธารณสุข จ.ขอนแก่น พ.ศ.2539 บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตร์ มนابุณฑิต.

นวรัตน์ ศุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุข. การประเมินผลและการเขียนแผนงาน/โครงการดำเนิน
สาธารณสุข. คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนค้านเอดส์, 2542.

เบญจพร ตันติมรรคา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงไทยเมีย อ่านเกอหาดใหญ่
ปี 2540. รายงานวิจัย ศูนย์การโรคและโรคเอดส์ เบต 12 จังหวัดสงขลา, 2541.

ปานพิพิธ พรหมประสิทธิ์. ความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มประชากรกลุ่มเป้าหมาย
ต่างๆ ในจังหวัดชลบุรี. ศูนย์การโรคและโรคเอดส์เบต 3 ชลบุรี. 2536

ประภาเพ็ญ ศุวรรณ. “การประเมินถึงการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาและพุฒนาระบบทุกภาคเกี่ยวกับโรคเอดส์”
วารสารสุขศึกษา, 16 (กรกฎาคม – กันยายน ; ตุลาคม – ธันวาคม, 2536), 71 – 7.

พิมพ์พนนศรี เสาร์สาร. พุฒนาระบบทุกภาคเกี่ยวกับโรคเอดส์ของหญิงบริการ ในเขต

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการระบบ,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- พันตรีวิมล ประเสริฐและคณะ. การศึกษาอุบัติเหตุการติดเชื้อ HIV และการโรคในกลุ่มหญิง
บริการทางเพศ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น. 2537.
- พรสุน เกิดทอง. พฤติกรรมการเสี่ยงปัจจัยทางของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เขต 9. พิษณุโลกสำนักงาน
ควบคุมโรคติดต่อเขต 9 พิษณุโลก, 2544
- พระราชนิคปัญญา. ความสัมพันธ์ระหว่างแนวแผนความเรื่องทางสุขภาพ ความต้องการทาง
สุขภาพกับการปฏิบัติดูเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอชไอวีในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขต
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533. (อัสดำเนา)
- พระณี ปิติสุทธิธรรม. วัสดุนเทศถ่องเพื่อป้องกันโรคเอชไอวีในประเทศไทย อดีต ปัจจุบัน. สรุป
รายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่อง โรคเอชไอวี ครั้งที่ 8. กองโรคเอชไอวี กรมควบคุมโรค.
2544.
- นิติกา ศรีพวงทอง. ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของหญิงอาชีพพิเศษในการป้องกันโรคเอชไอวี
จังหวัดศรีสะเกษ. รายงานการศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2540.
- ไบชิน แสงวงศ์, และพินพ์พรรณ อิศรภักดี. การวิจัยเพื่อหาแนวทางการใช้ถุงยางอนามัยในไส้เด็ก
เพื่อป้องกันการติดต่อ HIV และโรคเอดส์, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,
2533. (อัสดำเนา)
- วิชัย จุลวนิชย์พงษ์และคณะ. ผลกระบวนการโครงการถุงยางอนามัย 100 % ต่อหญิงไส้เด็ก
โดยตรงในเขตเมืองพัทaya. 2536.
- ศุภชัย ฤกษ์งาม. รายงานอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มต่างๆ. (2537) หน้า 1–11.
(อัสดำเนา)
- สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, สำนักงาน งานควบคุมโรคเอดส์และกิจกรรม. รายงานการ
สำรวจสถานบริการในเขตเทศบาลกรุงอุบลราชธานี. มกราคม 2544. (เอกสารอัสดำเนา)
- สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, สำนักงาน งานควบคุมโรคเอดส์และกิจกรรม. รายงานการเฝ้า
ระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่. มิถุนายน 2541 – 2544. (เอกสารอัสดำเนา)
- สาธารณสุขศาสตร์, กฟภ. การประเมินสภาพการณ์ค้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ
โรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สาธารณสุข, กระทรวง. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามคำแหง; 2532.
- สาธารณสุข, กระทรวง. “แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์,” ภูมิปัญญา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามคำแหง; 2532.
- สามัญศึกษา, กรม. กองการนักยุว. “พฤติกรรมมาสตร์: การพัฒนาค่านิยมในสังคมไทย,” หน่วยที่ 16, เอกสารประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารสถานศึกษาระดับสูง. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามคำแหง, 2535.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. สำนักงานปลัด. เอกสาร: ความรู้เบื้องต้นของการป้องกัน. พระนครฯ: โ.เอส. พรีนเตอร์ เอเชีย, (2535)
- สาธารณสุข, กระทรวง, กรมควบคุมโรค. สำนักระบาดวิทยา. รายงานเฝ้าระวังของระบบควบคุมโรค นิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวัง ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๖, ตุลาคม 2546.
- สาธารณสุขจังหวัดนகค่าหาร, สำนักงาน. การสำรวจการใช้ถุงยางอนามัย 100 % ในสถานบริการทางเพศ จังหวัดนகค่าหาร, 2536.
- สำนักโรคเอดส์ วช. โรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สรุประยงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และองค์ความรู้ การประชุมนานาชาติ เรื่องโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ครั้งที่ 6 (Post 6 th ICAAP Forum). ตุลาคม 2544.
- สุภาพร ศรีบุรวงศ์พิศาล. พฤติกรรมคุณลักษณะคนของหุ่นยนต์ในการทางเพศอย่างไร : กรณีศึกษา ณ บริเวณรอบนอกสวนสาธารณะแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. รายงานการศึกษา กองการ โรงพยาบาล กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543.
- อุณ แตะปีกษา และประไบค ศรีบูรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ของหุ่นยนต์สีเทาที่ติดเชื้อเอดส์ จังหวัดราชบุรี. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 14 ราชบุรี. 2539.
- โอกาส พูลพิพัฒน์. การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อควบคุมป้องกันการโรคและโรคเอดส์ของหุ่นยนต์พิเศษ จำลองทำม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. ราชบุรี : สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 4, 2534
- Bloom, B.S., & Others. Evaluation to Improve Learning. New York: Mc. Graw Hill book Company, 1971.
- Organ & Bateman. “Health Behavior, Illness Behavior and Sickrole Behavior. Health

- and Illness Behavior," Achieves of Environmental Health, XII (February, 1966) 246.
- Piot, Peter., & Others. "Epidemiological and Sociologic aspect of HIV-infection in Developing Countries," British Medical Bulletin(London),XLIV (January,1988),88.
- Skinner, Charles El, (ed.) Educational Psychology, 4th ed. New Delhi: Prentice Hall of India Private Limited, 1970.
- United State Agency for International Development. HIV-infection and AIDS. Report to congress on the USIAD program for prevention and control. July, 1990, 19.
- Mackay , Bruce Campbell. AID and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on intent to use Comdoms. Michign : A Bell and Howell Information Company , 1992
- Bandura , A "Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioray Change phychological ." Phychologic New York. Holt , Rinechart and Winston , 1977 : 191 – 215
- Roger , R.W "A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change ." The Journal of Psychology. 91(1975) : 93-144
- Roger , R.W & Madduf , C.R. "Fear Appeals and Attitude Change : The Effects of a Threat's Noxiousness , Probaility of Occunera and the Efficacy of Coping Response ." Jounal os Personality and Social Psychology . 34 (1976) : 54 – 61
- Steven Prentice – dum and Ronald W. Rogers "Protection Motivation Theory ." Health Education Research Theory and Practice , 1 (1986) : 153 -161

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เขี่ยวน้ำณูตรวจสอบเครื่องมือการค้นคว้าอิสระ

**รายชื่อผู้เขี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย
(ตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญในปี พ.ศ. 2548)**

ชื่อ

รศ.ดร. นวัตตน์ สุวรรณผ่อง
พศ.ดร.ณิเวศร์ บุญสุญา
นายประทีป บุญธรรม

ตำแหน่ง

คณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
นักวิชาการสารสนเทศ 7
หัวหน้างานโรคเด็ดเดี่ยวนโรค
สำนักงานสารสนเทศจังหวัดอุบลราชธานี

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

CODE.....
แบบสอบถามเด็ก (X)

แบบสอบถาม

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงอุบลราชธานี ปี พ.ศ.2548

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามมี 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้กรอกแบบสอบถาม มีจำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีจำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีจำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ มีจำนวน 10 ข้อ

- 2. แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตเทศบาลกรุงอุบลราชธานีเท่านั้น คำตอบของท่านผู้ศึกษา จะเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง / พัฒนา / วางแผนงานค้านสาระอย่างต่อไป

ผู้จัดขึ้นของบุคคลฯ โอกาสหนึ่ง

ภัตรา บุญเหลือ

นักศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการบริหารบุริการสุขภาพ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

CODE
แบบสอบถามและที่ ()()

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลภูมิลักษณะของผู้กรอกแบบสอบถาม
คำชี้แจง โปรดเดินคำลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย () ลงในช่องหน้าข้อความ**

1. อายุ ปี
2. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด
 - () 2. แต่งงานแล้ว
 - () 3. หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่
3. ภูมิลำเนาเดิมของท่าน
 - () 1. จังหวัดอุบลราชธานี
 - () 2. จังหวัดอื่นๆในภาคอีสาน
 - () 3. ภาคเหนือ
 - () 4. ภาคกลาง
 - () 5. ภาคใต้
 - () 6. กรุงเทพมหานคร
4. อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีเป็นระยะเวลา.....ปี
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - () 1. ไม่ได้เรียน
 - () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษา
 - () 4. อาชีวศึกษา (ปวช., ปวส.)
 - () 5. ปริญญาตรี
 - () 6. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องเอดส์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย () ลงในช่องระดับความรู้เรื่องเอดส์ เหมาะสมอยู่ในระดับใด

ลำดับ ที่	ความรู้เรื่องเอดส์	ระดับความรู้เรื่องเอดส์		ช่องน้ำดื่มรับ ^{ผู้วิจัย}
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.	โรคเอดส์ หมายถึง โรคที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง			() k1
2.	ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์แต่ไม่มีอาการ ไม่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้			() k2
3.	โรคเอดส์สามารถติดต่อ กันได้โดยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์			() k3
4.	การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ จะทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้			() k4
5.	หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ เมื่อคลอดลูกจะออกมา สูญเสียตัวเอดส์ทุกคน			() k5
6.	การสัมผัส โอบกอดกับผู้ติดเชื้อ ทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้			() k6
7.	ผู้ป่วยกับ โรคเมือก柱状細胞癌 สามารถติดเชื้อเอดส์ได้มาก			() k7
8.	การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์			() k8
9.	การตรวจเลือดเป็นวิธีที่จะรู้ว่ามีเชื้อโรคเอดส์ในร่างกาย			() k9
10.	ปัจจุบันมียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้			() k10

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคເອດສ'

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย () ลงในช่องระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคເອດສ'เหมาะสมอยู่ในระดับใด

ลำดับที่	การรับรู้เกี่ยวกับโรคເອດສ'	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคເອດສ'			ช่องน้ำสำหรับผู้วิจัย
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	
1.	ทุกคนมีโอกาสติดเชื้อເອດສ'ได้ ถ้าไม่ป้องกันให้ถูกวิธี				() A1
2.	คนที่มีสุขภาพแข็งแรงจะไม่มีโอกาสติดเชื้อເອດສ'				() A2
3.	โรคເອດສ'ไม่ใช่โรคติดต่อกันได้ง่ายในการดำเนินชีวิต				() A3
4.	มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่แต่งกายดี สะอาด ไม่ทำให้ติดเชื้อເອດສ'				() A4
5.	มีเพศสัมพันธ์กับคนที่เป็นขาประจำ ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย ถ้าไม่ทำให้ติดเชื้อເອດສ'				() A5
6.	ถ้าติดเชื้อເອດສ'แล้ว รักษาสุขภาพด้วยให้แข็งแรง มีสุขภาพดี จะมีอายุยืนยาวขึ้น				() A6
7.	ผู้ติดเชื้อເອດສ'สามารถทำงานกับผู้อื่นได้				() A7
8.	ถ้ามีเพื่อนในสถานบริการติดเชื้อເອດສ' ควรให้เข้าไปอยู่ที่อื่น				() A8
9.	ผู้ที่เป็นครูรักภักดีตรวจสอบเชื้อເອດສ'ก่อนแต่งงาน				() A9
10.	ผู้ที่สมรสแล้วควรตรวจหาเชื้อເອດສ' ก่อนมีบุตร				() A10

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

คำชี้แจง ไปรยาทำเครื่องหมาย () ลงในช่องระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เหมาะสมอยู่ในระดับใด

ทำทุกครั้ง/ มีทุกครั้ง	หมายถึง ท่านทำทุกครั้ง/ ท่านมีทุกครั้ง
ทำบางครั้ง/ มีบางครั้ง	หมายถึง พฤติกรรม ท่านทำ/ ท่านมี ครั้ง
ไม่เคยทำ/ ไม่มี	หมายถึง ท่านไม่เคยทำเลย/ ไม่มีเลย

ลำดับ ที่	พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์			ช่องน้ำสำหรับ ผู้วัด
		ทำทุกครั้ง/ มีทุกครั้ง	ทำบางครั้ง/ มีบางครั้ง	ไม่เคยทำ/ ไม่มีเลย	
1.	กรณีที่ท่านสมรสและบังอยู่กับสามี เมื่อท่านมีเพศสัมพันธ์ ท่านให้สามีใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่				() B1
2.	เมื่อท่านมีเพศสัมพันธ์กับแขกริมานาชา บริการมีการใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่				() B2
3.	ก่อนใช้ถุงยางอนามัย ท่านได้ตรวจสอบวันหมดอายุ และรู้ว่าของถุงยางอนามัย				() B3
4.	ก่อนสวมถุงยางอนามัย ท่านได้อ่าน ไดยบินปลาซึ่งถุงยางอนามัย				() B4
5.	การสวมถุงยางอนามัย ต้องสวมขณะอวัยวะเพศชายแข็งตัว				() B5
6.	การถอดถุงยางอนามัยควรถอดค่อยหลังร่วมเพศเสร็จ และอวัยวะเพศชายแข็งตัวอยู่				() B6
7.	สถานบริการมีถุงยางอนามัยเตรียมไว้พร้อม เพื่อใช้ตลอดเวลา				() B7
8.	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย รู้สึกไม่สบาย ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์กับแขกริม				() B8
9.	เคยถูกเพื่อนหรือคนใกล้ชิดขักขวนให้ทดลองยาเสพติดหรือไม่				() B9
10.	เคยทดลองยาเสพติดชนิดนิดหน่อยหรือไม่				() B10

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALRHA)**Item – total Statistics**

	Scale	Scale	Corrected	
	Mean	Varisnce	Item-	Alpha
	If Item Deleted	If Item Deleted	Total	If Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Deleted
KN11	7.8000	2.5103	.5722	.7284
KN22	7.9333	2.4092	.2735	.632
KN33	7.7667	2.8747	.0000	.7565
KN44	7.8667	2.1195	.7452	.6870
KN55	8.2667	2.1333	.3250	.7771
KN66	7.8667	2.1195	.7452	.6870
KN77	7.9333	2.0644	.6121	.7028
KN88	7.8000	2.7172	.2062	.7586
KN99	7.7667	2.8747	.0000	.7656
KN100	7.9000	2.0931	.6618	.6956

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 10

Alpha = .7561

RELIABILITY

```
/VARAIABLES = att11 atti33 atti44 atti55 atti66 atti77 atti88 atti99 atti100
/FORMAT = NOLABELS
/SCALE (ALPHA)= ALL/ALPHA
/SUMMARTY=TOTAL
```

Reliability

*****Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALRHA)**Item - total Statistics**

	Scale	Scale	Corrected	
	Mean	Varisnce	Item-	Alpha
	If Item	If Item	Total	If Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Deleted
ATTI1	24.2333	6.5989	.7721	.6604
ATTI22	24.5000	6.6034	.3741	.7116
ATTI33	24.5000	6.2586	.3907	.7136
ATTI44	24.2000	6.5793	.6705	.6671
ATTI55	24.2333	7.2885	.4207	.7043
ATTI66	24.5000	6.7414	.2910	.7316
ATTI77	24.1000	8.0241	.2015	.7287
ATTI88	24.8000	6.8552	.2605	.7376
ATTI99	24.1667	7.0402	.6641	.6822
ATTI100	24.0667	7.9264	.4070	.7194

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 10

Alpha = .7277

RELIABILITY

/VARAIABLES = be1 be2 be3 be4 be5 be6 be7 be8 be9 be10

/FORMAT = NOLABELS

/SCALE (ALPHA)= ALL/ALPHA

/SUMMARTY=TOTAL

Reliability

*****Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALRHA)
*****Warning ***Zero variance items**
Item – total Statistics

	Scale	Scale	Corrected	
	Mean	Varisnce	Ltem-	Alpha
	If Item	If Item	Total	If Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Deleted
BE1	7.4333	3.0126	.3710	.6911
BE2	7.6000	2.9379	.3311	.7042
BE3	7.5333	2.7402	.4924	.6663
BE4	7.5333	2.4644	.7025	.6150
BE5	7.2333	3.5644	.2234	.7103
BE6	7.3667	3.1368	.3510	.6934
BE7	7.3000	3.2517	.3698	.9611
BE8	7.3333	3.1264	.4136	.6833
BE9	7.2667	3.3747	.3354	.6974
BE10	7.2000	3.4517	.0000	.7210

Reliability Coefficients
N of Cases = 30.0 N of Items = 10
Alpha = .7121

ภาคผนวก ค
สูตรความเที่ยงของเครื่องมือ

สูตรความเที่ยงของเครื่องมือ

สูตรการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

วิธีการหาความเที่ยง โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์ อัลฟ่า ของครอนบาก

(Cronbach's alpha Coefficient)

$$r = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right)$$

r = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยงของเครื่องมือ

S^2_i = ผลรวมความแปรปรวนของคะแนนข้อคำถามแต่ละข้อ

S^2_t = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้รับบริการทดสอบทั้งหมด

K = จำนวนข้อทั้งหมดของเครื่องมือที่วัด

	ประวัติผู้วิจัย
ชื่อ	นางสาวภัตรา บุญเหลือ
วัน เดือน ปี เกิด	30 ธันวาคม 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	<p>笏าลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2532 – 2536</p> <p>พยาบาลศาสตรบัณฑิต</p> <p>มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, พ.ศ. 2544 -2548</p> <p>วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารธุรกิจสุขภาพ</p>
ประวัติการเข้าถึงเอกสารวิชาการ งานวิจัยเรื่อง	<p>การประเมินผลแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ เบต 7 (พ.ศ. 2544)</p> <p>การประเมินผลแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ ขององค์กรเอกชนด้านเอคส์ เบต 7 (พ.ศ. 2547)</p> <p>พ.ศ. 2536-2541</p> <p>แผนกศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร</p> <p>พ.ศ. 2541-2543</p> <p>งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล สำโรงจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2543 – 2544</p> <p>งานระบาด ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>พ.ศ. 2544 – ปัจจุบัน</p> <p>งานโรคเอดส์และการโ雷ค ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ประวัติการทำงาน	<p>งานเอดส์และสถานที่ที่ทำงานปัจจุบัน</p> <p>พยาบาลวิชาชีพ 7</p> <p>งานโรคเอดส์และการโ雷ค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี</p>