



ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุม
ตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น

ในจังหวัดพัทลุง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุม
ตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น
ในจังหวัดพัทลุง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

THESIS

**THE HEALTH BELIEF MODEL, HEALTH BELIEF SELF-CONTROL
WITH AIDS RISK BEHAVIOR AMONG ADOLESCENT IN
PHATTHALUNG PROVINCE**



PRAPHAI THIPSANG

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH
OF GRADUATE SCHOOL SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY**

2014

COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นจังหวัดพัทลุง
ผู้วิจัย	นางประไพ ทิพย์สังข์ ปีการศึกษา 2557
ปริญญา	สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาขารณสุขชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.ยุทธพงษ์ หลียา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นจังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 คน เป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-19 ปี อาศัยในจังหวัดพัทลุง คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานคือ ไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ใน ระดับต่ำ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ระดับเชื่อปานกลาง ความเชื่ออำนาจโชคชะตาอยู่ในระดับไม่เชื่อปานกลาง ความเชื่ออำนาจภายในตนเองอยู่ในระดับเชื่อปานกลาง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นจังหวัดพัทลุงโดยรวมมีพฤติกรรมดี ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่พักอาศัย อาชีพ และช่องทางรับรู้ข่าวสารกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน และยังพบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง แต่พบว่าความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Thesis Title	The Health Belief Model and Health Locus Control towards HIV Prevention Behavior Among Adolescent In Phatthalung Province.
Researcher	Mrs.Praphai Thipsang Academic year: 2014
Degree	Master of Public Health Program in Community Health
Advisors	1.Associate Professor Teppagone Pittayapinune 2.Dr.Yuttapong Leeya

Abstract

The objective of this research proposed was to determine The Health Belief Model and Health Locus of Control towards HIV prevention behavior among adolescence in Phatthalung Province. The samples were 397 adolescents between the ages of 13-19 years old selected using multi-stage sampling technique. Research instrument was a questionnaire. Data was analyzed by using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation. Chi-square and Pearson correlation coefficient were employed for hypothesis testing.

The results showed that The Health Belief Model among adolescent in Phatthalung Province including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit for disease prevention was observed at high level. However, an objective for action to prevent infection showed at low level. In Health Locus of Control, adolescent indicated that they moderately believed in other people. They were moderately unbelievable in fate, and their self confidence was moderate level. Their overall HIV prevention behavior was classified at high level. The results of association analysis between general characteristics e.g. sex, age, educational level, occupation, and information route and HIV prevention behavior revealed that there was no association. Moreover, Health Locus of Control was not correlated with HIV prevention behavior. On the other hand, The Health Belief Model was correlated with HIV prevention behavior among adolescent in Phatthalung Province statistically significant ($P<0.01$).

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่องความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ได้จัดทำขึ้น โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้จัดทำได้รับความรู้ การให้คำปรึกษา แนะนำและการดูแลจากอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง รองศาสตราจารย์ชาญชัย เรื่องขจร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์คนแรก รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์ และ ดร.ยุทธพงษ์ หลียา จนทำให้งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ดร.อาจันต์ สงทับ วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง และ พญ.จุฬาพันธ์ุ เหมกุล นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ได้เสียสละเวลาของท่านที่ให้คำแนะนำพร้อมชี้แนะแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

ขอบคุณคุณยุทธภูมิ รุยไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ที่สนับสนุนฐานข้อมูลประชากรเพื่อสุ่มตัวอย่าง การสนับสนุน โปรแกรมในการวิเคราะห์ข้อมูลและสนับสนุนความรู้ด้านคอมพิวเตอร์แก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณประชาชนวัยรุ่นและผู้ปกครองของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงที่ให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบแบบสอบถามวิจัยครั้งนี้เพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพัทลุงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นผู้ช่วยในการวิจัย ร่วมเก็บข้อมูลวิจัย และตรวจความครบถ้วนของข้อมูลในพื้นที่อย่างดียิ่ง

ขอบคุณทุกคนในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากบัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่คอยช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บิดามารดา บุรพจารย์ ที่ให้ความรัก ความหวังใจ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

ประไพ ทิพย์สังข์

มีนาคม 2558

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(2)
กิตติกรรมประกาศ	(3)
สารบัญ	(4)
สารบัญตาราง	(6)
สารบัญภาพ	(8)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ.....	11
ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม.....	16
วัยรุ่น.....	23
การคิดเชื่อเอชไอวี.....	27
การรับรู้.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
ข้อมูลส่วนบุคคล.....	52
ความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ.....	54
ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ.....	59
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี.....	64
การทดสอบสมมติฐาน.....	65
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	81
สรุปผล.....	81
อภิปรายผล.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	96
บรรณานุกรม	97
ภาคผนวก	103
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	104
ภาคผนวก ข การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	106
ภาคผนวก ค แบบสอบถามการวิจัย.....	114
ประวัติผู้วิจัย.....	123

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายตำบล.....	43
2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงที่ใช้ในการวิจัย (n=397).....	52
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูก - ผิด เกี่ยวกับความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายข้อ (n=397).....	55
4 จำนวนและร้อยละระดับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง (n=397).....	58
5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง (n=397).....	59
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ (n=397).....	62
7 จำนวนและร้อยละของระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง (n=397)	63
8 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงเป็นรายข้อ (n=397).....	64
9 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง (n=397).....	65
10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง.....	66
11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง.....	68
12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง.....	70
13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจโชคชะตาของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง.....	72
14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจในตนของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น ในจังหวัดพัทลุง.....	74

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง.....	76
16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง.....	78
17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง.....	79
18 สรุปการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ได้จากการวิจัย.....	80



สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตแยกตามกลุ่มอายุของจังหวัดพัทลุง และประเทศไทย ปี 2553.....	2
2 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7



บทที่ 1

บทนำ

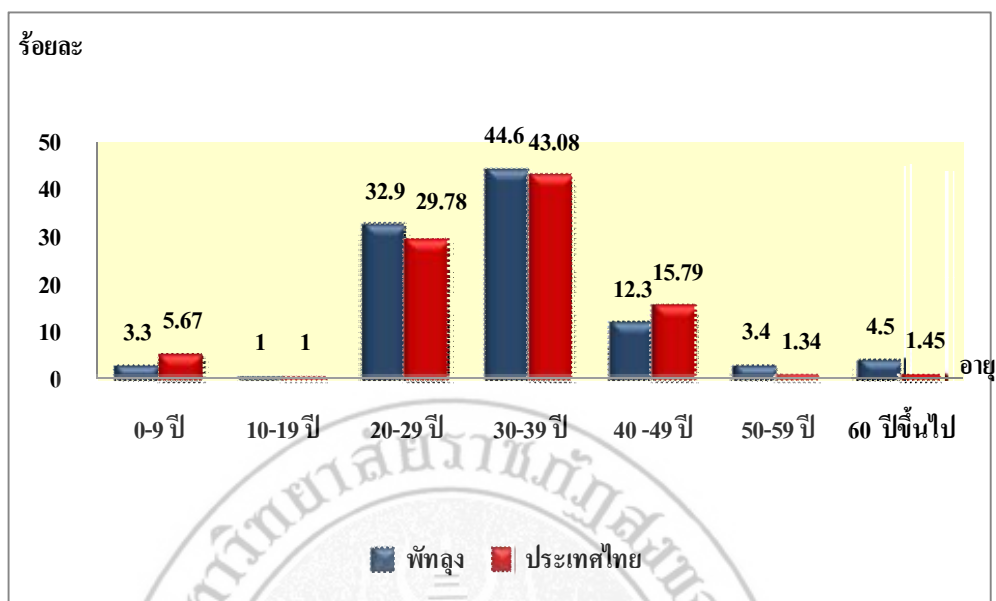
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวียังเป็นปัญหาสาธารณสุขของคนทั่วโลกเนื่องจากการติดเชื้อนี้ไม่มียารักษาและไม่มีวัคซีนที่ใช้ป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สำคัญมีการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ใน พ.ศ. 2552 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 32.20 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตแล้ว 2.0 ล้านคน โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่วันละ 6,800 คน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสียหายในชีวิต เศรษฐกิจ และภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก

การติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากเชื้อไวรัส (Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเชื้อนี้เข้าสู่ร่างกายแล้ว เชื้อโรคจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะปรากฏอาการของโรคได้ในเวลาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของแต่ละคน (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541) การติดเชื้อเอชไอวีเข้ามาในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2527 และได้ติดต่ออย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2535 มีผู้เสียชีวิต 2,500 คน มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อปี พ.ศ. 2547 โดยมีผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต 48.42 ต่อแสนประชากร อัตราตายเริ่มมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเริ่มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมาในปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2553 มีผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต 20.95, 13.16 และ 12.40 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักโรคควบคุมโรค, 2553) แยกเป็นกลุ่มอายุ พบผู้เสียชีวิตในกลุ่มอายุ 30-34 ปี มากที่สุดร้อยละ 25.06 รองลงมาพบในกลุ่มอายุ 25-29 ร้อยละ 22.07 และกลุ่มอายุ 35-39 ร้อยละ 18.02

ซึ่งจากพยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวีนั้น การที่ผู้ติดเชื้อเสียชีวิต กลุ่มนี้จะต้องได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีมาก่อนหน้านี้ประมาณ 5-10 ปี ซึ่งจะเห็นว่าติดเชื้อขณะเป็นวัยรุ่น อายุ 15-25 ปี จากแนวโน้มการเสียชีวิตของประชากรในประเทศลดลง แต่ในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2548 และเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นในปี 2550 - 2552 ร้อยละ 0.82, 1.05 และ 1.10 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ในทำนองเดียวกันจังหวัดพัทลุง ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มลดลง ในปี 2551 - 2553 เป็น 31.61, 15.91 และ 9.92 ต่อแสนประชากร แต่แนวโน้มของวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศ แยกตามกลุ่มอายุได้ดังภาพ



ภาพ 1 แสดงร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตแยกตามกลุ่มอายุของจังหวัดพัทลุง และประเทศไทย ปี 2553

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2554

จากการศึกษาพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 84.03 รองลงมาได้แก่ การใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือดร้อยละ 4.43 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2553) ซึ่งในขณะที่วัยรุ่นจะเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นเนื่องจากการพัฒนาการด้านร่างกาย ร่างกายเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน ทำให้เกิดแรงขับทางเพศ (วิโรจน์ อารีรักษ์กุล, 2553) โดยพบวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์อายุ 15 – 19 ปี ร้อยละ 29 จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมไทย การเปลี่ยนแปลงแบบแผนดำเนินชีวิต และการเข้ามาของสื่อทางเพศอย่างหลากหลาย รวมทั้งการเข้าถึงสื่อลามกได้ง่าย จากการศึกษาของปรียารัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ และจินตนา ทิพพัส (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรปีที่ 2 พบว่าเข้าถึงสื่อลามก ร้อยละ 67.8 ซึ่งการเข้าถึงสื่อลามกเป็นการปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ทำให้เป็นสาเหตุของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และติดเชื้อเอชไอวี หากไม่รู้จักวิธีป้องกันที่ถูกต้องโดยใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นมีการใช้ถุงยางอนามัยน้อยมาก เพียงร้อยละ 29.9 (อนงค์ ประสาธน์นวกิจและคณะ, 2552) ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากยิ่งขึ้นในวัยรุ่น และจะทำให้เป็นโรคเอดส์ในเวลาต่อมา

เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีจากการศึกษาของจिरเนาว์ ทศศรี (2553) พบว่า จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย ร้อยละ 61.7 ด้านจิตใจ ร้อยละ 66.7 ด้านเศรษฐกิจการทำงาน ร้อยละ 44.4 และด้านสังคม ร้อยละ 24.6 การจะลดการแพร่เชื้อของโรคลงได้นั้น วัยรุ่นจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องอาศัยองค์ประกอบด้านความเข้าใจ และมีความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อ เจตคติที่ดี และการปฏิบัติที่ถูกต้อง จะเห็นได้ว่าความเชื่อเป็นปัจจัยส่วนบุคคล มีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรม วัยรุ่นมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือผู้อื่นเป็นเรื่องธรรมดา (อนงค์ ประสาธน์วันกิจ, 2552) ความเชื่อของวัยรุ่นย่อมมีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมของวัยรุ่นอาจจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งทางด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพแตกต่างกัน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นด้านต่าง ๆ ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพในการแสดงออกนั้นพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2542) การรับรู้ที่ต่างกันทำให้มีพฤติกรรมที่ต่างกัน จากการศึกษาของบัวลา ลอยหา นักเรียนมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับมาก จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (บัวลา ลอยหา, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวิณี บัวจรัส ผลจากการศึกษาพบว่านักเรียนมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์สูง แต่ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติต่ำ ทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในระดับปานกลาง (สุภาวิณี บัวจรัส, 2554) จะเห็นว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกและทางลบ

นอกจากการรับรู้แล้วการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาจากความร่วมมือของตน และเชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นการกระทำของตน เป็นความเชื่อภายในตน หรือบางคนเชื่อว่าสุขภาพจะดีได้เป็นเพราะผู้อื่นเป็นผู้กระทำให้ตน การเชื่อดังลักษณะนี้เป็นความเชื่อภายนอกตน ความเชื่อภายนอกตนแบ่งเป็นความเชื่อบุคคลอื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตา การเชื่อบุคคลอื่นเช่น เชื่อว่าสุขภาพของตนจะดีได้นั้นขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น จะทำตามที่บุคคลอื่นบอกตน เช่น แพทย์ พยาบาล ส่วนผู้ที่เชื่ออำนาจโชคชะตานั้น เชื่อว่าสุขภาพจะดีได้นั้นขึ้นอยู่กับโชคชะตาเคราะห์กรรมหรือโอกาส จะไม่สนใจใฝ่หาความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นในวัยรุ่นมีความเชื่อที่แตกต่างกัน วัยรุ่นอาจจะเชื่อว่าสุขภาพของตนเองจะติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่เป็นโรคขึ้นอยู่กับผลกระทำของตนเองหรือแล้วแต่โชคชะตา ทำให้ตนเองติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนที่แตกต่างกัน

จังหวัดพัทลุง วัยรุ่นมีแนวโน้มคิดเชื่อเอชไอวีสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบสูงกว่าแนวโน้มของวัยรุ่นในระดับประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องหาสาเหตุเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดพัทลุง ซึ่งไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ผู้ศึกษาเห็นว่าความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรม และนอกจากนี้ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ย่อมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น จึงต้องการศึกษาความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่น จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05
2. ข้อมูลส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. ความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อศึกษาความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ซึ่งมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ศึกษาวิจัย คือ จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย 11 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอกวนขนุน อำเภอเขาชัยสน อำเภอป่าพะยอม อำเภอศรีบรรพต อำเภอกงหรา อำเภอป่าบอน อำเภอบางแก้ว อำเภอดงตาล อำเภอปากพะยูน อำเภอศรีนครินทร์ โดยสุ่มตัวอย่าง 6 อำเภอ อำเภอละ 3 ตำบล รวมทั้งสิ้น 18 ตำบล

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ศึกษาในประชากรวัยรุ่นอายุ 13 – 19 ปี ของจังหวัดพัทลุงที่อยู่ในพื้นที่ขณะสุ่มตัวอย่าง จำนวน 47,387 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2555)

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรวัยรุ่นอายุ 13 – 19 ปี ของจังหวัดพัทลุง ขนาดตัวอย่าง 397 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจากสูตรสำเร็จของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ด้วยความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95 (อ้างถึงใน ชาญชัย เรืองขจร, 2554)

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาแนวความเชื่อตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองเรื่องความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจโชคชะตา ความเชื่ออำนาจภายในตน

4. ขอบเขตด้านตัวแปร

4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variables) ได้แก่

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง พักอาศัยอยู่กับ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ

4.1.2 ความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ

4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

5. ขอบเขตระยะเวลา การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม – มีนาคม 2557

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ใช่เกิดจากสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นเท่านั้น แต่เกิดจากประสบการณ์และกระบวนการเรียนรู้และยังมีปัจจัยอื่น เช่น สภาพเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคม นอกจากนั้นยังมีปัจจัยด้านความเชื่อ ความเข้าใจ เจตคติ ค่านิยมในด้านความเชื่อนั้นเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดเจตคติ เป็นตัวกำหนดแนวทางพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพตามทฤษฎีของ Rosenstock หมายถึง ความรู้สึกความนึกคิด ความคิดเห็นด้านต่าง ๆ ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ในการแสดงออกเน้นพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ในการศึกษาความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นความรู้สึก ความเชื่อตามการรับรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของวัยรุ่นต่อการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดให้โทษ

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความคิดเห็นของวัยรุ่นต่อผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อสุขภาพของตน ที่จะทำให้เกิดเจ็บป่วย ตาย และมีผลต่อครอบครัว สังคม

1.3 การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ว่ามีประโยชน์สามารถป้องกันได้

1.4 การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การกระทำที่เกิดความไม่สะดวก ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เสียค่าใช้จ่าย

2. ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดของวัยรุ่นที่คิดว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพมีอยู่หลายประการ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ความรู้สึก ความคิดของ วัยรุ่นมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนเองจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับกระทำของตนเอง

2.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่น หมายถึง ความรู้สึก ความคิดของ วัยรุ่นมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนเองจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับกระทำของผู้อื่น

2.3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตา หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อที่เกิดขึ้นเกิดจากอำนาจภายนอกที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โชคชะตา ความบังเอิญ เกราะห้กรรม

3. วัยรุ่น หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 13-19 ปี และมีรายชื่อในทะเบียนบ้านในระบบฐานข้อมูลสุขภาพของจังหวัดพัทลุง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2555)

4. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การปฏิบัติตนในเรื่อง การสัมผัสเลือดของผู้อื่น การเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น การใช้เข็มเจาะหูร่วมกับผู้อื่น การสักผิวหนัง หรือสักคิ้วโดยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น การเสพยาเสพติดชนิดเข้าเส้น

5. อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขที่อาสาดำเนินงานในกิจกรรมสาธารณสุข โดยได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ด้านสาธารณสุขเพื่อดำเนินงานในชุมชนของตน

6. ระดับพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

6.1 พฤติกรรมระดับดี หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดี

6.2 พฤติกรรมระดับค่อนข้างดี หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างดี

6.3 พฤติกรรมระดับไม่ดี หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่ดี

7. ระดับกรณีศึกษา แบ่งได้ดังนี้

7.1 ระดับมัธยมศึกษา หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมต้นและผู้จบการศึกษาชั้นมัธยมต้น

7.2 ระดับมัธยมปลาย หมายถึง ผู้ที่กำลังระดับมัธยมปลาย ผู้ที่จบชั้นมัธยมปลาย ผู้ที่ศึกษาชั้นประกาศนียบัตรชั้นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง จะได้รับประโยชน์จากการศึกษาความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในวัยรุ่นของจังหวัดพัทลุง เพื่อจะได้นำไปหาแนวทางแก้ไขปัญหาในวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นมีความเชื่อที่ถูกต้อง สร้างแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น และลดอัตราการตาย รวมทั้งลดรายจ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดพัทลุง

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้ทราบความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นของจังหวัดพัทลุง เพื่อจะได้นำไปหาแนวทางแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น โดยใช้งบประมาณและทรัพยากรในชุมชน โดยร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง ครู และสมาชิกในชุมชนเพื่อร่วมมือให้คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อให้วัยรุ่นมีความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นจังหวัดพัทลุง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
2. ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
4. วัยรุ่น
5. การติดเชื้อเอชไอวี
6. การรับรู้
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model)

แบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยาสังคมในงานบริการสาธารณสุข ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับบุคคลเพื่ออธิบายว่าทำไมประชาชนไม่ใช้บริการการป้องกันหรือตรวจคัดกรองโรค ซึ่งในขณะนั้นงานบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกากำลังมีปัญหา ประชาชนไม่ยอมรับแนวทางป้องกันโรคหรือการคัดกรองโรค แม้การบริการจะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาลแต่ประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญ ความเชื่อทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการจัดเวลาทางสังคมกับพฤติกรรม (สุริย์กาญจนวงศ์, 2551) ความเชื่อทางสังคมเกิดจากการจัดเวลาเป็นลักษณะคงทนของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม ความเชื่อปรับเปลี่ยนได้ เพราะฉะนั้นหากเปลี่ยนความเชื่อที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมได้ก็สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ มีพื้นฐานความคิดมาจากทฤษฎีของเลวิน คือ เหตุการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นมีค่าบวกหรือลบ เหตุการณ์ใดจะมีแรงดึงดูดใจให้เกิดการตอบสนองขึ้นอยู่กับว่าคน ๆ นั้นรับรู้คุณค่าที่เป็นบวกหรือลบ ซึ่งการรับรู้คุณค่าบวกหรือลบเกิดจากการประเมินของบุคคลตามความต้องการของบุคคล แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้อุปสรรค

นอกจากนั้นยังมีกลุ่มตัวแปรอีกกลุ่มหนึ่ง เรียกว่าตัวชี้แนะหรือตัวเหนี่ยวนำ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ตัวเหนี่ยวนำภายใน (Internal Cues) เช่น อาการทางกาย 2) ตัวเหนี่ยวนำภายนอก (External Cues)

ต่อมา Berker และคณะ(1977) ได้พัฒนาแบบแผนจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ได้เพิ่มปัจจัยการจูงใจทางสุขภาพ ซึ่งการจูงใจหมายถึง การเร้าที่แตกต่างกันในเอกบุคคล การเร้าอารมณ์ เกิดจากการให้สิ่งเร้าบางอย่าง

ในการศึกษครั้งนี้ ศึกษาทฤษฎีแบบแผนจำลองความเชื่อทางสุขภาพของ Rosenstock มี 4 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค รายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง พฤติกรรมความเชื่อ หรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งความเชื่อนี้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ได้แก่ ความเชื่อต่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคคิดไป ถ้าบุคคลเคยเจ็บป่วยมาก่อนจะมีการคาดคะเนว่า ตนอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำได้ และถ้าบุคคลกำลังเจ็บป่วยจะมีความเชื่อต่อการเกิดโรคสูง ทำให้มีความเชื่อว่าตนมีโอกาสต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้มาก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้น ๆ หรือการเป็นโรคนั้น ๆ จะมีความรุนแรงต่อร่างกาย ต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขา ซึ่งความเชื่อหรือการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นแตกต่างกันไปตามระดับการประเมินความรุนแรงของแต่ละบุคคล และความเชื่อของบุคคลในสถานการณ์หรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงเกิดขึ้น เช่น การก่อให้เกิดการพิจารณา การเสียชีวิต ถึงแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น หากบุคคลนั้นไม่มีการประเมินความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตน

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้น จะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barrier) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพง ความเหนื่อย เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจจะปฏิบัติ

ในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระชั่งน้ำหนัก ข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีต่อตนเองมากกว่าผลเสีย โรเซนสตีค กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจของบุคคล ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง ในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ (มัลลิกา มัติโก, 2534)

สรุปแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ที่จะทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะศึกษาในเรื่องการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมของวัยรุ่นกับความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ (Health Locus of Control)

ในการศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารวิชาการรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายของความเชื่อ

ธวัช ภูณโณทก (2536) กล่าวว่า ความเชื่อ หมายถึง การยอมรับอันเกิดอยู่ในจิตสำนึกของมนุษย์ต่อพลังธรรมชาติ ที่เป็นผลดีหรือผลร้ายต่อมนุษย์นั้น ๆ หรือสังคมมนุษย์นั้น ๆ แม้ว่าพลังเหนือธรรมชาติเหล่านั้น ไม่สามารถที่จะพิสูจน์ได้ว่าเป็นความจริง แต่มนุษย์ในสังคมหนึ่งยอมรับและให้ความเคารพเกรงกลัว

ชัยพร วิชชาวธ และคณะ (2531) กล่าวถึงความเชื่อตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมไว้ว่า ผลของการเรียนรู้ในรูปแบบของความเชื่อ ว่า สิ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับอีกสิ่งหนึ่ง และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะความสามารถในการสังเกตและในการคิดของมนุษย์ยังมีข้อบกพร่องอยู่มาก ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงมีความซับซ้อน นอกจากนี้ ยังมีความเชื่ออีกหลายอย่างที่เกิดจากคำบอกเล่าของผู้อื่น โดยเฉพาะคำบอกเล่าที่โน้มน้าวใจและมีความน่าเชื่อถือสูง ซึ่งทดสอบกับสภาพความเป็นจริงไม่ได้ ซึ่งความเชื่อมีผลในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์

สรุปความเชื่อ หมายถึง สิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล มีผลต่อการกระทำของบุคคล เมื่อมีการกระตุ้นความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ เป็นมโนทัศน์เชิงจิตวิทยาของบุคคลที่แสดงถึงความเชื่อที่มาจากระดับการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตของตนเองว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ซึ่งเขา

สามารถควบคุมได้ หรือผลที่เกิดขึ้นนั้น ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเอง นั่นคือผลที่เกิดขึ้นนั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง

ทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) นักจิตวิทยาที่พัฒนาทฤษฎีนี้คือ รอตเตอร์ (Rotter, 1954) ตามแนวคิดของรอตเตอร์ พฤติกรรมของบุคคลสามารถทำนายได้จากความรู้ว่าเขามองเหตุการณ์นั้นอย่างไร มีความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมและให้คุณค่าแก่สิ่งที่จะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้นอย่างไร เน้นที่การแสดงพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามขึ้นอยู่กับความคาดหวัง การกระทำนั้นจะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ต้องเล็งเห็นกับคุณค่าของเป้าหมายนั้น โดยเมื่อบุคคลได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมอันหนึ่ง จะเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม ถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าผลตอบแทนไม่ได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวัง จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง การลดหรือเพิ่มความคาดหวังนี้จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับการเสริมแรงบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลจากความสามารถหรือทักษะของตนเอง ความเชื่อนี้คือความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเสริมแรง จะทำให้บุคคลเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่เป็นผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นผลจากโชคเคราะห์กรรม ความบังเอิญหรือสิ่งแวดล้อมบังเกิดขึ้น ความเชื่อนี้เรียกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรม ทฤษฎีนี้วอลตันส์และวอลตันส์ ได้ชี้ให้เห็นว่าโดยปกติแล้วไม่มีเหตุการณ์ใดที่จะคาดหวังว่า ความเชื่อเรื่องการควบคุมสุขภาพด้วยตนเองจะทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ยกเว้นทฤษฎีความคาดหวังและคุณค่า เพราะฉะนั้นการควบคุมภายในต้องรวมกับคุณค่าที่บุคคลให้ต่อสุขภาพ จึงจะสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปเนื่องจากความคิด ประสบการณ์ และสภาวะแวดล้อมของแต่ละบุคคล

2. การแบ่งความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของบุคคล

แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือการรับรู้ว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลจากการกระทำภายในตนหรือความสามารถของตนเอง ดังนั้นบุคคลกลุ่มนี้จะมีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

2.2 บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือการรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับคนนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม หรือบุคคลอื่น บุคคลกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองจะเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัยที่เจริญเติบโตขึ้น นอกจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการแล้วยังมีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก ประสบการณ์ที่สั่งสมมาในอดีต เช่น วิธีการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว ถ้าเป็นไปในลักษณะที่เหมาะสม เด็กก็จะพัฒนาความเชื่อภายในตนมากกว่าภายนอก แต่ถ้าเด็กได้รับการเลี้ยงดูแบบปกป้องหรือเข้มงวด เด็กก็จะพัฒนาความเชื่อภายนอกตนขึ้น ประสบการณ์อีกชนิดที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ อำนาจก็คือประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

3. การวัดความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ

นักจิตวิทยาที่พัฒนาการวัดความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก คือ แดบ์และเคิร์ช แต่แบบวัดที่ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง และเป็นที่ยอมรับได้แก่ แบบวัดที่สร้างโดย วอลส์ตันและวอลส์ตัน ชื่อว่า The Health Locus of Control Scale (HLC Scale) ซึ่งประกอบด้วย 16 ข้อความ มีคำตอบให้เลือกแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 6 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่ามัธยฐาน เรียกว่า การควบคุมสุขภาพจากภายนอก (Health-Externals) ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่ามัธยฐาน เรียกว่า การควบคุมสุขภาพจากภายใน (Health-Internals)

อีก 2 ปีต่อมา Wallston และคณะ (1978) ได้ปรับปรุงคิดแปลงเครื่องมือใหม่เพื่อใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีหลายมิติ ชื่อว่า Multidimensional Health Locus Of Control Scale (MHLC Scale) มี 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ เนื้อหาการวัดมีดังนี้

3.1 The PHLC (Powerful Other Health Locus Of Control) Scale แบบวัดส่วนนี้ประเมินความเชื่อว่า สุขภาพส่วนบุคคลถูกกำหนดโดยผู้อื่นที่มีอำนาจ เช่น แพทย์ พยาบาล ครอบครัว หรือเพื่อน

3.2 The CHLC (Chance Health Locus Of Control) Scale แบบวัดส่วนนี้ประเมินความเชื่อว่าสุขภาพหรือความเจ็บป่วยส่วนบุคคลถูกกำหนดโดยโชคชะตา เคราะห์กรรม

3.3 The IHLC (Internal Health Locus Of Control) Scale แบบวัดส่วนนี้ประเมินความเชื่อว่าสุขภาพหรือความเจ็บป่วยส่วนบุคคลมีผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล

แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพหลายมิติ ((MHLC Scale)) ที่ wallston และคณะสร้างขึ้น มี 2 รูปแบบ คือรูปแบบ A และ B เมื่อนำไปทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่น 0.673 – 0.767 นอกจากนี้ Wallston และคณะ (1978) ยังเสนอว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน

สรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ เป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนใน 3 ลักษณะ ได้แก่ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นบุคคลที่มีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ด้วยตนเอง มักจะมีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลที่เชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ เชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์จะควบคุมสุขภาพของตนได้ ความเชื่ออำนาจโชคชะตา เป็นความเชื่อว่าโชคชะตาจะควบคุมสุขภาพของบุคคล บุคคลประเภทนี้ไม่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตน

4. การศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ แบ่งความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพออกเป็น 3 ด้าน

4.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของวัยรุ่นว่าสุขภาพของตัวเองไม่ว่าจะดีหรือไม่ดีเกิดจากผลกระทำของตนเอง

4.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่น คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของวัยรุ่นว่าสุขภาพของตัวเองไม่ว่าจะดีหรือไม่ดีเกิดขึ้นจากบุคคลอื่น เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตา คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลภายนอกที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ความบังเอิญ โชคชะตา เเคราะห์ หรืออำนาจเหนือธรรมชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ในการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านศึกษาไว้ มีความแตกต่างกันไปบ้าง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มีรายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดังนี้

1. ความหมายพฤติกรรม

เพ็ญประภา สุวรรณ (2526) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความสนใจ เป็นต้น

ไพบูลย์ เทวรักษ์ (2537) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมว่า พฤติกรรม หมายถึง อากัปกิริยา ทั้งมวลของบุคคล ทั้งที่เราสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสโดยตรง หรือโดยอ้อม และทั้งที่รู้ตัว หรือไม่รู้ตัว

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลเพื่อกระทำไปเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2543) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่กระทำโดยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ทั้งสังเกตเห็นได้ด้วยตนเองหรือผู้อื่น รวมทั้งการกระทำที่ไม่อาจสังเกตเห็นได้หรือไม่สามารถใช้เครื่องมือช่วยในการสังเกต

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ชาญชัย เรืองขจร (2554) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า พฤติกรรม ได้แก่ ปฏิกิริยาตอบสนองสิ่งเร้า ทั้งที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ และที่ไม่ได้แสดงออกมาให้ใครสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นได้ เรียกว่าพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมที่ไม่ได้แสดงออกให้ใครสังเกตเห็นได้ เรียกว่าพฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายนอกมีทั้งที่หน่วยใหญ่สามารถสังเกตเห็นได้ โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือ เช่น การพูดคุย การร้องไห้ การเดิน เป็นต้น และพฤติกรรมที่เป็นหน่วยเล็ก ที่สังเกตเห็นได้ต้องอาศัยเครื่องมือ เช่น การทำงานของกล้ามเนื้อในร่างกาย

สรุปได้ว่า พฤติกรรม คือ การกระทำ กิริยา การนึกคิด การแสดงออกของบุคคล ไม่ว่าจะ ผู้กระทำหรือเจ้าของพฤติกรรมแสดงออกมาก็จะ โดยการเรียนรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ตลอดจนคนอื่นจะ สังเกตเห็นและสังเกตไม่เห็น ทั้งหมดล้วนเป็นพฤติกรรม

2. ประเภทพฤติกรรม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (อ้างถึงใน ประเทือง ภูมิภัทราคม, 2540) ได้แบ่งพฤติกรรม ออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึง การกระทำการแสดงออกหรือ การตอบสนองที่บุคคลแสดงออกมาแล้ว ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การเดินของหัวใจ การเดิน การพูด หัวเราะ ร้องไห้ เป็นต้น นอกจากนี้ พฤติกรรมภายนอกบางอย่าง จำเป็นจะต้องใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์บันทึกพฤติกรรม เช่น เครื่องมือวัดคลื่นสมอง เครื่องวัดการเปลี่ยนแปลงระดับสารเคมี ในกระแสโลหิต เป็นต้น พฤติกรรมประเภทนี้แบ่งตามการสังเกตได้ 2 ลักษณะ คือ

2.1.1 พฤติกรรมโมลาร์ (Molar Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่มีหน่วยใหญ่เป็น พฤติกรรมภายนอกที่คนอื่นรู้ เห็น หรือสังเกตได้ โดยอวัยวะสัมผัส โดยมีจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือช่วย เช่น การร้องไห้ หัวเราะ ยิ้ม การสั้นศีรษะ การนอน เป็นต้น

2.1.2 พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่มีหน่วยเล็ก เป็นพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลอื่นรู้ เห็น หรือสังเกตได้ แต่ต้องอาศัยเครื่องมือช่วยในการสังเกต เช่น การตรวจวัดคลื่นสมอง ซึ่งเราไม่สามารถจะสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัย เครื่องมือ หรือการตรวจวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์เข้าช่วย โดยการใช้เข็มนำไฟฟ้าไปสัมผัสกับผนังศีรษะ เพื่อเป็นตัวนำกระแสไฟฟ้าแล้วมีปากจัดเป็นเส้นคลื่นบนแผ่นพลาสติกสีขาว ซึ่งเราก็จะรู้ถึงสภาพ การทำงานของสมองได้

2.2 พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีอยู่ในใจตนเองยากที่ ผู้อื่นจะรู้ได้ ถ้าบุคคลไม่บอกหรือไม่แสดงออกมาให้ปรากฏ เช่น การคิดการเข้าใจ และการตัดสินใจ เป็นต้น ถ้าหากเจ้าตัวไม่บอก หรือแสดงกิริยาท่าทางใด ๆ ออกมาแล้ว บุคคลอื่นไม่สามารถรู้เห็นหรือ สังเกตได้ สามารถแบ่งออกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.2.1 พฤติกรรมการรู้สึก (Sensation) เป็นพฤติกรรมที่อยู่ภายใน เมื่อร่างกายหรือ อินทรีย์ (Organism) ตอบสนอง (Response) ต่อสิ่งเร้า (Stimulus) ความรู้สึกเกิดขึ้นเมื่อสิ่งเร้ามากระทบ กับระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย สิ่งเร้านี้เป็นได้ทั้งพลังงานหรือสารที่มีอยู่ภายนอกร่างกาย และ มีอยู่ภายในของเรา ถ้าสิ่งเร้าเป็นพลังงานแสงจากภายนอก การรู้สึกที่เกิดขึ้นก็จะเป็นการมองเห็น ในการดำรงชีวิตในโลกมนุษย์นี้ มนุษย์มีความจำเป็นต้องมีระบบประสาทที่ทำหน้าที่จับการเคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในร่างกายตลอดเวลา การรู้สึกเป็นกระบวนการสื่อสารเพื่อให้ ทราบว่าขณะนี้จะมีอะไรเกิดขึ้นหรือไม่

2.2.2 พฤติกรรมการตีความ (Interpretation) ข่าวสารได้จากการรู้สึก เพื่อให้รู้ว่า สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นคืออะไร การรู้ (Perceiving) จึงเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยความรู้สึก และการตีความ ถ้าขาดการตีความ กระบวนการของการรู้ก็จะไม่สมบูรณ์ และเราก็อาจจะไม่มีการเข้าใจหรือการรับรู้ (Perception) ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นคืออะไร

2.2.3 พฤติกรรมการจำ (Remembering) เป็นประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิด ต่าง ๆ ซึ่งเคยมีในอดีต โดยอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ ๆ หลายประการ เช่น ระบบประสาทพัฒนาการ (Human Development) การรับรู้ เป็นต้น

2.2.4 พฤติกรรมการคิด (Thinking) และการตัดสินใจ (Decision Making) หมายถึง จินตนาการและการคิดในเชิงตรรกะ หรือรวมถึงการคิดแบบใจลอยด้วยการคิดและการตัดสินใจเป็น การกำหนดให้เกิดพฤติกรรม ทั้งภายในและภายนอกในรูปแบบต่าง ๆ กัน

สรุปได้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์ มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมที่เกิดจากการคิด เกิดจากจิตใจ สังเกตเห็นไม่ได้เป็นพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การเดิน วิ่ง กิน เป็นพฤติกรรมภายนอก

3. การเกิดพฤติกรรม

นักจิตวิทยาได้แบ่งการเกิดพฤติกรรมตามพื้นฐานความเชื่อของนักจิตวิทยา ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

3.1 กลุ่มเชื่อตามทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดของพฤติกรรมนิยม

กลุ่มพฤติกรรมนิยมเชื่อว่า

3.3.1 พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ และสามารถศึกษา สังเกตได้

3.3.2 พฤติกรรมแต่ละอย่างเกิดจากผลการเรียนรู้ที่เป็นอิสระและผสมผสานกัน

3.3.3 แรงเสริมมีผลต่อการเกิดพฤติกรรม

ในกลุ่มนี้นักจิตวิทยาเชื่อว่าสิ่งเร้าที่ซ้ำ ๆ กันหลาย ๆ ครั้ง ทำให้เกิดการเรียนรู้และแบ่งพฤติกรรมเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมการตอบสนอง พฤติกรรมนี้เกิดการตอบสนองสิ่งเร้าที่สังเกตได้ เรียกว่า การเรียนรู้เงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หลักการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นโดยบุคคลไม่ตั้งใจจะเรียนรู้ แต่สิ่งเร้าเป็นเงื่อนไขให้เกิดการเรียนรู้ เป็นเงื่อนไขการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้ากับปฏิกิริยาสะท้อน

อีกประเภทหนึ่งเกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าที่ชัดเจนแต่อาศัยแรงเสริม ให้มีการกระทำ เรียกว่า การเรียนรู้จากเงื่อนไขของการกระทำ (Operant Conditioning) โดยทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องจากผลกรรมที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น ผลกรรมมี 2 ประเภท คือ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลทำอยู่นั้นมีอัตรากระทำเพิ่มขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษที่ทำให้การกระทำของบุคคลกระทำนั้นยุติลง

3.2 กลุ่มเชื่อตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางพุทธิปัญญา

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมมาจากการเรียนรู้ โดยให้ความสำคัญกับผู้เรียนรู้ องค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนรู้ คือ การตั้งใจของบุคคล (ชาลชัชย เรืองขจร, 2554) หรือการใส่ใจของบุคคล เมื่อบุคคลตั้งใจหรือใส่ใจก็จะรับรู้และเก็บจำ นำไปคิดอย่างมีเหตุผลประกอบกับการจินตนาการ จนเกิดการเรียนรู้ สามารถนำการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้เชื่อว่าผู้เรียนรู้สามารถควบคุมอัตราเร็วของการเรียนรู้ และขั้นตอนการเรียนรู้ได้ แล้วสามารถจัดเรียงเรียงการเรียนรู้ที่หลากหลายให้เป็นระบบได้ด้วยตนเอง ทฤษฎีการเรียนรู้ที่รู้จัก

กันแพร่หลาย ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (สิริอร วิชชาวุธ, 2554) ได้แบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

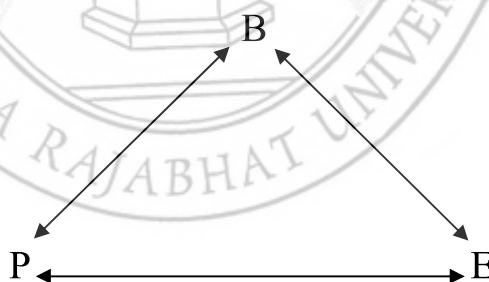
3.2.1 พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นการเรียนรู้และพัฒนาการทางทักษะ เชาว์ปัญญาเป็นความสามารถในการสังเกต จดจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ มี 6 ลำดับขั้น ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Comprehension) การประยุกต์ (Application) การวิเคราะห์ (Analysis) การสังเคราะห์ (Synthesis) และการประเมิน (Evaluation)

3.2.2 จิตพิสัย (Affective Domain) บุคคลจะเรียนรู้การแสดงออกของอารมณ์ ผ่านประสบการณ์ของตน เจตคติ ความสนใจ ความตั้งใจ ความใส่ใจ และการให้คุณค่า เป็นสิ่งแสดงออกมาด้วยพฤติกรรมทางอารมณ์ การเกิดตามลำดับขั้นเริ่มตั้งแต่ง่ายไปยาก

3.2.3 ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นการเรียนรู้การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และการประสานกันของส่วนต่าง ๆ การพัฒนาทักษะเกิดขึ้น 7 ชั้น ตามลำดับดังนี้ การรับรู้ การตั้งท่า การตอบสนองจากตัวชี้แนะ กลไก พฤติกรรมซับซ้อน การปรับเปลี่ยนต้นฉบับ

3.3 กลุ่มเชื่อตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมแนวพุทธิปัญญา

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมแนวพุทธิปัญญา เป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดยนักจิตวิทยา ชาวแคนาดา อัลเบิร์ต แบนดูรา ซึ่งในกลุ่มนี้เห็นว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ การเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออก แม้แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ (Acquired) ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว แม่ว่ายังไม่มีการแสดงออกก็ตาม การเรียนรู้ของเบนดูรานี้ มักจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายใน โดยในกลุ่มนี้มีความคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมว่าเป็นผลจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่กำหนดซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้



B = พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคล (Behavior)

P = บุคคล (Person) (ตัวแปรที่เกิดจากผู้เรียน เช่น ความคาดหวังของผู้เรียน ฯลฯ)

E = สิ่งแวดล้อม (Environment)

ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้นก็ไม่ได้หมายความว่าทั้งสามปัจจัยนั้น จะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เช่น

ระหว่าง $P \leftrightarrow B$ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมาย และความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อและรู้สึก จะกำหนดว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด ในขณะที่เดียวกันการกระทำของบุคคลก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดลักษณะการคิด และการสนองตอบอารมณ์ของเขา ลักษณะของร่างกาย ระบบการรับรู้ และระบบประสาท จะมีผลต่อพฤติกรรมและศักยภาพของบุคคล เช่นเดียวกับระบบการรับรู้และโครงสร้างของสมองก็ปรับเปลี่ยนได้โดยประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน

การกำหนดซึ่งกันและกันของ $E \leftrightarrow P$ เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้น จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงโดยอิทธิพลทางสังคมที่ให้อาหาร และการกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์โดยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างกันจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เขาอาศัยอยู่ จากลักษณะทางกายภาพของเขา เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศ และความน่าสนใจของร่างกายที่ค่อนข้างจะแยกออกจากสิ่งที่เขาพูดและการกระทำ นอกจากนี้การสนองตอบนั้นยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสังคมของเขอีกด้วย เช่น เด็กที่ถูกมองว่าเป็นเด็กก้าวร้าว จะกระตุ้นให้เพื่อนมีปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างไปจากเด็กที่ถูกมองว่าไม่กล้าแสดงออก เป็นต้น ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าสภาพทางสังคมของเขาจะพูดหรือกระทำสิ่งใดนั่นเอง

การกำหนดซึ่งกันและกันของ $B \leftrightarrow E$ เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม ในชีวิตประจำวันของคนเรา พฤติกรรมเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม และในขณะที่เดียวกันสภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลใดๆ ต่อบุคคล จนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น เนื่องจากทั้งพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน

สรุป ในการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในครั้งนี ผู้ศึกษาใช้แนวคิดตามกลุ่มที่เชื่อตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมแนวพุทธิปัญญาเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมบุคคล และสิ่งแวดล้อม

4. วิธีการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์

(พจนาน ชำนาญกิจ, 2556) ในการศึกษาพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน คือ

4.1 วิธีการทดลอง (Experimental Method)

วิธีการทดลองนี้เป็นวิธีการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในเชิงของวิธีทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรมเชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปร (Valiable) นักจิตวิทยาควรทำการทดลองซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้ได้ผลอย่างเดิมเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ในการสรุปผลต้องมีขอบเขตจำกัด คือ ผลการทดลองจะเกิดลักษณะนี้ได้เฉพาะในกลุ่มที่มีคุณลักษณะแบบนั้นเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่นที่แตกต่างกันออกไปได้

4.2 วิธีการตรวจสอบจิตตนเอง (Introspection Method)

วิธีการตรวจสอบจิตตนเอง หรือวิธีการพินิจภายใน ในที่นี้หมายถึง วิธีการที่บุคคลสังเกตตนเองหรือสำรวจตนเอง โดยการให้บุคคลพิจารณาความรู้สึกรู้สึกของตนเอง สำรวจตรวจสอบตนเอง แล้วรายงานถึงสาเหตุและความรู้สึกของตนเองออกมา ซึ่งในการตรวจสอบจิตตนเอง บางครั้งอาจใช้วิธีการนึกย้อนทบทวน ไปถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และฝังใจหรือประทับใจในอดีต อาจกลายเป็นปมขัดแย้งซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ก็เป็นได้

4.3 วิธีทางคลินิก (Clinical Methos)

วิธีการนี้เป็นหลักการศึกษาทางจิตวิทยาวิธีหนึ่ง ที่สามารถช่วยให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีขึ้น โดยการเรียนรู้หลักเกณฑ์และความจริงต่าง ๆ จากการทำงานและทำการศึกษาค้นคว้าเป็นรายบุคคล คนไข้หรือผู้ป่วย (Client) ที่มีปัญหาหรือมีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมาหาจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาจะไม่เพียงแต่ศึกษาเรื่องตามที่คนไข้เล่าให้ฟังเท่านั้น ยังต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ในอดีต ชีวิตประวัติ ศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมเพื่อดูภูมิหลังทางสังคมของคนไข้ โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น การทดสอบ การศึกษารายกรณี การสังเกต การสัมภาษณ์ สังคมมิติ การทดสอบทางจิตวิทยา อาทิ การทดสอบบุคลิกภาพ การฉายจิต เพื่อศึกษาเจตคติ ความต้องการทางอารมณ์และทางจิตใจ เพื่อดูสาเหตุปกติทางบุคลิกภาพนั้น ๆ ว่ามีสาเหตุที่แท้จริงมาจากอะไร

4.4 การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

การใช้แบบสอบถามเหมาะสำหรับในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลที่มีจำนวนมาก ๆ และต้องการคำตอบอย่างรวดเร็ว ทำให้ประหยัดเวลาค่าใช้จ่ายอื่น ๆ แบบสอบถามที่ใช้จะต้องเป็นเครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐาน มีคุณภาพ มีความเที่ยงตรง มีความเชื่อมั่น ได้สามารถวัดในสิ่งที่เราต้องการจะวัด ในการให้ตอบแบบสอบถามมักจะถามเกี่ยวกับเจตคติเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการจะทราบ เมื่อรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามได้แล้วก็จะใช้วิธีการทางสถิติวิเคาะห์คำตอบ

ออกมา เพื่อให้ได้ผลที่ชัดเจนขึ้น ควรนำวิธีการอื่นมาใช้ตรวจสอบอีกครั้ง เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต เป็นต้น

4.5 การสังเกต (Observation)

การสังเกตเป็นวิธีการเฝ้าดูพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้ตา ซึ่งเป็นวิธีการที่มีความชัดเจนง่าย และสะดวก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสังเกตว่าจะมีความรู้ความเข้าใจในจิตวิทยา มีทักษะความชำนาญ มีความสามารถในการสังเกตมากน้อยแค่ไหน สิ่งเหล่านี้ผู้สังเกตควรได้รับการฝึกฝนการสังเกตมาเป็นอย่างดี การสังเกตที่ดีนั้นจะต้องมีจุดมุ่งหมายว่าจะสังเกตเรื่องอะไร สังเกตไปทำไมสถานการณ์และสภาพการณ์ที่ต้องการสังเกต จำนวนครั้งในการสังเกต ระยะเวลา วัน เวลาในการสังเกต สิ่งเหล่านี้ต้องกำหนดให้ชัดเจนและที่สำคัญผู้ที่ทำการสังเกตต้องไม่มีอคติต่อผู้ถูกสังเกต และเรื่องที่ทำ การสังเกตอยู่

สรุปในการศึกษาพฤติกรรมของคนนั้นสามารถศึกษาโดยวิธีการทดลอง วิธีการตรวจสอบจิตตนเอง วิธีทางคลินิก การใช้แบบสอบถามและการสังเกต สำหรับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม

วัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่สำคัญวัยหนึ่งในชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ในการศึกษาวัยรุ่นนั้นผู้วิจัยจะได้กล่าวถึงวัยรุ่นในเรื่องดังนี้

1. ธรรมชาติของวัยรุ่น

วัยรุ่นในภาษาอังกฤษ คือ Adolescence มาจากภาษาลาติน Adolescere แปลว่า การพัฒนาการสู่การเจริญเติบโต (To Grow Into Maturity) (วิโรจน์ อารีย์กุล, 2553) วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ทักษะชีวิต เป็นวัยแห่งความท้าทายและห่วงใยของพ่อแม่ วัยรุ่นต้องการความเป็นส่วนตัวเป็นพิเศษ ต้องการอิสระลำพัง คนเดียว วัยรุ่นจะพัฒนาการมีเอกลักษณ์ของตนเอง และความสับสนในบทบาทของตน ซึ่งการก่อตัวของเอกลักษณ์นี้ได้เริ่มต้นและสิ้นสุดในวัยรุ่น แต่หากเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต และส่วนใหญ่จะเกิดโดยจิตใต้สำนึก การก่อตัวของเอกลักษณ์ของเด็กพัฒนาโดยผ่านกระบวนการเลือก การซึมซับ และการเทียบเคียงของตนเองเข้ากับบทบาทของพ่อแม่และเพื่อน รวมถึงบุคคลสำคัญอื่นๆ ในชีวิต สังคมรอบตัวของเด็ก การที่เขาจะเลือกกลุ่มไหนเป็นแบบอย่างเกิดจากการปลุกฝังความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตัวตน ความเชื่อหรือความนิยมเป็นการแสดงออกถึงความพอใจ นิยมคลั่งไคล้ ซึ่งจะแตกต่างกันตามยุคสมัย ความเพ้อฝันและความหลงใหลในตนเอง

เชื่อว่าตนเองถูกที่สุดและมีความคิดแปลก ๆ ยึดตนเองเป็นจุดศูนย์กลางและสับสนในบทบาท นักจิตวิทยา พัฒนาการได้แบ่งวัยรุ่น ออกเป็น 3 ระยะ ในการแบ่งระยะในวัยรุ่นนั้น มีการแบ่งที่แตกต่างกันบ้าง ตามความเชี่ยวชาญของแต่ละท่าน ในงานวิจัยนี้แบ่งตาม วิโรจน์ อารีย์กุล ดังนี้

ระยะวัยรุ่นตอนต้น อายุประมาณ 10-13 ปี เป็นระยะเริ่มแรกจากการเปลี่ยนแปลงจาก เด็กไปสู่วัยรุ่น วัยรุ่นเริ่มมีขนขึ้นในที่ลับ และต่อมาเกิดขนขึ้นตามลำตัว ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

ระยะวัยรุ่นตอนกลาง อายุประมาณ 14-17 ปี ระยะนี้เริ่มเป็นวัยหนุ่มสาว วัยรุ่นชายและ วัยรุ่นหญิงจะมีวุฒิภาวะทางเพศ การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เป็นด้านจิตใจที่เกิดจากการพัฒนาทาง ร่างกาย

วัยรุ่นตอนปลาย อายุ 18-21 ปี ระยะนี้ วัยรุ่นจะมีสภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม การรู้จักและจริยธรรมเท่าเทียมผู้ใหญ่

การพัฒนาการของวัยรุ่นในแต่ละระยะจะพัฒนาการสมวัยหรือไม่ขึ้นอยู่กับอิทธิพล ของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่จะทำให้พัฒนาการในวัยรุ่นแต่ละคนแตกต่างกัน

2. ลักษณะพัฒนาการของวัยรุ่น แบ่งออกได้เป็น 5 ด้าน ดังนี้

2.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย เกิดจากการที่ต่อมพิทูอิทารีผลิตฮอร์โมน ทำให้วัยรุ่นมี การเจริญเติบโต และกระตุ้นให้ต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ทำงานมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย แบ่งเป็น 4 0 ด้าน คือ

2.1.1 การเปลี่ยนแปลงขนาดของร่างกาย เป็นการเติบโตทางด้านส่วนสูง และ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในเด็กหญิงอายุ 10-13 ปี ส่วนเด็กชายอายุ 12-14 ปี นั่นคือ เด็กหญิงโตเร็วกว่าเด็กชาย 1-2 ปี โดยเฉลี่ยวัยรุ่นจะมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น 4-6 นิ้วต่อปี และจะเริ่มคงที่เมื่อวัยรุ่นหญิงอายุประมาณ 15-16 ปี ส่วนวัยรุ่นชายอาจจะสูงได้จนกระทั่งอายุประมาณ 20 ปี

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของร่างกาย จากรูปร่างแบบเด็กที่มีลักษณะเป็น สี่เหลี่ยมผืนผ้า วัยรุ่นชายจะกลายเป็นมีสัดส่วนคล้ายสามเหลี่ยมคว่ำ และวัยรุ่นหญิงจะมีรูปร่างคล้าย นาฬิกาทรายบอเวลา แขนขายาวเร็วขึ้น ทำให้ดูแข็งแรง มือและเท้าโตมากขึ้น ใบหน้าของวัยรุ่น หญิงจะเป็นรูปไข่มากขึ้น ส่วนวัยรุ่นชายมีรูปเป็นสี่เหลี่ยมและมุมมากขึ้น

2.1.3 ลักษณะปฐมภูมิทางเพศ วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงที่อวัยวะเพศ ซึ่งมีมา แต่กำเนิด คือ ขยายใหญ่ขึ้น และมีการหลั่งน้ำอสุจิในวัยรุ่นชาย หรือการผลิตไข่ในวัยรุ่นหญิง ผลที่ ตามมาทำให้วัยรุ่นชายและหญิง ถ้ามีเพศสัมพันธ์กันจะสามารถให้กำเนิดลูกได้

2.1.4 คุณลักษณะทุติยภูมิทางเพศ (Secondary Characteristic) หมายถึง ลักษณะทางร่างกายที่แสดงความแตกต่างระหว่างเพศ (ไม่เกี่ยวกับการสืบพันธุ์) แต่ปรากฏให้เห็นชัดว่าเป็นหญิงหรือชายอย่างแท้จริง

2.2 พัฒนาการทางอารมณ์ วัยรุ่นตอนต้น มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย หงุดหงิด วัยรุ่นตอนกลาง มีความรุนแรงทางด้านอารมณ์ รู้สึกขัดแย้งกับผู้ปกครอง วัยรุ่นตอนปลาย มีความเข้าใจในความรัก ความหวังดี ยอมรับความคิดเห็นจากผู้ปกครองเห็นความสำคัญ และคุณค่าของพ่อแม่

2.3 พัฒนาการทางสังคม สังคมของวัยรุ่นได้เปลี่ยนแปลงจากพ่อแม่หรือครูไปเป็นเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน วัยรุ่นตอนกลางจะให้คำนิยม และให้ความสำคัญเรื่องเพื่อนมาก จะมีเพื่อนสนิท หรือมีเพื่อนเป็นกลุ่ม ต้องการอิสระและเป็นตัวของตัวเอง เริ่มมีความสัมพันธ์แบบคู่รักมีความอยากรู้ อยากเห็น

2.4 พัฒนาการทางการรู้คิด (หรือสติปัญญา หรือความคิดความเข้าใจ หรือความรู้หรือความถนัด) การรู้คิด (Cognition) หมายถึง ความสามารถในการให้เหตุผล การจินตนาการ การหยั่งรู้ (Insight) การตัดสินใจ และการปรับตัวของบุคคล ซึ่งจัดว่าเป็นพฤติกรรมภายใน โดยเป็นกระบวนการทางสมอง การปรับตัวทางการรู้คิดประกอบด้วย ความสมดุลระหว่างการรับเข้าไว้ด้วย ดังนั้นพัฒนาการทางความรู้คิด จะพัฒนาจากขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่ง ทำให้บุคคลมีประสบการณ์หรือมโนทัศน์ (Concept) หรือความรู้เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น การรู้คิดของวัยรุ่นตอนต้นอยู่ในขั้นปฏิบัติการคิดโดยใช้นามธรรม วัยรุ่นช่วงกลางมีความรู้คิดแบบนามธรรมเพิ่มขึ้น แต่หากพบปัญหา ก็จะแก้โดยการคิดใช้รูปธรรม ส่วนวัยรุ่นตอนปลาย คิดแบบนามธรรมได้ดี มีความคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจและยอมรับผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคต อันเป็นผลการกระทำหรือพฤติกรรมในปัจจุบัน ทำให้เกิดการยอมรับและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมได้ง่ายขึ้น

2.5 พัฒนาการทางจริยธรรม

วัยรุ่นปัจจุบันมีปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการทางจริยธรรมมากกว่าในอดีต เพราะการรู้คิดที่ไร้พรมแดน (จากวัฒนธรรมต่างประเทศ) ประกอบกับต้นแบบที่ดีก็คลุมเครือ

3. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น

พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จัดว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการติดเชื้อจากไวรัสชนิดหนึ่ง ชื่อ Human Immunodeficiency Virus หรือชื่อย่อว่า (HIV) (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541) โดยไวรัสชนิดนี้จะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถป้องกันภัยอันตรายจากโรคติดเชื้ออื่น ๆ หรือโรคมะเร็งบางชนิดได้ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อประเภทฉวยโอกาส ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ในขณะที่โรคเอดส์

ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้ในทางการแพทย์กำลังพยายามที่จะคิดค้นวิธีการรักษาตลอดจนพัฒนาวัคซีนที่จะนำมาต้านไวรัส HIV อยู่ก็ตาม เชื้อ HIV พบอยู่ในของเหลวที่ออกมาจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เลือด น้ำกาม น้ำในช่องคลอด น้ำตา และน้ำลายเป็นต้น แต่พบโอกาสที่จะแพร่เชื้อได้ มีเฉพาะทางเลือด น้ำกาม และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น โดยโรคเอดส์สามารถแพร่ได้ 3 ทาง คือ การแพร่ทางเพศสัมพันธ์ การแพร่ทางเลือด และผลิตภัณฑ์จากเลือด การแพร่จากมารดาสู่ทารก พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น (ประทีน อิ่มสุขศรี, 2551) ได้ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และโรคเอดส์ของเยาวชนและการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร ด้วยหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจังหวัดพิษณุโลก ผลปรากฏว่า เยาวชนในโรงเรียนจำนวน 175 คน พบว่าอายุเฉลี่ยในเพศหญิง/เพศชาย เท่ากับ 14.9/14.8 ปี ความรู้เรื่องเพศและโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.0 ทักษะคิดเรื่องเพศและโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.3 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.4 เยาวชนในศูนย์บริการการเรียนรู้ชุมชน จำนวน 259 คน มีอายุเฉลี่ยในเพศหญิง/เพศชาย เท่ากับ 18.2/18.8 ปี ความรู้เรื่องเพศและโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.7 ทักษะคิดเรื่องเพศและโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 36.7 ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีดังนี้

3.1 พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ เกิดแรงขับทางเพศ (Sex Drive) โดยธรรมชาติทำให้เกิดความสนใจ อยาก رؤ้อยากเห็นเรื่องเพศมากขึ้น จนถึงขั้นอยากทดลองมีเพศสัมพันธ์และมีเพศสัมพันธ์ในที่สุด

นอกจากปัจจัยทางกายแล้ว ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาของสังคมไทย ซึ่งมีอิทธิพลของอารยธรรมตะวันตกเข้ามามีผลต่อความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่น ๆ ในเรื่องของความประพฤติตนอย่างเสรีเกี่ยวกับเรื่องเพศมากขึ้น การคบเพื่อต่างเพศมีโอกาและเสรีภาพมากขึ้น เสรีภาพดังกล่าวนี้ ทำให้วัยรุ่นอาจมีความสัมพันธ์ทางเพศก่อนวัยอันควร นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีพฤติกรรมทางเพศที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คน มีพฤติกรรมทางเพศเบี่ยงเบน คือ รักร่วมเพศชายที่ส่ำสอนเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่มีประสิทธิภาพ พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้มักมีผลทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง

3.2 พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทางเลือดหรือเข็ม

การที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทางเลือด ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นติดยาเสพติดเนื่องจากการตามเพื่อนและต้องการการยอมรับจากเพื่อน การไม่สมหวังในการเรียนหรือทำงาน เพื่อแสดงการถือดีต่อ

ผู้มีอำนาจเหนือกว่า การหลงผิดรู้เท่าไม่ถึงการณ์ มีแหล่งขายแพร่หลายหาซื้อง่ายราคาถูก อยู่ใกล้ชิดกับผู้ใช้ยาเสพติด ถูกชักชวน ถูกหลอกลวง สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นใช้ยาเสพติด มักมาจากสาเหตุด้านจิตใจ ปัญหาชีวิต ปัญหาครอบครัว ขาดความรักความอบอุ่น และสาเหตุจากสภาพแวดล้อม

3.3 พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารกแรกเกิด

วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อตั้งครรภ์ทารกมีโอกาสติดเชื้อประมาณร้อยละ 20 – 40 เฉลี่ยร้อยละ 30 การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ในระยะหลังคลอด สาเหตุคือการกินนมแม่ การติดเชื้อหลังคลอดพบได้สูงถึงร้อยละ 7 – 22 (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541)

4. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น

4.1 ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจการทำงานและสังคม ผลกระทบด้านจิตใจมีมากที่สุด ร้อยละ 66.7 ได้แก่ เครียด กังวล เสียใจ หมดกำลังใจ กลัว ผลกระทบด้านร่างกาย รองลงมา คือ เหนื่อยง่าย ไม่แข็งแรง ร้อยละและเป็นไข้เจ็บป่วยบ่อยร้อยละ 12.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจการทำงานร้อยละ 44.4

4.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นผลมาจากการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ต้องการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพร้อยละ 72.9 ซึ่งประกอบด้วยการกินอาหารที่มีประโยชน์และออกกำลังกาย (จิรนาวัฒน์ ศศรี, 2553)

การติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งย่อมาจากคำว่า Human Immunodeficiency Virus) เชื้อชนิดนี้เป็นไวรัสในกลุ่มรีโทรไวรัส (Retrovirus) หากเข้าสู่ระยะที่สามของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จะเรียกว่าเป็นโรคเอดส์โดยสมบูรณ์แล้ว เชื้อไวรัสจะทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ผู้ติดเชื้อมีภูมิคุ้มกันลดลง โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันแบบอาศัยเซลล์ จนเกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง เกิดการติดเชื้อโรคบางชนิด และติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection)

1. สาเหตุของการเกิดโรค

ไวรัส HIV จัดอยู่ในวงศ์ Retroviridae สกุล Lentivirus ไวรัสนี้เป็นทรงกลมเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 100- 120 นาโนเมตร แกนกลางห่อหุ้มด้วยแคปเป็นรูปทรงกระบอก เรียก Core Protein และมีเปลือกชั้นนอกมีปุ่มยื่นออกมาเป็นสารพวกไกลโคโปรตีน ปัจจุบัน HIV แบ่งเป็น 2 เชื้อสาย

คือ HIV-1 และ HIV-2 ในไทยพบ HIV-1 ซับไทป์ E และ ซับไทป์ B โดยซับไทป์ E พบมากในผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซับไทป์ B พบมากในผู้ติดเชื้อทางการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด

2. การติดต่อและการแพร่ระบาด

การแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวี พบปริมาณของเชื้อมากที่น้ำเหลือง เนื้อเยื่อ น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด ส่วนในน้ำลายและเสมหะพบได้บ้าง การติดต่อพบได้ 3 ทาง คือ

2.1 ทางเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก ทางปาก พบได้น้อย และพบว่าผู้ชายแพร่เชื้อไปให้ผู้หญิงมากกว่าผู้หญิงแพร่เชื้อให้ผู้ชาย ปัจจัยเสริมที่ทำให้การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ยิ่งขึ้น คือ การเป็น โรคกามโรคหรือมีบาดแผลที่อวัยวะเพศ

2.2 การรับเชื้อเอชไอวีทางเลือด

โอกาสติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสในเลือดพบได้ใน 2 กรณี คือ

2.2.1 ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักพบในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด และหากคนกลุ่มนี้ติดเชื้อ ก็สามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้อีกทางหนึ่ง

2.2.2 รับเลือดในขณะที่ผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด ในปัจจุบันเลือดที่ได้รับบริจาคทุกขวด ต้องผ่านการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและจะปลอดภัยเกือบร้อยละ 100

2.3 การแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก

ผู้หญิงสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้จากสามี คู่รัก คู่นอน หรือพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์ประมาณร้อยละ 1.39 และสามารถถ่ายทอดให้ทารกได้ทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และภายหลังการคลอดประมาณร้อยละ 30 ในขณะนี้มีวิธีการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกได้โดยการกินยาต้านไวรัส ในช่วยอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ไปจนคลอด สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีลงได้จากร้อยละ 30 เหลือเพียง ร้อยละ 8 แต่ถึงอย่างไรก็ยังคงมีความเสี่ยงอยู่ดี ดังนั้น วิธีที่ดีที่สุดคือการตรวจเลือดก่อนตัดสินใจมีบุตรทุกท้อง ในระยะหลังคลอดเด็กสามารถรับเชื้อเอชไอวีจากแม่ผ่านทางน้ำนม เพื่อลดโอกาสเสี่ยงดังกล่าวจึงควรใช้นมผงแทน นอกจากการติดต่อดังกล่าวข้างต้นแล้ว การติดต่อทางอื่นนั้นเป็นไปได้ยาก ต้องมีปัจจัยอื่น ๆ

การติดเชื้อเอชไอวีจากวิธีอื่น ๆ ที่มีโอกาสน้อยมาก ได้แก่ การใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ทำความสะอาดหรือฆ่าเชื้อ เช่น ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ การเจาะหูโดยใช้เข็มเจาะร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ทำความสะอาด การสักผิวหนังหรือสักทิวโดยใช้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ทำความสะอาดหรือฆ่าเชื้อ วิธีดังกล่าวเป็นการติดต่อโดยการสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองโดยตรง โอกาสติดเชื้อโรคด้วยวิธีนี้ต้องมีแผลเปิด และปริมาณเลือดหรือน้ำเหลืองที่เข้าไปในร่างกายต้องมีจำนวนมาก โรคนี้มิได้ติดต่อกันง่ายอย่างที่คนทั่วไป หรือบางคนจะเข้าใจว่าเมื่อมี

การสัมผัส หรือสัมผัสกับเลือด หรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยความเป็นจริงแล้วผู้ที่เข้าไปสัมผัสนั้นไม่จำเป็นจะต้องติดเชื้อเสมอไป

3. อาการของการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจะเกิดอาการต่าง ๆ ของโรค ซึ่งมี 2 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะไม่ปรากฏอาการ ผู้ที่ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้ และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจจะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีต่อไปได้

3.2 ระยะที่มีอาการ

3.2.1 ระยะเริ่มปรากฏอาการ ระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น มีเชื้อราในปาก และลำคอ ต่อม้ำเหลืองโต ที่บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ เป็นงูสวัด หรือแผลริมฝีปากตุ่ม มีอาการเรื้อรังเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นหนังอักเสบ น้ำหนักลด

3.2.2 ระยะโรคเอดส์ (AIDS) ระยะนี้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่มักไม่เป็นในคนปกติ ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่ว่าติดเชื้อชนิดใดที่ส่วนใดของร่างกาย เช่น ถ้าเป็นปอดบวมจะมีไข้ ไอ หอบ ถ้าเป็นเชื้อราในทางเดินอาหารจะมีอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก ถ้าเยื่อหุ้มสมองอักเสบจะมีอาการปวดศีรษะ คอแข็ง บางรายอาจเป็นมะเร็ง เช่น มะเร็งหลอดเลือด มีอาการเป็นจ้ำสีม่วงแดงคล้ายตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง จะมีก้อนโตตามที่ต่าง ๆ ของร่างกาย

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการของโรค

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 95 จะเป็นเอดส์เต็มขั้นภายใน 15 ปี แล้วมักเสียชีวิตภายใน 2-5 ปี ที่เหลือร้อยละ 5 ใน 15 ปี หลังติดเชื้อยังคงมีสุขภาพปกติไม่มีอาการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นเอชไอวีขึ้นอยู่กับ

4.1 ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี ยิ่งติดเชื้อมานานโอกาสการเป็นโรคเอดส์ก็เพิ่มมากขึ้น หากไม่ได้รับการรักษา

4.2 วิธีการติดเชื้อเอชไอวี การรับเลือดที่ติดเชื้อพบว่าการดำเนินโรคเร็วกว่าการใช้เข็มร่วมกันในผู้ติดยาเสพติด

4.3 ปริมาณ และสายพันธุ์ของเชื้อที่ได้รับ หากได้รับเชื้อปริมาณที่มาก และสายพันธุ์ที่รุนแรง การดำเนินโรคนั้นเป็นเอ็ดส์เกิดขึ้นในเวลาสั้นกว่าที่ได้รับเชื้อจำนวนน้อย

4.4 ภาวะคุ้มกันแต่เดิมและภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อ ถ้าได้รับอาหารถูกหลัก โภชนาการ ภูมิคุ้มกันและสุขภาพดี การดำเนินโรคก็ช้ากว่าผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ

4.5 สุขภาพจิตและการออกกำลังกาย ผู้ที่ติดเชื้อที่มีสุขภาพจิตดี มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสม่ำเสมอ จะมีโอกาสป่วยเป็นเอ็ดส์ได้ช้ากว่าผู้ติดเชื้อไม่ออกกำลังกาย

4.6 ปัจจัยอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อรา และอาจจะมียาอื่นได้อีก

5. การวินิจฉัยโรคเอ็ดส์

การวินิจฉัยโรคเอ็ดส์ ขั้นแรก คือ การซักประวัติของผู้ป่วย และการตรวจร่างกาย ซึ่งมักจะ มีประวัติการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมาก่อนแล้ว ซึ่งแพทย์สามารถทราบจากการตรวจเลือดว่ามีผลบวกต่อเอชไอวีหรือไม่ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่เคยตรวจเลือดมาก่อนการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น ก็จะทำให้แพทย์สงสัยว่าอาจจะเป็นผู้ที่ติดเชื้อโรคมานี้แล้ว นอกจากนั้นการตรวจร่างกายมักจะพบอาการแสดงที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะของการเป็นโรคเอ็ดส์แล้ว

วิธีต่อมาคือ การตรวจเลือดว่ามีภูมิต้านทานต่อไวรัสเอชไอวี (Anti-HIV Antibody) เกิดขึ้นหรือไม่ โดยมากการตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการจะใช้วิธีการตรวจเลือด ที่เรียกว่า อีไลซา (ELISA ย่อมาจาก Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) ถ้าเลือดผู้ป่วยมีภูมิต้านทาน (Anti-HIV Antibody) เกิดขึ้น เรียกว่า เลือดบวกต่อการตรวจภูมิต้านทานต่อไวรัสเอชไอวี (Anti-HIV – POSITIVE) แสดงว่าผู้ป่วยเคยได้ติดเชื้อมาแล้ว หรือผลเลือดเป็นลบต่อการตรวจภูมิต้านทานต่อไวรัสเอชไอวี (Anti-HIV – NEGATIVE) แสดงว่าคน ๆ นั้นไม่เคยได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายมาก่อนเลย ร่างกายจึงไม่สร้างภูมิต้านทานให้ตรวจพบได้ ผู้ที่ตรวจเลือดครั้งแรกได้ผลบวกโดยมากแพทย์จะให้ตรวจซ้ำอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้วิธีที่เรียกว่า เวสเทิร์นบลอต (Western Blot) หรือ อิมมูโนฟลูออเรสเซนส์แอสเส (Immunofluorescence Assay) เพื่อให้มั่นใจว่าเลือดให้ผลบวกแน่นอน การตรวจวิธีเหล่านี้มีจุดอ่อนที่ทำให้ผลเป็นลบ ทั้ง ๆ ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้ามา ในร่างกายเรียบร้อยแล้ว เมื่อตรวจในช่วงที่ร่างกายยังไม่สร้างภูมิต้านทาน ทั้งนี้เป็นเพราะร่างกายต้องใช้เวลาประมาณ 3-12 สัปดาห์ในการสร้างภูมิต้านทาน (ระยะเวลาในแต่ละคนไม่เท่ากัน) ถ้าตรวจเลือดในช่วงนี้จะไม่พบ และจะทำให้เข้าใจผิดว่าไม่ได้ติดเชื้อ ระยะเวลาช่วงนี้เรียกว่า Window Period

การเจาะเลือดเพื่อนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด ทีลิมโฟไซต์ที่มีซีดี 4 เป็นบวก (CD 4-Positive T Cell) จะพบว่าจำนวนลดลงมาก เพราะเชื้อไวรัสจะเข้าไปอยู่ในเซลล์ชนิดนี้ และจะทำลายเซลล์

ชนิดนี้ไปเรื่อย ๆ โดยมากถ้ามีปริมาณของทีลิมโฟไซต์ที่มีซีดี 4 เป็นบวกลดลงต่ำกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรในผู้ใหญ่ (ค่าปกติ 600-1200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ระดับของ CD 4 + T-Cell ที่ใช้ในการวินิจฉัยถ้าเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 12 เดือน จะมี CD 4+ น้อยกว่า 30% ของเม็ดเลือดขาวทั้งหมด เด็กอายุ 12-35 เดือนจะมี CD4+ น้อยกว่า 25% และเด็กอายุ 36-59 เดือนจะมี CD4+ น้อยกว่า 20%

การนับจำนวนของเชื้อไวรัสในเลือด โดยมากเราไม่สามารถนับเชื้อไวรัสโดยตรงได้ แต่เราใช้วิธีนับสารพันธุกรรมที่เรียกว่า อาร์เอ็นเอของไวรัส (Serum HIV RNA) หรือเรียกว่า การตรวจหา Viral Load การตรวจหาสารพันธุกรรมนี้ จะทำให้วินิจฉัยโรคได้เร็วกว่าการตรวจหาสารภูมิคุ้มกันต้านไวรัสเอชไอวี เพราะสามารถพบสารพันธุกรรมของไวรัสนี้ได้ตั้งแต่ 3-5 สัปดาห์หลังติดเชื้อ

6. โรคแทรกซ้อน

เมื่อติดเชื้อเอชไอวีและเชื้อได้เป็นเชื้อโรคเอดส์แล้ว มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ดังนี้

6.1 โรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น เชื้อราแอสเปอจิลลีส (Aspergillosis) เชื้อราแคนดิดา (Candidiasis) เชื้อราฮิสโตพลาสโมซิส (Histoplasmosis) เชื้อราเพนิซิลเลียม (Penicilliosis) เชื้อทอกโซพลาสมา (Toxoplasmosis) เชื้อนิวโมซิสติส (Pneumocystis Jiroveci) เชื้อวัณโรค เชื้อไวรัสซัยโตเมกาโลไวรัส (Cytomegalo Virus หรือ CMV) เชื้อไวรัสเริม (Herpes Simplex) เชื้อไวรัสซงส์ต (Herpes Zoster) เป็นต้น ซึ่งเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้มักจะทำให้เกิดการติดเชื้อที่อวัยวะภายใน เช่น ปอด สมอง ตับ ไต ต่อม้ำเหลือง และมักจะมีความรุนแรงของโรคมกกว่าปกติ รักษายากกว่าปกติ เพราะร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคที่จะต่อสู้กับเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้ ยาที่จะใช้รักษาก็มักมีผลข้างเคียงหลายอย่าง โดยมากโรคแทรกซ้อนเหล่านี้จะเกิดภายในเวลา 7-10 ปี นับตั้งแต่เริ่มติดเชื้อไวรัส แต่ผู้ป่วยบางคนก็มีอาการเร็วกว่านั้น เช่น เกิดอาการนำหนักลด ต่อม้ำเหลืองโต ติดเชื้อฉวยโอกาสภายในเวลา 2-3 ปี นับจากได้รับเชื้อได้ แต่เป็นส่วนน้อย

6.2 โรคกระเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคกระเร็งคาโปซิซาร์โคมา รวมทั้งโรคกระเร็งชนิดอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคกระเร็งปากมดลูก โรคกระเร็งไต และโรคกระเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น มีสมมติฐานว่าระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรค จะคอยทำลายเซลล์มะเร็งที่เกิดในร่างกายตลอดเวลา เมื่อระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรคบกพร่อง เซลล์มะเร็งก็มีโอกาสเจริญแบ่งตัวมากขึ้น จนกลายเป็นก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ได้

6.3 โรคแทรกซ้อนทางสมอง (AIDS-dementia complex) ได้แก่ อาการที่เกิดจากเชื้อไวรัสทำลายเนื้อสมอง จากการที่เชื้อไวรัสเข้าไปอยู่ในเซลล์ของสมองชนิดไมโครเกลีย ไวรัสจะทำให้เซลล์ไมโครเกลียนี้ ปลั่งสารเคมีออกมาหลายชนิด เช่น อินเตอร์ลูคิน 1 และ 6 (Interleukin 1,6) สารทีเอ็นเอฟ (TNF-tumor necrotic factor) ซึ่งสารเหล่านี้จะทำลายเซลล์สมองส่วนอื่น ๆ ด้วย

ผู้ป่วยอาจมีอาการทางสมองได้หลายอย่าง เช่น ซึม โวยวาย ความจำเสื่อม หมดสติ ชัก และ/หรือ อาการคล้ายโรคจิต เป็นต้น

7. สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สาเหตุการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญที่สุด คือ เชื้อทำให้เป็นผู้ป่วยเอดส์ การเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น โรคปอดบวมจากเชื้อราชนิดต่างๆ วัณโรคที่แพร่กระจายไปทั่วร่างกาย และโรควัณโรคชนิดอื่น ๆ ในเกือบทุกอวัยวะของร่างกาย อาจตายจากโรคเอดส์เอง คนที่เป็นโรคเอดส์เรื้อรังนาน ๆ ร่างกายจะผอมลงเรื่อย ๆ การทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง ทางเดินอาหารจะค่อย ๆ เสื่อมไป มีอาการทางสมองช่วยตัวเองไม่ได้ ตายจากโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

8. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จะมีความเกี่ยวพันกันดังนี้

- 8.1 การมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียว อาจทำให้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือติดเชื้อเอชไอวีได้
- 8.2 เมื่อติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้วทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น
- 8.3 เมื่อติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรักษาหายยากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้อัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีและมีอาการของโรคเอดส์เร็วขึ้น

9. การป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้เป็นโรคเอดส์ และโรคนี้อย่างไม่มียาใครรักษาให้หายได้ ไม่มีวัคซีนที่ใช้ป้องกันการเป็นโรคเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์แล้ว จะต้องเสียชีวิตทุกราย ดังนั้น การป้องกันจึงเป็นวิธีเดียวที่จะช่วยให้ออกห่างจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการป้องกันที่ให้ผลดีที่สุด ในขณะนี้คือ

- 9.1 การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีการร่วมเพศกับผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น โสเภณี เกย์ ผู้ที่สำส่อนทางเพศ
- 9.2 ห้ามใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้น
- 9.3 ก่อนบริจาคให้เลือด ควรได้รับการตรวจเพื่อหาเชื้อเอชไอวีทุกครั้ง

10. กลวิธีหลักในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี

กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้กลวิธีหลัก 4 ประการในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ คือ

10.1 การป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้ความรู้แก่กลุ่มประชากรทุกฝ่าย ได้แก่

10.1.1 แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความรู้ที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยรวมถึงจัดทำคู่มือการรักษาโรคด้วย

10.1.2 ประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะผู้ประกอบการ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง รวมถึงกลุ่มที่จะเสี่ยงต่อไป คือ นักเรียนโดยเฉพาะวัยรุ่น ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และไม่ตระหนกตกใจต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินเหตุ นอกจากนี้ยังป้องกันและควบคุมโดยการค้นหาผู้ป่วย มีการเฝ้าระวังโรค การสอบสวนโรค และการติดตามผู้สัมผัสโรค

10.2 การป้องกันการแพร่โดยทางเลือด โดยการ

10.2.1 ศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่าง ๆ และตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทุกคนในแหล่งท่องเที่ยวที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว

10.2.2 จัดคลินิกสำหรับตรวจโรคเอดส์ที่บริเวณที่เป็นศูนย์กลางการค้นหาผู้ป่วย

10.2.3 การป้องกันการแพร่โรคจากมารดาสู่ทารก

10.2.4 การรักษาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ โดยจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลบาราศนราดรุ สำหรับเป็นที่รักษาผู้ป่วยติดเชื้อโดยเฉพาะ

11. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

11.1 การให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน เช่น ให้รับรู้ว่าในสถานการณ์ปัจจุบันทางรอดจากอันตรายของการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ที่การงดเว้นพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ และการเสพสิ่งเสพติดเท่านั้น

11.2 หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลข่าวสารที่แสดงถึงความน่ากลัว การเน้นความน่ากลัว อาจช่วยให้ประชาชนส่วนหนึ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี แต่ก็ไม่เสมอไป บางครั้งอาจก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบตามมา เช่น การหลบเลี่ยงหนีสังคม การแตกแยกหรือแบ่งกลุ่ม การถูกเหยียดหยามซึ่งกันและกัน

11.3 นำเสนอทางเลือกของพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ เช่น แทนที่จะให้หยุดพฤติกรรมเสี่ยง โดยทันที (เลิกเที่ยวโสเภณี) ซึ่งทำได้ยาก อาจแนะนำให้ค่อย ๆ ลดพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวลง และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

11.4 นำเสนอทางเลือกหลาย ๆ ทาง การมีหนทางเลือกมากกว่า 1 อย่าง อาจช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายกว่ากรณีที่มีทางเลือกเพียงวิธีเดียว

11.5 จัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกฎระเบียบให้ทุก ๆ คนต้องทำตาม เช่น โครงการรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

11.6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้นำในชุมชน ซึ่งบางครั้งถ้าสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ก็จะช่วยให้บุคคลอื่น ๆ ปฏิบัติตาม วิธีนี้หมายถึง การประกาศเกียรติคุณของบุคคลตัวอย่าง ซึ่งมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม

11.7 การรณรงค์ในระยะยาว เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปอย่างถาวร เพราะบางครั้งประชาชนอาจหวนกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงดังเดิม หากไม่ได้ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยอย่างถาวร

การรับรู้

การรับรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ซึ่งคนสามารถรับรู้ได้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ในการศึกษาการรับรู้ได้แบ่งรายละเอียดของหัวข้อการศึกษาดังนี้

1. แนวคิด

การรับรู้เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในเรื่องต่าง ๆ และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้และความคิดในเรื่องนั้น ถ้าปราศจากการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่มีควมจำหรือการเรียนรู้ได้เลย การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกมาถึงความรู้สึคนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น แล้วมีการแสดงออกอย่างมีจุดหมาย โดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม

2. ความหมาย

ลัทธินา สรวิวัฒน์ (2544) กล่าวว่า การรับรู้เป็นพื้นฐานของการทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อม เกิดขึ้นจากสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมเข้ามากระทบ เข้ามากระทบอวัยวะรับความรู้สึกซึ่งจะส่งกระแสความรู้สึกนั้น ๆ ไปยังสมองเพื่อตีความและเกิดการรับรู้

วิรัช สงวนวงษ์วาน (2545) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า การรับรู้ (Perception) คือ กระบวนการที่บุคคลให้ความหมายกับสิ่งที่อยู่รอบตัวโดยการรวบรวมและตีความจากประสาทที่ได้รับ เมื่อรับรู้สิ่งใดมักเชื่อว่าสิ่งนั้นเป็นความจริง การที่บุคคลได้เห็นสิ่งเดียวกัน แต่เกิดการรับรู้ต่างกัน

สิทธิโชค วรรณสันติกุล (2546) ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ว่า การรับรู้ คือ กระบวนการที่อินทรีย์หรือสิ่งมีชีวิตพยายามทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านทางประสาทสัมผัส กระบวนการนี้เริ่มต้นจากการใช้ประสาทสัมผัสจากสิ่งเร้า และการจัดระบบสิ่งเร้าใหม่ภายในระบบการคิดในสมอง ภายหลังจากนั้นจึงจะแปลความหมายว่าสิ่งเร้าที่รับสัมผัสที่รับสัมผัสเข้ามานั้นคืออะไรขึ้นแปลความหมายเป็นขั้นที่อินทรีย์ใช้ประสบการณ์เก่าเป็นพื้นฐานของการแปลความหมาย

พิภพ วังเงิน (2547) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่า การรับรู้คืออาการสัมผัสที่มีความหมาย เป็นการแปลหรือตีความจากที่ได้รับสัมผัสออกมาเป็นสิ่งที่มีความหมายซึ่งเป็นที่รู้จักและเข้าใจกัน โดยอาศัยประสบการณ์เดิม

จากความหมายของการรับรู้ที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การรับรู้ของมนุษย์ หมายถึง การที่มนุษย์ได้รับตัวกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เข้ามาทางประสาทสัมผัส จากนั้นสมองมีการประมวลผลและตีความข้อมูลที่รับเข้ามาซึ่งในการตีความนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมของมนุษย์แต่ละคน

การรับรู้เป็นพื้นฐานของพฤติกรรมซึ่ง รัชนี นพเกตุ (2540) กล่าวว่า การรับรู้เป็นพื้นฐานของการทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมเข้ามากระทบกับอวัยวะรับความรู้สึกซึ่งจะส่งกระแสความรู้สึกนั้น ๆ ไปยังสมองเพื่อเกิดการตีความและเกิดการรับรู้ การรับรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของมนุษย์ต่อการดำรงชีวิตที่ขาดเสียไม่ได้

3. ลักษณะของการรับรู้

3.1 การรับรู้เป็นเอกภาพ (universal) ที่มนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรม และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้นจะเก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีต มาช่วยพิจารณาและให้ความหมายต่อสิ่งเร้าเช่นเดียวกับที่ผ่านมานั้นคือ การรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

3.2 การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (selective and subjective)

ถึงแม้ว่าจะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่เราไม่สามารถสรุปได้ว่าแต่ละบุคคล จะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกัน

3.3 การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในปัจจุบัน (action oriented in the present)

เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

3.4 การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) เราสามารถสังเกตเห็น การรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการแสดงออกระหว่าง หลายคนหรือภายในกลุ่มจึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้น อย่างไร

4. กระบวนการรับรู้

การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นไปตามขั้นตอน โดยเริ่มจากบุคคลรับพลังงานจาก สิ่งเร้าซึ่ง จะกระตุ้นประสาทสัมผัส ประสาทสัมผัสจะเข้ารหัสพลังงานนั้นผ่านมาทางประสาทและเส้นประสาทจะ ส่งข้อมูลต่อไปยังสมอง ซึ่งขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้านั้น ๆ ใน กระบวนการนี้ความสนใจ (Attention) ของบุคคลจะแสดงจะแสดงถึงความรู้สำนึกที่พุ่งไปที่สิ่งของที่ เป็นสิ่งเร้าประสาทสัมผัส และการรับรู้จะแสดงถึงลักษณะของสิ่งของในด้านรูปร่าง เสียง ความรู้สึก รส และกลิ่น

กระบวนการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ ต้องประกอบไปด้วยกระบวนการ ดังนี้

4.1 การสัมผัสหรืออาการสัมผัส บุคคลรับรู้สิ่งเร้าโดยการสัมผัสทั้ง 5 แล้วส่งต่อไป เป็นประสบการณ์ทางสมองเพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อไป

4.2 สัมผัสกับสิ่งเร้าทั้งหมด เนื่องจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการรับรู้และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมสะสมกันเรื่อยมา จนเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจได้ทันที แม้ว่าจะมีการสัมผัสสิ่งเร้าเป็นบางส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้การจัดระเบียบของสิ่งเร้าทำให้มองเห็นภาพโดยรวมได้ชัดเจน

4.3 การแปลความหมายของการสัมผัสกับการรับรู้มักจะควบคู่กันเสมอ ถ้าบุคคลถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าที่เคยพบเห็นมาก่อน บุคคลก็มักจะแปลความหมายโดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยพบเห็นมาแล้ว

4.4 ประสบการณ์เดิมกับการรับรู้ในการแปลความหมาย หรือการตีความของความรู้สึกรับรู้จากการสัมผัส เพื่อให้เกิดการรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น บุคคลจำเป็นต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมหรือความชัดเจนที่มีมาแต่อดีต บางทีการขาดความรู้หรือประสบการณ์เดิมก็ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้มาก

5. ความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้มีความสำคัญต่อ เจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อรับรู้แล้วย่อมเกิดความรู้สึกรู้ และเมื่ออารมณ์พัฒนาเป็นเจตคติแล้วพฤติกรรมจะเกิดตามมา นอกจากนั้นแล้วการรับรู้ยังมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่รับรู้การเรียนรู้ก็จะเกิดขึ้นไม่ได้ ในขณะที่เดียวกันการรับรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้และความจำเดิมจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าเป็นอะไร ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการนี้ คือ

สิ่งเร้า → ประสาทสัมผัสกับสิ่งเร้า → ตีความและรู้ความหมาย → เกิดสิ่งสมเป็นการเรียนรู้

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

จากการศึกษาแนวคิดของนักวิชาการ พอสรุปได้ว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

6.1 ผู้รับรู้ (The Perceiver) การตีความจะได้รับอิทธิพลจากลักษณะส่วนตัวของผู้รับรู้

6.2 เจตคติ (Attitudes) คือ แนวโน้มของบุคคลที่จะเข้าใจ รู้สึก และแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

6.3 แรงจูงใจ (Motives) แรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่กระตุ้นความต้องการที่ไม่เป็นที่พอใจหรือแรงจูงใจจะกระตุ้นพฤติกรรม

- 6.4 ประสบการณ์ในอดีต (Past Experiences) คนเรารับรู้สิ่งต่าง ๆ จากการศึกษาที่เรากำลังศึกษาอยู่ด้วย
- 6.5 ความคาดหวัง (Expectation) เป็นความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์
- 6.6 สถานการณ์ (Situation) เป็นสิ่งมองเห็นหรือเหตุการณ์สภาพแวดล้อมที่อยู่ภายนอกซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้
- 6.7 เป้าหมาย (Target) คือ สิ่งซึ่งถูกสังเกตว่าเป็นที่ยอมรับและรับรู้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

1. งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่งานวิจัยของ จูติพร อิงคถาวรวงศ์ (2550) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนอาชีวศึกษา Salau และคณะ (2012) ได้ศึกษาการประเมินผลเรื่องเอชไอวี/เอดส์เกี่ยวกับการรับรู้ การปฏิบัติเพื่อป้องกันของเยาวชนชนบทในรัฐเนซาราวาประเทศไนจีเรีย พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการติดเชื้อเอชไอวี สุขุมธนา สร้อยน้ำ และสุมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์ (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนบ้านหนองไยบัว ตำบลหนองกวาง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี รววรรษ วิไลเบญจวรรณ (2552) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ Morayo Jimoh (2012) พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนประเด็นที่มีความแตกต่างกันจากงานวิจัยของ Salau และคณะ (2012) พบว่าเพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในส่วนงานวิจัยของ สุขุมธนา สร้อยน้ำ และสุมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์ (2551) พบว่าอาชีพของผู้ปกครองมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้งานวิจัยของ Salau และคณะ (2012) พบว่าอายุมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

สรุปได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้แก่ ระดับการศึกษา เพศ อาชีพ อายุ

2. งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่งานวิจัยของ วริษา เจริญเวช (2544) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอชไอวีของนักเรียนวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรสาคร บัวลา ลอยหา (2552) วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดอำนาจเจริญ จิตติ ลาวัลย์ตระกูล (2553) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลหาดใหญ่ สุภาวิณี บัวจำรัส (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาในวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งจังหวัดชัยภูมิ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคเพื่อปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกับบัวลา ลอยหา (2552) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคเพื่อปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับปานกลาง การรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

สรุปได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคเพื่อปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

3. งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ งานวิจัยของ วริษา เจริญเวช (2544) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอชไอวีของนักเรียนวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรสาคร ณรงค์ฤทธิ์ ชูเรือง (2551) ศึกษาเรื่องการรับรู้วัฒนธรรมองค์การอย่างสร้างสรรค์ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัด

นครศรีธรรมราช นันทิตา จุไรทัศน์ย์ (2551) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกคน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น หน่วยตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกคน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกคนแตกต่างกันจะมีการดูแลตนเองต่างกัน

สรุปได้ว่าความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกคน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบเป็นเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบพรรณนา (Descriptive) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีมาใช้เป็นแนวทางสำหรับดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 การหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดพัทลุง มีจำนวน 11 อำเภอ ประชากรวัยรุ่น จำนวน 47,387 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2555)

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี จากครัวเรือนในจังหวัดพัทลุง ซึ่งอาศัยในจังหวัดพัทลุงขณะทำการสุ่มตัวอย่าง โดยได้จากการคำนวณ หาขนาด

กลุ่มตัวอย่างจากสูตรสำเร็จของ Taro Yamane (Yamane, อ้างถึงใน ชาญชัย เรืองขจร, 2554) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95 ดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากร

N = จำนวนประชากรในการวิจัย

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่กำหนด

แทนค่า

$$n = \frac{47,387}{1 + 47,387(0.05^2)}$$

$$= 397$$

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 397 คน

2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดำเนินการตามลำดับดังนี้

2.2.1 จังหวัดพัทลุง มีจำนวน 11 อำเภอ กำหนดร้อยละ 50 ของอำเภอในจังหวัดพัทลุง จำนวน 6 อำเภอ โดยการสุ่มตัวอย่างอำเภอ ใช้การสุ่มอย่างง่าย จับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling Without Replacement) จำนวน 6 อำเภอ

2.2.2 กำหนดโควตา อำเภอละ 3 ตำบล ใช้การสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่คืนที่ (Sampling Without Replacement) อำเภอละ 3 ตำบล จำนวน 18 ตำบล

2.2.3 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดสัดส่วนวัยรุ่นในแต่ละตำบลตามสัดส่วนของวัยรุ่นตำบลนั้น ๆ

2.2.4 การสุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ใช้การสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) ดังนี้

1) เรียงลำดับรายชื่อวัยรุ่นตามบ้านเลขที่ ที่มีวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี จากนั้นออกไปหามาก ในฐานข้อมูลของตำบลที่ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง

2) หาช่วงระหว่างหมายเลข โดยคำนวณจาก จำนวนประชากรหารด้วย จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ประชากรในตำบลหนึ่งมี 500 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน จำนวน 20 ตัวอย่าง ช่วงระหว่างหมายเลขคือ 25

3) จับฉลากเลือกจุดเริ่มต้นว่าควรจะเริ่มต้นสุ่มที่หมายเลขใด เช่น ได้หมายเลข 4 กลุ่มตัวอย่างจะเริ่มตั้งแต่หมายเลข 4 เรียงลำดับไปเรื่อย ๆ ทุก ๆ 25 หมายเลข จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 20 ตัวอย่างตามที่ต้องการ

4) สุ่มตัวอย่างจากวัยรุ่นในแต่ละตำบล จนครบ 18 ตำบล จำนวน 397 คน

2.2.5 เกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออก

1) เมื่อทำการเก็บข้อมูลและพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ หรือไปเก็บข้อมูลไม่พบกลุ่มตัวอย่างให้คัดกลุ่มตัวอย่างนั้น ๆ ออกไปจากการวิจัย

2) เมื่อได้ทำการคัดกลุ่มตัวอย่างออกไปจากพื้นที่ใดให้คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่นั้น ๆ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด เช่น อายุ เพศ และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้ที่สุดกับกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกไป

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายตำบล

ตำบล	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. ตำบลเกาะเต่า	1,242	41
2. ตำบลลานข่อย	940	31
3. ตำบลบ้านพร้าว	751	25
4. ตำบลเขาปู่	525	17
5. ตำบลเขาย่า	705	23
6. ตำบลตะพาน	450	16
7. ตำบลทะเลน้อย	645	21
8. ตำบลนาขยาด	649	21
9. ตำบลแพรงหา	418	13
10. ตำบลนาท่อม	359	12
11. ตำบลร่มเมือง	458	15
12. ตำบลโคกชะงาย	404	14
13. ตำบลชุมพล	786	26
14. ตำบลลำสินธุ์	563	18

ตาราง 1 (ต่อ)

ตำบล	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
15. ตำบลอ่าทอง	451	13
16. ตำบลโคกม่วง	1044	34
17. ตำบลเขาชัยสน	1344	44
18. ตำบลจองถนน	397	13
รวม	12,131	397

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ลักษณะของเครื่องมือ

แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

2. ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิทยาลัยในจังหวัดพัทลุง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพผู้ปกครอง ที่พักอาศัยขณะศึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเติมคำและแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะเป็นแบบคำถามถูก ผิด มี 3 คำตอบ คือ ถูก ผิด จำนวน 32 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายแบบทดสอบความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

คำถามเชิงบวก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

คำถามเชิงลบ ตอบถูกให้ 0 คะแนน ตอบผิด ให้ 1 คะแนน

การแปรผลค่าเฉลี่ยระดับของการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ระดับสูง คือคะแนนความรู้ ร้อยละ 80 – 100

ระดับปานกลาง คือคะแนนความรู้ ร้อยละ 60 – 79

ระดับต่ำ คือคะแนนความรู้ ต่ำกว่าร้อยละ 60

(นวรรต สุวรรณผ่อง และฉวีวรรณ บุญญา, 2542: 101)

ส่วนที่ 3 ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ

ในการสร้างแบบสอบถามได้ศึกษาที่มาของแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ที่พัฒนาโดยนักจิตวิทยาเพื่อวัดความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก คือแบบวัดและเคิร์ช แต่แบบวัดที่ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง และเป็นที่ยอมรับได้แก่ แบบวัดที่สร้างโดยวอลส์ตันและวอลส์ตัน ชื่อว่า The Health Locus of Control Scale (HLC Scale) ซึ่งประกอบด้วย 16 ข้อความ มีคำตอบให้เลือกแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 6 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่ามัธยฐาน เรียกว่า การควบคุมสุขภาพจากภายนอก (Health-Externals) ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำ ค่ามัธยฐาน เรียกว่า การควบคุมสุขภาพจากภายใน (Health-Internals)

อีก 2 ปีต่อมา Wallston และคณะ (1978) ได้ปรับปรุงดัดแปลงเครื่องมือใหม่เพื่อใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีหลายมิติ ชื่อว่า Multidimensional Health Locus Of Control Scale (MHLC Scale) มี 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ เนื้อหาการวัดมีดังนี้

2.1 The PHLC (Powerful Other Health Locus Of Control) Scale แบบวัดส่วนนี้ประเมินความเชื่อว่า สุขภาพส่วนบุคคลถูกกำหนดโดยผู้อื่นที่มีอำนาจ เช่น แพทย์ พยาบาล ครอบครัว หรือเพื่อน

2.2 The CHLC (Chance Health Locus Of Control) Scale แบบวัดส่วนนี้ประเมินความเชื่อว่าสุขภาพหรือความเจ็บป่วยส่วนบุคคลถูกกำหนดโดยโชคชะตาเคราะห์กรรม

2.3 The IHLC (Internal Health Locus Of Control) Scale แบบวัดส่วนนี้ประเมินความเชื่อว่าสุขภาพหรือความเจ็บป่วยส่วนบุคคลมีผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล

แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพหลายมิติ ((MHLC Scale)) ที่ Wallston และคณะสร้างขึ้น มี 2 รูปแบบ คือรูปแบบ A และ B

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพหลายมิติ ((MHLC Scale)) ที่ Wallston และคณะสร้างขึ้นโดยพัฒนาจาก 2 รูปแบบ คือรูปแบบ A และ B มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 6 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยมาก จำนวน 18 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ มีทั้งข้อความที่เป็นทางบวกและทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมาก	6	1
เห็นด้วยปานกลาง	5	2
เห็นด้วยน้อย	4	3
ไม่เห็นด้วยน้อย	3	4
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2	5
ไม่เห็นด้วยมาก	1	6

เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพใช้เกณฑ์
ขีดจำกัดบนในการแบ่งระดับดังนี้

มาก	ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพไม่เชื่อระดับ
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพไม่เชื่อระดับ
น้อย	ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายถึง ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพไม่เชื่อระดับ
น้อย	ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายถึง ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเชื่อระดับ
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.50	หมายถึง ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเชื่อระดับ
มาก	ค่าเฉลี่ย 5.51 - 6.50	หมายถึง ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเชื่อระดับ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วน
ประมาณค่าของลิเคอร์ท (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ (บุญธรรม กิจปริดาภิวัตน์, 2551: 329) จำนวน 7 ข้อ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ทำทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	4-7 ครั้งในเวลา 1 ปี
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ทำประมาณ 2-3 ครั้งในเวลา 1 ปี
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยทำเลย

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย แบบสอบถาม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี มีทั้งข้อความที่เป็นทางบวกและข้อความทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	0
ปฏิบัติบางครั้ง	2	1
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	1	2
ไม่เคยปฏิบัติ	0	3

เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ใช้ค่าเฉลี่ยของ คะแนนจากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีกำหนดอันตรายภาคชั้นคือ นำคะแนนเฉลี่ยสูงสุดซึ่งเท่ากับ 3 ลบด้วยคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 0.29หารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการคือ 3 อันตรภาคเท่ากับ 0.90 ได้ช่วงคะแนนเฉลี่ยแต่ละระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0.29 - 1.19 มีระดับพฤติกรรมไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 1.20 - 2.10 มีระดับพฤติกรรมค่อนข้างดี

ค่าเฉลี่ย 2.11 - 3.00 มีระดับพฤติกรรมดี

3. การหาคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

3.1.1 นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ ความครบถ้วนสมบูรณ์แล้วนำกลับมาแก้ไข

3.1.2 ทำตารางแจกแจงข้อคำถามในเครื่องมือที่ใช้หาข้อมูล ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

3.1.3 นำเครื่องมือที่แก้ไขเสร็จแล้วเข้าโครงการวิจัย ตารางแจกแจงข้อคำถามตาม วัตถุประสงค์การวิจัย และตารางประเมินข้อคำถามรายชื่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาจำนวน 3 คน ประเมินความเห็น

3.1.4 นำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาหาคำนวนหาค่าดัชนีความตรง ด้านเนื้อหา (Index of Consistency = IOC) เป็นรายชื่อ โดยใช้เกณฑ์กำหนดความเห็น ดังนี้

ค่า + 1 หมายความว่า ผู้ตรวจสอบแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสามารถใช้วัด ค่าตัวแปรที่จะศึกษาได้

ค่า 0 หมายความว่า ผู้ตรวจสอบไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสามารถใช้ วัดค่าตัวแปรที่จะศึกษาได้

ค่า-1 หมายความว่า ผู้ตรวจสอบแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สามารถใช้
วัดค่าตัวแปรที่จะศึกษาได้

เมื่อได้ผลคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิครบทุกท่านแล้ว ให้นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณ
ตามสูตรหาค่าดัชนีความสอดคล้อง

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

IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง
 $\sum R$ หมายถึง ค่าคะแนนรายข้อ ตามคุณพินิจของผู้ตรวจสอบหรือ
 ผู้ทรงคุณวุฒิ
 N หมายถึง จำนวนผู้ตรวจสอบหรือผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลที่ได้จากการคำนวณความสอดคล้อง ควรจะมีค่าดัชนีความสอดคล้อง
มากกว่าหรือเท่ากับ + 0.5 ขึ้นไปถึงจะถือว่าเป็นข้อคำถามที่สามารถนำไปใช้ในงานวิจัย แต่หากค่า
IOC น้อยกว่า + 0.5 และผู้วิจัยอาจมีความจำเป็นต้องใช้ข้อคำถามนั้น อาจทำได้โดยผู้วิจัยทำการพัฒนา
ปรับปรุงข้อคำถามนั้นให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำการตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ประกอบด้วย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง ตำแหน่ง คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
2. ดร.อาจินต์ สงทับ ตำแหน่ง วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
3. แพทย์หญิงจุฬารัตน์ เหมกุล ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาล
จิตเวชสงขลาธาราชนครินทร์

3.1.5 นำเครื่องมือที่ได้ให้กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ และแก้ไข
ปรับปรุง เป็นเครื่องมือ สำหรับนำไปทดสอบต่อไป

3.2 การหาค่าความเชื่อมั่น โดยการนำเครื่องมือไปทำการทดสอบ (Try Out) ในกลุ่มที่มี
ลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เก็บแบบสอบถามมารวบรวมและหาค่าความเชื่อมั่น
ใช้การวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้วิธีของคูเดอร์ริชชาร์ดสัน (Kuder-Richrdson) กับแบบทดสอบ
ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และวัดความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (The Coefficient of Alpha)

เกณฑ์การแปลผลความเชื่อมั่นมีดังนี้ (เกียรติสุดา ศรีสุข, 2552: 144)

0.00 – 0.20	หมายถึง ความเชื่อมั่นต่ำมากหรือไม่มีเลย
0.21 – 0.40	หมายถึง ความเชื่อมั่นต่ำ
0.41 - 0.70	หมายถึง ความเชื่อมั่นปานกลาง
0.71 – 1.00	หมายถึง ความเชื่อมั่นสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผลการทดสอบเครื่องมือดังนี้
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.76

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.86

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เพื่อขอทำวิจัยในพื้นที่
2. ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชนระดับตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. เตรียมข้อมูล สุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้
4. ประสานงานกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชนที่คัดเลือกตัวอย่าง และคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย ตำบลละ 1 คน
5. อบรมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 18 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีเก็บข้อมูลตาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ถูกต้อง
6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย แจกแบบสอบถามซึ่งมีแบบขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ให้ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างลงลายชื่อในแบบสอบถามแล้วดึงมาเก็บไว้ ส่วนแบบสอบถามให้ กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จแล้วให้พับใส่ซองที่แจกให้ นำไปส่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหรือผู้วิจัยมาเก็บกลับ

7. ผู้ช่วยวิจัย และ ผู้วิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม เก็บเพิ่มหากพบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนตามรหัสที่ให้ไว้ในแบบสอบถาม ดำเนินการจนครบ 18 ตำบล 397 ชุด

8. ในกรณีที่ไปเก็บข้อมูลแล้วปรากฏว่าไม่พบกลุ่มตัวอย่าง ให้เก็บจากวัยรุ่นที่อายุใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และใกล้บ้านกลุ่มตัวอย่างที่ไม่พบในรายนั้น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิเคราะห์โดยสถิติต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติร้อยละ
2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น จังหวัดพัทลุง ใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ใช้สถิติค่าเฉลี่ย
4. วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ใช้สถิติความสัมพันธ์ ไคสแคว (Chi-Square) ซึ่งในการหาความสัมพันธ์ด้วยค่า ไคสแคว (Chi-Square) ได้แบ่งกลุ่มข้อมูลบุคคลดังนี้
 - 4.1 อายุ ได้แบ่งตาม ระยะเวลาของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยได้รวมวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-13 ปีและวัยรุ่นตอนกลางอายุ 14 -17 ปี เข้าด้วยกันเป็นกลุ่มอายุ 13-17 ปี ส่วนวัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-19 ปี เป็นอีกหนึ่งกลุ่ม
 - 4.2 การพักอาศัยอยู่กับได้แบ่งใหม่ตามความสัมพันธ์ การดูแลเอาใจใส่ เพื่อทำให้เกิดความรักความเข้าใจ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่อาศัยอยู่ โดยแบ่งเป็น อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาเป็นกลุ่มที่ 1 ส่วนในกลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย พักอาศัยกับบิดา หรือมารดา หรือญาติ รวมทั้งการพักอาศัยในลักษณะอื่น ๆ เช่น เช่าบ้าน
 - 4.3 อาชีพผู้ปกครอง ได้แบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 อาชีพเกษตร กลุ่มที่ 2 อาชีพประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย รับจ้าง ข้าราชการบำนาญ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รวมทั้งผู้ที่ไม่มีงานทำและอาชีพอื่น ๆ
5. วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพในวัยรุ่นจังหวัดพัทลุง ใช้สถิติความสัมพันธ์ไคสแคว (Chi-Square) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ได้แบ่งระดับความเชื่อจาก 6 ระดับ

ออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับเชื่อ ได้แก่ ระดับเชื่อน้อย เชื่อปานกลาง เชื่อมาก และระดับไม่เชื่อ ได้แก่ ไม่เชื่อน้อย ไม่เชื่อปานกลาง และไม่เชื่อมาก

6. วัดประสงฆ์ข้อที่ 5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อ ด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นใน จังหวัดพัทลุง ใช้สถิติ ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยเรื่องความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง จำนวน 397 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ
4. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
5. การทดสอบสมมติฐาน

ข้อมูลส่วนบุคคล

การนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง อาศัยอยู่กับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ดังตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงที่ใช้ในการวิจัย (n = 397)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	202	50.88
หญิง	195	49.12

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
13 ปี	35	8.82
14 ปี	31	7.81
15 ปี	59	14.86
16 ปี	75	18.89
17 ปี	80	20.15
18 ปี	76	19.14
19 ปี	41	10.33
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	127	31.99
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	270	68.01
อาศัยอยู่กับ		
บิดาและมารดา	289	72.80
บิดา	25	6.30
มารดา	61	15.37
ญาติ	10	2.52
อื่นๆ	12	3.02
อาชีพผู้ปกครอง/บิดามารดา		
ไม่ได้ทำงาน	13	3.27
เกษตรกร	217	54.66
ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย	66	16.62
รับจ้าง	73	18.39
ข้าราชการบำนาญ / รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	22	5.54
อาชีพอื่น ๆ	6	1.51

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ช่องทางรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
โทรทัศน์	376	94.71
หนังสือพิมพ์	188	47.36
วิทยุ	130	32.75
อาสาสมัครสาธารณสุข	126	31.74
อินเทอร์เน็ต	58	14.61

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือเพศชายร้อยละ 50.88 เพศหญิงร้อยละ 49.12 กลุ่มตัวอย่างอายุ 17 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 20.15 รองลงมา คือ อายุ 18 ปี ร้อยละ 19.14 ส่วนกลุ่มตัวอย่างอายุ 14 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 7.81 การศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด ร้อยละ 68.01 และมัธยมศึกษาต้น ร้อยละ 31.99 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดามีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 72.80 รองลงมาอาศัยกับมารดา ร้อยละ 15.37 อาศัยกับญาติมีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 2.52 อาชีพของผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 54.66 รองลงมา อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 18.39 ประกอบอาชีพอื่น ๆ จำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 1.51 ช่องทางรับรู้ข่าวสารจากสื่อจากโทรทัศน์มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 94.71 รองลงมารับรู้ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 47.36 และรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตมีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 14.61

ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูก - ผิด เกี่ยวกับความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายชื่อ (n = 397)

ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค				
1. เชื้อเอชไอวีเป็นเชื้อที่สามารถติดต่อกันได้	389	97.98	8	2.02
2. การรับเชื้อเอชไอวีซ้ำหลาย ๆ ครั้งมีโอกา เป็นโรคเอดส์มากขึ้น	343	86.40	54	13.60
3. เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อผ่านเลือดและ อสุจิเท่านั้น	257	64.73	140	35.26
4. เชื้อเอชไอวีมีมากที่สุดในเลือด	299	75.31	98	24.69
5. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	330	83.12	67	16.88
6. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงโดย ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอวี	377	94.96	20	5.04
7. การมีเพศสัมพันธ์มีโอกาเสี่ยงต่อการติด เชื้อเอชไอวี	357	89.92	40	10.08
8. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	373	93.95	24	6.05
9. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักไม่เสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี	297	74.81	100	25.79
10. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ ถุงยางอนามัยมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี	294	74.06	103	25.94
11. การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรค ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีมากขึ้น	298	75.06	99	24.94

ตาราง 3 (ต่อ)

ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	372	93.70	25	6.30
13. การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสดูเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	279	70.28	118	29.72
14. การเจาะหู ตักผิวหนัง ตักคิ้ว โดยการใช้เข็มร่วมกับผู้อื่นเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	326	82.12	71	17.88
15. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	313	78.84	84	21.16
16. ปัจจัยกระตุ้นทางเพศ คือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และใช้สื่อลามก	357	89.92	40	10.08
การรับรู้ความรุนแรงของโรค				
1. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง	374	94.21	23	5.79
2. เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้	369	92.95	28	7.05
3. การติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่ปรากฏอาการ ผู้ที่ติดเชื้อ ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี	352	88.66	45	11.34
4. การติดเชื้อเอชไอวีไม่ทำให้ร่างกายมีโอกาสติดเชื้อโรคอื่นแทรกซ้อน	265	66.75	132	33.25
5. อาการแสดงระยะเริ่มปรากฏอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ มีไข้ ท้องเสีย ผื่นผื่น อักเสบ น้ำหนักลด	340	85.64	57	14.36
6. การติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการรุนแรง เรียกว่า ระยะโรคเอดส์	356	89.68	41	10.33
7. ปัจจุบันมียารักษาผู้ที่ติดเชื้อระยะโรคเอดส์ให้หายจากโรคได้	226	56.93	171	43.07

ตาราง 3 (ต่อ)

ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ				
1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาการเข้าถึงคมน้อยลง กั้วตั้งคมและเพื่อนบ้านรังเกียจ	358	90.18	39	9.82
2. การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพียงครั้งเดียวเมื่อมี เพศสัมพันธ์ ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	277	69.77	120	30.23
3. การติดเชื้อเอชไอวีติดต่อกันได้โดยผ่านเข็ม ฉีดยา	340	85.64	57	14.36
การรับรู้อุปสรรค				
1. การฉีกถุงยางอนามัยที่ถูกต้องให้ฉีกถุงยาง อนามัยให้พ้นบริเวณรอยฉีก	287	72.29	110	27.71
2. ถุงยางอนามัยใช้ได้ 3 ปี นับจากวันผลิต	222	55.92	175	44.08
3. การบีบปลายถุงยางอนามัยเพื่อไล่ลมไม่ควร ทำเพราะจะทำให้ถุงยางอนามัยแตกได้	254	63.98	143	36.02
4. การใช้ถุงยางอนามัยทำให้แพ้ถุงยางได้	258	64.99	139	35.01
5. การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศ ลดลง	226	56.93	171	43.07
6. ถ้าใช้ถุงยางแล้วรู้สึกฝืดใช้โลชั่นหรือน้ำมัน ทาผิวทาบริเวณด้านนอกของถุงยางอนามัย	227	57.18	170	42.82

จากตาราง 3 พบว่าคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุดในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ 3 ลำดับแรก คือ เชื้อเอชไอวีสามารถติดผ่านเลือดและอสุจิเท่านั้น ร้อยละ 35.26 รองลงมาคือ การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 29.72 และไม่ทราบว่า การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ ถุงยางอนามัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 25.94

คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุดในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรค 3 ลำดับแรกคือปัจจุบันมียารักษาผู้ที่ติดเชื้อระยะโรคเอดส์ให้หายจากโรคได้ ร้อยละ 43.07 รองลงมาการติดเชื้อ

เอชไอวีไม่ทำให้ร่างกายมีโอกาสติดเชื้อโรคอื่นแทรกซ้อน ร้อยละ 33.25 และอาการแสดงระยะเริ่มปรากฏอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ มีไข้ ท้องเสีย ผิวน้ำหนักลด ร้อยละ 14.36

คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุดในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ 3 ลำดับแรก คือ การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพียงครั้งเดียวเมื่อมีเพศสัมพันธ์ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 30.23 รองลงมาการติดเชื้อเอชไอวีติดต่อกันได้โดยผ่านเข็มฉีดยา ร้อยละ 14.36 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาการเข้าสังคมน้อยลง กลัวสังคมและเพื่อนบ้านรังเกียจ ร้อยละ 9.82

คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุดในเรื่องการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ 3 ลำดับแรก คือถุงยางอนามัยใช้ได้ 3 ปี นับจากวันผลิต ร้อยละ 44.08 รองลงมาการใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ร้อยละ 43.07 และถ้าใช้ถุงยางแล้วรู้สึกฝืด ใช้โลชั่นหรือน้ำมันทาผิว ทาบบริเวณด้านนอกของถุงยางอนามัย ร้อยละ 42.82

ความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ตามตาราง 3 สามารถนำมาแปรผลเป็น 3 ระดับ คือความเชื่อระดับสูง ความเชื่อระดับปานกลาง ความเชื่อระดับต่ำ แสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละระดับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง (n = 397)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ					
	ต่ำ	ร้อยละ	ปานกลาง	ร้อยละ	สูง	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	23	5.79	113	28.46	261	65.74
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	42	10.58	98	24.65	257	64.74
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	31	7.81	148	37.28	218	54.91
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	256	64.48	104	26.20	37	9.32

ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงมากที่สุดในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร้อยละ 65.74 รองลงมาได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ร้อยละ 64.74 ต่ำที่สุดได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ร้อยละ 9.32

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจโชคชะตา ความเชื่ออำนาจตนเอง แบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพออกเป็น 6 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยมาก แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง (n = 397)

สถานการณ์	ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง ด้านสุขภาพ						ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผล
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วยมาก			
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น									
1. เมื่อนั้นรู้สึกไม่สบายฉันจะปรึกษาแพทย์	245 (61.71)	80 (20.15)	40 (10.08)	16 (4.03)	12 (3.02)	4 (1.01)	5.30	1.10	มีความเชื่อปานกลาง
2. บุคลากรวิชาชีพเกี่ยวกับสุขภาพมีอิทธิพลต่อระดับสุขภาพของฉัน	40 (10.08)	104 (26.20)	95 (23.93)	59 (14.86)	63 (15.87)	36 (9.07)	3.73	1.48	มีความเชื่อเล็กน้อย
3. ฉันจะหายป่วยเพราะได้รับการดูแลอย่างดีจากบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล บุคคลในครอบครัว เป็นต้น	205 (51.64)	102 (25.69)	43 (10.83)	17 (4.28)	18 (4.53)	12 (3.02)	5.07	1.30	มีความเชื่อปานกลาง
4. การระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพของฉันกระทำตามคำแนะนำของแพทย์	140 (35.26)	133 (33.50)	83 (20.91)	20 (5.04)	17 (4.28)	4 (1.01)	4.87	1.14	มีความเชื่อปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

สถานการณ์	ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง ด้านสุขภาพ						ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผล
	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย มาก			
5. การหลีกเลี่ยงจาก ความเจ็บป่วยที่ดี ที่สุดคือการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของ แพทย์	179 (45.09)	126 (31.74)	59 (14.86)	15 (3.78)	7 (1.76)	11 (2.77)	5.06	1.16	มีความ เชื่อปาน กลาง
6. ความคิดหลักของ ฉันคือระดับสุขภาพ มาจากการกระทำ ของตนเอง	119 (29.98)	159 (40.05)	68 (17.13)	27 (6.80)	17 (4.28)	7 (1.76)	4.79	1.17	มีความ เชื่อปาน กลาง
ความเชื่ออำนาจโชคชะตา									
1. เมื่อฉันป่วย โชคชะตาจะเป็น ตัวกำหนดว่าจะหาย หรือไม่	17 (4.28)	23 (5.79)	44 (11.08)	55 (13.85)	60 (15.11)	198 (49.87)	2.21	1.50	ไม่เชื่อ ปาน กลาง
2. การป่วยเป็นเรื่อง โชคชะตา	14 (3.53)	25 (6.30)	30 (7.56)	71 (17.88)	67 (16.88)	190 (47.86)	2.18	1.44	ไม่เชื่อ ปาน กลาง
3. การป่วยเป็นเหตุ สุดวิสัย	66 (16.63)	81 (20.40)	89 (22.42)	67 (16.88)	44 (11.08)	50 (12.59)	3.77	1.60	มีความ เชื่อ น้อย
4. การป่วยเป็นเรื่อง บังเอิญ	24 (6.05)	43 (10.83)	52 (13.10)	64 (16.12)	82 (20.66)	132 (33.25)	2.66	1.59	ไม่เชื่อ น้อย
5. โชคชะตาทำให้มี สุขภาพดี	15 (3.78)	22 (5.54)	39 (9.82)	67 (16.88)	68 (17.13)	186 (46.85)	2.21	1.45	ไม่เชื่อ ปาน กลาง
6. การไม่ป่วยเกิดจาก ความโชคดี	79 (19.90)	72 (18.14)	55 (13.85)	58 (14.61)	46 (11.59)	87 (21.91)	3.54	1.84	มีความ เชื่อ น้อย
ความเชื่ออำนาจภายในตน									
1. เมื่อฉันป่วย พฤติกรรมของฉัน เป็นสิ่งกำหนดว่า จะหายป่วยเมื่อไร	62 (15.62)	147 (37.03)	62 (15.62)	34 (8.56)	41 (10.33)	51 (12.85)	4.01	1.63	มีความ เชื่อ น้อย
2. เมื่อฉันป่วยสาเหตุ การป่วยมาจากตัว ฉันเอง	103 (25.95)	130 (32.75)	86 (21.66)	32 (8.06)	28 (7.05)	18 (4.53)	4.49	1.38	มีความ เชื่อ น้อย

ตาราง 5 (ต่อ)

สถานการณ์	ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง ด้านสุขภาพ						ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผล
	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย อย่างมาก			
3. ระดับสุขภาพของฉันขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนเอง	220 (55.42)	110 (27.71)	46 (11.59)	7 (1.76)	6 (1.51)	8 (2.02)	5.28	1.06	มีความ เชื่อ ปาน กลาง
4. ความคิดหลักของ ฉันคือระดับสุขภาพ มาจากการกระทำ ของตนเอง	119 (29.98)	159 (40.10)	68 (17.13)	27 (6.80)	17 (4.28)	7 (1.76)	4.79	1.17	มีความ เชื่อ ปาน กลาง
5. ถ้าฉันปฏิบัติตน ถูกต้อง ฉันจะดำรง อยู่อย่างมีสุขภาพดี	232 (58.44)	108 (27.20)	31 (7.81)	4 (1.01)	12 (3.02)	10 (2.52)	5.29	1.14	มีความ เชื่อ ปาน กลาง
6. ถ้าฉันระมัดระวัง ตนเอง ฉัน สามารถหลีกเลี่ยง จากความเจ็บป่วย	219 (55.16)	110 (27.71)	38 (9.57)	12 (3.02)	9 (2.67)	9 (2.67)	5.24	1.13	มีความ เชื่อ ปาน กลาง

จากตาราง 5 พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากที่สุดในเรื่อง เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะปรึกษาแพทย์ ค่าเฉลี่ย 5.30 (S.D=1.10) รองลงมาฉันจะหายป่วย เพราะได้รับการดูแลอย่างดีจากบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล บุคคลในครอบครัว เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 5.07 (S.D =1.13) และต่ำสุดเรื่อง บุคลากรวิชาชีพเกี่ยวกับสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับสุขภาพของฉันค่าเฉลี่ย 3.73 (S.D = 1.48)

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจโชคชะตามากที่สุดในเรื่องการป่วยเป็นเหตุสุดวิสัยค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D = 1.60)รองลงมาการไม่ป่วยเกิดจากความโชคดีค่าเฉลี่ย 3.54 (S.D = 1.84) และต่ำสุด การป่วยเป็นเรื่องโชคชะตา ค่าเฉลี่ย 2.18 (S.D = 1.44)

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนมากที่สุดในเรื่องถ้าฉันปฏิบัติตนถูกต้อง ฉันจะดำรงอยู่อย่างมีสุขภาพดี ค่าเฉลี่ย 5.29 (S.D = 1.14) รองลงมา ระดับสุขภาพของฉันขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนเอง ค่าเฉลี่ย 5.28 (S.D = 1.06) และต่ำสุด เมื่อฉันป่วย พฤติกรรมของฉันเป็นสิ่งกำหนดว่าจะหายป่วยเมื่อไร ค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D = 1.63)

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ความเชื่ออำนาจโชคชะตา ความเชื่ออำนาจภายในตน สามารถนำมาแปลผล 6 ระดับ ได้แก่ มีความเชื่อระดับมาก มีความเชื่อระดับปานกลาง มีความเชื่อระดับน้อย ไม่เชื่อระดับน้อย ไม่เชื่อระดับปานกลาง ไม่เชื่อระดับมาก ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ (n = 397)

ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น		
มีความเชื่อระดับมาก	58	14.61
มีความเชื่อระดับปานกลาง	206	51.89
มีความเชื่อระดับน้อย	109	27.46
ไม่เชื่อระดับน้อย	15	3.78
ไม่เชื่อระดับปานกลาง	7	1.76
ไม่เชื่อระดับมาก	2	0.50
โดยรวมความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ระดับเชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 4.72 S.D.=0.86)		
ความเชื่ออำนาจโชคชะตา		
มีความเชื่อระดับมาก	4	1.01
มีความเชื่อระดับปานกลาง	17	4.28
มีความเชื่อระดับน้อย	53	13.35
ไม่เชื่อระดับน้อย	131	33.00
ไม่เชื่อระดับปานกลาง	144	36.27
ไม่เชื่อระดับมาก	48	12.09
โดยรวมความเชื่ออำนาจโชคชะตา อยู่ในระดับไม่เชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.64, S.D. = 1.06)		

ตาราง 6 (ต่อ)

ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่ออำนาจภายในตน		
มีความเชื่อระดับมาก	60	15.11
มีความเชื่อระดับปานกลาง	219	55.16
มีความเชื่อระดับ น้อย	96	24.18
ไม่เชื่อระดับน้อย	12	3.02
ไม่เชื่อระดับปานกลาง	8	2.02
ไม่เชื่อระดับมาก	2	0.50
โดยรวมความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับเชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 4.77 S.D. = 0.85)		

จากตาราง 6 พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงมีความเชื่ออำนาจผู้อื่น โดยรวมอยู่ในระดับเชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 4.72 S.D.=0.86) ความเชื่ออำนาจโชคชะตา อยู่ในระดับไม่เชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.64, S.D. = 1.06) และความเชื่ออำนาจภายในตน อยู่ในระดับเชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 4.77 S.D. = 0.85)

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดโดยรวมนำเสนอดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง วัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง (n = 397)

ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มีความเชื่อระดับมาก	5	1.26
มีความเชื่อระดับปานกลาง	75	18.89
มีความเชื่อระดับ น้อย	262	65.99
ไม่เชื่อระดับน้อย	44	11.08
ไม่เชื่อระดับปานกลาง	11	2.77
ไม่เชื่อระดับมาก	0	0
โดยรวมความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับเชื่อน้อย (ค่าเฉลี่ย = 4.05 S.D.=0.68)		

จากตาราง 7 พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมีความเชื่อระดับเชื่อน้อย (ค่าเฉลี่ย = 4.05, S.D.= 0.68) ร้อยละ 65.99

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ได้ศึกษาพฤติกรรมออกเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมาก ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติ แสดงดังตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงเป็นรายชื่อ (n = 397)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	การปฏิบัติ				ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผล
	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ			
1. การสัมผัสเลือดของผู้อื่น	7 (1.76)	73 (18.39)	125 (31.49)	192 (48.36)	2.26	0.82	พฤติกรรมดี
2. การสัมผัสเลือดผู้อื่นขณะมีบาดแผล	9 (2.27)	58 (14.61)	138 (34.76)	192 (48.36)	2.29	0.80	พฤติกรรมดี
3. การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	6 (1.51)	3 (0.76)	9 (2.27)	379 (95.47)	2.92	0.43	พฤติกรรมดี
4. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด	2 (0.50)	4 (1.06)	4 (1.01)	387 (97.48)	2.95	0.31	พฤติกรรมดี
5. การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น	12 (3.02)	55 (13.85)	88 (22.17)	242 (61.69)	2.41	0.84	พฤติกรรมดี
6. การใช้เข็มเจาะหูร่วมกับผู้อื่น	1 (0.25)	11 (2.77)	24 (6.05)	361 (90.93)	2.4	0.8	พฤติกรรมดี
7. การสักผิวหนัง หรือสักคิ้ว โดยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น	3 (0.76)	5 (1.26)	14 (3.53)	375 (94.46)	2.92	0.38	พฤติกรรมดี

จากตาราง 8 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมดีที่สุดคือ การไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.31) รองลงมาได้แก่ การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย 2.92 (S.D.= 0.43) ซึ่งเท่ากับกับพฤติกรรมการสักผิวหนัง หรือ สักคิ้วโดยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่นค่าเฉลี่ย 2.92 (S.D.= 0.38)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงสามารถนำมาแปลผล 3 ระดับ คือ พฤติกรรมดี พฤติกรรมค่อนข้างดี พฤติกรรมไม่ดี แสดงดังตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง (n = 397)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมดี	264	66.50
ระดับพฤติกรรมค่อนข้างดี	102	25.69
ระดับพฤติกรรมไม่ดี	31	7.81
โดยรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 2.59 S.D.= 0.63)		

จากตาราง 9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดีค่าเฉลี่ย 2.59 (S.D.= 0.63) ร้อยละ 66.50 รองลงมาคือระดับพฤติกรรมค่อนข้างดี ร้อยละ 25.69 และระดับพฤติกรรมไม่ดีขึ้น้อยที่สุด ร้อยละ 7.81

การทดสอบสมมติฐาน

1. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา พักอาศัยอยู่กับ อาชีพผู้ปกครอง ช่องทางรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Chi-Square โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นำเสนอในรูปแบบตาราง ดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่ม ตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ตัวแปรข้อมูล ส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม			รวม	χ^2	P - value
	ดี	ค่อนข้างดี	ไม่ดี			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
1. เพศ						
ชาย	139(35.01 %)	49 (12.34%)	7 (1.76%)	202 (50.88%)	1.07	0.58
หญิง	125(31.49 %)	53 (13.35%)	17 (4.28%)	195 (49.12%)		
2. อายุ						
อายุ 13-17 ปี	191(48.11%)	71(17.88%)	18(4.53%)	280 (70.53%)	2.78	0.25
อายุ 18-19 ปี	73 (47.10%)	31(7.81%)	13(3.27%)	117 (29.47%)		
3. ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาตอนต้น	77(19.40%)	42(10.58%)	8(2.02%)	127(31.99%)	5.47	0.07
มัธยมศึกษาตอนปลาย	187(47.10%)	60(15.11%)	23(5.79%)	270(68.01%)		
4. บุคคลที่พักอาศัย						
พักอาศัยกับบิดาและมารดา	198(49.87%)	69(17.38%)	22(5.54%)	289(72.80%)	2.07	0.37
ไม่พักอาศัยกับบิดาและมารดา	66(16.62%)	33(8.31%)	9(2.27%)	108(27.20%)		
5. อาชีพ						
ผู้ปกครอง						
เกษตรกร	139(35.01%)	61(15.37%)	17(4.28%)	217(54.66%)	1.52	0.47
อาชีพอื่น ๆ	125(31.49%)	41(10.33%)	14(3.53%)	180(45.34%)		

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปรข้อมูล ส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม			รวม จำนวน	χ^2	P - value
	ดี	ค่อนข้างดี	ไม่ดี			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
6. การรับรู้ข่าวสาร						
ทางโทรทัศน์						
ไม่ได้รับข่าวสาร	13(3.27%)	4(1.01%)	4(1.01%)	21(9.82%)	5.04	0.54
ได้รับข่าวสาร	251(63.22%)	98(24.69%)	27(6.80%)	376(90.18%)		
7. การรับรู้ข่าวสาร						
ทางหนังสือพิมพ์						
ไม่ได้รับข่าวสาร	133(33.50%)	63(15.87%)	13(3.27%)	209(52.64%)	5.37	0.07
ได้รับข่าวสาร	131(33.00%)	39(9.82%)	18(4.53%)	188(47.36%)		
8. การรับรู้ข่าวสาร						
ทางวิทยุ						
ไม่ได้รับข่าวสาร	174(43.83%)	72(18.14%)	21(5.29%)	267(67.25%)	0.74	0.69
ได้รับข่าวสาร	90(22.67%)	30(7.56%)	10(2.52%)	130(32.75%)		
9. รับรู้ข่าวสารจาก						
อสม.						
ไม่ได้รับข่าวสาร	174(43.83%)	75(18.89%)	22(5.54%)	271(68.26%)	2.09	0.35
ได้รับข่าวสาร	90(22.67%)	27(6.80%)	9(2.27%)	126(31.74%)		
10. การรับรู้ข่าวสาร						
จากอินเทอร์เน็ต						
ไม่ได้รับข่าวสาร	224(56.42%)	85(21.41%)	30(7.56%)	339(85.39%)	3.63	0.16
ได้รับข่าวสาร	40(10.08%)	17(4.28%)	1(0.25%)	58(14.61%)		

จากตาราง 10 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่พักอาศัย อาชีพของผู้ปกครอง การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ การรับรู้ข่าวสารจากอสม. และการรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

2. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา พักอาศัยอยู่กับ อาชีพผู้ปกครอง ช่องทางรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อกับความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นำเสนอในรูปแบบตาราง ดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ตัวแปรข้อมูล ส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ			รวม	χ^2	P - value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
1. เพศ						
ชาย	68(17.13%)	113(28.46%)	21(5.29%)	202(50.88%)	2.75	0.25
หญิง	16(4.03%)	98(24.69%)	81(20.40%)	195(49.12%)		
2. อายุ						
อายุ 13-17 ปี	96 (24.18%)	154(38.79%)	30(7.56%)	280(70.52%)	5.26	0.07
อายุ 18-19 ปี	53(13.35%)	57(14.35%)	7(1.76%)	117(29.47%)		
3. ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาตอนต้น	43(10.83%)	67(16.88%)	17(4.28%)	127(31.99%)	3.99	0.14
มัธยมศึกษาตอนปลาย	106(26.70%)	144(36.72%)	20(5.04%)	270(68.01%)		
4. บุคคลที่พักอาศัย						
พักอาศัยกับบิดาและมารดา	111(27.96%)	147(37.03%)	31(7.81%)	289(72.80%)	3.32	0.17
ไม่พักอาศัยกับบิดาและมารดา	38(9.57%)	64(16.12%)	6(1.51%)	108(27.20%)		
5. อาชีพผู้ปกครอง						
เกษตรกร	81(20.40%)	115(28.98%)	21(5.29%)	217(54.66%)	0.07	0.96
อาชีพอื่น ๆ	68(17.13%)	96(24.18%)	16(4.03%)	180(45.23%)		

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปรข้อมูล ส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ			รวม	χ^2	P - value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
6. การรับรู้ข่าวสาร						
ทางโทรทัศน์						
ไม่ได้รับข่าวสาร	17(4.28%)	18(4.53%)	4(1.01%)	39(9.82%)	0.86	0.65
ได้รับข่าวสาร	132(33.25%)	193(48.62%)	33(8.32%)	358(90.18%)		
7. การรับรู้ข่าวสาร						
ทางหนังสือพิมพ์						
ไม่ได้รับข่าวสาร	76(19.14%)	111(27.96%)	22(5.54%)	209(52.65%)	0.85	0.65
ได้รับข่าวสาร	73(18.39%)	100(25.19%)	15(3.78%)	188(47.36%)		
8. การรับรู้ข่าวสาร						
ทางวิทยุ						
ไม่ได้รับข่าวสาร	101(25.44%)	142(35.77%)	24(6.05%)	267(67.25%)	0.12	0.94
ได้รับข่าวสาร	48(12.09%)	69(17.38%)	13(3.28%)	130(32.75%)		
9. รับรู้ข่าวสารจาก						
อสม.						
ไม่ได้รับข่าวสาร	94(23.68%)	150(37.78%)	27(6.80%)	271(68.26%)	3.00	0.22
ได้รับข่าวสาร	55(13.85%)	61(15.37%)	10(2.52%)	126(31.79%)		
10. การรับรู้ข่าวสาร						
จากอินเทอร์เน็ต						
ไม่ได้รับข่าวสาร	113(28.46%)	183(46.10%)	37(9.32%)	333(83.88%)	15.5**	0.001
ได้รับข่าวสาร	36(9.09%)	28(7.03%)	0(0.00%)	64(16.12%)		

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

จากตาราง 11 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่พักอาศัย อาชีพของผู้ปกครอง การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ และการรับรู้ข่าวสารจาก อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง แต่การรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์กับความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

3. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา พักอาศัยอยู่กับ อาชีพผู้ปกครอง ช่องทางรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ กับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Chi-Square โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นำเสนอในรูปแบบตาราง ดังตาราง 12-15

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ		รวม	χ^2	P - value
	เชื่อ	ไม่เชื่อ			
	จำนวน	จำนวน			
1. เพศ					
ชาย	189 (47.61 %)	13(3.27%)	202 (50.88%)	0.11	0.74
หญิง	184 (46.35%)	11(3.77%)	195 (49.12%)		
2. อายุ					
อายุ 13-17 ปี	260 (65.49 %)	20 (5.04%)	202(%)	2.02	0.16
อายุ 18-19 ปี	113 (28.46%)	4 (1.01%)	195(%)		
3. ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษาตอนต้น	117 (29.47 %)	10 (2.52%)	127 (31.99%)	1.10	0.29
มัธยมศึกษาตอนปลาย	256 (64.48 %)	14 (3.53%)	270 (68.01%)		
4. บุคคลที่พักอาศัย					
พักอาศัยกับบิดา และมารดา	270 (68.01 %)	19 (4.79%)	289 (72.80%)	0.52	0.47
ไม่พักอาศัยกับบิดา และมารดา	103 (25.94%)	5 (1.26%)	108 (27.20%)		
5. อาชีพผู้ปกครอง					
เกษตรกร	170 (42.82%)	10 (2.52%)	180 (45.34%)	0.14	0.71
อาชีพอื่น ๆ	203 (51.13 %)	14 (3.53%)	217 (54.66%)		

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ		รวม	χ^2	P - value
	เชื่อ	ไม่เชื่อ			
	จำนวน	จำนวน			
6. การรับรู้ข่าวสาร					
ทางโทรทัศน์					
ไม่ได้รับข่าวสาร	35 (8.82%)	4 (1.01%)	39 (9.82%)	1.35	0.25
ได้รับข่าวสาร	338 (85.14%)	20 (5.04%)	358 (90.18%)		
7. การรับรู้ข่าวสาร					
ทางหนังสือพิมพ์					
ไม่ได้รับข่าวสาร	193 (48.64%)	16 (4.03%)	209 (52.64%)	2.02	1.16
ได้รับข่าวสาร	180 (45.34%)	8 (2.02%)	188 (47.36%)		
8. การรับรู้ข่าวสาร					
ทางวิทยุ					
ไม่ได้รับข่าวสาร	247 (62.22%)	20 (5.04%)	267 (67.25%)	3.00	0.83
ได้รับข่าวสาร	126 (31.72%)	4 (1.01%)	130 (32.74%)		
9. รับรู้ข่าวสารจาก					
อสม.					
ไม่ได้รับข่าวสาร	251 (63.22%)	20 (5.04%)	271 (68.26%)	2.67	0.10
ได้รับข่าวสาร	122 (30.73%)	4 (1.01%)	126 (31.74%)		
10. การรับรู้ข่าวสาร					
จากอินเทอร์เน็ต					
ไม่ได้รับข่าวสาร	312 (78.59%)	21 (5.29%)	333 (83.88%)	0.25	0.62
ได้รับข่าวสาร	61 (15.36%)	3 (0.76%)	64 (16.12%)		

จากตาราง 12 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่พักอาศัย อาชีพของผู้ปกครอง การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ การรับรู้ข่าวสารจาก อสม. และการรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจผู้อื่นของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจ โศกชะตาของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ		รวม	χ^2	P - value
	เชื่อ	ไม่เชื่อ			
	จำนวน	จำนวน			
1. เพศ					
ชาย	40 (10.08%)	162 (40.81%)	202 (50.88%)	0.37	0.55
หญิง	34 (8.56%)	161 (40.55%)	195 (49.12%)		
2. อายุ					
อายุ 13-17 ปี	55 (13.85 %)	225 (56.68%)	280 (70.53 %)	0.63	0.43
อายุ 18-19 ปี	19 (4.79 %)	98 (24.69 %)	117 (29.47 %)		
3. ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษาตอนต้น	22 (5.54%)	105 (26.45%)	127 (31.99%)	0.24	0.64
มัธยมศึกษาตอนปลาย	52 (13.10%)	218 (54.91%)	270 (68.01%)		
4. บุคคลที่พักอาศัย					
พักอาศัยกับบิดาและมารดา	53 (13.35%)	236 (59.45%)	289 (72.80%)	0.06	0.80
ไม่พักอาศัยกับบิดาและมารดา	21 (5.29%)	87 (21.91%)	108 (27.20%)		
5. อาชีพผู้ปกครอง					
เกษตรกรกรรม	33 (8.31%)	147 (37.03%)	180 (45.34%)	0.02	0.89
อาชีพอื่น ๆ	41 (10.33%)	176 (44.33%)	217 (54.66%)		
6. การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์					
ไม่ได้รับข่าวสาร	8 (2.02%)	31 (7.81%)	39 (9.82%)	0.10	0.75
ได้รับข่าวสาร	66 (16.62%)	292 (73.55%)	358 (90.18%)		
7. การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์					
ไม่ได้รับข่าวสาร	45 (11.34%)	164 (41.31%)	209 (52.64%)	2.43	0.12
ได้รับข่าวสาร	29 (7.30%)	159 (40.05%)	188 (47.36%)		

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ		รวม	χ^2	P - value
	เชื่อ	ไม่เชื่อ			
	จำนวน	จำนวน			
8. การรับรู้ข่าวสาร					
ทางวิทยุ					
ไม่ได้รับข่าวสาร	48 (12.09%)	219 (55.16%)	267 (67.25%)	0.24	0.63
ได้รับข่าวสาร	26 (6.55%)	104 (26.20%)	130 (32.74%)		
9. รับรู้ข่าวสารจาก					
อสม.					
ไม่ได้รับข่าวสาร	55 (13.85%)	216 (54.41%)	271 (68.26%)	2.72	0.44
ได้รับข่าวสาร	19 (4.79%)	107 (26.95%)	126 (31.74%)		
10. การรับรู้ข่าวสาร					
จากอินเทอร์เน็ต					
ไม่ได้รับข่าวสาร	65 (16.37%)	268 (67.51%)	333 (83.88%)	1.05	0.31
ได้รับข่าวสาร	9 (2.28%)	55 (13.85%)	64 (16.12%)		

จากตาราง 13 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่พักอาศัย อาชีพของผู้ปกครอง การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ การรับรู้ข่าวสารจาก อสม. และการรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจโชคละตาดของวัยรุ่นในจังหวัดพิจิตร

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจในตนของกลุ่มตัวอย่าง
วัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ		รวม	χ^2	P - value
	เชื่อ	ไม่เชื่อ			
	จำนวน	จำนวน			
1. เพศ					
ชาย	192 (48.36 %)	10 (2.52%)	202 (50.88%)	0.27	0.60
หญิง	183 (46.10%)	12 (3.02%)	195 (49.12%)		
2. อายุ					
อายุ 13-17 ปี	264 (66.50%)	16 (4.03%)	280 (70.53 %)	0.05	0.82
อายุ 18-19 ปี	111 (27.96 %)	6 (1.51%)	117 (29.47 %)		
3. ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษาตอนต้น	116 (29.22%)	11(2.77%)	127 (31.99%)	3.42	0.06
มัธยมศึกษาตอนปลาย	259 (65.24 %)	11(2.77%)	270 (68.01%)		
4. บุคคลที่พักอาศัย					
พักอาศัยกับบิดาและมารดา	273 (68.77 %)	16 (4.03%)	289 (72.80%)	0.00	0.10
ไม่พักอาศัยกับบิดาและมารดา	102 (25.69 %)	6 (1.51%)	108 (27.20%)		
5. อาชีพผู้ปกครอง					
เกษตรกร	174 (43.83%)	6 (1.51%)	180 (45.34%)	3.07	0.08
อาชีพอื่น ๆ	101(25.44%)	16 (4.03%)	217 (54.66%)		
6. การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์					
ไม่ได้รับข่าวสาร	35 (8.82%)	4 (1.01%)	39 (9.82%)	1.84	0.18
ได้รับข่าวสาร	340 (85.64%)	18 (4.53%)	358 (90.18%)		
7. การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์					
ไม่ได้รับข่าวสาร	196 (49.37%)	13 (3.27%)	209 (52.64%)	0.39	0.53
ได้รับข่าวสาร	179 (45.09%)	9 (2.27%)	188 (47.36%)		

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ		รวม	χ^2	P - value
	เชื่อ	ไม่เชื่อ			
	จำนวน	จำนวน			
8. การรับรู้ข่าวสาร					
ทางวิทยุ					
ไม่ได้รับข่าวสาร	253 (63.73%)	14 (3.53%)	267 (67.25%)	0.14	0.71
ได้รับข่าวสาร	122 (30.73%)	8 (2.02%)	130 (32.74%)		
9. รับรู้ข่าวสารจาก					
อสม.					
ไม่ได้รับข่าวสาร	256 (64.48%)	15 (3.78%)	271 (68.26%)	0.0	1.0
ได้รับข่าวสาร	119 (29.97%)	7 (1.76%)	126 (31.74%)		
10. การรับรู้ข่าวสาร					
จากอินเทอร์เน็ต					
ไม่ได้รับข่าวสาร	312 (78.59%)	21 (5.29%)	333 (83.88%)	2.31	0.13
ได้รับข่าวสาร	63 (15.87%)	1 (0.25%)	64 (16.12%)		

จากตาราง 14 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่พักอาศัย อาชีพของผู้ปกครอง การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ การรับรู้ข่าวสารจาก อสม. และการรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายในตัวของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ตาราง 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ		รวม	χ^2	P - value
	เชื่อ	ไม่เชื่อ			
	จำนวน	จำนวน			
1. เพศ					
ชาย	171 (43.07%)	31 (7.81%)	202 (50.88%)	0.77	0.38
หญิง	171 (43.07 %)	24 (6.05%)	195 (49.12%)		
2. อายุ					
อายุ 13-17 ปี	242 (60.96%)	38 (9.57%)	280 (70.53 %)	0.06	0.90
อายุ 18-19 ปี	100 (25.19%)	17 (4.28%)	117 (29.47 %)		
3. ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษาตอนต้น	107 (26.95 %)	20 (5.04%)	127 (31.99%)	0.56	0.45
มัธยมศึกษาตอนปลาย	235 (59.13 %)	35 (8.82%)	270 (68.01%)		
4. บุคคลที่ปรึกษา					
ปรึกษากับบิดาและมารดา	242 (60.96 %)	42 (10.59%)	289 (72.80%)	0.41	0.52
ไม่ปรึกษากับบิดาและมารดา	95 (23.93 %)	13 (3.27%)	108 (27.20%)		
5. อาชีพผู้ปกครอง					
เกษตรกร	160 (40.30%)	20 (5.04%)	180 (45.34%)	2.08	0.15
อาชีพอื่น ๆ	182 (45.84%)	35 (8.82%)	217 (54.66%)		
6. การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์					
ไม่ได้รับข่าวสาร	33 (8.31%)	6 (1.51%)	39 (9.82%)	0.06	0.77
ได้รับข่าวสาร	309 (77.83%)	49 (12.34%)	358 (90.18%)		
7. การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์					
ไม่ได้รับข่าวสาร	174 (43.83%)	35 (8.82%)	209 (52.64%)	3.09	0.08
ได้รับข่าวสาร	168 (42.32%)	20 (5.04%)	188 (47.36%)		

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเชื่อ		รวม	χ^2	P - value
	เชื่อ	ไม่เชื่อ			
	จำนวน	จำนวน			
8. การรับรู้ข่าวสารทาง					
วิทยุ					
ไม่ได้รับข่าวสาร	230 (57.93%)	37 (9.32%)	267 (67.25%)	0.00	0.10
ได้รับข่าวสาร	112 (28.21%)	18 (4.53%)	130 (32.74%)		
9. รับรู้ข่าวสารจาก อสม.					
ไม่ได้รับข่าวสาร	228 (57.43%)	43 (10.83%)	271 (68.26%)	2.90	0.09
ได้รับข่าวสาร	114 (28.72%)	12 (3.02%)	126 (31.74%)		
10. การรับรู้ข่าวสารจาก					
อินเทอร์เน็ต					
ไม่ได้รับข่าวสาร	288 (72.54%)	45 (11.33%)	333 (83.88%)	0.20	0.65
ได้รับข่าวสาร	54 (13.60 %)	10 (2.52%)	64 (16.12%)		

จากตาราง 15 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่พักอาศัย อาชีพของผู้ปกครอง การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ การรับรู้ข่าวสารจาก อสม. และการรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

4. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson s Correlation Coefficient) นำเสนอดังตาราง 16

ตาราง 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ตัวแปร	ค่าทางสถิติ	
	r	P-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.07	0.15
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.14**	0.006
การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	0.14**	0.005
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	0.04	0.47
โดยรวมความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	0.13**	0.008

**ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

จากตาราง 16 พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

5. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson s Correlation Coefficient) นำเสนอดังตาราง 17

ตาราง 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

ตัวแปร	ค่าทางสถิติ	
	r	P-value
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	0.10*	0.04
ความเชื่ออำนาจโชคชะตา	0.05	0.36
ความเชื่ออำนาจภายในตน	0.10*	0.04
ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ	0.06	0.25

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตาราง 17 พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพโดยรวมและความเชื่ออำนาจโชคชะตาไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง แต่ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = 0.10, 0.10$) กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 18 สรุปการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ได้จากการวิจัย

ตัวแปร	ความสัมพันธ์	ตัวแปร	สอดคล้องกับ งานวิจัยของ	ขัดแย้งกับ งานวิจัยของ
1. อายุ	ไม่สัมพันธ์	พฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี		Salau,
2. เพศ	ไม่สัมพันธ์	พฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี	Salau,	บังอร เทพเทียนและคณะ Morayo Jimoh.
3. ระดับ การศึกษา	ไม่สัมพันธ์	พฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี	สุมณา สร้อยน้ำ และ สุมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์	จิตติพร อิงคดาวรวงศ์
4. บุคคลที่พัก อาศัย	ไม่สัมพันธ์	พฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี		สุภาวิณี บัวจำรัส
5. อาชีพ ผู้ปกครอง	ไม่สัมพันธ์	พฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี	สุมณา สร้อยน้ำ และ สุมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์	
6. ช่องทางรับรู้ ข่าวสาร	ไม่สัมพันธ์	พฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี		พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และคณะ
7. ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่สัมพันธ์	ความเชื่อตามแบบ แผนจำลองความ เชื่อด้านสุขภาพ		
8. ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่สัมพันธ์	ความเชื่ออำนาจ ตนเองด้านสุขภาพ		
9. ความเชื่อ ตามแบบ แผนจำลอง ความเชื่อ ด้านสุขภาพ	สัมพันธ์	พฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี	สุภาวิณี บัวจำรัส วริษา เจริญเวช จิตติ ลาวัลย์ตระกูล	บัวลา ลอยหา
10. ความเชื่อ อำนาจ ตนเองด้าน สุขภาพ	ไม่สัมพันธ์	พฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี	วริษา เจริญเวช (บางส่วน)	วริษา เจริญเวช (บางส่วน) ณรงค์ฤทธิ์ ชูเรือง นันท์ทิศา จูไรทัศน์ย์

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง สามารถสรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะได้ดังนี้

สรุปผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าพบว่าคุณลักษณะเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือเพศชาย ร้อยละ 50.88 เพศหญิง ร้อยละ 49.12 อายุ 17 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 22.15 รองลงมา คือ อายุ 18 ปี ร้อยละ 19.14 อายุ 14 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 7.81 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 68.01 และมีมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.99 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดามีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 72.80 รองลงมาอาศัยกับมารดา ร้อยละ 15.37 อาศัยกับญาติมีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 2.52 อาชีพของผู้ปกครอง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 54.66 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 18.39 ประกอบอาชีพอื่น ๆ จำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 1.51 ช่องทางรับรู้ข่าวสารจากสื่อจากโทรทัศน์มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 94.71 รองลงมารับรู้ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 47.36 และรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 14.61

2. ความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.74 รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.74 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.91 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติระดับต่ำ ร้อยละ 9.32 โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ เอชไอวี เป็นเชื้อที่สามารถติดต่อกันได้ ร้อยละ 97.98 รองลงมาการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงโดยไม่ใช้

หญิงอายุน้อยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และตอบถูกน้อยที่สุดคือเชื้อเอชไอวี สามารถติดต่อผ่านเลือด และอสุจิเท่านั้น ร้อยละ 64.73

การรับรู้ความรุนแรงของโรคซ้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงร้อยละ 94.21 รองลงมา เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ ร้อยละ 92.95 และตอบถูกน้อยที่สุดคือปัจจุบันมียารักษาผู้ที่ติดเชื้อระยะ โรคเอดส์ให้หายจากโรคได้ ร้อยละ 56.93

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ซ้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาการเข้าสังคมน้อยลง กลัวสังคมและเพื่อนบ้านรังเกียจ ร้อยละ 90.18 รองลงมา การติดเชื้อเอชไอวีติดต่อกันได้โดยผ่านเข็มฉีดยา ร้อยละ 85.64 และตอบถูกน้อยที่สุดคือการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพียงครั้งเดียวเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 69.77

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ซ้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ การฉีกถุงยางอนามัยที่ถูกต้องให้ฉีกถุงยางอนามัยให้พื้นบริเวณรอยฉีก ร้อยละ 72.29 รองลงมาการใช้ถุงยางอนามัยทำให้แพ้ถุงยางได้ ร้อยละ 64.99 และตอบถูกน้อยที่สุดคือถุงยางอนามัยใช้ได้ 3 ปี นับจากวันผลิต ร้อยละ 55.92

3. ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจโชคชะตา ความเชื่ออำนาจภายในตน สามารถนำมาแปลผล 6 ระดับ ได้แก่ มีความเชื่อระดับมาก มีความเชื่อระดับปานกลาง มีความเชื่อระดับน้อย ไม่เชื่อระดับน้อย ไม่เชื่อระดับปานกลาง ไม่เชื่อระดับมาก

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ระดับเชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 4.72, S.D.= 0.86) ความเชื่ออำนาจโชคชะตา อยู่ในระดับไม่เชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.64, S.D. = 1.06) ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับเชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 4.77, S.D. = 0.85)

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับเชื่ออ่อน (ค่าเฉลี่ย = 4.05, S.D.=0.68)

เมื่อแยกรายข้อ พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากที่สุดในเรื่อง เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะปรึกษาแพทย์ ค่าเฉลี่ย 5.30 (S.D.=1.10) รองลงมา ฉันจะหายป่วย เพราะได้รับการดูแลอย่างดีจากบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล บุคคลในครอบครัว เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 5.07 (S.D.=1.13) และต่ำสุดเรื่อง บุคลากรวิชาชีพเกี่ยวกับสุขภาพมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับสุขภาพของฉันค่าเฉลี่ย 3.73 (S.D.= 1.48)

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจโชคชะตามากที่สุดในเรื่องการป่วยเป็นเหตุสุดวิสัยค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D = 1.60) รองลงมาการไม่ป่วยเกิดจากความโชคดีค่าเฉลี่ย 3.54 (S.D = 1.84) และต่ำสุด การป่วยเป็นเรื่องโชคชะตา ค่าเฉลี่ย 2.18 (S.D = 1.44)

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนมากที่สุดในเรื่องถ้าฉันปฏิบัติตนถูกต้อง ฉันจะดำรงอยู่อย่างมีความสุข ค่าเฉลี่ย 5.29 (S.D = 1.14) รองลงมา ระดับสุขภาพของฉันขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนเอง ค่าเฉลี่ย 5.28 (S.D = 1.06) และต่ำสุด เมื่อนั้นป่วย พฤติกรรมของฉันเป็นสิ่งกำหนดว่าจะหายป่วยเมื่อไร ค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D = 1.63)

4. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นจังหวัดพัทลุง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมดี ก่อนข้างดี และพฤติกรรมไม่ดี โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดี ร้อยละ 66.50 รองลงมา ระดับก่อนข้างดี ร้อยละ 25.69 และระดับพฤติกรรมไม่ดีน้อยที่สุด ร้อยละ 7.81 โดยพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมดีที่สุดคือ การไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.31) รองลงมาได้แก่ การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย 2.92 (S.D.= 0.43) ซึ่งเท่ากันกับพฤติกรรมการสักผิวหนัง หรือสักคิวโดยใช่เข็มร่วมกับผู้อื่นค่าเฉลี่ย 2.92 (S.D.= 0.38)

5. การทดสอบสมมติฐาน

5.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การพักอาศัยอยู่กับ อาชีพผู้ปกครอง ช่องทางรับรู้ข่าวสาร ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ การรับรู้ข่าวสารจาก อสม.และการรับรู้ข่าวสารทางอินเทอร์เน็ต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

5.2 การทดสอบสมมติฐานระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การพักอาศัยอยู่กับ อาชีพผู้ปกครอง ช่องทางรับรู้ข่าวสาร ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ และการรับรู้ข่าวสารจาก อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ส่วนการรับรู้ข่าวสารทางอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่สามารถหาความสัมพันธ์ได้ การรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจโชคชะตา และการรับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายในตน

5.4 การทดสอบสมมติฐานระหว่างความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง พบว่าความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

5.5 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพโดยรวมและความเชื่ออำนาจโชคชะตาไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง แต่ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = 0.10, 0.10$) กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 เพศ จากการศึกษารั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกันมาก การที่มีกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพศใกล้เคียงกันมากนั้น เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ดี

แทนประชากรกลุ่มตัวอย่างได้ในด้านเพศได้ดี ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าเพศของวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ซึ่งในปัจจุบันเพศที่ต่างกันก็ไม่มี ความแตกต่างด้านการเรียนรู้ การปฏิบัติ ซึ่งมีผลมาจากรับวัฒนธรรมจากตะวันตก การเข้าถึงสื่อโดยไม่ จำกัดเพศ วัยรุ่นหญิงสามารถเปิดเผยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พุดคุย ในกลุ่มเพื่อน พ่อ แม่ เกี่ยวกับเรื่อง เพศสัมพันธ์ได้มากขึ้น ไม่แตกต่างจากวัยรุ่นเพศชาย

1.2 อายุ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง วัยรุ่นกลุ่มที่มีอายุ 13-17 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 18-19 ปี มีพฤติกรรมเหมือนกัน เนื่องจากวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่ม มีความสามารถมีโอกาสเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้ไม่ แตกต่างกัน เช่น สื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต อาสาสมัครสาธารณสุข

1.3 ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณฑา สร้อยน้ำ และ สุมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์ (2551: 34) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนบ้านหนองไยบัว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ เนื่องจาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ของวัยรุ่นแม้ระดับการศึกษาต่างกันแต่สถานศึกษา ไม่ได้มีการเรียนการสอนเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือเนื้อหาหรือประเด็น คล้ายกันนี้ หรือมีสอนในสถานศึกษาแต่ระยะเวลาในการสอนมีน้อย วัยรุ่นได้รับข่าวสารจากสื่อ ต่าง ๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต อาสาสมัครสาธารณสุข และโอกาสใน การเข้าถึงสื่อของวัยรุ่นไม่แตกต่างกันมากนัก ทำให้วัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรม ไม่แตกต่างกัน

1.4 บุคคลที่พักอาศัย พบว่าส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 72.80 และปัจจัยด้านที่พักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นใน จังหวัดพัทลุง สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวิณี บัวจรัส (2554: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัด ชัยภูมิพบว่ากลุ่มตัวอย่างพักอาศัยกับบิดาและมารดา ร้อยละ 86.30 การพักอาศัยกับบิดามารดา ทำให้

กลุ่มตัวอย่างอยู่ในครอบครัวที่สมบูรณ์ มีความอบอุ่นและได้รับการเอาใจใส่ในการเลี้ยงดู การแนะนำในการปฏิบัติตนของบิดามารดาอย่างใกล้ชิด ทำให้วัยรุ่นปฏิบัติตนเหมาะสม มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าวัยรุ่นที่ไม่พักอาศัยกับบุคคลอื่น

1.5 อาชีพผู้ปกครอง อาชีพผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองมีเกษตรกรรม ร้อยละ 54.66 ซึ่งพบว่าอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ชัดแจ้งกับ การศึกษา ของ สุมนทนา สร้อยน้ำ และสุมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์ (2551: 34) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนบ้านหนองไยบัว อำเภอไพศาราม จังหวัดราชบุรีพบว่าอาชีพผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์

1.6 ช่องทางรับรู้ข่าวสาร

1.6.1 การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.71 สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวรรษ วิไลเบญจวรรณ (2552: 35) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ ร้อยละ 89 การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง การได้รับความรู้ที่ถูกต้องจากสื่อจะทำให้วัยรุ่นรู้วิธีปฏิบัติตน การรับรู้ข่าวสารควรครอบคลุมเนื้อหาทุก ๆ ด้าน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์เนื่องจากมีข้อจำกัดของค่าใช้จ่ายของสื่อด้านเวลา ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นสื่อทางโทรทัศน์ส่วนใหญ่ในการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องเอดส์ จึงใช้ระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้เนื้อหาในการประชาสัมพันธ์จึงไม่ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด อาจแนะนำเสนอเฉพาะที่ผู้จัดทำสื่อเห็นว่ามีความสำคัญ ผู้รับข่าวสารจึงได้เนื้อหาไม่ครอบคลุม แต่เป็นสื่อที่มีความสะดวกในการเข้าถึงของวัยรุ่นและประชาชนทั่วไป นอกจากวัยรุ่นจะได้ข่าวสารจากโทรทัศน์แล้ว วัยรุ่นได้รับข่าวสารจากแหล่งอื่น ๆ ด้วย

1.6.2 การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.43 สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวรรษ วิไลเบญจวรรณ (2552: 35) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทางหนังสือพิมพ์/วารสาร/

นิตยสาร ร้อยละ 55.58 การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

1.6.3 การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ กลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลข่าวสารจากวิทยุน้อย ร้อยละ 32.75 สอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณ วิไลเบญจวรรณ (2552: 35) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทางวิทยุ ร้อยละ 20.56 การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง เนื่องจากสื่อวิทยุไม่เป็นที่นิยม ไม่น่าสนใจ และมีช่องทางสื่ออื่น ๆ ที่น่าสนใจเข้าถึงได้ง่ายกว่าสื่อวิทยุ

1.6.4 การรับรู้ข่าวสารจาก อสม. กลุ่มตัวอย่างรับรู้ข้อมูลข่าวสารจาก อสม. น้อย ร้อยละ 31.74 การรับรู้ข่าวสารจากอสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง แม้ว่าอสม. จะกระจายอยู่ทั่วชุมชนที่วัยรุ่นอาศัยอยู่แต่มีข้อจำกัดในเรื่ององค์ความรู้ของอสม. ต่อเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี การพูดคุยระหว่างอสม. กับวัยรุ่นในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ก็ต้องหาโอกาสที่จะพูดคุยซึ่งทักษะการสื่อสารของ อสม. ส่วนใหญ่อาจยังขาดทักษะ ทำให้โอกาสที่จะให้ความรู้วัยรุ่นน้อยลง

1.6.5 การใช้อินเทอร์เน็ต พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 14.61 ซึ่งการใช้ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวรรณ วิไลเบญจวรรณ (2552: 35) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 38.58 ขัดแย้งกับการศึกษาของของสุภาวิณี บัวจรัส (2554: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักศึกษามหาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 84.77 การใช้อินเทอร์เน็ต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง การใช้อินเทอร์เน็ต เป็นการเข้าถึงข้อมูลที่ครอบคลุม สามารถรู้ถึงรายละเอียดปลีกย่อย เป็นช่องทางสื่อสารที่ดี แต่ยังมีอุปสรรคสำหรับพื้นที่ที่เครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่ทั่วถึง รวมทั้งความสนใจของวัยรุ่นด้วย หากวัยรุ่นไม่สนใจในเรื่องเอดส์ ไม่อยากรู้ การเข้าถึงของสื่อแทบไม่มี

2. ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาคำถามเชื่อความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง มีประเด็นสำคัญอภิปรายผลดังนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูงร้อยละ 65.74 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี บัวจรัส (2554: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคถูกต้องที่สุดในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเชื่อที่สามารถติดต่อกันได้ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์และการมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ถูกต้องน้อยเช่น การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคกามโรคทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีว่าสามารถติดต่อกันได้ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ การมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข่าวสาร จากสถาบันการศึกษาที่มีการเรียนการสอนเรื่องนี้ รับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น จากโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และอินเทอร์เน็ต ที่นำเสนอข่าวสารที่สำคัญเนื้อหาของสื่อครอบคลุมถึงการติดต่อของโรค ในเรื่องโรคนี้ติดต่อถึงผู้อื่นได้ การป้องกันโรค ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ซ้ำหลาย ๆ ครั้งผ่านสื่อ สัมผัสเป็นความเชื่อของวัยรุ่นและเป็นความเชื่อที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากจึงทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง ในทางตรงกันข้าม การไม่ครอบคลุมของเนื้อหาของสื่อ ในเรื่องการติดต่อของโรค เช่น การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรคทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ทำให้การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างน้อยลงจึงทำให้มีความถูกต้องน้อยลงตามไปด้วย เนื้อหาสื่อจาก

โทรทัศน์ไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างใช้สื่อมาก ส่วนสื่อที่มีความครอบคลุมเนื้อหาทุกเรื่อง เช่น อินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างใช้เหล่านั้นน้อยสื่อน้อย ทำให้การรับรู้ไม่ครอบคลุมเนื้อหา ทำให้บางข้อมีการรับรู้ถูกต้องน้อย

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรครอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.74 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวิณี บัวจรัส (2554: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรครอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เมื่อภูมิคุ้มกันลดลงทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย รวมทั้งอาการแสดงระยะเริ่มปรากฏอาการได้แก่ มีไข้ ท้องเสีย ผิวน้ำหนักเสบน้ำหนักลด กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถูกต้องสูง

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.91 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวิณี บัวจรัส (2554: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.59)

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ระดับต่ำ ร้อยละ 9.32 ขัดแย้งกับการศึกษาของสุภาวิณี บัวจรัส (2554: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.59)

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงถูกต้องมาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง เนื่องจากสื่อนำเสนอเรื่องความรุนแรงของโรคและอาการของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติคนที่ถูกต้องได้ครอบคลุมจากสื่อหลายๆ ช่องทาง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงและรับรู้แต่สื่อบางช่องทางที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก เช่น สื่อโทรทัศน์ มีความจำกัดด้านเวลาและค่าใช้จ่ายที่สูง ทำให้มีเวลานำเสนอเนื้อหาไม่สามารครอบคลุมเนื้อหาทุกประเด็น ส่วนสื่อที่มีเนื้อหาครอบคลุม เช่น อินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างใช้ช่องทางนี้น้อยมาก ทำให้การรับรู้ไม่ครอบคลุมเนื้อหาของเอชไอวีทุกเรื่อง โดยเฉพาะเนื้อหาของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เช่น เรื่องการใช้อย่างอนามัยที่ถูกต้อง ทำให้การรับรู้ในข้อมูลเหล่านี้ถูกต้องน้อยลง

3. ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเชื่อน้อย (ค่าเฉลี่ย = 4.05 S.D.=0.68) แบ่งเป็น ความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับเชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 4.72, S.D.= 0.86) ความเชื่ออำนาจโชคชะตา อยู่ในระดับไม่เชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.64, S.D. = 1.06) ความเชื่ออำนาจภายในตนเองอยู่ในระดับเชื่อปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 4.77, S.D. = 0.85) ขัดแย้งกับการศึกษาของวริษา เจริญเวช (2544: 69) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์ของนักเรียนวัยรุ่น ซึ่งพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเองอยู่ในระดับสูง ความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง และ ความเชื่ออำนาจบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง

แต่อย่างไรก็ตามสุริย์ กาญจนวงศ์ (2551: 86) ได้กล่าวว่า ลักษณะความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ที่มี ความเชื่ออำนาจภายในตนเองและความเชื่ออำนาจผู้อื่นสูงกว่าความเชื่ออำนาจโชคชะตา ทำให้บุคคลมีลักษณะการปรับตัวสูงคือเชื่อว่าสุขภาพสามารถควบคุมได้จากตัวเองหรือผู้อื่น โดยไม่เชื่อในเคราะห์กรรมหรือโชคชะตา สามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาตามแนวคิดของสติ๊กแลนด์ (Strickland, 1978: 353-358) ที่เชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตน การแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นบวกก็จะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพที่ดีของตนอยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นนั้นมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจโชคชะตามีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับดวง โชคชะตา และมักเป็นคนเฉื่อยชาไม่กระตือรือร้น ไม่สนใจแสวงหาความรู้ในการป้องกันโรคและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

ผู้วิจัยเห็นว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ความเชื่ออำนาจภายในตนเองอยู่ในระดับเชื่อปานกลาง ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นอยู่ในระดับเชื่อปานกลาง วัยรุ่นมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตน การแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพที่ดีของตนอยู่เสมอและมี ความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่

มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพต้องให้คำแนะนำให้วัยรุ่นมีความรู้เรื่องอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อสร้างความเชื่อให้วัยรุ่น

4. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง โดยรวมอยู่ในระดับ พฤติกรรมดี ร้อยละ 66.50 สอดคล้องกับ การศึกษาของวรวรรษ วิไลเบญจวรรณ (2552: 46) ซึ่งได้ ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ในระดับสูง ร้อยละ 52.54 และขัดแย้งการศึกษาของสุมณฑา สร้อยน้ำ และสุมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์ (2551: 42) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้นในโรงเรียนบ้านหนองไยบัว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน โรคเอดส์ในระดับน้อย ร้อยละ 88.1

5. การทดสอบสมมติฐาน

5.1 ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

5.1.1 เพศ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น ปฏิเสธสมมติฐานของผู้วิจัย ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีดี สอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรษ วิไลเบญจวรรณ (2552: 46) ซึ่งได้ ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่าความแตกต่างด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน โรคเอดส์ ขัดแย้งกับการศึกษาของ สุมณฑา สร้อยน้ำ และสุมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์ (2551: 33) ได้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคเอดส์ของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนบ้านหนองไยบัว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีพบว่า ปัจจัยด้าน เพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อปฏิบัติในการป้องกัน โรคเอดส์ เนื่องจากเพศที่ต่างกันมีความแตกต่างด้าน การเรียนรู้ การปฏิบัติ ซึ่งมีผลมาจากวัฒนธรรมและสังคม วัยรุ่นหญิงสามารถเปิดเผย แลกเปลี่ยน

เรียนรู้ พุดคุย ในกลุ่มเพื่อน พ่อ แม่ เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ซึ่งมีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้น้อยกว่าวัยรุ่นชาย

5.1.2 อายุ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ปฏิเสธสมมติฐานของผู้วิจัย วัยรุ่นกลุ่มที่มีอายุ 13-17 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 18-19 ปี มีพฤติกรรมค่อนข้างดีเหมือนกัน เนื่องจากวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่ม มีความสามารถในการรับรู้ มีโอกาสในการเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้ไม่แตกต่างกัน เช่น สื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต อาสาสมัครสาธารณสุข

5.1.3 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ปฏิเสธสมมติฐานของผู้วิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของสมณฑา สร้อยน้ำ และสมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์ (2551: 34) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนบ้านหนองไยบัว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ เนื่องจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของวัยรุ่นแม้ระดับการศึกษาต่างกันแต่สถานศึกษาไม่ได้มีการเรียนการสอนเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือเนื้อหาลักษณะคล้ายกันนี้ หรือมีสอนในสถานศึกษาแต่ระยะเวลาในการสอนมีน้อย วัยรุ่นได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต อาสาสมัครสาธารณสุข และโอกาสในการเข้าถึงสื่อของวัยรุ่นไม่แตกต่างกันมากนัก ทำให้วัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน

5.1.4 บุคคลที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ปฏิเสธสมมติฐานของผู้วิจัย ขัดแย้งกับการศึกษาของสุภาวณี บัวจรัส (2554: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิพบว่ากลุ่มตัวอย่างพักอาศัยกับบิดาและมารดา ร้อยละ 86.30 การพักอาศัยกับบิดามารดา ทำให้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในครอบครัวที่สมบูรณ์ มีความอบอุ่นและได้รับการเอาใจใส่ในการเลี้ยงดู การแนะนำในการปฏิบัติตนของบิดามารดาอย่างใกล้ชิด ทำให้วัยรุ่นปฏิบัติตนเหมาะสมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าวัยรุ่นที่ไม่พักอาศัยกับบุคคลอื่น

5.1.5 อาชีพผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ปฏิเสธสมมติฐานของผู้วิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของสุมนทนา สร้อยน้ำ และสุมาลี วงศ์สุรเศรษฐ์ (2551: 34) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นใน โรงเรียนบ้านหนองไยบัว อำเภอ โพนาราม จังหวัดราชบุรีพบว่าอาชีพผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์

5.1.6 ช่องทางรับรู้ข่าวสาร

(1) การรับรู้ข่าวสารทางโทรทัศน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ปฏิเสธสมมติฐานของผู้วิจัย

(2) การรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ปฏิเสธสมมติฐานของผู้วิจัย

(3) การรับรู้ข่าวสารทางวิทยุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ปฏิเสธสมมติฐานของผู้วิจัย

(4) การใช้อินเทอร์เน็ต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ปฏิเสธสมมติฐานของผู้วิจัย

5.2 ข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อตามแบบแผนจำลองความเชื่อด้าน สุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ขัดแย้งกับสมมติฐานของผู้วิจัยที่ว่า ข้อมูลส่วนบุคคลมี ความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ที่ระดับ นัยสำคัญ 0.05 จากการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง ที่พักอาศัย ช่องทาง การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร ยกเว้นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจาก อินเทอร์เน็ตกับความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 ยอมรับสมมติฐานของผู้วิจัย

5.3 ข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ขัดแย้งกับสมมติฐานของผู้วิจัยที่ว่า ข้อมูลส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จาก การศึกษาครั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง ที่พักอาศัย ช่องทางการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร ข้อมูลส่วนบุคคลทุกตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจ

ควบคุมตนเองด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจ โชคชะตา ความเชื่ออำนาจภายในตน

5.4 การทดสอบสมมติฐานระหว่างความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง พบว่าความเชื่อตามแบบจำลอง ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นใน จังหวัดพัทลุง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ยอมรับสมมติฐานการวิจัยของผู้วิจัยที่ว่าความเชื่อตาม แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เมื่อทดสอบรายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดัต่ำ ($r = 0.14, 0.14$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงสอดคล้องกัน บางส่วน และขัดแย้งกันบางส่วนกับการศึกษาของวริษา เจริญเวช (2544: 75) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถ ของตนกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์ของนักเรียนวัยรุ่น ซึ่งพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = -.23, -.14$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์

5.5 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ไม่มีความสัมพันธ์กัน ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยของผู้วิจัยที่ว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง เมื่อแยกรายด้านพบว่า ความเชื่อ อำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ในระดัต่ำ ($r = 0.10, 0.10$) กับพฤติกรรม เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนความเชื่ออำนาจ

โชคชะตาไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง ชัดแย้งกันบางส่วน และสอดคล้องกันบางส่วนกับการศึกษาของวริษา เจริญเวช (2544: 75) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์ของนักเรียนวัยรุ่นพบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = -.23, -.18$) ส่วนความเชื่ออำนาจบังเอิญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

- 1.1 ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ควรส่งเสริมสถานบริการสาธารณสุขในการให้ความรู้เรื่องเอดส์ให้ครอบคลุมทุกเนื้อหา เน้นการเลือกซื้อถุงยางอนามัย การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง และอาการข้างเคียงที่เกิดอาจจะเกิดขึ้นได้ของผู้ใช้ถุงยางอนามัย
- 1.2 ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ควรมีการส่งเสริมให้การประชาสัมพันธ์การให้ความรู้เรื่องเอดส์ผ่านสื่อด้านโทรทัศน์ และเนื้อหาครอบคลุม

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ในการวิจัยเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงทดลอง



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ ศิริพานิชกร. (2541). โรคติดเชื้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โยลิสติกพับลิชชิง จำกัด
- กมลแพง พันทะวง. (2553). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกระบวนการกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาที่นครเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาชนลาว. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกียรติสุดา ศรีสุข. (2552). ระเบียบวิธีวิจัย. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ศรีทองช่าง.
- จิรเนาว์ ทศศรี. (2553). การเสริมสร้างพลังอำนาจทางการผดุงครรภ์ชั้นสูงกรณีศึกษาในสตรีวัยรุ่น. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชาญชัย เรืองขจร. (2554). วิทยาการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: เหมการพิมพ์สงขลา.
- ชาญชัย เรืองขจร. (2554). หลักและวิธีการสุขศึกษา. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ชัยพร วิชชาวุธ ชีรพร อุวรรณโณ และพรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2531). พฤติกรรมจริยธรรมในสังคมไทยปัจจุบัน: ศึกษาตามแนวทางจิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุตินธร จังสถิตกุล. (2553). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในจังหวัดอุดรราชธานี. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์. (2550). “ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนอาชีวศึกษา”. สงขลานครินทร์เวชสาร. 25(พฤศจิกายน-ธันวาคม), 50.
- ดาวรุ่ง โพธิณี และพรพิมล พาคำสอน. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. งานวิจัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- ธวัช ปุณโณทก. (2536). ความเชื่อพื้นบ้านอันสัมพันธ์กับวิถีชีวิตในสังคมอีสานในวัฒนธรรมพื้นบ้านคติความเชื่อ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นวัฒน์ สุวรรณพงษ์ และฉวีวรรณ บุญญา. (2542). การประเมินผลและการเขียนแผนการ/โครงการด้านสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: พรทิพย์การพิมพ์.
- นันทิตา จุไรทัศน์ย์. (2551). ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น หน่วยตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ณรงค์ฤทธิ์ ชูเรือง. (2551). การรับรู้วัฒนธรรมองค์กรเชิงสร้างสรรค์ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นพมาศ อึ้งพระ. (2551). ทฤษฎีบุคลิกภาพและการปรับตัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้นฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ์. (2551). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดัก.
- บังอร เทพเทียน และคณะ. (2551). “ศึกษาเรื่องพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2551”. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 7(พฤษภาคม-สิงหาคม), 52.
- บัวลา ลอยหา. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ประทีน อิ่มสุขศรี. (2551). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และโรคเอดส์ของเยาวชนและการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร ด้วยหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจังหวัดพิษณุโลกและพิจิตร. พิษณุโลก: ศูนย์อนามัยที่ 9.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปรียารัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ และจินตนา ทิพทัส. (2550). พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอาชีวศึกษาชายชั้นประกาศนียบัตรปีที่ 2 ที่พักอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง และไม่ได้อยู่กับผู้ปกครอง พ.ศ. 2548-2550. นนทบุรี: สำนักงานวารสารกรมการแพทย์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2553). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.

- ภารดี ชาญสมร และคณะ. (2552). **พฤติกรรมและทัศนคติด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน**. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- พิภพ วังเงิน. (2547). **พฤติกรรมองค์กร**. กรุงเทพมหานคร: อักษรการพิมพ์.
- เพ็ญประภา สุวรรณ. (2526). **ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ไพบุลย์ เทวรักษ์. (2537). **จิตวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เอส.ดี.เพรส.
- พจมาน ชำนาญกิจ. (2556). **พฤติกรรม** (Online). <http://elearning.snru.ac.th/els/podjaman/unit15.htm>, 20 มกราคม 2556.
- มัลลิกา มัติโก. (2534). **คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ**. นครปฐม: สำนักงานเลขาธิการศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. (2545). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาวิทาลัยเชียงใหม่.
- รัชณี ภูริสัจย์. (2545). **พฤติกรรมและการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จังหวัดเชียงใหม่**. พิมพ์ลักษณ์: เชียงใหม่
- ราชบัณฑิตสถาน. (2542). **ความหมายพฤติกรรมตามราชบัณฑิตสถาน** (Online). <http://www.royin.go.th/th/home/index.php>, 24 กุมภาพันธ์ 2558.
- รุจิรา ดวงสงค์. (2549). **การจัดการทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชนี นพเกตุ. (2540). **จิตวิทยาเพื่อการการรับรู้**. กรุงเทพมหานคร: ประกายพริก.
- ลักขณา สิริวัฒน์. (2544). **จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน**. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2542). **การวางแผนและการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: เจริญการดีพิมพ์.
- วิรัช สวงวนวงศ์วาน. (2546). **การจัดการและพฤติกรรมองค์กร**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด (มหาชน).
- วิโรจน์ อารีย์กุล. (2553). **การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น**. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- วรวรรษ วิไลเบญจวรรณ. (2552). **ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกรปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วริษา เจริญเวช. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์ของนักเรียนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สิริอร วิชชาวธ. (2554). จิตวิทยาการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมิทธิโชค วรรณสันติกุล. (2546). จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทซี เอ็ด ยูเคชั่น จำกัด (มหาชน).
- ศุภาวิณี บัวจรัส. (2554). พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาในวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุมณฑา สร้อยน้ำ และสุมาลี วงศ์สุเรศรัจ. (2551). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนบ้านหนองไยบัว อำเภอโศกราม จังหวัดราชบุรี. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2551). จิตวิทยาสุขภาพ. นครปฐม: โรงพิมพ์มูลนิธิหมากูราชวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต. (2550). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2554). สรุปผลการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2554. พัทลุง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (อัดสำเนา).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2555). สรุปผลการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2555. พัทลุง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (อัดสำเนา).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2555). งานหลักประกันสุขภาพ (Online). 15 มีนาคม 2555, FTP://203.157.229.8
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักระบาดวิทยา. (2553). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2553. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา. (อัดสำเนา).
- อนงค์ ประสารนันท์กิจ และคณะ. (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และรูปแบบของพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา. สงขลา: สงขลา นครินทร์เวชสาร.

- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2553). **แนวทางการดูแลสุขภาพวัยรุ่น**. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- อรพรรณ ทองคำ. (2543). **ผลของกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Becker, M.H. et al. (1977). “Selected psychosocial model and correlates of individual health-related behavior” **Medical care**, 15. 27-46.
- Morayo Jimoh. (2012). “I’m Too Young to Catch the Bug: Nigerian Adolescent Students’ Perceptions of HIV/AIDS and its Influence on Their Sexual Behaviour”. **Journal of Education and Practice**. 16(3), 166.
- Rosenstock, I.M. (1974). “Historical origins of the health belief model”. **Health Education Monographs**, 2, 1-8.
- Rotter, J.B. (1954). **Social learning and clinical psychology**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Salau, E. S., Yahaya, H., M. Bello and Luka, E. G. (2012). “ASSESSMENT OF HIV/AIDS PERCEPTION AND PREVENTIVE PRACTICES AMONG RURAL YOUTHS IN NASARAWA STATE, NIGERIA”. **Journal of Biology, Agriculture and Healthcare**. 10(2), 17.
- Wallston, B.S., and Wallston, K.A. (1978). “Locus of control and health: A review of the literature”. **Health Education Monographs**. 6. 107-117.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
2. ดร.อาจินต์ สงทับ วิทยากรชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดตรัง
3. พญ.จุฬาพันธุ์ เหมกุล นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์





ภาคผนวก ข

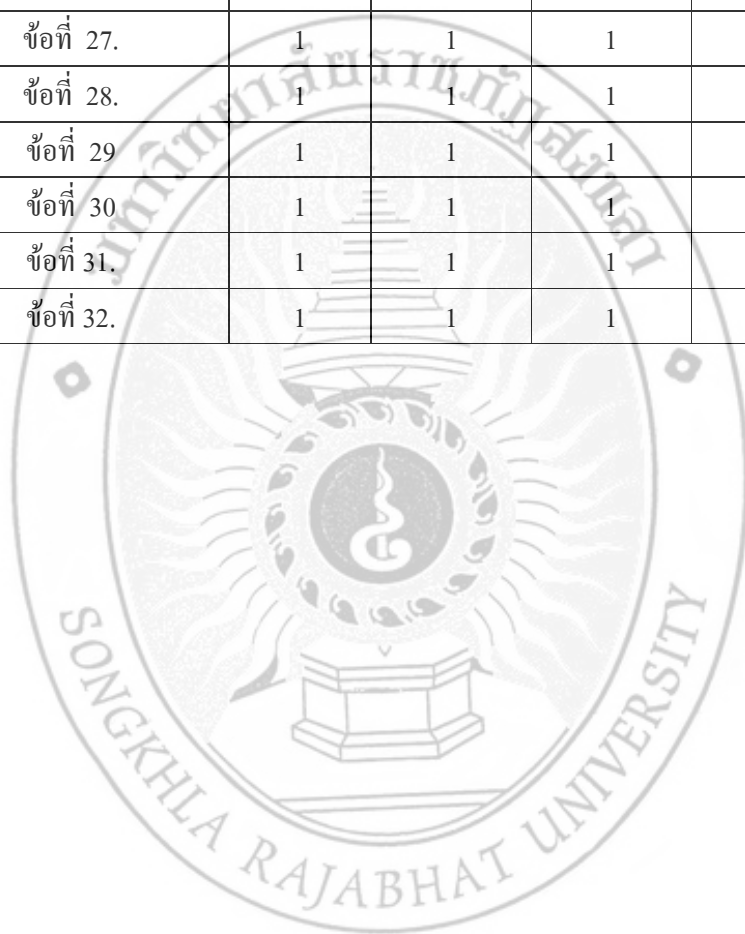
การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ข้อคำถาม	คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ			คะแนนรวม	ค่าIOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ข้อที่ 1.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 2.	1	1	0	2	0.67
ข้อที่ 3.	1	1	0	2	1
ข้อที่ 4.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 5.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 6.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 7.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 8.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 9.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 10.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 11.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 12.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 13.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 14.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 15.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 16.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 17.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 18.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 19.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 20.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 21.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 22.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 23.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 24.	1	0	1	2	0.67

ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ต่อ)

ข้อคำถาม	คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ			คะแนนรวม	ค่าIOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ข้อที่ 25.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 26.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 27.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 28.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 29.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 30.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 31.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 32.	1	1	1	3	1



ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ
จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ข้อคำถาม	คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ			คะแนนรวม	ค่าIOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ข้อที่ 1.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 2.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 3.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 4.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 5.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 6.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 7.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 8.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 9.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 10.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 11.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 12.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 13.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 14.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 15.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 16.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 17.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 18.	1	1	1	3	1

ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ข้อคำถาม	คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ			คะแนนรวม	ค่าIOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ข้อที่ 1.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 2.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 3.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 4.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 5.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 6.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 7.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 8.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 9.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 10.	1	1	0	2	0.67
ข้อที่ 11.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 12.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 13.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 14.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 15.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 16.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 17.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 18.	1	1	0	3	1
ข้อที่ 19.	1	1	0	3	1
ข้อที่ 20.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 21.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 22.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 23.	1	1	1	3	1
ข้อที่ 24.	1	1	1	3	1

แบบทดสอบความเชื่อ KR 20 -ของวัยรุ่น

IF total (รวม)	0.933333333
IF Upper (กลุ่มสูง)	1.133333333
IF Lower (กลุ่มต่ำ)	0.866666667
ID (อำนาจจำแนก)	0.266666667
Reliability(KR-20)	0.75606984
คะแนนเฉลี่ย	23.93333333
ความแปรปรวน (Variance)	18.79555556
ความคลาดเคลื่อน๑(SEM)	9.282990736



แบบทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขของวัยรุ่น

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
hlc1	70.00	180.276	.355	.863
hlc2	68.83	179.868	.471	.857
hlc3	71.17	170.626	.511	.856
hlc4	69.87	178.120	.424	.859
hlc5	70.23	173.978	.637	.851
hlc6	69.20	176.234	.547	.854
hlc7	71.47	176.189	.410	.861
hlc8	70.33	174.575	.486	.857
hlc9	69.17	176.833	.575	.854
hlc10	69.10	177.886	.572	.854
hlc11	68.93	176.202	.629	.852
hlc12	71.30	177.872	.429	.859
hlc13	69.90	169.197	.632	.850
hlc14	70.77	181.426	.322	.864
hlc15	71.57	178.806	.473	.857
hlc16	68.93	185.582	.323	.863
hlc17	68.63	181.689	.522	.856
hlc18	70.87	179.844	.379	.861

N of Cases = 30

N of Items = 18

Alpha = 0.864

แบบทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	44.10	53.266	.745	.694
p2	43.93	55.995	.546	.710
p3	46.23	71.633	-.687	.777
p4	43.53	59.775	.679	.720
p5	45.73	64.547	-.067	.759
p6	44.03	54.309	.557	.706
p7	43.90	56.507	.442	.717
p8	43.63	59.413	.408	.724
p9	44.03	53.275	.848	.690
p10	43.60	57.834	.618	.713
p11	43.53	59.568	.600	.720
p12	44.20	51.683	.766	.688
p13	43.70	57.666	.597	.713
p14	43.60	57.421	.662	.711
p15	43.80	55.269	.710	.702
p16	45.60	64.317	-.067	.765
p17	43.60	57.283	.578	.712
p18	45.47	62.533	.090	.743
p19	45.80	67.683	-.241	.773
p20	45.97	69.482	-.398	.773
p21	43.77	55.978	.696	.705
p22	45.70	66.631	-.182	.772
p23	45.97	68.447	-.328	.769
p24	43.77	57.840	.435	.720

N of Cases = 30

N of Items = 24

Alpha = 0.739



ภาคผนวก ก
แบบสอบถามการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

3 มกราคม 2557

เรียน ผู้ปกครองของผู้ให้ข้อมูลการวิจัย

ดิฉันนางประไพ ทิพย์สังข์ นักศึกษาหลักสูตรสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
สาขารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ทำการวิจัยเรื่อง “ความเชื่อตาม
แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยง
ต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น ในจังหวัดพัทลุง” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อจาก
แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ระดับ
พฤติกรรมเสี่ยง ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคล กับความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อ
ด้านสุขภาพและ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ เอช
ไอวี ของวัยรุ่น ในจังหวัดพัทลุง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่น ให้เหมาะสม
และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จึงใคร่ขอความกรุณาขออนุญาตให้วัยรุ่นในความปกครองของท่านซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่
ทำการศึกษาในครั้งนี้ตอบแบบสอบถามในการศึกษาตามความเป็นจริง และผู้ตอบแบบสอบถามมี
สิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อ
ผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำไปวิเคราะห์
และเสนอผลการวิจัยจะทำในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาเท่านั้น

เพื่อให้สอดคล้องตามหลักสิทธิมนุษยชน กรุณาลงลายมือชื่อ ในข้อความข้างล่างนี้และ
ส่งคืนผู้ทำการวิจัย ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นางประไพ ทิพย์สังข์

นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาขารณสุขชุมชน
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ข้าพเจ้าผู้ปกครองของผู้ตอบแบบสอบถาม เข้าใจวัตถุประสงค์ในการศึกษาและอนุญาตให้
วัยรุ่นในความปกครองของข้าพเจ้า ให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามได้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็น
หลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ปกครองผู้ตอบแบบสอบถาม

()

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

3 มกราคม 2557

เรียน ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย

ดิฉัน นางประไพ ทิพย์สังข์ นักศึกษาหลักสูตรสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
สาขารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ทำการวิจัยเรื่อง " ความเชื่อตาม
แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยง
ต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น ในจังหวัดพัทลุง" ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อตาม
แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรม
เสี่ยง ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคล กับความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
และ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ของ
วัยรุ่น ในจังหวัดพัทลุง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่น ให้เหมาะสมและมี
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จึงใคร่ขอความกรุณาท่านในการเข้าร่วมการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามความเชื่อของท่าน
ตามความเป็นจริง ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่านและหากท่าน
เข้าร่วมการวิจัยแล้วท่านมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่ง
จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่าน ทั้งนี้ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำไปวิเคราะห์
และเสนอผลงานวิจัย จะทำในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่าน และขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความ
ร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

สามารถติดต่อดิฉันได้ที่ สถานีอนามัยบ้านแพรกหา อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง หรือ
โทรศัพท์หมายเลข 087-3971217 ได้ตลอดเวลา

นางประไพ ทิพย์สังข์

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสาขารณสุขชุมชน

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

เครื่องมือสำหรับการวิจัย

เรื่อง ความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น ในจังหวัดพัทลุง
คำชี้แจง เครื่องมือนี้ใช้สอบถามวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 32 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ จำนวน 18 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ จำนวน 24 ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน และเติมข้อความในช่อง.....

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี (เต็ม)
3. ระดับการศึกษา
 1. กำลังศึกษา ชั้นที่ศึกษา.....
 2. จบการศึกษา ระดับการศึกษาสูงสุด.....
4. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ

<input type="checkbox"/> บิดาและมารดา	<input type="checkbox"/> บิดา
<input type="checkbox"/> มารดา	<input type="checkbox"/> ญาติ
<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	
5. อาชีพผู้ปกครอง / บิดามารดา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน	<input type="checkbox"/> เกษตรกร
<input type="checkbox"/> ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
6. ช่องทางรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โทรทัศน์	<input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์
<input type="checkbox"/> วิทยุ	<input type="checkbox"/> อาสาสมัครสาธารณสุข
<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ	

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง จงใส่เครื่องหมาย ✓ ท้ายข้อความให้ตรงตามความเชื่อของท่านอย่างแท้จริง

สถานการณ์	เชื่อ	ไม่เชื่อ
1. เชื่อเอชไอวีเป็นเชื้อที่สามารถติดต่อกันได้		
2. การรับเชื้อเอชไอวีซ้ำหลายๆครั้ง มีโอกาสเป็นโรคเอดส์มากขึ้น		
3. เชื้อเอชไอวีสามารถติดผ่านเลือดและอสุจิเท่านั้น		
4. เชื้อเอชไอวีมีมากที่สุดในเลือด		
5. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
6. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
7. การมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
8. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
9. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
10. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช่ถุงยางอนามัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
11. การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรล ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น		
12. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
13. การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
14. การเจาะหู สักผิวหนัง สักคิ้ว โดยการใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
15. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัย		
16. ปัจจัยกระตุ้นทางเพศ คือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และใช้สื่อลามก		
17. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง		
18. เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคต่างๆได้		
19. การติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่ปรากฏอาการ ผู้ที่ติดเชื่อไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี		

สถานการณ์	เชื่อ	ไม่เชื่อ
20. การติดเชื้อเอชไอวีไม่ทำให้ร่างกายมีโอกาสติดเชื้อโรคอื่นแทรกซ้อน		
21. อาการแสดงระยะเริ่มปรากฏอาการ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ มีไข้ ท้องเสีย ผิวหนังอักเสบ น้ำหนักลด		
22. การติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการรุนแรงเรียกว่าระยะโรคเอดส์		
23. ปัจจุบันมียารักษาผู้ที่ติดเชื้อระยะโรคเอดส์ให้หายจากโรคได้		
24. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาการเข้าถึงคมน้อยลง กลัวสังคมและเพื่อนบ้านรังเกียจ		
25. การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพียงครั้งเดียวเมื่อมีเพศสัมพันธ์ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
26. การติดเชื้อเอชไอวี ติดต่อกันได้โดยผ่านเข็มฉีดยา		
27. การฉีกถุงยางอนามัยที่ถูกต้องให้ฉีกถุงยางอนามัยให้พ้นบริเวณรอยฉีก		
28. ถุงยางอนามัยใช้ได้ 3 ปี นับจากวันผลิต		
29. การบีบปลายถุงยางอนามัยเพื่อไล่ลมไม่ควรทำเพราะจะทำให้ถุงยางอนามัยแตกได้		
30. การใช้ถุงยางอนามัยทำให้แพ้ถุงยางได้		
31. การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง		
32. ถ้าใช้ถุงยางแล้วรู้สึกฝืด ใช้โลชั่นหรือน้ำมันทาผิวทา บริเวณด้านนอกของถุงยางอนามัย		

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความที่เป็นสถานการณ์แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นหรือความเชื่อตามความเป็นจริงของท่านอย่างแท้จริง ซึ่งแบ่งความเชื่อ
ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

- ไม่เห็นด้วยมาก -ไม่เห็นด้วยปานกลาง -ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
-เห็นด้วยเล็กน้อย -เห็นด้วยปานกลาง -เห็นด้วยมาก

เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	สถานการณ์	ไม่เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วยปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย มาก
			1. เมื่อฉันป่วยพฤติกรรมของฉันเป็นสิ่งที่กำหนดว่าจะหายป่วยเมื่อไร			
			2. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะปรึกษาแพทย์			
			3. เมื่อฉันป่วยโชคชะตาจะเป็นตัวกำหนดว่าจะหายหรือไม่			
			4. เมื่อฉันป่วยสาเหตุการป่วยมาจากตัวฉันเอง			
			5. บุคลากรวิชาชีพเกี่ยวกับสุขภาพมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับสุขภาพของฉัน			
			6. ฉันจะหายป่วย เพราะได้รับการดูแลอย่างดีจากบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล บุคคลในครอบครัว เป็นต้น			
			7. การป่วยเป็นเรื่อง โชคชะตา			
			8. การป่วยเป็นเหตุสุดวิสัย			
			9. การระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพของฉันกระทำตามคำแนะนำของแพทย์			
			10. ระดับสุขภาพของฉันขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนเอง			
			11. การหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วยที่ดีที่สุด คือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์			
			12. การป่วยเป็นเรื่องบังเอิญ			
			13. ความคิดหลักของฉันคือระดับสุขภาพมาจากการกระทำของตนเอง			
			14. ครอบครัวของฉันมีอิทธิพลที่จะทำให้ฉันป่วยหรือมีสุขภาพดี			

เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วยน้อย	ไม่เห็น ด้วยปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย มาก
			15. โขชะตากำหนดให้ฉันมีสุขภาพดี			
			16. ถ้าฉันปฏิบัติตนถูกต้อง ฉันจะดำรงอยู่อย่างมีสุขภาพดี			
			17. ถ้าฉันระมัดระวังตนเองดี ฉันสามารถหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย			
			18. การไม่ป่วยเกิดจากความโชคดี			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นใน
จังหวัดพัทลุง ให้ท่านทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติมาก หมายถึง เคยปฏิบัติมาแล้วมากกว่า 10 ครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เคยปฏิบัติมาแล้ว 5-10 ครั้ง

ปฏิบัติน้อย หมายถึง เคยปฏิบัติมาแล้ว 1-4 ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ทำเลย

สถานการณ์	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. การสัมผัสเลือดของผู้อื่น				
2. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย				
3. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายโดยใช้ถุงยาง อนามัย				
4. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายไม่ใช้ถุงยาง อนามัย				
5. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงโดยใช้ถุงยาง อนามัย				
6. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงไม่ใช้ถุงยาง อนามัย				
7. ถุงยางอนามัยแตกหรือรั่วระหว่างการมีเพศสัมพันธ์				
8. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก				
9. การสัมผัสเลือดผู้อื่นขณะมีบาดแผล				
10. การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				

สถานการณ์	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ
11. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น				
12. การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น				
13. การใช้เข็มเจาะหูร่วมกับผู้อื่น				
14. การสักผิวหนัง หรือ สักทิว โดยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น				
15. การดัดเครื่องดัดที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์				
16. การมีเพศสัมพันธ์โดยสวมถุงยางอนามัย				
17. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น				
18. การตรวจเลือด				
19. การสังเกตวันหมดอายุของถุงยางอนามัย				
20. การฉีกถุงยางอนามัยโดยฉีกถุงยางอนามัยให้พื้นบริเวณรอยฉีก				
21. การใช้ถุงยางอนามัยโดยไม่ทราบวันหมดอายุ				
22. การใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่หมดอายุ				
23. การบีบปลายถุงยางอนามัยเพื่อไล่ลมออกจากถุงยางอนามัย				
24. การใช้น้ำมันทาผิวหรือโลชั่นทา รอบถุงยางอนามัย				