



อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม
พฤติกรรมต่อความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรอง
เลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

**The Influence of Attitudes, Subjective Norm, and Perceived Behavioral Control
on Intention among The Spouse of Pregnant Women to Attend
HIV Screening Service**

เบญจพร พงศ์อำไพ
Benjaporn Pongam-Phai

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University**

2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการ
ควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจของกลุ่มสมรสนหึงตั้งครรภในการมารับบริการ
ตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ชื่อผู้เขียน นางสาวเบญจพร พงศ์อำไพ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา)	.....ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)
.....	.....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา)
.....	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ)
.....	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ)
.....	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)
.....	.....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธูเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี
ผู้เขียน	นางสาวเบญจพร พงศ์อำไพ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2550

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อำนาจการทำนายของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มาพร้อมภรรยาในการมาฝากครรภ์ ณ ศูนย์รับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 212 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.85 - 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง
2. ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการใช้บริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 24 โดยมีตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($\beta = .41, b = .04, p < .001$)

ดังนั้นพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการพัฒนาการให้บริการคำปรึกษาแก่
คู่สมรสทุกคู่ที่มารับบริการฝากครรภ์ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของสามีในการตรวจหาการติดเชื้อ
เอชไอวีด้วยความสมัครใจได้มากขึ้น

Thesis Title	The Influence of Attitudes, Subjective Norm, and Perceived Behavioral Control on Intention among The Spouse of Pregnant Women to Attend HIV Screening Services
Author	Miss Benjaporn Pongam-Phai
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2007

ABSTRACT

This descriptive research aimed to determine the predictive ability of attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control on the intention of the spouse of pregnant women to attend HIV screening services. Two hundred and twelve spouses who accompanied their wife at antenatal care units, Hatyai Hospital and Songkla Hospital were purposively selected. The data were collected using a set of questionnaires comprising 1) personal information, 2) attitudes, 3) subjective norms, 4) perceived behavioral control and 5) intention in attending HIV screening services, developed from theory of planned behavior and a literature review. The questionnaires were validated by three experts and tested for reliability, yielding Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.85 to 0.94. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The results of the research were as follows:

1. Most subjects rated their attitudes, subjective norms, perceived behavioral control and intention to attend HIV screening services at a moderate level.
2. Attitudes, subjective norm, and perceived behavioral control accounted for 24 % of the variance of intention to attend HIV screening services. The most significant factors was subjective norms ($\beta = .41, b = .04, p < .001$)

The findings suggest that nurses and health care providers should promote and improve counseling services for all couples who attend the antenatal care in order to assist the husband's decision making in utilizing the HIV voluntary testing services.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยคามมานะอุตสาหะของผู้วิจัย รวมทั้งได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมภาพร บุญญโสพรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา เสนอแนะข้อคิดเห็นและแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของท่านทั้งสองเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดจนกรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อเสนอนแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ในหน่วยคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา ทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

ขอกราบขอบพระคุณอดีตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ที่สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว และครอบครัววงศ์อำไพ ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง รวมทั้งอาม่า ที่คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำเสมอมาตลอดจน พี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามไว้ได้ทั้งหมดในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ มีความปรารถนาดีและเป็นกำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาตามที่ตั้งใจในครั้งนี้

เบญจพร พงศ์อำไพ

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(7)
รายการตาราง.....	(9)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ความสำคัญของการวิจัย.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี.....	10
ความสำคัญในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี.....	10
นโยบายการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี.....	12
เหตุผลและความต้องการในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี....	13
การให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ.....	14
ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติด เชื้อเอชไอวี.....	22
ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.....	22
ความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี.....	25
เครื่องมือในการประเมินทัศนคติ การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีและความตั้งใจใน การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี.....	27
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี..	36

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี.....	38
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	48
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	53
ผลการวิจัย.....	53
การอภิปรายผล.....	62
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะ.....	75
บรรณานุกรม.....	77
ภาคผนวก.....	87
ก ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	88
ข การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	101
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	103
ง ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน.....	114
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	115
ประวัติผู้เขียน.....	116

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 212)..... 54
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคเอดส์ แหล่งให้บริการ และการเข้ารับการตรวจคัดกรองเลือดฯ (N = 212)..... 56
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบุคคลที่มีความใกล้ชิดอาศัยอยู่ ด้วยกัน และการปรึกษาเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (N = 212)..... 58
4	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรมฯ และความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดฯ (N=212)..... 59
5	ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถใน การควบคุมพฤติกรรมฯ และความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดฯ (N=212)..... 60
6	ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ระหว่างปัจจัยทำนาย กับความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดฯ ของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรรภ์ (N = 212)..... 61
7	ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทำนายกับความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดฯของกลุ่มสมรส หญิงตั้งครรรภ์ (N = 212)..... 62
ก 1	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองเลือดฯ ของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรรภ์รายข้อ (N = 212)..... 88
ก 2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับผลของการ ตรวจคัดกรองเลือดฯ ของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรรภ์รายข้อ (N = 212)..... 89
ก 3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประเมินผลของการตรวจ คัดกรองเลือดฯ ของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรรภ์รายข้อ (N = 212)..... 90
ก 4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุถึงกลุ่ม อ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดฯ ของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรรภ์รายข้อ (N = 212)..... 91

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า	
ก 5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือด ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212).....	91
ก 6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือด ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212).....	92
ก 7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212).....	93
ก 8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212).....	94
ก 9	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อำนาจในการควบคุมพฤติกรรม ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212).....	95
ก 10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212).....	97
ก 11	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือด ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212).....	97
ก 12	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ใกล้ชิดกับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือด ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212).....	98
ก 13	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตรวจเลือดกับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือด ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212).....	98
ก 14	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีกับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือด ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212).....	98
ก 15	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคเอดส์กับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือด ฯ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212).....	99

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
ก 16 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแหล่งบริการตรวจเลือดกับระดับความตั้งใจในการ รับบริการตรวจคัดกรองเลือดฯ ของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212).....	99
ก 17 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดฯ ของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212).....	99
ก 18 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจ คัดกรองเลือดฯ ของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212).....	100
ก 19 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรอง เลือด ฯ ของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212).....	100

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	กระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ...	17
3	โครงสร้างพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.....	24

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันคาดการณ์ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประมาณ 40 ล้านคน โดยพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นเฉลี่ยวันละ 11,000 คน ร้อยละ 75 ในจำนวนผู้ที่มีการติดเชื้อดังกล่าวเป็นประชากรหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550; UNAIDS, 2007) สำหรับประเทศไทยประมาณการล่าสุดบ่งชี้ว่าใน พ.ศ. 2550 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 322,296 ราย ซึ่งมีแนวโน้มลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นในกลุ่มแม่บ้าน ร้อยละ 5.94 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550) ซึ่งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่เป็นปัญหาในปัจจุบันเป็นผลมาจากการกระทำพฤติกรรมของบุคคล 2 ประการ คือ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการใช้เข็มฉีดยาที่มีการติดเชื้อร่วมกัน (พิสมัย, นิภา, พรพิมล, สงคราม และพิมพ์ชนก, 2547) โดยพบ ร้อยละ 87.0 และ ร้อยละ 42.2 ตามลำดับ (ธนรัชต์, 2548)

จากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2549) ระบุว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะคู่สามี-ภรรยา (heterosexual couples) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง โดยส่วนใหญ่สามีจะเป็นผู้ที่นำเชื้อเอชไอวีมาสู่ภรรยา สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า ผู้ชายร้อยละ 20 จะมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตน โดยร้อยละ 61 ของผู้ชายดังกล่าวจะมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ และร้อยละ 46 จะใช้ถุงยางอนามัยกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่หญิงขายบริการ (วรรณ, 2549) จากพฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตนมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยน้อย คู่สมรสจึงมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามีสูง และจากรายงานการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 15 (สมเกียรติ, 2547) ได้ระบุว่า ผู้หญิงอยู่ในฐานะเสียเปรียบมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากวัฒนธรรมที่ผู้ชายเป็นใหญ่ ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถปฏิเสธหรือต่อรองเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ ส่งผลให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากคู่ของตนเองสูง (กฤตยา และพิมพ์วัลย์, 2539) ขณะเดียวกันผู้หญิงขาดโอกาสที่จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลในทุกเรื่อง เช่น ความเสี่ยงที่นำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พัฒนาการของโรค การดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ตลอดจนการเข้าถึงแหล่งให้บริการในการรักษา (UNAIDS, 2004 อ้างตามชื่นฤทัย, วาสนา, ชาย, อรทัย, ภัสสร และกฤตยา, 2547)

หญิงตั้งครรภ์เป็นประชากร 1 ใน 5 กลุ่มหลักที่ได้มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2549) โดยใน พ.ศ. 2549 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีลดลงเท่ากับร้อยละ 0.87 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้คือ ร้อยละ 1 สำหรับในจังหวัดสงขลา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 2,486 ราย พบมีการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.05 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ของกระทรวงสาธารณสุข และพบการติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.23 จากเดิมที่ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงอายุดังกล่าว (จรรยา, สหภาพ, วิกรม, และธนรัชต์, 2550) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย และเป็นปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญ การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดโอกาสของการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ (นิรมล และอรพรรณ, 2548) วิธีการหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพสูง คือ การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ (HIV Voluntary Counseling and Testing: VCT) (UNAIDS, 2000)

การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ เป็นวิธีการที่ใช้ในการสืบหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากบริการ VCT เป็นช่องทางแรก (entry point) ของผู้ใช้บริการที่จะได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ ทำให้ผู้ใช้บริการได้ทราบสถานการณ์การติดเชื้อในปัจจุบัน และแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ รวมทั้ง การส่งต่อเพื่อรับบริการในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพ การรักษาพยาบาลและบริการด้านจิตสังคม (Babalola, 2007; UNAIDS, 2000) การให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์จัดเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการเข้ารับบริการฝากครรภ์จะเป็นโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นไปตามขั้นตอนของบริการ VCT กล่าวคือ จะต้องได้รับความยินยอมจากหญิงตั้งครรภ์และเป็นไปโดยความสมัครใจ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับคำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจเลือดทุกครั้งและทุกราย (สุพร, 2542 ข)

แม้ว่าจะมีการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน แต่ยังคงพบการระบาดที่สูงขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย เพราะเป็นการตรวจเมื่อมีการตั้งครรภ์ และตรวจเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ โดยที่คู่สมรสจะไม่ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ จะเห็นได้จากสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาในปี พ.ศ. 2549 (ตุลาคม 2548 – กันยายน 2549) มีจำนวน 3,556 ราย พบว่าหญิง

ตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีทุกราย พบหญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 52 ราย โดยมีคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์เพียง 18 ราย ที่ยินยอมเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และพบว่าทุกรายตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี (สถิติหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2549) โดยที่คู่สมรสจะได้รับการตรวจเลือดภายหลังจากการตรวจพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อเอชไอวีแล้วเท่านั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมของสามีในการเข้าร่วมรับบริการปรึกษาและตรวจเลือด มีความสัมพันธ์กับการลดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก เพราะหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ทารกในครรภ์ตั้งแต่ในระยะเริ่มตั้งครรภ์ มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น รวมถึงหลีกเลี่ยงการให้นมบุตรได้ (ธนรัชย์, พักตร์วิมล, สมเกียรติ, งาม, คารินทร์, กัญจนกร และคณะ, 2548) สอดคล้องกับการวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันเด็กแห่งชาติมหิดล เกี่ยวกับการให้การศึกษาก่อนการตรวจเลือดร่วมกันทั้งหญิงมีครรภ์และสามี (couple counseling) และเปิดโอกาสให้สามีได้รับการตรวจเลือดร่วมกับภรรยา พบว่าสามีและภรรยาส่วนมากมักตกใจที่จะเจาะเลือดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและมาฟังผลเลือดพร้อมกัน โดยความสมัครใจ (สุพร, 2542 ข) ดังนั้นการมีส่วนร่วมของคู่สมรสในเรื่องการตัดสินใจเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจึงอาจเป็นมาตรการหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการทำให้การตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์มีความปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวีได้

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจที่จะตรวจเลือดหรือไม่ตรวจเลือดของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมให้เป็นไปตามพึงประสงค์นั้น มักเกี่ยวข้องกับความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม ซึ่งพบว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) เป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการอธิบายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยกล่าวว่า “ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม” (behavior intention) หรือเรียกว่า “ความตั้งใจ” (intention) หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมมากเท่าไร บุคคลนั้นก็ยังมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นมากเช่นกัน ซึ่งความตั้งใจนี้จะถูกกำหนดโดยตัวแปรสำคัญ 3 ประการ คือ ทัศนคติ (attitude) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavior control)

การมารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น และมีปัจจัยกำหนดการกระทำพฤติกรรมมากขึ้นที่แตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการตรวจ

เลือดก่อนการแต่งงานในประชาชนทั่วไปจำนวน 375 ราย พบว่า ทักษะการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความเป็นเพศหญิง สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงานได้ร้อยละ 41.68 ($R^2 = 0.4168$, $p < .05$)

จากประสบการณ์ในการทำงานของผู้วิจัยพบว่า ผู้หญิงจะได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อตั้งครรภ์ทุกรายและผู้ชายที่ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ระยะแรกมีจำนวนน้อยหรือไม่ได้รับการตรวจเลือด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความตั้งใจทำให้คู่สมรสหญิงตั้งครรภ์มีหรือไม่มี ความตั้งใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ทักษะการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริม และรณรงค์ให้มีความเข้าใจถึงบริการการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของทักษะการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำถามการวิจัย

1. ทักษะการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระดับใด

2. ทักษะการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของเอจเซน (Ajzen, 1988; 1991; 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นทฤษฎีที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลและช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น 2 ข้อ คือ 1) มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลและใช้ข้อมูลข่าวสารที่ตนมีอยู่อย่างเป็นระบบ 2) มนุษย์พิจารณาถึงผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตนก่อนที่จะตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม และเป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ด้านความคิด การประเมิน และอิทธิพลจากการรับรู้ภายนอก ภายในบุคคลที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ทำให้เข้าใจพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรมอย่างเป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น (รุจา, วราภรณ์, วรณิภา, อุมพร, เรณู, นรลัทธิน และคณะ, 2549) โดยมีปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือ “ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม” หรือเรียกสั้นๆว่า “ความตั้งใจ” และปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม 3 ประการ (ธีระพร, 2535; Ajzen, 1991) คือ

1. ทศนคติต่อพฤติกรรม (attitude toward behaviors: A) เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปในทางบวกหรือทางลบ สนับสนุนหรือต่อต้านพฤติกรรมหรือการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ทศนคติถือว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) ซึ่งสามารถวัดได้ทางอ้อมจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมและการประเมินค่าผลของการกระทำพฤติกรรม

ดังนั้นทศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี สามารถประเมินได้จากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และการประเมินคุณค่าผลของการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm: SN) เป็นการพิจารณาถึงบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจต่อตนเองว่าควรทำ (should) หรือไม่ควรทำ (should not) พฤติกรรมนั้นๆ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อแรงผลักดันทางสังคมในการกระทำพฤติกรรมนั้น การที่บุคคลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (McKinlay, Couston & Cowan, 2001) ซึ่งสามารถวัดได้ทางอ้อมจากความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรมและแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรม

ดังนั้นการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี สามารถประเมินได้จากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการ

คิดเชื่อเอชไอวี และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

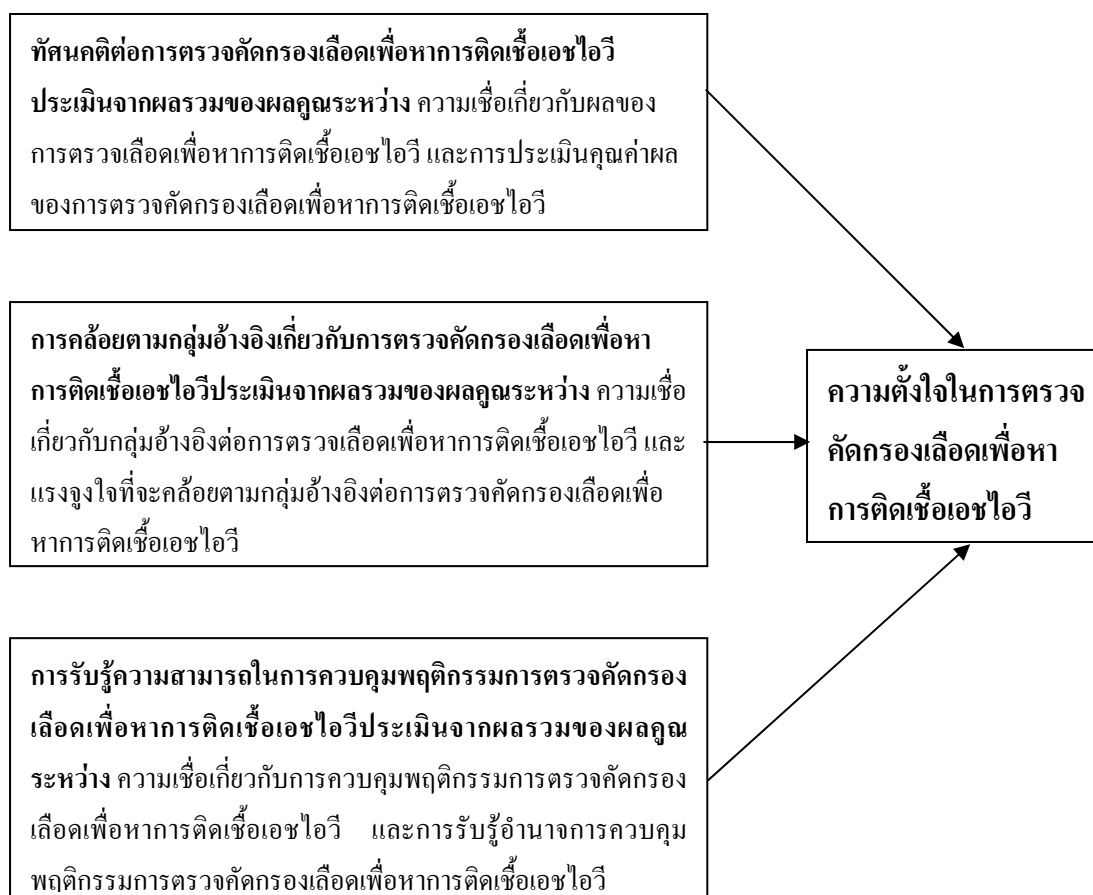
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control: PBC) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความยากหรือง่ายในการกระทำพฤติกรรมนั้น และความสามารถในการควบคุมตนเองให้กระทำพฤติกรรมภายใต้ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรมนั้น ได้แก่ ปัจจัยภายในเช่น บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีข้อมูล มีความรู้สึกละสามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และปัจจัยภายนอกเช่น บุคคลรับรู้ว่ามีเวลา มีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ หรือบุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นต้องขึ้นอยู่กับกลุ่มบุคคลอื่น การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้มากเท่าไร บุคคลนั้นก็มีความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูง ซึ่งสามารถวัดได้ทางอ้อมจากความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้อำนาจในการควบคุมพฤติกรรม

ดังนั้นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี สามารถประเมินได้จากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมการไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้อำนาจการควบคุมการไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ในการทำนายหรืออธิบายพฤติกรรมจากความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมต้องมีองค์ประกอบที่ชัดเจนคือประกอบด้วยการกระทำ (action) เป้าหมาย (target) บริบท (context) และเวลา (time) โดยมีทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม โดยเป็นตัวกำหนดและสามารถทำนายพฤติกรรมได้ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความตั้งใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมซึ่งสามารถใช้ในการทำนายพฤติกรรมได้ โดยไม่ต้องผ่านความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม จะทำให้ทราบถึงแนวโน้มของการกระทำพฤติกรรมได้

จากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจเลือดของกลุ่มสมรสพบว่า การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่เฉพาะ ซึ่งเกิดจากความตั้งใจในระดับที่แตกต่างกันและพบว่าการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสในหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการ

รับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสนึงตั้งครรภ์อาจเป็นผลจากปัจจัย 3 ประการ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาอิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานการวิจัย

ทัศนคติต่อการตรวจเลือด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี สามารถร่วมทำนายความตั้งใจของกลุ่มสมรสนึงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

นิยามศัพท์

1. ทักษะคิดต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็นของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ว่าทำให้มีผลอย่างไร มากน้อยเพียงใด และผลของการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่จำเป็นหรือไม่จำเป็น มากน้อยเพียงใด โดยประเมินจากแบบสอบถามทักษะคิดต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991; 2006) และการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของประชาชนทั่วไป

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน มีความคิดเห็นว่าสมควรหรือไม่สมควร ตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี มากน้อยเพียงใด และกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการหรือไม่ต้องการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามความคาดหวังของบุคคลเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด โดยประเมินจากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991; 2006) และการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของประชาชนทั่วไป

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ว่ามีความยากหรือง่ายในการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด และความสามารถในการควบคุมตนเองให้ไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้อุปสรรคที่จะสนับสนุนหรือขัดขวางการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี มากน้อยเพียงใด โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถพฤติกรรมตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991; 2006) และการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของประชาชนทั่วไป

4. ความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ หมายถึง การประเมินการรับรู้ ความคิดด้วยตนเองของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ว่าจะกระทำหรือไม่กระทำการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคตมากน้อยเพียงใด และการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเป็นการไปตรวจโดยความสมัครใจ เพื่อการวางแผนครอบครัวในอนาคตและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยประเมินจากแบบสอบถามความตั้งใจใน

การไปรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991; 2006)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจใน การมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่พา ภรรยามารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกบริการรับฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาล สงขลา จำนวน 212 ราย

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนางานในด้านการให้บริการปรึกษาแนะนำ ส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป ให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อรณรงค์ให้ประชาชนทุกกลุ่มได้ เข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ และให้ได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่องหากตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.1 ความสำคัญในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.2 นโยบายและบริการการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.3 เหตุผลและความต้องการในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.4 การให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ
2. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี
3. เครื่องมือในการประเมินทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี
5. อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ความสำคัญในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรวดเร็วและกว้างขวางในกลุ่มประชากรต่างๆ ทั้งในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น กลุ่มหญิงและชายที่มีอาชีพขาย

บริการทางเพศและในกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้คุกคามต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ และก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขาดการยอมรับจากสังคม ปัจจุบันได้มีความพยายามร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อหาวิธีการและรณรงค์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงในหลายกลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มหญิงที่ขายบริการทางเพศ กลุ่มชายที่มาตรวจหาโรค กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ส่วนประชากรที่มีความชุกเพิ่มขึ้น และควรมีการติดตามอย่างใกล้ชิด ได้แก่ กลุ่มชายที่ขายบริการทางเพศ มีค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 12.95 และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เนื่องจากพบค่าความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 0.23 (จรรยา และคณะ, 2550)

การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้ถูกนำมาใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีที่จะช่วยในการสืบค้นหาผู้ที่มีการติดเชื้อตั้งแต่ระยะแรกเพื่อประโยชน์ในการป้องกันตนเองและผู้อื่น หรือช่วยให้ผู้ที่ตรวจพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีเกิดการดูแลตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งช่วยให้สามารถยืดอายุการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการให้ได้รับบริการที่เข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (UNAIDS, 2002 as cited in Wanyenze, Kamya, Liechty, Ronald, Guzman, Wabwire-Mangen et al., 2006) การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการตรวจเลือดเช่นเดียวกับการตรวจประเภทอื่นๆ ในโรงพยาบาลหรือไม่ เป็นคำถามที่ยังตอบไม่ได้ชัดเจนด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ความคุ้มค่าในการตรวจ ความน่าเชื่อถือในระบบบริการ การปกปิดผลการตรวจที่เป็นความลับของผู้ให้บริการและระบบการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น แต่หากมองในแง่ของบุคลากรในทีมสุขภาพ ถือว่าการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้เกิดประโยชน์ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง เนื่องจากการตรวจพบเชื้อเอชไอวีในขณะที่ยังไม่มีอาการแสดงของโรคนั้น สามารถลดอัตราการป่วยและอัตราการตายลงได้ จากการได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การตรวจคัดกรองเลือดจำเป็นต้องกระทำควบคู่ไปกับการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเสมอเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากผลของการตรวจเลือดและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการปรับตัว สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข (กัลยารัตน์, ธีรวิวัฒน์, กาญจนา, วิภาดา, ชนิฎาภา, วราภรณ์ และคณะ, 2542)

การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากการมีส่วนร่วมของคู่สมรสในการเข้าร่วมการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีและรับบริการปรึกษามีความสัมพันธ์กับการลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (ชนรักษ์ และคณะ, 2548) การให้คู่สมรสได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังการ

ปรึกษา ก่อนการตรวจเลือด เป็นการสนับสนุนให้คู่สมรสได้รับรู้ปัญหาเรื่องโรคเอดส์กับการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง การติดต่อของโรค เมื่อเข้าใจและเล็งเห็นความสำคัญของการตรวจเลือดแล้ว หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสส่วนมากมักตกลงใจที่จะตรวจเลือดด้วยกัน ในกรณีที่พบว่าผลการตรวจเลือดของคู่สมรสเป็นลบ แต่หญิงตั้งครรภ์มีการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่แล้วคู่สมรสจะมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจและยอมรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น หากให้คำปรึกษา และตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะหญิงตั้งครรภ์หากพบว่าผลการตรวจเลือดเป็นลบหรืออยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการแต่คู่สมรสมีการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ก่อน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีโอกาสในการที่จะป้องกันการแพร่เชื้อจากคู่สมรสของตน และไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้ หรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการก็จะ ไม่ได้รับการตรวจเลือดซ้ำเมื่อเข้าสู่ระยะที่ผลเลือดเปลี่ยนเป็นบวก (สุพร, 2542 ข)

นโยบายและบริการการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับประเทศไทยการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ที่ผ่านมา พบว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไม่สนับสนุน หรือบังคับให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ยกเว้นความจำเป็นเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด ผู้ที่ทำประกันชีวิต ผู้ที่ต้องการหลักฐานในการสมัครงาน หญิงตั้งครรภ์ และหญิง – ชาย ที่เตรียมพร้อมก่อนการแต่งงาน เป็นต้น โดยบุคคลเหล่านี้จะต้องได้รับคำแนะนำปรึกษา ก่อนการตรวจเลือดและมีการลงชื่อยินยอมเพื่อรับการตรวจเลือด (informed consent) ก่อนทุกครั้ง อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ ภายใต้การให้คำปรึกษาแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม (สุรจิต, 2544)

โดยภาพรวมพบว่า ประชาชนทั่วไปสมัครใจที่จะตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น การจัดบริการเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว คือ การบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์และการให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดโดยความสมัครใจ เป็นบริการที่แนะนำ ส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนได้ และเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับในการรับบริการปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ (ประพันธ์, อัจฉรา, นริศ, วิไล, ฐาปนพร, ภัทรพร และคณะ, 2549) ดังนั้นการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการป้องกันโรคด้านสุขภาพในระดับทุติยภูมิ และเป็นรูปแบบการตรวจคัดกรองในประชากรทั่วไปคือ ค้นหาผู้ป่วยในระยะที่ยังไม่มีอาการ เพื่อป้องกันโรคที่สามารถถ่ายทอดระหว่างคู่สมรสและบุตร (ไพบูลย์, 2550)

ปัจจุบันได้มีความพยายามในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรต่างๆ ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายที่พบว่าควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (สุรจิต, 2544) ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่าประชาชนทั่วไปควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ โดยเฉพาะหญิง - ชาย ก่อนการแต่งงาน และควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 40 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550)

2. การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส พบว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่สามารถเข้าถึงระบบให้บริการ VCT เนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยการตรวจเลือดจะต้องเป็นการไปตรวจโดยความสมัครใจมากกว่าการบังคับ แต่ในทางปฏิบัติพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการตรวจเลือด (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550) โดยการตรวจนั้นมีอิทธิพลมาจากผู้ให้บริการมากกว่าความสมัครใจ ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการปรึกษาและให้ข้อมูลก่อนการตรวจเลือดเสมอ ซึ่งวิธีการให้คำปรึกษานั้นอาจมีรูปแบบที่แตกต่างกัน (Koetsawang & Auamkul, 1997)

โดยภาพรวม หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกเมื่อฝากครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงควรได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ได้ 7 เดือน ถ้าผลการตรวจเลือดปกติในครั้งแรก และทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับคู่สมรสและหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับคำปรึกษาและตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และควรได้รับการบริการดังกล่าวเป็นระยะๆ ทุก 6 เดือน (สุรจิต, 2544)

เหตุผลและความต้องการในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ในการมาขอรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของแต่ละบุคคลพบว่า มีเหตุผลของการตรวจเลือดที่แตกต่างกัน เช่น ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ต้องการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อความปลอดภัยและลดการแพร่กระจายเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ (Meadows, Catalan, & Gazzard, 1993) จากการศึกษาของอรัทัย และอุบลรัตน์ (2547) เรื่องความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึงบริการตรวจเลือดและการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องโรคเอดส์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 3 ($n = 398$) เคยเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เคย

รับการตรวจเลือด ระบุว่าตนเองเคยตรวจเลือดมากกว่า 1 ครั้ง สำหรับเหตุผลที่เข้ารับการตรวจเลือดนั้น ไม่ได้เกิดจากการตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง หรือรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี โดยในผู้ชายมากกว่าร้อยละ 35 ต้องเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากนโยบายที่ทำงาน และร้อยละ 58.4 ในผู้หญิงตรวจเลือดเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยมีเพียงร้อยละ 2 ในผู้ชาย และร้อยละ 1 ในผู้หญิง ที่เข้ารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีเพราะประเมินว่าตนเองมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของ ประนอม ประณีต และพัชรียา (2550) เรื่องกระบวนการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ในโรงพยาบาล กรณีศึกษาของจังหวัดสงขลา ในประเด็นการเข้าถึงระบบบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าประชาชนมารับบริการตรวจเลือดตามสาเหตุต่างๆ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้รับบริการทั่วไปและผู้ขอตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้รับบริการที่ต้องการมาตรวจการติดเชื้อเอง 2) ผู้รับบริการที่รับไว้ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการที่มาตรวจแผนกผู้ป่วยนอก มีอาการและอาการแสดงที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี 3) กลุ่มผู้รับบริการที่คลินิกฝากครรภ์และคลอดบุตร จะต้องได้รับการตรวจ การติดเชื้อเอชไอวีทุกราย

ความต้องการในการใช้บริการตรวจเลือดและให้คำปรึกษามีมากขึ้นในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ดังนั้นหน่วยให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการเข้าถึงประชาชนเป็นสิ่งที่ประชาชนทั่วไปมีความต้องการ โดยเฉพาะการให้บริการตรวจเลือดแบบเคลื่อนที่ จะทำให้สามารถเข้าถึงชุมชนหรือพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาลได้ ซึ่งมีการทดลองนำหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปใช้ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชาชนมีความเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี สะดวกในการเข้าถึงได้ง่าย และมีความเป็นส่วนตัวมากกว่าการไปรับบริการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดที่โรงพยาบาล และจากการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 15 ได้สรุปถึงปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีความต้องการเข้ารับบริการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การให้บริการที่เน้นให้คำปรึกษาด้านการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อหรือการรับเชื้อมากกว่าการให้คำปรึกษาด้านการรักษา และการตรวจเลือดที่สามารถทราบผลได้ภายในวันที่ทำการเจาะเลือด เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้ประชาชนต้องการมารับบริการมากขึ้น (ชนรักษ์ และคณะ, 2548)

การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ

การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ (HIV Voluntary Counseling and Testing : VCT) จัดเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญสำหรับใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันและการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ โดยในระดับบุคคลการเข้ารับบริการให้คำปรึกษาจะเป็นโอกาสที่จะทำความเข้าใจในการสมัครใจที่จะตรวจเลือดเพื่อหาการติด

เชื้อเอชไอวี โดยเป็นการพูดคุยเพื่อนำไปสู่การให้ข้อมูลในการมีพฤติกรรมทางเพศอย่างปลอดภัย รวมทั้งจะเป็นพื้นฐานสำหรับการให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องในผู้ที่ตรวจพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี (Matovu, Gray, Kiwanuka, Kigozi, Wabwire-Mangen, Nalugoda et al., 2007) นอกจากนี้การให้การปรึกษาจะเป็นส่วนสำคัญในการทำให้เกิดการจัดหาวิธีและระบบการตรวจเลือดที่มีการรักษาความลับ และเป็นการสร้างให้เกิดความไว้วางใจให้กับกลุ่มต่างๆ ในการที่จะเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข การให้การปรึกษาเป็นไปในหลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ และเนื้อหาของการให้การปรึกษายังคงเป็นส่วนสำคัญในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (มิลเลอร์, 2544 อ้างตาม ลีซ่า, 2544)

จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของระบบบริการ VCT ที่ผ่านมาพบว่า สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและส่งผลให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเช่น การศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของคู่สมรสที่อีกฝ่ายหนึ่งพบการติดเชื้อ (discordant couple) พบว่า ก่อนเข้ารับบริการ VCT กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนที่มีการติดเชื้อเอชไอวีเพียงร้อยละ 3 ภายหลังจากการเข้ารับบริการ VCT ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการติดตามผลในระยะเวลา 1 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 (Allen, Meinzen-Derr, Kautzman, Zulu, Trask, Fideli et al., 2003) และการศึกษาเรื่องความรู้ และทัศนคติต่อระบบบริการ VCT พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.2 ทราบดีว่ามีการให้บริการ VCT แหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับบริการ VCT มากที่สุดคือ สื่อต่างๆ และจากผู้ที่ทำงานในโบสถ์ และส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานที่สำหรับเข้ารับบริการ VCT โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.8 เห็นสมควรให้มีบริการ VCT และร้อยละ 64.3 สามารถยอมรับและทำได้หากผลการตรวจเลือดออกมาเป็นบวก อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.2 ระบุว่าไม่คิดที่จะเข้ารับการตรวจเลือดเนื่องจากมีความมั่นใจว่าตนเองไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงและแน่ใจว่าตนเองไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีแน่นอน มีเพียงร้อยละ 18.8 ที่คิดจะตรวจเลือดก่อนแต่งงาน โดยการศึกษาครั้งนี้ได้มีข้อเสนอแนะให้มีการนำความรู้เรื่องของการบริการ VCT เข้ามาเป็นหลักสูตรหนึ่งของการเรียน และควรมีการจัดสถานที่ให้บริการ VCT ที่บุคคลทั่วไปสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย เช่น ในสถาบันการศึกษา ชุมชน ตลาดนัด หรือมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นต้น (Ikechbelu, Udigwe, Ikechbelu, & Imoh, 2006) นอกจากนี้พบว่าทำให้คู่สมรสของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้ามามีส่วนร่วมในบริการ VCT ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74 ไม่เคยได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน ภายหลังจากการเข้ารับบริการ VCT มีการตรวจพบว่าคู่สมรสของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการทางคลินิกที่ควรได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 39 (Were, Mermin, Wamai, Awor, Bechange, Moss et al., 2006)

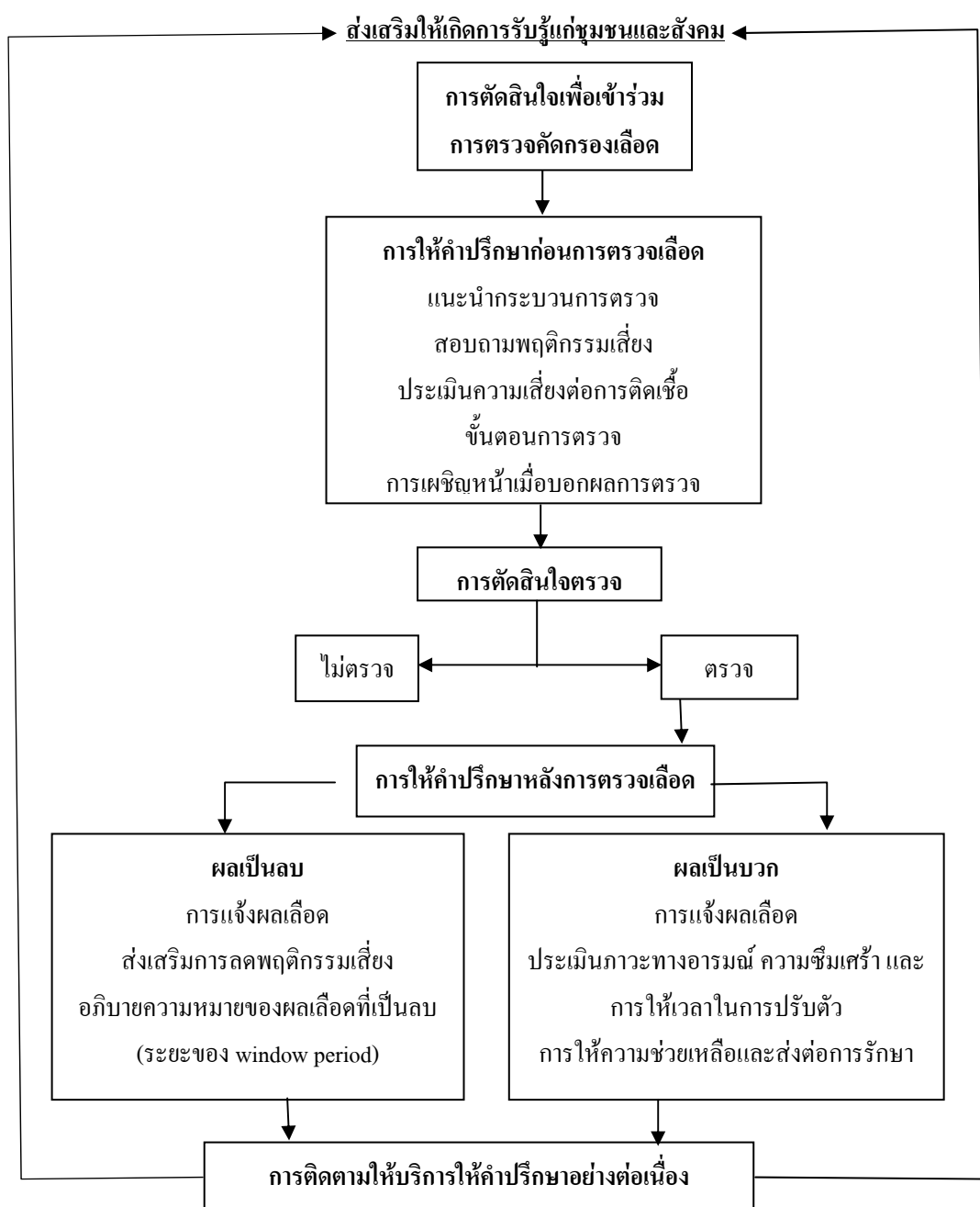
นอกจากนี้ ได้มีการสรุปผลการให้บริการระบบ VCT ในต่างประเทศโดยกรมสุขภาพจิต (2541) เช่นในประเทศยูกันดา ทำการศึกษาโดยองค์กร TASO (The AIDS Service Organization) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 730 ราย ที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องพบว่า ระบบบริการ VCT ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวในสังคมได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 ตัดสินใจที่จะบอกผลเลือดแก่บุคคลในครอบครัว หรือในประเทศรวันดา ที่ศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ พบว่าหญิงที่สามีได้รับการ VCT มีอัตราการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ลดลง และผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ลดลง โดยลดลงมากในกลุ่มที่มีการใช้ถุงยางอนามัย และการศึกษาถึงผลที่ได้จากระบบบริการ VCT ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,383 ราย ที่เข้ารับบริการ VCT มีจำนวน 1,903 ราย ที่ขอทราบผลการตรวจเลือด เนื่องจากตนเองมีประวัติเคยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน กำลังจะแต่งงาน และที่ทำงาน ต้องการให้ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (Machekano, McFarland, Hudes, Bassett, Mbizvo & Katzenstein, 2000) จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าบริการ VCT ที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้ ทำให้บริการ VCT ได้รับการสนับสนุนให้เป็นส่วนหนึ่งของการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ และการศึกษาของสุดถนอม (2537) พบว่าร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างที่การติดเชื้อเอชไอวี ต้องการให้มีหน่วยบริการให้คำปรึกษาเพื่อคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ที่มีความสงสัยเกี่ยวกับโรคเอดส์

สำหรับในประเทศไทยได้มีการประเมินสถานการณ์บริการให้การรักษาเรื่องเอดส์และนโยบายการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และหน่วยงานภาคเอกชน จำนวน 1,244 แห่งพบว่า ทุกสถานที่มีการให้บริการ VCT และมีการขอความยินยอมก่อนการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้ง ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตรวจเลือด และผลการตรวจจะถูกเก็บเป็นความลับ แต่ยังคงมีรายงานว่ามีการบอกผลการตรวจเลือดให้กับนายจ้างและบริษัทประกันทราบ การให้บริการ VCT จะครอบคลุมในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเรื้อรัง และไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมสำหรับบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสติปัญญา หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจ ผู้ที่ไม่สามารถอ่าน/พูดภาษาไทย ด้านความพร้อมในการให้บริการพบว่า โรงพยาบาลศูนย์มีความพร้อมมากกว่า โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ตามลำดับ (ประเวช, 2549)

อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมประเทศไทยมีระบบบริการ VCT ที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ โดยเฉพาะในองค์ประกอบหลักของการบริการ ได้แก่ การขอความยินยอมก่อนการตรวจเลือด การรักษาความลับ และเคารพสิทธิในการปฏิเสธการตรวจหาการติดเชื้อของผู้ป่วย โดยมีภาคเอกชน

ช่วยทำหน้าที่เสริมในส่วนที่ขาดให้กับภาครัฐ เช่น บริการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ บริการให้การศึกษาเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนทั่วไป (ประเวช, 2549)

ดังนั้นกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญสำหรับผู้มารับบริการเพื่อตัดสินใจว่าตนเองควรจะมีการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ โดยมีขั้นตอนดังภาพ 2 และมีรายละเอียดดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2546; สุพร, 2542 ก; UNAIDS, 2000)



ภาพ 2 กระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ (UNAIDS, 2000)

1. การให้บริการรับคำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (pre-test counseling) โดยมีวัตถุประสงค์ของการรับคำปรึกษาก่อนการตรวจเลือด ดังนี้

1.1 เพื่อให้การตรวจคัดกรองเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ผ่านการตัดสินใจของผู้รับบริการอย่างละเอียดรอบคอบ (informed decision) โดยการได้รับทราบข้อมูลต่างๆ เช่น สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ผลการตรวจเลือด ผลดีและผลเสียของการตรวจเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ และการตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจ ขึ้นอยู่กับตัวของผู้รับบริการ

1.2 เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้รับการตรวจ ผู้ที่มีรับการตรวจเลือดต้องมีความพร้อมที่จะรับทราบผลการตรวจ โดยเฉพาะเมื่อการตรวจได้ผลเป็นบวก ซึ่งแสดงว่าติดเชื้อเอชไอวี

1.3 เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดได้รับรู้และมีการประเมินถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและเลิกพฤติกรรมเสี่ยง โดยได้ทราบถึงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีการสำรวจตัวเองว่ามีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือไม่ และสามารถลดเลิกพฤติกรรมที่เสี่ยงเหล่านั้นได้หรือไม่

1.4 เพื่อแก้ปัญหาหรือคลายข้อสงสัยเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ในการให้คำปรึกษาควรครอบคลุมขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 การเริ่มต้นการปรึกษา โดยการสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เอื้อต่อการให้ปรึกษา ดือนรับผู้มารับบริการ มีการแนะนำตัวต่อผู้มารับบริการ เพื่อให้ทราบว่าผู้ให้บริการเป็นใคร สอบถามชื่อ ซึ่งเป็นการแสดงความสนใจในตัวของผู้มารับบริการ พูดคุยกับผู้มารับบริการในเรื่องทั่วไปตามความเหมาะสม การให้การปรึกษาเกี่ยวกับเอดส์เป็นเรื่องที่อ่อนไหว อาจทำให้อับอายและหวาดกลัว การสร้างความเป็นเพื่อน ไว้เนื้อเชื่อใจ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ จึงมีความสำคัญมากแก่ผู้มารับบริการ

2.2 มีการสำรวจเหตุผลในการขอรับบริการตรวจเลือด สำหรับผู้มารับบริการขอตรวจเลือดเอง ควรมีการถามถึงเหตุผลที่มาตรวจ ซึ่งอาจเนื่องจาก การสงสัยว่าตนเองจะมีการติดเชื้อ ต้องการไปสมัครงาน หรือตรวจเลือดก่อนการแต่งงาน เป็นต้น บุคคลส่วนใหญ่มักบอกเหตุผลที่มาตรวจตามจริง แต่บางคนอ้างเหตุผลที่ไม่เป็นจริงเพราะอับอายไม่กล้าบอก การสำรวจหาเหตุผลที่แท้จริงของการขอตรวจเลือด จะช่วยในการพิจารณาความจำเป็นของการตรวจเลือดด้วย

2.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ เป็นการให้เฉพาะส่วนที่จำเป็น ไม่มากเกินไปจนผู้รับบริการเกิดความสับสน เหมาะสมกับวัยและระดับการศึกษาของผู้มารับบริการ

2.4 การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง และการช่วยเหลือให้เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การให้เลือด การได้รับเลือด การผ่าตัด การเสริมสวயบางอย่าง เช่น การเจาะหู การสักทิว เป็นต้น อุบัติเหตุที่ทำให้เกิดบาดแผล การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก การใช้ปากกับอวัยวะเพศชาย การใช้ปากกับอวัยวะเพศหญิง การใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกัน การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก เป็นต้น มีการให้ผู้มารับบริการได้สำรวจตนเองและคู่ของตนว่าจะมีความเสี่ยงหรือไม่ การให้การปรึกษาจะมุ่งเน้นให้ผู้มารับบริการเข้าใจถึงเรื่องโรคเอดส์และระมัดระวังที่จะไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

2.5 อธิบายให้ทราบความหมายของการตรวจเลือด เป็นการบอกวิธีตรวจที่ใช้ในสถาบันหรือโรงพยาบาล ให้ผู้รับบริการได้ทราบ ผลเลือดเป็นบวกหรือเป็นลบหมายความว่าอย่างไร หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับผลการตรวจก็สามารถที่จะขอรับบริการตรวจใหม่ได้

2.6 การเตรียมความพร้อมในการตรวจเลือดของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญ และมีประโยชน์มาก โดยการให้ผู้มารับบริการสมมติว่าหากผลเลือดเป็นบวกจะรู้สึกอย่างไร จะทำอย่างไรต่อไปข้างหน้า การคิดไว้ล่วงหน้าจะช่วยเตรียมให้ผู้ตรวจเลือดยอมรับผลเลือดได้ดีขึ้น

2.7 การตัดสินใจว่าจะตรวจหรือไม่ตรวจเลือด สำหรับแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ ผลดีผลเสียของการตรวจ สำหรับผู้ที่ยังไม่แต่งงาน การทราบว่าจะติดเชื้อหรือไม่ อาจไม่ใช่ปัญหาสำคัญ แต่มีผลดีคือจะได้ดำเนินชีวิตต่อไปแบบไม่เสี่ยงต่อเอดส์ สำหรับผู้ที่แต่งงานแล้ว การทราบผลการติดเชื้อมีความสำคัญ โดยเฉพาะฝ่ายหนึ่งติดเชื้อแต่อีกฝ่ายหนึ่งยังไม่ติดเชื้อ การทราบผลเลือดจะช่วยให้อีกฝ่ายหนึ่งมีการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อขึ้นได้

2.8 การรับทราบผลเลือด มีผู้รับการตรวจเลือดจำนวนหนึ่งที่ไม่มารับผลการตรวจส่วนมากเป็นเพราะเกิดความกลัวว่าผลเลือดจะเป็นบวก และกลัวความลับถูกเปิดเผย ควรมีการสร้าง ความมั่นใจแก่ผู้รับการตรวจ โดยผลการตรวจจะถูกเก็บเป็นความลับ และบอกแก่เจ้าของเลือดเท่านั้น และจะมีการพูดคุยกันอีกครั้งภายหลังเมื่อทราบผลเลือด การแจ้งผลเลือดจะแจ้งต่อตัวเจ้าของเลือด ไม่มีการแจ้งผลเลือดทางโทรศัพท์ แจ้งผ่านเพื่อน ส่วนเจ้าของเลือดจะบอกผลการตรวจแก่ใครอีกบ้างขึ้นอยู่กับความต้องการของเจ้าของเลือดนั่นเอง

2.9 เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีการซักถามและสรุปในสิ่งที่ได้รับฟังมาทั้งหมด เพื่อเป็นการประเมินสิ่งที่ได้พูดคุยและสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน

2.10 ควรแจกเอกสารหรือแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องที่ได้พูดคุย โดยเป็นเอกสารที่มีการสรุปง่ายๆ เมื่อผู้มารับบริการเกิดความสงสัยจำไม่ได้จะได้อ่านจากคำแนะนำในเอกสารได้

3. การให้คำปรึกษาหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (post-test counseling) ภายหลังการเข้ารับการตรวจเลือดผู้รับบริการจะได้รับคำปรึกษาหลังการตรวจเลือด ซึ่งการให้คำปรึกษาจะมีความแตกต่างกันของผลเลือดดังนี้

3.1 การให้คำปรึกษาภายหลังจากที่รับทราบผลเลือดที่เป็นลบหรือปกติการบอกข่าวดีเป็นเรื่องที่ง่าย แต่การให้คำปรึกษามีความสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีไปตลอดชีวิต อาจจะไม่ใช่เรื่องที่ยั่งยืน สำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจนเคยชิน การแสดงความยินดีจนเกินควรเมื่อแจ้งผลลบ อาจทำให้ผู้รับบริการชะงักไม่กล้าถามหรือเล่าเรื่อง “ทางลบ” หรือ “พฤติกรรมเสี่ยง” ที่ยังคงค้างอยู่ในความคิดของผู้รับบริการได้ การบอกด้วยน้ำเสียงท่าทางที่สงบ ราบเรียบ และดูปฏิบัติการตอบสนองจะช่วยให้ผู้ให้บริการเข้าใจความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้รับบริการได้ดี และมีการกลับไปทบทวนพฤติกรรมเสี่ยงที่ผ่านม่อีกครั้ง และพิจารณาว่าผู้รับบริการคิดอย่างไร จะหลีกเลี่ยงหรือเลิกพฤติกรรมนั้นหรือไม่ สิ่งที่ควรเน้นในผู้ที่ผลเลือดเป็นลบคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (safer sex practice) วิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ปลอดภัย การหลีกเลี่ยงทางติดเชื้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ (non-sexual mode) เช่น การสัก การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การเลิกพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยง เช่นการดื่มเหล้าจนมีเมามาและไปเที่ยวหญิงขายบริการโดยไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น

3.2 การให้คำปรึกษาภายหลังจากที่ทราบผลเลือดเป็นบวก สิ่งสำคัญในการให้คำปรึกษาที่จะต้องสื่อให้ผู้รับบริการที่ผลเลือดบวก คือ แม้เขาจะติดเชื้อเอชไอวี ก็ยังมีคนที่รักและต้องการเขาอยู่ เขายังมีคุณค่าสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้อีกมาก การปรับตัวรับความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ เช่น ผลกระทบด้านชีวิตครอบครัว สังคม หน้าที่การงาน การดูแลสุขภาพ และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ควรมีขั้นตอนการให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือดที่ผลเป็นบวกดังนี้

3.2.1 การกล่าวต้อนรับ ผู้มาฟังผลตรวจเลือดที่เป็นบวก การบอกผลเลือดบวกเป็นเรื่องที่ลำบากใจ การต้อนรับจึงควรมีบรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลาย ไม่แสดงความหวาดกลัว แต่ไม่ควรร่าเริงเพราะเป็นการสวนทางกับผลที่จะบอก การประวิงเวลาบอกผลการตรวจจะทำให้ผู้ต้องการทราบผลเกิดความสงสัยมากขึ้น การบอกผลการตรวจเลือดโดยตรงไปตรงมาด้วยสีหน้าปกติ มั่นคงในขณะที่บอก ผู้ที่ผ่านการได้รับคำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดที่ถูกต้องมาแล้ว มักไม่แสดงปฏิกิริยาที่รุนแรง และมักควบคุมตนเองได้ดี โดยทั่วไปผู้ที่คิดว่าตนเองจะติดเชื้อเอชไอวี มักมีปฏิกิริยาที่รุนแรงน้อยกว่าผู้ที่ไม่คาดคิดว่าจะติดเชื้อซึ่งมักจะมีปฏิกิริยาที่รุนแรง ปฏิกิริยาที่พบบ่อยหลังทราบผลเลือดเป็นบวก หลังคำอุทานหรือคำพูดประโยคสั้นๆ คือ การเงยหน้าตาไหล ตกตะลึง พูดยอะไรไม่ออก บางคนมีอาการเหงื่อออก และอาการเหมือนจะเป็นลม การ

สื่อสารที่ดีที่สุดคือ การใช้ภาษากาย เช่นการสัมผัสเบาๆ เช่น การวางมือที่ใหญ่ การส่งกระดาษทิชชูให้ซับน้ำตา เป็นภาษาที่สื่อทางบวกถึงความห่วงใย ให้กำลังใจ และรอให้ผู้รับบริการพูดเพราะสิ่งที่พูดครั้งแรกมักเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในใจของผู้รับบริการ

3.2.2 การสำรวจและแก้ปัญหา โดยเริ่มต้นภายหลังจากที่ผู้รับบริการได้รับฟังผลการตรวจหายจากภาวะซึ้อคทางอารมณ์ การเรียงลำดับปัญหา ก่อนหลังขึ้นอยู่กับผู้รับบริการว่าขณะนี้เขากำลังคิดอะไรอยู่ เรื่องที่พูดขึ้นมาประโยคแรกมักจะเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด การให้ความสำคัญมากที่สุด กระบวนการให้การปรึกษาไม่จำเป็นต้องทำตามขั้นตอนที่เรียงลำดับไว้เสมอไป โดยสิ่งแรกที่สุดที่ผู้ติดเชื้อมักจะคิดถึงมากที่สุดคือ การสูญเสียคนรัก สถานภาพทางสังคม ความภาคภูมิใจในอนาคต ความสุขสำราญที่เคยได้จากการเที่ยว การกิน กลัวการทรุดโทรมไปตามสุขภาพ ความเข้าใจเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ การดูแลสุขภาพในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เลือกชีวิตทางเพศที่ปลอดภัย การคุมกำเนิด การป้องกันโรคฉวยโอกาส และการรักษาที่ต่อเนื่อง

3.2.3 การสร้างความหวังโดยเป็นความหวังที่สามารถเป็นไปได้จริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงและเน้นให้ความสนใจเรื่องการดูแลสุขภาพให้กำลังใจบนพื้นฐานศักยภาพของผู้รับบริการ มีการวางแผนแนวทางการดำเนินชีวิต การรักษาสุขภาพของตนเองร่วมกัน และพิจารณาผลกระทบที่จะตามมาพร้อมแนะแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

3.2.4 การให้ความช่วยเหลือ การส่งต่อให้ได้รับการรักษาและการยุติการให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้รับบริการ ใช้บริการจากแหล่งความช่วยเหลือต่างๆ เช่น บริการข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ ด้านสังคม การให้การปรึกษา การรักษา และบริการอื่นๆที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาสุขภาพ ให้ผู้รับบริการทราบว่าเขาสมาารถมาขอรับบริการปรึกษาได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดปัญหาขึ้น สรุปจุดสำคัญต่างๆ ที่ได้พูดกัน โดยการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีการซักถามข้อสงสัยอีกครั้ง พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไปเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องต่อไป

การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ที่เหมาะสมพบว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้ เนื่องจากทำให้เพิ่มความตระหนัก รับรู้ถึงความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Muller, Sarangbin, Ruxrungthum, Sittitrai, & Phanuphak, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ (2544) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรึกษาก่อนสมรส โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้ารับคำปรึกษาก่อนแต่งงานจำนวน 52 ราย พบว่าร้อยละ 53.9 ต้องการตรวจเลือดเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์หรือโรคต่างๆ ที่สามารถติดต่อสู่คู่สมรสของตนและร้อยละ 25 ต้องการตรวจเลือดเนื่องจากความปลอดภัยของคู่สมรสและการให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้ารับ

คำปรึกษาก่อนแต่งงานจำนวน 208 ราย ให้เหตุผลที่ไม่เข้ารับคำปรึกษาก่อนแต่งงาน เนื่องจากไม่มีเวลา และมีความเชื่อใจและไว้วางใจคู่ของตนเองเพราะคบกันมานาน คิดเป็นร้อยละ 26 และร้อยละ 14.4 ตามลำดับ

การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยลดความกังวลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเมื่อผลการตรวจเป็นลบ การเปิดเผยผลการตรวจอาจเกิดผลที่รุนแรงกับความสัมพันธ์ส่วนตัว การทะเลาะวิวาทในครอบครัว ไม่ได้รับการยอมรับในสังคม หรือหากผลการตรวจเป็นบวกอาจจะเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อผู้ที่ได้รับการตรวจ อาจทำให้เกิดการหย่าร้าง การทำแท้งเกิดขึ้น (สุรจิต, 2544) และคำถามที่ตามมาสำหรับหลายๆ คนคือ การตรวจเลือดมีประโยชน์อย่างไร เพื่ออะไรในเมื่อเกิดการติดเชื้อขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงทำให้ไม่คิดที่จะไปรับบริการตรวจเลือด (สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยด้านกัยเอชไอวี, 2549) มีการศึกษาถึงความพร้อม/ความเต็มใจที่จะรับบริการตรวจเลือดในประชาชนวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการการตรวจเลือด และบทบาททางสังคมของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มารับบริการตรวจเลือด (Babolola, 2007) ดังนั้นในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี จะต้องมีการให้คำแนะนำและได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการให้ตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีก่อนทุกครั้ง

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

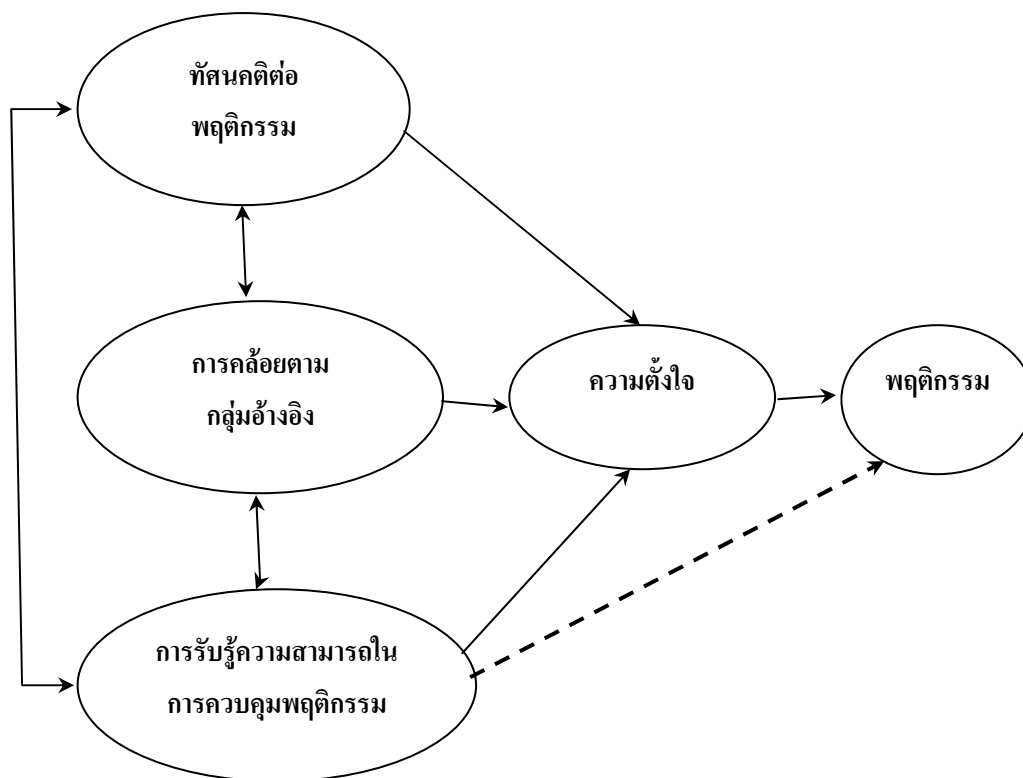
ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior: TPB)

เป็นทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคล และช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล (Ajzen, 1988; 1991; 2006) โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (theory of reasoned action: TRA) ของ Ajzen และ Fishbein ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานที่ว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผล และใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ รวมทั้งพิจารณาผลที่คิดว่าจะเกิดจากการกระทำของตนก่อนที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจึงเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผล (ธีระพร, 2535; Ajzen & Fishbein, 1980)

เอจเซน (Ajzen, 1988; 1991) กล่าวว่าทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมีข้อจำกัดในการทำนายพฤติกรรมทางสังคมอื่นๆ ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากเจตนาในการทำพฤติกรรมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ (incomplete volitional control) กล่าวคือ พฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหาในการควบคุม ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างแน่นอนว่าจะทำหรือไม่ทำ ต้องอาศัยโอกาสหรือทรัพยากรอื่นๆ เช่น เงิน เวลา ทักษะ การร่วมมือจากบุคคลอื่น เป็นต้น ต่อมา

ในปี 1985 Ajzen ได้เสนอ “ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน” ซึ่งโครงสร้างของทฤษฎีนี้มีลักษณะคล้ายกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ความแตกต่างที่สำคัญของทฤษฎีนี้อยู่ที่ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) ซึ่งทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้อธิบายเพิ่มเติมไว้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมที่สนใจ โดยมีการวางแผนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ พฤติกรรมที่บุคคลกระทำสำเร็จจะเกิดจากความตั้งใจในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางการกระทำพฤติกรรม โดยพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (volitional control) ซึ่งความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมจะเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิด (immediate determinant) ของพฤติกรรม และสามารถทำนายพฤติกรรมได้ โดยมีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม 3 ประการ คือ 1) ทศนคติต่อพฤติกรรม (attitudes toward behaviors) 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norms) และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้กำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดใกล้ชิดของการกระทำพฤติกรรม โดยนำทศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมาวิเคราะห์หาตัวกำหนดความตั้งใจและการกระทำพฤติกรรม นอกจากนี้ทฤษฎีได้กำหนดความเชื่อที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม โดยการนำความเชื่อที่แอบแฝง (salient beliefs) มาพิจารณาเพื่อกำหนดความตั้งใจของพฤติกรรมและการกระทำพฤติกรรม ความเชื่อแอบแฝง 3 ประการ ประกอบด้วย 1) ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (behavioral beliefs) เป็นการสันนิษฐานเกี่ยวกับอิทธิพลของทศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรม 2) ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง (normative beliefs) เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายใต้ตัวกำหนดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ 3) ความเชื่อในการควบคุมพฤติกรรม (control beliefs) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม โดยมีโครงสร้างพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1988; 1991; 2006) ดังภาพ 3 และมีสาระของทฤษฎีดังนี้



ภาพ 3 โครงสร้างพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991; 2006)

1. ทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitudes toward behaviors: A) หรือปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) เป็นตัวแปรที่เกิดจากการประเมินความรู้สึกทางบวกหรือลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นๆ และได้รับอิทธิพลหรือถูกกำหนดจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม (behavioral beliefs: b_p) และการประเมินคุณค่าผลของพฤติกรรม (evaluation of the outcomes: e_p) โดยบุคคลที่มีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลของพฤติกรรมทางบวก บุคคลก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลของพฤติกรรมทางลบ บุคคลก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรม การวัดทัศนคติตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถวัดได้ 2 วิธี คือ การวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมทางตรง และการวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมทางอ้อม จะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อการวัดทัศนคติต่อพฤติกรรม

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norms: SN) เป็นปัจจัยทางสังคม (social factor) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับเขา คิดว่า เขาควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรม ถ้าบุคคลรู้ว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรกระทำพฤติกรรมนั้นมากเพียงใด บุคคลก็จะมีเจตจำนงที่จะกระทำ

พฤติกรรมนั้นมากขึ้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลเรียกว่ากลุ่มอ้างอิง (specific referents) โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงขึ้นอยู่กับผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม (normative beliefs: n_i) และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (motivation to comply: m_i) การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถวัดได้ 2 วิธี คือ การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมทางตรง และการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมทางอ้อม จะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control: PBC) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีความยากหรือง่ายเพียงใดในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และความสามารถในการควบคุมตนเองให้กระทำพฤติกรรมภายใต้ปัจจัยที่จะสนับสนุนหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากปัจจัยภายในเช่น ทักษะ ความรู้ ความสามารถ อารมณ์ และปัจจัยภายนอก เช่น เวลา เงิน โอกาส ความร่วมมือจากบุคคลอื่น ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีแหล่งประโยชน์หรือโอกาสที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นมาก และมีอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นน้อยเพียงใด บุคคลก็จะรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมตนเองให้กระทำพฤติกรรมได้มาก โดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมขึ้นอยู่กับผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (control beliefs: c_i) และการรับรู้อำนาจการควบคุมพฤติกรรม (perceived power: p_i) การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถวัดได้ 2 วิธี คือ การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางตรง และการวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม จะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อการวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

4. ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (behavior intention: I) ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็มีมากเท่านั้น ตามแนวความคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กล่าวว่าการตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ได้รับอิทธิพลมาจากตัวทำนาย (predictor variable) 3 ประการ คือ ทักษะคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การวัดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อการวัดความตั้งใจต่อไป

ความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการแสดงเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวัดความตั้งใจที่จะกระทำ

พฤติกรรมของบุคคล หากสามารถวัดความตั้งใจได้อย่างเหมาะสม ก็สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องหรือใกล้เคียงที่สุด เพราะหากทราบความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลก็สามารถบอกแนวโน้มของการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมของบุคคลได้ Ajzen และ Fishbein (1980) ได้อธิบายโดยการแบ่งพฤติกรรมของบุคคลเป็น 2 ลักษณะคือ 1) พฤติกรรมที่เป็นการกระทำเดี่ยว (single action) เป็นพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่บุคคลกระทำเป็นการกระทำที่ชัดเจนผู้สังเกตสามารถจะสังเกตได้ เช่น การซื้อบุหรี่ การไปคูหน้ 2) พฤติกรรมที่เป็นกลุ่มการกระทำ (behavior category) เป็นการกระทำที่เฉพาะเจาะจงอย่างเดียหลายพฤติกรรมรวมกัน ต้องสังเกตจากการกระทำเดี่ยว ซึ่งไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมได้โดยตรง เช่น พฤติกรรมการเลี้ยงบุตร ที่ประกอบด้วยการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ หรือการเลี้ยงบุตรด้วยนมขวด

ในการวัดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมจะต้องกำหนดการกระทำเดี่ยวให้ครอบคลุมประเภทพฤติกรรมที่จะศึกษาให้มากที่สุด ดังนั้นการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการกระทำเพื่อป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) (ไพบูลย์, 2550) เป็นการป้องกันเพื่อที่จะลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรค หยุดยั้งการดำเนินของโรค ช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย และลดระยะการติดต่อของโรค การป้องกันในระยะนี้จะกระทำในระยะก่อนมีอาการ และขณะมีอาการของโรคเกิดขึ้น ดังนั้นการสืบค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจคัดกรองโรค (screening of diseases) การทำนายความตั้งใจขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการทำนายพฤติกรรม 2 ประการ (ลดาวัลย์, 2546; Ajzen, 1991) ได้แก่

1. ความสอดคล้อง (correspondence) ของเกณฑ์ในการวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และพฤติกรรมที่จะวัด โดยต้องมีความสอดคล้องใน 4 องค์ประกอบ คือ 1) การกระทำ (action) จะต้องกำหนดว่าเป็นการกระทำเดี่ยว เช่น การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ หรือเป็นการกระทำแบบกลุ่ม เช่น การออกกำลังกาย 2) เป้าหมาย (target) เป็นเป้าหมายของการกระทำ เช่น การให้ลูกกินนม อาจกำหนดเป้าหมายเป็นให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 3) บริบท (context) เป็นสถานการณ์หรือสถานที่ที่พฤติกรรมที่สนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การกินนมแม่ที่บ้าน และ 4) เวลา (time) เป็นเวลาที่พฤติกรรมที่สนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การกินนมแม่ตอนเที่ยง

2. ความคงที่ของความตั้งใจ (stability of intention) โดยพบว่าหากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมีความคงที่สูงก็จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้นๆ สูงด้วย เนื่องจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ การวัดความตั้งใจจึงควรวัดก่อนการกระทำพฤติกรรมให้ใกล้กับเวลาที่สังเกตพฤติกรรมมากที่สุด

ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีความตั้งใจในการที่จะไปตรวจเลือด และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ

ความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ที่ผู้ศึกษานำมาศึกษาในครั้งนี้ เป็นปัจจัยตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) ตามที่กล่าวมาข้างต้น

เครื่องมือในการประเมินทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

การประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด ที่นิยมใช้ในการศึกษาตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ มาตรวัดจำแนกความหมายของออสกู๊ดและคณะ (Osgood's semantic differential scale: SDS) (บุญธรรม, 2549; สุชาติ, 2546) มีลักษณะคล้ายกับการหาความหมายของแนวคิด คำตอบจะเป็นลักษณะคำคุณศัพท์คู่ (bipolar) ตรงกันข้ามโดยใช้สเกล 7 ช่องเท่าๆ กัน (อาจกำหนดให้มากกว่าหรือน้อยกว่าก็ได้) ด้วยการเลือกตอบช่องที่เหมาะสมกับความรู้สึก เช่น ดี – เลว, เร็ว – ช้า, บวก – ลบ เป็นต้น การให้คะแนนอาจจะให้ 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 หรือ 3, 2, 1, 0, -1, -2, -3 เรียงตามลำดับจากคุณศัพท์ด้านบวกไป และมาตรวัดทัศนคติที่นิยมใช้ ได้แก่ มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (likert scale) (บุญธรรม, 2549; สุชาติ, 2546) เป็นมาตรวัดการประเมินแบบรวม โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ลักษณะการกระจายของทัศนคติจะต้องมีการกระจายเป็นโค้งปกติ การกำหนดการให้คะแนนจะใช้เกณฑ์ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 5 ช่วงคะแนนที่ต่อเนื่องกัน ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 สำหรับข้อความทางบวก และข้อความทางลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผลที่ได้ไม่แตกต่างกัน (ธีรวิทย์, 2549) การจะเลือกใช้วิธีการวัดแบบใดที่จะเป็นวิธีการวัดที่ดีที่สุดนั้น ในปัจจุบันยังหาข้อสรุปที่แน่ชัดไม่ได้ เพราะแต่ละวิธีต่างก็มีลักษณะเฉพาะที่สำคัญของการวัดนั้นๆ ดังนั้นการที่จะนำเทคนิควิธีวัดแบบใดมาใช้จะต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการวัดเฉพาะอย่างและสถานการณ์ของการวัดในขณะนั้น (สุบิน, 2550)

การประเมินทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitudes toward behaviors: A)

ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ เป็นการประเมินความรู้สึกทางบวกหรือทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้น หรือเป็นการตัดสินใจว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือเลวของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นการสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำพฤติกรรม ในการศึกษาทัศนคติตาม

แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่าทัศนคติเป็นองค์ประกอบส่วนบุคคลที่กำหนดความตั้งใจของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมต่างๆ โดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความคิดและสติปัญญา (cognitive component) เป็นการใช้ความคิด ใช้ปัญญาเพื่อตอบสนองต่อบุคคล ในลักษณะของการรับรู้ ซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจของบุคคล 2) ความรู้สึกและอารมณ์ (affective component) เป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ของบุคคล เป็นผลจากการที่บุคคลประเมินผลต่อสิ่งเร้า และ 3) พฤติกรรม (behavior component) เป็นความโน้มเอียงของบุคคลที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางเดียวกันหรือตรงกันข้ามขึ้น โดยอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้นๆ (ธีระพร, 2535; ธีระวุฒิ, 2549; Ajzen, 1988; 1991; 2006)

การวัดทัศนคติต่อพฤติกรรม เอจเซน (Ajzen, 1988; 1991; 2006) ได้เสนอการวัดทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรมไว้ 2 วิธี คือ การวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมโดยตรงและการวัดโดยทางอ้อมหรือวัดจากความเชื่อ (belief based measure) ทัศนคติที่วัดโดยทางอ้อมจากความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดทัศนคติทางตรง และทัศนคติทางตรงจะเป็นตัวทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

1. การวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมทางตรง เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลที่เห็นด้วยหรือคัดค้าน การวัดทัศนคติทางตรงสามารถใช้มาตรวัดทัศนคติมาตรฐานต่างๆ ได้ เช่น มาตรการรวมการประมาณค่าของลิเคิร์ต มาตรวัดของเซอร์สโตน หรือมาตรวัดกัตต์แมน และมาตรวัดที่พบว่านิยมใช้กันมากคือ มาตรวัดจำแนกความหมายของ ออสกู๊ดและคณะ (Osgood's semantic differential technique) ที่นำเสนอไว้ในปี ค.ศ. 1957 (Ajzen & Fishbein, 1980) ไม่เพียงแต่ใช้ในการวัดทัศนคติเท่านั้น ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดความหมาย (meaning) ด้วย โดยได้เสนอแนะขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือคือ การให้กลุ่มตัวอย่างบอกความหมายหรือคุณลักษณะของสิ่งที่จะวัดให้มากที่สุด แล้วนำมาสร้างเป็นข้อคำถามซึ่งจะทำให้ได้ความหมายของสิ่งนั้นมากที่สุด และเพื่อเพิ่มคุณค่าของการวัด โดยเสนอให้แบ่งช่วงการวัดเป็น 7 ช่วงระหว่าง 2 ขั้วของกลุ่มคุณลักษณะนั้น จะทำให้การวัดสามารถระบุทิศทางของการให้ความหมาย หรือทัศนคติและบอกถึงน้ำหนัก (intensity) ด้วย (Ajzen & Fishbein, 1980; Francis, Eccles, Johnston, Walker, Grimshaw, Foy et al., 2004) มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้มาตรวัดต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น แทนการใช้มาตรวัดจำแนกความหมาย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ พบว่า มาตรวัดลิเคิร์ตสามารถใช้แทนมาตรวัดจำแนกความหมายได้ดีกว่ามาตรวัดเซอร์สโตน และคะแนนจากมาตรวัดลิเคิร์ตใช้ร่วมกับ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถทำนายความตั้งใจได้มากกว่าคะแนนจากมาตรวัดเซอร์สโตน (ธีระพร, 2535) ตัวอย่างการวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมทางตรง เช่น

การไปรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่ง.....

ที่เป็นโทษ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ที่เป็นประโยชน์

1 2 3 4 5 6 7

2. การวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมทางอ้อม Ajzen และ Fishbein เชื่อว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม (A) จะขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (behavioral beliefs: b_i) และการประเมินคุณค่าผลของการกระทำพฤติกรรม (evaluation of the outcomes: e_i) โดยประเมินจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมและการประเมินคุณค่าผลของพฤติกรรม (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1991; 2006) ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$A = \alpha \sum_{i=1}^n b_i e_i$$

A = ทัศนคติต่อพฤติกรรม
 b_i = ความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม
 e_i = การประเมินคุณค่าผลของพฤติกรรม
 n = จำนวนความเชื่อทั้งหมด

ความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม มักเป็นความเชื่อเฉพาะที่บุคคลเชื่อหรือไม่เชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมที่กำลังพิจารณาจะนำไปสู่พฤติกรรมหนึ่งๆ แนวทางการหาความเชื่อ คือ ต้องหา “ชุดความเชื่อเด่นชัด” (model salient beliefs) ซึ่งเป็นตัวกำหนดทัศนคติของบุคคลก่อน เนื่องจากบุคคลแต่ละคนมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งจำนวนมาก แต่มีความเชื่อจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ส่งผลในการกำหนดทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆ เรียกว่า “ความเชื่อเด่นชัด” (salient beliefs) ทำโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ตอบบอกถึงผลดี ผลเสีย หรือข้อดี ข้อเสีย ข้อได้เปรียบ หรือข้อเสียเปรียบ หรือที่เกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม โดยต้องมีความตรงกันกับพฤติกรรมที่ต้องการประเมินในองค์ประกอบด้าน การกระทำ เป้าหมาย บริบท และเวลา จึงจะได้ความเชื่อเด่นชัดที่เป็นพื้นฐานของทัศนคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม เช่น ต้องการหาความเชื่อเด่นชัดที่เป็นตัวกำหนดทัศนคติของบุคคลต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดใน 1 ปีข้างหน้า คำถามควรเป็นดังนี้

ก. ท่านมีความเชื่ออย่างไรบ้างกับข้อได้เปรียบและข้อเสียเปรียบในการที่ท่านใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดใน 1 ปี

ข. มีอะไรบ้างที่ท่านคิดว่าสัมพันธ์ หรือเกี่ยวกับการที่ท่านใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดใน 1 ปี

จากนั้นนำคำถามดังกล่าวไปสอบถามกลุ่มคนที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป วิเคราะห์เนื้อหาของความเชื่อต่างๆ ความเชื่อใดมีลักษณะคล้ายกันจัดเข้าไว้ในกลุ่มเดียวกัน แล้วเรียงลำดับความถี่จากสูงสุดไปต่ำสุด เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงตามลำดับลงไป ให้ได้ความถี่สะสมประมาณร้อยละ 75 วิธีนี้เป็นวิธีที่ทำตามอำเภอใจน้อยที่สุด (Ajzen & Fishbein, 1980; Francis et al., 2004) และนำความเชื่อเหล่านั้นสร้างเป็นมาตรการประเมินความเชื่อ และการประเมินผลของการกระทำ โดยใช้คำคุณศัพท์ที่เป็นขั้วคู่ประกอบด้วยมาตร 7 ช่วง ตัวอย่างเช่น

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด

การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้ป้องกันการตั้งครรภ์ได้

เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

การประเมินผลเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด

การป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับฉันเป็นสิ่งที่

ดี _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่ดี
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

โดยให้คะแนนดังนี้	บวกมากให้คะแนนเท่ากับ	7
	บวกปานกลางให้คะแนนเท่ากับ	6
	บวกน้อยให้คะแนนเท่ากับ	5
	ไม่ใช่ทั้งสองอย่างให้คะแนนเท่ากับ	4
	ลบน้อยให้คะแนนเท่ากับ	3
	ลบปานกลางให้คะแนนเท่ากับ	2
	ลบมากให้คะแนนเท่ากับ	1

การประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norms: SN)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยทางสังคม (social factor) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาคิดว่า เขาควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น ถ้าบุคคล

รับรู้ว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาคิดว่าเขาควรกระทำพฤติกรรมนั้นมากเพียงใด บุคคลก็จะมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นเท่านั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลเรียกว่ากลุ่มอ้างอิง (specific referents)

การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถวัดได้ 2 วิธี (ธีระพร, 2535; Ajzen, 1988; 1991; 2006; Francis et al., 2004) ดังนี้

1. การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง เป็นการประเมินความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญต่อเขาว่าเขาควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้นๆ รูปแบบหนึ่งที่ใช้กัน เช่น

คนส่วนมากที่มีความสำคัญต่อฉัน คิดว่าการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ฉันควรกระทำ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ฉันไม่ควรกระทำ
มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
ทั้ง 2 อย่าง

2. การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม โดยเชื่อว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม (normative beliefs: n_i) และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (motivation to comply: m_i) โดยประเมินจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมกับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1991; 2006) สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$SN = \alpha \sum_{i=1}^n n_i m_i$$

SN = การรับรู้การคล้อยตามของบุคคลอื่นเกี่ยวกับพฤติกรรม

n_i = ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง

m_i = แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

n = จำนวนความเชื่อทั้งหมด

การวัดความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จำเป็นต้องมีการสอบถามก่อนว่า ในการกระทำที่ศึกษานั้นใครหรือกลุ่มคนใดที่มีบทบาทต่อการตัดสินใจ ต่อการกระทำมากที่สุด แล้วจึงวัดแรงจูงใจที่จะกระทำตาม การหาความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงทำได้โดยการถามคำถามต่อไปนี้

ท่านคิดว่าใคร (เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน และอื่นๆ) ที่มีผลต่อท่าน คิดว่าท่านควรไปรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี จากนั้นทำการเลือกความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงเป็นกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด เช่นเดียวกับการคัดเลือกความเชื่อเด่นชัด โดยพิจารณาเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่มีความถี่สูง เมื่อได้กลุ่มอ้างอิงที่เด่นชัดแล้ว นำไปสร้างมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงได้ เช่น

ความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

ท่านคิดว่าพ่อแม่ของท่านจะสนับสนุนหรือคัดค้านในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

สนับสนุน _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ คัดค้าน

มาก ปานกลาง น้อย ไม่แน่ใจ น้อย ปานกลาง มาก

แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

ท่านต้องการทำตามที่คุณแม่ของท่านอยากให้คุณทำมากน้อยเพียงใด

ต้องการ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่ต้องการ

มาก ปานกลาง น้อย ไม่แน่ใจ น้อย ปานกลาง มาก

การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จะต้องมีความสอดคล้องกันในแง่ของการกระทำ เป้าหมาย บริบท และเวลาด้วยเช่นเดียวกับการวัดทัศนคติต่อพฤติกรรม

การประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (perceived behavioral control: PBC)

เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีต และการคาดคะเนปัจจัยเอื้ออำนวยและสิ่งขัดขวางหรืออุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรม แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความคล้ายคลึงกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1977) ต่างกันตรงแนวคิดที่ว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนจะเน้นถึงปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ในขณะที่การรับรู้ความสามารถการควบคุมพฤติกรรมจะเน้นทั้งปัจจัยภายใน (เช่น ความสามารถ ข้อมูล ทักษะ) และปัจจัยภายนอก (เช่น เวลา โอกาส การขึ้นอยู่กับคนอื่น)

การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถวัดได้ 2 วิธี (ธีระพร, 2535; Ajzen, 1988; 1991; 2006; Francis et al., 2004) ดังนี้

1. การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางตรง เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความยากง่ายในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยถามการรับรู้โดยตรงและให้กลุ่มตัวอย่างตอบถึงความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถที่เขาจะควบคุมการกระทำนั้นบนมาตรวัด 7 ช่วง ที่มีคำตอบ 2 ขั้ว เช่น

สำหรับท่าน การไปตรวจเลือดก่อนแต่งงานเป็นสิ่งที.....

ง่าย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ยาก
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่แน่ใจ น้อย ปานกลาง มาก

2. การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม ซึ่งได้รับอิทธิพลเช่นเดียวกับ การวัดทัศนคติและการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แต่เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (control beliefs: c_i) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived power: p_i) โดยความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจนี้ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีทรัพยากรหรือโอกาส ความเชื่อเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจาก ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ในอดีต ข้อมูลข่าวสารได้รับจากการบอกเล่าจากผู้อื่นเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น การสังเกตจากประสบการณ์ของคนคุ้นเคย โดยประเมินจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (control beliefs: c_i) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived power: p_i) สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$PBC \propto \sum_{i=1}^n c_i p_i$$

PBC = การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

c_i = ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม

p_i = การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

n = จำนวนความเชื่อทั้งหมด

การหาความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม ใช้วิธีการเดียวกับการหาความเชื่อเด่นชัดของทัศนคติต่อพฤติกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง โดยการถามคำถามที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างตอบเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น จากนั้น

นำมาคัดเลือกหาปัจจัยเด่นชัดที่มีความถี่สูงเช่นเดียวกัน แล้วนำมาสร้างเป็นมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม เช่น

ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมการไปตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

ท่านจะไปตรวจเลือดก่อนแต่งงานหรือไม่ขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลต่อผลเลือด
เห็นด้วย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่เห็นด้วย
มาก ปานกลาง น้อย ไม่แน่ใจ น้อย ปานกลาง มาก

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ท่านสามารถหาวิธีจัดการให้ตนเองคลายความวิตกกังวลต่อผลการตรวจเลือดได้
เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้
มาก ปานกลาง น้อย ไม่แน่ใจ น้อย ปานกลาง มาก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกวัดตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร โดยใช้การวัดแบบทางอ้อมเนื่องจากทฤษฎีได้กำหนดความเชื่อที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม ซึ่งเป็นความเชื่อที่แอบแฝง ดังนั้นการวัดตัวแปรโดยทางอ้อม ค่าที่ได้จากการวัดจะเป็นตัวกำหนดค่าตัวแปรทางตรง และค่าตัวแปรทางตรงจะเป็นตัวทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

การประเมินความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรม ในการวัดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมคือความสอดคล้องกับพฤติกรรมในการกระทำ เป้าหมาย บริบท และเวลา และหากเป็นการศึกษาประเภทพฤติกรรมการวัดความตั้งใจจะต้องทำให้ครอบคลุม ครอบคลุมประเภทพฤติกรรมที่ศึกษามีวิธีการวัดความตั้งใจโดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (ธีระพร, 2535; Ajzen, 1988) ดังนี้

1. การวัดความตั้งใจในการเลือก แบ่งย่อยได้เป็น 3 แบบ คือ

1.1 การวัดความตั้งใจจากทางเลือก 2 ทาง คือการเลือกที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น เช่น

นั้น () ตั้งใจจะไปตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

() ตั้งใจจะไม่ไปตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

แต่ที่นักวิจัยนิยมใช้ได้แก่ มาตรการจำแนกความหมายของ ออสกู๊ดและคณะ (Osgood's semantic differential technique) โดยใช้คำคุณศัพท์ขั้วคู่ (bipolar) เช่น

ฉันตั้งใจจะไปตรวจเลือดก่อนแต่งงานในอีก 1 เดือนข้างหน้า
 เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่แน่ใจ น้อย ปานกลาง มาก

หรือ ใช้แนวการตอบเป็นประมาณการเป็นร้อยละ (estimate in percentage points) เช่น

มีทางเป็นไปได้ _____% ที่ฉันจะไปตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

1.2 การวัดความตั้งใจจากทางเลือกหลายทาง เช่น

ในโอกาสหน้าฉันมีความตั้งใจจะไปเที่ยว
เชียงใหม่ภูเก็ตกระบี่.....อื่นๆ คือ.....ไม่ไป

1.3 การวัดความตั้งใจในเชิงปริมาณ เป็นการวัดว่าบุคคลได้ตั้งใจจะทำพฤติกรรมนั้น ๆ มากน้อยเพียงใด เช่น

ฉันตั้งใจที่จะลดน้ำหนักภายใน 1 เดือนข้างหน้านี้ให้ได้ _____ กิโลกรัม

2. การวัดความตั้งใจในด้านความถี่ สามารถวัดได้ 2 วิธี ดังนี้

2.1 การวัดความตั้งใจในด้านความถี่สัมบูรณ์ (absolute frequency) เป็นการวัดการกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ เป็นจำนวนครั้งเช่น

ในสัปดาห์นี้ฉันตั้งใจที่จะไปออกกำลังกายในตอนเย็น _____ วัน

2.2 การวัดความตั้งใจในด้านความถี่สัมพัทธ์ (relative frequency) เป็นการวัดในเชิงสัดส่วน หรือร้อยละที่บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ในโอกาสต่างๆ ที่ได้ตั้งไว้ เช่น

ในสัปดาห์นี้ฉันตั้งใจที่จะไปออกกำลังกายในจำนวนวันที่คิดเป็นร้อยละ _____

ทั้งนี้ ในการวัดความตั้งใจของบุคคลเพื่อนำมาใช้สำหรับการทำนายพฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถนำมาใช้ทำนายขอบข่าย (extent) ขนาด (magnitude) หรือความถี่ของพฤติกรรมได้ คงทำนายได้เพียงว่าบุคคลทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าในการหาความสำคัญและปัจจัยที่ใช้ในการทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอยู่บนข้อจำกัดของทฤษฎี (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1991) คือ

1. ไม่สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่กระทำ โดยบุคคลที่กำลังมีอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการกระทำจนเกิดความชำนาญแล้ว
2. ไม่สามารถอธิบายได้ดีกับพฤติกรรมที่กระทำโดยขาดการไตร่ตรอง
3. การทำนายพฤติกรรมของทฤษฎีนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่นำตัวแปรภายนอกต่างๆ มาร่วมพิจารณา หากพฤติกรรมบางเรื่องมีโอกาสดำเนินการได้รับอิทธิพลจากตัวแปรภายนอก จะช่วยให้การทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำขึ้น
4. การวัดทัศนคติเชิงพฤติกรรม พบว่าหากระยะเวลาที่ห่างจากเวลาที่จะเกิดพฤติกรรมจริง ยิ่งมาก ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเชิงพฤติกรรมและพฤติกรรมก็จะยิ่งน้อย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้คำตอบแบบมาตรวัดลิเคิร์ตแทนมาตรวัดการจำแนกความหมาย เนื่องจากมีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้มาตรวัดลิเคิร์ต ค่าการวัดที่ได้ไม่แตกต่างกันมากเมื่อเทียบกับมาตรวัดการจำแนกความหมาย (ธีระพร, 2535) แม้ว่าการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) จะเลือกใช้แบบมาตรวัดการจำแนกความหมาย เมื่อนำมาทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่าอยู่ในช่วง 0.53 - 0.73 โดยพบว่าข้อคำถามที่ใช้ถามตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน อาจทำให้ผู้ตอบไม่เข้าใจ เกิดความสับสนทำให้ตอบในลักษณะทิศทางที่ตรงกันข้ามกันในแต่ละข้อ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต เนื่องจากเป็นมาตรวัดที่ง่ายแก่การวัด ไม่ซับซ้อน มีความเชื่อถือได้สูง ใช้จำนวนข้อคำถามในการหาค่าความเที่ยงได้สูง เมื่อเทียบกับมาตรวัดอื่นๆ ที่ใช้จำนวนข้อมากกว่า และสามารถใช้เป็นแบบทดสอบมาตรฐานได้กับคนหลายกลุ่ม (ธีระวุฒ, 2549)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากตัวแปร 3 ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนแล้ว Ajzen และ Fishbein (1980) ได้กล่าวถึงตัวแปรภายนอก (external variables) ที่อาจมีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ดังนี้

เพศ จัดเป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นั่นคือเพศหญิงและเพศชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยพบว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้

ดีกว่าเพศชาย และจะมีแรงจูงใจในด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) ที่พบว่าความเป็นเพศหญิง สามารถร่วมทำนายนความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงานได้ร้อยละ 41.68 และการศึกษาถึงภาวะทางเพศที่มีต่อการเข้ารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีที่พบว่า เพศหญิงจะเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าเพศชาย (Taegtmeier, Kilonzo, Mung'ala, Morgan & Theobald, 2006)

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ให้เห็นถึงระดับของพัฒนาการและความสมบูรณ์ทางด้านวุฒิภาวะเป็นตัวกำหนดความต้องการ และเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจที่แตกต่างกันในระดับพัฒนาการตามอายุ (Orem, 2001) แต่จากการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวิภา (2545) พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่มีผลทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านทัศนคติ ความเชื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

การศึกษา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาช่วยสร้างเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ การใช้เหตุผล ความรู้ ความเชื่อและเข้าใจเรื่องราวต่างๆ เพราะความรู้ทำให้บุคคลใช้กระบวนการคิดและการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมที่จะสร้างเสริมสุขภาพตนเองและบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม และดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Orem, 2001; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) จากการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงานในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ (2549) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ฐานะทางเศรษฐกิจ / รายได้ เป็นตัวชี้ให้เห็นถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Orem, 2001) จากการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) พบว่ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของศรีวิภา (2545) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความเชื่อ ทัศนคติ และแรงจูงใจในการตัดสินใจตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

ความรู้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน พบว่า ได้มีการนำตัวแปรในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน/โรคเอดส์ มาศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลต่อความตั้งใจ หรือการตัดสินใจในการตรวจเลือด เช่น การศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) โดยเพิ่มตัวแปรด้านความรู้เรื่องการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน พบว่ามีความสัมพันธ์

กับการตรวจเลือดก่อนแต่งงานในระดับต่ำ แต่ไม่สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ (2544) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการรับบริการปรึกษา ก่อนสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับบริการปรึกษาก่อนสมรส โดยบุคคลที่มีความรู้ที่ถูกต้องจะไปรับบริการปรึกษาก่อนสมรสมากกว่าผู้ที่มีความรู้ไม่ถูกต้อง 2.3 เท่า

การรับรู้ความเสี่ยง จากการศึกษาตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาในเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) ซึ่งเป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด เช่นการศึกษาในเรื่องความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 36 ($\beta = 0.18, p < 0.001$) (Kakoko, Astrom, Lugoe & Lie, 2006) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นการนำตัวแปรดังกล่าวข้างต้นมาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นการศึกษาของมานพ (2542) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ (2544) ที่พบว่าการการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์การรับบริการปรึกษาก่อนสมรส

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาศึกษาถึงอิทธิพลที่มีต่อความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาในเรื่องของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น

อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาอิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ๆ ต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทยไม่พบว่ามิงานวิจัยที่นำตัวแปรทั้ง 3 ตัว ดังกล่าวข้างต้นมาศึกษาในเรื่องของความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ แต่พบว่ามี การศึกษาในเรื่องของการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของศิริลักษณ์ (2541) สำหรับการศึกษา

ต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาเพียงเรื่องเดียว คือ การศึกษาถึงทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจในการเข้ารับบริการปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจของอาจารย์มัธยมในประเทศแทนซาเนีย (Tanzanian) (Kakoko et al., 2006)

การศึกษาวิจัยที่น่าตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองโรค พบว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัว คือ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกัน และบางการศึกษาพบว่ามีตัวแปรเพียงบางตัวเท่านั้นที่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมได้ เช่นการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของประชาชนทั่วไป พบว่า ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงานได้ร้อยละ 41.68 ($R^2 = 0.4168$, $p < 0.01$) โดยที่ทัศนคติ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.22$, และ $\beta = 0.48$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจจะตรวจเลือดเนื่องจากมีความเชื่อว่า การตรวจเลือดก่อนแต่งงานทำให้สามารถป้องกันโรคได้ และประเมินผลว่าการป้องกันโรคเป็นสิ่งที่ดี สำหรับกลุ่มที่ไม่มีมีความตั้งใจจะไปตรวจเนื่องจากมีความกังวลเกี่ยวกับผลเลือด และกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลให้กลุ่มตัวอย่างตรวจเลือดได้แก่ คนรัก และการศึกษาในกลุ่มอาจารย์มัธยมในประเทศแทนซาเนีย โดยกลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจได้ร้อยละ 36 ($R^2 = 0.36$, $p < 0.001$) โดยที่ทัศนคติ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถทำนายความตั้งใจในการเข้ารับบริการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.25$ และ $\beta = 0.37$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) (Kakoko et al., 2006) นอกจากนี้ มีการศึกษาความตั้งใจที่จะป้องกันตนเองต่อความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี เช่น การศึกษาถึงการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักต่างเพศจำนวน 982 ราย โดยมีกรนำเรื่องของวัฒนธรรมทางสังคม (socio - culture) และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องทางกาย (somatic culture) มาใช้ในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 36 ($R^2 = 0.36$, $p < 0.01$) โดยที่ทัศนคติ และการรับรู้

ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.25$ และ $\beta = 0.41$, $p < 0.05$ และ 0.001 ตามลำดับ) (Gredig, Niderost & Parpan-Blaser, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่มีการย้ายถิ่นฐานบ่อยจำนวน 175 ราย พบว่าทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจในการที่จะเลือกใช้ชนิดของถุงยางอนามัยชายและถุงยางอนามัยหญิงได้ร้อยละ 41 และ 47 ตามลำดับ (Salabarría-Pena, Lee, Montgomery, Hopp & Muralles, 2003) และการศึกษาถึงความตั้งใจต่อพฤติกรรมการบริโภค เช่น การศึกษาของปดมาวดี (2549) เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำของวัยรุ่นจำนวน 160 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 83.12, 66.87 และ 75 ตามลำดับ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 88.12 โดยมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและทัศนคติสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำได้ร้อยละ 32 ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แอสโตรม และ โอคูลโล (Astrom & Okullo, 2004) พบว่าทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของวัยรุ่น ($n = 372$) สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการบริโภคน้ำตาลได้ร้อยละ 58 ($p < 0.001$)

นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจได้ทั้ง 3 ตัวแปร เช่น การศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคขนมหวานในกลุ่มตัวอย่างที่เลิกสูบบุหรี่ พบว่าทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจที่จะบริโภคขนมหวานได้ร้อยละ 55 ($p < 0.05$) (Winkelstein & Feldman, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมควบคุมการบริโภคน้ำตาลของนักเรียนมัธยม ที่พบว่าทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจที่จะควบคุมการบริโภคน้ำตาลได้ร้อยละ 25 ($p < 0.001$) (Masalu & Astrom, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่ประกอบด้วย ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นแนวคิดที่เชื่อว่า มนุษย์จะพิจารณาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตนเองก่อนที่จะตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม ซึ่งตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมได้ มีการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาศึกษามากขึ้น ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ที่เกี่ยวกับ

พฤติกรรมที่เฉพาะ เช่น พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย หรือ พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร เป็นต้น สำหรับพฤติกรรมการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยความสมัครใจเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เฉพาะคือ เป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่นำไปสู่บุคคลอื่นๆ และเป็น การคัดกรองโรคในการสืบค้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษา ดูแลที่เหมาะสม ซึ่งปัจจุบันมี สถานบริการของรัฐและเอกชนที่ให้บริการดังกล่าวอย่างเพียงพอ แต่การเข้ารับบริการของ ประชาชนยังมีน้อย ที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้โดยตรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและได้นำ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มาศึกษาความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนางาน ด้านการบริการให้คำปรึกษา เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงระบบบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อ เอชไอวีได้เพิ่มขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดเพื่อหา การติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชากรเพศชายอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มาพร้อมภรรยาในการ มาฝากครรภ์ ณ คลินิกบริการรับฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลาทุก รายที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มาพร้อมภรรยา ผู้วิจัยได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษา (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = .05$) และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 โดยกำหนด v (ค่าประชากร) ที่ ∞ ค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) ใช้ที่ .2206 เนื่องจากมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของศิริ ลักษณ์ (2541) พบว่าทัศนคติต่อการตรวจเลือดก่อนแต่งงานมีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการ ตรวจเลือดก่อนแต่งงาน นำมาแทนค่าตามสูตร

$$N = \lambda / f^2$$

N	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
λ	หมายถึง	ค่าอำนาจการทดสอบที่ได้จากการเปิดตารางโดย การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 3 ตัว จึงได้ค่า λ เท่ากับ 10.9 (ภาคผนวก ง)
f^2	หมายถึง	ค่าขนาดอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและ ตัวแปรตามจากสูตร $f^2 = R^2 / 1 - R^2$

ดังนั้นการศึกษานี้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 212 ราย เป็นอย่างน้อยเพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดและกลุ่มตัวอย่างยินดีในการให้ความร่วมมือ (บุญใจ, 2547) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

1. เป็นคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มาพร้อมกับภรรยา ณ จุดบริการรับฝากครรภ์
2. อายุตั้งแต่ 18- 45 ปี
3. สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน ฟังและเขียนภาษาไทยได้ดี
4. ยินยอมในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร การแต่งงานหรือมีครอบครัวมาก่อน การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ทราบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ บุคคลที่ท่านอาศัยด้วย และบุคคลที่ท่านสามารถให้ความไว้วางใจพูดคุยได้ทุกเรื่อง เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการดัดแปลงมาจากการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) จำนวน 14 ข้อ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดโดยทางอ้อม แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะคำตอบเป็นความคิดเห็นของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ที่พิจารณาถึงผลที่จะเกิดจากการเข้ารับการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 7 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
เชื่อ้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	5	คะแนน	
เชื่อ้อย	ให้คะแนน	2	4	คะแนน	

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ	
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	3	คะแนน
เชื่อมาก	ให้คะแนน	4	2	คะแนน
เชื่อมากที่สุด	ให้คะแนน	5	1	คะแนน

ตอนที่ 2 แบบวัดการประเมินค่าผลของการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะคำตอบเป็นการให้คุณค่าของผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเข้ารับการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 7 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ	
จำเป็นน้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	5	คะแนน
จำเป็นน้อย	ให้คะแนน	2	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	3	คะแนน
จำเป็นมาก	ให้คะแนน	4	2	คะแนน
จำเป็นมากที่สุด	ให้คะแนน	5	1	คะแนน

การแปลผลคะแนนของทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยการพิจารณาจากผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และคะแนนการประเมินค่าผลของการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ($\sum b_i c_i$) (Ajzen, 1991) ใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ได้จากการนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง (ชูศรี, 2546) ผู้วิจัยกำหนดเป็นช่วงๆ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน	7.00 – 63.00	หมายถึง	ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองเลือดฯ อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน	63.01 – 119.00	หมายถึง	ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองเลือดฯ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	119.01 – 175.00	หมายถึง	ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองเลือดฯ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการดัดแปลงมาจากการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) จำนวน 12 ข้อ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดโดยทางอ้อม แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะคำตอบเป็นความนึกคิดของกลุ่มสมรรถสูงตั้งครรภ์ว่ากลุ่มอ้างอิงหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ตามผลการประเมินเบื้องต้น ซึ่งอาจได้แก่ บิดา มารดา ภรรยาญาติพี่น้อง เพื่อนและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เห็นด้วยหรือไม่เพียงใดในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ มีจำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน

ตอนที่ 2 แบบวัดแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง เป็นแบบวัดความนึกคิดของกลุ่มสมรรถสูงตั้งครรภ์ว่าจะทำตามประสงค์ของกลุ่มอ้างอิงหรือไม่ อย่างไร ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลคะแนนของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยการพิจารณาจากผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และคะแนนแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อ

การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ($\sum n_i m_i$) (Ajzen, 1991) ใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ได้จากการนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง (ชูศรี, 2546) ผู้วิจัยกำหนดเป็นช่วงๆ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน	6.00 – 54.00	หมายถึง	กลุ่มอ้างอิงคาดหวังให้ตนตรวจคัดกรองเลือด ฯ อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน	54.01 – 102.00	หมายถึง	กลุ่มอ้างอิงคาดหวังให้ตนตรวจคัดกรองเลือด ฯ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	102.01 – 150.00	หมายถึง	กลุ่มอ้างอิงคาดหวังให้ตนตรวจคัดกรองเลือด ฯ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการดัดแปลงมาจากการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) จำนวน 20 ข้อ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดโดยทางอ้อม แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม เป็นแบบวัดการรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับจำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน

ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมพฤติกรรม เป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรค ที่มีต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับจำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลคะแนนของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยการพิจารณาจากผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมพฤติกรรมต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ($\sum c_i p_i$) (Ajzen, 1991) โดยใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ได้จากการนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี, 2546) ผู้วิจัยกำหนดเป็นช่วงๆ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน	10.00 – 90.00	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ๑ อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน	90.01 – 170.00	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ๑ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	170.01 – 250.00	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ๑ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (I) โดยแบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความตั้งใจในการมีพฤติกรรมที่จะตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เป็นไปได้น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน
เป็นไปได้น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
เป็นไปได้มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
เป็นไปได้มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลคะแนนความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ได้จากการนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี, 2546) ผู้วิจัยกำหนดเป็นช่วงๆ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน	3.00 – 7.00	หมายถึง	มีความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือด ๑ อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน	7.01 – 11.00	หมายถึง	มีความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือด ๑ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	11.01 – 15.00	หมายถึง	มีความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือด ๑ อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของภาษาโดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย/ครอบครัว	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	1 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา ก่อน-หลังตรวจเลือดเอชไอวี	1 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนจะนำแบบสอบถามไปหาค่าความเที่ยง

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับชายวัยผู้ใหญ่ที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ได้ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยรวม เท่ากับ 0.92

ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 0.85

ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 0.93

ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 0.69

ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการที่จะไปรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 0.94

ในการหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.69 ซึ่งต่ำกว่าที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ คือ 0.70 อาจเนื่องจากข้อความที่ใช้ถามอาจทำให้ผู้ตอบไม่เข้าใจ โดยอาจตอบในลักษณะที่สับสนตรงกันข้ามในแต่ละข้อ ผู้วิจัยจึงปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ความชัดเจน และมีความเหมาะสมด้านภาษามากยิ่งขึ้น ในการเก็บข้อมูลจริงสำหรับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงอีกครั้งในกลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรก ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยการชี้แจงด้วยวาจาของผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเอง ถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย หัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยการลงรหัส ไม่ระบุชื่อ สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใส่รหัสเลขที่แบบสอบถาม ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น และนำเสนอ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น หากขณะทำแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้

ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยที่กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยในครั้งนี้ในเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ข) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และ โรงพยาบาลสงขลา เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และ โรงพยาบาลสงขลาชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์บริการรับฝากครรภ์
3. ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและไม่ได้ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์บริการรับฝากครรภ์ในโรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามของแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในแบบสอบถามและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หากผู้ช่วยวิจัยมีปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลไปพร้อมกับผู้ช่วยวิจัย และเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง หากผู้วิจัยตรวจพบข้อบกพร่อง ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจอีกครั้งเพื่อปรับปรุงสำหรับการเก็บข้อมูลในครั้งต่อไป โดยแบบสอบถามที่มีข้อบกพร่องไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้มีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยขณะเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างสามารถร่วมฟังในการให้ข้อมูลครั้งนี้ได้
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และขออนุญาตในการจดบันทึกข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่ต้องการ
3. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้ง โดยแบบสอบถามที่บกพร่องผู้วิจัยไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลที่ได้มาจัดกระทำโดยผู้วิจัยเองและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ ทักษะคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ และความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนน
3. วิเคราะห์ อำนาจการทำนายของทักษะคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ ต่อความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 โดยทดสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโดย
 - 3.1 ทดสอบข้อมูลของตัวแปรต้น ตัวแปรตาม ทั้ง 4 ตัว ว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติโดยใช้กราฟการกระจายโค้งปกติและฮิสโตแกรม

3.2 ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม และค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้น โดยพิจารณาลักษณะการกระจายของค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนจากภาพการกระจายโดยใช้ scatter plot

3.3 หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ไม่เกิน 0.65 (กัลยา, 2546)

3.4 วิเคราะห์ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) โดยดูจากภาพการกระจายของตัวแปรต้นและตัวแปรตามจาก scatter plot ซึ่งพบว่าเป็นเส้นตรง การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normality) โดยดูจากกราฟการกระจายโค้งปกติ ฮิสโตแกรมและค่า skewness ที่เข้าใกล้ 0 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) โดยค่า Durbin - Watson = 1.74 (ค่าปกติอยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5) (กัลยา, 2551) ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity) โดยค่า r ระหว่าง 0.28 - 0.50 ทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรต้นในการทำนายค่าความแปรปรวนของความตั้งใจ (multicollinearity test) พบว่าตัวแปรต้นทุกตัวเป็นอิสระต่อกันโดยมีค่า tolerance อยู่ระหว่าง 0.63 - 0.74 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.34 - 1.58 (ค่า tolerance เข้าใกล้ 0 หรือค่า VIF มีค่ามากกว่า 5 แสดงว่าตัวแปรต้นไม่เป็นอิสระต่อกัน) (Hair, Anderson, Thatham, & Black, 1998 อ้างตามปิยะนุช, 2548) และค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน (homoscedasticity) มีการกระจายบริเวณค่าศูนย์ แสดงว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้นทุกตัวแปรมีค่าคงที่ ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกประการ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ ความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และอำนาจการทำนายของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ ต่อความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ ณ คลินิกรับฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 212 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์

3. อำนาจการทำนายของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ ต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 18 – 25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.2 (อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 45 ปี) นับถือศาสนาพุทธ และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 54.2 และร้อยละ 45.8 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.4 ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.0 รองลงมา คือ ทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 8,575.58 บาท/เดือน โดยครอบครัวมีรายได้ อยู่ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท/เดือน และระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 23.6

และร้อยละ 23.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีบุตร และการแต่งงานครั้งนี้เป็นการแต่งงานครั้งแรก โดยคิดเป็นร้อยละ 64.6 และ ร้อยละ 88.2 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 212)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ ($\bar{x} = 27.1$, $SD = 6.10$)		
18 – 25 ปี	100	47.2
26 – 35 ปี	87	41.0
36 – 45 ปี	25	11.8
ศาสนา		
พุทธ	115	54.2
อิสลาม	97	45.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.5
ประถมศึกษา	55	25.9
มัธยมศึกษา	109	51.4
ประกาศนียบัตร	29	13.7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	18	8.5
อาชีพ		
รับจ้าง	125	59.0
ค้าขาย	14	6.6
ธุรกิจส่วนตัว	37	17.5
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	16	7.5
เกษตรกร	18	8.5
นักเรียน/นักศึกษา	2	0.9
รายได้ (บาท / เดือน) ($\bar{x} = 8,575.58$, $SD = 328.44$)		
ไม่มีรายได้ (นักศึกษา)	2	0.9
≤ 3,000 บาท	36	17.0
3,001 – 5,000	50	23.6

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
5,001 – 10,000	32	15.2
10,001 – 15,000	49	23.1
≥ 15,001	43	20.1
จำนวนบุตร (ไม่รวมบุตรในครรภ์) (\bar{x} = 1.50, SD = 0.77)		
ไม่มีบุตร	137	64.6
1 คน	48	22.6
2 คน	22	10.4
3 คนขึ้นไป	5	2.4
การแต่งงานในอดีต		
ไม่เคยแต่งงานมาก่อน	187	88.2
เคยแต่งงานมาก่อน	25	11.8

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โรคเอดส์ แห่งบริการตรวจคัดกรองเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.4 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยได้รับจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ และจากการประชาสัมพันธ์/รณรงค์ของทางโรงพยาบาล/สถานอนามัย คิดเป็นร้อยละ 30.6 และร้อยละ 28.8 ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 85.4 รับรู้ว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี โดยให้เหตุผลว่า ไม่เที่ยวสถานบริการ/แหล่งมั่วสุมต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 43.9 รองลงมาคือ มีความรู้/วิธีการป้องกันที่ดี ร้อยละ 22.2 สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 14.6 ที่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี ให้เหตุผลว่าตนเองเที่ยวสถานบริการโดยไม่มีการป้องกัน และมีการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 8.0 และร้อยละ 6.6 ตามลำดับ การรับรู้ถึงแหล่งที่ให้บริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสนใจพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.9 เคยได้ยิน/ทราบว่ามีสถานที่ให้บริการดังกล่าว โดยทราบจากการประชาสัมพันธ์ของทางโรงพยาบาล/สถานอนามัย คิดเป็นร้อยละ 26.4 รองลงมาคือ จากทางโทรทัศน์/วิทยุ ร้อยละ 13.2 และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยรับรู้ว่ายังมีแหล่งบริการในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสนใจคิดเป็นร้อยละ 49.1 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.8 ที่เคยผ่านการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน ให้เหตุผลในการตรวจเลือดว่า ต้องการทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ และกำลังจะแต่งงาน คิดเป็นร้อยละ 15.57 และร้อยละ 9.43 ตามลำดับ และร้อยละ 63.2 ไม่เคยเข้ารับการตรวจ

เลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 39.62 และไม่ทราบแหล่งให้บริการในการตรวจเลือด ร้อยละ 23.58 แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีญาติ/คนรู้จักที่มีการติดเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 69.8 (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ แหล่งให้บริการ และประวัติการเข้ารับการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (N = 212)

ข้อมูลการรับรู้โรคเอดส์และแหล่งบริการตรวจเลือด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคเอดส์		
ได้รับ	179	84.4
จากสื่อโทรทัศน์ / วิทยุ	65	30.6
จากการประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล / สถานีอนามัย	61	28.8
จากโรงเรียน	22	10.4
สื่อหนังสือพิมพ์ / แผ่นพับ ประชาสัมพันธ์ต่างๆ	9	4.2
จากการอบรมในสถานที่ทำงาน	22	10.4
ไม่ได้รับ	33	15.6
การรับรู้ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี		
มี	31	14.6
สัมผัสกับผู้ที่ติดเชื้อ	14	6.6
เที่ยวสถานบริการ โดยไม่มีการป้องกัน	17	8.0
ไม่มี	181	85.4
ไม่ชอบเที่ยวสถานบริการ	93	43.9
ไม่เสพสารเสพติดต่างๆ	16	7.5
รักเดียวใจเดียว (เป็นบ่าว)	25	11.8
มีความรู้และวิธีการป้องกันที่ดี	47	22.2
การรับรู้ถึงแหล่งบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี		
ไม่เคยได้ยินมาก่อน	104	49.1
เคยได้ยิน	108	50.9
จากโรงพยาบาล / สถานีอนามัย	56	26.4
จากสื่อโทรทัศน์ / วิทยุ	28	13.2

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลการรับรู้โรคเอดส์และแหล่งบริการตรวจเลือด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จากทางโรงเรียน	15	7.1
จากสื่อหนังสือพิมพ์ / แผ่นพับประชาสัมพันธ์	9	4.2
ประวัติการเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี		
เคยได้รับการตรวจเลือด	78	36.8
เพื่อสมัครงาน	8	3.8
เพื่อแต่งงาน	20	9.43
เพื่อต้องการทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง	33	15.57
เพื่อตรวจร่างกายประจำปี (ข้อบังคับจากที่ทำงาน)	11	5.2
เพื่อบริจาคโลหิต	6	2.8
ไม่เคยได้รับการตรวจเลือด	134	63.2
ไม่ทราบว่ามีการบริการตรวจเลือด	50	23.58
มั่นใจว่าไม่มีความเสี่ยง / มีการป้องกันที่ถูกต้อง	84	39.62
การมีเพื่อนหรือคนรู้จักที่ติดเชื้อเอชไอวี		
มี	64	30.2
ไม่มี	148	69.8

บุคคลใกล้ชิด ที่อาศัยอยู่ร่วมกันและการปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าบุคคลในกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้ชิดมากที่สุดคือ บิดา มารดา และพี่น้อง ร้อยละ 48 รองลงมาคือ บิดาและมารดา ร้อยละ 26 สำหรับบุคคลในกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ร่วมกันพบว่า ร้อยละ 46.7 จะอยู่กับภรรยาเพียงสองคน และร้อยละ 42.45 อาศัยอยู่ร่วมกับญาติพี่น้องของกลุ่มตัวอย่างเอง เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะปรึกษากับภรรยามากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 43.9 รองลงมาคือ มารดา ร้อยละ 18.7 (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบุคคลที่มีความใกล้ชิด อาศัยอยู่ด้วยกัน และการปรึกษาเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ($N = 212$)

ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิด/อาศัยอยู่ร่วมกัน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ญาติพี่น้องที่มีความใกล้ชิดมากที่สุด		
บิดา	14	6.6
มารดา	23	10.8
บิดาและมารดา	55	26.0
พี่น้อง	17	8.0
บิดา มารดา และพี่น้อง	103	48.0
บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว		
ภรรยา	99	46.70
บิดาและมารดาของกลุ่มตัวอย่าง	90	42.45
บิดาและมารดาของภรรยา	23	10.85
บุคคลที่ไปปรึกษาเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ		
ภรรยา	93	43.9
บิดาและมารดา	64	30.1
พี่น้อง	20	9.4
เพื่อน	16	7.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	14	6.6
เก็บไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใคร	5	2.4

ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ฯ และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 117.3 (SD = 26.45), 91.94 (SD = 33.14), 123.96 (SD = 34.73) และ 9.61 (SD = 3.12) ตามลำดับ (ตาราง 4)

ตาราง 4

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจ การรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (N=212)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		\bar{x}	SD	การแปลผลระดับคะแนน
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
ทัศนคติต่อการตรวจเลือดฯ	7 – 175	44 – 175	117.30	26.45	ระดับปานกลาง
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงฯ	6 – 150	22 – 150	91.94	33.14	ระดับปานกลาง
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ	10 – 250	44 – 230	123.96	34.73	ระดับปานกลาง
ความตั้งใจในการตรวจเลือดฯ	3 – 15	3 – 15	9.61	3.12	ระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ฯ และความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ฯ และความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.28, p < 0.01$) สำหรับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.49, p < 0.01$ และ $r = 0.34, p < 0.01$ ตามลำดับ) (ตาราง 5)

ผู้วิจัยได้ทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรต้นในการทำนายค่าความแปรปรวนของความตั้งใจ (multicollinearity test) พบว่าตัวแปรต้นทุกตัวเป็นอิสระต่อกัน โดยมีค่า Tolerance อยู่

ระหว่าง 0.63 – 0.74 และค่า Variance inflation factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.34 -1.58 ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปรดังกล่าวทุกตัวเข้าไปวิเคราะห์ในสมการทำนายต่อไป

ตาราง 5

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (N =212)

ตัวแปร	1	2	3	4
ความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (1)	1.00			
ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (2)	0.28**	1.00		
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (3)	0.49**	0.50**	1.00	
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (4)	0.34**	0.34**	0.49**	1.00

** p < 0.01

อำนาจการทำนายของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ ต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) เมื่อนำตัวแปรทำนายทั้ง 3 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ เข้าในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยวิธีดังกล่าวพบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 24 โดยมีตัวแปร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพียงตัวแปรเดียวที่มีอำนาจการทำนายสูงและมีนัยสำคัญ ($\beta = .41, b = .04, p < .001$) (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ระหว่างปัจจัยทำนายกับความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสนัญตั้งครรภ์ ($N = 212$)

ตัวแปร	R ²	Adjusted	Adjusted	b	β
		R ²	R ²			change
ทัศนคติต่อการตรวจเลือดฯ				0.003	0.03
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดฯ					
เลือดฯ	0.25	0.24	0.24	0.04**	0.41
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ					
พฤติกรรมฯ				0.01	0.13

**P < 0.001, F = 23.193 (3, 208), p < 0.001

ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ผลการศึกษาคำตอบที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมโดยนำปัจจัยส่วนบุคคลที่คาดว่าจะมีผลต่อความตั้งใจของกลุ่มสมรสนัญตั้งครรภ์ในการเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดฯ อยู่ 2 ตัวแปร คือ 1) บุคคลที่ใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง และ 2) ประวัติการได้รับการตรวจคัดกรองเลือดฯ (ตาราง ก 12-13) จึงนำตัวแปรดังกล่าวเข้าสู่การวิเคราะห์ในสมการทำนายด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) โดยใช้เป็นตัวแปรควบคุมแล้วจึงทดสอบอิทธิพลของตัวแปรที่สนใจศึกษาคือ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ เป็นลำดับถัดไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ พบว่าแบบจำลองชุดแรกมีตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดฯ คือ ประวัติการเข้ารับบริการตรวจเลือดฯ ($b = 1.8, p < 0.001, \beta = 0.28$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความตั้งใจของกลุ่มสมรสนัญตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 9 ($\text{adjusted } R^2 = 0.09$) เมื่อนำตัวแปรทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ เข้ามาวิเคราะห์ด้วยพบว่า สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการตรวจเลือดคัดกรองเลือดฯ ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 18 ($\text{adjusted } R^2 \text{ change} = 0.18$) โดยที่ตัวแปรการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดฯ เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความ

แปรปรวนดังกล่าว ($b = 0.04$, $p < 0.001$, $\beta = 0.37$) และสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดฯ ได้ร้อยละ 27 (adjusted $R^2 = 0.27$) (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทำนายกับความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปร	R^2	Adjusted R^2	Adjusted R^2	b	β
					change
บุคคลใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง				-0.80	-0.13
ประวัติเข้ารับการตรวจเลือดฯ ของ	0.10	0.09	0.09		
กลุ่มตัวอย่าง				1.80**	0.28
ทัศนคติต่อการตรวจเลือดฯ				0.001	0.004
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจ					
เลือดฯ	0.29	0.27	0.18	0.04**	0.37
การรับรู้ความสามารถในการควบคุม					
พฤติกรรมฯ				0.01	0.13

** $P < 0.001$, $F = 16.834$ (5, 206), $p < 0.001$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาดังกล่าวตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล และคำถามการวิจัย ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 18 – 45 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 27 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ อยู่ระหว่าง 18 – 25 ปี (ร้อยละ 47.2) มีหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้รับบริการที่อยู่ในวัย

ดังกล่าวเป็นกลุ่มประชากรที่จะเข้ารับบริการเพื่อตรวจเลือดก่อนแต่งงานหรือเป็นกลุ่มประชากรที่มีคู่สมรสกำลังตั้งครรภ์ (ศิริลักษณ์, 25541; ศรีวิภา, 2545; สุวิมล, 2543; Khoshnood, Wilson, Filardo, Liu, Keung & Wu, 2006) สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน (ร้อยละ 63.2) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีการแสวงหาชีวิตที่สร้างครอบครัวและมีบุตร เป็นวัยที่มีพัฒนาการและความสมบูรณ์ทางด้านวุฒิภาวะ ทำให้ใช้เหตุผลในการตัดสินใจ ตระหนักถึงสิ่งที่ควรหรือไม่ควรในการกระทำ (ทิพย์ภา, ม.ป.ป.) และการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง ก 17) ด้วยเหตุนี้ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีอายุเท่าไรก็ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) และการศึกษาของจูไรต์น (2539) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเลือดก่อนสมรส

กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 59) มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000 – 5,000 บาท และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 51.4 ซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีการเข้าถึงบริการตรวจเลือดมากขึ้นในทุกกลุ่มอาชีพ และทุกระดับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวิภา (2545) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการตัดสินใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของภาสินี (2546) เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยทำงาน ในด้านการแสวงหาการรักษาและดูแลสุขภาพพบว่า ระดับการศึกษารายได้ มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษา และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากระดับการศึกษาจะเป็นตัวเพิ่มระดับความรู้ ทำให้บุคคลได้ใช้กระบวนการคิดและตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Pender et al., 2002) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง ก 18 และตาราง ก 19) ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันมีการเปิดรับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เพิ่มขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ร้อยละ 84.4 โดยได้รับจากสื่อทางโทรทัศน์/วิทยุ (ร้อยละ 30.6) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล (2543) เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของผู้รับบริการตรวจหาเชื้อเอดส์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์จากการดูโทรทัศน์ร้อยละ 93.51 (n = 144)

และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการให้ประชาชนได้มีการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีของตนเองได้ (เจริญ, 2546)

การรับรู้ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.4) มีการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี ด้วยเหตุผลว่าไม่เที่ยวสถานบริการ และมีวิธีการป้องกันตนเองที่ดีเพื่อให้ปลอดภัยต่อการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยเหตุนี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง ก 14) สอดคล้องกับการศึกษาของมานพ (2542) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัลักษณ์ (2544) ที่พบว่าการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปรึกษาก่อนสมรส แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจในประเทศเกาหลีใต้ โดยร้อยละ 52.3 ที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเที่ยวหญิงขายบริการแม้ว่าจะมีการป้องกัน จึงต้องการเข้ารับการตรวจเลือดดังกล่าว (Shin, Kang & Moneyham, 2007) และการศึกษาของสุวิมล (2543) เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้รับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจเลือด ร้อยละ 62.34 มีการรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจึงเข้ารับการตรวจเลือด

บุคคลที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความใกล้ชิดกับบิดา มารดาและพี่น้องมากที่สุด ร้อยละ 48 ซึ่งลักษณะของครอบครัวถือว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล ถือเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัว (รุจา, 2541) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในเรื่องสุขภาพจะปรึกษากับคู่ของตนเองเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 43.9) อาจเนื่องจากลักษณะของครอบครัว ที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว บุคคลในครอบครัวประกอบด้วย คู่สามีภรรยา ซึ่งมีส่วนในการส่งเสริมซึ่งกันและกัน มีการสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ทำให้เกิดการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันระหว่างสามีกับภรรยา (House, 1981 อ้างตามนวนจันทร์, 2547) และการศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง ก 12)

ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ และความตั้งใจ การรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ และความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 117.3$ (SD = 26.45), 91.94 (SD = 33.14), 123.96 (SD = 34.73) และ 9.61 (SD = 3.12) ตามลำดับ (ตาราง 4) โดยพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ($r = 0.28$, $p < 0.01$) (ตาราง 5) เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายข้อจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง (ตาราง ก 1) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.2 เชื่อว่าการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้เกิดความมั่นใจในการใช้ชีวิตคู่มากที่สุด และเชื่อว่าการตรวจเลือดจะทำให้ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อพบว่าผลเลือดผิดปกติร้อยละ 50.5 (ตาราง ก 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ อองคันาด (2547) เรื่อง การแสวงหาข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพก่อนแต่งงาน และการศึกษาของศรีวิภา (2545) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจสุขภาพก่อนแต่งงาน เนื่องจากเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สร้างความมั่นใจในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน และมีส่วนช่วยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการมีทัศนคติที่ดีในเรื่องการตรวจเลือดจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการรับบริการตรวจเลือดเช่นกัน (ศิริลักษณ์, 2541; สุวิมล, 2543; Kakoko et al., 2006)

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการตรวจเลือดในระดับปานกลางก่อนไปทางข้างสูง เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเลือดผ่านทางสื่อๆ มากขึ้น การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจะทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์และพิจารณาส่งผลให้เกิดทัศนคติต่อพฤติกรรมนั้นๆ (เฉลิมพล, 2543) โดยทัศนคติของบุคคลสามารถถูกทำให้เปลี่ยนแปลงได้จากการได้รับข่าวสาร และข่าวสารที่ได้รับ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของทัศนคติทางด้านความรู้หรือการรับรู้ (ประภาเพ็ญ และสวิง, 2536) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ร้อยละ 84.4 และรับรู้ว่ามีแหล่งให้บริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 50.9 จากการรณรงค์ทางสื่อต่างๆ เช่น โรงพยาบาล โทรทัศน์ และโรงเรียน เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องและเกิดทัศนคติที่ดีต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.6 ที่ไม่แน่ใจว่าการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม / คนรอบข้างและไม่แน่ใจว่าการปกปิดผลเลือดที่ผิดปกติเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับตนเองหรือไม่ (ร้อยละ 29.2) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน (ร้อยละ 15.6 และร้อยละ 49.1 ตามลำดับ) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในข้อดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง ก 1) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวิภา (2545) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน โดยให้เหตุผลว่าผลการตรวจเลือดที่ผิดปกติอาจเป็นสาเหตุให้ตนและคู่รักต้องเลิกกัน และเป็นที่ยังเกียจของคนในชุมชน หากตรวจพบที่มีการติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของกนกวรรณ วัลยดา และสมหมาย (2540) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวีของสตรีตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมตรวจเลือดมีทัศนคติต่อการตรวจเลือดอยู่ในระดับปานกลาง โดยให้เหตุผลว่าหากผลเลือดเป็นบวกจะทำให้เกิดความอับอาย ได้รับความรังเกียจและไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ดังนั้นจากที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการตรวจเลือดในระดับปานกลางก่อนไปทางสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างจึงมีแนวโน้มที่มีตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในระดับปานกลาง

สำหรับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ($r = 0.49, p < 0.01$ และ $r = 0.34, p < 0.01$ ตามลำดับ) (ตาราง 5) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.0 มีการรับรู้ว่าคุณค่าคาดหวังให้ตนเองมีการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.3 มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (ตาราง 4)

เมื่อพิจารณาการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จากการศึกษาพบว่าบุคคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มอ้างอิงที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าคุณค่าคาดหวังให้ตนเองมีการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 17.03, SD = 5.99$) (ตาราง ก 4) ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลากรสาธารณสุขมีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุนในเรื่องของการดูแลสุขภาพ เป็นบุคคลที่น่าไว้วางใจ และมีความน่าเชื่อถือในสิ่งที่บุคคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำ (สมจิต, 2543) นอกจากนี้บุคคลากรสาธารณสุขมีอำนาจเหนือผู้รับบริการ เป็นอำนาจที่มาจากพื้นฐานความรู้ ความชำนาญและลักษณะทางวิชาชีพ ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการ (ประภาเพ็ญ และสวิง, 2536) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามบุคคลากรสาธารณสุข

ในระดับสูง นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.2 มีความเชื่อว่าบุคลากรสาธารณสุขจะเห็นด้วยกับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง ก 5) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.1 มีความต้องการที่จะตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีหากได้รับแรงจูงใจจากบุคลากรสาธารณสุข (ตาราง ก 6) สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์นาถ (2547) เรื่องการแสวงหาข่าวสาร ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพก่อนแต่งงานของกลุ่มสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างขอคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 86.5

ในทางปฏิบัติพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์จะได้รับการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด โดยมีได้ให้กลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการรับคำปรึกษาด้วย ส่งผลให้กลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับความรู้ และขาดการตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเลือด ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้กลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ได้รับการปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ด้วย เพื่อชี้แนะและโน้มน้าวใจให้กลุ่มสมรสเห็นความสำคัญของการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ดังเช่นการศึกษาของกนกพร (2543) เรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่สามีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลรยาระยะตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากได้รับการชักจูงชี้แนะจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป

สำหรับภรรยาซึ่งเป็นบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ด้วยกันมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และกลุ่มตัวอย่างจะปรึกษาเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพมากที่สุด (ตาราง 3) โดยพบว่ามีความเครียดตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 16.71$, $SD = 6.34$) (ตาราง ก 4) ซึ่งมีระดับคะแนนที่ต่ำกว่าบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเนื่องจากการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องความละเอียดอ่อนและซับซ้อน (สุพร, 2542 ข) โดยเฉพาะบุคคลที่รับรู้ว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการที่จะติดเชื้อเอชไอวีไม่กล้าที่จะปรึกษากับกลุ่มสมรสของตนเอง เนื่องจากอาจทำให้กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ส่งผลให้เกิดปัญหาในครอบครัวตามมา ภรรยาอาจเกิดความไม่ไว้วางใจได้ขึ้น หากกลุ่มตัวอย่างขอคำปรึกษาเรื่องการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อได้รับข้อมูลที่แท้จริงอันเป็นกระบวนการหนึ่งในการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดโดยความสมัครใจ (ภาพ 2) อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากบุคลากรสาธารณสุขแล้ว การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มสมรสมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้มีการตรวจเลือดทั้งในระยะก่อนแต่งงาน (ศรีวิภา, 2545) และในการเข้ารับคำปรึกษาก่อนสมรส (สุกัลกษณ์, 2544) และการที่กลุ่มสมรสมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการตรวจเลือดเนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความสมัครใจของทั้งสองฝ่าย ที่พร้อมและเต็มใจที่

จะร่วมทุกข์ร่วมสุข ไม่ทอดทิ้งกัน (วัลลภา, 2540) ดังนั้นคู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการตรวจหรือรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใกล้ชิดกับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า บุคคลใกล้ชิดได้แก่ภรรยา บิดามารดาของกลุ่มตัวอย่าง และบิดามารดาของคู่สมรสมีผลต่อความตั้งใจในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง ก 12) แสดงให้เห็นว่าบุคคลใกล้ชิดมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการโน้มน้าวให้ กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง 5) ดังกล่าวมาข้างต้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการให้บริการที่ดี เป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตรวจเลือดมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.8 (ตาราง ก 8) สอดคล้องกับการศึกษาของปัญจพร (2546) เรื่องพฤติกรรมบริการของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการพบว่า สิ่งที่ผู้ใช้บริการคาดหวังจะได้จากบริการพยาบาลคือ การได้รับบริการที่ดี มีความเอื้ออาทร เอาใจใส่ มีอัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของผู้ให้บริการ และในการศึกษารุ่นนี้พบว่าบุคลากรสาธารณสุขคือบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มจะปฏิบัติตามคำแนะนำมากที่สุด อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.8 มีความไม่แน่ใจว่าตนเองสามารถเลือกเจ้าหน้าที่ในการให้บริการได้หรือไม่ (ตาราง ก 9) ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจเลือดได้

แม้ว่าการศึกษารุ่นนี้พบว่า การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการรับรู้ถึงแหล่งให้บริการตรวจเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง ก 15 และ ตาราง ก 16) แต่กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีความเชื่อว่าการสนับสนุนของภรรยาต่อการตรวจเลือด การมีความรู้เรื่องโรคเอดส์/การตรวจเลือด และการทราบสถานที่ให้บริการตรวจเลือดมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 48.6, ร้อยละ 46.7 และ ร้อยละ 46.7 ตามลำดับ) (ตาราง ก 8) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนจากคนใกล้ชิด โดยเฉพาะคนรัก มีสถานที่ให้บริการที่ดีและเหมาะสม และการมีความรู้มาก่อนมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจเลือด (ศรีวิภา, 2545; Graft-Johnson, Paz-Sodan, Kasote & Tsui, 2005)

เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ เป็นการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคคลที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเองและให้ความสำคัญกับการรับรู้ถึงความสามารถนั้น โดยบุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่ง

หนึ่งให้เกิดผลสำเร็จและแสดงออกมาในรูปของการกระทำ โดยเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ปัญหาและจัดการกับอุปสรรคได้ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1997) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับอุปสรรคที่คาดว่าจะมีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ในเรื่องความสามารถทำให้ภรรยาสนับสนุนตนเองสำหรับการตรวจเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ การเดินทางเพื่อไปตรวจเลือด และความมั่นใจว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 54.2 และร้อยละ 53.8 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า ความสะดวกสบายในการเดินทาง การรับรู้ว่าคุณเองไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเพื่อเข้ารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (ศรีวิภา, 2545; Graft-Johnson et al., 2005; Kawichai, Celentano, Chariyalertsak, Visrutaratna, Ruangyuttikarn, Short et al., 2007; Nakanjako, Kamyra, Daniel, Mayanja-Kizza, Freers & Whalen et al, 2007) อย่างไรก็ตามสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่าตนเองสามารถจัดการได้คือ การปกปิดผลการตรวจเลือดของกลุ่มตัวอย่างหากผลเลือดผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 42.5 การรักษาความลับเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการคาดหวังว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ และถือเป็นหลักจรรยาบรรณวิชาชีพของพยาบาล และถือเป็นพฤติกรรมบริการของบุคลากรพยาบาลที่พึงประสงค์ตามมติขององค์การอนามัยโลก ซึ่งระบุว่าบุคลากรพยาบาลพึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ข้อมูลนั้นได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการ (สภาการพยาบาล, 2541 อ้างตามฉกัญญา, 2548)

สำหรับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีความพยายามที่จะไปตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ มีความตั้งใจที่จะไปตรวจเลือดคิดเป็นร้อยละ 37.3 (ตาราง ก 11) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 9.61$, $SD = 3.12$) (ตาราง 4) จากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเอจเซน (Ajzen, 1991) กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นปัจจัยที่ต้องการการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเท พยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้เกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ได้แก่ ทักษะคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

นอกจากนี้การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีใน

เชิงบวก โดยกลุ่มตัวอย่างระบุว่าควรเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อจะได้ทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อหรือไม่ หากเกิดการติดเชื้อจะได้มีเวลาในการรักษาและยืดระยะเวลาการมีชีวิตให้นานขึ้น และป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่ภรรยาและบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของอนงคณา (2547) เรื่องการแสวงหาข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพก่อนแต่งงานของกลุ่มสมรส พบว่าข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจมากที่สุดคือเรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด (ร้อยละ 34.25) รองลงมาคือเรื่องโรคเอดส์ (ร้อยละ 22) เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวิภา (2545) ที่พบว่าเหตุผลในการตัดสินใจตรวจเลือดก่อนแต่งงานของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความปลอดภัยของบุตร ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่จะเกิดตามมาหลังจากทราบผลการตรวจ และเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง และคู่สมรส

อำนาจการทำนายของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์

เมื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพียงตัวเดียวสามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 24 ($b = 0.04, p < 0.001, \beta = 0.41$) (ตาราง 6) และเมื่อทำการควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลคือ บุคคลใกล้ชิด และประวัติการเข้ารับตรวจเลือด พบว่าสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของคะแนนความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีได้เพิ่มขึ้น 9 โดยประวัติการเข้ารับตรวจเลือดเป็นตัวแปรที่ทำให้เกิดความแปรปรวนดังกล่าว ($b = 1.8, p < 0.001, \beta = 0.28$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 27 (adjusted $R^2 = 0.27$) (ตาราง 7) แสดงให้เห็นว่าคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง โดยมีความเชื่อว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี 3 อันดับแรก คือ บุคลากรสาธารณสุข ภรรยา และบิดา ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงเหล่านั้นในระดับสูง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มอ้างอิงจัดเป็นแหล่งสนับสนุนทาง

สังคมที่สำคัญ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำบุคคลไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (สมทรง และ สรงกฤษณ์, ม.ป.ป. อ้างตามศุภลักษณ์, 2544)

จากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยกลุ่มอ้างอิงจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญประการหนึ่งของความตั้งใจที่จะปฏิบัติของบุคคล และบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดก็ตามเมื่อบุคคลนั้นได้ประเมินผลของการกระทำนั้นในทางบวก และบุคคลนั้นเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญ ต้องการหรือไม่ต้องการให้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ อาจมาจากปัจจัยทางสังคม ได้แก่อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง บุคคลสำคัญใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อกลุ่มตัวอย่างนั่นเอง ซึ่งได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ภรรยา และบิดา โดยพบว่ากลุ่มบุคคลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง ก 12) สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ (2543) ที่ศึกษาความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสามารถทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 17 ($p < 0.01$) โดยกลุ่มอ้างอิงในการศึกษาดังกล่าวได้แก่ แพทย์ พยาบาล และคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ (2544) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับการปรึกษาก่อนสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.9 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่ของตนเอง

นอกจากนี้ประวัติการเข้ารับการตรวจเลือดเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการตรวจเลือดมาก่อนจะทราบผลการตรวจเลือดว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ และเมื่อตนเองทราบผลการตรวจแล้วก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการตรวจเลือดอีกครั้ง ยกเว้นในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเลือดตรวจซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันผลการตรวจว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ (Graft-Johnson et al., 2005; Matovu et al., 2007; Solomon et al., 2006)

สำหรับทัศนคติ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ได้นั้น อธิบายได้ว่า แม้ว่าทัศนคติจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ แต่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (ตาราง 5) และทัศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลางรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.4) มีการรับรู้ว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง 2) ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงเป็นความเชื่อ

หรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมาน้อยเพียงใด ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินว่าตนเองไม่เสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ (2544) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับการปรึกษา ก่อนสมรสของกลุ่มสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางบวกกับการปรึกษา ก่อนสมรสโดยร้อยละ 29.8 ของกลุ่มตัวอย่าง เน้นใจตนเองและคู่สมรสปลอดภัยไม่เป็นโรค และไม่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จึงไม่คิดที่จะเข้ารับการปรึกษา ก่อนสมรส และการศึกษาเรื่องความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายขอบชาย พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.66, p < 0.01$) แต่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายขอบชาย เนื่องจากมีการป้องกันที่ถูกต้อง (Kesteren, Hospers, Empelen, Breukelen & Kok, 2007) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าบุคคลจะมีทัศนคติต่อพฤติกรรมในระดับสูงหรือต่ำ ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าบุคคลคนนั้นจะมีความตั้งใจในพฤติกรรมนั้นสูงหรือต่ำไปด้วย ดังนั้นทัศนคติเพียงประการเดียวอาจจะบอกไม่ได้ว่าบุคคลนั้นจะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมหรือไม่

สำหรับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (ตาราง 5) ที่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ได้เช่นกัน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างระบุว่าสามารถจะจัดการกับอุปสรรคที่คาดว่าจะมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เช่น เวลา ค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือด การเดินทาง เป็นต้น แต่อุปสรรคที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่ามีผลต่อการตรวจเลือดและไม่แน่ใจว่าจะจัดการคือ การเลือกเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับบริการตรวจเลือด และการเก็บรักษาความลับของเจ้าหน้าที่หากพบความผิดปกติของผลเลือด ดังการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงานให้เหตุผลว่า ไม่ไว้วางใจในตัวของเจ้าหน้าที่ว่าจะปกปิดผลการตรวจเลือดไว้เป็นความลับได้หรือไม่ ดังนั้นตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมฯ จากการศึกษาครั้งนี้จึงไม่เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

โดยสรุปพบว่า กลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจเลือดฯ และมีความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ ส่วนทัศนคติ และการรับรู้ความสามารถในการ

ควบคุมพฤติกรรมการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ได้ ทั้งนี้พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลคือ ประวัติการเข้ารับการตรวจเลือดเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี อำนาจการทำนายของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ ณ ศูนย์รับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มาพร้อมภรรยาในการมาฝากครรภ์ จำนวน 212 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบที่ศึกษา (Cohen, 1988) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากการศึกษาของศิริลักษณ์ (2541) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และ 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการที่จะไปรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เท่ากับ 0.85, 0.93, 0.83 และ 0.94 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาอำนาจการทำนายของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสของหญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. ทักษะการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.9, 50.0, 70.3 และร้อยละ 34.4 ตามลำดับ)

2. การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 24 อย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = 0.24$, $p < 0.001$) นำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคคลใกล้ชิดและประวัติการตรวจเลือดมาวิเคราะห์หาคอสมงแบบเชิงซ้อน พบว่าบุคคลใกล้ชิดและประวัติการตรวจเลือด สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคะแนนความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาทักษะการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีแนวโน้มที่จะกระทำตามบุคลกรสาธารณสุขแนะนำมากที่สุด และภรรยาหรือหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีความใกล้ชิดมากที่สุด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการคำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดทุกราย ดังนั้นบุคลกรสาธารณสุขควรให้คู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ได้มีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับฝากครรภ์ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้มีความเข้าใจและตระหนักถึงสำคัญในเรื่องการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

2. ควรมีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบถึงนโยบายของระบบบริการให้คำปรึกษาตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 49.1 ที่ไม่ทราบว่ามิมีแหล่งให้บริการดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น จึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ถึงสถานที่ที่สามารถไปรับบริการตรวจเลือด โดยภาครัฐควรมีความสม่ำเสมอในการรณรงค์อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง และควรมีการให้บริการแบบเคลื่อนที่โดยเฉพาะชุมชนที่ห่างไกล กลุ่มตัวอย่างมองว่ามักจะถูกละเลยจากหน่วยงานของรัฐ

ด้านการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นผลการศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรที่เป็นสามีของหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นๆ ดังนั้นควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรชายโสด เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองเลือดโดยความสมัครใจมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยและไม่เคยตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษาและควรมีการศึกษาต่อ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยทางด้านประชากร เนื่องจากอำนาจการทำนายในการศึกษาครั้งนี้ค่อนข้างต่ำ
3. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง โดยการนำระบบการให้คำปรึกษาตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจมาให้คำปรึกษาเป็นคู่ เพื่อช่วยในการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

บรรณานุกรม

- กฤตยา อาชวนิจกุล และพิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2539). *รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 3-8.*
- กรมสุขภาพจิต. (2541). *การพัฒนาคุณภาพการปรึกษาเรื่องเอดส์: เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพบริการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2).* กรุงเทพมหานคร: ปาปิรุส พับลิเคชัน จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือการให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*
- กนกวรรณ เวทศิลป์, สมหมาย เรืองตำราญ และวัลยดา อินธิแสง. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจาะเลือดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 20 (2), 32-39*
- กนกพร สุทธิรักษ์. (2543). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่สามีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในการดูแลรยาขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. (พิมพ์ครั้งที่ 10).* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยารัตน์ กล้าถนอม, รวีวรรณ บัวกอ, กาญจนา นียะพันธ์, วิภาดา แสนยานุสิน, ชนิฎาภา ชูเสวี, วราภรณ์ สุวรรณผา และคณะ. (2542). *การให้การปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และมารดาเรื่อง การติดเชื้อเอชไอวี: แนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 2542. นนทบุรี: ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข.*
- จรรยา ด่านยุทธพลชัย, สหภาพ พูลเกษร, วิกรม ทางเรือ และธนรักษ์ พลพัฒน์. (2550). *ผลการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2549 รอบที่ 24. วารสาร โรคเอดส์, 19(3), 125-139.*
- เจริญ ปราบปรี. (2546). *ปัจจัยที่มีผลกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสารเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*

- จุไรรัตน์ ศรีมณี. (2539). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพก่อนสมรสของคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตรการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- ชั้นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิมเอม, ชาย โพธิ์สีดา, ורתัย หรุเจริญพรภานิช, ภัตสร ติมานนท์, และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2547). มิติทางสังคมและเศรษฐกิจในเอตส์โลกที่กรุงเทพฯ: คำถามและข้อท้าทายว่าด้วย “ความทั่วถึงและเท่าเทียม”. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และ ภัตสร ติมานนท์ (บรรณาธิการ), *การสังเคราะห์องค์ความรู้จากการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 15* (หน้า 1-47). นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ณภัฏญา สุวรรณมณี. (2548). *เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคใต้ที่ผ่านการรับรองคุณภาพและยังไม่ผ่านคุณภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทิพย์ภา เชษฐชูเชวลิต. (ม.ป.ป.). *การพยาบาลจิตสังคมตามขั้นพัฒนาการ*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนรักษ์ ผลิพัฒน์. (2548). *พฤติกรรมที่สัมพันธ์การติดเชื้อเอชไอวี ในประชากรทั่วไปประเทศไทย พ.ศ. 2547*. *วารสารโรคเอดส์*, 17(4), 175-183.
- ชนรักษ์ ผลิพัฒน์, พัทตร์วิมล สุกัลักษณ์ศึกษากร, สมเกียรติ ลีละศิธร, ราม รั้งสินธุ์, คารินทร์ อารีย์โชคชัย, กัญจนกร โภคะสวัสดิ์ และคณะ. (2548). *สรุปประเด็นที่สำคัญจากการประชุม XV International AIDS conference, Track C-epidemiology*. *วารสารโรคเอดส์*, 17(2), 101-118.
- ธีระพร อูวรรณโณ. (2535). *เจตคติ: การศึกษาตามแนวทฤษฎีหลัก*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2549). *การวัดเจตคติ*. อุบลราชธานี: วิทยาออฟเซทการพิมพ์.

- นวลจันทร์ บุญรัตน์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากสามี และกิจกรรมทางกายของสตรีหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นิรมล รัตนสุพร และอรพรรณ แสงวรรณลอย. (2548). *รายงานผลการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ใน 6 จังหวัดนำร่อง พ.ศ. 2548*. ค้นวันที่ 5 มีนาคม 2551 จาก <http://203.157.15.12/centeraids/Downloads/pdf/sit5phoms48.pdf>
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญธรรม กิจปรีชาบริสุทธิ์. (2549). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- ปดมาดี เดชฤกษ์ปาน. (2549). *เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำของวัยรุ่นหญิงในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปาริชาติ ชูประดิษฐ์. (2543). *เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประนอม หนูเพชร, ประณีต ส่งวัฒนา และพัชรียา ไชยลังกา. (2550). *กระบวนการให้บริการตามนโยบายคูแลร์กษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา*. *วารสารโรคเอดส์*, 19, 206-219.
- ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล. (2549). *การประเมินสถานการณ์บริการปรึกษาเรื่องเอดส์และนัยยะต่อนโยบายการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ของประเทศไทย*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(3), 163-173.
- ประพันธ์ ภาณุภาค, อัจฉรา เขาวะวณิช, นริศ วารณะวัฒน์, วิไล เสรีสิทธิทัณฑ์, ฐาปนพร สิงห์โกวินท์, ภัทรพร จงพิพัฒน์วณิชย์, และคณะ. (2549). *การศึกษาบทบาทของสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์กรอบวิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554*. ค้นเมื่อ 12 มกราคม 2550 จาก http://www.aidsthai.org/download/total_report_group_mission.doc

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปัญญาพร หวังรอด. (2546). *พฤติกรรมบริการของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.*
- ปิยนุช จิตตนนท์. (2548). เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ. *วารสารสงขลานครินทร์*, 25(1), 79 - 88.
- พัชรินทร์ พลูทวิ. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการคัดกรองโรค บรรทัดฐานของบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และลักษณะประชากรกับความตั้งใจคัดกรองโรคโลหิตซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.*
- ไพบุญย์ โล่สุนทร. (2550). *ระบาดวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิสมัย วิบูลย์, นิภา วินิจ, พรพิมล วรวิมลพิทุทพงศ์, สงคราม เซวาน์ศิลป์, และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ์. (2547). *รายงานการวิจัย: ผลของการฝึกอบรมจิตลักษณะและทักษะการพัฒนาเพื่อนต่อการช่วยเพื่อนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในนักศึกษาชายระดับอุดมศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ภาสินี เข้มทอง. (2546). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.*
- มานพ เข้มทอง. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของลูกเรือประมงในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.*
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- รุจา ภูไพบูลย์, วราภรณ์ ชัยวัฒน์, วรณิภา อัสวชัยสุวิกรม, อุมพร ปุญญโสพรรณ, เรณู พุกบุญมี, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และคณะ. (2549). *รายงานการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น: ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือและสำรวจพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ.*
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร. (2546). *ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารประกอบการสอน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*

- ลีซ่า กันธมาลา. (2544). อย่าเพิ่งละเลยการให้การปรึกษา. *สรุปรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และองค์ความรู้ การประชุมนานาชาติเรื่อง โรคเอดส์ ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ครั้งที่ 6*. นนทบุรี: เจ เอส การพิมพ์.
- วรรณ พาหุวัฒน์กร. (2549). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทัศนคติของการครองคู่และการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มสมรสไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 24(1), 57-64.
- วัลลภา กรุฑแก้ว. (2540). *ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริลักษณ์ ศิริดำรง. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของประชาชนในจังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศรีวิภา อรุณามตะ. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ใช้บริการ หน่วยวางแผนครอบครัว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต. (2544). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับการปรึกษาก่อนสมรสของกลุ่มสมรสในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์. (2549). *สายด่วนชวนรู้เอดส์*. กันยายน 11 มกราคม 2550 จาก <http://www.abcon aids.org/ABC/asp/view.asp?PageID=90&>
- สมเกียรติ ลีละศิธร. (2547). เทคโนโลยีใหม่ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี. ใน *ชนรักษ์ ผลิพัฒน์ (บรรณาธิการ), การสังเคราะห์องค์ความรู้จากการประชุมนานาชาติเรื่อง โรคเอดส์ครั้งที่ 15* (หน้า 7-11). นนทบุรี: ชุมชนการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ. ใน *สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล* (หน้า 3-27). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สุดถนอม รอดอ่อม. (2537). *ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการปรึกษาที่โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- สุพร เกิดสว่าง. (2542 ก). การให้การปรึกษา: การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลและการให้การปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาชีวิตและการติดเชื้อเอดส์(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- สุพร เกิดสว่าง. (2542 ข). การให้การปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และมารดาเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี: แนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาตินี้ 2542. นนทบุรี: ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรจิต สุนทรธรรม. (2544). แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2546). ระเบียบวิจัยทางสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา.
- สุบิน ยุระรัช. (2550). ทฤษฎีการวัดทัศนคติ. ค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2550 จาก <http://www.student.chula.ac.th/~43846691/attitudetheory.doc>
- สุวิมล ชมภูแก้ว. (2543). ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ของผู้รับบริการตรวจหาเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2549). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อมีอากาโรนในประเทศไทย- เมษายน, 2549. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย. ค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2551. จาก <http://www.aidssthai.org/main.php>
- หน่วยฝากครรภ์. (2549). สถิติหน่วยฝากครรภ์. โรงพยาบาลหาดใหญ่, จังหวัดสงขลา.
- อนงค์นาด อัสวตั้งเสถียร. (2547). การแสวงหาข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพก่อนแต่งงานของคู่สมรสที่ใช้บริการ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วารสารศาสตรบัณฑิต (สื่อสารมวลชน) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- อรทัย หรุเจริญพรพานิช และอุบลรัตน์ ธนรุจิวงศ์. (2547). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการเข้าถึงบริการตรวจเลือดและการให้คำปรึกษาแนะนำโรคเอดส์ของประชาชนวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. วารสารโรคเอดส์, 16(3), 132-139.

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a TpB questionnaire: Conceptual and methodological considerations*. Retrieved February 2, 2007, from <http://www.umass.edu/aizen/faq.html>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. NJ: Prentice-Hall.
- Allen, S., Meinzen-Derr, J., Kautzman, M., Zulu, I., Trask, S., Fideli, U., et al. (2003). Sexual behaviour of HIV discordant couples after HIV counselling and testing. *AIDS*, 17, 733-740.
- Astrom, A. N., & Okullo, I. (2004). Temporal stability of the theory of planned behavior: a prospective analysis of sugar consumption Ugandan adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32, 426-434.
- Babalola, S. (2007). Readiness for HIV testing among young people in northern Nigeria: the roles of social norm and perceived stigma. *AIDS and Behavior*, 11, 759-769.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. U.S.A.: W.H. Freeman and company.
- Cohen, J. (1988). Multiple regression and correlation analysis. In Cohen, J. (Ed.), *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed., pp. 407-465). NJ: Lawrence Erlbaum.
- Francis, J. J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy R., et al. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: a manual of health services researchers*. Retrieved February 2, 2007, from <http://www.rebegi.org/ViewFile.aspx?itemID=212>
- Graft-Johnson, J., Paz-Sodan, V., Kasote, A., & Tsui, A. (2005). HIV voluntary counseling and testing service preferences in a rural Malawi population. *AIDS and Behavior*, 9, 475-483.
- Gredig, D., Niderost, S., & Parpan-Blaser, A. (2007). Explaining the condom use of heterosexual men in a high – income country: adding somatic culture to the theory of planned behavior. *American Journal of Public Health*, 15, 129-140.

- Ikechbelu, I. J., Udigwe, G. O., Ikechbelu, N., & Imoh, L. C. (2006). The knowledge, attitude and practice of voluntary counseling and testing (VCT) for HIV/AIDS among undergraduates in a polytechnic in southeast, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine, 15*, 245-249.
- Kakoko, D. C., Astrom, A. N., Lugoe, W. L., & Lie, G. T. (2006). Predicting intended use of voluntary HIV counseling and testing services among Tanzanian teachers using the theory of planned behavior. *Social Science & Medicine, 63*, 991-999.
- Kawichai, S., Celentano, D. D., Chariyalertsak, S., Visrutaratna, S., Short, O., & Ruangyuttikarn, C., et al. (2007). Community-based voluntary counseling and testing services in rural communities of Chiang Mai Province: Northern Thailand, *AIDS and Behavior, 11*, 770-777.
- Kesteren, N. M. C., Hospers, H. J., Empelen, P., Breukelen, G., & Kok, G. (2007). Sexual decision-making in HIV-positive men who have sex with men: how moral concerns and sexual motives guide intended condom use with steady and casual sex partners. *Archives of Sexual Behavior, 36*, 437-449.
- Khoshnood, K., Wilson, K. S., Filardo, G., Liu, Z., Keung, N. H., & Wu, Z. (2006). Assessing the efficacy of a voluntary HIV counseling and testing intervention for pregnant women and male partners in Urumqi City, China. *AIDS and Behavior, 10*, 671-681.
- Koetsawang, S. & Auamkul, N. (1997). HIV and women in Thailand: severity and services. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 58*, 121-127.
- Machekano, R., McFarland, W., Hudes, E. S., Bassett, M. T., Mbizvo, T., & Katzenstein, D. (2000). Correlates of HIV tests results seeking and utilization of partner counseling services in a cohort of male factory workers in Zimbabwe. *AIDS and Behavior, 4*, 63-70.
- Masalu, J. R., & Astrom, A. N. (2003). The use of the theory of planned behavior to explore beliefs about sugar restriction. *American Journal of Health Behavior, 72*, 15-24.
- Matovu, J. K. B., Gray, R. H., Kiwanuka, N., Kigozi, G., Wabwire-Mangen, Nalugoda, F., et al. (2007). Repeat voluntary HIV counseling and testing (VCT), sexual risk behavior and HIV incidence in Rakai, Uganda. *AIDS and Behavior, 11*, 71-78.
- McKinlay, A., Couston, M., & Cowan, S. (2001). Nurses' behavioral intention towards self-poisoning patients: A theory of reasoned action, comparison of attitudes and subjective norm as predictive variables. *Journal of Advanced Nursing, 34*, 107-116.

- Meadows, J., Catalan, J., Gazzard, B. (1993). "I plan to have the HIV test"-predictors of testing intention in women attending a London antenatal clinic. *AIDS Care*, 5, 141-148.
- Muller, O., Sarangbin, S., Ruxrungthum, K., Sittitrai, W., & Phanuphak, P. (1995). Sexual risk behaviour reduction associated with voluntary HIV counselling and testing in HIV infected patients in Thailand. *AIDS Care*, 7, 567-572.
- Nakanjako, D., Kanya, M., Daniel, K., Mayanja-Kizza, H., Freers, J., Whalen, C., et al. (2007). Acceptance of routine testing for HIV among adult patients at the medical emergency unit at a national referral hospital in Kampala, Uganda. *AIDS and Behavior*, 11, 753-758.
- Orem, S. B. (2001). *Nursing: concept of practices* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*, (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Rosenstock, I. M. (1974). *Historical origins of the health belief model. The health belief model and personal health behavior*. NJ: Chales B' Stack.
- Salabarría-Pena, Y., Lee, J., Montgomery, S. B., Hopp, H. W., & Muralles, A. A. (2003). Determinants of female and male condom use among immigrant women of Central American Descent. *AIDS and Behavior*, 7, 163-174.
- Shin, S. R., Kang, S. H., & Moneyham, L. (2007). Characteristics of individuals seeking voluntary counseling and testing for HIV infection in South Korea. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18, 22-33.
- Soloman, S., Kouyoumdjian, F. G., Cecelia, A. J., James, R., James, L., & Kumarasamy, N. (2006). Why are people getting tested? Self-reported reasons for seeking voluntary counseling and testing at a clinic in Chennai, India. *AIDS and Behavior*, 10, 415-420.
- Taegtmeier, M., Kilonzo, N., Mung'ala, L., Morgan, G., & Theobald, S. (2006). Using gender analysis to build voluntary counseling and testing responses in Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100, 305-311.
- UNAIDS. (2000). *Voluntary counselling and testing (VCT): UNAIDS technical update*. Retrieved February 2, 2007, from <http://data.unaids.org/Publications>.
- UNAIDS. (2007). *AIDS epidemic update: December 2007*. Retrieved April 2, 2008, from http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf

- Wanyenze, R., Kanya, M., Liechty, C. A., Ronald, A., Guzman, D. J., Wabwire-Mangen, F. et al., (2006). HIV counseling and testing practices at an urban hospital in Kampala, Uganda. *AIDS and Behavior*, *10*, 361-367.
- Were, W. A., Mermin, J. M., Wamai, N., Awor, A. C., Bechange, S., Moss, S., et al. (2006). Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV- infected people receiving antiretroviral therapy in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *43*, 483-490.
- Winkelstrein, M. L., & Feldman, R. H. (1993). Psychosocial predictors of consumption of sweets following smoking cessation. *Research in Nursing & Health*, *16*, 97-105.

ภาคผนวก ก

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ก 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212)

ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามรายข้อ	\bar{X}	SD	ระดับคะแนน
1. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้มีความมั่นใจในการใช้ชีวิตมากขึ้น	19.25	5.25	สูง
2. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้สามารถป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ภรรยาและบุตร	19.07	5.37	สูง
3. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภรรยาสบายใจหรือเกิดความไว้วางใจ	18.70	5.25	สูง
4. การตรวจเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้สามารถนำไปวางแผนครอบครัวและการมีบุตรในอนาคตได้	17.64	5.33	สูง
5. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ได้รับคำแนะนำให้การดูแลตนเองหากพบว่าผลเลือดผิดปกติ	17.31	5.46	สูง
6. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้รู้ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่	17.15	6.05	สูง
7. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เป็นที่รังเกียจของสังคมและคนรอบข้าง	8.19	5.38	ปานกลาง

ตาราง ก 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจคัดกรองเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212)

ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)				
	เชื่อ น้อยที่สุด	เชื่อ น้อย	ไม่ แน่ใจ	เชื่อ มาก	เชื่อ มากที่สุด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้มีความมั่นใจในการใช้ชีวิตคู่มากขึ้น	4 (1.9)	3 (1.4)	20 (9.4)	87 (41.0)	98 (46.2)
2. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้สามารถป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ภรรยาและบุตร	3 (1.4)	12 (5.7)	33 (15.6)	82 (38.7)	82 (38.7)
3. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภรรยาสบายใจหรือเกิดความไว้วางใจ	3 (1.4)	6 (2.8)	24 (11.3)	93 (43.9)	86 (40.6)
4. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้สามารถนำไปวางแผนครอบครัวและการมีบุตรในอนาคตได้	5 (2.4)	10 (4.7)	31 (14.6)	96 (45.3)	70 (33.0)
5. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ได้รับคำแนะนำให้การดูแลตนเองหากพบว่าผลเลือดผิดปกติ	3 (1.4)	13 (6.1)	40 (18.9)	107 (50.5)	49 (23.1)
6. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้รู้ว่ามี การติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่	5 (2.4)	13 (6.1)	23 (10.8)	98 (46.2)	73 (34.4)
*7. การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เป็นที่รังเกียจของสังคมและคนรอบข้าง	38 (17.9)	54 (25.5)	84 (39.6)	21 (9.9)	15 (7.1)

* คำถามเชิงลบ

ตาราง ก 3

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประเมินผลของการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212)

การประเมินผลของการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับการประเมินผลของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)				
	จำเป็นน้อยที่สุด	จำเป็นน้อย	ไม่แน่ใจ	จำเป็นมาก	จำเป็นมากที่สุด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. ความมั่นใจในการใช้ชีวิตคู่เป็นสิ่งที่จำเป็น	0 (-)	3 (1.4)	8 (3.8)	93 (43.9)	108 (50.9)
2. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ภรรยาและบุตรเป็นสิ่งที่จำเป็น	1 (0.5)	2 (0.9)	6 (2.8)	53 (25.0)	150 (70.8)
3. การทำให้ภรรยาสบายใจและวางใจในตัวท่านเป็นสิ่งที่จำเป็น	0 (-)	2 (0.9)	14 (6.6)	90 (42.5)	106 (50.0)
4. การวางแผนครอบครัวและวางแผนการมีบุตรเป็นสิ่งที่จำเป็น	2 (0.9)	4 (1.9)	5 (2.4)	104 (49.1)	97 (45.8)
5. การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเมื่อมีการติดเชื้อเป็นสิ่งที่จำเป็น	2 (0.9)	3 (1.4)	13 (6.1)	84 (39.6)	110 (51.9)
6. การได้ทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่จำเป็น	6 (2.8)	5 (2.4)	23 (10.8)	89 (42.0)	89 (42.0)
*7. การปกปิดผลเลือดที่ผิดปกติเพื่อไม่ให้เป็นที่รังเกียจของสังคมและคนรอบข้างเป็นสิ่งที่จำเป็น	28 (13.2)	49 (23.1)	62 (29.2)	32 (15.1)	41 (19.3)

* คำถามเชิงลบ

ตาราง ก 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุถึงกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุถึงกลุ่มอ้างอิงต่อ (N = 212)

กลุ่มอ้างอิงที่กลุ่มตัวอย่างระบุถึง	\bar{x}	SD	ระดับคะแนน
1. บุคลากรสาธารณสุข	17.03	5.99	สูง
2. ภรรยา	16.71	6.34	ปานกลาง
3. บิดา	15.33	6.13	ปานกลาง
4. มารดา	15.20	6.04	ปานกลาง
5. พี่น้อง	14.68	6.44	ปานกลาง
6. เพื่อนสนิท	13.00	6.59	ปานกลาง

ตาราง ก 5

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อการคัดกรองเลือดตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุถึงกลุ่มอ้างอิงต่อ (N = 212)

กลุ่มอ้างอิงที่เห็นด้วยกับการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยมากที่สุด (5)
1. บุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยต่อการตรวจเลือด	1 (0.5)	2 (0.9)	27 (12.7)	82 (38.7)	100 (47.2)
2. ภรรยาเห็นด้วยต่อการตรวจเลือด	2 (0.9)	10 (4.7)	22 (10.4)	96 (45.3)	82 (38.7)
3. บิดาเห็นด้วยต่อการตรวจเลือด	2 (0.9)	9 (4.2)	42 (19.8)	97 (45.8)	62 (29.2)
4. มารดาเห็นด้วยต่อการตรวจเลือด	2 (0.9)	9 (4.2)	41 (19.3)	102 (48.1)	58 (27.4)
5. พี่น้องเห็นด้วยต่อการตรวจเลือด	5 (2.4)	9 (4.2)	53 (25.0)	91 (42.9)	54 (25.5)
6. เพื่อนสนิทเห็นด้วยต่อการตรวจเลือด	9 (4.2)	17 (8.0)	64 (30.2)	80 (37.7)	42 (19.8)

ตาราง ก 6

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212)

กลุ่มอ้างอิงที่เป็นแรงจูงใจในการ ตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อ เอชไอวี	ระดับความต้องการจะกระทำตามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)				
	ต้องการ น้อยที่สุด	ต้องการ น้อย	ไม่ แน่ใจ	ต้องการ มาก	ต้องการ มากที่สุด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. ท่านต้องการตรวจเลือดตามที่ บุคลากรสาธารณสุขให้ตรวจ	3 (1.4)	19 (9.0)	41 (19.3)	85 (40.1)	64 (30.2)
2. ท่านต้องการตรวจเลือดตามที่ ภรรยาให้ตรวจ	5 (2.4)	22 (10.4)	27 (12.7)	90 (42.5)	68 (32.1)
3. ท่านต้องการตรวจเลือดตามที่บิดา ให้ตรวจ	4 (1.9)	24 (11.3)	44 (20.8)	91 (42.9)	49 (23.1)
4. ท่านต้องการตรวจเลือดตามที่ มารดาให้ตรวจ	7 (3.3)	23 (10.8)	40 (18.9)	92 (43.4)	50 (23.6)
5. ท่านต้องการตรวจเลือดตามที่พี่ น้องให้ตรวจ	5 (2.4)	29 (13.7)	40 (18.9)	92 (43.4)	46 (21.7)
6. ท่านต้องการตรวจเลือดตามที่ เพื่อนสนิทให้ตรวจ	11 (5.2)	35 (16.5)	52 (24.5)	79 (37.3)	35 (16.5)

ตาราง ก 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีรายข้อ	\bar{X}	SD	ระดับ คะแนน
1. การสนับสนุนของภรรยาที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	15.00	5.81	ปานกลาง
2. การมีความมั่นใจว่าไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	14.19	6.23	ปานกลาง
3. การมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	13.23	5.95	ปานกลาง
4. การให้บริการที่ดีของเจ้าหน้าที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	12.58	5.30	ปานกลาง
5. การทราบสถานที่ให้บริการตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	12.58	5.30	ปานกลาง
6. การเก็บรักษาความลับเกี่ยวกับผลการตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	12.58	6.52	ปานกลาง
7. ความสะดวกสบายในการเดินทางไปตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	11.87	5.49	ปานกลาง
8. เวลาที่ใช้ในการไปตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	11.66	5.50	ปานกลาง
9. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	10.45	5.31	ปานกลาง
10. ค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	9.82	4.95	ปานกลาง

ตาราง ก 8

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212)

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)				
	เชื่อ น้อย ที่สุด (1)	เชื่อ น้อย (2)	ไม่ แน่ใจ (3)	เชื่อ มาก (4)	เชื่อ มาก ที่สุด (5)
1. การสนับสนุนของภรรยาเมื่อผลการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	6 (2.8)	17 (8.0)	39 (18.4)	103 (48.6)	47 (22.2)
2. การมีความมั่นใจว่าไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อผลการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	21 (9.9)	19 (9.0)	45 (21.2)	83 (39.2)	44 (20.8)
3. การมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการตรวจเลือดเมื่อผลการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	6 (2.8)	18 (8.5)	40 (18.9)	99 (46.7)	49 (23.1)
4. การให้บริการที่ดีของเจ้าหน้าที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	5 (2.4)	4 (1.9)	25 (11.8)	112 (52.8)	66 (31.1)
5. การทราบสถานที่ให้บริการตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	13 (6.1)	26 (12.3)	44 (20.8)	99 (46.7)	30 (14.2)
6. การเก็บรักษาความลับเกี่ยวกับผลการตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	20 (9.4)	19 (9.0)	52 (24.5)	66 (31.1)	55 (25.9)
7. ความสะดวกสบายในการเดินทางไปตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	16 (7.5)	51 (24.1)	36 (17.0)	87 (41.0)	22 (10.4)

ตาราง ก 8 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจคัด กรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)				
	เชื่อ น้อย ที่สุด	เชื่อ น้อย	ไม่ แน่ใจ	เชื่อ มาก	เชื่อ มาก ที่สุด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. เวลาที่ใช้ในการตรวจเลือดมีผลต่อ การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติด เชื้อเอชไอวี	10 (4.7)	51 (24.1)	51 (24.1)	76 (35.8)	24 (11.3)
9. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการ ตรวจเลือดมีผลต่อการตรวจคัดกรอง เลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	24 (11.3)	47 (22.2)	43 (20.3)	73 (34.4)	25 (11.8)
10. ค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดมีผลต่อ การตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติด เชื้อเอชไอวี	38 (17.9)	52 (24.5)	53 (25.0)	50 (23.6)	19 (9.0)

ตาราง ก 9

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการ
ตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของผู้สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมการตรวจคัดกรองเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)				
	จัดการ น้อยที่สุด	จัดการ น้อย	ไม่ แน่ใจ	จัดการ มาก	จัดการ มากที่สุด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. ท่านสามารถทำให้ภรรยาสนับสนุน การไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อ เอชไอวี	4 (1.9)	10 (4.7)	41 (19.3)	116 (54.7)	41 (19.3)
2. ท่านสามารถทำให้ตนเองเกิดความ มั่นใจว่าไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ เอชไอวี	1 (0.5)	7 (3.3)	38 (17.9)	114 (53.8)	52 (24.5)

ตาราง ก 9 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)				
	จัดการ น้อยที่สุด (1)	จัดการ น้อย (2)	ไม่ แน่ใจ (3)	จัดการ มาก (4)	จัดการ มากที่สุด (5)
3. ท่านสามารถหาแหล่งความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์และการตรวจเลือดเพื่อหาการ ติดเชื้อเอชไอวี	19 (9.0)	21 (9.9)	45 (21.2)	101 (47.6)	26 (12.3)
4. ท่านสามารถเลือกเจ้าหน้าที่ในการ ให้บริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหา การติดเชื้อเอชไอวี	17 (8.0)	36 (17.0)	95 (44.8)	48 (22.6)	16 (7.5)
5. ท่านสามารถสืบหาสถานที่ให้บริการ ตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	7 (3.3)	26 (12.3)	51 (24.1)	97 (45.8)	31 (14.6)
6. ท่านสามารถทำให้เจ้าหน้าที่ปกปิด ผลการตรวจเลือดของท่านแก่ผู้อื่นหาก ท่านไม่ยินยอมให้เปิดเผย	15 (7.1)	14 (6.6)	90 (42.5)	51 (24.1)	42 (19.8)
7. ท่านสามารถจัดการเรื่องการเดินทาง เพื่อไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อ เอชไอวี	5 (2.4)	21 (9.9)	43 (20.3)	115 (54.2)	28 (13.2)
8. ท่านสามารถหาเวลาในการไปตรวจ เลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	7 (3.3)	26 (12.3)	53 (25.0)	95 (44.8)	31 (14.6)
9. ท่านสามารถทำให้ตนเองลดความ วิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจเลือดได้	13 (6.1)	20 (9.4)	82 (38.7)	83 (39.2)	14 (6.6)
10. ท่านสามารถจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย ในการตรวจตรวจเลือดเพื่อหาการติด เชื้อเอชไอวี	9 (4.2)	19 (9.0)	56 (26.4)	96 (45.3)	32 (15.1)

ตาราง ก 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212)

ระดับความตั้งใจ	\bar{x}	SD	ระดับคะแนน
1. ท่านวางแผนที่จะไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	3.32	2.33	ต่ำ
2. ท่านพยายามที่จะไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	3.58	4.19	ปานกลาง
3. ท่านตั้งใจที่จะไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	3.35	2.05	ปานกลาง

ตาราง ก 11

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความตั้งใจที่จะตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์รายข้อ (N = 212)

ความตั้งใจในการไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	ความเป็นไปได้ของกลุ่มตัวอย่างที่จะตั้งใจไปตรวจคัดกรองเลือด (ร้อยละ)				
	เป็นไปได้ น้อยที่สุด	เป็นไปได้ ได้น้อย	ไม่ แน่ใจ	เป็นไปได้ ได้มาก	เป็นไปได้ ได้มากที่สุด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. ท่านวางแผนที่จะไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	17 (8.0)	44 (20.8)	58 (27.4)	72 (34.0)	21 (9.9)
2. ท่านพยายามที่จะไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	15 (7.1)	51 (24.1)	44 (20.8)	83 (39.2)	19 (9.0)
3. ท่านตั้งใจที่จะไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	18 (8.5)	42 (19.8)	49 (23.1)	79 (37.3)	24 (11.3)

ตาราง ก 12

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ใกล้ชิดกับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212)

บุคคลใกล้ชิด	ระดับความตั้งใจ			total	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ภรรยา	21	33	45	99	9.62	0.047*
บิดา และมารดาของกลุ่มตัวอย่าง	27	30	33	90		
บิดา และมารดาของภรรยาในกลุ่มตัวอย่าง	10	10	5	23		
total	58	73	81	212		

df = 4, p < 0.05

ตาราง ก 13

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตรวจเลือดกับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212)

การได้รับการตรวจเลือด	ระดับความตั้งใจ			total	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
เคยตรวจเลือดมาก่อน	13	22	43	78	15.8	0.000**
ไม่เคยตรวจเลือดมาก่อน	45	51	38	134		
total	58	73	81	212		

df = 2, p < 0.01

ตาราง ก 14

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีกับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212)

การรับรู้ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี	ระดับความตั้งใจ			total	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี	4	7	7	18	15.8	0.86
ไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี	54	66	74	194		
total	58	73	81	212		

df = 2, p > 0.05

ตาราง ก 15

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคเอดส์กับระดับความตั้งใจในการ
รับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212)

การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการ ป้องกันโรคเอดส์	ระดับความตั้งใจ			total	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ได้รับข่าวสาร	47	60	72	179	2.01	0.37
ไม่ได้รับข่าวสาร	11	13	9	33		
total	58	73	81	212		

df = 2, p > 0.05

ตาราง ก 16

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแหล่งบริการตรวจเลือดกับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจ
คัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212)

การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการ ป้องกันโรคเอดส์	ระดับความตั้งใจ			total	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ไม่เคยได้ยินมาก่อน	31	41	36	108	2.31	0.32
เคยได้ยิน	27	32	45	104		
total	58	73	81	212		

df = 2, p > 0.05

ตาราง ก 17

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติด
เชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212)

อายุ	ระดับความตั้งใจ			total	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
อายุ 18 – 25 ปี	29	40	31	100	6.13	0.19
อายุ 26 – 35 ปี	25	25	37	87		
อายุ 36 – 45 ปี	4	8	13	25		
total	58	73	81	212		

df = 2, p > 0.05

ตาราง ก 18

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212)

การศึกษา	ระดับความตั้งใจ			total	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ต่ำกว่ามัธยม	46	62	57	165	4.82	0.09
สูงกว่ามัธยม	12	11	24	47		
total	58	73	81	212		

df = 2, p > 0.05

ตาราง ก 19

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ (N = 212)

รายได้	ระดับความตั้งใจ			total	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
รายได้น้อย	1	3	8	12	7.03	0.14
รายได้ปานกลาง	44	59	54	157		
รายได้สูง	13	11	19	43		
total	58	73	81	212		

df = 4, p > 0.05

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้วิจัย)

สวัสดิ์ค่ะ ดิฉัน นางสาวเบญจพร พงศ์อำไพ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการวิจัยเรื่อง “อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจของกลุ่มสมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี” เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนางานบริการให้คำปรึกษาและควบคุมป้องกัน โรคในประชากรทุกกลุ่ม ทุกเพศและทุกวัย โดยประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจได้

ดิฉันคิดว่าท่านเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงโดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดให้ท่านทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ โดยที่ไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านและครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลที่ได้จากท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น และหากท่านมีข้อสงสัยในระหว่างเข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ท่านสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยที่ท่านสามารถลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรด้านล่างข้อความนี้ ขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าสำหรับความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ลงชื่อ

(นางสาวเบญจพร พงศ์อำไพ)

ผู้วิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ช่วยวิจัย)

สวัสดิ์ดิอะ ดิฉัน..... เป็นผู้ช่วยวิจัย กำลังทำการวิจัยเรื่อง “อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจของกลุ่มสมรรถนะสูงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี” เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนางานบริการให้คำปรึกษาและควบคุมป้องกันโรคในประชากรทุกกลุ่ม ทุกเพศและทุกวัย โดย ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยความสมัครใจได้

ดิฉันคิดว่าท่านเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงโดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดให้ท่านทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ โดยที่ไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านและครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลที่ได้จากท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น และหากท่านมีข้อสงสัยในระหว่างเข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ท่านสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยที่ท่านสามารถลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรด้านล่างข้อความนี้ ขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าสำหรับความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ช่วยวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ก

เลขที่แบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง : อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นเพื่อสำรวจความคิดเห็นและความตั้งใจของประชากรชายวัยผู้ใหญ่ต่อการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาบริการและให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองเลือดโดยความสมัครใจ คำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีการเปิดเผยประวัติของท่านจะนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวมๆว่า ประชากรชายวัยผู้ใหญ่ มีความรู้สึก นึกคิด อย่างไร ต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน กรุณาตอบตามความจริง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการที่จะไปรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว หรือเติมคำตอบลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันอายุ..... ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
3. นับถือศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
-------------------------------	---------------------------------	--
3. อาชีพ

<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนประมาณ.....บาท
5. จำนวนบุตร..... คน (ไม่รวมการตั้งครรภ์ครั้งนี้)
6. ท่านเคยแต่งงานหรือมีครอบครัวมาก่อนครั้งนี้หรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
--------------------------------	-----------------------------
7. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคเอดส์หรือไม่

<input type="checkbox"/> เคยได้รับ ระบุแหล่งของข้อมูลที่ได้รับคือ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยได้รับ
---	---------------------------------------
8. ท่านคิดว่าตัวท่านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุเหตุผล	<input type="checkbox"/> มี ระบุเหตุผล.....
---	---
9. ท่านเคยได้ยินหรือรับทราบเกี่ยวกับการให้บริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจหรือไม่

<input type="checkbox"/> เคยได้ยิน จากระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่เคยได้ยิน
---	---------------------------------------

10. ท่านเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

เคย ระบุเหตุผลที่ไปใช้บริการ

.....

ไม่เคย ระบุเหตุผลที่ไม่เคยไปใช้บริการ.....

.....

11. ท่านเคยมีเพื่อน คนรู้จักหรือญาติพี่น้องที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

ไม่มี

มี

12. บุคคลที่ท่านมีความใกล้ชิดมากที่สุดในการบอกรับที่ยังมีชีวิต (เช่น บิดา มารดา พี่น้อง) ระบุ
ของตัวท่าน.....

13. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง (เช่น บิดา มารดา พี่น้องของท่าน หรือของภรรยาท่าน) ระบุ

.....

.....

14. เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องสุขภาพ การเจ็บป่วยหรือมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยกับใคร
ได้บ้าง (เช่น บิดา มารดา พี่น้องของท่าน หรือของภรรยาท่าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ระบุ

.....

.....

.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นความเชื่อโดยทั่วไปเกี่ยวกับผลของการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยความเชื่อที่ท่านตอบไม่มีถูกหรือผิด กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เชื่อ น้อย ที่สุด	เชื่อ น้อย	ไม่ แน่ใจ	เชื่อ มาก	เชื่อ มาก ที่สุด
1. ท่านเชื่อหรือไม่ว่าการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีสามารถป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ภรรยาและบุตรได้					
2. ท่านเชื่อหรือไม่ว่าการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีสามารถนำไปวางแผนครอบครัวและการมีบุตรในอนาคตได้					
3. ท่านเชื่อหรือไม่ว่าการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ท่านรู้ว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่					
4. ท่านเชื่อหรือไม่ว่าการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ภรรยาสบายใจหรือเกิดความไว้วางใจในตัวท่าน					
5. ท่านเชื่อหรือไม่ว่าการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ท่านมีความมั่นใจในการใช้ชีวิตคู่มากขึ้น					
6. ท่านเชื่อหรือไม่ว่าการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี หากพบว่าผลเลือดผิดปกติจะทำให้ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเอดส์					
7. ท่านเชื่อหรือไม่ว่าการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี หากพบว่าผลเลือดผิดปกติจะทำให้ท่านเป็นที่รังเกียจของสังคมและคนรอบข้าง					

ตอนที่ 2 การประเมินค่าผลของการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่กล่าวถึงความจำเป็นมากน้อยเพียงใดสำหรับตัวท่านเพื่อประเมินคุณค่าจากการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	จำเป็น น้อย ที่สุด	จำเป็น น้อย	ไม่ แน่ใจ	จำเป็น มาก	จำเป็น มาก ที่สุด
1. ท่านคิดว่าการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ภรรยาและบุตรเป็นสิ่งที่จำเป็นเพียงใด					
2. ท่านคิดว่าการวางแผนครอบครัวและวางแผนการมีบุตรเป็นสิ่งที่จำเป็นเพียงใด					
3. ท่านคิดว่าการได้ทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่จำเป็นเพียงใด					
4. ท่านคิดว่าการที่ได้ทำให้ภรรยาสบายใจหรือไว้วางใจในตัวท่านเป็นสิ่งที่จำเป็นเพียงใด					
5. ท่านคิดว่าความมั่นใจในการใช้ชีวิตคู่เป็นสิ่งที่จำเป็นเพียงใด					
6. ท่านคิดว่าการได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่จำเป็นเพียงใด					
7. ท่านคิดว่าการปกปิดผลเลือดที่ผิดปกติเพื่อไม่ให้สังคมและคนรอบข้างรังเกียจเป็นสิ่งที่จำเป็นเพียงใด					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 1 ความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้ท่านคิดว่าหากท่านจะตัดสินใจเข้ารับการตรวจเลือด ท่านคิดว่าบุคคลต่อไปนี้จะเห็นด้วยในการตัดสินใจของท่านมากน้อยเพียงใด

กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ไม่แน่ใจ	มาก	มากที่สุด
1. ท่านเชื่อว่ามารดาของท่านเห็นด้วยกับการเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด					
2. ท่านเชื่อว่าบิดาของท่านเห็นด้วยกับการเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด					
3. ท่านเชื่อว่าภรรยาของท่านเห็นด้วยกับการเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด					
4. ท่านเชื่อว่าพี่น้องของท่านเห็นด้วยกับการเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านเชื่อว่าเพื่อนสนิทของท่านเห็นด้วยกับการเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด					
6. ท่านเชื่อว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นด้วยกับการเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด					

ตอนที่ 2 แรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นแรงจูงใจของท่านที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ตรงกับความต้องการของท่านมากที่สุดตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ไม่แน่ใจ	มาก	มากที่สุด
1. ท่านต้องการที่จะตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามที่มารดาของท่านต้องการให้ตรวจมากน้อยเพียงใด					
2. ท่านต้องการที่จะตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามที่บิดาของท่านต้องการให้ตรวจมากน้อยเพียงใด					
3. ท่านต้องการที่จะตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามที่ภรรยาของท่านต้องการให้ตรวจมากน้อยเพียงใด					
4. ท่านต้องการที่จะตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามที่พี่น้องของท่านต้องการให้ตรวจมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านต้องการที่จะตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามที่เพื่อนสนิทของท่านต้องการให้ตรวจมากน้อยเพียงใด					
6. ท่านต้องการที่จะตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องการให้ตรวจมากน้อยเพียงใด					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 1 ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ไม่แน่ใจ	มาก	มากที่สุด
1. ท่านเชื่อว่าการให้บริการที่ดีของเจ้าหน้าที่มีผลต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของท่านเพียงใด					
2. ท่านเชื่อว่าการมีความมั่นใจในตัวเองเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจะมีผลต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเพียงใด					
3. ท่านเชื่อว่าการมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการตรวจเลือดมีผลต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของท่านเพียงใด					
4. ท่านเชื่อว่าการมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการตรวจเลือดมีผลต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของท่านเพียงใด					
5. ท่านเชื่อว่าการสนับสนุนของภรรยา มีผลต่อการไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของท่านเพียงใด					
6. ท่านเชื่อว่าการมีค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อการไปตรวจเลือดของท่านเพียงใด					

ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ไม่ แน่ใจ	มาก	มาก ที่สุด
7. ท่านเชื่อเวลาที่ใช้ในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อการไปรับบริการตรวจเลือดของท่านเพียงใด					
8. ท่านเชื่อว่าการมีความสะดวกในการเดินทางไปตรวจเลือดมีผลต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของท่านเพียงใด					
9. ท่านเชื่อว่าการที่ทราบว่ามีสถานที่ที่สามารถให้บริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อการไปรับบริการตรวจเลือดของท่านเพียงใด					
10. ท่านเชื่อว่าการเก็บรักษาความลับของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับผลการตรวจเลือดมีผลต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของท่านเพียงใด					

ตอนที่ 2 การรับรู้อำนาจในการควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการรับรู้พลังอำนาจในตัวท่านที่จะควบคุมพฤติกรรมตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ไม่ แน่ใจ	มาก	มาก ที่สุด
1. ท่านรู้ว่าท่านสามารถที่จะเลือกเจ้าหน้าที่ในการให้บริการตรวจเลือดแก่ท่านเมื่อไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้					
2. ท่านรู้ว่าท่านสามารถทำให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้					
3. ท่านรู้ว่าท่านสามารถค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วยตนเองได้					

ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ไม่ แน่ใจ	มาก	มาก ที่สุด
4. ท่านรู้ว่าท่านสามารถมีวิธีทำให้ตนเองลดความวิตกกังวลภายหลังทราบผลการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้					
5. ท่านรู้ว่าท่านสามารถทำให้ภรรยาสนับสนุนให้ท่านไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้					
6. ท่านรู้ว่าท่านสามารถรับผิชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้					
7. ท่านรู้ว่าท่านสามารถหาเวลาที่จะไปรับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้					
8. ท่านรู้ว่าท่านสามารถจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อจะไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้					
9. ท่านรู้ว่ามียสถานบริการใดบ้างที่สามารถไปใช้บริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี					
10. ท่านรู้ว่าเจ้าหน้าที่จะปกปิดผลการตรวจเลือดของท่านต่อผู้อื่นหากท่านไม่ยินยอมให้เปิดเผย					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการไปรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นความตั้งใจของท่านที่จะไปรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เป็นไปได้ ได้น้อย ที่สุด	เป็นไปได้ ได้น้อย	ไม่ แน่ใจ	เป็นไปได้ ได้มาก	เป็นไปได้ ได้มาก ที่สุด
1. ท่านวางแผนที่จะไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี					
2. ท่านจะพยายามที่จะไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี					
3. ท่านตั้งใจที่จะไปตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี					

ข้อคิดเห็นอื่นๆเกี่ยวกับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามที่กรุณาสละเวลาในการให้ข้อมูล

ภาคผนวก ง

ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988) Multiple Regression and Analysis

ค่าอำนาจการทำนายที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

λ Values of F test as a Function of Power, u and v

$\alpha = 0.05$

u	v	Power										
		0.25	0.50	0.60	2/3	0.70	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95	0.99
1	20	1.9	4.1	5.3	6.2	6.5	7.5	8.5	9.7	11.4	14.1	20.1
	60	1.7	3.9	4.9	5.8	6.0	7.0	7.9	9.1	10.6	13.2	18.7
	120	1.7	3.8	4.9	5.7	6.2	6.9	7.8	9.0	10.5	13.0	18.4
	∞	1.6	3.8	4.9	5.7	6.2	6.9	7.8	9.0	10.5	13.0	18.4
2	20	2.6	5.7	7.1	8.2	8.9	9.9	11.1	12.6	14.6	17.9	24.9
	60	2.3	5.1	6.4	7.4	8.0	8.9	10.0	11.3	13.2	16.1	22.4
	120	2.3	5.0	6.3	7.2	7.8	8.7	9.7	11.1	12.8	15.7	21.8
	∞	2.2	5.0	6.2	7.2	7.7	8.6	9.6	10.9	12.7	15.4	21.4
3	20	3.2	6.9	8.6	9.9	10.6	11.8	13.2	14.9	17.2	20.9	28.7
	60	2.8	6.0	7.5	8.6	9.3	10.3	11.5	13.0	15.0	18.3	25.1
	120	2.7	5.8	7.3	8.4	9.0	10.0	11.1	12.6	14.5	17.7	24.3
	∞	2.7	5.8	7.2	8.2	8.8	9.8	10.9	12.3	14.2	17.2	23.5

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตเกษม สุวรรณรัฐ
ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสเพ็ญ ชูนวน
อาจารย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณอุษา สุขพันธ์
พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวเบญจพร พงศ์อำไพ		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	4910420015		
วุฒิการศึกษา			
	วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย	2539

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ	งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
---------------	--