

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมแนวคิดทฤษฎีตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนในการทำวิจัยดังนี้

1. ความรู้โรคเอดส์ (knowledge of AIDS)
2. ทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์ (attitude of AIDS)
3. แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model)
4. พฤติกรรม (behavioral)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์

1.1 ความหมายของโรคเอดส์

มีผู้ให้คำจำกัดความที่สำคัญจากหลายหน่วยงานและสถาบัน เช่น กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข (2540) ได้ให้ความหมายของโรคเอดส์ว่า โรคเอดส์ (acquired immune deficiency syndrome : AIDS) หมายถึง กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยมิได้เป็นมาแต่กำเนิด โดยเฉพาะโรคติดเชื้อประเภทฉวยโอกาส (opportunistic infection) และหรือโรคมะเร็งบางชนิดทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีอาการเสียชีวิตได้

Flaskerud (1989) และ โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข (2532) โรคเอดส์ หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอดส์ (human immunodeficiency virus : HIV) เข้าสู่ร่างกายของมนุษย์แล้วไปทำลายเซลล์คุ้มกันซึ่งทำหน้าที่ป้องกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลนั้นเสื่อมหรือบกพร่อง จนเป็นเหตุให้ร่างกายอ่อนแอ มีอาการเจ็บป่วยบ่อยและรักษาไม่หาย ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และในที่สุดก็เสียชีวิต

อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ (2532) โรคเอดส์ หมายถึง ภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการเสาะหา ซึ่งไม่ใช่ความผิดปกติมาแต่กำเนิด หรือการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

มีชัย วีระไวทยะ (2536) กล่าวว่า โรคเอดส์คือกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง โดยภูมิคุ้มกันที่บกพร่องนี้ไม่ใช่เกิดจากการใช้ยาหรือเกิดจากมะเร็งบางชนิดที่ทางการแพทย์รู้ว่าทำให้ภูมิคุ้มกันเสียหาย และต้องไม่ใช่เป็นมาแต่กำเนิด

สรุป เอดส์ หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง อันเป็นผลมาจากร่างกายติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ได้แก่ HIV (human immunodeficiency virus) ที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงจนเป็นเหตุให้ติดเชื้อโรคชนิดต่างๆ และถึงแก่ความตายได้อย่างง่ายกว่าปกติ

โรคเอดส์ เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งชื่อ Human immunodeficiency virus (HIV) จัดเป็น retrovirus อยู่ใน subfamily lentiviridae ใน family retroviridae ค้นพบครั้งแรกในปี พ.ศ.2526 ชื่อ lymphadenopathy associated virus (LAV) ปัจจุบันเรียก human immunodeficiency virus (HIV) ผู้ค้นพบคือ Barre – Sinoussi และ Luc Montagnier ในปี พ.ศ.2527 Popovic และ Gallo ก็สามารถแยกเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยได้ โดยใช้ชื่อว่า human t-cell lymphotropic virus type III (HIV-III) ในปีเดียวกัน Cavy และคณะพบเชื้อ AIDS related virus (ARV) จากการศึกษาต่อมา พบว่าเป็นไวรัสตัวเดียวกันและในปัจจุบันเรียกว่า human immunodeficiency virus (HIV)

1.2 การติดต่อ

เชื้อไวรัสเอดส์มีในของเหลวที่ออกมาจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือด น้ำกาม น้ำในช่องคลอด น้ำตา และน้ำลาย แต่การแพร่จะมีเฉพาะทางที่สำคัญ 3 ทางคือ (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2538. หน้า 5-7)

1. ทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิง และหญิงสู่หญิง ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์สำส่อน หรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ
2. ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด การรับเชื้อทางเลือดเป็นวิธีการที่มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้สูงที่สุด พบได้บ่อยใน 3 กรณี คือ

- 2.1 การรับเลือดขณะทำการผ่าตัด หรือเพื่อรักษาในกรณีของโรคเลือดบางชนิด
- 2.2 การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ
- 2.3 การรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อ หรือการผสมเทียมโดยรับอสุจิจากผู้ติดเชื้อ

3. ทางมารดาสู่ทารก โรคเอดส์สามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอดหรือระยะหลังคลอด โอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อร้อยละ 20 – 50

1.3 พยาธิสภาพ

เชื้อ HIV มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 100 – 200 นาโนเมตร มีสายพันธุกรรมเป็น Single RNA มีลักษณะเหมือนกัน 2 เส้น ถูกห่อหุ้มด้วยเปลือกนอก (envelope) และมีปุ่ม (spike) ยื่นออกมาภายนอก

เมื่อเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกาย ที่เปลือกของเชื้อ HIV มีโปรตีนชื่อ GP120 ซึ่งชอบจับกับ cell ของร่างกายที่มี CD4 surface antigen อยู่ที่ผิว cell ได้แก่ T4 lymphocyte , macrophage , microgail cell , epidural langerhans cell เป็นต้น เมื่อ GP120 ของเชื้อ HIV เกาะติดกับ CD4 ของร่างกาย เชื้อ HIV จึงเข้าสู่เซลล์ของร่างกายโดยถอดเปลือกนอกแล้ว นำ RNA เข้าเซลล์เพื่อเปลี่ยนเป็น DNA virus โดยใช้ enzyme reverse transcriptase และรวมตัวกับ DNA ของร่างกาย ทำให้จำนวน t-helper cell มีอายุสั้นและเสื่อมสลายได้ง่าย

ในบางช่วง DNA virus จะแยกเซลล์ออกจากร่างกายและเปลี่ยนเป็น RNA virus ซึ่งสามารถแบ่งตัวเพิ่มขึ้นได้ พร้อมทั้งไปบุกรุกเซลล์อื่นๆ และทำลายเซลล์ของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง โดยเฉพาะ cell mediated immunity ซึ่งช่วยในการต่อสู้กับ micro-organism และกำจัดเซลล์มะเร็ง จึงทำให้เกิดโรคมะเร็งบางชนิด และหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1.4 รูปแบบการแพร่ระบาดระดับโลก

องค์การอนามัยโลก ได้จัดรูปแบบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตามสภาพของสังคมและสภาวะทางระบาดวิทยาที่แตกต่างกัน เป็น 3 รูปแบบ คือ

การระบาดรูปแบบที่ 1 เริ่มในช่วงปลายทศวรรษ 1970 (พ.ศ. 2513) และต้นทศวรรษ 1980 (พ.ศ. 2523) พบในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรปตะวันตก ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์และบางกลุ่ม ในลาตินอเมริกา ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มชายรักร่วมเพศหรือรักร่วมเพศ และนอกจากนี้ยังพบในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดซึ่งติดต่อโดยการใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกัน

การระบาดรูปแบบที่ 2 ในช่วงปลายทศวรรษ 1970 (พ.ศ. 2513) และต้นทศวรรษ 1980 (พ.ศ. 2523) พบในทวีปแอฟริกาแถบทะเลทรายซาฮาราตอนใต้และบางส่วนของกลุ่มประเทศในแถบแคริบเบียน ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มรักร่วมเพศ อัตราส่วนของการติดเชื้อระหว่างเพศชายและเพศหญิงคือ 1 : 1 ทำให้เกิดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกก่อนข้างสูงในบางพื้นที่ และการรับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อโรคเอดส์เพราะในประเทศแถบนี้ยังไม่มีการตรวจเลือดจากผู้บริจาค

การระบาดรูปแบบที่ 3 ในช่วงต้น – กลางทศวรรษ 1980 (พ.ศ. 2523) พบในกลุ่มประเทศยุโรปตะวันออก เมอร์ดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ทวีปเอเชียและแปซิฟิกส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทย

ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มรักร่วมเพศ รักร่วมเพศและรักร่างเพศ ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดและการรับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อโรคเอดส์

1.5 รูปแบบการแพร่ระบาดในประเทศไทย

ในประเทศไทยสามารถ แบ่งการแพร่ระบาดของโรคออกเป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การแพร่ระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2527 ถึงปี พ.ศ. 2529 จากการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ บางส่วนมีพฤติกรรมแบบรักร่วมเพศ

ระยะที่ 2 การแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ในช่วงปลาย พ.ศ. 2530 จนถึงปี พ.ศ. 2533 มีการระบาดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด โดยให้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน และบางส่วนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ

ระยะที่ 3 การแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 จนถึงปัจจุบันมีการระบาดรุนแรง

ระยะที่ 4 การแพร่ระบาดในกลุ่มชายที่เกี่ยวข้องหญิงบริการทางเพศ ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2533 เป็นต้นมา มีการตรวจพบการระบาดของเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มชายที่เกี่ยวข้องหญิงบริการ ทางเพศในอัตราเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ

ระยะที่ 5 การแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงทั่วไปและเด็กทารก ภายหลังจากมีการแพร่ระบาดในกลุ่มชายที่เกี่ยวข้องหญิงบริการทางเพศ ทำให้กลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คือกลุ่มหญิงทั่วไป เช่น แม่บ้าน หญิงที่จะสมรสซึ่งสามารถแพร่สู่ทารกในครรภ์ได้

จากรบาดวิทยา ทั้ง 5 ระยะ แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ดำเนินไปอย่างครบวงจร และเปลี่ยนเป็นการแพร่ระบาดแบบรักร่างเพศ จึงเป็นเหตุผลที่โรคเอดส์มีการแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วและมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน

1.6 ลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

Central for Disease Control and Prevention. ของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดวิธีการแบ่งระยะต่างๆ ของการติดเชื้อโรคเอดส์ขึ้นใหม่ โดยอาศัยอาการทางคลินิก (clinical categories) ร่วมกับระดับของ CD4 cell (CD4 t-lymphocyte categories) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 1993 Revised CDC classification system for HIV infection and expanded AIDS surveillance case definition for adolescents and adults

CD4 T-cell categories	Clinical Categories		
	(A) Asymptomatics, acute (primary) HIV or PGL	(B) Symptomatics, not(A) or(C) conditions	(C) AIDS – indicator conditions
1. > 500 / μ l	A1	B1	C1
2. 200 – 499 / μ l	A2	B2	C2
3. < 200 / μ l	A3	B3	C3
AIDS-indicator t - cell count			

หมายเหตุ

(1) A3, B3 และ C1-C3 รวมเรียกเป็น AIDS ตาม expanded AIDS surveillance case definition ใหม่

(2) CD4 > 500 / μ l เทียบกับ CD4 > 29 %

CD4 200 - 499 / μ l เทียบกับ CD4 > 14 - 28 %

CD4 < 200 / μ l เทียบกับ CD4 < 14 %

1.7 การวินิจฉัยโรคเอดส์

แบ่งออกเป็น

1. การวินิจฉัยว่าติดเชื้อ โดยวิธีต่อไปนี้

1.1 น้ำเหลืองทุกหลอดจะได้รับการตรวจคัดกรอง (screening) ด้วยวิธี enzyme linked immunosorbent assay. (organon teknika ELISA) น้ำเหลืองที่ให้ผลบวก 2 ครั้ง ด้วยวิธี ELISA จะได้รับการตรวจยืนยันผลบวกโดยวิธี western blot หรือวิธี immunofluorescence

1.2 ตรวจพบ HIV antigen

1.3 เพาะเชื้อพบ HIV โดยยืนยันการตรวจด้วย reverse transcriptase และ HIV antigen

1.4 ตรวจหา nucleic acid probe ของเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte

2. การวินิจฉัยภาวะบกพร่องของภูมิคุ้มกัน (cellular immunity) โดยวิธี ต่อไปนี้

2.1 การนับ t-cell มีจำนวนลดลง

2.2 การนับ t-cell และดูแลอัตรส่วนของ t-helper lymphocyte (T4) เทียบกับ t-suppressor lymphocyte (T8) ซึ่งมีค่า reverse ratio <1

2.3 การทดสอบผิวหนังเพื่อดูการตอบสนองของ t-cell ต่อ mitogen ชนิดต่างๆ

3. การวินิจฉัยว่ามีโรคฉวยโอกาสหรือโรคที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคเอดส์ อาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ การส่องกล้องดูทางเดินอาหาร และการเพาะเชื้อ

1.8 การรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มียากำจัดเชื้อโรคเอดส์ให้หมดไปจากร่างกายได้แต่มีการดำเนินการรักษาหลายวิธีดังนี้

1. การรักษาโรคฉวยโอกาส และหรือโรคมะเร็งบางชนิด โดยใช้ยาต้านจุลชีพจำเพาะหรือใช้สารเคมีบำบัด ใช้รังสีรักษา
2. การใช้ยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น (immuno modulator drug) ได้แก่
 - 2.1 Dextran sulfate ป้องกันไม่ให้เชื้อ HIV จับกับ t-cell
 - 2.2 Soluble CD4 (recombinate CD4) ป้องกันไม่ให้มีการจับของเชื้อ HIV กับ CD4
3. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ (antiviral therapy) มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ reverse transcriptase ยากลุ่มนี้ ได้แก่ยา zidovudine(ZDV) หรือชื่อเดิม azidothymidine (AZT), zalcitabine (DDC) และ didanosine(DDI) ยาที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายคือ ยา AZT ซึ่งจะออกฤทธิ์การสลาย DNA จาก viral RNA

1.9 ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

โรคเอดส์นับเป็นโรคที่มีมหันตภัยอันส่งผลกระทบอย่างมากต่อสังคมในปัจจุบันและต่อไปในอนาคต เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง โดยมีคนเป็นพาหะนั้นคือปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ

1. ด้านประชากร
2. ด้านสาธารณสุข
3. ด้านเศรษฐกิจ
4. ด้านแรงงาน
5. ด้านสังคม
6. ด้านความมั่นคงของชาติ
7. ด้านการเมือง

1.10 แนวทางป้องกันโรคเอดส์ในปัจจุบัน

วิธีป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ คือ การหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ หรือรับเลือดจากบุคคลที่ติดเชื้อ

1. การป้องกันการแพร่โรคทางเพศสัมพันธ์ โดยการให้สุศึกษาแก่ประชาชนให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ การไม่เปลี่ยนคู่นอน ไม่สำส่อนทางเพศ งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะป้องกันโรคเอดส์ได้ถ้าใช้อย่างถูกวิธี โดยถุงยางอนามัยบางชนิดยังเคลือบสาร nonoxynon 1-9 ซึ่งสามารถฆ่าเชื้อไวรัสได้และจากทดสอบในห้องทดลองพบว่า เชื้อโรคเอดส์ไม่สามารถซึมผ่านถุงยางได้

2. การป้องกันการแพร่ทางเลือด การแพร่ทางเลือดจะเกิดต่อเมื่อมีการรับเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อและการรับอวัยวะหรือการผสมเทียม การป้องกันการแพร่ทางเลือดกระทำโดย

2.1 แนะนำให้ประชาชนทราบถึงความเสี่ยงจากพฤติกรรมต่างๆ และให้ทราบถึงวิธีป้องกัน

2.2 ฝึกอบรมหรือแนะนำการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้หลีกเลี่ยงการใช้กระบอกฉีดยาอันเดียวซ้ำๆ กับบุคคลหลายคนและระมัดระวังอุบัติเหตุจากเข็มยาที่อาจปนเปื้อนเชื้อ

3. การป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก สตรีที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ทารกที่เกิดมาประมาณครึ่งหนึ่งจะติดเชื้อโรคเอดส์ไปด้วยควรป้องกันด้วยวิธีคุมกำเนิด

4. การป้องกันการแพร่โรคจากผู้ติดเชื้อ ดำเนินการโดยการตรวจเลือดในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และควรแนะนำในเรื่องพฤติกรรม ที่อาจแพร่โรคไปยังผู้อื่น

5. การป้องกันการแพร่โรคโดยการใช้ยาหรือวัคซีน ปัจจุบันยังไม่มียาหรือวัคซีนที่ได้ผลมาใช้ในการป้องกันโรคเอดส์ แต่อย่างไรก็ตามยาที่ใช้รักษาโรคเอดส์ในปัจจุบันแม้จะไม่หายขาด แต่ก็ช่วยลดเชื้อไวรัสในกระแสเลือดทำให้โอกาสแพร่เชื้อลดลง

6. การป้องกันปัญหาที่เกิดจากโรคเอดส์ โดยการจัดบริการสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมอย่างมีความรับผิดชอบ ینگเว้นจากพฤติกรรมที่อาจแพร่เชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น

1.11 สรุปแนวทางป้องกันโรคเอดส์

1. งดเว้นยาเสพติดโดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด

2. งดเว้นเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ หรือควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง หรือมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียว
3. ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ควรงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์หรือควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง นอกจากนี้ควรงดใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งงดบริจาคโลหิตหรืออวัยวะต่างๆ
4. หญิงที่ติดเชื้อโรคเอดส์ควรคุมกำเนิดชนิดถาวร

2. ทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์ (attitude of AIDS)

ทัศนคติเรื่องโรคเอดส์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นของวัยรุ่นในอำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานีในเรื่องโรคเอดส์

3. แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพหรือแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เริ่มในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ.1950 - 1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในยุคนั้น การจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน มีผู้มารับบริการการป้องกันโรคน้อย ทั้งที่เป็นบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายที่ต่ำก็ตาม ดังนั้น นักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุ และสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวัยสุขภาพ ปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M.Hochbaun, S.Stephen kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมาก

ขึ้นชื่อของ Rosenstock (1966) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันบุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างด้านบวกและลบ โดยพฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการถูกดึงโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึง การตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความล้มเหลวหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความล้มเหลวนั้นๆ ซึ่ง Lewin และคณะได้ตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ

- (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ
- (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้นๆ

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรกโดย Hochbaum และคณะได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของตัวบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถือ แม้สิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างไรอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ

ในการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock ได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม Becker และคณะ (1974) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังภาพที่ 1 ต่อไปนี้

ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค



ที่มา : Becker , Marshall H. , Drachman, Robret H., and Kirscht, John P. A New Approach to Explaining Sick – Role Behavior in Low – income Populations. American Journal of Public Health. Vol 64, NO 3, 1974, P.206.

องค์ประกอบที่เกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)

Maiman & Becker (1974) กล่าวว่าการศึกษาที่บุคคลจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (percieved susceptibility)

บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่า ตนเองมีโอกาสเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเกิดโรค จำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคซึ่งแสดงออกโดยความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (percieved severity)

เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ความเสียหายที่จะเป็นโรคนั้นๆแล้ว บุคคลย่อมประเมินเช่นกันว่า โรคที่คุกคามสุขภาพนั้น มีความรุนแรงระดับใด โรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปลดระบบการทำงานทั้งร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด หรือนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (percieved benefit)

จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค ย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยมีความเชื่อว่าจะเลือกที่กระทำนั้นมีประโยชน์สำหรับเขาในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน (percieved barriers)

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น บุคคลจะมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรค (barriers) เช่น การกระทำนั้นเป็นสิ่งไม่สะดวก ทำให้เสียเวลา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ไม่สบายใจ ความอาย ปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่าจะนำประโยชน์นั้น

5. แรงจูงใจทางสุขภาพ (health motivation)

คือ การเข้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยการให้สิ่งเร้าบางอย่างซึ่งเป็นปัจจัยในทางบวก (positive health motivation) การจูงใจที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ก็อาจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลเข้าไปสู่การแสดงพฤติกรรมนั้น

แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model) (วสันต์ ศิลปสุวรรณ , 2542) เป็นแบบจำลองที่ได้รับบุเอกลักษณะของแนวคิดรวบยอดที่เชื่อมโยงสนับสนุนการวัดในระดับบุคคล เพื่อใช้วางแผนโครงการ หรือจัดยุทธวิธีเพื่อลดระดับความเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคล แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แบบจำลองนี้ต้องการอธิบายว่า ทำไมประชาชน

จึงมีพฤติกรรมปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง เช่น การมารับการตรวจเซลล์มะเร็ง หรือการตรวจคัดกรองเกี่ยวกับวัณโรคเป็นต้น

ความเชื่อจะเป็นการตัดสินใจของคนที่มีต่อการกระทำหรือปรากฏการณ์ใดๆ ก็ตามว่าเป็นความจริง ถูกต้องหรือไม่ ความศรัทธา ความไว้วางใจ และความจริงจะเป็นสิ่งที่ใช้แสดงออกเพื่อเป็นนัยแห่งความเชื่อที่ต่างกัน แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพได้รับการพัฒนาและประเมินจากผู้เขียนหลายคน ได้พยายามอธิบาย และทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในลักษณะของความเชื่ออย่างแท้จริงของบุคคล แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพนี้ได้มีข้อสันนิษฐาน (assumption) เบื้องต้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้

1. บุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการชัดเจน เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาสามารถเป็นได้โดยที่ยังไม่รู้สึกรู้ว่ามีอาการ
2. บุคคลต้องรับรู้ถึงศักยภาพ (potential) ของความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคในลักษณะของการเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เสียเวลาทำงาน เสียเงินทอง เสียหน้า อับอาย และอื่นๆ ตามความกลัวของตนเอง ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงในเชิงทฤษฎีก็ได้
3. จากการประเมินสภาพแวดล้อม บุคคลต้องเชื่อว่าถ้าได้กระทำพฤติกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำจะเกิดประโยชน์ขึ้นแก่ตนเองแน่ ดังนั้นบุคคลจึงมีการประเมินเปรียบเทียบทุกๆ สิ่งที่ต้องลงทุนลงแรงกับผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำดังกล่าว ซึ่งหมายถึงว่าบุคคลจะตัดสินใจทำตามเหตุผลที่ได้ไตร่ตรองถึงผลดีผลเสียแล้วอย่างรอบคอบ ไม่ได้เป็นการปฏิบัติเพราะถูกบังคับหรือทำตามกลุ่มบุคคลสมัยนิยมโดยไม่ได้มีเหตุผลของตนเอง
4. จำเป็นต้องมี “การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ” ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันเป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมา

ข้อตกลงเบื้องต้นเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญของแบบจำลองนี้ ผู้นำแบบจำลองไปประยุกต์ใช้ควรยอมรับข้อตกลงนี้ก่อนโดยไม่ต้องพิสูจน์อีกแล้วว่าโดยทั่วไปบุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงเหล่านี้ จึงใช้ทฤษฎีหรือแบบจำลองนี้อธิบาย ทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพที่เกิดขึ้น

มิติสำคัญของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ ที่เชื่อว่าการมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหรืออาการดังกล่าวจะเป็นผลสืบเนื่องตามมา สามารถที่จะแปลผลในลักษณะของความกลัวการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย หรือสถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองเกิดความเสียหาย ความกลัวจะเป็นแรงจูงใจที่มีพลังเข้มแข็งอยู่ในลักษณะของความวิตกกังวล

นอกเหนือไปจากความเชื่อที่มีอยู่ แหล่งของความวิตกกังวลนี้อาจจะประกอบกันขึ้นมาเป็นความรู้สึกที่สิ้นหวังหรืออาจจะเป็นพลังอำนาจที่จะกระทำสิ่งใดๆ ก็ตามเพื่อจัดการสถานการณ์ที่สร้างความคุกคามหรือเคลือบคลุมให้ตนเองรู้สึกสะพรึงกลัวอยู่ให้หมดไป ผลลัพธ์ของการกระทำจาก

การต่อสู้เพื่อสนองตอบต่อสิ่งคุกคามนี้บ่อยครั้งอาจปรากฏออกมาในลักษณะของการที่บุคคลนั้น ปฏิเสธหรือให้เหตุผลว่าไม่เป็นปัญหาของตนเองก็ได้ ดังนั้นการจัดการศึกษาอบรมทางสุขภาพให้แก่บุคคล การใช้ข้อมูลข่าวสารกระตุ้นให้บุคคลกลัว ควรจะมีเนื้อหาสาระที่ชี้แนะว่าถ้าจะให้ความกลัวลดลงหรือหมดสิ้นไป บุคคลควรทำหรือมีหนทางเลือกที่จะทำอย่างไรบ้างควบคู่ไปด้วย

จุดเด่นของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ ก็คือ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 แบบจำลองความเชื่อทางด้านสุขภาพ (ประยุกต์จาก Rosenstock , 1974)



จากแผนภูมิจะเห็นได้ว่าแบบจำลองนี้สามารถใช้ตรวจสอบความโน้มเอียงของบุคคลที่จะมีพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยช่วยระบุปัจจัยสำคัญที่บุคคลนั้นๆ ยังขาดหรือเอื้อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดตรงที่ต้องเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การออกกำลังกาย การเลี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เป็นต้น จากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมักพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเหล่านั้นสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด คือ การรับรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ อย่างไรก็ตามผลของการทำนายยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงนัก ส่วนใหญ่ยังทำนายได้น้อยไม่ถึงครึ่งของการกระทำ ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาขยายองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมของแบบจำลองนี้ พบว่าความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนเองสามารถปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค โรคนี้มีอาการรุนแรงและเมื่อเป็นแล้วคงเจ็บป่วย อาจถึงตายหรือพิการก็ตาม อีกทั้งยังเชื่อด้วยว่า ถ้าตนเองได้ปฏิบัติตามข้อแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขจะทำให้ไม่เป็นโรค และไม่มีปัญหาอุปสรรคอะไรที่จะทำให้เกิดความยุ่งยากในทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรค หลังได้รตรองแล้วรู้สึกว่าจะอยู่ในวิสัยที่จะกระทำได้ และได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าก็จริงอยู่ แต่หากว่าพฤติกรรมที่ตนเองต้องการเปลี่ยนนั้น ยุ่งยากสลับซับซ้อนเกินไป ขาดทักษะที่จะปฏิบัติ ขาดความรู้สึกว่าตนเองสามารถที่จะทำได้ ก็จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แม้จะมีผู้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (self-efficacy) มาช่วยอธิบายร่วมกับแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ แต่ก็ยังอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้เพิ่มขึ้นจากเดิมไม่มากนัก บางครั้งก็อาจจะไม่สามารถร่วมทำนายได้ ถ้าสร้างเครื่องมือวัดหรือการตรวจสอบพฤติกรรม ขาดความชัดเจน เฉพาะเจาะจงและครอบคลุมตามโครงสร้างและเนื้อหาของความสามารถแห่งตนตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา

ความเที่ยงตรงครอบคลุมตามเนื้อหาและโครงสร้างของตัวแปร มิใช่หมายถึงเพียงแต่การนำเครื่องมือวัดเรื่องความสามารถแห่งตนตามต้นฉบับของแบนดูราไปใช้เท่านั้น แต่ยังหมายถึงการนำความเฉพาะเจาะจงในส่วนที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสภาพแวดล้อม และเอกลักษณ์ของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลภายใต้เงื่อนไขของแต่ละสังคม ซึ่งมีความลึกซึ้งแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมด้วย ยิ่งไปกว่านั้นความตั้งใจที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคู่ไปกับความพอใจ ความสนใจ ความเอาใจใส่ ความเพียรพยายาม และความพยายามประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันนั้นให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน จะเป็นส่วนเสริมให้การเปลี่ยนแปลงมีความถาวรยิ่งขึ้น

4. พฤติกรรม

พฤติกรรมป้องกันการโรค ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527. หน้า 154-169) ได้อธิบายว่าเป็นพฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันไม่ให้เป็นโรค ซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง

การที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือมีพฤติกรรมป้องกันการโรคได้นั้นจะต้องมีปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน (Rosenstock, 1974. p.3 อ้างในประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527) อธิบายว่าบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายแก่ชีวิตของตน มองเห็นประโยชน์ของการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อลดโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและเพื่อประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นยังประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเอื้อให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526. หน้า 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และเจตคติ และพฤติกรรมปฏิบัติไว้ดังนี้ ความรู้หรือประสบการณ์เดิมของบุคคลช่วยในการเกิดเจตคติและเป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคล นอกจากองค์ประกอบด้านความรู้แล้ว เจตคติยังประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ เจตคติจะมีบทบาทในการช่วยให้บุคคลแสดงออกถึงค่านิยมต่างๆ เจตคติไม่ได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดี่ยวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของบุคคลจะทำให้เจตคติอย่างเดี่ยวแต่เป็นผลที่เกิดจากการครองชีวิต (norms) นิสัย (habits) และสิ่งคาดหวังจากผลของการกระทำ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) มีดังนี้

Becker & Joseph (1988. p. 394 – 410) ศึกษาถึงอิทธิพลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคเอดส์ของบุคคลทั่วไป พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันเอดส์มีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอดส์ของบุคคล โดยมีพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนแปลงไป เช่น ลดจำนวนคู่นอน ลดการสำส่อนทางเพศ ฯลฯ

จิรพรรณ อินทา (2542) ได้ศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดเชียงใหม่" โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 592 คน

ประกอบด้วยเพศชาย 203 เพศหญิง 389 คน พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ที่ประกอบด้วย อายุเริ่มแรกมีเพศสัมพันธ์ จำนวนและประเภทบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย รวมทั้งการป้องกันตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์และการจัดการเมื่อมีอาการทางเพศส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ส่วนปัจจัยภายในที่สัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ได้แก่ เพศ ค่านิยมที่ว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมชาติไม่ควรถือเป็นเรื่องผิดศีลธรรม แรงจูงใจด้านการอยู่ด้วยกันสองต่อสอง และการขาดเพื่อนไม่ได้ นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยภายนอกที่สัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การศึกษาของบิดา ที่อยู่อาศัย สภาพการพักอาศัย ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง รวมทั้งสื่อร่ำด้านการดูภาพอนาจาร

พิภุชญา มั่นเกษตรกิจ (2535. หน้า ๖-๗) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในทหารเกณฑ์ กองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 300 คนพบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ปัจจัยทางลักษณะของประชากร การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของวัยรุ่น ซึ่งคณะผู้ศึกษาวิจัยนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

แผนภูมิที่ 5 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

