

แนวความคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา แนวความคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาดังต่อไปนี้

1. โรคเอดส์

- ผลกระทบของโรคเอดส์
- พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชาย

2. แนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้

- การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

3. แนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพของคู่สมรส

- สัมพันธภาพของคู่สมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

1. โรคเอดส์

เอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) คือกลุ่มอาการที่เป็นผล
เนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อ Human
Immunodeficiency Virus (HIV) ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชื้อ
โรคชนิดต่าง ๆ ได้ง่าย แม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติ และไม่ทำอันตรายต่อคนปกติ
แต่จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระบบภูมิคุ้มกันน้อยลง (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2536
: 1; ชนวนทอง ชนสุกาญจน์ และคนอื่นๆ 2535: 1; Adler 1988: 2326)

แต่ก่อนนักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าโรคเอดส์ น่าจะเกิดจากจุลชีพที่สามารถถ่ายทอดจากคน
หนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง จนในปี 2526 นายแพทย์ลูก มอนทักเนียร์ และคณะจากสถาบันปาสเตอร์ที่กรุง
ปารีสได้ค้นพบว่า โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง จึงได้ตั้งชื่อว่า Lymphadenopathy

Associated Virus (LAV) ในปีต่อมา นายแพทย์โรเบิร์ต กาลโล และคณะจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ก็แยกไวรัสได้เช่นเดียวกัน แต่ตั้งชื่อว่า Human T Lymphotropic Virus type III (HTLV-III) ซึ่งต่อมาพบว่าไวรัส LAV และ HTLV-III เป็นไวรัสชนิดเดียวกัน จึงได้มีการตั้งชื่อไวรัสเอตส์ใหม่ เพื่อจะได้เรียกเหมือนกันว่า Human Immuno Deficiency Virus (HIV) ต่อมาเมื่อพบไวรัสเอตส์อีกชนิดหนึ่งในคนไข้ที่มาจากประเทศแถบแอฟริกาตะวันตก ซึ่งมีอาการคล้ายคลึงกับ HIV เดิมราวร้อยละ 50-60 จึงเรียก HIV ตัวใหม่ว่า HIV-2 และเรียก HIV เดิมว่า HIV-1 ดังนั้นปัจจุบันจึงมีไวรัส 2 ชนิดที่ทำให้เกิดโรคเอตส์ คือ HIV-1 และ HIV-2 แต่ชนิด HIV-2 ยังพบน้อย (ประพันธ์ ภาณุภาค, อังโน มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ 2535:1)

เชื้อ Human Immuno Deficiency Virus (HIV) เป็นไวรัสใน Family Retroviridae, Subfamily Lentiviridae, Genus HIV ซึ่งสามารถแบ่งตัวได้ในเซลล์บางชนิดของมนุษย์ เช่น เอลเปอร์ที-เซลล์ (Helper T-cell), Macrophage และเซลล์เนื้อสมอง เป็นต้น โดยเฉพาะในเซลล์ เอลเปอร์ที-เซลล์ ซึ่งมีบทบาทมากที่สุดในระบบภูมิคุ้มกันด้านเซลล์ (Cell Mediated Immunity) เมื่อมีการติดเชื้อ เชื้อไวรัสจะใช้กลไกโคโปรตีนจับบริเวณ CD4 ของ เอลเปอร์ที-เซลล์ แล้วใช้เอนไซม์ Reverse Transcriptase เปลี่ยนยีนส์ RNA ของมันให้เป็น DNA เพื่อที่จะผสมผสานเข้าไปใน DNA ของเซลล์ร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายแล้วไปเจริญเติบโตและแบ่งตัวอยู่ในเม็ดเลือดขาวชนิด เอลเปอร์ที-เซลล์ เมื่อ เอลเปอร์ที-เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น เชื้อไวรัสก็จะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนตามไปด้วย หรือเชื้อไวรัสเอตส์จะเปลี่ยน เอลเปอร์ที-เซลล์ ให้ทำหน้าที่เป็นโรงงานผลิตไวรัสเอตส์ขึ้น ไวรัสเอตส์จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นในระยะสั้น ทำให้ เอลเปอร์ที-เซลล์ ถูกทำลายและลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงหรือบกพร่องอย่างรุนแรง เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นด้วยเชื้อโรค ก็จะเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ชนิดต่าง ๆ และโรค มะเร็งบางชนิดที่มีความรุนแรงได้ง่ายกว่าปกติ (ประพันธ์ ภาณุภาค, อังโน มัทนา หาญวนิชย์ และ อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ 2535: 1-6) เชื้อไวรัสเอตส์จะพบได้ในช่องเหลวที่ออกจากส่วนร่างกายต่าง ๆ ของร่างกายของผู้ติดเชื้อโรคเอตส์ และเนื่องจากไวรัสเอตส์ส่วนใหญ่อยู่

โนเม็ดเลือดขาว จึงพบไวรัสเอดส์ในเลือดมากที่สุด รองลงมาพบได้ในน้ำอสุจิ และน้ำเมือกที่อยู่ในช่องคลอดของผู้หญิง และยังพบได้ในน้ำลาย น้ำมูก น้ำตา น้ำนม น้ำเหลือง ปัสสาวะ เสมหะ แต่พบปริมาณน้อย (ประพันธ์ ภานุภาค 2532: 6) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาอย่างกว้างขวางทั่วโลก ซึ่งให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เชื้อไวรัสเอดส์สามารถติดต่อกันได้เพียง 3 วิธี ดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2532: 4-5; ประเสริฐ ท่องเจริญ ผู้แปล 2533: ข2)

1. ทางเพศสัมพันธ์ ไวรัสเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิง และหญิงสู่ชาย โดยผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์โดยทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์อย่างสำส่อนหรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ เช่น ชายหรือหญิงบริการทางเพศ คู่นอนของผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ ชายรักร่วมเพศที่สำส่อน ซึ่งโอกาสที่ติดเชื้อขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ และรูปแบบของการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การร่วมเพศที่รุนแรง การร่วมเพศโดยใช้เครื่องมือช่วย และการร่วมเพศทางทวารหนัก ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มากขึ้น
2. การสัมผัสเลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือเนื้อเยื่อที่นำไปปลูกถ่าย ซึ่งพบได้บ่อย 3 กรณี คือ
 - 2.1 การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด เช่น พลาสมา เกล็ดเลือด และแพคเตอร์ที่จะทำให้เลือดเป็นลิ่ม โดยไม่ได้ตรวจหาเชื้อ HIV ก่อน
 - 2.2 การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกันกับผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด
 - 2.3 การปลูกถ่ายอวัยวะที่ได้รับบริจาคจากผู้ติดเชื้อ เช่น ไต กระจกตา ผิวหนัง ตลอดจนการผสมเทียม โดยการรับอสุจิของผู้ติดเชื้อเอดส์
3. การแพร่เชื้อจากมารดาที่ติดเชื้อไปสู่ทารก โดยเชื้อไวรัสสามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และภายหลังคลอดใหม่ ๆ ได้ประมาณร้อยละ 20 - 50 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคเมื่อมารดาตั้งครรภ์ หากมารดาเพิ่งติดเชื้อมาใหม่ขณะเริ่มตั้งครรภ์และกำลังอยู่ในระยะที่มีกระแสเลือด (Viremia) เด็กจะมีโอกาสติดเชื้อสูงเมื่อระยะนี้ผ่านไปแล้ว

ในขณะที่มารดาไม่มีอาการใด ๆ และมีสุขภาพดี การติดเชื้อในเด็กลดลง แต่ในระยะหลังของโรค เมื่อมารดาเริ่มมีอาการของโรคแล้ว โอกาสเด็กในครรภ์จะได้รับเชื้อจะสูงขึ้น (สุพร เกิดสว่าง 2534: 368)

เชื้อไวรัสเอดส์จะไม่ติดต่อโดยทางหายใจ ไอ จาม หรือโดยการสัมผัสจากบุคคลที่ติดเชื้อในชีวิตประจำวัน ในสถานที่ใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน หรือในเรือนจำ เชื้อไวรัสไม่แพร่โดยแมลง อาหาร น้ำ หรือใช้ส้วมร่วมกัน ห้องน้ำร่วมกัน รับประทานอาหารร่วมกัน หรือใช้ของใช้อื่นร่วมกัน เช่น เสื้อผ้า ไทคัทพ์ เป็นต้น หลังจากเชื้อไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกายก็จะเพิ่มจำนวนและสามารถตรวจพบแอนติเจนได้ในเวลา 2-6 สัปดาห์ ต่อมาจะตรวจพบแอนติบอดีได้ หลังติดเชื้อ 3 สัปดาห์ถึง 3 เดือน ผู้ที่มีเลือดบวก หรือมีแอนติบอดีร้อยละ 90 จะมีไวรัสในกระแสเลือด และสามารถถ่ายทอดไปสู่ผู้อื่นได้ แม้จะยังไม่อาการเลย (Asymptomatic Carrier) ภายหลังจากรับเชื้อไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นมีได้หลายลักษณะตามจำนวนของเชื้อไวรัส และระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีอยู่หรือเสียไป จากการศึกษาโดยการติดตามผู้ที่ติดเชื้อต่อไปประมาณ 5 ปี พบว่าอาการของผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ (สุพร สุวรรณกุล 2534: 44-45)

1. ระยะแรก คือ กลุ่มไม่มีอาการ (Asymptomatic Carrier) พบได้ร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อ พวกนี้จะตรวจเลือดพบ แอนติบอดีต่อ HIV บางรายอาจแยกแอนติเจนของไวรัสได้ หรือมีจำนวน Helper T-cell ลดลง บางรายมีประวัติคล้ายไข้หวัด หลังจากได้รับเชื้อประมาณ 2-3 สัปดาห์ ต่อมาน้ำเหลืองจะโต มีผื่น อาการจะดีขึ้น และหายเองภายในหนึ่งสัปดาห์ (Acute Mononucleosis Like Syndrome)

2. ระยะที่สอง คือ กลุ่มอาการที่มีอาการต่อมน้ำเหลืองโตทั้งตัว คล้ายต่อมน้ำเหลืองโต เป็นเม็ดเล็ก ๆ คล้ายลูกประคำที่คอ รักแร้ ขาหนีบทั้ง 2 ข้าง และโตอยู่นานกว่า 1 เดือน โดยที่ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึก และไม่มีอาการอย่างอื่นร่วม กลุ่มอาการระยะนี้ เรียกว่า Persistent Generalized Lymphadenopathy (PGL) หรือ Chronic Lymphadenopathy Syndrome (CLS) ถ้าเจาะเลือดหาแอนติบอดีต่อ HIV จะได้ผลบวก

3. ระยะที่สาม คือ กลุ่มอาการที่ความสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex, ARC) ผู้ป่วยจะมีอาการเพิ่มขึ้นจากระยะที่สอง ได้แก่ ไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหงื่อออกมากในเวลากลางคืน น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว นอนไม่หลับ อูจจากระวังเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นและปากมีฝ้าขาว เกิดขึ้นจากเชื้อรา เป็น Hairy Leukoplakia เป็นโรคผิวหนังที่กินบริเวณกว้างกว่า 1 Dermatome โดยที่อาการเหล่านี้เป็นมากกว่า 3 เดือน และหาสาเหตุอื่นไม่ได้

4. ระยะที่สี่ คือ กลุ่มอาการชัดเจนและวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ พบร้อยละ 10-20 ของผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยจะแสดงอาการระยะนี้ชัดเจนภายในเวลา 2 ปีหลังได้รับเชื้อ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการของ PGL หรือ ARC มาก่อน แต่จะมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อยครั้ง อาการจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับว่ามีการติดเชื้อที่อวัยวะระบบใดของร่างกาย เช่น ถ้าติดเชื้อที่ปอด ก็จะมีอาการไอ หอบเหนื่อย ถ้าติดเชื้อที่สมองก็จะมีอาการซึม ปวดศีรษะ ชัก หรือไม่รู้สึกร่าง เป็นต้น ที่พบบ่อยที่สุด คือ ปอดอักเสบ Pneumocystic Carinii ซึ่งได้ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยเอดส์ การติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ เชื้อรา เชื้อไวรัส โปรโตซัว พยาธิ วัณโรค เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่รักษาก่อนข้างยาก และอาจติดเชื้อซ้ำจากชนิดเดิมอย่างเดียว หรือติดเชื้อชนิดใหม่หรือติดเชื้อหลายชนิดร่วมกัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์ยังมีโอกาสเป็นมะเร็งของหลอดเลือดที่เรียกว่า Kaposi's sarcoma สูงกว่าคนธรรมดา มะเร็งนี้อาจเกิดที่ผิวหนังบริเวณลำตัว หน้า ศีรษะ แขน ขา โดยเห็นเป็นตุ่มหรือผื่นสีม่วง หรืออาจเกิดที่ต่อมน้ำเหลืองภายในช่องปาก อวัยวะภายใน เช่น ทางเดินอาหาร ปอด ตับ ตับอ่อน ต่อมหมวกไต ม้าม เป็นต้น

ในการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเอดส์ สามารถแบ่งตามความสะดวกได้ 3 แบบ คือ (จันทพงษ์ วะสี 2534: 100-104)

1. ตรวจหา Anti-HIV วิธีการตรวจหา Anti-HIV มีหลายวิธี วิธีมาตรฐานวิธีแรกซึ่งเริ่มมีใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 คือวิธี Elisa นำยานี้ใช้ในการตรวจกรองเพื่อคัดเลือดที่สงสัยว่าติดเชื้อเอดส์ออก ไม่นำไปใช้กับผู้ป่วยเนื่องจาก อาจพบผลบวกปลอมได้โดยวิธี Elisa ประมาณ

ร้อยละ 0.3 โดยทั่วไปถ้าตรวจครั้งแรกพบว่าได้ผลบวก (Initial Reactive) ควรทดสอบซ้ำ แต่ถ้าได้ผลบวกจะต้องทำการตรวจยืนยันว่าพบ Anti-HIV ด้วยวิธี Immunoblot (Western Blot) หรือวิธีอื่นๆ เช่น Immunofluorescence, Radioimmunoprecipitation เพื่อยืนยันว่าเป็นผลบวกจริง วิธีตรวจยืนยันที่ดีเป็นมาตรฐานคือ วิธี Western Blot

2. ตรวจหาส่วนประกอบของเชื้อไวรัส อาจเป็นแอนติเจนหรืออีโนไมของไวรัส แอนติเจนส่วนที่พบได้มากที่สุดคือ p24 ซึ่งเป็นโปรตีนที่อยู่แกนกลางของเชื้อไวรัส การตรวจหาแอนติเจนจะบอกได้ว่ามีการเพิ่มจำนวนของไวรัส มีไวรัสจำนวนมากอยู่ในร่างกาย มีโอกาสแพร่เชื้อและแสดงอาการของโรคได้สูง การตรวจหาอีโนไม หรือกรดนิวคลีอิกของไวรัส อาจตรวจหา RNA หรือ Proviral DNA ในปัจจุบันวิธีการที่คิดว่าจะดีที่สุดคือ การตรวจหา Proviral DNA ด้วยวิธีปฏิกิริยาลูกโซ่โพลีเมอเรส (Polymerase Chain Reactive) ซึ่งเป็นวิธีที่ไวมาก ในการทำต้องระวังการปนเปื้อนอย่างมากที่สุด

3. การเพาะเลี้ยงเชื้อ HIV เชื้อ HIV สามารถเพาะเลี้ยงได้ไม่ยากจากเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือด (Peripheral Mononuclear Cells), พลาสมา, ซีรัม, น้ำไขสันหลัง, น้ำนม, น้ำปัสสาวะ และสารคัดหลั่งต่าง ๆ เซลล์ที่เหมาะสมในการเลี้ยง HIV คือ เม็ดเลือดขาวจากคนปกติที่กระตุ้นให้มีการเพิ่มจำนวนด้วย Nitrogen เช่น Phytohemagglutinin จากนั้นตรวจว่ามีเชื้อไวรัสในเซลล์เพาะเลี้ยงโดยการตรวจหา Viral Antigen (p24) หรือตรวจ Reverse Transcriptase Enzyme Assay หรือตรวจย้อมด้วยวิธี Immunofluorescence หรือดูด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน

การรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบันเป็นการรักษาตามอาการของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเสื่อมของภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ นักวิทยาศาสตร์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกำลังดำเนินการวิจัยค้นหาวิธีการรักษาและป้องกันโรคเอดส์กันอยู่ทั่วโลก โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก (WHO) ยาที่ใช้ในปัจจุบันพอจะแยกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ (คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2534: 63-64)

1. ยาต้านไวรัส ได้แก่ AZT (Azidothymidine) ซึ่งเป็นยาเพียงตัวเดียวในปัจจุบันที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ใช้ในผู้ป่วยเอดส์ หรือ ARC สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของ HIV โดยไปยับยั้ง เอ็นซัยม์ Reverse Transcriptase ของเชื้อ HIV ขนาดที่แนะนำให้ใช้คือ 200 มิลลิกรัม วันละ 5-6 ครั้ง ผลข้างเคียงที่รุนแรงของยา คือ การกดไขกระดูก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชืด และเม็ดเลือดขาวต่ำได้ บางรายต้องให้เลือดหรือลดขนาดของยาลง หรือหยุดยาไปเลย

2. ยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น (Immunodulator Drug) ที่กำลังอยู่ในขั้นทดลอง ได้แก่ Interleukin-II, Interferon เป็นต้น

ผลกระทบของโรคเอดส์ (Impact of the Epidemic)

นับเป็นอีกครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ ที่มนุษยชาติถูกทำลายสติปัญญาและความสามารถเมื่อเกิดอุบัติการณ์และการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางของโรคเอดส์ เป็นปัญหาในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเสียชีวิตและได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ และถูกซ้ำเติมจากสังคมให้ท้อแท้ สิ้นหวัง อยู่ในสภาพที่โดดเดี่ยวอย่างน่าเวทนา ผู้คนในสังคมของหลายประเทศอยู่ในสภาพที่หวาดผวาดิ้นรนกลัวต่อการคุกคามของโรคร้ายนี้ ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ได้ทุ่มเททรัพยากรไปอย่างมหาศาล เพื่อต่อต้านมหันตภัยจากโรคเอดส์มาเป็นทศวรรษแล้ว จนถึงวันนี้ชาวโลกก็ยังมีคมนตอหนทางที่จะเอาชนะโรคนี้ได้

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะมีแบบแผนการระบาด 3 ด้านใหญ่ติดตามกันไป ได้แก่ การแพร่ระบาดของ การติดเชื้อโรคเอดส์ ในระยะแรกไม่ได้ส่งผลกระทบมากนัก เนื่องจากยังไม่มีผู้แสดงอาการเจ็บป่วย ต่อมาจึงเป็นการระบาดของผู้ป่วยโรคเอดส์ และจบลงด้วยการแพร่ระบาดของผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นผลกระทบของปัญหาโรคเอดส์จะปรากฏขึ้นหลายด้าน แต่ที่สำคัญ (ข่าวสารโรคเอดส์: 2539) ได้แก่

1. ผลกระทบในด้านการบริการทางสาธารณสุข

1.1 วิวัฒนาการแนวความคิดสิทธิมนุษยชนในระบบบริการสาธารณสุข (Revolution of Human-Rights in Health Practice) การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เกิดขึ้นในยุคที่ทั่วโลกให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ผู้จัดบริการสาธารณสุขจำต้องตระหนักต่อปัญหาการเลือกปฏิบัติ สิทธิในการตัดสินใจว่าจะตรวจเลือดหรือไม่ การเก็บผลการตรวจเป็นความลับและบริการสำคัญซึ่ง เป็นภาระหนักสำหรับเจ้าหน้าที่ในปัจจุบันคือ การให้คำปรึกษา(Counseling) ในอดีตแม้จะถือว่าเป็นจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเสมือนมนุษย์ แต่ถ้ามทบทวนการจัดการกับผู้ป่วยโรค หรือโรคเรื้อนในอดีต จะเห็นว่าระบบสาธารณสุขในขณะนั้น ยังไม่ได้รับเอาแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยมาใช่มากนัก นอกจากนั้น ผู้ติดเชื้อเอดส์ยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการพัฒนาแนวทางการดูแลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นการจ้ดบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จึงต้องพัฒนาบุคลากรให้สามารถเข้าใจแนวความคิดดังกล่าว ในขณะที่มีบุคลากรสาธารณสุขและการแพทย์จำนวนมากยังไม่ยอมรับแนวความคิดนี้

1.2 การปรับโครงสร้างของระบบสาธารณสุข (Health Infrastructure) เพื่อรองรับปัญหาทางสุขภาพเรื้อรังของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในขณะที่ครอบครัวและสังคมของคนเหล่านี้ยังไม่ยอมรับที่จะประคับประคองคนกลุ่มนี้ให้มีชีวิตในสังคมได้ดังปกติ ทำให้ต้องพัฒนา และจัดการระบบบริการสาธารณสุข แก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ในรูปแบบที่สามารถผสมผสานการบริการทางการแพทย์ การบริการทางจิตใจและการบริการทางสังคมเข้าด้วยกันอย่างมีเอกภาพและสามารถดูแลผู้ติดเชื้อผู้ติดเชื้อเอดส์ได้อย่างต่อเนื่อง จากสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ ลงไปยังชุมชนและครอบครัวในที่สุด ในปัจจุบันนี้ สถานบันทางสังคมหลายส่วน เริ่มปรับตัวให้สามารถเชื่อมต่อการปรับโครงสร้างดังกล่าว ได้แก่ สถาบันทางศาสนา องค์กรเอกชนสาธาณประโยชน์ และองค์กรชุมชน โครงสร้างดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานสำคัญ สำหรับการดูแลสุขภาพผู้มีปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพทั่วไป ดังนั้น ถ้าสามารถใช้เงื่อนไขของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เป็นเหตุผลการพัฒนาโครงสร้างดังกล่าวขึ้นมาได้ ในอนาคตการปรับโครงสร้างดังกล่าวเพื่อรองรับปัญหาอื่นๆ จะเป็นไปได้ง่ายขึ้น

1.3 ภาระต่อค่ารักษาของผู้ป่วย (Treatment Cost) ผู้ป่วยโรคเอดส์จะยังเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ จนถึง พ.ศ. 2548 ซึ่งเมื่อคาดประมาณโดยใช้วิธีการของ Epimodel และใช้สมมุติฐานว่าสามารถควบคุมปัญหาได้ปานกลาง จะพบว่า มีผู้ป่วยโรคเอดส์ตายในปีดังกล่าวถึง 75,000 คนต่อปี แล้วจึงค่อย ๆ ลดลง ค่าใช้จ่ายที่ใช้เป็นค่ายาและค่าดูแลรักษาผู้ป่วยที่จะเพิ่มขึ้นดังนี้

ปี 2537 ค่าใช้จ่ายที่ใช้เป็นค่ายาและค่าดูแลรักษาผู้ป่วย	493.33 ล้านบาท
ปี 2538 ค่าใช้จ่ายที่ใช้เป็นค่ายาและค่าดูแลรักษาผู้ป่วย	836.00 ล้านบาท
ปี 2539 ค่าใช้จ่ายที่ใช้เป็นค่ายาและค่าดูแลรักษาผู้ป่วย	1,272.13 ล้านบาท
ปี 2540 ค่าใช้จ่ายที่ใช้เป็นค่ายาและค่าดูแลรักษาผู้ป่วย	1,777.20 ล้านบาท

จำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอดส์จากมารดาและป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นภาระต่อการดูแลรักษา ก็จะเพิ่มขึ้น ตามการคาดประมาณ ในปี 2543 จะมีเด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์จากมารดาถึง 7,000 คนต่อปี อย่างไรก็ตาม คาดว่าการใช้มาตรการทางการสังคมและการแพทย์ เพื่อลดการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ และลดการแพร่เชื้อจากแม่ไปสู่ทารก จะทำให้สามารถลดผลกระทบด้านนี้ลงได้ นอกจากนี้ ผลจากการทำลายภูมิคุ้มกันในร่างกายของเชื้อโรคเอดส์ ทำให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อบางตัวเพิ่มขึ้น (Disease Interaction) ตัวอย่างเช่น ปริมาณของผู้ป่วยวัณโรคจะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องกลับมาดำเนินการควบคุมวัณโรคอย่างเข้มแข็งมากกว่าเดิม เนื่องจากแนวโน้มของการเกิดเชื้อวัณโรคที่ดื้อยาในสถานการณ่ระบาดของโรคเอดส์จะมีสูงขึ้น จนคาดว่าใน พ.ศ.2543 (ค.ศ.2000) จะมีผู้ป่วยวัณโรคอันเป็นผลมาจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ถึงปีละ 18,000 คน และจะเพิ่มขึ้นไปเป็นปีละ 20,000 คน ในปี พ.ศ.2548 ทั้ง ๆ ที่แนวโน้มของวัณโรคในประเทศไทยในอดีตมีลักษณะลดลงเรื่อย ๆ อยู่แล้ว แต่ปัญหาของวัณโรคใน 10 ปีข้างหน้าจะทวีความรุนแรงมากทั้งในแง่ของจำนวนผู้ป่วย และปัญหาการดื้อยาของเชื้อวัณโรค

2. ผลกระทบต่อสังคม

ภาพสะท้อนของผลกระทบต่อสังคมในระยะแรกของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ได้แก่ ปัญหาการเลือกปฏิบัติ อันเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคเอดส์ ปัญหาการรังเกียจเหยียดคนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ทั้งในระดับครอบครัว และสังคม ซึ่งเริ่มปรากฏให้เห็นตั้งแต่ พ.ศ. 2532 และเริ่มขยายตัวมากขึ้น แม้ว่าในระยะหลังจะมีการรวมตัวของกลุ่มผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันดีขึ้น แต่ก็ยังคงมีปรากฏการณ์ต่อต้าน หรือขับไล่สถานบริการทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อยู่เป็นระยะ ๆ ในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ปัญหาสังคมเริ่มขยายตัวมากขึ้นอย่างชัดเจน อีกประการหนึ่งก็คือ เมื่อมีการติดเชื้อในกลุ่มสตรีมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลทำให้จำนวนเด็กกำพร้าอันเป็นผลจากผู้ปกครองต้องเสียชีวิตลงด้วยโรคเอดส์ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนคาดว่าในปี 2000 หรือ พ.ศ. 2543 จะมีจำนวนเด็กกำพร้าอันเป็นผลจากโรคเอดส์ถึง 20,000 คน ซึ่งเป็นภาระที่สังคมในระดับชาติและชุมชน จะต้องเตรียมการแก้ไขให้ทันการณ์

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค

ผลกระทบทางเศรษฐกิจในระดับประเทศ ได้แก่ การขาดแคลนแรงงาน เนื่องจากจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่จะทวีจำนวนขึ้นนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอายุที่กำลังทำงานอยู่ ดังนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก จะทำให้กำลังการผลิตของประเทศลดลง ในขณะเดียวกันทั้งภาครัฐ และเอกชนจะต้องใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาคนเหล่านี้ รวมถึงการเกื้อหนุนทางสังคมและเศรษฐกิจแก่ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ ผลกระทบทางเศรษฐกิจในระดับครอบครัวของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย มีฐานะค่อนข้างยาก เมื่อผู้ที่เป็นคนหารายได้ให้แก่ครอบครัวเหล่านี้ ต้องเจ็บป่วยลง คนชรา และลูกหลานในครอบครัว จะได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างชัดเจน ปัญหาการจัดการศึกษาและพัฒนาฝีมือแรงงานให้แก่เยาวชนจากครอบครัวเหล่านี้ จะกลับกลายเป็นสิ่งท้าทายที่ระบบการจัดบริการทางสังคมในปัจจุบันจะต้องเข้าไปจัดการอย่างเร่งด่วน

องค์การอนามัยโลกได้สรุปปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่สำคัญไว้ 3 ประการ คือ

1. ปัญหาและความต้องการด้านการเงิน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีฐานะไม่ดีมาก่อนแล้ว มักจะประสบปัญหาทางการเงินและสิ่งอุปโภคและบริโภค เพราะปัญหาสุขภาพ ทำให้สมรรถนะในการหาเลี้ยงชีพลดลง และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวนมากต้องตกงาน หรือถูกไล่ออกจากบ้าน หรือถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้าน ทำให้ความต้องการด้านการเงินและที่อยู่อาศัยมีเพิ่มมากขึ้น ฉะนั้น ผู้ป่วยจึงต้องการคำแนะนำในการหางานและแหล่งขอความช่วยเหลือต่างๆ ทั้งจากหน่วยงานราชการและหน่วยงานภาคเอกชน เช่น องค์การอาสาสมัครหรือองค์การศาสนาต่าง ๆ ในการที่จะให้ความช่วยเหลือในด้านการหางานทำหรือค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนสถานที่อยู่อาศัย และเครื่องอุปโภคบริโภคต่าง ๆ

2. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัย ผู้ป่วยโรคเอดส์ประสบปัญหาความทุกข์ทรมานทางร่างกาย ผู้ป่วยจะพบกับโรคติดเชื้อต่าง ๆ อาทิเช่น วัณโรค ปอดบวม เชื้อราในปาก ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น ซึ่งฉวยโอกาสแทรกเข้ามาในขณะที่ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเริ่มลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องการได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย

3. ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ การกลัวการติดเชื้อ และการที่อาการของการติดเชื้อปรากฏขึ้น หรือการถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ มีผลทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อโดยทั่วไปจะมีความวิตกกังวล เป็นอย่างมากในปัญหาหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะในเรื่องความไม่แน่ใจในอนาคตของตนเองและครอบครัว

นอกจาก โรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลกระทบต่อญาติพี่น้องที่อยู่ร่วมกันแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อประเทศโดยส่วนรวมหลายประการ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม หากโรคเอดส์ระบาดมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อสังคมเป็นอย่างมากคือ การที่ประชาชนเกิดความตื่นกลัวโรคเอดส์อย่างมาก เพราะความไม่รู้จักจริง ทำให้เกิดข่าวลือต่าง ๆ เป็นการทำให้สังคมสับสน เกิดความแตกแยก กีดกันผู้ติดเชื้อเอดส์ออกจากสังคมปกติ มีการดูถูกเหยียดหยาม อาจทำให้เกิดภาวะแก่คั้นทางสังคม ผู้คนหวาดระแวง ไม่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เมื่อมีคนเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มากยิ่งขึ้น การใช้ถุงยางอนามัยจะเป็นเรื่องปกติมากยิ่งขึ้น

2. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ โรคเอดส์เป็นโรคที่บั่นทอนความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ และขัดขวางการพัฒนาประเทศเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์มักอยู่ในวัยหนุ่มสาวถึงวัยกลางคน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ หากบุคคลกลุ่มนี้ต้องมาเสียชีวิตหรือเสื่อมสมรรถภาพลง ทำให้เหลือเพียงเด็กและคนชรา ระบบเศรษฐกิจของประเทศก็จะอ่อนลง นอกจากนี้ รัฐยังต้องจัดสรรงบประมาณเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งงบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อีกด้วย

3. ผลกระทบทางการเมือง โรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อการเมืองทั้งภายในและระหว่างประเทศ หากดำเนินนโยบายเกี่ยวกับโรคเอดส์ผิดพลาด อาจทำให้เกิดความสับสนวุ่นวาย เนื่องจากโรคเอดส์มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายวงการ การออกกฎหมายหมายกีดกัน หรือการส่งตัวผู้ที่ติดเชื้อออกนอกประเทศ อาจทำให้กระทบกระเทือนความสัมพันธ์ระหว่างประเทศได้

จากการรายงานของนายมิซึชิ ริระไวทยะ และคณะ ในปี 2535 พิมพ์เผยแพร่ในเอกสารของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เปิดเผยว่า จากการประเมินผลสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยการคำนวณจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งจากต้นทุนค่าใช้จ่ายของรัฐบาลและเอกชน รวมทั้งการสูญเสียรายได้เนื่องมาจากการเจ็บป่วยในปี 2534 คิดเป็นมูลค่าประมาณ 2,425 - 2,500 ล้านบาท ซึ่งหากไม่มีมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมแล้วในปี 2543 ค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็น 45,000 - 55,000 ล้านบาท โดยเฉพาะยาที่ใช้ในการรักษาโดยไม่รวมยา AZT คิดเป็นมูลค่า 1,000 - 1,500 บาทต่อครั้ง การรักษาพยาบาลโรคเอดส์ จึงจัดว่ามีค่าใช้จ่ายสูงมาก ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องขายทรัพย์สินนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชาย

พฤติกรรมกำรป้องกันโรค จัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ดังที่ คาสส์ และคอบบ์ (Kasi and Cobb 1966: 246) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า การกระทำใด ๆ ก็ตามในขณะที่ยังมีสุขภาพดี ไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันมิให้เป็นโรค ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย

สำหรับคำว่า พฤติกรรมกำรป้องกันโรค ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 29) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ช่วยส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการฉีดวัคซีนตามระยะเวลา เมื่อมีการระบาดของโรค และการไปตรวจร่างกายกับแพทย์ ทันตแพทย์เป็นประจำ

แอริส และกูเต็น (Harris and Guten 1979: 28) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมในเชิงป้องกันโรค ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมกำรป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ (Health Protective Behavior) โดยหมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นประจำ และสม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพดี เช่น การนอนหลับ การพักผ่อน การออกกำลังกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการป้องกันโรค

นอกจากนี้ การป้องกันโรค (Disease Prevention) ยังเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ (มัลลิกา มัตติโก, อังโน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และ อริญญา บูรณันท์, บรรณาธิการ 2530: 11-12)

1. การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2. การป้องกันโรกระดับสอง (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันโรคที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไป ก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจ และการถ่ายภาพรังสีปอด ในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปอดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในภายหลัง

3. การป้องกันโรกระดับสาม (Tertiary Prevention) หรือการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นระดับการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรค จากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

จากความหมายของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคดังกล่าว สามารถนำมาสรุปความหมายของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้ว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ในการป้องกันมิให้เกิดการติดต่อและแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ ในการศึกษารายงานเอกสารการวิจัยต่าง ๆ พบว่ากลุ่มแรงงานชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดต่อ และแพร่กระจายเชื้อเอดส์ 3 ด้าน คือ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมมารับบริการตรวจสุขภาพ ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายจึงหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ในการป้องกันมิให้เกิดการติดต่อและแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ อันได้แก่ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน และพฤติกรรมในการมารับบริการตรวจสุขภาพ ซึ่งควรจะปฏิบัติดังนี้ คือ

พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์

การแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ มีวิธีการแพร่เชื้อแบบเดียวกัน คือ ทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้น พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้โรคเอดส์ที่สำคัญในกลุ่มแรงงานชาย ก็คือ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์นั่นเอง

จากสถิติผู้ป่วยกามโรค ของกองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ ในปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยกามโรคส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-39 ปี (กองกามโรค: 2535) ซึ่งเป็นวัยที่คืนตัวทางเพศ

สูง (Sexually Active) จึงมักสำสอนทางเพศ (ไพรัช ตีสุตจิต 2532: 27-28) มีคู่นอนหลายคน และคู่นอนของผู้ป่วยเหล่านี้มักจะเป็นหญิงบริการทางเพศนั่นเอง เนื่องจากความซุกซนที่สุดของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะพบในหญิงบริการทางเพศ ดังนั้นการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ จึงมีความเสี่ยงในการที่จะกลายเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์สูง (ประเสริฐ ทองเจริญ, ผู้แปล 2533: ข3) ดังที่ ซิมอนเซน และคนอื่น ๆ (Simonsen et al. 1988: 274) ได้ทำการศึกษาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเทศแอฟริกา พบว่า ความบ่อยของการเที่ยวหญิงบริการทางเพศของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพศชายมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์

พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ที่ทำให้กลุ่มแรงงานชายเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มากยิ่งขึ้น ก็คือ กลุ่มแรงงานชายนี้มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยน้อยมาก ดังเห็นได้จากการสำรวจจัดรายการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชาย ที่มารับการตรวจจากโรคทั่วประเทศ ในเดือนพฤษภาคม 2534 พบว่า ชายที่มารับการตรวจจากโรคใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 29.4 (ธีระ รามสูต 2534: 13-14) เช่นเดียวกับที่ เบียมแมน และสตาร์เตอร์ (Beaman and Strater 1989: 155-164) ได้ทำการศึกษาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของชุมชนเมืองในสหรัฐอเมริกา พบว่า แรงงานชายที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีคู่นอนหลายคนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แต่มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ และเมื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยว่าเพื่อ "ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์" เป็นอันดับ 1 และมีความเชื่อว่า "เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์" เป็นอันดับ 2 ส่วนความเชื่อที่ว่าการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อ "ป้องกันการติดเชื้อเอดส์" เป็นความเชื่ออันดับ 8 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มแรงงานชายที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเจตคติทางลบกับการใช้ถุงยางอนามัย โดยมีความเชื่อที่ว่า การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกและความพึงพอใจทางเพศลดลง และไม่สะดวกในการใช้ นอกจากนี้ วัณณา วุฒิวรรณ (2532: 39-41) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันกามโรคและโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กามโรคเขต 3 จังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มชายเหล่านี้ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 45 และเหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยส่วนใหญ่ร้อยละ 45.8 ไม่ได้นำติดตัวไป ร้อยละ 41.3 มีความรู้สึกใช้แล้วไม่เหมือนธรรมชาติ และร้อยละ 26.2 เม่า

อีริกสัน และคณะ กับ โทมัส และคณะ (Erickson et al. 1990: 194-199; Thomas et al. 1988: 197-203) ศึกษาว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ชายรักร่วมเพศ ผู้ติดยาเสพติด ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยเช่นกัน

พฤติกรรมทางเพศ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้แรงงานชายเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอชไอวี สำหรับหลักในการป้องกันโรคเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์นั้น วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (2534: 379) ได้กล่าวไว้ว่า ต้องให้ประชาชนมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe sex) ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญดังต่อไปนี้

1. การสำส่อนทางเพศ ได้แก่ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ เช่น การเที่ยวหญิงบริการทางเพศ รวมทั้งควรมีคู่นอนหลายคน ทำให้เพิ่มโอกาสที่จะสัมผัสโรคกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และอาจติดเชื้อเอชไอวีได้
2. การป่วยเป็นกามโรค มีกามโรคหลายชนิดที่เสริมให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ง่าย เช่น โรคที่มีแผลบริเวณอวัยวะเพศ เช่น ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และโรคเริม
3. ความชุกชุมของการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ถ้าชุมชนมีการติดเชื้อเอชไอวีสูง ประชาชนก็มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น
4. วิธีการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การร่วมเพศทางทวารหนัก และช่องคลอดโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การร่วมเพศชนิดที่ไม่มีการสอดใส่อวัยวะเพศ จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอชไอวีน้อยลง

สำหรับหลักการป้องกันโรคเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ของแรงงานชาย ก็ใช้หลักการเดียวกับหลักการทั่วไป คือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (ศิริวรรณ แสงอินทร์ 2536: 27) โดยปฏิบัติดังนี้

1. งดการสื่อสารทางเพศ เพราะยังมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลหลายคนเท่าใด แนวโน้มที่จะสัมผัสกับคู่นอนที่ติดเชื้อเอดส์จะมีมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นให้ลดจำนวนคู่นอนลงให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคูสมรสของตนเองเท่านั้น

2. วิธีการมีเพศสัมพันธ์

2.1 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อท่านหรือคู่นอนกำลังอยู่ในภาวะติดเชื้อ หรือมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ ทวารหนัก หรือบริเวณปาก และระหว่างมีประจำเดือน

2.2 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เพราะผนังทวารหนักบาง และฉีกขาดได้ง่าย โอกาสรับเชื้อมีมาก ถ้าเกิดการฉีกขาด

2.3 หลีกเลี่ยงการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะเพศของคู่นอน เพราะเชื้ออาจผ่านจากน้ำอสุจิ หรือน้ำในช่องคลอด เข้าสู่บาดแผล หรือรอยดลอก หรือเยื่อเมือกในปากได้ และควรหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกัน

2.4 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย เช่น ผู้ที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ ผู้ที่ติดยาเสพติดและผู้ที่สื่อสารทางเพศ เช่น หญิงและชายบริการทางเพศ

3. ในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในข้อ 2 ได้ ควรให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ถุงยางอนามัยที่ใช้ควรเป็นถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพ ซึ่งบรรจุอย่างดีในกล่องที่มี วัน เดือน ปีที่ผลิตให้ชัดเจน และได้ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานทุกครั้ง

พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

นอกจากพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ที่ทำให้กลุ่มแรงงานชายเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์แล้ว ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หากแรงงานชายใช้สิ่งของที่ปนเปื้อนเลือดร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอดส์ ในร่างกาย เช่น แปรงสีฟัน ใบบิดโกน เข็มเจาะหู เข็มสักผิวหนัง ก็อาจเป็นหนทางหนึ่ง ที่ทำให้แรงงานชายเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้ นอกจากนี้ จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่า แรงงานชายส่วนหนึ่งมีการใช้ยาเสพติดชนิดเข้าเส้นเลือด ดังที่ อีริคสัน และคนอื่น ๆ

(Erickson et al. 1990: 194-199) ได้ทำการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 20,843 คน พบว่าผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 39 และพบว่า การใช้ยาเสพติดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์ทั้งในผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพศชายและหญิง ลัดดา ไภกาวัฒนา (2533: 76) ได้ศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอดส์ ความรู้ และการปฏิบัติทางเพศสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพศชายที่คลินิกกามโรค สำนักอนามัย และโรงพยาบาลบางรัก กรุงเทพมหานคร พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีประวัติการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด ร้อยละ 1.8 แต่ประวัติการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพศชาย

วิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตประจำวัน มีดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดของผู้อื่น เช่น กรรไกรตัดเล็บ ใบมีดโกน แปรงสีฟัน หรือของมีคมอื่น ๆ เป็นต้น
2. หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดรอยเจาะของผิวหนังร่วมกัน ถ้าสิ่งนั้นไม่ถูกทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องเสียก่อน เช่น เครื่องเจาะหู เครื่องใช้ในการสักผิวหนัง เป็นต้น
3. ระมัดระวังมิให้เลือด หรือสารคัดหลั่งของผู้ที่มีเชื้อโรคเอดส์ ผ่านเข้าไปทางบาดแผล ช่องปาก เยื่อเมือก หรือเยื่อตา
4. สนใจหาความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
5. ให้ความสนใจและดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ โดยเฉพาะในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลที่จะทำให้เกิดการติดต่อ และแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ/หรือโรคเอดส์ได้ เช่น การรักษาความสะอาด การไม่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

พฤติกรรมในการรับบริการตรวจสุขภาพ

คงได้กล่าวข้างต้นว่า แรงงานชายเป็นกลุ่มประชากรเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ฉะนั้นในขณะที่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคอื่น ๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด จึงสามารถป้องกันการติดต่อและแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงงานที่ป่วยเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์และโรคอื่น ๆ ยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น ซื้อมากินเองก่อนมาพบแพทย์ ดังเช่นการศึกษาของ จูไรรัตน์ จรรย์แสง (2514) พบว่า ผู้ชายที่เป็นกามโรค จะซื้อมากินเองเมื่อป่วยเป็นโรคครั้งแรก เมื่อไม่ได้ผลจึงไปพบแพทย์ อำนวย ไตรสุภา และคณะ (2526) พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกามโรคชาย ซึ่งมีอาการหนองไหล มีผลต่ออวัยวะเพศ และมีอาการต่อมน้ำเหลืองโตที่บริเวณขาหนีบ จะไปซื้อมากินเองก่อนที่จะไปรับบริการตรวจรักษาที่คลินิกกามโรคของรัฐ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ขาดการดูแลรักษาในขณะที่เกิดการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้มากขึ้น

การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมอยู่ด้วย ในคู่นอนฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่าย จะทำให้ความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอดส์สูงขึ้น ดังนั้น ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส หรือคู่นอนควรมารับบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับแพทย์อย่างต่อเนื่องจนหายขาด และไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะจะทำให้เกิดการดื้อยา นอกจากนี้การมารับบริการตรวจรักษาที่แพทย์ ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส จะได้รับคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ และอาจได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอดส์ ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญมากในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะ เมื่อกระทำร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือด ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลที่หลีกเลี่ยงการติดเชื้อ หรือหากติดเชื้อแล้วก็จะได้รับคำแนะนำ และการดูแลรักษาจากแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป

2. แนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้

บันติง (Bunting 1988: 168) กล่าวว่า การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาลาติน คือ 'Percipere' ซึ่ง per หมายถึง 'ผ่าน' (through) และ capere หมายถึง 'การนำ' (to take) ตามความหมายในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary 1975: 1100) คือ การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจของตนเอง ส่วนนักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังนี้

เดโช สวานานท์ (2518: 29) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัส แล้วตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ ออกมา

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2530: 70) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่อินทรีย์หรือสิ่งมีชีวิต พยายามทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านทางประสาทสัมผัส เริ่มจากไข้อยู่ที่ประสาทสัมผัสรับสิ่งเร้า และจัดระบบสิ่งเร้าใหม่ภายในระบบการคิดในสมอง แล้วแปลความหมาย ในขั้นแปลความหมายนี้ จะใช้ประสบการณ์เก่าเป็นพื้นฐานการแปลความหมาย

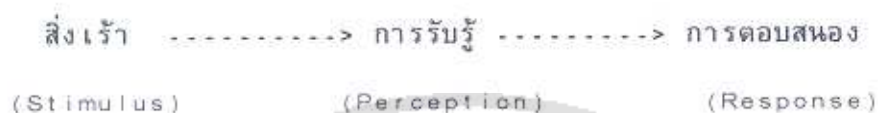
จำเนียร ช่างโชติ และคนอื่นๆ (2519: 2-3) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปล หรือตีความหมายจากการสัมผัสที่ได้รับออกมา เป็นส่วนหนึ่งที่มีความหมาย หรือเป็นที่รู้จักและเข้าใจ ซึ่งในการแปลหรือตีความนั้น บุคคลต้องใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยมีแต่หลังจาก ถ้าไม่มีความรู้เดิม หรือถ้าบุคคลลืมเรื่องนั้นเสียแล้ว ก็จะไม่มีการรับรู้สิ่งเร้า มีแต่การสัมผัสต่อสิ่งเร้าเท่านั้น

กันยา สุวรรณแสง (2532: 127) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัส แล้วเกิดความรู้สึกกระลึกรู้ความหมายว่าเป็นอย่างไร

สุชา จันทรเฒ (2533: 119) การรับรู้เป็นการตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และโน้มนำของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1

แสดงการรับรู้



ที่มา: สุชา จันทรเฒ (2533: 119)

แกริสัน และมากูน (Garison and Magoon 1972: 637) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการ ซึ่งสมองตีความ หรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม ทำให้เราทราบว่สิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และการที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความ หรือแปลความ

เคนเดอเลอร์ (Kendler 1974: 124) ได้กล่าวถึงความหมายของการรับรู้ไว้ 2 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง หมายถึง กระบวนการตีความจากสิ่งที่ได้สัมผัส ประการที่สอง หมายถึง การเตรียมเพื่อการตอบสนอง

มิชชาล และมิชชาล (Mischal and Mischal 1980: 98) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการสัมผัสด้วยความตั้งใจ และนำไปสู่การแสดงออกตามประสบการณ์ที่เคยได้รับ

ลินกรีน และแฮร์รี่ (Lindgren and Harvey 1981: 292) ได้กล่าวว่า การรับรู้คือ การตอบสนองโดยการแสดงออก ซึ่งเป็นผลมาจากการสัมผัส และในการแสดงออกนั้น ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการแปลความหมายจากการสัมผัสนั้น

จากความหมายของการรับรู้ดังกล่าว สามารถสรุปความหมายของการรับรู้ได้ว่าการรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความ หรือแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์และความรู้เดิมช่วยในการตีความ หรือแปลความแล้วมีการตอบสนองโดยการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น

กระบวนการรับรู้

การรับรู้เป็นกระบวนการประมวล และตีความข้อมูลต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวเราที่ได้จากการเรียนรู้ (ริงรี นพเกตุ 2536: 1) กระบวนการรับรู้ แสดงได้ด้วยแผนภูมิดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 2
แสดงกระบวนการของการรับรู้ (Process of Perception)

ตัวกระตุ้น (วัตถุเหตุการณ์ที่เป็นจริง)

พลังงานกระตุ้นข้อมูล

อวัยวะการรับรู้ความรู้สึก

กระแสประสาทรับรู้สัมผัส

สมองรับสัญญาณ

การตีความหมาย

หรือเกิดการรู้สึก

การรับรู้

ที่มา: ริงรี นพเกตุ (2536: 1)

คิง (King 1981 cited in Blunt 1988: 17) ได้กล่าวว่า กระบวนการของการรับรู้ จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

1. การนำเข้าของข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ
2. การส่งต่อของข้อมูล
3. ขบวนการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับ
4. การเก็บและจดข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ
5. การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่

กระบวนการรับรู้ของบุคคล เป็นกระบวนการของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจอย่างไม่หยุดนิ่งและสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space-time Continuum) แมคจิก กับ เพอร์ลูฟ (McGhie 1986: 215-216; Perreault 1985: 29) ด้วยเหตุนี้การรับรู้ของแต่ละบุคคล จึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งสามารถวัดการรับรู้ได้จากการให้บุคคลเลือกลักษณะที่คิดว่าเป็นจริง หรือสอดคล้องสำหรับสิ่งที่ถูกรับรู้ตามความคิดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

ความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้ที่ถูกต้อง เป็นพื้นฐานสำคัญยิ่งของการเรียนรู้ เพราะการที่คนเราจะมีความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีจะต้องเริ่มจากการมีการรับรู้ที่ดีเสียก่อน กัญยา สุวรรณแสง (2532: 50) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการรับรู้ไว้ ดังนี้

1. การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นไม่ได้ สังเกตได้จากขบวนการดังนี้

อวัยวะรับสัมผัส หากสิ่งนี้ผิดปกติก็น่าจะทำให้การรับสัมผัสผิดไป ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยา การรับรู้ เป็นสิ่งที่ผู้รับเลือกสรรที่จะสัมผัสเฉพาะที่ต้องการ และแปลความหมายให้เข้ากับตนเอง โดยมีอิทธิพลมาจาก อารมณ์ เจตคติ ความต้องการ ความจำ ความรู้เดิม ค่านิยม วัฒนธรรมประเพณี นอกจากนี้ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, อ่างโน สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, บรรณาธิการ (2528: 377) กล่าวว่า การรับรู้และการแปลความหมายของสิ่งเร้า ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีก ได้แก่ ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม กัญญา สุวรรณแสง (2532: 135-137) ความสนใจ ความคาดหวัง การเห็นคุณค่า และความร่วมมือ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานชาย

โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรง และคุกคามชีวิตมนุษย์ทั่วโลก ในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ควบคู่ไปกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้แรงงานชายซึ่งเป็นประชากรที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอดส์ ได้รับฟังข่าวสาร และเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบกับการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์จากสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับได้ว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้แรงงาน มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โดยผ่านกระบวนการความคิด จิตใจ ซึ่งสมองตีความหรือแปลความจากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนอาศัยประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวัง และแรงจูงใจ ออกมาเป็นการรับรู้โรคเอดส์ได้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคในทางที่ถูกต้อง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้แรงงานชาย มีพฤติกรรมป้องกันโรคตามการรับรู้ นั้น ๆ กล่าวคือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้อง จะช่วยให้แรงงานชาย มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ที่ถูกต้องเหมาะสม ในทางตรงกันข้าม ถ้าแรงงานชายมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง ก็จะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ง่าย ดังที่ นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม (2524: 60) ได้กล่าวว่า การรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนด หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมแบบผิดๆ ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียหายต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้

จากการศึกษาของ เจมส์ กิลลีส และบิกเนลล์ (James Gillies and Bignell 1991: 264-271) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ กับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มผู้ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเมืองนอติงแฮม ประเทศอังกฤษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์สูง เนื่องจากมีคู่นอนหลายคน มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ เช่น มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย มีเพศสัมพันธ์ทางปาก มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และมากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 19 เท่านั้น ที่รับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

จากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า กลุ่มแรงงานชายที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนหนึ่ง ยังมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย อันจะทำให้กลุ่มแรงงานชายที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างถูกต้อง การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์

การรับรู้ เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยา ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในเรื่องต่างๆ และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามความคิดและการรับรู้ในเรื่องนั้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526: 173; สถิต วงศ์สุวรรณ 2529: 207) ส่วนในด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้น การรับรู้ได้ถูกนำมาใช้ใน รูปแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock) เป็นผู้ริเริ่มนำมาใช้ เพื่ออธิบาย และทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคล ซึ่งแนวความคิดนี้ได้เน้นอิทธิพลมาจากทฤษฎีของเลวิน (Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ซึ่งองค์ประกอบสำคัญในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ โรเซนสต็อก (Rosenstock, in Becker, ed. 1974: 3) สรุปไว้ในระยะแรก

คือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะมีผลดีแก่เขาในการช่วยลดโอกาส

เสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรเป็นอุปสรรคทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น

ความชัดเจนของตัวแปรในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้อธิบายตามแนวความคิดของ โรเซนสต็อก ได้ดังนี้คือ (Rosenstock, in Becker, ed. 1974: 3-4)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

บุคคลแต่ละคน มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับที่แตกต่างกัน เช่น บางคนรับรู้ว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหมือนกันแต่ไม่มากนัก และบางคนมีการรับรู้ว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงสูงมาก ดังนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงภาวะที่เจ็บป่วย จึงขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ของเขาถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

แม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจจะยังไม่แสดงออก จนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่า โรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายชีวิต หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Taking Action and Barriers to Taking Action)

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจใน

การตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป แต่ไม่ได้เป็นสิ่งกำหนดไว้ว่า พฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไร การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไร ขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ และการรับรู้ถึงประโยชน์ ตลอดจนอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ นั่นก็คือ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ จะต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด ในส่วนของอุปสรรคนั้น ได้แก่ ความไม่สะดวกในการรักษา ค่าใช้จ่ายที่แพง ความไม่พอใจในบริการที่รับ ความเจ็บปวด ความอายน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถ้ามีมาก จะทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

ต่อมาเบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman 1975 10-14) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่โร เช่นสต็อคได้ศึกษาไว้ ดังแผนภูมิที่ 4 ในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นจะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค กล่าวคือ การรับรู้ของบุคคลจะส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมการป้องกัน ส่วนปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านภูมิหลัง ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค

แผนภูมิที่ 4

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ



จากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ซึ่งใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้มีผู้นำไปประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยในโรคต่าง ๆ กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคติดต่อต่าง ๆ จากผลของการนำไปใช้ ได้มีข้อเสนอว่าบุคคลจะกระทำกิจกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptability) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ตัวอย่างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหูดน้ำหนวกเรื้อรัง ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อว่าตนเองป่วยเป็นโรคหูดน้ำหนวกเรื้อรัง เพราะแพทย์ผู้ตรวจเป็นแพทย์จบใหม่อายุน้อยจึงขาดความเชื่อถือ หรือการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บคอแต่แพทย์กลับไปทำการตรวจหูและวินิจฉัยว่าเป็นโรคหูดน้ำหนวกเรื้อรัง

มีการศึกษาจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังเช่นจากการศึกษาของเบคเกอร์ และคนอื่นๆ (Becker, et al. 1978: 27-46) ได้ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพอธิบายพฤติกรรมการเข้าร่วมโครงการค้นหาผู้มีความคิดผิดปกติทางพันธุกรรม เกี่ยวกับโรคเทย์-แซคส์ (Tay-Sacks) ในชนชาวยิวพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นพาหะของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างสูงกับการเข้าร่วมโครงการ

ฮาลาล (Hallal 1982: 137) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหญิง จำนวน 207 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เลวิตต์ (Leavitt 1979: 109) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ พบว่า ตัวแปรที่ทำนายการมาใช้บริการมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จะมาใช้บริการเพื่อป้องกันโรคสูงกว่า ผู้ที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534: 84-85) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี ซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรคตับอักเสบ ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ แผนกฝากครรภ์ แผนกหลังคลอดติดเชื้อ และคู่สมรสของผู้บริจาคเลือดที่ธนาคารเลือดของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (1985: 40) ศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่เคยใช้บริการฝากครรภ์ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการฝากครรภ์

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534: 85) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ ศึกษาในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในเขตความรับผิดชอบของสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 218 ราย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์

เสมอจันทร์ อณะเทพ (2535: 78) ศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดยาเสพติดทางเส้นเลือด ที่ได้รับการรักษาด้วยเมทธาโดน จำนวน 200 ราย พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิมพ์พรรณ คิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ (2531: 55) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

อเชีย (Ahia 1991: 51) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยวิธีที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์

จากผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว จะเห็นได้ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานชาย

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้เวลาในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคมในกรณีที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคช้า แต่ถ้าไม่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือผลกระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยก็ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคอย่างมาก อาจทำให้ผู้ป่วยจำข้อแนะนำได้น้อย และทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974: 330) กล่าวถึง การที่ให้ผู้ป่วยได้รับความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นพฤติกรรมใหม่ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคแต่ไม่ทราบวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้น จะทำให้เกิดกลไกการป้องกันขึ้น เช่น อาจมีพฤติกรรมที่ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับภาวะความเจ็บป่วยนั้น ๆ มากกว่าที่จะมีพฤติกรรมร่วมมือทางด้านสุขภาพ

จากการวิจัยของเฮเลนแบรน (Helenbrand 1983: 220) ที่กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำว่า ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำมักเป็นผู้ที่ไม่เอาใจใส่ต่อความรุนแรง

แรงที่เกิดจากความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ความพิการ หรือภาวะต่าง ๆ ที่คุกคามต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติตามคำแนะนำจะน้อยเมื่อโรคนั้น ๆ อยู่ในภาวะที่ไม่แสดงอาการ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการของโรค หรือมีอาการรุนแรงกว่า น่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำดีกว่า

เนลสัน และคณะ (Nelson et al. 1978: 903) ศึกษาเรื่องผลของการรับรู้กับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่คิดว่าโรคนี้ไม่มีอันตรายรุนแรง เช่นเดียวกับ เซอร์โคเนีย และฮาร์ท (Carkney and Hart 1980: 594-598) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ได และคาแทนซาโร (Dai and Catanzaro 1987: 13) ศึกษา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการดูแลโรคผิวหนัง ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นอัมพาตครึ่งล่าง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของแผลกดทับมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลผิวหนัง

สมทรง คุณศิลป์ (2526: 88) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 386 ราย พบว่า ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531: 60) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 252 ราย พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

เสมอจันทร์ อนะเทพ (2535: 79) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค

เอตส์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ติดเชื้อเสฟติดทางเส้นเลือด ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทธาโดน ในผู้ติดเชื้อเสฟติดทางเส้นเลือด จำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอตส์ของผู้ติดเชื้อเสฟติดทางเส้นเลือด

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามพฤติกรรม (Perceived Benefit) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วย หรือการรับรู้ว่าการปฏิบัติอย่างนั้น ๆ สามารถที่จะลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ จะต้องเป็นผลของความเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าว เป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดที่จะหายจากโรคนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefit) เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกัน และตรวจรักษาผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัติเช่น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่าการปฏิบัติเช่น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ ดังเช่นการศึกษาของ

เบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker et al. 1978: 273) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และมารดาที่มีบุตรเป็นโรคดังกล่าว จะรับรู้ว่าจะโรคนั้นไม่สามารถหายเองได้จากการอยู่เฉย ๆ แต่จะหายได้จากการรับประทานยาตามแผนการรักษา

ฮาลาล (Hallal 1982: 137) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่ม จำนวน 207 ราย พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านม เพื่อค้นหามะเร็งในระยะแรกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ได และคาเทนซาโร (Dai and Catanzaro 1987: 13) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลผิวหนังมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลผิวหนัง เพื่อป้องกันแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งล่าง

เอลลิง และคณะ (Elling, Whittermore and Green 1960: 185) รายงานว่า ความเชื่อที่มีต่อประสิทธิผลของยาเพนนิซิลลิน ในการป้องกันการกลับไปเป็นไข้รูห์มาติก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามการรักษาอย่างเคร่งครัด

การเบรียลสัน เลวิน และเอคิสัน (Gabrielson, Lewin and Elkison 1967: 48) ศึกษาพบว่า บิดา มารดาที่เชื่อในประสิทธิภาพในการรักษาของแพทย์ จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการนำบุตรก่อนวัยเรียนไปตรวจตามนัด

นิตยา อังกาบบุระ (2527: ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวก โดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ในระดับสูง กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย

สุรีย์ โสภาศิริวิทย์ (2531: 61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 252 ราย พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

สมชาย ลักษณะานุลักษณ์ (2524: ก-ข) ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันกามโรคที่ถูกต้องในนักเรียน นักศึกษา ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาเทคนิคนครปฐม นักศึกษาวิทยาลัยครูนครปฐม จำนวน 300 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ผลดีของการป้องกันกามโรคมากกว่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่า

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2531: 55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพ กับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 292 ราย เป็นหญิงอาชีพพิเศษ 72 ราย ชายอาชีพพิเศษ 96 ราย และผู้ติดยาเสพติด 151 ราย พบว่า การรับรู้ถึงผลดี มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barrier) หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค เช่น ความไม่สะดวก ความอาย ปัญหาค่าใช้จ่าย การถูกจำกัดกิจกรรมหลายๆ อย่าง ความท้อแท้ เป็นต้น จากการศึกษาของโรเซนสต็อก (Rosenstock 1974: 328) กล่าวว่าอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ คือ ปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการรักษา การถูกจำกัดกิจกรรมหลายๆ อย่าง นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีอาการท้อแท้ เนื่องจาก การป้องกันและรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผลเท่าที่คาดหวัง หรือการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากความเคยชิน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมักปฏิบัติให้ถูกต้องและสม่ำเสมอได้ลำบาก

แอนโตนอฟสกี (Antonovsky 1970: 367) พบว่า ความกลัวเจ็บ ความไม่สบาย และปัญหาการเงิน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้บริการเพื่อป้องกันและรักษาโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาลด์เวลล์ และคนอื่น ๆ (Caldwell, et al. 1970: 579-592) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อย จะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย เช่น ไม่ยอมมาตรวจตามนัด ไม่มารับการตรวจรักษา และไม่มารับยา โดยให้เหตุผลว่าอาการหายเป็นปกติแล้ว หรือเสียเวลาในการรอคอยแพทย์นานเกินไป ทำให้เสียเวลาในการทำงาน

สุริย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531: 61) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนทั้งในด้านความร่วมมือในการรักษา การเข้าร่วมกิจกรรม และการป้องกันโรค จะต้องอาศัยการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้

ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยเชื่อว่า ถ้าหากแรงงานชาย มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องทั้ง 4 ด้าน ก็จะส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ดีด้วยเช่นกัน

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นอกจากการรับรู้จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์แล้ว ปัจจัยร่วมทางด้านจิตสังคมก็นับว่าเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกสัมพันธภาพของกลุ่มสมรสเป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชาย

3. แนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพของกลุ่มสมรส

สัมพันธภาพ ตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า "Relation" ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพว่า หมายถึง ความเกี่ยวข้อง ความผูกพัน (ราชบัณฑิตยสถาน 2525: 726)

สัมพันธภาพจึงเป็นรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และผลที่ได้ไม่ใช่สิ่งของ แต่เป็นความรู้สึกที่ดีต่อกัน หรืออาจกล่าวได้ว่า สัมพันธภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อยอย่างต่อเนื่องและรวมตัวเข้าด้วยกันเป็นองค์ประกอบของกระบวนการของความคุ้นเคย และบุคคลที่เกี่ยวข้องอยู่ในฐานะของบุคคลอันเป็นที่รักของกันและกัน

สัมพันธภาพของกลุ่มสมรส เป็นความสัมพันธ์ของบุคคล 2 คน ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ทางเพศเป็นหลัก เป็นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่ความสนิทสนม ลึกซึ้งและผูกพัน เป็นความสัมพันธ์ที่ผูกพันกันมากที่สุดอันหนึ่งของความสัมพันธ์ของมนุษย์ เมื่อเปรียบเทียบกับความสัมพันธ์อื่นๆ เพราะให้ความรู้สึกคุ้นเคยของคน 2 คน ซึ่งมาจากคนละแห่งแต่ต้องการมีชีวิตอยู่ร่วมกัน ต้องการสร้างครอบครัวใหม่ร่วมกัน (วันทนี วาลิกะสิน 2526: 92)

ตีวรรณ แสงอินทร์ (2536: 60) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพของคู่สมรสไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน ที่มีการใช้ชีวิตร่วมกัน เป็นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่มีความสนิทสนมลึกซึ้งและผูกพันกันมากที่สุดระหว่างบุคคล สัมพันธภาพของคู่สมรสประกอบด้วย การแก้ไขปัญหา ความขัดแย้ง ความรักใคร่อาทร การมีพันธะผูกพันต่อกัน การมีเพศสัมพันธ์ ความเป็นเอกลักษณ์ในชีวิตสมรส ความสอดคล้องกัน ความเป็นอิสระของคู่สมรส และการแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นร่วมกัน

นิโคล (Nichols 1978: 188) สัมพันธภาพของคู่สมรสระหว่างบุคคล 2 คน เป็นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่สนิทสนมกันอย่างแน่นแฟ้น (Intimate Relation) สัมพันธภาพของคู่สมรสถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยทางจิตสังคม

แวริง และคณะ (Waring and Chelune 1983: 183) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสนิทสนมอย่างแน่นแฟ้นในชีวิตสมรส (Marital Intimacy) เพื่อใช้ประเมินสัมพันธภาพของคู่สมรส (Marital Relationship) และได้ให้คำจำกัดความในเชิงปฏิบัติของความสนิทสนมอย่างแน่นแฟ้นในชีวิตสมรสว่าประกอบด้วย 8 ด้าน คือ

1. การแก้ปัญหาความขัดแย้ง (Conflict Resolution) หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคิดเห็น ที่แตกต่างกันโดยปราศจากการโต้เถียง การกล่าวร้าย หรือการปฏิเสธที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ

2. ความรักใคร่อาทร (Affection) หมายถึง ระดับความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดที่คู่สมรสแสดงต่อกัน

3. การมีพันธะผูกพันต่อกัน (Cohesion) หมายถึง การแสดงออกซึ่งพันธะผูกพันในชีวิตสมรสระหว่างคู่สมรสที่มีต่อกัน

4. การมีเพศสัมพันธ์ (Sexuality) หมายถึง ระดับของการแสดงออกซึ่งความพึงพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ และความต้องการทางเพศซึ่งคู่สมรสมีต่อกันและพูดสื่อสารถึงกัน

5. ความเป็นเอกลักษณ์ในชีวิตสมรส (Identify) หมายถึง ระดับความรู้สึกเกี่ยวกับความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตสมรส

6. ความสอดคล้องกัน (Compatibility) หมายถึง ระดับความสามารถที่คู่สมรสทำงานและใช้ชีวิตร่วมกัน

7. ความเป็นอิสระของคู่สมรส (Autonomy) หมายถึง ความสำนึกที่คู่สมรสรู้สึกว่าเป็นอิสระ เป็นส่วนตัวจากครอบครัวเดิมและบุตรหลาน

8. การแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นร่วมกัน (Expressiveness) หมายถึง ระดับของการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันของคู่สมรส ในการแสดงออกซึ่งความคิดเห็น ความเชื่อ เจตคติ และความรู้สึกที่ดีร่วมกัน รวมถึงการเปิดเผยตนเองระหว่างคู่สมรส

ครอนเนทเวท และคานส์ วิลสัน (Cronnenwett and Kunst-Wilson 1981: 198) กล่าวว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสนั้นเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันอย่างเหนียวแน่น คู่สมรสจึงเป็นแหล่งของการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะผลทางด้านจิตใจ และถือได้ว่าเป็นแหล่งของการช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพที่สุด เช่นเดียวกับ คอห์ และดีโลจิส (Coyne and Delogis 1986: 455) กล่าวว่า การที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสที่เพียงพอ จะเป็นการบ่งชี้ถึงการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในชีวิตสมรส

ในการดำเนินชีวิตสมรสหรือชีวิตคู่ ซึ่งเป็นชีวิตที่แตกต่างไปจากชีวิตโสดอย่างมาก ต้องมีความรับผิดชอบสูง และต้องการการปรับตัว อย่างมีประสิทธิภาพของคู่สมรสทั้งสองที่ต้องให้

ความเห็นอกเห็นใจกัน การเสียสละ ความอดทน ความรัก ความอบอุ่น และการปรับสภาพจิตใจ
ทางเพศให้เข้ากัน รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ต่อกันอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพของคู่สมรส

การที่ชายหญิง 2 คน ต้องมาใช้ชีวิตคู่ อยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยา นั้น ซึ่งต่างฝ่ายก็ได้รับการอบรมเลี้ยงดูมาในลักษณะที่ไม่เหมือนกัน แม้วิาบางคู่จะมีความรู้จักคุ้นเคยกันมาตั้งแต่เยาว์วัยก็ตาม และอีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบพื้นฐานความเป็นอยู่ของแต่ละฝ่าย หรือว่าเพิ่งจะได้ทราบเรื่องราวส่วนตัว ในช่วงที่รักกันมาก่อนการแต่งงานไม่นาน อย่างไรก็ตามนับเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง ที่บุคคลทั้งสองจะต้องศึกษา เรียนรู้ ปรับตัวเพื่อชีวิตคู่จะได้ประสบความสำเร็จจนถึงชีวิตอันปลาย ปัจจัยต่างๆ ที่จะเอื้ออำนวยให้ใช้ชีวิตสมรสประสบความสำเร็จได้ดังต่อไปนี้ (สุริย์ กาญจนวงศ์ 2523 อ่างโน พิมพ์พิมล ศรีทิพย์ 2523: 27-29)

1. ประสบการณ์ในวัยเด็ก บุคคลที่มีชีวิตในวัยเด็กอยู่ในครอบครัวที่เป็นสุขราบรื่น ก็มักจะมีความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิตสมรสด้วย
2. อายุแรกสมรส คู่สมรสพึงมีอายุอันสมควร นั่นคืออย่างน้อยต้องบรรลุนิติภาวะแล้ว อยู่ในวัยที่สามารถสร้างฐานะอันมั่นคงได้ ซึ่งควรจะอยู่ในช่วงอายุ 28-30 ปี การแต่งงานเมื่ออายุยังน้อยหรือยังอยู่ในระหว่างการศึกษา หรือเนื่องจากการตั้งครรรค์ก่อนแต่งงาน โอกาสที่จะมีการหย่าร้าง จะมีสูงมาก
3. ฐานะทางเศรษฐกิจ และความมั่นคงในอาชีพ ซึ่งคู่สมรสควรมีอาชีพการงานที่แน่นอน เพื่อเป็นการปูพื้นฐานของครอบครัวซึ่งต่อไปจะมีบุตร หน้าที่เลี้ยงดูบุตร และส่งเสริมการศึกษาบุตร
4. มีเจตคติ ความสนใจกิจกรรม และค่านิยมที่คล้ายคลึงกัน อันจะส่งผลต่อความสุขความสำเร็จในชีวิตสมรสได้

5. บุคลิกภาพและอัถมโนทัศน์ นั่นคือ มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ เป็นเพื่อนคิดที่ดี มีความมั่นใจในตนเอง และไม่ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลางมากเกินไป

6. มีความต้องการและความพึงพอใจที่สอดคล้องกัน และยอมรับความต้องการของแต่ละฝ่าย

7. มีบทบาทที่เหมาะสมสอดคล้องกับความคาดหวังของคู่สมรส

8. เรียนรู้การสื่อความหมาย อันจะแสดงถึงความรู้สึก อารมณ์ ความคิด เพื่อปรับความเข้าใจกันได้อย่างถูกต้อง

9. ยอมรับในเรื่องส่วนตัว เช่น คู่สมรสต้องการใช้เวลาอ่านหนังสือเงียบ ๆ หรือต้องการทำงานส่วนตัว จึงไม่สมควรที่ฝ่ายหนึ่งจะไปรบกวน

10. มีความซื่อสัตย์ต่อกัน โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งเป็นสาเหตุแห่งความรำคาญในครอบครัว และชีวิตสมรสต้องพึงพินาศ เนื่องจากสามีภรรยาไม่มีความซื่อสัตย์ต่อกัน เช่น สามีมีภรรยาบ่อย หรือภรรยามีชู้ เป็นต้น

เจอร์ราร์ด (Jourard 1963 : 40) ได้กล่าวไว้ว่า สามีภรรยาที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะประกอบด้วย ลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีมโนทัศน์ของบุคลิกภาพที่ตรงกัน หรือใกล้เคียงกัน
2. มีลักษณะที่พึงพอใจซึ่งกันและกันมากกว่าที่ไม่พึงพอใจ
3. มีความรู้สึกห่วงใยและใส่ใจกับความสุขและความก้าวหน้าของกันและกัน
4. มีการแสดงออกในทางที่จะส่งเสริมความก้าวหน้าและความสุขของอีกฝ่ายหนึ่ง
5. มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผยและเต็มที่
6. มีความคาดหวังและเรียกร้องความต้องการจากอีกฝ่ายหนึ่งอย่างมีเหตุผล
7. มีความเคารพและยอมรับในสิทธิอันชอบธรรมที่พึงมีของอีกฝ่ายหนึ่ง

นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยถึงลักษณะของครอบครัวที่มีคุณภาพ ได้สรุปถึงลักษณะของครอบครัวที่มีคุณภาพไว้ 6 ประการ คือ (Mace, ed. 1983: 27-38 อ้างใน กิตติพันธ์ นนทบุรีมาตุลย์ 2532: 25-27)

1. การชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว คุณสมบัติประการแรกนี้ มีความสำคัญมากที่สุด และควรได้มีการแสดงออกอย่างชัดเจนโดยคนในครอบครัวมีการแสดงความรู้สึก แสดงการกระทำว่าพอใจ และเห็นคุณค่าของกันและกัน ซึ่งจะ เป็นพื้นฐานให้เกิดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว

2. มีเวลาอยู่ร่วมกัน การที่ทุกคนในครอบครัวได้ร่วมกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน และเป็นกิจกรรมที่ทุกคนพอใจทำร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหารโดยพร้อมหน้ากัน การสนุกสนานรื่นเริงร่วมกัน และการทำงานร่วมกัน หรือมีกิจกรรมกลางแจ้งร่วมกัน เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน ทักทายร่วมนกัน เป็นต้น

3. การมีพื้นที่ต่อความสุข และสวัสดิภาพของครอบครัวร่วมกัน ชีวิตในปัจจุบันมักไม่มีใครมีเวลาว่าง ทุกคนต้องวุ่นวายกับภาระหน้าที่ของตนเอง ครอบครัวที่มีคุณภาพก็ประสบปัญหาได้ด้วยแต่ครอบครัวเหล่านี้ จะมานั่งลงพร้อมหน้ากัน และเล่าให้คนทั้งครอบครัวฟังว่า กิจกรรมที่วุ่นวายของแต่ละคนนั้นมีอะไรบ้าง และเป็นอย่างไร ด้วยวิธีการแสดงให้เห็นว่าเวลาไม่ได้เป็นอุปสรรคของการหวัง ไขสวัสดิภาพของกันและกันในครอบครัว

4. การติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นอย่างดี โดยมีการพูดคุยกันเสมอ ประการสำคัญสมาชิกในครอบครัวมักจะเป็นผู้ฟังที่ดี และมีความไว้วางใจต่อกัน และ เรื่องที่ละ เว้นการกล่าว เสียดไม่ได้ก็คือ ครอบครัวทุกครอบครัวย่อมมีเรื่องขัดแย้งทะเลาะกัน ครอบครัวที่มีคุณภาพก็เช่นเดียวกันแต่ครอบครัวเหล่านี้ คนในครอบครัวจะนำความขัดแย้งออกมาพูดกันไม่ปกปิด ไม่เก็บไว้ในใจ แต่พยายามที่จะร่วมรับรู้ความรู้สึกของกันและกัน และพยายามหาทางเลือก ทางแก้ไขที่ดีที่สุดสำหรับทุกคน

5. การมีศรัทธาต่อศาสนาอย่างแรงกล้า ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใด คนในครอบครัวจะมีศรัทธาต่อศาสนานั้น ๆ ในระดับสูง และมักจะมีกิจกรรมทางศาสนาด้วยกัน เช่น เข้าโบสถ์ทุกวันอาทิตย์ หรือเข้าฟังเทศน์ร่วมกัน การที่คนในครอบครัวมีศรัทธาต่อศาสนา จะทำให้มีสติ มีความอดทนต่อกัน มีการยกย่องผู้อื่นสูง ระวังความโกรธได้เร็ว และรู้จักที่จะช่วยเหลือผู้อื่น

6. การมีสมรรถนะจัดการกับวิกฤตการณ์ในครอบครัวได้อย่างดี คุณสมบัตินี้เป็นการสกัดกั้น และป้องกันปัญหาสังคมได้อย่างดี กล่าวคือ ครอบครัวที่มีคุณภาพมักจะมีวิธีการที่ดีในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่วิกฤต ให้กลับคืนสู่สภาพที่ดีเช่นเดิมได้ แม้ว่าการประสบปัญหาความทุกข์ยากจะเป็นธรรมชาติของมนุษย์ แต่ครอบครัวที่มีคุณภาพจะจัดการได้ดี แม้จะยากลำบากอย่างที่สื่อกฎก็ตาม คนในครอบครัวจะมีความมั่นใจ ไว้วางใจ และร่วมกันต่อสู้กับปัญหา แทนที่จะทอดทิ้ง หรือแตกแยกกันไปคนละทิศละทาง พวกเขาจะให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และร่วมกันคลี่คลายปัญหาได้ในที่สุด

การประเมินสัมพันธภาพของคู่สมรส

การประเมินคุณภาพในชีวิตสมรส ได้รับความสนใจมาตั้งแต่ทศวรรษที่ผ่านมา แนวความคิดที่ใช้ในการประเมินคุณภาพในชีวิตสมรสสามารถดูได้จาก ความมั่นคงในชีวิตสมรส (Marital Stability) ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Marital Satisfaction) ความสุขในชีวิตสมรส (Marital Happiness) การปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment) และความสนิทสนมอย่างแน่นแฟ้นในชีวิตสมรส (Marital Intimacy) แวริง และแพตตัน (Waring and Patton 1991: 23)

เบียแมน และลีฟ (Berman and Lief 1975: 585) เป็นผู้ริเริ่มนำมาจากความสนิทสนมอย่างแน่นแฟ้นในชีวิตสมรส มาใช้ประเมินคุณภาพในชีวิตสมรส โดยกล่าวไว้ว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในชีวิตสมรสของคู่สมรสแต่ละคู่ขึ้นอยู่กับระดับของอำนาจ (Power) ความสนิทสนมอย่างแน่นแฟ้น (Intimacy) และขอบเขต (Boundary) ต่อมา (Waring and Chelune 1983: 183) ได้ศึกษาอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับ ความสนิทสนมอย่างแน่นแฟ้นในชีวิตสมรส และ

ได้ให้คำจำกัดความ ในเชิงปฏิบัติของความสนิทสนมอย่างแน่นแฟ้นในชีวิตสมรสว่าประกอบด้วย 8 ด้าน คือ การแก้ปัญหาความขัดแย้ง ความรักใคร่อาทร การมีพันธะผูกพันต่อกัน การมีเพศสัมพันธ์ ความเป็นเอกลักษณ์ในชีวิตสมรส ความสอดคล้องกัน ความเป็นอิสระของคู่สมรส และการแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นร่วมกัน

จากคำจำกัดความเชิงปฏิบัติดังกล่าว แวริง และคณะ ได้นำมาใช้สร้างแบบวัดเพื่อประเมินสัมพันธภาพของคู่สมรส ซึ่งได้แก่ แบบวัด The Victory Hospital Intimacy Interview (VHII) และแบบวัด The Waring Intimacy Questionnaire (WIQ)

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัด The Waring Intimacy Questionnaire (WIQ) มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับสังคมไทย เพื่อใช้ประเมินสัมพันธภาพของคู่สมรสในกลุ่มแรงงานชาย

การเสริมสร้างสัมพันธภาพของคู่สมรส

เมื่อบุคคลเลือกที่จะแต่งงานมีครอบครัว ย่อมต้องการความสุข ความรักใคร่ปรองดองระหว่างคู่สมรส ความราบรื่นในการครองคู่ และความยั่งยืนของชีวิตคู่ตลอดไป แต่เพราะชีวิตครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักร และพัฒนาของชีวิตอยู่ตลอดเวลาทั้งด้านตัวบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว และการดำเนินชีวิต หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ก็อาจจะเกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส จนถึงหย่าร้างในที่สุด การเสริมสร้างสัมพันธภาพของคู่สมรสอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นเสมือนการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความมั่นคงแข็งแรง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งสำหรับการปรับตัวของบุคคล ทำให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามวัฏจักรของชีวิตได้เป็นอย่างดี

มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ถึงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ชีวิตครอบครัวมีความสุข และประสบความสำเร็จ ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่คู่สมรส แต่ยังไม่มีความรู้ถึงวิธีปฏิบัติที่

แน่นอน อย่างไรก็ตาม การ์ดอน (Gardon cited in Stinnett and Walters 1984: 109) ได้เสนอแนวคิด เรื่องการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างความสุข ความพึงพอใจในชีวิตสมรส 10 ประการ คือ

1. การให้ความรัก โดยการให้ความเอาใจใส่ แสดงความรักใคร่ ผูกพัน ไว้วางใจ และซื่อสัตย์ต่อกันอย่างสม่ำเสมอ

2. การมีอารมณ์ขัน โดยการพัฒนาความเป็นผู้มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขันในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. มีทักษะในการสื่อสาร ตระหนักถึงความสนใจของคู่สมรส ที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รับรู้ถึงความรู้สึก และแนวคิดของคู่สมรสในเรื่องต่าง ๆ และควรรหาโอกาสในการเปิดเผยถึงความต้องการ ความสนใจ และความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้คู่สมรสรับรู้ในเวลาที่เหมาะสม

4. มีกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอ ทั้งนี้ในบางครั้งจำเป็นต้องปฏิเสธ หรือเลื่อนกิจกรรมนอกบ้าน เช่น การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ การทำงานล่วงเวลา เป็นต้น เพื่อให้มีเวลาสำหรับกิจกรรมที่สามารถกระทำร่วมกันระหว่างคู่สมรส ซึ่งจะเป็นการพัฒนาความรู้สึก มีส่วนร่วมในชีวิตครอบครัว มีความผูกพันระหว่างคู่สมรสมากขึ้น

5. การมีมิตรภาพ โดยการเป็นมิตรกับเพื่อน ๆ ของคู่สมรส ย่อมรับต่อการมีกิจกรรมร่วมกันเป็นครั้งคราว จะทำให้สัมพันธภาพของคู่สมรสแน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น

6. ผสมผสานบทบาทอย่างเหมาะสม คู่สมรสจะต้องตกลงร่วมกันถึงการผสมผสานบทบาทที่คาดหวัง กับบทบาทที่เป็นจริงของแต่ละฝ่ายตั้งแต่ต้น เพื่อหลีกเลี่ยงการฝืนปฏิบัติบทบาทใด ๆ เพียงเพื่อต้องการเอาใจคู่สมรส หรือเพราะคิดว่าเป็นบทบาทที่ควรกระทำเท่านั้น

7. ความอดทน เรียนรู้ที่จะยอมรับพฤติกรรม และอุปนิสัยของกลุ่มสมรส เช่น การเป็นคน หงุดหงิด ซ้ำเติม หนื่อยง่าย เป็นต้น ต้องตระหนักว่าในโลกนี้ไม่มีผู้ใดที่สมบูรณ์แบบ และไม่มี ความบกพร่องเลย ให้คำนึงว่าคู่สมรสต้องอดทนต่อข้อบกพร่องของเรา ซึ่งอาจมีมากกว่าด้วยเช่นกัน

8. การปรับตัว คู่สมรสควรปรับตัวยอมรับซึ่งกันและกันตามความเป็นจริง และไม่ เข้มงวดต่อการดำเนินชีวิตของอีกฝ่ายหนึ่ง จนไม่สามารถเป็นตัวของตัวเองได้

9. เพศสัมพันธ์ ถึงแม้ว่าการแต่งงานไม่ได้มีจุดประสงค์ที่การมีเพศสัมพันธ์เพียงอย่าง เดียว แต่การไม่สามารถปรับตัวตอบสนอง และยอมรับต่อพฤติกรรมทางเพศระหว่างคู่สมรส ก็ อาจนำไปสู่ความขัดแย้ง และการแสวงหาความสุขทางเพศภายนอกบ้าน จนถึงการทำร้ายในที่สุด ดังนั้น การเรียนรู้ความต้องการ และการตอบสนองทางเพศที่นำความสุข ความพึงพอใจให้แก่กัน และกัน จึงเป็นสิ่งที่คู่สมรสทุกคนควรตระหนักถึง และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

10. การแบ่งปันประสบการณ์ โดยการให้ความสำคัญถึงการแบ่งปันประสบการณ์ ทั้งใน ด้านความสุข และความทุกข์ ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า มีความสุขร่วมเสรมทุกข์ร่วมด้าน จะเป็นการ ยอมรับในความสำคัญซึ่งกันและกันว่าสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้ทุกสถานการณ์ ก่อให้เกิดความเปิด แก่คู่สมรส และเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ถึงแนวทางแก้ไขปัญหาดัง ๆ ร่วมกัน

สัมพันธภาพของคู่สมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

สัมพันธภาพของคู่สมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เนื่องจาก สัมพันธภาพของคู่สมรส เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน เป็นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่มี ความสนิทสนม ลึกซึ้งและผูกพันกันมากที่สุด (วันทิพย์ วาสีละสิน 2526: 92-93) สัมพันธภาพของ คู่สมรสจะประกอบไปด้วย การแก้ปัญหาความขัดแย้ง ความรักใคร่อาทร การมีพันธะผูกพันต่อกัน การมีเพศสัมพันธ์ ความเป็นเอกลักษณ์ในชีวิตสมรส ความสอดคล้องกัน ความเป็นอิสระของคู่สมรส และความแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นร่วมกัน แวริง และเรดดอน กับ แวริง และคณะ (Waring and Reddon 1983: 54; Waring, ed al.1981: 161, 1980: 471-472)

วันทนี วาสิกะสิน (2526: 102-103) องค์ประกอบเหล่านี้ ทำให้คู่สมรสมีความเข้าใจกัน เต็มใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุข มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยติดต่อสื่อสารในเรื่องต่าง ๆ กันอย่างเปิดเผย ตลอดจนมีการยอมรับในคุณค่า และเคารพในศักดิ์ศรีของอีกฝ่ายหนึ่ง นอกจากนี้คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรับผิดชอบ โดยไม่นำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาสู่กันและไม่นอกใจกัน

สัมพันธภาพของคู่สมรสจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตรายมากที่สุด และกำลังแพร่ระบาดเข้ามาสู่ครอบครัวมากขึ้นในปัจจุบัน ดังที่ นีกวาเย และบิกการ์ (Neequaye and Bigger 1991: 918) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในแอฟริกาตะวันตกพบว่า ความไม่มั่นคงในชีวิตสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคเอดส์ กล่าวคือ คู่สมรสมีอัตราการทำร้ายกัน ถึงร้อยละ 29 หลังจากมีการทำร้ายกัน ฝ่ายชายจะเที่ยวสาธอนทางเพศกับหญิงบริการทางเพศ ส่วนฝ่ายหญิงส่วนหนึ่งจะเป็นหญิงบริการทางเพศ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการเงิน

มาลี เกือนพคุณ (2535: 127) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของสามีและภรรยา ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสามี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นสามีซึ่งมาเยี่ยมภรรยาที่ติดกอนไขหลังคลอด ผลการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสามี อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาดังกล่าวทั้งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และการศึกษาของ เอ็มพร กาญจนรังสีชัย (2532: 94) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากกลุ่มญาติรวมทั้งสามี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานชาย นอกจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของคู่สมรสแล้ว

ปัจจัยทางด้านสังคมประชากร ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

อายุ เป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังที่ โอเรม (Orem 1980: 154) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่อง การดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเอง ได้ดีกว่าวัยเด็ก

คาสลีย์ และคอบบี้ (Kasli and Cobb 1966: 249) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล

แฮร์ริส และกูเติน (Harris and Guten cited in Brown and McGreedy 1986: 317) และจากการศึกษาของ แลงกี (Langie 1977: 254) ต่างก็ให้ผลสอดคล้องกันว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งจะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมาก ซึ่งแลงกี (Langie) ได้กล่าวว่า อาจเป็นเพราะ เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนมากขึ้น และเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เนื่องจากแรงกดดันและความยุ่งยากในชีวิตเริ่มลดลง

มาลี เก็อนพุกุน (2535: บทคัดย่อ) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัลลาร์ด โรเบิร์ต (Allard Robert 1989: 448-452) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ พบว่า กลุ่มที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก

สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี ซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรคตับอักเสบบี ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ แผนกฝากครรภ์ แผนกหลังคลอดติดเชื้อ และคู่สมรสของผู้มาบริจาคเลือดที่ธนาคารเลือดของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่รับบริการเป็นโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตท้องที่รับผิดชอบของสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 218 ราย โดยทวิภาคี ผลการศึกษา พบว่า อายุสามารถอธิบายความแปรปรวนความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ หญิงอาชีพพิเศษที่มีอายุมากขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

ระดับการศึกษา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลให้แตกต่างกัน ดังที่ คาสล์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb 1966: 250) กล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงด้วย

มูเลนแคม และเซเลส (Muhlenkamp and Sayles 1986: 336) กล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค

โอแรม (Orem 1985: 108-109) กล่าวว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้ การใช้เหตุผล ความรู้ความเชื่อ และความเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2535: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา เรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในหญิงอาชีพพิเศษ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอแรม เป็นแนวทางในการศึกษา ศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตท้องที่รับผิดชอบของสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 218 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเฉพาะเจาะจงศึกษาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์ และคณะ (Evers, et al. 1989) เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ พบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ

วัฒนา วุฒิวรรณ (2532: 75) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้ และไม่ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กามโรค เขต 3 จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้เพราะว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับกามโรคและโรคเอดส์ จึงทำให้มีการปฏิบัติในการป้องกันกามโรคและโรคเอดส์ได้ถูกต้องมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สำเริง แสงซื่อ และคณะ (2531: บทคัดย่อ) ที่พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา

จินตนา เหลืองสุวรรณ (2534) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และเจตคติต่อโรค กับพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-21 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดคลองบางชื่อจำนวน 200 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภาพ ไบแก้ว (2528: 8-9) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 100 คน เป็นชาย 50 คน หญิง 50 คน ศึกษาโดยใช้แบบ

สอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรินทร์ บางท่าไม้ (2535: 66-81) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพนักงานและคนงานชาย ในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดสระบุรี พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพนักงานและคนงานชายที่มีการศึกษาสูงกว่า จึงมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ดีกว่าพนักงานและคนงานชายที่มีระดับการศึกษาต่ำ

รายได้ของครอบครัว เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังที่ เพนเดอร์ (Pender 1982: 161-162) กล่าวว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงบริการสาธารณสุขดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ

โอแรม (Orem 1985: 175) กล่าวว่า ทั้งในด้านการศึกษาหาความรู้ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รายได้จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534: 44) ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในหญิงอาชีพพิเศษ ศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษในเขตท้องที่ที่รับผิดชอบของสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 218 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ

กาญจนา บุญทับ (2534: 8-11) ศึกษาเรื่องปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ ณ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ประเทศไทย จำนวน 150 ราย โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสร้างโดย สมัย กาญจนเมธูร (2533) และประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย บราวน์ (Brown 1986) พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ ยิ่งรายได้ดีก็จะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น

สมทรง ศุภศิลป์ (2526: ก-ข) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 386 ราย พบว่า รายได้ครอบครัวต่อปีของมารดา มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534: ก-ข) ศึกษาเรื่องความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มมารดาของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี ศึกษาในกลุ่มมารดาที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี

ระยะเวลาของการสมรส เป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังที่ มาลี เกื้อนพคุณ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสามี พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ คือ ประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาของการสมรส และอาชีพ โดยสามารถทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสามีได้

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สมพันธภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

ของบุคคลเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการสมรส จำนวนบุตร จำนวนบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ และลักษณะครอบครัว มาเป็นตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์หรือไม่ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานชาย โดยใช้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมา เป็นแนวทางในการศึกษาดังกรอบแนวคิดแสดงในแผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 6

กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมประชากร การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
สัมพันธ์ภาพของคู่สมรส กับพฤติกรรมกำบังโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานชาย

