

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของทหารเกณฑ์ กองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเอดส์ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาวรรณกรรมตามลำดับดังนี้

- 1) พฤติกรรม
- 2) พฤติกรรมที่เสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในทหารเกณฑ์
- 3) โรคเอดส์
- 4) เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 5) กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

#### 1) พฤติกรรม

##### มโนทัศน์ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2527 : 97) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งทั้งที่มีอยู่ภายในหรือแสดงออกมาภายนอก

ประภาณีญา สุวรรณ (2527 : 155) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่มีได้ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

เมื่อพร ทองกระจาย (2530 : 3) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้ โดยพื้นฐานทางจิตวิทยามีความเชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำย่อมมีสาเหตุ มีจุดมุ่งหมาย และในขณะเดียวกันก็มีแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจให้กระทำ ด้วยเหตุที่จุดมุ่งหมายนั้นเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์ได้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความต้องการ หรือจุดมุ่งหมายแล้ว พฤติกรรมก็สิ้นสุดลงมนุษย์อยู่ในภาวะสมดุล (Homeostasis)

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ทั้งที่ปรากฏออกมาภายนอกหรือที่มีอยู่ภายใน สามารถวัดได้ว่ามีหรือไม่มี

ในด้านการจัดการศึกษาหรือการให้ศึกษานั้น จุดมุ่งหมาย คือ การเกิดพฤติกรรม

3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
2. พฤติกรรมด้านเจตคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสุขภาพอนามัย และจะบอกถึงแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ เชื่อว่าบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพย่อมจะมีแนวโน้มจะปฏิบัติได้ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการให้ศึกษา ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้และเจตคติ ความเชื่อ แต่กระบวนการในการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน

#### พฤติกรรมด้านความรู้

ความรู้ (Knowledge) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของมนุษย์ เพราะความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ หรือรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ ความรู้ไม่ใช่เรื่องความจำเท่านั้นจะต้องคำนึงถึงข้อเท็จจริง และความคิดรวบยอดในความเป็นจริง โดยหลักการแล้วจะต้องประกอบด้วยความสามารถใน

การจำและความเข้าใจจนถึงเกิดความคุ้นเคย ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติ สัญชาตญาณ หรืออวกุณิภาวะ หรืออาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้มีความรู้ในสิ่งนั้น ๆ โดยผ่านกระบวนการของเหตุผล การอธิบาย การแปลความหมาย การเปรียบเทียบ การตัดสินใจ และการมองเห็นภาพ (ชม ภูมิภาค 2516) และความรู้ยังเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่าง ๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของรู้นั้น ย้ำในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยง จัดระบบใหม่ (Bloom 1975) ความรู้จึงเป็นเสมือนขุมพลังอย่างหนึ่งของบุคคล และการที่บุคคลได้รับความรู้ จะทำให้บุคคลทำความเข้าใจกับรู้นั้น ๆ ความเข้าใจนี้อาจแสดงออกมาในรูปของการพูด แสดงความคิดเห็นหรือข้อสรุป ในความคาดหวังหรือหวังว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นตามที่บุคคลนั้น เข้าใจ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ขึ้นเอง

ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า "ความรู้" เป็นนามธรรมที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะอย่างหรือเรื่องทั่วไป เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการจัดระบบข้อมูลใหม่ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษา ค้นคว้า การสังเกตหรือจากประสบการณ์ที่ต้องอาศัยเวลาเก็บรวบรวมสะสมไว้ เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิด อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

#### พฤติกรรมด้านเจตคติ

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 1) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต 2526 : 814) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล โดยที่บุคคลนั้นอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของ

ความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือ สมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้ม ในการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล (Rokeach 1970 : 214) ความเชื่อหรือความรู้สึก นึกคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าจะประสบการณ์นั้นจะเป็น โดยทางตรงหรือทางอ้อม และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถ ปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย (สุธีรา อายุวัฒน์ 2527 : 1 - 2)

ดังนั้น ในการศึกษาพฤติกรรมด้านเจตคติที่ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al. 1975, 1977) มาใช้เป็นส่วนประกอบ ในการศึกษา ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์และคณะนี้ได้พัฒนามาจากแบบแผน ความเชื่อของ โรเซนสต็อก (Rosenstock) ฮอว์ทอม (Hochbaum) และคีเกิลส์ (Keagles) โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในด้านต่าง ๆ เข้าเป็นองค์ประกอบ ของแบบแผนความเชื่อ เพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกัน โรคของบุคคลทั้ง ผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย ดังนี้

การที่บุคคลจะเกิดความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือปัญหา สุขภาพนั้นจะต้องมีองค์ประกอบต่อไปนี้ คือ

- 1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
- 3) การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

4) แรงจูงใจด้านสุขภาพ

5) ปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ

ระยะเวลาในการศึกษา รายได้เฉลี่ย และการมีประวัติของบุคคลในครอบครัวและเพื่อน เป็น สิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติ (Becker 1974 : 88 - 89)

### 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (percieved susceptibility)

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่คิดว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้น มีผลทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมที่บุคคลนั้นคิดว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งได้มีการวิจัยหลายฉบับ พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Heinzelman 1962; Elling, et al. 1962 อ้างใน Becker 1977 : 410; Hallal 1982 : 137 - 142)

### 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (percieved severity)

แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ตาม พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่แสดงออก จนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายชีวิต หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น ปัจจัยนี้มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของ โรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย มิได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ๆ

### 3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกัน (percieved benefit and barrier)

ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรค เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป แต่ไม่ได้เป็นสิ่งที่กำหนดไว้ว่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไร (Becker et al. 1977 : 348) การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ และความเชื่อต่อประโยชน์ ตลอดจนอุปสรรคความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย นั่นก็คือ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคและลดความรุนแรงของ โรค (Becker and Maiman 1975 : 13 - 25)

#### 4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation)

เป็นภาวะที่จำเป็นต่อการกระทำเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย และเป็นตัวกำหนดการรับรู้สุขภาพแวดล้อมของบุคคล สามารถแสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในและเป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล โดยบุคคลจะพยายามลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ โดยการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย โดยจะเห็นว่าบุคคลที่มีความพร้อมต่างกัน การดูแลสุขภาพของบุคคลย่อมต่างกันด้วย แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสามารถวัดได้ทั้งภาวะเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพดี ในรูปความต้องการ ความตั้งใจ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ

#### 5. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (modifying factors)

เป็นปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อันได้แก่ ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านประชากรรวมทั้งสิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพดีและในขณะเจ็บป่วย ดังนี้

ปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับความเชื่อของตน และความต้องการของสังคมรอบข้าง ซึ่งการศึกษาทางด้านจิตวิทยาสังคมพบว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลมักขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนผู้ใกล้ชิด จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคลอย่างมาก (เอื้อมพร กาญจนรังสิชัย 2532 : 24)

ปัจจัยด้านประชากร เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Harris and Guten อ้างใน Brown and Mc. Greedy 1989 : 317) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ กันดังนี้

เพศ : จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า เพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นั่นคือ เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัว ตลอดจนทัศนคติต่อการเจ็บป่วย โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศชาย (Anderson and Noris 1972 : 352 อ้างใน เขาวดี สุวรรณนาคะ 2532 : 38)

อายุ : เป็นองค์ประกอบหนึ่งซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังที่โอเรม (Orem 1980 : 154) ได้กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง ในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเขาเอง ได้ดีกว่าวัยเด็ก

ระดับการศึกษา : เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้แตกต่างกัน โดยทั่ว ๆ ไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 182) เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาในวัยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย (จรรยา สุวรรณทัต 2527 : 838) ในขณะที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะเป็นผู้ที่สนใจศึกษาค้นคว้าอยู่เสมอและมีโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้หลายประเภท โดยสามารถที่จะเรียนรู้ และทำความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ได้รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถแก่ตนเองมากขึ้น ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการรับรู้ และสามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

รายได้ของครอบครัว หรือฐานะทางเศรษฐกิจ : เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังที่เพนเดอร์ (Pender 1982 : 161 - 162) กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขดีกว่าผู้มีรายได้น้อย

ตามแนวคิดนี้แสดงว่าถ้าบุคคลยอมรับว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรง ยอมรับว่าการกระทำเพื่อป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์ต่อตัวเขาการที่จะกระทำนั้นมีอุปสรรคขัดขวางน้อย และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคนั้น (Becker and Maiman 1975 : 10 - 24) รวมทั้งปัจจัยร่วมอื่น ๆ อันเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตัว

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ ซึ่งก็มีทั้งสอดคล้องและไม่สอดคล้องดังต่อไปนี้

แฮลลอล (Hallol 1982 : 137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 207 คนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาเช่นเดียวกันนี้กลับพบว่า คะแนนการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดย 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพดี ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้งเท่านั้น

สุกัญญา นรวิทย์ (2532) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ จำนวน 150 ราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันกามโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวก

พวงพยอม การภิญโญ (2526) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในโรงพยาบาล 3 แห่ง ศิริราช พระมงกุฎเกล้าและวชิรพยาบาล จำนวน 126 คน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยเบาหวาน

สุภาพ ไบแก้ว (2528) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเช่นกัน

#### พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมขั้นนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญาหรือ



ความรู้ ความคิด และพฤติกรรมด้านเจตคติหรือความเชื่อเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพอนามัยถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี

### พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรค ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 154 - 169) ได้อธิบายว่า เป็นพฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เป็นโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง

การที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้นจะต้องมีปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน โรเซนสต็อค (Rosenstock 1974 : 3 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ : 2527) อธิบายว่าบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายแก่ชีวิตของตน มองเห็นประโยชน์ของการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อลดโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรค และประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นยังประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

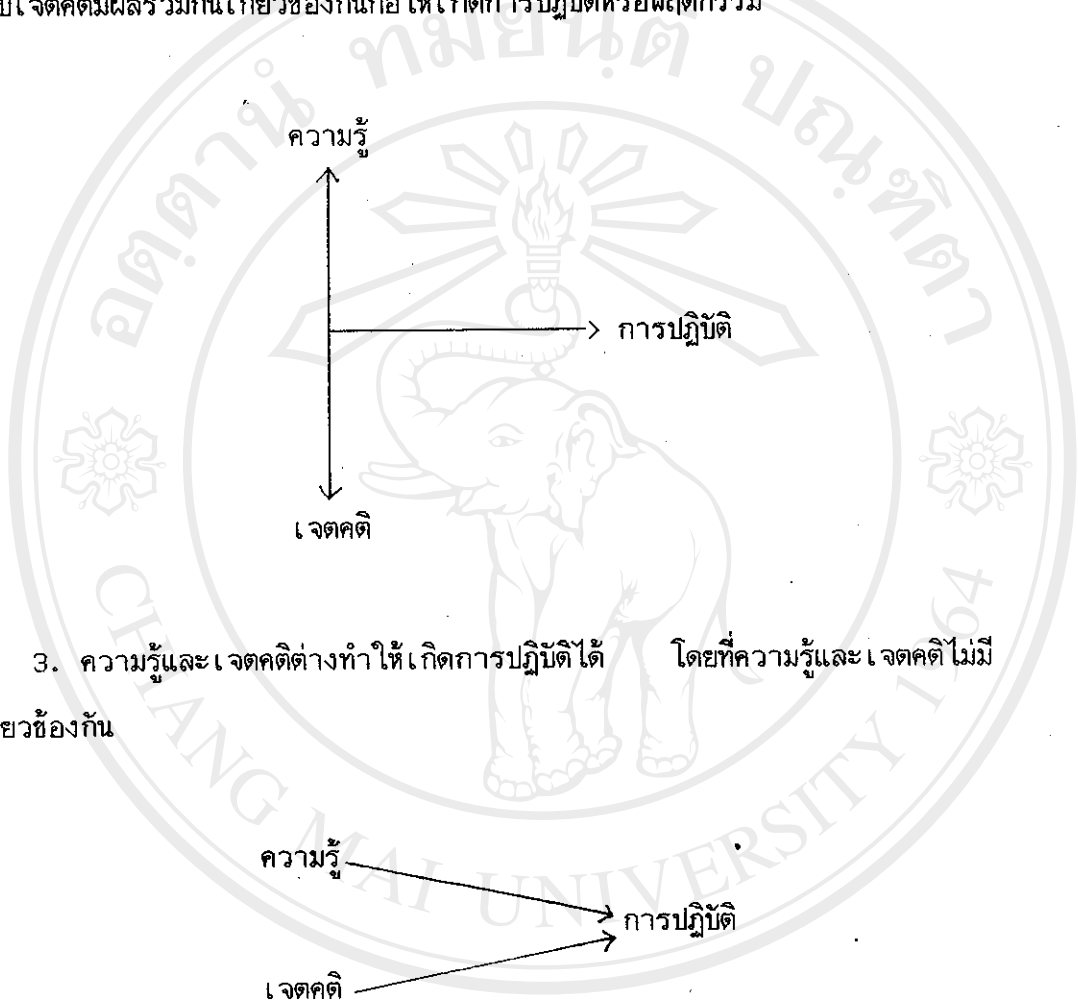
### ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับพฤติกรรมการปฏิบัติ

ชวาร์ท (Schwartz 1975 : 28 - 31) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไว้ 4 รูปแบบ คือ

1. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามเจตคติ และความรู้ที่บุคคลนั้นมีอยู่ โดยมีเจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ คือ เจตคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามเจตคตินั้น

ความรู้ —————> เจตคติ —————> การปฏิบัติ

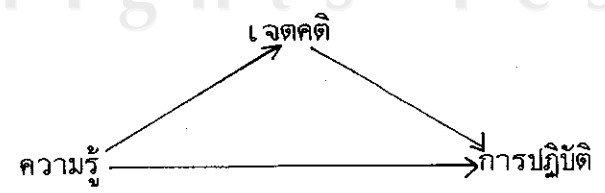
2. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ และเจตคติที่มีความสัมพันธ์กัน หรือ ความรู้กับเจตคติมีผลร่วมกันเกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรม



3. ความรู้และเจตคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่มีความเกี่ยวข้องกัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อเจตคติก่อนแล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเจตคตินั้น



ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และ เจตคติและพฤติกรรมการปฏิบัติไว้ดังนี้

ความรู้หรือประสบการณ์เดิมของบุคคลช่วยในการเกิดเจตคติและเป็นตัวกำหนด เจตคติของบุคคล นอกจากองค์ประกอบด้านความรู้แล้ว เจตคดียังประกอบไปด้วยองค์ประกอบ ด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ เจตคติจะมีบทบาทในการช่วยให้บุคคลแสดงออกถึงค่านิยม ต่างๆ เจตคติไม่ได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดี่ยวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่เป็นสาเหตุอย่างหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดหรือ เป็นที่มาของการปฏิบัติและการปฏิบัติของบุคคลจะทำให้เจตคติเปลี่ยนแปลงและ เกิดเจตคติขึ้นใหม่ได้ นอกจากนั้นการปฏิบัติของบุคคลนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากเจตคติอย่างเดี่ยว แต่เป็นผลที่เกิดจากการครองชีวิต (Norms) นิสัย (Habits) และสิ่งคาดหวังจากผลของการกระทำด้วย

**ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์**

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน และไม่มียาหรือวิธีการรักษาที่ได้ผลแน่นอน ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นสิ่งจำเป็นและการที่จะต้องป้องกันโรคเอดส์เป็นหน้าที่ของ ทุก ๆ คนจะต้องให้ความร่วมมือ ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง หรือบุคคลกลุ่มใด กลุ่มหนึ่ง ทุกคนจะต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและจะต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรค และเจตคติต่อโรคดังนี้ คือ

1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับเจตคติของบุคคลต่อโรคเอดส์คือความรู้เรื่องโรคเอดส์เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของเจตคติของบุคคลต่อโรคเอดส์ กล่าวคือ สมมุติของบุคคลจะต้องมีการรับรู้ข้อเท็จจริง เรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งขั้นตอนนี้บุคคลจะต้องมีความสนใจ มีการใส่ใจ มีการวิเคราะห์ข้อมูล จัดหมวดหมู่ ทำให้เกิดความเข้าใจ มีการตัดสินใจว่าสิ่งใดถูก สิ่งใดผิดบุคคลจะต้องจำได้ และเกิดความรู้สึกที่มีต่อโรคเอดส์ อาจเป็นไปในทางที่ดี ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องขึ้นอยู่กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ได้รับ เกิดเป็นความพร้อมที่จะปฏิบัติซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความคิดและความรู้สึก ซึ่งถ้าไม่มีกระบวนการดังกล่าว

ข้างต้นก็จะไม่เกิดเจตคติในบุคคล มีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนแนวความคิดในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ คือ การศึกษาของสมจินต์ เพชรพันธ์ศรี (2532 : 8) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวก กับเจตคติการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และหรรษา เทียนทอง (2535 : ๒) พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. เจตคติของบุคคลต่อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ โรเดี่ยช กล่าวไว้ว่า ความรู้สึก ความเชื่อหรือเจตคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานหรือพฤติกรรมที่แสดงออก (Rokeach : 1970 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2520 : 3) คือ เจตคติความเชื่อของบุคคลที่มีต่อโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งได้จากระบบการรับรู้ และความรู้ที่ฝังอยู่ในบุคคล เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง หรือเป็นความร่วมมือที่จะปฏิบัติต่อโรคเอดส์ ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เมื่อมีเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเอดส์ บุคคลจะเกิดความสนใจหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เกิดเจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ซึ่งจะออกมาในรูปใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับ มีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุน แนวความคิดในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ หรือความเชื่อต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค คือ จากการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530 : ๒) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวก กับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจันทนา หล่อตระกูล (2532 : ๒) พบว่าผู้ป่วยโรคโซเลียสิส (Soliasis) ที่มีเจตคติหรือความเชื่อต่อโรคแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ คือ เมื่อบุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จะทำให้เกิดเจตคติหรือความเชื่อต่อโรคเอดส์ มีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามความรู้นั้น หรือพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

โรคเอดส์จะเป็นไปตามความรู้ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ โดยมีเจตคติหรือความเชื่อเป็นตัวกลาง เชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ นอกจากนี้การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคเอดส์จะช่วยให้บุคคลทราบถึงความจำเป็นและเหตุผลของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ แต่ในทางตรงกันข้ามการขาดความรู้ ความเข้าใจ ทำให้บุคคลไม่เห็นความสำคัญหรือความจำเป็นในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ดังนั้นการได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ จึงมีความจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของบุคคล ซึ่งมีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนแนวความคิดนี้ คือ การศึกษาของนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ข) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ โสพรรณ โพทะยะ (2532 : ก - ข) พบว่าการมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## 2) พฤติกรรมที่เสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อ โรคเอดส์ในกลุ่มทหารเกณฑ์

ทหารเกณฑ์ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยหนุ่มสาวคือ มีอายุระหว่าง 18 - 23 ปี พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์เป็นได้ 3 ทาง คือ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการติดยาเสพติด และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

### 1. พฤติกรรมทางเพศ

วัยหนุ่มสาวซึ่งเป็นวัยที่ต่อเนื่องมาจากวัยรุ่น (อายุ 12 - 18 ปี) ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจ อารมณ์ อันเป็นผลจากการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ มีสัญชาตญาณความอยากรู้อยากเห็น ความอยากรู้อยากเห็นและสัญชาตญาณทางกามารมณ์ (สุชา จันท์เอม 2522 : 16) วัยรุ่นชายจะชอบเที่ยวกลางคืน และมีเพศสัมพันธ์กับหญิงโสเภณีโดยเพื่อนรุ่นพี่พาไป วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ ได้ให้สัมภาษณ์กับสื่อมวลชนว่าชายไทยส่วนมากประมาณร้อยละ 47 เที่ยวผู้หญิงครั้งแรกอายุ 15 - 17 ปี และติดกามโรคเป็นครั้งแรกในวัยนี้ร้อยละ 40 ซึ่งเนื่องจาก

ไม่ใช่ถุงยางอนามัย ประกอบกับปัจจุบันนี้สภาพสังคมเต็มไปด้วยสิ่งเข้ายวน มีสถานเริงรมย์ต่าง ๆ เช่น สถานที่อาบอบนวด โรงน้ำชา ไนต์คลับ คอฟฟี่ชอป โมเต็ล ซ่องโสเภณี สถานที่เหล่านี้เป็นสิ่งที่น่าสนใจให้วัยรุ่นหลงเฟลิดเฟลน และมักจะปรากฏว่าวัยรุ่นชอบไปมีวุ่นในแหล่งเริงรมย์นี้ (สุชา จันท์เอม 2522 : 24) ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าสถานที่เหล่านี้จะเต็มไปด้วยชายและหญิงที่ขายบริการทางเพศ อันเป็นกลุ่มผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์สูง นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดมีพฤติกรรมทางเพศที่สำล่อน เป็นหนทางที่จะทำให้เชื้อโรคเอดส์มีการแพร่ระบาดได้

พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ในทวารเกณฑ์ ได้แก่

1. รักร่วมเพศชายที่สำล่อน เปลี่ยนคู่นอน คู่ชายเสมอ
2. รักร่วมทั้งสองเพศคือ ทั้งเพศชายด้วยกัน และยังร่วมรักต่างเพศด้วย และสำล่อนเปลี่ยนคู่นอนเสมอ
3. มีเพศสัมพันธ์กับชาย-หญิง โสเภณี
4. มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลแปลกหน้า คู่นอน คู่ชาย คู่รักของกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ (ประเสริฐ ทองเจริญ 2531 : 219 - 220)

การป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์จากการมีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของทวารเกณฑ์มีดังนี้

1. งดการมีเพศสัมพันธ์
2. ไม่สำล่อนทางเพศเช่น การเปลี่ยนคู่นอน คู่ชายเสมอฯ งดการมีเพศสัมพันธ์

กับชาย-หญิงอาชีพขายบริการทางเพศ คนแปลกหน้า ถ้ามีความจำเป็นให้ใช้ถุงยางอนามัย แต่ถุงยางอนามัยก็ไม่สามารถป้องกันได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ จะต้องเลือกใช้ถุงยางที่มีคุณภาพดี

3. อย่าให้เลือด น้ำอสุจิ น้ำปัสสาวะ น้ำหลังในช่องคลอด หรืออุจจาระของผู้ที่มีเชื้อโรคเอดส์ผ่านเข้าไปในปาก ช่องคลอด ทวารหนัก เยื่อเมือกหรือเยื่อบุตา โดยหลีกเลี่ยงการร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะผนังทวารหนักบางและอ่อนแอฉีกขาดง่าย โอกาสรับเชื้อมีมากถ้าเกิดการฉีกขาด หลีกเลี่ยงการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ของคู่นอน เพราะเชื้ออาจผ่านจากน้ำอสุจิหรือน้ำในช่องคลอด เข้าสู่แผลหรือรอยถลอกหรือเยื่อเมือกในปากได้

## 2.. พฤติกรรมการติดยาเสพติด

พบว่าในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดจะเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 16 - 25 ปี ถึงร้อยละ 60 (สุนัตรา สุภาพ 2525) ซึ่งเกิดจากความคึกคะนองอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง โดยการชักชวนหรือหลอกล่อของเพื่อนฝูง ครั้งแรกมักได้จากเพื่อน หรือผู้คุ้นเคยก่อนมากกว่าจะซื้อหาเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดที่ติดเชื้อโรคเอดส์มีเพื่อนสนิทที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดถึงร้อยละ 84.3 (สมพร โตศิริพัฒนา 2531)

พฤติกรรมการติดยาเสพติดที่อาจทำให้เชื้อโรคเอดส์แพร่ระบาด ได้แก่ การฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดดำซึ่งจะมีอัตราเสี่ยงสูงมาก หากใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกันหลายๆ คน ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติที่เป็นปกติของบุคคลกลุ่มนี้ ถ้ามีผู้ใดในกลุ่มติดเชื้อโรคเอดส์ เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาก็จะมีเชื้อโรคเอดส์ เมื่อนำไปฉีดกับคนอื่นๆ อีกต่อไปก็จะแพร่เชื้อต่อไปได้ สมพร โตศิริพัฒนา (2531 : 82) ได้ศึกษากลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่าร้อยละ 90 เสพยาร่วมกันเป็นกลุ่ม 2 - 5 คน โดยมีการใช้เข็มและอุปกรณ์การฉีดยาร่วมกัน ซึ่งสาเหตุที่ต้องใช้เข็มร่วมกัน เพราะสะดวก และปลอดภัยจากการถูกจับกุมมากกว่าการมีเข็มคนละอัน วิธีการทำความสะอาดเข็ม และอุปกรณ์การฉีดนั้นร้อยละ 92.8 ใช้น้ำธรรมดาที่สามารถหาได้ทั่วไป ซึ่งไม่สามารถทำลายเชื้อไวรัสเอดส์ที่อยู่ในเลือดที่คั่งค้างอยู่ในเข็มและกระบอกฉีดยาอันเนื่องมาจากวิธีการฉีด คือ มีการดึงเลือดเข้ามาในหลอดแล้วฉีดกลับเข้าไปใหม่ นอกจากนี้ยังมีการยืมเข็ม และกระบอกฉีดยาระหว่างกลุ่มอื่นอีกร้อยละ 61.4 และเสพยาร่วมกับกลุ่มอื่นอีกร้อยละ 58.6

ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในประเด็นที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด คือ

1. ไม่ทดลองเสพยาเสพติดทุกชนิด เพราะการติดยาเสพติดชนิดอื่นอาจเป็นหนทางนำไปสู่การติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด

2. เมื่อติดยาเสพติดชนิดฉีดแล้วควรปฏิบัติดังนี้

2.1 รักษาให้หาย

2.2 ถ้ารักษาไม่หายไม่ควรใช้เข็ม และอุปกรณ์ฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

2.3 ทำความสะอาดเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาให้ปราศจากเชื้อโรค อาจใช้วิธีต้มหรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

2.4 ควรไปรับการตรวจเลือดหาเชื้อโรคเอดส์

### 3. พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

เนื่องจากทหารเกณฑ์ต้องพักอาศัยรวมกัน มีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร การฝึกวิชาการทหาร พักอาศัย และนอนในบริเวณโรงนอนเดียวกัน ตลอดระยะเวลาเวลาประจำการ 2 ปี ซึ่งจะได้รับการปล่อยให้กลับไปเยี่ยมบ้าน หลังจากฝึกวิชาการทหารเริ่มแรกแล้ว 6 เดือนในช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์เป็นระยะๆ เท่านั้น ซึ่งสัญชาตญาณทางกามารมณ์ในช่วงวัยหนุ่มสาวนั้นทำให้มีโอกาสต่อการมีเพศสัมพันธ์กับทหารเกณฑ์ด้วยกัน ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์จากคู่อุปสรรค และ การดำเนินชีวิตประจำวัน บางครั้ง เป็นหนทางที่จะทำให้มีการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ เช่น การใช้อุปกรณ์บางอย่างที่มีโอกาสสัมผัสเลือดและเจาะผิวหนัง คือ แปรงสีฟัน ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บร่วมกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มาก่อน โดยไม่มีการทำความสะอาดอย่างถูกต้อง

ดังนั้นการป้องกัน คือ ไม่ใช้อุปกรณ์ดังกล่าว คือ แปรงสีฟัน ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บร่วมกับผู้อื่น ถ้ามีความจำเป็นต้องทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น ล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ หลังจากนั้นแช่ด้วยอัลกอฮอล์ 70% นาน 30 นาที

### 3) โรคเอดส์

#### ความหมายของโรคเอดส์

โรคเอดส์หรือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม (Acquired Immuno Deficiency Syndrome : AIDS) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอดส์ (Human Immunodeficiency Virus : HIV) เข้าสู่ร่างกายของมนุษย์แล้วไปทำลายเซลล์คุ้มกันซึ่งทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลนั้นเสื่อมหรือบกพร่อง จนเป็นเหตุให้ร่างกายอ่อนแอ มีอาการเจ็บป่วยบ่อยและรักษาไม่หาย ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และในที่สุดก็เสียชีวิต (Flaskerud 1989 : 1; โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข 2532 : 1; ประเสริฐ ทองเจริญ 2531 : 1 - 2)



### สาเหตุของโรคเอดส์

เชื้อที่เป็นสาเหตุ คือ ไวรัส ซึ่งค้นพบครั้งแรกในประเทศฝรั่งเศส โดยใช้ชื่อว่า Lymphadenopathy Associated Virus (L.A.V.) และต่อมาในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ค้นพบว่า ไวรัสที่เป็นต้นเหตุคือ Human T-cell Leukemia Virus III (H.T.L.V - III) ทั้ง L.A.V. และ H.T.L.V - III เข้าใจว่าเป็นไวรัสตัวเดียวกัน ต่อมา Executive Committee of the International Committee on Taxonomy of Viruses ได้ตั้งชื่อไวรัสชนิดนี้ใหม่ โดยให้ชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus (H.I.V.) (อำนาจ ไตรสุภา และคณะ 2530 : 1)

เชื้อไวรัสเอดส์จัดเป็นพวก Retrovirus ซึ่งมีความแตกต่างจากไวรัสโดยทั่วไป คือ เมื่อไวรัสจะเข้าไปในเซลล์แล้ว จะใช้เอนไซม์ Reverse Transcriptase เปลี่ยนยีนส์ R.N.A. ของมันให้เป็น D.N.A. เพื่อที่จะผสมผสานเข้าไปใน D.N.A. ของเซลล์ร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อเชื้อไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกายแล้วจะไปเจริญเติบโต และแฝงตัวอยู่ในเม็ดเลือดขาวชนิดเฮลเปอร์ ที-เซลล์ (Helper T-cell) หรือ  $T_4$  เมื่อ ที-เซลล์ มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน เชื้อไวรัสเอดส์ก็จะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนตามไปด้วยหรือเชื้อไวรัสเอดส์ จะเปลี่ยนที-เซลล์ให้ทำหน้าที่เป็นโรงงานผลิตไวรัสเอดส์ขึ้น ไวรัสเอดส์จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น ในระยะเวลาอันสั้นจนทำให้เฮลเปอร์ ที-เซลล์แตกสลายถูกทำลายไป (อนุวัตร ลัมสุวรรณ 2532 : 101)

เดิมเข้าใจว่าโรคเอดส์จะระบาดเฉพาะในกลุ่มบุคคล 4 กลุ่มหรือที่เรียกว่า "4H" ดังนี้ คือ กลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexual) กลุ่มติดยาเสพติด (Heroin addict) กลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเลือด (Hemophilia) กลุ่มชนชาวเฮติ (Hitian) ต่อมาพบว่าการระบาดของโรคเอดส์แพร่กระจายไปยังกลุ่มอื่น ๆ นอกเหนือจาก 4H อย่างรวดเร็ว เช่น กลุ่มร่วมเพศตามธรรมชาติ กลุ่มรักร่วมเพศ (Bisexual) จำนวนผู้ป่วยจึงเพิ่มขึ้นมาก

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (2532 : 5) ได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับรูปแบบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทั่วโลกไว้ดังนี้

1. การระบาดของทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และบางประเทศในแถบอเมริกากลางเริ่มระบาดตั้งแต่ค.ศ. 1970 ส่วนใหญ่เป็นบุคคลรักร่วมเพศหรือรักทั้ง 2 เพศ แต่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากรักต่างเพศมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด โดยใช้เข็มฉีดยา ครอบงอมฉีดยา และอุปกรณ์อื่น ๆ ร่วมกันพบการแพร่เชื้อทางรับเลือดมีอยู่น้อย เพราะมีการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อโรคเอดส์ในเลือดก่อนให้ทุกราย การแพร่ระบาดจากมารดาสู่ทารกพบได้น้อย

2. การระบาดในทวีปแอฟริกาแถบทะเลทรายซาฮาราตอนใต้ และบางส่วนของหมู่เกาะคาริบเบียน พบการระบาดของเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์เกิดจากการมีพฤติกรรมแบบรักต่างเพศเป็นส่วนใหญ่ ผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์เป็นชายและหญิงในสัดส่วนที่เท่ากัน ทารกที่ติดจากมารดาจึงมีอัตราสูง รวมทั้งการแพร่โดยการรับเลือด และใช้อุปกรณ์เจาะผิวหนัง เช่น เข็มฉีดยา เข็มสักผิว เพราะเลือดที่ให้กับผู้ป่วยมักไม่ได้รับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ อุปกรณ์ในการเจาะผิวหนังไม่ได้รับการฆ่าเชื้ออย่างเหมาะสมพบการแพร่ระบาดโดยการฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดและรักร่วมเพศน้อย เพราะในแถบนี้พบไม่แพร่หลาย

3. การระบาดในยุโรปตะวันออก แอฟริกาตอนเหนือ บางส่วนของละตินอเมริกา และทวีปเอเชีย รวมทั้งประเทศไทยยังพบน้อย ส่วนมากผู้ติดเชื้อในระยะแรก ๆ มักจะมีประวัติสัมผัสโรคกับคนในประเทศในรูปแบบที่ 1 และ 2 และส่วนมากจะพบในกลุ่มชาย และหญิง โสเภณี ผู้ฉีดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด

### การแพร่ระบาดในประเทศไทย

จากการศึกษาในเชิงระบาดวิทยา พบว่า รูปแบบการระบาดของเชื้อเอดส์ในประเทศไทย แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ 5 ระยะดังนี้ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข และสมศักดิ์ ภิญโญธรรมกร 2534 : 21 - 22)

ระยะที่ 1 ในช่วงปี พ.ศ. 2527 เป็นระยะที่เชื้อเอดส์เริ่มระบาดเข้ามาในประเทศไทย โดยมีการระบาดจำกัดอยู่ในกลุ่มคนจำนวนน้อย และมีพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะ อาทิเช่น ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ และเริ่มมีการตรวจพบผู้ป่วยโรคเอดส์บ้าง ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากต่างประเทศ

ระยะที่ 2 การระบาดของเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้ในปลายปี พ.ศ. 2530 มีต่ำกว่าร้อยละ 1 และในช่วงปลายปีพ.ศ. 2531 เพิ่มขึ้นถึงกว่าร้อยละ 40 การระบาดครั้งนี้เป็นรายงานของอัตราความชุกที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องของการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงที่สุด นักวิชาการหลายท่านคาดว่า การระบาดครั้งนี้ อาจมีความสัมพันธ์กับการปล่อยนกโทษซึ่งติดยาเสพติดชนิดฉีดเป็นจำนวนมากออกจากเรือนจำในช่วงปลายปี พ.ศ. 2530

ระยะที่ 3 การระบาดของเชื้อเอชไอวีรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ในเขตภาคเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งมีรายงานว่าสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นหญิงบริการทางเพศสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศอย่างมาก จากการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ (Sentinel HIV Serosurveillance) ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532 พบอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงบริการทางเพศสูงถึงร้อยละ 44 ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่าตกใจอย่างยิ่ง นักวิชาการเชื่อว่าการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้เกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดรักต่างเพศ จากการสำรวจติดตามในกลุ่มนี้ยังคงพบแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเรื่อยๆ และตรวจพบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในทุก ๆ ภาคของประเทศไทย

ระยะที่ 4 พบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่เกี่ยวข้องหญิงบริการทางเพศควบคู่ไปกับการระบาดในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มาขอตรวจหาโรคมีสูงถึงร้อยละ 4.2 เป็น दरชนที่ชีวิตได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้นักวิชาการได้คาดว่าจะมีประชาชนที่เป็นชายที่อยู่ในวัยที่จะเกี่ยวข้องกับหญิงบริการทางเพศได้ประมาณ 13 ถึง 15 ล้านคน ในจำนวนนี้อาจมีร้อยละ 50 เคยเกี่ยวข้องกับหญิงบริการทางเพศ และเชื่อว่ามีจำนวนไม่น้อยที่ได้สัมผัสเชื้อเอชไอวี และแพร่เชื้อเอชไอวีต่อไปเรียบร้อยแล้ว ในปีพ.ศ. 2533 เขตภาคเหนือได้สำรวจพบว่าชายหนุ่มที่มีอายุ 20 ถึง 23 ปี มีการติดเชื้อเอชไอวีแล้วประมาณร้อยละ 5 ถึง 10

ระยะที่ 5 การระบาดของเชื้อเอชไอวีในหญิงทั่วไปและทารกภายหลังจากการระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่เกี่ยวข้องหญิงบริการทางเพศแล้ว กลุ่มที่จะติดเชื้อเอชไอวีต่อไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ กลุ่มหญิงทั่วไปที่อาจจะเป็นแม่บ้าน หรือหญิงที่กำลังจะแต่งงาน หรือมี

เพศสัมพันธ์กับชายหนุ่มเหล่านี้ จากข้อมูลชายที่เกี่ยวข้องหญิงบริการทางเพศร้อยละ 50 ถึง 70 ยังเป็นโสด ซึ่งแน่นอนว่าในอนาคตชายหนุ่มเหล่านี้จะแต่งงาน มีครอบครัวของตนเองก็จะแพร่เชื้อเอชไอวีให้กับภรรยาของตนเองต่อไป

ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งชายและหญิงพบว่ามีอายุในช่วงอายุ 15 ถึง 44 ปี ร้อยละ 94.3 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 ถึง 40 ปี ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นหญิงส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15 ถึง 25 ปี สัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศชายต่อเพศหญิง โดยเฉลี่ยเป็น 3.6 : 1 และผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเป็นหญิงบริการทางเพศ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข และสมศักดิ์ ภาณุโยธธรรมมาร 2534 : 6)

จากข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยขณะนี้อยู่ในระยะที่ลุกลามถึงกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ชายที่เกี่ยวข้องหญิงบริการทางเพศ และหญิงทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มนี้ ดังนั้นกลุ่มทหารเกณฑ์ซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์จึงตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง การทามาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญและเร่งด่วน เพื่อหยุดยั้งก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีต่อไปมากกว่านี้

### ผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดลำดับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นเอชไอวี หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอชไอวี ตั้งแต่ต่ำสุดถึงมากที่สุด เรียงลำดับไว้ ดังนี้ (ชชนวนทอง ธานุกาญจน์ 2531)

1. ผู้ที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ หรือสามี ภรรยาไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น
2. ผู้ที่ติดต่อทางสังคมหรือใช้บริการทางสาธารณะร่วมกับผู้ที่มีเชื้อโรคเอชไอวี เช่น ผู้ร่วมการเดินทาง ผู้ร่วมใช้บริการสาธารณสุขหรือร้านอาหาร
3. หญิงที่มีการร่วมเพศกับหญิงด้วยกัน (ซึ่งหญิงเหล่านี้ไม่ใช้อุปกรณ์ในการร่วมเพศร่วมกัน และ ไม่มีการร่วมเพศกับชาย)
4. หญิงหรือชายที่มีสามีหรือภรรยา เป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายบริการ

5. เกย์ หญิงบริการ และผู้ที่มีคู่นอนหลายคน
6. ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดและใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน โดยที่เข็มนั้นไม่ได้รับการฆ่าเชื้อโรคอย่างถูกวิธีก่อนนำมาใช้อีกครั้งหนึ่ง
7. ผู้ที่มีความจำเป็นต้องรับเลือดเพื่อการรักษาโรคอื่น หรือหญิงที่ใช้การผสมเทียมเพื่อช่วยในการตั้งครรภ์ หากเลือดหรือน้ำเชื้อนั้น ไม่ได้ผ่านการตรวจหาเชื้อโรคเอชไอวีเสียก่อน
8. ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มที่ระบุในข้อ 4 ถึงข้อ 7

### การติดต่อของเชื้อเอชไอวี

การติดต่อของเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ใน 3 ลักษณะสำคัญ คือ

1. การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmission) เกิดขึ้นได้ทั้งในแบบรักร่วมเพศ และรักร่างเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ และบางส่วนของผู้ชายเหล่านี้อาจมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์แบบรักร่างเพศ (Bisexual) ซึ่งทำให้มีการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย หญิงเหล่านี้เมื่อติดเชื้อเอชไอวีแล้วจะแพร่เชื้อไปสู่ชายอื่นที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยอีกต่อหนึ่งได้ ส่วนอัตราความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ยังไม่มีความแน่นอน ดังจะเห็นได้จากบุคคลบางคนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายครั้ง แต่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี และมีหลายคนติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียว

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (2534 : 6) ได้กล่าวถึงปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ไว้ดังนี้

1) การสำล่อนทางเพศได้แก่ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ อาทิเช่น การเที่ยวหญิงหรือชายบริการทางเพศประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ รวมไปถึงการมีคู่อร่วมเพศหลายคน เป็นต้น ซึ่งทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะสัมผัสเชื้อเอชไอวีกับผู้ติดเชื้อและอาจติดเชื้อเอชไอวีมาได้

2) การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งมีหลายชนิดที่เสริมให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ง่าย เป็นชนิดที่ทำให้เกิดแผลบริเวณอวัยวะเพศ ได้แก่ แผลริมอ่อน และโรคเริม เป็นต้น

3) ความซุกซมของการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ถ้าในชุมชนนั้นมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง ประชาชนทั้งชายและหญิงก็มีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และอาจติดเชื้อเอชไอวีมาได้เช่นกัน

4) วิธีการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อาจจะสามารถกล่าวได้ว่าการร่วมเพศทุกรูปแบบจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ประเสริฐทองเจริญ 2533 : 12) และวิธีที่เสี่ยงที่สุด คือ การร่วมเพศโดยมีการสอดใส่อวัยวะเพศเข้าไปในทวารหนัก ทั้งนี้เพราะเยื่อบุบริเวณนั้นบอบบาง และมีการฉีกขาดได้ง่ายนั่นเอง นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีก็ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้

2. การติดต่อทางเลือด (Blood Transmission) พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ การใช้เข็มฉีดยา กระจกฉีดยา และอุปกรณ์การฉีดยาอื่น ๆ เช่น เข็มที่ใช้ล้างคราบเลือด เข็มที่ใช้ผสมยาเสพติดก่อนฉีด โดยมีการใช้ร่วมกันของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดทางหลอดเลือด การใช้อุปกรณ์การฉีดยาเสพติดร่วมกันในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน และผิดปกติจากบุคคลทั่วไป เช่น การฉีดยาเฮโรอีนเข้าหลอดเลือด จะใช้วิธีดูดเลือดเข้ามาในกระบอกฉีดยาในปริมาณมาก แล้วฉีดคืนเข้าหลอดเลือดอย่างแรง เมื่อน้ำเลือดจะจะมีการล้างเข็มและกระบอกฉีดยาในชั้นน้ำจนเลือดหมดคราบจากกระบอกฉีดยา จะเห็นได้ว่าเข็ม กระบอกฉีดยา น้ำที่ใช้ล้างมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น ส่วนการติดเชื้อเอชไอวีจากการรับเลือดหรือส่วนประกอบอื่นของเลือดจากผู้บริจาคที่มีเชื้อเอชไอวีนั้น เดิมมีรายงานการสำรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากสาเหตุนี้เช่นกัน แต่ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากสาเหตุดังกล่าวลดลง ทั้งนี้เพราะปัจจุบันนโยบายของกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการตรวจเลือดหรือส่วนประกอบอื่นของเลือดที่ได้รับบริจาคทุกถุง และงดการใช้หากพบว่าผลบวกต่อเชื้อเอชไอวี (ศุภชัย ฤกษ์งาม 2534 : 5) ซึ่งในกรณีของการเปลี่ยนอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ การผสมเทียม โดยใช้น้ำอสุจิจากผู้บริจาค จะได้รับการตรวจสอบอย่างมีประสิทธิภาพก่อนให้ผู้รับทุกครั้งเช่นกัน จึงทำให้อัตราการติดเชื้อด้วยสาเหตุดังกล่าวลดลง

ในกรณีการติดเชื้อเอชไอวีจากการถอนฟันนั้น ได้มีรายงานจากศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาว่า พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการถอนฟัน 1 ราย โดยผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจากทันตแพทย์ซึ่งป่วยด้วยโรคเอชไอวี จากรายงานดังกล่าวได้สรุปถึงความเป็นไปได้ของการแพร่เชื้อเอชไอวีจากทันตแพทย์สู่ผู้ป่วย หรือจากผู้ป่วยสู่ทันตแพทย์ได้ โดยเชื้อเอชไอวีจะผ่านเข้าสู่ร่างกายทางเลือด ทางบาดแผลที่เกิดจากการถอนฟันหรือผ่าตัดฟัน (จันทพงษ์ วัชชี และประสงค์ พฤษนันทน์ 2534 : 189 - 191)

นอกจากนี้การสักผิวหนัง เข็มคิ้วหรือขอบตาแบบถาวร การฝังเข็ม การเจาะหู ซึ่งมีการใช้อุปกรณ์และเข็มร่วมกันอย่างต่อเนื่องจากบุคคลหนึ่งไปอีกบุคคลหนึ่ง โดยไม่ได้ทำความสะอาดหรือทำความสะอาดไม่เพียงพอ อาจทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ หากมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในจำนวนผู้ที่มาใช้บริการดังกล่าวเป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีในร่างกาย

3. การติดต่อจากมารดาสู่ทารก (Perinatal Transmission) เชื้อเอชไอวีสามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และภายหลังคลอด โดยมีอัตราการติดเชื้อของทารกประมาณร้อยละ 30 ถึง 50 มีรายงานของการพบเชื้อเอชไอวีในบางระยะของการตั้งครรภ์ โดยพบเชื้อเอชไอวีในเนื้อเยื่อของทารกตั้งแต่อายุ 15 ถึง 20 สัปดาห์ (Jovaisas, et al. 1985 : 1125; Sprecher, et al. 1986 : 288 - 289) ส่วนในระยะคลอดการติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นจากการที่ทารกสัมผัสกับเลือดหรือน้ำคร่ำจากมารดา ซึ่งการคลอดโดยวิธีการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ก็ไม่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อได้ (Holman 1989 : 237) สำหรับการพบเชื้อเอชไอวีในน้ำนมแม่ ในทางทฤษฎีการติดเชื้อโดยทารกดูดนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดขึ้นได้ แต่ในทางระบาดวิทยานั้น โอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในระหว่างตั้งครรภ์หรือขณะคลอด (ประเสริฐ ทองเจริญ 2531 : 231)

จากการศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่า ในน้ำลาย น้ำมูก และอุจจาระ สามารถพบเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ แต่จำนวนน้อยมาก คนที่ติดเชื้อมีอยู่เพียงไม่กี่รายซึ่งการรับเชื้อเข้าไปนั้นต้องรับในปริมาณที่มาก ๆ และต้องมีบาดแผลในช่องปากหรือผิวหนังที่เปิดรับเชื้อเข้าไปด้วย เชื้อไวรัสเอชไอวีจะไม่ติดต่อโดยทางหายใจ ไอ จาม โดยทางลำไส้ หรือโดยการสัมผัสจากบุคคลที่

ติดเชื้อเอชไอวี ในชีวิตประจำวันในสถานที่ใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ในงานสังคม ในที่ทำงาน โรงเรียน หรือในเรือนจำ เชื้อไวรัสเอชไอวีไม่แพร่ระบาดโดยแมลง อาหาร น้ำ หรือใช้สระว่ายน้ำ ท้องน้ำร่วมกัน รับประทานอาหารร่วมกัน ใช้ภาชนะหรือเครื่องดื่มร่วมกัน หรือสิ่งของใช้อื่น ๆ เช่น เสื้อผ้าที่ใช้แล้ว หรือโทรศัพท์ เป็นต้น (ประเสริฐ ทองเจริญ 2531 : 232)

### ระยะฟักตัว

เมื่อสัมผัสโรคแล้ว โดยทั่วไปส่วนใหญ่จะเริ่มปรากฏอาการของโรคเอชไอวี หลังจากนั้น 3 - 5 ปี หรือนานกว่านั้น และมีบางส่วนที่เริ่มแสดงอาการภายหลังได้รับเชื้อ 6 เดือน เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวีที่เข้าสู่ร่างกาย และยังคงขบอยู่ไม่มีการเพิ่มจำนวน หรือมีการเพิ่มจำนวนไม่มาก ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่แสดงอาการ แต่ถ้าไวรัสเพิ่มจำนวนมากทำลายเม็ดเลือดขาวที่ป้องกันการติดเชื้อก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้

### อาการและอาการแสดง

ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจะมีการแสดงออกเป็น 3 ระยะ คือ (โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอชไอวี กระทรวงสาธารณสุข 2532 : 6)

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ หรือเรียกว่า ระยะติดเชื้อไวรัสเอชไอวีโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV Infection) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติ ในระยะ 2 - 3 สัปดาห์หลังการติดเชื้อบางรายอาจมีอาการคล้าย ๆ เป็นหวัด มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ เป็นอยู่ไม่กี่วันจะหายไปเอง โดยไม่ต้องรับการรักษา หลังการติดเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ จะตรวจพบเลือดเอชไอวีบวก ระยะนี้ผู้ป่วยจะยังไม่แสดงอาการของโรคเอชไอวี แต่ก็ก็เป็นระยะที่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้
2. ระยะที่ปรากฏอาการเริ่มแรก หรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอชไอวี (AIDS Related Complex = A.R.C.) ผู้ป่วยจะเริ่มปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ และมักจะเป็นอาการเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ เช่น



- อาการต่อมน้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันเป็นเวลานาน 3 เดือน ซึ่งเป็นไปอย่างถาวรไม่ใช่ยุบ ๆ โต ๆ มักเป็นต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณคอ รักแร้ และขาหนีบ โดยหาสาเหตุการโตไม่ได้ พวกนี้หากได้ติดตามดูต่อไปถึง 5 ปีมักพบว่าจะดำเนินไปเป็นโรคเอดส์หรือระยะเอดส์เต็มขั้นได้

- น้ำหนักตัวลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม โดยไม่มีสาเหตุภายใน 3 เดือน

- อุจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 3 เดือน โดยไม่มีสาเหตุ

- มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคองานเกิน 3 เดือน

- มีไข้สูงกว่า 37.8 องศาเซลเซียสเป็นพัก ๆ เรื้อรังติดต่อกันเกิน 3 เดือน

- มีอาการของโรคเริม (Herpes Simplex) ลุกลาม และเรื้อรังนานเกิน 3 เดือน

- มีเหงื่อออกมากผิดปกติในเวลากลางคืน โดยไม่มีสาเหตุ

- มีก้อนหรือผื่นสีแดงปนม่วงแก่เกิดขึ้นตามตัว และโตขึ้นเรื่อย ๆ นานเกิน 3

เดือน

ผู้ป่วยระยะนี้สามารถแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่นได้ บางส่วนของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการลุกลามเข้าสู่ระยะโรคเอดส์ได้ บางส่วนถึงแก่กรรมเนื่องจากการติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรงมากขึ้น

3. ระยะโรคเอดส์ ระยะนี้จะมีอาการดังได้กล่าวแล้วในระยะที่ 2 และจะมีอาการที่เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา พยาธิร่วมด้วยทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ดังนี้

- การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดบวม ปอดอักเสบ วัณโรค

ผู้ป่วยจะมีอาการมีไข้ ไอเรื้อรัง หายใจหอบเหนื่อย และเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยโรคเอดส์มักจะเสียชีวิตจากโรคปอดบวมมากกว่าการติดเชื้อในระบบอื่น

- การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการท้องเดินเรื้อรังจากการติดเชื้อโรคอื่น ๆ ซึ่งปกติไม่ทำให้เกิดโรค มีอาการกลืนอาหารลำบาก การติดเชื้อราที่

หลุดอาหาร หรือเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก ทำให้เป็นฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก และอาจลุกลามไปถึงต่อมทอนซิลได้

- การติดเชื้อในระบบประสาท ทำให้มีอาการสมองอักเสบ และเซลล์ประสาทเสื่อม เกิดอาการความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ชัก อัมพาต นุดข้างลง เคลื่อนไหวช้า คิดคำพูดไม่ค่อยออก มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ซึมหรือเป็นโรคจิตประสาท บางคนมีอาการปวดศีรษะมาก แขนขาไม่มีแรง

- เกิดอาการทั่ว ๆ ไป เช่น ต่อม้ำเหลืองทั่วไประดับอ่อนเพลียมาก น้ำหนักลดมาก มีไข้เรื้อรัง หรือเกิดอาการของโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือดฝอย มีผื่นจ้ำคล้ายหูดเลือดตามร่างกาย หรือตุ่มแดงจัดจนถึงม่วงคล้ำ

นอกจากโรคเอดส์จะมีผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้มีความวิตกกังวล เพราะเมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคจะมีความกลัวความเจ็บป่วย กลัวถูกทอดทิ้ง เป็นที่รังเกียจของสังคม กลัวตาย บางรายประสบปัญหาทางสังคม เช่น ถูกให้ออกจากงาน ต้องแยกจากครอบครัวและญาติมิตร ทำให้เกิดความเศร้าโศก บางรายถึงกับฆ่าตัวตาย บางรายกินไม่ได้นอนไม่หลับ สุดท้ายร่างกายทรุดโทรมหนัก จนทำให้ถึงแก่กรรมได้รวดเร็วกว่าที่ควรจะเป็น

### การวินิจฉัยโรค

แพทย์จะใช้การวินิจฉัยโรคประกอบกันดังนี้

1. การวินิจฉัยโรคที่บ่งบอกถึงภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่อง เช่น การเพาะเชื้อ การตัดชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อหาเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาส หรือหาเซลล์มะเร็งบางชนิดในผู้ป่วยมาประกอบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยด้วย

2. การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เพื่อแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่อง ซึ่งได้แก่

- การตรวจดูเฮลเปอร์ ที-เซลล์ในเลือดจะมีจำนวนลดลง

- การตรวจดูอัตราส่วนของที่ เฮลเปอร์ ต่อที่ ซีดีโฟร์เซอรัจะต่ำกว่า 1

- ทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง โดยใช้แอนติเจนต่างๆ เช่น Purified Protein Derivation (P.P.D.), Streptococcus antigen, Candida Albican, Tetanus และ Trichophyton rubrum toxoid ผู้ป่วยโรคเอดส์จะไม่มีปฏิกิริยาต่อแอนติเจน คือ ได้ผลลบต่อการทดสอบทั้ง 5 อย่าง แต่ในคนปกติจะได้ผลบวกอย่างน้อย 1 ใน 5 อย่าง

3. การเพาะเชื้อไวรัสเอดส์ได้จากเลือด น้ำอสุจิ น้ำลาย

4. การตรวจน้ำเหลืองหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอดส์ โดยวิธี ELISA test (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) เป็นวิธีที่แพร่หลายซึ่งถ้าตรวจพบภูมิคุ้มกันแสดงว่ากำลังติดเชื้อโรคเอดส์ เลือดได้ผลบวกหรือที่เรียกว่า "Sero-positive" จะต้องตรวจซ้ำอีกครั้ง โดยวิธีเดิมหรือทดสอบเพิ่มเติมหาแอนติบอดีที่เรียกว่า "Western Blot" ถ้าได้ผลบวกทั้งสองอย่าง แสดงว่ามีการติดเชื้อโรคเอดส์และบุคคลนั้น ๆ สามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้

ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ต่อเมื่อ

1. ผู้ป่วยจะต้องมีผลการตรวจน้ำเหลือง พบแอนติบอดีต่อเชื้อเอดส์

2. ผู้ป่วยต้องมีโรค ซึ่งบ่งบอกถึงความบกพร่องของภูมิคุ้มกันแบบ Cellular

Immuno Deficiency ซึ่งได้แก่ โรคติดเชื้อประเภทฉวยโอกาสและมะเร็งบางประเภท

### การรักษา

ยังไม่มีวิธีการรักษาที่เหมาะสมเจาะจง และได้ผลต่อการทำให้ภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง

หรือเสื่อมไปกลับมีขึ้นมาใหม่ได้ ปัจจุบันทำได้เพียงการรักษาตามอาการของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากภูมิคุ้มกันเสื่อม ได้แก่ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ โรคมะเร็ง ส่วนการรักษาโรคเอดส์นั้นยังอยู่ในระหว่างการทดลองยา ซึ่งยาแต่ละตัวที่ใช้รักษานั้นมีอาการข้างเคียงมาก และยาที่ใช้รักษาในปัจจุบันพอจะแยกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ยาด้านไวรัสเอดส์ (Antiviral Drugs) จากการทดลองสามารถหยุดหรือชะลอวงจรจำลองตัวเพื่อเพิ่มจำนวนของไวรัสได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น และยังมีอาการข้างเคียงต่อไตมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาติดต่อกันได้นานที่มีใช้กัน คือ

1.1 A.Z.T. (Azidothymidien) เป็นยาที่ทำให้ไวรัสเอดส์ไม่สามารถแบ่งตัวได้ โดยไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Reverse Transcriptase แต่ยานี้ยังไม่สามารถกำจัดไวรัสเอดส์ให้หมดไปจากร่างกายได้ นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงคือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ชีต และยายังมีราคาแพงมาก ในประเทศไทยมีขายกัน ราคาประมาณเม็ดละ 71 บาท ขนาดยาที่ใช้ คือ 3.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก 4 ชั่วโมง หรือ 200 - 300 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมง (วันละ 6 มื้อ) โดยให้ยาติดต่อกันไปทุกวัน

1.2 Ribavirin ใช้ได้เช่นเดียวกับ A.Z.T.

1.3 Suramin เป็นยาที่สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Reverse Transcriptase ของไวรัสเอดส์ได้ในหลอดทดลอง เมื่อนำมาใช้กับคนแล้วมีผลข้างเคียงมาก

1.4 HPA-23 เป็นยาที่สถาบันปาสเตอร์ในกรุงปารีสพัฒนาขึ้นมาใช้ ยาี้ช่วยป้องกันการแบ่งตัวของไวรัส โดยสกัดกั้นการส่งข่าวสารของไวรัสที่ระดับยีนส์ ทำให้จำนวนไวรัสในกระแสเลือดลดลง แต่ไม่ได้ทำให้โรคนี้นหายไปได้ และยังมีผลข้างเคียงคือ ทำให้เกิดความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด

1.5 ยาอื่น ๆ ที่ทดลองใช้อยู่ มี Ansamycin, Cyclosporin A., Alpha interferon, Dideoxycytidine ซึ่งยังไม่ประสบผลที่สิ้น

2. การรักษาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน (Immune System Repair and Replacement)

2.1 โดยการเปลี่ยนไขกระดูก (Bone Marrow Transplantation) แต่ก็ไม่ทำให้ Helper T-cell และ Suppressor T-cell ปกติขึ้นมาได้ เพราะเชื่อกันว่าไวรัสเอดส์ได้ทำลายระบบภูมิคุ้มกันอย่างถาวร จนไม่สามารถที่จะเสริมสร้างขึ้นมาใหม่ได้

2.2 ให้ Interleukin II และ Interferon Gamma เป็นสารซึ่งสกัดได้จากเม็ดเลือดขาวของคนปกติ พบว่าสามารถที่จะกระตุ้นให้ Helper T-cell กลับมาทำหน้าที่ได้บ้างในระยะแรก ๆ แต่ก็ถูกไวรัสเอดส์ทำลายต่อไปได้อีก ดังนั้นจึงไม่สามารถที่จะทำให้สัดส่วนของ Helper T-cell กับ Suppressor T-cell กลับสู่ปกติได้

2.3 IMREG สกัดมาจากเม็ดเลือดขาว คุณสมบัติคล้าย Interleukin II แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า สามารถกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดที่จะต่อสู้กับไวรัสได้ โดยเฉพาะ Cytomegalovirus

อย่างไรก็ดี แม้หลาย ๆ ประเทศจะหาทางรักษายับยั้งไวรัสเอดส์จนเต็มความสามารถ แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ปัจจุบันจึงต้อง ใช้อยู่มาก่อน โดยใช้ควบคู่กัน ไปทั้ง 2 ชนิด คือ ยาต้านไวรัสเอดส์และเสริมภูมิคุ้มกัน ให้กับร่างกาย ขณะเดียวกันก็พยายามค้นคว้า การรักษาต่อไป รวมทั้งพยายามที่จะผลิตวัคซีนป้องกันโรคด้วย แต่ไวรัสเอดส์ไม่เหมือนไวรัส ชนิดอื่น มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและน่ากลัวมากคือ สามารถจำลองตัวเอง (Duplicate) ได้รวดเร็วและกลายพันธุ์ (Mutate) ได้เรื่อย ๆ โดยการเปลี่ยนแปลงผนังห่อหุ้มตัวมันเอง (Outer coat ซึ่งเป็นส่วนประกอบจำเป็นในการทำวัคซีน) ได้เป็น 500 - 1000 เท่า ด้วยเหตุนี้เองความพยายามที่จะผลิตวัคซีนจึงประสบกับอุปสรรคอย่างมาก นักวิทยาศาสตร์ จึงมุ่งที่จะศึกษาค้นคว้าว่าผนังห่อหุ้มในส่วนใดของ ไวรัสที่ถูกขัดขวาง แล้วไม่สามารถกลายพันธุ์ ได้อีก

### การป้องกันโรคเอดส์

เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใด ๆ ที่รักษาโรคเอดส์ได้หายขาด และจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ๆ ในสังคมก็จะมีจำนวนมาก อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกวัน หากไม่ได้รับการควบคุมดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นกลวิธีในการยับยั้งมิให้โรคเอดส์แพร่กระจายต่อไปได้คือ ทามาตรการป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์

วิธีการป้องกันโรคเอดส์สำหรับบุคคลทั่วไปมีหลักที่สำคัญ 2 ประการคือ การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการติดต่อทาง เลือดหรือน้ำเหลือง

#### 1. การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.1 ชื่อสัตย์ต่อสามี ภรรยา หลีกเลี่ยงหรือลดจำนวนการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่คู่นอนอื่น คนแปลกหน้าที่ไม่รู้จัก หรือชาวต่างชาติ หญิงที่ขายบริการทางเพศ ชายที่ขายบริการทางเพศ หรือบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เกย์ ผู้ติดยาเสพติด

1.2 ถึงแม้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศ จะช่วยป้องกันโรคเอดส์ได้ แต่ก็ไม่สามารถป้องกันได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของถุงยาง การเลือกถุงยางอนามัยควรเป็นถุงยางที่บรรจุอย่างดีในกล่องที่มีวันเดือนปีที่ผลิตให้เห็นชัดเจน และได้ผ่านการทดสอบมาตรฐานทุกครั้ง การผ่านการทดสอบมาตรฐานเป็นบางครั้งแสดงว่าถุงยางนั้นมีคุณภาพไม่สม่ำเสมอ ก่อนซื้อควรดูให้มีคำว่าลาเทก (Latex) เพราะถุงยางชนิดนี้ไม่มีรูเหมือนถุงยางที่ทำจากหนังแกะ (Lamb skin) หรือเนื้อเยื่อตามธรรมชาติ (Natural Membrane) อื่น ๆ ควรเลือกถุงยางที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น โนนิลคีนอล ถ้าใช้น้ำยาหล่อลื่นต้องใช้ชนิดที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ ไม่ใช่ชนิดที่มีน้ำมันเป็นส่วนประกอบ (Petroleum based jelly or cold cream or baby oil) เพราะจะทำให้ถุงยางฉีกขาดง่าย และขาดคุณสมบัติในการป้องกันการติดเชื้อ สิ่งที่สำคัญต้องใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

วิธีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง (นันทวัน ยันตะติลก และคณะ 2535 :

24 - 26)

1). การเลือกใช้ถุงยางอนามัยควรคำนึงถึง

- การใช้ถุงยางอนามัยที่ผลิตใหม่และไม่หมดอายุ โดยดูวันที่ผลิต (ไม่เกิน 3 ปี) หรือวันหมดอายุที่บริเวณช่อง

- ช่อง ไม่ชำรุดหรือมีรอยฉีกขาด

- เลือกใช้ขนาดที่เหมาะสม ถ้าขนาดเล็กไปจะฉีกขาดง่าย หรือถ้า

ขนาดใหญ่ไปก็จะหลุดง่าย

2). วิธีใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

- ใช้ถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว

- หลังจากตรวจสอบว่าถุงยางอนามัยไม่หมดอายุ ช่องไม่มีรอยฉีกขาด ฉีกมุมช่อง โดยระวังไม่ให้เล็บมือเกี่ยวถุงยางอนามัยขาด

- บีบปลายถุงยางอนามัยเพื่อไล่อากาศออก

- รูดม้วนขอบ ถ้าถูกทางจะรูดออกง่าย

- สวมถุงยางอนามัยแล้ว รูดให้ขอบถุงยางอนามัยสุดถึงโคนอวัยวะ

เพศ

3). หลังเสร็จกิจถอดถุงยางอนามัย โดยใช้กระดาษชำระพันโคนถุงยาง ก่อนที่จะถอด หากไม่มีกระดาษชำระต้องไม่ให้มือสัมผัสกับด้านนอกของถุงยาง ควรสันนิษฐานว่าด้านนอกของถุงยางอาจปนเปื้อนเชื้อโรคเอดส์แล้ว

4). ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วให้ทิ้งในถังขยะหรือเผา

1.3 หลีกเลี่ยงการร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะผนังทวารหนักบาง และอ่อนแอ ฉีกขาดได้ง่าย โอกาสรับเชื้อมีมากถ้าเกิดการฉีกขาด

1.4 หลีกเลี่ยงการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ของคู่นอน เพราะเชื้ออาจผ่านจากน้ำอสุจิหรือน้ำในช่องคลอดเข้าสู่แผล หรือรอยถลอก หรือเยื่อเมือกในปากได้ และควรหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ร่วมเพศร่วมกัน

2. การป้องกันการติดต่อทางเลือดหรือน้ำเหลือง

2.1 หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดรอยเจาะของผิวหนังร่วมกัน ถ้าสิ่งนั้นไม่ทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องเสียก่อน เช่น เข็มฉีดยา กระจกฉีดยา เครื่องมือเจาะหู เครื่องใช้ในการเจาะ ลักผิวหนัง และเข็มที่ใช้ในการฝังเข็ม เป็นต้น

2.2 หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดของผู้มีเชื้อโรคเอดส์ เช่น กรรไกรตัดเล็บ มีดโกน แปรงสีฟัน หรือของมีคมอื่น ๆ เป็นต้น

2.3 งดเว้นการฉีดยาโดยไม่จำเป็น ถ้าเกิดการเจ็บป่วยควรรับบริการรักษาในสถานบริการของรัฐหรือเอกชนที่ถูกกฎหมาย งดเว้นการฉีดยากันเอง หรือการฉีดยาโดยหมอเถื่อน

2.4 รับบริจาคเลือด หรืออวัยวะจากสถานที่ที่มั่นใจว่าผ่านการตรวจเชื้อโรคเอดส์แล้วเท่านั้น

2.5 อย่าทดลองยาเสพติด ถ้าติดยาเสพติดแล้วอย่าเปลี่ยนเป็นชนิดฉีด หากใช้ชนิดฉีดอยู่แล้วควรพยายาม หรือเปลี่ยนการใช้ยาเสพติดจากชนิดฉีดเป็นชนิดอื่น หากยังจำเป็นต้องใช้อยู่อีกต่อไป ควรป้องกันโดยไม่ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ควรทำให้แน่ใจว่าเข็มและกระบอกฉีดยานั้นได้ผ่านการทำลายเชื้อแล้วอย่างถูกวิธีก่อนที่จะนำไปใช้

2.6 อย่าให้เลือด (ซึ่งหมายรวมถึงเลือดประจำเดือนของผู้หญิง) น้ำสุจิ น้ำปัสสาวะ น้ำหลังในช่องคลอด หรืออุจจาระของผู้มีเชื้อโรคเอดส์ผ่านเข้าไปในปาก ช่องคลอด ทวารหนัก เยื่อเมือก (Mucous Membrane) เยื่อบุตาหรือสัมผัสกับผิวหนังที่มีบาดแผล

#### 4) เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในต่างประเทศมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์มากมายแต่ไม่มีงานวิจัยใดที่เสนอถึงวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและวัคซีนที่สามารถป้องกันโรคเอดส์ได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้เน้นการควบคุมป้องกันพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุบ่งชี้ถึงทัศนคติ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยมีกลวิธีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมเป็นกระบวนการเชื่อมโยงให้ตระหนัก ยอมรับ และเห็นความสำคัญในความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเอดส์ (Kaplan และคณะ 1987: 142 - 143) เช่น เลิฟจอย และคณะ (Lovejoy, et al. 1988 : 155 - 167) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ในชายรักร่วมเพศ ชายรักต่างเพศที่มีเลือดบวก 178 คน พบว่าร้อยละ 73 ของชายเลือดบวกเหล่านี้มีการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง เป็นสาเหตุของการเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเอดส์ /

เบคเกอร์ และ โจเซฟ (Becker & Joseph 1988 : 394 - 410) ศึกษาถึงอิทธิพลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคเอดส์ของบุคคลทั่วไป พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอดส์ของบุคคล โดยพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนแปลงไป เช่น ลดจำนวนคู่นอน ลดการสำส่อนทางเพศ ฯลฯ

นัทบีม และคณะ (Nutbeam, et al. 1989 : 205 - 211) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 - 54 ปี ที่เมืองเวลส์ ประเทศอังกฤษ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่รู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอดส์ จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูง แต่ยังมีความรู้ที่ผิดเกี่ยวกับลักษณะของการติดเชื้อเอดส์



เช่น การจูบ หรือสัมผัสกับบุคคลที่เป็นโรคเอดส์ จะทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้ และจากการศึกษาของแคปทิว์ และคณะ (Kaptue, et al. 1989 อ้างใน นิर्मัพรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ 2531 : 24) ศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษประเทศแคนเมอรูน โดยการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์พบว่าหลังจากให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แล้วหญิงอาชีพพิเศษรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ชายผู้ใช้บริการทางเพศมีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 89 และลดอัตราการสำล่อนทางเพศลงถึงร้อยละ 32 /

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรค ทัศนคติ เจตคติหรือความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคดังนี้

/ การสำรวจความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ของประชาชนที่มีอายุ 15 - 49 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ของสมชาย ดุรงค์เดช และคณะ (1991 : 36 - 41, 54 อ้างใน พรรษา เทียนทอง 2535 : 34) พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีมากเพียงร้อยละ 7 ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 55 และส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 ทราบว่าเชื้อโรคเอดส์ติดต่อและแพร่ระบาดได้จากการใช้เข็ม และกระบอกฉีดยาร่วมกันของผู้ติดยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศ และการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบอื่น ๆ ของเลือดจากผู้บริจาคที่มีเชื้อโรคเอดส์ในร่างกาย/และจากผลการศึกษาของอิกมัตซาร์ และคณะ (2533 : 125 - 136) ซึ่งสำรวจความรู้ ความเข้าใจของหญิงที่แต่งงานแล้วอายุตั้งแต่ 15 - 44 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2530 พบว่าผู้หญิงมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อและการรักษาโรคตีพอสสมควร แต่ยังมี ความเข้าใจผิดว่าโรคเอดส์สามารถติดต่อกันได้โดยใช้เครื่องอุปโภคร่วมกัน เช่น เกี่ยวกับการศึกษาของปิยรัตน์ สนิพสุทธ์ และคณะ (2533 : 9) ซึ่งได้สำรวจความรู้ของหญิงบริการทางเพศ จังหวัดสงขลา พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ที่ผิดเกี่ยวกับการติดต่อของโรคเอดส์เช่น เชื่อว่าโรคเอดส์มีถุงพาหะนำโรค และอาจติดต่อกันได้จากการใช้ห้องน้ำร่วมกัน ฯลฯ ซึ่งการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงว่าแม้จะมีการณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์อย่างแพร่หลาย แต่ยังมีประชาชนที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับการติดต่อของโรคเอดส์อยู่บ้างเหมือนกัน

จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตน ซึ่งกิตติ พุฒิกานนท์และคณะได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของผู้ใช้บริการและหญิงโสเภณีในการป้องกันโรคเอดส์ จังหวัดลำปาง (2533 : บทคัดย่อ) พบว่าส่วนมากมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในชั้นปานกลางและมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเอดส์โดยใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 78.57 และเที่ยวหญิงบริการลดลงเนื่องจากกลัวโรคเอดส์ และจากการศึกษาของทรรษา เทียนทอง (2535 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องโรคเอดส์ กับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์จะมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ที่ดีด้วย

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและการปฏิบัติตน ซึ่งสมทรง ศุภศิลป์ (2525 : บทคัดย่อ) พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่นเดียวกับการศึกษาของพวงพยอม การภิญโญ (2526 : บทคัดย่อ) ซึ่งพบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาจากโรงพยาบาล และรุ่งกานต์ ศรัลัมภ์ (2530 : บทคัดย่อ) ซึ่งพบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติตัวของหญิงโสเภณี ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นเดียวกับนิตยา เย็นน้ำ (2535 : บทคัดย่อ) ซึ่งพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสุขบุหรี่ยของบุคลากรชายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ และจากการศึกษาของเอื้ออมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : บทคัดย่อ) พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสแหย่ไว้อินโดยฉีดเข้าทางเส้นเลือดเช่นเดียวกัน

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะหรือความเชื่อ และการปฏิบัติตน โดยสำเร็จ แสงชื่อ และสมชัย จิตรโรจน์วัฒน์ (2530 อังโน นนเมศรี เสาร์สาร 2532 : 40) ซึ่งศึกษาภาวะความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีพฤติกรรมในการป้องกัน

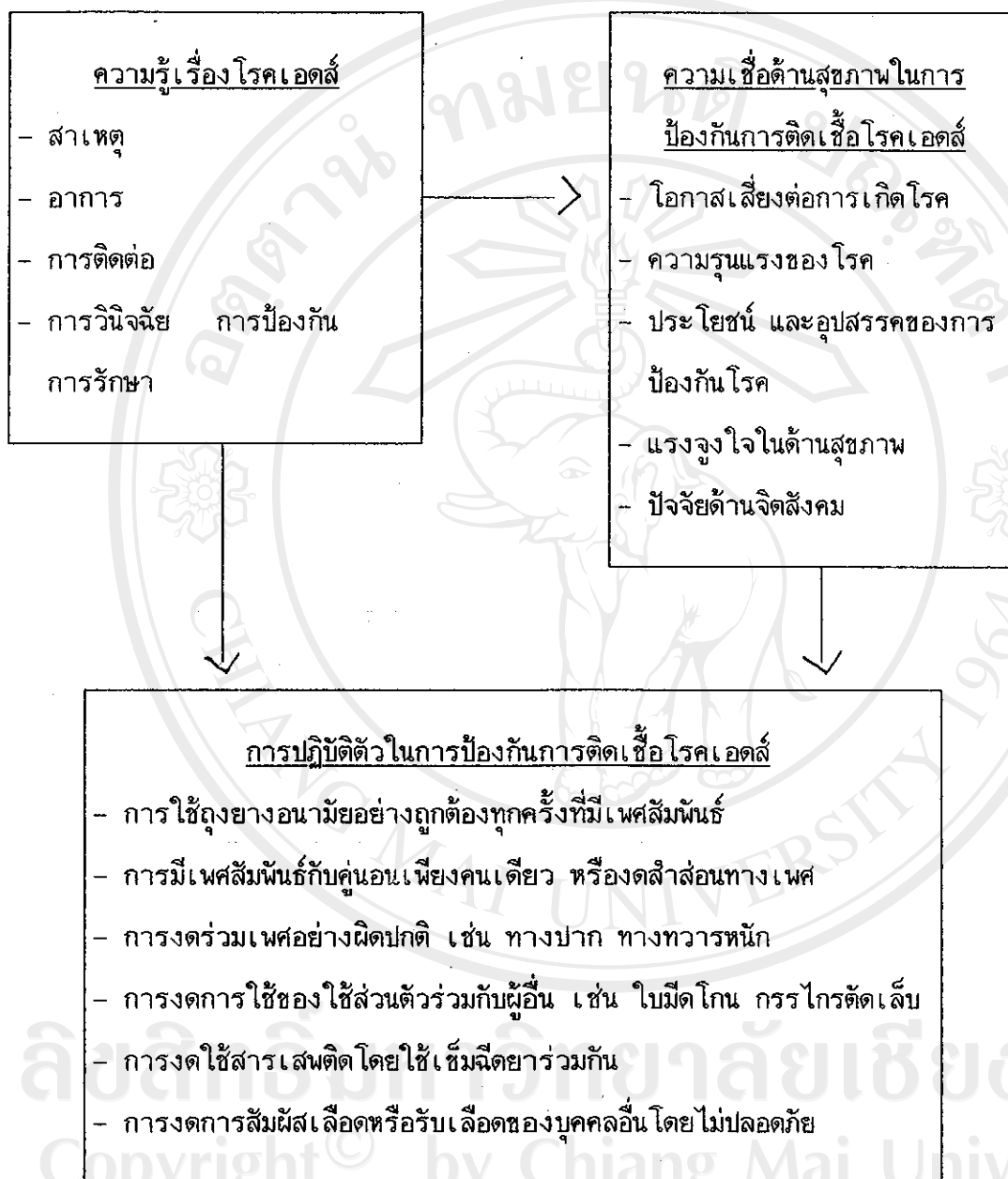
โรคเอดส์ดีขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น/ จากการศึกษาของชวนชม สกนธวัฒน์ และคณะ (2530 : บทคัดย่อ) พบว่าการให้ความรู้และให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ ทำให้มีความรู้เรื่องโรคเอดส์สูงขึ้น และมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเอดส์โดยใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นในกลุ่มหญิงบริการอาบ อบ นวด จังหวัดขอนแก่น แต่จากการศึกษาของพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2531 : บทคัดย่อ) พบว่าแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ในเขตกรุงเทพมหานครทุกกลุ่มอยู่ในระดับดี ความต้องการทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ยังไม่ถูกต้องอย่างมาก เช่น การไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศ ฯลฯ เช่นเดียวกับการศึกษาของเพนเม เมืองแมน (2531 : บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษาถึงความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของกลุ่มที่มีการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์สูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการรับรู้ในด้านการป้องกันโรคเอดส์ค่อนข้างดี แต่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ไม่ถูกต้อง เช่น การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นต้น เช่นเดียวกับพนมศรี เสาร์सार (2532 : 64) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหญิงบริการเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2531 พบว่ากลุ่มหญิงบริการมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ค่อนข้างสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานครพบว่าการรับรู้ต่อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่เจตคติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โดยมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำเพียงร้อยละ 17 ซึ่งจากการศึกษาของวัฒนา วุฒิวรรณ (2532 : 82) ที่ศึกษาถึงปัจจัยการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคเอดส์และกามโรค ในกลุ่มชายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการระบาดของกามโรคและโรคเอดส์และการป้องกันมีความสัมพันธ์ตามกัน ไม่สูงนักกับการรับรู้โอกาสในการเกิดโรค และมีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำกับการรับรู้ถึงผลดี และผลเสียของการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันกามโรคและโรคเอดส์

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ  
เจตคติ หรือความเชื่อของบุคคลในการป้องกันโรคเอดส์ แต่มีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำในด้าน  
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ โดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัยจึงเป็นเหตุให้  
บุคคลมีภาวะปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้สูง เนื่องจากการปฏิบัติตัวในการป้องกัน  
โรคเอดส์ไม่ถูกต้อง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## 5) กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย