

บทที่ 2

ทฤษฎี แนวคิด และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ในพลทหารกองประจำการ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้พื้นฐานเรื่องเชื้อไวรัสเอชไอวีและระบบภูมิคุ้มกัน
2. ทฤษฎีพฤติกรรม
3. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง
4. ทฤษฎีเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมเสี่ยง
5. ทฤษฎีการรับรู้
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้พื้นฐานเรื่องเชื้อไวรัสเอชไอวีและระบบภูมิคุ้มกัน

เอดส์ หรือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลงเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เหล่านี้ อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็วคำว่า เอดส์ มาจากภาษาอังกฤษว่า AIDS ซึ่งย่อมาจากคำเต็มว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome ซึ่งแต่ละคำมีความหมายดังนี้

A = Acquired หมายถึง เกิดขึ้นภายหลัง ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือสืบทอดทางกรรมพันธุ์

I = Immune หมายถึง ระบบภูมิคุ้มกันหรือระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

D = Deficiency หมายถึง ความบกพร่อง การขาดไปหรือเสื่อม

S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการคือมีอาการหลาย ๆ อย่างไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง

รวมแปลว่า “กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม” เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย เสื่อมหรือบกพร่องลง

ส่งผลทำให้เป็นโรคติดเชื้อหรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการมักจะรุนแรง เรื้อรัง และเสียชีวิตในที่สุด

อาการของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เชื้อเอชไอวีทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ ที่มีชื่อว่า CD4 เมื่อเม็ดเลือดขาวชนิดนี้ต่ำลง จะทำให้ร่างกายขาดภูมิคุ้มกัน และเกิดอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนในที่สุด ภายหลังการได้รับเชื้อ ร่างกายต้องใช้เวลาในการสร้างปฏิกิริยาตอบสนองต่อเชื้อ ในปัจจุบันในการวินิจฉัยว่าติดเชื้อหรือไม่ นักเทคนิคการแพทย์ในห้องปฏิบัติการไม่ได้ตรวจหาเชื้อโดยตรง แต่เป็นการตรวจว่าร่างกาย มีปฏิกิริยาต่อเชื้อหรือไม่ โดยการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody) ซึ่งการตรวจดังกล่าวอาจให้ผลลบได้ในกรณีที่ได้รับเชื้อมาใหม่ๆ เนื่องจากร่างกายยังไม่ได้สร้างปฏิกิริยาตอบสนอง ภายหลังการรับเชื้อ บางรายอาจไม่มีอาการใด ๆ เลย บางรายอาจมีอาการเหมือนการติดเชื้อไวรัสทั่ว ๆ ไป เช่น มีไข้ ผื่นตามตัว ต่อมท่อน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อาการมักกินเวลาสั้น ๆ และหายไปได้เอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะไม่มีอาการใด ๆ เลย เชื้อไวรัสจะส่งผลให้ระดับเม็ดเลือดขาวที่เรียกว่าซีดีโฟร์ลดลงอย่างช้า ๆ จนผู้ป่วยมีอาการของเอชไอวีเกิดขึ้น เช่น ฟาในปาก ผื่นคันตามตัว น้ำหนักลด โดยส่วนใหญ่มักเกิดอาการเมื่อระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 200 cell/mm³ อัตราเฉลี่ยของประเทศไทยตั้งแต่รับเชื้อจนเริ่มป่วยใช้เวลา 7-10 ปี ในช่วงที่เรามีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายแต่ไม่ป่วยเพราะเรายังมีภูมิคุ้มกันที่ยังควบคุม หรือจัดการกับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ เรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายเหลือจำนวนน้อย จนไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับเชื้อโรคบางอย่างได้ทำให้เราป่วยด้วยเชื้อโรคนั้น ๆ เรียกว่า เราเริ่มมี ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นผู้ป่วยเอดส์ โรคที่ป่วยเนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1.1 สาเหตุของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

เนื่องจากเชื้อ ไวรัสเอชไอวี พบในเลือดและสารคัดหลั่งหลายชนิดของร่างกาย ได้แก่ น้ำอสุจิ เมื่อกในช่องคลอดสตรี นานม น้ำลาย และอาจพบได้ในปริมาณน้อยๆ ในน้ำตาและปัสสาวะ เมื่อพิจารณาจาก แหล่งเชื้อแล้วจะพบว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีติดต่อได้ หลายวิธีคือ

1.1.1 การมีเพศสัมพันธ์ เกิดขึ้นได้ทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และกับเพศตรงข้าม

1.1.2 การรับเลือดและส่วนประกอบของเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะรวมทั้งไขกระดูก และน้ำอสุจิที่ใช้ผสมเทียมซึ่งมีเชื้อเอชไอวี แต่ในปัจจุบันปัญหานี้ได้ลดลงไปจนเกือบหมด เนื่องจากการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้บริจาคเหล่านี้ รวมทั้งคัดเลือกรุ่นผู้บริจาคซึ่งไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ไม่รับบริจาคเลือดจากผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น เป็นต้น

1.1.3 การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาเสพติดร่วมกัน และของมีคมที่สัมผัสเลือด

1.1.4 จากมารดาสู่ทารก ทารกมีโอกาสรับเชื้อได้หลายระยะ ได้แก่ เชื้อไวรัสแพร่มาตามเลือดสายสะดือสู่ทารกในครรภ์ ติดเชื้อขณะคลอด จากเลือดและเมือกในช่องคลอด ติดเชื้อใน

ระยะเลียงดูโดยได้รับเชื้อจากน้ำนม จะเห็นได้ว่าวิธีการติดต่อเหล่านี้เหมือนกับไวรัสตับอักเสบบีทุกประการ ดังนั้นถ้าไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ก็จะไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วย

1.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อ

ทำได้โดยดูว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงตามที่กำหนดหรือไม่ ตั้งแต่ 5 มิถุนายน ค.ศ. 1981 มีการให้คำนิยามของเอดส์หลายคำนิยามใช้เพื่อจัดการเพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาการอย่างคำนิยาม Bangui (Bangui definition) และคำนิยามกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์โดยองค์การอนามัยโลก ฉบับเพิ่มเติมปี ค.ศ. 1994 (1994 expanded World Health Organization AIDS case definition) อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์เป้าหมายของระบบเหล่านี้ไม่ใช่เพื่อการแบ่งแยกระดับทางคลินิกของผู้ป่วยเอดส์ และก็ไม่มีความไว (Sensitivity) หรือความจำเพาะ (Specificity) แต่อย่างใดด้วย สำหรับใน ประเทศกำลังพัฒนา นั้น องค์การอนามัยโลกได้สร้างระบบแบ่งระดับผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามอาการทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนในประเทศพัฒนาแล้วจะใช้ระบบจำแนกประเภทของศูนย์ควบคุมโรค (Centers for Disease Control - CDC)

1.3 การติดเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็น 3 ระยะ

1.3.1 ระยะที่ 1 ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic State) สุขภาพร่างกายภายนอกจะดูแข็งแรงสมบูรณ์เหมือนคนปกติทุกประการ แต่สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่นได้

1.3.2 ระยะที่ 2 ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (Aids Related Complex หรือ ARC) ระยะนี้จะมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างปรากฏให้เห็นได้เช่น ต่อมน้ำเหลืองโต น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวภายใน 1 เดือน อูจจาระร่วงเรื้อรังนาน 1 เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ มีไข้เรื้อรัง มีฝ้าขาวที่โคนลิ้น

1.3.3 ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) หรือระยะโรคเอดส์ เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันร่างกายถูกทำลายลงมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ตามปกติไม่สามารถก่อโรคต่อคนปกติได้ เรียกว่า” โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีอยู่หลายชนิดเช่นถ้าเป็นปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic carinii จะมีไข้ ไอ หอบ เจ็บหน้าอก ถ้าเป็นเชื้อราของทางเดินอาหารจะมีอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก ถ้าเป็นสมองอักเสบจากเชื้อ Cryptococcus จะมีไข้ ไอ ปวดศีรษะมาก คอแข็ง บางรายอาจเป็นมะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) ปรากฏเป็นจ้ำสีแดงคล้ำตามผิวหนัง เมื่อเข้าสู่ระยะนี้แล้วส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน

1.4 กรณีตรวจเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยจำนวนมากไม่รู้ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ชาวเมืองในแอฟริกาที่มีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า 1% เท่านั้นที่เคยได้รับการตรวจเอชไอวี และยิ่งน้อยกว่านั้นในชนบทนอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์เพียง 0.5% เท่านั้นที่ได้รับการให้คำแนะนำ ตรวจ และรับผลตรวจ และ

ยังมีสัดส่วนน้อยกว่านี้ในชนบทอีกเช่นกัน ดังนั้นเลือดและส่วนประกอบของเลือดบริจาคที่ใช้ในการแพทย์และงานวิจัยทางการแพทย์จึงต้องได้รับการตรวจคัดกรองเอชไอวี การตรวจเอชไอวีส่วนมากใช้ตรวจกับเลือดจากหลอดเลือดดำ ห้องตรวจทางปฏิบัติการหลายแห่งใช้วิธีการตรวจคัดกรองเอชไอวี "รุ่นที่สี่" ซึ่งตรวจหาแอนติบอดีต่อเอชไอวี (แอนติ-เอชไอวี - anti-HIV) ทั้งที่เป็น IgG และ IgM และแอนติเจนเอชไอวี p24 การตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเอชไอวีในผู้ป่วยที่ทราบอยู่เดิมว่าผลเป็นลบนั้นถือเป็นหลักฐานของการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับคนที่ตรวจครั้งแรกตรวจพบหลักฐานของการติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะได้รับการตรวจซ้ำในตัวอย่างเลือดที่สองเพื่อยืนยันผลการตรวจระยะแฝง (window period) ซึ่งเป็นช่วงเวลาระหว่างการได้รับเชื้อจนถึงการมีแอนติบอดีมากพอที่จะตรวจพบ อาจแตกต่างกันได้ในแต่ละคนตั้งแต่ 3-6 เดือน ทั้งนี้สามารถตรวจพบไวรัสได้ในระยะแฝงโดยใช้วิธีตรวจด้วยปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอเรส มีหลักฐานยืนยันว่าสามารถตรวจพบได้ก่อนที่จะตรวจพบด้วยการตรวจคัดกรอง EIA รุ่นที่สี่

ผลบวกจากการตรวจด้วยปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอเรส จะได้รับการยืนยันอีกครั้งด้วยการตรวจหาแอนติบอดี การตรวจเอชไอวีในทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก (อายุน้อยกว่า 2 ปี) ที่มารดามีผลบวกเอชไอวีนั้นไม่เกิดประโยชน์ เนื่องจากแอนติบอดีของแม่ยังคงอยู่ในเลือดของเด็กได้ ดังนั้นในเด็กจึงต้องวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอเรสต่อโปรไวรัสตีเอ็นเอนลิมีฟอสเฟตของเด็ก

การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญที่สุดที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้คือการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบทางบวกที่การศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ มีต่อพฤติกรรมทางเพศให้มีความระมัดระวังมากขึ้น การศึกษาเพียงอย่างเดียวนั้นไม่มีผล แต่จะช่วยนำไปสู่การมีความรู้ทางสุขภาพและความคิดอ่านทั่วไปมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงของตัวเองกับผลที่จะตามมาจากการติดเชื้อเอชไอวีได้

การรักษา ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีใช้โดยทั่วไป และไม่มีวิธีรักษาการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ให้หายขาด วิธีป้องกันโรคอย่างเดียวที่มีใช้อยู่คือการหลีกเลี่ยงการได้รับเชื้อไวรัส หรือถ้าได้รับมาแล้วก็ต้องใช้ยาต้านไวรัสทันทีหลังจากการได้รับเชื้อ การป้องกันโรคหลังการสัมผัสนี้ต้องให้ยาติดต่อกันสี่สัปดาห์โดยมีตารางเคร่งครัด และมีผลข้างเคียงเช่น ท้องเสีย ความรู้สึกไม่สบาย คลื่นไส้ และ อ่อนเพลีย

ยาต้านไวรัส ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทำได้โดยการให้ยาต้านไวรัสด้วยวิธี highly active antiretroviral therapy หรือ HAART ซึ่งวิธีการรักษาแบบ HAART ที่ใช้ยา protease inhibitor ได้ใช้มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 และได้ผลดีมากต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี สูตรยาต้านไวรัสแบบ HAART ที่ดีที่สุดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้เป็นการผสมยาด้านไวรัสอย่างน้อยสามชนิดในกลุ่มยาด้านไวรัสอย่างน้อยสองกลุ่ม สูตรที่ใช้ทั่วไปประกอบด้วยยาในกลุ่ม Nucleoside Analogue Reverse Transcriptase

Inhibitor (NRTR หรือ NARTI) สองตัว ร่วมกับยาในกลุ่ม protease inhibitor หรือ Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กดำเนินไปอย่างรวดเร็วกว่าในผู้ใหญ่ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายอย่างก็ไม่สามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงของการดำเนินโรคได้ในเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็ก การรักษาที่แนะนำสำหรับเด็กจึงเป็นสูตรยาที่แรงกว่าในผู้ใหญ่ ในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีการใช้สูตรยา HAART นั้น แพทย์จะเป็นผู้สังวาระระดับ viral load ความรวดเร็วในการลดจำนวนของเซลล์ CD4 และความพร้อมของผู้ป่วยในการเลือกรับการรักษา ก่อนที่จะเริ่มการรักษา เป้าหมายทั่วไปของการรักษาโดยสูตรยา HAART คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดจำนวนไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดให้อยู่ต่ำกว่าระดับที่ตรวจวัดได้ แต่ทั้งนี้ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ เมื่อหยุดยาแล้วเชื้อเอชไอวีก็สามารถเพิ่มจำนวนกลับมาก่อโรคได้ และเชื้อที่เพิ่มจำนวนขึ้นมานี้มักคือตัวยาด้านไวรัส ทั้งนี้เวลาที่ต้องใช้ในการกำจัดไวรัสให้หมดไปจากร่างกายด้วยการใช้ยาด้านไวรัสนั้นก็นานกว่าอายุขัยของคนปกติ อย่างไรก็ตามผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหลายคนรู้สึกได้ถึงสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่การลดลงของอัตราการตายและอัตราการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในขณะที่หากไม่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัส ผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคจากการติดเชื้อเอชไอวีไปยังการเป็นเอดส์ด้วยมัธยฐานระหว่าง 9-10 ปี และ median survival time หลังจากดำเนินเป็นโรคเอดส์แล้วที่ 9.2 เดือน เชื่อกันว่าการรักษาด้วยยาด้านไวรัสสูตร HAART ทำให้เพิ่มอายุขัยได้ระหว่าง 4-12 ปี สำหรับผู้ป่วยกว่าครึ่งการใช้สูตรยา HAART นั้นได้ผลไม่เต็มที่ เนื่องจากผู้ป่วยทนผลข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสแบบไม่เต็มที่มาก่อน หรือติดเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ที่ดื้อต่อยาด้านไวรัส สาเหตุส่วนใหญ่ของการที่ผู้ป่วยได้ผลจากยาไม่เต็มที่ส่วนใหญ่มาจากการกินยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่สม่ำเสมอ สาเหตุของการกินยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่สม่ำเสมอนั้นมีหลายอย่าง ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางจิตสังคมรวมถึงการขาดโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาล การไม่มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคม โรคทางจิตเวช และการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง สูตรยา HAART นั้นบางครั้งซับซ้อนและใช้ยาก ล้มง่าย เนื่องจากมียาจำนวนมากที่ต้องกินบ่อยครั้ง ผลข้างเคียงของยาก็สามารถทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาด้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง ผลข้างเคียงเหล่านี้เช่น lipodystrophy (ไขมันเจริญผิดปกติ) dyslipidemia (ไขมันในเลือดสูง) ท้องเสีย ภาวะคีโตนชูลินเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางหัวใจและหลอดเลือดและความผิดปกติแต่กำเนิด นอกจากนั้นยาด้านไวรัสยังมีราคาแพง และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ยังไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขอีกด้วย สำหรับในประเทศไทยมียา GPO Vir S และ GPO Vir Z

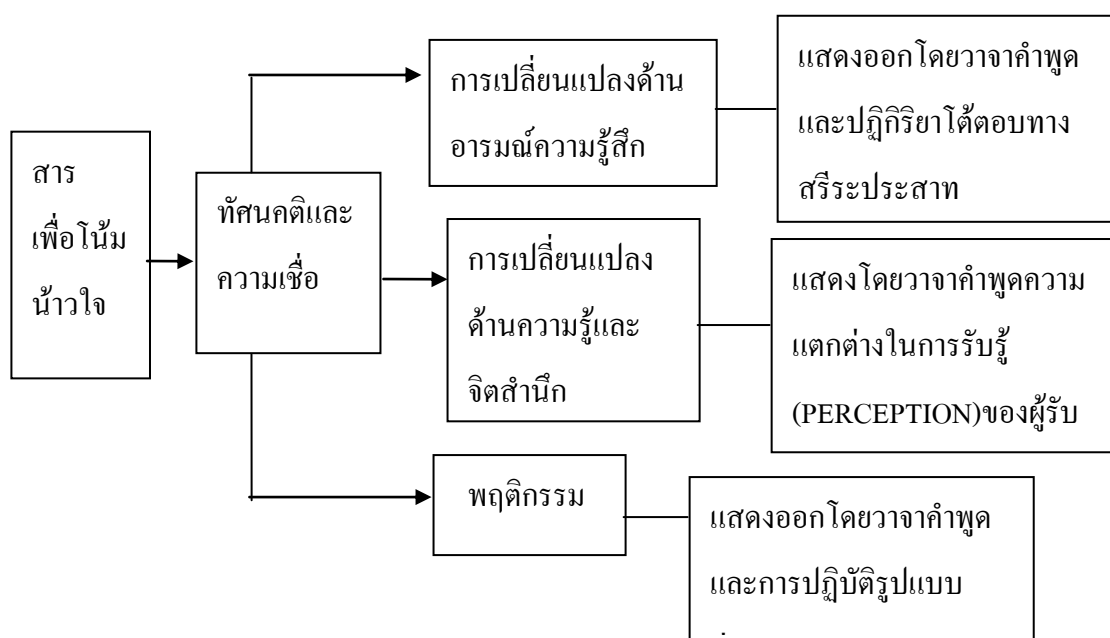
สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กันยายน ๒๕๕๕ รายงานว่า กลุ่มอายุ 30 - 34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 25.01) รองลงมาได้แก่ อายุ 25- 29 ปี โดยพบว่า กลุ่มอายุต่ำสุด คือ กลุ่มอายุเพียง 0-14 ปี

(ร้อยละ 4.46) เมื่อจำแนกตามอาชีพ พบว่า อาชีพรับจ้าง เป็นกลุ่มที่เป็นเอ็ดส์มากที่สุด รองลงมา คือ เกษตรกรรม ว่างงาน ค้าขาย และแม่บ้าน ส่วนสาเหตุของการติดเชื้อเอ็ดส์นั้น พบว่า ร้อยละ 84.79 ติดจากการมีเพศสัมพันธ์ รองลงมา คือ การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น และติดเชื้อจากมารดา อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยที่ไม่ทราบถึงสาเหตุ ถึงร้อยละ 7.30 ส่วนเชื้อฉวยโอกาส ที่สามารถตรวจพบในผู้ป่วยเอ็ดส์มากที่สุด ได้แก่ เชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งเป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดวัณโรค นั่นเอง

2. ทฤษฎีพฤติกรรม

2.1 ทศนคติ ความเชื่อ กรอบอ้างอิง และการโน้มน้าวใจ

โรเซนเบิร์ก และ โฮฟแลนด์ (อรรถรณ ปิณฑน์โอวาท. 2546 : 17-21 ; อ้างอิงจาก Rosenberg & Hovland. 1960. Cognitive, Affective, and Behavioral Components of Attitudes. p. 1-4.) กล่าวว่า ผลของการโน้มน้าวใจจะรวมทศนคติ และความเชื่อไว้ เมื่อมีการตอบสนอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดในตัวผู้รับสาร จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และสำนึก การเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ และความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม ดังรูปภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ทัศนคติกับการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

ที่มา : อรรถรณ ปิณฑน์โอวาท. (2546). การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ. หน้า 18.

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ทศนคติ กับการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ซึ่งรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงภายนอกร่างกายซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้

2.1.1 การเปลี่ยนแปลงความรู้และจิตสำนึก ในความหมายของคำว่า Cognitions รวมความถึงความคิดรวบยอด (Concept, Awareness) ความเชื่อที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด คุณค่าที่ให้ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือความเชื่ออย่างหนึ่งอย่างใดและโลกทรรศน์รอบตัว ปกติการเปลี่ยนแปลงในความรู้ และจิตสำนึก แสดงออกให้เห็นได้ทางวาจา ซึ่งผู้รับสารแสดงออกมาหลังจากได้ฟังสารที่โน้มน้าวใจแล้ว แต่อย่างที่ได้อธิบายมาแล้วการเปลี่ยนแปลงในความรู้ ความคิดรวบยอดหรือโลกทรรศน์อาจจะไม่เกิดในทันทีแต่อาจจะเกิดเพราะไปได้ข้อมูลเพิ่มขึ้น เกิดจากการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน ฯลฯ

การเปลี่ยนแปลงในการรับรู้อาจเกิดขึ้นได้เช่นกัน เมื่อพบบุคคลซึ่งไม่ประทับใจจากบุคลิกภายนอก เช่น แต่งตัวปอนๆ ผอมยาว แต่หลังจากการพูดคุยที่ก่อปรด้วยเหตุผลน่าโน้มน้าวใจ เปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับบุคคลนั้น หรือในทางกลับกัน การพบผู้ที่มีบุคลิกที่น่าเชื่อถือแต่หลังจากฟังวาทะแล้ว คู่สนทนาอาจจะเปลี่ยนการรับรู้ไปในทางลบก็ได้ จึงอาจจะตั้งข้อสังเกตไว้ว่าผู้ส่งสารที่โน้มน้าวใจอาจจะไม่สามารถทำให้ผู้รับสารถึงขั้นลงมือปฏิบัติได้ แต่ผู้ส่งสารอาจทำให้ผู้รับสารเปลี่ยนความสำนึก ความคิดรวบยอดหรือการรับรู้ได้ และการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ก็จะขึ้นพื้นฐานให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในภายหน้าเมื่อรับสารที่โน้มน้าวใจต่อไป

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คำว่า Affection หมายถึง อารมณ์ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอาจแสดงออกได้โดยการหัวเราะ ร้องไห้ ขนหัวลุก ตัวสะท้าน ฯลฯ ในการทดลองทางจิตวิทยา นักจิตวิทยาจะมีเครื่องมือวัดการเปลี่ยนแปลงด้วยการวัดจังหวะเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต วัดปฏิกิริยาตอบโต้ทางผิวหนังด้วยกระแสไฟฟ้า และการที่เหงื่อออก แต่การวัดการตอบโต้เช่นนี้ ภายนอกห้องทดลองย่อมเป็นไปได้ยาก ผู้ส่งสารจำเป็นต้องฟังจากวาจาหรือสังเกตอาการปฏิกิริยาจากผู้รับสารด้วยตนเอง เช่น ผู้ฟังอาจตอบสนองว่า “ได้ยินนายกสมาคมกล่าวเกี่ยวกับการตั้งทุนอาหารกลางวันเพื่อเด็กยากจนแล้ว สงสารเด็กพวกนั้นจังเลย” การจัดทำโปสเตอร์เพื่อโน้มน้าวใจให้บริจาคให้เด็กกำพร้าก็อาศัยหลักการโน้มน้าวใจเช่นกัน (มีข้อสังเกตอยู่ว่า เด็กที่เลือกมาเป็นแบบจะต้องไม่ใช่เด็กที่พิการน่ากลัวจนให้ความรู้สึกตอบสนองในทางลบว่า “เด็กคนนี้จะควรจะตายจะมีความสุขกว่ามีชีวิตอยู่” หรือจะต้องไม่ใช่เด็กที่น่าตาทำทางหรือแต่งกายสวยงามเกินไปจนเกิดความรู้สึกในตัวผู้บริจาคว่า “เด็กคนนี้ดูดีกว่าลูกฉันตั้งเยอะ เรื่องอะไรฉันจะต้องไปบริจาค”

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ในที่นี้ให้จำกัดความว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงการกระทำที่สามารถเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้เป็นไปได้ค่อนข้างยาก อาจมีการโน้มน้าวใจให้คนเห็นด้วยกับ วาญหรีและสุราเป็นสิ่งเสพติดที่ควรหลีกเลี่ยง เปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้แต่ในการที่จะให้บุคคลหยุดเสพทั้งสองสิ่งนี้เป็นไปได้ยาก ในการที่จะสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสามารถสังเกตได้ทั้งจากวาจาของผู้รับสารและการกระทำของบุคคลนั้น การเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ชนิด

ดังกล่าวมาแล้วไม่สามารถแยกออกได้เป็นชนิดๆอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นคาบเกี่ยวกัน เป็นหน้าที่ของนักสื่อสารที่จะต้องวางแผนการณรงค้อย่างรอบคอบเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ

2.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความเชื่อ กับ ความรู้หรือจิตสำนึก อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม (Relationship Between Attitude, Belief And Cognition, Affection And Behavior)

ถึงแม้เราจะไม่สามารถรับรู้เกี่ยวกับทัศนคติหรือความเชื่อได้ด้วยประสาททั้งห้า แต่เราก็สามารถเรียนรู้ได้ด้วยการทำข้อสรุปจากวาจาหรือพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งที่สังเกตได้ นักจิตวิทยา ได้นำแนวคิดนี้ไปวิเคราะห์ทัศนคติและความเชื่อ และมีความเห็นว่าทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้หรือ จิตสำนึก(Cognition) อารมณ์ความรู้สึก (Affection) และพฤติกรรม (Behavior) ต่างก็สัมพันธ์ไปในแนว เดียวกัน (Positive relationship) อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมิได้เกิดในลักษณะหนึ่งต่อหนึ่ง นั่นคือ ความชอบอย่างหนึ่งหรือความไม่ชอบหนึ่งอย่างจะนำไปสู่พฤติกรรมหนึ่งอย่าง เช่น ในการ วิจัยของสหรัฐอเมริกา มีคนผิวขาวที่รังเกียจชนกลุ่มน้อยคือพวกผิวดำหรือพวกยิว เมื่อคนผิวขาว เหล่านี้ตอบแบบสอบถาม เขายังคงแสดงทัศนคติทางลบอยู่ แต่นั่นไม่ได้หมายความว่า เมื่อพวกเขาเจอ พวกผิวดำหรือพวกยิว เขาจะเข้ากลุ่มรวมทำร้ายซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมา หรือพวกของเรา อาจจะมิบุตรเกินกว่าหนึ่งหรือสองคน ถึงแม้เขาจะมีทัศนคติทางบวกต่อการคุมกำเนิด ทัศนคติและ ความเชื่อของเขาจะถูกควบคุมด้วยตัวแปรอื่นๆเช่น กฎหมาย คำดำหนิจากสังคม เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ ทางจิตวิทยาอื่นๆ ซึ่งสอดแทรกอยู่ระหว่างทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่แสดงออกมา

ทำไมเราต้องเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความเชื่อ กับ ความรู้หรือ จิตสำนึก อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม คำตอบคือ ถ้าเราต้องการจะวัดความโน้มน้าวใจของสาร เช่น การณรงค์ให้ขอคนหรี เราไม่สามารถติดตามดูพฤติกรรมของผู้รับสารทุกคนได้ แต่เราสามารถให้ ผู้รับสารตอบแบบสอบถามซึ่งแสดงทัศนคติ ความเชื่อ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรู้หรือจิตสำนึก อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมได้

จากคำอธิบายแสดงให้เห็นว่า สารเพื่อโน้มน้าวใจจะต้องทำปฏิกริยากับทัศนคติ และความเชื่อ เสียก่อนและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้หรือจิตสำนึก อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม

2.1.5 แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (อรวรรณ ปิรันธน์โอวาท. 2546 : 34-41 ; อ้างอิงจาก Zimbardo & Leippe. 1991. The Psychology of Attitude Change And Social Influence. p. 14) ได้เสนอแผนภูมิแสดงระบบทัศนคติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระบบทัศนคติมี องค์ประกอบหลักๆ 5 ประการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเรามีปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร (Social Objects) หรือแนวคิดหนึ่งแนวคิดใด (Concepts) อย่างไร

1) องค์ประกอบด้านความรู้ ความนึกคิด (Cognitions) เป็นส่วนที่เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ทัวไปทั้งสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ หากบุคคลมีความรู้หรือความคิดว่าสิ่งใดดี ก็มักจะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ในแผนภูมิแสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบด้านความรู้ความนึกคิด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง (Knowledge) ส่วนที่เป็นความเชื่อ และส่วนที่เป็นการประเมิน เหล่านี้คือความนึกคิดหรือการรับรู้ทั้งสิ้น

2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (The Affective Responses) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพของคนนั้น เป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละคน

3) ความตั้งใจทางด้านพฤติกรรม (Behavior Intentions) คือความตั้งใจที่จะแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือแนวคิดหนึ่งแนวคิดใด ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบด้านความรู้ ความคิดและความรู้สึก ในการวิจัยเชิงประจักษ์ ถ้าวัดพฤติกรรมโดยตรงไม่ได้ อาจวัดความตั้งใจทางด้านพฤติกรรมได้

4) พฤติกรรม (Behaviors) คือการแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง แนวคิดหนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด และความรู้สึก

5) ทัศนคติ (Attitude) คือความโน้มเอียงในการประเมินวัตถุ แนวคิด บุคคล สถาบัน ฯลฯ จะเห็นว่าในระบบทัศนคติ องค์ประกอบทั้งห้าส่วนล้วนสัมพันธ์กัน ไม่มีส่วนใดแยกอยู่เป็นอิสระได้ โดยสรุปแล้วลักษณะของทัศนคติคือ

(1) ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ของแต่ละคน มิใช่เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด

(2) ทัศนคติเป็นสภาพทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อการคิดและการกระทำของบุคคลเป็นอันมาก

(3) ทัศนคติเป็นสภาพทางจิตใจที่มีความถาวรพอสมควรทั้งนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลต่างก็ได้รับประสบการณ์ และผ่านการเรียนรู้มามาก อย่างไรก็ตามทัศนคติก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ อันเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจดี ทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงและเมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลง จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้ง 3 อย่างนี้มีความเชื่อมโยงต่อกัน ฉะนั้น ในการที่จะให้มีการยอมรับ- ปฏิเสธในสิ่งใดต้องพยายามเปลี่ยนทัศนคติเสียก่อน โดยให้ความรู้

2.1.6

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม แนวความคิดนี้ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของ 3 ตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) บางครั้งเรียกว่า แบบจำลอง KAP กระบวนการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจของ

แบบจำลองนี้ว่าเป็นการให้ความรู้แก่ผู้รับสาร เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติอันจะนำไปสู่พฤติกรรมหรือการปฏิบัติในที่สุด

2.1.7 แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้ ความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (S-R) แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ(ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้ก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ได้ โดยนิยามความรู้หมายถึงการได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รูปแบบ วิธีการ กฎเกณฑ์ แนวปฏิบัติ สิ่งของ เหตุการณ์ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากสื่อต่างๆประกอบกัน

1) ความรู้จึงเป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Fact) หรือความคิด (Idea) ความหยั่งรู้หยั่งเห็น (Insight) หรือสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ ความรู้ทำให้ผู้เรียนได้รู้ถึงความสามารถในการจำและระลึกถึงเหตุการณ์และประสบการณ์ที่เคยพบมาแล้ว แบ่งได้ดังนี้

- (1) ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหา
- (2) ความรู้เกี่ยวกับวิธีและการดำเนินการที่เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด
- (3) ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวความคิดและโครงสร้าง

2) การประเมินผลด้านความรู้ หมายถึง การประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้เดิมในเนื้อหา และทักษะในการใช้เนื้อหาความรู้ ตามที่นักวิชาการชื่อ บลูมและคณะ ได้แยกการประเมินระดับความรู้ไว้ 6 ระดับ ดังนี้

(1) ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธีปฏิบัติ กระบวนการและแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้คือ ความสามารถในการดึงข้อมูลจากความจำออกมาได้

(2) ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้ มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถเขียนข้อความเหล่านี้ได้ด้วยถ้อยคำของตนเอง สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมาย แปลความและเปรียบเทียบความคิดอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้

(3) ระดับของการนำไปใช้ (Application) สามารถนำเอาข้อเท็จจริงและความคิดเห็นที่เป็นนามธรรม (Abstract) ไปปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม

(4) ระดับของการวิเคราะห์ (Analysis) สามารถให้ความคิดในรูปของการนำความคิดมาแยกเป็นส่วน เป็นประเภท หรือการนำข้อมูลมาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติของตนเอง

(5) ระดับของการสังเคราะห์ (Synthesis) คือการนำเอาข้อมูล แนวความคิดมาประกอบกัน แล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์ (Creative) ซึ่งเป็นสิ่งใหม่แตกต่างไปจากเดิม

(6) ระดับของการประเมินผล (Evaluation) คือความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อตั้งเกณฑ์ (Criteria) การรวบรวมผลและวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ตั้งข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

3) อย่างไรก็ดีตาม การเกิดความรู้ไม่ว่าระดับใดก็ตาม ย่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึคนึกคิด ซึ่งเชื่อมโยงกับสภาพจิตใจในบุคคลต่างกัน อันมีปัจจัยมาจากประสบการณ์ที่ตั้งสมมา และสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้บุคคลมีความคิด และแสดงออกตามความคิด ความรู้สึกของตน

2.1.8 แนวความคิดเกี่ยวกับทัศนคติ ได้สรุปว่าในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์นั้น มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ระดับ

1) การเปลี่ยนแปลงความคิด สิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมาจากข้อมูลข่าวสารใหม่ ซึ่งอาจมาจากสื่อมวลชน หรือบุคคลอื่น

2) การเปลี่ยนความรู้สึก การเปลี่ยนในระดับนี้จะมาจากประสบการณ์หรือความประทับใจ หรือสิ่งทำให้เกิดความสะเทือนใจ

3) การเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตในสังคมซึ่งไปมีผลต่อบุคคล ทำให้ต้องปรับพฤติกรรมเดิมเสียใหม่

4) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีส่วนเกี่ยวข้องกันโดยตรง ถ้าความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมถูกกระทบในระดับใดก็ตาม จะมีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติทั้งสิ้น นอกจากนี้องค์ประกอบต่างๆ ในกระบวนการสื่อสาร อาทิเช่น คุณสมบัติของผู้ส่งสาร ลักษณะของข่าวสาร คุณสมบัติของช่องทางการสื่อสาร และคุณสมบัติของผู้รับสาร ล้วนแต่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้บุคคลต้องเผชิญปัญหา เหตุการณ์ต่างๆ มากมาย บางคนเปลี่ยนทัศนคติได้ง่าย แต่บางคนเปลี่ยนทัศนคติได้ยาก เพราะทัศนคติของบุคคล เมื่อเกิดขึ้นแล้ว แม้จะคงทนพอสมควร แต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการรับข่าวสารที่ทำให้เกิดการยอมรับในสิ่งใหม่ แต่จะต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลนั้นๆ

ในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลนั้นๆ มีอยู่ 2 ประการคือ

1. การเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกัน หมายถึง ทัศนคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวก ก็จะเพิ่มมากขึ้นไปในทางบวกด้วย แต่ถ้าทัศนคติไปในทางลบ ก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางลบด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง หมายถึง การเปลี่ยนทัศนคติเดิม ของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็จะลดลงในทางลบ แต่ถ้าเป็นไปในทางลบก็จะเปลี่ยนไปในทางตรงกันข้าม

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางเดียวกันจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่า มันคงว่าคงที่กว่าทัศนคติ ที่เปลี่ยนแปลงไปคนละทาง ซึ่งทัศนคติของบุคคลสามารถถูกทำให้เปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี วิธีหนึ่งคือการที่บุคคลได้รับข่าวสารต่างๆ ซึ่งข่าวสารนั้นอาจจะมาจากสื่อบุคคล สื่อกลุ่ม หรือสื่อมวลชนต่างๆ ข่าวสารต่างๆ ที่ได้รับนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ต่อทัศนคติด้านความรู้หรือการรับรู้ (Cognition Component) และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติก็มีแนวโน้มทำให้ส่วนประกอบด้านอารมณ์ (Affective Component) และส่วนประกอบทางพฤติกรรม (Behavioral Component) เปลี่ยนแปลงได้ด้วย ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า หากได้รับข่าวสารในระดับที่แตกต่างกันก็ย่อมทำให้มีทัศนคติหรือแนวโน้มของพฤติกรรมมีความแตกต่างกันออกไปด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงส่วนมากไม่ได้มาจากการเปลี่ยนแปลงค่านิยม (Value) ของบุคคล แต่มาจากการเปลี่ยนแปลงการยอมรับข่าวสารซึ่งสัมพันธ์กับบุคคลนั้น ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ คือ “สื่อ” (Media) ซึ่งอาจจะเป็นสื่อบุคคล หรือสื่อมวลชนซึ่งเป็นช่องทางในการส่ง “ข่าวสาร” (Message) ให้แก่ผู้รับข่าวสาร แต่อิทธิพลของ “ข่าวสาร” (Message) และ “สื่อ” (Media) จะมีมากหรือน้อยเพียงใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับข่าวสารและผู้รับสารว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ระหว่างข่าวสารกับความรู้และทัศนคติของผู้รับสาร ซึ่งอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงก็ได้

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการมีส่วนร่วม

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (อรรณพ ปิณฑน์โอวาท. 2546 : 17-21 ; อ้างอิงจากสุรพงษ์ โสธนะเสถียร. 2533 การสื่อสารกับสังคม. หน้า 36) กล่าวว่า พฤติกรรมคือการกระทำหรือพฤติกรรมใด ๆ ของคนเรา ส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกของบุคคล โดยมีพื้นฐานที่มาจากความรู้ และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน ก็เนื่องมาจากการมีความรู้ และทัศนคติที่แตกต่างกัน เกิดขึ้นได้เพราะความแตกต่างอันเนื่องมาจากการเปิดรับสื่อและความแตกต่างในการแปลความสารที่ตนเองได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล การศึกษาถึงสาเหตุของ พฤติกรรมของคนเรานั้น นักจิตวิทยาได้เห็นพ้องต้องกันว่า จิตลักษณะที่ทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำที่สุด คือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้นการกระทำหรือพฤติกรรมใดของคนเราส่วนใหญ่ ตามปกติมักมาจากทัศนคติของบุคคลนั้น ทัศนคติจึงเป็นเสมือนเครื่องควบคุมการกระทำของบุคคล พฤติกรรมส่วนใหญ่ของคนถูกควบคุมด้วยทัศนคติของเขา ถ้าเราต้องการพยากรณ์และควบคุมพฤติกรรมของคน เราต้องศึกษาเรื่อง “ทัศนคติ” อย่างกว้างขวางลึกซึ้ง

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในรูปแบบ 4 ประการ ดังนี้ (อรรณพ ปิณฑน์โอวาท. 2546 : 39-41 ; อ้างอิงจาก Morse, Nancy C. 1955. Satisfactions in the White Collar Job)

1) ทักษะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะ และมีผลต่อการปฏิบัติ

2) ความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

3) ความรู้และทักษะต่างกันทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทักษะไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน

4) ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวหาว่า พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคล โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้และทักษะแตกต่างกัน โดยทั่วไปการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวพฤติกรรมนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระดับ ตั้งแต่ปัจเจกชน คนข้างเคียง ไปจนถึงระดับสังคม การโน้มน้าวพฤติกรรมในทุกะดับของการสื่อสารสังคม อาจผ่านสื่อโดยอาศัยวิธีการดังนี้

(1) การปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional arousal) เพื่อให้เกิดความตื่นเต้น เร้าใจในการติดตามไม่ว่าด้วยภาพหรือเสียง เช่นบรรยากาในการประกาศปฏิวัติรัฐประหาร สถานการณ์น่าวิตกและน่าเป็นห่วงต่างๆ

(2) การแสดงความเอาใจเขามาใส่ใจเรา(Empathy) ด้วยการแสดงความอ่อนโยน เสียสละและความกรุณาปรานี ขอมแพ้เพื่อเป็นพระชนะเป็นมารก็อาจโน้มน้าวใจผู้คนที่ยอมรับได้ เช่น คนไปลงคะแนนเสียงเลือกตั้งให้ ก็เพราะเห็นผู้สมัครคนนั้นถูกโจมตีจากผู้สมัครคนอื่นๆ

(3) การสร้างแบบอย่างขึ้นในใจ (Internalized norms) เป็นการสร้างมาตรฐานอย่างหนึ่งขึ้น เพื่อให้มาตรฐานนั้นปลุกศรัทธาและเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับสารที่จะต้องปฏิบัติตาม

(4) การให้รางวัล (Reward) เช่น การลด แลก แจก แถม ในการโฆษณา เพื่อเป็นการจูงใจให้เลือกซื้อสินค้าอื่นนั้นๆ

2.2.2 ผลของการโน้มน้าวใจด้วยวิธีการข้างต้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมพื้นฐาน

2 แบบคือ

1) กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ๆ หรือให้มีพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง (Activation)

2) หยุดยั้งพฤติกรรมเก่า (Deactivation)

ทั้งการกระตุ้นและการหยุดยั้ง เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมอื่นๆ ตามมา เช่น การตัดสินใจวินิจฉัยต่อประเด็นปัญหา การจัดหายุทธวิธีดำเนินงานและการสร้างพฤติกรรมเพื่อส่วนรวม

2.2.3 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม(Behavior) เป็นการเปลี่ยนแปลงการกระทำที่สามารถสังเกตได้ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมนี้เป็นไปได้ค่อนข้างยาก แต่หากผู้ส่งสารสามารถทำให้ผู้รับสารเปลี่ยนแปลงความรู้หรือการรับรู้ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้จะเป็นพื้นฐานให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในภายหน้าได้เมื่อรับสารที่โน้มน้าวใจต่อไป

3. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง

พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behavior) (ปัทมา รักเกื้อ, 2553 : 35) หมายถึง พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยไม่แน่ว่า พฤติกรรมนั้นหมายถึง พฤติกรรมทางเพศ หรือพฤติกรรม การกระทำอื่นใด อรอนงค์ อินทรวิจิตรและ นรินทร์ กรินชัย ให้ความหมายพฤติกรรมเสี่ยงมี 3 ทาง คือ 1) พฤติกรรมทางเพศ 2) พฤติกรรมการติดยาเสพติด 3) พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ปัจจุบันพบว่าพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่สำคัญคือพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จะติดจากการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุดสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค: 2551) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า พฤติกรรมทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่ส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย

3.1 พฤติกรรมทางเพศ มี 2 ลักษณะดังนี้

3.1.1 พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส ตามลำดับขั้นตอนพฤติกรรมของการนัดหมาย (dating stage) ระหว่างหญิงชาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและลึกซึ้งขึ้นเรื่อยๆ แบ่งออกเป็น 8 ลักษณะโดยเริ่มจากพฤติกรรมน้อยที่สุดไปหาพฤติกรรมมากที่สุดดังนี้ (ปัทมา รักเกื้อ, 2553 : 36 ; อ้างอิงจากสุภาภรณ์ ปัญหาราช, 2547. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการรับรู้ภาวะเสี่ยง:การศึกษาเชิงบรรยายในวัยรุ่นในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. หน้า 24)

- 1) ไม่มีการสัมผัสถูกเนื้อต้องตัวกัน (no physical contact)
- 2) มีการจูบลา (a goodnight kiss)
- 3) มีการโอบกอด และการจูบเล็กน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น (several hugs and kisses)
- 4) มีการโอบกอด และการจูบที่ลึกซึ้งขึ้น (prolonged kissing and hugging)
- 5) มีการเล้าโลมเบาๆ บริเวณส่วนบนของร่างกาย (light petting above the waist)
- 6) มีการเล้าโลมมากขึ้นบริเวณส่วนล่างของร่างกาย (heavy petting above the waist)
- 7) มีการสำเร็จความใคร่ซึ่งกันและกัน (mutual masturbation)
- 8) มีการร่วมเพศ (sexual intercourse)

ทั้งนี้ในการศึกษาของ พนอวดี จันทนา (2547 : 41) พบว่าเพียงการจับมือถือแขน มีโอกาสเกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 0 แต่ถ้าความใกล้ชิดเกิดขึ้นอีกขั้นหนึ่ง คือการกอดจูบ มีโอกาสเกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 60 ถ้ามีการลูบคลำข้างนอกมีโอกาสเกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 80 และถ้ามีการเล้าโลมข้างในมีโอกาสเกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 100

3.1.2 ลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์เกือบทุกราย เกิดจากการร่วมเพศโดยไม่มีการป้องกันระหว่างชายกับหญิง หรือระหว่างชายกับชาย โดยที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทางช่องเพศ หรือทางทวารหนักก็ตาม ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางเพศที่พบได้บ่อยๆ ในทุกประเทศ (ปีทมา รักเกื้อ. 2553 : 37 ; อ้างอิงจาก เมิร์ล เบเรอว์ และ สุนันดา เรย์. 2539. สตรีร่วมใจสู้ภัยโรคเอดส์. หน้า 190)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ปีทมา รักเกื้อ. 2553 : 37 ; อ้างอิงจาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546. คู่มือการให้การปรึกษาโรคเอดส์. หน้า 41-45) ได้ระบุลักษณะของเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี คือ เพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่โดยไม่ได้มีการป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทำให้เชื้อที่มีอยู่ในสารคัดหลั่งได้แก่ น้ำอสุจิ น้ำหล่อลื่นในช่องคลอด เลือด สามารถเข้าสู่ร่างกายได้ ตลอดจนการใช้ปากในการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (2536 : 33) ยังได้ระบุว่า พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์นั้นยังหมายรวมถึง การสำส่อนทางเพศ คือการมีคู่นอนหลายคน การเปลี่ยนคู่นอนหลายคน การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ และการเที่ยวโสเภณีอีกด้วย ดังนั้นลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

1) การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย หมายถึงการมีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุ 15 ปี หรือน้อยกว่า 15 ปี (ปีทมา รักเกื้อ. 2553 : 38 ; อ้างอิงจาก Stulhofer, A. Graham, C. Bozicevic, I. Kufrin, K., & Ajdukovic, D. (2007). HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes And Sexual Behaviors as Predictors of Condom Use Among Young Adults in Croatia, International Family Planning Perspectives. p. 58-65) นอกจากนี้ สุนเทน (ปีทมา รักเกื้อ. 2553 : 38 ; อ้างอิงจาก Houten, S.V. 2007. High-risk sexual behavior. p. 66) กล่าวว่า การมีเพศสัมพันธ์เร็วโดยเฉพาะก่อนอายุ 18 ปี นับเป็นพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยสัมพันธ์กับการไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่นอนหลายคน การเพิ่มอัตราการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปีทมา รักเกื้อ. 2553 : 38 ; อ้างอิงจาก Barone C. Ickovics, J.R. Ayers, T.S. Katz, S.M. Voyce, C.K. & Weissberg, R.P. (1996). High-Risk Sexual Behavior Among Young Urban Students. p. 69-74.

2) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ไม่ถูกวิธี การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกันเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย พบว่า ในปีค.ศ. 2004 มากกว่า 85% ของผู้ที่ได้รับรายงานนั้นเกิดจากการรับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีและใช้อย่างสม่ำเสมอ จะมีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ นอกจากนี้การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีและใช้อย่างสม่ำเสมอ ยังช่วยลดความเสี่ยงในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกด้วย จากการศึกษาติดตามผลระยะยาวในกลุ่มผู้ที่มีคู่นอน

ที่ติดเชื้อเอชไอวีถึงการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัย พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีและใช้อย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ประมาณ 85%

3) การมีคู่นอนหลายคน พบว่า การระบาดของโรคเอดส์นั้นขึ้นอยู่กับ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนโดยขาดการป้องกัน ชายหญิงที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่มีคู่นอนเพียงคนเดียว (ปีพม่า รักเกื้อ. 2553 : 40 ; อ้างอิงจาก Waithaka, M. & Bessinger, R. 2001. Sexual Behavior and Condom Use in the Context of HIV prevention in Kenya. p. 4-9)

4) การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณทวารหนักนั้นบางมาก อาจทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจึงถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงมากต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นฝ่ายสอดใส่อวัยวะเพศชายเข้าไปในร่างกายของคู่นอนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีก็มีความเสี่ยงเช่นกันเพราะว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถเข้าไปทางรูเปิดของท่อปัสสาวะบนของอวัยวะเพศได้ หรือเข้าไปทางรอยขีดข่วน รอยฉีกขาด หรือแผลเปิดที่อวัยวะเพศได้ วิธีป้องกันการติดเชื้อจึงควรใช้ถุงยางอนามัยด้วยทุกครั้ง แต่การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก มีโอกาสที่ถุงยางอนามัยจะแตกได้มากกว่า การร่วมเพศทางช่องคลอด ดังนั้นการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก จึงยังคงเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีปีพม่า รักเกื้อ. 2553 : 41 ; อ้างอิงจาก CDC. 2006. Can I get HIV from anal sex. p. 45)

5) การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน มีงานวิจัยพบว่าจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถ้ามีเพศสัมพันธ์กับหญิงขณะที่มีประจำเดือน (ปีพม่า รักเกื้อ. 2553 : 42 ; อ้างอิงจาก เมิร์ล เบเรอว์ และ สุนันดาเรย์. 2539. สตรีร่วมใจสู้ภัยโรคเอดส์. หน้า 195) ; (ปีพม่า รักเกื้อ. 2553 : 42 ; อ้างอิงจาก นิกร ดุสิตสิน. 2543. ปัญหา-รักษาสุขภาพ เรื่อง การมีประจำเดือน . หน้า 56) กล่าวไว้ว่า เพราะในขณะที่มีประจำเดือนพื้นผิวโพรงมดลูกจะมีลักษณะคล้ายแผลซึ่งถ้ามีเชื้อโรครุนแรงอาจเข้าไปถึงโพรงมดลูกและเลยเข้าไปถึงช่องท้องได้

6) การมีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายขายบริการ ลักษณะการขายบริการทางเพศขณะนี้เปลี่ยนแปลงไปมาก จากเดิมการขายบริการส่วนใหญ่จะขายในสถานบริการเป็นหลัก แต่ขณะนี้เปลี่ยนไปในรูปแบบของการขายแอบแฝง เช่น อาบอบนวด นวดแผนโบราณ คาราโอเกะ บาร์เบียร์ นางทางโทรศัพท์ และยังพบผู้ขายบริการทางเพศอิสระ การขายบริการเพื่อเป็นรายได้เสริม ซึ่งหญิงบริการทางเพศไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะใดล้วนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศทั่วประเทศในช่วงกลางปี พ.ศ. 2549 จำนวนกว่า 2,092 คน พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแขกหรือลูกค้าประจำ พบว่า มีอัตราลดลงจากร้อยละ 93 ในปี พ.ศ.2547 เหลือร้อยละ 86 และใช้ถุงยางอนามัยกับชายอื่น ที่ปี พ.ศ.2547 มีสูงถึงร้อยละ 91 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 79 นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงขายบริการ

ทางเพศ มีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นกามโรคร้อยละ 11 และเข้าร่วมเพศขณะกำลังมีอาการป่วยของโรคกามโรคด้วย เพิ่มจากร้อยละ 4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2549 การร่วมเพศขณะกำลังป่วยจากกามโรค การเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ได้ง่ายขึ้นถึงเท่า นอกจากหญิงขายบริการทางเพศจะเป็นผู้รับเชื้อแล้ว ยังเป็นแหล่งแพร่เชื้อสู่คู่นอนรายต่อไปด้วยปีพม่า รักเกื้อ. 2553 : 43 อ้างอิงจาก สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข . 2550. สธ.เผยแพร่ผลสำรวจพบหญิงขายบริการทางเพศเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวียังคงให้บริการแม้อาการป็นโรคนองใน. หน้า 102)

7) การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่รู้จักกันเพียงผิวเผิน มีความเป็นไปได้ว่าบุคคลกลุ่มนี้เคยมีประสบการณ์ทางเพศมาก่อน และเป็นไปได้ว่าบุคคลกลุ่มนี้อาจจะได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีมาแล้ว ซึ่งทำให้บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย มีโอกาสติดเชื้อได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าประมาณคิดว่าเขาเป็นคนที่ไปที่ไม่ได้ขายบริการทางเพศ (ปีพม่า รักเกื้อ. 2553 : 43 อ้างอิงจาก นิมิตร เทียนอุดม. 2545. จับไก่ ในเอกสารบทความเรื่องโรคเอดส์ วันธรรมรงค์ร่วมใจด้านภัยโรคเอดส์ ปี 2546. หน้า 13) ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์กับผู้รู้จักกันเพียงผิวเผิน และไม่ได้ป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย ก็ยังทำให้มีโอกาสต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจากคู่นอนได้

3.2 พฤติกรรมการติดยาเสพติด

สำหรับความชุกของเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายชนิดคิดในประเทศไทย มีรายงานว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 30-50 ตั้งแต่ปี 2532 มีประมาณการว่าราว 1 ใน 4 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมดของประเทศไทยเกิดจากการใช้อุปกรณ์การฉีดยาที่ปนเปื้อน และตัวเลขอาจจะขึ้นไปถึงร้อยละ 40 ในอีก 2-3 ปีถัดไป การวิจัยบางโครงการพบว่า สัดส่วนของผู้ขายชนิดคิดในประเทศไทยที่ใช้เข็มที่ไม่สะอาดร่วมกันนั้นสูงถึง ร้อยละ 64 พบว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติดร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 16-25 ปี ซึ่งเกิดจากความคึกคะนอง อยากรู้ อยากลองโดยการชักชวนของเพื่อน ครั้งแรกจะได้จากเพื่อนหรือผู้คุ้นเคยก่อนมากกว่าจะซื้อหาด้วยตัวเอง

3.3 พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหารฟู้ดวิชาการทหาร ที่พักอาศัยหรือโรงนอนบริเวณเดียวกัน ตลอดระยะเวลาประจำการ 2 ปี ซึ่งจะปล่อยให้กลับบ้านเฉพาะวันเสาร์-อาทิตย์ หลังจากฝึกแล้ว 6 เดือน ซึ่งสัญญาณทางกามารมณ์ของชายวัยฉกรรจ์ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อทำให้มีโอกาสต่อการมีเพศสัมพันธ์ต่อเพื่อนพหลทหารด้วยกัน จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้การดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น การใช้มีดโกนหนวดร่วมกัน ใช้กรรไกรตัดเล็บร่วมกัน การสัมผัสกับเลือดเมื่อเกิดอุบัติเหตุขณะทำการฝึก ถ้าบุคคลนั้นมีเชื้อเอชไอวีผู้ที่สัมผัสย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีด้วย

4. ทฤษฎีเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมเสี่ยง

4.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมเสี่ยง

เพื่อการป้องกันแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ (สุชาติ เศรษฐมาลินี 2535 : 10 ;

อ้างอิงจาก Joseph, Catania, et, al. 1990. Towards an Understanding of Risk Behavior : An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). p. 53-72) ได้เสนอตัวแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ (AIDS Risk Reduction Model) ซึ่งเป็นตัวแบบที่ปรับปรุงจากแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่อธิบายพฤติกรรมป้องกันการสุขภาพของมนุษย์ ได้แก่ แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน (Self Efficacy Theory) แนวคิดการแก้ปัญหาทางสังคมจิตวิทยา (Social Psychological Problem Solving) และแนวคิดเกี่ยวกับอิทธิพลของอารมณ์ (Emotional Influence) ก่อนที่จะเสนอถึงตัวแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของ แคททาเนีย และคณะ ควรทำความเข้าใจถึงแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานต่างๆ ที่แคททาเนียใช้เป็นกรอบแนวความคิด เพื่อเสนอตัวแบบดังกล่าว โดยสรุปสาระสำคัญของแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ดังนี้แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่พยายามอธิบายพฤติกรรมป้องกันการและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมนุษย์ โดยมีปัจจัยสำคัญ 5 ตัวแปร ได้แก่

4.1.1 การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค (Perceived susceptibility to health threat) เป็นการรับรู้ถึงความเป็นไปได้หรือโอกาสในการที่จะติดโรค หรือ ประสพภาวะคุกคามต่อสุขภาพ

4.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity of consequence of the threat) การที่บุคคลประเมินถึง โรค หรือเงื่อนไขที่คุกคามต่อสุขภาพนั้นๆ มีความรุนแรงในระดับใด

4.1.3 การรับรู้ผลได้ผลเสียในการปฏิบัติ (Perceived benefits and barriers to taking action) การที่บุคคลรับรู้ถึง ความเชื่อที่ว่า การเลือกเพื่อแสดงการกระทำต่างๆ เหล่านั้นมีประโยชน์เพียงใดสำหรับการลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วย และขณะเดียวกันบุคคลอาจพิจารณาถึงอุปสรรคต่างๆ ที่จะกระทำตามทางเลือกนั้น เช่น ความสะดวก การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ไม่สบายใจต่างๆ

4.1.4 การได้รับหรือไม่ได้รับการชี้แนะการกระทำต่างๆ (The presence or absence of cues to action) เป็นปัจจัยที่จะทำหน้าที่เป็นตัวชี้แนะ (Cue) หรือตัวเหนี่ยวนำ (Trigger) ให้เกิดการแสดงการกระทำที่เหมาะสมออกมา ได้แก่ สื่อสารมวลชนต่างๆ

4.1.5 ปัจจัยทางประชากร ทางโครงสร้าง และทางสังคมวิทยา ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ปัจจัยโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคต่างๆ ปัจจัยทางสังคมวิทยา ได้แก่ บุคลิกภาพ ชนชั้นทางสังคม แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มอ้างอิงต่างๆ

4.2 ทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน (Self-Efficacy Theory)

ทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน (สุชาติ เศรษฐมาลินี 2535 : 13 อ้างอิงจาก Strecher et, al. 1986. The Role of Self - Efficacy in Achieving Health Behavior Change. p. 73-91) ; (สุชาติ เศรษฐมาลินี 2535 : 13 ; อ้างอิงจากวีณา ศิริสุข : 2532. แนวความคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ. หน้า 12) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นมาจากหลักการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Principles) เพื่อใช้อธิบายและทำนายการเปลี่ยนแปลงทางจิต การรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน เป็นการพิจารณาถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำการกิจกรรมบางอย่างให้บรรลุตามความปรารถนาของตนเอง จากการศึกษาวิจัย พบว่า การรับรู้ในประสิทธิผลแห่งตนที่จัดการกับพฤติกรรมก่อให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อาจนำความเจ็บป่วยมาสู่ตนเอง และแสดงพฤติกรรมที่จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพดี ผู้ที่มีการรับรู้ในประสิทธิผลแห่งตนสูงจึงมีความพยายามที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงและใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในการป้องกันการติดต่อโรคเอดส์

4.3 แนวคิดการแก้ปัญหาทางสังคมจิตวิทยา (Social Psychological Problem Solving)

แนวคิดการแก้ปัญหาทางสังคมจิตวิทยา(สุชาติ เศรษฐมาลินี 2535 : 12 ; อ้างอิงจาก Joseph, et, al. 1990. Towards an Understanding of Risk Behavior : An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). p. 53-72) เป็นการอธิบายถึงความพยายามของมนุษย์ที่จะทางแก้ไขปัญหาคือตนกำลังเผชิญอยู่อาจโดยวิธีหาทางช่วยเหลือด้วยตัวเอง ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น เพื่อนๆ หรือจากผู้ที่เชี่ยวชาญทางด้านนั้นๆ นักทฤษฎีแนวนี้เห็นว่า แบบแผนของทางเลือกในการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาของบุคคลเพื่อการลดปัญหานั้นๆ ลง ย่อมขึ้นอยู่กับค่านิยมและวัฒนธรรมของคนในสังคมนั้นๆ ด้วย เช่นในสังคมตะวันตกที่ยึดมั่นในคุณค่าของการกระทำการใดๆ โดยการพึ่งพาตัวเอง ดังนั้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ บุคคลจะหาทางช่วยเหลือตัวเองก่อนการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นและการขอรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ จะเป็นทางเลือกสุดท้าย เป็นต้น จากการศึกษากลุ่มชายรักร่วมเพศในเมือง ซานฟรานซิสโก พบว่าร้อยละ 91 ที่ตระหนักว่า พฤติกรรมทางเพศของพวกเขาอาจมีปัญหานั้น ได้แสวงหาความช่วยเหลือจากเพื่อนๆ เพื่อลดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมากๆ ลง ร้อยละ 59 แสวงหาความช่วยเหลือจากการแพทย์ และร้อยละ 49 จากนักจิตวิทยา ดังนั้นการแสวงหาความช่วยเหลือโดยอ้อม (จากเพื่อน ๆ) จึงเป็นการตอบสนองปัญหาที่กลุ่มรักร่วมเพศเผชิญอยู่มากกว่าการแสวงหาความช่วยเหลือโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

4.3.1 แนวความคิดเกี่ยวกับอิทธิพลของอารมณ์ (Emotional Influences) ระดับของอารมณ์หวั่นวิตก ความกลัว จะทำให้การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาเพิ่มมากขึ้น และทำให้บุคคลเริ่มคิดว่า พฤติกรรมที่เสี่ยงมากๆ ของเขา อาจนำมาซึ่งปัญหา นอกจากนั้น อารมณ์ความรู้สึก อาจมีบทบาทสำคัญที่ทำให้คนเกิดความเชื่อมั่นผูกพันที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเกิดจากการรับรู้

ประสิทธิผลแห่งตน ดังนั้นการที่บุคคลมีอารมณ์ ความรู้สึกหวั่นวิตกทำให้เกิดการประเมินความรุนแรงในปัญหาของพวกเขา และจะลดการกระทำที่อาจนำมาซึ่งผลร้ายต่อสุขภาพในที่สุด จากแนวคิดทฤษฎีทั้งหลายดังกล่าวข้างต้น แคมพาเนียและคณะ ได้ปรับปรุงและเสนอ เป็นตัวแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

4.3.2 การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงไม่ให้โรคเอดส์แพร่ระบาดทางสัมพันธ์ได้นั้น เกิดปัจจัยที่สำคัญ 3 ขั้นตอน คือ

1) การรับรู้ปัญหา (Problem Perception) บุคคลจะต้องตระหนักและมีการตีตรา พฤติกรรมทางเพศของพวกเขาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดการติดต่อโรคเอดส์ ดังนั้น บุคคลจะลดพฤติกรรมที่เสี่ยงมากๆ ได้นั้นเกิดจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการคือ

(1) ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อโรคเอดส์ (HIV. Transmission Knowledge) แม้ว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แต่เพียงปัจจัยเดียวนั้นยังไม่สามารถทำนายกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทั้งหมด เพราะจากการศึกษาวิจัยจำนวนมากไม่อาจยืนยันได้ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ (สุชาติ เศรษฐมาลินี 2535 : 13 ; อ้างอิงจาก Schopper, Dorris. 1990. Research on AIDs Intervention in Developing Countries : state of Art. p. 1262-1272) ; (สุชาติ เศรษฐมาลินี 2535 : 13 ; อ้างอิงจาก Archer, Victor. 1989. Psychological Defenses and Contral of AIDS. p. 876-878) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ยังคงมีความสำคัญในฐานะเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่สุดที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศได้สำเร็จ (สุชาติ เศรษฐมาลินี 2535 : 13 ; อ้างอิงจาก Emmons, Carol-Ann ; Joseph, Jill ; Ronald Kesser ; Camille Wortman ; Susanne Montgomery & David Ostrow. 1986. Psychosocial Predictors of Rrported Behavior Change in Hemosexual Men at Risk for AIDS. p. 331-358)

(2) การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived susceptibility) เป็นปัจจัยสำคัญในตัวแบบทางสังคมจิตวิทยา เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพแม้ว่าการมีความรู้การติดของเชื้อเอดส์จะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้คนพยายามหลีกเลี่ยงการติดต่อเชื้อเอดส์ แต่ถ้าหากบุคคลไม่ตระหนักและรับรู้ว่าคุณอยู่ในความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอดส์แล้ว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ไม่เกิดขึ้น และงานวิจัยที่ผ่านมายืนยันว่า การรับรู้ความเสี่ยง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่ขึ้นกับความรู้ที่มีอยู่ (สุชาติ เศรษฐมาลินี 2535 : 14 ; อ้างอิงจาก เทพพนม เมืองแมน และคณะ. 2532. เกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพของกลุ่มที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเอดส์และการบริการในการควบคุมป้องกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในประเทศไทย. หน้า 223) ดังนั้น การรับรู้ความเสี่ยงจะมีอิทธิพลต่อการตีตราว่า พฤติกรรมทางเพศนั้นอาจนำไปสู่ปัญหาได้

(3) เครือข่ายทางสังคมและบรรทัดฐาน (Social Network and Norms) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากที่จะนำสู่การคิดว่า พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมากๆ นั้น อาจนำมาซึ่งปัญหา จึงไม่แสดงพฤติกรรมที่เสี่ยงมากๆ และยอมรับพฤติกรรมที่ปลอดภัยกว่า อย่างไรก็ตาม อาจทำให้ไม่มีการตีตราพฤติกรรมที่เสี่ยงมากๆ ก็ได้ โดยผ่านกระบวนการรอยมลทินทางสังคม (Social Stigmatization) เช่น การขอร้องให้เพื่อนไม่ให้ยุ่งยวงนามัย อาจเกิดความกลัวถูกตำหนิว่าไม่มีความจริงใจในการมีความสัมพันธ์ทางเพศด้วยกัน จึงทำให้เกิดการปฏิเสธความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เป็นต้น

2) ความผูกพันที่จะเปลี่ยนแปลง (Commitment to Change) การที่บุคคลจะจัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่เขาเผชิญอยู่อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับขั้นตอนการตัดสินใจระหว่างการเรียนรู้ปัญหาทางสุขภาพ (Perceive a health problem) กับการแสดงการกระทำต่อปัญหานั้นๆ (Taking action on the problem) และการตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้น บุคคลจะต้องมีความยึดมั่นผูกพันอย่างแรงกล้ากับการตัดสินใจดังกล่าวด้วย เงื่อนไขที่จะทำให้บุคคลเกิดความยึดมั่นผูกพันที่จะเปลี่ยนแปลง โดยลดพฤติกรรมเสี่ยงลง ได้แก่

(1) การรับรู้ผลดี-ผลเสีย

(2) การรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน

การรับรู้ผลดีผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความเชื่อในประสิทธิผลแห่งตนมีอิทธิพลสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเหล่านี้จะสะท้อนถึงคำตอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

ความสุขหรือความสนุกสนานจากการมีเพศสัมพันธ์ของบุคคลจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของพวกเขาหรือไม่

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้จริงหรือไม่

บุคคลจะสามารถกระทำการ ที่นำสู่การเปลี่ยนแปลงและได้รับผลตามความต้องการของเขาหรือไม่ การประเมินผลได้ ผลเสีย และความเชื่อในประสิทธิภาพผลแห่งตนที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้นั้นย่อมได้รับความคาดหวังว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นจะทำให้เขาได้รับประโยชน์และขณะเดียวกันราคาค่าใช้จ่ายต้องไม่สูงเกินไปด้วย และที่สำคัญบุคคลต้องมีความเชื่อมั่นด้วยว่าตัวเองสามารถที่จะลดพฤติกรรมที่เสี่ยงมากๆ และปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงน้อยที่สุดได้ด้วย

(3) การกระทำ (Taking Action)

การที่บุคคลจะเริ่มก้าวสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยลดพฤติกรรมที่เสี่ยงมากๆ ลงได้นั้น จะต้องมีการแสวงหาข้อมูลเพื่อรวบรวมความคิดและข้อคิดเห็นต่างๆ สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ หลังจากนั้นบางคนจะตัดสินใจแสวงหา

ทางออกโดยการช่วยตัวเอง ในขณะที่บางคนอาจจะแสวงหาความช่วยเหลือจากเพื่อน หรือจากผู้อื่น ที่มีความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ขั้นตอนนี้จะสำเร็จได้ยากที่สุดเพราะว่าบุคคล อาจไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่างๆ สำหรับการช่วยแก้ไขปัญหา หรือขาดทักษะในการ ขอความร่วมมือจากผู้อื่นในการลดพฤติกรรมเสี่ยงลง ดังนั้น ปัจจัยที่สำคัญในขั้นนี้ก็คือ

ก. การแสวงหาความช่วยเหลือ การช่วยเหลือแบบใดที่จะช่วยให้ บุคคลลดพฤติกรรมเสี่ยงลงจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนช่วยเหลือแบบ ไม่เป็นทางการนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์ รวมทั้งการลดพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศสัมพันธ์ เช่น การศึกษาของกลุ่มชายรักร่วมเพศ ชี้ให้เห็นว่าการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นมี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศทางทวารหนักลงได้

ข. การพูดจาโน้มน้าว เป็นระดับความสามารถในการพูดคุยสื่อสาร ของบุคคลที่จะชักจูงให้ผู้อื่นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ

จากการสำรวจการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชาย-หญิงรักต่างเพศ ใน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 40 ไม่มีความสามารถที่จะพูดคุยให้คู่ขามีเพศสัมพันธ์อย่าง ปลอดภัย (Safe Sex) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การลดพฤติกรรมเสี่ยงจะเป็นไปได้มากที่สุดเมื่อบุคคล ทั้งสองรับรู้พฤติกรรมทางเพศของพวกเขาอาจนำมาซึ่งปัญหาและจะต้องมีทักษะในการพูดคุยชักชวน โน้มน้าวอย่างเชี่ยวชาญด้วยโดยสรุป จากตัวแบบพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ดังกล่าว เป็นการเสนอปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาเพื่ออธิบายถึง

ความพยายามของบุคคลที่จะมีการลดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง มากๆ ที่จะทำให้เกิดการติดต่อโรคเอดส์ว่าเป็นพฤติกรรมที่มีปัญหาหรืออาจนำไปสู่ปัญหา

มีความยึดมั่นผูกพันที่จะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมากๆ

แสวงหาทางออกที่จะช่วยให้มีการลดพฤติกรรมเสี่ยงลงโดยมีปัจจัย ต่างๆ ที่สำคัญคือ 1) ความรู้เกี่ยวกับเพศปฏิบัติทั้งหลายที่เสี่ยงต่อการติดต่อเชื้อเอดส์ 2) การรับรู้ ความเสี่ยงที่จะติดต่อโรคเอดส์ 3) การรับรู้ผลดีผลเสียที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยง 4) ความเชื่อในประสิทธิผล แห่งตน 5) สภาพอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ได้แก่ ความหวั่นวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น 6) ปัจจัย ทางสังคมต่างๆ ได้แก่ ทักษะในการพูดคุยโน้มน้าว กลุ่มอ้างอิงต่างๆ การแสวงหาความช่วยเหลือและ แรงสนับสนุนทางสังคม

5. ทฤษฎีการรับรู้

5.1 ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory) การรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคล เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใดๆ จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้จากสภาพแวดล้อมของคน และความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้นๆ ดังนั้น การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้ และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยการรับรู้ประกอบด้วยประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิต คือความรู้เดิม ความต้องการ และเจตคติเป็นต้น การรับรู้จะประกอบด้วยกระบวนการ 3 ด้าน คือการรับสัมผัส การแปลความหมาย และอารมณ์

5.2 การรับรู้ หมายถึง การรู้สึกสัมผัสที่ได้รับการตีความให้เกิดความหมายแล้วเช่น ในขณะนี้เราอยู่ในภาวะการรับรู้ (Conscious) คือลืมตาตื่นอยู่ ในทันใดนั้น เราได้ยินเสียงดังปังมาแต่ไกล (การรู้สึกสัมผัส-Sensation) แต่เราไม่รู้ว่าเสียงนั้นคืออะไร เราจึงยังไม่เกิดการรับรู้ แต่ครู่ต่อมามีคนบอกว่าเป็นเสียงระเบิดของขงรายยนต์ เราจึงเกิดการรู้ความหมายของการรู้สึกสัมผัสนั้น ดังนี้เรียกว่าเราเกิดการรับรู้

5.3 การรับรู้เป็นผลเนื่องมาจากการที่มนุษย์ใช้อวัยวะรับสัมผัส (Sensory motor) ซึ่งเรียกว่า เครื่องรับ (Sensory) ทั้ง 5 ชนิด คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง จากการวิจัยการค้นพบว่า การรับรู้ของคนเกิดจากการเห็น 75% จากการได้ยิน 13% การสัมผัส 6% กลิ่น 3% และรส 3%

5.4 การรับรู้จะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพล หรือปัจจัยในการรับรู้ ได้แก่ ลักษณะของผู้รับรู้ ลักษณะของสิ่งเร้า เมื่อมีสิ่งเร้าเป็นตัวกำหนดให้เกิดการเรียนรู้ได้นั้น จะต้องมีการรับรู้เกิดขึ้นก่อน เพราะการรับรู้เป็นหนทางที่นำไปสู่การแปลความหมายที่เข้าใจกันได้ ซึ่งหมายถึง การรับรู้เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้เกิดขึ้น การเรียนรู้ย่อมเกิดขึ้นไม่ได้ การรับรู้จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำให้เกิดความคิดรวบยอด ทักษะของมนุษย์ อันเป็นส่วนสำคัญยิ่งในกระบวนการเรียนการสอน

5.5 การจัดระบบการรับรู้ มนุษย์เมื่อพบสิ่งเร้า ไม่ได้รับรู้ตามที่สิ่งเร้าปรากฏแต่จะนำมาจัดระบบตามหลักดังนี้

5.5.1 หลักแห่งความคล้ายคลึง (Principle of similarity) สิ่งเร้าใดที่มีความคล้ายกัน จะรับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน

5.5.2 หลักแห่งความใกล้ชิด (Principle of proximity) สิ่งเร้าที่มีความใกล้กันจะรับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน

5.5.3 หลักแห่งความสมบูรณ์ (Principle of closure) เป็นการรับรู้สิ่งที่ไม่สมบูรณ์ ให้สมบูรณ์ขึ้น

การเรียนรู้ของคนเรามาจากไม่รู้ ไปสู่การเรียนรู้ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

"...การเรียนรู้เกิดขึ้นเมื่อ สิ่งเร้า มาเร้า ประสาทที่ตื่นตัว เกิดการรับสัมผัสกับอวัยวะรับสัมผัสด้วยประสาททั้ง 5 แล้วส่งกระแสสัมผัสไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการแปลความหมายขึ้น โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและอื่นๆเรียกว่า การรับรู้ (perception) เมื่อแปลความหมายแล้วก็จะมีการสรุปผลของการรับรู้เป็นความคิดรวบยอด แล้วมีปฏิกิริยาตอบสนอง(response) อย่างหนึ่งอย่างใดต่อสิ่งเร้าตามที่รับรู้ เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แสดงว่าเราเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้วประเมินผลที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้แล้ว..."

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

โยธิน แสงวดี และพิมลพรรณ อิศรภักดี (2533) ศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในสำนักโสเภณี เพื่อป้องกันกามโรคและโรคเอดส์ จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า หญิงบริการทางเพศราคาถูก ทั่วประเทศ ประมาณ 80,000 ราย ทุกคนจะรู้จัก เคยชิน และคุ้นหว่าโรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรง มาสามารถรักษาให้หายได้ สำหรับวิธีป้องกันคือ ให้นักเที่ยวสวมถุงยางอนามัย และนักเที่ยวมากกว่าครึ่งหนึ่งนิยมสวมถุงยาง นักเที่ยวที่ชอบใช้ถุงยางอนามัยมักอยู่ในวัยกลางคน มีการศึกษาดี มีลักษณะของบุคคลที่มีครอบครัวแล้ว และพวกที่ไม่ใช้ถุงยาง ได้แก่ วัยรุ่น และคนโสดที่ชอบทำท่าย โดยเฉพาอย่างยิ่งวัยรุ่นที่เมาสุรา

ทวีศักดิ์ นพเกษร (2534) ศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคเอดส์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในชายไทยภาคเหนือ อายุ 21 ปี ซึ่งมารายงานตัวเป็นทหารกองประจำการ(ทหารเกณฑ์) พบว่า ความชุกในกลุ่มที่มาจากภาคเหนือตอนบน สูงกว่า ภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ หลายเท่า คือ ร้อยละ 0.3 2.4 1.1 1.1 และ 3 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกองทหารประจำการ ผลัด 1/2533 เหล่าแพทย์ จำนวน 202 นาย ซึ่งมาจากอีสานตอนบน และตอนล่างพอๆ กัน ส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 1.6 เคยฉีดยาเสพติด ร้อยละ 53.9 เริ่มมีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุระหว่าง 13-16 ปี ร้อยละ 73.4 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับโสเภณี ร้อยละ 97 เคยร่วมเพศกับโสเภณี ซึ่งมีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง พฤติกรรมทางเพศเหล่านี้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภาคเหนือตอนบนกับตอนล่าง นอกจากนี้ 1 ใน 7 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยมีประสบการณ์ร่วมเพศทางทวารหนักกับเพศชาย และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่มีประสบการณ์ เช่นนี้ไม่เคยใช้หรือเคยใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้ง

อัญชลี คติอนุรักษ์ (2535) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักศึกษาชายวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากกลุ่มตัวอย่าง 094 ราย เป็นนักศึกษาชายโสด อายุ 15-24 ปี ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2533 ผลการศึกษา พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ ช่วงอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 15-17 ปี กับหญิงที่ไม่ใช่เป็นหญิงบริการทางเพศ ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยจะใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ

กาญจนา แก้วเทพ (2543 : 191) สังคมไทยให้นิยาม “ความเป็นชาย ลูกผู้ชาย” ในเรื่องเพศว่า ลูกผู้ชายไทยคือ “เสียผู้หญิง สิ่งหจ้ให้แล้ว” ทำให้ผู้ชายจะเป็นแมนเมื่อไปขึ้นครุ ถ้าไม่ไปเพื่อนจะล้อ “ลูกผู้ชาย” ต้องเสพสุราและยาสารกระตุ้นอื่นๆ ที่เป็นการเตรียมการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงและรุนแรง ส่งผลให้ผู้หญิงเปราะบางต่อการติดเชื้อเอดส์

วิระดา สมสวัสดิ์ (2546 : 4) ผู้ชายถูกสังคมกำหนดลักษณะเฉพาะประจำเพศว่าเป็นฝ่ายรุกทางเพศที่มีนัยว่าต้องมีแฟนหรือมีคู่หลายคนและเป็นฝ่ายคุมเกมเมื่อมีเพศสัมพันธ์อีกด้วย ลักษณะทางเพศเฉพาะของผู้ชายมีทั้ง การครอบงำ พลละกำลัง ความสามารถในการมีลูก และชอบเสี่ยงภัยความกดดันทางวัฒนธรรมนี้ ทำให้ผู้ชายเองก็ถูกผลักดันให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ เพื่อแสดงลักษณะของความเป็นชายเหล่านี้

6.1.1 แนวการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ (KAP Study)

พิชิต พัทธภัยเทพสมบัติ (2531) ศึกษาในกลุ่มเยาวชนไทย ผลการศึกษา สอดคล้องกันว่า เยาวชนไทยปัจจุบันมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เขตที่อยู่อาศัยและประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

มยุรี วรรณไกรโรจน์ และคณะ (2531) ศึกษาในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในเขตเทศบาลเมืองเชียงราย จำนวน 207 ราย จาก 49 ตำบล โดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์มากกว่าหญิงอาชีพพิเศษที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ร้อยละ 93.2 ของหญิงอาชีพพิเศษเคยได้รับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ สื่อที่ได้รับมากที่สุดได้แก่ โทรทัศน์ (88.4%) รองลงมาคือ วิทยุ (67.1%) และจากเพื่อน (58.9%) ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษพบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมร่วมเพศทางทวารหนัก และมีความสัมพันธ์ผกผันกับพฤติกรรมการใช้ของร่วมกัน และการใช้เข็มฉีดยาเสพติด

บัณฑิตวิ ลีละพัฒนะ และคณะ (2536) ศึกษาความรู้ ทักษะ และ ประสิทธิภาพของการเจริญพันธุ์ของนักเรียนทหารบก จำนวน 2,433 คน จากโรงเรียนเตรียมทหาร โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า และโรงเรียนนายสิบทหารบก โดยให้นักเรียนตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในห้องเรียนพบว่า นักเรียนทั้งหมดมีความรู้เกี่ยวกับชีววิทยาของระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด โดยเฉลี่ย

ร้อยละ 46.7 86.8 และ 76.9 ตามลำดับ พฤติกรรมที่เคยมีการร่วมเพศและเที่ยวโสเภณี มีเพียงร้อยละ 59.1 เท่านั้น ที่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ สื่อการสอนและแหล่งข่าวสารที่เคยได้รับอย่างน่าเชื่อถือ คือ โทรทัศน์ และ วิทยุ เมื่อเปรียบเทียบตามประเภทของนักเรียน พบว่า นักเรียนนายสิบทหารบกมีการร่วมเพศไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อไปเที่ยวโสเภณี มากที่สุด คือ ร้อยละ 7.5 ส่วนนักเรียนเตรียมทหาร และนักเรียนนายร้อย คิดเป็นร้อยละ 1.1 และ 2.7 9 ตามลำดับ

6.1.2 แนวการศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มหญิง-ชาย อาชีพพิเศษ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 292 ราย ผลการศึกษาในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีในการปฏิบัติ และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ อยู่ในระดับเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression) เพื่ออธิบายว่าแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมีผลกระทบต่อ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคเอดส์หรือไม่ ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าตัวแปรทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มอาชีพพิเศษ พบว่ามีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น ที่มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีความสัมพันธ์ทางเพศ

วิบูลย์ สุพทุทธิธาดา และคณะ (2532) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี ในหมู่หญิงอาชีพพิเศษทั้งโดยตรงและแบบแฝง รวม 411 ราย ในจังหวัดระยอง โดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ เท่ากับร้อยละ 7.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ราคาค่าบริการทางเพศที่ต่ำกว่า 100 บาท ความถี่ของการร่วมเพศต่อวันที่สูงกว่า 3 ครั้ง การศึกษาที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อายุต่ำกว่า 20 ปี การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าร้อยละ 50 และการทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำเปล่าหรือไม่ได้ล้าง

ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ (2533) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงโสเภณีจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงโสเภณีทางตรง (ขายบริการทางเพศโดยเปิดเผย) เท่ากับร้อยละ 34 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงโสเภณีทางตรง คือ ราคาค่าบริการทางเพศต่อครั้ง (ราคาถูก) ความถี่ในการร่วมเพศต่อวัน (ความถี่ในการให้บริการทางเพศมาก เนื่องจากถูก) การใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าครึ่ง (ผู้ให้บริการมีรายได้น้อย) และวิธีทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังการร่วมเพศ ส่วนอัตราความชุกในหญิงโสเภณีแบบแฝง คือ ราคาค่าบริการทางเพศ และการเคยเป็นแผลที่อวัยวะเพศในระยะเวลา 7 เดือนที่ผ่านมา

โยชิน แสงดี และพิมลพรรณ อิศรภักดี (2533) ได้ศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทาง

ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและเพื่อหาแนวทางผลิตสื่อให้ความรู้ต่างๆ เพื่อก่อให้เกิดการนิยมนำ
ถุงยางอนามัยเมื่อร่วมเพศกับหญิงบริการในสำนักโสเภณี ในจังหวัดแถบชายฝั่งตะวันออก 1 อำเภอ
และจังหวัดทางภาคเหนือ 1 อำเภอ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทุกรูปแบบ
ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ระดับลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมไม่สมบุรณ์ผลการศึกษา
พบว่า หญิงบริการที่ทำการศึกษาค่อยได้ยินและคุ้นหูกับคำว่า“โรคเอดส์” และเข้าใจว่าเป็นโรคร้ายแรง
ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่ทุกคนยังไม่ทราบอาการของผู้ป่วยโรคเอดส์และบางรายไม่ทราบ
วิธีการรับการแพร่ ตลอดจนการป้องกันอย่างถูกวิธี

เมื่อศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า นักท่องเที่ยวมากกว่าครึ่งหนึ่งนิยมสวมถุงอนามัย และหญิงบริการทุกคนจะพยายามให้แขกใช้ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้พยายามเต็มที่ที่จะให้นักท่องเที่ยวสวมถุงยางอนามัยได้ครบทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้า นักท่องเที่ยวที่เห็นว่าพุดยากไม่ยอมสวมก็จะตามใจ สำหรับแขกที่ชอบใช้ถุงยางอนามัยในการศึกษานี้ พบว่า ได้แก่ นักท่องเที่ยวที่มีอายุกลางคนขึ้นไป มีการศึกษาและมีครอบครัวแล้ว ส่วนพวกที่ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นที่เมาสุรา คนโสดที่ชอบทำหาย เป็นต้น สำหรับวิธีที่หญิงบริการเคยหลอกเพื่อให้นักท่องเที่ยวยอมใช้ถุงยางอนามัย หญิงบริการส่วนใหญ่จะหลอกโดยอ้างว่าตัวเองเป็นกามโรค และบางรายอาจใช้วิธีเสนอข้อแลกเปลี่ยนว่าจะให้บริการเป็นพิเศษถ้ายอมใช้

ดูยางอนามัย เช่น ให้เล่นฟลิคแพลงท่าหรือให้บริการ 2 ครั้ง เป็นต้น

พลเดช ปิ่นประทีป และคณะ (2533) ได้ศึกษาหารูปแบบที่ให้เจ้าของและหัวหน้าผู้ควบคุม ช่วยควบคุมกำกับให้หญิงโสเภณีในสถานบริการเป้าหมาย ในเขตเทศบาลเมืองพิษณุโลกรับแขกโดยใช้ดูยางอนามัยทุกครั้งกับแขกทุกคน และไม่รับแขกที่ไม่ยอมใช้ดูยางอนามัยไม่ว่ากรณีใดๆ โดยเฉพาะผู้วิจัยได้ประสานงานกับฝ่ายปกครอง และตำรวจมาสนับสนุน มีการชมเชยให้รางวัลและตำหนิตัวโทษแก่สำนักบริการที่ให้ความร่วมมือ และไม่ให้ความร่วมมือตามสมควร ผลการสำรวจก่อนและหลังการปฏิบัติการ 6 เดือน พบว่า อัตราการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศในหญิงโสเภณีลดลงจากร้อยละ 14.47 เป็นร้อยละ 1.77 อัตราการตรวจพบการติดเชื้อโรคหนองในในหญิงโสเภณีลดลงจากร้อยละ 13.15 เป็นร้อยละ 0.71 และอัตราการใช้ดูยางอนามัยในหญิงโสเภณีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.64 เป็นร้อยละ 95.43

ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และ ชูชาติ พรนิมิต (2533) ศึกษาทดลองรูปแบบการพัฒนาให้มีแนวร่วมต่อต้านโรคเอดส์ (นตอ.) ในสำนักโสเภณี เพื่อศึกษาตัวแปรความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันของหญิงโสเภณี จำนวนทั้งสิ้น 200 ราย ในสำนักโสเภณีในจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า หญิงโสเภณีในสำนักที่มีแนวร่วมต่อต้านเอดส์มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่า มีการใช้ดูยางอนามัยมากกว่า มีอัตราการมาตรวจสุขภาพตามนัดสูงกว่า และมีพฤติกรรมการติดเชื้อเอดส์รายใหม่ต่ำกว่าหญิงโสเภณีในสำนักที่ไม่มีแนวร่วมต่อต้านเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

กัทเมเชอร์ และคณะ (Guttmacher, et, al. 1997 : 1427-1433) กล่าวว่าในขณะนี้ดูยางอนามัยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีเดียวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงดูยางอนามัย และการลดอุปสรรคในการใช้ดูยางอนามัย อาจจะเป็นวิธีที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ยังกล่าวว่า ส่วนใหญ่แล้วดูยางอนามัยมักหาซื้อได้จากร้านขายยา แต่วัยรุ่นก็อาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการเงินและไม่มีเวลามากที่จะซื้อดูยางอนามัยได้และในการศึกษาของเขาจะพบว่า การจัดให้มีดูยางอนามัยในโรงเรียนช่วยให้วัยรุ่นใช้ดูยางอนามัยเพิ่มขึ้น และไม่ได้เป็นการเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางเพศวัยรุ่น

คาโรล-แอน แอมโมนส์ และคณะ (Carol-Ann Emmons et, al. 1986) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยา คือ ตัวแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ ในการตอบสนองต่อการคุกคามของโรคเอดส์ในกลุ่มชายรักร่วมเพศจำนวน 978 ราย ในเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression) พบว่า ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่การลดจำนวนคู่เพศสัมพันธ์ การหลีกเลี่ยงมีเพศสัมพันธ์

กับบุคคลที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน การหลีกเลี่ยงเป็นผู้รับบริการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก และการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ สำหรับตัวแปรเกี่ยวกับอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตัวแปรเครือข่ายทางสังคมของชายรักร่วมเพศ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ

โรเบิร์ต อัลลาร์ด (Robert Allart et, al. 1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ โดยการสอบถามทางโทรศัพท์จากกลุ่มตัวอย่าง 18-65 ปี จำนวน 1,072 ราย ในเมืองมอนเทรียล ประเทศแคนาดา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในด้านการติดต่อของโรคมามากที่สุด และมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคน้อยที่สุดในขณะที่มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงต่างๆอยู่ในระดับปานกลางสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงขึ้น พบว่า จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้นด้วยตัวแปรแบบแผนความเชื่อกับลักษณะทางประชากร พบว่า เพศหญิงมีแรงจูงใจเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย ผู้ที่เป็นโสดจะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์สูงกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว และผู้มีการศึกษาสูงขึ้นจะมีการรับรู้การป้องกันโรคเอดส์มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่พบมากที่สุดคือการติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ รองลงมาคือ การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น โดยพบมากในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ อาชีพรับจ้างและใช้แรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรในงานวิจัยนี้ ดังนั้น การจะลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีได้คือ การลดพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย และการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน มีงานวิจัยกล่าวว่า การศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ ส่งผลต่อความระมัดระวังในพฤติกรรมทางเพศ มากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถค้นคว้าหาข้อมูลที่ต้องการอยากรู้ได้ทางอินเทอร์เน็ตที่มีอยู่อย่างแพร่หลาย การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการรับรู้ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้ จิตสำนึก อารมณ์และความรู้สึก เราไม่สามารถติดตามดูพฤติกรรมของผู้รับสารได้ แต่สามารถให้ผู้รับสารตอบแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความรับรู้ ความเข้าใจได้ การทัศนคติเปลี่ยนแปลงเมื่อได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นในการที่จะยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดนั้นต้องพยายามเปลี่ยนทัศนคติเสียก่อน โดยการให้ความรู้

ทำให้ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของเชื้อเอชไอวี การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และ ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่างๆ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และ พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ทั้งนี้ได้อาศัยเค้าโครงจากทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) มาประยุกต์เพื่อสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษารั้งนี้