

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญดังนี้

1. สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า
2. ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าและการป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวความคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
5. แนวคิด PRECEDE-PROCEDE MODEL
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นการติดเชื้อของระบบประสาทจากสัตว์ผู้คนที่เป็ปัญหาสำคัญในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศที่ไม่สามารถควบคุมสุนัขจรจัดหรือการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น ประเทศในแถบทวีปเอเชีย องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่า 55,000 รายต่อปี ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดได้รับเชื้อจากการถูกสุนัขกัด ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบโรคพิษสุนัขบ้าในคนเป็นจำนวนน้อย เนื่องจากการควบคุมการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เลี้ยงโดยเฉพาะสุนัขและแมว แต่ยังพบปัญหาของการควบคุมโรคในสัตว์ป่า เช่น แรคคูน สกั้ง ค้างคาว สุนัขจิ้งจอก ฯลฯ ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในยุโรปส่วนใหญ่มักเกิดจากสัตว์ป่ากัด โดยเฉพาะค้างคาว หรือติดเชื้อจากการโดนสุนัขกัดเมื่อเดินทางมาท่องเที่ยวในพื้นที่ที่มีโรคนี้ชุกชุม

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ในภาพรวม พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ($r=0.98$) (Hinkle D.E. et al., 1998) เนื่องจากโรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน เมื่อสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เพิ่มขึ้นก็จะเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อในมนุษย์สูงขึ้นด้วยเช่นกัน แต่หากพิจารณาความสัมพันธ์แบบแยกตามพื้นที่ พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าว

ไม่สูงเท่าในภาพรวม ($r=0.61$) เนื่องจากโรคพิษสุนัขบ้าในคน และสัตว์สามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีนป้องกัน ดังนั้นแม้ว่าในพื้นที่ที่มีรายงานโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มาก แต่หากในพื้นที่นั้นมีผู้สัมผัสโรคไปรับบริการวัคซีนเพื่อป้องกันพิษสุนัขบ้าอย่างครบถ้วนถูกต้องก็จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคในคนได้ (วิไลภรณ์ วงศ์พุกขาสสูง, 2559)

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานปัญหาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย โดยพบว่าผู้มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี หากรวมผู้ที่ไปรับบริการจากสถานบริการมหาวิทยาลัยและเอกชนด้วยแล้วประมาณการว่าน่าจะถึงปีละ 5 แสนคน ผู้ที่มาขอรับบริการส่วนใหญ่ถูกสุนัขที่มีเจ้าของกัดมีบางรายถูกสุนัขหรือแมวที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดแล้วไม่ได้รับการล้างบาดแผล และไม่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างถูกต้องทำให้ยังมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้อย่างต่อเนื่องตลอดมา (ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร, 2559) จากรายงานสอบสวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าพบว่าถูกสุนัขอายุ 1 ถึง 3 เดือนกัดแล้วไม่ได้ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกัน เนื่องจากไม่คิดว่าลูกสุนัขจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ เช่นเดียวกับการเข้าใจผิดว่าโรคนี้เป็นเฉพาะฤดูร้อนเท่านั้น จึงไม่สนใจที่จะมาพบแพทย์เพื่อขอรับการฉีดวัคซีนเมื่อถูกสุนัขกัด เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2561 มีการประกาศจากอธิบดีกรมปศุสัตว์ถึงสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า โดยประกาศเขตโรคพิษสุนัขบ้า 13 จังหวัดซึ่งจัดอยู่ในพื้นที่สีแดงเนื่องจากอยู่ในขั้นน่าเป็นห่วง คือ จังหวัดสุรินทร์ ชลบุรี ตาก น่าน สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา บุรีรัมย์ อุบลราชธานี เชียงราย ร้อยเอ็ด สงขลา ระยอง และศรีสะเกษ ซึ่งมีการรายงานผู้ได้รับเชือดังกล่าวแล้วเสียชีวิตถึง 3 ราย (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2 เมษายน 2561)

ข้อมูลผู้ป่วยซึ่งมารับบริการรักษาที่สถานเสาวภา สภากาชาดไทย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 1 ถึง 30 ปี โดยร้อยละ 20 เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 30 ของเด็กไทยที่อายุน้อยกว่า 15 ปี มีประวัติเคยถูกสัตว์กัดอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่มารับการรักษาภายใน 3 วันแรกหลังถูกกัด ชนิดของสัตว์ที่กัดร้อยละ 85 เกิดจากถูกสุนัขกัดซึ่งส่วนใหญ่เป็นสุนัขจรจัด ร้อยละ 10 เกิดจากถูกแมวกัด ร้อยละ 2 เกิดจากถูกหนูกัด สาเหตุสัตว์กัดส่วนมากพบว่าเกิดโดยไม่มีเหตุจงใจ เช่น วิ่งเข้ามากัดได้บ่อยกว่าการมีเหตุจงใจให้กัด เช่น รังแกสัตว์เหยียบสัตว์ ตำแหน่งของบาดแผลที่เกิดขึ้นร้อยละ 60 อยู่บริเวณขา รองลงมา คือ มือ คิดเป็นร้อยละ 12.7 ส่วนบาดแผลที่ศีรษะและใบหน้าพบได้ร้อยละ 5 ซึ่งส่วนใหญ่พบในเด็กผู้ป่วยที่มารับบริการมีบาดแผลแบ่งตาม WHO category III เท่ากับร้อยละ 57 (สุดา สีนุญเรือง, 2553)

2. ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าและการป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า

จากการศึกษารวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า จากวารสารวิชาการ บทความวิชาการ คู่มือการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สาเหตุและการติดต่อ

โรคพิษสุนัขบ้าหรือ Rabies เกิดจากเชื้อไวรัสตระกูล Rhabdovirus Genus Lyssa Virus ซึ่งเป็น Ribonucleic acid Virus (RNA Virus) เชื้อโรคนี้อาจแพร่กระจายบริเวณบาดแผลที่ติดเชื้อ จะเดินทางไปตามเส้นประสาทสู่สมอง ทั้งคนและสัตว์ที่รับเชื้อจะแสดงอาการออกมา และเชื้อไวรัสจะเดินทางมาอยู่ที่ต่อมน้ำลาย พร้อมทั้งจะแพร่เชื้อโรคไปสู่คนหรือสัตว์

2.2 อาการและการแสดง

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดเชื้อที่รุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งผู้ติดเชื้อจะมีการเป็นอัมพาตที่กล้ามเนื้อคอ เป็นสาเหตุที่ทำให้กลืนลำบากและเจ็บทรมาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับเชื้อจากสุนัขกัดหรือข่วนหรือเลียบริเวณบาดแผล สำหรับประเทศไทยพบว่าสัตว์นำโรคที่สำคัญที่สุดคือสุนัขประมาณร้อยละ 95 รองลงมาคือแมวร้อยละ 2-3 ของสัตว์ที่ส่งตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้า นอกจากนี้ยังพบเชื้อได้ใน ชะนี ลิง กระต่าย กระรอก กระแต วัว ควาย สุกร ม้า ค้างคาว ได้อีกด้วย ปัจจุบันยังไม่มียารักษาพิษสุนัขบ้าเมื่ออยู่ในขั้นแสดงอาการ แต่สามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนได้ก่อนที่จะติดเชื้อถึงขั้นแสดงอาการรุนแรง

ระยะฟักตัวของโรคพิษสุนัขบ้าในคนนั้นส่วนใหญ่พบประมาณ 3-8 สัปดาห์ แต่บางครั้งพบเกิดโรคในช่วง 9 วันถึง 7 ปี หลังได้รับเชื้อได้เช่นกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของขนาดของแผล ระยะทางของปลายประสาทบริเวณแผลถึงสมอง และปัจจัยอื่นๆ อาการของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า เริ่มด้วย มีไข้ต่ำ ๆ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาจมีอาการคลื่นไส้ และมีอาการคัน เลี้ยวหรือขาบริเวณแผลที่ถูกกัด ต่อจะมีทางประสาท เช่นอาการคลุ้มคลั่ง กลั้วน้ำ กลั้วลม ความรู้สึกไวกว่าปกติ หรือมีอาการซึม เป็นอัมพาต น้ำลายไหลต้องบ้วนทิ้ง กลืนน้ำไม่ได้ จนระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะรู้สึกตัว หายใจระตุก และมัก ตายภายใน 7 วัน

โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์นั้นสามารถเกิดในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด โดยระยะฟักตัวในสัตว์นั้นมีความแตกต่างกันในสัตว์แต่ละชนิด เช่น สุนัขและแมว จะมีระยะฟักตัวตั้งแต่ประมาณ 10 วันถึง 6 เดือน (ส่วนใหญ่ประมาณ 2 สัปดาห์- 3 เดือน) ในวัวควาย มีระยะฟักตัวประมาณ 25 วันจนถึงมากกว่า 5 ปี สัตว์ที่ติดเชื้อจะแสดงอาการของโรคเป็น 3 ระยะ เช่นเดียวกับในคนโดยในสุนัขจะพบอาการ เริ่มแรก ก็จะมีนิสัยแปลกไปจากเดิม สุนัขที่เคยมีนิสัยชอบเล่นคลุกคลีกับเจ้าของจะแยกตัวออกไป หงุดหงิด มานดาจะขยายโตกว่าปกติ และเริ่มการตอบสนองต่อแสง

ลดลง ระยะนี้มีอาการ 2 - 3 วัน ระยะ ตื่นเต้น จะมีอาการทางประสาท มีความรู้สึกไวกว่าปกติ กระวนกระวาย หงุดหงิด ไม่อยู่นิ่ง กัดแทะสิ่งของ ตัวแข็ง ขากรรไกรแข็ง ปากอ้า ลิ้นห้อย น้ำลายไหล ม่านตาขยาย บางตัววิ่งพล่านไปทั่ว เมื่อพบสัตว์หรือคนขวางหน้าจะกัด ส่ง เสียงเห่าหอน ในระยะที่แสดงอาการแบบซึมอาจไม่แสดงอาการเช่นนี้ แต่เมื่อถูกรบกวนอาจกัด ต่อมา กล้ามเนื้อจะเริ่ม อ่อนแรงลง ทรงตัวไม่ได้ ล้มแล้วลุกไม่ได้ บางตัวชักกระตุก อาการระยะนี้พบได้ 1 - 7 วัน และระยะสุดท้าย ระยะอัมพาต เกิดอาการอัมพาตตามทั้งตัวเริ่มจากขาหลัง ต่อมากล้ามเนื้อคอจะเป็นอัมพาต กลืนอาหารไม่ได้ ระบบหายใจล้มเหลวและ ตายในที่สุด รวมระยะเวลาเริ่มแสดงอาการจนตายประมาณ 10 วัน (สถานเสาวภา สภากาชาดไทย, 2553)

2.3 การดูแลรักษาผู้สัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าและการฉีดวัคซีนป้องกันโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า การดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ให้ทำการปฐมพยาบาลบาดแผลโดยทันที โดยการล้างแผลด้วยน้ำฟอกสบู่หลายๆ ครั้ง ล้างสบู่ออกให้หมด ถ้าแผลลึกให้ล้างถึงก้นแผลอย่างน้อย 15 นาที ระวังอย่าให้แผลซ้ำ ห้ามใช้ครีมใดๆ ทาที่บาดแผล แต่ควรเช็ดบาดแผลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น ใช้ยาโพวิโดนไอโอดีน (Povidone Iodine) หรือ ฮิบิเทนในน้ำ (Hibitane in Water) ถ้าหากไม่มีให้ใช้แอลกอฮอล์ 70% หรือทิงเจอร์ไอโอดีนเช็ดได้ หากบาดแผลยาวไม่ควรเย็บแผลทันที ควรรอไว้ 2-3 วัน เว้นแต่มีเลือดออกมากหรือแผลใหญ่มาก ควรเย็บหลวมๆ และใส่ท่อระบายไว้

การให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก พิจารณาให้ Tetanus Toxoid หรือ Diphtheria Tetanus Toxoid (dT) โดยพิจารณาจากประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักมาก่อนและพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะตาม ความเหมาะสม สำหรับ Tetanus Antitoxin ให้พิจารณาตามลักษณะแผลเป็นรายๆ ไป

2.4 ระดับการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า โดยพิจารณาตามลักษณะการสัมผัสโรคดังนี้ (องค์การอนามัยโลก)

WHO category I คือ การสัมผัสทั่วไป เช่น การให้อาหารที่เตะต้องสัตว์ หรือถูก เลียที่ผิวหนังปกติที่ไม่มีบาดแผล กรณีนี้ไม่จำเป็นต้องให้การรักษ การให้วัคซีนจะถือว่าเป็นการให้ วัคซีนก่อนสัมผัสโรค เนื่องจากผู้สัมผัสอาจมีความวิตกกังวล ซึ่งถือว่าเป็นการให้เพื่อป้องกันในผู้ที่ มีปัจจัยเสี่ยงในการสัมผัสโรค เช่น ผู้เลี้ยงสุนัข เป็นต้น

WHO category II คือ บาดแผลที่ถูกน้ำลาย หรือถูกจับเป็นรอยขีดข่วนผิวหนังไม่มี เลือดออกหรือมีเลือดออกเพียงเล็กน้อย หรือถูกสัตว์เลียบนผิวหนังที่มีบาดแผล หรือมีแผลเก่าที่ยัง ไม่หาย จะให้การรักษาดูด้วยวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

WHO category III คือบาดแผลถูกกัด ข่วน หรือกรีด ตา ปาก ถูกปนเปื้อนด้วย น้ำลายของสัตว์ เช่น ถูกสัตว์เลียบนผิวหนังที่มีบาดแผลสด การรับประทานเนื้อของสัตว์ที่เป็นโรค พิษสุนัขบ้าที่ปรุงไม่สุก การดื่มนมที่ไม่ผ่านการพาสเจอร์ไรส์จากวัวที่เป็นโรค การสัมผัสโรคจาก ค้างคาว เหล่านี้จะให้การรักษาด้วยวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าร่วมกับอิมมูโนโกลบูลิน

2.5 การฉีดวัคซีนก่อนการสัมผัสสัตว์ที่อาจเป็นพาหะโรคพิษสุนัขบ้า (Prophylaxis)

มักจะทำในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการถูกสัตว์กัด เช่น สัตวแพทย์ บุรุษไปรษณีย์ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า หรือเด็ก เนื่องจากเด็กเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรค พิษสุนัขบ้า มีประโยชน์เมื่อสัมผัสโรคอีกจะใช้วัคซีนอีก 1 เข็มฉีดกระตุ้นก็จะมีภูมิคุ้มกันโรคอย่างรวดเร็ว ไม่ต้องรับวัคซีนแบบครบชุดใหม่ ไม่ต้องรับอิมมูโนโกลบูลิน

การฉีดวัคซีน จะต้องฉีดทั้งหมด 3 ครั้ง ในวันที่ 0, 7 และ 21 หรือ 28 หลังจากนั้น อีก 1 ปีอาจฉีดกระตุ้นอีก 1 ครั้งเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงกว่าระดับที่ป้องกันโรคได้เป็นระยะ เวลานาน (หมายเหตุ : วันที่ 0 หมายถึง วันที่ได้รับการฉีดวัคซีนเข็มแรก)

2.6 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค (Post-exposure treatment)

2.6.1 ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่เคยรับการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้ามาก่อน หากสัมผัสโรคหรือมีลักษณะสัมผัสที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อต้องได้รับวัคซีนครบชุดโดยฉีดเข้า ใต้ผิวหนัง 4 เข็มหรือ ฉีดเข้าใต้กล้ามเนื้อ 5 เข็ม กรณีที่สัตว์สัมผัสเป็นสุนัขหรือแมวที่ไม่แน่ใจว่า เป็นโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่และไม่สามารถติดตามดูอาการได้ แต่ถ้าสุนัขหรือแมวมีอาการปกติไม่ ตาย ภายหลังสัมผัส 10 วันให้สามารถยุติการฉีดวัคซีนได้

2.6.2 ผู้สัมผัสที่เคยได้รับการฉีดวัคซีนมาแล้วตั้งแต่ 3 เข็มขึ้นไปให้นับจากเข็ม สุดท้ายไม่เกิน 6 เดือน ต้องได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นอีก 1 เข็ม แต่ถ้าได้รับวัคซีนเข็มสุดท้ายเกิน 6 เดือน ต้องได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นอีก 2 เข็ม

2.6.3 กรณีที่สัตว์ต้องสงสัย เช่น สุนัขหรือแมวหลังจากเฝ้าดูอาการ 10 วัน ยังมี อาการปกติให้ถือว่าสุนัขหรือแมวนั้นไม่มีเชื้อในขณะที่ถูกกัดจึงให้หยุดฉีดวัคซีนได้ ซึ่งจะถือ เสมือนว่าผู้ป่วย ได้รับการฉีดวัคซีนก่อนสัมผัสโรค

2.7 การรักษาแบบหลังสัมผัสโรค (Post-exposure treatment) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

2.7.1 ผู้ป่วยไม่เคยรับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อน แบ่งตามลักษณะการ สัมผัสโรคคือ

WHO category II ให้การรักษาด้วย Rabies vaccine โดยให้ทางใต้ผิวหนัง Intradermal (ID) หรือชั้นกล้ามเนื้อ Intramuscular (IM)

WHO category III ให้การรักษาด้วย Rabies vaccine ร่วมกับ Human rabies immune globulin (HRIG) หรือ Equine rabies immune globulin (ERIG)

ชนิดวัคซีนที่ใช้

- ฉีด IM ให้ใช้ 1 dose ของ Purified Vero Cell Rabies Vaccine (PVRV) หรือ Purified Chick Embryo Cell Vaccine (PCECV) หรือ Purified Chick Embryo Vaccine (PDEV)

- ฉีด ID ให้ใช้ 0.1 ml ต่อ 1 จุดของ PVRV, PCEC

โดยฤทธิ์ที่ก่อให้เกิดการกระตุ้นภูมิคุ้มกันของวัคซีนทุกวัคซีนจะต้องมี ≥ 0.7 IU ต่อ 1 จุดใต้ผิวหนัง และไม่ควรเปลี่ยนชนิดของวัคซีนที่ฉีดให้ผู้ป่วยถ้าไม่จำเป็น

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีนแบบการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (IM) ในวันที่ 0 แต่จำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นแบบฉีดเข้าในผิวหนัง (ID) สามารถฉีดต่อเข้าในผิวหนังในวันที่ 3 ได้เลย โดยไม่ต้องเริ่มฉีดใหม่

หลักการให้อิมมูโนโกลบูลิน (RIG) คือ ฉีดเร็วที่สุด ให้ได้ภายใน 7 วันแรกของการให้วัคซีน ฉีดให้ครบทุกแผล โดยฉีดเหมือนฉีดยาชาบริเวณในและรอบบาดแผล (ถ้าปริมาณไม่พอให้เจือจางด้วยน้ำเกลือ เป็น 2-3 เท่า) ปริมาณที่เหลือให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกหรือกล้ามเนื้อหน้าขา

ในกรณีที่มีการสัมผัสโรคที่เยื่อตาอาจล้างตาโดยใช้ Human Rabies Immune Globulin (HRIG) อัตราส่วน 1:10 หรือ ล้างด้วยน้ำเกลือหลายๆ ครั้ง

Equine Rabies Immune Globulin (ERIG) ให้ขนาด 40 IU/kg ก่อนฉีดให้ควรทดสอบการแพ้โดยทำ intradermal skin test โดยเจือจาง ERIG เป็น 1:100 ใช้ 0.02 ml. อ่านผล 15 นาที ถือว่าผลบวกเมื่อเกิด wheal >10 mm. ถ้าหากแพ้จึงให้ HRIG ฉีดแทน

HRIG ให้ขนาด 20 IU/kg ในกรณีที่ intradermal skin test ของ ERIG ให้ผลบวก

2.7.2 ผู้ป่วยเคยได้รับวัคซีนหลังสัมผัสโรคด้วยวัคซีนเซลล์เพาะเลี้ยงหรือไข่เป็ด พักบริสุทธื์มาก่อนจนครบชุดอย่างน้อย 3 เข็ม ให้ฉีดวัคซีนกระตุ้นอีก (ไม่ต้องให้ RIG) โดยในกรณีที่ได้รับวัคซีนเข็มสุดท้ายมานานกว่า 6 เดือน ให้ฉีดวัคซีนกระตุ้น IM 1 dose หรือ ID 0.1 ml 1 จุด วันที่ 0

ส่วนในกรณีที่ได้รับวัคซีนเข็มสุดท้ายมานานกว่า 6 เดือน (โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยได้รับมานานเท่าใดก็ตาม) ให้ฉีดกระตุ้นโดย ฉีด IM 1 dose วันที่ 0 และ 3 หรือ ฉีด ID 0.1 ml 1 จุด วันที่ 0 และ 3 หรือ ID 0.1 ml 4 จุด วันที่ 0 (ต้นแขน 2 ข้าง และด้านหน้าต้นขา 2 ข้าง)

- 3) ผู้ป่วยเคยได้รับวัคซีนเข็มสุดท้ายด้วยวัคซีนเซลล์เพาะเลี้ยงหรือไขเป็ดพัก
บริสุทธิ์จนครบตามกำหนดมานานกว่า 6 เดือน ให้ฉีดวัคซีนกระตุ้น (ไม่ต้องให้ RIG) โดยในกรณีที่
ได้วัคซีนเข็มสุดท้ายมาน้อยกว่า 3 เดือน ให้ฉีดวัคซีนกระตุ้น IM 1 dose หรือ ID 0.1 ml 1 จุดวันที่ 0
กรณีที่ได้รับเข็มสุดท้ายมานานกว่า 3 เดือน (โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยได้รับมา
นานเท่าใดก็ตาม) ให้ฉีดกระตุ้นโดยฉีด IM 1 dose วันที่ 0 และ 3 หรือ ฉีด ID 0.1 ml 1 จุดวันที่ 0
และ 3 หรือฉีด ID 0.1 ml 4 จุด วันที่ 0 (ต้นแขน 2 ข้างและด้านหลังต้นขา 2 ข้าง)
- 4) ผู้ป่วยเคยได้รับวัคซีนชนิดทำจากสมองสัตว์ (Sample หรือ Suckling mouse
brain) ในอดีต ให้ถือเสมือนผู้ป่วยไม่เคยได้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อน ดังนั้นต้องให้การรักษา
ใหม่ตามข้อ 1)
- 5) ในกรณีผู้ป่วยตั้งครรรภ์ ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยปกติ

ตารางที่ 2.1 ระดับการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าจากลักษณะการสัมผัสกับสัตว์ และแนวทางการปฏิบัติ

ระดับการสัมผัสโรค	ลักษณะการสัมผัส	แนวทางการปฏิบัติ
WHO category I	- การถูกตอมตัวสัตว์ - ถูกเลีย สัมผัสน้ำลายหรือเลือดสัตว์โดย ผิวหนังไม่มีแผลหรือรอยถลอก	- ล้างบริเวณสัมผัส - ไม่ต้องฉีดวัคซีน
WHO category II	- ถูกจับเป็นรอยข่วนที่ผิวหนังไม่มี เลือดออกหรือเลือดซึมออก - ถูกข่วนที่ผิวหนังเป็นรอยถลอก มีเลือด ซึมออก - ถูกเลีย โดยที่น้ำลายถูกผิวหนังที่มีแผล หรือรอยถลอกหรือรอยขีดข่วน	- ล้างและรักษาแผล - ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้า (rabies vaccine*)
WHO category III	- ถูกกัด โดยฟันสัตว์แทงทะลุผ่าน ผิวหนังแผลเดียวหรือ หลายแผลและมี เลือดออก(Laceration) - ถูกข่วนจนผิวหนังขาดและมีเลือดออก - ถูกเลีย หรือน้ำลายสิ่งคัดหลั่งถูกเยื่อ ของตา ปาก จมูก หรือแผลที่มีเลือดออก	- ล้างและรักษาแผล - ฉีดวัคซีนและอิมมูโน- โกลบูลิน (rabies vaccine และ RIG**) โดยเร็วที่สุด

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ระดับการสัมผัสโรค	ลักษณะการสัมผัส	แนวทางการปฏิบัติ
	- มีแผลที่ผิวหนัง และสัมผัสสารคัดหลั่ง จากร่างกายสัตว์ซากสัตว์ เนื้อสมองของ สัตว์รวมทั้งการชำแหละ ซากสัตว์และ ลอกหนังสัตว์*** - กินอาหารดิบที่ปรุงจากสัตว์หรือ ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่เป็นโรคพิษ สุนัขบ้า	

* หยุดฉีดวัคซีนเมื่อสัตว์เป็นปกติตลอดระยะเวลาที่กักขังเพื่อดูอาการ 10 วัน (เฉพาะสุนัขและแมว)

**กรณีถูกกัดเป็นแผลที่บริเวณใบหน้า ศีรษะ คอ มือ และนิ้วมือ หรือแผลลึก แผลฉีกขาดมาก หรือถูกกัดหลายแผล ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และระยะฟักตัวสั้นจึงจำเป็นต้องฉีดอิมมูโนโกลบูลินโดยเร็วที่สุด (แต่ถ้าฉีดวัคซีนเข็มแรกไปแล้ว 7 วัน จะมีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นแล้ว จึงไม่ต้องฉีดอิมมูโนโกลบูลิน)

***พิจารณาความเสี่ยงมากน้อยตามลักษณะเป็นรายๆไป แม้ว่าจะไม่เคยมีรายงานการติดต่อจากคนถึงคนแต่

1. มีรายงานการติดต่อทางการปลูกถ่ายกระจกตาและการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ
2. มีรายงานพบเชื้อไวรัสในน้ำลายและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย

กรณีที่ผู้ป่วยถูกกัดหรือคลุกคลีใกล้ชิดและสัมผัสน้ำลายหรือสิ่งขับถ่ายจากร่างกายผู้ป่วยติดเชื้อพิษสุนัขบ้า ทางเยื่อหรือแผลที่ผิวหนังให้ถือปฏิบัติต่อผู้ที่สัมผัสเหมือนกับผู้ที่สัมผัสสัตว์ป่วย

การทำความสะอาดแผลสัตว์กัดหรือข่วนมีความสำคัญมากเนื่องจากช่วยลดปริมาณเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ วิธีที่เหมาะสม คือ การล้างด้วยน้ำสะอาด ฟอกด้วยสบู่หลายๆครั้งอย่างน้อย 15 นาที และต้องระมัดระวังอย่าให้แผลซ้ำ จากนั้นเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโพวิดีน (Povidine iodine) หรือ hibitane in water หรือใช้แอลกอฮอล์ 70%

การพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะหลังจากสัมผัสโรคตามหลักของ WHO Guideline คือ การให้ Amoxycillin+Clavulonic acid 1,000 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น ติดต่อกัน 3 วัน เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากน้ำลายสัตว์

การให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก (Tetanus toxoid)

- 1) ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยได้ Tetanus toxoid ครบชุดมาแล้ว (ได้เข็มสุดท้ายมากกว่า 5 ปี) ให้ Tetanus diphtheria toxoid (Td) หรือ Tetanus toxoid (TT) กระตุ้นอีก 1 เข็มเข้ากล้ามเนื้อ
- 2) ถ้าผู้ป่วยไม่เคยได้รับ Tetanus toxoid หรือได้วัคซีนไม่ครบ ให้วัคซีนทั้งหมดอีก 3 ครั้งเข้ากล้ามเนื้อ คือ วันที่ 0, 1 เดือนและ 6 เดือน

คำแนะนำและการแก้ไขปัญหาในการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า

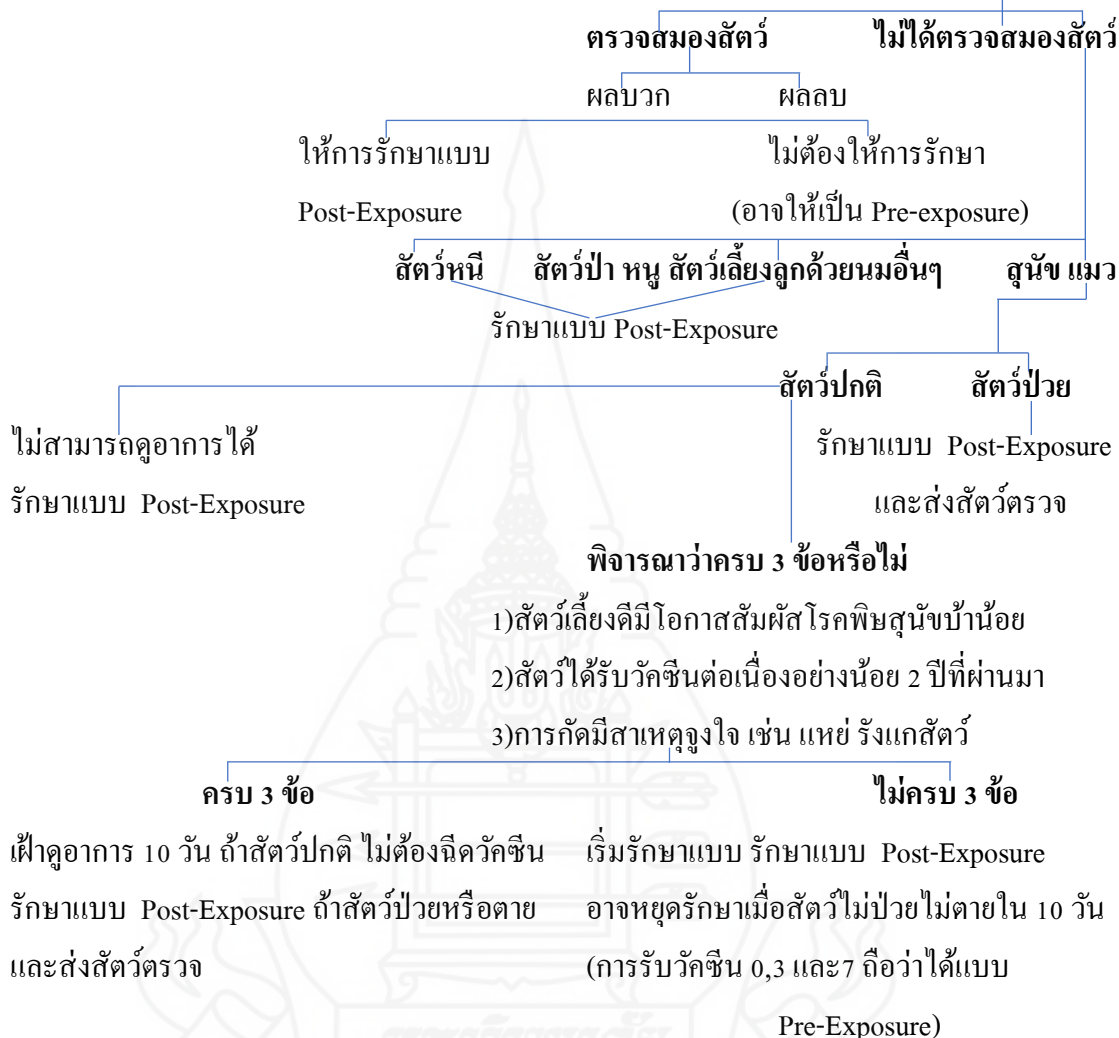
1. กรณีไม่ได้มาฉีดวัคซีนทันทีในวันที่โดนกัด โดยทั่วไปควรได้รับวัคซีนภายใน 48 - 72 ชั่วโมงหลังการสัมผัส ควรฉีดวัคซีน 3 ครั้งแรกตรงตามนัด (วันที่ 0-3-7) จะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้เกิดขึ้นได้เร็วที่สุด ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรคหลังสัมผัสโดยต้องฉีดให้ครบ 3 ครั้ง ภายใน 14 วัน ดังนั้น หากผู้ป่วยมาขอฉีดวัคซีนหลังถูกกัดเกิน 14 วัน ให้แนะนำฉีดเป็นแบบฉีดวัคซีนก่อนสัมผัสโรค
2. กรณีได้วัคซีน 1 ครั้ง (วันที่ 0) แล้วทิ้งช่วงห่างระหว่างครั้งแรกกับครั้งที่ 2 (วันที่ 3) นานไม่เกิน 7 วันหลังถูกกัด ให้ฉีดในวันที่มา และ นัดมาฉีดในครั้งถัดไปนับตามระยะห่างเดิม เช่น มาฉีดครั้งที่ 2 ในวันที่ 5 หลังถูกกัด ให้ฉีดครั้งที่ 2 ในวันที่มา และฉีดครั้งที่ 3 ในอีก 4 วันถัดมา
3. กรณีได้วัคซีน 1 ครั้ง (วันที่ 0) แล้วทิ้งช่วงห่างระหว่าง ครั้งแรกกับครั้งที่ 2 (วันที่ 3) นานกว่า 7 วันหลังถูกกัดให้เริ่มฉีดครั้งแรกใหม่ (แต่ RIG ไม่จำเป็นต้องฉีดซ้ำ)
4. กรณีผู้ป่วยได้รับมาแล้ว 2 ครั้ง (วันที่ 0 และ 3) แต่ครั้งที่ 3 คลาดเคลื่อน ไม่เกิน 14 วัน หลังจากครั้งที่ 1 ควรฉีดครั้งที่ 3 ภายใน 14 วันหลังจากครั้งแรก
5. กรณีมาฉีดครั้งที่ 3 คลาดเคลื่อนเกิน 14 วันหลังจากครั้งที่ 1 ยังสามารถฉีดต่อไปได้ ไม่ต้องเริ่มต้นใหม่ โดยนับว่าเป็นครั้งที่ 4 และฉีดต่อครั้งที่ 5 หรือ 6 ตามกำหนดเดิม แต่อาจจะทำให้การกระตุ้นภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอที่จะป้องกันโรคในกรณีหลังสัมผัส
6. กรณีไม่ได้มาฉีดวัคซีนของ วันที่ 30 ตามนัดยังคงสามารถให้วัคซีนนี้ได้ เมื่อใดก็ตามที่คนไข้มารับบริการ และ การฉีดวัคซีนของวันที่ 90 ยังคงให้ตามตารางเวลาเดิม หรืออย่างน้อย 1 เดือนหลังวัคซีน วันที่ 30

แผนการรักษาแบ่งตามลักษณะการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

สัมผัสโรคระดับ 1

ไม่ต้องให้วัคซีนรักษา แต่อาจให้วัคซีนแบบ Pre-exposure

สัมผัสโรคระดับ 2 หรือ 3



ภาพที่ 2.1 แผนภาพแสดงการรักษาแบ่งตามลักษณะการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

ที่มา: เวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัดและการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หน้า 98

2.8 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้า

ในปี 2550 องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การควบคุมโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายให้ประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคจะต้องร่วมมือกันกำจัดโรคนี้ให้หมดไปภายใน พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศหนึ่งที่ยังคง

พบโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จึงเร่งรัดการดำเนินงานป้องกันและควบคุม เพื่อให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทยภายในปี พ.ศ.2563 โดยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อจะได้นำ แผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ประเด็นยุทธศาสตร์ประกอบไปด้วย 8 ประเด็น ดังนี้คือ

- 1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์
- 2) การจัดการระบบศูนย์พักพิงสัตว์
- 3) การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน
- 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าในท้องถิ่น
- 5) การประชาสัมพันธ์
- 6) การบูรณาการและการบริหารจัดการข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า
- 7) การติดตามและประเมินผล
- 8) การพัฒนานวัตกรรมและการถ่ายทอดเทคโนโลยี

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษารั้วนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ซึ่งประกอบ ไปด้วยการรับรู้ ทั้ง 6 ด้านคือ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ต่อ อุปสรรค (Perceived Barriers) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง (Self-Efficacy) และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อที่จะศึกษาปัญหา สุขภาพ โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว การรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะ ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาสุขภาพ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะ ได้รับ โครงสร้างของ Health Belief Model มี 5 องค์ ประกอบ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง การรับรู้ ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้ เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้นๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลจากการไม่รักษา เป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีในด้านการเจ็บป่วย พิกัด เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมาก น้อยเพียงใด ซึ่งจะมีความโน้มเอียงและหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits) หมายถึง การรับรู้ว่าการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจะช่วยลดการคุกคามของโรค เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ลดความเสี่ยง หรือความรุนแรงลงได้

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การรับรู้ผลทางลบหรืออุปสรรคถ้าปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพนั้นทั้งทางกาย ทางจิตใจและค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปถ้าปฏิบัติตาม เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำโดยเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของการกระทำนั้นๆ และพบว่า การทำตามคำแนะนำมีข้อดีมากกว่า ตัวแปรอีกตัวที่สำคัญคือ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะลงมือทำ อาจเป็นเหตุการณ์ทางกาย (เช่น ประสบการณ์ อาการเจ็บป่วยของโรค) สิ่งแวดล้อม (เช่น การให้เอกสารสิ่งพิมพ์ การรณรงค์ ทางสื่อมวลชน คำแนะนำ จากเพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุข และการให้ข้อมูลผ่านสื่อมวลชน)

5. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง การเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ได้สำเร็จลุล่วง โดยเพิ่มองค์ประกอบจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura เพื่อใช้อธิบาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การป้องกันโรคเอดส์ เป็นต้น เป็นตัวแปรสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่จะตัดสินใจปฏิบัติและสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

Health Belief Model พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ การตอบคำถามว่าทำไมพฤติกรรมเหล่านี้จึงเกิดขึ้น และจะปรับเปลี่ยนได้อย่างไร Health Belief Model จึงเป็นกรอบที่ใช้สร้างข่าวสารทางสุขภาพ (Health message) เพื่อจูงใจให้บุคคลตัดสินใจที่จะมีสุขภาพที่ดี

ข้อจำกัดของ Health Belief Model มี 2 ประการ คือ

1. อาจจะไม่มีความเชื่อ และเจตคติอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนอกเหนือจากองค์ประกอบทั้ง 4 ข้อ เนื่องจากเป็นแบบจำลองทางจิตวิทยา จึงไม่ได้เน้นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แบบจำลองนี้ยังขาดการศึกษาอิทธิพลของบรรทัดฐานทางสังคม (Norm) กลุ่มเพื่อน (Peer) ต่อการตัดสินใจเรื่องสุขภาพ

2. ยังมีงานวิจัยไม่เพียงพอที่จะชี้ให้เห็นว่าความเชื่อต้องเกิดก่อนจึงจะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน แต่อาจเกิดจากพฤติกรรมเปลี่ยนก่อนความเชื่อก็อาจจะเป็นไปได้

ต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์ พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Due to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behavior) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ที่จะส่งผล ให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ จึงสรุปได้ว่า บุคคลที่มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตรของเขา ถ้าหากเขาไม่ ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลซึ่งในความ เชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือ กระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action) หมายถึง การบุคคล

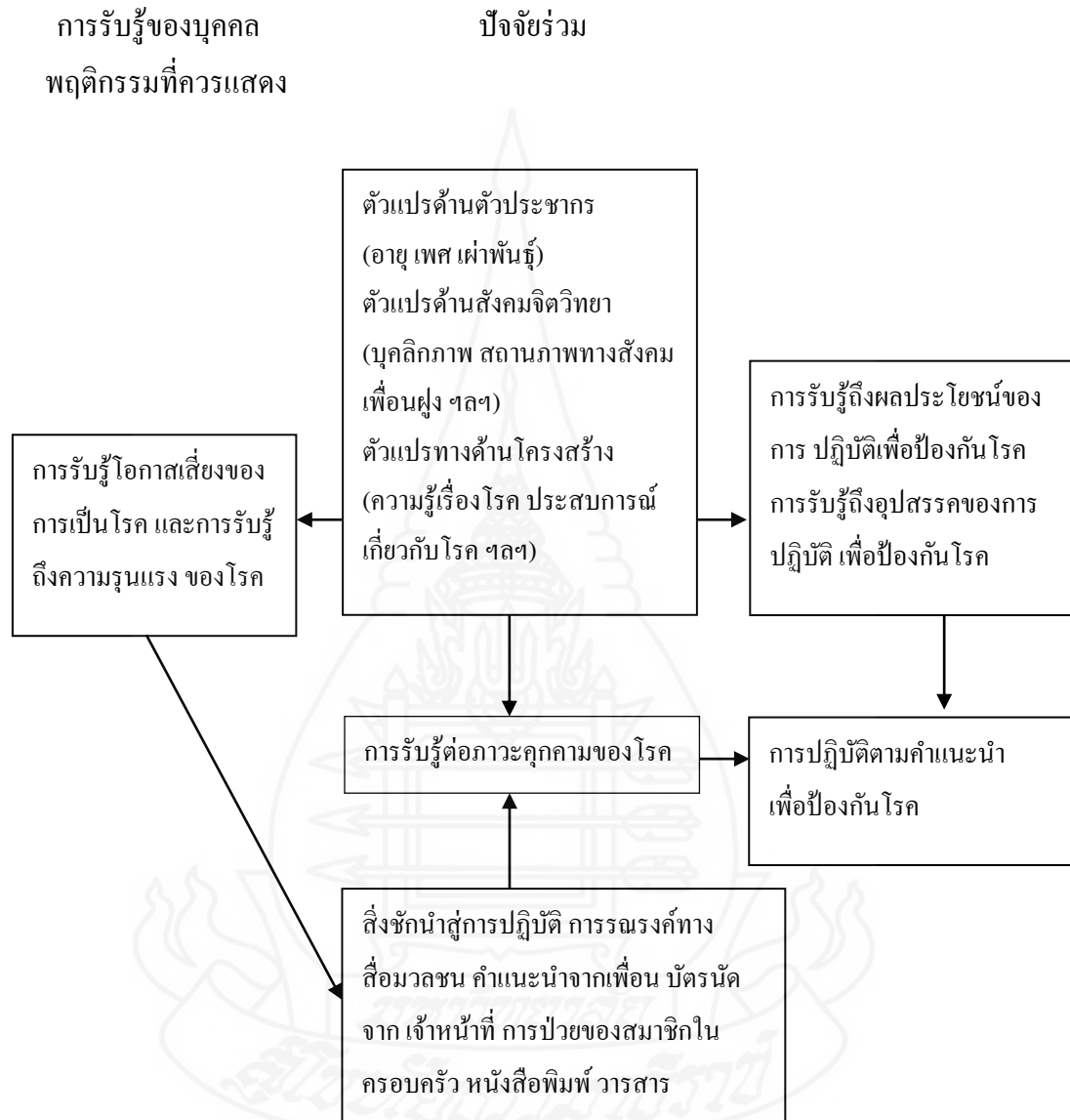
รับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้ บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมี ความเชื่อว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ความละเอียด เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึงสภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆ กันในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยง หรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตน มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม แผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ผลักดัน ให้บุคคลร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการที่จะปฏิบัติ

6) ปัจจัยต่างๆ (Modifying factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับ เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social factor) เช่น บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนที่มีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงสิ่งชักจูง ำให้เกิดการปฏิบัติ (Due to action) อาจมีสิ่งชักจูงภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่างๆ และสิ่งชักจูงภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหรือสื่อมวลชนต่างๆ (Mass media communication) ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลใน ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่างๆ เพราะอาจมี ส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาโรคหรือป้องกันโรคได้มากขึ้น

จะเห็นว่าเบคเกอร์และไมแมน มีการเพิ่มตัวแปรเข้ามามากขึ้นเพื่อลดข้อจำกัดของ Health Belief Model และสามารถสรุปได้ดังแผนภาพดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
(ที่มา Beaker et al., 1975 Health Behavior Theory, Research and Practice หน้า 79)

4. แนวความคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 1996 นักทฤษฎีทางการแพทย์เชื่อว่าแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การปกป้องสุขภาพเกิดขึ้นจากแรงจูงใจของบุคคลที่พยายามหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บซึ่งคุกคามต่อสุขภาพ จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจของบุคคลที่จะยกระดับสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เน้นพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและการปฏิบัตินั้น ไม่ได้เกิดความกลัวสิ่งที่จะเป็นอันตราย เพราะการปฏิบัติในลักษณะเช่นนี้บุคคลจะเลิกปฏิบัติ เมื่อสิ่งคุกคามหมดไป เพนเดอร์จึงได้สร้างแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นเพื่ออธิบายถึงกระบวนการทางจิตสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่ม และการทำอย่างจริงจัง พฤติกรรมเหล่านี้จะต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพบุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นเข้าไปเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

แบบจำลองนี้ได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่คุณลักษณะของประสบการณ์บุคคล อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นๆ และผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรมดังนี้

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อนจะมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อาจเกิดจากการสร้างสุขนิสัยที่การกระทำนั้นไม่ต้องใช้ความพยายาม และไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีดำเนินชีวิต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมนั้นอาจเกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งเชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเกิดจากการได้รับประโยชน์ตามที่คาดหวังจากพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำ ส่วนอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมจะถูกเก็บสะสมไว้ในความทรงจำและต้องขจัดออกไปเพื่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ พฤติกรรมต่างๆ ที่ได้กระทำมักมีอารมณ์ต่างๆ เกิดร่วม เช่น อารมณ์ในทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้นก่อนระหว่าง หรือหลังกระทำพฤติกรรม โดยจะเก็บบันทึกไว้ในความจำพฤติกรรมเดิมซึ่งมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น เพนเดอร์ได้ แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้านคือ

- 1) ด้านชีวภาพ เช่น อายุเพศ ความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น
- 2) ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การให้ความหมายคุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ
- 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติชนบทรรมนิยมประเพณี การศึกษาและฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ

2. อารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรม (Behavior Specific Cognitions and Affect) ที่เฉพาะเป็นแรงจูงใจและเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการจัดการกระทำทางการพยาบาล ปัจจัยในด้านนี้ได้แก่

1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) การที่บุคคลจากประพฤติกรรมโดยอ้อมขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมและยังช่วยเสริมให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่องการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้การที่บุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งจึงไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงนั้น การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างของการรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การที่ทำให้บุคคลรู้สึกตื่นตัวและลดความอ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม สำหรับการรับรู้ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ การได้รับสิ่งตอบแทนอื่นๆ เช่น ได้รับรางวัลหรือได้เข้าร่วมกลุ่มจากสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับรู้ ประโยชน์ภายในเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่ปฏิบัติพฤติกรรม

2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barrier to Action) การที่บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคมีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือเป็นสิ่งที่อยู่จริงก็ได้ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการที่บุคคลรู้สึกยากลำบากที่จะเลือกทำต่อสุขภาพ เช่น เลิกสูบบุหรี่ เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงแล้วหันมาดำเนินชีวิตตามวิถีทางเพื่อ

สุขภาพและถือเป็นอุปสรรคสำคัญ การรับรู้อุปสรรคจะเป็นหนึ่งแรงขับเคลื่อนภายในให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อมการรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะมีการปฏิบัติหรือการปฏิบัติในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความพร้อมสูงและการรับรู้อุปสรรคน้อยบุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่ปฏิบัติพฤติกรรม

3) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลพัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้านคือ 1) ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น 2) ประสบการณ์ทางอ้อม โดยสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่นแล้วมาเปรียบเทียบกับตนเอง 3) การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่นซึ่งทำให้สามารถนำเอาความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการปฏิบัติ 4) สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวลความกลัว ความสงบผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรม กล่าวคือ ยิ่งบุคคลมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้สมรรถนะมากขึ้นและการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรค กล่าวคือการที่บุคคลยังรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูงเท่าใดก็ยิ่งรับรู้อุปสรรคน้อยลงเท่านั้น การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านการรับรู้อุปสรรคและเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity Related Affect) บุคคลจะเกิดความรู้สึกทั้งในขณะก่อนระหว่างหรือหลังจากปฏิบัติพฤติกรรม แล้วขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากตัวพฤติกรรม ดังนั้นการตอบสนองด้านพฤติกรรมอาจมีระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ และถูกกำหนดและเก็บเอาไว้ในความทรงจำ อาจจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การตอบสนองด้านความรู้สึกนึกคิดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ การปฏิบัติพฤติกรรมเองหรือสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติ อารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมนี้จะมีผลต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวก เช่น รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย จะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบ เช่น อึดอัดไม่สบายใจจะนำไปสู่การไม่ปฏิบัติ

5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเชื่อและเจตคติของบุคคล ซึ่งความคิดนี้เกิดจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบอย่างมาตรฐานทางสังคม ซึ่งกำหนดมาตรฐานการกระทำที่แต่ละคนสามารถยอมรับหรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติได้ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นประโยชน์ในการควบคุมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและแบบอย่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความขัดแย้งระหว่างบุคคล มีผลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันด้านสังคม และกลุ่ม หรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติ

6) อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทสามารถที่จะเลือกอำนาจให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสวยงามตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกิจกรรมบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์นั้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดในสวนสุขภาพที่มีผู้คนรวมกลุ่มออกกำลังกายกันมากขึ้นจะเลือกต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยการให้สัญญาณเตือนในการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลโดยอ้อมนี้จะผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติ

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม

เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Action)

การผลักดันให้บุคคลปฏิบัติในพฤติกรรมนั้นๆ นอกจากมีความต้องการและความชอบอย่างอื่นที่เหนือกว่าเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด จุดเริ่มต้นของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือกระทำ เว้นเสียแต่เกิดความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่น ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือพฤติกรรมอื่นที่บุคคลอื่นชื่นชอบ เปลี่ยนใจไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมที่วางไว้ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิดซึ่งประกอบด้วย 2 ประการคือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนดไว้ เวลา และสถานที่ที่กำหนด โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชื่นชอบ และหากกลวิธีที่จะกระทำและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การตั้งเจตจำนงเพียงลำพังโดยปราศจากกลวิธีที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจ แต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกที่เข้ามาอย่างกะทันหัน ก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ ซึ่งความต้องการนั้นบุคคลควบคุมได้น้อย เนื่องจากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น มีงานด่วนต้องทำต้องดูแลครอบครัวอย่างกะทันหัน ส่วนสิ่งอื่นที่ชื่นชอบถือเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่มี

พลังอำนาจผลักดันให้บุคคลกระทำได้มากกว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งเจตจำนงไว้ เช่น เลิกไปออกกำลังกายแต่กลับไปซื้อของแทน เป็นต้น คนที่สามารถเอาชนะความต้องการและความชอบในขณะนั้นได้จะต้องรู้จักกำกับตนเองมีระเบียบวินัยในตนเองซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามการพัฒนาการและการเลี้ยงดู

5. แนวคิดสหปัจจัย Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter

ปี ค.ศ. 1987 Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter ได้สร้าง PRECEDE-PROCEDE MODEL ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับสหปัจจัย (Multiple Causal Assumption) โดยมีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลแบบจำลองประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุน ในส่วนนี้เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/ Ecological Diagnosis and Evaluation) กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE framework เป็นการวิเคราะห์ย้อนกลับ โดยเริ่มจาก outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคล แล้วพิจารณาถึงสาเหตุละปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผนซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อน ประกอบด้วยนโยบาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ การควบคุมและประสานทรัพยากรที่จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานตามแผนและการประเมินผล ในส่วนนี้เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) อธิบายได้ดังนี้

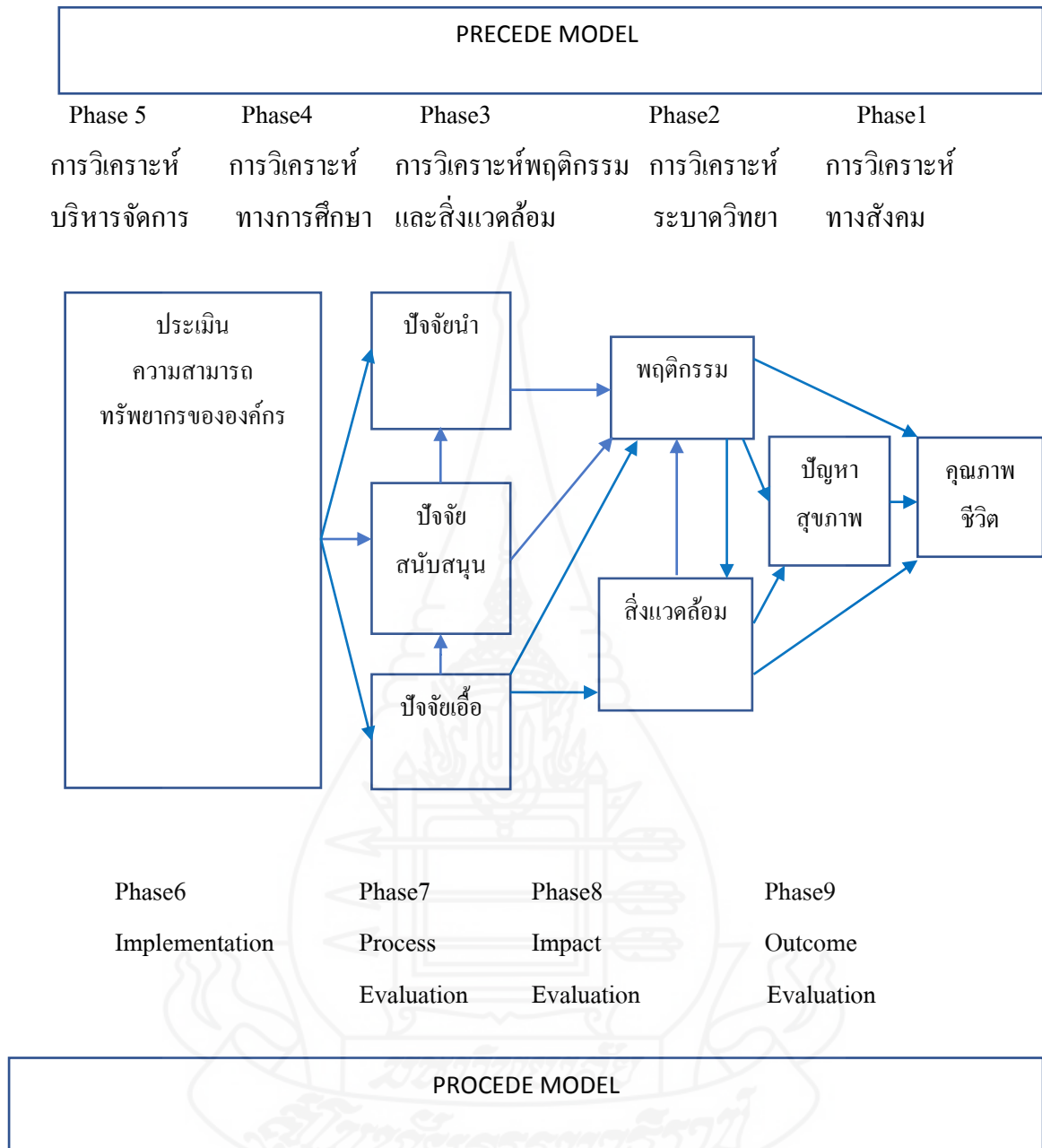
ปัจจัยนำ (Predisposing factors) คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักจะได้รับการให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรง และทางอ้อม หรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องการ รวมทั้งลักษณะและความสามารถที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย ได้แก่ ความยากง่ายในการเข้าถึง สิ่งอำนวยความสะดวกที่มากอยู่

เพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้ แหล่งทรัพยากรมีบริการ อุปกรณ์ ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรม อยู่อย่างเพียงพอ หาได้ง่าย ความสามารถ เข้าถึงบริการหรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะทาง การเสียเวลา การยอมรับ

ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น เป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้เกิดการกระทำ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือหยุดยั้งการทำพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การดำเนินคดี การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์ และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรม

PRECEDE-PROCEED Model ในการวางแผนและประเมินผล โครงการส่งเสริมสุขภาพ เริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น (Outputs) ซึ่งตาม Model คือ คุณภาพชีวิต ขึ้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ 6 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 6 เป็น การดำเนินงานตามแผน และในการประเมินผลอาจจะมีขั้นตอนที่ 7 หรือ 8 ขึ้นอยู่กับความจำเป็นเหมาะสม ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นต่าง ๆ ดังนี้



ภาพที่ 2.3 แสดง PRECEDE-PROCEED Model ในการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ

ที่มา: Green and Kreuter (1991: 164)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัย ทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยสนับสนุน ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควร นำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

ดังนั้นแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Model จึงเป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อ การวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาจากแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมบุคคล มีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย ดังนั้นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นเพื่อนำเป็น ข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต่อไป กระบวนการวิเคราะห์นี้เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์และพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่ เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การนำสาเหตุต่าง ๆ มาวางแผนและแก้ไขปัญหาดำเนินการ ประเมินผลการวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอน 8 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคมและวิเคราะห์สถานการณ์ (Phase 1: Social assessment and situational analysis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต ซึ่งถือเป็นขั้นตอนแรกของการ วิเคราะห์โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น ผู้ป่วยนักเรียนกลุ่มวัยทำงาน หรือผู้ใช้แรงงานหรือผู้บริโภคสิ่งที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัด และเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological assessment)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้างซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะ เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคมในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพก็มี ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดการกระจายของโรค การ วิเคราะห์ทางระบาดวิทยา จะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ใน การวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้การประเมินทางระบาด วิทยายังเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุต่างๆที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยโดยแบ่งเป็นสาเหตุของ ปัญหาสุขภาพออกได้เป็น

- 1) สาเหตุจากพันธุกรรม
- 2) สาเหตุจากพฤติกรรมและ
- 3) สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นจะต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาเฉพาะ

จากปัจจัยดังกล่าวกรีนและครูเตอร์ ได้นำมาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันระหว่างปัจจัยทั้ง 3 กับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่าสาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับความหมายดังต่อไปนี้

- 1) เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
- 2) การคัดแปลงหรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
- 3) เป็นปฏิกิริยาต่างๆที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังพฤติกรรมนั้นแล้ว
- 4) ต้องมีการเสริมแรงและทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
- 5) ในการเสริมแรงหรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้นอาจมีผลกระทบถึงปัจจัยนำรวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and Organizational Diagnosis)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้วขั้นตอนต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์กลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการด้านนโยบาย และการออกแบบกิจกรรมที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งด้านบวกหรือทำให้เกิดโครงการบรรลุเป้าหมายหรือมีผลตรงข้าม คือกลายเป็นข้อจำกัดของโครงการปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ งบประมาณระยะเวลาความสามารถของผู้ดำเนินการตลอดจนทรัพยากรอื่นๆในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินโครงการสุขภาพโดยใดจะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าขั้นตอนอื่นๆในจะต้องมีการวิเคราะห์พิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

หลังจากได้รับข้อมูลจากการประเมินใน 4 ขั้นตอนในการกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานของกลยุทธ์ด้านสุขศึกษาและการจัดทำนโยบาย กฎระเบียบและการบริหารจัดการองค์กรเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การดำเนินการ (Implementation) เป็นขั้นตอนการดำเนินงานตามที่วางแผนไว้ในโครงการ

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation)

เป็นขั้นตอนที่ปรากฏในทุกระยะของการดำเนินงานซึ่งต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและตัวชี้วัดอย่างชัดเจนประกอบด้วย 3 ระดับคือการประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษาการประเมินผลกระทบ ของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้านและการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation)

เป็นขั้นตอนที่มีปรากฏในทุกระยะของการดำเนินงานว่าแต่ละขั้นตอนนี้มีผลกระทบ อย่างไรบ้าง

ขั้นตอนที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation)

ในทุกระยะของการดำเนินงานซึ่งต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและตัวชี้วัดอย่างชัดเจนรวมทั้งเกี่ยวข้องกับการประเมินผลระดับต่างๆตามความจำเป็นและเหมาะสม เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องและต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวางแผน

การประเมินผลขั้นตอนนี้จะปรากฏในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานโดยทั้งนี้จะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนการประเมินผลประกอบด้วยประเมินใน 3 ระดับคือ การประเมินกระบวนการจัดทำโครงการซึ่งถือเป็นขั้นตอนที่ 6 การประเมินผลกระทบของโครงการหรือผลของโปรแกรมที่เกิดขึ้นในระยะสั้นเป็นขั้นตอนที่ 7 และสุดท้ายคือการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลซึ่งการประเมินในขั้นนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาวถือเป็นขั้นที่ 8

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอำเภอกันทรารมย์จังหวัดศรีสะเกษ โดยทบทวนศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุน โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

6.1.1 เพศ

เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านเจตคติหรือค่านิยม และยังเป็นข้อกำหนดในการดูแลตนเอง เพศจัดอยู่ในปัจจัยด้านชีวสังคม (Orem, 1991) และเพนเดอร์ (Pender, 1987) พบว่าเพศมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าเพศมีอิทธิพลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ทำให้เพศหญิงและเพศชายมีโอกาสประสบกับความเจ็บป่วยหรือมีความพิการแตกต่างกันอีกทั้งเพศหญิงมีความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าเพศชาย (ภัทรา ชูริก, 2560: 51-55) จากการสำรวจผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 พบว่าการเกิดโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (เจษฎา ทองเหม, 2544) แต่การศึกษาของสุนทรี ใจมีธรรม (2543) เรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีจำนวน 297 คน พบว่าเพศหญิงกับเพศชายมารับบริการวัคซีนพิษสุนัขบ้าไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรเพศ ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.1.2 อายุ

เป็นสิ่งบ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆในชีวิต อายุที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งเพิ่มขึ้นตามอายุ ความเจ็บป่วยจะสัมพันธ์ต่อความไวของการติดเชื้อโรคและความรุนแรงของโรค การศึกษาของ Becker พบว่าความไม่ร่วมมือตามแผนการรักษาจะพบในผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า จากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีจำนวน 297 คน พบว่าผู้มีอายุที่อยู่ในช่วงกลางจะมารับบริการเกี่ยวกับสุขภาพหรือมีพฤติกรรมป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย โดยมีอัตราร้อยละ 32.32 (สุนทรี ใจมีธรรม, 2543) สอดคล้องกับการศึกษา

เรื่อง พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอำเภอ เมือง จังหวัดสุรินทร์ ที่พบอายุของผู้มารับบริการวัคซีนมีมัธยฐานที่ 45 ปี (วาสนา ดันดิรัตน์ นนท์ , 2551)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรอายุ ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.1.3 สถานภาพสมรส

เป็นคุณลักษณะทางประชากรที่สำคัญเกี่ยวกับเรื่องเศรษฐกิจ สังคม กฎหมาย ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจของบุคคล องค์การสหประชาชาติได้รวบรวมและแบ่งแยกประเภทของสถานภาพสมรส คือ โสด ,สมรส, หม้ายและไม่สมรสใหม่, หย่าร้างและไม่สมรสใหม่ และสมรสแต่แยกกันอยู่ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2541 อ้างใน พรประภา สุดประเสริฐ, 2557 น.144) พบว่าคนโสดจะมีอิสระทางความคิดมากกว่าคนที่แต่งงานแล้ว การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ จะใช้เวลาน้อยกว่าคนที่แต่งงานแล้ว เนื่องจากไม่มีภาระผูกพัน หรือคนที่ต้องอยู่ในความรับผิดชอบมากเท่ากับคนที่แต่งงานแล้ว (ธนชัย แสนลังและคณะ, 2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าสถานภาพโสดมีอัตราการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่มากกว่าสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรสถานภาพสมรส ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.1.4 ระดับการศึกษา

มีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความรู้สติปัญญา ทักษะ และยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำรงผลให้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเองเนื่องจากปฏิบัติไม่ถูกต้อง การศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาความรู้ทักษะ จากการศึกษาวิจัยของ Rosenstock (1974, p. 328-335) สรุปว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับต่ำนั้น การแสวงหาการดูแลสุขภาพหรือการป้องกันโรคจะต่ำกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โดยเปรียบเทียบผู้ถูกสุ่มขั้วที่มีระดับการศึกษาต่างกัน พบว่าจะมีความรู้และทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ

ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(สุนทรี ใจมิตรธรรม, 2543)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรระดับการศึกษา ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.1.5 อาชีพ

อาชีพหรือลักษณะงานที่ทำ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล การประกอบอาชีพที่ต่างกันย่อมทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกันตามสภาพการทำงานของแต่ละอาชีพ การศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นๆ คือ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยานุช รุ่งเรือง และคณะ , 2558)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรอาชีพ ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.1.6 รายได้

รายได้หรือสถานภาพทางเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล รายได้ที่แตกต่างกันทำให้มาตรฐานความเป็นอยู่แตกต่างกัน คนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี เมื่อเจ็บป่วยจะมีโอกาสเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มากกว่า ช่วยเพิ่มโอกาสการมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง รวมทั้งจะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์ของตนซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองตลอดจนได้รับการบริการต่างๆ (ภัทรา ชูริศ, 2560: 20) แต่พงศศักดิ์ ศรีธนเสขชัย และธำรงค์ เมฆโหรา (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,500 คน พบว่าร้อยละ 43.9 มีรายได้ครัวเรือน / เดือนไม่เกิน 10,000 บาท แต่พบว่ารายได้ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีน

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรรายได้ ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.1.7 สิทธิการรักษาพยาบาล

การสร้างหลักประกันสุขภาพจะส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น การรับรู้สิทธิ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อการ

เข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยและเอื้อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการมารับบริการ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาชัย จังหวัดเพชรบุรี (ทินุชา ทันวงศ์ และคณะ, 2559: 26-36) พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการ รักษาพยาบาลโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ สิทธิบัตรประกันสุขภาพ สามารถใช้บริการรักษาได้ด้วยความสะดวก ชับซ้อนและได้รับยา เป็นชนิดเดียวกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือ ร่วมจ่ายน้อย จึงไม่เป็นอุปสรรคในการมารับการรักษาพยาบาล

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรสิทธิการรักษาพยาบาล ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.1.8 ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปริยานุช รุ่งเรือง, 2558) กลุ่มปัจจัย เอื้อเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการพบว่าระยะทางมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรม ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะทางจากบ้านถึง สถานบริการน้อยกว่า 5 กิโลเมตรมีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีระยะทางจากบ้านถึงสถาน บริการมากกว่าหรือ เท่ากับ 5 กิโลเมตร (ร้อยละ 71.9 กับ ร้อยละ 34.6)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาชัย จังหวัด เพชรบุรี (ทินุชา ทันวงศ์, 2557) พบว่าระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางและวิธีการเดินทาง พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่ ระยะเวลาเดินทางมา รพ.สต. มากกว่า 20 นาที มีสัดส่วนไม่มารับบริการต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลา เดินทางน้อยกว่า 10 นาที และ 11-20 นาที

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรระยะทางจากบ้านมา โรงพยาบาล ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.1.9 พาหนะที่ใช้ทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา (น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์, 2560) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นเหตุผลการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ($p\text{-value} < 0.05$)

แต่การศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปริยานุช รุ่งเรือง, 2558) พบว่าปัจจัยเรื่องความสะดวกในการเดินทางไปตรวจ และความสะดวกในการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วิธีการเดินทางของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาชัย จังหวัดเพชรบุรี (ทีนุชา ทันทวงศ์, 2557) พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการเดินทางโดยรถจักรยานยนต์ส่วนตัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการด้วยตัวเองต้องให้นุตรหลานมาส่ง ซึ่งวิธีการเดินทางขึ้นอยู่กับสภาพของแต่ละครอบครัว แต่การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการสถานพยาบาลที่พึงประสงค์ของประชาชนภายใต้ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น (เสาวณี สุวรรณสิทธิ์, 2558) พบว่าวิธีการเดินทางมารับบริการจะใช้รถโดยสารประจำทางมากที่สุด

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรพาหนะที่ใช้เดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคหรือไม่ อย่างไร

6.1.10. ชนิดของสัตว์ที่สัมผัส

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ปี 2559 พบว่าสาเหตุการเกิดพิษสุนัขบ้าในคนเกือบทั้งหมดเกิดจากสัตว์กัด โดยมีพาหนะที่สำคัญคือ สุนัข คิดเป็นร้อยละ 95-96 รองลงมาคือแมว คิดเป็นสาเหตุร้อยละ 3-4 ส่วนสัตว์อื่น เช่น หนู โค กระบือ แพะ แกะ สุกร และม้า แม้พบเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้บ้างแต่ยังไม่มีความสำคัญในการนำโรคมานำสู่คน สอดคล้องกับการเก็บข้อมูลข้อมูลเกี่ยวกับสัตว์ที่กัด/ข่วนผู้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของสถานเสาวภาสภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้มารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค พบว่าสุนัขกัดข่วนเป็นอัตราร้อยละ 76.6 แมวร้อยละ 20.2 และสัตว์อื่นๆร้อยละ 3.1

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรชนิดของสัตว์ที่สัมผัส ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคหรือไม่ อย่างไร

6.1.11 ประวัติการรับวัคซีนพิษสุนัขบ้าของสัตว์

รายงานผลการตรวจเชื้อพิษสุนัขบ้าในสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้าพบว่าร้อยละ 84 เป็นสัตว์ที่ไม่มีประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่แน่นอน (Thai Rabies Net, มีนาคม 2561)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรชนิดของสัตว์ที่สัมผัสว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.1.12 ระดับการสัมผัสโรค

อุบัติการณ์สัตว์กัดและผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อจำแนกความรุนแรงของบาดแผลตามองค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ประมาณร้อยละ 90 เป็นบาดแผลที่มีเลือดออก (WHO category 3) และข้อมูลจากสถานเสาวภา ปี 2547 ซึ่งให้บริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษามีบาดแผล WHO category 3 ร้อยละ 57 (สุดา สืบบุญเรือง และธีระพงษ์ ดัชนีทวีเชียร, 2553)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรระดับการสัมผัสโรคสัมผัส ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย

6.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนพิษสุนัขบ้า

บลูม (Bloom, 1975) ให้ความหมายของความรู้ว่าเป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการเกิดความคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ทางด้านความรู้ การให้ความคิดการพัฒนาทางด้านสติปัญญา เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ กรีนและครูเดอร์ (Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter, 1987) กล่าวว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม แต่การเพิ่มพูนความรู้เพียงปัจจัยเดียวไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ดังนั้นความรู้จึงไม่ใช่การรู้หรือจำได้เท่านั้น แต่ประกอบด้วยการใช้สติปัญญาในการคิดเพื่อทำให้เกิดลำดับขั้นตอน และเชื่อว่าถ้าเกิดการเรียนรู้ที่สมบูรณ์แล้วมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ถูกต้อง

กรมควบคุมโรคทำการสำรวจความรู้ของประชาชนเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ในปี พ.ศ. 2559 จาก 24 จังหวัดทั่วประเทศ จำนวน 3,276 ตัวอย่าง พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง เช่น คิดว่าสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิดป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้เพียงร้อยละ 27 คิดว่าสุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าต้องมีการดุร้ายทุกตัว (ร้อยละ 34.8) ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจว่าสุนัขที่วิ่งออกไป กัดกับสุนัขนอกบ้านมีโอกาสติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้สูงถึงร้อยละ 55.1 ทราบว่าลูกสุนัขอายุ 2-3 เดือน ต้องพาไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 46.5 คิดว่า

สุนัขและแมวฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพียงเข็มเดียวสามารถป้องกันโรคได้ตลอดชีพร้อยละ 13.6 และไม่แน่ใจร้อยละ 57.3 ความรู้ที่ถูกต้องว่าเมื่อถูกสุนัข/แมวกัดข่วนจนมีเลือดออกต้องล้างแผล ใส่ยา ไปหาหมอและกักสุนัข-แมวไว้ดูอาการ 10 วันร้อยละ 19.3 คิดว่าคนที่มีอาการของโรคพิษสุนัขบ้าสามารถรักษา ให้หายได้ร้อยละ 16 ไม่แน่ใจร้อยละ 52.8 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าประชาชนยังมีเข้าใจผิดข้อมูลด้านความรู้ที่ส่งผลต่อการป้องกันตนเอง โดยเฉพาะในประเด็นที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต เช่น คิดว่าโรคพิษสุนัขบ้ารักษาได้ทำให้ไม่มารับวัคซีนในระยะแรก ของการสัมผัสโรค

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรค ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.2.2 ทักษะคติเกี่ยวกับโรคและวัคซีนพิษสุนัขบ้า

ทัศนคติ หมายถึงความโน้มเอียงในการประเมินสิ่งต่างๆ ด้วยความรู้สึกที่มีความสามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับสิ่งใด กรีนและครูเดอร์ (Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter , 1987) กล่าวว่าแนวคิดหลักเกี่ยวกับทัศนคติ มี 2 ประการคือ

- 1) ทัศนคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ก่อนข้างคงที่
- 2) โครงสร้างเฉพาะของทัศนคติคือการประเมินสิ่งต่างๆ ใน 2 มิติ คือ ดีและไม่ดี เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หากมีความคิดความเข้าใจความรู้สึกที่ดี หรือมีความคิดรวบยอดในทางบวกต่อการดูแลตนเองแล้วก็มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีได้ อีกทั้งทัศนคติเป็นสภาพความรู้ทางด้านจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้อันเป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบเห็นด้วยไม่เห็นด้วย

สุนทรี ใจมีธรรม (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการวัคซีนอยู่ในระดับปานกลาง โดยทัศนคติของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ และประสบการณ์ของบุคคล

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับโรค ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.2.3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนพิษสุนัขบ้า

เพนเดอร์ (Pender, 1987: 64) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นส่วนของการสังเกต สถานภาพของสุขภาพ เป็นความคิดเห็นและความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและประเมิน ระดับภาวะสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมความรับผิดชอบและเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1991: 151-153) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีผลกระทบทำให้เกิดแนวทางที่บุคคลคิดและเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต และนำบุคคลไปสู่ความกังวลหรือห่วงใยในทุกสิ่งที่เขาสังเกตเห็น

ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง กระบวนการด้านความคิด และความเข้าใจ ของบุคคลที่แปลความหมายหรือประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในด้านภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินไป

การรับรู้ในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น โรค (*Perceived Susceptibility*) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย โดยหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน รวมถึงการคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (*Perceived Severity*) หมายถึง การประเมินถึงความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดอันตรายหรือเสียชีวิต เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน โรค (*Perceived Benefits*) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคพิษสุนัขบ้า โดยมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (*Perceived Barriers*) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการมารับวัคซีนพิษสุนัขบ้า

5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) หมายถึง การที่บุคคลคาดหวังหรือตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในความร่วมมือในการรักษาโรคหรือป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

สมใจ จางวาง และคณะ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอสะเตาะ จังหวัด สงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปริญญ์ รุ่งเรือง และคณะ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง ($p < 0.001$) และการรับรู้ความสามารถตนเอง ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองในระดับสูงและปานกลาง มีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองในระดับต่ำ (ร้อยละ 73.7 กับร้อยละ 4.6) และกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง มีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ร้อยละ 61.7 กับร้อยละ 8.3 และร้อยละ 3.2 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.3 ปัจจัยเอื้อต่อการมารับบริการ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ และสามารถที่จะใช้ทรัพยากรเหล่านั้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ และอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลซึ่ง การศึกษาครั้งนี้ปัจจัยเอื้อจึงหมายถึงความสะดวกในการเดินทางมารับบริการวัคซีนหลังสัมผัสโรค

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช้าง จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่าปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพ และการเข้าถึงและการยอมรับ

ระบบบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำสุนัขไปปรับการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความสะดวกในการเดินทางพาสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการนำสุนัขไปฉีดวัคซีน (พงศ์ศักดิ์ ศรีธเนศชัย และ ชำรงค์ เมฆโหรา, 2549)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรปัจจัยเอื้อต่อการมารับบริการว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.4 ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย การรับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคม

6.4.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค

สื่อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ สามารถทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกหรือทำอะไรบางอย่างลงไป การสื่อสารทางสุขภาพเป็นกลยุทธ์ในการนำเสนอข้อมูลเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง นิตยสาร วารสาร แผ่นปลิว แผ่นพับ คู่มือเกี่ยวกับสุขภาพที่จะเอื้ออำนวยให้กับผู้ป่วยได้รับรู้และตระหนักในเรื่องสุขภาพ ให้สามารถดูแลตนเองได้และทำให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองโดยเน้นกระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (วิชาญ ปาวันและคณะ, 2560:70-79)

การสื่อสารทางสุขภาพคือการศึกษาและการใช้กลยุทธ์ของศาสตร์ด้านการสื่อสารในงานสุขภาพ โดยได้การนำเสนอข้อมูลการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เช่น การสื่อสารมวลชนเผยแพร่ให้กลุ่มเป้าหมายทราบ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพให้ได้รับรู้สนใจตระหนักเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางอันพึงประสงค์

เห็นได้ว่าการที่จะได้รับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคผ่านสื่อต่างๆ นั้น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้เกิดความตระหนักสนใจในการปฏิบัติตัว ดูแลตนเองที่เอื้อต่อสุขภาพหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเนื่องจากการสื่อสารเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วและมีความเหมาะสมตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยซึ่งเมื่อได้ข่าวสารจากสื่อแล้วจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีต่อข่าวสารที่ได้รับมีการยอมรับปฏิบัติหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองต่อไป

ปี 2559 ยูพาร์ตัน ออคลัน และคณะได้ทำการศึกษาการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ภาวะฉุกเฉินของประชาชนในอำเภองครักษ์จังหวัด นครนายก โดยศึกษาพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารทางสื่อมวลชนแบบสอบถามแบ่งช่องทางการรับรู้ ข่าวสารทางสื่อมวลชน ออกเป็น 5 ช่องทาง คือ วิทยุกระจายเสียง วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และภาพยนตร์ จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 122 คน พบว่าการรับรู้ข่าวสารมาจาก ช่องทางอื่นๆ เช่น แผ่นพับ, โปสเตอร์, อามาสมัครสาธารณสุขและเสียงตามสายในชุมชนสูงที่สุด ร้อยละ 47 รองลงมาคือ วิทยุโทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และภาพยนตร์ ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าช่องทางหรือสื่อที่ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการรับความรู้และข้อมูล เกี่ยวกับโรคภาวะฉุกเฉินมากที่สุด คือ วิทยุโทรทัศน์ ร้อยละ 31 รองลงมา คือ วิทยุ กระจายเสียง ร้อย ละ 25 หนังสือพิมพ์ ร้อยละ 9 ส่วน นิตยสารและภาพยนตร์ ร้อยละ 7 เท่า ๆ กันในลำดับสุดท้าย

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปร การรับข้อมูลข่าวสาร ว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.4.2 การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีที่เป็นผลมา จากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยาซึ่งพบว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับอิทธิพล ของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือตัวเราอยู่ตลอดเวลา (จิรศักดิ์ เจริญพันธุ์และเฉลิมพล ต้นสกุล 2550: 63) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สำคัญทางจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์ กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะใน บุคคลที่มี การเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัดอีกทั้งยังเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจ โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพเนื่องจากมีบทบาทต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจด้านการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ ของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งแรงสนับสนุนบุคคลใกล้ชิดเช่นสามีภรรยาญาติพี่น้องเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่าย ที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองในด้านสรีรวิทยาและเกิด ความรู้สึกมั่นคงรู้สึกว่าคุณเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมนั้นจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมาย

เพนเดอร์ (Pender 1987, P. 257) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทาง สังคมไว้ว่า หมายถึงสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของการได้รับการยอมรับความรักและ

นับถือรวมถึงการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นแต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่นๆ

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นภายในสังคมในด้านต่างๆซึ่งประกอบด้วยการที่บุคคลได้รับความรักความเอาใจใส่ความเห็นใจและการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่นข้อมูลข่าวสาร วัตถุของหรือบริการต่างๆตลอดจนคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่ผู้รับการสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารวัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้ได้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่นพ่อแม่สามีภรรยาเพื่อนร่วมงานเพื่อนนักเรียนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคมแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 2 ประเภทคือประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวของสายตรงได้แก่ปู่ย่าตายายลูกหลาน ซึ่งมีความผูกพันกันทางจิตอารมณ์ มีความรักกันอย่างแน่นแฟ้นและให้ความช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง ประเภทที่ 2 ได้แก่ครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่เพื่อนฝูง ผู้รู้จักคุ้นเคย เพื่อนบ้าน

2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organization support) หมายถึงกลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วยเป็นชมรม สมาคมซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพเช่นสมาคมผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มักได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจและอารมณ์

3) กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Organization support) หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่ให้การป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพประชาชน

เพนเดอร์ (Pender 1987:396) ได้สรุปถึงผลการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพไว้ว่า

- 1) ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อมการเพิ่มคุณค่าของตนเองทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต
- 2) ลดความเครียดของเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต
- 3) ช่วยยืนยันรับรองหรือทำการให้เกิดความมั่นใจและคาดการณ์การกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นสิ่งที่ต้องการของสังคม

4) เป็นการชนรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตโดยอิทธิพลต่อการแปล ผล เหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้การปรับตัวที่ดีขึ้นจึงช่วยลดการเจ็บปวดหรือการป้องกันโรค

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤติและความคุกคามของการเจ็บป่วย และกลุ่มเบื้องต้นนี้จะทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับบุคคลได้แก่ครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ซึ่งมีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางกับบุคคลใกล้ชิดเช่นสามีบุตรญาติพี่น้องหรือเพื่อนร่วมงานเพื่อให้เกิดการติดต่อสื่อสารการแลกเปลี่ยนข้อมูลทำให้ตัดสินใจแก้ปัญหาหรือข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ถูกต้อง ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทำให้คลายความวิตกกังวลมีความหวังกำลังใจและมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางเชิงบวก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุข และชุมชนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำเชิงบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า ปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากผลของการกระทำจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว เพื่อน ญาติ ครู บุคลากรทางการแพทย์ สื่อมวลชน ผู้บังคับบัญชาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สิ่งที่บุคคลได้รับปรากฏในรูปของรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตาม เมื่อบุคคลได้รับแรงสนับสนุนซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่ดีจากสังคม บุคคลนั้นย่อมปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ (ปรารธนา วัชรานุรักษ์ และ อัจฉรา กลับกลาย, 2560)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมว่ามีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค หรือไม่ อย่างไร

6.5 งานวิจัยในประเทศไทย

สุนทรี ใจมีธรรม (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีจำนวน 297 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.20 มีอายุน้อยกว่า 15 ปีมากที่สุดร้อยละ 32.32 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.87 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรวม ผู้มารับบริการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องพิษสุนัขบ้าคิดเป็นร้อยละ 52.53 แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุดคือโทรทัศน์ร้อยละ 29.30 ผู้มารับบริการมีคะแนนความรู้ระดับ

ปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.53 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านเจตคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน โดยเพศชายมีเจตคติที่ดีกว่าเพศหญิง สำหรับเพศหญิงมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับพอใช้ พบว่าอายุ ระดับการศึกษา อาชีพและการรับข้อมูลข่าวสารที่ต่างกันจะมีคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพจะมีคะแนนเจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษาและการรับข้อมูลข่าวสารจะมีคะแนนการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการวัคซีนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ และเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ และด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พงศ์ศักดิ์ ศรีธนศชัย และธำรงค์ เมฆโหรา (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,500 คน โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Framework ของ Green and Kreuter มาใช้ในการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 29.4 อายุ 45 – 54 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.5 รายได้ครัวเรือน / เดือน ไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 43.9 บาท ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 35.9 ส่วนใหญ่สุนัข 1 ตัว ร้อยละ 51.8 ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 8.5 คะแนน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.6 พาสุนัขทุกตัวไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตามกำหนด การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีเพียง 3 ปัจจัย คือ การดูแลเอาใจใส่สุนัข ความสะดวกในการเดินทางเพื่อพาสุนัขไปฉีดวัคซีน และความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 28.5 และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นบวก กล่าวคือเมื่อประชาชนมีการเอาใจใส่ดูแลสุนัขมากขึ้น การเดินทางสะดวกและมีความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนมากขึ้น จะมีอิทธิพลต่อการ นำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนเพิ่มมากขึ้น โดยการเอาใจใส่ดูแลสุนัขมีอิทธิพลต่อการนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนมากที่สุด ($\beta = 0.322$) รองลงมาคือ ความสะดวกในการเดินทางเพื่อพาสุนัขไปฉีดวัคซีน ($\beta = 0.265$) และความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($\beta = 0.151$)

วาสนา ดันดิรัตน์ (2551) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอำเภอ เมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 273 คน โดย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.9 อายุโดยส่วนใหญ่ 45 ปี รายได้ต่อปี 48,000 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.2 อาชีพ เกษตรกรร้อยละ 65.4 มีจำนวนสัตว์เลี้ยงในบ้าน ร้อยละ 59.7 โดยแบ่งเป็นสุนัขอย่างเดียว ร้อยละ 68 นำไปวัคซีนทุกปี ร้อยละ 72.8 โดยรับจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐ ร้อยละ 86.8 พบว่ามีสมาชิกในบ้านเคยโดยสุนัข/แมวกัด ร้อยละ 21 ไม่ทราบสาเหตุที่โดนกัด ร้อยละ 54.6 โดนกัดที่ขา ร้อยละ 78.5 หลังโดนกัดล้างแผลด้วยน้ำสบู่ ร้อยละ 81.8 ปิดด้วยสมุนไพรร้อยละ 2.3 รับวัคซีนหลังโดนกัด ร้อยละ 87.5 และสังเกตอาการสุนัขหลัง โดนกัด ร้อยละ 60.2 ในด้านพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า คะแนนที่ได้อยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรค แรงจูงใจของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ถึงทางติดต่อของโรคพิษสุนัขบ้า และการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า คะแนนที่ได้อยู่ในระดับสูง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้ามีความ สัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันในระดับปานกลาง ($r = 0.451$, $p < 0.05$)

งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีน ไม่ครบตามนัดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า โรงพยาบาลพรหมคีรี อำเภoprหมคีรีจังหวัดนครศรีธรรมราช (ผาณิต แต่งเกลี้ยง ,2557) ได้ศึกษาความชุกของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่ได้รับบริการฉีดวัคซีนครบตามนัด และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มารับบริการฉีด วัคซีนตามนัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน ใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และทัศนคติต่อการไปรับบริการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบตามนัดร้อยละ 63 และ ไม่มารับบริการตามนัดร้อยละ 37 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มารับบริการฉีดวัคซีนตามนัด พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคและทัศนคติต่อการไปรับบริการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตามนัด

วรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์และคณะ (2559) ได้ทำการพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่ชายแดน จังหวัดสระแก้ว โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 369 คน พบว่า มีความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.90 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.30 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.50 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า อยู่ในระดับสูง เพียงร้อยละ 50.70 และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของโรคพิษ

สุนัขบ้า พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.50 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค พืช สุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.20 ส่วนความเชื่อ เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้า และการรับรู้ความรุนแรง ของโรคพิษสุนัขบ้า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่ ชายแดนจังหวัดสระแก้ว อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6.6 งานวิจัยในต่างประเทศ

Ravish Haradanahalli Shankaraiah และคณะ (2015) ศึกษาความร่วมมือในการมารับวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคในบังกลาเทศ อินเดีย โดยติดตามเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ฉีดวัคซีน เข็มที่ 1 จำนวน 215 คน และกลุ่มที่ฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 จำนวน 521 คน พบว่าร้อยละของผู้ มาฉีดวัคซีนจะลดน้อยลงตามลำดับ โดยเข็มสุดท้าย (เข็มที่ 5) จะเหลือผู้มารับบริการร้อยละ 60 ของผู้ฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 และเหลือร้อยละ 77 ของผู้ฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 เมื่อศึกษาถึงสาเหตุ ที่ไม่มารับวัคซีนตามนัดพบว่า ร้อยละ 43.3 เกรงว่าการมารับวัคซีนจะไม่ได้รับค่าจ้างงาน ร้อยละ 17.8 ลืมมาฉีดวัคซีน ร้อยละ 14.4 มีปัญหาในการจ่ายค่าวัคซีน ร้อยละ 13.4 ไม่มาเพราะอยู่ห่างไกล โรงพยาบาล และร้อยละ 11.1 เกรงจะรบกวนเวลาเรียน

Vijay Kishanrao Dimple และ Mohan K. Doibale (2015) ได้ศึกษาความร่วมมือ ในการรับวัคซีนพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มหาราชา อินเดีย ตั้งแต่ เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2013 จำนวน 260 คน โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่าร้อยละ 76.5 มารับวัคซีนครบตามกำหนด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 10 ขวบ ร้อยละ 22.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.2 การมารับวัคซีนพบว่าร้อยละ 58.5 เป็นการสัมผัสโรคระดับ WHO category III โดย พบว่าถูกกัดที่ส่วนล่างของร่างกาย ซึ่งผู้มารับวัคซีนส่วนมากร้อยละ 70.8 เป็นผู้เคยได้รับวัคซีน มาแล้วในครั้งก่อน พบว่าสุนัขที่เป็นสัตว์เลี้ยงกัดร้อยละ 70.8 การวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ สหสัมพันธ์พบว่าตัวแปรที่ทำให้ผู้มารับวัคซีนพิษสุนัขบ้าจนครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรู้ หนังสือ ($p < 0.005$) ส่วนลักษณะทางประชากรและปัจจัยในการสัมผัสโรคไม่มีความสัมพันธ์กับ การมารับวัคซีน ปัญหาของการวิจัยนี้คือ เป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ไม่ได้ติดตามผลจริงว่า ได้มารับวัคซีนครบตามกำหนดหรือไม่ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป เนื่องจากผู้มารับ บริการบางรายไม่มีโทรศัพท์ให้ติดต่อ

Anandaraj R. และ Balu P.S. (2016) ได้ศึกษาเชิงสำรวจที่ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ Anaji primary health centre (PHC), Davangere, กาฏมันฑู อินเดีย ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2014 โดยสอบถามผู้มารับบริการวัคซีนซึ่งมีฐานข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง จำนวน 48 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 23.4 เท่านั้นที่มารับวัคซีนภายใน 24 ชั่วโมงหลังสัมผัสโรค การทำความสะอาด

ขาดแคลนแบบถูกต้องเพียงร้อยละ 33.3 โดยเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการสัดส่วนร้อยละ 12.5 ผู้มารับวัคซีนครบตามกำหนดร้อยละ 82.6 ผู้ที่ไม่มาตามนัดร้อยละ 17.4 สาเหตุที่ไม่มาตามนัดพบว่าร้อยละ 50 อ้างว่าไม่มีเวลา พบว่าการนัดครั้งที่ 4 และ 5 มีผู้ไม่มาตามนัดมากที่สุด

Vijay Kishanrao Dimple (2015) ได้ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการสัมผัสโรคกับการมารับวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค โดยประเมินลักษณะประชากรประกอบด้วย อายุ เพศ แหล่งที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษาและอาชีพ ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการสัมผัสโรคประกอบด้วย ตำแหน่งที่โดนกัด WHO category การเคยได้รับวัคซีนมาก่อน การได้รับวัคซีนของสัตว์ การเฝ้าสังเกตอาการสัตว์ การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มารับวัคซีนพิษสุนัขบ้าตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 ถึง กรกฎาคม 2556 จำนวน 260 คน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความร่วมมือในการมารับวัคซีนพิษสุนัขบ้าที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยติดตามถึงการมารับวัคซีนครบตามโปรแกรมการรักษา และมีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การศึกษาพบว่าผู้มารับบริการฉีดวัคซีนทั้งหมด 260 คน มารับวัคซีนครบตามกำหนด ร้อยละ 76.5 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 22.3 มีอายุต่ำกว่า 10 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 48.1 ผู้มารับบริการมีพื้นที่อยู่อาศัยในเขตชนบทร้อยละ 25 การศึกษาของผู้มารับบริการร้อยละ 32.7 จบชั้นประถมศึกษา บริเวณที่ถูกสัตว์กัดคือขาช่วงล่าง ร้อยละ 53.8 และการสัมผัสโรคเป็นระดับ WHO category 3 ร้อยละ 58.5 และพบว่าร้อยละ 70.8 ของผู้มารับบริการเคยฉีดวัคซีนครบตามกำหนดมาแล้ว สาเหตุการถูกสัตว์กัดมาจากสุนัขที่เลี้ยงกัดร้อยละ 54.6 การศึกษาโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่าการมารับวัคซีนพิษสุนัขบ้าครบตามกำหนดไม่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการสัมผัสโรค

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้นำปัจจัยที่คาดว่า จะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมของผู้มารับบริการวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค เพื่อนำมาศึกษา ค้นคว้าถึงปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมารับบริการวัคซีนอย่างต่อเนื่อง และนำไปใช้ส่งเสริมและ พัฒนากลยุทธ์ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้าให้สำเร็จตามเป้าหมายต่อไป