

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาคำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย หัวข้อดังต่อไปนี้

1. หน้าที่ของอาสาสมัครกู้ภัยและการป้องกันการติดเชื้อ
2. การติดเชื้อจากการทำงานในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัย
3. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ
4. การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงาน

หน้าที่ของอาสาสมัครกู้ภัยและการป้องกันการติดเชื้อ

อาสาสมัครกู้ภัยมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ โดยให้การปฐมพยาบาลและนำส่งโรงพยาบาล รวมทั้งเก็บศพของผู้ประสบอุบัติเหตุที่เสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ การปฐมพยาบาลเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อช่วยชีวิต บรรเทาความเจ็บปวด การปฐมพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็วจะสามารถช่วยให้ผู้ประสบอุบัติเหตุรอดชีวิต ปลอดภัย ป้องกันความพิการที่อาจเกิดจากการบาดเจ็บ การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุที่อาสาสมัครกู้ภัยควรปฏิบัติมีดังนี้ (ชุมพล บุญประยูร และอนันต์ ตันมุขกุล, 2540; พาณี สัตกะสิน, 2540; ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์, 2541; อภิญา เพียรพิจารณา, 2540)

1. การประเมินอาการ เป็นสิ่งแรกที่ต้องปฏิบัติเมื่ออาสาสมัครกู้ภัยพบผู้ประสบอุบัติเหตุ การประเมินอาการจะช่วยให้อาสาสมัครกู้ภัยได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ประสบอุบัติเหตุ เพื่อประกอบการพิจารณาให้การปฐมพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การประเมินอาการทั่วไป ได้แก่ (1) สัญญาณชีพประกอบด้วย ชีพจร การหายใจและอุณหภูมิของร่างกาย (2) ตำแหน่งลักษณะของบาดแผล และ (3) ระดับความรู้สึกตัว ถ้าผู้ประสบอุบัติเหตุไม่รู้สึกรู้ตัว หรือสับสน อาสาสมัครกู้ภัยควรสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จนกระทั่งนำผู้ประสบอุบัติเหตุส่งถึงโรงพยาบาล

2. การดูแลการหายใจ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดเพราะทำให้ผู้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วถ้ามีทางเดินหายใจอุดตัน โดยเฉพาะการเสียชีวิตภายใน 4 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอุบัติเหตุมี

สาเหตุส่วนใหญ่จากทางเดินหายใจอุดตันร้อยละ 40 (นงนุช ดันติธรรม, 2542) การดูแลการหายใจ ได้แก่ การเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง การป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจจากสิ่งแปลกปลอมที่ขัดขวางทางเดินหายใจหรือลิ้นของผู้ประสบอุบัติเหตุทางเดินหายใจ อาสาสมัครกู้ภัยช่วยเหลือได้โดยจัดให้ผู้ประสบอุบัติเหตุนอนตะแคง ถ้าพบผู้ประสบอุบัติเหตุหายใจมีเสียงครีคราคในคอหรือสงสัยมีสิ่งแปลกปลอมในช่องปาก ช่วยเหลือโดยการสวมถุงมือกวาดเศษอาหาร เลือดหรือสิ่งแปลกปลอมในช่องปากออก

3. การคานกระดูก การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุที่กระดูกหักคือ คานกระดูกให้คงที่ โดยเฉพาะกระดูกเชิงกราน กะโหลกศีรษะ ขากรรไกร กระดูกคอและกระดูกหลัง หลักการที่สำคัญคือ อาสาสมัครกู้ภัยไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ประสบอุบัติเหตุจนกว่าจะเข้าเพื่อรถชั่วคราวให้เรียบร้อยก่อน ยกเว้นกรณีอยู่ในบริเวณที่มีอันตราย ควรเคลื่อนย้ายผู้ประสบอุบัติเหตุออกมาในบริเวณที่ปลอดภัย แต่ต้องกระทำด้วยความนุ่มนวล ประคองส่วนที่หักให้อยู่กับที่มากที่สุด การคานกระดูกที่หักให้อยู่นิ่งต้องใช้ไม้คานที่มีความยาวเพียงพอคือ ยาวจากส่วนที่อยู่เหนือถึงใต้บริเวณที่สงสัยว่ากระดูกหัก การพันไม้คานควรให้แน่นพอที่ไม้คานอยู่นิ่งกับที่ไม่ควรพันแน่นมากเกินไป เพราะอาจกดบาดแผลทำให้ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับความเจ็บปวดมากและเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อได้ ถ้ามีกระดูกหักบริเวณขาและไม่มีไม้คานอาจพันขาทั้งสองข้างของผู้ประสบอุบัติเหตุเข้าด้วยกัน เพื่อประคองไม่ให้ส่วนที่หักเคลื่อนที่ไปมาได้ อาสาสมัครกู้ภัยไม่ควรดึงกระดูกที่หักให้เข้าที่ กรณีที่กระดูกหักและอยู่ในท่างอให้ประคองส่วนที่งอนั้นอยู่ในท่าที่ผู้ประสบอุบัติเหตุรู้สึกสบายที่สุด

4. การปิดแผลเพื่อห้ามเลือด การห้ามเลือดมีความสำคัญเนื่องจากการเสียชีวิตภายใน 4 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอุบัติเหตุ มีสาเหตุมาจากการเสียเลือดถึงร้อยละ 25 (นงนุช ดันติธรรม, 2542) อาสาสมัครกู้ภัยห้ามเลือด โดยใช้ผ้าสะอาดปิดแผลขณะนำผู้ประสบอุบัติเหตุส่งโรงพยาบาล บาดแผลที่ควรปิด คือ บาดแผลที่ศีรษะ กะโหลกศีรษะแตก บาดแผลที่ทรวงอก บาดแผลเปิดที่ช่องท้อง บาดแผลร่วมกับกระดูกหัก วิธีการห้ามเลือดที่ได้ผลรวดเร็วคือ กดบริเวณบาดแผลหรือที่เส้นเลือดโดยตรง ก่อนปิดแผลเพื่อห้ามเลือดต้องสวมถุงมือและผ้าปิดปากมุกทุกครั้ง ใช้ก๊อซหรือผ้าสะอาดทำให้เป็นก้อนและกดที่บาดแผลหรือบริเวณที่เลือดออก ปิดแผลพันให้แน่นด้วยผ้ายืด ควรสังเกตว่าอวัยวะที่ได้ส่วนที่พันผ้าไว้มีสีเขียวคล้ำหรือไม่ ถ้ามีต้องคลายผ้าที่พันออกและยกอวัยวะส่วนที่มีเลือดออกให้สูง เพื่อให้เลือดไหลน้อยลง กรณีผู้ประสบอุบัติเหตุมีเลือดออกมากให้ช่วยห้ามเลือดและนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด

5. การเคลื่อนย้ายและนำส่งโรงพยาบาล วิธีการเคลื่อนย้ายผู้ประสบอุบัติเหตุมี 4 วิธี คือ (1) การลากคิง ใช้ในกรณีรีบด่วน ระยะใกล้ และผู้ประสบอุบัติเหตุไม่มีอาการรุนแรงมาก ได้แก่ จับบ่าลากคิง จับข้อเท้าลากคิง จับคอเสื้อลากคิง จับผ้าที่รองตัวลากคิง (2) การอุ้ม ใช้กับผู้ประสบ

อุบัติเหตุที่เป็นเด็กหรือรูปร่างเล็ก และได้รับบาดเจ็บไม่มากนัก ได้แก่ อัมชื้นลำตัว อัมพุงเดิน อัมเข้าเอวทอดหลัง และอัมแบกบนบ่า (3) การยก ใช้เมื่อมีอาสาสมัครกู้ภัย 2 คนขึ้นไป ได้แก่ ยกหัว ยกอัมนั่ง ยกด้วยเก้าอี้ ยกอัมนอน และ (4) การหามด้วยเปล การเคลื่อนย้ายด้วยวิธีนี้จะช่วยให้ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับการกระทบกระเทือนน้อยที่สุดและปลอดภัยมากที่สุด อาสาสมัครกู้ภัยควรมีอุปกรณ์ ได้แก่ เปลผ้า แผ่นกระดาน เปลตัก การเคลื่อนย้ายด้วยเปลตัก นอกจากช่วยให้ผู้ประสบอุบัติเหตุจะได้รับกระทบกระเทือนน้อย และอาสาสมัครกู้ภัยจะมีโอกาสเป็นเลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้ประสบอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้ายน้อย กรณีที่สงสัยว่าผู้ประสบอุบัติเหตุมีกระดูกคอหรือกระดูกสันหลังหัก การเคลื่อนย้ายต้องให้ศีรษะและลำตัวตรงใช้ไม้กระดานหรือเปลตักช่วยในการเคลื่อนย้าย

นอกจากนี้อาสาสมัครกู้ภัยยังมีหน้าที่เก็บศพของผู้ประสบอุบัติเหตุที่เสียชีวิต เพื่อนำส่งโรงพยาบาลหรือสถาบันนิติเวช ศพเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีบาดแผล มีเลือดหรือสารน้ำออกจำนวนมาก ดังนั้นการเก็บศพควรใช้พลาสติกห่อรองรับเลือดและสารน้ำจากศพไม่ให้ออกมาสู่ภายนอกได้ (Ayliffe, Fraise, Geddes, & Mitchell, 2000) เนื่องจากเลือดและสารน้ำจากศพอาจมีเชื้อโรคต่างๆ ที่สามารถติดต่อมายังอาสาสมัครกู้ภัยได้

การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ อาสาสมัครกู้ภัยมีโอกาสสัมผัสเลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้ประสบอุบัติเหตุ ดังนั้นอาสาสมัครกู้ภัยทุกคนที่ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุควรมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายและต้องปฏิบัติตามผู้ประสบอุบัติเหตุเหมือนกันทุกคน ซึ่งการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการสัมผัสเลือดและสารน้ำจากร่างกายได้ การเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อควรพิจารณาถึงความจำเป็น ความเหมาะสมกับอุปกรณ์ป้องกันแต่ละชนิด ได้แก่ ถุงมือ เสื้อคลุม ผ้ายางกันเปื้อน ผ้าปิดปากจมูก แว่นป้องกันตา หน้ากาก หมวก รองเท้าบูทและอุปกรณ์ป้องกันอื่นๆ สำหรับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายขณะช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายทางเยื่อ แผลเปิดของผิวหนังและลูกของมีคมบาด ทิ่มแทง (Berg, 1988; Falk, 1999) ดังนั้นอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อที่จำเป็นและเหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัย คือ ถุงมือและผ้าปิดปากจมูก (Melius, 1999) ข้อมูลเกี่ยวกับถุงมือและผ้าปิดปากจมูกมีดังนี้

1. ถุงมือ เป็นอุปกรณ์ป้องกันที่ใช้มากที่สุดและมีการสวมถุงมือไม่เหมาะสมกับกิจกรรม คือ ใช้มากเกินไปจนจำเป็น ถุงมือที่อาสาสมัครกู้ภัยใช้ควรเป็นถุงมือสะอาด ซึ่งมี 2 ประเภท คือ (1) ถุงมือเพื่อใช้ในการตรวจ เป็นถุงมือที่ใช้ครั้งเดียวใช้ในกิจกรรมทั่วไป และ (2) ถุงมือยางหนาจะมีความหนา คงทน เมื่อใช้แล้วสามารถนำไปทำความสะอาด นำกลับมาใช้อีกได้ สำหรับการช่วยเหลือ

ผู้ประสบอุบัติเหตุของอาสาสมัครกู้ภัย ควรใช้ถุงมือสะอาดแบบที่ใช้ครั้งเดียว ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการทำงานซึ่งประโยชน์และการสวมถุงมือสะอาดดังนี้ (คณะทำงานทบทวนคู่มือการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2538; Bolyard & Bell, 1997)

1.1 ประโยชน์ของการสวมถุงมือสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยป้องกันมือไม่ให้สัมผัสกับเลือด สารน้ำจากร่างกาย สิ่งสกปรก สารพิษ เชื้อโรค และเพื่อป้องกันบุคคลหรือสิ่งที่มีมือไปสัมผัสให้ปลอดภัยจากการปนเปื้อนสิ่งสกปรกหรือเชื้อโรคที่อยู่บนมือนั้น สิ่งสำคัญคือการสวมถุงมือไม่สามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการถูกของมีคม บาด ทิ่มแทงมือได้ (สมหวัง คำนชัยจิตร และยุติ ดันตวิวัฒนาไพบูลย์, 2539; Beekman & Henderson, 1997) มีการศึกษาพบว่าถ้าขณะที่สวมถุงมือและถูกเข็มที่เปื้อนเลือดทิ่มแทงมือ ถุงมือที่สวมอยู่สามารถลดปริมาณเลือดได้ร้อยละ 46-86 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาด ชนิดของเข็ม และความลึกของการถูกทิ่มแทง (Mast, Woolwine, & Gerberding, 1993) และการศึกษาที่ทดลองโดยใช้เข็มเปื้อนเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีแทงผ่านถุงมือ 1 ชั้น และผ่านเข้าไปในเซลล์เพาะเลี้ยงเชื้อ จากการทดลองทั้งหมด 15 ครั้ง พบว่า สามารถเพาะเลี้ยงเชื้อเอชไอวีได้ จากการทดลอง 14 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93 (Johnson, Nolan, Wuh, & Robinson, 1991) แสดงให้เห็นว่า การสวมถุงมือสามารถลดปริมาณเลือดที่มาสัมผัสจากการถูกของมีคมที่เปื้อนเลือดทิ่มแทงได้ระดับหนึ่ง ซึ่งทำให้ยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกาย ดังนั้นขณะช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุอาสาสมัครกู้ภัยควรระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ

1.2 การปฏิบัติเมื่อสวมถุงมือสะอาด ได้แก่ (1) เลือกสวมถุงมือให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ปฏิบัติ เช่น สวมถุงมือสะอาดเมื่อเคลื่อนย้ายผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพ การปิดแผล การห้ามเลือด การดามกระดูกที่หัก การนวดหัวใจและการทำความสะอาดรถฉุกเฉิน เปลหรืออุปกรณ์ที่เปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากร่างกาย (2) ก่อนสวมถุงมือควรถอดเครื่องประดับ เช่น แหวน ออก (3) เลือกสวมถุงมือขนาดที่พอเหมาะกับมือ (4) การสวมถุงมือ ควรตรวจสอบว่าถุงมือมีรอยฉีกขาดหรือมีรอยร้าวหรือไม่ (5) ให้สวมถุงมือทุกครั้ง เมื่อมือมีบาดแผลผิวหนังถลอก (6) ถ้ามีบาดแผลที่มือหรือนิ้วมือให้ปิดแผลให้มิดชิดก่อนสวมถุงมือ (7) เมื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ รายใหม่ให้เปลี่ยนถุงมือคู่มือใหม่ (8) สวมถุงมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายของผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพ (9) เมื่อถอดถุงมือระมัดระวังไม่ให้มือไปสัมผัสด้านนอกของถุงมือและล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ และ (10) ถ้าขณะทำงานพบถุงมือขาด มีรอยร้าว หรือเปื่อยขึ้นจากเหงื่อมาก ควรถอดถุงมือเดิมออก ล้างมือเช็ดมือให้แห้งก่อนสวมถุงมือคู่มือใหม่ (สมหวัง คำนชัยจิตร และยุติ ดันตวิวัฒนาไพบูลย์, 2539; อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2541; Edmond, 1998)

2. ผ้าปิดปากจมูก ผ้าปิดปากจมูกมีหลายชนิดแต่ละชนิดมีประสิทธิภาพการป้องกันและการกรองแตกต่างกัน การสวมผ้าปิดปากจมูกเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและ

เพื่อป้องกันเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายกระเด็นเข้าสู่ปาก จมูก ผ้าปิดปากจมูกมีทั้งแบบที่เป็นผ้าใยสังเคราะห์ใช้ครั้งเดียวและแบบที่เป็นผ้าที่สามารถนำไปทำความสะอาดแล้วนำกลับมาใช้ใหม่ได้ การเลือกใช้ต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมทั้งด้านการป้องกันการติดเชื้อและค่าใช้จ่าย เพื่อความถูกต้อง เหมาะสมในการเลือกใช้ผ้าปิดปากจมูก ซึ่งประโยชน์และการสวมผ้าปิดปากจมูกดังนี้ (สมหวัง คำนชัยจิตร และกาญจนา คชินทร, 2539; อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2541; Bolyard & Bell, 1997; Edmond, 1998)

2.1 ประโยชน์ของการสวมผ้าปิดปากจมูก เพื่อป้องกันการกระเด็นของเลือด สารน้ำจากร่างกาย น้ำมูก น้ำลาย ไม่ให้เข้าสู่ปาก จมูก การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือเก็บศพมีโอกาสดูแลเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายกระเด็นเข้าสู่ใบหน้า ปาก จมูก ได้ แต่จะพบว่า ผู้ที่มีเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายกระเด็นเข้าสู่ใบหน้า ปาก จมูก จะไม่ทราบว่าเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายกระเด็นมาสัมผัส มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการกระเด็นของเลือดหรือน้ำคร่ำในระหว่างทำคลอด โดยให้ผู้ทำคลอดสวมหน้ากากป้องกัน พบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการคลอดทางช่องคลอด หน้ากากมีอัตราการเปื้อนเลือดหรือน้ำคร่ำ พบมีร้อยละ 50 และ 32 ในขณะที่ผู้ทำคลอดทางหน้าท้องและทางช่องคลอดร้อยละ 92 และ 50 ไม่รู้สึกและไม่ทราบว่าหน้ากากมีการปนเปื้อน (Kouri & Ernest, 1993) และการศึกษาอุบัติการณ์การกระเด็นของเลือด ผู้ป่วยถูกแวนตาป้องกันในการผ่าตัดคลอดบุตรของแพทย์ผู้ผ่าตัดและแพทย์ผู้ช่วย พบมีร้อยละ 56.3 และ 25.2 โดยร้อยละ 52.8 และ 70.9 ของแพทย์ผู้ผ่าตัดและแพทย์ผู้ช่วยไม่รู้สึกและไม่ทราบว่ามีการกระเด็นของเลือดถูกแวนตาป้องกัน (รณชัย อริสุข, ลินดา อุคมศรีรุ่งเรือง, ทวีพงษ์ สุวรรณโคต, และชัยยศ ชีรผกาวงศ์, 2541) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีเลือดกระเด็นเข้าสู่ใบหน้าและตา ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สึกหรือไม่ทราบว่าเลือดกระเด็น ซึ่งมีผลทำให้ไม่ทราบว่าตนเองสัมผัสและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเลือดเหล่านั้น ทำให้มีความระมัดระวังป้องกันการติดเชื้ออาจลดลง ถึงแม้ว่ายังไม่พบว่ามีรายงานการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายจากการกระเด็นเข้าสู่ปาก จมูก แต่การสวมผ้าปิดปากจมูกมีประโยชน์ คือ ช่วยลดหรือป้องกันการสัมผัสเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายที่กระเด็นเข้าสู่ใบหน้า ปาก จมูกของอาสาสมัครกู้ภัยได้

2.2 การปฏิบัติเมื่อสวมผ้าปิดปากจมูก ได้แก่ (1) สวมผ้าปิดปากจมูกทุกครั้ง เมื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพที่มีเลือดออกมาก หรือที่คาดว่าจะมีการกระเด็นของเลือดหรือสารน้ำจากร่างกาย เช่น มีบาดแผลลึกขาด เลือดออกมาก มีแผลเปิดร่วมกับกระดูกหัก (2) สวมผ้าปิดปากจมูกทุกครั้ง เมื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุที่มีปัญหาการหายใจ เช่น มีทางเดินหายใจอุดตัน หายใจหายใจ หัวใจหยุดเต้น (3) การสวมผ้าปิดปากจมูกควรสวมให้กระชับพอดีกับใบหน้า (4) ก่อนถอดผ้าปิดปากจมูก ควรระมัดระวังไม่ให้มือสัมผัสด้านนอกของผ้าปิดปากจมูก

และ (5) ผ้าปิดปากจมูกเมื่อใช้แล้วสามารถนำไปซักทำความสะอาดก่อนนำกลับมาใช้ใหม่ ส่วนผ้าปิดปากจมูกแบบที่ใช้ครั้งเดียวเมื่อใช้แล้วควรทิ้งในถุงขยะติดเชื้อ

การสวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูกมีประโยชน์อย่างมากสำหรับอาสาสมัครกู้ภัยในการป้องกันการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพ การสวมถุงมือช่วยป้องกันมือไม่ให้สัมผัสเลือดหรือสารน้ำจากร่างกาย และการสวมผ้าปิดปากจมูกสามารถช่วยป้องกันเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายที่กระเด็นไม่ให้เข้าปาก จมูกได้ อาสาสมัครกู้ภัยจึงควรสวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูกเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะให้การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุหรือเก็บศพโดยปฏิบัติตามผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพเหมือนกันทุกราย การที่อาสาสมัครกู้ภัยไม่ได้สวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูกทำให้อาสาสมัครกู้ภัยมีโอกาสสัมผัสและเปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายมากขึ้น และมีผลให้อาสาสมัครกู้ภัยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อที่อันตรายและรุนแรงได้

การติดเชื้อจากการทำงานในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัย

อาสาสมัครกู้ภัยมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุหรือเก็บศพจากสถานที่เกิดอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นบริเวณที่อันตรายไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้อาสาสมัครกู้ภัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เนื่องจากสถานที่เกิดเหตุจะถูกจำกัดด้วยเรื่องสถานที่ มีแสงสว่างไม่เพียงพอ นอกจากนี้สถานที่เกิดเหตุจะมีเศษกระจก เศษแก้ว และของมีคมอื่นๆ ที่อาจเปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายของผู้ประสบอุบัติเหตุ (Hoffmann & Clontz, 1996; Melius, 1999) ทำให้อาสาสมัครกู้ภัยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพได้

ปัจจุบันโรคติดเชื้อหลายชนิดที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกาย ได้แก่ เชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี (TT virus) ไวรัสเซน (SEN virus) ไซโตเมกกะโรไวรัส ไวรัสอีโบลา และเชื้อแบคทีเรียอื่นๆ (เดชาตันไพจิตร, 2542; สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล, 2543; Yap, 1999) แต่ที่พบบ่อยคือ เชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล, 2539; วันลา กุลวิจิต, 2541; Cloeren & Peal, 1998; Gerberding, 1995) ทั้งนี้เนื่องจากในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 มิลลิลิตร มีจำนวนเชื้อเอชไอวี 1 พันตัว ในเลือดของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 มิลลิลิตร มีจำนวนเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 ร้อยล้านถึง 1 พันล้านตัว และในเลือดของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 มิลลิลิตร มีจำนวนเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 ล้านตัว (Gerberding, 1990; Pillay, 2000; Sattar, Tetro, Springthorpe, &

Giulivi, 2001) จากที่มีจำนวนเชื้อในเลือดมากทำให้ผู้สัมผัสเลือดมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีความสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้สูงถึงแม้จะสัมผัสเลือดที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเพียง 0.0000001 มิลลิตร (ชุติมา ประมูลสินทรัพย์, 2543; สมพนธ์ บุญยุปต์ และยง ภู่วรรณ, 2540) พบมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากกว่าการติดเชื้อเอชไอวีถึง 50-100 เท่า (WHO, 2001b) ปริมาณของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้น้อยกว่าเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 ล้านเท่า ทำให้การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล, 2541) และเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีครึ่งชีวิต (half-life) ประมาณ 6 ชั่วโมง นั่นคือ ถ้ามีการรับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจำนวน 2 ล้านตัว เข้าสู่ร่างกาย ในอีก 6 ชั่วโมงต่อมา จำนวนเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 ล้านตัว (นิธราพร รุจนวิศาล, 2542) ด้วยเหตุผลเหล่านี้ ทำให้มีการแพร่กระจายอย่างมากของโรคติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกาย

ข้อมูลผู้ติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อไวรัสตับอักเสบบี องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าสิ้นปี พ.ศ. 2543 ประชากรทั่วโลกติดเชื้อเอชไอวี 36.1 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2544 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 5.3 ล้านราย (WHO, 2001a) และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั่วโลก มีมากกว่า 2,000 ล้านราย ในจำนวนนี้มากกว่า 350 ล้านรายหรือร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมดเป็นพาหะของโรคนี้ (Zuckerman & Zuckerman, 2000) สำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีพบได้ทั่วโลก มีความชุกในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 3 ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณ 170 ล้านคน และในแต่ละปีจะมีผู้ติดเชื้อใหม่ประมาณ 3-4 ล้านคน (สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล, 2543; WHO, 2001c) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2543 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 1.3 ล้านราย (กองโรคเอดส์, 2542) โดยเฉลี่ยประชากรไทยติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 1 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 1-5 และมีผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 5-10 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการทบทวนคู่มือการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2538; ศุภมิตร ชุณหสัทธิรัตน์, 2539; สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล, 2543) ประเทศไทยจึงเป็นประเทศที่มีความชุกของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงมาก (ยง ภู่วรรณ, 2539) ที่สำคัญคือ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอีกจำนวนมากที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อรวมทั้งอาจไม่ทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อ แต่ผู้ติดเชื้อเหล่านี้สามารถแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่นได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อใหม่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะไม่สามารถตรวจพบว่ามีเชื้อเอชไอวีได้เนื่องจากอยู่ในระยะแรกของการได้รับเชื้อ (พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล, 2541; วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ และจันทร์พิมพ์ เขียมพงศ์พันธุ์, 2542)

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ประชากรไทยและทั่วโลกจำนวนมากที่ติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งสามารถแพร่เชื้อนี้ทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายได้ตลอดเวลา ถ้าประชากรเหล่านี้เกิดอุบัติเหตุ มีบาดแผล มีเลือดหรือสารน้ำออกจากร่างกาย ผู้ที่ให้การช่วยเหลือโดยให้การปฐมพยาบาลและนำส่งโรงพยาบาล จะมีโอกาสสัมผัสเลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้ประสบอุบัติเหตุเหล่านี้ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ เนื่องจากจะไม่มีโอกาสทราบว่าผู้ประสบอุบัติเหตุที่ช่วยเหลือ อาจเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่ให้การช่วยเหลือแล้ว ทำให้ตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ประสบอุบัติเหตุนี้ได้ (Falk, 1999; Melius, 1999) มีรายงานการติดเชื้อจากการทำงานของบุคลากร EMS 1 ราย ที่ช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยเด็กรายหนึ่ง ขณะช่วยเหลือ มือของบุคลากร EMS ได้สัมผัสและปนเปื้อนเสมหะของผู้ป่วย ต่อมาบุคลากร EMS รายนี้ มีอาการแสดงของ Toxic shock-like syndrome ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าเกิดจากการติดเชื้อ *Streptococcus pyogenes* จากผู้ป่วยเด็กรายนั้น โดยสัมผัสเชื้อผ่านทางแผลเปิดของผิวหนังบริเวณมือที่มีแผลถลอก (Valenzuela, Hooton, Kaplan, & Schlievert, 1991) สำหรับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการติดเชื้อจากการทำงานในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยยังไม่พบว่ามีการศึกษา ที่พบเป็นการติดเชื้อจากการทำงานของบุคลากร EMS (Melius, 1999) เกี่ยวกับ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการทำงานของบุคลากร EMS เมืองบอสตัน ในปี ค.ศ. 1982 จากบุคลากร EMS ทั้งหมด 132 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน ส่งเลือดตรวจเพื่อหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่า ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18 (Kunches, Craven, Werner, & Jacobs, 1983) เช่นเดียวกันที่เมืองซอลท์เลค มีบุคลากร EMS 160 คน มีบุคลากร EMS 1 คน ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีคิดเป็นร้อยละ 0.6 (Clawson, & Jacobson, 1986) จะเห็นได้ว่า บุคลากร EMS มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการทำงาน ดังนั้นอาสาสมัครกู้ภัยซึ่งมีการทำงานคล้ายกัน จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุด้วย

นอกจากนี้อาสาสมัครกู้ภัยยังมีหน้าที่เก็บศพในสถานที่เกิดเหตุเพื่อนำส่งโรงพยาบาลหรือสถาบันนิติเวช ซึ่งศพที่มีการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถแพร่เชื้อได้ (Ayliffe et al., 2000) ในประเทศอิตาลีมีการตรวจหาการติดเชื้อในศพของผู้ที่เสียชีวิต 108 ศพ ในจำนวนนี้มี 12 ศพ ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจาก 12 ศพ ติดเชื้อเอชไอวี 1 ศพ และติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 2 ศพ (Cattaneo et al. cited in Yap, 1999) การศึกษาตรวจหาเชื้อเอชไอวีจากศพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตระหว่าง 1-6 วัน จากศพที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ศพ พบว่า ตรวจพบเชื้อเอชไอวีจากศพ 8 ใน 10 ศพ โดยพบเชื้อจากเลือด เนื้อเยื่อสมอง ม้าม ไชกระดูก น้ำไขสันหลัง คอมน้ำเหลือง รวมทั้งกะโหลกศีรษะ และพบว่า 1 ใน 8 ศพนั้น ตรวจพบเชื้อเอชไอวีในวันที่ 6 หลังจากเสียชีวิต (Nyberg, Suni, & Haltia, 1990) มีการศึกษาตรวจ

หาเชื้อเอชไอวีจากศพที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 9 ศพ พบว่า ศพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เก็บไว้ในตู้เย็น เพื่อรอการตรวจชันสูตรศพ สามารถตรวจพบเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังจากเสียชีวิต 16.5 วัน จากนั้นในช่องปอดหลังจากเสียชีวิต 13.8 วัน และจากน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจหลังจากเสียชีวิต 15.5 วัน (Douceiron, Deforges, Gherardi, Sobel, & Chariot, 1993) แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต เชื้อเอชไอวียังคงอยู่ในร่างกายต่อไปอีกระยะหนึ่งและอาจปนเปื้อนออกมากับเลือดหรือสารน้ำจากศพ ถึงแม้ว่าจะมีโอกาสน้อยมากที่เชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่ร่างกายของผู้ที่สัมผัสศพนั้น แต่ถือว่ายังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวียู่ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และนิรชรา อัสวธีรากุล, 2541)

จากหน้าที่ของอาสาสมัครกู้ภัยวิถีทางที่สัมผัสที่ทำให้อาสาสมัครกู้ภัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อคือ (1) สัมผัสผ่านทางแผลเปิด แผลถลอกของผิวหนัง (2) สัมผัสผ่านทางเยื่อเมือก วิธีทางสัมผัสนี้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.1 และ (3) ผ่านทางการถูกของมีคมบาด ทิ่มแทง ทางสัมผัสนี้ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.3 ส่วนเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อได้แต่อัตราเสี่ยงยังไม่ทราบแน่นอน (วันลา กุลวิชิต, 2541; Diekema & Doebbeling, 1998; Moran, 2000) การสัมผัสเชื้อผ่านวิถีทางสัมผัสดังกล่าวทำให้ติดเชื้อได้ ดังเช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการทำงานของผู้คุมขังที่ทำงานในสถานกักกันแห่งหนึ่ง ในขณะที่ทำงานผู้คุมขังได้ระงับเหตุทะเลาะวิวาทระหว่างผู้ต้องหา 2 ราย มีเลือดของผู้ต้องหากระเด็นเข้าตาของผู้คุมขัง ผู้คุมขังล้างตา ใบหน้าทันที หลังจากนั้นได้ส่งเลือดของผู้ต้องหาไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อไวรัสตับอักเสบบีพบว่า ผู้ต้องหาติดเชื้อ HCV ส่วนผลเลือดของผู้คุมขังปกติ ใน 8 สัปดาห์ต่อมา ผู้คุมขังมาตรวจเลือดพบติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แพทย์จึงได้สรุปว่า ผู้คุมขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการสัมผัสเลือดครั้งนี้ (Rosen, 1997) ดังนั้นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ติดต่อกับเลือดและสารน้ำจากร่างกายสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา โดยความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความชุกของการติดเชื้อ ปริมาณเลือดที่สัมผัส จำนวนเชื้อในเลือด และระยะเวลาที่สัมผัส

อาสาสมัครกู้ภัยจึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะเชื้อเอชไอวีถึงแม้โอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อมีน้อยแต่ถ้าติดเชื้อเอชไอวีขึ้นจะมีความรุนแรงและเกิดผลกระทบอย่างมาก (Ayliffe et al., 2000) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 95 จะเป็นผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นภายใน 5-15 ปี และเมื่อเป็นผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นจะเสียชีวิตภายใน 2-5 ปี ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 2 ปี และมีการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย เช่น วัณโรค โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดอักเสบ (พิพัฒน์ ลักษณะจรกุล, 2541) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการตายมากกว่าร้อยละ 90 (Gerberding, 1990) ในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย, 2540) จากความรู้นี้ดังกล่าว

ทำให้มีผลกระทบต่อบุคคล เกิดปัญหาสุขภาพกาย จิตใจ สับสน เครียด โกรธ กลัว วิตกกังวลต่อต้านสังคม ทำร้ายตนเองและผู้อื่น เมื่อเข้าสู่ระยะเป็นโรคเอดส์จะมีผลกระทบมากขึ้น และมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ด้านครอบครัวขาดความอบอุ่น ขาดความมั่นคง พลัดพราก การไม่ยอมรับจากสังคม เด็กกำพร้า ผู้สูงอายุขาดการดูแล (พิพัฒน์ ลักษมีจักรกุล, 2541; Diekema & Doebbeling, 1998) ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดความสูญเสียมากกว่าที่จะคาดคิด สูญเสียทั้งตนเอง ครอบครัวและสังคม อาจกล่าวได้ว่าการเป็นโรคเอดส์หมายถึง การล่มสลายของครอบครัว สูญเสียด้านเศรษฐกิจรวมทั้งค่าใช้จ่ายมหาศาลที่ใช้ในการรักษาพยาบาล และรายได้ที่สูญเสียกับการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2543)

ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแตกต่างกันตามอายุ และสภาพภูมิคุ้มกันของผู้รับเชื้อ โดยผู้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบไม่มีอาการร้อยละ 50 แบบมีอาการของโรคตับอักเสบบีร้อยละ 45 และผู้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 5-10 จะไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีออกไปได้และจะเกิดการติดเชื้อแบบเรื้อรัง โดยจะเป็นพาหะของโรคตับอักเสบบีแบบไม่มีอาการหรือเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง (สิริฤกษ์ ทรงศิริวไล, 2543) การเป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคตับแข็งและโรคมะเร็งตับ การเป็นโรคมะเร็งตับพบว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้นเหตุที่สำคัญที่สุดมาถึงร้อยละ 30-80 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งตับมากกว่าผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีถึง 217 เท่า (พิพัฒน์ ลักษมีจักรกุล, 2541; ยง ภูววรรณ, 2539; สุภมิตร ชุมเห่สุทธีรัตน์, 2539) ประชากรทั่วโลกมีผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากกว่า 350 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 25 เป็นโรคตับเรื้อรังและโรคตับแข็ง การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะเกิดโรคตับแข็งและโรคมะเร็งตับภายใน 10-20 ปี ประชากรทั่วโลกมีอัตราตายจากไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 0.5-1 หรือประมาณปีละ 1-2 ล้านคน ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละ 25,000 คน (ชุดิมา ประมูลสินทรัพย์, 2543; สิริฤกษ์ ทรงศิริวไล, 2543; Gerberding, 1990; WHO, 2000b; Zuckerman & Zuckerman, 2000)

ส่วนความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่พบผู้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากกว่าร้อยละ 80 ไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีออกไปได้ จะเกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรังซึ่งจะมีเชื้อนี้อยู่ในเลือดที่สามารถแพร่เชื้อได้ ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีส่วนใหญ่ไม่มีอาการและไม่ทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อนี้ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่รุนแรงจะทำให้เกิดตับแข็ง บางรายเกิดตับแข็งภายใน 2-3 ปี โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรังร้อยละ 20-30 จะเป็นโรคตับแข็งภายใน 10-20 ปี และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรังร้อยละ 1-5 จะเป็น

โรคมะเร็งตับ โรคนี้มีอัตราตายร้อยละ1-2 (ชุดิมา ประมูลสินทรัพย์, 2543; สิริฤกษ์ ทรงศิริวิไล, 2543; WHO, 2000c) สาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งตับคือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบี แต่เชื้อไวรัสตับอักเสบบีทำให้เกิดมะเร็งตับได้มากกว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทำให้เป็นโรคเรื้อรังได้มากกว่า (สมพนธ์ บุญยุปต์ และยง ภู่วรรณ, 2540) จากข้อมูลอัตราการตายของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2541 มีสาเหตุเกิดจากโรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อนสูงเป็นอันดับที่ 8 (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2544)

จะเห็นได้ว่า ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยมีอยู่ทุกขณะที่ให้การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บศพ เนื่องจากผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพ มีบาดแผล มีเลือดออก และภาวะฉุกเฉินอื่นๆ ที่อาสาสมัครกู้ภัยจำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ปัจจุบันประชากรไทยและทั่วโลกมีการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายมากขึ้น จึงทำให้โอกาสที่ผู้ประสบอุบัติเหตุจะมีการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกาย และทำให้อาสาสมัครกู้ภัยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น โรคติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายที่อาสาสมัครกู้ภัยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากได้แก่ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อเอชไอวี ส่วนความรุนแรงของการติดเชื้อเหล่านี้ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังที่รุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและความรุนแรงของการติดเชื้ออาสาสมัครกู้ภัยจึงควรตระหนักและให้การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บศพ ด้วยความระมัดระวังและป้องกันการติดเชื้อโดยการสวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูก แต่อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้อาสาสมัครกู้ภัยไม่ได้สวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูก ได้แก่ ความเร่งรีบช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ คิดว่าโอกาสสัมผัสเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายมีน้อย โอกาสที่จะติดเชื้อจากผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพมีน้อย การลืมน สวมถุงมือทำให้ทำงานไม่สะดวก ไม่มีถุงมือหรือไม่มีผ้าปิดปากจมูก คิดว่าโอกาสเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายกระเด็นมีน้อย และสวมผ้าปิดปากจมูกทำให้หายใจไม่สะดวก การที่อาสาสมัครกู้ภัยจะสวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูกเพื่อป้องกันการติดเชื้อนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง ถ้าอาสาสมัครกู้ภัยมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การติดเชื้อมีความรุนแรง การสวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูกสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ จะทำให้อาสาสมัครกู้ภัยมีแนวโน้มสวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูกมากขึ้น ดังนั้นความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อหมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผล และทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดความเข้าใจเหล่านั้น (จรรยา สุวรรณทัต, 2541) ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพหมายถึง การรับรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ การยอมรับของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง กล่าวได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็น ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค ความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน จึงทำให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ แตกต่างกันไป

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) ได้ถูกเริ่มพัฒนาขึ้นเมื่อ ปี ค.ศ.1950 โดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ ฮอคบอม คีเกล ลีเวนทาล และโรเซนสตอค (Hochbaum, Kegeles, Levental, and Rosenstock) ในขณะนั้นนักจิตวิทยาสังคมกลุ่มนี้ได้ทำงานวิจัย ให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ระยะแรกรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาขึ้น เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับบุคคล เนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุขพบปัญหา ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการรับบริการเพื่อป้องกันโรค ซึ่งหน่วยบริการสาธารณสุขได้จัด บริการให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหรือมีค่าใช้จ่ายน้อยมาก จากปัญหาดังกล่าวนักจิตวิทยาสังคมกลุ่มนี้ จึงได้เสนอรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน (Rosenstock, 1974a) จึงอาจกล่าวได้ว่ารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย เฉพาะเพื่อใช้สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ (วิณา ศิริสุข, 2534)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมีแนวคิดว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเป็นสิ่งที่ตนเองพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นเป็นผลดี การพยายาม หลีกเลี่ยงการเกิดโรคโดยบุคคลมีความเชื่อว่า (1) ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (2) โรคนั้น มีความรุนแรงต่อชีวิตตนเองพอสมควร และ (3) การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคจะมี ประโยชน์ในการช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคและไม่มี อุปสรรคที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติเช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความลำบากใจ (Rosenstock, 1974a) ซึ่งองค์ประกอบในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของโรเซนสตอค (1974a) ที่นำมาเป็นแนวทางในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของ บุคคล ประกอบด้วย 3 ส่วน (Rosenstock, 1974a) คือ

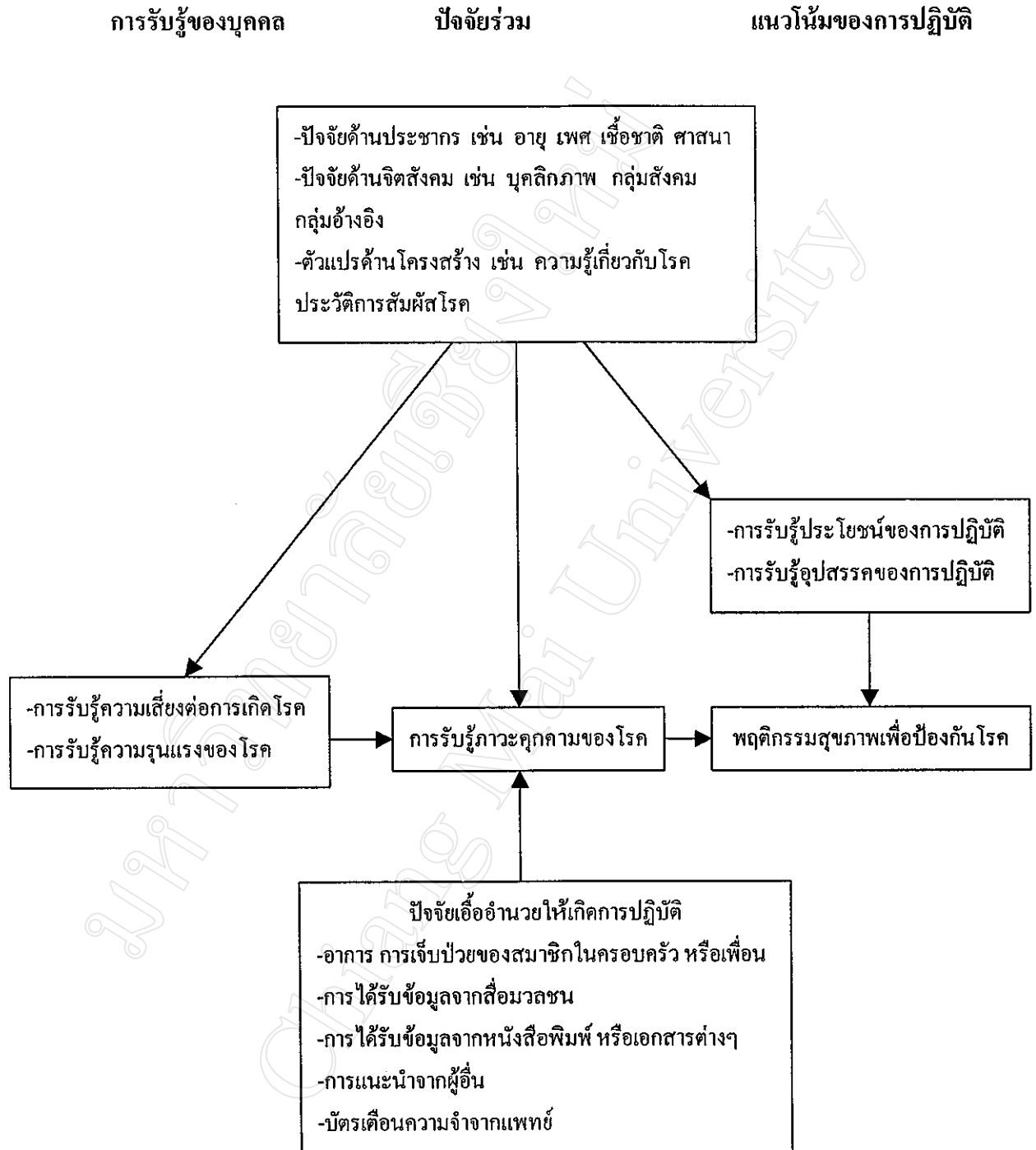
1. การรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) เป็นความเชื่อด้านการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อ แนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

(perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity หรือ seriousness) เมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลจะรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มมากขึ้น (perceived threat of disease) (Rosenstock, 1990)

2. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีผลโดยอ้อม (indirect effect) ต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Rosenstock, 1990) ปัจจัยร่วมนี้ได้แก่ (1) ตัวแปรด้านประชากร (demographic variables) เช่น อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ (2) ตัวแปรด้านจิตสังคม (sociopsychologic variables) เช่น แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน และกลุ่มอ้างอิง และ (3) ตัวแปรด้านโครงสร้าง (structural variables) เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ประวัติการสัมผัสโรค และประสบการณ์การปฏิบัติงาน

3. แนวโน้มของการปฏิบัติ (Likelihood of action) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits to taking action) โดยบุคคลจะพิจารณาจากการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาพยาบาล ประโยชน์ของการป้องกันโรคหรือผลที่จะได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรคหรือลดภาวะคุกคามของโรคได้มากน้อยเพียงใด การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีอิทธิพลทางบวกต่อแนวโน้มของการปฏิบัติของบุคคล โดยบุคคลจะนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นปัจจัยทางลบหรือการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers to taking action) เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา การเสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งมีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยทำหน้าที่เป็นตัวชี้แนะ (cue) หรือสิ่งกระตุ้น (trigger) ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเอื้ออำนวยภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกาย และปัจจัยเอื้ออำนวยภายนอก ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผลกระทบจากสื่อ การได้รับบัตรเตือน เป็นต้น ความสัมพันธ์ในองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974a) แสดงได้ตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

แหล่งที่มา. จาก **Historical origins of the health belief model** (หน้า 7) โดย Rosenstock, I. M.

1974 . New Jersey: Charles B. Slack.

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค ที่ได้นำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางเพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่วัดความเชื่อ ด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และแบบสอบถามพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แสดงว่า ความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องโรคที่ถูกต้องจะมีความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสม และมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคที่ดี เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำให้นุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคตามความเชื่อด้านสุขภาพนั้น (สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของกลุ่มสมรสกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2537 กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรี ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มารักษาที่หน่วยโรคติดต่อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลบางรัก จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์และแบบสอบถามสัมพันธภาพของกลุ่มสมรส ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และอุปสรรคของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคที่ถูกต้อง จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้องด้วย (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2537)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครัวเรือน ของผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมผู้ป่วย โรงพยาบาลโรคทรวงอก ในปี พ.ศ. 2540 จำนวน 165 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพที่วัดความเชื่อ ด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน การติดต่อวัณโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อด้านการ

รับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในแนวทางที่ถูกต้องมากจะมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคมก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในแนวทางที่ไม่ถูกต้องจะมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคน้อย กล่าวได้ว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อนั้น ดังนั้นแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันตามความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (ธารารัตน์ ดวงแข, 2541)

การศึกษาของบรรหาร ภูทอง (2542) เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี พ.ศ. 2541 กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์และพยาบาล จำนวน 118 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่วัดความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคถูกต้องจะมี พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ถูกต้องด้วย

การศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรค โดยความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคล และคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมที่ดี การศึกษาที่ได้นำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตอก (1974a) มาเป็นแนวทางในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งนำมาเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการทดสอบพฤติกรรมสุขภาพ (Strecher & Rosenstock, 1997) พบว่า องค์ประกอบตามรูปแบบความเชื่อด้านการรับรู้ 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลดังนี้

1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ การเข้าใจ ในความเป็นไปได้ในการเกิดโรคของบุคคล บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน ในบางบุคคล อาจรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มากนัก หรือไม่คาดคิดว่าตนเองจะมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือเกิดโรค โดยที่บุคคลอาจไม่สนใจหรือไม่รับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาที่จะเกิดโรค ขณะที่บางบุคคลอาจรับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบ้าง หรืออาจรับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมาก ดังนั้นการที่แต่ละบุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่แตกต่างกัน จึงทำให้ บุคคลมีพฤติกรรม การป้องกันโรคแตกต่างกันไปด้วย เมื่อบุคคลใดรับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงต่อการ

เกิดโรคในระดับสูง บุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการเกิดโรคโดยมีการแสดงพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเกิดขึ้น การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคของบุคคลที่ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคของบุคคล (Rosenstock, 1974a)

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคของบุคคลได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูติทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ในปี พ.ศ. 2532 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาสูติทางเส้นเลือด จำนวน 100 คน รวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ (เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย, 2532) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพะเยา ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2534 จำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะพยายามดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง (กรรณิกา เรือนจันทร์, 2534) สอดคล้องกับ การศึกษาที่นำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยของวัยรุ่นที่ถูกกักขัง เมืองโอไฮโอ ในปี ค.ศ. 1992 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้วัยรุ่นที่ถูกกักขังมีอายุระหว่าง 13-18 ปี จำนวน 452 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโดยมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย (Lux & Petosa, 1994)

มีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการเกิดโรคของบุคคลได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหามะเร็งในสตรีจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2536 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สตรีที่แต่งงานแล้วอายุระหว่าง 25-60 ปี จำนวน 400 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ในเรื่องความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง

ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และการมารับบริการตรวจหามะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกว่ามีมากหรือน้อยก็ตาม ไม่มีผลต่อการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (เรณู กาวีละ, 2536) และการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2540 ประชากรที่ศึกษาเป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล และลูกจ้างประจำ จำนวน 102 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ แสดงให้เห็นว่า ประชากรที่ศึกษาที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแตกต่างกัน อาจมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ (ธัญลักษณ์ โอบอ้อม, 2540)

จากการศึกษาที่ได้นำความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมานเป็นตัวแปรหนึ่งในการร่วมทำนายหรืออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล พบว่า ผลการศึกษาที่ได้มีทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กัน อธิบายได้ว่า บุคคลมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกัน บุคคลอาจรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความเสี่ยง หรือมีความเสี่ยง แต่มักน้อยแตกต่างกัน โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมักจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมกกว่า บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยร่วมอื่นๆที่ทำให้การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กัน ปัจจัยหนึ่งอาจเกิดจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งการมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการรับรู้และความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วย บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลจะมีการประเมินว่าความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับใด โดยบุคคลจะพิจารณาว่าความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่การเสียชีวิตได้หรือไม่ จะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด นำไปสู่ความพิการอย่างถาวรหรือไม่ หรือความรุนแรงของโรคอาจมีผลต่อการทำงานของตน มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ที่ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคของบุคคล (Rosenstock, 1974a) เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคที่มีต่อตนเอง (Strecher & Rosenstock, 1997)

การศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาอื่นทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดรักษาชั้นถอนพิษ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีโรคเอดส์มีความรุนแรงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มากขึ้น (เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย, 2532) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของกลุ่มสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีโรคเอดส์มีความรุนแรงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โดยรับรู้ว่ามี ความรุนแรงมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มากขึ้นตามไปด้วย (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2537) สอดคล้องกับ การศึกษาการนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพทำนายความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยของวัยรุ่น ในปี ค.ศ. 1988 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุระหว่าง 12-18 ปี ในเมืองคาโรไลนา จำนวน 679 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ ความรุนแรงของการติดเชื้อเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่าง ปลอดภัย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการติดเชื้อเอดส์มีความรุนแรงมากจะมีพฤติกรรมการมี เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากขึ้น (Petosa & Jackson, 1991)

มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคของบุคคลได้แก่ การศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งในสตรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก แสดงว่า การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในระดับมากหรือน้อย ถึงแม้ว่าจะรับรู้ถึงอันตรายที่จะ เกิดขึ้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เจ็บป่วยเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก จึงไม่มีผลต่อการมารับ บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (เรณู กาวิละ, 2536) และการศึกษาเกี่ยวกับการนำรูปแบบความเชื่อ ด้านสุขภาพมาประเมินความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในเมือง นิวยอร์ก จำนวน 416 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ มีรับรู้ความรุนแรงของโรคมกหรือน้อยไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (Simon & Das, 1984) สอดคล้องกับ การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาล สตรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสตรีอายุระหว่าง 30-50 ปี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 320 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนว่ามีมากหรือน้อยต่างกัน อาจมีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนดีหรือไม่ดีแตกต่างกันได้ (ชนิตา สุรจิตต์, 2543)

การศึกษาที่ได้้นำการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มาเป็นตัวแปรร่วมในการทำนายหรืออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล พบว่า ผลการศึกษาที่ได้มีความสัมพันธ์และไม่มี ความสัมพันธ์กัน แต่การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ระดับหนึ่ง อธิบายได้ว่า บุคคลมีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงการเกิดโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเองแตกต่างกัน โดยบุคคลที่รับรู้ว่าการเกิดโรคนั้นมีความรุนแรงและเกิดผลกระทบต่อตนเองอย่างมาก บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรรมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าการเกิดโรคนั้นมีความรุนแรงและเกิดผลกระทบต่อตนเองน้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กัน ปัจจัยหนึ่งอาจเกิดจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งการมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของบุคคล

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) เมื่อบุคคลได้รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลมีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเองมากขึ้น ซึ่งการรับรู้เหล่านี้จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำให้บางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้น โดยมีทิศทางของการกระทำเกิดจากบุคคลมีความเชื่อว่าจะนำไปสู่การลดลงของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรค ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลจะเลือกการกระทำในสิ่งที่มีความเป็นไปได้ มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยบุคคลมีความเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการป้องกันโรคนั้นอยู่ในระดับสูง บุคคลจะมีการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น (Rosenstock, 1974a; Rosenstock, 1990)

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคของบุคคล ได้แก่ การศึกษาของเรณู กาวีละ (2536) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่มีอิทธิพลให้กลุ่มตัวอย่างมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกจะมีผลทำให้มารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากขึ้น และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทธาโดน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มารับการรักษาที่คลินิกยาเสพติด 4 แห่ง ในปี พ.ศ. 2535 จำนวน 200 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ดีด้วย (เสมอจันทร์ อดิเทพ, 2535) สอดคล้องกับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาวัณโรคในแนวทางที่ถูกต้องมากจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมากขึ้น (ธารารัตน์ ดวงแข, 2541) เช่นเดียวกับ กรรณิกา เรืองจันทร์ (2534) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการรักษาและการปฏิบัติตนเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์และลดความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากขึ้น

มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค เช่น การศึกษาของธัญลักษณ์ โอบอ้อม (2540) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามหลักป้องกันการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ แสดงว่า ถึงแม้ว่าประชากรที่ศึกษาจะรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามหลักป้องกันการติดเชื้อมากหรือน้อย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยร่วมอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย สอดคล้องกับ การศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน แสดงว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมากหรือน้อย ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปฏิบัติดังกล่าวยังไม่มีความจำเป็น ไม่มีประโยชน์หรือมีประโยชน์น้อยสำหรับตนเองในขณะนั้น

จากการศึกษาที่ได้้นำการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมาเป็นตัวแปรร่วมอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ผลการศึกษาที่ได้พบมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์

กัน อย่างไรก็ตามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคของบุคคลสามารถอธิบายพฤติกรรมได้ระดับหนึ่ง สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลได้รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง ในบางครั้งบุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคดี แต่อาจไม่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ เนื่องจากในขณะนั้น บุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคยังไม่มี ความจำเป็น ไม่มีประโยชน์สำหรับตนเองและอาจมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่ขัดขวางและทำให้บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived barriers) เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการป้องกันโรคหรือลดภาวะคุกคามของโรคที่มีต่อตนเอง บุคคลยังพิจารณาการกระทำเพื่อการป้องกันโรคนั้น ทำให้ตนเองเกิดความไม่สะดวก ความไม่สบายกาย ความไม่สบายใจ การเสียเวลา การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความกลัว ความอายหรือไม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยทางลบหรือเป็นอุปสรรคที่จะขัดขวางทำให้บุคคลไม่แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งถ้าบุคคลรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค มีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันโรค และรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมมีอุปสรรคน้อย เช่น สามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ทดลองปฏิบัติได้ ไม่เสี่ยงต่ออันตรายหรือความสูญเสีย บุคคลจะมีความพยายามที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (Rosenstock, 1974a)

การศึกษาเกี่ยวกับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดโรคของบุคคล ได้แก่ การศึกษาของเรณู กาวีละ (2536) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก แสดงให้เห็นว่าอุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี เช่น ความอาย ความกลัว ความเจ็บปวด การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นปัจจัยที่ขัดขวางต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกของตนเองมีอุปสรรคน้อย มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมาตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และการศึกษาการใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพทำนายความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยของวัยรุ่น พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีน้อย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย (Petosa & Jackson, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาการใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพทำนายความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยของวัยรุ่นที่ถูกกักขัง พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยมี

อุปสรรคน้อยและปฏิบัติได้ง่าย กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โดยการใช้ถุงยางอนามัย แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยมีอุปสรรคมาก กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยการถุงยางอนามัยลดน้อยลง (Lux & Petosa, 1994)

แต่มีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทราโดน พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติป้องกันโรคเอดส์มากหรือน้อย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ถึงอุปสรรค มีอุปสรรคน้อย อาจจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ดีหรือไม่ดีก็ได้ (เสมอจันทร์ ณะนะเทพ, 2535) และการศึกษาของรัชฎ์ลักษณ์ โอบอ้อม (2540) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักป้องกันการติดเชื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักป้องกันการติดเชื้อมากหรือน้อย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับ ชนิกา สุจริตต์ (2543) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการป้องกันโรคกระดุกพูน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดุกพูน แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ อาจจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดุกพูนหรือไม่ดีก็ได้ ทั้งนี้พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้อุปสรรคเพียงอย่างเดียว อาจมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย

การศึกษาที่ได้้นำการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมาทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล พบว่า มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กัน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ระดับหนึ่ง อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรคของตนเองมีมาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อย ถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรคของตนเองมีน้อย บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อย การที่บุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรคมีน้อย แต่บุคคลยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อย อาจเนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้อุปสรรคของบุคคลเพียงอย่างเดียว อาจมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ไม่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

จากการศึกษาข้างต้นที่ได้นำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล องค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตอก (Rosenstock, 1974a) ที่นำมา

อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ที่เป็นปัจจัยโดยอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล การมีความรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องได้ การเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก แต่มีแนวทางหนึ่งที่สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพได้ คือ การให้ความรู้ จากที่อาสาสมัครกู้ภัยจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องโดยการสวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูก ดังนั้นจึงควรมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครกู้ภัยเพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องที่เหมาะสม โดยนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัย ดังนั้นการศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของอาสาสมัครกู้ภัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและองค์ประกอบความเชื่อด้านการรับรู้ 4 ด้าน มาเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัย เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องและลดการแพร่กระจายของโรค และคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงาน

การส่งเสริมให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคให้ถูกต้องขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งความเชื่อในสิ่งนั้นจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามสิ่งที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคล (จรรยา สุวรรณทัต, 2541) บุคคลจะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติไปในแนวทางแสวงหาหรือหลีกเลี่ยงขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลที่มีสิ่งนั้นว่าเป็นด้านบวกหรือด้านลบ (อรัญญา เชาวลิต และคณะ, 2537) การที่บุคคลจะมีการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคที่ถูกต้อง บุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง และการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคจะมีผลดีต่อตนเองในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค หรือลดภาวะคุกคามของโรค และตนเองไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค (Rosenstock, 1974a; Rosenstock, 1990)

เมื่อต้องการส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคที่ถูกต้องจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อของบุคคล เมื่อบุคคลได้เรียนรู้ หรือรับรู้ในความรู้ใหม่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ความสนใจและความเชื่อ (อารี พันธมณี, 2534) โดยบุคคลจะนำความรู้ใหม่นั้นมาพิจารณาโดยอาศัยความรู้ ความคิด ความเข้าใจของตนเองที่มีอยู่เดิม นำมาสรุปเป็นความเชื่อใหม่ของแต่ละบุคคล ดังนั้นแนวทางหนึ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อเดิมของบุคคล จึงขึ้นอยู่กับทำให้ความรู้หรือข้อมูลใหม่แก่บุคคลนั้น (อรัญญา เชาวลิต และคณะ, 2537) ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมีความเชื่อว่า การมีความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยร่วมที่มีผลโดยอ้อมต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกันโรค อุปสรรคของการป้องกันโรค และแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยที่ความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่ขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Rosenstock, 1974a) บุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล สถานการณ์โดยตรงจะมีผลกระทบต่อนำบุคคลเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ (Rosenstock, 1974b) แสดงว่า การที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระทำได้โดยให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคที่ถูกต้อง เพื่อเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องได้

มีการศึกษาที่ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคแก่บุคคลและพบว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของบุคคล เช่น การศึกษาของสุนีย์ สุนทรมีเสถียร (2531) เกี่ยวกับ ผลของการให้คำแนะนำต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนของหญิงมีครรภ์ที่เป็นซีฟิซิสและสามี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์และสามีที่ฝากครรภ์และรักษาโรค โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำและคู่มือจากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยคือ คู่มือความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคซีฟิซิส เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวและการปฏิบัติตนของหญิงมีครรภ์และสามี แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซีฟิซิสและแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ รวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ การให้คำแนะนำเป็นบรรยายประกอบคู่มือเป็นรายกลุ่มๆ ละ 2-5 คน ใช้เวลากลุ่มละ 15-20 นาที หลังการให้คำแนะนำ 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์และสามีในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำโดยใช้คู่มือมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนสูงกว่าหญิงมีครรภ์และสามีในกลุ่มที่

ได้รับคำแนะนำตามปกติ และการศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาโรงพยาบาลลำปาง ในปี พ.ศ. 2537 จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจาก ผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนการให้ข้อมูลภาพพลิกและคู่มือ การให้ข้อมูลใช้วิธีการสอนเป็นกลุ่มละ 2-3 คน ใช้เวลา 40-50 นาที หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์ ผลพบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งมีคะแนนความเชื่อ ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรคและพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ (วนิดา อินทราชา, 2538)

การศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ต่อการ เปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นการที่จะส่งเสริม ให้อาสาสมัครกู้ภัยมีความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุหรือ เจ็บป่วย จึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัย ซึ่งความ จำเป็นในการได้รับความรู้เช่นเดียวกับในกลุ่มบุคลากร EMS จากการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ของ บุคลากร EMS ที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ในปี ค.ศ. 1996 กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร EMS จำนวน 425 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า บุคลากร EMS ร้อยละ 75 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับ เอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบและวัณโรค และต้องการได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องในเรื่องวิถีทางติดต่อ ของโรคติดเชื้อ ความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค และการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (Mencel, Birkle, Blanda, & Gerson, 2000) เช่นเดียวกับ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อในบุคลากร EMS จากการสำรวจ พบว่า บุคลากร EMS มีความสนใจและต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการ แสดงของโรคติดเชื้อ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ วิธีการติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อใน ระยะก่อนและหลังสัมผัสเชื้อ การทำลายเชื้อ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (Hoffmann & Clontz, 1996) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานและการป้องกันการติดเชื้อใน กลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง

การให้ความรู้ในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยควรคำนึงถึงความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค สำหรับวิธีการให้ความรู้จำเป็นต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับ กลุ่มอาสาสมัครกู้ภัย เนื่องจากอาสาสมัครกู้ภัยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีความรู้และประสบการณ์ ดังนั้นการ เลือกวิธีการให้ความรู้ในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยมีข้อควรพิจารณา (วิจิตร อาวะกุล, 2540; สุวัฒน์ วัฒนาวงศ์, 2538) คือ (1) จะเรียนรู้ได้ดีเมื่อต้องการที่จะเรียนรู้ (2) จะเรียนรู้ในสิ่งที่มีประโยชน์ (3)

บรรยากาศในการเรียนรู้มีความเป็นกันเอง (4) ต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและให้ปฏิบัติ (5) การเรียนรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม (6) สถิติปัญหา ปัญหาสุขภาพ และอุปนิสัยมีผลต่อการเรียนรู้ และ (7) ต้องการคำแนะนำ จูงใจ ชมเชย ให้กำลังใจ ให้เกียรติ และควรเปิดโอกาสใช้ประสาทสัมผัส ทั้ง 5 ของร่างกาย ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่น และการได้ลิ้มรส (Hoffmann & Clontz, 1999) จะช่วยให้การเรียนรู้ของบุคคลดีขึ้น เนื่องจากการรับรู้ที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งของการเรียนรู้ และบุคคลจะมีความคิด ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องจะต้องเริ่มต้นจากการรับรู้ที่ถูกต้อง (กันยา สุวรรณแสง, 2540) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานในกลุ่มอาสาสมัคร กู้ภัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความรู้ ความต้องการ ความสามารถ ประสบการณ์ และเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เปิดโอกาสให้อาสาสมัครกู้ภัยทุกคนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ระหว่างกัน

รูปแบบการให้ความรู้มีหลายวิธี วิธีการให้ความรู้ที่สำคัญและพบว่าถูกนำไปใช้บ่อย ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การให้ความรู้โดยใช้โสตทัศนูปกรณ์ การให้ความรู้เป็นรายบุคคล และการสาธิต (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) แต่ละวิธีจะมีลักษณะเฉพาะ มีจุดเด่นและข้อจำกัดที่แตกต่างกันดังนี้

1. การบรรยาย เป็นกระบวนการที่ผู้บรรยายดำเนินการเพื่อให้ผู้ฟังได้เรียนรู้ และเข้าใจ ในเนื้อหา โดยผู้บรรยายอธิบายถ่ายทอดความรู้แบบทางเดียว เพื่อให้ผู้ฟังเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบรรยายแบ่งตามจำนวนผู้ฟังมีกลุ่มขนาดใหญ่มีผู้ฟัง 60 คนขึ้นไป กลุ่มนี้ผู้บรรยายและผู้ฟังมีปฏิสัมพันธ์กันน้อยที่สุด กลุ่มขนาดกลางมีผู้ฟัง 35-60 คน กลุ่มนี้ผู้บรรยายและผู้ฟังมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นแต่การเรียนรู้ระหว่างกันยังมีน้อย และกลุ่มขนาดเล็กมีผู้ฟังตั้งแต่ 2-35 คน กลุ่มนี้ผู้บรรยายและผู้ฟังมีปฏิสัมพันธ์กันมากที่สุด มีการเรียนรู้ทั้งระหว่างผู้บรรยายกับผู้ฟังและระหว่างผู้ฟังกับผู้ฟัง การบรรยายควรนำมาใช้เมื่อเป็นการเสนอข้อมูลวิชาการหรือเรื่องราวที่จัดเตรียมเรียบเรียงไว้อย่างดีหรือเป็นความรู้ใหม่จะช่วยเกิดความเข้าใจได้ง่ายและควรมีเอกสารประกอบ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527; บุญชม ศรีสะอาด, 2537; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2543)

การศึกษาที่ได้้นำการบรรยายมาให้ความรู้ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาโดยใช้การฝึกอบรมกลุ่มเพื่อนในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน โรงงานฟอกหนัง จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้แรงงานชาย จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้การบรรยายแบบกลุ่ม 3 คน จำนวน 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ รวม 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน โดยใช้ภาพพลิกและวีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ก่อนการทดลอง

1 ครั้ง และหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ และ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีและการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่า การบรรยายกลุ่มตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และผลดีของกลุ่มทดลอง ทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ถูกต้องมากขึ้น (เฉลิมพลตันสกุล, 2537) และการศึกษาของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และอนงค์ทิพย์ ดุลยไชย (2536) ในเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มตามแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แก่กัญปวยเป็นวันโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี ในปี พ.ศ. 2531-2532 ประชากรที่ศึกษาเป็นกัญที่ป่วยเป็นวันโรคปอดที่มารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 67 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยการบรรยายแบบกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 6 เดือน ติดต่อกันรวม 6 ครั้ง รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ และติดตามสังเกตที่วัดหลังการทดลองครั้งสุดท้าย 2 สัปดาห์ ผลพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยง ประโยชน์ อุปสรรค และการปฏิบัติตามคำแนะนำของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่า การบรรยายแบบกลุ่มตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลได้

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การบรรยายแบบกลุ่มโดยมีแนวคิดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และผลดีของบุคคล ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกัน โรคถูกต้องมากขึ้น

2. การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญของการพัฒนาความคิด พัฒนาความรู้ของสมาชิกกลุ่มให้กว้างขวาง พัฒนาการเรียนรู้และการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง พัฒนาการเรียนรู้แบบกลุ่มและช่วยให้สามารถตรวจสอบความรู้ ความเข้าใจจากการแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มให้สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เป็นประโยชน์ในการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจตลอดจนการเรียนรู้ที่กว้างขวางตามวัตถุประสงค์และกรอบที่กำหนด ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์การทำงานที่ละเอียดซับซ้อน ประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันจะมีประโยชน์และคุณค่าอย่างมากในการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการที่สามารถดึงความรู้ ความคิดและประสบการณ์ออกมาให้ได้มากที่สุด การอภิปรายใช้กับสมาชิกกลุ่มที่มีความรู้ ประสบการณ์ จำนวน 6-20 คน ไม่ควรเกิน 25 คน การอภิปรายกลุ่มจึงเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ร่วมกันหรือจากประสบการณ์ของผู้อื่นนำมาเพื่อพัฒนาตนเอง พัฒนางานที่ปฏิบัติ ผู้นำกลุ่มควรมีความสามารถในการไม่ให้เกิดความขัดแย้งและสามารถดึงประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่มให้มากที่สุดเพื่อให้ได้

ประโยชน์มากที่สุด ควรใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม เมื่อต้องการพัฒนาการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะในระดับสูง (บุญชม ศรีสะอาด, 2537; มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543; วิจิตร อาวะกุล, 2540; สุนทร โคตรบรรเทา, 2535; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543)

การศึกษาที่ได้นำวิธีการอภิปรายกลุ่มมาให้ความรู้ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเช่น การศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุวิชา จันทรสุริยกุล (2537) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 127 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 64 คน กลุ่มควบคุม 63 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มและการมีส่วนร่วมของชุมชน รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อความเสี่ยง ความรุนแรงของการเป็นโรค ประโยชน์ อุปสรรค และการปฏิบัติเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาการจัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยนำกรอบแนวคิดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ ในปี ค.ศ. 1983-1984 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้วัยรุ่นทั้งเพศชายและหญิง ในเมืองเทกซัส ที่มีอายุระหว่าง 13-17 ปี จำนวน 203 คน เป็นการทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม ไม่มีกลุ่มควบคุม โปรแกรมให้ความรู้ใช้เวลาทั้งหมด 15 ชั่วโมง วิธีการให้ความรู้ใช้วิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม เกมส์ ภาพยนตร์ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที สำหรับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์รวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง 3-6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 คน มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง (Eisen et al., 1985) แสดงให้เห็นว่า การได้รับความรู้ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยวิธีการอภิปรายกลุ่ม ช่วยให้สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ แนวคิด และประสบการณ์ระหว่างกัน สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เป็นประโยชน์ในการเพิ่มพูนความรู้ สามารถส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคเปลี่ยนแปลงจากที่มีอยู่เดิม และมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ถูกต้องมากขึ้น

3. การให้ความรู้โดยใช้สื่อทัศนูปกรณ์ เป็นการให้ความรู้โดยใช้อุปกรณ์การสอนต่างๆ เช่น รูปภาพ สไลด์ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ หุ่นจำลองและอื่นๆ สื่อทัศนูปกรณ์แต่ละชนิดมีข้อดี และข้อจำกัดแตกต่างกัน จึงควรเลือกใช้โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การให้ความรู้ ระดับความรู้ ความสามารถของผู้เรียน และผู้สอนต้องมีความสามารถและคุ้นเคยกับการใช้สื่อทัศนูปกรณ์เป็นอย่างดี เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด (บุญชม ศรีสะอาด, 2537)

การนำวิธีการให้ความรู้โดยใช้โสตทัศนูปกรณ์ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาให้ความรู้แก่บุคคล เช่น การศึกษาประสิทธิภาพการสอนสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยใช้วีดีโอเทป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจำนวน 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 คนและกลุ่มควบคุม 41 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขศึกษาตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยให้ชมวีดีโอเทปซ้ำจำนวน 3 ครั้ง และแจกคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โดยกลุ่มทดลองโดยใช้วีดีโอเทปที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติ ส่วนกลุ่มควบคุมโดยใช้วีดีโอเทปที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติเท่านั้น การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินผลการตรวจร่างกายทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม (กมลมาลย์ วรรณเศรษฐิน และสมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2530) แสดงให้เห็นว่า การใช้โสตทัศนูปกรณ์ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาให้ความรู้แก่บุคคล สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมให้ถูกต้องมากขึ้น

4. การให้ความรู้เป็นรายบุคคล เป็นการให้ความรู้ที่มีผู้สอน 1 คน และผู้เรียน 1 คน โดยผู้สอนจะให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา สนับสนุนและให้ความรู้ช่วยเหลือผู้เรียนในทุกขั้นตอน การให้ความรู้วิธีนี้ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้เรียน เป็นโอกาสสร้างเจตคติที่ดีต่อการเรียน สร้างเสริมสัมพันธภาพและบรรยากาศในการเรียนรู้ที่ดีแก่ผู้เรียน ข้อจำกัดคือ ต้องระมัดระวังสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้เรียนไม่ให้เกินกว่าที่ควรจะเป็น (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543)

การนำวิธีการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีการศึกษาของรุ่งกานต์ ศรีลัมพ์ (2532) ที่เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการสอนสุขศึกษาเรื่องกามโรคแก่หญิงอาชีพพิเศษแบบเพื่อนสอนเพื่อนในสถานบริการ อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2528-2529 ประชากรที่ศึกษาเป็นหญิงอาชีพพิเศษ จำนวน 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขศึกษาแบบเพื่อนสอนเพื่อนเป็นรายบุคคลมีเนื้อหาประกอบด้วย ความเสี่ยงของการเป็นกามโรค ความรุนแรงของกามโรค ผลดีและการปฏิบัติเพื่อป้องกันกามโรค รวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์และแบบประเมินการตรวจร่างกายจากสถานบริการของรัฐ หลังการทดลอง 3 สัปดาห์ ผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของกามโรค ผลดี และการปฏิบัติเพื่อป้องกันกามโรคในกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของธีรานันท์ สิงห์เฉลิม (2542) เกี่ยวกับ ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเข่าด้วยกล้องส่องข้อที่มา

รับการรักษา โรงพยาบาลมหาสารคามร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2542 จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิกและคู่มือ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การให้ข้อมูลใช้วิธีการสอนเป็นรายบุคคลตามแผนการสอน หลังการให้ข้อมูล 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนและพฤติกรรมสุขภาพ หลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้เป็นรายบุคคลโดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำให้บุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคมากขึ้น มีผลให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมถูกต้องมากขึ้น

5. การสาธิต เป็นการแสดงหรือปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างที่ชัดเจน โดยผู้สอนได้เตรียมการปฏิบัติทุกอย่างไว้เป็นขั้นตอน มีหลักการและกระบวนการที่ถูกต้อง เป็นการแสดงการเชื่อมโยงระหว่างความรู้ ทัศนคติและภาคปฏิบัติ ช่วยประหยัดเวลาในการเรียนรู้ และผู้เรียนสามารถเข้าใจได้ดี เพราะเป็นประสบการณ์โดยตรง เป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น เหมาะกับผู้เรียนกลุ่มเล็ก อาจใช้ประกอบการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มและอื่นๆ มีข้อจำกัด เช่น ไม่เหมาะสมกับผู้เรียนกลุ่มใหญ่ ควรทราบพื้นฐานของผู้เรียนก่อนการสาธิต (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543; วิจิตร อาวะกุล, 2540)

การนำวิธีการสาธิตมาให้ความรู้ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การศึกษาของประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก ชุมชนเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุ 0-6 ปี จำนวน 117 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คนและกลุ่มควบคุม 57 คน กลุ่มทดลองได้รับความรู้โดยการสาธิตวิธีการปฏิบัติเพื่อลดไข้ให้กับเด็กและให้มารดาทุกคนทดลองปฏิบัติตาม ให้ชมวิดีโอเทป และแจกเอกสารแผ่นพับ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และแบบบันทึกสุขภาพเด็กโดยมารดาเป็นผู้บันทึก 4 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ผลดี และการปฏิบัติตัวของมารดาในการดูแลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่า อัตราการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (บุษบง โกวิวิเชียร และอลิศรา ชูชาติ, 2533)

จากผลการศึกษาต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่การให้ความรู้แก่บุคคลจะมีการเลือกใช้วิธีและสื่อต่างๆ มากกว่า 1 วิธี เนื่องจากแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน การใช้วิธีการให้ความรู้หลายวิธีจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคคลได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจาก

การทำงานในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาถึงความเหมาะสมด้านเนื้อหา ระยะเวลา ลักษณะและจำนวนของอาสาสมัครกู้ภัย สื่อ สถานที่ที่ให้ความรู้ และต้องการพัฒนาการเรียนรู้ด้าน พุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะของอาสาสมัครกู้ภัยในระดับสูง เพื่อสนับสนุนให้อาสาสมัคร กู้ภัยได้รับรู้ และเรียนรู้ร่วมกันอย่างเต็มที่ (บุญชม ศรีสะอาด, 2537; วิจิตร อวาทะกุล, 2540) ผู้วิจัย จึงเลือกใช้วิธีการให้ความรู้คือ การอภิปรายกลุ่มและการบรรยาย เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครกู้ภัยเกิด การเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำ จากร่างกาย ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมีความเชื่อว่าเมื่อบุคคลได้รับความรู้จะมี ผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลเพิ่มมากขึ้น (Rosenstock, 1974a) ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่จะเกิดขึ้นต่อตน เอง เมื่อบุคคลได้รับรู้ว่าการปฏิบัติมีประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันโรค และรับรู้ว่าการอุปสรรคของ การปฏิบัติมีน้อยจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (Rosenstock, 1990) เพื่อนำ ไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องของอาสาสมัครกู้ภัย

ดังนั้นเนื้อหาในแผนการให้ความรู้จึงจัดให้สอดคล้องกับแนวคิดของรูปแบบความเชื่อ ด้านสุขภาพ คือ (1) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ติดต่อทาง เลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อเอชไอวี รวมทั้งความทุกข์ของการติดเชื้อในประชากรและ บุคลากร EMS และวิถีทางที่สัมผัสที่ทำให้อาสาสมัครกู้ภัยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำงาน (2) ความรุนแรงของการติดเชื้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อเอชไอวี ที่จะมีผลกระทบต่ออาสาสมัครกู้ภัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ (3) ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลดีของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกาย ในเรื่อง การสวมถุงมือและ ผ้าปิดปากจมูก (4) อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคและแนวทาง แก้ไขการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกาย (5) การป้องกันการ ติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกาย ในเรื่อง การสวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูก เป็น ข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อที่จำเป็นสำหรับอาสาสมัครกู้ภัย และ (6) โรคติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือด และสารน้ำจากร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อเอชไอวี

สรุป

อาสาสมัครกู้ภัยมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ ในด้านการปฐมพยาบาล การนำส่งโรงพยาบาลและการเก็บศพ หน้าที่เหล่านี้ทำให้อาสาสมัครกู้ภัยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพ จึงจำเป็นที่อาสาสมัครกู้ภัยควรมีการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องเมื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทุกราย มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของอาสาสมัครกู้ภัย ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมีความเชื่อว่าการส่งเสริมให้อาสาสมัครกู้ภัยมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครกู้ภัย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะส่งเสริมให้อาสาสมัครกู้ภัยมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งการที่อาสาสมัครกู้ภัยจะเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จากแนวคิดนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานที่จะทำให้อาสาสมัครกู้ภัยมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974a) ที่กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคของบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องคือ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความรุนแรงของโรคที่จะมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความสำคัญในการผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรค เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค หรือลดภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยทางลบที่ขัดขวางการแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรค เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรคสูงและรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรคน้อย บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการโรคถูกต้องมากขึ้น

อาสาสมัครกู้ภัยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายขณะช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุหรือศพ เนื่องจากมีโอกาสสัมผัสเลือดและสารน้ำจากร่างกายตลอดเวลา ดังนั้นอาสาสมัครกู้ภัยควรมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความรุนแรงของการติดเชื้อ ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายในเรื่อง การสวมถุงมือและผ้าปิดปากจมูก อย่างไรก็ตามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของอาสาสมัครกู้ภัยที่ถูกต้องจะเกิดขึ้นได้นั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครกู้ภัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเป็นสำคัญ รวมทั้งความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยวิธีอภิปรายกลุ่มและบรรยาย จึงเป็นการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครกู้ภัยเกิดการเรียนรู้ รับรู้ เข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้อาสาสมัครกู้ภัยมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกาย