บทที่ 2

วรรณกรรมปริทัศน์

ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แนวความคิดทางทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำแนกได้ดังนี้

1. ทฤษฎีบทบาทและความขัดแย้งในบทบาท
2. ความสัมพันธ์ทางสังคมกับความเชื่อทางสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี

โรคติดเชื้อเอชไอวี หรือ HIV Infection เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงเกิดจากเชื้อเอชไอวี โดยที่ไวรัสชนิดนี้จะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดพิ่งเซลล์ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) และ/หรือ เกิดมะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 เสียชีวิตภายในระยะเวลา 5 ปี

ประวัติความเป็นมาของโรคติดเชื้อเอชไอวี

ตรวจพบเชื้อครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี 1981 เมื่อนายแพทย์ไมเคิล กอตลิบ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาการด้านภูมิคุ้มกันแห่งมหาวิทยาลัย UCLA ตรวจผู้ป่วยที่มีอาการแปลก ๆ ต่างไปจากผู้ป่วยอื่น 4 ราย ซึ่งอาการป่วยของคนไข้ทั้ง 4 รายนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 4 รายนี้ ล้วนเป็นชายหนุ่ม รักร่วมเพศอายุประมาณ 30 ปี ที่เคยมีสุขภาพแข็งแรงมาก่อน และ 3 ใน 4 รายนั้น ล้วนมีคู่ขามาแล้วหลายคน ผู้ป่วยทั้ง 4 รายนี้มีอาการของโรคปอดบวม ที่เกิดจากเชื้อ *Pneumocyslis Carinii Pneumonia (PCP)* ซึ่งโดยปกติแล้วเชื้อโรคชนิดนี้จะพบในคนที่มีภูมิต้านทานต่ำเท่านั้น แต่ผู้ป่วยทั้งสี่รายนี้มิได้อยู่ในข่ายของผู้ที่มีภูมิต้านทานต่ำแต่ประการใด ต่อมาก็มีรายงานจากแพทย์ทั้งสหรัฐ โดยเฉพาะที่นิวยอร์กและซานฟรานซิสโก แจ้งผู้ป่วยทำนองนี้เข้ามาเรื่อย ๆ และยังพบว่าผู้ป่วยบางรายนอกจากจะเป็นโรคปอดบวมจากเชื้อ

PCP แล้ว ก็ยังเป็นมะเร็งของผิวหนังที่เรียกว่า *Kaposi's Sarcoma* ซึ่งปกติแล้วพบในผู้สูงอายุที่มีสายเลือดจากผู้คนแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียนเท่านั้น บางรายก็ติดเชื้อ *Candida Albican* ทำให้เกิดเป็นแผลที่ปากและลำคอ บางรายติดเชื้อ *Herpes Simplex* ที่ปาก อวัยวะเพศ และทวารหนักอย่างรุนแรง บางรายก็ติดเชื้อซึ่งปกติพบในสัตว์เท่านั้น เช่น *Toxoplasma Condii* และ *Cryptosporidium* ซึ่งทำให้เกิดอาการท้องร่วง และบางรายเกิดอาการทางระบบประสาท หรือสมองพิการอย่างรุนแรง

เชื่อกันว่าแหล่งต้นตอของโรคนี้มาจากอัฟริกา เกิดจากการผ่าเหล่าของเชื้อในตระกูล *retrovirus* ที่มาจาก ลิงเขียว (*Velvet monkey* หรือ *Green monkey*) ซึ่งเข้าไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว ที่สร้างภูมิคุ้มกันในร่างกายและต่อต้านทำลายเชื้อโรค (*T-4 lymphocyte*) จึงทำให้คนติดเชื้อโรค ทั้งที่ไม่ควรจะติด ซึ่งเชื้อโรคชนิดนี้ถูกค้นพบครั้งแรก โดยมีการแยกเชื้อได้พร้อม ๆ กัน 2 แห่ง คือที่ *Pasteur Institute* ประเทศฝรั่งเศส โดยมีรายงานตีพิมพ์ใน *Lancet* เมื่อวันที่ 7 เมษายน 1984 ว่า ลัค มองตากิเอร์ และคณะสามารถแยกเชื้อได้จากต่อมน้ำเหลืองของคนไข้ชายรักร่วมเพศ และให้ชื่อเชื้อว่า *Lymphadenopathy Associated Virus (LAV)* และที่ *National Cancer Institute* ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีรายงานการค้นพบตีพิมพ์ใน *Science* เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 1984 ว่า คณะของนายแพทย์โรเบิร์ต แกลโล สามารถแยกเชื้อได้จากเม็ดเลือดขาวของคนไข้ และตั้งชื่อว่า *Human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV-III)* และเชื่อว่าเชื้อไวรัส ที่ค้นพบจากทั้งสองที่นี้เป็นเชื้อไวรัสชนิดเดียวกัน แต่เนื่องจากมีการเรียกชื่อแตกต่างกันไป จึงได้ตกลงตั้งชื่อให้ใช้เรียกกันเป็นสากลว่า ***Human Immunodificiency Virus (HIV)***

<u>อาการของโรคติดเชื้อเอชไอวี</u>

ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีอาการแสดงออกใน 3 ระยะ คือ

1. **<u>ระยะไม่มีปรากฏอาการ (*Asymtomatic period*)</u>**

ในระยะนี้จะไม่อาการใด ๆ มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เหมือนคนปกติทุกประการ แต่ตรวจสอบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย บุคคลกลุ่มนี้จัดเป็นพาหะของโรคและสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ระยะนี้ใช้เวลาตั้งแต่ 2-10 ปี หรือมากกว่านั้น (โดยเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี) ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะต่อไป

2. **<u>ระยะกลุ่มอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือระยะใกล้จะเป็นเอดส์ (*AIDS Related Complex* หรือ *ARC*)</u>** แสดงอาการดังนี้

2.1 มีไข้เรื้อรัง เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ

2.2 น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 4-5 กิโลกรัม หรือมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวภายในเวลา 2 เดือน

2.3 ต่อมน้ำเหลืองโตตามตัวหลายแห่ง ในเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน

2.4 อุจจาระร่วงเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ

2.5 เป็นฝ้าในปาก ที่ลิ้นและในลำคอ (*Oral Candidiasis, Hairy leukoplakia*)

2.6 มีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรง เช่น *Herpes Simplex* วัณโรคชนิดไม่แพร่กระจาย (*Tuberculosis*) เป็นต้น

ระยะนี้ อาจจะเป็นอยู่นานหลายเดือน หรือเป็นปี แต่ต่อมาคนไข้ส่วนใหญ่ก็จะเข้าสู่ระยะต่อไป

3. <u>ระยะป่วยเป็นเอดส์เต็มขั้น (*Full Blown AIDS* หรือ *AIDS*)</u> ซึ่งมีอาการอยู่ 2 ลักษณะ คือ

3.1 การติดเชื้อโรคที่เรียกว่า "โรคติดเชื้อฉวยโอกาส" ซึ่งมีอยู่หลายชนิด แล้วแต่ว่ามีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใดที่ส่วนใด อาการแสดงที่จะพบเห็นจึงเป็นไปได้หลายแบบ เช่น

3.1.1 ปอดบวม จากเชื้อ *Pneumocystis Carinii Pneumonia*

3.1.2 สมองอักเสบ จากเชื้อ *Cryptococcus*

3.1.3 *AIDS Dementia Complex (ADC)* ซึ่งเกิดจากการที่เชื้อเอชไอวีเข้าไปในร่างกายแล้วจะเพิ่มจำนวนเซลล์ในระบบประสาทและเซลล์ชนิดอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดังนี้

3.1.3.1 มีอาการทางจิตประสาท

3.1.3.2 ความจำเสื่อม

3.1.3.3 อารมณ์เปลี่ยนแปลง

3.1.3.4 หลงลืมก่อนวัย

3.1.3.5 ไม่มีสมาธิ

3.1.3.6 คลุ้มคลั่ง

3.1.3.7 ซึมเศร้า

3.1.3.8 อัมพาตครึ่งซีก

3.1.3.9 ชักกระตุก

3.1.3.10 มีอาการทางสมอง

3.1.4 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ เช่น *Herpes Simplex, Candidiasis, Cryptosporidiosis, Cytomegalovirus, Histoplasmosis, Toxoplasmosis, Isosporiasis, Coccidioidomycosis, Mycobacterium avium complex* เป็นต้น

3.2.1 เป็นต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว

3.2.2 มีอาการของปอดบวม เช่น ไอ หายใจหอบถี่

3.2.3 มีอาการทางสมอง เช่น ชัก อัมพาต

3.2.4 มีอาการอ่อนเพลีย

3.2.5 น้ำหนักลดมากโดยไม่ทราบสาเหตุ

3.2.6 ท้องเดินเรื้อรัง

3.2.7 มีไข้เรื้อรัง

3.2.8 อาจมีอาการเป็นผื่นจ้ำคล้ายห้อเลือดตามร่างกาย

3.2.9 ผู้ป่วยมักเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาส ที่พบมากคือปอดบวม

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหลอดเลือด หรือ *Kaposi's Sarcoma* จะมีอัตราการอยู่รอดถึง 17 เดือน กลุ่มที่ติดเชื้อ *PCP* มีอัตราการอยู่รอด 9 เดือน และถ้ามีอาการทั้งสองอย่างร่วมกัน จะมีอัตราการอยู่รอดเพียง 6 เดือน โดยประมาณแต่โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยในระยะนี้จะมีชีวิตอยู่ได้เพียง 1-2 เดือน โดยเฉลี่ย

<u>การติดต่อของโรคติดเชื้อเอชไอวี</u>

1. การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งในกลุ่มรักร่วมเพศ, รักสองเพศ และรักต่างเพศ เป็นทางที่ติดต่อง่ายที่สุด เนื่องจากเชื้อเอชไอวีมีมากที่สุดในน้ำกาม ประกอบกับเยื่อหุ้มอวัยวะเพศหรือเยื่อหุ้มบริเวณทวารหนักนั้นบอบบาง อาจมีการฉีกขาดจากแรงกระแทกกระทั้นได้ง่าย นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการทำออรัลเซ็กส์ ซึ่งช่องปากและลำคอนั้นมีเยื่อบุที่ค่อนข้างบาง เชื้ออาจเข้าทางแผลในช่องปากหรือเหงือกได้

2. ทางการถ่ายเลือด หรือผลิตภัณฑ์เลือด หรือการสัมผัสเลือดของผู้อื่นในบริเวณที่ตนเองมีบาดแผล

3. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน โดยเฉพาะในผู้ติดยาเสพติดใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือด

4. การปลูกถ่ายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ

5. การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ทั้งในระหว่างที่เด็กอยู่ในครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด

6. การผสมเทียมในกรณีที่มีลูกยาก เนื่องจากรับเชื้ออสุจิจาก *Sperm Bank*

7. การสักผิวหนัง ฝังเข็ม เจาะหู ขลิบหนังหุ้มปลายองคชาติ ด้วยเครื่องมือที่ไม่ได้ทำความสะอาดให้ดี และใช้ร่วมกับผู้อื่น

ระบาดวิทยา

การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีที่แพร่กระจายไปอย่างมากในปัจจุบันนั้น กล่าวกันว่าพอจะแยกออกเป็นการระบาด 3 ครั้งติดต่อกัน คือ

1. การระบายของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งไม่ใคร่ทราบว่าจะเริ่มระบาดเมื่อไรและจากที่ใด แต่ที่แน่ก็คือเชื้อไวรัสได้แพร่ไปหลาย ๆ ประเทศทั่วโลกตั้งแต่สิบกว่าปีมาแล้ว (ประมาณปี 1975) และปัจจุบัน เชื้อไวรัสตัวนี้อาจจะแพร่ไปถึงทุก ๆ ประเทศแล้วก็ได้

2. การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี (ประมาณปี 1977-1978 เป็นต้นมา) ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ในช่วงปี 1982-1987 มีการระบาดแบบ Pandemic คือ ระบาดไปหลาย ๆ ประเทศพร้อมกัน และกระจายไปในทุกทวีป

3. การระบาดของผลกระทบที่เกิดขึ้นนับเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง การระบาดนี้แพร่ไปอย่างรวดเร็วและมีผลกระทบแม้ในประเทศที่ไม่เคยมีรายงานการติดเชื้อหรือรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีเลย

การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อเอชไอวี สามารถจะแยกแยะออกได้เป็น 3 รูปแบบ ตามสภาพสังคมและสภาวะทางระบาดวิทยาที่แตกต่างกัน คือ

รูปแบบที่ 1 ซึ่งเป็นลักษณะการระบาด ในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรปตะวันตก ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ การระบาดของเชื้อเอชไอวี ทางเพศสัมพันธ์จะเกิดจากรักร่วมเพศประมาณ 70%รองลงมาเป็นผู้ติดยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (*Intravenous Drug Users*) ประมาณ 17 % ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการถ่ายเลือดหรือรับผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือเป็นเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 4:1 ช่วงอายุที่พบมากอยู่ระหว่าง 20-49 ปี ถึงแม้ว่าผู้ที่ติดเชื้อจากการรักต่างเพศจะปรากฏจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากขณะนี้เลือดที่จะให้กับผู้ป่วยจะได้รับการตรวจหาแอนติบอดีต่อเอชไอวีก่อนทุกราย การระบาดจากการให้เลือดจึงมีอยู่น้อยมากในแถบนี้ แต่ก็พบการแพร่เชื้อทางเลือดในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดโดยใช้เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยาและอุปกรณ์อื่น ๆ

ร่วมกัน นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะเป็นเพศชาย ดังนั้นการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกพบน้อย

รูปแบบที่ 2 คือ บริเวณทวีปอัฟริกาแถบทะเลทรายซาฮาร่าตอนใต้และบางส่วนของหมู่เกาะคาริบเบียน การระบาดของเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์จะเกิดจากการมีพฤติกรรมแบบรักต่างเพศเป็นส่วนใหญ่ จากการสำรวจในบางแห่ง พบว่า ส่วนใหญ่พบในชายที่มีคู่นอนหลายคน หรือในหญิงโสเภณี โดยมีอัตราส่วนของผู้ป่วยหญิงและชายในจำนวนพอ ๆ กัน คือ ในอัตราส่วน 1:1 ดังนั้นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่า ๆ กัน ในแถบนี้เลือดที่จะให้กับผู้ป่วยมักไม่ได้รับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ การติดเชื้อเอชไอวีจึงยังคงปรากฏอยู่ในกลุ่มผู้ได้รับเลือด นอกจากนี้การฉีดยาเข้าเส้นเลือดมีปรากฏอยู่น้อยมาก เข็มกระบอกฉีดยา และอุปกรณ์ในการเจาะผิวหนัง อาจจะถูกนำมาใช้ซ้ำโดยไม่ได้รับการฆ่าเชื้ออย่างเหมาะสม ในลักษณะนี้อุปกรณ์ที่ไม่ได้ฆ่าเชื้อจะก่อให้เกิดการระบาดของเชื้อเอชไอวีได้ และเนื่องจากการติดเชื้อจะมีโอกาสเกิดในเพศหญิงได้เป็นจำนวนมาก การระบาดของเชื้อในกลุ่มเด็กทารกจะเป็นปัญหาใหญ่ได้ในบางท้องที่

รูปแบบที่ 3 คือ ยุโรปตะวันออก อัฟริกาตอนเหนือ บางส่วนของละตินอเมริกา และทวีปเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี ล่าช้ากว่าอาณาบริเวณในกลุ่มที่ 1 และ 2 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ยังคงมีจำนวนน้อย แต่ก็พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ชายและหญิงอาชีพพิเศษ และผู้ติดยาเสพติด

ส่วนประวัติการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยนั้น เกิดจากการที่ชาวต่างประเทศเดินทางเข้ามาในประเทศไทยและนำโรคนี้เข้ามาด้วย อีกทั้งยังมีคนไทยบางคนเคยเดินทางไปอยู่ต่างประเทศ และมีพฤติกรรมเป็นชายรักร่วมเพศ เมื่อเดินทางกลับเข้ามาก็ยังคงมีพฤติกรรมแบบเดิม จึงทำให้มีการนำโรคนี้กลับเข้ามาแพร่ระบาดในหมู่คนไทยโดยไม่รู้ตัว โดยในระยะแรกจะแพร่ระบาดเฉพาะในหมู่ชายรักร่วมเพศก่อน ต่อมาก็ขยายไปที่ชายรักร่วมเพศที่มีพฤติกรรมติดยาเสพติดเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด แล้วจึงแพร่หมู่ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ในปัจจุบันแพร่ระบาดในกลุ่มเพศพาณิชย์ และประชาชนที่ไปใช้บริการทางเพศพาณิชย์หรือในผู้ที่ชอบเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ

สำหรับผู้ป่วยเอดส์ชาวไทยรายแรกเป็นชายไทย อายุ 28 ปี เกิดและเติบโตในต่างประเทศ ต่อมาได้เดินทางไปศึกษาต่อในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ พ.ศ 2524 ระหว่างอยู่ในอเมริกามีพฤติกรรมเป็นชายรักร่วมเพศ เคยร่วมเพศทางทวารหนัก 6 ครั้ง มีสุขภาพดีมาตลอด จนเริ่มป่วยช่วงเดือนธันวาคม 2526 ตอนแรกมีอาการเหนื่อยง่าย มีไข้ ไปตรวจที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกาได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นปอดอักเสบทั้งสองข้าง และได้รับการรักษาจนอาการดี

ขึ้น สี่เดือนต่อมามีอาการคอแข็งไข้สูง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเดิม ตรวจพบว่าเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และปอดมีการติดเชื้อฉวยโอกาส ชนิด *Pneumocystis Carinii Pneunonia* ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี เมื่อรักษาอาการดีขึ้นคนไข้จึงขอกลับเมืองไทย เมื่อปี พ.ศ. 2527 กลับมาไม่นาน ก็มีอาการปอดอักเสบอีก ท้องเดินและมีเลือดออกจากทางเดินอาหาร ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี จนกระทั่งเสียชีวิตในเวลาต่อมา

สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อเอชไอวี ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ จนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2536 เป็นผู้ป่วยเอดส์ 1542 ราย และผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ 2128 ราย ซึ่งส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงมาจากการมีเพศสัมพันธ์ ดังรายละเอียดดังนี้

1. **ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัจจัยเสี่ยงมาจากการมีเพศสัมพันธ์มีจำนวน** 1935 ราย แยกเป็นชายรักร่วมเพศ 26 ราย ชายรักสองเพศ 14 ราย ชายรักต่างเพศ 1700 ราย และหญิงรักต่างเพศ 195 ราย

2. **ผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ที่มีปัจจัยเสี่ยงมาจากการมีเพศสัมพันธ์มีจำนวน** มีจำนวน 1931 ราย แยกเป็นชายรักร่วมเพศ 24 ราย ชายรักสองเพศ 12 ราย ชายรักต่างเพศ 1599 ราย และหญิงรักต่างเพศ 296 ราย

ซึ่งรายละเอียดจำแนกตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยเสี่ยง	AIDS	ARC	รวม
ทางเพศสัมพันธ์ (รวม)	1935	1931	3866
– ชายรักร่วมเพศ	26	24	50
– ชายรักสองเพศ	14	12	26
- ชายรักต่างเพศ	1700	1599	3299
- หญิงรักต่างเพศ	195	296	491

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

019514

กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ *(Risk groups)*

1. กลุ่มรักร่วมเพศ, รักสองเพศ และผู้ที่สำส่อนทางเพศ

2. ผู้ติดยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (*Intravenous drug user*) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกที่ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

3. หญิงและชายอาชีพพิเศษ

4. ครอบครัว คู่นอน คู่ขา หรือแฟนของบุคคลในข้อ 1-3 ตลอดจนของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาแล้ว และไม่มีการระมัดระวังป้องกันที่ดีเพียงพอ

5. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเลือด หรือจะต้องได้รับการผ่าตัดที่จะต้องได้รับการถ่ายเลือด หรือต้องรับผลิตภัณฑ์จากเลือดอยู่เสมอ ๆ (ปัจจุบันเลือดทุกยูนิตจะได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีแล้วทั้งสิ้น)

6. บุตรที่คลอดจากมารดาที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย

7. ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ *(Sexual Transmitted Diseases)* บ่อย ๆ

ผลกระทบของโรคติดเชื้อเอชไอวี

1. **ผลกระทบต่อสังคม** เนื่องจาก ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-49 ปี ซึ่งเป็นวัยที่กำลังทำงานสร้างสรรค์และแบ่งปันผลประโยชน์แก่ครอบครัวและสังคม เมื่อคนกลุ่มนี้ติดเชื้อเอชไอวี ย่อมมีผลต่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม ระบบการเมือง และเสถียรภาพของประเทศชาติ นอกจากนี้ยังเป็นการทำลายต่อเจตคติ และพื้นฐานทางจริยธรรมของมนุษย์ที่มีต่อมนุษย์ด้วยกัน โดยหลักสิทธิมนุษยชน มนุษย์ไม่ควรถูกกีดกันด้วยข้อจำกัดทางเชื้อชาติ ศาสนา เพศ และชั้นทางสังคม แต่ในความเป็นจริงแล้ว บุคคลผู้ติดเชื้อและผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่างถูกกีดกันและต่อต้าน อันเนื่องจากความไม่เข้าใจ ซึ่งนำไปสู่ความกลัวของประชาชน จนกลายเป็นความบีบคั้นทางสังคมที่มีต่อบุคคลเหล่านั้น

2. **ผลกระทบต่อการสาธารณสุข** เป็นผลสืบเนื่องจากผลกระทบต่อสังคม คือจะทำให้ผู้ติดเชื้อหลบหนี ไม่ยอมรับการตรวจรักษา ทำให้ยากต่อการควบคุม หรือหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อเอชไอวี

3. **ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ** กล่าวคือ ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาก ค่าใช้จ่ายที่จะต้องนำมาใช้กับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ก็จะเพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว ซึ่งส่งผลให้งบประมาณที่ต้องใช้ในการพัฒนาประเทศลดลงตามลำดับ

4. **ผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว** การที่บุคคลเป็นโรคหรือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ ทำให้เป็นที่รังเกียจของผู้อื่น ซึ่งเขาเหล่านั้นต้องถูกออกจากงานทำให้ไม่มีรายได้และยังเป็นภาระของครอบครัว อาทิเช่น กรณีของ นายฉอ้อน เสือสุ่ม ที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการผ่าตัด ทำให้เขาต้องออกจากงาน ถูกสังคมรังเกียจ เป็นภาระของครอบครัว ตัวเขาเองก็ต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ

พฤติกรรมการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ในคนปกติย่อมต้องการความสมดุลของสภาพร่างกาย ซึ่งในความหมายของสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย เมื่อมีปัญหาหรือสิ่งรบกวนต่อความสมดุลดังกล่าว คนทั่วไปจะมีรูปแบบของพฤติกรรมตามลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น จนสามารถรักษาความสมดุลไว้ได้อีกครั้ง แต่ในสถานการณ์ซึ่งการตอบสนองไม่สามารถรักษาสมดุลดังเดิมได้ ก็จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตที่ประกอบไปด้วย ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้า ฯลฯ แต่อย่างไรก็ตาม มนุษย์ไม่สามารถอยู่ในภาวะไม่สมดุลได้ตลอดไป ภาวะวิกฤตก็เป็นเช่นนั้นด้วยโดยการให้ความหมาย และความจำกัดของมนุษย์เอง มนุษย์จะสร้างความสมดุลอย่างใหม่ขึ้นมา โดยการให้ความหมายใหม่ภายใต้ความจำกัดของมนุษย์เอง ภายหลังการเผชิญภาวะวิกฤตในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Moos, 1977)

การปรับตัวทางสังคม (Social Adaptation)

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคม เป็นการอธิบายถึงความสมดุลระหว่างความต้องการ ความคาดหวังของสังคมในสถานการณ์ที่ให้ และความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้น การปรับตัวทางสังคมมีลักษณะเป็นพลวัต คือ มีการปรับตัวตอบสนองซึ่งกันและกันตลอดเวลา เนื่องจากบุคคลจะใช้ประสบการณ์เป็นเหตุผลสำคัญ ในการปรับพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่จะใช้ต่อไป ดังนั้นการปรับตัวทางสังคมจึงไม่มีขีดจำกัดตายตัว ในการศึกษาว่าปัจเจกบุคคลมีการปรับตัวทางสังคมอย่างได้ผลหรือไม่อย่างไรนั้น ในโรคเรื้อรังนั้นมักจะใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ในครอบครัว สัมพันธภาพในสังคม และการทำงานอดิเรก เป็นตัวชี้วัด (Dimond, 1982)

แต่เนื่องจากโรคติดเชื้อเอชไอวีไม่ใช่โรคเรื้อรัง โรคติดเชื้อเอชไอวีมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากโรคอื่นในอดีตทั้งหมด คือเป็นโรคติดต่อที่มีระยะฟักตัวไม่แน่นอนอาจนานตั้งแต่ 6 เดือนถึง 7 ปี หรืออาจป่วยและตายในเวลาไม่นานนักก็ได้ ซ้ำยังไม่มียารักษาให้หายได้ ยาที่มี

ใช้ทุเลาอาการในปัจจุบันก็มีราคาแพงมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อเอชไอวีจึงอยู่ในสภาวะสุขภาพที่ไม่แน่นอน ปัจจุบันกล่าวกันว่า เมื่อติดเชื้อแล้วภายในระยะเวลา 5 ปี ร้อยละ 10-30 ของผู้ติดเชื้อโดยไม่มีอาการจะป่วยเป็นเอดส์เต็มขั้น *(Full Blown Aids)* ร้อยละ 25-50 จะเป็นผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ *(Aids Related Complex)* และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ร้อยละ 20 จะกลายเป็นเอดส์เต็มขั้น แต่จากการติดเชื้อเอชไอวี ธรรมชาติของเชื้อนี้จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีภูมิต้านทานโรคต่ำ จึงอาจป่วย และเสียชีวิตจากโรคติดเชื้ออื่นได้ง่าย โดยเฉพาะโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (สาธารณสุข, กระทรวง, 2532) จากลักษณะของโรคติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวมาแล้วนี้ จึงไม่อาจจัดโรคติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลัน *(Chronic or Acute Disease)* ได้อย่างเด่นชัด

ลักษณะเฉพาะของโรคติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ โรคติดเชื้อเอชไอวีจัดเป็นโรคติดต่อที่แพร่โดยการสัมผัส *(Contagious Disease)* ได้ แม้การสัมผัสผิวเผินจะไม่ทำให้ติดเชื้อ แต่จากลักษณะที่ของเหลวจากร่างกายผู้ติดเชื้อมีเชื้อโรคอยู่ การติดต่อด้วยการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันโดยเฉพาะการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้นเลือด การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อโดยเฉพาะพฤติกรรมรักร่วมเพศ หรือการสำส่อนทางเพศ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะของการถูกตีตรา (Stigmatization) ร่วมด้วย ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการลักษณะความไม่แน่นอน และการถูกตีตรายิ่งจะเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับผู้ติดเชื้อมากขึ้นไปอีก

ดังนั้นนอกจากจะประเมินการปรับตัวทางสังคม โดยใช้แนวคิดของโรคเรื้อรังดังกล่าวแล้ว การศึกษาถึงพฤติกรรมการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องศึกษาถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลจากการถูกตีตรา การอยู่ในสภาวะความไม่แน่นอน และจากลักษณะพยาธิสภาพของร่างกายเองด้วย

<u>พฤติกรรมเผชิญความเครียด</u>

ความเครียด (Stress) ในความหมายทางการแพทย์ เป็นภาวะตึงเครียด หรือภาวะที่มีความกดดันต่อร่างกายจิตใจ สิ่งกดดันอาจเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคล หรือเป็นเพียงสิ่งที่คุกคามทางด้านจิตใจ (Fisbein, 1978) ดังนั้นการที่บุคคลทราบว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสป่วยเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ และอาจตายในไม่ช้า แม้จะยังไม่มีอาการ ก็จัดได้ว่าเป็นการเผชิญภาวะเครียดที่ทุกข์ทรมาน หรือวิกฤต (Crisis)

แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด (Coping Behavior) ซึ่ง รอสกี้ และ ลาซารัส (1988) กล่าวว่าเป็นปฏิกิริยาต่อความเครียด(Coping is reaction to stress) และ แพร์ลิน กับ ชีฮุลเลอร์ (อ้างใน Dimond, 1982) ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า หมายถึงการตอบสนองใด ๆ ที่เป็นการป้องกันหลีกเลี่ยง หรือควบคุมความทุกข์ทางอารมณ์ของบุคคล ต่อสิ่งที่เป็นความเครียดของชีวิตภายนอก และยังได้จำแนกการเผชิญความเครียดเป็น 2 ประเภท คือ

1. การตอบสนองที่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หรือมุ่งแก้ไขที่ตัวปัญหา

2. การตอบสนองที่เป็นการปรับเปลี่ยนการให้ความหมาย (Cognitive neutral -ization)

จากการจำแนกการเผชิญความเครียด เป็น 2 ประเภทดังกล่าว ทำให้การประเมินการตอบสนองที่เป็นการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมภายนอก และความต้องการที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ส่วนการตอบสนองโดยการปรับเปลี่ยนการให้ความหมายนั้น เป็นการตอบสนองต่อความเครียดทางด้านจิตใจอารมณ์ ก่อนที่จะเป็นพฤติกรรมภายนอกให้สังเกตได้ เช่น โกรธ กลัว หรือแม้แต่ความต้องการที่จะจัดการกับสถานการณ์ความเครียดนั้นๆ และการตอบสนองดังกล่าวย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

เมื่อรวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคม และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดเข้าด้วยกัน การศึกษากระบวนการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีของปัจเจกบุคคล นอกจากแบ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน ตามวิธีการประเมินแล้วยังสามารถแบ่งพฤติกรรมการตอบสนองตามลักษณะพฤติกรรมได้เป็น 2 ส่วน คือ

1. การตอบสนองโดยการปรับที่ตัวผู้ติดเชื้อนั้นเอง โดยอาจปรับการรับรู้ และ/หรือ ปรับพฤติกรรมให้เข้ากับสภาพสถานการณ์ที่เผชิญ

2. การตอบสนองโดยมุ่งปรับเปลี่ยนสถานการณ์หรือสิ่งภายนอก ให้สมดุลกับความสามารถของปัจเจกบุคคลนั้น

นอกจากแนวคิดที่กล่าวมาแล้ว ดิมอนด์ (1982) ได้กล่าวถึงการตอบสนองต่อโรคเรื้อรังว่า บุคคลจะปรับตัวแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยหลัก 4 ประการคือ

1. ธรรมชาติของโรค ซึ่งได้แก่ ชนิดของการเกิดอาการ การคาดหวังลักษณะการดำเนินอาการของโรค ลักษณะการขยายขีดจำกัดของร่างกายจากการป่วย รูปแบบ และการคาดว่าจะเกิดความผิดปกติทางร่างกายที่มองเห็นหรือเสียหน้าที่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการถูกตีตราด้วย

2. ความหมายที่ให้ต่อการเจ็บป่วยหรือความเชื่อในสาเหตุ การเกิดอาการ การ

ดำเนินอาการของโรค อาการและอาการแสดง ซึ่งการให้ความหมายหรือความเชื่อเหล่านี้บุคคลได้มาจากประสบการณ์ของตนเองจากเครือข่ายทางสังคมของเขา และจากบุคลากรทางการแพทย์

3. ความสามารถของแต่ละบุคคลในการตอบสนองต่อสภาวะความตึงเครียดที่ได้รับซึ่งขึ้นกับประสบการณ์การเผชิญปัญหา หรือภาวะเครียด ความเชื่อในความสามารถของตัวเอง และทรัพยากรหรือพลังภายในตัวของแต่ละบุคคล

4. สภาพแวดล้อม ซึ่งแบ่งเป็น สิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวบุคคลในแต่ละสถานการณ์ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำทั้งที่เป็นฝ่ายวิชาชีพและบุคคลอื่น ซึ่งแต่ละบุคคลก็จะมีบุคลิกลักษณะที่ส่งผลให้บรรยากาศสถานการณ์สภาพแวดล้อมแตกต่างกัน การตอบสนองต่อสถานการณ์จริงแตกต่างกันไปด้วย สิ่งแวดล้อมอีกประเภทหนึ่งคือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพต่าง ๆ เช่น ที่พักอาศัย อาหาร หรือแม้แต่ยาหรือยาเสพติดที่เข้ามาเกี่ยวข้องในสถานการณ์ความเจ็บป่วย

<u>แนวคิดทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี</u>

ฟาร์เมอร์ และ ไคลน์แมน (1989) ได้ให้แนวคิดทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความทุกข์ทรมาน (Suffering) ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีว่า นอกจากลักษณะความเจ็บป่วยและความตาย ซึ่งเป็นสัญญลักษณ์สำคัญของความทุกข์ทรมานจากโรคติดเชื้อเอชไอวีแล้ว จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวัฒนธรรมในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคล โดยวิเคราะห์ผ่านกรอบของวัฒนธรรมและสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งทำให้เห็นได้ว่า ระบบสังคมและวัฒนธรรมส่งผลต่อการให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน ในประเทศพัฒนาแล้วความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากความเชื่อและยึดติดในเทคโนโลยีและสิทธิในการรับบริการรักษาการได้รับบริการด้วยเทคโนโลยีอย่างดีก็ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน เช่น จากฤทธิ์ของยา จากการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีในประเทศโลกที่ 3 มีลักษณะความทุกข์ทรมานจากความยากจน จากการขาดแคลนยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ แต่อาจมีการเอาใจใส่ดูแลจากญาติมากกว่า หรือมีความสนใจต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าเหตุผลทางเศรษฐกิจ เป็นต้น (อ้างจาก สุปราณี คุณกิตติ, 2532)

จากการเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรมของ ฟาร์เมอร์ และ ไคลน์แมน ทำให้มองเห็นว่าการให้หมายความ การให้คุณค่าต่อสภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันของสังคม ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความตาย และประสบการณ์การเผชิญความเครียดหรือการให้คุณค่า ให้ความหมายต่อเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียด ตลอดจนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของคนในสังคมล้วนส่งผลต่อสภาพความทุกข์ยากที่แตกต่างกันของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดังนั้นการศึกษาการให้ความหมาย สภาพความทุกข์ยากของผู้ป่วย ในรายละเอียดของแต่ละราย จะสามารถบอกได้ว่าวัฒนธรรมของสังคมนั้น จัดการโรคติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร ซึ่งแน่นอนว่า จากการจัดการของสังคมที่แตกต่างกันนั้น ย่อมสะท้อนกลับไปทำให้ความทุกข์ทรมาน หรือความเครียดของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี และกระบวนการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานนั้นแตกต่างกัน

ลักษณะการปรับสภาพจิตใจภายหลังการติดเชื้อเอชไอวี

จากการสังเกตการปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีหลายร้อยราย โดยเริ่มตั้งแต่ปี 1981 นิโคลส์ (1985) สรุปผลจากการสังเกตของเขาว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีขั้นตอนการปรับสภาพจิตใจ 4 ขั้นตอน คือ

1. ภาวะวิกฤติ (Initial Crisis) เป็นภาวะเริ่มแรกที่รู้ตัวว่าถูกคุกคามด้วยโรคติดเชื้อเอชไอวี การตอบสนองในขั้นนี้จะเริ่มด้วยการปฏิเสธ (Denial) มีภาวะวิตกกังวลสูง อาจมีช็อค รู้สึกผิด กลัว โกรธ เศร้า ในรายที่ช็อครุนแรง อาจไม่รับรู้ แล้วแสวงหาการรักษาที่อื่นใหม่

2. ภาวะเปลี่ยนผ่าน (Transitional State) ระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะอยู่ในความรู้สึกทุกข์ สับสน ถูกแบ่งแยก เปลี่ยนแปลงการให้ความหมาย การให้คุณค่าต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคม อาจถึงขั้นฆ่าตัวตาย เนื่องจากมักจะมีความเครียดด้านต่าง ๆ ทับถมเข้ามา เช่น ตกงาน สูญเสียรายได้ หรือถึงขั้นสูญเสียครอบครัว ที่พักอาศัย ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะอยู่ในระหว่างการสร้างความรู้สึกใหม่ในการปรับตัว

3. ภาวะบกพร่อง : การยอมรับ (The Deficiency State : Acceptance) เมื่อสร้างความหมายใหม่ขึ้นมาได้คงที่ ก็จะถึงภาวะการยอมรับ ผู้ป่วยจะเรียนรู้การจัดการกับชีวิตซึ่งต้องดำรงอยู่กับโรคติดเชื้อเอชไอวีของตัวเขาได้ การยอมรับเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์ มีจิตสำนึกที่จะใช้ชีวิตในแต่ละวันให้สมบูรณ์ที่สุด คิดถึงชีวิตในแง่ของคุณภาพมากกว่าปริมาณ อาจใช้แนวทางจิตวิญญาณเพื่อลดความเครียดและสร้างความหวัง ใส่ใจผู้อื่นมากขึ้น ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ลักษณะนี้เป็นผลมาจากการได้รับการสนับสนุนในภาวะเปลี่ยนผ่าน

แต่การยอมรับไม่ได้อยู่คงที่แต่ขึ้นกับสถานการณ์ความทุกข์ด้วย ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งจากพยาธิสภาพของร่างกาย และสถานการณ์ภายนอกที่มากระทบ เมื่อความทุกข์ใหม่มากระทบภาวะวิกฤติการเปลี่ยนผ่านและการยอมรับจะเกิดซ้ำอีก ในภาวะนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ถึงความบกพร่องเนื่องจากโรคติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการคาดการณ์ถึงผลของโรคติดเชื้อเอชไอวีในอนาคตด้วย และในที่สุดก็จะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 4

4. การเตรียมสำหรับความตาย (Preparation for Death) นิโคลส์ สรุปถึงลักษณะความทุกข์ที่ผู้ป่วยเผชิญว่ามีหลายประการ เช่น การต้องพึ่งพา การถูกตำหนิจากผู้อื่น การสูญเสีย รวมทั้งความตาย ผู้ป่วยหลายรายไม่กลัวความตาย และตัดสินใจว่าการฆ่าตัวตาย จะช่วยให้พ้นภาวะทรมานในบั้นปลายของชีวิต และแม้หลายรายพยายามต่อสู้เพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไปแต่ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเตรียมรับสถานการณ์ในอนาคตที่ไม่แน่นอน เช่น การทำงานที่ค้างให้ลุล่วงไปโดยเร็ว และการคิดหรือจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่จะตามมาถึงครอบครัว เพื่อน ญาติ หรือแม้แต่งานศพของเขาเอง หลังจากที่เขาตายด้วยการติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากนี้ นิโคลส์ ยังสรุปว่า ครอบครัวมีส่วนอย่างสำคัญในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวจากคนที่ไม่ป่วยมักจะสับสนในบทบาทของตนเอง และสร้างความสับสนต่อบทบาทของผู้ป่วยสถานการณ์ทางสังคมเช่น จากการป้องกันการติดเชื้ออย่างเข้มงวดของแพทย์ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ซึ่งนับเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อ และความรู้สึกถูกแบ่งแยก (Discrimination) ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญในการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามการสังเกตของ นิโคลส์ เป็นการสังเกตในผู้ป่วยซึ่งมีอาการของโรคติดเชื้อเอชไอวีแล้วในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการป่วย ยังไม่มีผลศึกษาที่สรุปในแนวนี้อย่างแน่ชัด

และจากการศึกษาของ มิลเลอร์ (อ้างใน Mulleady, et.al., 1989) ได้สรุปไว้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การติดเชื้อของเขานั้น มักจะมีปัจจัยสามัญอย่างน้อย 1 ใน 3 ประการต่อไปนี้

1. ขาดการจัดที่พักอาศัยให้เหมาะสม
2. ครอบครัวมีความสมานสามัคคีกันน้อย
3. มีการยอมรับจากภรรยาหรือสามี น้อย และรู้สึกผิดกับพฤติกรรมในอดีตมาก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไพร์ส, เดสมอนด์ และคูคูลกา (1985) ได้วิจัยเรื่อง "ความเข้าใจและความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา" (High School Students' Perceptions and Misperceptions of AIDS) เป็นการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้ ความเชื่อ และแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนมัธยมต้นและมัธยมปลายในโรงเรียน (Junior and Senior High School Students) พบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างจำกัด นักเรียนชายมีความรู้เรื่อง

โรคติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนหญิง แต่นักเรียนส่วนใหญ่ไม่รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี แหล่งข้อมูลข่าวสารที่นักเรียนได้รับเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หนังสือวารสาร และวิทยุ ส่วนโรงเรียนเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีน้อยที่สุด(อ้างจาก สุปราณี คุณกิตติ,2532)

คลาคฮอลล์ (1988) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "ความรู้และแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียน ระดับ 6, 7 และ 8 จากโรงเรียนประถมศึกษาในเขตเมือง" (Knowledge and Sources of Information about Acquired Immune Deficiency Syndrome Among Sixth, Seventh, and Eighth Grade Urban Elementary School Pupils) พบว่า นักเรียนประถมศึกษายังมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างจำกัด นักเรียนหญิงมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่านักเรียนชาย จากการวิจัยยังพบอีกว่า นักเรียนประถมศึกษาได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีจากสื่อมวลชน คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และวารสาร (อ้างจาก สุปราณี คุณกิตติ, 2532)

อแลน และคณะ (1989) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนแคนาดาทั้งในและนอกสถานศึกษาจำนวน 38,000 คน พบว่า เยาวชนส่วนมากสามารถนิยามคำว่า โรคติดเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคติดเชื้อเอชไอวีได้ดี แต่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคยังไม่ดีพอ เยาวชนมีเจตคติทางลบต่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี มีเจตคติทางลบต่อพวกรักร่วมเพศ และมีเจตคติทางลบอย่างมากต่อการใช้ถุงยางอนามัย แต่มีเจตคติทางบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างกัน (อ้างจาก สุปราณี คุณกิตติ, 2532)

บัลสเลย์ (1989) ได้ทำวิจัยเรื่อง "การสำรวจความรู้ ความเชื่อ และการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในนักเรียนระดับ 10 จากโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตเมือง" (A Survey of Knowledge, Beliefs and Selected Behavioral Practices Related to Acquired Immuno Deficiency Syndrome Among Urban 10th Grade Public High School Students) พบว่า มีนักเรียนร้อยละ 91 ทราบว่าโรคติดเชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อกันได้โดยการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน ร้อยละ 93 ทราบว่าโรคติดเชื้อเอชไอวีติดต่อกันได้จากการร่วมเพศโดยไม่ป้องกัน และร้อยละ 86.5 ทราบว่า ติดต่อกันได้จากมารดาที่เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี ยังมีนักเรียนจำนวนมากที่ได้รับข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง และมีมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีทางการติดต่ออื่น ๆ จากการวิจัยยังพบอีกว่าในด้านความรู้ นักเรียนหญิงมีความรู้ที่ถูกต้องมากกว่านักเรียนชาย นักเรียนผิวขาวมีความรู้มาก

กว่านักเรียนผิวดำ เมื่อพิจารณาด้านความเชื่อก็พบว่านักเรียนหญิงมีความเชื่อมากกว่านักเรียนชาย ในเรื่องที่ว่านักเรียนที่เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิที่จะไปโรงเรียน และนักเรียนหญิงยังมีเจตนาที่ดีต่อนักเรียนที่เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนชายอีกด้วย นักเรียนจากแถบเอเชียให้ความสนใจต่อการเรียนรู้เรื่องโรคติดเชื้อเอชไอวีน้อยมาก นอกจากนี้ยังพบอีกว่า นักเรียนร้อยละ 65 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว นักเรียนกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วนั้น ร้อยละ 36 มีคู่นอนตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป และนักเรียนร้อยละ 74 มี ประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี นักเรียนกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วนี้ ร้อยละ 68 ตอบว่า ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย และร้อยละ 4.8 (นักเรียน 68 คน) ตอบว่า เคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีดอีกด้วย (อ้างจาก สุปราณี คุณกิตติ, 2532)

แคลลี่และคณะ (Qouted in Salisbury, 1986) ได้ศึกษาผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นรักร่วมเพศ 11 คน รักสองเพศ 2 คน ซึ่งได้รับการดูแลอยู่ที่ศูนย์บริการสุขภาพจิตแห่งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยมักจะแสดงอารมณ์โกรธต่อผู้ให้การดูแลรักษามีความรู้สึกกังวล ไม่แน่ใจต่อสิ่งที่แพทย์บอก แยกตัวเองจากครอบครัวและสังคม หมดกำลังใจที่จะสู้ชีวิต (อ้างจาก สุปราณี คุณกิตติ, 2532)

และในปี ค.ศ. 1985 ฮอลแลนด์ และ ทรอส ได้ศึกษาถึงอาการเหล่านี้เช่นกันในผู้ป่วยรักร่วมเพศพบว่าความรู้สึกของผู้ป่วยเหมือนเป็นการถูกลงโทษ เขาจะรู้สึกละอายที่ผู้อื่นล่วงรู้พฤติกรรมของเขา ละอายต่อบาป มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สูญเสียความภาคภูมิใจ และภาพลักษณ์ตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป คือมีรูปร่างผอมแห้ง เดลลีย์ กล่าวว่า "สิ่งที่ผู้ป่วยเอดส์ต้องการมากที่สุดคือต้องการการสนับสนุนให้กำลังใจเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจในตัวเขา"

พนมศรี เสาร์สาร (2532) ได้ทำวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2531" พบว่า หญิงบริการมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี คือ ในระดับการศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อทางสุขภาพ ระดับข่าวสารและโอกาสที่ได้รับเรื่องโรคเอดส์ ซึ่งปัจจัยด้านระดับข่าวสารและโอกาสที่ได้รับเรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์สูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ

วิณา กระแสกุลรัตน์ (2531) ได้ทำวิจัยเรื่อง "ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 กรุงเทพมหานคร" พบว่ามีนักเรียน ร้อยละ 47.25 ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ ซึ่งในจำนวน

ข้อความรู้ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำนี้ มีเรื่องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีรวมอยู่ด้วย

สำเริง แสงชื่อ และ สมชัย จิรโรจน์วัฒน ได้ทำวิจัยเรื่อง "ภาวะความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี" พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ หญิงอาชีพพิเศษ ชายอาชีพพิเศษ และชายที่เที่ยวสำส่อนทางเพศ จำนวน 800 คน ส่วนใหญ่มีภาวะความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปกติ หญิงอาชีพพิเศษจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าชายอาชีพพิเศษและชายที่เที่ยวสำส่อนทางเพศ ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ชายอาชีพพิเศษจะปฏิบัติได้ดีกว่าชายที่เที่ยวสำส่อนและหญิงอาชีพพิเศษ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าปกติจะมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้นเรื่อย ๆ ตามระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น(อ้างจาก สุปราณี คุณกิตติ, 2532)

กาญจนี หวังถิรอำนวย (2530) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "การเปิดรับข่าวสารรับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ และชายรักร่วมเพศในเขตกรุงเทพมหานคร" พบว่า กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงอาชีพพิเศษจำนวน 200 คน และชายรักร่วมเพศ จำนวน 100 คน ทั้งหมดได้รับทราบหรือเคยได้ยินเรื่องโรคติดเชื้อเอชไอวีมาแล้ว และเมื่อวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ตอบถูกว่าโรคติดเชื้อเอชไอวีคืออะไร ติดต่อกันได้อย่างไร คนกลุ่มไหนที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อเอชไอวีสูง และรู้ว่าจะป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วยถุงยางอนามัย แต่มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 39.7) ที่ตอบถูกว่าอาการสำคัญของโรคระยะแสดงอาการเต็มที่นั้นเป็นอย่างไร สำหรับด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีนั้น ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.7) จะรู้ว่าถุงยางอนามัยป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีได้ แต่ก็มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 32.4) ที่ตอบว่าจะใช้ถุงยางทุกครั้งที่มีพฤติกรรมทางเพศ ถ้าจะพิจารณากันในด้านความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีนั้นพบว่า สื่อบุคคล (เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ แฟน/คู่นอน และญาติพี่น้อง) เป็นสื่อที่ดีที่สุด

เทพนม เมืองแมน (2531) ได้ทำวิจัยเรื่อง "ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของกลุ่มผู้มีการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ (ผู้ติดยาเสพติด/เกย์/โสเภณี) 700 คน ในประเทศไทย พ.ศ. 2531" พบว่า กลุ่มที่มีการเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ผู้ติดยาเสพติด 352 คน/ เกย์ 162 คน/ โสเภณี 186 คน) ส่วนมาก (เกินร้อยละ 80)มีความรู้ดีพอสมควรเกี่ยวกับการแพร่เชื้อของโรคติดเชื้อเอชไอวีและทราบดีว่าการป้องกันเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการควบคุมโรคนี้ โดยส่วนมากได้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน แม้ว่าส่วนมากของกลุ่มที่มีการเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ

เอชไอวี จะมีความรู้ในด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี และมีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคนี้ และแสดงความจำนงที่จะให้ความร่วมมือแก่หน่วยงานของรัฐอย่างเต็มที่ก็ตาม แต่ในด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีนี้ ก็ยังพบว่ามีข้อบกพร่องอยู่มากที่ต้องแก้ไข(อ้างจาก สุปราณี คุณกิตติ, 2532)

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ (2532) ได้ศึกษา "ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของเยาวชนไทย อายุระหว่าง 15-24 ปี" พบว่าเยาวชนไทยเกินกว่าครึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคติดเชื้อเอชไอวี แต่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและอาการของโรคติดเชื้อเอชไอวีนั้น พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ดีพอ ส่วนหนึ่งมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีคือ เชื่อว่ายุงเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวี เพราะฉะนั้นการติดต่อของโรคติดเชื้อเอชไอวีจึงง่ายมาก การป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศจึงไม่จำเป็นเพราะอาจติดจากถูกยุงกัดอยู่แล้ว นอกจากนั้นยังเชื่อว่าการคลุกคลีกับผู้ป่วยทำให้ติดโรคได้ จึงจะไม่ยอมช่วยเหลือผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะเป็นเพื่อนหรือญาติก็ตาม

จงกล ทองโฉม (2533) ได้ทำวิจัยเรื่อง "กระบวนการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด" พบว่า ผู้เสพยาเสพติดมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี 3 รูปแบบคือ แบบแรก มีพฤติกรรมเพิกเฉยไม่แสดงปฏิกิริยายอมรับ หรือปฏิเสธการติดเชื้อ แต่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาเสพติด และลดพฤติกรรมที่เป็นการแพร่เชื้อ แบบที่ 2 มีพฤติกรรมปฏิเสธ ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาเสพติด และมีพฤติกรรมที่เป็นการแพร่เชื้อเอชไอวี และแบบสุดท้ายมีพฤติกรรมวิตกกังวล พยายามปกปิดสภาพการติดเชื้อ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาเสพติด และมีการลดพฤติกรรมการแพร่เชื้อ ขั้นตอนในการตอบสนองพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีประสบการณ์เผชิญภาวะวิกฤติในชีวิตมากกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้จะมีพฤติกรรมการตอบสนองอย่างปฏิเสธเมื่อผู้ติดยาเสพติดถูกคาดหวังถึงบทบาทการเป็นผู้ติดเชื้อ ส่วนการดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น มีการตีตราการติดยาเสพติดมากกว่าการติดเชื้อเอชไอวี และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติดในชุมชน ไม่อาจคาดหวังผลการปฏิบัติงานได้มากนัก เนื่องจากโรคติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาปลายเหตุของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในชุมชน สำหรับการแทรกแซงเพื่อลดพฤติกรรมการแพร่เชื้อนั้น ควรระวังไม่ให้สถานการณ์เป็นเครื่องบีบคั้นต่อการยอมรับสภาพการติดเชื้อ

สุวิไล แสงวัฒณ์ (2533) ได้ทำวิจัยเรื่อง "ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดยาเสพติดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินเมทยาโดน" พบว่า ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีความรู้

เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีถูกต้อง รับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสที่จะเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี และยังรับรู้ประสิทธิผลในการป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีโดยการกินเมทธาโดนครบกำหนด ผู้ติดยาเสพติดประมาณครึ่งหนึ่งมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติด รับรู้ความรุนแรงของการติดยาเสพติด และมีการรับรู้ประสิทธิผลของตนเองในการเลิกยาเสพติด จากการกินเมทธาโดนครบกำหนด นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยภายนอกด้านประชากร อันได้แก่ จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติด และการรับรู้โอกาสเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนั้นรายได้ยังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี ส่วนปัจจัยภายนอกเชิงพฤติกรรมพบว่า ระยะเวลาการติดยาในอดีตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสิทธิผลของตนเองในการเลิกยาเสพติด

ศุภจรี วจีภิวัฒน์ (2533) ได้ทำวิจัยเรื่อง "ความรู้ ทัศนคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคเอดส์ : การศึกษานักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร" พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้และประสบการณ์เรื่องเพศในระดับปานกลาง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับสูง และมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ ได้แก่ สายการศึกษา อาชีพของบิดา การศึกษาของบิดา การศึกษาของมารดา และสถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ทางเพศ ได้แก่ สายการศึกษา จำนวนพี่น้องเพศชาย ที่พักอาศัย เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และสถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้แก่ การศึกษาของบิดา สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา และเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้แก่ อาชีพของบิดา อาชีพของมารดา การศึกษาของบิดา การศึกษาของมารดา

อัญชลี สิงหสุต (2534) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับอาชีวะ ในเขตกรุงเทพมหานคร" พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และเจตคติต่อโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับอาชีวะ ในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้

ภัสสร ลิมานนท์, เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์, นพวรรณ จงวัฒนา และมยุรี นกยูงทอง (2534) ได้ศึกษาเฉพาะกรณีเรื่อง "โครงการศึกษาลักษณะด้านประชากรและพฤติกรรมของสตรีขายบริการทางเพศ" พบว่า ความรู้สึกของหญิงขายบริการที่มีต่อโรคเอดส์และผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ มีความหลากหลายและมีความต่างระดับกัน คือ จะมีความรู้สึกที่รุนแรงถ้าหากโรคนั้นเกิดขึ้นกับตนเองโดย

อาจถึงขั้นฆ่าตัวตาย แต่ในส่วนของความรู้และการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับดี และมีหญิงบริการบางส่วนที่เคยผ่านการอบรมจากโรงพยาบาลประจำอำเภอมาบ้างแล้ว แต่ยังคงประกอบอาชีพหญิงขายบริการ เพราะความยากจน หรือไม่คิดที่จะประกอบอาชีพอื่น สำหรับในส่วนของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อนั้น พบว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องหรือสืบเนื่องมาจากการมีเพศสัมพันธ์ของหญิงบริการน่าจะเป็นช่องทางสำคัญที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมอื่น ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับบริการชายไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัย

เกศินี จุฑาวิจิตร (2533) ได้ศึกษาเรื่อง "การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสาร และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกัน ระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว" พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวนั้นเป็นเพราะสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เป็นโสดส่วนใหญ่ไม่บอกเล่าผลการตรวจเลือดให้ครอบครัวหรือเพื่อนฝูงทราบ เพราะกลัวว่าจะถูกรังเกียจ หรือเกรงว่าจะถูกวิตกจนเกินเหตุ ในการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อเอดส์กับครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ไม่พบว่ามีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่วนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่แต่งงานแล้วได้บอกผลการตรวจเลือดให้ครอบครัวทราบ พบว่า ครอบครัวไม่มีพฤติกรรมที่รังเกียจหรือแบ่งแยก แต่ยังเป็นฝ่ายที่ปลอบขวัญและให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อด้วย แต่ที่สำคัญพบว่า ครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยไม่เจตนา กล่าวคือ ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ไม่ปรากฏ ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่สามารถปรับตัวจนอยู่ในสภาพยอมรับความเป็นจริง และแม้จะมีความวิตกกังวลบ้าง แต่ก็ไม่ได้เลือกที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่ในชะตากรรมเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีความคิดที่อยากจะทำประโยชน์ให้กับสังคมอีกด้วย อนึ่งจากการทดสอบความรู้เรื่องโรคเอดส์ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค และความรู้ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันอย่างถูกต้อง สำหรับปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขโดยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ความคิดความเชื่อ ที่ว่า "ไม่มีอาการแปลว่าไม่มีโรค" และ "เป็นเอดส์ดีกว่าติดยาเสพติด", ความรัก ความเข้าใจและความผูกพันระหว่างกัน, ความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันโรค, และการไม่เปิดเผยความเป็นจริงของผลการตรวจเลือด

สมพร โตศิริพัฒนา (2531) ได้ศึกษาเรื่อง "การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคเอดส์ : ศึกษาเฉพาะกรณีกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ณ โรงพยาบาลนนทบุรี และคลีนิคยาเสพติด ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร" พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโรคเอดส์มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคค่อนข้างสูง เนื่องจากมีแบบแผนการเสพร่วมกันเป็นกลุ่ม 2-5 คน โดยใช้เข็มและอุปกรณ์การฉีดร่วมกัน และวิธีการทำความสะอาดเข็มและอุปกรณ์การฉีดนั้น ใช้

เพียงน้ำธรรมดาที่สามารถหาได้ทั่วไปซึ่งไม่สามารถทำลายเชื้อเอชไอวีในเลือดที่คั่งค้างอยู่ในเข็มและหลอดฉีดยาได้ ส่วนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโรคเอดส์มีพฤติกรรมในการแพร่เชื้อโรคค่อนข้างสูง เพราะมีความถี่ในการเที่ยวหญิงอาชีพพิเศษ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และมีพฤติกรรมการร่วมเพศทางปาก ในกรณีผู้ติดเชื้อที่มีคู่สมรส พบว่า ยังคงมีความถี่ในทางเพศสัมพันธ์ตามปกติ เดือนละ 1 ครั้ง โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนั้นยังมีพฤติกรรมส่ำส่อนทางเพศ โดยมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ชายหรือหญิงอาชีพพิเศษ

สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่แล้วเป็นการศึกษาที่เน้นถึงความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ทราบถึงผลของการรณรงค์ต่อต้านโรคติดเชื้อเอชไอวี และการลดการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่วนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นยังมีอยู่น้อย และผลของการวิจัยที่พบนั้นเป็นการศึกษาในกรณีของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อที่ยังเป็นโสดจะไม่บอกผลการตรวจเลือดแก่ครอบครัวและเพื่อนฝูงเพราะเกรงว่าจะถูกรังเกียจ ส่วนผู้ที่สมรสแล้วจะบอกผลการตรวจเลือดแก่ครอบครัวซึ่งนอกจากจะไม่ถูกรังเกียจแล้ว ยังได้รับกำลังใจจากครอบครัวอีกด้วย ส่วนในกรณีของหญิงบริการนั้นพบว่าจะมีความรู้สึกที่รุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ในกรณีที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักดีว่า บุคคลทุกคนนั้นเป็นผู้มีบทบาทอย่างสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ ถึงแม้ว่าบุคคลผู้นั้นจะติดเชื้อเอชไอวีก็ตาม แต่ถ้าเขาสามารถรักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ดี เขาก็สามารถปฏิบัติตนเพื่อเป็นทรัพยากรอันมีคุณค่าของประเทศชาติต่อไป ดังนั้นการได้ทราบถึงความคิดเห็นในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบว่า ควรจะปรับเปลี่ยนแผนการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ถึงโรคติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร เพื่อให้ประชาชนเกลียดโรคติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่เกลียดผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 2 แนวความคิดทางทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีบทบาทและความขัดแย้งในบทบาท

บทบาทเป็นแนวความคิดที่สำคัญในวิชาสังคมวิทยา มานุษยวิทยาวัฒนธรรม และจิตวิทยา การศึกษาถึงบทบาทนั้น จัดได้ว่าเป็นการศึกษาส่วนหนึ่งของโครงสร้างทางสังคม เนื่องจากการอยู่

ร่วมกันของมนุษย์ซึ่งเรียกว่า "สังคม" นั้น จำเป็นต้องมีการจัดระเบียบในสังคมด้วยการวางแบบพฤติกรรมให้บุคคลปฏิบัติตาม ทั้งนี้เพราะมนุษย์แต่ละคนมีความต้องการแตกต่างกันไปตามแต่บุคคล ถ้าปล่อยให้มนุษย์ทำตามความต้องการของตนเองโดยไม่มีการควบคุมแล้ว ย่อมเกิดอันตรายต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ การจัดระเบียบสังคมจึงถือว่าเป็นส่วนประกอบอันหนึ่งของโครงสร้างทางสังคม สังคมจะมั่นคงและมีเสถียรภาพได้นั้นย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะของโครงสร้างทางสังคม

ประเสริฐ แย้มกลิ่นฟุ้ง (ม.ป.ป.) กล่าวว่า การพิจารณาโครงสร้างสังคมจึงควรพิจารณาถึงส่วนประกอบที่เห็นว่าสำคัญ คือ

1. การจัดระเบียบสังคมด้วยการวางบรรทัดฐานและสถาบัน

2. การจัดระเบียบสังคมด้วยการกำหนดแบบอย่างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีสถานภาพและบทบาทต่าง ๆ กันในสังคม

รัสเซล ธอร์ตัน และ ปีเตอร์ เอ็ม. นาร์ดี (1975) ได้กล่าวถึงเงื่อนไข 4 ประการของการแสดงบทบาทซึ่งสรุปได้ คือ

1. ขั้นคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipatory stage) คือ ปัจเจกบุคคลเริ่มเตรียมรับคุณค่าและแสดงบทบาทตามที่กลุ่มต้องการ

2. ขั้นรูปนัย (Formal stage) ปัจเจกบุคคลได้เข้าอยู่ในกลุ่ม และแสดงบทบาทตามที่กลุ่มต้องการ โดยเป็นไปตามระเบียบกฎเกณฑ์ของกลุ่ม

3. ขั้นอรูปนัย (Informal stage) เมื่อปัจเจกบุคคลได้เข้ามาอยู่ในกลุ่มนานเข้าจะมีการแสดงบทบาทผิดไปจากระเบียบกฎเกณฑ์ของกลุ่มไปบ้าง

4. ขั้นส่วนบุคคล (Personal stage) เมื่อปัจเจกบุคคลได้เข้ามาอยู่ในกลุ่มนานมากขึ้น จะแสดงบทบาทโดยนำอุปนิสัยส่วนตัวมาร่วมแสดงบทบาทด้วย

ดังนั้นการแสดงบทบาทของปัจเจกบุคคลจะดำเนินไปตามลำดับของเงื่อนไขทั้งสี่ขั้นตอนนี้

ประเสริฐ แย้มกลิ่นฟุ้ง (ม.ป.ป.) กล่าวว่า จะใช้คำว่า "บทบาท" เมื่อหมายถึงการที่บุคคลปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของตนในสถานภาพที่ตนมีอยู่

ไพบูลย์ ช่างเรียน (ม.ป.ป.)ได้สรุปสาระสำคัญของบทบาท คือ

1. บทบาทมีประจำอยู่ในทุกสถานภาพของสังคม

2. วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคม เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการกำหนดบทบาท

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. การที่บุคคลจะทราบบทบาทได้ ต้องมีสังคมกรณ์ (socialization)

4. บทบาทจริงที่บุคคลแสดงนั้น ไม่แน่นอนเสมอไปว่าจะเหมือนกับบทบาทที่ควรจะเป็นไปตามปทัสฐานของสังคม เพราะบทบาทที่บุคคลแสดงจริง ๆ นั้นเป็นผลของปฏิกริยาแห่งบุคลิกภาพรวมกับบุคลิกภาพของบุคคลอื่นที่มาร่วมในพฤติกรรม และเครื่องกระตุ้นต่าง ๆ ที่มีอยู่ในเวลาและสถานที่เกิดการแสดงบทบาท

ทัลคอทต์ พาร์สัน (1951) ได้ศึกษาบทบาทโดยพิจารณาว่า วัตถุของโลกประกอบด้วย สังคม คือ ผู้แสดง เช่น ตนเองหรือเพื่อน กายภาพ คือ สิ่งที่มีอยู่ซึ่งเห็นได้ เช่น วิธีและเงื่อนไขของการกระทำ และวัฒนธรรม คือ สัญญลักษณ์หรือรูปแบบของคุณค่า เช่น อุดมการณ์ หรือความเชื่อ ในขณะที่อยู่ในกระบวนการการที่ปฏิกริยาต่อกันของปัจเจกบุคคล การกระทำเป็นหน่วยพื้นฐานของระบบสังคม สถานภาพและบทบาทเป็นหน่วยของระบบสังคมและเป็นหน่วยที่สูงกว่าของการกระทำ อีกนัยหนึ่ง พาร์สัน ยอมรับว่าสถานภาพและบทบาทเป็นคุณลักษณะของผู้แสดงบทบาท คือ การจัดระเบียบของผู้เริ่มแสดง เป็นการสร้างและกำหนดการมีส่วนร่วมของเขาในกระบวนการที่มีการกระทำร่วมกัน ซึ่งเป็นการรวมความคาดหวังที่เกี่ยวกับตนเองและของบุคคลอื่น ๆ ที่เขามีสัมพันธ์ด้วย ส่วนสถานภาพ คือ ตำแหน่งของผู้แสดงภายในสถาบันที่เขาอยู่ จึงสรุปได้ว่า บทบาทมีลักษณะเป็นกระบวนการ ส่วนสถานภาพมีลักษณะเป็นตำแหน่งของผู้แสดงภายในระบบสังคม ซึ่งกลไกของสังคมกรณ์จะเตรียมบุคคลให้แสดงบทบาทที่เขาชอบ

พาร์สัน และ ชิลส์ (1951) กล่าวว่า "ลักษณะสำคัญของบทบาท คือ การกระทำที่สร้างสะสมขึ้นมา ไม่ใช่กำหนดขึ้นมาได้ทันที" และบทบาทจะสมบูรณ์ได้ ต้องขึ้นอยู่กับการกระทำของเขาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระทำของเขาด้วย

ส่วน เดวิส คิงสเลย์ (1948, 1949) ซึ่งเป็นนักสังคมวิทยาที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง มีความเห็นเกี่ยวกับ "บทบาท" โดยเพิ่ม "หน้าที่" (office) ให้กับบทบาท เขาเห็นว่า บทบาทเป็นพฤติกรรมซึ่งได้กระทำจริง ๆ และเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ ส่วนสถานภาพเป็นการกำหนดพฤติกรรมของเจ้าของตำแหน่ง อีกนัยหนึ่งเขาเห็นว่า "บทบาทเป็นการปฏิบัติตามความต้องการจริง ๆ ตามตำแหน่งของเขา"

ส่วน โรเบิร์ต เค. เมอร์ตัน (1962) กล่าวว่า สิ่งสำคัญในโครงสร้างและวัฒนธรรมมีอยู่ 2 ประการ คือ จุดหมายปลายทาง และวิธีการเพื่อจะถึงจุดหมายปลายทาง ซึ่งวิธีการนี้คือการแสดงบทบาทนั่นเอง นอกจากนี้ เมอร์ตัน ได้เสริมเรื่องบทบาทเป็นชุด (role-set) และ

สถานภาพเป็นชุด (status-set) ซึ่งเป็นของแนวความคิดเรื่องบทบาทและสถานภาพของ ลินตัน โดย เมอร์ตัน ได้แยกความแตกต่างของบทบาทเป็นชุดออกจากชุดของความซับซ้อน (multiple set) คือ บทบาทซ้อน (multiple roles) หมายถึง "ความซับซ้อนของบทบาทที่ไม่ได้มีสถานภาพทางสังคมเพียงสถานภาพเดียว แต่มีหลายสถานภาพ (ส่วนใหญ่ในสถาบันที่แตกต่าง)" เช่น มีสถานภาพเป็น ครู ภรรยา เป็นต้น

ราล์ฟ ลินตัน (1936) เป็นนักมานุษยวิทยาคนแรกที่เสนอแนวความคิดของบทบาทที่น่าเชื่อถือในการอธิบายลักษณะพื้นฐานเรื่องสถานภาพและบทบาท เขากล่าวว่า "สังคมประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ปัจเจกบุคคล การจัดระเบียบของระบบสังคม และความรักในหมู่คณะ สังคมทำหน้าที่เป็นพื้นฐานของพฤติกรรม ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกันของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มของปัจเจกบุคคล ลินตัน กล่าวว่าสถานภาพ คือ ตำแหน่งที่มีรูปแบบเฉพาะ เป็นตำแหน่งสูงสุดของรูปแบบพฤติกรรมในการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน "สถานภาพเป็นการรวมสิทธิและหน้าที่... เมื่อเขาได้รับสิทธิและหน้าที่ซึ่งประกอบขึ้นเป็นสถานภาพที่มีประสิทธิภาพ แสดงว่าเขากำลังปฏิบัติบทบาท" ดังนั้น บทบาท คือ ลักษณะพลวัตรของสถานภาพ ทำให้สถานภาพและบทบาทแยกออกจากกันไม่ได้ นอกจากนี้ ลินตัน ได้แบ่งสถานภาพออกเป็นสองลักษณะ คือ Ascribed status เป็นลักษณะของสถานภาพที่มีตั้งแต่กำเนิด เช่น เพศ พื้นฐานของครอบครัว ปีนต้น ส่วน Achieved status เป็นลักษณะของสถานภาพที่ได้มาด้วยความสามารถ เช่น การศึกษาจบชั้นปริญญาเอก เป็นต้น

เลวินสัน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากลินตัน กล่าวว่า บทบาทจะมีความหมายอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. บทบาทเป็นโครงสร้างที่มีความต้องการ เช่น ต้องการบรรทัดฐาน ความคาดหวัง ความรับผิดชอบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งทางสังคม

2. บทบาท คือ การเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของแนวความคิดที่เขาได้แสดงในองค์การ

3. บทบาท คือ การกระทำของสมาชิกที่เป็นปัจเจกบุคคล

นอกจากนี้เขายังได้ตั้งข้อสันนิษฐานว่า บทบาททั้งสามลักษณะนี้มีความสอดคล้องกันมาก และอาจเรียกใหม่ว่า บทบาทที่ต้องการ (Role-demands) บทบาทที่เป็นแนวความคิด (Role-conception) และการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance)(อ้างจาก Brian Morris, 1971)

นาเดล (1958) นักมานุษยวิทยาชาวอังกฤษ ได้กล่าวว่า บทบาทคือพฤติกรรมจริง ๆ ซึ่งไม่เหมือนกับสถานภาพหรือตำแหน่งที่มีลักษณะอยู่กับที่ บทบาทมีลักษณะเป็นพลวัตหรือการปฏิบัติซึ่งเป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคม "สถานภาพสามารถเพิ่มรายละเอียดต่าง ๆ ให้แก่บทบาท ในขณะเดียวกัน บทบาทก็มีส่วนในการกำหนดสถานภาพ" Nadel ได้แบ่งคุณสมบัติของบทบาทออกเป็น

1. คุณสมบัติภายนอก (Peripheral attributes) ถ้าคุณสมบัตินี้มีการเปลี่ยนแปลงหรือขาดหายไป ก็ไม่ทำให้บทบาทขาดประสิทธิภาพ โดยผู้ปฏิบัติบทบาทจะสามารถเลือกคุณสมบัติอื่น ๆ แทนได้

2. คุณสมบัติที่จำเป็น (Required attributes) ถ้าคุณสมบัตินี้มีการเปลี่ยนแปลงหรือขาดหายไป จะมีผลต่อประสิทธิภาพของบทบาท ดังนั้น จะนำการตอบโต้ (Sanction) มาประยุกต์แก้ไขให้การปฏิบัติของบทบาทสมบูรณ์

3. คุณสมบัติที่ชอบธรรม (Legitimating or Pivatal attributes) ถ้าคุณสมบัตินี้มีการเปลี่ยนแปลงหรือขาดหายไป จะเปลี่ยนลักษณะทั้งหมดของบทบาท ซึ่งย่อมจะมีปฏิกริยาเกิดขึ้น

ตามปกติสมาชิกแต่ละคนของสังคมถ้ามีสถานภาพเดียวกันก็จะมีบทบาทเหมือนกัน ซึ่งเขาจะเรียนรู้บทบาทจากการติดต่อกับคนอื่น ๆ และจะใช้วิธีการตอบโต้ต่อพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปเพื่อบังคับให้บุคคลที่มีสถานภาพเดียวกันมีบทบาทเหมือน ๆ กัน

เช่นเดียวกัน ธีโอดอร์ อาร์ ซาร์บิน (1954) ก็เน้นเรื่อง "ตน" (Self) ซึ่งเป็นหน่วยหนึ่งของบุคลิกภาพโดยกล่าวว่า บุคลิกภาพ คือ ระบบของการกระทำที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างตนและบทบาท และมีแบบความคิดอีกสองแบบที่รวมอยู่ในทฤษฎี "บทบาท" คือ บทบาทที่เป็นหน่วยของวัฒนธรรม ตำแหน่ง และบทบาทที่เป็นหน่วยของสังคม เขามีความเห็นว่า "บทบาทเป็นผลลัพธ์ของการมีปฏิกริยาต่อกันระหว่างเหตุการณ์สองชุด ชุดแรก คือ ความสมบูรณ์เต็มที่ (Maturation) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่คงที่จากวัฒนธรรมหนึ่งไปสู่อีกวัฒนธรรมหนึ่ง ส่วนชุดหลัง คือ สังคมส่วนตัว (Personal-social) เป็นการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงของจิตใจ" และการแสดงบทบาทจะเปลี่ยนแปลงไปตามตัวแปรอย่างน้อยสามตัว คือ

1. มีการรับรู้บทบาทได้อย่างถูกต้อง

2. มีทักษะในการแสดงบทบาท

3. มีการจัดระเบียบของตนเองและการรู้ถึงโครงสร้างซึ่งมีผลต่อการรับรู้ การเลือกและแสดงบทบาท

ตามความคิดเห็นของ กอร์ดอน ดับเบิลยู ออลพอร์ท เงื่อนไขในระบบสังคม คือ ความคิดหวังในบทบาท ซึ่งก่อให้เกิดแนวความคิดของบทบาทและนำไปสู่การยอมรับหรือการคัดค้านในบทบาท โดยได้รับอิทธิพลจากบุคลิกภาพที่ประกอบด้วยความสามารถ อารมณ์ ทัศนคติ ความประสงค์ แรงจูงใจ ความรู้ ความเข้าใจ และคุณค่า ซึ่งจะแสดงออกเป็นบทบาทที่ปฏิบัติ คือ พฤติกรรมในระบบสังคม และยังสอดคล้องกับแนวความคิดของ เกทเซลส์ และ กูบา ที่ว่าความคาดหวังในบทบาทและความต้องการทางอารมณ์ก่อให้เกิดพฤติกรรมทางสังคม และยังคล้ายคลึงกับทฤษฎีของเลวินสัน คือ แนวความคิดของบทบาทและบทบาทที่ต้องการได้กำหนดบทบาทส่วนบุคคลและทำให้เกิดพฤติกรรมตามบทบาท(อ้างจาก Brian Morris, 1971)

นีล กรอส, วาร์ด เอส. เมสัน และ อเลกซานเดอร์ ดับเบิลยู แมคเอียเชิร์น (1968) ได้พยายามจัดระเบียบให้แก่บทบาท โดยกำหนดความหมายของบทบาทตามหลักเกณฑ์ทางสังคมศาสตร์ ตามความเห็นของพวกเขา โดยแบ่งเป็น 3 ความหมาย คือ

1. บทบาทเป็นการรวมรูปแบบของวัฒนธรรมที่เป็นบรรทัดฐาน ซึ่งคล้ายคลึงกับแนวความคิดของลินตัน ที่กล่าวว่า สถานภาพและบทบาทเป็นตัวแทนของแนวความคิดที่ละเอียดของรูปแบบอุดมการณ์ ซึ่งควบคุมพฤติกรรมการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน สถานภาพเป็นการรวมสิทธิและหน้าที่ ส่วนบทบาทเป็นตัวแทนในลักษณะพลวัตของสถานภาพ เมื่อปัจเจกบุคคลได้ใช้สิทธิและหน้าที่ แสดงว่าเขากำลังปฏิบัติบทบาท

2. การกำหนดความหมายของบทบาทขึ้นอยู่กับสถานการณ์ โดยอาศัยตำแหน่งทางสังคมของเขาและของคนอื่น ๆ ซึ่งคล้ายกับความเห็นของชาร์เจนท์ ที่ว่า บทบาทมีส่วนผสมของวัฒนธรรม คุณลักษณะส่วนบุคคลและการตัดสินใจตามตำแหน่ง

3. บทบาท คือ การแสดงพฤติกรรมของเจ้าของตำแหน่งทางสังคม ซึ่งคล้ายคลึงกับการกำหนดความหมายของเดวิส ที่ว่า "บทบาทเป็นการปฏิบัติตามความต้องการจริง ๆ ตามตำแหน่งของเขา" และ ชาร์บิน กล่าวว่า "บทบาท คือ รูปแบบของการลำดับเหตุการณ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ และมีการกระทำโดยการมีปฏิกริยาโต้ตอบต่อกัน"

เมื่อบุคคลดำรงอยู่ในสถานภาพใดสถานภาพหนึ่ง เขาจะแสดงบทบาทตมมความคาดหวังของบทบาท และการรับรู้ในบทบาทของเขา แต่บางคนจะประสบความยุ่งยากที่จะแสดงบทบาทตามสถานภาพของเขา ทั้งนี้ เนื่องจากมีความขัดแย้งในบทบาทเกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้น ๆ

ไบรอัน มอร์ริส ได้แบ่งลักษณะสำคัญของความขัดแย้งในบทบาทออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. Inter-role conflict ชาร์บิน กล่าวว่า จะเกิดความขัดแย้งในบทบาทเมื่อบุคคลครองสองตำแหน่งหรือมากกว่าในเวลาเดียวกัน และเมื่อความคาดหวังในบทบาทหนึ่งไม่

สอดคล้องกับความคาดหวังในบทบาทอื่น ๆ

2. Intra-sender conflcit คาห์น และคนอื่น ๆ กล่าวว่าเป็นความขัดแย้งที่เกิดจากมีความคาดหวังที่ตรงกันข้ามกับสมาชิกในกลุ่มเพียงคนเดียว

3. Intra-role conflict ชีแมน กล่าวว่า บทบาทที่ขัดแย้งเกิดจากปัจเจกบุคคลมีการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่คาดหวังไว้ ส่วน กรอส กล่าวว่าในสถานการณ์ใดก็ตามที่บุคคลได้เผชิญกับความคาดหวังที่ไม่สอดคล้องกันจะเรียกว่า เขามีความขัดแย้งในบทบาท

4. Self-role conflict เลวินสัน กล่าวว่าเป็นสถานการณ์ของบทบาทแบบหนึ่งเสือปะจระเข้ (Role dilemmas) แต่ กอฟฟ์แมน กล่าวว่าเป็นระยะทางของบทบาท (Role distance) ที่บุคคลต้องแสดงบทบาทที่ตรงกันข้ามกับความคิดเกี่ยวกับตน (Self-image) ส่วน มัสโกรฟ กล่าวว่า เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเมื่อความคาดหวังและหน้าที่ตามสถานภาพนั้นไม่สอดคล้องกับบทบาทที่เป็นแนวความคิดหรือคุณค่าของเขา ซึ่งคล้ายคลึงกับ คาห์น และคณะ และ เกทเซลส์ และคณะ ที่ว่าความขัดแย้งไม่ใช่เรื่องของแนวความคิดของบทบาทเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องของความต้องการส่วนบุคคลและคุณค่า เช่น บทบาทที่ต้องการเป็นบทบาทที่ละเมิดคุณค่าของศีลธรรม เป็นต้น และเกทเซลส์ ยังได้กล่าวว่า ความคาดหวังในบทบาทของสถาบันและความต้องการส่วนบุคคลนั้นจะไม่สอดคล้องกันอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นจึงเกิดความตึงเครียดในสถาบันพร้อมกับเกิดความขัดแย้งในตัวปัจเจกบุคคล

ดังนั้น ไบรอัน มอร์ริสจึงสรุปว่า ความขัดแย้งในบทบาทเกิดจาก

1. การไม่สอดคล้องกันของความคาดหวังในบทบาท

2. การที่บทบาทมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน

3. การไม่สอดคล้องกันระหว่างความต้องการส่วนตัวของปัจเจกบุคคล หรือแนวความคิดของบทบาท และความคาดหวังในบทบาทขององค์การ

เมื่อบุคคลมีความขัดแย้งในบทบาทเกิดขึ้น จะต้องพยายามเปลี่ยนแปลงความคิดของบทบาทหรือความเชื่อของเขาให้ตรงกับพฤติกรรมที่เขาต้องปฏิบัติ ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้เสนอแนวความคิดต่าง ๆ ในการลดความขัดแย้ง คือ

กรอส, เมสัน และแมคเอียเชิร์น (1958) ได้สร้าง A Theory of Role Conflict Resolution เพื่อที่จะคาดการณ์พฤติกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความขัดแย้งในบทบาทว่าจะเลือกกระทำหรือแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างไร โดยศึกษาจากผู้อำนวยการโรงเรียนเมื่อเกิดความขัดแย้งในบทบาทกับกลุ่มครู ซึ่งทฤษฎีของเขาสามารถทำนายได้ถูกต้องถึง 90% เมื่อบุคคลได้เผชิญกับความขัดแย้งในความคาดหวังของบทบาทสองอย่างในขณะเดียวกัน บุคคลจะมีทางเลือกได้สี่ทางคือ

I17180464

1. ทำตามความคาดหวัง A

2. ทำตามความคาดหวัง B

3. มีพฤติกรรมประนีประนอม คือ พยายามทำตามความคาดหวังทั้ง A และ B แต่เพียงบางส่วน

4. พยายามหลีกเลี่ยงการทำตามความคาดหวังทั้งสอง โดยหันไปทำตามความคาดหวังอื่น ๆ

แต่การคาดการณ์ว่าบุคคลจะเลือกการกระทำแบบไหนจากสี่แบบนี้เพื่อลดความขัดแย้งจะขึ้นอยู่กับตัวแปรสองตัว ได้แก่ ความชอบธรรม (Legitimacy) และการตอบโต้ (Sanction)

เกทเซลส์ และ กูบา ได้เสนอถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกเพื่อลดความขัดแย้ง (อ้างจาก Brian Morris, 1971) คือ

1. เลือกบทบาทที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวัง

2. เลือกบทบาทที่มีความชอบธรรมซึ่งตรงกับความคาดหวังภายในสถานการณ์นั้น ๆ

3. เลือกบทบาทที่สำคัญก่อน

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างความคาดหวังในบทบาทที่องค์การต้องการและแนวความคิดของบทบาท หรือความต้องการทางอารมณ์ ของปัจเจกบุคคล เกทเซลส์ กล่าวว่า บุคคลจะปรับตัวได้ 3 แบบ คือ

1. ทำตามความคาดหวังในบทบาทขององค์การ

2. ทำตามความต้องการของตนเอง

3. ประนีประนอมระหว่างความต้องการขององค์การและของตนเอง

เลวินสัน ก็มีความคิดเห็นใกล้เคียงกับ เกทเซลส์ ในการลดความขัดแย้ง (อ้างจาก Brian Morris, 1971) คือ

1. เปลี่ยนแนวความคิดของบทบาทและบุคลิกภาพของตนให้มีโครงสร้างตามที่องค์การต้องการ

2. ลาออกจากองค์การหรือถูกไล่ออกจากองค์การ

3. คงอยู่ในองค์การ แต่คล้อยตามอย่างเฉื่อยชา

4. ใช้อำนาจทางสังคม (social power) เปลี่ยนโครงสร้างขององค์การ

ส่วน คาห์น และคณะ ได้เสนอว่าเมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในการทำงาน จะแก้ไขได้ (อ้างจาก Brian Morris, 1971) คือ

1. โดยการยินยอมตามวัตถุประสงค์ของปัญหา คือ ไม่แก้ปัญหา หรือชักชวนคนอื่น ๆ ให้ปรับปรุงความต้องการที่ไม่ตรงกันให้สอดคล้องกัน

2. พยายามหลีกเลี่ยงสาเหตุของความคับข้องใจ และใช้กลไกในการป้องกันตนเอง (Defence Mechanisms) โดยการบิดเบือนความจริงที่ทำให้เกิดความขัดแย้งหรือทำสถานการณ์ให้คลุมเครือ

3. สร้างอาการป่วยไข้และอาการทางสรีระ

จากเรื่องความขัดแย้งในบทบาทและการลดความขัดแย้ง คาฮ์น ได้สรุปไว้ว่า เมื่อปัจเจกบุคคลได้รับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ และได้ประเมินเหตุการณ์นั้น ๆ ว่ามีความสัมพันธ์แบบสอดคล้องหรือแบบขัดแย้งกับความคาดหวังในบทบาท ซึ่งถ้ามีความขัดแย้งกับความคาดหวังในบทบาทก็จะเกิดความกดดัน และนำไปสู่ความขัดแย้ง และปัจเจกบุคคลก็จะมีการตอบสนองโดยการพยายามลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นนั้น

แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งใช้ทฤษฎีบทบาทของไอเด็น เซาท์ฮอล ซึ่งเป็นทฤษฎีในทางมานุษยวิทยามาเป็นแนวทางหลักในการวิเคราะห์บทบาท ทั้งนี้เนื่องจากมีความใกล้เคียงกับลักษณะของสังคมไทยอยู่ค่อนข้างมาก จึงจะเห็นได้จากการที่เซาท์ฮอลได้มุ่งเน้นในข้อความจริงที่ว่า บุคคลจะแสดงสถานภาพของตนตามบทบาทที่ตนได้แสดงออก ซึ่งจะเห็นได้จากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันตามแต่ลักษณะของความเป็นสมาชิกของกลุ่ม และขนาดของเครือข่ายบทบาท อันได้แก่ ปัจเจกชน, กลุ่มสมาคม และสถาบัน

อนึ่งบทบาทของบุคคลจะถูกกำหนดไว้โดยวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มสังคมซึ่งมีการปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างสม่ำเสมอ และขึ้นอยู่กับลักษณะความเป็นคู่สัมพันธภาพของบุคคลอีกด้วย

เซาท์ฮอล ยังให้ความหมายของความขัดแย้งในบทบาทว่า ความขัดแย้งในบทบาทเกิดจากการให้ความหมายในทางสังคมต่อบทบาทเดียวกันด้วยแรงกดดันของกลุ่มที่แตกต่างกัน อาทิ เช่น ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์อาจถูกเรียกเป็นโปรเตสแตนท์ หรือโรมันคาธอลิค เป็นต้น

นอกจากนี้ความขัดแย้งในบทบาทยังเกิดจากการที่บุคคลมีความสัมพันธ์ตามบทบาทที่มีความหลากหลาย แต่จะไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทของบุคคลตามประเภทหลักๆ (อันได้แก่ เครือญาติและชาติพันธุ์, เศรษฐกิจ, การเมือง, พิธีกรรมหรือศาสนา และนันทนาการ) ที่มีความแตกต่างกันของกลุ่ม ซึ่งความสัมพันธ์ตามบทบาทระหว่างบุคคลนี้จะไม่มีความเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นในสังคมใดก็ตาม และบทบาทระหว่างบุคคลนี้อาจถูกแสดงออกอย่างเปิดเผยหรือซ่อนเร้นก็ได้

ความสัมพันธ์ทางสังคมกับความเชื่อทางสุขภาพ

จากการศึกษา พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์ (2533) ได้จำแนกกระบวนการความสัมพันธ์ทางสังคมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การสนับสนุนทางสังคม การควบคุมทางสังคม และความขัดแย้ง ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ส่งผ่านอิทธิพลไปยังสุขภาพ โดยกลไกทางชีววิทยา ทางจิตวิทยา และทางพฤติกรรม นอกจากนี้แล้วกระบวนการเหล่านี้ ยังอยู่ภายใต้อิทธิพลของตัวกำหนดภายนอก อันได้แก่ ตัวกำหนดทางชีววิทยา ตัวกำหนดทางจิตวิทยา และตัวกำหนดโครงสร้างและกระบวนการระดับมหภาค

กระบวนการความสัมพันธ์ทางสังคม(อ้างจาก พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, 2533)

จากผลการวิจัยของ รุค (1984) ให้ข้อชี้แนะว่าผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ อาจเกิดขึ้นได้เสมอในความสัมพันธ์ต่อบุคคลคนหนึ่งหรือต่อกลุ่มคนกลุ่มหนึ่ง และในบางกรณีผลกระทบเชิงลบที่มีต่อสุขภาพอาจจะอยู่ในระดับสูงกว่าผลกระทบเชิงบวกก็ได้

ตามความคิดของเดอร์กไคย์ม ความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การแต่งงาน การมีบุตร การยึดถือศาสนา และการมีงานทำ เป็นตัวส่งเสริมสุขภาพ โดยการสร้างความรู้สึกมีความหมายหรือมีเป้าหมายให้แก่ชีวิตของบุคคล และโดยการสร้างตัวควบคุมพฤติกรรมของบุคคล

ผลกระทบของการควบคุมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ อัมเบอร์สัน (1987) ได้แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การควบคุมทางตรง
2. การควบคุมทางอ้อม

การควบคุมทางตรงเป็นผลมาจากการที่คนอื่น ๆ กำหนดหรือส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง เช่น การควบคุมชนิดหรือปริมาณอาหารในการบริโภค การควบคุมหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การเสพยาเสพติด เป็นต้น ส่วนการควบคุมทางอ้อมนั้น ดำเนินโดยผ่านทางการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตามบรรทัดฐานทางสังคม เช่น มีความรับผิดชอบในการกระทำที่มีผลต่อบุคคลอื่น ๆ เป็นต้น

สำหรับการพิจารณาในด้านผลกระทบทางตรงแล้ว ความคิดเกี่ยวกับกระบวนการควบคุมทางสังคมกับกระบวนการสนับสนุนทางสังคมนี้ อาจมีความคล้ายคลึงกันอยู่บ้าง แต่ก็มีความแตกต่างกันที่กลไกที่อยู่เบื้องหลังกระบวนการทั้งสอง กล่าวคือ ความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปแล้ว มักเน้นกลไกในด้านการให้ความช่วยเหลือในเชิง "เครื่องมือ" (Instrumental Aid) โดยเน้นหนักที่การสนับสนุนในทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) ในขณะที่ความคิด

ในด้านการควบคุมทางสังคม เป็นกลไกในด้านการจำกัดควบคุม (constraint) พฤติกรรมของบุคคล โดยคนอื่น ๆ หรือโดยบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งกระบวนการทั้งสองนี้อาจทำหน้าที่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง แต่ถ้านำมาพิจารณาในด้านผลกระทบทางอ้อมแล้ว การสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยในการลดความเครียดและการปรับตน หรือการดัดแปลงเพื่อแก้ปัญหาความเครียด (Adaptation to stress) ของบุคคลได้มากกว่า

กลไกเชื่อมโยงระหว่างความสัมพันธ์ทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

การทำความเข้าใจในกระบวนการทางสังคมนั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงกลไกซึ่งอาจเป็นตัวเชื่อมระหว่างกระบวนการทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ หรืออาจเป็นช่องทางเลือกที่ส่งผลกระทบไปยังพฤติกรรมสุขภาพ กลไกเหล่านี้ ได้แก่

1. กลไกทางชีววิทยา

ทฤษฎีและหลักฐานทางชีววิทยาสังคม (sociobiology) และพฤติกรรมสัตววิทยา (Ethology) ได้ชี้แนะให้เห็นว่ามนุษย์และสัตว์ประเภทอื่น ๆ ถูกกำหนดโดยปัจจัยในเชิงพันธุศาสตร์ ให้แสวงหาการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และก่อรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมเพื่อเสริมสร้างพลังความอยู่รอดของพวกตน ซึ่งแรงขับเข้าสู่การร่วมกลุ่ม (sociability) อาจมีผลต่อการเพิ่มความรู้สึกตื่นตัวเมื่อความสัมพันธ์ทางสังคมถูกคุกคาม และลดความรู้สึกตื่นตัวเมื่อความสัมพันธ์เหล่านี้ไม่เปลี่ยนแปลง แม้กระทั่งในภาวะความเครียด

2. กลไกทางจิตวิทยา

ตามความคิดของเดอร์กไคธ์ม ความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่า ชีวิตมีความหมายและมีเป้าประสงค์ กล่าวคือ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีวัตถุประสงค์ในด้านการสนับสนุนและยืนยันความเห็นพ้องต้องกันในด้านค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับโลก เป็นตัวสนองสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. กลไกทางพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ทางสังคม อาจเป็นตัวส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

1. พฤติกรรมที่เป็นตัวส่งเสริมสุขภาพของบุคคลหรือของกลุ่ม เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การควบคุมปริมาณอาหาร หรือพฤติกรรมการดื่ม เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่เป็นตัวคุ้มครองสุขภาพในภาวะที่เผชิญกับความเครียดหรือสิ่งคุกคามสุขภาพอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

3. พฤติกรรมการจัดการเพื่อแก้ปัญหา (adaptive coping behavior) หรือพฤติกรรมคุ้มครองสุขภาพ เช่น การสวมเครื่องป้องกันอันตรายต่าง ๆ การตรวจสุขภาพ เป็นต้น

ในการศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการศึกษาค้นคว้าหาสาเหตุต่าง ๆ อันน่าจะส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลจากการศึกษาดังกล่าว ได้พัฒนาขึ้นเป็นแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) อันเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายว่าเป็นรูปแบบที่รวบรวมเอาปัจจัยต่าง ๆ ไว้ เพื่อใช้อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพและอนามัย โดยมีแนวความคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางด้านสังคมจิตวิทยาหลาย ๆ ทฤษฎี เช่น ทฤษฎีทางจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ (Psychological and Behavioral Theory) ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบุคคลทางด้านสุขภาพอนามัยของเบคเกอร์และไมเมน (1977), ทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory) ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Lewinian Theory of Goal Setting in The Level of Aspiration Situation) ของเลวินและคณะ (Lewin, 1985) ว่าพฤติกรรมในการตัดสินใจกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับการคาดคะเน (Expectation) และการให้คุณค่า (Value) ของแต่ละบุคคลที่กำหนดขึ้นต่อผลที่จะได้รับในการกระทำนั้น ๆ นอกจากนั้นแล้วการศึกษาหลาย ๆ แห่ง ได้สนับสนุนการใช้แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพมาเป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ (Preventive Health Behavior) และนำมาใช้ในการวิเคราะห์เพื่ออธิบายพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเกิดโรคแล้ว และเมื่อยังไม่เกิดโรคได้ด้วย เช่น แฮริสและกูเตน (1979) พบว่าตัวแปรบางตัวในแบบจำลองนี้ มีความสัมพันธ์อย่างปานกลางกับกลุ่มพฤติกรรมบางกลุ่มที่บุคคลกระทำเพื่อให้มีสุขภาพดี

<u>หลักพื้นฐานของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ</u> ที่นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย ก็คือ แนวความคิดที่เชื่อว่าพฤติกรรมทางด้านสุขภาพสามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ

1) <u>พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย</u> ขึ้นอยู่กับความน่ากลัวของความเจ็บป่วย (The threat posed by illness) ซึ่งเน้นว่า การรับรู้โอกาสที่จะเกิดเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) และการรับรู้เกี่ยวกับความร้ายแรงของโรค (Perceived severity) ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและกระทบกระเทือนถึงหน้าที่ของสังคม จะมีผลต่อพฤติกรรมของคนได้

การรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ของบุคคลแต่ละบุคคลมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเป็นอย่างมาก กล่าวคือบุคคลใดที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคดี จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง แบตติสเตลลา (1968) พบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งที่สองของแบตติสเตลลา (1968) ที่พบว่าผู้เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีย่อมเอาใจใส่ต่อ

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุขภาพของตน โรเซนสต็อค (1961) ได้อธิบายถึงลักษณะการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่าเป็นความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความเชื่อจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนเชื่อว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปานกลาง และบางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคง่ายกว่าผู้อื่น เพราะฉะนั้นบุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ คีจีเลส (1969) และกอชแมน (1968) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าบุคคลใดที่มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ย่อมมีระดับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคสูงด้วยนอกจากนี้ เฮนเชลแมนและบากเลย์(1970) พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายมีความต้องการที่จะให้ตนมีสุขภาพดี ซึ่งจุดประสงค์ที่สำคัญที่สุดของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายก็คือ การลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ชีชแมน (1970) กล่าวสนับสนุนว่าผู้ที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ดีเท่านั้น จึงจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ชีชแมน (1970) กล่าวว่า ยิ่งอาการของโรครุนแรงมากเท่าใดจะยิ่งกระทบกระเทือนความสามารถของบุคคลที่จะดำเนินกิจกรรมปกติของเขา โดยจะแสดงความเป็นห่วงมากขึ้น การชลอการตีความการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากการเปรียบเทียบระหว่างเหตุการณ์ที่สนใจ และน่าเรียกร้องมากกว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่เห็นความสำคัญของอาการซึ่งเขาเข้าใจว่าไม่รุนแรง และไม่ทำให้ทุพพลภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าอาการเหล่านี้ ไม่กระทบกระเทือนชีวิตในสังคมของเขา

ในอีกด้านหนึ่ง ถ้าบุคคลสงสัยว่าอาการเป็นสัญลักษณ์ของการเริ่มต้นของการเจ็บป่วยร้ายแรง เขาจะตัดสินใจปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไปและไปพบแพทย์ (Wu Ruth, 1973)

2) <u>พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย</u> ขึ้นอยู่กับความเชื่อ (Belief) ในประสิทธิภาพ (Efficiency) หรือคุณค่า (Value) ของพฤติกรรมที่จะกระทำว่าสามารถลดความน่ากลัว (Perceived Benefit) ขึ้นอยู่กับการคาดคะเน (Estimation) ถึงค่าใช้จ่าย (Costs) ด้านร่างกาย จิตใจ เงิน หรือ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ต้องเสียไปในการกระทำพฤติกรรมนั้น (Perceived Barriers) และการที่บุคคลจะปฏิบัติอย่างไร ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ จะต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด

คอบ (1977) พบว่าบุคคลที่รับรู้ถึงความน่ากลัวของโรคจะแสวงหาการวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาอย่างฉับพลัน และรูท (1973) พบว่าคนไข้ซึ่งไปหาแพทย์โดยทันทีนั้น ตระหนักถึงอันตรายของโรคมะเร็ง คนไข้ชลอที่จะไปพบแพทย์ มีการอดกลั้นไว้ เพราะไม่ตระหนักถึง

อันตรายของมันเลย

3) <u>พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย</u> ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม (Cue to Action) โดยอาจเกิดจากภายในร่างกายมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเชื่อและการยอมรับขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวกับความยากง่ายของการติดโรค ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่จะได้รับหักล้างจากความยากลำบากและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ถ้าหากบุคคลมีระดับความเชื่อและความพร้อมน้อยก็จำเป็นที่จะใช้แรงกระตุ้นมากขึ้น จึงทำให้บุคคลยินยอมที่จะจัดการกับปัญหาของเขา แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีระดับความเชื่อและความพร้อมสูงก็ไม่จำเป็นเพียงแต่แรงกระตุ้นภายในเท่านั้น ก็สามารถทำให้เขายอมรับและปฏิบัติตามอย่างง่ายดาย จากการวิจัยบางเรื่องในต่างประเทศพบว่ามีปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นมักได้แก่ สิ่งชี้แนะจากภายนอกมากกว่า (Wolinsky, 1980; Maiman and Becker, 1974)

<u>ตัวกำหนดลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคม</u> (อ้างจาก พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, 2533)

การพิจารณาถึงการสนับสนุนทางสังคมในฐานะที่มีศักยภาพในการยกระดับสุขภาพนั้นจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในโครงสร้างและกระบวนการทางสังคมระดับมหภาค ควบคู่กับความรู้ทางด้านตัวกำหนดภายนอกทางด้านชีววิทยา และจิตวิทยา ที่มีอิทธิพลต่อลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคม

1. <u>ตัวกำหนดทางด้านชีววิทยาและจิตวิทยา</u> (อ้างจาก พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, 2533)

ทั้งนี้เนื่องจากเชื่อกันว่า บุคคลที่มีสุขภาพดีทั้งในด้านจิตวิทยาและด้านชีวการแพทย์ มักเป็นผู้ที่มีความสามารถสูงในการสร้างและการธำรงความสัมพันธ์ทางสังคม ดังนั้นแนวโน้มดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้บุคคลมีทั้งความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีและสุขภาพดีในขณะเดียวกัน แต่ก็มีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่มากนัก ที่จะสนับสนุนข้อเสนอดังกล่าว และที่มีอยู่ก็แสดงหลักฐานที่ขัดแย้งกัน

ผลการศึกษาแบบต่อเนื่อง (Prospective Studies) ในด้านการตาย แสดงให้เห็นแบบแผนผลกระทบของบูรณาการทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอย่างชัดเจน ถึงแม้ว่าจะควบคุมสถานะสุขภาพทางร่างกายแล้วก็ตาม ในทำนองเดียวกัน งานวิจัยระยะยาว (Longitudinal Studies) ต่าง ๆ ได้ชี้ให้เห็นเช่นกันว่า บูรณาการทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายสุขภาพจิตได้ แม้กระทั่งหลังจากได้ควบคุมระดับสุขภาพจิต ณ จุดเริ่มต้นของการศึกษาแล้วก็ตาม ดังเห็นได้จากการวิจัยของ แคปลนและคณะ (1987) ลินและเอนเซล (1984) (อ้างจาก พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, 2533)

2. ตัวกำหนดทางสังคมระดับมหภาค

เนื้อหาทางทฤษฎีในทางสังคมวิทยาชี้แนะให้เห็นว่า ปัจจัยทางสังคมระดับมหภาคมีอิทธิพลต่อลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งจากการวิจัยแบบต่าง ๆ ได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของโครงสร้างสังคมระดับมหภาคที่มีต่อโครงสร้าง, กระบวนการ, และเนื้อหาของความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเราสามารถตรวจสอบถึงความแปรผันในโครงสร้างและกระบวนการของความสัมพันธ์ทางสังคมได้ดังนี้

1. แปรผันตามกลุ่มบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งในเชิงโครงสร้างที่แตกต่างกันในสังคม เช่น ระหว่างเพศ วัย หรือชนชั้น เป็นต้น

2. แปรผันในระหว่างชุมชน หรือองค์การรูปนัยที่แตกต่างกัน เช่น ระหว่างชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท หรือองค์การที่มีพื้นฐานอยู่บนการใช้อำนาจบังคับกับองค์การที่มีพื้นฐานอยู่บนความเสมอภาค เป็นต้น

3. แปรผันโดยมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างสังคมระดับมหภาค

นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ จะต้องให้ความสนใจในตัวกำหนดเชิงชีววิทยา ตัวกำหนดเชิงจิตวิทยา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวกำหนดเชิงโครงสร้างและกระบวนการทางสังคมระดับมหภาค ซึ่งมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมระดับจุลภาค อันได้แก่ ครอบครัว

ผลของการเจ็บป่วยที่กระทบต่อครอบครัว (สุปราณี วศินอมร, 2532) มีดังนี้

1. บทบาทของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป

2. มีการเปลี่ยนแปลงการมอบหมายงาน-ความรับผิดชอบให้แก่สมาชิกในครอบครัว

3. สมาชิกภายในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการเจ็บป่วยนั้น และอาจเกิดความขัดแย้งกันเนื่องจากต้องเพิ่มภาระความรับผิดชอบมากขึ้น

4. อาจเกิดปัญหาด้านการเงิน

5. ความว้าเหว่ อันเนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล หรือต้องแยกผู้ป่วยเพื่อผลของการรักษา หรือจากการพลัดพรากเนื่องจากความตาย

6. อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม

จากการศึกษาที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่ามีแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นกลุ่มสังคมที่มีขนาดเล็ก เป็นกลุ่มระดับท้องถิ่นที่จำเป็นที่สุดสำหรับมนุษยชาติ ทำหน้าที่ต่าง ๆ แบบเดียวกันในสังคมมนุษย์จนเป็นหน้าที่สากลของครอบครัว (บุญลือ วันทายนต์, 2520) อันได้แก่

1. ครอบครัวเป็นที่ให้กำเนิดแก่มนุษย์ และเพิ่มจำนวนสมาชิกของสังคม

2. ครอบครัวเป็นที่อบรมเลี้ยงดูเด็กให้เจริญเติบโตเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม โดยที่เด็กจะต้องมีพลานามัยที่สมบูรณ์ และมีความรอบรู้ในขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ

3. ครอบครัวทำหน้าที่เป็นทั้งหน่วยผลิตและหน่วยบริโภคในเวลาเดียวกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการกระทำหน้าที่ในทางเศรษฐกิจแก่สังคม

4. หน้าที่ให้ความอบอุ่นทางด้านจิตใจ ให้ความช่วยเหลือและปกป้องคุ้มครองสมาชิกของครอบครัวในภาวะวิกฤตต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในยามเจ็บป่วย ยามประสบอุบัติเหตุ ฯลฯ ครอบครัวหลายครอบครัวก็ยอมใช้จ่ายทรัพย์สินจำนวนมากไปเพื่อการหน้าที่นี้

แต่เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในสังคมไทยซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือ

1. มีระบบการเป็นครอบครัวที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ และการดำรงชีพของไทย

2. ความเป็นไปต่าง ๆ ของครอบครัวขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และความผูกพันระหว่างสมาชิกของครอบครัว

3. สมาชิกครอบครัวไทยมีสิทธิและหน้าที่ตามความเหมาะสมกับสังคมไทย นั่นคือการเป็นอยู่ และความเคารพนับถือที่สมาชิกมีอยู่ต่อกัน

อนึ่งสังคมไทยในปัจจุบันโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นสังคมที่มีความเจริญทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และอุตสาหกรรม จึงยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว โดยเฉพาะรูปแบบและสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามวัฒนาการของสังคม (บุญลือ วันทายนต์, 2520) ดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัวจากครอบครัวขยาย (extended family) มาเป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) แบบครอบครัวทรงสิทธิเสมอภาค (equalitarian family)

2. มีความเห็นห่างทางอารมณ์ ในระหว่างสัมพันธภาพของสมาชิกภายในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกภายในครอบครัวมีกิจกรรมนอกบ้านมากขึ้น

3. มีการเปลี่ยนแปลงอิทธิพลด้านบทบาทของสมาชิกภายในครอบครัวในการทำสังคม-ประกิต (socialization) โดยที่องค์การหรือสถาบันทางสังคมอื่น ๆ จะกระทำหน้าที่แทน

4. สำหรับในครอบครัวขยายนั้น บิดามารดาจะมีความเข้มงวดต่อสมาชิกของครอบครัว ตามค่านิยมของสังคมดั้งเดิม และไม่คำนึงถึงความแตกต่างของช่วงวัยระหว่างสมาชิกของครอบครัว

จากความรู้ทั้งในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 นี้ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานในการวิจัยดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 "ปัจจัยภายนอกทางสังคมระดับมหภาค อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และสถานภาพทางการสมรส มีความสัมพันธ์เชิงสัมพัทธ์กับปัจจัยภายนอกทางพฤติกรรม อันได้แก่ ลักษณะทางเพศสัมพันธ์" โดยนำข้อความรู้ที่ได้จากทฤษฎีความสัมพันธ์ทางสังคมและความเชื่อทางสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องของตัวกำหนดในทางสังคม อันได้แก่ ตัวกำหนดเชิงชีววิทยา ตัวกำหนดเชิงจิตวิทยา และตัวกำหนดเชิงโครงสร้างและกระบวนการทางสังคมระดับมหภาค ซึ่งมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับจุลภาค มาใช้ในการตั้งสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 2 "ปัจจัยภายนอกทางสังคมระดับมหภาค มีความสัมพันธ์กับความรู้และความเชื่อต่อโรคติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยปัจจัยภายนอกทางพฤติกรรมเป็นตัวแปรคุม" โดยนำข้อความรู้ที่ได้จากทฤษฎีความสัมพันธ์ทางสังคมและความเชื่อทางสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องของหลักพื้นฐานของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ อันได้แก่ ความน่ากลัวของความเจ็บป่วย การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ ตลอดจนตัวกำหนดในทางสังคม มาใช้ในการตั้งสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 3 "ความรู้และความเชื่อต่อโรคติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้และความเชื่อต่อโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้องมาก มีความคิดเห็นในทางบวกต่อการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มากกว่า ผู้ที่มีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องน้อย" โดยนำข้อความรู้ที่ได้จากความรู้ในส่วนที่ 1 ในเรื่องของพฤติกรรมการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี, ข้อความรู้ที่ได้จากทฤษฎีบทบาทและความขัดแย้งในบทบาท และข้อความรู้ที่ได้จากทฤษฎีความสัมพันธ์ทางสังคมและความเชื่อทางสุขภาพ ในเรื่องของหลักพื้นฐานของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ มาใช้ในการตั้งสมมติฐาน

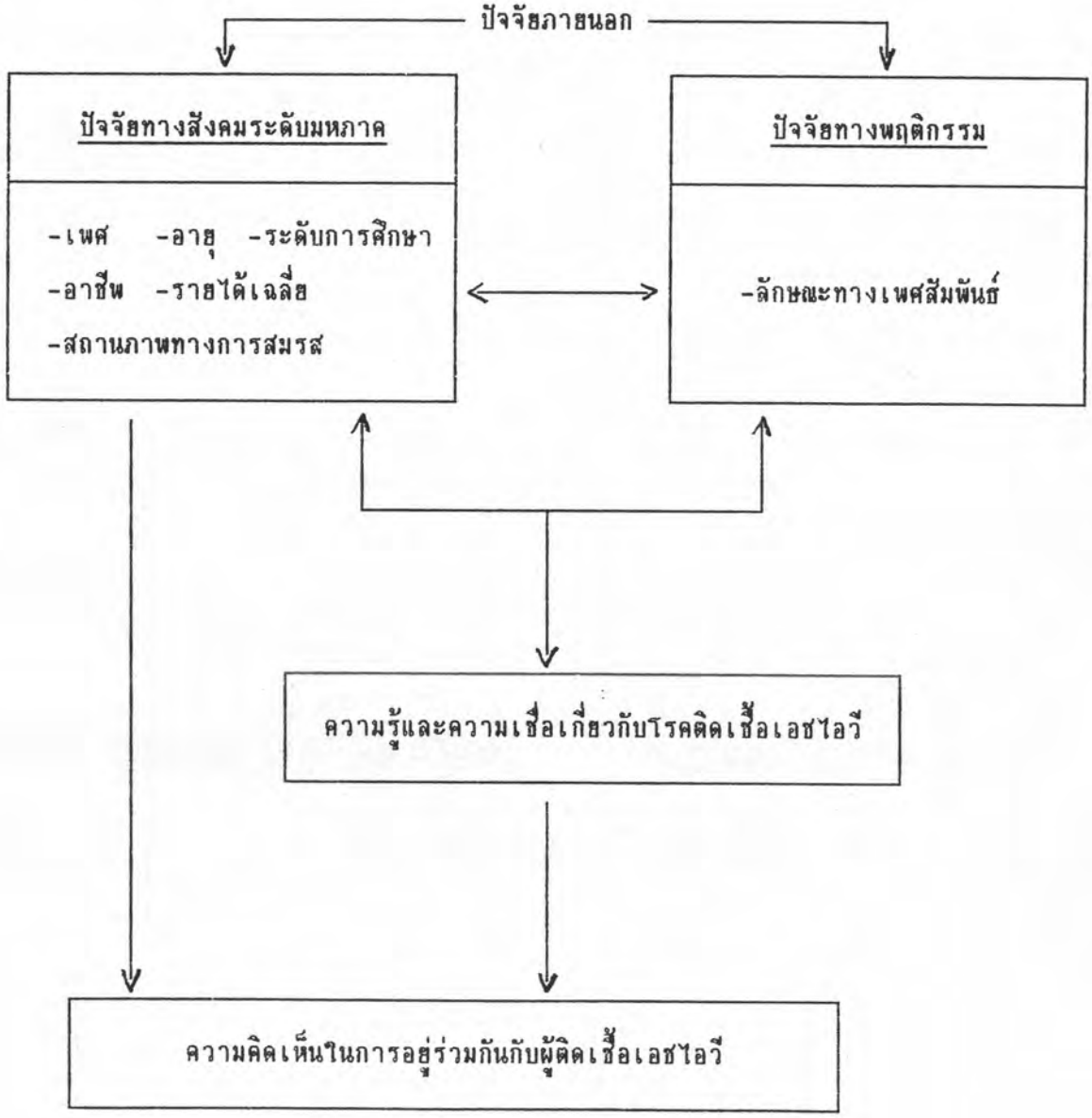
สมมติฐานข้อที่ 4 "ปัจจัยภายนอกทางสังคมระดับมหภาค อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และสถานภาพทางการสมรส มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี" โดยนำข้อความรู้ที่ได้จากความรู้ในส่วนที่ 1 ในเรื่องของพฤติกรรมการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี, ข้อความรู้ที่ได้จากทฤษฎีความสัมพันธ์ทางสังคมและความเชื่อทางสุขภาพ ในเรื่องของตัวกำหนดเชิงโครงสร้างและกระบวนการทางสังคมระดับมหภาค มาใช้ในการตั้งสมมติฐาน

<u>กรอบแนวคิดในการวิจัย</u>

จากแนวความคิดและผลการศึกษาดังกล่าวมาข้างต้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

เพื่อพิสูจน์สมมุติฐานได้ดังนี้ะ ความคิดเห็นของบุคคลในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลเชิงกันชน ที่เกิดจากปัจจัยภายนอกทางสังคมระดับมหภาค อันได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้เฉลี่ย และสถานภาพทางการสมรส และจากปัจจัยภายนอกทางพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงลักษณะพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อของบุคคล นอกจากนี้ยังได้รับผลทางตรงจากความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 1 ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อใช้พิสูจน์สมมติฐาน



จากกรอบแนวคิด ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งตามประเภทของตัวแปรได้ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (independent variables)

ความรู้และความเชื่อที่มีต่อโรคติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยภายนอกทางสังคมระดับมหภาค

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- รายได้เฉลี่ย
- สถานภาพทางการสมรส

ปัจจัยภายนอกทางพฤติกรรม

- ลักษณะทางเพศสัมพันธ์ของผู้ถูกศึกษา

ตัวแปรตาม (dependent variables)

ความคิดเห็นในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี