

บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS หรือ Acquired Immune Deficiency Syndromes) หมายถึงกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง เนื่องจากถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งชื่อ เอช ไอ วี (Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำลายเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคคนนั้นเสื่อมหรือบกพร่อง จนเป็นสาเหตุให้ร่างกายของคนนั้นอ่อนแอ มีการเจ็บป่วยบ่อย รักษาไม่หาย ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และในที่สุดก็จะตายด้วยโรคเรื้อรังนั้น การติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การรับเลือดหรือองค์ประกอบของเลือดเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหามากขึ้นเรื่อย ๆ และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักจะมีระยะไม่แสดงอาการนานถึงประมาณ 8-10 ปี แม้ว่าจะมีบางรายอาจแสดงอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตในเวลาไม่นาน หรือบางรายอาจจะไม่มีอาการเลยแม้กระทั่งผ่านไปมากกว่า 12 ปี ก็ตาม (วิจัย โชควิวัฒน์, 2543)

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นครั้งแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ติดเชื้อเอดส์ขณะอยู่อเมริกา จากการมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ หลังจากนั้นเป็นต้นมาประเทศไทยเริ่มมีผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีอาการเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรคได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2551 รวมทั้งสิ้น 339,697 ราย และมีผู้เสียชีวิต 92,275 ราย กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 30-34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 25.81) รองลงมาอายุ 25-29 ปี 35-39 ปี และ 40-44 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 23.23, 17.88 และ 9.99 ตามลำดับ ส่วนอายุต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.37) อาชีพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกรรม,ว่างงาน,ค้าขาย และแม่บ้าน (ร้อยละ 44.81, 20.17, 6.01, 4.48 และ 4.20 ตามลำดับ) และจำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามอาชีพ และเพศ ในกลุ่มผู้ต้องขัง พบรวมทั้งสิ้น 5,319 คน (สำนักกระบวนวิชา, 2551)

สำหรับกลุ่มผู้ต้องขัง ผู้ต้องหา จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามอาชีพ และเพศ ตั้งแต่กันยายน พ.ศ. 2527-31 มีนาคม พ.ศ. 2551 (สำนักกระบวนวิชา, 2551) ดังสถิติต่อไปนี้

ปี พ.ศ. 2527-2548 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นชาย 4,563 คน หญิง 256 คน

ปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นชาย 211 คน หญิง 32 คน

ปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นชาย 205 คน หญิง 34 คน

ปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นชาย 125 คน หญิง 11 คน

และในปัจจุบันมีผู้ต้องขังที่เป็นผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ ประมาณ 1,573 คน สํารวจ ณ วันที่ 29 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 (กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์, 2552) สำหรับผู้ต้องขัง ที่เป็นผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยในเขต 2 ทั้งสิ้น 113 ราย แยกเป็นชาย 93 ราย หญิง 20 ราย (ณ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2551 กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์) ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ของโรคเอดส์ยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ต้องขัง

1. กลไกการดำเนินของโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีการทางคลินิกมีความหลากหลาย นับจากผู้ป่วยรับเชื้อ HIV เมื่อมีการติดเชื้อเอดส์เกิดขึ้น ในระยะแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการ Acute Retroviral Syndrome มีส่วนน้อยที่ไม่มีอาการ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นจนกระทั่งระยะหลังเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง จะมีการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 ระยะที่สำคัญ คือ (มัทนา หาญวิชัย, 2550)

1.1 ระยะการติดเชื้อปฐมภูมิ (Primary Infection) การเปลี่ยนแปลงในร่างกายในระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายประมาณ 4-14 วัน มีการเพิ่มจำนวนของเชื้ออย่างรวดเร็วในกระแสเลือด จนอาจสูงถึง 1 ล้านตัวในเลือด 1 มล. และคงสูงต่อไปอีก 2-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งจะเริ่มมีอาการ ไข้ มีผื่น และต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เชื้อเอชไอวี จะเข้าสู่เซลล์เป้าหมายทำให้มีการลดจำนวนของเม็ดเลือดขาว Lymphocyte ชนิด ซีดีโฟร์ (CD4+) อย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันระบบภูมิคุ้มกันก็จะทำลายไวรัสในกระแสเลือดออกไปอย่างรวดเร็วเช่นกันจนเหลือประมาณ 10,000-100,000

Copies ต่อเลือด 1 มิลลิลิตร และจำนวน ซีดีโฟร์ (CD4+) Lymphocyte ก็จะสูงขึ้นจนใกล้เคียงปกติ และอาการแสดงต่าง ๆ จะหายไป ระยะนี้กินเวลาประมาณ 9 สัปดาห์

1.2 ระยะไม่แสดงอาการ (Clinical Latency) เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อจะไม่แสดงอาการใด ๆ ในขณะที่จำนวนเชื้อเอชไอวีก็จะสูงขึ้นอย่างช้า ๆ สัมพันธ์กับจำนวน ซีดีโฟร์ (CD4+) Lymphocyte ที่ค่อย ๆ ลดลงอย่างช้า ๆ เช่นกัน โดยพบว่าส่วนหนึ่งมีการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวี ในระบบน้ำเหลือง (Lymphocyte System) จำนวนของเชื้อเอชไอวีที่น้อยที่สุด ที่พบในกระแสเลือด ในระยะนี้เรียกว่า Set Point สามารถประมาณระยะเวลาของการแสดงอาการได้โดยถ้ามากกว่า 100,000 Copies/ml จำนวน ซีดีโฟร์ (CD4+) จะลดลงอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่ระยะแสดงอาการภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี ถ้าน้อยกว่า 1,000 Copies/ml ก็จะมีการลดลงอย่างช้า ๆ ของจำนวน ซีดีโฟร์ (CD4+) และอยู่ในระยะไม่แสดงอาการนี้มากกว่า 10 ปีขึ้นไป หรือถ้าน้อยกว่า 200 Copies/ml ยังไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการเลย แต่อย่างไรก็ดีผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีเชื้อใน Set Point อยู่ระหว่าง 1,000-100,000 Copies/ml

1.3 ระยะแสดงอาการ (Symptomatic HIV Infection) เมื่อระดับ ซีดีโฟร์ (CD4+) ลดลงจนกระทั่งเหลือน้อยกว่า 200 Copies/ml ซึ่งเป็นระดับที่ไม่สามารถกระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อต้านเชื้อได้ ผู้ติดเชื้อจะเริ่มมีอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรง เช่น การติดเชื้อราในทางเดินอาหาร จนกระทั่งการติดเชื้อวัณโรค การติดเชื้อโปรโตซัวในปอด การติดเชื้อราในสมอง ซึ่งมีความรุนแรงจนสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิต โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อเริ่มมีอาการแล้วจะเสียชีวิตภายใน 1-2 ปี

2. การติดต่อและการแพร่กระจาย

ปริมาณของเชื้อเอชไอวี ที่พบมากในร่างกายผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้แก่ น้ำเหลือง เนื้อเยื่อ น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งจากช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ น้ำไขสันหลัง น้ำตา ปัสสาวะ และน้ำนม มีโอกาสพบได้น้อย (วสันต์ จันทราทิตย์, 2550) ซึ่งเมื่อมีพฤติกรรมสัมผัสบางแบบกับโลหิต น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด และน้ำนมซึ่งมีปริมาณเชื้อไวรัสจำนวนมาก อาจทำให้ติดเชื้อได้ โดยทั่วไปการติดต่อพบได้ 3 ทางสำคัญ คือ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

2.1 การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อไวรัส HIV ทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก และพบว่าผู้ชายแพร่เชื้อไปให้ผู้หญิงมากกว่าผู้หญิงไปให้ผู้ชาย ปัจจัยเสริมที่ทำให้การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คือการเป็นกามโรคร่วมด้วย หรือมีบาดแผลทางอวัยวะเพศ หรือการร่วมเพศที่รุนแรง การติดเชื้อไวรัส HIV ทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยพบสูงถึง ร้อยละ 70-75 การติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น เนื่องมาจากในน้ำอสุจิและสารคัดหลั่งจากช่องคลอดมักมี Lymphocyte ปะปนอยู่ด้วย CD4 + Lymphocytes จะเป็นแหล่ง

เพิ่มจำนวนของไวรัสและปล่อยเชื้อออกมาในน้ำอสุจิและสารคัดหลั่งจากช่องคลอด ในการหลั่งน้ำอสุจิแต่ละครั้งจะมีเม็ดเลือดขาวปะปนออกมาด้วยถึง 106 เซลล์ และถ้าเป็นผู้ติดเชื้อจะมีเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัส HIV ประมาณร้อยละ 0.01-5.0 หรือไม่น้อยกว่า 104 เซลล์ ในปัจจุบัน ยังไม่พบว่าเชื้อไวรัส HIV ติดเชื้อและเพิ่มจำนวนในตัวของอสุจิ แต่การติดเชื้อไวรัส HIV จาก Genital Secretion มักติดจากเซลล์ที่มีเชื้อมากกว่าติดจากอนุภาคไวรัสอิสระ เพราะเซลล์ติดเชื้อจะมีจำนวนมากกว่า เซลล์ติดเชื้อจะส่งผ่านไวรัสไปยัง Epithelial Cells ได้ดี เมื่อมี Seminal Fluid อยู่ด้วย เนื่องจากใน Seminal Fluid มีสารซึ่งทำให้เซลล์ทั้งสองชนิดสัมผัสกันได้ดีขึ้น (Cell to Cell Contact)

เซลล์ที่มีบทบาทในการติดเชื้อไวรัส HIV ทางเพศสัมพันธ์

- Langerhans Cells (LCs) เป็นเซลล์ที่มี CD4 Receptor พบอยู่ในผิวหนังชั้น Epidermis และเยื่อเมือกต่าง ๆ เช่น เยื่อบุช่องปาก เยื่อบุทวารหนัก และเยื่อบุอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ ช่องคลอดและปากมดลูก รวมทั้ง Transitional Zone ของปากมดลูกตลอดจน Endocervix

- M Cells คำว่า M มาจากคำ ว่า Microfold ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์ชนิดนี้ผิวที่เป็นรอยพับขนาดเล็ก ๆ (Membranous Microfold Cell) M cells เป็น epithelial cells พิเศษชนิดหนึ่งอยู่ในส่วน (Domain) ที่เรียกว่า Follicle. Associated Epithelium ของ Peyer's Patch โดยจะแทรกอยู่ในระหว่าง Enterocytes พบ M cells ได้ตลอดความยาวของ Intestinal Tract จนกระทั่งถึงทอนซิล แต่ M cell จะมีหนาแน่นในส่วนปลายของ Colon

- M cells สามารถ Transport จุลชีพได้ทั้งแบคทีเรียไวรัสและปรสิตเชื่อว่า M cell มีบทบาทสำคัญในการติดเชื้อไวรัส HIV ในบุรุษรักร่วมเพศที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ทั้งนี้เนื่องจาก M Cells ที่ทวารหนักจะพาเอาเชื้อไวรัสผ่านเข้าไปใน Extracellular Space ซึ่งโอบล้อม Lymphocyte และ Macrophage ไว้ภายใน ทำให้ T Cells และ Macrophage ว่างภายใน ทำให้ T Cell และ Macrophage ติดเชื้อ และเมื่อเซลล์ติดเชื้อ แพร่เข้าสู่กระแสเลือดและ น้ำเหลือง เชื้อไวรัสจึงแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย

- การติดเชื้อไวรัส HIV จึงเกิดขึ้นได้แม้เยื่อบุอวัยวะสืบพันธุ์จะไม่มีรอยถลอก (Intact mucous Membranes) แต่จะเกิดได้ง่ายขึ้น ถ้ามีการฉีกขาดหรือรอยถลอกบนเยื่อบุนั้น

2.2 การติดต่อทางเลือด

2.2.1 โดยการได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด การฉีดยาเสพติดโดยใช้เข็มร่วมกันถูกเข็มที่ปนเปื้อนเชื้อดำ พบว่าการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเป็นสาเหตุที่พบมากในกลุ่มนี้ การติดเชื้อจากการได้รับเลือดพบน้อยมาก เนื่องจากมีการตรวจกรองพฤติกรรมเสี่ยงของผู้บริจาคโลหิตและการตรวจ Anti - HIV และ p24 Antigen ในเลือดที่รับบริจาคผู้ติดเชื้อไวรัส HIV ทั้ง

ผู้ที่ไม่แสดงอาการและผู้ที่เป็นเอดส์จะมีไวรัสฮิวส์อยู่ในกระแสเลือดเสมอ นอกเหนือจากมีเซลล์ที่ติดเชื้อระยะติดเชื้อเฉียบพลันจะเป็นช่วงที่มีไวรัสฮิวส์เป็นจำนวนมากอาจสูงถึง 5,000 อนุภาค (Infectious Particles) / มิลลิลิตร แต่ปริมาณไวรัสจะค่อย ๆ ลดลงภายในเวลาไม่กี่สัปดาห์ จนเหลือ < 1 อนุภาค / มิลลิลิตร ในระยะติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการ อาจพบเชื้อไวรัสฮิวส์ในปริมาณเฉลี่ย 100 อนุภาค / มิลลิลิตร แต่จำนวนเซลล์ติดเชื้อจะมีมากกว่าถึง 50 เท่า การติดเชื้อไวรัส HIV ทางการรับเลือดจึงคิดจากเซลล์ที่มีเชื้อมากกว่าคิดจากไวรัสฮิวส์

2.2.2 การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นโดยทำ ความสะอาดกระบอกฉีดเข็มไม่มีเลือดของผู้อื่นเข้าไปด้วย โอกาสจะติดเชื้อไวรัส HIV มีประมาณร้อยละ 0.1-1.0 ต่อการใช้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อ 1 ครั้ง

2.2.3 การถูกของมีคมที่ปนเลือดที่มีเชื้อไวรัส HIV ตำ หรือบาด เช่น เข็มฉีดยาที่ให้บริการทางแพทย์และสาธารณสุข พบว่ามีโอกาสติดเชื้อ 0.2-1% ส่วนโอกาสที่จะติดเชื้อไวรัส HIV จากใบมีดโกน เข็มปัก เข็มเจาะหู กรรไกรตัดเล็บ นั้นมีโอกาสน้อยมาก

2.2.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายอยู่แล้ว เนื่องจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันการปฏิเสธอวัยวะก่อนการผ่าตัด

2.3 การติดต่อจากมารดาสู่ทารกมีโอกาสติดเชื้อประมาณ ร้อยละ 20-40 เฉลี่ยร้อยละ 30 การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะอยู่ในครรภ์ ระยะคลอด และระยะเลี้ยงดูหลังคลอดดังนี้

2.3.1 การติดเชื้อระยะอยู่ในครรภ์ (Intrauterine Transmission) โดยเชื้อไวรัส HIV ผ่านจากรกไปยังทารกซึ่งส่วนใหญ่ทารกจะได้รับเชื้อจากมารดา ในระยะนี้สามารถตรวจพบเชื้อได้ในถุงน้ำคร่ำ

2.3.2 การติดเชื้อขณะคลอด (Intrapartal Transmission) เนื่องจากเด็กสัมผัสกับมูกเลือดในช่องคลอด และน้ำคร่ำผ่านเข้าไปในตัวเด็กทางผิวหนัง ปาก จมูก ตา และรอยตัดของสายสะดือการได้รับเชื้อขณะคลอดนี้เกิดไม่มากนัก เนื่องจากพบว่าการคลอดโดยการผ่าตัดออกทางหน้าท้องไม่ได้ทำให้การติดเชื้อไวรัส HIV ในเด็กลดลง

2.3.3 ระยะเลี้ยงดูหลังคลอด (Postpartal Transmission) เช่น เด็กได้รับเชื้อจากน้ำนมแม่ซึ่งพบน้อยมาก แนวทางปฏิบัติคือเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัส HIV ไม่ควรได้รับน้ำนมจากแม่

3. สาเหตุหลักของการติดต่อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขัง

จากการศึกษาของ ศิวกร กุรัตนเวช (2545, หน้า 102-105) พอจะสรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ในเรือนจำ ได้ดังนี้

3.1 การใช้ยาเสพติด จากการที่ยาเสพติดเป็นสิ่งที่หายากในเรือนจำ เมื่อเทียบกับโรคภายนอก จึงเป็นเหตุให้ผู้ต้องขังต้องลักลอบเสพยาเสพติด โดยที่อุปกรณ์ที่ใช้ในการเสพก็ค่อนข้างจะหายาก ดังนั้นการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งเรือนจำ ได้มีการเน้นหนักในเรื่องของการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในเรือนจำ เข้มงวดมาโดยตลอด แต่การลักลอบนำ ยาเสพติดเข้ามาในเรือนจำก็ยังคงมีอยู่ และวิธีการเสพนั้นถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะใช้วิธีสูบซึ่งสะดวกกว่าก็ตาม แต่ก็ยังมีผู้ต้องขังบางส่วนที่ยังคงใช้วิธีฉีดยาเสพติดเข้าเส้นอยู่และมักใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน

3.2 พฤติกรรมทางเพศ ปัญหาการข่มขืนเพื่อร่วมเพศทางทวารหนักและปัญหาการรักร่วมเพศในเรือนจำเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อเอชไอวีในเรือนจำ ได้ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ในเรือนจำ เป็นเรื่องปกติของเรือนจำ ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2536 การสำรวจของเมือง Rio de Janeiro ประเทศบราซิล พบว่าผู้ต้องขังชายร้อยละ 73 มีเพศสัมพันธ์กับผู้ต้องขังชายด้วยกันในขณะที่จากการสำรวจลักษณะเดียวกันของประเทศแซมเบีย ออสเตรเลีย อังกฤษ และแคนาดา พบว่า มีประมาณร้อยละ 6.12 ซึ่งตัวเลขที่ต่ำนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ต้องขังปฏิเสธ ปิดบัง หรือไม่ยอมรับ การมีเพศสัมพันธ์นั้นอาจเป็นเรื่องของการยินยอมพร้อมใจ แต่ก็อาจจะมีการบังคับด้วยไม่มากนัก ซึ่งปรากฏอยู่บ้างว่ามีการข่มขืนในเรือนจำ บางทีมีการดำเนินการเป็นกลุ่มในรูปแบบขบวนการก็มี ผู้ต้องขังบางคนต้องโทษจำคุกเนื่องจากกระทำ ผิดที่ใช้ความรุนแรง บางคนสภาพจิตใจไม่ปกติ และในเรือนจำ ก็บรรยากาศอยู่ร่วมกันที่หลากหลาย มีการแบ่งพวก การจัดลำดับความสำคัญ การแบ่งเส้นสาย การเป็นศัตรู เป็นต้น ซึ่งการทำร้ายซึ่งกันและกัน รวมทั้งการทำร้ายทางเพศก็เกิดขึ้นได้

3.3 การสัก การเจาะร่างกาย และการหลังเลื้อยร่วมสาบาน อุปกรณ์ที่ใช้ในการสัก มักใช้ร่วมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่เชื้อเอดส์ สำหรับการเจาะผิวหนัง ก็เป็นความเสี่ยงลักษณะเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีบุคคลบางกลุ่มที่มีประเพณีการหลังเลื้อย เพื่อสาบานตนเป็นพี่น้อง นับเป็นความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV

3.4 การขาดความรู้ ขาดข้อมูล และขาดบริการทางการแพทย์ สักยภาพของการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV นั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการขาดการศึกษาให้ข้อมูลและขาดบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคอื่น ๆ ที่แพร่ระบาดในเรือนจำมักไม่มีการรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งโรคที่อาจติดต่อกันได้ทางเลือดนอกเหนือจากโรคเอดส์ และซิฟิลิสแล้ว อาจมี

ปัญหาเรื่องโรค Hepatitis B หรือ C และโรคอื่น ๆ ที่เกิดได้จากการมีเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Diseases หรือ STDs) เช่น ซิฟิลิส โกลโนเลีย หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ก็จะทำให้ผู้ที่เป็โรคดังกล่าวติดไวรัสเอชไอวี ได้โดยง่ายอีกด้วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนามาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่จะพยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยมุ่งความสนใจบนทัศนคติ และความเชื่อของบุคคล โดยเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาใช้เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค เนื่องจากในขณะนั้นพบว่า การจัดบริการด้าน สาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคมักจะไม่ค่อยได้ผล กล่าวคือ มีประชาชนจำนวนน้อยที่ไปรับบริการทั้ง ๆ ที่การไปรับบริการนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก และยังมีหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปบริการถึงที่อีกด้วย เช่นการ การ X-ray เพื่อตรวจคัดกรองโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เป็นต้น ปัญหาหรือคำถามที่ต้องการคำตอบก็คือว่า ทำไมประชาชนไม่ค่อยสนใจพฤติกรรมการป้องกันโรค และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลทำให้ประชาชนปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค นักจิตวิทยาสังคมกลุ่มหนึ่งเชื่อว่าน่าจะเกิดจากความเชื่อของประชาชน จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพขึ้นมาตั้งแต่นั้นมา (Becker, 1974)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรก โดย Hochbaum ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Kure Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ” คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่ค่อยมีอิทธิพลต้องการกระทำของบุคคลมากนัก ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถือ แม้สิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ปรับมาใช้อย่างหลากหลายรวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อ เอชไอวี และโรคเอดส์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994) เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชนบุคคลที่มีส่วนในการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีหลายคน เช่น Godfrey M. Hochbaum, Stephen Kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock แต่เนื่องจาก Irwin M. Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพไปอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนนี้มากขึ้น คนทั่วไปจึงคุ้นเคยกับชื่อกันนี้ค่อนข้างจะมากกว่าคนอื่น

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพใช้สำหรับอธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค แต่ต่อมาได้พัฒนาเพิ่มเติม เพื่อนำไปอธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์

องค์ประกอบพื้นฐานในระยะแรกของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief Model: HBM คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง จากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติตัวนั้นจะเกิดผลดี ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่นค่าใช้จ่ายความสะดวก ความเจ็บปวดและความอายเป็นต้น (Rosenstock, 1974) ต่อมา Back and Maiman (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์ พฤติกรรมอนามัย และอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจ โดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค เน้นที่แรงจูงใจทางสุขภาพของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม ซึ่งรวมทั้งตัวแปรด้านประชากร และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถ ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคให้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์กันอย่างแพร่หลายได้มีการศึกษา และวิจัยโดยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ หลายด้าน โดยได้นำไปอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่น การออกกำลังกาย การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ การหยุดการสูบบุหรี่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การป้องกันโรคเอดส์ การคัดกรองโรค เช่น การคัดกรองความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Becker, 1974)

1. องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Components)

ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) แนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตนในการป้องกันโรคตามคำแนะนำด้านสุขภาพต่อเมื่อมีการรับรู้ 3 ประการดังนี้

1.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงสูงจะพยายามปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี จากการศึกษาวิจัยหลาย ๆ เรื่องได้ผลโดยสรุปว่าปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคเป็นปัจจัยสำคัญและสามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี (Becker, 1974 อ้างถึงใน เพ็ญประภา ถวิลลาภ, 2547)

1.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคล มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้น ๆ หรือการเป็นโรคนั้น ๆ จะมีความรุนแรง ต่อสุขภาพต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขา ซึ่งความเชื่อหรือการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นแตกต่างกันไปตามระดับการประเมินความรุนแรงของแต่ละบุคคล และความเชื่อของบุคคลในสถานการณ์หรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงเกิดขึ้น เช่น การก่อให้เกิดการพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม กล่าวคือถึงแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้นหากว่าบุคคลนั้นไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาความเจ็บป่วยมิได้หมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง (Rosenstock, 1974) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของบุคคล ที่กล่าวถึงอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน (Becker, 1974)

1.2 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ของการปฏิบัติได้แก่

1.2.1 ตัวแปรด้านประชากร (Demographic Variable) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

1.2.2 ตัวแปรด้านสังคมวิทยา (Sociopsychological Variable) ได้แก่ บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เพื่อนฝูง

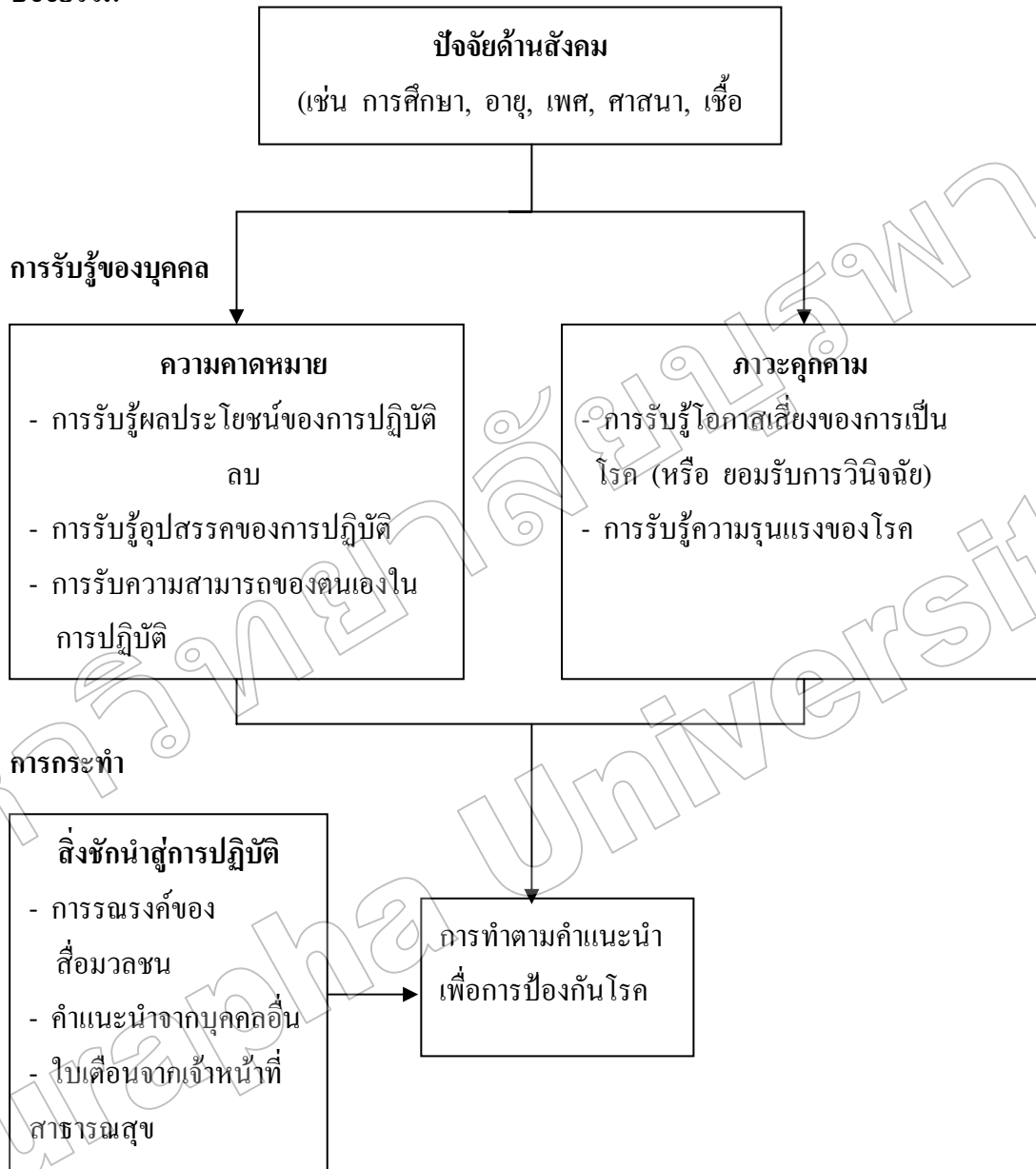
1.2.3 ตัวแปรด้านโครงสร้าง (Structural Variable) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

1.3 สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker and Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือ การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

1.4 ความเป็นไปได้ของการกระทำ (Likelihood of Action) มีปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติของพฤติกรรมบุคคลได้แก่

1.4.1 การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค (Perceived Benefits and Costs/ Barriers) ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค การปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรคหรือความยุ่งยากที่จะขัดขวางการปฏิบัตินั้น

ปัจจัยร่วม

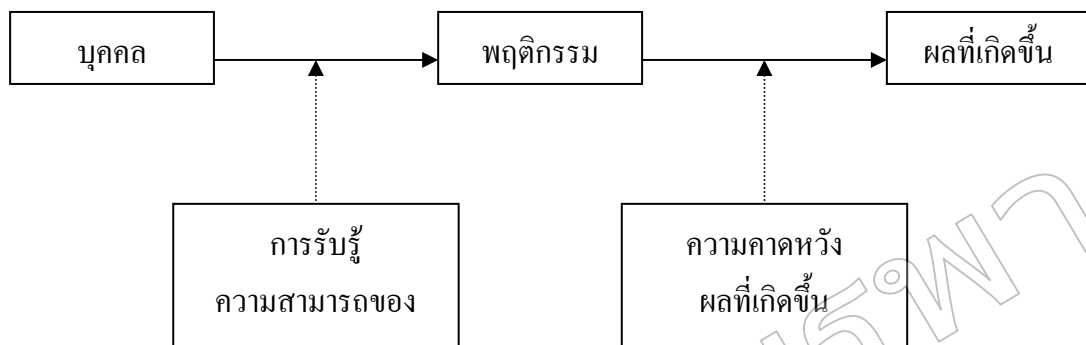


ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงเอชไอวี

(Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994)

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้ว ในปี ค.ศ.1977 Bandura ได้เสนอว่า Self Efficacy (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) น่าจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วย (Janz, Champion, & Strecher, 2002) และผู้ที่ก่อตั้งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยอมรับว่ามีโครงสร้างอื่นอีกที่มีความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้ามาในโครงสร้างเป็นความพยายามที่จะเพิ่มศักยภาพแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Fisher & Fisher, 2002)

1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) มีหลักการมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่ง แบนดูรา (Bandura) เชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าของพฤติกรรมซึ่งเป็นการเสริมแรงโดยให้เงื่อนไขนั้น ๆ คงอยู่ การมีปฏิริยาสัมพันธ์ของพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรม บุคคล และสิ่งแวดล้อม จากแนวคิดนี้ทำให้เห็นว่าพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่ได้แยกออกจากกัน และมีความเชื่อว่าบุคคลมักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จากพฤติกรรมของบุคคล จะมีส่วนใน การตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้รับจากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคลซึ่ง สิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรงที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แบนดูรา (Bandura) มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าบุคคล 2 บุคคลนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว แต่หากยึดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้น ๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทนสูง อดสาเห ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างถึงใน รัชนี้ สรรเสริณ, 2548) มักมีคำถามว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น เกี่ยวข้องหรือแตกต่างกันอย่างไรกับความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจน แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น ดังภาพ



ภาพที่ 2 โครงสร้างทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติของบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ปฏิบัติในพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยสรุป แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้ (UNAIDS, 1997) ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการดำเนินชีวิต พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติด

1. พฤติกรรมด้านการดำเนินชีวิต

การดำเนินชีวิตประจำวันบางครั้งเป็นหนทางที่จะทำให้การติดเชื้อเอดส์ได้ การใช้อุปกรณ์บางอย่างที่มีโอกาสสัมผัสเลือดและเจาะผิวหนัง เช่น แปรงสีฟัน ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บ อุปกรณ์สักผิวหนัง เข็มฉีดยา เข็มชอนตา ขอบปากถาวร และอุปกรณ์เจาะหู ฟันเข็ม ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ดังนั้นการป้องกันคือ

1.1 ไม่ใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ดังกล่าวคือ แปรงสีฟันใบมีดโกนกรรไกรตัดเล็บ ร่วมกับผู้อื่นถ้ามีความจำ เป็นต้องทำ ความสะอาดและฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น ล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่หลังจากนั้นแช่ด้วยแอลกอฮอล์ 70%

1.2 งดการสักผิวหนัง เข็มฉีดยา หรือขอบตาขอบปากถาวร เจาะหูและฟันเข็ม หากจำเป็นหรือต้องกระทำ ต้องเลือกสถานที่บริการที่ได้มาตรฐาน และตรวจสอบดูว่ามีการทำความสะอาดอุปกรณ์อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์

2.1 รักร่วมเพศชาย ที่สำล่อน เปลี่ยนคู่นอน คู่ขาเสมอ ๆ

2.2 รักทั้งสองเพศ คือ ทั้งเพศชายด้วยกันและยังร่วมรักต่างเพศด้วย และเปลี่ยนคู่นอนเสมอ ๆ

2.3 มีเพศสัมพันธ์กับชาย-หญิงโสเภณี เช่นนางทางโทรศัพท์ หญิงในบาร์ หมอนวด หรือหญิงบริการในสถานอาบอบนวด

2.4 มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลแปลกหน้า คู่นอน คู่ขา คู่รักของกลุ่มบุคคลที่มี โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

2.5 อย่าให้เลือด น้ำอสุจิ น้ำปัสสาวะ น้ำหลังในช่องคลอด หรืออุจจาระของผู้ที่มี เชื้อโรคเอดส์ผ่านเข้าไปในปาก ช่องคลอด ทวารหนัก เยื่อเมือก หรือเยื่อบุตาโดยหลีกเลี่ยงการ ร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะผนังทางทวารหนักบางและอ่อนแอเป็นพิเศษ โอกาสรับเชื้อมีมาก ถ้าเกิดการฉีกขาด หรือหลีกเลี่ยงการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ของคู่นอน เพราะเชื้ออาจผ่าน จากน้ำอสุจิหรือน้ำในช่องคลอดเข้าสู่แผลหรือรอยถลอกหรือเยื่อเมือกในปากได้

3. พฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติด

พฤติกรรมการติดยาเสพติดที่อาจทำให้เชื้อเอดส์แพร่ระบาด ได้แก่ การฉีดยาเสพติดเข้า เส้นเลือดดำ ซึ่งจะมีอัตราเสี่ยงสูง หากใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกันหลาย ๆ คนซึ่งเป็น วิธีปฏิบัติที่เป็นปกติของบุคคลกลุ่มนี้ ถ้ามีผู้ใดในกลุ่มติดเชื้อ เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาก็จะมี เชื้อโรคเอดส์ เมื่อนำ ไปฉีดกับคนอื่น ๆ อีกต่อไป ก็จะแพร่เชื้อต่อไปได้ การป้องกันการติดเชื้อ เอดส์จากการมีพฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติดโดยไม่ทดลองยาเสพติดทุกชนิด เพราะการติดยาเสพติดชนิดอื่น อาจเป็นหนทางนำไปสู่การติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์พบว่ามี การศึกษาไว้ดังนี้

กนกวรรณ สุธรรม (2546) ได้ศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังใน เรือนจำพิเศษ กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาได้ศึกษาใน 2 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมการ ป้องกันโรคเอดส์ด้านการดำเนินชีวิต ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ ผู้ต้องขังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดำเนินชีวิตอยู่ใน ระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพฤติกรรมที่ไม่ดีเกินกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป มีอยู่จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านใช้มีดโกนหนวดร่วมกับผู้อื่น 2) ท่านใช้ไม้แคะหูร่วมกับผู้อื่น 3) ท่านใช้กรรไกร ตัดเล็บร่วมกับบุคคลอื่น ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ด้านการมีเพศสัมพันธ์พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ที่ดี เกินกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป มีอยู่ 2 ข้อ ได้แก่ ท่านเคย ถูกชักจูงให้มีเพศสัมพันธ์ภายในเรือนจำ ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์ ส่วนข้อความที่ กลุ่มตัวอย่างตอบถือว่าเป็นพฤติกรรมไม่ดีเกินกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป มีอยู่ 1 ข้อ ได้แก่ ขณะถอด ถูยางอนามัยท่านมักใช้มือสัมผัสถุงยางอนามัย ด้านนอกโดยตรงเสมอ เฉลี่ยร้อยละ 63 รองลงมา คือไม่เคยตรวจดูวันหมดอายุของถุงยางอนามัยก่อนใช้ ร้อยละ 45.9 และเคยจูบโดยสัมผัสลิ้นคิด

เป็นร้อยละ 43.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรรณิการ์ มังกโรทัย (2548) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดนนทบุรี โดยการศึกษาได้แบ่งพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของนักเรียนด้านการดำเนินชีวิต ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 99.4 และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 98

มานพ เชื้อมทอง (2542) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของลูกเรือประมงในจังหวัดชลบุรี ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ไว้ว่า การปฏิบัติตนหรือการกระทำใด ๆ ของลูกเรือประมงเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกาย จากพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมสัมผัสเลือด ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ระดับของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 56 เมื่อจำแนกตามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อรายข้อในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ที่ไม่ถูกต้องในประเด็นใช้กรรไกรตัดเล็บร่วมกับบุคคลอื่น พบสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาได้แก่การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 65

สุนิ อุสาหพานิช (2540) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ชายเรือนจำกลางบางขวาง พบว่า ค่าเฉลี่ยและค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน ความบ่อยของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงแม้แค่ครั้งเดียว ก็มีโอกาสดูดเชื้อโรคเอดส์แล้ว เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่าเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ชายมีพฤติกรรมดีที่สุดในเรื่องของใช้ส่วนตัว คือ มักใช้กรรไกรตัดเล็บส่วนตัวเป็นประจำ รองลงมา คือ มักสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่ไม่ใช่คู่ และมักงดการมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีแผลที่อวัยวะเพศ ส่วนคะแนนต่ำสุดของพฤติกรรมใน 2 เรื่องได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ด้วยการร่วมเพศด้วยปากหรือทวารหนัก และมักฟ่อนคลายอารมณ์เมื่อว่างจากงานโดยการดื่มสุรา และต่อต้านการเที่ยวโสเภณี เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาสนา ศรีเนตร (2549) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ใช้แรงงานในอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาพบว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ใช้แรงงาน ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อออกเป็น พฤติกรรมเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมสัมผัสเลือด ซึ่งในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 38.3) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 42.3) ส่วนพฤติกรรมสัมผัสเลือด อยู่ในระดับปานกลาง

(ร้อยละ 52.8) ยกเว้นท่านเคยไปร้านเสริมสวยโดยไม่คำนึงถึงความสะดวกของเครื่องมือ (ร้อยละ 26.7)

จากการรวบรวมการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศของ Darbes et al. (2002) ได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ในเอเชีย อเมริกา และแปซิฟิกไอร์แลนด์ใต้ การรวบรวมการทดลองที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาในกลุ่มเสี่ยงใหญ่ ๆ จำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย เกย์ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ใช้เข็มฉีดยา กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มวัยรุ่นและเด็ก โดยวัดในเรื่อง ความรู้ ทักษะ ความตั้งใจ พฤติกรรมเสี่ยง ผลผลิตทางชีวภาพเช่น เซรัม) สำหรับการศึกษาในเรื่องของพฤติกรรมเสี่ยงในด้านการใช้ถุงยางอนามัย และการใช้เข็มฉีดยาในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ซึ่งพบความคล้ายคลึงกันในงานวิจัยว่า ในภาพรวมมีการใช้ถุงยางอนามัยที่เพิ่มขึ้น ลดลงในผู้ค้าบริการทางเพศ ลดลงในกลุ่มที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ซึ่งเป็นความล่าช้าในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ และ การศึกษาของ Simooya et al. (1995) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมทางเพศและประเด็นของเอชไอวี เอดส์ ในเรือนจำแอฟริกา โดยศึกษาทั้งผู้ต้องขังชายและผู้ต้องขังหญิง เพื่อศึกษาความรู้ และทัศนคติต่อเอชไอวี และการปฏิบัติทางเพศ ซึ่งพบว่าร้อยละ 8.4 เป็นผู้ต้องขังที่พฤติกรรมรักร่วมเพศ และทั้งหมดมีเพศสัมพันธ์เมื่อ ออกทำงานนอกเรือนจำ และขณะอยู่ในเรือนจำจะไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย และพบปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้แก่ การใช้อุปกรณ์โกนหนวด การสักลาย และพบ มีการใช้เซโรอินขณะอยู่ในเรือนจำ ซึ่งได้สอดคล้องกับบทความผู้ต้องขังเรือนจำ และเอชไอวี เอดส์ (AIDS & HIV information, 2009) ที่ได้รวบรวมการศึกษางานวิจัยและนโยบายที่อธิบายถึงเรือนจำ ผู้ต้องขังและโรคเอดส์ ในเรื่อง เอชไอวีจะติดต่อถึงผู้ต้องขังได้อย่างไร โดยผู้ต้องขังจะมีความเสี่ยงต่อเอชไอวี ดังนี้ การใช้เข็มฉีดยาเช่นการศึกษาในประเทศอังกฤษและเวลส์ ปี ค.ศ.1997-1998 พบผู้ใหญ่ที่เป็นชายร้อยละ 75 และผู้ใหญ่ที่เป็นหญิงร้อยละ 69 ใช้เข็มฉีดยาอยู่ในเรือนจำ พฤติกรรมทางเพศถึงแม้เป็นสิ่งที่ต้องห้ามเช่นในกลุ่มผู้ต้องขัง แต่จากการการศึกษารือนจำชายในจอร์เจีย อเมริกา พบเพียงร้อยละ 30 ที่มีการใช้ถุงยางอนามัย

รายงานจาก (World Health Organization [WHO], 2009) พบความชุกของการข่มขืนกันในเรือนจำ ระหว่างร้อยละ 0-60 การสักลาย เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย แต่ก็พบการสักลายเพื่อแสดงความเป็นกลุ่ม หรือผลจากความกดดัน ผู้ต้องขังเหล่านี้ใช้อุปกรณ์ไม่สะอาดปราศจากเชื้อ ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงแต่มีรายงานไม่กี่รายสงสัยเนื่องจากอุปกรณ์ปนเปื้อน ความรุนแรง จะพบทั่วไปในเรือนจำซึ่งเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดตามร่างกาย

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการกระทำใด ๆ ของผู้ต้องขังเพื่อการป้องกันโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกาย โดยศึกษาจากพฤติกรรมใน 2 ด้านเท่านั้น ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ พฤติกรรมการสัมผัสเลือด เช่น การงดใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ใบบิดโกน กรรไกรตัดเล็บ, การงดใช้สารเสพติดโดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน, การงดสัมผัสเลือดหรือรับเลือดของบุคคลอื่นโดยไม่ปลอดภัย, การดัดแปลงตกแต่งอวัยวะเพศ การสักตามร่างกาย 2) พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์, การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียว หรืองดเปลี่ยนคู่นอนเป็นประจำ การงดร่วมเพศอย่างผิดปกติเช่น การร่วมเพศทางปาก ทวารหนัก เป็นต้น สำหรับพฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติดนั้น ไม่นำมาศึกษาเนื่องจากเรือนจำและทัณฑสถานมีกฎระเบียบที่เคร่งครัดในการห้ามนำสิ่งเสพติดเข้ามาภายในเรือนจำซึ่งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และขัดต่อระเบียบของเรือนจำจึงไม่นำพฤติกรรมดังกล่าวมาศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ประมวลตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (Individual Perception)

1.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จากการรวบรวมผลการศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศได้สนับสนุนว่าการรับรู้ความเสี่ยงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค Fisher and Fisher (2002) ได้ทำการศึกษาทฤษฎีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง เอช ไอวี ในระดับ บุคคล ซึ่งในการศึกษาในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เช่นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ สุกัตรา ชูเกียรติ (2543, หน้า 124) ศึกษาความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้สารเสพติด และการใช้ของมีคมกระทำต่อผิวหนัง ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .29$, $r = .21$ และ $r = .39$ ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ งามนิษฐ์ ราชกิจ (2543, หน้า 46) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ที่เข้ามารักษาใน

โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดเชียงราย ได้แก่ โรงพยาบาลแม่จัน โรงพยาบาลแม่สายโรงพยาบาล
พญาเม็งราย โรงพยาบาลพาน จำนวน 122 คนผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ
เป็นโรคมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($r = .46, p < .01$) และการศึกษาของ กรรณิการ์ มังกรโทย (2548, หน้า 92) ศึกษา
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดนนทบุรี กลุ่มประชากรทั้งหมด 2,996 ราย
พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน
การติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ยังมีการศึกษาปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในกลุ่มอื่น ๆ เช่น การศึกษาในกลุ่มโรค
เรื้อรังการศึกษาของ กมลลา สีหาพงษ์ (2548, หน้า 45) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ
เชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตัวเอง
ของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมจึงพบว่าเมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยง โดยเฉพาะการรับรู้
ความเสี่ยงสูงก็จะพยายามปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับการรับรู้ว่าคุณเองมีพฤติกรรมเสี่ยง
ต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ก็ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์สูงเช่นกัน

1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ดังการศึกษาในต่างประเทศของ Brunswick and
Banaszak (1996) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอ
วี กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างอเมริกันนิโกร จำนวน 364 คน การรับรู้ความ
รุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังด้วยเช่นการศึกษาของ กมลลา
สีหาพงษ์ (2548, หน้า 46) ศึกษาไว้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะสุดท้ายที่ระดับ .05 เช่น
เดียวกับการศึกษาของ รัชนิย์ ไกรยศรี (2543, หน้า 119) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไต
วายเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ($p < .001$)
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547, หน้า 70) ศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือด
หัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของ
โรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือด
ผิดปกติได้ร้อยละ 57.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 ($= .317$) และสอดคล้องกับการศึกษา

ของ รัชนิย์ ไกรยศรี (2543, หน้า 119) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

แต่การศึกษาในหลาย ๆ เรื่องไม่พบความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ดังการศึกษาของ สุภัทรา ชูเกียรติ (2543, หน้า 124) ศึกษาความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทาง สุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ไม่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และการศึกษาของ วิลาวัลย์ กล้าแรง (2536, หน้า 51) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมือง สุรินทร์ จำนวน 409 คน อายุระหว่าง 14-21 ปี ผลการศึกษาพบ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และการศึกษาของ วริษา เจริญเวช (2544, หน้า 75) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอชไอวีของนักเรียนวัยรุ่น ที่ศึกษาอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 413 คน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในการรวบรวมการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระดับบุคคล Fisher and Fisher (2002) พบว่าผลการศึกษาส่วนใหญ่ ไม่พบความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ทุกคนยอมรับว่ามีความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงไม่นำมาศึกษา

1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้นักคลนั้นแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรค ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ สุนี อุสาหพานิช (2540, หน้า 56) ที่ทำการศึกษารื่องปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ชาย เรือนจำบางขวาง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ชาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2044$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทรา ชูเกียรติ (2543, หน้า 107) พบว่า การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของ นิสิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ระดับ .01 ($r = .39$)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ อีกดังการศึกษาของ รัชนิย์ ไกรยศรี (2543, หน้า 119) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเช่นเดียวกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547, หน้า 70) จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .221$)

1.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่ามีอุปสรรคหรือความยุ่งยากที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น ๆ จะเป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) ดังการศึกษาของ สุภัทรา ชูเกียรติ (2543, หน้า 107) ศึกษาความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .39$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชาญณรงค์ อรรถบุตร (2549) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าการรับรู้ประโยชน์ - การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ($p = .02$)

แต่ก็มีบางการศึกษาที่ศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ Fisher and Fisher (2002) ได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันเอชไอวีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าหากพบอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มาก จะส่งผลให้ไม่เกิดความสำเร็จของการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์

1.5 การรับรู้ความสามารถของตน ในปี ค.ศ. 1977 Bandura ได้เสนอว่า Self Efficacy (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริยา เจริญเวช (2544) ได้ทำการศึกษาร่วมความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์ของนักเรียนวัยรุ่น ศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสามัญและระดับ

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้นที่กำลังศึกษาในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 413 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวดี พรหมรัตน์ (2547) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่ยักรยานยนต์ ของพนักงานในเขตนิคมอุตสาหกรรมเครือซีเมนต์ไทย หนองแคว จังหวัดสระบุรี พบว่าความสามารถแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่ยักรยานยนต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการสัมมนาในเรื่องเอดส์ขององค์กรระหว่างประเทศ (1993) การใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายการใช้ถุงยางอนามัย เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของนักโทษชาย จำนวน 100 คน ในโตลอนใต้ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายความตั้งใจการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักโทษได้

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

2.1 อายุ พัฒนาการของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย บุคคลจะมีวิถีภาวะทางกายจิตใจสูงขึ้นตามวัย ซึ่งในขณะที่บุคคลมีการพัฒนาตามวัยบุคคลก็จะสังมประสบการณ์ชีวิตมีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ตลอดเวลา ด้วยประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นสามารถตัดสินใจได้ว่า พฤติกรรมใดถ้าปฏิบัติแล้วจะเกิดประโยชน์แก่ตน (มานพ เชื้อมทอง, 2542) ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศโดยตรง อายุ ของบุคคลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมทางเพศ ดังการศึกษาของ โชติ เขมฤกษ์อำพล (2536 หน้า 113) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของประชาชนในเขตชุมชนแออัด จังหวัดขอนแก่น: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแออัดเทพารักษ์ ศึกษาในประชาชนชุมชนแออัดเทพารักษ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 264 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุพงษ์ หาญธนาชาติ (2547) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ ในกลุ่มผู้ต้องขัง ทณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ จากการศึกษาผู้ต้องขัง ทณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัตรรายงาน 506/1,507 ราย จากการศึกษาพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการติดเชื้อเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 สถานภาพสมรส เป็นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่มีความสนิทสนม ลึกซึ้ง และผูกพันกันมากที่สุด ซึ่งเกิดจากการที่สามีและภรรยามีความรักมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ

ซึ่งกันและกัน เต็มใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุข มีการพูดคุยติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย ตลอดจน มีการยอมรับคุณค่าและเคารพศักดิ์ศรีของอีกฝ่ายหนึ่ง (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2536) ในลักษณะ ตรงกันข้ามบุคคลที่มีสถานภาพโสดจะมีการดำรงชีวิตได้อย่างอิสระไม่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว (มานพ เชื้อมทอง, 2542) สถานภาพโสด จะเป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการ ป้องกันเอดส์ของผู้ต้องขัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี อุสาพานิช (2540) ทำการศึกษาใน เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ชาย เรือนจำกลางบางขวาง จำนวน 393 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผล การศึกษา พบว่าสถานภาพสมรสของผู้เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการ ป้องกัน โรคเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย โออิน (2538) อ้างถึงใน มานพ เชื้อมทอง, 2542) พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้เฝ้าระวังในการใช้ถุงยางอนามัยกับ หญิงบริการเพื่อป้องกันโรคเอดส์โดยผู้เฝ้าระวังมีสถานภาพผู้ มีการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการ มากกว่าผู้เฝ้าระวังที่มีสถานภาพโสด

2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การสังเกต หรือการเลียนแบบ อันเกิดจากปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกัน และกัน (Bandura, 1971) ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จะเป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการ ป้องกันเอดส์ของผู้ต้องขัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงวุฒิ ขวาทไทย (2541) ทำการศึกษาคำถาม ทศนคติ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอน ปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ แพรวตา บุญมาก (2545) การศึกษาทักษะชีวิตกับการป้องกันโรคเอดส์ของ นักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เจตคติ และ ทักษะการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ สุขขุนทด (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทศนคติ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ใช้แรงงานในนิคมอุตสาหกรรมเขตอำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา จำนวน 383 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่แตกต่างกันมี พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่แตกต่างกันได้แก่เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการศึกษาในต่างประเทศ Darbes et al. (2002) ได้รวบรวมงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในเอเชีย อเมริกา และแปซิฟิกโอเรียนเต็ล การ รวบรวมการทดลองที่เกี่ยวข้อง พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันเอดส์ ซึ่ง บางการศึกษาพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์แต่จากการศึกษา ในหลาย ๆ เรื่องที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เช่น การศึกษาของ อำพล นวลโคกสูง และคณะ (2539, หน้า 52-60) ศึกษาการศึกษาความรู้ ทศนคติ

และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชนในจังหวัดขอนแก่น พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคเอดส์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกวรรณ สุธรรม (2546) ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังในเรือนจำพิเศษกรุงเทพ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ในกลุ่มผู้ต้องขังที่ถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำ พิเศษกรุงเทพมหานคร กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม จำนวน 375 คน พบว่าด้านเพศสัมพันธ์ ไม่พบว่าผู้ต้องขังที่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ด้านเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ระยะเวลาต้องโทษ เนื่องจากระยะเวลาต้องโทษผู้ต้องขังแต่ละคนมีความแตกต่างกันผู้ต้องขังที่มีระยะเวลาต้องโทษนานทำให้ผู้ต้องขังเกิดความท้อใจ เบื่อหน่าย ไม่สนใจและไม่ใส่ใจสุขภาพของตนเอง อีกทั้งการขาดกำลังใจและการไม่มีญาติมาเยี่ยมของผู้ต้องขัง ส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่น้อยลงตามไปด้วย (จันทร์เพ็ญ ศรีทัศน์, 2549) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำเขต 2 ด้วย ดังนั้นระยะเวลาต้องโทษจึงเป็นตัวแปรที่นำมาใช้ในศึกษาในครั้งนี้ด้วย

2.5 จำนวนครั้งต้องโทษ การต้องโทษในแต่ละครั้งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ต้องขังซึ่ง Becker et al. (1975) ได้กล่าวว่าประสบการณ์เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทั้ง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค และการรับรู้ภาวะคุกคาม ซึ่งจำนวนครั้งต้องโทษเป็นปัจจัยชักนำภายนอกตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขัง การรับรู้เหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ดังนั้นจำนวนครั้งต้องโทษจึงถือได้ว่าการต้องโทษในแต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์โดยตรงของผู้ต้องขัง จำนวนครั้งต้องโทษจึงเป็นตัวแปรที่นำมาใช้ในศึกษาในครั้งนี้ด้วย

จากที่ได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังอยู่น้อย ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มซ่อนเร้นที่มีโอกาสระบาดของโรคเอดส์ได้โดยง่าย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายในเรือนจำที่อยู่ในเขต 2 โดยศึกษาบนพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) องค์ประกอบหลักแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) การอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายในเรือนจำที่อยู่ในเขต 2 ได้แก่

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้แก่
 - 1.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์
 - 1.2 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์
 - 1.3 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์

- 1.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์
2. ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่
 - 2.1 อายุ
 - 2.2 สถานภาพสมรส
 - 2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
 - 2.4 ระยะเวลาต้องโทษ
 - 2.5 จำนวนครั้งต้องโทษ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่านอกจากปัจจัยด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ ดังกล่าวแล้วในปี ค.ศ. 1977 Bandura ได้เสนอว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) ว่าจะ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย (Janz et al., 2002) และผู้ที่ก่อตั้ง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยอมรับว่ามีโครงสร้างอื่นอีกที่มีความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ซึ่งการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้ามาในโครงสร้างเป็นการเพิ่มศักยภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Fisher & Fisher, 2002) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ถึงโอกาส เสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ การรับรู้ถึงอุปสรรค ของการป้องกันโรคเอดส์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แต่ในแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ยังประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมในหลาย ๆ เรื่องที่พบความสัมพันธ์กันน้อยโดยเฉพาะการป้องกันโรค เอดส์ ผู้วิจัยจึงไม่นำตัวแปรดังกล่าวมาศึกษา และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ จากการทบทวน วรรณกรรมในข้างต้นพบว่า เป็นการยากที่จะนำมาอธิบายในลักษณะการสำรวจเพื่อขยายความให้ เข้าใจ และให้คำจำกัดความที่ชัดเจนเพียงพอ หรืออธิบายไว้อย่างชัดเจนในลักษณะการวิจัยเชิง สสำรวจ (Karen, Barbara, & Rimer, 2008) ผู้วิจัยจึงไม่นำตัวแปรดังกล่าวมาศึกษาในครั้งนี้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายในเรือนจำที่อยู่ในเขต 2 ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำเขต 2