

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้ เป็นการศึกษาคความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหญิงอาชีพพิเศษในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2554 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker) ซึ่งได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศ
2. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหญิงอาชีพพิเศษ
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. แนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลัก มี 5 โรค คือ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง ส่วนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ เริ่มที่อวัยวะเพศและหรือทวารหนัก หูดที่อวัยวะเพศและหรือทวารหนัก พยาธิช่องคลอด เชื้อราในช่องคลอด หูดข้าวสุก โส้น และ หิด (กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548)

อุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นการรวบรวมรายงานของหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือโรงพยาบาลของรัฐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจ้งหวัด สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 1-12 และกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยรวบรวมข้อมูลจากเดือนมกราคมถึงธันวาคมของปี แต่ข้อมูลรายงานที่ได้ไม่ครบถ้วนทุกจังหวัด สถานการณ์โรคที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก โดยในปี 2552 มีอัตราอุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพียง 17.66 ต่อประชากรแสนคน แต่จากข้อมูลรายงาน 506 ของสำนักระบาดวิทยาปรากฏว่าสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลักเพิ่มขึ้นจาก 16.17 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2551 เป็น 21.61 ต่อประชากรแสนคนในปี 2552 (กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2552)

จำแนกรายโรค พบว่า โรคหนองในเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วย 9.45 ต่อประชากรแสนคนในปี 2549 เป็น 10.28 ต่อประชากรแสนคนในปี 2552 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักกระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคหนองในเพิ่มขึ้นจากปี 2547 จำนวน 5,256 ราย (ร้อยละ 23.66) คิดเป็นอัตราป่วย 9.21 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 7,188 ราย (ร้อยละ 30.4) คิดเป็นอัตราป่วย 11.33 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2552 โรคหนองในเทียมเป็นโรคที่พบบ่อยรองมาจากโรคหนองใน มีแนวโน้มลดลง จากอัตราป่วย 8.07 ต่อประชากรแสนคนในปี 2548 เป็น 5.58 ต่อประชากรแสนคนในปี 2552 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักกระบาดวิทยา พบว่าผู้ป่วยหนองในเทียม จำนวน 4,669 ราย ในปี 2547 เป็น จำนวน 2,597 รายในปี 2552 โรคซิฟิลิส มีแนวโน้มลดลง จากอัตราป่วย 2.62 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2548 เป็น 1.51 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2552 แต่จากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา พบว่าผู้ป่วยซิฟิลิสเพิ่มขึ้นจากจำนวน 1,344 ราย ในปี 2551 เป็นจำนวน 2,076 ราย ในปี 2552 และผู้ป่วยซิฟิลิสส่วนใหญ่มักพบในระยะแฝง โรคแผลริมอ่อน เป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างมาก จากอัตราป่วย 0.30 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2542 เป็น 0.10 ต่อประชากรแสนคนในปี 2552 เป็นผลมาจากการรักษาโรคหนองในโดยยาในกลุ่ม Quinolone และ Ceftriaxone ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อแผลริมอ่อน จึงพบผู้ป่วยที่ปรากฏอาการของโรคแผลริมอ่อนลดลง กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง จากรายงานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันนับเป็นโรคที่พบน้อยมาก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากอัตราป่วย 0.10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2548 เป็น 0.20 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2552 เนื่องจากกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองมีระยะฟักตัวนานกว่าโรคหนองในและแนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกรมควบคุมโรค ระบุว่า การรักษาโรคหนองในให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย ซึ่งยารักษาโรคหนองในเทียมสามารถรักษากามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองที่อยู่ระยะฟักตัวได้ จึงพบผู้ป่วยกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองลดลง

กลุ่มอายุ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องได้แก่กลุ่ม 15-19 ปี จากร้อยละ 17.33 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 19.30 ในปี 2552 ส่วนกลุ่มอายุอื่นๆ มีแนวโน้มลดลง กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุดคือ 20-24 ปีพบร้อยละ 21.29 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักกระบาดวิทยา พบว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2545 มีอัตราป่วย 33.26 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 76.48 ต่อประชากรแสนคนในปี 2552 แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พ.ศ. 2552 อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของเพศชายเท่ากับ 12.9 ปี เพศหญิงเท่ากับ 13 ปี และมีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 50.7

กลุ่มอาชีพ อาชีพที่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.57 รองลงมา คือ ผู้ให้บริการทางเพศ และ นักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 18.81 และ 14.31 ตามลำดับ โดยที่นักเรียน นักศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 6.59 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 14.32 ในปี 2552 ส่วนกลุ่มอาชีพอื่นๆ มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะผู้ให้บริการทางเพศ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 23.19 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 18.81 ในปี 2552

แหล่งที่มาของโรค พบว่าผู้ป่วยชายติดเชื้อจากหญิงสมัครง่ายที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มจากร้อยละ 41.98 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 58.03 ในปี 2552 รองลงมาติดเชื้อจากผู้ให้บริการทางเพศมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 33.63 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 22.02 ในปี 2552

พื้นที่การกระจายของโรค พบว่าในปี 2552 พื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร พบอัตราป่วย 55.27 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 22.45, 14.37, 10.46 และ 9.58 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหญิงอาชีพพิเศษ

จากรายงานการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2552 พบว่าจากข้อมูลรายงานของหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2548- 2552 พบว่าหญิงอาชีพพิเศษป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 21.57, 28.82, 15.36, 18.25 และ 18.81 ตามลำดับ จากสถิติแนวโน้มการติดเชื้อของหญิงอาชีพพิเศษมีแนวโน้มลดลง และเมื่อจำแนกตามแหล่งที่มาของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยใน ปี 2548- 2552 พบว่าติดเชื้อจากผู้ให้บริการทางเพศร้อยละ 33.68, 18.93, 14.30, 17.22 และ 22.02 ตามลำดับ จากสถิติแนวโน้มการติดเชื้อของผู้ป่วยลดลงช่วงปี 2548 – 2550 แล้วเริ่มเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2551- 2552 และการใช้ถุงยางอนามัยของหญิงอาชีพพิเศษในปี 2548-ปี 2552 พบว่ามีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 87.31, 93.03, 96.74, 95.86 และ 88.27 ตามลำดับ แนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยของหญิงอาชีพพิเศษปี 2548- 2550 เพิ่มขึ้นและเริ่มลดลงในปี 2551 – 2552

ในภาคกลาง พบว่า ปี 2551-2553 หญิงอาชีพพิเศษมีอัตราการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 0.8, 0.65 และ 4.07 ตามลำดับ (กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2553) และโรคที่พบได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมและท่อ น้ำเหลือง โดยพบว่าโรคซิฟิลิสมีอัตราป่วยร้อยละ 0.02, 0.02 และ 0.29 ตามลำดับ หนองในมีอัตรา

ป่วยร้อยละ 0.65, 0.57 และ 3.12 ตามลำดับ หนองในเทียมมีอัตราป่วยร้อยละ 0.13, 0.06 และ 0.61 ตามลำดับ แผลริมอ่อนมีอัตราป่วยร้อยละ 0.005 ในปี 2552 และ 0.05 ในปี 2553 กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองมีอัตราป่วยร้อยละ 0.005 ในปี 2553

จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2551-ปี 2553 พบว่าหญิงอาชีพพิเศษมีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 5.69, 13.28 และ 6.73 ตามลำดับ (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา, 2551-2553) อัตราป่วยด้วยกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษคิดเป็นร้อยละ 1.90, 0.26 และ 1.48 ตามลำดับ กามโรคที่พบมี 2 โรค คือ โรคหนองใน และโรคซิฟิลิส โดยโรคหนองใน ในปี 2551 – 2553 มีอัตราป่วยร้อยละ 1.17, 0.13 และ 1.28 ตามลำดับ ส่วน ซิฟิลิสในปี 2551-2553 มีอัตราป่วยร้อยละ 0.73, 0.13 และ 0.20 ตามลำดับ ส่วนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ พบว่าปี 2551 - 2553 มีอัตราป่วยร้อยละ 3.79, 13.02 และ 5.25 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections) ส่วนใหญ่ติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ กับผู้ที่กำลังมีเชื้อ แบ่งเป็น กามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ กามโรคได้แก่ หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง ซิฟิลิส และแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ สามารถติดต่อกันได้โดยการสัมผัสทางเพศอย่างใกล้ชิด ได้แก่ เริ่มที่อวัยวะเพศ พยาธิช่องคลอด เชื้อราช่องคลอด อังเชิงกรานอักเสบ หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก หิด โលน ซึ่งมีสาเหตุจากเชื้อไวรัส ปรสิตร และเชื้อราเป็นต้น(กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548)

หนองใน (Gonorrhoea) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ (Neisseria gonorrhoeae) มีระยะฟักตัว 1-14 วัน แต่ที่พบปรากฏอาการบ่อยคือ 3-5 วัน ในผู้ป่วยชาย จะมีอาการอักเสบของท่อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะแสบขัดและมีหนองไหล ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการน้อย หรือมีมูกขึ้นคล้ายหนองในเทียม ถ้าเป็นมากจะมีอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นฝีของต่อมไทสัน ฝีของต่อมคาวเปอร์ ท่อปัสสาวะส่วนหลังอักเสบ (Posterior urethritis) หรืออั้นทะอักเสบ และอาจเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เพศชายเป็นหมันได้ ผู้ชายร้อยละ 10 ในผู้ป่วยหญิง ตกขาวมีกลิ่นเหม็น เป็นหนองหรือมูกปนหนอง ปัสสาวะแสบขัด ปวดท้องน้อย อาจมีอาการอักเสบที่ท่อน้ำปัสสาวะ ปากมดลูก ช่องทวารหนัก ถ้าเป็นมากจะมีอาการแทรกซ้อน เช่น ฝีของต่อมบาร์โทลิน เชื้อโรคอาจลุกลามเข้าสู่โพรงมดลูก ปีกมดลูก ทำให้อังเชิงกรานอักเสบ (Pelvic inflammatory disease, PID) จนอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการตั้งครรภ์นอกมดลูก(Ectopic pregnancy) หรืออาจเป็นหมันได้ ผู้หญิงประมาณร้อยละ 30-40 อาจไม่มีอาการผิดปกติ ทั้งชายและหญิงอาจติดโรคที่ล่าช้า หากมีการร่วมเพศทางปาก (Oral sex) การติด

เชื้อโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทางทวารหนักมักไม่ค่อยมีอาการ ทารกแรกเกิด เชื้อหนองในอาจเข้าตา ทำให้ตาอักเสบ ขณะคลอดผ่านช่องคลอดจากมารดาที่มีเชื้อหนองใน เมื่อเชื้อหนองในเข้าตาเด็ก จะทำให้ตาอักเสบเรียกว่า Ophthalmia neonatorum ถ้าไม่รักษาตาอาจบอดได้ ดังนั้น ทารกเกิดใหม่ จะต้องได้รับการหยอดตาด้วยยาปฏิชีวนะทุกราย เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ดวงตา ภาวะแทรกซ้อน กรณีไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจเกิดภาวะดังที่กล่าวมาแล้ว ถ้ามีการกระจายของเชื้อในกระแสเลือด จะทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า Disseminated gonococcal infection (DGI) ลักษณะที่พบบ่อย คือ มีอาการปวดข้อ (Arthralgia) ต่อมาเกิดการอักเสบของข้อ(Arthritis) ที่พบบ่อยคือ ข้อบริเวณข้อมือ หรือเท้า อาจพบที่ข้อศอกหรือหัวเข่าได้ รอยโรคที่ผิวหนัง ซึ่งเกิดจากการอักเสบที่เส้นเลือดของ ผิวหนัง (Septic vasculitis) ทำให้เกิด Necrotic pustule คือ เป็นตุ่มหนองอยู่บนฐานสีแดง กดเจ็บ มักพบบริเวณมือ เท้า และแขนขาส่วนปลาย (Distal extremities)

หนองในเทียม (Non-gonococcal urethritis/Non gonococcal cervicitis) เกิดจากเชื้อ Chlamydia trachomatis (Serotype D-K) ร้อยละ 30-50 เชื้อ Ureaplasma urealyticum ร้อยละ 30 สาเหตุอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น เชื้อแบคทีเรีย Mycoplasma เชื้อพยาธิ Trichomonas, Herpes, แผลใน ท่อปัสสาวะ การอุดคั้นในท่อปัสสาวะ (Urethral stricture) การกระทบกระแทก Foreign body อย่างไรก็ตามประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยยังไม่พบสาเหตุ ระยะฟักตัว 7-14 วัน ในผู้ป่วยชาย อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัดหรือคั้นในท่อปัสสาวะ อาจมีมูกใส หรือขุ่นจากท่อปัสสาวะ บางราย อาจไม่มีอาการ ในผู้ป่วยหญิง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ อาจมีอาการตกขาวผิดปกติ คันบริเวณปากช่อง คลอด ตรวจภายในอาจพบหนองหรือมูกปนหนอง และปากมดลูกบวมแดง เลือดออกง่าย เนื่องจาก อาการของโรคไม่เด่นชัดและจำเพาะ รวมทั้งการเพาะเชื้อสาเหตุยังไม่เป็นที่แพร่หลาย โดยทั่วไป ใช้วิธีข้อมสัณเฑาะ จากตัวอย่างที่เก็บจากท่อปัสสาวะ หรือปากมดลูกเพื่อวิเคราะห์แยกโรคหนองใน ถ้าไม่พบเชื้อรา พยาธิ Trichomonas และพบเม็ดเลือดขาวมากกว่าเกณฑ์ปกติ ให้ถือว่าเป็นหนองใน เทียม ภาวะแทรกซ้อน อาจเกิดการอักเสบของต่อมต่างๆ บริเวณท่อปัสสาวะ

แผลริมอ่อน (Chancroid) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ Hemophilus ducreyi มีระยะฟักตัว 4-7 วัน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 วัน ลักษณะที่พบ รอยโรคจะเริ่มเป็นตุ่มแดง (Tender papule) ซึ่งจะ กลายเป็นตุ่มหนอง (Pustule) และแตกกลายเป็นแผล บางทีพบแผลเดี่ยว บางทีก็พบหลายแผล ร่วมกัน ลักษณะเป็นแผลตื้น ไม่นูน ขอบแผลเปื่อยยุ่ย ก้นแผลสกปรกมีหนอง ถูกน้ำหรือสบู่จะเจ็บ แสบ แผลมักปวดมาก กดเจ็บ และเลือดออกง่าย ผู้ชายมักพบเป็นแผลบริเวณหนังหุ้มองคชาติ เส้น สองสลิ้ง และรอยหยักที่คองคชาติ ผู้หญิงพบที่ปากช่องคลอด ภาวะแทรกซ้อน เชื้ออาจลุกลามไป ตามท่อน้ำเหลืองทำให้เกิดการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ (Bubo) ซึ่งอาจเป็นหนอง และแตกกลายเป็นแผลได้ พบมากกว่าครึ่งหนึ่งจะมีต่อมน้ำเหลืองโตภายใน 1 สัปดาห์

การโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง/ฝีมะม่วง (Lymphogranuloma venereum/Bubo) มักพบในประเทศที่มีอากาศร้อนมากกว่าประเทศที่มีอากาศหนาว สาเหตุเกิดจากเชื้อ Chlamydia trachomatis (Serotype L1-L3) ระยะฟักตัว 3-30 วัน โดยเฉลี่ย 2 สัปดาห์ อาการทางคลินิกแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่1 เชื้อเข้าสู่ร่างกายทางรอยถลอก ตรงที่เชื้อเข้าเกิด Trombo-lymphangitis กลายเป็นตุ่ม หรือแผลตื้นๆ ระยะที่2 Inguinal syndrome เชื้อลุกลามไปต่อมน้ำเหลือง ทำให้เกิดการอักเสบรุนแรงที่ต่อมน้ำเหลือง Inguinal และ Femoral syndrome กลายเป็นฝีมะม่วง ระยะที่3 Anogenitoretal syndrome ในระยะท้ายของโรคเกิดขึ้นอีก 1-2 ปีหลังการอักเสบสิ้นสุด โดยมี Fibrosis มากมายเกิดกานอุดตันท่อน้ำเหลือง การติดเชื้อลุกลามไปที่ Rectum เกิดเป็น Proctitis เรื้อรัง ซึ่งมักเป็น Stricture เกิดขึ้นตามหลัง ส่วนที่อวัยวะเพศเกิดการอุดตันของท่อและต่อมน้ำเหลืองทำให้เกิด Lymphedema หรือแผลเรื้อรังที่มี Fistula มากมาย

ซิฟิลิส (Syphilis) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่อันตราย เนื่องจากมีอาการเรื้อรัง มีระยะติดต่อยาวนานมากกว่า 2 ปี ทำให้เกิดโรคแก่ระบบต่างๆ ของร่างกายหลายระบบ อาจมีอาการแสดงที่ชัดเจน หรืออาจอยู่ในระยะที่สงบได้เป็นเวลานาน นอกจากติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว ยังสามารถติดต่อจากมารดาไปยังทารกได้ (Congenital syphilis) สาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ Treponema pallidum มีระยะฟักตัว 9-90 วัน ซิฟิลิสแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1. ซิฟิลิสระยะแรก (Early syphilis) 2. ซิฟิลิสระยะหลัง (Late syphilis)

ซิฟิลิสระยะแรก (Early syphilis) แบ่งการดำเนินของโรคเป็นซิฟิลิสระยะที่1 (Primary syphilis) ระยะฟักตัว 9-90 วัน เชื้อเข้าสู่ร่างกายทางเยื่อ รอยถลอกหรือรอยขีดข่วนที่ผิวหนัง เกิดตุ่มเล็กๆ ต่อมาแตกเป็นแผล ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1-2 เซนติเมตร มักมีแผลเดี่ยว ก้นแผลสะอาด มีน้ำเหลืองเยิ้ม ขอบแผลนูนแข็ง บางคนเรียก โรคแผลริมแข็ง ไม่เจ็บ นอกจากมีการติดเชื้ออื่นร่วมด้วยทำให้เกิดการอักเสบเจ็บปวดได้ ที่แผลจะมีเชื้ออยู่จึงติดต่อได้ง่าย พบแผลบริเวณอวัยวะเพศ ทำให้เกิดการอักเสบของต่อมและท่อน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ (Inguinal lymphnode) ต่อมน้ำเหลืองที่บวมโตแข็งกดไม่เจ็บ แผลซิฟิลิสสามารถหายเองได้ภายใน 3-8 สัปดาห์โดยไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่ถูกต้อง เชื้อยังคงมีอยู่ในร่างกายและลุกลามเข้าสู่ระยะที่2 ซิฟิลิสระยะที่2 (secondary syphilis) หลังจากเป็นซิฟิลิสระยะที่1 ประมาณ 6-8 สัปดาห์หรือหลายเดือน ระยะที่2 เชื้อกระจายสู่กระแสเลือด ผู้ป่วยมักมีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือกระดูก ต่อมน้ำเหลืองหลายๆ กลุ่มโต (Cervical, Epitroclear, Inguinal) ร่วมกับการตรวจเลือดด้วย VDRL/RPR จะได้ผล Reactive และมีอาการแสดงทางผิวหนัง เยื่อจะพบผื่น (Skin rash) หลายแบบ ผื่นราบ (Macule) ผื่นนูน (Papule) ตุ่มหนอง (Pustule) หรือผื่นนูนมีสะเก็ด (Papulosquamous) ที่พบบ่อยแบบ Maculopapular และแบบ Papulosquamous มักพบผื่นที่ฝ่ามือฝ่าเท้า มักพบรอยโรค

บริเวณที่อับชื้น (Condyloma lata) บริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก รอยโรคที่พบบริเวณเยื่อในช่องปาก (Mucous patch) ลักษณะเป็นแผลตื้น มีเชื้อสีขาวเทาคลุมอยู่ มีผมร่วงเป็นหย่อมๆ (Moth-eaten alopecia)

ซิฟิลิสระยะที่2 อาจค่อยๆหายเองได้ถึงไม่รักษาเมื่ออาการโรคสงบ แต่เชื้อยังมีอยู่ในร่างกายและจะถูกลำเลียงเข้าสู่ระยะสงบซึ่งเรียกว่า ซิฟิลิสระยะแฝง (Latent syphilis) ในระยะนี้ ตรวจร่างกาย ระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบประสาทพบว่าปกติ แต่ผลการตรวจเลือดด้วยวิธี VDRL หรือ RPR และยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ FTA-abs ให้ผล Reactive แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ Early latent syphilis คือติดเชื้อภายใน 2 ปี และ Late latent syphilis ติดเชื้อเกิน 2 ปี หากติดเชื้อนานๆ อาจพบ VDRL ให้ผล Non reactive แต่ผล TPHA หรือ FTA-abs ให้ผล Reactive เหมือนเดิม ซิฟิลิสระยะหลัง (Late syphilis) เมื่อโรคสงบแฝงอยู่เป็นปี ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่ไม่ได้รักษามักพบเป็น ซิฟิลิสกลุ่มกัมมา (Benign late syphilis) เกิดการมี Tissue necrosis และ Granuloma พบได้ที่ผิวหนัง เยื่อบุกระดูก หรืออวัยวะภายใน ซิฟิลิสของระบบไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular syphilis) เชื้อเข้าทำลายหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ (Aorta) ทำให้เส้นโลหิตใหญ่โป่งพอง ล้นหัวใจรั่ว การทำงานของหัวใจเสื่อมหรืออาจล้มเหลวได้ในที่สุด ซิฟิลิสระบบประสาท (Neurosyphilis) เชื้อจะเข้าทำลายระบบประสาทที่ละน้อยเป็นเวลานาน ทำให้มีอาการปวดตามแขนขา เดินผิดปกติ ขาลาก ข้อเข่าเสื่อม สมองอักเสบ สมองเสื่อมหรือเป็นบวมได้ หรืออาจเป็นชนิดไม่มีอาการ (Asymptomatic neurosyphilis) ตรวจน้ำไขสันหลังพบโปรตีนเพิ่มจำนวนมาก ผล VDRL หรือ FTA-Abs หรือ TPHA ของน้ำไขสันหลังให้ผล Reactive การวินิจฉัยซิฟิลิสระบบประสาทต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา ซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis) ซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป โรคนี้สามารถติดต่อจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ได้ เชื้อในกระแสเลือดของมารดาผ่านรกไปทางสายสะดือเข้าไปในตัวทารก ทำให้การตั้งครรภ์ของมารดาอาจไม่ครบกำหนดคลอด อาจแท้ง หรือคลอดก่อนกำหนด อัตราการติดเชื้อของทารกขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อของมารดา ซิฟิลิสแต่กำเนิดแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ซิฟิลิสแต่กำเนิดระยะแรก (Early congenital syphilis) พบตั้งแต่แรกคลอดถึง 1 ปี มักคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ตับโต ม้ามโต ผิวหนังที่ฝ่ามือฝ่าเท้าพองและลอก ในกรณีเด็กโตขึ้นจนถึง 2-3 เดือน จะพบดีซ่าน (Prolonged jaundice) ผื่นตามตัว มีอาการคล้ายอัมพาต ไม่ขยับแขน ขา (Pseudo paralysis) เกิดจาก Osteochondritis หรือมี Epiphyseal separation นอกจากนี้ยังพบเด็กเลี้ยงไม่โต น้ำหนักไม่เพิ่ม ตัวบวมจากโรคไต (Nephritic syndrome) ผิวหนังรอบปากและจมูกแตกเป็นรอยแผลตื้นๆ มีเลือดออก ซิฟิลิสแต่กำเนิดระยะหลัง (Late congenital syphilis) พบในเด็กอายุมากกว่า 2 ปี มีอาการแก้วตาอักเสบ (Interstitial keratitis) อาจตาบอด ฟันหน้ามีรอยแห้วคล้ายงาช้าง (Hutchinson's teeth) มีเป็นคล้ายรอยย่นที่มุมปาก

เส้นประสาททำให้หูหนวก มองเห็นได้ เชื้อเข้าทำลายระบบประสาท อาจพบการผิดปกติของกระดูก เช่น ตั้งกระดูกยุบ เพดานปากโหว่ หน้าผากงอก กระดูกหน้าแข้งโค้ง ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 เป็นซิฟิลิสระบบประสาท

แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ (Granuloma inguinale) โรคนี้ไม่พบในประเทศไทยมักพบในคนผิวดำ เช่น นิโกร หรือชาวอินเดีย สาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Donovania granulomatis* มีระยะฟักตัว 2-80 วัน ลักษณะที่พบเป็นแผลบริเวณอวัยวะเพศ ขาหนีบ ซอกขา หรือบริเวณหน้า คอ ปาก

เริ่มที่อวัยวะเพศ (Genital herpes simplex virus infection) สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัส Herpes simplex virus (HSV) พบ HSV type 2 ร้อยละ 70-95 HSV type 1 ร้อยละ 5-30 มีระยะฟักตัว 2-14 วัน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการครั้งแรก มักมีไข้สูง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ต่อม้ำเหลืองโต มีรอยโรคหลายแห่งบริเวณ Penis, Vulva หรือก้น เป็นตุ่มน้ำเล็กๆ มีอาการแสบร้อนและคัน ภายใน 24-48 ชั่วโมง ตุ่มน้ำแตกเป็นแผลตื้นๆ เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-5 มิลลิเมตร มีน้ำเหลืองไหล บริเวณแผลบวมแดงและเจ็บมาก แผลที่เกิดขึ้นถ้าไม่ติดเชื้อแบคทีเรียจะค่อยๆ แห้ง ตกสะเก็ดและหายเองได้ภายใน 3 สัปดาห์ บางรายมีอาการปัสสาวะลำบากหรือแสบร้อนในท่อปัสสาวะ ในผู้ชายบางรายพบแผลที่ Prepuce, Glan penis, Shaft ของ Penis ในผู้หญิงมักมีอาการรุนแรงกว่าพบที่อวัยวะเพศ (Genital herpes) ผนังช่องคลอด ปากมดลูก รอบทวารหนัก อาจมีการอักเสบของปากช่องคลอด ท่อปัสสาวะ ปากมดลูก เป็นบริเวณปากช่องคลอดตุ่มน้ำจะแตกไว ระยะแรกมีขนาดโตแยกกันอยู่หลายเม็ด อยู่กันเป็นกลุ่มๆ เมื่อตุ่มน้ำแตกจะเกิดเป็นแผลตื้นๆ ที่มีขอบเป็นวงๆ ต่อกัน (Polycyclic ulcer) การเกิดโรคซ้ำของเริ่ม (Recurrence) อาการรุนแรงน้อยกว่าครั้งแรก มักมีแผลเล็กๆ หรือตุ่มน้ำเพียงกลุ่มเดียว ซึ่งอาจหายได้เองภายใน 7-10 วัน ปัจจัยการเกิดโรคซ้ำได้แก่ ความเครียด แสงแดด ภาวะร่างกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ ภูมิคุ้มกันต่ำลง กรณีเริ่มที่อวัยวะเพศ ทารกที่คลอดผ่านทางช่องคลอดของมารดาที่เป็นตุ่มน้ำ หรือแผลเริ่มในช่วงใกล้คลอด จะมีโอกาสเสี่ยงสูงในการติดเชื้อจากมารดา (ร้อยละ 30-50) และจะมีความเสี่ยงต่ำในมารดาที่มีประวัติเป็นเริ่มซ้ำ และมารดาที่ติดเชื้อเริ่มในช่วงครั้งแรกของการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 3)

พยาธิช่องคลอด (Vaginal trichomoniasis) เกิดจากปรสิตชื่อ *Trichomonas vaginalis* มีระยะฟักตัว 5-28 วัน ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 10 ไม่มีอาการ ครั้งหนึ่งของผู้ติดเชื้อพบร่วมกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เชื้อราในช่องคลอดอาการที่พบคือ ตกขาวมักมีสีขาวปนเทา บางรายพบเป็นฟองสีเขียว มีกลิ่นเหม็น มีอาการระคายเคืองบริเวณปากช่องคลอดและในช่องคลอด อาจเกิดอาการอักเสบของปากมดลูก ทำให้มีจุดเลือดออกเป็นหย่อมๆ เรียกว่า Strawberry spot หรือ Flea

bitten cervix อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัด ปวดแสบปวดร้อนบริเวณต้นขาภายใน เจ็บขณะร่วมเพศ อวัยวะเพศบวมแดงด้านนอก หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคนี้อาจมีโอกาสน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด

เชื้อราในช่องคลอด (Vaginal candidiasis) สาเหตุเกิดจากเชื้อรากลุ่ม *Candida* ร้อยละ 80-90 เป็น *Candida albicans* มีระยะฟักตัว 1-4 วัน มีอาการระคายเคืองบริเวณช่องคลอด หรือปากช่องคลอด ลักษณะตกขาวข้นจับเป็นก้อน (Curd like) และติดแน่นกับผนังช่องคลอด ปัสสาวะอักเสบ เจ็บขณะร่วมเพศ คัน บวม แดงบริเวณอวัยวะเพศภายนอก ผิวหนังบริเวณปากช่องคลอดแตกเป็นร่องเรียกว่า Vulva fissure ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้นี้คือ โรคเบาหวานที่คุม น้ำตาลไม่ดี การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานานๆ การตั้งครรภ์ การใช้ยาคุมกำเนิดด้านทาน การติดเชื้อ HIV การใช้กางเกงในที่ ทำด้วยใยสังเคราะห์ การดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศไม่ดี และการใช้น้ำยาสวนล้างช่องคลอด

อู้งเชิงกรานอักเสบ (Pelvic inflammatory diseases, PID) เป็นการอักเสบจากการติดเชื้อของอวัยวะภายในอู้งเชิงกราน อันได้แก่ เชื้อบุโพรงมดลูก ท่อนำไข่ ปีกมดลูก เกิดจากเชื้อแบคทีเรียติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบในผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ที่มี ปัจจัยเสี่ยง คือ มีคู่นอนหลายคน มีเพศสัมพันธ์ระหว่างมีประจำเดือน มีประวัติเคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ครบถ้วน สวนล้างช่องคลอดเป็นประจำ สอดใส่เครื่องมืออุปกรณ์ในช่องคลอด เช่น การขยายปากมดลูก การขูดมดลูก การใส่ห่วง มีอาการปวดท้องน้อยข้างเดียวหรือสองข้าง กดเจ็บบริเวณท้องน้อย มีตกขาวเป็นหนองมีกลิ่นเหม็น ปวดลึกๆ บริเวณท้องน้อยขณะมีเพศสัมพันธ์ มีเลือดออกจากช่องคลอดกะปริบกะปรอย หากมีอาการดังกล่าวควรรีบพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา หากไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะช็อค เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่สุด ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เกิดการติดเชื้อลุกลามเข้าไปในช่องท้อง การกลับมาเป็นซ้ำสูง ภาวะปวดท้องน้อยเรื้อรัง ภาวะมีบุตรยาก ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก (เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรณ วิไลลักษณ์, 2550)

หูดหงอนไก่ (Condyloma acuminata) สาเหตุ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชื่อ Human papilloma virus ถ้าเป็น type 6 or 11 การติดเชื้อนี้มักจะไม่ได้ทำให้เกิดมะเร็งผิวหนัง ส่วน HPV types 16, 18, 31, 33, and 35 ก็สามารถทำให้เกิดหูดที่อวัยวะเพศและพบว่ายังทำให้เกิดโรคมะเร็งที่ผิวหนังได้ด้วย ระยะฟักตัว ประมาณ 1 - 6 เดือน การติดต่อ มี 3 ทางหลัก คือ 1. ทางเพศสัมพันธ์ โดยมีการสัมผัสระหว่างผิวหนังกับผิวหนัง เป็นทางติดต่อที่พบบ่อยที่สุด 2. ติดต่อโดยการใช้เครื่องมือใช้ส่วนตัวร่วมกัน เช่น เสื้อผ้าหรือผ้าเช็ดตัว สบู่อาบน้ำ 3. ติดต่อโดยการสัมผัสหรือเกา แล้วไปสัมผัสบริเวณอื่น อาการของโรค ในผู้ชาย: มักพบที่อวัยวะเพศ ส่วนที่อยู่ได้หนังหุ้มปลายท่อปัสสาวะ อั้นทะ ในผู้หญิง: พบได้ที่ปากช่องคลอด ผนังช่องคลอด ปากมดลูกทวารหนัก และฝีเย็บ

ลักษณะผิวในระยะแรกจะเป็นผื่นสีออกน้ำตาลไปทางชมพู เมื่อผื่นมีขนาดใหญ่จะมีสีน้ำตาลผื่นนูนหนาขึ้น อาจจะทำให้เกิดการบริเวณผื่นได้เล็กน้อย สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ผื่นจะมีขนาดใหญ่ มะเร็งปากมดลูก เดิมทีเคยโทษว่าเกิดจากเรณูนั่น เคียวนี่พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากเชื้อ HPV ดังนั้นถ้าเป็นหูดหงอนไก่ตรงอวัยวะเพศ ก็ต้องตรวจป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) บ่อยหน่อย ตรวจปีละครั้งอาจไม่พอ หรือถ้าตรวจ Pap smear แล้วพบว่าติดเชื้อ HPV อยู่ หมอต้องตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมด้วย หญิงมีครรภ์ ถ้าเป็นหูดหงอนไก่อยู่ด้วย หูดจะขยายตัวอย่างเร็วมาก เพราะมีเลือดมาเลี้ยงมาก ในช่วงตั้งครรภ์ ต้องรักษาแต่เนิ่นๆ ไม่อย่างนั้นอาจเป็นอุปสรรคต่อการคลอดได้ ซึ่งถ้าพบตอนคลอด หมอก็จะผ่าให้คลอดทางหน้าท้องแทนการคลอดตามธรรมชาติ การรักษาโรคส่วนใหญ่นายได้เอง แต่การตัดออกจะป้องกันการแพร่กระจายไปส่วนอื่น การกำจัดอาจจะใช้การผ่าตัดเอาออก ใช้ Laser หรือจี้ด้วยไฟฟ้า หรืออาจจะใช้สารเคมีเช่น Podophyllin, Cantharidin, Phenol, Silver nitrate, Trichloroacetic acid or Iodine ใช้ความเย็นจี้ Cryotherapy สำหรับคนที่ตั้งครรภ์ไม่แนะนำให้ใช้ยาทา วิธีการใช้สารเคมีจี้ออก มีดังนี้

1. การใช้ Podofilox 0.5% solution or gel โดยใช้ Cotton bud ทาหูดวันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 3 วันและพัก 4 วันหากยังไม่หลุดให้ทาซ้ำ
 2. การใช้ Imiquimod 5% cream ทาวันละครั้งก่อนนอน ทา 3 วัน/สัปดาห์เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ใช้สบู่ออกหลังจากทาไปแล้ว 6-10 ชั่วโมง
 3. การใช้ Podophyllin resin 10%--25% ทาบริเวณที่เป็น แล้วปล่อยให้แห้งหลังจากนั้น 4 ชั่วโมงจึงล้างออก ทาสัปดาห์ละครั้ง
 4. การใช้กรด Trichloroacetic acid (TCA) or Bichloroacetic acid (BCA) 80%--90% ทาบริเวณที่ถูกหูดจะมีสีขาว อย่าทาเป็นบริเวณกว้างเกินไป ทาสัปดาห์ละครั้ง
- การป้องกันมีดังนี้ 1. การสวมถุงยางจะป้องกันได้เฉพาะผิวหนังขององคชาติและช่องคลอดเท่านั้น ไม่สามารถป้องกันผิวหนังบริเวณอื่น 2. ช่วงที่เป็นโรคไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์ 3. ให้มีสามีหรือภรรยาคนเดียว (สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์)

โรคหูดข้าวสุก (Molluscum contagiosum) สาเหตุ เกิดจากเชื้อไวรัสชื่อ Molluscum contagiosum virus (MCV) ซึ่งเป็นเชื้อในตระกูล Poxvirus จำแนกอยู่ในจีนัส Molluscipoxvirus อาการและอาการแสดง หูดข้าวสุกมีลักษณะเป็นตุ่มนูนบนผิวหนัง ขนาดประมาณ 2-5 มิลลิเมตร มีลักษณะเฉพาะตัวคือมีรอยบุ๋มตรงกลาง มีการอักเสบและการตายของเนื้อเยื่อที่เป็นโรคน้อย เมื่อเทียบกับโรคที่เกิดจาก Poxvirus ชนิดอื่นๆ ลักษณะการกระจายของตุ่มมีทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม พบได้ทั่วร่างกาย ยกเว้นที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า การดำเนินโรคหูดข้าวสุกติดต่อได้โดยการสัมผัสและทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังสามารถติดต่อได้โดยการใช้สระว่ายน้ำร่วมกัน หากมีโรคภูมิแพ้ของ

ผิวหนังอยู่ก่อนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น ระยะฟักตัวของโรคใช้เวลา 2 สัปดาห์ถึง 6 เดือน (เฉลี่ยอยู่ที่ 2-7 สัปดาห์) ในผู้ที่มิภูมิคุ้มกันปกติโรคนี้สามารถหายได้เอง ภายในเวลา 3-4 เดือนโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่รอยโรคที่ผิวหนังอาจจะคงอยู่ได้นาน 3-5 ปี หูดข้าวสุกจะพบบากขึ้นในรายที่มีการติดเชื้อ HIV ในระยะที่ภูมิคุ้มกันเริ่มต่ำ พบได้ 5-18% ในผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งมักจะ เป็นทั่วทั้งตัวและคงอยู่นานในรายที่อยู่ในระยะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) แล้ว นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหูดข้าวสุกมีความสัมพันธ์กับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องแบบอื่นๆ ด้วย การวินิจฉัยโรคโดยทั่วไป วินิจฉัยจากอาการและอาการแสดงข้างต้น สามารถวินิจฉัยยืนยันได้จากการตรวจทางพยาธิวิทยาซึ่ง จะพบ Cytoplasmic eosinophilic inclusions หรือที่เรียกว่า Molluscum bodies ซึ่งเป็นลักษณะ เฉพาะที่บ่งบอกถึงการแบ่งตัวของ Poxvirus การรักษาขณะนี้ยังไม่มีการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนี้ แต่สามารถรักษาด้วยการทำลายที่รอยโรคโดยตรงได้ ในผู้ติดเชื้อ HIV หากได้รับการรักษาด้วย Highly active anti retroviral therapy (HAART) อย่างมีประสิทธิภาพ หูดข้าวสุกก็สามารถหายได้ เองเหมือนในรายที่มีภูมิคุ้มกันปกติมีบางกรณีศึกษา พบว่าการให้ Cidofovir ในรูปยาทาหรือยาฉีดมี ประสิทธิภาพในการรักษาโรคในรายที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

หิด (Scabies) เป็นโรคผิวหนังอักเสบที่เกิดจาก ตัวหิด ซึ่งเป็นตัวไรเล็กๆ สามารถ มองเห็นด้วยตาเปล่าเป็นจุดขาวเล็กๆ โรคนี้พบได้บ่อยในคนทุกเพศทุกวัย สามารถติดต่อได้ง่าย โดยการสัมผัสหรือใช้ของร่วมกัน มักพบเป็นพร้อมกันหลายคนในบ้าน บางครั้งอาจพบระบาดตาม วัด โรงเรียน โรงงาน กองทหาร ความยากจน ความสกปรก และการอยู่กันแออัดเป็นปัจจัยสำคัญ ของการระบาดของโรคนี้ บางคนอาจติดต่อโดยการร่วมเพศ ทำให้เกิดตุ่มคันตรงบริเวณอวัยวะ สืบพันธุ์อาการ ผู้ป่วยจะมีตุ่มน้ำใสและตุ่มหนอง คัน ขึ้นกระจายทั่ว 2 ข้างของร่างกาย มักจะพบที่ ง่ามนิ้วมือนิ้วเท้า ข้อมือ ข้อศอก รักแร้ รอบหัวนม รอบสะดือ ก้น อวัยวะสืบพันธุ์ ข้อเท้า (ในเด็ก เล็กอาจขึ้นที่หน้าและศีรษะ ส่วนในผู้ใหญ่มักไม่ขึ้นในบริเวณนี้) บางคนอาจพบเป็นผื่นนูนแดงคด เลี้ยว ขนาดเท่าเส้นด้าย ยาวประมาณ 2-3 มิลลิเมตร ซึ่งตรงปลายสุดจะเป็นที่อยู่ของตัวหิดผู้ป่วย มักจะมีอาการคันมาก โดยเฉพาะตอนกลางคืนบางคนอาจเกาจนมีเชื้อแบคทีเรียอักเสบซ้ำเติมเป็น ตุ่มหนองพุพอง หรือน้ำเหลืองไหล อาการแทรกซ้อนผู้ป่วยมักเกาจนกลายเป็นแผลพุพอง และถ้า ติดเชื้อเบตาสเตรปโตค็อกคัส อาจกลายเป็นหนองได้อีกเสบ เด็กบางคนอาจคัน จนนอนไม่พอ กิน ไม่ได้ และน้ำหนักลด การรักษา ใช้เบนซิลเบนโซเอตชนิด 25% หรือขี้ผึ้งกำมะถัน หรือแกมมาเบน ซีนเฮกซาลอไรด์ (Gamma benzene hexachloride) ทา โดยอาบน้ำอุ่นสบู่ (ใช้ผ้าขนหนูหรือแปรงนุ่ม ขัดถูด้วยยั้งดี) และเช็ดตัวให้แห้งก่อน แล้วจึงทายาให้ทั่วทุกส่วนของร่างกายนับตั้งแต่คอลงมาโดย ตลอดรวมทั้งผิวหนังส่วนที่ปกติดด้วย พอครบ 24 ชั่วโมงให้ทาซ้ำอีกครั้ง ระหว่างนี้อย่าอาบน้ำหรือ ล้างมือ (ถ้าจำเป็นต้องล้างมือควรทายาซ้ำ) จนกว่าจะครบ 48 ชั่วโมง นับตั้งแต่ทายาครั้งแรก จึง

อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว และผ้าปูที่นอนใหม่ทั้งหมด ถ้ายังไม่หายขาด ให้ทำซ้ำอีกครั้ง ในอีกหนึ่งสัปดาห์ต่อมาสำหรับเกมมาเบนซินเฮกซาคโลไรด์ ไม่ควรใช้ในทารกและเด็กเล็ก รวมทั้งผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ระยะแรก ควรใช้ยาตัวอื่นแทน เพราะอาจดูดซึมเข้าผิวหนังเป็นอันตรายต่อสมองได้ ถ้ามีตุ่มหนอง พุพองหรือน้ำเหลืองต้องให้ยาปฏิชีวนะ ควรให้ยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 10 วัน ข้อแนะนำ ควรรักษาทุกคนในบ้านที่เป็นหรือสงสัยติดโรคพร้อมกัน เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว และเครื่องนอนที่ผู้ป่วยใช้ ควรซักให้สะอาด (ด้วยน้ำและผงซักฟอกธรรมดา) และผึ่งแดดทุกวันจนกว่าจะหาย ผู้ป่วยควรตัดเล็บให้สั้น และพยายามอย่าเกา เพราะอาจลามไปที่อื่นได้ง่าย ควรแยกเสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว เครื่องนอนต่างหาก อย่าใช้ปะปนกับผู้อื่น รวมทั้งอย่านอนร่วมกับคนอื่น การป้องกัน อย่าสัมผัสใกล้ชิด หรือนอนบนเตียงเดียวกันกับผู้ป่วย อย่าใช้เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น ตัวเมียผสมพันธุ์แล้วจะขุดรูอยู่ใต้ผิวหนังและวางไข่วันละ 1-3 ฟอง จนวางครบ 25 ฟอง ก็จะตายไป ไข่จะฟักเป็นตัวอ่อนใน 3-4 วัน และอาศัยอยู่ในรูจนจน ทำให้มีตุ่มแดงหิดสามารถมีชีวิตอยู่ภายนอกร่างกายของคนเรา (ที่อุณหภูมิห้อง) ได้ 2-3 วัน

โตน เกิดจากตัวเชื้อที่เรียกว่า *Pthirus pubis* อาศัยอยู่ตามขน โดยเฉพาะบริเวณหัวหนำ คูดกิ้น เลือดคนเป็นอาหาร หากอดอาหาร 24 ชั่วโมงตัวเชื้อจะตาย การติดต่อ ติดต่อกับเพศสัมพันธ์ เชื้อจะอาศัยอยู่บริเวณขนที่หนา เช่น ขนตา ขนคิ้ว ขนบริเวณหัวหนำ แต่จะไม่ติดบนผม เมื่อมีเพศสัมพันธ์เชื้อจะติดจากขนของคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง ติดต่อกับทางอื่นที่มีไข่จากเพศสัมพันธ์ เช่น การนอนเตียงหรือใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกับคนที่ติดเชื้อ ใส่เสื้อผ้าของคนติดเชื้อ หรือนั่งบนโถส้วมที่มีเชื้ออยู่ อาการของตัวโตน อาการที่สำคัญคืออาการคันบริเวณที่ติดเชื้อ โดยเฉพาะบริเวณหัวหนำ อาจจะสังเกตเห็นตัวโตนที่หัวหนำ สังเกตพบไข่ที่โคนขนหัวหนำ อาจจะพบรอยข่วนบริเวณที่ตัวโตนคูดกิ้น อาจจะพบตัวโตนในบริเวณอื่น เช่น ขนรักแร้ เครา ขนคิ้ว ขนตา การวินิจฉัย สามารถเห็นไข่หรือตัวเชื้อด้วยตาเปล่า หรืออาจจะใช้แว่นขยาย หากสงสัยก็ไปพบแพทย์ซึ่งจะนำไปส่องกล้อง การรักษา ใช้ Permethrin cream ทาบริเวณที่ติดเชื้อทิ้งไว้ 10 นาที แล้วล้างออก ไม่ใช้บริเวณขนตา ใช้ Lindane shampoo สระขนบริเวณที่เป็นทิ้งไว้ 4 นาทีแล้วล้างออก ไม่ใช้บริเวณขนตา ไม่ใช้ในคนที่แพ้โคลมซัค ไม่ใช้บริเวณที่มีแผล หรือคนท้อง หรือเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ใช้ Pyrethrins สระขนทิ้งไว้ 10 นาทีแล้วล้างออก การป้องกัน หลังจากรักษา สามารถกำจัดไข่โดยการ ใช้เลียบหยิบออก เปลี่ยนชุดและที่นอนใหม่ที่สะอาด รักษาคู่ขา งดร่วมเพศจนกระทั่งรักษาหายขาดแล้ว หลังจากรักษาแล้วเสื้อผ้า ที่นอน เครื่องใช้ยังติดต่อ เพราะฉะนั้นต้องนำเสื้อผ้า ผ้าห่ม เครื่องนอนทั้งหลายไปต้มและอบแห้งด้วยความร้อน อุปกรณ์ที่ต้มหรืออบไม่ได้ต้องนำอุปกรณ์ดังกล่าวเก็บไว้ในถุงหรือลังไว้ 2 สัปดาห์

แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพร่างกายที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกลัวว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าจะต้องต้านโรคได้ จึงพอสรุปสาระสำคัญของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เพื่อเป็นแนวทางประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไป

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์มากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมาในทศวรรษของช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบายนั้การจัดการบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาประชาชนมารับบริการป้องกันโรคน้อยห้่งๆ ที่บริการที่จัดให้นั้ไม่เสียค่าใช้จ่ย หรือเสียค่าใช้จ่ยต่ำมากก็ตาม ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์และนักสาธารณสุขจึงสนใจทำความเข้าใจว่า อะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการณ์ใดเหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรค เพื่อได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใดๆ เช่น การไปตรวจสุขภาพและป้องกันโรคควั้โรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รุมาคิก โรคโปลิโอ โรคไข้เลือดออก เป็นต้น

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M.Hochbaun, S.Stephen kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M.Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้น ชื่อของ Rosenstock (1966) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นที่คุ้นเคยและอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่นๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงบวก

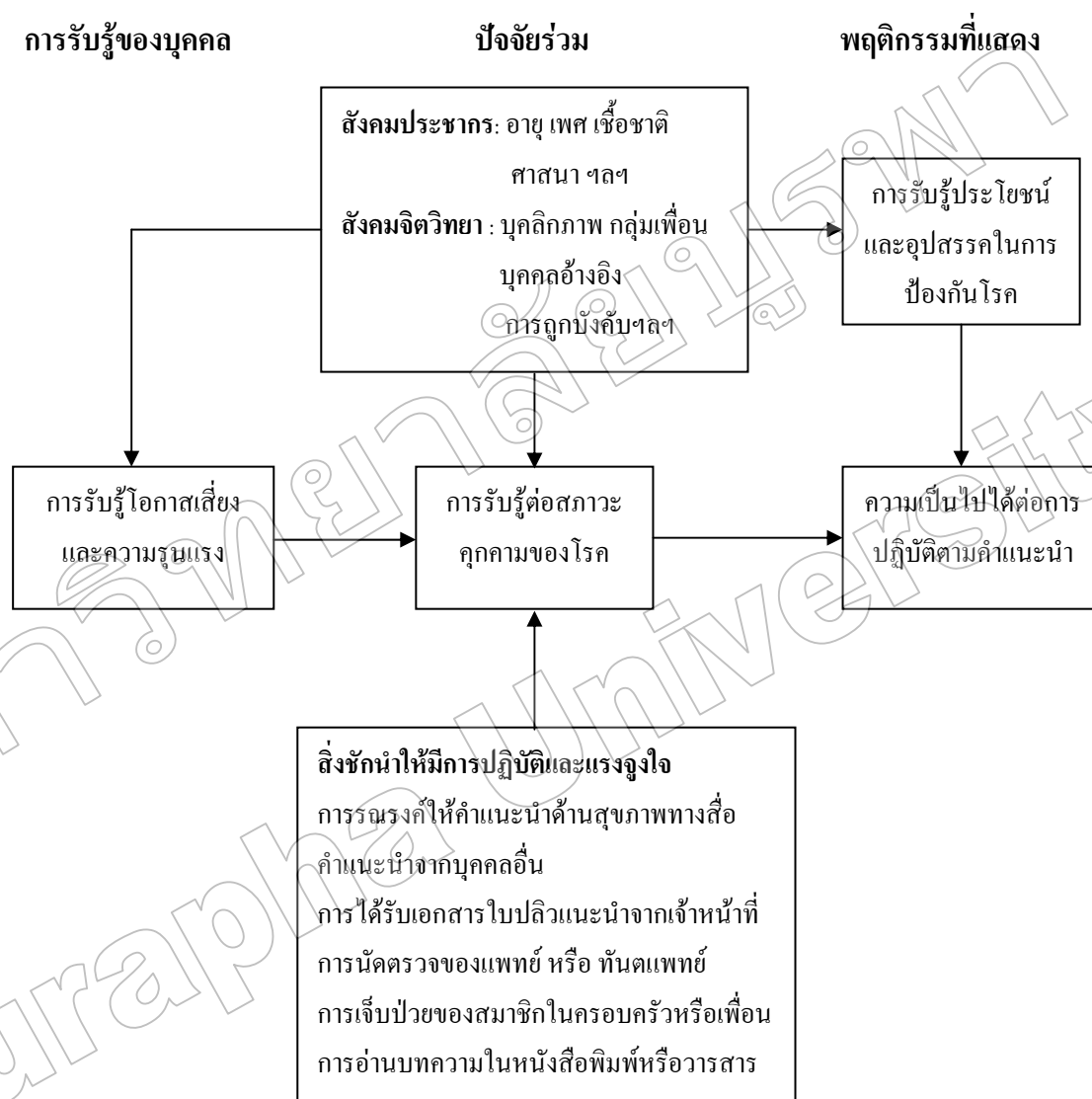
(Positive valence) แรงด้านลบ (Negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้สู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและด้านลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงดูดโดยแรงด้านบวก และถูกผลักดันโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการที่จะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกันว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุความสำเร็จนั้นๆ Lewin และคณะได้ตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1. คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ 2. การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้นๆ (Maimam and Becker, 1974; Mikhail, 1981)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรกโดย Hochbaum และคณะได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้สิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร 3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุบสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock (1976b) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีโอกาสก็ตาม

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Becker และคณะ (1974) จึงทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม

การป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามียุทธผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังภาพที่ 2



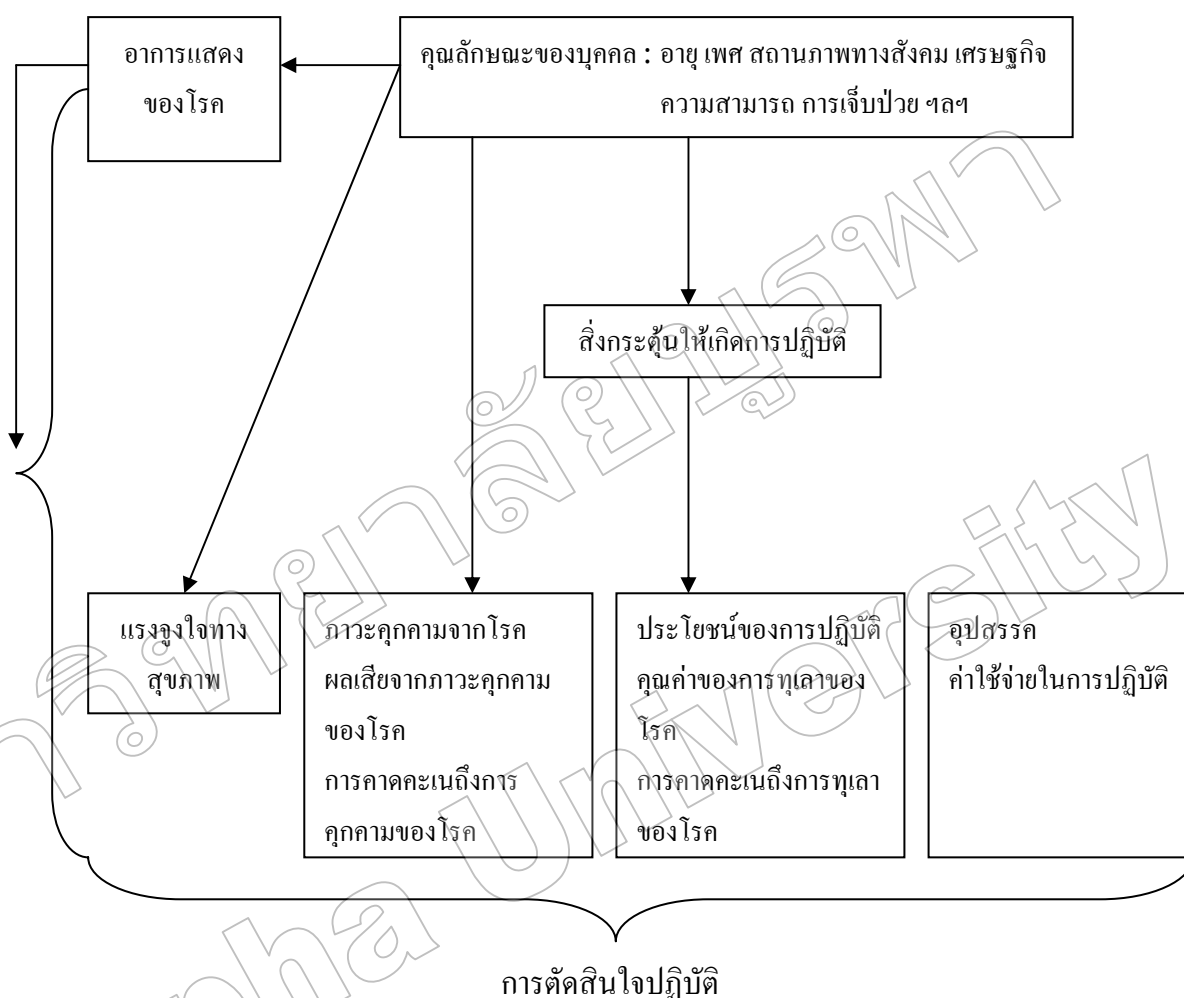
ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : Becker, Maiman, 1974 : 12.

จากการที่ Kasl และ Cobb (1966) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องสุขภาพ (Health – related behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค” (Preventive

health behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ “พฤติกรรมเจ็บป่วย” (Illness behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้สึกสบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเฝ้าระวังรักษาที่เหมาะสม และ “พฤติกรรมผู้ป่วย” (Sick-role behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหลายลักษณะที่แตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรคจึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

Kasl และ Cobb ได้ดัดแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับนำไปใช้ทำนายพฤติกรรมเจ็บป่วย โดยให้ความสำคัญกับอาการของการเจ็บป่วยซึ่งเปรียบเสมือนตัวแทนของสิ่งคุกคามที่เขาประสบอยู่ ในขณะที่ตัวอาการของการเจ็บป่วยจะมีส่วนไปกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจหรือการปฏิบัติ ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนเอง ในการอธิบายการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 4 ประการ คือ 1. แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ซึ่งจะแสดงถึงระดับของความสนใจด้านสุขภาพของบุคคล 2. สิ่งคุกคามที่เกิดจากอาการ ได้แก่ อันตรายต่อร่างกายและการรบกวนต่อการทำหน้าที่ 3. ประโยชน์หรือคุณค่าของการกระทำที่จะช่วยลดสิ่งคุกคาม และ 4. อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการกระทำนั้นๆ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย

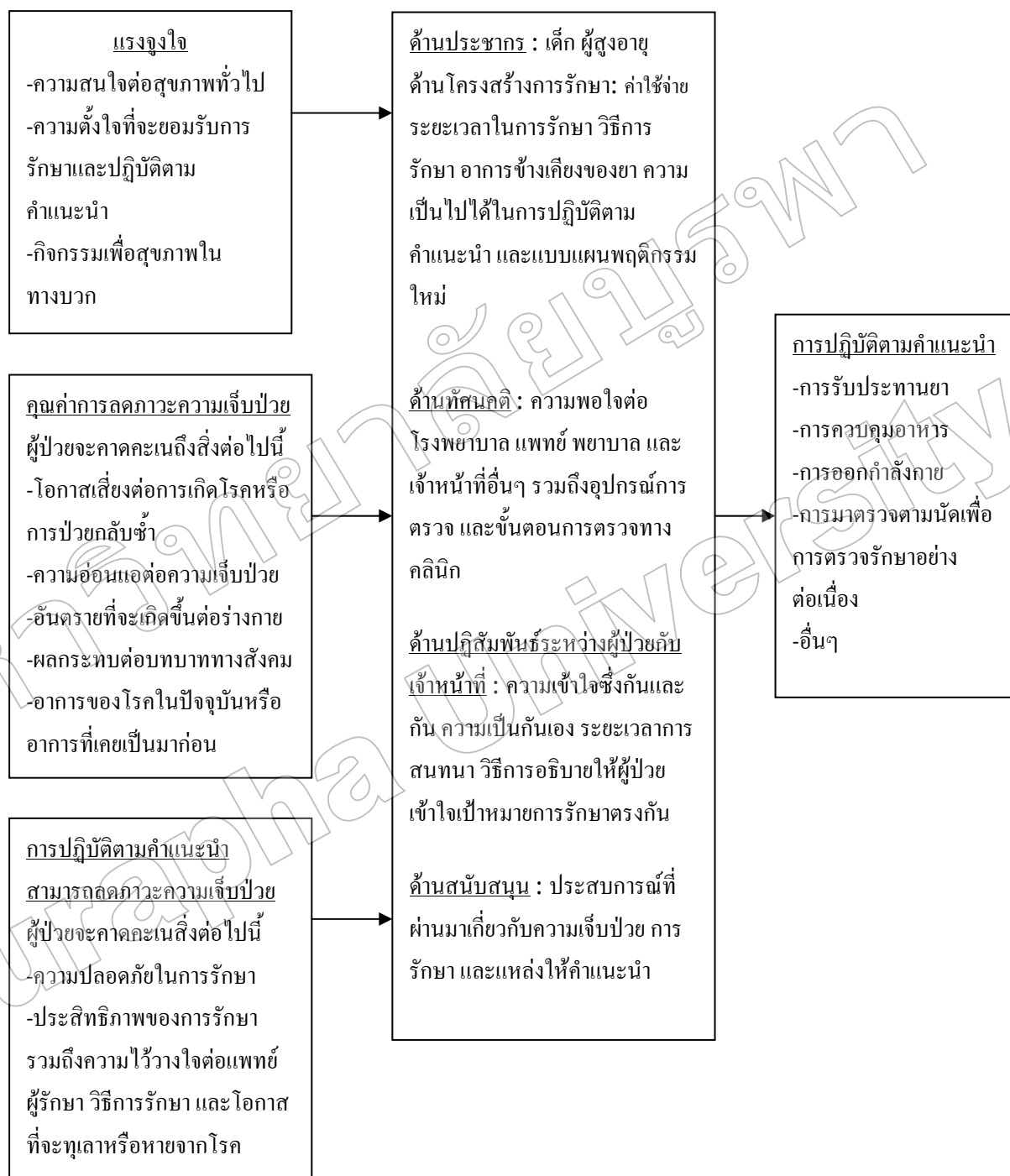
ที่มา : Marke and other, 2000 : 236.

Becker และ Maiman (1975) และ Becker และคณะ (1974, 1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยอื่นๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and enabling factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมผู้ป่วย (Sick role behavior) ดังภาพที่ 4

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมผู้ป่วย



ภาพที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมผู้ป่วย

ที่มา : Becker, 1974 : 416.

ถึงแม้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะได้รับการปรับปรุง สำหรับนำไปใช้กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านการป้องกันโรคเมื่อมีอาการไม่สบาย และเมื่อสวมบทบาทของผู้ป่วย แต่ Kasl (1974) ยังได้เสนอและเพิ่มเติมว่าสำหรับพฤติกรรมการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง (Chronic illness behavior) เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงควรมีการพิจารณาปรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมดังกล่าว ได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพฤติกรรมอื่นๆ ใน 3 ประเด็นที่สำคัญคือ 1. บุคคลที่ป่วยเรื้อรังจะมีภาวะเสี่ยง (At risk status) ปรากฏอยู่ในขณะที่ตัวบุคคลนั้นจะรู้สึกไม่สบาย ลักษณะดังกล่าวทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถจัดอยู่ในพฤติกรรมใดโดยเฉพาะ แต่ดูเหมือนว่าจะอยู่ระหว่างพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมการเจ็บป่วย 2. การที่ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องรับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่างๆ เป็นระยะเวลายาวนาน ดังนั้นการที่บุคคลซึ่งรู้สึกว่าตนสบายดี แต่ต้องมาสวมบทบาทผู้ป่วยในการรับการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนจากสังคมและสถาบันต่างๆ จะน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ผู้ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังในการรักษาสุขภาพจะมีลักษณะที่แตกต่างออกไป 3. แพทย์มักจะสั่งการรักษาโดยให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนนิสัยบางอย่าง เช่น เลิกสูบบุหรี่ หรือเปลี่ยนบริโภคนิสัยโดยที่แพทย์มักไม่ได้เป็นผู้ที่ใช้ความพยายามในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนนิสัยดังกล่าว ประเด็น 3 ประการข้างต้นนี้ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังในการมารับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนนิสัยหรือการลดกิจกรรมบางอย่างในชีวิต ฯลฯ จำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีลักษณะที่แตกต่างจากการใช้อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันพฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยดังที่กล่าวมาแล้ว

ตามที่ได้กล่าวถึงพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แสดงให้เห็นว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกปรับปรุงและพัฒนามาเป็นระยะๆ โดยมีการเพิ่มเติมปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ทั้งนี้เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสม และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น สำหรับองค์ประกอบต่างๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้าน

สุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าคุณเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling et al., 1960)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรค อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าว

ว่าเพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทักษะคิดและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลใน การที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะ คุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีคิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดถึงแม้ว่าจะยังไม่สมบูรณ์ และมีจำกัดหลายประการด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น แต่ก็สามารถใช้ได้ดีในการเป็นพื้นฐานของการทำความเข้าใจกับ พฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ ต่างๆ เพิ่มมากขึ้น โดยการศึกษาควรเป็นการศึกษาไปข้างหน้า ที่มีการกำหนดรูปแบบการวิจัยและ การวัดตัวแปรที่มีรูปแบบเดียวกันเพื่อสามารถนำผลมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคน สุขภาพ หรือ การรักษาดูจนวิธีชีวิตที่แตกต่างกันไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทร์ฉาย สิริชาติวาปี (2545) การรับรู้อาการโรคและพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลเมื่อมีอาการสงสัยว่าจะเป็นกามโรคของหญิงบริการทางเพศ มีการรับรู้อาการโรคมากถึงร้อยละ 87.8 อาการสำคัญ 3 อาการแรก คือ คันช่องคลอด ตกขาวผิดปกติและปวดท้องน้อย เมื่อมีอาการสงสัยจะเป็นกามโรค แหล่งรักษาที่เลือกมากที่สุด คือ ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 6 ขอนแก่น และซื้อยาตามร้านขายยา เหตุที่ไปศูนย์กามโรค เพราะผู้จัดการสถานบริการแนะนำ รักษาดี เจ้าหน้าที่บริการดี ส่วนเหตุผลที่ไปซื้อยาตามร้านขายยาเพราะคิดว่าอาการเป็นไม่มาก การคมนาคมสะดวก ใกล้บ้าน

โชษิตา คุ่มตลอด (2546) พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงอาชีพพิเศษจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า หญิงอาชีพพิเศษ มีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับดี ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค คือ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของครอบครัวและของหญิงอาชีพบริการทางเพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ หญิงบริการทางเพศ ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ คือ การสนับสนุนจากเจ้าของร้าน และความสะดวกในการบริการตรวจรักษา ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ คือ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงาน การได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ และการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ ($p\text{-value} < 0.001$)

ดรุณี ร่องพีช (2544) ความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของหญิงขายบริการทางเพศในสถานบริการบาร์เบียร์เชียงใหม่ พบว่า หญิงขายบริการทุกคนที่ทำงานในบาร์เบียร์ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์และสื่อต่างๆของหน่วยงาน และจากการแลกเปลี่ยนกับบุคคลต่างๆ สามารถวิเคราะห์ผลกระทบจากโรคเอดส์กับอาชีพของตนเอง ทำให้รับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงและมีโอกาสติดเอดส์ได้ แต่ข้อมูลที่หญิงบริการได้รับไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความตระหนักได้อย่างแท้จริง การได้รับรู้ข้อมูลไม่เพียงพอทำให้หญิงขายบริการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ไม่ถูกต้องตามมา โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ ดังนี้ 1. ความรู้ความเข้าใจและการเรียนรู้ในเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ หญิงขายบริการยังขาดข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ ส่งผลให้หญิงขายบริการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ไม่ปลอดภัย 2. ความต้องการความมั่นคงในชีวิต หญิงขายบริการมีความมุ่งหวังที่จะได้พบแขกที่ให้การเลี้ยงดูตนเองอย่างถาวร ด้วยการแต่งงานจดทะเบียนสมรส เพื่อจะได้มีเงินใช้ไม่ต้องทำงานหนัก ทำให้หญิงขายบริการให้คุณค่าในตนเองน้อยกว่าความมั่นคงที่จะได้รับจากแขกพยายามทำให้แขกพอใจ ยินยอมมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเพื่อเอาใจแขก 3. ขาดอำนาจต่อรอง

หญิงขายบริการที่มีสามีทุกคนไม่ป้องกันตนเองเวลามีเพศสัมพันธ์กับสามี เนื่องจากไม่กล้าที่จะพูดเรื่องเพศกับสามีตนเอง 4.ความรักความไว้วางใจ ทำให้หญิงขายบริการไม่ได้ป้องกันตนเองจากโรคเอดส์เพราะคิดว่าแขกหรือสามีคงไม่มีใครในช่วงที่อยู่ด้วยกัน โดยไม่คิดว่าแขกหรือสามีจะมีหญิงอื่นมาก่อนอยู่กับตนเอง หรืออาจติดเชื้อเอดส์มาก่อนก็ได้

สุกัญญา พรโสภาคกุล (2544) ระบบความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของหญิงที่อยู่ในการค้าประเวณี พบว่า หญิงที่อยู่ในการค้าประเวณีเชื่อว่าขณะมีประจำเดือนจะทำให้ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย ความเชื่อเมื่อมีตกขาวและตกขาวผิดปกติเชื่อว่าเกิดจากการรับประทานของแสลง สุขอนามัยส่วนบุคคลและการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการที่มดลูกอักเสบ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปมดลูก มะเร็งมดลูก หูดหงอนไก่ในมดลูกและท้องนอกมดลูก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเชื่อว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ร้ายแรงที่สุดคือโรคเอดส์

สุภาภรณ์ เฟื่องชะตา (2546) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ทักษะติดต่อถุงยางอนามัย มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เสาวนีย์ วิเศษสังข์ (2547) พฤติกรรมและเทคนิคให้บริการทางเพศของหญิงอาชีพพิเศษในอำเภอเบตง จังหวัดยะลา พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินอาชีพ มีความคับข้องใจเล็กน้อยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้สถานีดารวจ และจ่ายค่าตรวจเลือดให้โรงพยาบาล