

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยได้นำเสนอสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 2 ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 3 เทคนิคการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ตอนที่ 1 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ความหมายของโรคเอดส์

ฟลาสเกอร์ด (Flaskerud, 1989, p. 1) ให้ความหมายของโรคเอดส์ว่าเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส HIV (Human Immune Deficiency Virus) เข้าสู่ร่างกายมนุษย์แล้วไปทำลายเซลล์ภูมิคุ้มกันซึ่งทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรคทำให้ภูมิคุ้มกันเสื่อมลง จนเป็นเหตุให้ร่างกายอ่อนแอมีอาการเจ็บป่วยและรักษาไม่หาย ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และเสียชีวิตในที่สุด

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2536) ให้ความหมายของโรคเอดส์ซึ่งเป็นคำย่อมาจากคำเต็มว่า “Acquired Immune Deficiency Syndrome” ว่าเป็นโรคที่เกิดจากไวรัสชนิดหนึ่งที่เข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย แม้กระทั่งเชื้อที่พบทั่วไปในธรรมชาติที่ไม่ทำอันตรายต่อคนปกติก็จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระบบภูมิคุ้มกันลดน้อยลง

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2539) ให้ความหมายของเอดส์ว่า เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสเอดส์ เมื่อเข้าสู่ร่างกายของคนจะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของคนนั้นเสื่อมหรือบกพร่องจนเป็นสาเหตุให้ร่างกายอ่อนแอป่วยเป็นโรคเรื้อรังและในที่สุดก็จะเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังนั้น

ดังนั้นสรุปได้ว่าโรคเอดส์ หมายถึง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปทำลายภูมิคุ้มกันในร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงจนเป็นเหตุให้ร่างกายอ่อนแอจึงมีโอกาสติดเชื้ออวัยวะต่าง ๆ ได้ง่าย

ความเป็นมาของโรคเอดส์

โรคเอดส์ค้นพบเมื่อปี พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในรัฐแคลิฟอร์เนีย โดยมี การรายงานผู้ป่วย 5 ราย ซึ่งเดิมเคยเป็นคนที่มีความแข็งแรงดีมาตลอด ต่อมาเกิดเป็นโรคปอดบวม อย่างรุนแรงซึ่งเกิดจากเชื้อจุลินทรีย์ที่เรียกว่า Pneumocystis Carini เชื้อโรคนี้นี้ปกติจะไม่เกิดโรค ในคนธรรมดา นอกจากว่าความต้านทานของคน ๆ นั้นจะเสียไป ต่อมาอีก 1 เดือนก็มีรายงานจาก นิวยอร์กและแคลิฟอร์เนียว่ามีหนุ่มรักร่วมเพศอีก 26 ราย ป่วยเป็นโรคมะเร็งของหลอดเลือด โดย ทุกรายได้รับการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการพบว่าการทำงานของเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับ ภูมิคุ้มกันโรคไม่ได้ทำหน้าที่ตามปกติ ผู้ป่วยที่ได้รับการรายงานทุกรายแม้ว่าจะได้รับการรักษาเป็น อย่างดีแต่ทุกรายก็เสียชีวิตเพราะระบบภูมิคุ้มกันโรคเสื่อมหรือบกพร่องจากที่เคยมีอยู่ ด้วยเหตุนี้ จึงมีผู้เสนอให้เรียกชื่อโรคนี้ว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome หรือ AIDS จนถึงปัจจุบัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2525 มีรายงานว่า ผู้ป่วยลักษณะดังกล่าวเพิ่มขึ้นมากอย่างผิดปกติโดยเฉพาะในกลุ่ม คน 2 กลุ่ม คือ ในพวกเกย์ (Homosexual Men) และพวกติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด

จากการศึกษาย้อนหลังพบว่าโรคเอดส์เกิดในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 มีการ สันนิษฐานว่าโรคเอดส์มีกำเนิดในอาฟริกากลางเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2513 โดยชาวอาฟริกากลาง ได้รับเชื้อไวรัสจากลิงซึ่งเดิมไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อติดคนนาน ๆ เข้าจะค่อย ๆ กลายพันธุ์กลายมา เป็นไวรัสในคนและจากการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมทำให้เชื้อแพร่ระบาดสู่ประชาชนชาวเกาะ เฮติ ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวของคอนอเมริกันและยุโรป รวมทั้งการอพยพของชาวเมืองเฮติเองทำให้ การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไปยังทวีปอเมริกาและยุโรป และหลังจากนั้นก็แพร่ระบาดไปทั่วโลก อย่างรวดเร็ว

สำหรับประเทศไทยมีการรายงานโรคเอดส์รายแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 ที่ โรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการหนึ่งเพื่อเตรียมรับ สถานการณ์โรคเอดส์ที่จะเกิดขึ้นในเมืองไทย และในปี พ.ศ. 2528 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศ ให้โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523

เชื้อเอชไอวีกับโรคเอดส์

เชื้อเอชไอวีหรือเชื้อไวรัสโรคเอดส์เรียกชื่อตามภาษาอังกฤษว่า HIV (เอชไอวี) เป็น คำย่อมาจากคำว่า Human (มนุษย์) Immunodeficiency (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) Virus (เชื้อไวรัส) ก่อนที่บุคคลจะติดเชื้อเอชไอวีได้นั้นจะต้องเคยมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเปิดโอกาส รับเชื้อมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้งจึงเปิดโอกาสรับเชื้อบ่อยครั้งเท่าใดโอกาสที่จะติดเชื้อมากขึ้น ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนมากจะไม่ทราบว่าติดเชื้อมาตั้งแต่เมื่อใด หลายคนไม่มีอาการอะไรเลย

เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสที่ออกฤทธิ์ช้าและคนที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีชีวิตได้ปกติโดยไม่มีอาการแสดงของโรคเอดส์ได้เป็นระยะเวลานานเฉลี่ยประมาณ 7-10 ปี แต่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ตลอดเวลา

โรคเอดส์มาจากคำภาษาอังกฤษว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ระดับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ติดเชื้อลดลงถึงระดับที่จำนวน CD4 + T-lymphocyte ลดจำนวนลงน้อยกว่า 200 เซลล์/ μ l ร่วมกับการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อย ๆ ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายลงมากทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายคนปกติได้ ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีหลายชนิดแล้วแต่จะมีการติดเชื้อชนิดใดที่ส่วนใดของร่างกายซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ติดเชื้อเริ่มก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้ายคือป่วยเป็นโรคเอดส์ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS)

จากสถิติจะพบว่าการรายงานสถิติเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ในระยะเอดส์เต็มขั้นและผู้ติดเชื้อที่มีอาการแต่ไม่มีรายงานในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งคาดว่าจะมีอยู่เป็นจำนวนมากในสังคมปัจจุบัน

สถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ร่วมมือกันคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดภายใต้สมมติฐานว่าประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากปัจจุบันสามารถคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อได้ดังนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่สะสมมาตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยจวบจนปัจจุบันมีจำนวนประมาณ 1,074,000 ราย ในจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดดังกล่าวมีผู้เสียชีวิตสะสมแล้ว 501,700 ราย ในจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดดังกล่าวมีผู้ที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันและต้องการการดูแลรักษาจำนวนประมาณ 572,500 ราย และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 29,000 ราย ต่อปี ในปี พ.ศ.2549 คาดว่ามีประมาณ 1,109,000 ราย

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน (วันที่กันข้อมูล 22 มิถุนายน 2548, เข้าถึงได้จาก <http://www.aidsbangkok.cjb.net>) ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2548 รวมทั้งสิ้น 360,701 ราย และมีผู้เสียชีวิต 86,617 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 269,668 ราย และมีผู้เสียชีวิต 75,432 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย) ผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 91,033 ราย และมีผู้เสียชีวิต 11,185 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย) โดยมีรายละเอียดผู้ป่วยเอดส์สรุปได้ดังนี้

เพศ มีผู้ป่วยเอดส์เพศชาย 192,472 ราย เพศหญิง 77,196 ราย รวม 269,668 ราย

อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.5: 1

กลุ่มอายุที่พบมาก เป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25-39 ปี พบว่ามีผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 25.81) และกลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 25.29) , อายุ 35-39 ปี (ร้อยละ 16.62), อายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 9.18) และต่ำสุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.21)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่ามีผู้ป่วยจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุด 225,934 คน รองลงมาคือ ดิยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 12,724 คน ติดเชื้อจากมารดา 11,154 คน ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง 19,717 คน และรับเลือด 64 คน รวมทั้งสิ้น 269,668 คน (ร้อยละ 83.78, 4.72, 4.14, 7.31 และ 0.02 ตามลำดับ)

การติดต่อของเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวีปกติจะพบในของเหลวที่ออกมาจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แต่พบว่าโอกาสที่จะแพร่โรคมิเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น ช่องทางการติดต่อที่สำคัญมี 3 ทาง คือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532, หน้า 3)

1. การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmission) การร่วมเพศกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์แบบชายกับชาย ชายกับหญิง ล้วนมีโอกาสติดเชื้อได้ทั้งสิ้น พฤติกรรมทางเพศมีโอกาสดูดเชื้อต่างกัน โดยพบว่า การร่วมเพศทางทวารหนักมีความเสี่ยงมากที่สุด เพราะขณะมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อเมือกได้มาก รองลงมาคือทางช่องคลอดและที่เสี่ยงน้อยที่สุดคือวิธีใช้ปาก (Oral Sex) ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อคือการมีแผลหรือรอยถลอกบริเวณเยื่ออวัยวะเพศ การติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยพบสูงถึงร้อยละ 84

2. การรับเชื้อทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด โอกาสติดเชื้อมีขึ้นอยู่กับการปนเปื้อนไวรัสที่อยู่ในเลือด พบได้ใน 4 กรณี

2.1 การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น โดยทำความสะอาดไม่ดีมีเลือดของผู้อื่นปนเข้าไปด้วย มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.1-1 ต่อการใช้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อ 1 ครั้ง

2.2 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี การได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี 1 ยูนิต จะมีโอกาสติดเชื้อมีเกือบเปอร์เซ็นต์ ปัจจุบันเลือดทุกยูนิตจะผ่านการตรวจแอนติเอชไอวี (Anti-HIV) อย่างไรก็ตามการตรวจนี้ยังไม่สามารถตรวจหาผู้ติดเชื้อทุกรายที่อยู่ในช่วงรับเชื้อเข้าไปก่อนที่จะมีแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Window Period) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้

2.3 การรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อ หรือการผสมเทียมโดยรับอสุจิจากผู้ติดเชื้อ

2.4 การถูกเข็มที่มีคมที่ปนเปื้อนเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีตำหรือบาด เช่น การที่บุคลากรทางการแพทย์ถูกเข็มที่ปนเปื้อนเลือดตำ การใช้เข็มและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่สะอาด การสัก

การฝังเข็ม การเจาะรูหู รวมถึงการเสริมสวยที่ใช้ของมีคมซึ่งไม่สะอาด เช่น ใบมีดโกน แต่โอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากวิธีเหล่านี้มีน้อยมากคือ น้อยกว่าร้อยละ 5

3. การแพร่เชื้อจากการคาบคู่อารก (Vertical Transmission) มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจากสามี คู่นอน หรือจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองแล้วถ่ายทอดสู่ตัวทารกตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอด หรือหลังคลอด โอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อจากการคาบขณะตั้งครรภ์มีประมาณร้อยละ 30-50 ถ้าทราบว่ามารดาติดเชื้อโรคเอดส์ หลังคลอดมารดาควรงดให้นมโดยเด็ดขาด

จากการศึกษาในประเทศต่าง ๆ ที่ผ่านมา ไม่ปรากฏว่าโรคเอดส์แพร่ทางอื่นเลย นอกจากวิธีที่ได้กล่าวมาแล้ว เช่น การรับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกัน เรียนหนังสือในโรงเรียนเดียวกัน หรืออยู่บ้านเดียวกัน แม้กระทั่งโค่นขุดก็ไม่ได้ติดต่อกันเพราะเชื้อไวรัสโรคเอดส์ไม่ติดต่อโดยยุง

อาการและการดำเนินของโรคเอดส์

ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีจะเกิดอาการต่าง ๆ ของโรค ซึ่งมี 3 ระยะ ดังนี้ (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 21-23)

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ในระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีต่อไปได้ ผู้ติดเชื้อจะเข้าสู่ระยะไม่แสดงอาการนานนับปีเฉลี่ยประมาณ 7-10 ปี

2. ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symtomatic HIV Infection) ระยะนี้เดิมเรียกระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือ ARC (AIDS Related Complex) ปัจจุบันได้ปรับปรุงคำที่ใช้เรียกเสียใหม่เพื่อให้เข้าใจง่ายว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (HIV Symptomatic Patient) ซึ่งในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น มีเชื้อราในปากและลำคอ ต่อม้ำเหลืองโตที่บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ หรือแผลริมชนิดลูกกลม มีอาการเรื้อรังเกิน 1 เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นหนังอักเสบ น้ำหนักลด โดยทั่วไปถือว่าหากจำนวน CD4 + T-lymphocyte ลดจำนวนลงน้อยกว่า 200 เซลล์/ μ l ร่วมกับการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อย ๆ เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ติดเชื้อเริ่มก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้ายคือป่วยเป็นโรคเอดส์ส่วนใหญ่พบ 7-10 ปีหลังติดเชื้อ

3. ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายลงมากทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายคนปกติได้ ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่จะมีการติดเชื้อชนิดใดที่ส่วนใดของร่างกาย เช่น ถ้าเป็นปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* จะมีไข้ ไอ หอบ ถ้าเป็นเชื้อราในทางเดินอาหารจะมีอาการเจ็บคอ

กลืนลำบาก ถ้าเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Cryptococcus จะมีการปวดศีรษะ คอแข็งและเสียชีวิต ในที่สุดการดำเนินโรคของผู้ติดเชื้อเอดส์แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2543)

1. ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ (Typical Progressors) พบประมาณร้อยละ 80-90 มีระยะเวลาดังแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์แล้วเสียชีวิต เฉลี่ยประมาณ 10 ปี
2. ผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการของโรคอย่างรวดเร็ว (Rapid Progressors) พบประมาณร้อยละ 5-10 มีระยะเวลาดังแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์แล้วเสียชีวิต เฉลี่ยประมาณ 3-4 ปี
3. ผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการของโรคเป็นเวลานาน (Long-Term Nonprogressors) พบประมาณร้อยละ 5 ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ไม่แสดงอาการของโรคและมีระบบภูมิคุ้มกันปกติ แม้จะติดเชื้อมาเป็นเวลานานไม่ต่ำกว่า 7-10 ปี

การป้องกันโรคเอดส์

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคเอดส์ได้ทั่วโลกอยู่ระหว่างการค้นคว้าวิจัยวัคซีนและยารักษาโรคเอดส์ วิธีที่จะหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ก็คือการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำได้โดยการลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อดังนี้ (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 27)

1. ไม่เสพยาเสพติดแต่หากกำลังติดยาที่ไปรักษาเพื่อเลิกยาเสพติดให้ได้ ถ้าเลิกไม่ได้หรือกำลังจะเลิกก็ใช้วิธีเสพยาโดยไม่ต้องฉีด หรือฉีดโดยไม่ใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น และทำความสะอาดอุปกรณ์ฉีดยาก่อนใช้ทุกครั้ง
2. ไม่สำส่อนทางเพศ เช่น ไม่มีคู่นอนหลายคน ไม่เที่ยวโสเภณี หากยังเลิกเที่ยวไม่ได้ให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ส่วนผู้ที่เป็ชชายหรือหญิงโสเภณีต้องใช้ถุงยางอนามัยกับผู้รับบริการทุกคนและควรเปลี่ยนอาชีพ (ถ้าทำได้)
3. งดเว้นการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งของที่อาจปนเปื้อนเลือด เช่น แปรงสีฟัน ใบมีดโกนหนวด เข็มสักตัว เข็มเจาะหู เป็นต้น
4. หญิงที่มีเลือดเอดส์บวกควรหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์เพราะเด็กที่เกิดจากแม่เลือดบวกจะมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ได้ถึงร้อยละ 30-50

ปัจจุบันโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนประมาณ 30,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตและทนทุกข์ทรมานจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวนมาก ทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อและบุคคลรอบข้าง ดังนั้นวิธีการลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์คือการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ทแวกเดิล (Twaddle, 1981, p. 11) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม วัฒนธรรม โดยได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของคนในครอบครัว สถานการณ์ และประสบการณ์

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

มานพ เชื่อมทอง (2542, หน้า 14) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการกระทำใด ๆ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกายจากพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการสัมผัสเลือด ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

เรวดี อิ่มเอิบ (2543, หน้า 6) กล่าวว่า พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติตนหรือการกระทำใด ๆ ที่เป็นการป้องกันโรคไม่ให้เชื้อโรคเอดส์มีโอกาเข้าสู่ร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการดำเนินชีวิตและด้านเพศสัมพันธ์

จากความหมายข้างต้นสรุปว่า พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาเพื่อป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาเข้าสู่ร่างกาย แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และด้านการใช้ของมีคม โดยเป็นการแบ่งตามโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ประเภทของพฤติกรรม

นักจิตวิทยาแบ่งพฤติกรรมเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ พฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก

1. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้ เช่น ความรู้ ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยม ความตั้งใจ เป็นพฤติกรรมภายในบุคคลที่สังเกตโดยตรงไม่ได้ คือ ไม่สามารถมองภายนอกแล้วบอกได้ว่าบุคคลดังกล่าวมีความรู้ ความคิด ความรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับเรื่องนั้น หากบุคคลดังกล่าวไม่พูด ไม่เขียน ไม่แสดงออก หรือกระทำออกมาเป็นปฏิกิริยาภายนอกให้ผู้อื่นรู้ ดังนั้นหากต้องการจะทราบว่าบุคคลมีปฏิกิริยาภายในอย่างไร จำเป็นต้องมีเครื่องมือมาช่วยวัดพฤติกรรมที่อยู่ภายในบุคคล เช่น แบบทดสอบความรู้ แบบวัดความรู้สึกรู้สึก หรือแบบวัดทัศนคติ ซึ่งวิธีการวัดอาจเป็นแบบสำรวจให้บุคคลตอบเอง หรือเป็นแบบสัมภาษณ์

2. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาโดยผู้อื่นสามารถสังเกตได้ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคลตั้งแต่ตื่นนอน การแสดงออกทางหน้าตา และกิริยาตามภาวะอารมณ์ที่อยู่ภายใน การแก้ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งปฏิกริยาเหล่านี้สามารถสังเกตได้โดยตรง การวัดพฤติกรรมเหล่านี้จึงสามารถใช้วิธีสังเกตได้โดยตรงโดยอาจใช้แบบสังเกตในการบันทึกพฤติกรรม แต่ในความเป็นจริงพบว่า พฤติกรรมบางอย่างของบุคคลเกิดขึ้นเป็นบางเวลาและบางสถานที่ การที่จะไปสังเกตการกระทำดังกล่าวของบุคคลจึงเป็นไปได้ยาก

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-20 ปี จัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งหมายถึง ช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้เป็นระยะที่มีการพัฒนาทางจิตใจจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่และเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้ปกครอง ไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง

การเข้าสู่วัยรุ่นของเด็กแต่ละคนค่อนข้างแตกต่างกันมาก โดยปกติเด็กผู้หญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นก่อนเด็กชาย 2 ปี คือมักเริ่มตั้งแต่อายุประมาณ 9-11 ปี ในระยะแรกของการเข้าสู่วัยรุ่นร่างกายจะสร้างฮอร์โมน 17-ketosteroids เพิ่มขึ้น และต่อมาก็จะมีฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และแอนโดรเจน (Androgen) เพิ่มขึ้นตามมา ซึ่งจะทำให้เด็กมีอาการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว รวมถึงการเจริญเติบโตของลักษณะทางเพศและมีความต้องการทางเพศเกิดขึ้น อีกด้านหนึ่งคือ อารมณ์ที่จะเริ่มมีอารมณ์รุนแรงมากขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้ง่ายจากอิทธิพลของฮอร์โมน มีความคิดเป็นของตนเองมากขึ้น ทางด้านสังคมจะชอบความเป็นอิสระและยึดถือว่ากลุ่มเพื่อนมีความสำคัญมาก ในขณะเดียวกันก็จะพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง สำหรับด้านที่สำคัญต่อการเกิดปัญหาทางเพศโดยตรงคือ การพัฒนาการทางด้านเพศ เริ่มจากการทำงานของฮอร์โมนเพศ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และเกิดแรงขับทางเพศ (Sex Drive) ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อมีความรู้สึกต้องการทางเพศวัยรุ่นจึงอาจมีพฤติกรรมความสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง อาจชอบพอกับเพื่อนเพศเดียวกันหรือมีการแสดงออกอารมณ์ทางเพศกับเพศตรงข้าม การมีแฟนหรือมีความรักใคร่ชอบพอก็จะเป็นการสนองความต้องการอีกด้านหนึ่งที่สำคัญต่อจิตใจของวัยรุ่นจากนั้นจึงมีการแสดงความรัก ความชอบพอกและทดลองทางเพศกับเพศตรงข้ามได้ง่าย ถ้ามีค่านิยมและแบบอย่างไม่เหมาะสม วัยรุ่นจะมีปัญหาทางเพศได้ง่าย เช่น การติดโรคทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์เป็นต้น (สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ, 2542, หน้า 7)

นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในตัววัยรุ่นเองแล้ว การที่สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีการรับเอาอารยธรรมตะวันตกเข้ามาทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

แต่คำนิยม วัฒนธรรม ประเพณีหรือเจตคติในเรื่องเพศยังคงมีการเปลี่ยนแปลงน้อย ถือว่าเรื่องเพศยังคงเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย ซึ่งขัดกับสภาพการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันที่มีสถานบริการสถานเริงรมย์เปิดบริการให้วัยรุ่นมีโอกาสเข้าไปใช้บริการในสถานที่ดังกล่าวมากขึ้น นอกจากนี้วัยรุ่นชายหญิงยังมีโอกาสพบปะสังสรรค์กันอย่างอิสระ การคบหาสมาคมระหว่างชายหญิงกระทำได้อย่างเปิดเผย การคบเพื่อนต่างเพศอยู่ใกล้กัน การตัดสินใจของตนเอง โอกาสที่ชายหญิงจะอยู่ด้วยกันตามลำพังมีมากขึ้น ตลอดจนมีสิ่งปลูกเร้าการมรณในรูปแบบต่าง ๆ จากสื่อมวลชน ภาพยนตร์ หนังสือ สิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ตซึ่งล้วนแต่มีส่วนกระตุ้นให้วัยรุ่นชายและหญิงมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานได้ และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน ริชเตอร์และคณะ (Richter et al., 1993, pp. 91-96) กล่าวว่า วัยรุ่นจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์สูงเนื่องจากมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย หรือมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีคู่นอนหลายคน ขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงและไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีลักษณะพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ (พิมพ์วิทย์ บุญมงคล และวันเพ็ญ มาอูน, 2541)

1. การมีเพศสัมพันธ์แบบหลายคนของวัยรุ่นชายและหญิงก่อนแต่งงาน

จากการศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายหญิงพบว่า วัยรุ่นทั้งชายและหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วขึ้น และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกได้เปลี่ยนจากการเที่ยวหญิงบริการเป็นการมีเพศสัมพันธ์ทางเพศกับเพื่อนหญิง นอกจากนี้จากการศึกษาอื่น ๆ ในช่วงระยะหลังยังพบตรงกันว่าบุคคลแรกที่ชายวัยรุ่นการมีเพศสัมพันธ์ด้วย คือ คู่รัก คู่หมั้น คนรู้จักหรือคู่นอน สูงกว่าหญิงบริการทางเพศ (Cash et al., 1995) นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายหญิงยังเป็นลักษณะของการมีคู่นอนหลายคนและเป็นระยะเวลาดสั้น ๆ โดยมักไม่มีการพูดคุยสื่อสารระหว่างกัน และกันในเรื่องเพศสัมพันธ์รวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัย หรือการป้องกันเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Cash et al., 1995) นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์และของมีเมารวมทั้งยาเสพติดทุกประเภทจะทำให้ขาดสติเป็นเหตุให้มีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายขึ้น การดื่มเหล้าและสารเสพติดจะช่วยเพิ่มความกล้าในการเปิดเผยความรู้สึกทางเพศทั้งทางคำพูดและการกระทำ โดยเหล้าและสารเสพติด เช่น ยาอี ยาเค เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และช่วยเพิ่มความกล้าในการเที่ยวหญิงบริการ

2. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นชายหญิงมักไม่ใช้ถุงยางอนามัย

การศึกษาหลาย ๆ งานวิจัยยืนยันตรงกันว่า การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นชายหญิงส่วนมากไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย (Cash et al., 1995) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยได้แก่

2.1 การที่วัยรุ่นมองว่าการใช้ถุงยางอนามัยไม่เหมาะสมในความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานความรัก เพราะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจกันและขาดความใกล้ชิด

2.2 การขาดการรับรู้การเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากคู่นอน

2.3 ทำให้ฝ่ายชายลดความรู้สึกรักพึงพอใจทางเพศขณะมีเพศสัมพันธ์

2.4 วัยรุ่นหญิงถูกคาดหวังว่าต้องไม่รู้จักเรื่องเพศ การที่ตนเองจะเป็นผู้เอ่ยถึงการใช้ถุงยางอนามัยทำให้เป็นสถานการณ์ที่ยากลำบาก

2.5 ขาดการสื่อสารทางเพศระหว่างวัยรุ่นชายหญิงในเรื่องการคุมกำเนิดและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่าไม่ค่อยมีการสื่อสารในเรื่องเพศ การคุมกำเนิด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

3. การใช้เข็มยาเสพติดร่วมกัน

ในกลุ่มวัยรุ่นชายหญิงที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น มักจะมีพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการติดเชื้อเอชไอวีได้ แต่ในปัจจุบันพบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีโดยวิธีนี้มีอัตราที่น้อยเมื่อเทียบกับการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ก็ยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ การแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาที่ไม่ได้ทำความสะอาดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การใช้อุปกรณ์ในการฉีดยา ได้แก่ เข็มและกระบอกฉีดยาจะทำให้ผู้ที่เสพยาด้วยวิธีนี้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ถ้าอุปกรณ์ที่ใช้มีการปนเปื้อนเชื้อ ผู้เสพยาเสพติดมักรวมกันเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ที่มี ความไว้วางใจกันเท่านั้น ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มทำให้มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่การใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน ในบางครั้งการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นก็ไม่ได้เกิดจากการรวมกลุ่มกันเองของผู้เสพยาเสพติดเพียงอย่างเดียว ในบางที่ที่มีการขายยาเสพติดจะมีการเตรียม อุปกรณ์การฉีดไว้บริการ ซึ่งจะเป็นการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นโดยปริยาย

ฉวีวรรณ ไวยเนตร และนางลัดดา เกษม (2542, หน้า 71) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาของจังหวัดแพร่จำนวน 1,545 คนจากโรงเรียนที่มีแกนนำเยาวชนด้านภัยเอดส์ มีการศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา และศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชายร้อยละ 80 นักเรียนหญิงร้อยละ 46.1 มีอายุระหว่าง 16-20 ปี ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 86.6 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคนรักหรือเพื่อนสนิทร้อยละ 7 เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศหรือโสเภณีร้อยละ 4.7

พรรณี ภาณุวัฒน์สุข และรัตนา สำโรงทอง (2542, หน้า 207-216) ได้สำรวจพฤติกรรมทางเพศและลักษณะของพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในชุมชนคลองเตย กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นจำนวน 377 คน (ชาย 116 คน หญิง 211 คน) อายุเฉลี่ย

16 ปี ผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นร้อยละ 81.2 ไม่เคยมีประสบการณ์ทางเพศ และอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 15 ปี บุคคลที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ด้วยร้อยละ 70.5 คือคู่อริ และหญิงขายบริการทางเพศร้อยละ 9.8 และเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่อริ วัยรุ่นร้อยละ 63.1 จะไม่สวมถุงยางอนามัย ถ้ามีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือขายบริการทางเพศวัยรุ่นร้อยละ 71.4 จะสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง

สรุปได้ว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นนั้นเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งเป็นผลจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัยมีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลองและเริ่มมีความสนใจทางเพศ จึงมีโอกาที่จะถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่าย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาว่าตัวแปรใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ เริ่มพัฒนามาขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยา สังคม ซึ่งให้บริการสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อมุ่งที่จะอธิบายว่าเหตุใดบุคคลจึงไม่สนใจปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยเพื่อป้องกันโรค หรือมารับการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคหรือความผิดปกติในระยะแรก ซึ่งยังไม่มีอาการแสดง

แนวคิดพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Theory of Goal Setting) ของเลวิน (Lewin) ซึ่งมุ่งอธิบายพฤติกรรมหรือการตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลเมื่อเกิดความไม่แน่ใจ โดยมีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับแบบแผนโน้ตทัศน์ที่แตกต่างกัน เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล แบบแผนที่ได้รับการยอมรับและมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย คือ “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้ใช้ตัวแปรทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลนี้ขึ้นอยู่กับความเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและผลที่ได้จากการกระทำของตน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลจากแนวคิดโรเซนสตอร์ก (Rosenstock, 1974) ที่กล่าวว่า บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคใดโรคหนึ่ง

1. เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. การเกิดโรคอาจจะทำให้เกิดความรุนแรงอย่างมากต่อชีวิต
3. การปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงในการป้องกันโรคแต่ละโรคจะมีประโยชน์ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเมื่อเกิดโรคขึ้นก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจะพบว่า การที่บุคคล จะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพนั้นจะต้องมี องค์ประกอบต่อไปนี้ (Becker, 1974)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to Take Action) เป็นความพร้อมทางจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะความพร้อมที่จะปฏิบัติ ซึ่งสิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจว่าเกิดความพร้อมแล้ว ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The Individual's Evaluation of the Advocated Health Action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพโดยพิจารณาถึงศักยภาพความสามารถของตนเอง ในการกระทำพฤติกรรมกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ มีการคิดเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ประโยชน์กับอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ โดยบุคคลจะพิจารณาถึงสภาวะทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to Action) หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น การรับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล และสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และจากสื่อมวลชนต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม

ในระยะต่อมาได้มีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยได้เพิ่มปัจจัยด้านประชากรตัวแปรด้านสังคมวิทยาและตัวแปรเชิงโครงสร้าง ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่แตกต่างกันอย่างมากในแต่ละบุคคล ในบางคนอาจปฏิเสธหรือเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่บางคนเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมาก หรืออาจมีโอกาเสี่ยงแต่ไม่มากนัก ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เหมาะสมอย่างไรจึงขึ้นอยู่กับรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคได้ 3 ทาง คือ

- 1.1 ความเชื่อต่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคผิดไป

1.2 ถ้าบุคคลเคยเจ็บป่วยมาก่อนจะมีการคาดคะเนว่าตนอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำได้

1.3 ถ้าบุคคลกำลังเจ็บป่วยจะมีความเชื่อต่อการเกิดโรคสูงทำให้มีความเชื่อว่าตนมีโอกาสดต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้มาก

เบกเกอร์ (Becker, 1974, p. 36) ได้สรุปว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้น ๆ หรือการเป็นโรคนั้น ๆ จะมีความรุนแรงต่อร่างกายต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ซึ่งความเชื่อหรือการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้แตกต่างกันไปตามระดับการประเมินความรุนแรงของแต่ละบุคคล เช่น บางคนเชื่อว่าผลของการเกิดโรคนั้นอาจทำให้ถึงตายได้ บางคนเชื่อว่าผลของการเกิดโรคอาจทำให้การทำงานของร่างกายจิตใจมีสมรรถภาพลดลงเป็นระยะเวลายาวนาน บางคนเชื่อว่าผลของโรคนั้นจะทำให้เขาพิการ นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรคยังรวมถึงผลกระทบของโรคต่อหน้าที่การงาน ต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว และความสัมพันธ์ในสังคม

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Benefit) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจึงคำนึงถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย และการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างใดนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจและการรับรู้ประโยชน์ตลอดจนอุปสรรคความไม่สะดวกต่างๆในการกระทำนั้น ๆ โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติตามวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุดหรืออุปสรรคมีน้อยกว่าเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดภาวะคุกคามของโรค ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติคือมีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคแล้วก็ตามแต่การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อประสิทธิผลของการกระทำที่จะช่วยลดภาวะคุกคาม โดยเปรียบเทียบกับความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ๆ

4. สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรม (Cue to Action) เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการรับรู้ด้านลบต่อพฤติกรรมซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางการมี

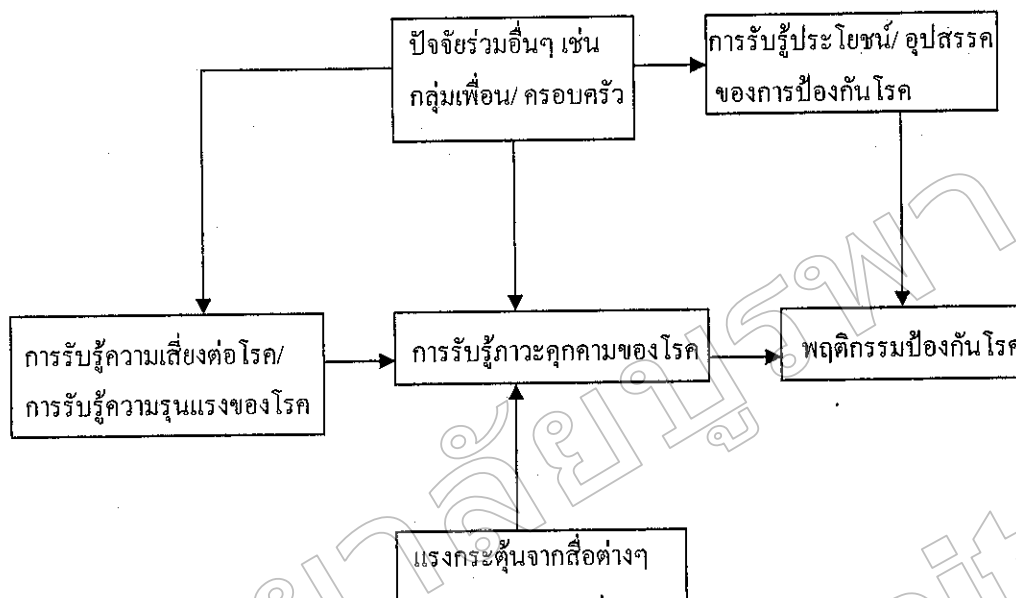
พฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมได้นั้นจึงขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมนั้นจะให้ประโยชน์กับเขามากและเชื่อว่ามีอุปสรรคเกิดขึ้นน้อย โดยเมื่อรวมระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะผลักดันให้เกิดพฤติกรรม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจะช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องได้รับการกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม เรียกปัจจัยกระตุ้นนี้ว่าสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรม สิ่งชักนำนี้เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม โดยปัจจัยกระตุ้นอาจเกิดจากปัจจัยกระตุ้นภายใน เช่น การรับรู้สภาวะร่างกาย และปัจจัยกระตุ้นภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำจากบุคคล เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จะเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับระดับความเข้ม (Intensity) ของสิ่งชักนำซึ่งจำเป็นต้องมีเพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และแตกต่างกันไปตามความพร้อมของจิตใจ คือ ถ้ามีความพร้อมทางด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมทางด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องกระตุ้นเตือนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

5. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะมีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ปัจจัยด้านประชากร ด้านสังคมจิตวิทยา และปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น อายุ เพศ กลุ่มเพื่อน ครอบครัว บุคลิกภาพ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรค แต่ส่งผลต่อการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

ตัวแปรเหล่านี้ อาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและมีความสำคัญต่อบุคคลไม่เท่ากัน บางปัจจัยอาจมีความสำคัญมากจนเกิดการปฏิบัติ ในขณะที่บางปัจจัยมีความสำคัญน้อย อย่างไรก็ตามเมื่อรวมปัจจัยต่าง ๆ เข้าด้วยกันก็จะมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว

จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบกเกอร์ (Becker, 1974) สรุปได้ว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของแต่ละบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค 2) ปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น กลุ่มเพื่อน ครอบครัวและ 3) การรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ โดยปัจจัยร่วมอื่น ๆ และการรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรค แต่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ซึ่งการรับรู้ภาวะคุกคามกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคจะมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ดังรูป



ภาพที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของเบ็กเกอร์ (Becker, 1974)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Planned Behavior)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนนี้ถูกพัฒนาโดย ไอเซน (Ajzen, 1991) ที่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ ฟิชไบน์และไอเซน (Fishbein & Ajzen) มีจุดมุ่งหมายที่จะทำนายพฤติกรรมรวมทั้งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยด้วย แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลและรู้จักใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบในการตัดสินใจเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองโดยเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์มิได้ถูกกำหนดโดยอารมณ์หรือขาดการพิจารณา ก่อน แต่เชื่อว่ามนุษย์ได้มีการพิจารณาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเองก่อนที่จะตัดสินใจแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมใด ๆ

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ ไอเซน (Ajzen, 1991 อ้างถึงใน ชีระพร อูวรรณ โณ, 2535, หน้า 291-293) มีสาระสำคัญดังนี้

1. เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) หรือความตั้งใจ เป็นปัจจัยหลัก (Central Factor) ในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยเจตนาในทฤษฎีนี้หมายถึงเจตนาที่จะพยายามทำพฤติกรรมนั้น เจตนาเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เจตนาจะเป็นตัวชี้บ่งว่าบุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็ยิ่งมีมากเท่านั้น เจตนานี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมแต่ไม่ได้หมายความว่าความเจตนาเพียงตัวเดียวจะใช้เป็นตัวทำนายได้

เหมาะสมเสมอไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าพฤติกรรมดังกล่าวบุคคลประสบปัญหาในการควบคุมมาก อาจมีปัจจัยอื่นที่มีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งจูงใจและมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตนากับการกระทำพฤติกรรม เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ขึ้นอยู่กับตัวกำหนด 3 ตัว คือ เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

1.1 เจตคติต่อการทำพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) เป็นการประเมินทางบวกหรือลบต่อการกระทำนั้น ๆ จัดได้ว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำและการประเมินผลของการกระทำโดยมีอิทธิพลมาจากความเชื่อในพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) นั้น ๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกต่อพฤติกรรมใดมากเท่าไรบุคคลก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น

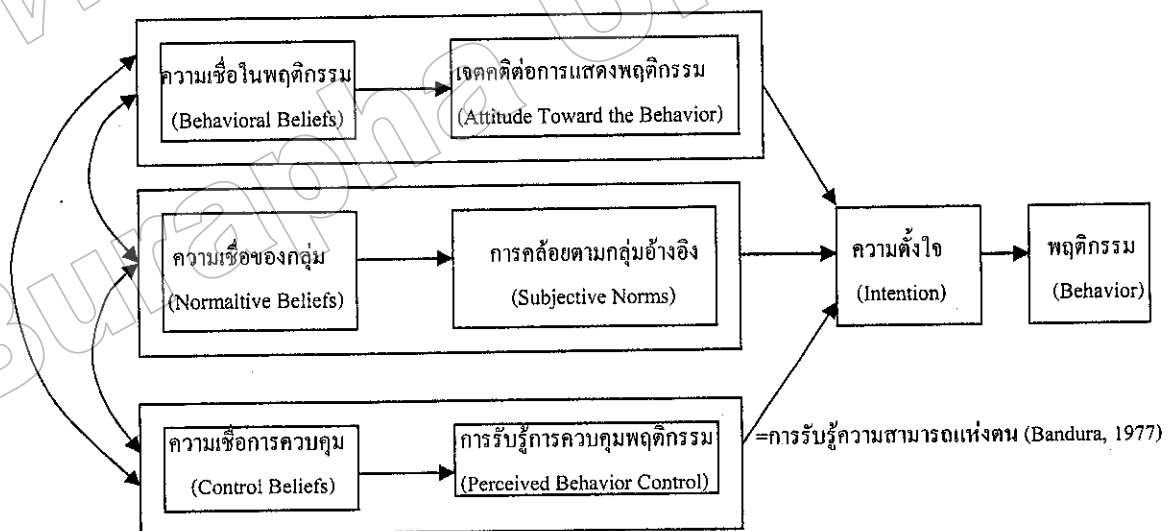
1.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแรงผลักดันของสังคม โดยการคาดถึงความรู้สึกของบุคคลสำคัญเหล่านั้นที่มีต่อพฤติกรรมของเขาได้รับอิทธิพลโดยตรงจากความเชื่อของกลุ่ม (Normative Beliefs) ซึ่งหมายถึงความเชื่อที่ว่าบุคคลแต่ละคนที่อยู่ในกลุ่มอ้างอิงประสงค์จะให้ตนทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นเพียงใด กลุ่มอ้างอิงในที่นี้ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลผู้นั้น

1.3 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavior Control) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีต และการคาดคะเนปัจจัยเอื้ออำนวย สิ่งขัดขวางหรืออุปสรรคซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงมาจากความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control Beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีทรัพยากรหรือโอกาสที่จำเป็นในการทำพฤติกรรมโดยได้รับอิทธิพลมาจากข้อมูลที่ได้รับการบอกเล่าจากผู้อื่นเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น การสังเกตจากประสบการณ์ของคนคุ้นเคยและเพื่อน ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจจะมีประโยชน์หรือขัดขวางในการแสดงพฤติกรรม การรับรู้ในพฤติกรรมนี้จะมีความสำคัญในการวางหลักแห่งการกระทำ

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) ต่างกันที่ว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะเน้นปัจจัยภายในของบุคคล ในขณะที่การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจะเน้นทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้แสดงให้เห็นว่าความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการกระทำโดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่าสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้น ได้จะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนไม่มีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้น

2. พฤติกรรม (Behavior) ในการศึกษาพฤติกรรมนั้นจะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะศึกษาพฤติกรรมหรือผลเพราะทั้งสองอย่างมีความแตกต่างกัน พฤติกรรมคือสิ่งที่บุคคลลงมือทำเองแต่ผลอาจเกิดจากการกระทำและปัจจัยอื่น ๆ ดังนั้นในการนิยามและการวัดพฤติกรรมจึงจำเป็นต้องแยกแยะระหว่างพฤติกรรมกับผล หากต้องการศึกษาผลจำเป็นต้องกำหนดให้ได้ว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่นำไปสู่ผลนั้น ๆ

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนนี้มุ่งทำนายพฤติกรรมและทำความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลตามแนวคิดของทฤษฎีนี้กล่าวว่า “ความตั้งใจ” (Behavioral Intention) ของบุคคลที่จะแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมใด ๆ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนั้น ถ้าสามารถวัดความตั้งใจที่จะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้ว ก็จะสามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องใกล้เคียงมากที่สุด ตามแนวคิดของทฤษฎีนี้กล่าวว่ามีปัจจัย 3 ตัวคือ เจตคติต่อการแสดงพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavior Control) ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์ต่อกันและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจ ไอเซน (Ajzen, 1991) ได้เสนอรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ไว้ดังนี้



ภาพที่ 5 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซน (Ajzen, 1991 Retrieved Mach 21, 2004, from <http://www.unix.oit.umass.edu/~ajzen/obhdp.html>.)

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบกเกอร์ (Becker, 1974) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ ไอเซน (Ajzen, 1991) รวมทั้งการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self - Efficacy) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 2 ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตัวแปรความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตัวแปรการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และตัวแปรการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยมีรายละเอียดของแต่ละตัวแปรดังนี้

เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบ่งออกเป็น 3 ด้านตามลักษณะพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีคือ เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และด้านพฤติกรรมการใช้ของมีคม

ความหมายของเจตคติ

เธอร์ส โธน (Thurstone, 1967 อ้างถึงใน พิชัย บุญมาหนองดู, 2545, หน้า 23) ให้ความหมายของเจตคติว่า เป็นระดับของความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Psychological Object) ซึ่งอาจจะเป็นอะไรก็ได้หลายอย่าง เป็นต้นว่า สิ่งของ บุคคล บทความ องค์กร ความคิด ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

อลพอร์ต (Allport, 1976, p. 2) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง สภาวะของความพร้อมทางด้านจิตซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็แรงที่จะกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2540, หน้า 106) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องจากการเรียนรู้และประสบการณ์ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือต่อต้านก็ได้

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของเจตคติว่า หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ในการวิจัยนี้เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่นักเรียนมีความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับผล คุณประโยชน์ และโทษของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หากนักเรียนเห็นว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีมีประโยชน์ เกิดความรู้สึกชอบพอใจในพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก็จะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แต่ถ้านักเรียนเห็นว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่ดี ไม่มีประโยชน์ เกิดความรู้สึกไม่ชอบ ไม่พอใจ ก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านเพศสัมพันธ์ เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการใช้ยาเสพติด และเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการใช้เข็มฉีดยา วัคซีนได้จากแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาเจตคติของบุคคลนั้นมีประโยชน์ต่อการที่จะทำนายพฤติกรรมของบุคคลว่ามีความทิศทางไปในทางบวกหรือลบ ชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นเพียงใด นอกจากนี้ยังเป็นการหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขส่วนที่เกิดเจตคติในทางลบ เพื่อปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการให้เข้าใจในเหตุและผลของบุคคลว่าสาเหตุของการเกิดเจตคติในทางบวกหรือลบนั้นเกิดจากสาเหตุใด บลอสลีย์ (Blosley, 1989, pp. 881-897 อ้างถึงใน ยุทธนา ภาระนันท์, 2546, หน้า 15) ได้ศึกษา ความรู้ ความเชื่อและการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ในนักเรียนระดับ 10 จากโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตเมืองมัตลุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการเลือกพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการใช้ยา ที่มีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง และมีมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV นักเรียนหญิงมีเจตคติที่ดีกว่านักเรียนชาย นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย

ฮอปเปอร์ (Hopper, 1994, pp. 117-124) ได้ศึกษาความรู้และความเชื่อของนักเรียนเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนเกรด 3 ถึง 6 พบว่า เด็กเหล่านี้มีความตระหนักเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรคเอดส์ พวกเขาเข้าใจว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ร้ายแรงไม่สามารถรักษาได้ และรู้ถึงวิธีป้องกันการติดต่อของเชื้อโรค

สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ (2542, หน้า 21) ได้ศึกษาเจตคติต่อการบริการทางเพศ ความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกด้านสุขภาพและพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ของนักเรียนอาชีวศึกษาและนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น พบว่า พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่เป็นการมีคู่อุปถัมภ์และแสดงความรักระหว่างคู่อุปถัมภ์ โดย

การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกพบว่าร้อยละ 75 เป็นเพศสัมพันธ์กับคู่อริ เจตคติต่อการบริการทางเพศอยู่ในระดับกลางถึงต่ำ โดยพบว่า เจตคติที่ต่อต้านการซื้อขายบริการทางเพศและสถานเริงรมย์สูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการติดเชื้อ HIV และด้านพฤติกรรมทางเพศ

ยังลักษณะ ปฏิปทานนท์ (2544 อ้างถึงใน จรรยา ศรีปัญญา, 2546, หน้า 44) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของนักเรียนชายที่เข้าศึกษาวิชาทหาร ในจังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ คือทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ ไอเซน (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่า “ความตั้งใจ” ของบุคคลที่จะแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมใด ๆ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนั้น และความตั้งใจขึ้นอยู่กับตัวแปร 3 ตัว และตัวแปรหนึ่งในนั้นก็คือเจตคติต่อการแสดงพฤติกรรม ดังนั้น เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีน่าที่จะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากเท่าใด บุคคลก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากเท่านั้น แต่ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากเท่าใด บุคคลก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะไม่แสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากเพียงนั้น

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ ไอเซน (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลส่วนใหญ่ที่มีความสำคัญต่อตน คิดว่าตนควรหรือไม่ควรแสดงพฤติกรรมนั้น การรับรู้บรรทัดฐานของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อตัวเขาโดยการคาดถึงความรู้สึกของบุคคลสำคัญเหล่านั้นที่มีต่อพฤติกรรมของเขาได้รับอิทธิพลโดยตรงจากความเชื่อของกลุ่ม (Normative Beliefs) ซึ่งหมายถึงการรับรู้พฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน เช่น กลุ่มเพื่อน ครอบครัว สื่อต่าง ๆ เป็นต้น สอดคล้องกับ แบนดูรา (Bandura, 1977) ที่กล่าวไว้ในทฤษฎีการเรียนรู้สังคมว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมของมนุษย์มีอิทธิพลต่อการหล่อหลอมให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่พฤติกรรม โดยสภาพแวดล้อมทางสังคมเป็นตัวแทนให้มนุษย์สามารถเรียนรู้ เลียนแบบ และจงใจให้กระทำพฤติกรรมใด ๆ มากที่สุด ก็คือตัวมนุษย์นั่นเอง

การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นการประเมินความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญต่อตน คิดว่าตนควรหรือไม่ควรแสดงพฤติกรรมนั้นซึ่ง

ไอเซน และฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980, pp. 73-76 อ้างถึงใน สิริวรรณ โพธิ์วัน, 2546)

ได้เสนอวิธีการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไว้ 2 วิธี คือ

1. การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง เป็นการประเมินความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญกับเขา คิดว่าเขาควรหรือไม่ควรแสดงพฤติกรรมนั้น รูปแบบคำถามการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อาจเป็นดังนี้

บุคคลส่วนมากที่สำคัญต่อฉันคิดว่า

ฉันควร การกระทำพฤติกรรม x ฉันไม่ควร

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง 2 น้อย ปานกลาง มาก

2. การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม ได้จากผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน จากทฤษฎีนี้ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs) จะเป็นตัวกำหนดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ตัวอย่างการวัด เช่น การวัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงของผู้หญิงเกี่ยวกับศาสนา

NBi : ศาสนาของฉันสอนว่า....

ฉันควรทำแท้ง ฉันไม่ควรทำแท้ง

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง 2 น้อย ปานกลาง มาก

Mci : โดยทั่วไป ท่านต้องการทำตามคำสอนของศาสนามากน้อยเพียงใด

ต้องการ ไม่ต้องการ

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง 2 น้อย ปานกลาง มาก

ในการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถเขียนสมการได้ดังนี้

m

$$SN = \left[\sum_{i=1}^m NBi MCi \right]$$

i = 1

SN = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

NBi = ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง i

MCi = แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง i

m = จำนวนกลุ่มอ้างอิง

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยภายนอกที่กระตุ้นทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ สรุปได้ว่าเป็นมุมมองของบุคคลที่รับรู้ด้วยตนเองว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาในการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ นั้น ต้องการให้เขากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความหมายการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงว่า หมายถึง การประเมินของนักเรียนเกี่ยวกับ

ความคิดเห็นในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อตัวเขา โดยถ้านักเรียนมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงจะรับเอาเจตคติ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อตัวเขาไปปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน การคล้อยตามครอบครัว และการคล้อยตามสื่อต่าง ๆ วัดได้จากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยมีรายละเอียดดังนี้

การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน

กลุ่มเพื่อนเป็นการรวมกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ จะมีสมาชิกมากกว่ากลุ่มเพื่อนสนิทมีการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมอย่างไม่มีระเบียบพิธี สมาชิกที่มารวมกันมักจะมีสนิทสนมตรงกัน คล้อยตามกัน ทั้งทางความคิดและการกระทำ มีความสนิทสนมหรือมีผลประโยชน์บางอย่างร่วมกัน และได้กล่าวถึงประโยชน์ของกลุ่มเพื่อนไว้ดังนี้ (ประสาธ อัครปรีดา, 2523, หน้า 96)

1. ทำให้สมาชิกของกลุ่มมีความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนมีความสำคัญและมีเกียรติในสายตาของผู้อื่น
2. วัยรุ่นสามารถที่จะระบายสิ่งที่ลัดกลุ้มในใจออกมาในกลุ่มเพื่อนฟัง พูด หรือกระทำการโต้ตอบต่อบุคคลซึ่งเป็นปฏิปักษ์ต่อเขา ระบายสิ่งที่ล้น กังวลใจหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่าง ๆ ออกมา
3. กลุ่มเพื่อนจะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสพัฒนาทักษะทางสังคมและการปรับตัวด้านสังคมให้ดีขึ้น
4. แต่ละกลุ่มจะกำหนดรูปแบบและมาตรฐานของพฤติกรรม ซึ่งจะจูงใจให้วัยรุ่นทำสิ่งต่าง ๆ ในแนวทางที่สังคมยอมรับ
5. ความรู้สึกอบอุ่นมั่นคง อันเกิดจากการยอมรับของกลุ่มเพื่อน และจูงใจให้วัยรุ่นมีลักษณะเป็นตัวของตัวเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้จักพึ่งตนเอง เป็นอิสระจากพ่อแม่และครู
6. กลุ่มเพื่อนจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจากการเรียนระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่งได้

นอกจากนี้ยังกล่าวถึง การปฏิบัติตามกลุ่มเพื่อนว่า การปฏิบัติตามกันในวัยรุ่นนี้จะมีมากขึ้นและเห็นได้ชัดเจนกว่าในวัยเด็ก แต่วัยรุ่นก็ไม่ได้ปฏิบัติตามสมาชิกทุกคนในกลุ่มจะปฏิบัติตามหรือเอาอย่างเฉพาะสมาชิกบางคนที่มีอำนาจหรือเป็นหัวหน้ากลุ่มเท่านั้น และการปฏิบัติตามกันนี้จะมีมากที่สุดในระยะวัยรุ่นตอนต้นเท่านั้น เมื่ออายุมากขึ้นพฤติกรรมเช่นนี้จะค่อย ๆ ลดลง ส่วนใหญ่จะเน้นทางพฤติกรรมภายนอกมากกว่าพฤติกรรมภายในและเป็นไปในลักษณะที่ยินยอมและเต็มใจ

นิภา นิธยาชน (2530, หน้า 140-141) ได้กล่าวถึงอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในวัยรุ่นว่า กลุ่มเพื่อนและคนรู้จักมีอิทธิพลอย่างยิ่งโดยเฉพาะในชีวิตวัยรุ่นเพราะในวัยนี้มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะทำให้ตัวเองเป็นที่ยอมรับนับถือ วัยรุ่นจะมีความเข้าใจดีว่าถ้าเขาได้รับการนิยมนอกจากเพื่อนฝูงมากเพียงไรจะทำให้เขาเป็นคนมีลักษณะเป็นมิตร น่าคบ กล้าแสดงออก วางตัวในสังคมได้ถูกต้อง มีความเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้นเพียงนั้น และได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในแง่ที่ดี การที่วัยรุ่นได้รับการยกย่องและยอมรับจากกลุ่มเพื่อนไม่เพียงแต่จะมีอิทธิพลต่อการสร้างความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง ยังมีอิทธิพลต่อการปรุงแต่งพฤติกรรมและลักษณะบุคลิกภาพ ความปรารถนาที่จะเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน วัยรุ่นจึงพยายามปรับปรุงความคิดและพฤติกรรมให้สอดคล้องกับมาตรฐานของกลุ่มที่ตนปรารถนาจะเข้าร่วม วัยรุ่นบางคนจะเริ่มพิจารณาตนเองและพยายามแก้ไขตนเองและพยายามสร้างลักษณะที่ดีที่ทำให้เป็นที่รักใคร่นิยมชมชอบในกลุ่มเพื่อนเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

สุพัตรา สุภาพ (2536, หน้า 60) กล่าวว่า กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากที่สุด วัยรุ่นมักยึดเอาเพื่อนเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ดังนั้นกลุ่มเพื่อนเป็นสังคมหนึ่งที่มีความสำคัญต่อวัยรุ่นมาก จะสังเกตได้ว่าวัยรุ่นจะมีเวลาอยู่กับเพื่อนมากกว่าครอบครัว กลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางสังคม ช่วยให้วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์ได้อย่างกว้างขวางและฝึกให้วัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข กลุ่มเพื่อนจะก่อให้เกิดอิทธิพลต่อวัยรุ่นได้ใน 2 ลักษณะ คือ การเปรียบเทียบทางสังคม (Social Comparison) คือการที่วัยรุ่นใช้พฤติกรรมและทักษะของกลุ่มมาเป็นบรรทัดฐานในการเปรียบเทียบหรือประเมินตนเองและการคล้อยตามกัน (Conformity) คือการที่วัยรุ่นรับเอาเจตคติพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อนมาปฏิบัติ

จากงานวิจัยของวิภากรณ์ ปัญญาดี (2535, หน้า 91) ที่ได้ศึกษาเรื่องความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดเชียงราย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลยา สุหรัยพรหม (2538, บทคัดย่อ) พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของเพื่อนสนิท/เพื่อนในกลุ่ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มนักเรียนชายและกลุ่มนักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โสรัตน์ กลับลีลา (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า เกิดจากการคบเพื่อนที่ติดยาเสพติดและมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ต้องการให้เพื่อนยอมรับ และยอมให้อยู่ร่วมกลุ่มด้วย

จากข้อมูลที่กำลังมารวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การคล้อยตามกลุ่มเพื่อนที่เป็นตัวแปร
สังเกตได้ของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง น่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ
เอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและตัวแปรการรับรู้ของบุคคล
เกี่ยวกับโรคเอดส์

การคล้อยตามครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตของมนุษย์ ถ้าครอบครัวเข้มแข็งมั่นคงมีความอบอุ่นจะช่วยป้องกันและลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นแก่
บุคคลในครอบครัวที่ส่งผลถึงสังคมโดยรวม การที่ครอบครัวจะดำรงอยู่ได้อย่างมีคุณภาพนั้น
สัมพันธ์สภาพภายในครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพราะเป็นตัวนำไปสู่ความรัก
ความอบอุ่นภายในครอบครัว ครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน
มีสัมพันธ์ภาพเกิดขึ้นระหว่างสมาชิกซึ่งโดยทั่วไป หมายถึง พ่อแม่ลูกเป็นส่วนใหญ่ สัมพันธ์ภาพ
ระหว่างกันของบุคคลในครอบครัวถือเป็นความสัมพันธ์กันทางบทบาท คือ สมาชิกที่มี
ความสัมพันธ์กันนั้นไม่มีโอกาสเลือกที่จะสัมพันธ์กัน ดังนั้นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธ์ภาพต้อง
ใช้การติดต่อสื่อสารเป็นสำคัญ การรู้จักตนเองและการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นทำให้เกิด
ความเข้าใจกันและกัน ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อ
บุคคลในการในการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ครอบครัวเปรียบเสมือนเป็นระบบหนึ่งซึ่งประกอบไป
ด้วยสมาชิกจำนวนหนึ่งมาอยู่ด้วยกันมีสัมพันธ์ภาพเกิดขึ้นระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง

แซสเซ (Sasse, 1978, p. 2 อ้างถึงใน ประภาศรี ทรัพย์ธนบุรณ, 2546, หน้า 67) ได้
กล่าวถึง ลักษณะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 2 คนว่าเป็นไปได้นั้นต้องประกอบด้วย
ความเชื่อใจกัน ความรักใคร่ชอบพอกันและพลังอำนาจ ดังนี้

1. ความเชื่อใจกัน (Trust) เป็นสิ่งที่ทั้งสองฝ่ายต้องการเมื่อเข้ามามีความสัมพันธ์กัน ถ้า
สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลทั้งสองเกิดความเชื่อใจกันขึ้นแล้ว สัมพันธ์ภาพจะมีแนวโน้มพัฒนาไป
ในทางที่ดีขึ้น แต่ถ้าสัมพันธ์ภาพดำเนินไปอย่างขาดความเชื่อใจกันแม้สัมพันธ์ภาพจะดำเนินต่อไป
ได้แต่จะไม่มีคามยั่งยืนของศักยภาพในอนาคตที่จะนำไปสู่สัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน
ในสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่-ลูกมักจะเกิดปัญหาเรื่องขาดความเชื่อใจกันได้บ่อยในช่วงวัยรุ่น
วัยรุ่นมักจะบ่นว่าพ่อแม่ไม่เชื่อใจพวกเขา ส่วนพ่อแม่จะบอกว่าลูกของพวกเขาไม่น่าไว้วางใจ
สัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่-ลูกเมื่อมีการดำเนินต่อไปในระยะเวลายาวนาน พ่อแม่สามารถอาศัย
เวลาสร้างความเชื่อใจให้ลูกเห็นได้ ส่วนลูกที่เป็นวัยรุ่นเมื่อแสดงท่าทางที่รับผิดชอบมากขึ้นพ่อแม่
จะเกิดความเชื่อใจขึ้นเอง

2. ความรักใคร่ชอบพอกัน (Affection of Linking) การที่คนเราจะชอบพอกันและกันนั้นเป็นสิ่งที่ซับซ้อนต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง อาจขึ้นอยู่กับรางวัลและการลงโทษ (ชอบคนที่ให้รางวัล เกลียดคนที่ลงโทษ) การหาประโยชน์ใส่ตัว และการทำประโยชน์ให้ผู้อื่น (ไม่ชอบคนที่ทำให้เสียประโยชน์ แต่ชอบคนที่ช่วยเหลือ) อุดมคติโน้มน้าวในการสร้างสัมพันธภาพของแต่ละคน (ผู้ที่มีความนึกคิดเกี่ยวกับตัวเองดี จะรู้สึกดีกับคนอื่น ๆ เพราะเชื่อว่าคนอื่น ๆ ก็คล้ายตัวเอง)

3. พลังอำนาจ (Power) คือความสามารถของผู้หนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง เช่น พ่อมีอำนาจทำโทษลูก แต่อำนาจไม่ใช่มีเพียงด้านเดียว ลูกสามารถมีอิทธิพลต่อพ่อแม่ได้เช่นกัน โดยอาจขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ เช่น อายุมากกว่า การศึกษาสูงกว่า มีเงินหรือมีความสามารถต่าง ๆ มากกว่าทำให้มีพลังอำนาจมากกว่าได้ นอกจากนี้พลังอำนาจยังเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งต่าง ๆ ในสัมพันธภาพได้เช่นกัน ถ้าต่างฝ่ายต่างไม่ยอมกันหรือมีการใช้อำนาจเกินไป

จากการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึง แนวนโยบายด้านเอดส์ในปัจจุบัน ข้อแรกคือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว ระหว่าง พ่อ แม่ และลูกในการจัดการปัญหาสังคมต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาเอดส์ (สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์, 2546)

งานวิจัยของ อัญชลี คตินุรักษ์ (2535, บทคัดย่อ) พบว่านักศึกษาที่มีอิสระในการพักอาศัย มีความเสี่ยงในการที่จะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่านักศึกษาที่อาศัยอยู่กับครอบครัว

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2541, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนจำนวน 420 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ พฤติกรรมกลุ่มเพื่อน พฤติกรรมครอบครัว พฤติกรรมครูและการณรงค์ทางสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากข้อมูลดังกล่าวมารวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การคล้อยตามครอบครัวที่เป็นตัวแปรสังเกตได้ของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่น่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและตัวแปรการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์

การคล้อยตามสื่อต่าง ๆ

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ปัจจุบันพบว่ามีสื่อหลากหลายชนิดที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในสังคม เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

แบนดูรา (Bandura, 1977, pp. 42-58) ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีการเรียนรู้สังคมว่า บุคคลที่เป็นตัวแบบเมื่อได้รับการถ่ายทอดผ่านสื่อต่าง ๆ ซึ่งนับว่าเป็นแบบอย่างที่มีอยู่มากมาย เมื่อมนุษย์เปิดรับสื่อย่อมรับรู้แบบแผนของการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นสื่อมวลชนจึงนับเป็นตัวแบบที่สำคัญอันทำให้มนุษย์เกิดการเลียนแบบ

ในงานวิจัยของพิริยา จารุทรัพย์ (2539, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเรื่องโรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมที่สะท้อนผ่านสื่อหนังสือพิมพ์รายวัน พบว่า สื่อหนังสือพิมพ์มีส่วนอย่างมากในการสร้างความหมายของโรคเอดส์ทั้งหมด 14 ลักษณะ ได้แก่ 1) การรักษาไม่หาย ตายลูกเดียว 2) โรคที่น่าสะพรึงกลัว 3) โรคติดเชื้อที่รุนแรงและติดต่อได้ง่าย 4) สิ่งที่มีอันตรายต่อการอยู่รอด 5) ความสิ้นหวัง เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน 6) ความอับยศอดสู สร้างความเสื่อมเสียทางด้านสังคม-เศรษฐกิจ 7) โรคที่ใคร ๆ ก็เป็นได้ 8) โรคของคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน 9) ความผิด บาป เสื่อม ศีลธรรม 10) ความเคราะห์ร้าย 11) โรคของคนต่างชาติ ต่างเผ่าพันธุ์ 12) โรคของคนด้อยสุภาพ 13) โรคจากความสกปรกแปรเปลี่ยน 14) โรคที่สังคมรังเกียจ

เกียรติศักดิ์ พันธุ์ลำเจียก (2540, หน้า 100-102) ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาปริญญาตรี พบว่า สื่อที่ช่วยให้นักศึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากที่สุดเมื่ออยู่นอกสถานศึกษา คือ โทรทัศน์ รองลงมาได้แก่ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ไปสเตอร์ เอกสาร แผ่นพับ ใบปลิว บุคคล สติ๊กเกอร์ นิทรรศการ ภาพยนตร์และวีดีโอตามลำดับ ส่วนสื่อที่ช่วยให้นักศึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากที่สุดเมื่ออยู่ในสถานศึกษา คือ ไปสเตอร์รองลงมาได้แก่ บุคคล นิทรรศการ สติ๊กเกอร์ เอกสาร แผ่นพับ ตามลำดับ ในบรรดาสื่อบุคคลนั้นพบว่านักศึกษาได้รับความรู้จากเพื่อนมากกว่าบุคลากรทางสาธารณสุข

ศิริพร วัชรารักษ์ และคณะ (2542, หน้า 59) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาสถาบันราชภัฏเทพสตรีจังหวัดลพบุรี พบว่าระดับการได้รับข่าวสาร โรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี และคณะ (2542, หน้า 29-45) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับสื่อและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ และศึกษาความคิดเห็นและความต้องการของการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทางสื่อแต่ละประเภทของประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อยู่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดต่าง ๆ ทุกภาคทั่วประเทศรวม 40 จังหวัด จำนวน 5,844 คน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 5.42) รองลงมา คือ วิทยุ หนังสือพิมพ์

หอกระจายข่าว/ เสียงตามสาย และวารสาร/ นิตยสาร ตามลำดับ

กองสุศึกษา (2543, หน้า 29-30) ได้ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า ประชาชนรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือวิทยุ หนังสือพิมพ์ หอกระจายข่าว/ เสียงตามสาย และวารสาร/ นิตยสาร ตามลำดับ อินเทอร์เน็ตเป็นอันดับสุดท้าย (ร้อยละ 0.32) ความถี่ของการรับสื่อโทรทัศน์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.02 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทุกวัน ร้อยละ 39.90 และ 34.36 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกือบทุกวันจากวิทยุ และหนังสือพิมพ์ ตามลำดับ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ประชาชนต้องการมากที่สุดอันดับ 1 ได้แก่ การดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 8.37) ส่วนอันดับที่ 4 ได้แก่ เอดส์ (ร้อยละ 4.42) กลุ่มอายุที่ต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับเอดส์มากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 15-20 ปี และ 31-45 ปี ข้อสังเกตคือ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในหัวข้อ “ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ประชาชนไม่ต้องการ” มีจำนวนน้อยมาก รวมตอบทุกเรื่องประมาณร้อยละ 20 โดยมีเรื่องต่าง ๆ เรียงลำดับดังนี้ เอดส์ โรคทางเพศสัมพันธ์ มะเร็ง โรคหัวใจ ไข้หวัดใหญ่ โรคปอด การใช้ยา โรคผิวหนัง และโรคตับ ซึ่งในเรื่องที่ไม่อยากรู้แต่ละเรื่อง พบว่า เรื่องเอดส์ กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นกลุ่มที่ไม่ต้องการรู้มากที่สุด

ไพรัช และคณะ (Price et al., 1985, pp. 107-109) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโดยศึกษาถึง ความรู้ ความเชื่อและแหล่งข้อมูลที่นักเรียนได้รับความรู้พบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ค่อนข้างน้อย นักเรียนส่วนใหญ่ไม่กังวลเกี่ยวกับโรคเอดส์ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นที่นักเรียนได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์มากที่สุดคือ ทางสื่อสารมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร ส่วนโรงเรียนเป็นแหล่งข้อมูลที่นักเรียนได้รับน้อยที่สุด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ ไอเซน (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่า ความตั้งใจของบุคคลที่จะแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมใด ๆ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนั้น และ ความตั้งใจขึ้นอยู่กับตัวแปร 3 ตัว และตัวแปรหนึ่งในสามคือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบกเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบหนึ่งที่ใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคก็คือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ดังนั้น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและตัวแปรการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์

การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ ถือว่าเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้บุคคลมี

แนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2527, หน้า 141)

การรับรู้ถือว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกจัดสรร และให้ความหมายต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ซึ่งการรับรู้ขึ้นอยู่กับ การได้รับของบุคคล (Selective Perception) เป็นตัวกำหนดว่าข่าวสารใดบุคคลจะยอมรับหรือไม่ยอมรับ กระบวนการเรียนรู้จะไม่เริ่มขึ้นเลย ถ้าหากข่าวสารที่ส่งไปนั้น ไม่ถูกรับรู้จากบุคคลตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งไม่เพียงแต่บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกลั่นกรองข่าวสาร หรือไม่ยอมรับข่าวสารที่จะทำให้ตนเองไม่มีความสุขหรือข่าวสารนั้น ไม่มีความหมายต่อตนเองเท่านั้น แต่ข่าวสารที่บุคคลรับไว้ อาจจะถูกบิดเบือน เพราะเหตุที่ว่าบุคคลจะดูเฉพาะสิ่งที่เขาต้องการดู จะรับรู้เฉพาะข่าวสารหรือส่วนของสิ่งเร้าที่ตรงกับความต้องการ ความสนใจ หรือความคาดหวังของเขา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวียง สุวรรณ, 2536, หน้า 41)

ความหมายของการรับรู้

การริสัน และมากู (Garrison & Magoon, 1972, p. 607) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความ หรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ทราบว่าสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นมีอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และการที่รับรู้สิ่งเร้าที่สัมผัสนั้น ต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยตีความหรือแปลความ ถ้าไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน บุคคลก็ไม่สามารถจะรับรู้ได้ว่า สิ่งนั้นมีมีความหมายอย่างไร

นริศรา อุปกรณ์ศิริการ (2542, หน้า 12) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึง การให้ความหมายกับสิ่งที่ประสาทสัมผัสได้รับสัมผัสเข้าสู่สมอง โดยการแปลความหมาย ตีความหมายซึ่งอยู่ในรูปของความรู้ ความคิดของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น

สุภัค ไหวหาภิกิจ (2543, หน้า 15) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึง กระบวนการที่คนเราแปลความหมายจากสิ่งที่สัมผัสออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจในสิ่งหนึ่งตามความคิดเห็นของตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์ต่าง ๆ

ในงานวิจัยนี้ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ โรคเอดส์ หมายถึง ความเข้าใจของนักเรียนในเรื่องที่เกี่ยวกับ โรคเอดส์ ทั้งในเรื่องผลที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงของโรคเอดส์ อุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในสังคม โอกาสที่นักเรียนจะเป็นโรคเอดส์ ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของนักเรียนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งการรับรู้ของบุคคลเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี วัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ โรคเอดส์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์

การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์เป็น ความเข้าใจของนักเรียนเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในเรื่องความรุนแรงของโรคเอดส์ ภาวะแทรกซ้อน และอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในสังคม การรับรู้ว่าถ้าแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรงตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายต่าง ๆ ของโรค โดยทั่วไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย แต่ถ้าหากใช้การกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่ อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดขึ้น กระบวนการประเมินความรู้เกี่ยวกับข้อมูลจะเกิดขึ้นและทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรค ที่มีต่อร่างกายว่าก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต หรือความยากลำบากในระยะเวลาที่ต้องใช้ในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม ยิ่งอาการของโรคมีความรุนแรงมากเท่าใดก็ยังมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมปกติของบุคคล แต่บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่เห็นความสำคัญของการเจ็บป่วยที่เขาเข้าใจว่าไม่รุนแรงและไม่ผลเสียต่อตัวเขา (Suchman, 1970, p. 111 อ้างถึงใน สกตวรรณ เคนตะสุมาตร์, 2539, หน้า 45)

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า หญิงบริการที่รับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่รุนแรงเมื่อป่วยแล้วมีโอกาสแพร่สู่ผู้อื่นได้มาก และเมื่อป่วยเป็นโรคเอดส์แล้วผลสุดท้ายจะเสียชีวิตเนื่องจากยังไม่มียารักษาและไม่มีความรู้ป้องกันจะมีความตระหนักในการป้องกันโรคเอดส์มาก (พนมศรี เสาร์สาร, 2532, หน้า 68 อ้างถึงใน สกตวรรณ เคนตะสุมาตร์, 2539, หน้า 46)

มอนท์โกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1989, pp. 303-323) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักร่วมเพศ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมรวมถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

วอลเตอร์ และคณะ (Walter et al., 1992, pp. 528-532) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมระดับ 10 จำนวน 531 คน ผลการศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์แบบ 2 ปัจจัย (Bivariate) พบว่า ปัจจัยความเชื่อตามแบบแผนด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์) ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังความสามารถของตน

(Self-Efficacy) ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่ม (Behaviors Norms) ความเชื่อเกี่ยวกับค่านิยม (Value) ปัจจัยด้านประชากร (อายุ เพศ เชื้อชาติ) และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คันสนีย์ นิจนานิช และคณะ (2539, หน้า 534) พบว่า การตัดสินใจในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคเอดส์มากที่สุด รองลงมาได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการติดเชื้อเอดส์ และประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์

พิชาภรณ์ จันทนกุล (2541) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า นักเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรทำนายพฤติกรรมได้ คือ ทักษะชีวิตด้านเจตคติ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคเอดส์ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์

ศิริพร วัชรภรณ์ และคณะ (2542, หน้า 59-63) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาสถาบันราชภัฏเทพสตรี พบว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

จากข้อมูลดังกล่าวมาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์ น่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งของการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ เป็น ความเข้าใจของนักเรียนว่าตนเองมีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์หากมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เสพยาเสพติดชนิดฉีด ใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่ถูกนำเสนอไว้ในแบบแผนสุขภาพของ เบกเกอร์ (Becker, 1974) การที่บุคคลรับรู้ข้อมูลถึงสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของแต่ละบุคคลว่าถ้าตนไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรค บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่าตนมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือติดโรคนั้น ๆ ขณะที่บางคนมีระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคน้อยหรือในบางคนอาจจะรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสสูงมากที่จะติดต่อหรือเป็นอันตรายจากโรคนั้น

โรเซนสตอร์ก (Rosenstock, 1974) ได้เสนอว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล คนที่เชื่อว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้อื่นก็จะพยายามหลีกเลี่ยงโอกาสติดโรคนั้น โดยการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ซัซแมน (Suchman, 1970 อ้างถึงใน สกวรรณ เคนตะสุมาตร์, 2539, หน้า 45) ได้ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ผลการศึกษาสนับสนุนว่า ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ดีเท่า่นั้นจึงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรค

ฮิงสัน และคณะ (Hingson et al., 1990, pp. 295-298) ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันของวัยรุ่นในกลุ่มอายุ 16-19 ปี ในแมซซาชูเซต (Massachusetts) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของถุงยางอนามัยในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และรับรู้ว่าตัวเองเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

ทรงวุฒิ ขวาทไทย (2541, หน้า 75) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภัทรา ชูเกียรติ (2543) พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากข้อมูลดังกล่าวมาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์น่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งของตัวแปรการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็น ความเข้าใจของนักเรียนถึงผลดีที่จะได้รับการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ตนเองปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การไม่เสพยาเสพติด ไม่สำส่อนทางเพศ ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ไม่ใช่ของมีคมร่วมกับผู้อื่น การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคเอดส์นั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจึงต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย บุคคลจะเลือกปฏิบัติตามวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ ก็ถือมีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคแล้วก็ตามแต่การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับ

ความเชื่อต่อประสิทธิผลของการกระทำที่จะช่วยลดภาวะคุกคาม โดยเปรียบเทียบกับความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้น

อัลลาร์ด (Allard, 1989, pp. 448-452) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18-65 ปี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการรักษามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

แมคโดนัลด์ และคณะ (McDonald et al., 1990, pp. 3155-3159) ได้ศึกษาโดยการสำรวจ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของ นักศึกษามหาวิทยาลัยในแคนาดาจำนวน 5,514 คน อายุ 16-24 ปี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคเอดส์

วิชุดา กิจธรรม (2542, หน้า 144) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอดส์มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรรณทิพา เหมแหวน (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดล ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ พบว่า ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ร้อยละ 19.37

กฤษยา สุหรัยพรหม (2538, บทคัดย่อ) ศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ต่าง ๆ กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อโรคเอดส์จากบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโรคเอดส์ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่าปัจจัยแต่ละปัจจัย ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนสายสามัญและสายอาชีพ ทั้งในกลุ่มนักเรียนชาย และกลุ่ม นักเรียนหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลทีกล่าวมาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งของตัวแปรการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ โรคเอดส์ที่มี อิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรม

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นความเข้าใจของนักเรียนว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำต่าง ๆ ที่จะป้องกันไม่ให้เชื้อเอชไอวีมีโอกาสเข้าสู่ร่างกาย จากทฤษฎีความสามารถแห่งตน (The Theory of Self-Efficacy) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self Efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเห็นว่าความสามารถตนเองนั้นสามารถยืดหยุ่นได้ตามสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองในสภาวะการณั้ นั้น ๆ นั่นคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่ามีความสามารถที่จะแสดงถึงความสามารถนั้นจะมีความอดทนและจะประสบความสำเร็จในที่สุด และแสดงให้เห็นว่าความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการกระทำ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ ไอเซน (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavior Control) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงมาจากความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control Beliefs) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีทรัพยากรหรือโอกาสที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม ต่างกันที่ว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะเน้นปัจจัยภายในของบุคคล ในขณะที่การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจะเน้นทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เมื่อวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนได้จะทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมในอนาคตได้ ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำ การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) มาประยุกต์ใช้ใน ตัวแปรการรับรู้ของบุคคลด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ลอเรน และคณะ (Lawrance et al., 1990, pp. 19-24) ศึกษาความสามารถแห่งตนและการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นที่ดั่งครรภ์ประมาณ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ มี 18 ข้อและแบบทดสอบความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากกว่าหนึ่งคนในสัปดาห์เดียวกัน ไม่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีคู่นอนประจำอยู่แล้วและไม่ใช้สารเสพติดเพื่อให้การมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น ถ้ามีค่าเฉลี่ยสูงแสดงว่ามีความสามารถแห่งตนสูงและมีการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์

คาเซน และคณะ (Kasen et al., 1992, pp. 187-202 อ้างถึงใน พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2543, หน้า 64) ได้ศึกษาความสามารถแห่งตนที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 181 คน ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถแห่งตนใน การพูดปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ข้อที่มั่นใจมากที่สุด คือ พูดปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ฉัน รู้จักน้อยมากหรือไม่รู้จักเลย ความสามารถแห่งตนในการถามคำถามเรื่องเพศกับคู่สนทนา พบว่า ข้อที่ มีความมั่นใจมากที่สุดคือ ถามคู่รักว่าเคยใช้สารเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นหรือไม่ ความสามารถ แห่งตนสำหรับการใช้ถุงยางอนามัยคือ ยืนยันการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์

วอลเตอร์ และคณะ (Walter et al., 1992, pp. 528-532) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมระดับ 10 จำนวน 531 คน ผลการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์แบบ 2 ปัจจัย (Bivariate) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังความสามารถ ของตน (Self-Efficacy) เป็นปัจจัยหนึ่งในเจ็ดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อวิเคราะห์แบบหลายปัจจัย พบว่า มีเพียง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับ ความคาดหวังความสามารถของตน ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่ม และค่านิยม

อกินส์ลัวร์-สมิท (Akinsulure-Smith, 1997, p. 2105 อ้างถึงใน พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2543, หน้า 67) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของความรู้เรื่อง โรคเอดส์ ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับ เรื่องเพศและโอกาสเสี่ยงของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนพบว่านักเรียนที่มีความสามารถ แห่งตนเกี่ยวกับเรื่องเพศสูงในการสามารถปฏิเสธการสานความสัมพันธ์ที่นำไปสู่การร่วมเพศ มีความสัมพันธ์ต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

เกอร์ไทเซิน และมาเรีย (Gerteisen & Maria, 1998, p. 5913) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบ ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางเพศพบว่า การรับรู้ความสามารถ แห่งตนเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของการใช้ถุงยางอนามัย

สุธีรา เมืองนาโพธิ์ (2541, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการ ป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง สังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการประเมินอันตรายของการป่วยเป็นโรคเอดส์ ซึ่ง ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคเอดส์ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม ป้องกันโรคเอดส์ และมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2543, หน้า 81-132) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของ นักศึกษามหาวิทยาลัยโดยมีตัวแปรการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคเอดส์ พบว่า นักศึกษาที่มีความสามารถแห่งตนสูงจะมีเจตคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่า นักศึกษาที่มีความสามารถแห่งตนต่ำ

รวีวรรณ หงส์พิพัฒน์ (2544, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การ รับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ ไอเซน (Ajzen, 1991) แนวคิด เรื่องการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) และแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของ เบกเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่ามาข้างต้น การรับรู้ความสามารถ แห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปร ความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็น ความคิด เจตนา แนวโน้มของนักเรียนที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อเอชไอวีมีโอกาสดำรงกาย แบ่ง ออกเป็น 3 ด้านตามลักษณะพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี คือ ความตั้งใจที่จะแสดง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมการใช้ของมีคม

ไอเซน (Ajzen, 1991) กล่าวว่าไว้ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนว่า โดยปกติบุคคลจะมี ความตั้งใจที่จะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมใด ๆ จะต้องมีเจตนาหรือเจตนาใช้ประโยชน์อย่าง เป็นระบบเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จจากการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของตนเอง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคล จะมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมใดก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นประเมินผลการปฏิบัติหรือการ กระทำนั้นไปในทางบวก ตามแนวคิดของทฤษฎีนี้กล่าวว่า “ความตั้งใจ” ของบุคคลที่จะแสดง หรือไม่แสดงพฤติกรรมใด ๆ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนั้น ถ้าสามารถวัดความตั้งใจที่จะปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้ว ก็จะสามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องใกล้เคียง มากที่สุด

ไอเซน และฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980, p. 173) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกับพฤติกรรมในหลายๆเรื่อง เช่น การเลือกตั้งประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 1976 ซึ่งพบว่า ความตั้งใจที่จะปฏิบัติหรือกระทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงค่อนข้างสูง

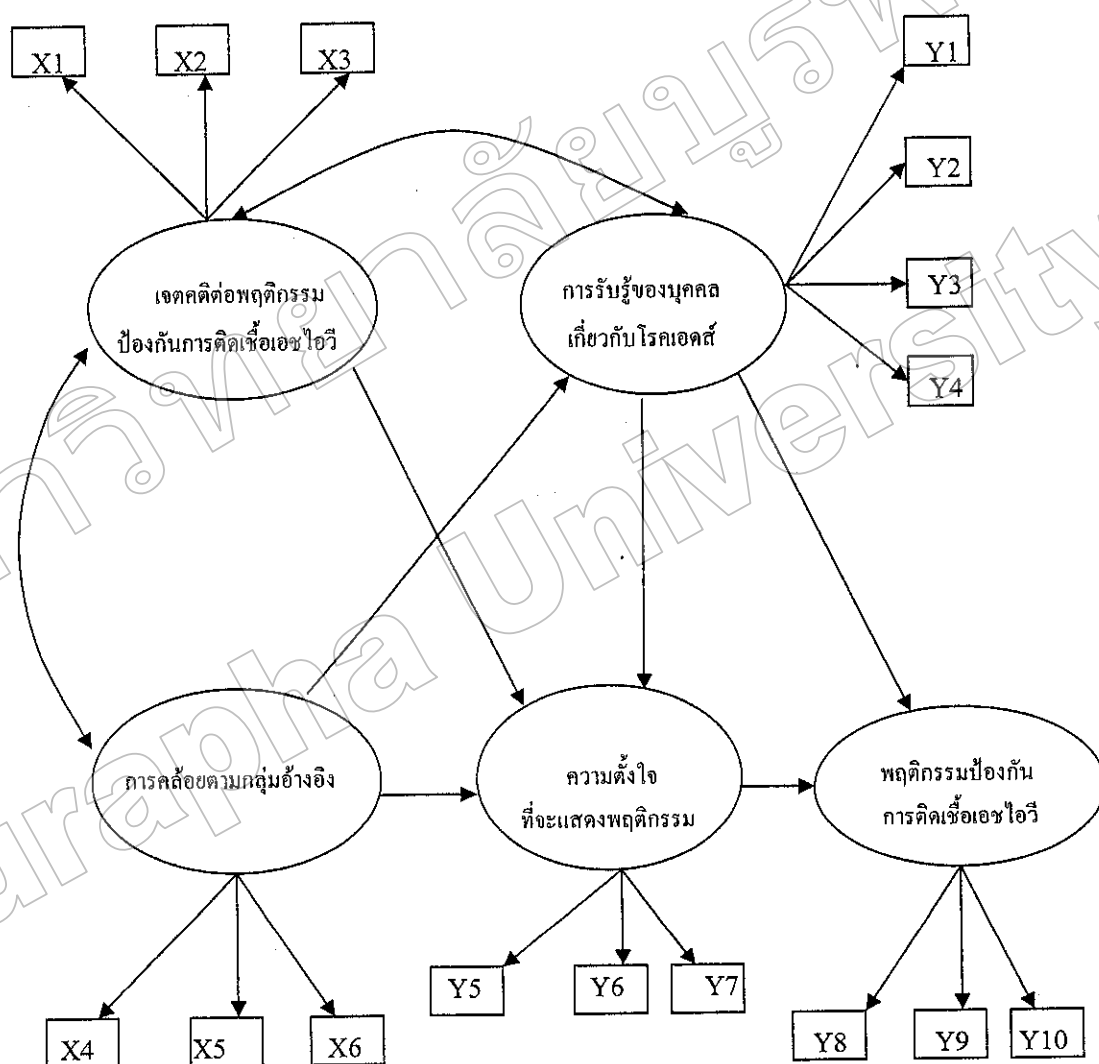
บราว และคณะ (Brown et al., 1997 อ้างถึงใน สุทธิมา ตระกูลสุข, 2541, หน้า 31) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนหนุ่มสาว พบว่า ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เดวิส และคณะ (Davis et al., 2002) ได้ศึกษาความมุ่งมั่นที่จะเรียนให้จบของนักเรียนอเมริกันโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ ไอเซน Ajzen (1991) โดยเป็นการทดสอบความสามารถของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายความตั้งใจที่จะจบการศึกษาของนักเรียน โดยมีตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจ และพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 1,200 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม EQS Version 5.7b ผลการวิจัยพบว่า โมเดลตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี แสดงว่า ความตั้งใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม และตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลทางอ้อมโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม

วิภากรณ์ ปัญญาดี (2537, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาในจังหวัดเชียงราย 380 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมากที่สุดคือ การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน รองลงมาคือ ทัศนคติต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทัศนคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ตามลำดับ

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้นำเสนอข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และตัวแปรการรับรู้ของบุคคล เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการคล้อยตาม

กลุ่มอ้างอิง สามารถแสดงให้เห็นภาพรวมของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดชลบุรี ได้ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 โมเดลสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

หมายเหตุ

ตัวแปรแฝง

K1 = เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

K2 = การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง

E1 = การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์

E2 = ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

E3 = พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปรสังเกตได้

X1 = เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านเพศสัมพันธ์

X2 = เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการใช้ของมีคม

X3 = เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการใช้ยาเสพติด

X4 = การคัดลอกตามครอบครัว

X5 = การคัดลอกตามกลุ่มเพื่อน

X6 = การคัดลอกตามสื่อต่างๆ

Y1 = การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์

Y2 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์

Y3 = การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

Y4 = การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

Y5 = ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมเพศสัมพันธ์

Y6 = ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมการใช้ของมีคม

Y7 = ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

Y8 = พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการใช้ยาเสพติด

Y9 = พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการใช้ของมีคม

Y10 = พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านเพศสัมพันธ์

ตอนที่ 3 เทคนิคการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

การศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิม (Classical Causal Model) เป็นการศึกษาโมเดลประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด และไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด เนื่องจากการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุดังกล่าวมีข้อดคลงเบื้องต้นว่า ตัวแปรต้องไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด ข้อดคลงเบื้องต้นข้อนี้ยังไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโมเดลลิสเรลแล้วจะผ่นคลายข้อดคลงเบื้องต้นดังกล่าวได้ เนื่องจากโมเดลลิสเรลสามารถประมาณค่าพารามิเตอร์ของทอมความคลาดเคลื่อนได้ ทำให้การศึกษาโมเดลตรงตามสภาพความเป็นจริง (Joreskog & Sorbom, 1996, pp. 21-98; Bollen, 1989, p. 95 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 176-177)

โมเดลลิสเรล (Linear Structural Relationship Model) หมายถึง โมเดลแสดงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรที่เป็นไปได้ทั้งตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variable) และตัวแปรแฝง (Latent Variable) ซึ่ง โมเดลลิสเรลนี้เป็น โมเดลการวิจัยที่มีประโยชน์มาก และใช้ได้กับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์เกือบทุกประเภท เนื่องจากปัญหาสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ

นอกจาก โมเดลลิสเรลจะมีคุณลักษณะที่ผ่นคลายข้อดคลงเบื้องต้นจาก โมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมดังกล่าวแล้ว จากการศึกษาเกี่ยวกับ โมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมและ โมเดลลิสเรล (Mueller, 1988, p. 18; Joreskog & Sorbom, 1989, p. 2 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 25) สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง โมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมและ โมเดลลิสเรลได้หลายประการ ซึ่งความแตกต่างแต่ละด้านจะแสดงให้เห็นถึงข้อดีของ โมเดลลิสเรล กล่าวคือ

ประการแรก โมเดลลิสเรลสามารถวิเคราะห์อิทธิพลย้อนกลับได้ จึงสามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบเส้น (Linear) และแบบบวก (Additive) ได้ทั้งทางเดียวและสองทาง (Recursive and Non-Recursive Model) ในขณะที่โมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบเส้นและแบบบวกที่เป็นทิศทางเดียวเท่านั้น

ประการที่สอง โมเดลลิสเรลมีความสามารถในการประมาณค่าพารามิเตอร์ทอมความคลาดเคลื่อน (Error of Measurement) ได้ดีกว่า เนื่องจากมีข้อดคลงเบื้องต้นที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงว่าการวัดตัวแปรแฝงในการวิจัยทางการศึกษานั้น จะมีความคลาดเคลื่อนอยู่เสมอ ซึ่งในโปรแกรมลิสเรลจะมีวิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์หลายแบบ และยอมให้ความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนมีค่าไม่เท่ากับศูนย์ได้ ทำให้ผลการวิเคราะห์ดีขึ้นแต่โมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมจะยึดข้อดคลงเบื้องต้นว่าตัวแปร ไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัดและความแปรปรวนร่วมของทอมความคลาดเคลื่อนมีค่าเท่ากับศูนย์

ประการที่สาม การวิเคราะห์ด้วยโมเดลอิสระสามารถวิเคราะห์โมเดลที่มีตัวแปรแฝงได้ และตัวแปรมีการวัดตั้งแต่ระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ขึ้นไป ส่วนโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมจะมีเฉพาะตัวแปรสังเกตได้เท่านั้น โดยมีตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale)

ประการที่สี่ โมเดลอิสระวิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์อิทธิพลร่วมกับการวิเคราะห์องค์ประกอบสำหรับโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมจะวิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์อิทธิพล

ประการสุดท้าย โมเดลอิสระสามารถคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องออกมาได้พร้อมกับผลการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ในโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมต้องคำนวณด้วยมือ อีกทั้งการปรับโมเดลก็ทำได้ยากกว่าในโมเดลอิสระ

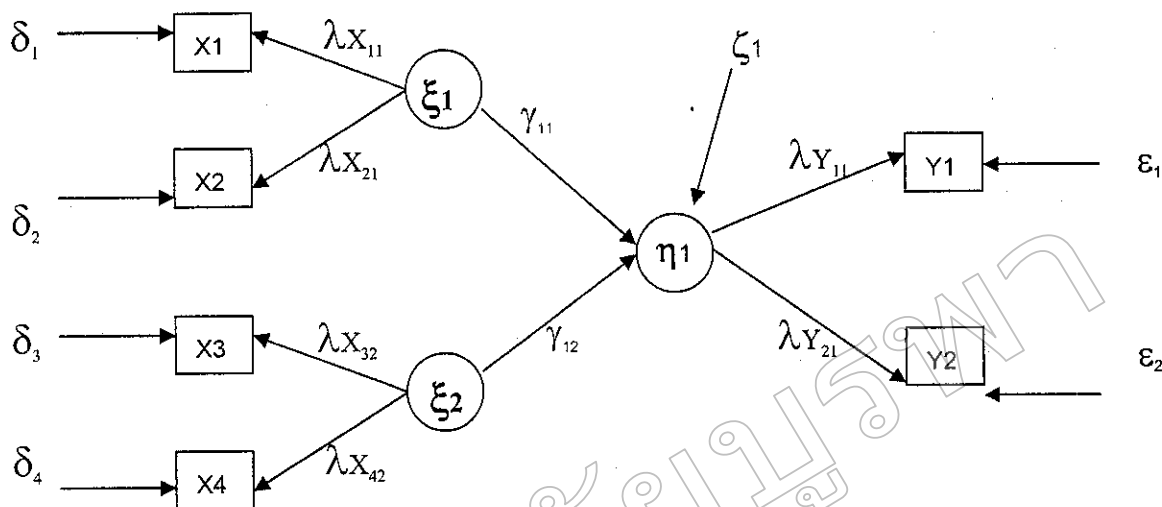
โมเดลอิสระหรือโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุเป็นหัวใจสำคัญของการวิเคราะห์อิทธิพล ซึ่งจะช่วยให้นักวิจัยตอบคำถามวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรในการวิจัยได้ การดำเนินการวิเคราะห์เริ่มต้นจากการสร้างโมเดลอิสระแสดงอิทธิพลจากพื้นฐานทางทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็น โมเดลการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่าง ๆ 6 ขั้นตอน ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 25-76)

1. การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล (Specification of the Model)
2. การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดล (Identification of the Model)
3. การประมาณค่าพารามิเตอร์จากโมเดล (Parameter Estimation of the Model)
4. การตรวจสอบความตรงของโมเดล (Validation of the Model)
5. การปรับโมเดล (Model Adjustment)
6. การแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เป็นที่เข้าใจชัดเจนถึงขั้นตอนการวิเคราะห์ จึงขอเสนอรายละเอียดของการวิเคราะห์แต่ละขั้นตอนพอสังเขป ดังนี้

การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล (Specification of the Model)

โมเดลอิสระประกอบด้วยโมเดลที่สำคัญ 2 โมเดล คือ โมเดลการวัด (Measurement Model) และ โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) โมเดลการวัดเป็นโมเดลแสดงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ ส่วนโมเดลสมการโครงสร้างเป็นโมเดลที่ระบุความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรแฝงด้วยกันภายในโมเดลการวิจัย แสดงดังแผนภาพ



ภาพที่ 7 โมเดลการวัด (Measurement Model) และ โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model)

งานสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิสเรล คือ การกำหนดค่าเมทริกซ์ทั้ง 8 เมทริกซ์ ให้สอดคล้องกับโมเดลการวิจัย เพื่อจะได้เขียนคำสั่งให้โปรแกรมประมาณค่าพารามิเตอร์ตามลักษณะของพารามิเตอร์ในโมเดลลิสเรล การกำหนดค่าเมทริกซ์ทำได้ 3 แบบ ตามลักษณะของพารามิเตอร์ในโมเดลที่แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Joreskog & Sorbom, 1989 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 30) ดังนี้

ก. พารามิเตอร์กำหนด (Fixed Parameters) เมื่อโมเดลการวิจัยไม่มีเส้นทางแสดงอิทธิพลระหว่างตัวแปร พารามิเตอร์ขนาดอิทธิพลตัวนั้นจะกำหนดให้มีค่าเป็นศูนย์ ใช้สัญลักษณ์ “0”

ข. พารามิเตอร์บังคับ (Constrained Parameters) เมื่อโมเดลการวิจัยมีเส้นทางแสดงอิทธิพลระหว่างตัวแปร และพารามิเตอร์ขนาดอิทธิพลตัวนั้นเป็นค่าที่ต้องประมาณ แต่นักวิจัยมีเงื่อนไขที่ต้องกำหนดให้พารามิเตอร์บางตัวมีค่าเฉพาะคงที่ เช่น มีค่าเท่ากับ 1 หรือมีค่าอื่น ๆ

ค. พารามิเตอร์อิสระ (Free Parameters) เป็นพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่าและไม่ได้บังคับให้มีค่าอย่างใดอย่างหนึ่ง ใช้สัญลักษณ์ “*”

การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดล (Identification of the Model)

การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดลมีความสำคัญ และมีนักสถิติศึกษาค้นคว้าเรื่องนี้กันมาก ผลการค้นพบสรุปได้ว่ามีเงื่อนไขที่ทำให้ระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวพอดีที่ต้องพิจารณาอยู่ 3 ประเภท (Bollen, 1989 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 45-47) คือ

1. เงื่อนไขจำเป็น (Necessary Condition) ของการระบุได้พอดี โมเดลจะต้องมีลักษณะ คือ จำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่าต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เงื่อนไขนี้เรียกว่ากฎที (t-Rule)

2. เงื่อนไขพอเพียง (Sufficient Condition) ของการระบุได้พอดีสำหรับการระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดลมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะในแต่ละโมเดล โดยมีกฎทั่วไปดังนี้

2.1 กฎความสัมพันธ์ทางเดียว(Recursive Rule) สำหรับโมเดลลิสเรลที่ไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัดกล่าวว่า เมทริกซ์ BE ต้องเป็นเมทริกซ์ไดเอนทแยงและเมทริกซ์ PS ต้องเป็นเมทริกซ์แนวทแยง

2.2 กฎสามตัวบ่งชี้ (Three-Indicator Rule) สำหรับโมเดลการวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบ กล่าวว่า สมาชิกในเมทริกซ์ LX จะต้องมีความไม่เท่ากับศูนย์อย่างน้อยหนึ่งตัวในแต่ละแถว ในแต่ละองค์ประกอบต้องมีตัวบ่งชี้หรือตัวแปรสังเกตได้อย่างน้อย 3 ตัว และเมทริกซ์ TD ต้องเป็นเมทริกซ์แนวทแยง

3. กฎสองขั้นตอน(Two-Step Rule) สำหรับโมเดลที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด กล่าวว่า ขั้นตอนแรกปรับโมเดลให้เป็นโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยการรวมตัวแปรภายในและภายนอกให้เป็นชุดเดียวกันเสมือนเป็นตัวแปรภายนอกอย่างเดียว จากนั้นจึงตรวจสอบโดยใช้กฎในข้อ 2 หากพบว่าโมเดลระบุได้พอดี ให้ตรวจสอบขั้น 2 ต่อไป ในขั้นตอนที่ 2 ให้ปรับโมเดลเป็นโมเดลลิสเรลที่ไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด โดยเอาเฉพาะตัวแปรภายในมารวมเป็นชุดเดียวกันเสมือนเป็นตัวแปรสังเกตได้

4. เงื่อนไขจำเป็นและพอเพียง (Necessary and Sufficient Condition) เป็นเงื่อนไขที่มีประสิทธิภาพสูงสุด หากเปรียบเทียบกับเงื่อนไขทั้งหมด โดยกล่าวว่าโมเดลระบุได้พอดีก็ต่อเมื่อสามารถแสดงได้โดยการแก้สมการโครงสร้างว่าค่าพารามิเตอร์แต่ละค่าได้จากการแก้สมการที่เกี่ยวข้องกับความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมของประชากร

การประมาณค่าพารามิเตอร์จากโมเดล (Parameter Estimation of the Model)

จุดมุ่งหมายของการประมาณค่าพารามิเตอร์ คือ การหาค่าพารามิเตอร์ที่ทำให้เมทริกซ์ S และ Sigma มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดซึ่งในที่นี้ S แทนเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่าง และ Sigma แทน เมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมที่สร้างขึ้นจากพารามิเตอร์ที่ประมาณค่าได้จากโมเดลที่เป็นสมมุติฐานถ้าเมทริกซ์ทั้งสองมีความใกล้เคียงกันแสดงว่าโมเดลที่เป็นสมมุติฐาน มีความกลมกลืนกันกับโมเดลที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ (Joreskog & Sorbom, 1989; Bollen, 1989 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 47)

การกำหนดเงื่อนไขให้เมทริกซ์ S และ Sigma มีค่าใกล้เคียงกันนั้น ใช้วิธีการสร้าง ฟังก์ชันความกลมกลืน (Fit or Fitting Function) เป็นตัวเกณฑ์ในการตรวจสอบและหากจะทำให้ได้ ค่าประมาณที่มีความคงเส้นคงวา (Consistency) ทุกฟังก์ชันต้องมีคุณสมบัติรวม 4 ประการ (Bollen, 1989, p. 106 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 48) ดังนี้

1. ฟังก์ชันความกลมกลืนต้องเป็นสเกลาร์ (Scalar) หรือเป็นเลขจำนวน
2. ฟังก์ชันความกลมกลืนต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0
3. ฟังก์ชันความกลมกลืนต้องมีค่าเป็น 0 เมื่อเมทริกซ์ Sigma และ S มีค่าเท่ากันเท่านั้น
4. ฟังก์ชันความกลมกลืนเป็นฟังก์ชันต่อเนื่อง (Continuous Function)

วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ในแต่ละวิธีให้ผลการประมาณค่าที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันไป โดยวิธีประมาณค่าที่ใช้ความกลมกลืนมีทั้งสิ้น 7 วิธี (Bollen, 1989; Joreskog & Sorbom, 1996 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 48-51) ดังนี้

1. วิธีกำลังสองน้อยที่สุดไม่ถ่วงน้ำหนัก (Unweighted Least Squares: ULS) ซึ่งค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณด้วยวิธีนี้มีคุณสมบัติเป็นค่าประมาณที่มีความคงเส้นคงวาแต่ไม่มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และค่าพารามิเตอร์ที่ได้ขาดคุณสมบัติของความเป็นอิสระจากมาตรวัด (Scale Free) ขณะที่จุดเด่นของวิธีนี้ คือความง่ายและความสะดวกในวิธีการประมาณค่า และเป็นวิธีที่เหมาะสมกับข้อมูลที่มีลักษณะการแจกแจงแตกต่างไปจากการแจกแจงแบบปกติพหุนาม (Multivariate Normal Distribution)

2. วิธีกำลังสองน้อยที่สุดถ่วงน้ำหนักทั่วไป (Generalized Least Squares: GLS) ใช้วิธีการนี้ในการประมาณค่า เมื่อข้อมูลมีความแปรปรวนของตัวแปรตามไม่เท่ากันทุกค่าของตัวแปรต้น (Heteroscedasticity) หรือมีความสัมพันธ์กันระหว่างความคลาดเคลื่อน (Auto-Correlation) เนื่องจากวิธีการประมาณค่าแบบ GLS จะทำการถ่วงน้ำหนักค่าสังเกตเพื่อปรับแก้ความแปรปรวนที่ไม่เท่ากัน ซึ่งค่าประมาณพารามิเตอร์ที่ได้มีความคงเส้นคงวามีประสิทธิภาพและเป็นอิสระจากมาตรวัดหรือไม่มีหน่วย

3. วิธีไลค์ลิฮูดสูงสุด (Maximum Likelihood: ML) เป็นวิธีที่ใช้ประมาณค่าพารามิเตอร์ในโมเดลที่นิยมใช้มากที่สุด ค่าที่ได้จะมีคุณสมบัติจะมีความคงเส้นคงวา มีประสิทธิภาพและเป็นอิสระจากมาตรวัดหรือไม่มีหน่วย การแจกแจงสุ่มของค่าประมาณพารามิเตอร์ที่ได้จากวิธี ML เป็นแบบปกติและความแปรปรวนของค่าประมาณขึ้นอยู่กับขนาดของค่าพารามิเตอร์

4. วิธีกำลังสองน้อยที่สุดถ่วงน้ำหนักทั่วไป (Generally Weighted Least Squares: WLS) เป็นวิธีประมาณค่าที่ครอบคลุมวิธีที่กล่าวมาทั้งหมด ลักษณะการประมาณค่าจะไม่ใช้ เมทริกซ์เต็มรูป แต่จะใช้เฉพาะสมาชิกในแนวทแยงและได้แนวทแยง โดยถ่วงน้ำหนักด้วยอินเวอร์สของ

เมทริกซ์ W ข้อยกเว้นคือ ถ้าหากเมทริกซ์ W มีตัวแปรสังเกตได้มากเกินไปก็จะทำให้คอมพิวเตอร์ใช้เวลาในการคำนวณมากขึ้น และวิธีนี้ไม่เหมาะสมกับเมทริกซ์ที่มีการคัดข้อมูลสูญหายแบบตัดเฉพาะคู่ที่ขาด (Pairwise)

5. วิธีกำลังสองน้อยที่สุดถ่วงน้ำหนักแนวทแยง (Diagonally Weighted Least Squares: DWLS) การประมาณค่าพารามิเตอร์วิธีนี้พัฒนามาจากวิธี WLS โดยพยายามลดเวลาในการคำนวณของคอมพิวเตอร์ คือ แทนที่จะคำนวณจากทุกสมาชิกในเมทริกซ์ ก็คำนวณเฉพาะสมาชิกในแนวทแยงเมทริกซ์ ผลที่ได้ทำให้ค่าประมาณพารามิเตอร์ไม่มีประสิทธิภาพแต่จะมีประโยชน์เพราะค่าประมาณที่ได้จะอยู่ระหว่างค่าที่ได้จากวิธี ULS และ WLS

6. วิธีตัวแปรที่ใช้เป็นเครื่องมือ (Instrumental Variables: IV) การประมาณค่าพารามิเตอร์ทั้งวิธีนี้ใช้เป็นการประมาณตั้งต้น สำหรับการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีอื่นๆ ใช้หลักการคือ การกำหนดตัวแปรอ้างอิง (Reference Variable) สำหรับตัวแปรแฝงในโมเดล โดยโปรแกรมจะกำหนดโดยอัตโนมัติ จากค่าตัวแปรสังเกตได้ที่นักวิจัยกำหนดให้ค่าพารามิเตอร์ในเมทริกซ์ LX และ LY มีค่าเป็น 1 จากนั้น โปรแกรมลิสเรลจะนำตัวแปรอ้างอิงและตัวแปรสังเกตได้มาคำนวณหาค่าประมาณพารามิเตอร์ โดยค่าประมาณพารามิเตอร์ที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ แต่มีคุณสมบัติความคงเส้นคงวา (Consistency)

7. วิธีกำลังสองน้อยที่สุดสองชั้น (Two-Stage Least Squares: TSLS) ใช้หลักการประมาณค่าพารามิเตอร์ตั้งต้นเช่นเดียวกับวิธี IV โดยลักษณะค่าประมาณค่าพารามิเตอร์ที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ แต่มีความคงเส้นคงวา และข้อด้อยอีกข้อหนึ่งคือ โปรแกรมลิสเรลมิได้คำนวณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานสำหรับค่าประมาณชุดนี้และไม่สามารถทดสอบนัยสำคัญได้

การตรวจสอบความตรงของโมเดล (Validation of the Model)

ขั้นตอนนี้เป็น การตรวจสอบความตรงของ โมเดลลิสเรลที่เป็นสมมุติฐานการวิจัย หรือ การประเมินผลความถูกต้องของ โมเดล หรือการตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดล ซึ่งจะเสนอค่าสถิติที่ช่วยในการตรวจสอบ 6 วิธี (Long, 1983; Bollen, 1989; Joreskog & Sorbom, 1989 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 53-60) คือ

1. ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานและสหสัมพันธ์ของค่าประมาณพารามิเตอร์ (Standard Errors and Correlations of Estimates) ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม ลิสเรลจะให้ค่าประมาณ พารามิเตอร์ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสถิติ และสหสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณ ถ้าค่าประมาณที่ได้ไม่มีนัยสำคัญ แสดงว่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีขนาดใหญ่ และโมเดลวิจัยอาจจะยังไม่ดีพอ ถ้าสหสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณมีค่าสูงมาก เป็นสัญญาณแสดงว่าโมเดลการวิจัยเป็น โมเดลที่ไม่ดีพอ

2. สหสัมพันธ์พหุคูณและสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (Multiple Correlations and Coefficients of Determination) สำหรับตัวแปรสังเกตได้แยกทีละตัวและรวมทุกตัว รวมทั้งสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของสมการ โครงสร้างด้วย ค่าสถิติเหล่านี้ควรมีค่าสูงสุดไม่เกิน 1 และค่าที่สูงแสดงว่าโมเดลมีความตรง

3. ค่าสถิติวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Measures) เป็นค่าสถิติที่จะตรวจสอบความตรงในภาพรวมทั้งหมดของโมเดล และยังสามารถเปรียบเทียบระหว่างโมเดลว่าโมเดลใดจะมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่ากัน ค่าสถิติในกลุ่มนี้มี 4 ประเภท (Joreskog & Sorbom, 1989 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 53) ได้แก่

3.1 ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square Statistics) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานทางสถิติว่าฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็น 0 โดยคำนวณจากผลคูณขององศาอิสระกับค่าของฟังก์ชันความกลมกลืน ถ้าค่าไค-สแควร์มีค่าต่ำมาก ยิ่งใกล้ 0 มาก แสดงว่าโมเดลลิשראלสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ข้อกำหนดของการใช้ค่าไค-สแควร์มี 4 ประการ คือ

- ก. ตัวแปรสังเกตได้ภายนอกต้องมีการแจกแจงปกติ ไม่มีความโค้ง
- ข. การวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้เมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม
- ค. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องมีขนาดใหญ่ อัตราส่วนของหน่วยตัวอย่างกับจำนวนพารามิเตอร์ควรเป็น 20 ต่อ 1 (Lindeman, Merenda and Gold, 1980, p 63 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 54)

ง. ฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็น 0 จริงตามสมมุติฐานที่ใช้ทดสอบ

3.2 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness-of-Fit-Index = GFI) ดัชนี GFI จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 และ 1 และเป็นค่าที่ไม่ขึ้นกับขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ลักษณะการแจกแจงขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดัชนี GFI ที่เข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3.3 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness-of-Fit-Index = AGFI) เมื่อนำดัชนี GFI มาปรับแก้โดยคำนึงถึงขนาดขององศาความอิสระ ซึ่งรวมทั้งจำนวนตัวแปรและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ค่าดัชนี AGFI นี้มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับดัชนี GFI

3.4 ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (Root Mean Squared Residual = RMR) ดัชนี RMR เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดล 2 โมเดล เฉพาะกรณีที่เป็นการเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน ค่าของดัชนี RMR ยิ่งเข้าใกล้ 0 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4. เศษเหลือหรือความคลาดเคลื่อน (Residuals) ในการตรวจสอบความตรงของโมเดลอิสระ ผู้วิจัยควรวิเคราะห์เศษเหลือควบคู่ไปกับดัชนีตัวอื่นๆ ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมอิสระในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนมีหลายแบบ แต่ละแบบใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบความตรงของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 55)

4.1 เมทริกซ์ความคลาดเคลื่อนในการเทียบความกลมกลืน (Fitted Residuals Matrix) เมทริกซ์ของผลต่างระหว่างเมทริกซ์ S และ Sigma ซึ่งจะมีทั้งความคลาดเคลื่อนในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ค่าความคลาดเคลื่อนในรูปคะแนนมาตรฐานซึ่งค่านี้ควรมีค่าไม่เกิน 2.00 ถ้าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูล หากยังมีค่าเกิน 2.00 ต้องทำการปรับโมเดลใหม่

4.2 คิวพล็อต (Q-plot) เป็นกราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนกับค่าควอนไทล์ปกติ (Normal Quantiles) ถ้าได้เส้นกราฟที่มีความชันมากกว่าเส้นทแยงมุม ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบ แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

5. ค่ารากกำลังสองของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ของสไตเกอร์ (Steiger, 1990 อ้างถึงใน Joreskog & Sorbom, 1993, p 124) ค่าสถิติตัวนี้ถูกพัฒนามาจากความเชื่อเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นของค่าไค-สแควร์ที่ว่าโมเดลการวิจัยมีความตรงนั้นไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง จึงปรับปรุงสูตรการคำนวณโดยการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการที่โมเดลไม่เป็นจริงในกลุ่มประชากรเข้ามาพิจารณาด้วย และเรียกชื่อค่าสถิติตัวนี้ว่า ฟังก์ชันความแตกต่างจากประชากร (Population Discrepancy Function: PDF) เนื่องจากเมื่อเพิ่มจำนวนพารามิเตอร์อิสระ ค่าสถิติมีค่าลดลงเพราะค่าสถิตินี้ขึ้นอยู่กับองศาอิสระ บราวน์ และคูเด็ค (Brown & Cudeck, 1993 อ้างถึงใน Joreskog & Sorbom, 1993, p. 124) เสนอให้อ่านค่า RMSEA ที่ .05 แสดงว่ามีความสอดคล้องมาก ถ้าค่าที่ได้สูงขึ้นถึง .08 แสดงว่าเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นในการประมาณค่าประชากร

6. ดัชนีคัดแปร โมเดล (Model Modification Indices) ดัชนีคัดแปรโมเดลเป็นค่าสถิติเฉพาะของพารามิเตอร์แต่ละตัว มีค่าเท่ากับค่าไค-สแควร์ที่จะลดลงเมื่อกำหนดให้พารามิเตอร์ตัวนั้นเป็นพารามิเตอร์อิสระ ค่าดัชนีนี้เป็นประโยชน์มากสำหรับนักวิจัยในการตัดสินใจปรับโมเดลให้ดีขึ้น แต่ทั้งนี้ นักวิจัยต้องทำการปรับอย่างมีความหมายในเชิงเนื้อหาทฤษฎี และสามารถแปลความหมายค่าพารามิเตอร์นั้น ๆ ได้อย่างชัดเจน (Joreskog & Sorbom, 1996 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 57)

การปรับโมเดล (Model Adjustment)

เมื่อค่าที่ได้ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในการตรวจสอบความกลมกลืนจะต้องมีการปรับแก้โมเดล จะปรับที่ใดนั้นในผลการวิเคราะห์จะมีบอกที่ Maximum Modification Index และบอกว่าค่าใดต้องปรับแก้ ทำซ้ำจนกว่าโมเดลจะเป็นไปตามเงื่อนไขการตรวจสอบความกลมกลืน

การตรวจสอบความตรงข้ามกลุ่ม (Cross Validation)

การตรวจสอบความตรงข้ามกลุ่มเป็นการตรวจสอบว่า โมเดลที่พัฒนาขึ้นที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากที่สุดเป็น โมเดลที่ดีที่สุด (Best Model) หรือไม่ โดยการนำโมเดลไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างต่างชุดที่มีลักษณะเทียบเคียงกัน (Comparable) ในกรณีที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างต่างชุด และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยมีขนาดใหญ่มาก นักวิจัยอาจสุ่มตัวอย่างย่อยมาทดสอบโมเดลถ้าโมเดลที่ได้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้ค่าสถิติทดสอบที่กล่าวมาแล้ว แสดงว่า โมเดลมีความตรงข้ามกลุ่มสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น ๆ ที่มาจากประชากรกลุ่มเดียวกันได้