

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม เอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าและการป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าและการป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตทุกราย อาการแสดงของโรคมักเป็นแบบสมองและเยื่อสมองอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีไข้ ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว คันหรือปวดบริเวณรอยแผลที่ถูกสัตว์กัด ต่อมาจะหงุดหงิด ตื่นเต้นไวต่อสิ่งเร้า (แสง เสียง ลมฯ) ม่านตาขยาย น้ำลายไหลมาก กล้ามเนื้อคอกระตุกเกร็งขณะที่ผู้ป่วยพยายามกลืนอาหารหรือน้ำ ทำให้เกิดอาการ กลืนน้ำ เพื่อกลืน สลับกับอาการสงบ ชัก ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงอาการแบบอัมพาต โดยมีอาการแขนขาอ่อนแรง กรณีไม่ได้รับการรักษาประคับประคอง มักป่วยอยู่ประมาณ 2 - 6 วัน และเสียชีวิตเนื่องจากอัมพาตของกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินหายใจ

1.1 เชื้อสาเหตุ

โรคพิษสุนัขบ้า หรือชื่อในภาษาอังกฤษว่า Rabies ได้รับการตั้งชื่อตามอาการของคนหรือสัตว์ที่ป่วย โดยคำว่า Rabies มาจากศัพท์ rabidus แปลว่า mad หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า โรคกลัวน้ำ หรือ Hydrophobia เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุคือเชื้อไวรัสอยู่ในตระกูล Rhabdovirus Genus Lyssa Virus ซึ่งเป็น RNA Virus พบว่ามี Rabies Virus เพียงตัวเดียวที่ก่อให้เกิดโรคในคน หลังจากเชื้อโรคนี้ฟักตัวบริเวณบาดแผลที่ติดเชื้อ จะเดินทางไปตามเส้นประสาทสู่สมอง จะทำให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น เมื่อเชื้อเดินทางมาถึงสมองแล้ว ทั้งคนและสัตว์ที่รับเชื้อจะแสดงอาการออกมาได้ และเชื้อไวรัสนี้จะเดินทางมาอยู่ที่ต่อมน้ำลาย พร้อมทั้งจะแพร่ไปสู่คนหรือสัตว์โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อที่รุนแรงเป็นอันตรายถึงกับชีวิต ซึ่งจะมีอาการเป็นอัมพาตที่กล้ามเนื้อคอ จึงทำให้การกลืนลำบาก และเจ็บทรมาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับเชื้อโดยถูกสุนัขบ้ากัด

หรือข่วนหรือเลีย สำหรับประเทศไทย พบว่าสุนัขเป็นตัวนำโรคที่สำคัญที่สุด ประมาณ ร้อยละ 95 รองลงมาคือ แมว ร้อยละ 2 – 3 ของสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อ นอกจากนี้ยังพบเชื้อได้ใน ชะนี ลิง กระต่าย กระรอก กระแต วัว ควาย สุกร ม้า ค้างคาว (ธีระวัฒน์ เหมะจุธา และคณะ, 2550) ซึ่ง สัตว์ที่พบเชื้อล้วนมีประวัติเคยถูกสุนัขบ้ากัดมาก่อน โรคพิษสุนัขบ้าพบได้ตลอดทั้งปี ไม่เฉพาะแต่หน้าร้อน

1.2 การติดต่อของโรคพิษสุนัขบ้า

การติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ในคนและสัตว์อาจแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ติดเชื้อเดินทางเข้าสู่ระบบประสาทจากตำแหน่งที่เข้า ระยะการเพิ่มจำนวนในระบบประสาทส่วนกลางและระยะที่เชื้อเดินทางจากระบบประสาทส่วนกลางออกสู่อวัยวะที่สำคัญที่มีโอกาสแพร่เชื้อ ทางระบบประสาท คือ ต่อมน้ำลายเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดและพบบ่อยที่สุดรองจากระบบประสาท นอกจากนี้ยังอาจพบในเยื่อบุทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบสืบสาวะ และต่อมน้ำนมเป็นต้น

1.3 วิธีการติดต่อของโรค

1. น้ำลายเข้าทางบาดแผล โดยการถูกกัด ข่วน เลีย พบได้มากที่สุดรวมถึงการที่น้ำลายกระเด็นเข้าตา ในประเทศอเมริกา พบว่า มือและแขน เป็นจุดที่โดนสุนัขกัดมากที่สุด (Gilchrist J, et al., 2001)
2. โดยการกิน ส่วนใหญ่จะเป็นเพราะในปาก หรือทางเดินอาหารมีแผล
3. ผ่านทางรก เคยมีการแยกพบเชื้อในลูกวัวในท้องที่แม่ตายโดยโรคพิษสุนัขบ้า
4. การติดเชื้อทางเดินหายใจพบได้จากการหายใจเอาอากาศที่มีเชื้อไวรัสเข้าไป โดยเฉพาะถ้าค้างคาว
5. การติดเชื้อโดยการปลูกถ่ายกระจกตา

1.4 ระยะฟักตัวของโรค (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2551)

ระยะเวลาที่เชื้อเข้าสู่ร่างกายจนเกิดอาการ ประมาณ 2 - 8 สัปดาห์ อาจสั้นเพียง 5 วัน หรือยาวนานเกินกว่า 1 ปี ระยะฟักตัวจะสั้นหรือยาวขึ้นกับปัจจัยบางประการ ได้แก่ ความรุนแรงของบาดแผล ปริมาณของปลายประสาทที่ตำแหน่งของแผล และระยะทางแผลไปยังสมอง เช่น แผลที่หน้า ศีรษะ คอ และมือ จะมีระยะฟักตัวสั้นจำนวนและความรุนแรงของเชื้อก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง เครื่องนุ่งห่ม เช่น เสื้อผ้า หรือการล้างแผลจะมีผลช่วยลดจำนวนเชื้อลงได้มาก

1.5 อาการและอาการแสดงของโรค

1.5.1 อาการในคน อาการโรคพิษสุนัขบ้าในคน จำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ (กรมควบคุมโรค, 2548)

1. Furious หรือ Encephalitic rabies คือ อาการคลุ้มคลั่งหรืออาการทางสมองเป็นอาการสำคัญ ระยะการดำเนินโรคเร็วโดยเฉลี่ยเสียชีวิตใน 5 วัน และต้องมีอาการครบทั้ง 3 ประการข้างล่างนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีประวัติถูกสัตว์กัด แม้ว่าจะเป็นแบบมีเหตุโน้มนำ (provoked) ก็ตาม ลักษณะอาการดังกล่าวคือ

1.1 Fluctuation of conscious ผู้ป่วยมีอาการสลับเปลี่ยนระหว่างสภาวะการรู้ตัวที่ปกติ และลักษณะตื่นเต็นกระวนกระวายต่อสิ่งเร้าไม่ว่าจะเป็นเสียง แสง ซึ่งจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนผู้ป่วยอาจจะอาละวาด และผุดลุกผุดนั่ง ระหว่างที่ผู้ป่วยกลับอยู่ในสภาวะปกติ จะสามารถพูด คอย โต้ตอบรู้เรื่องทุกอย่าง แต่บางครั้งจะจำไม่ได้หรือไม่เข้าใจตนเองขณะที่แสดงอาการผิดปกติ สภาพเช่นนี้จะดำเนินไปประมาณ 2-3 วัน แล้วผู้ป่วยจะเริ่มซึม และไม่รู้สึกตัว ในระยะ 24 ชั่วโมงสุดท้ายเริ่มมีความดันโลหิตต่ำ

1.2 Phobic spasm ได้แก่อาการกลั้วน้ำ กลั้วลม ลักษณะทั้ง 2 ประการ อาจไม่พบร่วมกันและไม่จำเป็นที่จะต้องมีการเกร็งตัวของกล่องคอ (laryngeal spasms) อาการกลั้วน้ำ ลม จะเห็นได้ชัดเจนที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยเริ่มซึม อาการเหล่านี้จะหายไป ผู้ป่วยจะมีอาการถอนหายใจเป็นพัก ๆ (inspiratory spasms) ซึ่งเกิดขึ้นเอง และเป็นอาการสำคัญซึ่งช่วยในการวินิจฉัย

1.3 Autonomic stimulation ได้แก่ อาการขนลุกเป็นบางส่วนหรือทั้งตัว รุ ม่านตามีสภาพไม่ตอบสนองต่อแสง และอาจขยายเต็มที่หรือหดตัวเต็มที่ เป็นระยะสั้น ๆ และที่สำคัญ คือ น้ำลายมากผิดปกติ จนต้องบ้วนหรือถ่มเป็นระยะ

นอกจากนั้น อาการคันเฉพาะที่ตรงที่ถูกสัตว์กัด ในรูปของคัน ปวดแสบปวดร้อน ปวดลึก ๆ ซึ่งแพร่กระจายไปทั่วแขน ขา หรือหน้าซีกที่ถูกกัด (local neuropathic symptoms) ก็อาจช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยได้ อย่างไรก็ตาม พึงระวังที่จะไม่ใช่อาการเฉพาะที่อย่างเดียวในการให้การวินิจฉัย ยกเว้นแต่จะประกอบด้วยข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่เชื่อถือได้

2. Dumb หรือ Paralytic rabies คือ อาการอัมพาต หรืออาการอ่อนแรงของแขนขาเป็นอาการสำคัญ ระยะดำเนินโรคช้า โดยเฉลี่ยเสียชีวิตใน 13 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการ รวมทั้งลักษณะของการตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อและกระแสประสาท คล้ายคลึงกับผู้ป่วย ซึ่งมีเส้นประสาทอักเสบ (Guillain Barre syndrome, GBS) กล่าวคือ มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงลามขึ้นจากขาไปยังแขนและลามไปทั่วตัว โดยอ่อนแรงบริเวณต้นแขน ขา ทั้งซีกซ้ายและขวา พอ ๆ กัน ส่วนมากพบกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงทั้ง 2 ด้าน (facial palsy) ร่วมด้วยกัน deep tendon reflex หายไป เมื่ออาการมากขึ้นจะหายใจไม่ได้

2.1 ลักษณะของ dumb rabies ที่แตกต่างไปจาก Guillain Barre syndrome (GBS) คือ

2.1.1 ไข้ ในผู้ป่วย dumb rabies จะพบมีอาการไข้ตั้งแต่ต้น โดยผู้ป่วย GBS จะไม่มีไข้ ยกเว้นแต่ว่ามีภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในปอด ทางเดินปัสสาวะ

2.1.2 การตรวจรับความรู้สึก (sensory system) ยังเป็นปกติทั้งการตรวจ pinprick, joint หรือ vibration sense ยกเว้นบางรายอาจมีความผิดปกติบริเวณมือหรือเท้า หรือหน้าข้างที่ถูกกัด ใน GBS อาจพบความผิดปกติดังกล่าวได้บ้างไม่มากนัก

2.1.3 Percussion myoedema คือ เมื่อใช้ไม้เคาะ jerk เคาะไปที่บริเวณ deltoid หรือ หน้าอก จะมีรอยนูนปูดขึ้นชั่วขณะ แต่อาการนี้อาจพบได้ในผู้ป่วยที่ผอมมาก ผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วย hypothyroidism หรือผู้ป่วยที่ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าระยะกลางและท้ายมักจะมีโซเดียมต่ำอยู่แล้ว ดังนั้น ให้อาการข้อนี้เป็นลักษณะช่วยวินิจฉัยประกอบและต้องตรวจระดับโซเดียมก่อนเสมอ ถ้าระดับโซเดียมปกติและมีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างต้น ร่วมกับอาการดังกล่าวอาจทำให้นึกถึง paralytic rabies

2.1.4 อาการทางระบบปัสสาวะผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติในการเบ่งหรือกลั้นปัสสาวะ ซึ่งจะไม่เห็นชัดเจน นอกจากต้องสอบถามผู้ป่วย

2.2 ข้อควรระวังในผู้ป่วย paralytic rabies ผู้ป่วยเหล่านี้แทบจะไม่มีกรับรู้ หรือมีสภาวะสติสัมปชัญญะที่แปรปรวนเลย บางครั้งอาจมีอาการแฉะใส ร่าเริงไม่เข้ากับสภาพเจ็บป่วยของตนเอง และพบอาการกลั้วน้ำหรือกลั้วลมบ่อยมาก คือ ไม่เกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ทั้งหมด แม้ไม่มีการกรกลั้วน้ำ กลั้วลม ก็ยังพบอาการถอนหายใจ (inspiratory spasms) แต่จะไม่เห็นชัดเจน เนื่องจากมีกล้ามเนื้อคอ กระบังลม และแขนอ่อนแรงค่อนข้างมากอยู่แล้ว อาการเฉพาะที่ (local neuropathic symptoms) พบได้เช่นเดียวกับ furious rabies แต่เมื่อรวมทั้งหมดแล้วพบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้ง 2 ประเภท

3. Atypical หรือ Nonclassic rabies คือ ไม่มีอาการบ่งชี้ให้สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้าดังเช่น 2 กลุ่มแรก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถวินิจฉัยได้จากอาการอย่างเดียว การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์สนามแม่เหล็กไฟฟ้าของสมอง (magnetic resonance imaging, MRI) อาจพบลักษณะเฉพาะตัว กล่าวคือ พบความผิดปกติในตำแหน่ง brainstem, thalamus, basal ganglia, subcortical and deep white matter ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวจะไม่มี gadolinium contrast enhancement (จะมี enhancement ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวเท่านั้น) ความผิดปกติของ MRI ดังกล่าว จะพบได้เหมือนกันหมดในทั้งสามกลุ่ม กลุ่มที่สามนี้อาจพบได้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ

ไวรัสที่แพร่จากสุนัขและค้างคาว และถือเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากที่สุดในการวินิจฉัย มีทางเดียวเท่านั้นที่จะวินิจฉัยได้ คือการตรวจชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการ

1.5.2 อาการในสัตว์

หลังจากที่สัตว์ได้รับเชื้อเข้าไปแล้ว ระยะฟักตัวของโรคในสัตว์ชนิดต่างๆ อาจแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยทั่วไปในสุนัขจะอยู่ระหว่าง 3-8 สัปดาห์ ระยะฟักตัวของโรคนี้อาจเร็วขึ้นหรือช้าลง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของบาดแผลและตำแหน่งของบาดแผลที่เชื้อเข้าสู่ร่างกาย หากบาดแผลรุนแรงและอยู่ใกล้สมอง ช่วงระยะฟักตัวของโรคมักสั้นกว่าตำแหน่งของบาดแผลที่อยู่ที่อวัยวะส่วนปลายเมื่อพ้นระยะฟักตัวของโรคแล้ว สัตว์ที่เป็นโรคจะแสดงอาการให้เห็น ซึ่งอาการในสัตว์แต่ละชนิดอาจแตกต่างกันไปบ้าง แต่อาการที่เป็นรูปแบบชัดเจนที่สุด ได้แก่ อาการในสุนัข และสามารถนำไปเทียบเคียงให้เห็นความแตกต่างกับอาการของสัตว์ชนิดอื่นได้ อาการของโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. อาการนำ (Prodromal Phase) เป็นอาการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยและพฤติกรรมที่เคยเป็นอยู่ไปในทางที่ตรงกันข้ามกับปกติ จะสามารถสังเกตเห็นได้ง่ายถ้าอยู่ใกล้ชิดกับสุนัขที่เลี้ยงไว้สม่ำเสมอ อาการเริ่มแรกที่พบ ถ้าเป็นสุนัขที่เคยร่างเร็งแจ่มใสชอบคลุกคลีเล่นๆ กับเจ้าของ มักมีอาการหงุดหงิด ไม่อยากเข้าใกล้ หลบซุกซ่อนตัวอยู่ตามมุมมืดต่างๆ และหากพยายามนำออกมาจากที่ซ่อน มักแสดงอาการเห่า หรือร้องอย่างไม่พอใจ ส่วนสุนัขที่ปกติเคยหวาดระแวง หวาดกลัว กลับมีความกล้าเพิ่มมากขึ้น และหากสังเกตใกล้ชิดในบางรายจะพบว่า ม่านตาขยายกว้างปกติ มีการตอบสนองต่อแสงลดลง สุนัขจะแสดงอาการระยะเริ่มแรกนี้ 2-3 วัน

2. อาการระยะตื่นเตน (Excitative Phase) เป็นอาการของโรคระยะถัดมาที่เห็นชัดเจนที่สุด เมื่อผ่านพ้นอาการนำแล้ว จะมีอาการดุร้ายก้าวร้าวมากขึ้น พยายามจะหลบหนีออกจากบ้านหรือที่อยู่เดิม หากหลบหนีออกมาได้จะวิ่งอย่างไม่มีจุดหมาย มักแสดงอาการแปลกๆ เช่น จับลมหรือกัดกินสิ่งแปลกปลอมต่างๆ เช่น ก้อนอิฐ ก้อนหิน ดิน หญ้า หรือแม้แต่เศษไม้ มักกัดทุกสิ่งที่ขวางหน้าเป็นอาการของความบ้าคลั่งอย่างเด่นชัด หากจับกักขังจะกัดกรงอย่างรุนแรงจนเกิดบาดแผลที่ปาก หรือฟันหักโดยไม่แสดงความเจ็บปวด เสียงเห่าหอนจะผิดไปเนื่องจากเกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อกล่องเสียง ต่อมาจะเกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน ทำให้ลิ้นห้อยออกนอกปากน้ำลายไหล ลิ้นมีสีแดงคล้ำ หรือมีร่องรอยของความบอบซ้ำ หรือมีสิ่งแปลกปลอมติดอยู่ที่ลิ้น ระยะต่อมาลำตัวจะแข็ง หางตก ขาหลังเริ่มอ่อนเปลี้ย ซึ่งเป็นอาการที่เริ่มเข้าสู่ระยะอัมพาต สุนัขจะแสดงอาการระยะตื่นเตนอยู่ 1-7 วัน

3. อาการระยะอัมพาต (Paralysis Phase) เป็นอาการระยะสุดท้ายของอาการของโรค สุนัขที่แสดงอาการตื่นเตนและ/หรือดุร้ายชัดเจน อาการของระยะอัมพาตจะสั้นถึงสั้นมาก

กล่าวคือ เมื่อเริ่มแสดงอาการขาหลังอ่อนเปลี้ยแล้ว ในที่สุดจะล้มลงลุกไม่ได้ อัมพาตที่เกิดขึ้นจะแผ่ขยายจากส่วนท้ายของลำตัวไปยังส่วนหัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ตายด้วยการเกิดอัมพาตของระบบหายใจ ส่วนรายที่ไม่สังเกตเป็นอาการระยะต้นเด่นชัดเจน หรือพบในช่วงระยะที่สั้นมาก อาจแสดงอาการระยะอัมพาตยาวนานขึ้น ในกรณีเช่นนี้จะสังเกตเห็นสุนัขมีอาการซึม ปากอ้า คางห้อยตก ลิ้นห้อยยาวออกนอกปาก น้ำลายไหลมาก มักไม่กัดผู้คนและมักแสดงอาการอยู่ 2-4 วัน แล้วอัมพาตจะแผ่ขยายทั่วตัว ทำให้ตายด้วยการเกิดอัมพาตของระบบหายใจเช่นเดียวกัน สุนัขที่แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าทั้ง 3 ระยะดังกล่าวนี้ ตั้งแต่เริ่มสังเกตเห็นอาการมักอยู่ได้ไม่เกิน 10 วัน สุนัขที่แสดงอาการระยะต้นเด่นชัดเจน มักเรียกกันว่า “บ้าแบบดุร้าย หรือ Furious Rabies” ซึ่งเป็นอาการที่พบเห็นได้มากกว่า “บ้าแบบซึม หรือ Dumb Rabies”

1.6 การรักษา

ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้ การรักษาจึงทำได้เพียงการดูแลประคับประคอง และรักษาตามอาการ (กรมควบคุมโรค, 2548)

1. แยกผู้ป่วยให้อยู่ในห้องที่สงบ ปราศจากเสียงรบกวน แต่ไม่จำเป็นต้องปิดไฟ
2. ให้สารน้ำเข้าเส้นเลือดให้เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยกินอาหารไม่ได้
3. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ควรใส่เสื้อกาวน์ แว่นตา ผ้าปิดจมูกเพื่อป้องกันการสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย และปฏิบัติตามวิธีการป้องกันที่ได้มาตรฐาน (standard precaution)
4. กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายมาก อาจพิจารณาใช้ morphine หรือยาในกลุ่ม barbiturate โดยการฉีด

1.7 การป้องกันและควบคุมโรค

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่ต้องรายงานโดยเร่งด่วนและดำเนินการตาม พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 (ภาคผนวก ข) เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องจะได้ดำเนินการสอบสวนโรคพร้อมทั้งประสานงานกับหน่วยงานควบคุมโรคในสัตว์และท้องถิ่น เพื่อกำจัดแหล่งรังโรค และคณะ ควบคุมไปกับการค้นหาคนหรือสัตว์ที่อาจได้รับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อรับการป้องกันโรคที่ถูกต้อง และเพื่อให้ผู้สงสัยว่าได้รับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้รับการป้องกันหรือกำจัดสัตว์ที่สงสัยว่าได้รับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ในกรณีที่มีผู้ถูกสุนัขที่เป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด/ข่วน ควรจะดำเนินการดังต่อไปนี้

1. แจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทราบ เพื่อติดตามผู้สัมผัสโรครายอื่นๆ รวมทั้งประสานกับปศุสัตว์ในพื้นที่ควบคุมโรคในสัตว์
2. แนะนำให้นำหัวสัตว์ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้าส่งชันสูตรยืนยันทางห้องปฏิบัติการ เพราะถ้าหากตรวจพบเชื้อ เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์จะได้ดำเนินการควบคุมโรคสัตว์ที่อยู่

บริเวณนั้น โดยรอบ กำจัดสุนัขที่อาจเป็นแหล่งรังโรคเป็นการหยุดยั้งไม่ให้เชื้อโรคแพร่ระบาดไปยังพื้นที่อื่น และในประเทศอินโดนีเซีย ก็ใช้วิธีการกำจัดสุนัขเช่นเดียวกันในปี 2541 (Caecilia Windiyaningsih, et al , 2004)

กระบวนการที่สำคัญที่สุดของการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า คือ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในสุนัข ซึ่งเป็นสัตว์นำโรคหลักให้มีภูมิคุ้มกันหมู่ (herd immunity) รวมทั้งการควบคุมประชากรสุนัขและลดความเสี่ยงจากการถูกสุนัขกัด ต้องพยายามฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ได้อย่างน้อย ร้อยละ 80 (สุเมธ องค์กรบรรณคดี และคณะ, 2546) ของจำนวนสุนัขทั้งหมดในพื้นที่ในเวลาใกล้เคียงกัน การที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วย และที่สำคัญคือ หน่วยงานสาธารณสุข ปศุสัตว์ และองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้เลี้ยงสุนัขและประชาชน

1.8 การป้องกันและหลีกเลี่ยงโรคพิษสุนัขบ้า

1. การป้องกันไม่ให้สัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้า

1.1 เลี้ยงสุนัขหรือแมวต้องพาดูฉีดวัคซีนป้องกันโรค เมื่ออายุ 2-4 เดือน แล้วฉีดกระตุ้นอีกครั้งตามกำหนดนัด และฉีดซ้ำทุกปี ถ้าเป็นลูกสุนัขหรือแมวที่เกิดจากแม่ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน ให้พาไปฉีดได้ตั้งแต่อายุ 1 เดือน และฉีดซ้ำเมื่ออายุ 3 เดือน หลังจากนั้นต้องนำไปฉีดทุกปี ปีละ 1 ครั้ง

1.2 เมื่อสุนัขที่เคยฉีดวัคซีนแล้วถูกสุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดให้ฉีดวัคซีนกระตุ้นซ้ำทันทีและสังเกตอาการอีก 6 เดือน

1.3 ถ้าสุนัขที่ไม่เคยได้รับวัคซีนถูกสุนัขบ้ากัด แนะนำให้ทำลายทิ้ง ถ้าต้องการเก็บสุนัขไว้ ควรฉีดวัคซีนให้กับสุนัขที่ถูกกัดทันที และฉีดติดต่อกัน 4 เข็ม ห่างกันครั้งละ 3-4 วัน และสังเกตอาการอย่างน้อย 6 เดือน

1.4 ทุกครั้งที่น่าสุนัขออกนอกบ้านต้องมีสายจูง

1.5 เมื่อสุนัขถูกสัตว์อื่นกัดให้ ล้างแผลด้วยน้ำสบู่หลาย ๆ ครั้ง ใส่ยา ฉีดวัคซีนและปรึกษาสัตวแพทย์ทันทีที่สุนัขของเราถูกสุนัขอื่นกัด

1.6 ไม่นำสัตว์ป่ามาเลี้ยง เพราะอาจมีเชื้อพิษสุนัขบ้า

1.7 ไม่ควรปล่อยสุนัขออกไปเล่นพ่านอกบ้าน หรือตามท้องถนนเพราะอาจได้รับเชื้อโรคจากสุนัขจรจัดได้

1.8 ถ้าไม่ต้องการเพิ่มจำนวนสุนัขในบ้าน ก็ทำการคุมกำเนิดสุนัข

1.9 พบเห็นสัตว์สงสัยเป็นบ้าต้องแจ้ง เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์

2. หลีกเลี่ยงไม่ให้ถูกสุนัขกัด

- 2.1 ไม่เหยียบ ไม่เหยียบหาง ตัว ขาสัตว์ หรือรบกวนสัตว์
- 2.2 ไม่ไปแยกสัตว์ที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า ไม่หยิบงานข้าวขณะสุนัขกำลังกิน

อาหาร

- 2.3 อย่าปล่อยให้เด็กเล่นกับสุนัขตามลำพัง
- 2.4 ไม่ปล่อยให้เด็กเล็กเหยียบเล่นสุนัขในบ้าน ในลักษณะที่ทำให้สุนัขโกรธ โมโห

ตกใจ จนเป็นเหตุให้ทำร้ายเด็ก

- 2.5 ห้ามอุ้มลูกสุนัข/แมวจากแม่สุนัข/แมว แม่ลูกอ่อน
- 2.6 ไม่แยกสัตว์ที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า
- 2.7 ไม่คลุกคลีกับสัตว์ โดยเฉพาะสัตว์นอกบ้าน ไม่มีเจ้าของ สัตว์ที่ไม่ทราบประวัติ
- 2.8 เมื่อพบว่าสัตว์มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม หงุดหงิด เบื่ออาหาร วิ่งเพ่นพ่าน

ให้จับสัตว์ด้วยความระมัดระวัง และถ้าสงสัยว่ามีเชื้อพิษสุนัขบ้าให้นำไปให้สัตวแพทย์ตรวจดู

อาการ

3. ข้อไม่พึงปฏิบัติในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (กรมปศุสัตว์, 2547)

- 3.1 ขายหรือยกสัตว์เลี้ยงให้ผู้อื่น ขณะที่ยังอยู่ในระหว่างการสังเกตอาการ 6 เดือน
- 3.2 ซัดขวาง ซ่อน ไม่อำนวยความสะดวกการจับสัตว์ไม่มีเจ้าของในที่สาธารณะ
- 3.3 นำซากสัตว์ที่เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุมาปรุงอาหารให้แก่คนหรือสัตว์อื่น
- 3.4 ไม่ไปพบแพทย์หรือ ละเลยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัด หลังถูกกัด โดยคิดว่า สัตว์เลี้ยง ที่เลี้ยงเองในบ้าน ไม่น่าจะมีเชื้อพิษสุนัขบ้า
- 3.5 คิดว่าโรคพิษสุนัขบ้าเป็นได้เฉพาะสุนัข
- 3.6 คิดว่าสุนัขทุกตัวที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ต้องมีเฉพาะอาการตัวแข็ง หางตก คุ้ย

กัดคนไม่เลือกหน้า

- 3.7 ใช้น้ำกลางบ้านพอกแผล เพราะเชื่อว่าสามารถช่วยฆ่าเชื้อได้
- 3.8 เมื่อถูกสัตว์กัดให้ใช้รองเท้าตบแผล เกลือ หรือยาชุดยัดที่แผล จะทำให้แผลหาย

เร็ว

- 3.9 รักษาด้วยวิธีไสยศาสตร์ เช่น เสก เป่าพ่นน้ำมันต์
- 3.10 ตัดหู ตัดหางสัตว์ ที่กัดเพื่อป้องกันการเกิดโรค
- 3.11 เย็บแผลที่ถูกสุนัขกัดในวันแรกของการโดนกัด
- 3.12 รอจนกระทั่งสัตว์ที่กัดตายจึงไปพบแพทย์

1.9 การป้องกันหลังถูกสัตว์กัด หรือข่วน

การป้องกันหลังถูกสัตว์กัด หรือข่วน ต้องปฐมพยาบาลบาดแผลโดยทันที ล้างบาดแผลด้วยสบู่ หลาย ๆ ครั้ง ล้างสบู่ออกให้หมด ถ้าแผลลึกให้ล้างถึงก้นแผลอย่างน้อย 15 นาที อย่าวางให้แผลซ้ำ ห้ามใช้ครีมใดๆ ทาและน้ำสะอาดให้ลึกถึงก้นแผล และใส่ยารักษาแผลสดเพื่อกำจัดเชื้อไวรัสที่แผลโดยเร็ว แล้วไปพบแพทย์ พร้อมทั้งติดตามดูอาการสัตว์ที่กัด ซึ่งถ้าสัตว์ที่กัดเป็นสุนัขหรือแมว การพิจารณาว่าสุนัขหรือแมวนั้นไม่น่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะต้องมีองค์ประกอบสนับสนุนอย่างน้อย 5 ประการ คือ

1. สุนัข หรือแมวนั้นมีอาการปกติ
2. เป็นสัตว์ที่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้ามาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้งสุดท้ายไม่เกิน 1 ปี
3. เลี้ยงอยู่ในบริเวณที่มีขอบเขต โอกาสที่ไปสัมผัสกับสัตว์ที่มีเชื้อ ใ้ได้น้อย
4. มีเหตุการณ์โน้มนำทำให้สัตว์กัด หรือข่วน เช่น ทำให้เจ็บ ตกใจ หรือโกรธ สามารถกักดูอาการภายใน 10 วันได้

ถ้าขาดองค์ประกอบข้อใดข้อหนึ่งก็นับว่ามีความเสี่ยงอยู่มาก ถ้าเป็นสัตว์ป่า หรือ ไม่มีผู้รับผิดชอบกักขัง หรือติดตามดูอาการไม่ได้ ให้ปฏิบัติเสมือนว่าสัตว์นั้นเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ถูกกัดต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า หรือฉีดวัคซีนฯ ร่วมกับอิมมูโนโกลบูลิน (กรณีที่บาดแผลลึก หรือแผลใหญ่ หรือหลายแผล หรือบาดแผลอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญ เช่น ในหน้า ลำคอ) โดยเร็ว ซึ่งผู้ถูกกัดต้องมาฉีดให้ตรงตามกำหนดนัดหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 3 เข็มแรก ถ้าเป็นการฉีดเข้ากล้ามเนื้อตามแบบมาตรฐานจะต้องฉีด 5 เข็ม ในวันที่ 0, 3, 7, 14 และ 30 ของการถูกกัด (โดย วันที่ 0 หมายถึงวันที่ถูกสัตว์กัด) เมื่อมีผู้ถูกสัตว์ที่เป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด ข่วน ประชาชนในพื้นที่ควรช่วยกันดำเนินการดังนี้

1. สอบถามหรือช่วยกันสืบหาตัวผู้ที่ถูกสัตว์ตัวเดียวกันกัด หรือข่วนในเวลาใกล้เคียงกัน ให้ไปรับบริการรักษาป้องกันโดยเร็วด้วย

- สุนัขและแมวที่มีอาการน่าสงสัย แต่มีประวัติฉีดวัคซีนป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้าแน่นอนมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้ง หลังสุดไม่เกิน 1 ปี หลังจากสังเกตอาการ 10 วัน ถ้าสุนัขหรือแมวนั้นยังมีชีวิตอยู่ ให้หยุดฉีดวัคซีนได้

- สุนัขหรือแมวหลังกัดหนีหายไม่สามารถติดตามดูอาการได้ ต้องฉีดวัคซีนตามแนวทางการรักษาให้ครบถ้วน

- เนื่องจากส่วนใหญ่ระยะฟักตัวของโรคพิษสุนัขบ้าใช้เวลาไม่เกิน 1 ปี เมื่อมีผู้สัมผัสโรคมาขอรับบริการหลังสัมผัสโรคภายในเวลาไม่เกิน 1 ปี ให้พิจารณาปฏิบัติเช่นเดียวกับกรณีที่เพิ่งสัมผัสโรคใหม่ๆ ในกรณีมารับการรักษาหลังสัมผัสโรคเกิน 1 ปี ให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป

- สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า แม้ว่าจะไม่ใช่สุนัขและแมว ควรส่งชันสูตรตรวจหาสัตว์ทางห้องปฏิบัติการ ทุกสายเช่นกัน เพื่อประโยชน์ในการรักษาป้องกัน และเฝ้าระวังโรค

2. สอบถามข้อมูลว่ามีสัตว์อื่นที่กักตุนกคิลิ โกลีชนิด หรือถูกสัตว์นี้กัดต้องแจ้งให้ปศุสัตว์หรือสัตวแพทย์ในพื้นที่เข้าควบคุมโรคโดยเร็วเพราะหากทราบแน่ชัดว่าสัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้า เจ้าหน้าที่จะทำการแจ้งไปยังพื้นที่ใกล้เคียงให้ระมัดระวัง เพราะอาจมีสัตว์ที่มีเชื้ออยู่ในบริเวณนั้นด้วย

1.10 การจัดการกับสัตว์เลี้ยงที่กัดคนหรือสัตว์เลี้ยงตัวอื่น (สนธิสัญญา สหประชาชาติ, 2551)

สำหรับสัตว์เลี้ยงที่มีสุขภาพดีควรกักเพื่อดูอาการเป็นเวลา 10 วัน (ไม่ควรฉีดกระตุ้นวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เนื่องจากอาจทำให้สับสนระหว่างอาการของโรคพิษสุนัขบ้ากับ vaccine adverse reaction) โดยควรให้สัตวแพทย์เป็นผู้ประเมินอาการของสัตว์ในช่วงเวลาดังกล่าว ในกรณีที่สัตว์ที่กัดคนไม่มีเจ้าของ อาจทำการ euthanize ทันทีและนำส่งส่วนศีรษะเพื่อตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการต่อไปที่ผ่านมามีผู้สับสนในเรื่องระยะเวลาในการกักสัตว์เลี้ยงที่สัมผัสกับสัตว์ ที่สงสัยว่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้าโดยยึดเอาที่ระยะ 10 วันเป็นหลัก โดยความเป็นจริงแล้วระยะเวลา 10 วัน ใช้กับการกักดูอาการสัตว์ (สุนัขและแมว) ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้าเท่านั้น (ไม่ใช่ช่วงระยะเวลาที่สำหรับ post-exposure management) ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับกันว่า สุนัขและแมวที่แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าและมีเชื้อไวรัสอยู่ในน้ำลายจะตายภายในระยะเวลา 3-5 วัน ดังนั้นถ้าสัตว์เหล่านี้มีชีวิตอยู่ต่อมามากกว่า 10 วัน ก็ไม่น่าจะมีเชื้อพิษสุนัขบ้าอยู่ในน้ำลายของสัตว์ตัวนั้นในขณะที่กักหรือสัมผัสกับคนหรือสัตว์เลี้ยงอื่น แม้ว่าในภายหลังจะพิสูจน์ได้ว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้าก็ตาม

ตารางที่ 2.1 คำแนะนำในการปฏิบัติเมื่อสัตว์เลี้ยงได้รับการสัมผัสหรือถูกกัด โดยสัตว์ที่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า

ชนิดของสัตว์	ประวัติการได้รับวัคซีน	ข้อควรปฏิบัติ
สุนัข แมว ferret	ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน หรือไม่ทราบประวัติวัคซีน	ทำลาย (euthanize) ทันที (ในกรณีที่เจ้าของไม่ยินยอม ให้กักบริเวณเพื่อดูอาการอย่างเข้มงวดเป็นเวลา 6 เดือน โดยให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในวันที่เริ่มกักบริเวณ หรือ 1 เดือน ก่อนปล่อย)
	ได้รับวัคซีนถูกต้อง ตามโปรแกรมที่สัตวแพทย์กำหนด	ให้วัคซีนกระตุ้นซ้ำทันที ¹ จำกัดบริเวณให้อยู่ในความดูแลของเจ้าของและสังเกตอาการต่ออีก 45 วัน
ปศุสัตว์	ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน	ส่งโรงฆ่าทันที ² (ในกรณีที่เจ้าของไม่ยินยอม ให้กักบริเวณเพื่อดูอาการอย่างเข้มงวดเป็นเวลา 6 เดือน)
	ได้รับวัคซีนที่ขึ้นทะเบียนสำหรับปศุสัตว์อย่างถูกต้อง ตามโปรแกรมที่สัตวแพทย์กำหนด	ให้วัคซีนกระตุ้นซ้ำทันที ให้อยู่ในความดูแลของเจ้าของและสังเกตอาการต่ออีก 45 วัน

¹ การใช้วัคซีนในสุนัขและแมวที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้องสามารถให้ตามที่ระบุในตารางแนะนำ หรือให้วัคซีนเข้ากล้ามเนื้อในวันที่ 0 และ 3 (โดยใช้คำแนะนำสำหรับการให้วัคซีน post-exposure ในคนที่เคยได้รับวัคซีนมาก่อนแล้ว) นอกจากนี้ไม่ควรใช้ hyperimmune serum กับสัตว์ที่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน เนื่องจากอาจส่งผลให้มีการรบกวนการสร้างภูมิคุ้มกัน (anamnestic response) ในตัวสัตว์

² สามารถบริโภคเนื้อสัตว์ได้ ในกรณีที่ส่งโรงฆ่าภายใน 7 วันหลังจากการสัมผัสเชื้อ ทั้งนี้ต้องตัดแต่งซากส่วนบริเวณที่สัมผัสเชื้อ (บาดแผล) ทิ้งไป ในกรณีที่สัตว์มีประวัติสัมผัสเชื้อในช่วงระยะเวลาภายใน 8 เดือนก่อนทำลาย ควรทำลายซากทันทีและไม่สามารถใช้เพื่อการบริโภคได้

1.11 การส่งสัตว์ตรวจชันสูตร (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2547)

1. ถ้าเป็นสัตว์เล็กอย่างกระรอก กระต่าย แมว ส่งชันสูตรได้ทั้งตัว แต่ถ้าเป็นสัตว์ใหญ่อย่าง สุนัข สุกร วัว ต้องตัดเฉพาะส่วนหัวไปชันสูตร
 2. ผู้ตัดหัวสัตว์จะต้องไม่มีบาดแผลที่มือ และต้องสวมถุงมือยางหรือถุงมือพลาสติก ที่กันน้ำได้ขณะทำการตัด
 3. นำถุงพลาสติกครอบปากสัตว์ก่อนลงมือตัด เป็นการป้องกันน้ำลายสัตว์กระเด็น จากนั้นใช้มีดคม ๆ ตัดตรงรอยต่อระหว่างศีรษะกับคอ รวบถุงพลาสติกที่ครอบปากสัตว์ไว้ และนำไปใส่ลงในถุงพลาสติกหนา รวบปากถุงให้แน่น (ห้ามแช่หัวสัตว์ในฟอร์มาลิน จะทำให้เนื้อสมองแข็ง แยกเชื้อไม่ได้ ผลการตรวจไม่ดี)
 4. นำถุงนี้ใส่ลงในถังพลาสติก โฟม หรือโลหะอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีน้ำแข็งรองอยู่ ก้นถังแล้วเทน้ำแข็งกดทับอีกครั้ง เพื่อรักษาตัวอย่างไม่ให้เน่า (ห้ามใส่เกลือ หรือแช่แข็ง เพราะจะทำให้ใช้เวลาในการตรวจนานขึ้น และผลตรวจอาจไม่ดีเท่าที่ควร)
 5. นำส่งห้องชันสูตรโรคโดยเร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง
 6. กรอกข้อมูลในแบบส่งตัวอย่างตรวจอย่างละเอียด เกี่ยวกับชนิดสัตว์ สี อายุ การฉีดวัคซีน การกักคนหรือสัตว์อื่น รวมทั้งชื่อ ที่อยู่ของผู้ต้องการผลชันสูตร หรือเจ้าของติดไว้ด้วย ป้องกันการสลับตัวอย่าง และเจ้าหน้าที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว
- ส่วนซาก ถุงมือยาง หรือถุงพลาสติก ควรเผา หรือฝังให้ลึกอย่างน้อย 50 ซม. ป้องกันสัตว์อื่นคุ้ยเขี่ย มีดหรืออุปกรณ์อื่นให้ทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วฝังเผาให้แห้ง หรือต้มในน้ำเดือดนาน 10 นาที

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมศาสตร์ (พรสุข หุ่นจันทร์, 2545) คือ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในสังคม เพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้มนุษย์ตัดสินใจเลือกที่จะกระทำในสิ่งต่างๆ ออกมาทั้งพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกให้เห็นได้อย่างชัดเจน และพฤติกรรมภายในที่บุคคลภายนอกไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ เจตคติ และการศึกษาทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ต้องใช้หลายสาขาวิชาเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ จิตวิทยา จิตวิทยา สังคม สังคมวิทยา มานุษยวิทยา เศรษฐศาสตร์ โดยมีการมองพฤติกรรมมนุษย์ในลักษณะแง่มุมต่างประเด็นปัญหาตามความสนใจในแต่ละศาสตร์

พฤติกรรมศาสตร์ (จรรยา สุวรรณทัต, 2523) หมายถึง ใ้ว่า เป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยพฤติกรรมมนุษย์ เป็นสหวิทยาการ ประกอบด้วย วิชาในสาขาต่างๆอันจะนำไปสู่การเข้าใจสาเหตุและผลของพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์ รวมทั้งทำนายและการควบคุมพฤติกรรม มีจิตวิทยาเป็นแกนกลาง โดยการบูรณาการความรู้จากวิชาต่างๆ ทางพฤติกรรมศาสตร์ ตลอดจนศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์อย่างสมบูรณ์

แนวคิดพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรม

การที่จะชี้ให้ชัดเจนลงไปว่า พฤติกรรมใด ๆ ก็ตามที่มนุษย์ประพฤติปฏิบัติอยู่ จะเป็นส่วนของพฤติกรรมที่เห็นได้ วัดได้ สังเกตได้ (explicit behavior) หรือพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน (implicit behavior) เป็นพฤติกรรมซึ่งก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัย หรือในทางตรงกันข้าม เป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพดีนั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ เสียก่อน ดังนั้น ความเข้าใจในแนวคิดพื้นฐาน ของการเกิดพฤติกรรมบางประการ จะช่วยให้สามารถใช้วิจารณ์ญาณในการมองความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น (มัลลิกา มัติโก, 2534)

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพบุคคลได้แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบใหญ่ ๆ คือ (H.L.Blum 1976, อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2534)

1. พันธุกรรม
2. สิ่งแวดล้อม
3. บริการด้านการแพทย์สาธารณสุข
4. พฤติกรรม

ตัวอย่างของพฤติกรรมที่ Blum กล่าวถึงก็คือ ความกดดันทางจิตใจ อันมีสาเหตุเนื่องมาจากความผันผวนที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกาย ความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง และการเกิดปัญหาสุขภาพจิต รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ชอบประพฤติปฏิบัติจนติดเป็นนิสัย เช่น การรับประทานอาหารไม่มีคุณค่า การอดนอน การติดบุหรี่ติดเหล้า ยาเสพติด การมีน้ำหนักมากเกินไป และขาดการออกกำลังกาย ล้วนเป็นพฤติกรรม ซึ่งบั่นทอนชีวิต และสุขภาพของบุคคล

มีผู้กำหนดแนวคิด และทฤษฎีของการเกิดพฤติกรรมไว้เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ เพราะพฤติกรรมของมนุษย์เป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนมาก ถ้าจะจำกัดให้แคบลงเฉพาะส่วนของพฤติกรรมสุขภาพก็พบว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ อีกมากมายทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคล

และสภาพแวดล้อมทางสังคม-วัฒนธรรม จึงขอเลือกเฉพาะแนวคิดและทฤษฎีที่น่าจะเป็นประโยชน์ในการก่อให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพ ตามที่ Kurt Lewin นักจิตวิทยาและนักปรัชญากล่าวไว้ว่า “ไม่มีสิ่งใดที่จะถูกนำมาใช้ได้ดีเท่ากับแนวคิดและทฤษฎีที่ดี”

ความหลากหลายและความซับซ้อนของแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรม พอสรุปได้เป็น 2 แนวทางกว้าง ๆ กล่าวคือ (มัลลิกา มัติโก, 2534)

1. แนวคิดที่อธิบายพัฒนาการของบุคคล โดยเน้นความเป็นตัวของตัวเอง (identity) โดยนักจิตวิทยากลุ่มโครงสร้าง (structuralist) ซึ่งเน้นความสนใจไปยังประเด็นที่ว่า ทำไมพฤติกรรมจึงเกิดขึ้น และเชื่อว่าองค์ประกอบภายในของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งหมด องค์ประกอบเหล่านี้ จะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อ บุคคลพัฒนาขึ้น การพัฒนาการขึ้นเป็นตัวของตัวเอง เป็นผลร่วมกันระหว่างวุฒิภาวะ (maturation) และประสบการณ์

2. กลุ่มนักพฤติกรรมนิยม (Behavioralist) มุ่งความสนใจไปที่ “ทำอะไรพฤติกรรมจึงจะเปลี่ยนแปลง (B.F.Skinner 1953, อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2534) ได้เสนอกลวิธีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแนวคิดที่ว่า “พฤติกรรมการปฏิบัติที่สังเกตได้ (observable behavior) สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรางวัล (reinforcement) กล่าวคือ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมที่นำความพอใจมาสู่ตน หรือพฤติกรรมที่ได้รับรางวัล และจะหยุดพฤติกรรมที่เมื่อทำไปแล้วไม่เห็นผลในด้านดี หรือไม่ได้รับรางวัลตอบแทนจากการกระทำนั้น ๆ”

แนวคิดหนึ่ง ซึ่งนำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรมมนุษย์ คือ แนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) “การเรียนรู้” ตามแนวคิดของ J.C. Coleman (J.C. Coleman 1969, อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2534) คือ กระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะโดยผ่านประสบการณ์ หรือการได้มีโอกาสศึกษาลักษณะนั้น ๆ การเรียนรู้ อาจเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้า และการตอบสนองอาจจะเกิดจากกระบวนการที่สลับซับซ้อน ซึ่งรวมถึงการให้เหตุผลการสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดเชิงนามธรรมและการแก้ปัญหา

ทฤษฎีของ B.F. Skinner (มัลลิกา มัติโก, 2534) นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการเรียนรู้ คือ ทฤษฎี Operant Conditioning ซึ่งมีแนวคิดว่าการเรียนรู้ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดเกิดจากผลตอบแทนที่พึงได้รับ 2 ลักษณะ คือ Positive reinforcement (สิ่งตอบแทนที่พึงประสงค์) และ Negative reinforcement (สิ่งตอบแทนที่ไม่พึงประสงค์) เช่น การทำโทษ แนวคิดนี้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยการจัดสถานการณ์ให้ผู้เรียนได้ผลตอบแทนที่พึงประสงค์

การทดลองในเรื่องพฤติกรรมการเรียนรู้ของ Skinner ที่นำมาประยุกต์ใช้มากในปัจจุบัน คือการจัดทำโปรแกรมการเรียนการสอนสำเร็จรูป อย่างไรก็ตาม Skinner เชื่อว่าผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้ของแต่ละคนย่อมไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่แตกต่างกันในการเรียนรู้ ซึ่งได้แก่

1. ความสามารถของแต่ละบุคคล (capacity)
2. โอกาสในการฝึกฝน (practice) ของแต่ละคน
3. แรงจูงใจ (motivation) ซึ่งอาจเป็นรางวัลหรือสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ รวมทั้งกำลังใจ (reinforcement) ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพของการเรียนรู้ ส่วนการลงโทษจะให้ผลที่ตรงกันข้าม
4. ความเข้าใจ ทั้งในรูปแบบของ Verbal description และความสามารถแก้ปัญหา สำหรับข้อนี้ Skinner ให้ความเห็นว่าถ้าบุคคลเคยมีประสบการณ์ ในการเผชิญกับปัญหาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาก่อน ก็จะสามารถแก้ปัญหาได้ง่ายกว่าการแก้ปัญหาใหม่ที่ยังไม่เคยเผชิญมาก่อน
5. การถ่ายทอดความรู้ที่ดี จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ได้ดี

ส่วนอีกแนวคิดหนึ่งซึ่งเน้นปัจจุบัน จะมีการนำไปใช้น้อยลง แต่ก็ยังมีการนำไปใช้วัดพฤติกรรมสุขภาพอยู่บ้าง คือ แนวคิดของการเกิดพฤติกรรมจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัย 3 ประการ คือ ความรู้ (knowledge) ทศนคติ (attitude) และการปฏิบัติการ (practice)

พฤติกรรมสุขภาพ (สุปรียา ต้นสกุล, 2544) คือ สิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล (เรียกว่า พฤติกรรมภายใน) และการแสดงออกที่เป็นการกระทำ (พฤติกรรมภายนอก) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลป้องกัน ส่งเสริม รักษา จัดการกับสุขภาพของตน พฤติกรรมเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของบุคคล เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปอด มีผลต่อการพยากรณ์โรค (disease prognosis) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับ โรคที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การบริโภค การดื่มสุรา การออกกำลังกาย แต่ละพฤติกรรมมีความสลับซับซ้อน เป็นกลุ่มของพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมย่อยๆ เช่น การออกกำลังกาย เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากหลายๆ พฤติกรรม เช่น แรงจูงใจ ความเชื่อ ความรู้สึกรับประโยชน์ / ผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย การบังคับตนเอง รูปแบบวิธีการออกกำลังกาย การยอมรับสนับสนุน ของคนในครอบครัว เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพ (Gochman, 1922 อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2534) ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกรับประโยชน์ และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ

กรมองพฤติกรรมสุขภาพในสาขานักสังคมศาสตร์ มุ่งเน้นไปที่การเชื่อมโยงพฤติกรรมกับระบบสังคมวัฒนธรรม ในทัศนะของนักสังคมวิทยาจะบอกว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ พฤติกรรมในขณะที่บุคคลยังไม่เกิดพยาธิสภาพ (ความเจ็บป่วย) ฉะนั้นจึงเป็นพฤติกรรมที่คนพยายามกระทำเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย และในความเห็นของนักมานุษยวิทยา มองความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ ว่าครอบคลุม ทั้งในเรื่องพฤติกรรมป้องกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการรักษา พฤติกรรมการใช้บริการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยในสถาบันการรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดของ Kasl และ Cobb (มัลลิกา มัติโก, 2534) ได้จำแนกออกเป็น 3 ประการคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มี อลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสวมหมวกป้องกันศีรษะสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ การเช็ฟังกฎจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อความปลอดภัยในระหว่างการทำงาน

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การตรวจมะเร็ง การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจฟัน เป็นระยะ ๆ อาจจะไม่ป้องกันความเจ็บป่วยแต่ช่วยให้บุคคลนั้นพบอาการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น จะได้ทำการรักษาเสียแต่เนิ่น ๆ ทำให้บุคคลนั้นได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยลดน้อยลง นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพอาจรวมไปถึง การสวมหมวก การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ การรับประทานยาละลาย ไวตามิน และการอาบน้ำอุ่น เป็นต้น ฉะนั้นพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับพฤติกรรมสุขภาพ คือพฤติกรรมเสี่ยงนั่นเอง

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วยโดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อน ญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือหมดไปก่อนที่จะบุคคลนั้นจะมาหาแพทย์

แนวคิดพฤติกรรมความเจ็บป่วย การศึกษาของ Mechanic ได้ครอบคลุมกระบวนการที่บุคคลหนึ่ง ๆ จะยอมรับและตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหรือไม่ และจะตัดสินใจว่าจะแสวงหาคำแนะนำหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 10 ประการ เช่น ลักษณะการมองเห็นได้ การคาดการณ์ถึงความรุนแรง เป็นต้น

การศึกษาของ Suchman ได้ศึกษาพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของแต่ละบุคคลที่เป็นขั้นตอน

จากการศึกษาของ Mechanic และ Suchman พฤติกรรมความเจ็บป่วย จึงได้แก่ การตอบสนองต่ออาการทางร่างกาย การแสวงหาความคิดเห็น และคำแนะนำจากบุคคลอื่น ซึ่งตัวเองมีความเชื่อว่า เขามีความชำนาญด้านสุขภาพ โดยไม่คำนึงว่า บุคคลเหล่านั้นจะเป็นที่ยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่หรือไม่ และรวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ทำอะไรเลย นอกจากคอยสังเกตอาการว่า อาการผิดปกติจะหายไปเองได้หรือไม่

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (sick role behavior) เป็นบทบาทที่ไม่พึงปรารถนา หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบน (deviance) ไปจากปกติ ฉะนั้นเมื่อบุคคลใดได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด (significant others) หรือวิชาชีพแพทย์ว่า “ป่วย” (sick) บุคคลนั้นจะต้องรับบทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมกำหนด 4 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วยหรือการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของเขา
2. ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ที่ทำอยู่เป็นการชั่วคราว
3. ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายเป็นปกติ
4. ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์และร่วมมือกับแพทย์เพื่อให้หายป่วยโดยเร็วที่สุด

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ

จากความหมายของสุขภาพในลักษณะของการบูรณาการ ซึ่งเป็นความหมายตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก และของเพ็นเดอร์ จะเห็นว่าสุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล กับ 2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุ และวิถีทางดำเนินชีวิต

1.1 พันธุกรรม แม้ว่าพันธุกรรมมีส่วนกำหนดภาวะสุขภาพที่สำคัญ แต่ขึ้นอยู่กับวิถีทางดำเนินชีวิตด้วย เช่น คนที่มีพันธุกรรม คือ บิดา มารดา หรือญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีโอกาสที่จะเกิดเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ แต่ถ้ามีพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ถูกต้อง ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และรู้จักผ่อนคลาย ไม่เครียดโรคจากพันธุกรรมนั้นจะไม่แสดงออกหรือแสดงออกแต่ช้าลง คือ เมื่ออายุมากแล้ว

1.2 วิถีทางดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนในการกำหนดภาวะสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีส่วนในการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคพยาธิต่าง ๆ เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย การใช้ชีวิตที่ยุ่งละหุก การเผชิญกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการขาดทักษะที่จะอยู่ร่วมอย่างเกื้อกูลกัน มีส่วนทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

1.3 อายุ มีผลต่อภาวะสุขภาพ เด็ก หรือผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ประาะบางภูมิด้านทางความสามารถในการเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ ทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคม มีจำกัด จึงทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย และมักจะไม่แข็งแรงเช่นวัยหนุ่มสาว นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีความเสื่อมตามวัย ทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งร่างกายและความทรงจำไม่ดี

1.4 เพศ มีผลต่อภาวะสุขภาพเช่นกัน เพศชายในแทบทุกประเทศจะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าผู้หญิง เช่น ในประเทศไทยปี 2539 ผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 71.1 ปี ผู้ชาย 66.6 ปี และคาดว่าในปี 2544 ผู้หญิงเป็น 72.20 ปี และผู้ชายเป็น 67.91 ปี (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2540-2544) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ชายโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำลายสุขภาพมากกว่าผู้หญิงและทำงานที่เสี่ยงกว่าผู้หญิง

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ด้านชีวภาพและด้านสังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ อากาศ น้ำ และระบบสุขาภิบาล ที่อยู่อาศัย และขยะมูลฝอย สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น เชื้อโรคและพาหะนำโรค ยุง แมลง เป็นต้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระบบการสุขาภิบาล และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา กฎหมาย ความยากจน ความสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางสังคม ความเสมอภาค อำนาจสตรี และทิศทางการพัฒนาประเทศ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพ นอกจากนั้นระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมส่วนหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพขอประชาชนเช่นกัน ระบบบริการสุขภาพจะต้องครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนโดยส่วนใหญ่ของประเทศ ไม่ใช่กระจุกตัวอยู่แต่เมืองใหญ่ ๆ เป็นระบบที่มีความ

หลากหลาย คือ ผสมผสานระหว่างการแพทย์ตะวันตกกับการแพทย์พื้นบ้านอย่างกลมกลืน เช่น การแพทย์แผนไทย การนวด การใช้ชีวิต การใช้สมาธิ ฝึกโยคะ หรือรำมวยจีน เป็นต้น และปัจจัยสุดท้าย ระบบบริการสุขภาพจะต้องเน้นการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพให้มาก เพราะโรคภัยไข้เจ็บส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งอุบัติเหตุซึ่งสามารถป้องกันได้ และการดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนครบ เป็นต้น

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ได้ 3 แนวทาง คือ (มัลลิกา มดีโก, 2534)

1. วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเป็นเหตุหน้า (antecedent) หรือเป็นสาเหตุของโรคและความเจ็บป่วยรวมทั้งสภาวะสุขภาพ กล่าวคือ ไม่มีใครที่จะทำให้เกิดโรค ความเจ็บป่วยและสุขภาพดี นอกจากพฤติกรรมของบุคคลหรือตนเอง เช่น ทั้ง ๆ ที่รู้ว่ากินเหล้า สูบบุหรี่ การกินอาหารมันๆ เป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย แต่คนยังปฏิบัติ เพราะฉะนั้น ถ้าวิเคราะห์ได้ว่า พฤติกรรมใดเป็นเหตุหน้าของโรค ความเจ็บป่วย และความเสี่ยง ก็จะนำไปสู่การกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้

2. วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเป็นเป้าหมาย (target) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ใช่เรื่องง่าย เป็นงานที่ทำทนายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะนักศึกษามีแนวคิดพื้นฐานของความเชื่อที่ว่า พฤติกรรมของคนมีลักษณะความมีเหตุมีผล การทำให้คนมีความรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงแล้วจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในที่สุด

3. วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นผลที่เกิดขึ้น (consequence) จากเหตุปัจจัยอื่น ๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ประชากร และสิ่งแวดล้อม การศึกษาในขณะนี้เชื่อว่า พฤติกรรมไม่ได้เกิดจากความว่างเปล่า สาเหตุแห่งพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เราไม่รู้ ฉะนั้นการพิจารณาว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นเสมือนปรากฏการณ์หนึ่งของบุคคลและสังคม ต้องเข้าใจความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ และต้องเข้าใจว่าพฤติกรรมต่าง ๆ นั้น มีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นเหตุหน้าให้เกิดพฤติกรรมที่กระทบกระเทือนต่อสุขภาพหรือส่งผลดีต่อสุขภาพ

ทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1966 : Becker, 1974 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญและสวิง, 2534) มีข้อสมมติฐานว่า บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน หรือการฟื้นฟูสุขภาพ) ภายใต้อาณัติเฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง (ต่ำสุด) และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคไม่สูงจนเกินไป เมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ได้แก่ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาหายได้ และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญห (self-efficacy) และสุดท้ายการรับรู้เกี่ยวกับราคา ค่าใช้จ่าย รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยองค์ประกอบดังกล่าวมาแล้ว เป็นแนวคิดของ Rosenstock ในปี 1966 และในเวลาต่อมา Becker ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น

การเพิ่มองค์ประกอบมากขึ้นของ Becker เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติการรักษาโรค โดยเน้นความสนใจไปที่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) ซึ่งรวมถึงความใส่ใจ (concern) เกี่ยวกับเรื่องทางด้านสุขภาพ และความตั้งใจของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค และในทางตรงกันข้าม (หลีกเลี่ยง) นอกจากนี้ยังได้เพิ่มองค์ประกอบที่สำคัญที่เรียกว่า องค์ประกอบร่วม (modifying and enabling factors) และองค์ประกอบเกี่ยวกับ “สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ” (Cues to Action) องค์ประกอบเหล่านี้ได้ถูกเพิ่มเติมเข้ามาในรู้แบบความเชื่อด้านสุขภาพเดิม โดย Becker และคณะ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (predictability of health behavior)

องค์ประกอบ (Components)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2543)

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพ มีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด

1.2 การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งพิจารณาจากผลที่จะเกิดตามมา (Consequences) ในทุก ๆ ด้าน ครอบคลุมถึงการเสียชีวิต การลดการทำงานที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตในครอบครัว และชีวิตในสังคม

1.3 การรับรู้ภาวะถูกคุกคาม (Perceived Threat) การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะถูกคุกคามว่ามีมากน้อยเพียงใด

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความ โอนเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติได้แก่

2.1 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (Demographic Variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychological Variables) เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม

2.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural Variables) เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น

2.4 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่าง ๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action) มี 2 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล คือ

3.1 การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัตินั้น ๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ

3.2 การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัตินั้น เช่น ความไม่คุ้นเคย การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย เป็นต้น

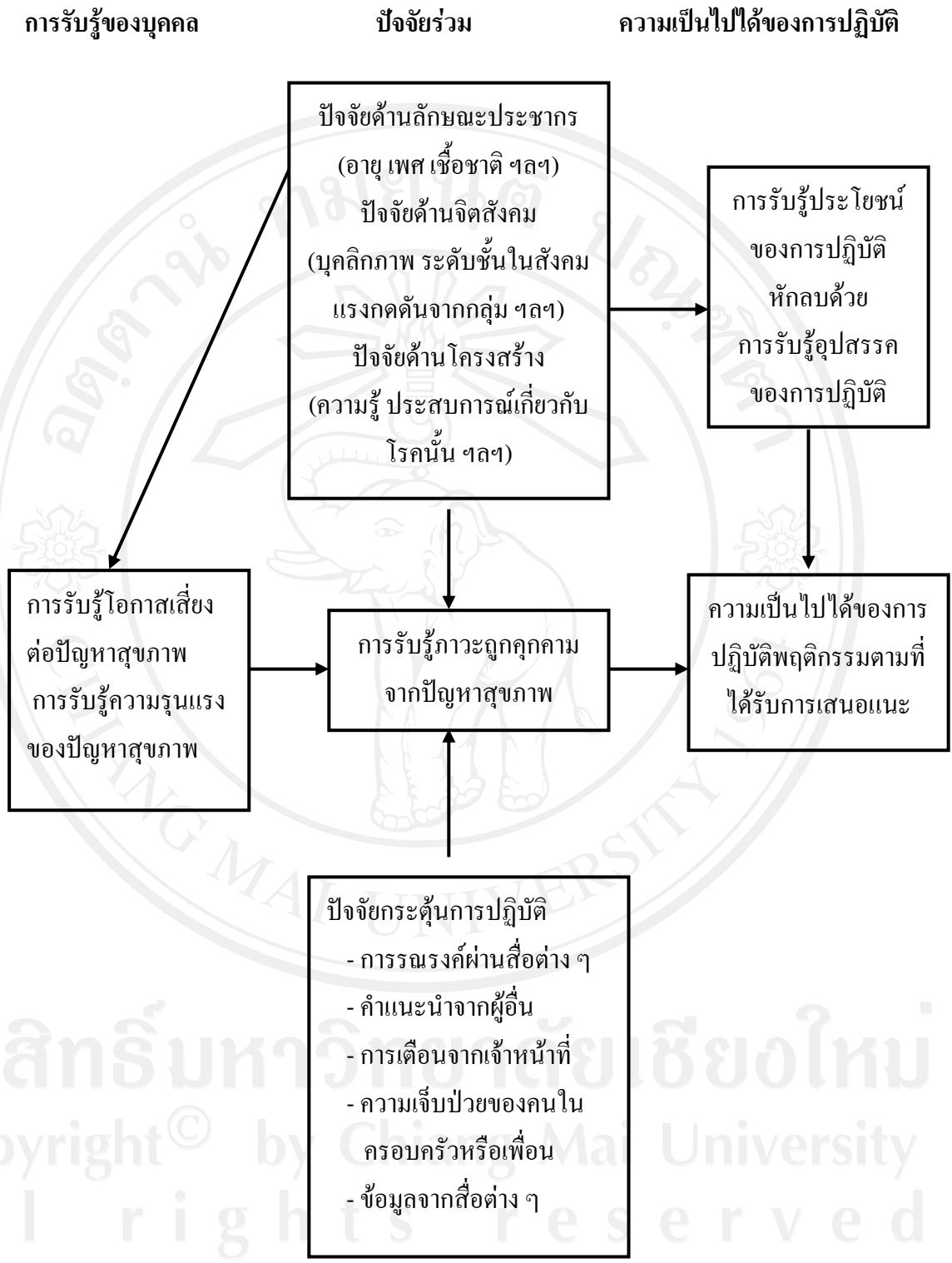
ในองค์ประกอบต่าง ๆ นั้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ เป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพซึ่งเชื่อว่าจะมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังไม่แน่ว่าจะเป็นพฤติกรรมแบบใด การเลือกแนวทางการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคมีน้อย ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้น แต่ถ้าความพร้อมมีน้อยในขณะที่ข้อเสียมีมาก ก็จะไม่มี การปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีมาก แต่ข้อเสียหรืออุปสรรคก็มีมากเช่นกัน ในสถานการณ์

เช่นนี้ บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้ง (conflict) และอาจมีปฏิกิริยาออกมาใน 2 ลักษณะ คือ (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2543)

1. พยายามหนีจากสถานการณ์นั้นเพื่อผลทางด้านจิตใจโดยปฏิบัติกิจกรรมอย่างอื่น ซึ่งจริงๆ แล้ว อาจไม่มีผลลดภาวะอันตรายที่มีอยู่ หรือ
2. มีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างมาก ซึ่งอาจทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถคิดอย่างมีเป้าหมายหรือลงมือปฏิบัติพฤติกรรมอย่างมีเหตุผลได้

การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงทำให้มีพลังหรือแรงขับที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ แต่การปฏิบัติจะยังไม่ปรากฏต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้น ซึ่งแต่ละคนต้องการการกระตุ้นในระดับที่ไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กล่าวคือ ถ้าระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่ำก็ต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นอย่างมาก ในทางกลับกันถ้าระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงสูง การกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็อาจจะเพียงพอ ส่วนปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้าง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

สำหรับองค์ประกอบของแบบจำลองสุขภาพของ (มัลลิกา มัติโก, 2534) แม้ว่า Rosenstock จะได้เสนอว่าการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค และการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการแสดงการกระทำร่วมกัน เป็นตัวจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรมป้องกัน Becker และคณะ ก็ได้เพิ่มปัจจัยที่สำคัญขึ้นอีกตัวหนึ่งเรียกว่า ปัจจัยการจูงใจทางสุขภาพ (health motivation) โดยอธิบายว่า “แรงจูงใจ” ในที่นี้หมายถึง การเร้าทางอารมณ์ (emotional arousal) ที่แตกต่างกันในบุคคล การเร้าอารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลมาจากการให้สิ่งเร้าบางอย่าง เช่น ประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพ ถ้าเอก บุคคลปรารถนา ที่จะลดโอกาสการเป็นโรคในส่วนของตนหรือการรับรู้ความรุนแรงของโรคให้น้อยลง ซึ่งการรับรู้ทั้งสองประเภทนี้เป็นตัวแทนขององค์ประกอบ (valence) ที่จะ “ดึง” (pull) ให้บุคคลนั้นเกิดการกระทำ ฉะนั้นแล้วการจูงใจอันสัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related motivation) ก็อาจจะเป็นปัจจัยที่ “ผลักดัน” (push) ให้บุคคลเข้าไปสู่การแสดงพฤติกรรมป้องกันนั้น



ภาพที่ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, Haefner, and Kasl, 1977.cited by Pender,1996.อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2543)

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กฤดา พลรัตน์ และวีรพงษ์ ธนพงษ์ธรรม (2548) การศึกษาข้อมูลของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัข – แมว และการฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชน ต่อโรคพิษสุนัขบ้าพบว่า จำนวนร้อยละ ของค่าเฉลี่ยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขและแมวในระดับจังหวัด เท่ากับ 54.92 ± 27.62 จำนวนครั้งของค่าเฉลี่ยการพบอุบัติการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในระดับจังหวัด เท่ากับ 4.47 ± 8.77 สำหรับกลุ่มจังหวัดที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขและแมว ได้ครอบคลุมถึงระดับร้อยละ 80 พบอุบัติการณ์โรคพิษสุนัขบ้า เฉลี่ย 1.73 ± 3.08 น้อยกว่ากลุ่มจังหวัดที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขและแมวได้ต่ำกว่าร้อยละ 80

กษมะ กระจ่างทอง และ สุจิตรา อังคริทองกุล (2544) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2 พบว่า หัวหน้าครอบครัวที่มีระดับความรู้มากในเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 39.8 หัวหน้าครอบครัวมีความเชื่อถูกต้องมากในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 16.2 หัวหน้าครอบครัวที่มีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าค่อนข้างดี ร้อยละ 1 หัวหน้าครอบครัวที่มีความรู้สัมพันธ์กับความเชื่อ 0.23 ความรู้สัมพันธ์กับการปฏิบัติ 0.26 และความเชื่อสัมพันธ์กับการปฏิบัติ 0.27 (ที่ P-value 0.01)

ชนบพร ตั้งตระกูลวานิช (2548) บริบทและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และ ศึกษาในจังหวัดสงขลา พบว่าผลการศึกษาพบว่าสมาชิกชุมชน 26 คน อายุเฉลี่ย 30-50 ปี อาชีพหลัก เกษตรกรรม ค้าขาย ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ชาวบ้านส่วนใหญ่ การศึกษาระดับประถมศึกษา ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตน โดยเฉพาะการป้องกันตนเองหลังจากถูกสุนัขกัด รวมทั้งการยังไม่ตื่นตัวและมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคเท่าที่ควร จึงทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้โดยยาก ส่วนการควบคุมประชากรสุนัขพบว่ามีข้อจำกัดเรื่องการขาดบุคลากรที่จะมาดำเนินการทำหมัน นิตยาคูมกำเนิด และกำจัดสุนัขจรจัด ชาวบ้านบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการนำสุนัขของตนมาทำหมัน หรือนิตยาคูม นอกจากนี้การขาดความรับผิดชอบของผู้เลี้ยงสุนัขโดยการนำสุนัขไปปล่อยยังที่สาธารณะ

เจริญศรี แซ่ตั้ง (2542) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บ้านสันช้างมูบ ตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากในการค้นหาปัญหาและตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผล ยกเว้นการวางแผนที่มีส่วนร่วมน้อย

ชวนวัน ชาแสงบง และคณะ (2544) ได้ศึกษาระบาดของวิทยาและการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ของประชากรในเขตตรวจราชการที่ 5 พ.ศ. 2544 พบว่า พบว่า อัตราการถูกกัดเท่ากับร้อยละ 1.75 คนต่อปี หรือประมาณร้อยละ 1.39-2.07 คนต่อปี หรือเท่ากับ 1,390-2,070 คน ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุที่เสี่ยงสูงสุดคือ 5-14 ปีสาเหตุที่ถูกกัดสูงสุดคือ สัตว์ร้ายเข้ามากัดโดยไม่ทันระวัง ร้อยละ 46.53 ผู้ที่ถูกกัดจนเกิดแผลมีเลือดออกไม่ไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 34.37 การติดตามดูอาการสัตว์ใน 10 วัน หลังถูกกัดพบว่าติดตามไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้องร้อยละ 25.74 การล้างบาดแผลของผู้ถูกกัดไม่ถูกต้องร้อยละ 15.62

คารุณี แสงหาญ และคณะ (2544) ได้ศึกษาระดับภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขในพื้นที่จังหวัดเลยปี 2544 พบว่าสุนัขส่วนใหญ่ร้อยละ 86.6 ได้รับความวัคซีนในช่วงเวลา 1-6 เดือน ร้อยละ 3.8 ได้รับความวัคซีนนานกว่า 1 ปี และร้อยละ 11.0 ไม่เคยได้รับความวัคซีน เมื่อเจาะเลือดตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า สุนัขร้อยละ 90.0 มีภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกัน พบว่าสุนัขที่มีเจ้าของมีระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่าสุนัขที่ไม่มีเจ้าของถึง 2 เท่า ($p < 0.05$) สุนัขที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี และอายุมากกว่า 2 ปี มีระดับภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) สุนัขที่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีระดับภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าสุนัขที่ไม่เคยได้รับความวัคซีน 15 เท่า ($p < 0.01$) และพบว่าสุนัขที่เคยได้รับความวัคซีนในช่วง 1-6 เดือน จะมีภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าสุนัขที่ไม่เคยได้รับความวัคซีนถึง 16 เท่า กลุ่มที่เคยได้รับความวัคซีนนานกว่า 1 ปี จะมีภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าสุนัขที่ไม่เคยได้รับความวัคซีน 11 เท่า และสุนัขในเขตเทศบาลและชนบทมีระดับภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่แตกต่างกัน

ทรงศรี เกษมพิมลพร และคณะ (2548) ได้ศึกษาสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขจรจัดในกรุงเทพมหานคร : ความชุกของโรคและภูมิคุ้มกัน พบว่าสุนัขหนึ่งตัวมีเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าในน้ำลายคิดเป็นอัตราความชุกของโรค ร้อยละ 0.03 (1 ใน 3,314) ส่วนอัตราความชุกในแอนติบอดี ต่อเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 54.92 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมของระดับแอนติบอดีในสุนัขเป็น 0.57 EU/ml ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ แอนติบอดีต่ำสุดที่องค์การอนามัยโลกกำหนดว่าสามารถยอมรับได้ที่ 0.5 EU/ml

พงษ์ศักดิ์ ศรีธเนศชัย (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนจังหวัดเลย พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนจังหวัดเลย ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทางพาสุนัขไปฉีดวัคซีน ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ความพึงพอใจต่อการบริการฉีดวัคซีน ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการติดต่อและการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประมาณร้อยละ 25 ($R^2 = 0.253$)

ปรีชา หนูฟอง และคณะ (2547) ได้ศึกษาการเลี้ยงสุนัขและการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าของครอบครัวนักเรียน จังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งอยู่ในระดับต้องแก้ไข ร้อยละ 87.9 โดยเฉพาะประเด็นสำคัญ ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้าเป็นแล้วรักษาหายได้ ร้อยละ 25.6 และสุนัขที่เราเลี้ยงถึงแม้ไม่ได้ฉีดวัคซีนก็ไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 34.6 ชนิดของสัตว์ที่ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างเลี้ยง ได้แก่ สุนัข ร้อยละ 31.0 แมว ร้อยละ 24.5 สุนัขได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 59.1 แมวได้รับวัคซีน ร้อยละ 34.3 สาเหตุการไม่นำสัตว์เลี้ยงไปรับการฉีดวัคซีน เนื่องจากไม่มีเวลาร้อยละ 34.8 ไม่รู้ไปฉีดที่ไหน ร้อยละ 24.4 ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าคิดเป็นร้อยละ 7.9 (180 คน จากคนที่สำรวจ 2,289 คน) เป็นเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน กลุ่มอายุผู้สัมผัสโรคส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 11-15 ปี ร้อยละ 43.2 สัตว์ที่กัดเป็นสุนัข ร้อยละ 77.4 อวัยวะที่ถูกกัดจะเป็นขาหรือเท้า ร้อยละ 62.7 ผู้สัมผัสโรคไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 54.2 สาเหตุที่ไม่ไปฉีดป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลาร้อยละ 32.1 และคิดว่าสัตว์ไม่น่าจะเป็นโรค ร้อยละ 25.9 สัตว์ที่กัดเป็นสุนัขมีเจ้าของ ร้อยละ 59.9 ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้ ความตระหนักถึงอันตรายของโรคพิษสุนัขบ้า เช่น เข้าใจผิดว่าโรคพิษสุนัขบ้าเป็นแล้วรักษาหายได้ และสุนัขจรจัดเท่านั้นจึงจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า การขาดความรับผิดชอบในการนำสัตว์ไปรับการฉีดวัคซีน การขาดความสนใจในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นหลังถูกสัตว์กัด การละเลยการไปพบแพทย์ เพื่อการพิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรค รวมทั้งไม่มีการส่งหัวสัตว์เพื่อตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า

รัชณี ชีระวิทย์เลิศ และคณะ (2547) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2547 ผลการศึกษาพบว่า สุนัขได้รับวัคซีนทุกปี ได้รับวัคซีนไม่สม่ำเสมอและไม่เคยได้รับวัคซีนพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 68.4, 10.4, 17.2 ตามลำดับ สาเหตุไม่ฉีดวัคซีนสุนัขเนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่ฉีด จับสุนัขไม่ได้ ไม่ทราบสถานที่ฉีด และคิดว่าสุนัขอายุน้อย ร้อยละ 21.0, 18.5, 11.1, 10.1 ตามลำดับ ส่วนมาก ร้อยละ 78.2 ไม่คุมกำเนิดสุนัข เป็นสุนัขที่เคยกัดคนเข้าบ้านและนอกบ้าน ร้อยละ 7.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าพบว่า ครอบครัวเคยถูกสุนัขกัด ร้อยละ 27.1 สาเหตุที่ถูกสุนัขกัดเนื่องจากสุนัขดุร้าย/นิสัยไม่ดี หยอกล้อเหย้าเล่น เหยียบ โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 40.5, 19.9, 13.7 ตามลำดับ สุนัขที่กัดเป็นสุนัขเพื่อนบ้าน ร้อยละ 69.2 และสุนัขที่เลี้ยงไว้ ร้อยละ 14.1 หลังถูกกัดไม่ได้ติดตามดูอาการสุนัข/สุนัขหนีหาย/ถูกฆ่าตายรวม ร้อยละ 33.4 ไม่ทำความสะอาดแผลทันที ร้อยละ 9.4 และไปล้างแผลที่สถานพยาบาล ร้อยละ 35.0 คนที่ถูกกัดฉีดวัคซีนครบ 5 เข็ม ร้อยละ 39.8 ไม่ไปฉีดวัคซีน ร้อยละ 34.0 สาเหตุไม่ฉีดวัคซีนเนื่องจากสุนัขเลี้ยงเองคิดว่าไม่เป็นไร แผลเล็กถลอกฟกช้ำ รักษาตามพื้นบ้าน ไม่ว่าง/บ้านอยู่ไกลและไม่มีเงิน ร้อยละ 22.9, 6.5, 5.5, 4.4, 3.8 ตามลำดับ

รัตนา ชีระวัฒน์ และอรนาถ วัฒนวงษ์ (2548) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กับอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด พบว่า ครอบครัวเคยถูกสุนัขกัด ร้อยละ 28.4 สาเหตุที่ถูกกัดเนื่องจากสุนัขดุร้าย/นิสัยไม่ดี ร้อยละ 52.0 หยกล้อแห่เล่น ร้อยละ 22.7 สุนัขที่กัดเป็นสุนัขเพื่อนบ้าน ร้อยละ 50.5 สุนัขที่เลี้ยงไว้เอง ร้อยละ 23.1 และสุนัขจรจัด ร้อยละ 18.7 หลังถูกกัดไม่ได้ติดตามดูอาการสุนัข ร้อยละ 39.2 และสุนัขหนีหาย ร้อยละ 2.6 ไม่ทำความสะอาดแผลทันทีร้อยละ 9.2 และไปล้างแผลที่สถานพยาบาล ร้อยละ 43.2 คนที่ถูกกัดไม่ไปฉีดวัคซีน ร้อยละ 41.4 ฉีดวัคซีนครบ 5 เข็ม ร้อยละ 56.3 สาเหตุไม่ฉีดวัคซีนเนื่องจากสุนัขได้รับการฉีดวัคซีนทุกปี ร้อยละ 24.8 สุนัขเลี้ยงเองคิดว่าไม่เป็นไร สุนัขไม่ตายดูอาการครบ 10 วัน และไม่มีเงิน ร้อยละ 16.8, 7.96, 5.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างบนเกาะไปรับการฉีดวัคซีนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างบนฝั่งอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเลี้ยงสุนัขและพฤติกรรมป้องกันตนเองหลังจากถูกกัดของประชาชนในพื้นที่ศึกษามีความแตกต่างกันและมีความเสี่ยงที่จะมีโอกาสเกิดโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างกัน

วิทยา หลิวเสรี และคณะ (2540) ได้ศึกษา ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน พ.ศ. 2540 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการติดต่อของโรคเมื่อถูกสุนัขกัดและการนำสุนัขไปฉีดวัคซีน สามารถป้องกันโรคได้ ร้อยละ 93.6 และ 88.3 ตามลำดับ แต่ได้นำสุนัขไปฉีดวัคซีนในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 69.7 ในขณะที่ ร้อยละ 50.8 ไม่ทราบว่าควรนำสุนัขไปฉีดวัคซีนครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด ส่วนใหญ่ทราบว่าควรไปพบแพทย์เมื่อถูกสุนัขกัด ร้อยละ 91.1 แต่ยังคงขาดความรู้เรื่องการติดต่อของโรคอาจเกิดได้เมื่อถูกสุนัขข่วนหรือเลีย การดูแลรักษาแผลที่ถูกกัด และอาการอื่น ๆ ของสุนัขที่เป็นโรคนอกจากอาการหางตก น้ำลายไหล นอกจากนี้ ยังมีความรู้เรื่องความรุนแรงของโรคค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 56.7 ประชาชนส่วนหนึ่งต้องการให้มีบริการฉีดวัคซีนถึงประตูบ้าน ร้อยละ 44.2 และ ร้อยละ 94.2 ต้องการให้จัดตั้งกองทุนวัคซีนในชุมชน

ศุภชัย สมน้อย,(2542) ได้ศึกษาการนำนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไปปฏิบัติ : ศึกษาเฉพาะกรณีกรุงเทพมหานคร พบว่า การนำนโยบายควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกรุงเทพมหานครไปปฏิบัติ ตั้งแต่ปี 2535 – 2540 ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. นโยบายการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกรุงเทพมหานครขาดความชัดเจน ทั้งทางด้านวัตถุประสงค์และเป้าหมายของนโยบาย
2. หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติมีลักษณะประเภทหน่วยงานขนาดเล็ก ซึ่งมีความจำกัดในด้านทรัพยากรในการบริหาร

3. ข้าราชการระดับต่าง มีระดับการศึกษาและความตั้งใจจริงในการปฏิบัติงานค่อนข้างต่ำ
4. การขาดแคลนทรัพยากรในการบริหารงาน ซึ่งได้แก่กำลังบุคลากรและงบประมาณ
5. การสนับสนุนของผู้มีอำนาจอยู่ในระดับต่ำ
6. วัฒนธรรมและความเชื่อของประชาชนเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานของข้าราชการ

สุจิตรา อังครีทองกุลและเพ็ญศรี ไพรัตน์ (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสาธารณสุขเขต 2 ผลการวิจัยพบว่า (1) อาสาสมัครป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อยู่ในระดับปานกลาง (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ความเข้าใจในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ความตระหนักในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ความคาดหวังผลประโยชน์จากการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การส่งเสริมหรือสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก และการได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จากสื่อต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุเมธ องควัรรณดี และคณะ (2546) ได้ศึกษา ต้นทุน-ผลได้ ของการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย โดยเน้นการควบคุมในสุนัข ผลการศึกษาพบว่าในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าด้วยการฉีดวัคซีนให้แก่สุนัขไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 เป็นเวลา 3 ปี ติดต่อกัน(2544-2546) ประเทศไทยต้องใช้งบลงทุนเพิ่มอีก 99,321,106 บาท ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างปี 2544-2546 ลดลง จำนวน 27, 21 และ 25 ราย

Apirom Puanghat และ Wirongrong Hoonsuwan (2005) ได้ศึกษา Rabies Situation in Thailand พบว่าจังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตเกือบทุกปี ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรปราการ ชลบุรี ปราจีนบุรี ระยอง จันทบุรี บุรีรัมย์ สุรินทร์ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช สงขลา และ ช่วงเวลาที่พบว่าสัตว์ที่ส่งตรวจแล้วพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าช่วงอื่น ๆ 2 ช่วง คือช่วงแรกเดือนธันวาคมถึงเดือนมีนาคมหรือเมษายน และช่วงที่ 2 ในเดือนกรกฎาคม หรือสิงหาคม พบว่าทุกปีมีอัตราการพบเชื้อในสุนัขสูงกว่าสัตว์ชนิดอื่น ๆ ร้อยละ 94 รองลงมาคือแมว ร้อยละ 4.14 และร้อยละ 41.1 ของจำนวนสัตว์ที่พบเชื้อเป็นสัตว์มีเจ้าของ ร้อยละ 58.8 เป็นสัตว์ไม่มีเจ้าของรวมทั้งไม่ทราบประวัติ ส่วนประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สัตว์ที่พบเป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนร้อยละ 84.2 ซึ่งเป็นเพราะเจ้าของไม่ให้ความสนใจในการนำสัตว์ไปฉีดวัคซีนหรือเป็นสัตว์ไม่มีเจ้าของที่ไม่สามารถจับมาฉีดวัคซีนได้ ส่วนที่เหลือเป็นสัตว์ที่ฉีดวัคซีนแล้วยังพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 15.8 ซึ่งอาจเกิดจากการฉีดวัคซีนครั้งสุดท้ายทิ้งระยะเวลานานเกินกว่า 1 ปี หรือเป็นลูกสุนัขอายุ

น้อยได้รับเชื้อมาก่อนที่จะถึงอายุที่ควรจะได้รับวัคซีน ส่วนลักษณะทางอาการ พบว่าส่วนใหญ่สัตว์แสดงอาการร้ายที่เด่นชัดคือร้ายไล่กัดคนและสัตว์อื่น ๆ วิ่งพล่านไปทั่ว เป็นต้น ส่วนอายุของสัตว์พบว่าสามารถเป็นได้ทุกอายุ

Wirongrong Hoonsuwan และ Apirom Puanghat (2005) ได้ศึกษา Rabies Control in Thailand พบว่าการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยดำเนินการภายใต้นโยบายของสองหน่วยงานหลักคือกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายสำคัญที่จะทำให้ประเทศไทยปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ โดยมุ่งเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ แนวทางหลักในการดำเนินการได้แก่ การสร้างจิตสำนึกของประชาชนให้มีความเข้าใจและร่วมมือในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังการสัมผัสโรค การเพิ่มความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนให้สุนัข การควบคุมประชากรสุนัขไม่มีเจ้าของ และการสร้างและขยายพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

การศึกษานี้ได้นำกรอบแนวคิดมาจากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock และ Becker ซึ่งใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค โดยประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรค แรงจูงใจของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ถึงทางติดต่อของโรคพิษสุนัขบ้า และการป้องกันตนเอง ทั้งนี้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันตนเองและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า