

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

อรทัย หรุเจริญพรพานิช*

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ยังคงทวีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการรายงานของ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2541) จะมีผู้ป่วยเอดส์สะสม ตั้งแต่ปี 2527 จนถึงเดือนมีนาคม 2541 จำนวน 83,357 ราย และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ 34,503 ราย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวน้อยกว่าความเป็นจริงมาก และไม่ได้สะท้อนให้เห็นปัญหาและความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้อย่างแท้จริง (UNAIDS, 1996 : 52) มีการประมาณกันว่า ในการรายงานผู้ป่วยเอดส์ 1 ราย มายัง กระทรวงสาธารณสุข จะมีผู้ป่วยเอดส์อีก 2-3 ราย ที่ไม่ได้ถูกรายงาน (กองระบาดวิทยา, 2538 : 9) สำหรับจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์นั้นในปัจจุบันมีการคาดประมาณกันว่ามีจำนวนมากกว่า 800,000 คนแล้ว

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ มีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากร และส่งผลให้อัตราการตายจากโรคติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคแทรกซ้อนของโรคเอดส์ อาทิ วัณโรค ปอดอักเสบ โรคเชื้อราในสมอง หรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ เป็นต้น ในต่างประเทศได้มีการศึกษาติดตามผู้ติดเชื้อเอดส์จากเพศสัมพันธ์และยังไม่แสดงอาการพบว่า ผู้ติดเชื้อจำนวนครึ่งหนึ่ง จะป่วยเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นภายในระยะเวลา 10 ปี (Clement & Hollander อ้างใน สุรพล และอมร (บรรณาธิการ), 2536 : 513) แต่สำหรับผู้ติดเชื้อในประเทศไทยนั้นพบว่า จะป่วยเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นในระยะเวลา

* กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร 173 ถนนดินสอ กรุงเทพมหานคร 10200

ที่เร็วกว่านั้น ส่วนพวกที่เป็นโรคเอดส์แล้วโดยทั่วไปจะเสียชีวิตภายใน 1-2 ปี ขึ้นอยู่กับ การดูแลรักษา และความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่เป็น (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2539: 156) แต่จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พบว่าระยะเวลาของการมี ชีวิตอยู่หลังป่วยเป็นโรคเอดส์โดยเฉลี่ยประมาณ 7 เดือนเท่านั้น ซึ่งต่ำกว่าประเทศ ทางตะวันตกมาก (UNAIDS, 1996:27, ทวีป กิตติยาภรณ์ และคณะ, 2539:78) แสดงให้ เห็นถึงมาตรฐานในการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยยังไม่ เหมาะสมเพียงพอ โดยเฉพาะโอกาสในการเข้าถึงบริการ และการเสริมสร้างความรู้ ความ เข้าใจในเรื่องการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองเมื่อติดเชื้อหรือเจ็บป่วยแล้ว

ถึงแม้ว่าโรคเอดส์ จะเป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย แต่หากผู้ติดเชื้อมี พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะช่วยยืดระยะเวลาของอาการแสดง ของโรคเอดส์ได้ ทั้งยังสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้ อีกด้วย และการที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะมีพฤติกรรมในการช่วยเหลือและดูแล สุขภาพตนเองที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เองเป็นสำคัญ อาทิ การมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง การยอมรับสภาพการเจ็บป่วย การ- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และอาจต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ มาสนับสนุน ด้วย อาทิ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งหมายถึงครอบครัวจะต้องให้ การยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษา หรือและจากผู้ติดเชื้อด้วยกันเป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้อาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมช่วยเหลือ และดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดภาระการพึ่งพิงครอบครัว ลดความ รุนแรงของอาการเจ็บป่วยและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และยังสามารถลดภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยและโรคแทรกซ้อนได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ลักษณะการสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะอาการเจ็บป่วย รวมทั้งลักษณะการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

2. ศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลมากที่สุด

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์ ของโรงพยาบาลบาราศนราคร วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ชมรมเพื่อนวันพุธ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐมและศูนย์ Mercy คลองเตย รวมทั้งสิ้น 332 ราย ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลนานประมาณ 2 เดือน (ธันวาคม 2540 มกราคม 2541) ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กล่าวคือเป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการเจ็บป่วยแล้ว มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสมัครใจจะให้สัมภาษณ์

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ข้อมูลด้านลักษณะอาการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลด้านพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติร้อยละและค่าเฉลี่ยในการแจกแจงลักษณะด้านต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเอง ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กล่าวคือ 3 ใน 4 จะเป็นเพศชายส่วนใหญ่ (90.4%) อยู่ในวัยทำงานมีอายุระหว่าง 20-40 ปี กลุ่มตัวอย่างชายมากกว่าครึ่ง (51.6%) ยังเป็นโสด ส่วนกลุ่มตัวอย่างหญิงครึ่งหนึ่ง (50%) เป็น หม้าย หย่า แยก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช.ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างชายมีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างหญิง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (54.8%) ยังสามารถทำงานและประกอบอาชีพได้และมีรายได้เป็นของตนเอง ส่วนอาชีพของครอบครัวนั้นพบว่า กว่า 1 ใน 3 (36.3%) ประกอบอาชีพค้าขาย/เป็นเจ้าของกิจการและประกอบอาชีพส่วนตัว รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป (18%) และเกษตรกรกรรม (18%) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (43.1%) อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างชายจะมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างหญิง

ตารางที่ 1 ร้อยละของลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

ลักษณะ	เพศ		ทั้งหมด
	ชาย (N=254)	หญิง (N=78)	(N=332)
อายุ			
20-30 ปี	45.3	65.4	50.0
31-40 ปี	44.1	28.2	40.4
41-50 ปี	9.5	5.1	8.4
51-60 ปี	1.2	1.3	1.2
รวม	100.0	100.0	100.0
อายุเฉลี่ย	32.19	29.81	31.63
สถานภาพสมรส			
โสด	51.6	6.4	41.0
สมรส	34.3	43.6	36.4
หม้าย/หย่า/แยก	14.2	50.0	22.6
รวม	100.0	100.0	100.0
การศึกษา			
ต่ำกว่า - ประถม 6 (0-6 ปี)	26.1	50.0	31.7
มัธยมต้น (7-9 ปี)	23.7	15.4	21.8
มัธยมปลาย/ปวช. (10-12 ปี)	32.0	24.4	30.2
ปวท./ปวส./อนุปริญญา (13-15 ปี)	9.9	3.8	8.5
ปริญญาตรี (16 ปี) และสูงกว่า	8.3	6.4	7.8
รวม	100.0	100.0	100.0
เฉลี่ยจำนวนปีที่ศึกษา	9.78	8.15	9.88
รายได้ตนเอง			
ไม่มีรายได้	45.3	44.9	45.2
มีรายได้	54.7	55.1	54.8
รวม	100.0	100.0	100.0
รายได้เฉลี่ย	11,561.46	8,688.01	10,899.11

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะ	เพศ		ทั้งหมด
	ชาย (N=254)	หญิง (N=78)	(N=332)
อาชีพครอบครัว			
รับจ้างทั่วไป	17.3	20.3	18.0
ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท/ห้างร้าน	18.2	15.9	17.7
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8.2	5.8	7.7
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ/อาชีพส่วนตัว	38.1	30.4	36.3
เกษตรกรรม/ประมง	15.6	26.1	18.0
อื่นๆ	2.6	1.4	2.4
รวม	100.0	100.0	100.0
ภูมิลำเนาของครอบครัว			
กรุงเทพมหานคร	47.6	28.2	43.1
เขตปริมณฑล	26.4	30.8	27.4
จังหวัดอื่นๆ	26.0	41.0	29.5
รวม	100.0	100.0	100.0

2. ลักษณะด้านการสนับสนุนจากครอบครัว

ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน เกือบครึ่งหนึ่ง (46.4%) อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และอีก 1 ใน 5 (23.5%) อยู่กับคู่สมรส ส่วนระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวก่อนการติดเชื้อมัน พบว่า 1 ใน 3 มีระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (34.9%) และดี (33.1%) เป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มชายหญิงแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงมีความสัมพันธ์กับครอบครัวมากกว่า กล่าวคือมีสัดส่วนอยู่ในเกณฑ์ดีเป็นจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งและมีค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างชาย สำหรับ

การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวนั้น วัดได้จากคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวต่อ
 กลุ่มตัวอย่างในด้านต่าง ๆ อาทิ การยินยอมให้อยู่บ้านเดียวกัน การพูดคุยให้กำลังใจ
 การสัมผัสโดยไม่แสดงความรังเกียจ การเอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหารการกิน การดูแลเมื่อ
 เจ็บป่วย และการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ซึ่งพบว่าประมาณ 2 ใน 3 (62.4%) ได้
 รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก อีก 1 ใน 4 (23.8%) ได้รับแรงสนับสนุนในระดับ
 ปานกลาง มีเพียง 1 ใน 10 (11.4%) ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวน้อย และมี 1
 ใน 40 เท่านั้น (2.4%) ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเลย แต่เมื่อค่าเฉลี่ยของ
 การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระหว่างกลุ่มชายและหญิงแล้ว พบว่าผู้ชายจะได้
 รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าผู้หญิง

ตารางที่ 2 ร้อยละของจำนวนสมาชิก ลักษณะความสัมพันธ์ ระดับความสัมพันธ์ก่อนการติดเชื้อ และ
 การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

ลักษณะ	เพศ		ทั้งหมด
	ชาย	หญิง	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			
1-5 คน	69.6	70.5	69.8
6-10 คน	28.1	25.6	27.5
11-15 คน	1.6	2.6	1.8
ตั้งแต่ 15 คนขึ้นไป	0.8	1.3	0.9
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	253	78	331
เฉลี่ยจำนวนสมาชิก	4.87	4.86	4.86

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะ	เพศ		ทั้งหมด
	ชาย	หญิง	
ลักษณะความสัมพันธ์กับครอบครัว			
สามี-ภรรยา	21.3	30.8	23.5
พ่อ-แม่-ลูก	48.0	41.0	46.4
พี่-น้อง-ญาติ	15.4	9.0	13.9
ครอบครัวขยาย	13.4	14.1	13.6
อื่น ๆ	2.0	5.1	2.7
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	254	78	332
ระดับของความสัมพันธ์ในครอบครัวก่อนการติดเชื้อ			
ไม่ดี (0 คะแนน)	4.7	5.1	4.8
น้อย (1-3 คะแนน)	29.9	17.9	27.1
ปานกลาง (3.5-5.5 คะแนน)	35.5	33.3	34.9
ดี (6-8 คะแนน)	29.9	43.6	33.1
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	254	78	332
คะแนนเฉลี่ย	4.38	4.86	4.49
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว			
ไม่ได้รับเลย (0 คะแนน)	2.0	3.8	2.4
ได้รับเล็กน้อย (1-4 คะแนน)	10.2	15.5	11.4
ได้รับปานกลาง (5-8 คะแนน)	22.8	26.9	23.8
ได้รับมาก (9-12 คะแนน)	65.0	53.8	62.4
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	254	78	332
คะแนนเฉลี่ย	8.99	8.26	8.82

3. ลักษณะด้านอาการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ติดเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์ และพบว่า 2 ใน 3 (63.6%) ของกลุ่มตัวอย่างชายติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างหญิงมากกว่า 2 ใน 3 (69.2%) ติดเชื้อจากคูสมรส ส่วนอาการเจ็บป่วยและอาการแสดงของโรคเอดส์นั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (45.5%) มีอาการเจ็บป่วยหรือแสดงอาการของโรคไม่รุนแรงนัก ส่วนที่เหลือมากกว่าครึ่งหนึ่ง (54.5%) มีอาการแสดงของโรคอย่างชัดเจน โดยกลุ่มที่แสดงอาการชัดเจนจะมีอาการแสดงของโรคทางผิวหนังมากที่สุด (22.9%) รองลงมาคือกลุ่มที่มีอาการรุนแรงมีโรคแทรกซ้อนหลายโรค (18.4%) และกลุ่มโรคติดต่อคือวัณโรค (13.3%) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี

ตารางที่ 3 ร้อยละของสาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์ อาการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

ลักษณะ	เพศ		ทั้งหมด
	ชาย	หญิง	
สาเหตุของการติดเชื้อ			
เพศสัมพันธ์กับคูสมรส	4.0	69.2	19.3
เพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ	63.6	-	48.6
เพศสัมพันธ์กับเพื่อน	10.7	5.1	9.4
รักร่วมเพศ	10.3	-	7.9
ยาเสพติดชนิดฉีด	8.7	3.8	7.6
อาชีพขายบริการทางเพศ	1.2	11.5	3.6
ติดจากคูสมรสเดิม	-	9.0	2.1
อื่น ๆ	1.6	1.3	1.5
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	253	78	331

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะ	เพศ		ทั้งหมด
	ชาย	หญิง	
อาการเจ็บป่วย			
อาการไม่รุนแรง	41.3	59.0	45.5
วัณโรคปอด	15.0	7.7	13.3
แสดงอาการทางผิวหนังชัดเจน	24.0	19.2	22.9
อาการรุนแรง (ระยะสุดท้าย)	19.7	14.1	18.4
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	254	78	332
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย			
0-24 เดือน	71.3	74.0	72.0
25-48 เดือน	14.7	13.0	14.3
มากกว่า 48 เดือนขึ้นไป	13.0	13.0	13.7
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	244	77	321
ระยะเวลาเฉลี่ย	24.50	22.87	24.11

4. ลักษณะด้านการสนับสนุนทางสังคม

ลักษณะการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าประมาณ 3 ใน 4 (74.1%) เคยได้รับการปรึกษาแนะนำจากเจ้าหน้าที่ หรือจากกลุ่มผู้คิดเชื่อกัน โดย 2 ใน 3 (62.2%) จะมาขอรับการปรึกษาหลายครั้ง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ แล้วพบว่าผู้หญิงจะมาขอรับการปรึกษาหลายครั้งมากกว่าผู้ชาย อาจเป็นเพราะผู้หญิงที่คิดเชื่อจะประสบปัญหาและมีความวิตกกังวลมากกว่า ดังมีรายงานการศึกษาผู้หญิงตั้งครรภ์ที่คิดเชื่อจากสามี พบว่ามีปัญหาในการปรับตัวและการอยู่ร่วมกับครอบครัว

ค่อนข้างมาก (สมศักดิ์ และสุชาติ, 2539:32 ; สุวรรณิ และคณะ, 2537) ยิ่งเป็นกรณีที่มีเสียชีวิตไปแล้ว ผู้หญิงก็ต้องประสบกับปัญหามากขึ้นเพราะนอกจากจะต้องรับภาระในการดูแลครอบครัวแล้ว ยังต้องวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยของตนเองอีกด้วย จึงทำให้ต้องมาขอรับการปรึกษาแนะนำมากขึ้น เพราะการให้คำปรึกษาแนะนำ จะช่วยลดความวิตกกังวลใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีได้ (สุพรรณิ นาคทอง, 2539:49)

ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 ใน 3 (68.1%) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ สำหรับคนที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมนั้น จะเข้าร่วมกิจกรรมในลักษณะ การร่วมสนทนากลุ่ม ฟังการบรรยายมากกว่าที่จะเข้าร่วมในลักษณะเป็นอาสาสมัคร วิทยากร หรือเป็นผู้จัดกิจกรรม

ตารางที่ 4 ร้อยละของการเคยได้รับการปรึกษาแนะนำ ความถี่ของการได้รับการปรึกษาแนะนำ การเข้าร่วมกิจกรรมและลักษณะของการร่วมกิจกรรมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

ลักษณะ	เพศ		ทั้งหมด
	ชาย	หญิง	
การขอรับการปรึกษาแนะนำ			
เคย	73.6	75.6	74.1
ไม่เคย	26.4	24.4	25.9
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	254	78	332
ความถี่ของการมาขอรับการปรึกษา			
มาหลายครั้ง	57.5	77.0	62.2
มาครั้งเดียว	42.5	23.0	37.8
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	193	61	254

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะ	เพศ		ทั้งหมด
	ชาย	หญิง	
การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ			
เคยและปัจจุบันยังเป็นอยู่	20.9	26.9	22.3
เคยแต่ปัจจุบันไม่ได้เป็น	8.3	14.1	9.6
ไม่เคย	70.9	59.0	68.1
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	254	78	332
ลักษณะการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ			
สนทนากลุ่ม/ฟังการบรรยาย			
หรือเป็นผู้เข้าร่วมในกิจกรรม	53.5	50.0	52.4
เป็นอาสาสมัคร/ผู้จัดกิจกรรม/เป็นวิทยากร	46.5	50.0	47.6
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	71	32	103

5. ลักษณะพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองนั้น คิดจากคะแนนรวมของความ
สามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสนใจในการดูแลตนเอง รวมทั้งการป้องกัน
การแพร่เชื้อเอชไอวีหรือและโรคแทรกซ้อนไปสู่ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่ (87.7%) มีพฤติกรรมในการช่วยเหลือและดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี
แต่เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มชายหญิงแล้วพบว่าผู้หญิงมีพฤติกรรมการช่วยเหลือ และดูแล
ตนเองดีกว่าผู้ชาย โดยดูได้จากคะแนนเฉลี่ยของผู้หญิงจะสูงกว่าผู้ชาย ซึ่งในข้อนี้ก็
เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าเพศหญิงจะให้ความสนใจในสุขภาพอนามัยของตนเองมาก

กว่าเพศชาย ดังนั้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้หญิงจึงสนใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าชาย

ตารางที่ 5 ร้อยละของพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

ลักษณะ	เพศ		ทั้งหมด
	ชาย	หญิง	
พฤติกรรมในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพตนเอง			
น้อย (0-6 คะแนน)	3.5	2.6	3.3
ปานกลาง (7-12 คะแนน)	8.7	10.2	9.0
มาก (13-17 คะแนน)	87.8	87.2	87.7
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	254	78	332
คะแนนเฉลี่ย	12.59	13.12	12.71

6. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ และดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างนั้นพบว่า เมื่อนำตัวแปรทั้งหมดของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน เข้าวิเคราะห์พร้อมกัน พบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตาม คือพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ถึงร้อยละ 54.2 ซึ่งถือว่ามีความจำเป็นในการอธิบายกลุ่มประชากรจริงได้ค่อนข้างสูง และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองมากที่สุด ได้แก่ อาการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายและการมีโรคแทรกซ้อนวัณโรค การมีรายได้ของตนเอง การได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพของครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ระดับการศึกษา

จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ตามลำดับ โดยผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการศึกษาดี มีรายได้เป็นของตนเอง มีจำนวนสมาชิกอยู่ในครอบครัวหลายคน ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก มีอาการเจ็บป่วยมานาน และได้รับการปรึกษาแนะนำจากเจ้าหน้าที่ จะมีพฤติกรรมในการช่วยเหลือและดูแลตนเองมากขึ้น ส่วนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีอาชีพเกษตรกรรม และมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ในระยะสุดท้ายหรือมีโรคแทรกซ้อนเป็นวัณโรคแล้ว จะมีพฤติกรรมในการช่วยเหลือและดูแลตนเองน้อยลง

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัย	BETA	SIG T
ปัจจัยด้านประชากรเศรษฐกิจและสังคม		
เพศ	-.004	.920
อายุ	-.017	.703
สถานภาพสมรส		
สมรส (กลุ่มเปรียบเทียบ)		
โสด	.069	.794
หม้าย หย่า แยก	.138	.523
การศึกษา	.102	.025**
อาชีพของครอบครัว	-.147	.001***
รายได้ของตนเอง	.214	.000***
ภูมิลำเนาของครอบครัว	-.062	.180
ปัจจัยด้านครอบครัว		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	.101	.029**
ลักษณะความสัมพันธ์กับครอบครัว		
พ่อ แม่ ลูก (กลุ่มเปรียบเทียบ)		
คู่สมรส	.097	.675
พี่น้อง/ญาติ	-.072	.120
ครอบครัวขยาย	-.011	.949

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัย	BETA	SIG T
ระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวก่อนการติดเชื้อ	-.007	.905
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	.143	.006***
ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย		
สาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อ	-.060	.201
อาการเจ็บป่วย		
อาการไม่รุนแรง (กลุ่มเปรียบเทียบ)		
วัณโรค	-.101	.028**
โรคผิวหนังซัดเจน	-.075	.126
โรคเอดส์เต็มขั้น	-.474	.000***
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	-.076	.088*
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม		
การได้รับการปรึกษาแนะนำ	-.166	.001***
การมีเครือข่ายทางสังคม	.088	.172

R = .736

R² = .506

F = 14.982 (P<.001)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมในการช่วยเหลือดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ อาทิ คุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ได้แก่ ระดับ

การศึกษา รายได้ของตนเองและอาชีพของครอบครัว โดยพบว่า ระดับการศึกษา ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมในการช่วยเหลือและดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งก็เป็นไปตามแนวคิดของนักวิชาการและงานการศึกษาอื่นๆ (Orem, 1985 อ้างถึงใน จารุณี สุคติ, 2536 ; มัลลิกา ตั้งเจริญ, 2534:129 และสมมาตร พรหมภักดี, 2537) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และใช้เหตุผล โดยเฉพาะในส่วนของ การพัฒนาความรู้ ทักษะที่ดีต่อการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการศึกษาดี จะสามารถปรับตัวภายหลังสภาพการติดเชื้อได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งนับว่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง เพราะผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ส่วนใหญ่มักเป็นผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษาและมีฐานะยากจน โดยจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวของผู้ติดเชื้อที่มีอาชีพเกษตรกรรมซึ่งเป็นตัวแทนของความยากจนเป็นปัจจัยตัวหนึ่ง ที่มีผลทำให้พฤติกรรมในการช่วยเหลือดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ลดลง

ดังนั้นการหาแนวทางช่วยเหลือผู้ติดเชื้อที่ด้อยโอกาสเหล่านี้ ให้มีพฤติกรรม การช่วยเหลือและดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสนใจ อย่างยิ่ง เพราะในยามเจ็บป่วยด้วยโรคธรรมดาทั่วไป โอกาสในการเข้าถึงการบริการ ทางการแพทย์และสังคมของคนจนด้อยฐานะทางสังคมเหล่านี้ ก็เป็นเรื่องที่ยากอยู่ แล้ว ยิ่งเมื่อติดเชื้อหรือเจ็บป่วยเป็นโรคเอดส์ด้วย ก็ยิ่งเป็นการยากมากกว่า การช่วยเหลือให้คนกลุ่มนี้มีโอกาสเข้าถึงการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะการได้รับการปรึกษาแนะนำหลังการติดเชื้อหรือเจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งที่ควรเร่ง ดำเนินการ เพราะการปรึกษาแนะนำ นอกจากจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยมีความรู้ความ เข้าใจอย่างถูกต้อง ให้ยอมรับสภาพปัญหาและอาการเจ็บป่วยที่ตัวเองกำลังเผชิญแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และศักยภาพในการป้องกันตนเองไม่ให้ไปรับเชื้อเพิ่ม และไม่แพร่เชื้อไปให้ผู้อื่น อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความเข้าใจอันดีให้กับคนใน ครอบครัวยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวได้ ดังนั้นจึงควรมีการ พัฒนาและกระจายระบบบริการด้านการปรึกษาแนะนำ ให้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อ ด้อยโอกาสเหล่านี้ด้วย

ส่วนการมีรายได้ของตนเองนั้น เป็นตัวแปรที่พบว่ามีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นความจริงที่ว่า หากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยังสามารถทำงานและประกอบอาชีพได้ โดยไม่ต้องพึ่งพิงครอบครัว ก็จะสามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ดี ที่สำคัญการมีรายได้เป็นของตนเองย่อมนำไปสู่การแสวงหาสิ่งที่ดี มีประโยชน์ในอันที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังสามารถช่วยตนเองและทำงานได้ ให้มีอาชีพและรายได้เลี้ยงตนเอง จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น เพราะมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่ถูกให้ออกจากงานภายหลังทราบว่าติดเชื้อ ซึ่งนับว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

สำหรับปัจจัยทางด้านครอบครัว ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งวัดได้จากการปฏิบัติของครอบครัวต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเอง เพราะผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อช่วยประคับประคอง และเป็นแรงผลักดันให้กำลังใจต่อสู้ชีวิตต่อไปได้ ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้าใจให้กับคนในครอบครัวให้ยอมรับ เห็นใจ ให้กำลังใจและปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวเหมือนคนปกติ จะมีส่วนอย่างมากในการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมในการช่วยเหลือและดูแลตนเองดีขึ้น และการที่ครอบครัวจะเข้าใจยอมรับ และเป็นแรงสนับสนุนที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยนั้น นอกจากความรักความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีที่มีต่อกันแล้ว การให้การปรึกษาแนะนำกับคนในครอบครัวและการรณรงค์เสริมสร้างความเข้าใจในการอยู่ร่วมกัน ก็เป็นแนวทางหนึ่งที่จะสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวก็เช่นเดียวกัน ที่มีส่วนทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น เพราะสมาชิกในครอบครัวจะช่วยกระตุ้น ให้ผู้ติดเชื้อดูแลตนเองมากขึ้น เช่นเตือนให้รับประทานอาหารและยา หรือทำตามคำแนะนำแพทย์สั่ง ตลอดจนการกระตุ้นให้ไปตรวจรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

ส่วนอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ในระยะสุดท้าย หรือมีโรคแทรกซ้อนวัณโรค ที่พบว่ามีนัยสำคัญของการศึกษารังนี้ ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองโดยตรง แต่เป็นเพียงดัชนีที่วัดความสามารถในการช่วยเหลือและดูแลตนเองเท่านั้น เพราะผู้ที่มีอาการของโรคเอดส์ในระยะสุดท้ายแล้ว จะไม่สามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ เช่นเดียวกับผู้ที่มีโรคแทรกซ้อนวัณโรค ที่มักพบว่าระดับภูมิคุ้มกันต่ำมากแล้ว และจะมีอาการและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ รวมด้วย ส่วนระยะเวลาของการเจ็บป่วยนั้นพบว่า ถ้าระยะเวลาของการเจ็บป่วยยิ่งนานขึ้น ก็ยิ่งทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมในการช่วยเหลือและดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประสบการณ์การเรียนรู้ และความทรมาณจากอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานๆ ก็ยังเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย สนใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เพราะการเอาใจใส่ในการรักษาดูแลสุขภาพตนเอง จะช่วยลดหรือบรรเทาความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยและโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

ข้อค้นพบดังกล่าว จึงอาจนำมาใช้เป็นข้อพิจารณาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางและวิธีการ ที่จะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว มีการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพตนเองกันเองมากขึ้น เพราะนอกจากจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยของครอบครัวแล้ว ยังเป็นการลดขั้นตอนและกระบวนการบำบัดรักษาโดยใช้โรงพยาบาลเป็นพื้นฐานอีกด้วย ซึ่งนับว่าเป็นแนวทางที่สอดคล้องเหมาะสมกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม หากบุคลากรหรือหน่วยงานของรัฐ ไม่ปรับทัศนคติ และทัศนะในการมองปัญหา รวมทั้งไม่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการช่วยเหลือ และดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวแล้ว แนวทางดังกล่าวก็ยากที่จะประสบความสำเร็จได้

ข้อเสนอแนะ

1. การบริการด้านการปรึกษาแนะนำให้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวยังคงมีความสำคัญอย่างมาก และจำเป็นต้องมีการขยายการบริการให้ครอบคลุมและทั่วถึง เพราะผลการศึกษาพบว่า มีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนไม่น้อยที่ยังไม่เคยได้รับการปรึกษาแนะนำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีการศึกษาน้อยและมีฐานะยากจน และเป็นผู้ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการด้านการให้การปรึกษาแนะนำ อีกทั้งควรหารูปแบบการบริการที่ไม่เป็นทางการ และไม่ใช้บุคลากรของรัฐ เช่นการให้การปรึกษาโดยอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครผู้ติดเชื้อ และพระภิกษุสงฆ์ เพื่อเป็นการขยายการบริการให้ครอบคลุมทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

2. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อมีการรวมตัวเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แม้ว่าจากการศึกษาในครั้งนี้ จะไม่พบว่าเครือข่ายทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แต่จากการศึกษาของนางลักษณะ บุญยฤทธิ์และคณะ (2539:44) ก็พบว่าการรวมกลุ่มกันของผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ติดเชื้อมีความรู้สึกและมีความตั้งใจดีขึ้น มีการช่วยเหลือเกื้อกูล ประคับประคองทางด้านจิตใจ ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์สามารถปรับตัวยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นด้วย

3. ควรมีการเสริมสร้างและเผยแพร่ความรู้ในเรื่องการดูแลและรักษาสุขภาพตนเองให้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ผ่านทางสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อประชาสัมพันธ์อื่นๆ หรือหอกระจายข่าว โดยเฉพาะการส่งเสริมและเผยแพร่ให้มีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่มีผู้ทดลองแล้วว่าได้ผล ปลอดภัยและหาได้ง่ายในท้องถิ่น เพื่อรักษาอาการแทรกซ้อนของโรคเอดส์ ซึ่งจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจ

กิจในปัจจุบัน เพราะนอกจากจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยของครอบครัวแล้ว ยังช่วยการขาดดุล จากการนำเข้ายาจากต่างประเทศของรัฐอีกด้วย

4. สถานพยาบาล และโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง และที่มีอาการของโรคเอดส์ในระยะสุดท้าย เพราะจากการศึกษาพบว่าคนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้น้อย และอาการเจ็บป่วยก็รุนแรง เกินความสามารถที่ครอบครัวจะให้การดูแลได้ นอกจากนี้รัฐควรเร่งดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อ ให้มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมโดยเร็ว เพื่อรองรับปัญหาการเพิ่มจำนวนมากขึ้นของผู้ป่วยเอดส์ในอนาคตอันใกล้

เอกสารอ้างอิง

- จงกล ทองโณม. 2533. กระบวนการตอบสนองการติดเชื้อ เอชไอวี ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด. วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุณี สุคติ. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ทวีป กิตติยาภรณ์ และคณะ. 2539. อัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล บำราศ-นราศุร. รวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ.2531-2537. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 78.
- นงลักษณ์ บุญพุทธิ, สายไหม ไชยศิริพันธ์, พงษ์เดช สารการ และสรวง ดันอุต. 2539. ศักยภาพขององค์กรผู้ติดเชื้อในเขตพื้นที่ภาคเหนือ บทคัดย่อ/ผลงานวิชาการ/เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 44.

- มัลลิกา ตั้งเจริญ. 2539. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสทกปรกในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. *รวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ.2531-2537*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 139.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. 2534. *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมมาตร พรหมภักดี. 2537. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของชายเกี่ยวกับติดเชื้อเอดส์. *การเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์*, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 171-246.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ และคณะ. 2539. *สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6 (26-28 สิงหาคม)*. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ เวียงย่างกุ้ง และ สุชาดา เอ่งตระกุล. 2539. การให้การดูแลช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ แม่และเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ที่บ้าน. *บทคัดย่อ ผลงานวิชาการ เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 6*. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 32.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองระบาดวิทยา. 2538. *เอกสารประกอบการสัมมนาการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ ฯ. อัดสำเนา.
- _____. 2541. *จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์*. อัดสำเนา
- สุพรรณิ นาคทอง. 2539. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ตามแนวของรอรเจอร์ ที่มีผลต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ. *บทคัดย่อ ผลงานวิชาการ เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 6*. กรุงเทพฯ ฯ : กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 49.
- สุรพล สุวรรณกุลและอมร ลีลาวัศม์. 2536. *โรคติดเชื้อ HIV และเอดส์*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ ฯ : ที.พี พรินท์.

สุวรรณี นาคะ และคณะ. 2537. การศึกษาความต้องการและปัญหาในการรับบริการ
ด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ที่ติดเชื้อโรคเอดส์และไม่
ติดเชื้อ : ศึกษากรณีเฉพาะโรงพยาบาลแม่และเด็ก. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4
ราชบุรี.

UNAIDS. 1996. Final Report : *The Status and Trend of The Global HIV/AIDS
Pandemic*. XI International Conference on AIDS. Vancouver, July 7-12.