

รายงานวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการ  
ดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนเขตชายแดนแห่งหนึ่งในภาคใต้

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย  
สวาท กรศิริลักษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
งานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง  
การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้จาก  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2546

เลขที่	11-12-111
Lib Key	237902

หัวข้อวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนเขตชายแดนแห่งหนึ่งในภาคใต้
คณะผู้วิจัย	เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย สวาท กรศิริลักษณ์
หน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
ปี	2546

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงอธิบายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนเขตชายแดนภาคใต้ ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 580 หลังคาเรือน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบ่งกลุ่ม เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านและหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค แอลฟา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตชายแดนตำบลสะเดา(ร้อยละ 65.2) และจากเขตชายแดนตำบลป่าดงเป็ชร์ (ร้อยละ 34.8) สถานภาพทางสังคมส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป(ร้อยละ 88.1) แหล่งข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์ในชุมชนที่นิยมมากที่สุด คือ โทรทัศน์(ร้อยละ 94.1) มากกว่าครึ่งของประชาชนที่ไม่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับการเผยแพร่โครงการโรคเอดส์ในชุมชน (ร้อยละ 53.6) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย(ร้อยละ 72.9) รองลงมาประชาชนมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.9) และไม่มีส่วนร่วมเลย (ร้อยละ 10.8) การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.4) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 22.1) มีประชาชนที่ไม่เคยให้การสนับสนุนผู้ป่วยเอดส์เลย (ร้อยละ 1.3)

ปัจจัยที่มีที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 5 ปัจจัย คือ ประเภทของการสื่อสาร การมีผู้นำ การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ การศึกษาและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ โดยมีอำนาจการทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ร้อยละ 31 ( $R^2 = 0.31$ )

ปัจจัยที่มีที่มีผลต่อการมีการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 5 ปัจจัย คือ ประเภทการสื่อสาร การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ การศึกษา อายุ และศาสนา โดยมีอำนาจการทำนายการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนในภาคใต้ร้อยละ 38 ( $R^2 = 0.38$ )

<b>Title</b>	Factors Affecting Participation and Social Support in a Community in Caring for AIDS Patients as Perceived by People in the border Southern of Thailand.
<b>Team</b>	Phechnoy Sinchungcha Saward Kronsililuck
<b>Organization</b>	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Provincial Public Health, Patthalung Province
<b>Year</b>	2003

### Abstract

This exploratory research was aimed at determining factors affecting participation and social support in a community in caring for AIDS patients as perceived by people in the border of Southern of Thailand. The subjects consisted of 580 households selected using a multistage random sampling method. Quantitative and qualitative data were collected using a structured interview which had been tested for its reliability by 5 experts; Cronbach's alpha coefficient of 0.80 was obtained for its validity. The data were analyzed in terms of mean, standard deviation, multiple regression analysis and path analysis. The results were as follows:

The subjects were from two southern border areas of Thailand: Tambon Sadao (65.2 percent), and Tambon Padang Besar (34.8 percent). Most of them (88.1 percent) were general people and the most popular source of news about AIDS in these communities was television (94.1 percent). More than half of the subject population (53.6 percent) did not have any experience in the awareness of the AIDS Project in the community. Regarding community participation in caring for AIDS patients in people's dimension, it was found that most of the subjects (72.9 percent) had a low level of participation; 13.9 percent had a moderate level of participation, and 10.8 percent did not have any participation at all. The support in caring for AIDS patients in the people's dimension revealed that the support of 57.4 percent of the subject was at a moderate level followed by 22.1 percent at a low level and 1.3 percent had never given any support at all.

Five statistically significant factors affecting participation in caring for AIDS patients in the southern communities were: communication type, leader status, perceived HIV/AIDS, education, and source of information about AIDS patients. The prediction power of participation in caring for AIDS patients in the southern border communities was 30.1 % ( $R^2=.31$ )

Five statistically significant factors affecting social support in caring for AIDS patients in the southern communities were: communication type, perceived HIV/AIDS, education, age and religion. The prediction power of social support in caring for AIDS patients in the southern border communities was 38% ( $R^2=.38$ )

ง  
สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญแผนภาพ	จ
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	2
กรอบแนวคิดการวิจัยและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	2
สมมติฐานการวิจัย	4
นิยามศัพท์การวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
วิธีดำเนินการวิจัย	16
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	18
การวิจารณ์ผลการวิจัย	21
ข้อเสนอแนะการวิจัย	23
บรรณานุกรม	24

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 วิเคราะห์ถดถอยพหุในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของประชาชนในเขตชายแดนภาคใต้	18
2 วิเคราะห์ถดถอยพหุในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของประชาชนในเขตชายแดนภาคใต้	19

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนในภาคใต้	4
2 ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน	11
3 แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง(path diagram)ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม(การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์)	19
4 แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง(path diagram)ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม(การสนับสนุนทางสังคม)	20

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันภาคใต้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจังหวัดสงขลาที่พบว่ามีทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตด้วยเอดส์สูงที่สุด คือ ในปี พ.ศ 2545 มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 787 คน จาก 2387 คน และมีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 3367 คนจาก 8655 คน สำหรับในสาธารณสุขเขต 12(กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2545) การที่มีผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถที่จะดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้ทั้งหมด และไม่สามารถดูแลให้ครอบคลุมได้ทุกด้าน เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ หรือจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วย ผสมกับโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังรักษาไม่หาย ทำให้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาภายใต้บริบทที่แตกต่างกันไป(Kleinman, 1980) ดังนั้นผู้ป่วยเอดส์บางส่วนจึงพักรักษาตัวอยู่กับครอบครัวและชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นปัญหาของผู้ติดเชื้อเหล่านี้ควรได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากสังคมเพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขมากที่สุด แนวทางหรือทางออกอย่างหนึ่งที่จะแก้ไขการขาดแคลนทรัพยากรในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน คือ การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน (Community base care for AIDS) (กองโรคเอดส์, 2542 : 2 – 5) ดังนั้นทุกประเทศจึงมีนโยบายให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์(Catania et al., 1989) โดยใช้พื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการลดการติดเชื้อ(AIDS Risk Reduction Model =ARRM) ที่เน้นถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังมีรูปแบบที่เน้นให้คนในชุมชนมีการรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โรทซ์แมน(Rothman and Tropman, 1987)เน้นแนวคิดด้วยหลักการพื้นฐานการมีส่วนร่วมโดยเริ่มที่ประชาชนตระหนักและมีพันธะสัญญาที่จริงจังในการมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาของชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจเกิดได้ 2 ทาง คือ ประชาชนอาจไม่มีส่วนร่วมเลย(non participation) และมีส่วนร่วม(participation) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนถือเป็นหน้าที่ของสมาชิกในสังคม ประชาชนในชุมชนสามารถให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในชุมชนได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการกำลังใจเพื่อทดแทนยาที่ยังไม่สามารถผลิตขึ้นได้ในราคาถูก การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการด้วยกัน เช่นในภาคเหนือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการป้องกันโรคเอดส์ กรณีศึกษา อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการมีส่วนร่วมพบว่า ปัจจัยหลักขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ และการทำงานด้านพัฒนา

หากผ่านการฝึกอบรมมากประชาชนจะมีส่วนร่วมมาก ปัจจัยรองลงมาเป็นพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ในครอบครัวเป็นแรงจูงใจให้มีส่วนร่วมมาก การเป็นผู้นำทางสังคมในชุมชน อายุของประชาชน โดยพบว่าประชาชนที่มีอายุน้อยจะมีส่วนร่วมมากกว่าคนที่อายุมาก ส่วนภาวะความรับผิดชอบในครอบครัวพบว่าบุคคลที่ไม่มีภาระเลี้ยงดูคนในครอบครัวจะมีส่วนร่วมน้อย(จรัรัตน์ ภาวรา, 2528) การวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่าการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เน้นกลุ่มวัยรุ่นโดยใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและกำหนดให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมกับกลุ่มวัยรุ่นโดยผ่านโปรแกรมการศึกษาของชุมชน(Widdus, Kauffman and Reid, 1993) ในประเทศยุโรปพบว่า ประเด็นความหลากหลายด้านภาษาและวัฒนธรรมของประชาชนในชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ (Wienold, Lie and Grimshaw, 1992)

ในเขตชายแดนภาคใต้ซึ่งมีประชาชนที่หลากหลายด้านภาษาที่แตกต่างจากภาคอื่นๆ ประชาชนมีการเคลื่อนย้ายระหว่างเขตชายแดนตลอดเวลา อยู่ไกลจากแหล่งศูนย์กลางราชการที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นเขตที่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ค่อนข้างสูง ดังนั้นการมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นวิธีการลดการติดเชื้อเอดส์อย่างหนึ่งที่จะทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และถือว่าการใช้ชุมชนเป็นแหล่งบำบัดเป็นการลงทุนที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่มีผลประโยชน์สูงสุด สำหรับข้อมูลเชิงประจักษ์การมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในเขตชายแดนภาคใต้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มนี้ยังมีน้อยและยังไม่ชัดเจน เพื่อเพิ่มความเข้าใจในองค์ความรู้ในเรื่องนี้ การวิจัยนี้จึงต้องการแสวงหาข้อเท็จจริงในการสะท้อนให้เห็นสภาพความเป็นจริง ว่าในเขตชายแดนภาคใต้มีการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมหรือแนวทางในการใช้ทรัพยากรของชุมชนเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันเป็นอย่างไร ข้อมูลจากผลการวิจัยนี้สามารถนำมาประกอบการพัฒนาประชาชนให้มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในเขตชายแดนภาคใต้ได้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่และความจริงของชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

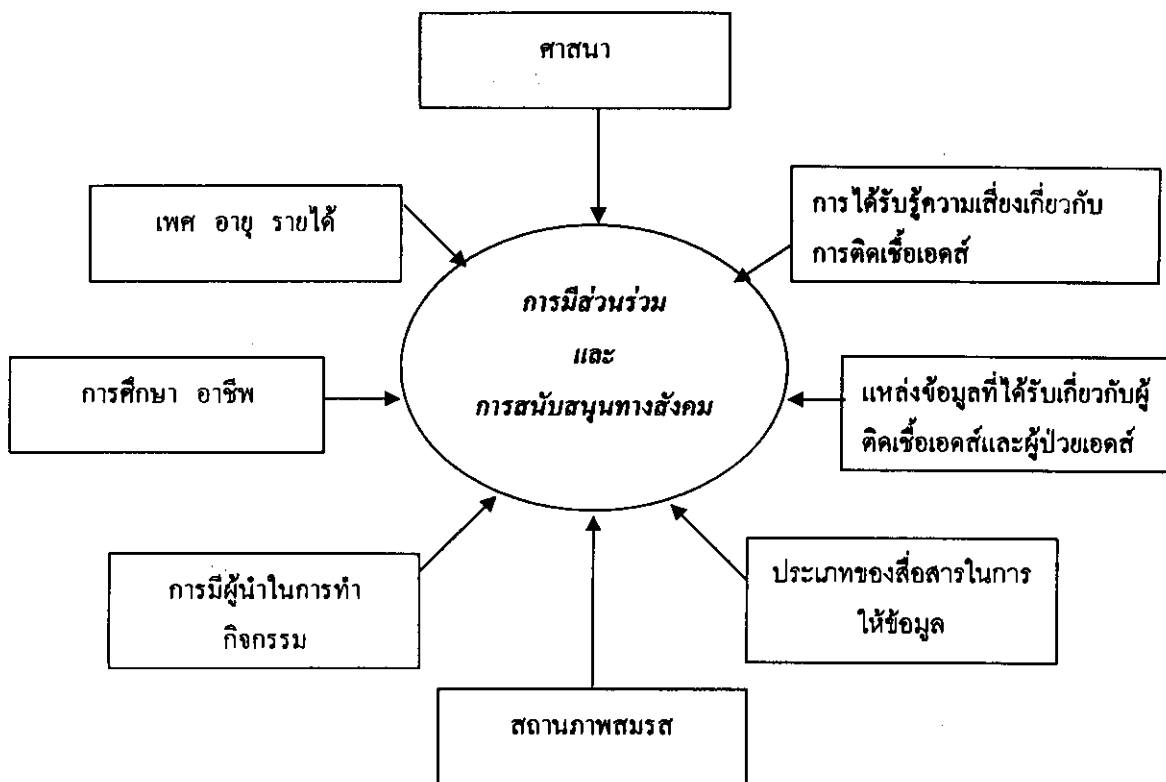
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนในภาคใต้

### กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำมาประยุกต์ใช้ แนวคิดหลักเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการลดการติดเชื้อเอดส์ในชุมชน มีดังนี้ ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อในสุขภาพ(Health Belief Model) ที่เน้นถึงการที่ชุมชนจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ขึ้นกับปัจจัยด้านประชากร การศึกษา อายุ เพศ เชื้อชาติ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้ และการรับรู้ความเสี่ยงของประชาชนในชุมชน



(Rosenstock , Strecher and Becker 1994) ส่วนอีกทฤษฎีคือ ทฤษฎีเหตุผลแห่งการกระทำ (Theory of Reasoned Action) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่พยากรณ์พฤติกรรมการกระทำของมนุษย์เกิดจากเหตุผลที่สัมพันธ์กับความตั้งใจกระทำ(intension) ทศนคติ บรรทัดฐาน(norm)ทางสังคมภายใต้บริบทโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในสังคมนั้น (Fishbein et al., 1994) ทฤษฎีนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน เช่น การใช้ทฤษฎีเหตุผลการกระทำเพื่อทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ ในชุมชน(Ajzen and Fishbein, 1980) หรือ การใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม การติดต่อในการร่วมเพศ(Fishbein,Middlestadt and Hitchcoc, 1994) หรือ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการตั้งใจใช้ถุงยางอนามัย หรือ ความสำคัญของข่าวสารในการป้องกันเอดส์ที่คลินิกการแพร่เชื้อทางเพศในกลุ่มประชากรวัยรุ่น และทฤษฎีอีกทฤษฎีที่เริ่มนิยมนำมาประยุกต์ใช้การดูแลการติดเชื้อเอดส์ในชุมชน คือ รูปแบบการลดการติดเชื้อ(AIDS Risk Reduction Model=ARRM) ที่เน้นถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ทฤษฎีนี้ระบุไว้ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่หนึ่ง ชุมชนต้องตระหนักถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความเสี่ยงมากของบุคคล ขั้นตอนที่สอง ชุมชนต้องมีพันธะสัญญาอย่างจริงจังในการลดพฤติกรรมทางเพศที่เป็นพฤติกรรมความเสี่ยงสูงให้อยู่ในระดับต่ำ และขั้นตอนที่สาม ชุมชนต้องร่วมกันในการแสวงหาข้อมูล มีวิธีการแก้ไขปัญหาในชุมชน และมีอำนาจในการหนควิธีแก้ปัญหาอย่างอิสระ(Catania, Kegeles and Coates ,1990) ทฤษฎีนี้ได้นำไปประยุกต์ใช้ เช่น การวิจัยโครงการปฏิบัติการเกี่ยวกับเอดส์ในชุมชน(Higgins, et.al.,1993) แนวคิดสุดท้ายคือ แนวคิดการมีส่วนร่วมของไฟนารอฟฟ์(Fonaroff, 1983) สรุปว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของประชาชนมี 4 ระดับ คือ ต้องมีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ประชาชนที่มีส่วนร่วมยังต้องการได้ใช้บริการจากโครงการ(utilization) และประชาชนได้รับผลประโยชน์(benefit)จากโครงการที่มีส่วนร่วม และในโครงสร้างของสังคม(Structure society) สมาชิกเองต้องมีหน้าที่(Function) คือ ให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์(Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร(Information support) การสนับสนุนด้านสิ่งของการบริการและเงิน(Instrumental support) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนการให้การยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าการมีส่วนร่วมและสนับสนุนของชุมชนมิได้ถูกกำหนดด้วยเกณฑ์เฉพาะอาณาเขตแต่ถูกกำหนดด้วยศาสนา อาชีพ สถานภาพทางสังคม ตามคุณลักษณะประชากร การสื่อสาร (House and Kahn, 1985) จากแนวคิดเชิงทฤษฎีดังกล่าว สามารถนำมาสรุปเป็นแนวคิดในการวิจัยดัง แผนภาพ 1



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีตามการรับรู้ของประชาชนในภาคใต้

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงสรุปสมมติฐานการวิจัยจากกรอบแนวคิด โดยได้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 10 ตัวและตัวแปรตาม 2 ตัว ตามสมมติฐานการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ(เพศ สถานภาพ การสมรส อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ )มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชน
2. การมีผู้นำในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีมีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชน
3. ประเภทของสื่อสารในการให้ข้อมูลในการร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี การรับรู้ความเสี่ยงของโรคเอชไอวี และแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวีมีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชน

## นิยามศัพท์การวิจัย

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน หมายถึง การกระทำกิจกรรมร่วมกันของ บุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน สังคม ในด้านเข้าร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติตามกิจกรรม และ ร่วมในการประเมินผล รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนด้วยความสมัครใจ

การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน หมายถึง การกระทำกิจกรรมหรือ ความรู้สึกเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนทางสังคม และที่ประชาชนใน ชุมชนให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของการบริการ และเงิน การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนการได้รับการยอมรับยกย่องและ เห็นคุณค่าผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

ประชาชนในเขตชายแดนภาคใต้แห่งหนึ่ง หมายถึง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

## ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาในประชาชนในเขตชายแดนภาคใต้แห่งหนึ่ง ซึ่งอยู่เขตชายแดนภาคใต้ของ ประเทศไทย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 580 คน

## การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย โดยได้นำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์และผลกระทบของโรคเอดส์
2. แนวคิดการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้ป่วยเอดส์
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

### 1.แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์และผลกระทบของโรคเอดส์

เอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการ ซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่มีได้เกิดขึ้นโดยกำเนิด แต่เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือ HIV (Human Immunodeficiency Virus) หรือ HTLV-III (Human T-Cell Lymphotropic Virus Type-III) เข้าสู่ร่างกาย ทำให้มีการทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย โดย

เฉพาะอย่างยิ่ง T-helper lymphocytes มีผลทำให้มีความบกพร่องของภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell-mediated Immunity) เมื่อภูมิคุ้มกันลดลงถึงระดับหนึ่ง จะทำให้มีการติดเชื้ออวัยวะต่าง ๆ ได้ง่าย และยังทำให้เกิดมะเร็งได้ง่าย อันเป็นสาเหตุของการตายในผู้ติดเชื้อได้ (Ginzburg & MacDonald, 1986) ลักษณะทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอดส์หากยังไม่มีอาการออกมาให้เห็นเราก็ไม่สามารถที่จะทราบได้ว่า บุคคลนั้นเป็นโรคเอดส์ ฉะนั้นโรคเอดส์จึงสามารถแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ระยะคือ (ชวนชม สกนธวัฒน์, 2537-2538 : 30) ระยะที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic AIDS) หรือที่เรียกทั่วไปว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ บุคคลเหล่านี้มีเชื้อไวรัสเอดส์อยู่ในร่างกาย แต่ยังไม่มีอาการ สุขภาพดีเหมือนคนปกติ สามารถบอกได้ว่ามีร่องรอยของการรับเชื้อแล้วโดยการตรวจเลือดเท่านั้น แต่บุคคลเหล่านี้สามารถแพร่เชื้อโรคเอดส์ไปยังบุคคลอื่นได้ และ ระยะที่มีอาการ (Symptomatic AIDS) หรือที่เรียกว่า ผู้ป่วยเอดส์ ระยะนี้จะแสดงอาการออกมาให้เห็น เช่น ตอมน้ำเหลืองโต อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีไข้ในเวลากลางคืน ท้องเสีย ไอเรื้อรัง เป็นๆหายๆ คนที่เป็นโรคเอดส์นั้น แต่ละคนมีอาการไม่เหมือนกัน ซึ่งบางคนอาจมีการติดเชื้อตามผิวหนัง ติดเชื้อที่ปอด เป็นเชื้อราในปาก บางคนเป็นมะเร็งผิวหนัง อาจจะเห็นเป็นตุ่มตามตัว ตามหน้าเป็นสีม่วงแดง อวัยวะบวมเพราะทางเดินน้ำเหลืองอุดตันและอาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว โรคเอดส์สามารถติดต่อได้โดย ทางเพศสัมพันธ์ ทั้งแบบรักร่วมเพศและรักร่างเพศและติดต่อทางกระแสเลือด ซึ่งเกิดจากวิธีการต่าง ๆ คือ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด จากผู้ให้เลือดที่มีเชื้อโรคเอดส์ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งพบในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด การรับบริจาคอวัยวะต่างๆ เช่น ไต ไชกระดุก ตับ หัวใจ ปอด ตา ตลอดจนนม น้ำอสุจิที่ใช้ในการผสมเทียม และการติดต่อจากมารดาสู่ทารก มารดาที่มีเชื้อโรคเอดส์ สามารถถ่ายทอดเชื้อไวรัสไปสู่ทารกได้ ขณะตั้งครรภ์ขณะคลอด และหลังคลอดใหม่ ๆ ได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2543 พบว่า การติดต่อของโรคเอดส์สาเหตุจากเพศสัมพันธ์ที่สุทธ้อยู่ละ 83.1 ติดเชื้อจากมารดาอยู่ละ 5.0 และจากการรับเลือดอยู่ละ 4.7 สำหรับเพศสัมพันธ์ที่มีพฤติกรรมแบบชายรักร่วมเพศพบอยู่ละ 0.7 (กองระบาดวิทยา, 2543 : 368) การศึกษาของมารยาท วงษาบุตร(2539 : 59) ที่พบว่าแหล่งที่ผู้ป่วยเอดส์ไปใช้ในการรักษามากที่สุดคือสถานบริการทางการแพทย์ปัจจุบัน (ร้อยละ 60) และการศึกษาของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2542 : 42) ที่พบว่า หลังจากติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 52.0) ซึ่งผู้ป่วยเอดส์จะแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพทั้งที่เป็นแบบสมัยใหม่และรักษาแบบพื้นบ้านโดยการใช้สมุนไพร รวมทั้งการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ที่เป็นการขจัดความเจ็บป่วยหรือเสริมสร้างความเป็นสิริมงคลให้กับชีวิต (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540 : พิภูล นันทชัยพันธ์, 2539) นอกจากพยาธิที่เกิดกับผู้ป่วยเอดส์แล้ว ผู้ป่วยเอดส์ยังได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและอาชีพ ดังนี้

## ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ภายหลังจากที่ได้รับเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกายแล้ว เชื้อจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน และทวีความรุนแรงไปเรื่อย ๆ ตามระยะของโรคทางด้านร่างกาย โดย พบความผิดปกติทางผิวหนังและต่อมน้ำเหลือง อาการที่ปรากฏทางผิวหนังเป็นสิ่งที่มองเห็นด้วยตาเปล่าได้ง่าย ความผิดปกติทางผิวหนังแบ่งออกได้เป็น 1) กลุ่มเนื้องอกหรือมะเร็ง ที่เป็นผู้รู้จักกันมากก็คือ มะเร็งชนิด Kaposi's sarcoma ซึ่งพบมากในอเมริกา เป็นอาการที่บ่งบอกว่า ผู้ติดเชื้อมีการพัฒนาเป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว มะเร็งชนิด Squamous cell อาจพบได้บริเวณปากและทวารหนัก นอกจากนี้ก็อาจพบมะเร็งของต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้มากพอสมควรในประเทศไทย 2) กลุ่มที่มีการ ติดเชื้อ อาจเป็นเชื้อไวรัส โดยเฉพาะเริม งูสวัด หรือหูดชนิดต่าง ๆ อาจเป็นเชื้อแบคทีเรียชนิดต่าง ๆ ที่ทำให้มีการอักเสบหรือเป็นตุ่มหนอง อาจเป็นการติดเชื้อรา หรือเชื้อปรสิตต่าง ๆ และ 3) กลุ่มอื่น ๆ เช่น เรื้อนขาว ผื่นตุ่มคัน หรืออาการแพ้ต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติทางตา จะมีอาการติดเชื้อชนิดต่าง ๆ ความผิดปกติทางหู คอ จมูก มีการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อราในปาก ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่าอาการของโรคเริ่มจะรุนแรงขึ้น อาการที่พบบ่อย อีกอย่างหนึ่งในระบบนี้ ได้แก่ อาการหวัดเรื้อรัง นอกจากนี้ก็อาจมีการติดเชื้อไวรัสต่าง ๆ ได้ เช่นเดียวกับระบบอื่น ๆ ผู้ติดเชื้ออาจมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บคอขณะกลืนอาหาร หรือเจ็บปาก ส่วนความผิดปกติทางระบบประสาท เป็นกลุ่มอาการที่พบได้เสมอ โดยเฉพาะอาการทางสมอง เช่น อาการหลงลืม ความคิดอ่านเชื่องช้า อาการไม่รู้สีกตัว หรืออาการชักซึ่งอาการดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาสในสมอง ซึ่งอาจเป็น เชื้อรา เชื้อแบคทีเรียหรือปรสิต อาจเกิดจากเนื้องอกในสมอง หรือแม้กระทั่งมีสาเหตุมาจากสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง อันเนื่องมาจากการติดเชื้อเอดส์ผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการทางระบบประสาท เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ หรืออาการชาตามบริเวณต่าง ๆ นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็นอาการสัมพันธ์กับเอดส์ที่พบได้บ่อยมากในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นอาการท้องเดินเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายได้ อาการกลืนแล้วเจ็บ มักมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อราในทางเดินอาหาร โดยเฉพาะในหลอดอาหาร (esophageal candidiasis) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้อีกอย่างหนึ่งของเอดส์ หรือการมีแผลในหลอดอาหาร เนื่องมาจากการติดเชื้อ (Cytomegalovirus CMV) นอกจากนี้ ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารยังรวมไปถึงอาการของกระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ เช่น อาการปวดท้อง อาการ ตัวเหลือง ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารจะมีภาวะทุพโภชนาได้

## ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม

นอกจากผลกระทบที่เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์แล้ว สภาพทางจิตใจของบุคคลนั้นก็ได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เริ่มจากความไม่สุขสบายทางร่างกาย

เนื่องจากสภาวะของโรค ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ในจิตใจและจากการที่โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่มียารักษาให้หาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต มีการสูญเสียหลาย ๆ อย่างจากการเจ็บป่วย มีความทรมานของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์จากการติดเชื้อไวรัส เมื่อรับไว้ในโรงพยาบาลต้องเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อม อากาโรของโรคเพิ่มขึ้นจนมีความรู้สึกกลัว ได้แก่ กลัวอาการของโรค กลัวการเจ็บป่วย กลัววิธีการรักษา กลัวถูกแยกจากครอบครัว กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวถูกรังเกียจ ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจสั้น หายใจลำบาก เพลียมาก ผู้ป่วยจะกลัวตัวเองหายใจไม่ออก กลัวตาย มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม เมื่อโรงพยาบาลใช้วิธีการควบคุมโรคติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิด โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยนี้เป็นผลจากกรรมตามสนอง หรือถูกลงโทษ นึกเสียใจกับพฤติกรรมทางเพศที่ผ่านมา รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกสูญเสียขาดความเชื่อมั่น ทุกข์ทรมานใจกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป กังวลที่จะพบปะกับผู้อื่น สูญเสียคุณค่าหมดความสำคัญ จนทำให้มีอาการท้อแท้และสิ้นหวังจากสถานการณ์โรคเอดส์ที่ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มียารักษา ไม่สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองได้ จนทำให้นักถึงความตายที่ใกล้เข้ามา (บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 71 - 72) นอกจากนี้ ยังต้องประสบกับปัญหาความกดดันจากสังคม ในเรื่องของความรังเกียจหวาดกลัว ที่เนื่องมาจากในระยะเริ่มแรกของการรณรงค์ เรื่องโรคเอดส์ได้ใช้กลวิธีให้เกิดความกลัวเพื่อดึงดูดความสนใจและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งกลวิธีดังกล่าวพบว่า ให้ผลในระดับหนึ่ง แต่ก็เหมือนดาบสองคมที่ได้ส่งผลให้เกิดความรังเกียจผู้ติดเชื้อเอดส์มากขึ้น ต่อมาการประชาสัมพันธ์จึงได้เปลี่ยนเป็นการให้ความรู้กับประชาชน เพื่อลดการแบ่งแยกกีดกัน แต่ก็ลดได้เพียงเล็กน้อย (เตือนใจ เทพยสุวรรณ, 2536 : 105) ดังนั้น จากความเข้าใจผิดและทัศนคติที่ผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อ ทำให้สังคมมองว่า ผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่ไม่น่าเห็นใจ เพราะมีสาเหตุจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มักง่าย เสื่อมโทรมทางศีลธรรม หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน มีบางทัศนคติถึงกับมองว่าเป็นโรคที่ถูกส่งมาเพื่อกำจัดคนแล้ว ผู้ป่วยต้องพยายามปิดบังการเจ็บป่วยของตนเอง เนื่องจากกลัวการถูกกีดกันและรังเกียจจากสังคม (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537 : 6) วิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป จากการมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขก็จะเปลี่ยนเป็นมีความระมัดระวังมากขึ้น เคยคบพาสมาคมกับบุคคลอื่นก็เปลี่ยนเป็นเก็บตัว เป็นต้น (แหวดาว บัวประเสริฐยิ่ง, 2538 : 8)

#### ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

โรคเอดส์ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุขของประเทศเท่านั้น แต่ยังสามารถกล่าวได้ว่า เป็นโรคที่ทำลายล้างสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพบว่า ทรัพยากรบุคคลที่จะเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต ต้องมาติดเชื้อเอดส์ (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2539 : 27) ประเทศที่มีการระบาดของโรคเอดส์ ต้องสูญเสียงบประมาณมากมายมหาศาล ในการควบคุมป้องกันดูแลรักษาโรคเอดส์ ซึ่งสำหรับประเทศไทยประมาณว่า ในแต่ละปี ได้มีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นถึงพันกว่าล้านบาท ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวง สาธารณสุข (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2536 : 161) ซึ่งเป็นปัญหาในระยะยาวที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ

อย่างรุนแรง นอกจากนี้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษา จัดหาเวชภัณฑ์ จัดสถานบริการต่าง ๆ เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์มากขึ้น ผู้ป่วยเอดส์แต่ละราย ต้องการเวชภัณฑ์เพื่อรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเวชภัณฑ์เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นโรคติดเชื้อต่าง ๆ และยิ่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค คือ มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ ก็ยิ่งต้องการใช้ยาจำนวนมากและใช้ยาแพง โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ป่วยเอดส์ 1 ราย จะต้องการเวชภัณฑ์ประมาณ 20,000 บาทต่อปี (เจ็บป่วยปีละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 7,000 บาท) ทั้งนี้ยังไม่รวมค่ายาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งมีมูลค่าประมาณปีละ 37,000 ถึง 55,000 บาท อาจสรุปคร่าว ๆ ได้ว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ 1 ราย ต้องการเวชภัณฑ์มูลค่าประมาณ 60,000 บาท ต่อปี (ชัยยศ คุณานูนธ์ และคณะ 2537 : 193) ผู้ป่วยเอดส์ จึงต้องเป็นภาระของครอบครัวในด้านค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล ซึ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ก็จะทำให้ ครอบครัวขาดรายได้ ส่งผลให้มีปัญหาในด้านอื่น ๆ ติดตามมาอีกมากมาย นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เงินที่ได้รับก็ไม่สามารถใช้จ่ายได้เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จงกล ทองโสม, 2533 ; ทวีทองหงษ์วิวัฒน์และคณะ, 2536 ก. ; ปาริชาติ จันทร์จรัสและคณะ, 2537 บทคัดย่อ ; บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ, 2538 ; เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2537 ; ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และคณะ, 2339 ; Allan, 1990 ; Getty Stern, 1990 ; Weitz, 1989)

## 2. แนวคิดการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้ป่วยเอดส์

### 2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมและลักษณะของการมีส่วนร่วม

กระแสแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นเกิดจากปัญหาและความล้มเหลวในการดำเนินงานในอดีต ซึ่งเน้นและให้ความสำคัญกับบทบาทของคนภายนอกชุมชน ละเลยศักยภาพและความสามารถของคนในชุมชน อันนำมาซึ่งความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน ในปัจจุบันจะมีการกล่าวถึงแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนกันอย่างแพร่หลายและมีการตีความหมายที่แตกต่างกันไป ดังนี้

โฟนารอฟฟ์ (Fonaroff, 1983 : 21) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า เป็นกระบวนการที่พัฒนาและเปลี่ยนแปลง (dynamic process) โดยที่ในกระบวนการนี้อาจรวมไว้ซึ่งชนิดของการมีส่วนร่วม (Type of Participation) หนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิด คือ การวางแผนและการตัดสินใจ การดำเนินการ (การมีส่วนร่วมในเชิงองค์กร และการบริหารจัดการซึ่งเกี่ยวข้องกับทรัพยากรด้านแรงงาน วัสดุ สิ่งของ เงินและการนิเทศงาน) การใช้บริการจากโครงการ (Utilization) และการมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์ (Benefits) (ด้านสังคม วัสดุ และบุคลากร) จากโครงการ การมองกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนควรมองในลักษณะของกิจกรรมที่ต่อเนื่องในช่วงเวลา (continuum of activity over time) การมองลักษณะเช่นนี้จะไม่ก่อให้เกิดการแยกเอาการมีส่วนร่วมในการวางแผนในขั้นตอนแรกเริ่มของ กิจกรรมออกจากการวางแผนที่เกิดขึ้นภายหลัง อันหมายถึงกิจกรรมประเมินผล นอกจากนั้น



ในเรื่องของการมีส่วนร่วมในประโยชน์ของกิจกรรม จะขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของโครงการที่จะให้ใครร่วมในอะไร และขั้นตอนไหนอย่างไร จากการศึกษาและวิเคราะห์ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ (เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง, 2527 : 10 ; ไพรัตน์ เดชะรินทร์, 2527 : 6-7 ; Cohen and Uphoff, 1980 : 222 อ้างถึงใน กัญญา ศุภจรรยา, 2527 : 14) สามารถกำหนดขั้นตอนหลักในการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน ขั้นตอนนี้นับว่าเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุด กิจกรรมการวางแผนประกอบด้วย การกำหนดรูปแบบและหน้าที่ของคณะกรรมการหรือองค์กร การคัดเลือก คณะกรรมการ การมีส่วนร่วมคิด ร่วมประชุมปรึกษาหารือ ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมตัดสินใจเลือกปัญหาที่จะแก้ไขตามลำดับก่อนหลัง แสวงหาแนวทางแก้ไข ปัญหา การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุด รวมทั้งการ ร่วมคิดและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนา หรือกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน ตลอดจนการร่วมตัดสินใจ การใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วม

2. การดำเนินงานตามแผน คือ การเข้าร่วมในกิจกรรมตามแผนงานที่วางไว้ อาจแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ การลงทุน สนับสนุนทรัพยากร เงินทอง ฯลฯ และการร่วมปฏิบัติงาน

3. ปฏิบัติงานด้วยตนเอง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจถึงปัญหาการดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ก็จะสามารถดำเนินกิจกรรมนั้นด้วยตนเองต่อไปได้แม้จะขาดผู้แนะนำก็ตาม

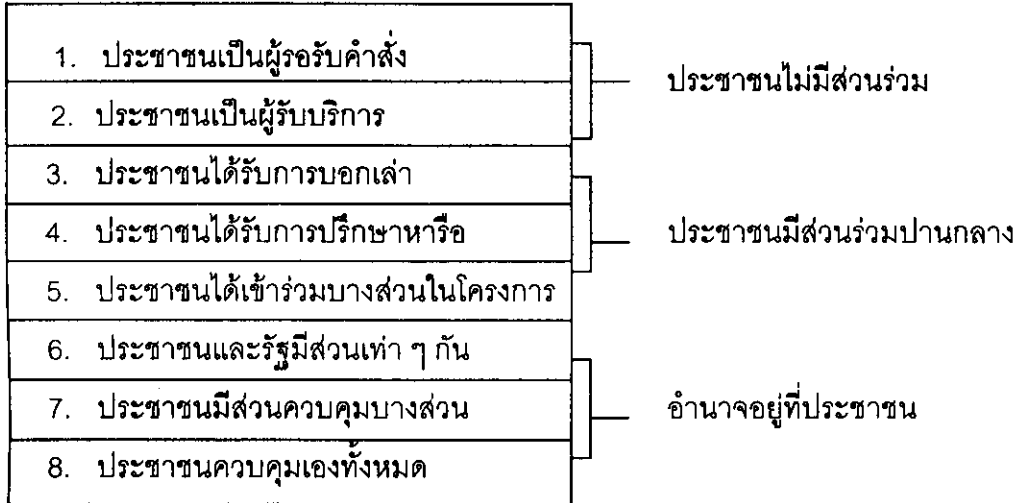
4. การประเมินผล คือ การควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด อาจแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมประเมินผลโครงการที่รับผิดชอบโดยหน่วยงานของรัฐ หรือการให้ประชาชนมีส่วนร่วมประเมินผล ในกิจกรรมดำเนินการโดยประชาชนเองแล้ว ประเมินผลเอง หรือให้กลุ่มอื่นมาร่วมประเมินผลด้วยก็ได้

ในการจัดระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ต่าง ๆ (Armstien, อ้างถึงในบุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2526 : 67-68 ; Campbell and Ramseyer, 1955 : 182 อ้างถึงในนพพงศ์ เหมนนท์, 2536 : 17) สรุปได้ดังนี้

1. ระดับที่ไม่มีส่วนร่วมเลย (non participation) คือ การที่ประชาชนถูกกำหนด ถูกเชิด ถูกชักจูง ถูกจัดให้เข้าร่วมกิจกรรม สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ระดับที่ไม่มีส่วนร่วมเลย ประชาชนและชุมชนไม่มีการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ต่างฝ่ายต่างอยู่ ประชาชนก็ไม่สนใจ ไม่รับรู้ ไม่ร่วมกิจกรรมด้วยกัน

2. ระดับการมีและไม่มีส่วนร่วมก้ำกึ่งกัน (degree of tokenism) คือ การที่ประชาชนเป็นเพียงผู้รับทราบ รับฟัง รับคำแนะนำปรึกษา รับคำปลอบโยน และได้รับทราบเรื่องต่าง ๆ จากองค์กร หรือผู้นำในหมู่บ้านมากขึ้น อาจมีคำถามจากประชาชนเป็นครั้งคราว

3. ระดับการมีส่วนร่วม (participation) คือ การเกิดพลังของประชาชน มีการรวมกลุ่ม มีการกระจายอำนาจ และเข้าควบคุมโดยประชาชน และชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน มีการติดต่อ 2 ทาง มีการคิดหาเหตุผล ตัดสินใจ แก้ปัญหาร่วมกัน มีการรับฟังความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม ระดับการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สามารถเขียนได้ดังนี้ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2526 : 67-68)



แผนภาพ 2 ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน

จากแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ได้ศึกษามาทำให้ผู้วิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและของผู้ป่วยเอดส์ได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมคิด คือร่วมในการประชุม ปรึกษาหารือในปัญหาของผู้ป่วยเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชน กำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือเมื่อมีการปรึกษาหารือกันแล้ว จะต้องร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีหรือแนวทางที่เห็นว่าดีที่สุด มีประโยชน์ที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้อยู่ได้อย่างปกติสุขได้นานที่สุด
3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกิจกรรม คือการเข้าร่วมกิจกรรม ดูแล ช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามกิจกรรมที่ตั้งไว้
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล คือการเข้าร่วมในการประเมินผลการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ตามแผนและการประเมินสถานการณ์ภายนอกด้วย

จากแนวคิดดังกล่าวมา ผู้วิจัยได้สรุปการมีส่วนร่วมของชุมชน และของผู้ป่วยเอดส์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นจะต้องมีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ปรึกษาหารือ ร่วมปฏิบัติตามกิจกรรม และร่วมการประเมินผลร่วมกัน เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการสนองตอบ

และการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของชุมชนที่มีความชุกการติดเชื้อโรคเอดส์สูง ในจังหวัดเชียงรายและจังหวัดพะเยา พบว่า การสนองตอบและการเผชิญปัญหาของชุมชนและองค์กรชุมชนต่อการมีผู้ป่วยผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์ในชุมชนนั้น สมาชิกในชุมชนครอบครัวผู้ป่วยผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างสมาชิกในชุมชนร้อยละ 87.8 สามารถมีส่วนร่วม ได้โดยตนเองไม่เดือดร้อน เช่น ให้กำลังใจ เยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำช่วยเหลือ เงิน ของใช้ และองค์กรมีการตอบสนองและเผชิญปัญหาหลายขั้นตอน คือ ขั้นแรกเป็นการพึ่งพาตนเองภายในครอบครัว ขั้นต่อมาพึ่งพาสมาชิกในชุมชนและขั้นสุดท้าย คือ การพึ่งพาจากภายนอกชุมชน ดังนั้น การที่รัฐหรือองค์กรเอกชนจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือกิจกรรมเอดส์ในชุมชน จุฬารัตน์ ภาวรา (2538 : ก) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้าน จำนวน 295 คน พบว่าระดับการมีส่วนร่วมขึ้นกับประสบการณ์ในการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ บทบาทของผู้นำ ภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบและพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและบุคคลใกล้ชิด จึงควรส่งเสริมให้เกิดความตระหนัก ในด้านปัญหาโรคเอดส์และรับรู้ในบทบาทหน้าที่การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ กองโรคเอดส์ (2542 : 13) ได้ศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของประเทศไทย พบว่า ในส่วนขององค์กรชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข คณะสงฆ์ วัด กลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อได้ร่วม กิจกรรมกับหน่วยบริการ ทำกิจกรรมเกี่ยวกับให้ความช่วยเหลือโดยเฉพาะด้านการให้คำปรึกษาเป็นที่พึ่งทางใจให้กับผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายโดยการฝึกสมาธิ การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลตนเอง การส่งต่อผู้ติดเชื้อเพื่อรับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลและการรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ประสานและสนับสนุนให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม/ชมรม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองกับเพื่อนสมาชิกร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการฝึกอาชีพประสานงานระหว่างผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการประสานงานกับแหล่งให้การสงเคราะห์ทั้งภาครัฐและเอกชน มีการระดมทุนจากองค์กรต่าง ๆ เพื่อนำมาช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน นอกจากนี้ในบางพื้นที่ เช่น เชียงราย มีประชาชนตำบล หมู่บ้านดำเนินงานด้านการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ มีการจัดเวทีชาวบ้านเพื่อพูดคุยหาปัญหาและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

นอกจากนี้ เอกสุธี พยุหมนตรี (2538 : ข - ค) ได้ศึกษาศักยภาพของชุมชนในการดำเนินงานโรคเอดส์ และการศึกษาการพัฒนา รูปแบบ และกระบวนการสร้างเสริมศักยภาพของ ชุมชนในการเป็นแกนนำดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยองค์กรผู้นำ ชุมชน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรชุมชนให้มีศักยภาพในการดำเนินงานโรคเอดส์ในชุมชน ควรเป็นรูปแบบและกระบวนการเรียนรู้เป็นกลุ่มแบบมีส่วนร่วมที่จะ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การระดมความคิดเห็นของปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน การวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหาและร่วมเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ มีการยอมรับ และมีความเห็นใจผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ส่วนรุ่งกานต์ ครลัมพ์, พลเดช ปิ่นประทีป และทวีศักดิ์ นพเกษร (2540 : 1) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2531 – 2539 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพจากเอกสารจำนวน 30 ชิ้น การสังเกตและการสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จำนวน 25 คน พบว่าการพัฒนากำลังคน ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการสร้างทัศนคติที่ดี ต่อผู้ป่วยผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยการสร้างแกนนำในระดับต่าง ๆ การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มแกนนำ โดยการกระตุ้นให้เกิดการประสานงานและสนับสนุน การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้านซึ่งเป็นศักยภาพของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และ พนิดา จิระไพศาลพงศ์ (2540 : 361-367) ได้ศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล ต่อการควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนนั้น มีความสัมพันธ์กับการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์และการเห็นด้วยของผู้นำชุมชนต่อการแก้ปัญหาโรคเอดส์และเสนอแนะควรจัดอบรมสมาชิกขององค์การบริหารส่วนตำบลด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์เพื่อมิให้มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแนะนำกับชุมชนรวมทั้งการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้กับประชาชนเพื่อส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และจากการศึกษาของ ปราโมทย์ รักชีพ (2540: บทคัดย่อ) พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาล โดยองค์กรเอกชนมีบทบาทเสริมในการประสานสนับสนุนและเชื่อมโยง จะทำให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูง

## 2.2 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ในชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์จะต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกันในสังคมหรือมีการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการอยู่ร่วมกันเป็นสังคมของมนุษย์ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพดีและความผาสุก ซึ่งเป็นการต้องการของมนุษย์ทุกคน โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วย หรือมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพในด้านจิตสังคมและมีผลต่อเนื่องไปถึงสุขภาพด้วย (Cohen & Syme, 1985 : 4-5) จึงมีผู้สนใจและศึกษาแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมอย่างมากมาย ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Dimond & Jones, 1983 : 145-146) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมมาช่วยสนับสนุนคำจูน เพื่อดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ

คอบบ์ (Cobb, 1976 : 300 - 301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเขาเองเชื่อว่ามีคนรักและเอาใจใส่ มีคนยกย่องและเห็นคุณค่า รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ตนเองอยู่ และมีความผูกพันต่อกัน

แคปแลน คาสเซลและกอร์ (Kaplan, Cassel & Gore, 1977 : 50 - 51) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการได้ติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม ทำให้เกิดความพึงพอใจ ต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่การได้รับการยกย่องนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังเป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคม หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อตนเองมาให้การสนับสนุนช่วยเหลือ

คาห์น (Kahn 1979 : 85) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน แสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน รับรู้ถึงการแสดงออกสิ่งเหล่านี้ อาจเกิดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมากกว่า

บารริเระ (Barrera 1981 : 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981 : 39) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักและเห็นคุณค่า ความไว้วางใจและรับฟังความห่วงใย การช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุสิ่งของ แรงงาน การบริการ เวลา การให้ข้อมูลข่าวสารและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการให้ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบประเมินตัวเองในสังคม

ลินและคณะ (Lin et al., 1981:74 cited in Thoits, 1982 : 146) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือที่แต่ละบุคคลให้มีการติดต่อกับคนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นรายบุคคล กลุ่ม หรือชุมชนขนาดใหญ่

ทอยส์ (Thoits, 1982 : 147) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หลังจากที่ได้ทบทวนวรรณกรรมแล้วว่า เป็นระดับของความต้านทานขั้นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ที่จะได้รับการตอบสนองโดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในกลุ่มสังคมนั้น ๆ ความต้องการ ขั้นพื้นฐานทางสังคม ประกอบด้วย ความรัก การยอมรับ ยกย่อง การเห็นคุณค่า การเป็นเจ้าของ ความมีชื่อเสียงและความปลอดภัย

พิลิสุก (Pilisuk, 1982 : 20) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่รวมถึงการที่บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นที่ยอมรับของสังคม นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะวิกฤตและความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพด้วย

ฮับบาร์ด มูเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubberd, Muhlenkamp and Brown 1984 : 266) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร ในแง่ดี ทำ -

ให้ความรู้สึกผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

ดันเคิล - เซทเทอร์ และเบนเนท (Dunkel - Schetter & Bennett, 1990 cited in Keeling et al., 1996 : 76 -77) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความหมายที่แบ่งย่อยได้เป็นลำดับ คือ มีการอยู่ร่วมในสังคม (Social integration) ซึ่งแสดงถึงการมีความสัมพันธ์ในสังคม มีเครือข่ายในสังคม (Social network) ซึ่งบ่งบอกถึงโครงสร้างหรือขนาดของความสัมพันธ์ต่อกันระหว่างบุคคลในสังคม มีการสนับสนุนช่วยเหลือในสังคม เป็นการรับรู้ถึงการสนับสนุนที่เกิดขึ้น การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเมื่อมีความต้องการ ช่วยเหลือด้านพฤติกรรม (Behavioural aspects) เป็นการสนับสนุนด้วยการกระทำใน หลายรูปแบบ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการเงิน เป็นต้น

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 171) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ดังนั้น สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับกิจกรรม การกระทำหรือ การช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายของสังคมประกอบด้วยการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน และการบริการ การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การประเมินคุณค่าและการเปรียบเทียบพฤติกรรม ตลอดจนการได้รับการยอมรับการยกย่องและเห็นคุณค่า ซึ่งเกิดขึ้นทั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับ ตามเป้าหมายของแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถอยู่ในสังคมไทย

### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

การวิจัยนี้ได้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำมาประยุกต์ใช้ แนวคิดหลักเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการลดการติดเชื้อเอดส์ในชุมชน มีดังนี้ ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อในสุขภาพ (Health Belief Model) ที่เน้นถึงการที่ชุมชนจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านประชากร การศึกษา อายุ เพศ เชื้อชาติ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้ และการรับรู้ความเสี่ยงของประชาชนในชุมชน (Rosenstock , Strecher and Becker 1994) ส่วนอีกทฤษฎีคือ ทฤษฎีเหตุผลแห่งการกระทำ (Theory of Reasoned Action) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่พยากรณ์พฤติกรรมการกระทำของมนุษย์เกิดจากเหตุผลที่สัมพันธ์กับความตั้งใจกระทำ (intension) ทศนคติ บรรทัดฐาน (norm) ทางสังคมภายใต้บริบทโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในสังคมนั้น (Fishbein et al., 1994) ทฤษฎีนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน เช่น การใช้ทฤษฎีเหตุผลการกระทำเพื่อทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ ในชุมชน (Ajzen and Fishbein, 1980) หรือ โดยการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมการติดเชื้อในการร่วมเพศ (Fishbein, Middlestadt and Hitchcoc, 1994) หรือ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีประสบการณ์และไม่มี

ประสบการณ์ในการตั้งใจใช้ถุงยางอนามัย หรือ ความสำคัญของข่าวสารในการป้องกันเอดส์ที่คลินิกการแพร่เชื้อทางเพศในกลุ่มประชากรวัยรุ่น และทฤษฎีอีกทฤษฎีที่เริ่มนิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลการติดเชื้อเอดส์ในชุมชน คือ รูปแบบการลดการติดเชื้อ (AIDS Risk Reduction Model=ARRM) ที่เน้นถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ทฤษฎีนี้ระบุไว้ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่หนึ่ง ชุมชนต้องตระหนักถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความเสี่ยงมากของบุคคล ขั้นตอนที่สอง ชุมชนต้องมีพันธะสัญญาอย่างจริงจังในการลดพฤติกรรมทางเพศที่เป็นพฤติกรรมความเสี่ยงสูงให้อยู่ในระดับต่ำ และขั้นตอนที่สาม ชุมชนต้องร่วมกันในการแสวงหาข้อมูล มีวิธีการแก้ไขปัญหาในชุมชน และมีอำนาจในการกำหนดวิธีแก้ปัญหาอย่างอิสระ (Catania, Kegeles and Coates ,1990) ทฤษฎีนี้ได้นำไปประยุกต์ใช้ เช่น การวิจัยโครงการปฏิบัติการเกี่ยวกับเอดส์ในชุมชน(Higgins, et.al.,1993) แนวคิดสุดท้ายคือ แนวคิดการมีส่วนร่วมของโฟนารอฟฟ์ (Fonaroff, 1983) สรุปว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของประชาชน มี 4 ระดับ คือ ต้องมีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ประชาชนที่มีส่วนร่วมยังต้องการได้ใช้บริการจากโครงการ(utilization) และประชาชนได้รับผลประโยชน์ (benefit)จากโครงการที่มีส่วนร่วม และในโครงสร้างของสังคม (Social struture) สมาชิกเองต้องมีหน้าที่ (Function) คือ ให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร(Information support) การสนับสนุนด้านสิ่งของการบริการและเงิน (Instrumental support) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนการให้การยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าการมีส่วนร่วมและสนับสนุนของชุมชนมิได้ถูกกำหนดด้วยเกณฑ์เฉพาะอาณาเขตแต่ถูกกำหนดด้วยศาสนา อาชีพ สถานภาพทางสังคม ตามคุณลักษณะประชากร การสื่อสาร (House and Kahn, 1985)

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย(exploratory research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนในภาคใต้ ได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชายแดนภาคใต้จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอแห่งหนึ่งในเขตชายแดนจังหวัดสงขลา โดยคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรหาโรยามาเน่ (Yamane, 1973 : 725) เลือกตำบลโดยการจับสลากได้ตำบลสะเดาและตำบลปาดังเบซาร์ จังหวัดสงขลา มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 9,635 หลังคาเรือน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 580 หลังคาเรือน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี แบ่งกลุ่ม(two stage cluster random sampling) คือ สุ่มจากตำบลและหมู่บ้าน



โดยการสุ่มตัวอย่างหลังคาเรือนใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่มตามเลขที่บ้านของประชาชน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนสร้างเครื่องมือผู้วิจัยได้ลงไปศึกษาข้อมูลโดยการทำ ศึกษานำร่อง ได้การสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชนดังกล่าวจำนวน 4 คน เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวในการทำแบบสัมภาษณ์ เครื่องที่ใช้ครั้งนี้ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เครื่องมือสำหรับการวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ลักษณะคำถามเป็นทั้งแบบคำถามปลายปิดและปลายเปิด มีส่วนประกอบดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ บุคคลในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความเสี่ยง ประเภทการสื่อสารและแหล่งข้อมูล

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของชุมชนตามการรับรู้ของประชาชน ได้แก่ การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติตามกิจกรรม และร่วมในการประเมินผล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (มีส่วนร่วมระดับมากที่สุด 4 คะแนน, มีส่วนร่วมระดับมาก 3 คะแนน, มีส่วนร่วมระดับปานกลาง 2 คะแนน, มีส่วนร่วมระดับน้อย 1 คะแนน และไม่มีส่วนร่วมเลยให้ 0 คะแนน) ส่วนคุณภาพของเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านและหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค แอลฟา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความเที่ยง 0.80

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS/FW และ LISREL VERSION 8.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยวิเคราะห์การมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression) และการวิเคราะห์เส้นทาง(path analysis) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย(เพศหญิงร้อยละ 52.4 และเพศชายร้อยละ 47.6 ) มีอายุเฉลี่ย 34 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.3 รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม ร้อยละ 24.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.3 รองลงมา มีสถานภาพเป็นโสด ร้อยละ 32.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 43.3 รองลงมาจบระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.8 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.6 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายและอาชีพเกษตรกรรม ค้าขายร้อยละ 24.3 และเกษตรกรรมร้อยละ14.7 และไม่มีการทำน่วยที่สุด ร้อยละ 13.5 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 46.4

รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 33.6 โดยค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8943.85 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 66.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอยู่ในเขตชายแดนภาคใต้ คือ จากเขตชายแดนตำบลสะเดา ร้อยละ 65.2 และจากเขตตำบลปาดังเปซาร์ ร้อยละ 34.8 สถานภาพทางสังคมส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 87.59 แหล่งข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์ในชุมชนที่นิยมมากที่สุด คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 94.1 ไม่เคยมีการรับรู้เกี่ยวกับการเผยแพร่โครงการโรคเอดส์ในชุมชน ร้อยละ 53.6

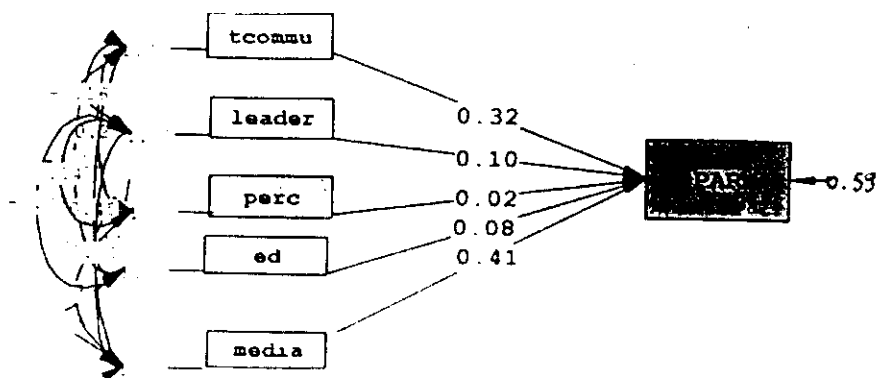
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 72.9 รองลงมาการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ส่วนการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน พบว่า มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เพียง ร้อยละ 57.4

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ มี 5 ปัจจัย คือ ประเภทการสื่อสารในการร่วมกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเอดส์(tcommu) การมีผู้นำ(leader) การรับรู้ความเสี่ยงของผู้ป่วยเอดส์(perc) การศึกษา(ed) และ แหล่งข้อมูลของสื่อเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์(media) โดยมีอำนาจการทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ร้อยละ31 ( $R^2 = .31$ ) ดังตาราง 1 และแผนภาพ 3

ตาราง 1 วิเคราะห์ถดถอยพหุในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของประชาชนในเขตชายแดนภาคใต้

ตัวแปร (ทำนาย)*	b	Beta	R	R <sup>2</sup>	F
1.ประเภทของการสื่อสารในการร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์	.42	.47	.52	.27	209.18
2. การมีผู้นำ					
3.การรับรู้ความเสี่ยงของเอดส์	1.54	.12	.53	.28	13.48
4.การศึกษา	.15	.12	.54	.29	7.67
5.แหล่งข้อมูลของสื่อเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์	-1.49	-.11	.55	.30	8.77
	-2.16	1.04	.56	.31	4.23

$p < .05$



Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000. RMSEA=0.000

แผนภาพ 3 แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง(path diagram)ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์)

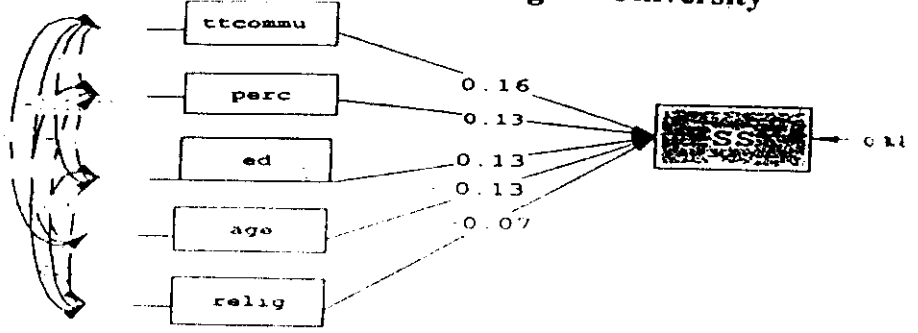
จากแผนภาพ 2 แสดงความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า จากแผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง(path diagram) และจากผลของค่าสถิติวิเคราะห์เส้นทางค่าของไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ค่า RMSEA = 0.0029 GFI = 1, CFI = 1.00, NFI = 1, { เกณฑ์รูปแบบหรือโมเดลตามสมมุติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูล คือ ไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ, RMSEA ค่าต่ำกว่า 0.5, มีค่า GFI CFI NFI มีค่ามากกว่า 0.9 (Joreskog and Sorbom, 1993) } แสดงว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 5 ตัวกับตัวแปรตามการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และรูปแบบนี้มีความสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีที่มผลต่อการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ พบว่า ปัจจัยประเภทการสื่อสารในการร่วมกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยงของโรคเอดส์ การศึกษา อายุ และศาสนาของประชาชนโดยมีอำนาจการทำนายการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ ร้อยละ 38 ( $R^2 = .38$ ) ดังตาราง 2 และแผนภาพ 4

ตาราง 2 วิเคราะห์ถดถอยพหุในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของประชาชนในเขตชายแดนภาคใต้

ตัวแปร (ทำนาย)*	b	Beta	R	R <sup>2</sup>	F
1.ประเภทการสื่อสารในการร่วมกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเอดส์	.1.27	.51	.54	.29	240.53
2. การรับรู้ความเสี่ยงของเอดส์	-4.15	-.11	.57	.33	138.49
3.การศึกษา	6.46	.17	.59	.35	103.32
4.อายุ	-.15	-.10	.60	.36	80.54
5.ศาสนา	1.27	.08	.61	.37	66.23
	-1.47	-.07	.62	.38	56.36

p < .05\*



Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

แผนภาพ 4 แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง(path diagram)ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (การสนับสนุนทางสังคม)

จากแผนภาพ 4 แสดงความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม(การสนับสนุนทางสังคม) พบว่า จากแผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง(path diagram) ค่าสถิติวิเคราะห์เส้นทางของค่าของไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ค่า RMSEA = 0.00 GFI = 1, CFI= 1.00, NFI=1, { เกณฑ์รูปแบบหรือโมเดลตามสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับข้อมูล คือ ไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ, RMSEA ค่าต่ำกว่า 0.5, มีค่า GFI CFI NFI มีค่ามากกว่า 0.9 (Joreskog and Sorbom, 1993) } แสดงว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ๕ ตัวกับตัวแปรตามการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีรูปแบบความสัมพันธ์สอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## วิจารณ์ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอยู่ (โดยมีส่วนร่วมคิดหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการ และการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน)ในระดับน้อยถึง ร้อยละ 72.9 และการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 ผลการวิจัยนี้ใกล้เคียงกับการวิจัยของจूरรัตน์ ภารา (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการป้องกันเอดส์ การมีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับน้อย เหตุที่ยอมรับได้ คือ เพราะความเข้าใจหรือการรับรู้เกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นการตีตราทางสังคมว่าเป็นโรคที่น่ากลัว(stigmatizing PWAs) เช่นเดียวกับการวิจัยในต่างประเทศ จากการสำรวจประชาชนในประเทศไอซ์แลนด์(Iceland) จำนวน 481 คน พบว่า ความกลัวในโรคเอดส์มีนัยสำคัญกับการเรียนรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน(Burkholder, Harlow and Washkwich, 1999) ส่วนด้านสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน การวิจัยนี้ พบว่า ประชาชนให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระดับปานกลาง พบว่า ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คือด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 71.2 ด้านความรู้และคำแนะนำร้อยละ 67.3 และด้านอารมณ์/จิตใจร้อยละ 57.7 ส่วนแรงสนับสนุนด้านการเงิน / สิ่งของ

ได้รับในระดับน้อย ร้อยละ 55.8 คล้ายกับการวิจัยของประเทือง ทิมพีโพธิ์ (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ คือการสื่อสารในการร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน โดยการสื่อสารโดยตรง(direct communication)มีผลต่อการมีส่วนร่วมสูง ประเภทของสื่อที่เป็นบุคคลมีผลต่อการมีส่วนร่วมกว่าสื่อที่ไม่ใช่บุคคล การมีผู้นำในการทำกิจกรรม การรับรู้ความเสี่ยงการติดเชื้อเอดส์สูง และประชาชนที่มีการศึกษาสูงมีผลต่อการมีส่วนร่วมสูงในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จึงเป็นไปตามสมมุติฐานบางส่วน เมื่อนำตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการถดถอยพหุ พบว่ารูปแบบความสัมพันธ์จาก 5 ตัวแปรอิสระและตัวแปร(การมีส่วนร่วม)มีความสอดคล้อง(good fit)กับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าในเขตชายแดนภาคใต้ การที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์สูงต้องเป็นชุมชนที่มีการสื่อสารโดยบุคคลมากกว่าใช้การสื่อสารที่ไม่ใช่บุคคล(หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์) เนื่องจากการสื่อสารการใช้สื่อสิ่งพิมพ์เป็นการสื่อสารทางเดียว(one way communication) ขาดการมีปฏิสัมพันธ์หรือปฏิกิริยาที่เกิดความเข้าใจร่วมกัน โดยเฉพาะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์เป็นข้อมูลที่มีลักษณะทางลบทั้งภายในครอบครัวและภายในชุมชนย่อมต้องการสื่อสารโดยบุคคล การสื่อสารแบบเปิดใจทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ถูกต้อง และยังทำให้ประชาชนได้ตระหนักถึงหน้าที่ในชุมชนมากขึ้น ถึงแม้จะมีการศึกษา พบว่า การใช้ข้อมูลข่าวสารจะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ได้(Fishbein, Middlestadt and Hiteceock , 1994) แต่ถ้าใช้การสื่อสารด้วยบุคคลโดยเฉพาะการสื่อสารภายในครอบครัวย่อมช่วยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการลดการติดเชื้อเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Burkholder, Harlow and Washkwich, 1999) นอกจากนี้การสื่อสารยังสร้างความไว้วางใจให้กับประชาชนยอมรับว่าการมีผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนไม่ทำให้ชุมชนเสียผลประโยชน์ (Fonaroff, 1983; Rothman & Tropman, 1990 ; Sengupta et.al, 2000) การวิจัยนี้ยังพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ระดับสูงย่อมทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์สูง ขึ้น เช่นเดียวกับผลการวิจัยในกลุ่มวัยรุ่นของประเทศออสเตรเลียที่พบว่า วัยรุ่นที่รับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อในระดับต่ำจะมีโอกาสติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญและมีส่วนร่วมในชุมชนต่ำ (Moor and Rosenthal, 1991) ดังนั้นการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการรักษาสุขภาพ(Glanz and Mullins, 1988) เนื่องจากการรับรู้ข้อมูลเป็นการช่วยให้ผู้ได้ข้อมูลสามารถเข้าใจการดูแลสุขภาพและรู้จักใช้ประโยชน์ของข้อมูลให้เป็นประโยชน์ในชุมชน

นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ปัจจัยการมีผู้นำในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนยังมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ แต่ไม่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มแต่การ

สนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมความพร้อมของปัจเจกบุคคล ดังนั้นการมีส่วนร่วมจะเกิดหรือไม่ จึงต้องการมีผู้นำในการนำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน เพราะภาวะผู้นำนั้นเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งในการอธิบายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน คุณลักษณะของผู้นำและวัฒนธรรมของชุมชนที่มีต่อผู้นำ ผู้นำที่เกิดขึ้นจากการยอมรับจากชุมชนที่แท้จริง ย่อมหมายถึงการเป็นศูนย์รวมที่จะสร้างเอกภาพในการมีส่วนร่วมได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวบุญ (2537:110) พบว่า การมีส่วนร่วมทั้งกลุ่มผู้นำชุมชนมีผลในการแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน และการศึกษาของมาฮัมมัดและคณะ(Mahmud et.al,1998) ได้ใช้การสร้างความคิดสร้างสรรค์และแรงจูงใจให้กับผู้นำศาสนาเพื่อควบคุมการแพร่กระจายการติดเชื้อเอดส์ในชุมชน และการเพิ่มความตระหนักในชุมชนโดยผ่านผู้นำชุมชน จำนวน 65 คน ผลทำให้ผู้นำชุมชนมีความเข้าใจและตระหนักถึงการให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ยั่งยืน

ส่วนผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ(เพศ สถานภาพ การสมรส อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ )มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนหรือไม่ พบว่า ปัจจัยด้านประเภทของการสื่อสาร การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ และการศึกษาที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ปัจจัยด้านอายุ เพศ ศาสนามีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมแต่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < .05$ ) จึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยบางส่วน เนื่องจากปัจจัยการศึกษาเป็นตัวชี้วัดทางสังคมที่แสดงให้ถึงการมีกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมในการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ก่อให้เกิดความผาสุกในสังคม (Rosenstock , Strecher and Becker, 1994 ; Ajen and Fisbein, 1980) ส่วนปัจจัยด้านอายุ การวิจัยนี้ พบว่า ประชาชนที่มีอายุน้อยจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนที่มีความสูง สอดคล้องกับการศึกษาในประชาชนภาคเหนือของจอร์เจีย ภาธา(2528) นอกจากนี้การวิจัยนี้ ยังพบว่าพบว่าศาสนามีผลต่อการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ประชาชนนับถือศาสนาอิสลามให้การสนับสนุนทางสังคมต่างกับประชาชนที่นับถือศาสนาพุทธ เหตุผลเนื่องจากประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามบางกลุ่มยังไม่เห็นด้วยกับการต้องไปสนับสนุนผู้ป่วยเอดส์อื่นเนื่องจากเชื่อว่าถ้าทุกคนนับถือคำสอนตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดแล้ว คนในครอบครัวจะมีความซื่อสัตย์ต่อกันและไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ (Francesca, 2002 ; Lagarde et.al., 2000)



## ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีหลักสูตรโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารโดยใช้บุคคลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์พาะตำแหน่ง โดยมีตำแหน่งรองรับในงานนี้เช่นเดียวกับการพัฒนาผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเอดส์ แต่คนกลุ่มนี้ต้องมีทักษะในการสื่อสารพิเศษกว่าบุคคลทั่วไป เพราะต้องเป็นการสื่อสารเรื่องสุขภาพที่ใช้กับกลุ่มคนที่มีความอ่อนไหวทางจิตใจ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีงบประมาณสนับสนุนและมีโปรแกรมการสร้างความคิดสร้างสรรค์ และพลังให้ชัดเจนกับผู้นำทางศาสนาและอาสาสมัครวัยรุ่นที่เข้าใจเชิงวัฒนธรรมในภาคใต้ ให้มีความตระหนักและเห็นความสำคัญจัดโปรแกรมการสร้างพลังชุมชนโดยใช้หลักศาสนามาประยุกต์เพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่ใกล้ตาย
3. การใช้แนวคิดการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด(Therapeutic relationship) ยังมีความจำเป็นกับผู้ป่วยเอดส์ เช่น ครอบครัวบำบัด ชุมชนบำบัดและสังคมบำบัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคงต้องเปลี่ยนฐานการรับผิดชอบใส่เข้าไปในหัวใจของประชาชนในชุมชนว่า การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นความรับผิดชอบของชุมชนและสังคมไทย สายใยแห่งครอบครัวและชุมชนยังเป็นยาวิเศษเปรียบเสมือนวัคซีนเอดส์ที่ผู้ป่วยและญาติรอความหวังอยู่ และมีข้อดีกว่าที่ต้นทุนต่ำแต่มีประสิทธิภาพสูงในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนในชุมชนและสังคม

## บรรณานุกรม

- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.(2543). รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน,31 (1) : 25 – 30.
- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข(2545) . <http://epid.moph.go.th/epi31.html>.
- กองโรคเอดส์, โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ, องค์การอนามัยโลกและสถาบันประชากรและสังคม, โครงการศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของประเทศไทย. (2542). การสัมมนาโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 7 กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
- กัญญา ศุภจรรยา(2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านการศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านหนึ่งในแถบภาคเหนือตอนบน, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรีรัตน์ ภารา.(2528). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการป้องกันโรคเอดส์กรณีศึกษา อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย (ประชากรศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จงกล ทองโสม.(2533). กระบวนการตอบสนองการติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด, วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2526) . การระดมประชาชนเพื่อพัฒนาชนบท. เศรษฐศาสตร์ปริทัศน์, 6 (1), 270-275.
- ชัยยศ คุณานุสนธ์. (2541). ระบาดวิทยาของ HIV/AIDS และผลกระทบต่อประเทศไทย การประมวลและสังเคราะห์ : การวิจัยทางคลินิก เกียรติ รัชชังธรรม (มก.). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ชวนชม สกนธวัฒน์.(2537-2538). กลวิธีป้องกันโรคเอดส์สำหรับครอบครัวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- ดวงฤทัย พงศ์เชียวบุญ. (2537). การมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ในบ้านถวาย ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เดือนใจ เทพยสุวรรณ. (2536). การสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์. ในสมบัติ แทนประเสริฐสุข (บรรณานุกรม). รวมบทบรรยายการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 3 วันที่ 7 – 9 กรกฎาคม กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

- ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์. (2536) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา รายงานประชุมเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายและกลวิธี กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์.(2539). การติดเชื้อเอดส์ในวัยรุ่น : บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและควบคุม. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14 (2) : 26 – 31.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสุขศึกษา, 8 ,68-70.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ.(2540) วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ : การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย, วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรจง คำหอมกุล.(2535). คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1กรุงเทพมหานคร : คณะทำงานด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์โรคเอดส์เพื่อกลุ่มเป้าหมายที่ 4, 1-15.
- ประเทือง พิมพ์โพธิ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลของญาติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาริชาติ จันทร์จรัส และคณะ. 2537. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ : กรณีศึกษาเบื้องต้น. รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536 – 2540. กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- ปราโมทย์ รักชีพ. (2540). บทบาทขององค์กรเอกชนในการดูแลทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์. วารสารโรคติดต่อ , 23 ( 2), 246-254.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข .(2537). ปฏิกริยาตอบสนองของหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอดส์ การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์, ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์.(2527) . นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาในปัจจุบัน. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. ศูนย์ศึกษานโยบาย สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์, วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มารยาท วงษาบุตร.(2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี, วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์, พลเดช ปิ่นประทีปและทวีศักดิ์ นพเกษร. (2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันและแก้ปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2531 – 2539. วารสารการสาธารณสุข, 6 (1).8-15.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร.(2536). ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์. ในสมบัติ แทนประเสริฐสุข (บรรณานุกรม). **รวมบทบรรยายการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์. ครั้งที่ 3 วันที่ 7 – 9 กรกฎาคม 2536. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.**
- ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และคณะ.(2539). " รายงานเบื้องต้นปัจจัยกำหนดที่มีผลต่อการยอมรับการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS โดยชุมชน : ประสพการณ์จากภาคเหนือ" เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ. โรงแรมปาร์ควินน์ธนา จังหวัดเชียงใหม่
- เอกสิทธิ์ ยูหมนตรี. (2538). **ศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์, วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการศึกษานอกระบบ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- Allan, J.D. (1990). "Focusing on living, not dying : A naturalistic study of self – care among seopositive gay men." *Holistic Nursing Prace.* 4 (2) , 56 -63.
- Ajen, I.,Fishbein,M.(1980).*Understanding attitudes and Predicting social behavior.* New Jersey: Prentice-Hall,Inc.
- Barrera, M. (1983). " Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assessment issuss." In G.H. Gottlieb (Ed.) *Social Networks and Social Support.* London : SAGE Publications.
- Burkholder , G.J., Harlow, L.L., and Washkwich , J.L.(1999).*Social Stigma, HIV/AIDS Knowledge,and Sexual Risk. Journal of Applied Biobehavioral Research,* 4(1), 27- 44.
- Catania, J.A.,Coates, T.J., Kegeles,S.M.,Ekstand, M., Guydish, J.R., & Bye, L.L.(1989).*Implications of the AIDS Risk-Reduction Model for gay the community: The important of perceived sexual enjoyment and help-seeking behaviors.* In V.M. Mays, G.W. Albee, & S.F. Schneider (Eds),*Primary prevention of AIDS :Psychological approaches,*(pp.242-261). NewburyPark,CA:Sag Catania, J.A., Kegeles, S.M., and S.M., and Coates.
- Cobb, S. (1976). "Social support as a Modertor of life Streess." *Psychosomatic Medicine,* 38 , 300 – 314
- Francesca., E . (2002). *Aids in contemporary Islamic ethical literature, Med Law,* 21(2), 381-94. .

- Fishbein , M., Middlestadt, S.E., and Hitchcock ,P.J.(1994). Using information to changes sexually Transmitted disease related behaviors. In R.J. DiClement and J.L. Peterson(Eds.),*Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*.(pp.61-78). New York Plenum.
- Fonaroff, E.(1983) . *Community Involement in Heath System for Primary Health Care*, SHS / 83.6 WHO.Geneva.
- Getty, G. & Stem P. (1990). "Gay men"s perceptions and responses to AIDS." *Journal of Advanced Nursing*, 15 , 595 – 905.
- Glanz,K., and Rudd, J.(1989). How Individuals Use Information for Health Action : Consumer Information Processing . In Glanze,K, & Lewis F.M & Rimer B.K(eds.).*Health Behavior and Health Education : Theory Research, and Practices*. SanFrancisco: JOSSEY-Bass Publishers.
- Ginzburg, N.M. & Macdonald. (1986). M.G. Thepidemiology of human T-cell lymphotropic virus Type-III (HTLV-III Disease). *Psychiatric Annals*, 16(3) : 153 -156
- Higgins, D.L., Schnell, D.J., Beeker ,C., Guenther-Grey, C., Fishbein, M., O'Reilly, K.R., and Sheridan, J.(1993).*The AIDS community demonstration projects:Project overview and theoretical Foundations. The AIDS community demonstration projects research team*. Paper presented at the IX International Conference on AIDS(Abstract PO-D13- 3745),Berlin.
- House,J.S. (1981). *Work stress and social support*. California : Addison- Wesley Publishing Company.
- House,J., and Kahn, R.(1985). *Measures and Concepts of Social Support and Health*. Orlando:Fla.:Academic Press.
- Hubberd, P. , Muhlenkamp, A.F. &Brown, N. 1984. "The Relationship between Social Support and Self – Care Practice." *Nursing Research*, 33, 266 - 269.
- Joreskog , K. G., and ,Sorbom, D.(1993).*LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language*.Chicago : Scientific Software International Inc.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkely : University of California Press.
- Kaplan,B.H., Cassel,J.C.& Gore,S. 1977. Social support and health. *Medical Care*, 25 , 47-58.
- KeelinG et al. (1996). Social support: some pragmatic implications for health care professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (1) , 76-81.

- Lin, N. , Ensel, W.M. , Simeone, R.S. and Kuo, W. (1979). Social Support, Stressful Life events and illness : A Model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108 –199 .
- Ndoye., I. and Mboup., S.(2000). Religion and protective behaviours towards AIDS in rural Senegal. *AIDS*, 8 (13), 2027-33
- Mahmud H;Kabir MA;Mian MA;Ali MM. (1998). HIV/AIDS prevention and control creation of awareness by motivation and mobilizing religion leaders. *Int Conf AIDS* ,12;643(abstract no.107/33256).
- Moor, S.,& Rosenthal, D.A.(1991). Adolescent invulnerability and perceptions of AIDS risk. *Journal of Adolescent Research*, 6, 164-180.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal Orthopsychiatry*, 52(1), 20-31.
- Rosenstock I., & Strecher, V., and Becker, M. (1994).The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In R.J.DiClement, and J.L.Peterson(Eds), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*.(pp. 5-24). New York : Plenum Press.
- Rothman, J., and Troman,J.E. (1990) ."Improving Health Though Community Organization" In Glanze,K., &Lewis F.M &Rimer B.K.(eds.).*Health Behavior and Health Education : Theory Research, and Practices*. San Francisco: JOSSEY-Bass Publishers.
- Sengupta .,S et.al. (2000) . Factor affecting African-American participation in AIDS research.*J. Acquir Immune Defic Syndr.* ,24(3), 275-84.
- T.J.(1990).Towards an understanding of risk behavior:An AIDS risk reduction model(ARRM).*Health Education Quarterly*, 17(1), 53-72.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problem in studying Social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145 -159.
- Widdus D;Kauffman C;Reid H;Kinney J. (1993). Youth participation in program planning for HIV/AIDS education. *Int Conf AIDS* , 9(2), 794(abstract no. PO-D02-3458).
- Wienold M;Lie R;Grimshaw J. (1992). Community participation in research and treatment issues the European AIDS Treatment Group. *Int Conf AIDS*, 8(2):B237(abstract no.PoB 3880).
- Weitz, R.(1989) "Uncertainty and the lives of persons with AIDS " *Journal of Health and Social Behavior*. 30, 270 – 281.
- Weiss, R. (1974). "The Provision of Social Relationships." In *Doing Unto Others*, 17- 26.