

จากตาราง 7 กลุ่มตัวอย่างในส่วนใหญ่ของประชาชนพบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 53.2 และเพศชายร้อยละ 46.8) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 39 ปี (ร้อยละ 53.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 78.2) รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม(ร้อยละ 18.7) ประชาชนส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่(ร้อยละ 60.8) รองลงมามีสถานภาพเป็นโสด(ร้อยละ 37.1) สำหรับระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา(ร้อยละ 41.3) รองลงมาจบระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30.0) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.6) รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายและอาชีพเกษตรกรรม (ค้าขายร้อยละ 20.0 และเกษตรกรรมร้อยละ 19.7) และพบว่าประชาชนไม่มีงานทำ (ร้อยละ 12.6) รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 47.9) รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ 25.9) โดยค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัว 8,658.76 บาท ประชาชนส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย (ร้อยละ 66.1) และส่วนน้อยที่ใช้จ่ายไม่เพียงพอ (ร้อยละ 33.9)

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปด้านสถานภาพทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ประกอบด้วย สถานภาพทางสังคมของประชาชนและ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไป ของประชาชนตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพทางสังคมและบุคคลในครอบครัวติดเชื้อเอดส์

สถานภาพทางสังคมและบุคคลในครอบครัวติดเชื้อเอดส์	จำนวน n = 380	ร้อยละ
สถานภาพทางด้านสังคม		
กรรมการชุมชน	3	.8
อาสาสมัครสาธารณสุข	10	2.6
ผู้นำศาสนา	1	3
สมาชิกชมรมต่างๆในชุมชน	22	5.8
ประชาชนทั่วไป	344	90.5
บุคคลในครอบครัวติดเชื้อเอดส์		
เป็น	11	2.9
ไม่เป็น	369	97.1

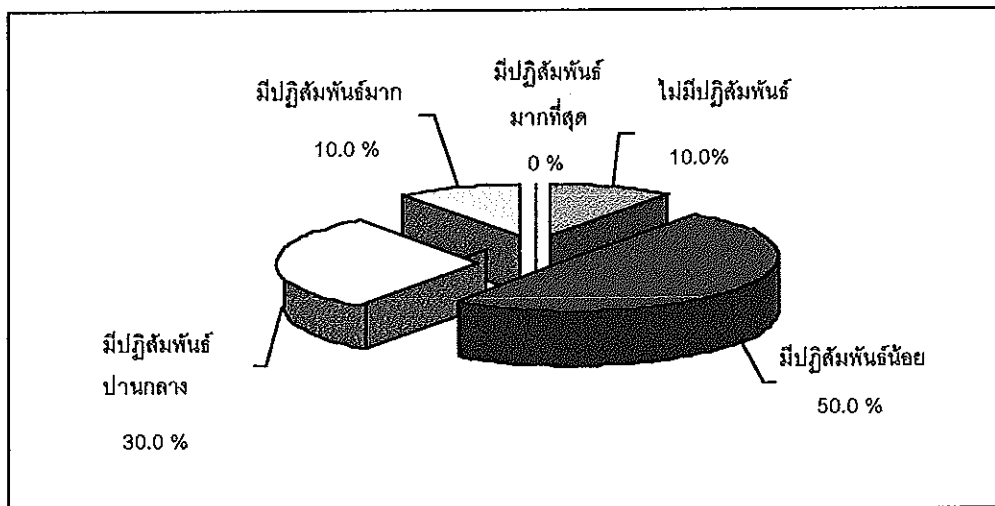
จากตาราง 8 พบว่าประชาชนในชุมชนไม่มีสถานภาพทางสังคมใดๆในชุมชนมากที่สุดคือส่วนใหญ่จะเป็นเพียงประชาชนทั่วไป (ร้อยละ 90.5) สำหรับประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมในชุมชนนั้นพบเป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 9.5) และพบว่าส่วนใหญ่ประชาชนในชุมชนเป็นสมาชิกชมรมต่างๆที่ตั้งขึ้นในชุมชนมากที่สุด(ร้อยละ 5.8) รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 2.6) ในส่วนความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์กล่าวคือมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์น้อย (ร้อยละ 2.9)

ส่วนที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชนในชุมชนและของผู้ป่วยเอดส์ (ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ข้อที่ 2 และข้อที่ 3) แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนดังนี้

2.1 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบไปด้วยปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม ดังต่อไปนี้

2.1.1 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการติดต่อสื่อสารในมิติของผู้ป่วยเอดส์

ภาพประกอบ 4 ร้อยละของปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการติดต่อสื่อสารในมิติของผู้ป่วยเอดส์ เขตชายแดนภาคใต้



จากภาพประกอบ 4 ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์และประชาชนในชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 50.0) รองลงมา มีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.0) และไม่มีปฏิสัมพันธ์เลย (ร้อยละ 10.0) เมื่อพิจารณารายละเอียดต่างๆ ของปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการติดต่อสื่อสารในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การพูดคุย ทักทายระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชน ส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.34$, $S.D = 1.28$) ส่วนการติดต่อ พบปะ นั้นอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.36$, $S.D = 1.10$) ความถี่ในการติดต่อพบปะกันระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชนอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.04$, $S.D = .83$) ซึ่งผู้ป่วยคาดว่าในอนาคตการติดต่อ พบปะ ระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนอยู่ใน

ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.92$, S.D=1.05) ส่วนการยอมรับผู้ป่วยเอดส์เมื่อเข้ามารักษาที่วัดใหม่ๆ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.30$, S.D=.95) สำหรับการการทำบุญในวัดของประชาชนในชุมชนหลังจากที่มีผู้ป่วยเอดส์เข้ามารักษาในวัดแล้วและการซื้อขายสินค้าระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชนนั้นสามารถซื้อขายสินค้าได้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.52$, S.D=.99 และ $\bar{X} = 1.90$, S.D=1.28) ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชนที่ทางวัดจัดขึ้นนั้นอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.90$, S.D=1.28 และ $\bar{X} = .74$, S.D=1.12) โดยภาพรวมปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์นั้นอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.40$, S.D=.72) ดังตาราง 9

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์

ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร	ผู้ป่วยเอดส์		
	\bar{X}	SD.	แปลผล
1. การพูดคุย ทักทายระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน	1.34	1.28	น้อย
2. การติดต่อ พบปะ ระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน	1.36	1.10	น้อย
3. ความถี่ในการติดต่อ พบปะ ระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน	1.04	.83	น้อย
4. การติดต่อ พบปะ ระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน ในอนาคต	1.92	1.05	ปานกลาง
5. การยอมรับผู้ป่วยเอดส์เมื่อเข้ามารักษาในวัดใหม่ๆ	1.30	.95	น้อย
6. การทำบุญของประชาชนในชุมชนหลังจากมีผู้ป่วยเอดส์เข้ามารักษาในวัดแล้ว	1.52	.99	ปานกลาง
7. ความสามารถในการซื้อ - ขายสินค้าระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน	1.90	1.28	ปานกลาง
8. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้ป่วยเอดส์	1.36	.80	น้อย
9. การเข้าร่วมกิจกรรมในวัดของประชาชนในชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์	.74	1.12	น้อย
รวม	1.40	.72	น้อย

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อมาเสริมข้อมูลเชิงปริมาณ เกี่ยวกับ ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก พบว่า

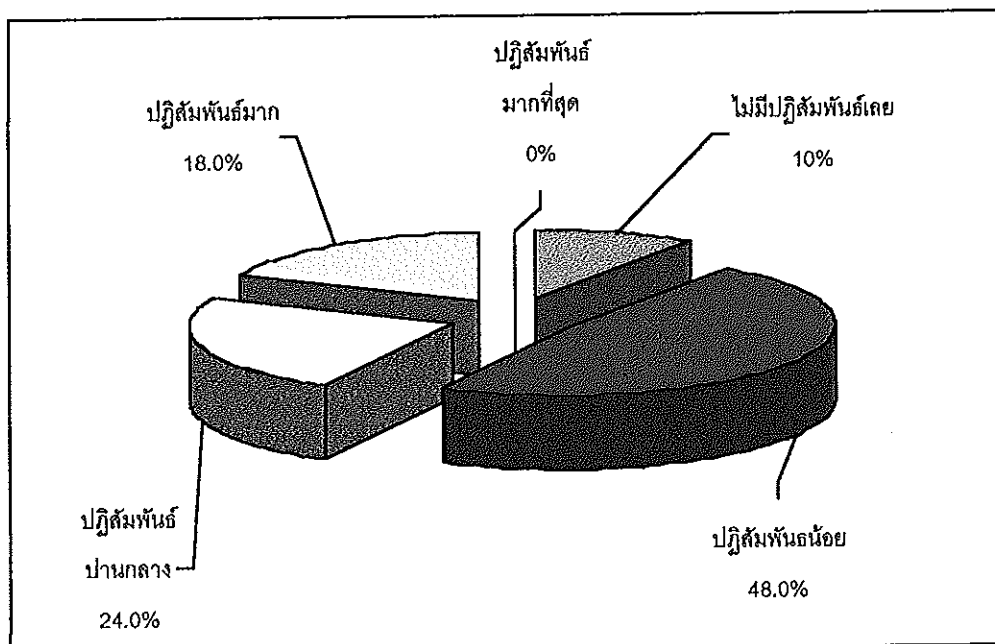
เคยพูดคุยกับประชาชนในชุมชนบ้าง มีเพื่อนที่สามารถพูดคุยได้เพียงเล็กน้อย เคยออกไปซื้อของในชุมชน เอาผักไปขายให้กับประชาชนในชุมชน ส่วนปฏิสัมพันธ์เชิงลบ พบว่า 'ไม่มีการพูดคุย หรือพบปะกันเลย' ทำที่ของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ ตอนที่ผู้ป่วยเอดส์เข้ามาอยู่ในวัดตอนแรกๆ ประชาชนจะเดินรับได้ ไม่ยอมให้ผู้ป่วยเอดส์เข้ามาอยู่ในวัด ประชาชนกลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ มองผู้ป่วยเอดส์ด้วยสายตาที่แปลก มองด้วยสายตาที่สงสัย บางคนไม่กล้ามองผู้ป่วยเอดส์ บางคนไม่เคยติดต่อกับประชาชนในชุมชนเลย เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารักษาในวัดแห่งนี้ส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัด ไม่ใช่คนในพื้นที่ทั้งนั้น จึงไม่รู้จักรักกับคนในชุมชน ผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าออกไปพบปะกับคนนอกชุมชน เพราะกลัวคนเขารังเกียจ และผู้ป่วยบางคนมีสภาพร่างกายไม่อำนวยให้ผู้ป่วยกล้าออกไปด้วย ประกอบกับทางวัดได้มีกฎระเบียบไม่ให้ผู้ป่วยเอดส์ออกไปนอกวัด ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอดส์ว่า

“ประชาชนที่ผมทำงานด้วยพวกนี้เขาไม่กลัวหรอกสงสัยผมไม่มีเม็ด ตุ่มหนอง เหมือนผู้ป่วยคนอื่นมั่ง” (ผู้ป่วยเอดส์ 1 เพศชาย)

“เขาคงไม่ชอบเท่าไรหรอก เพราะเมื่อก่อนเขาถือผ้อ่น ถือไม้เข้ามาทำร้ายผู้ป่วยในวัด” (ผู้ป่วยเอดส์ 3 เพศหญิง)

2.1.2 ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์

ภาพประกอบ 5 ร้อยละของปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์



จากภาพประกอบ 5 ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 48.0) รองลงมาปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 24.0) และไม่มีปฏิสัมพันธ์เลย (ร้อยละ 18.0) เมื่อพิจารณารายละเอียดทางด้านพบว่า ชุมชนไม่มีส่วนร่วมคิด ไม่มีส่วนร่วมประชุมเพื่อหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ($\bar{X} = .33$, S.D = .54) และไม่มีส่วนร่วมเสนอแนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์และร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ($\bar{X} = .31$, S.D = .81) นอกจากนั้นชุมชนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติคือได้มีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในวัดและได้มีการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .55$, S.D = .94) การติดตามและการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในวัดรวมทั้งการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์พบว่าอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .79$, S.D = .83) ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมพบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .49$, S.D = .67) ดังตาราง 10

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์

ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วม	ผู้ป่วยเอดส์		
	\bar{X}	S.D	แปลผล
1. ร่วมคิดหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	.33	.54	ไม่มี
2. ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	.31	.53	ไม่มี
3. ร่วมปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	.51	.75	น้อย
4. ร่วมประเมินผลติดตามการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	.79	.86	น้อย
รวมการมีส่วนร่วมทุกด้าน	.49	.67	น้อย

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อมาเสริมข้อมูลเชิงปริมาณ เกี่ยวกับ ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์นั้นปฏิสัมพันธ์เชิงบวก พบว่าประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นน้อย ที่เห็นเป็นประจำมีเพียงมคทายกของวัด ส่วนปฏิสัมพันธ์เชิงลบ ประชาชนไม่เข้ามาทำกิจกรรมในวัด เมื่อผู้ป่วยเอดส์เข้ามาอยู่ในวัด กรรมการวัดซึ่งเป็นประชาชนในชุมชน ลาออกหมด ประชาชนไม่มีบทบาทในวัด ไม่มีส่วนร่วมใน

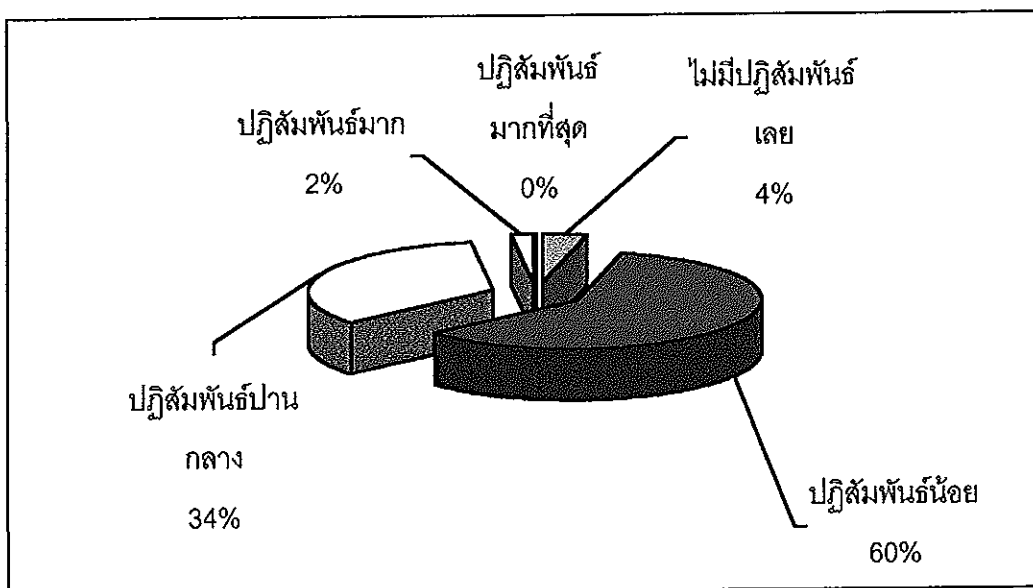
การคิดหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนกลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ ไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอดส์ว่า

"มีแต่มคทายกของวัดเท่านั้นแหละ พวกคนในชุมชนเขาเข้ามาในวัดเหมือนกัน แต่เขามากรุระ เขาไม่ได้มาคิดหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรอก จะคิดหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างไร " (ผู้ป่วยเอดส์ 1 เพศชาย)

"ตอนมาอยู่ใหม่ๆ มีปัญหา อย่างว่าแต่จะปรับตัวเข้ากับเลย ไม่ยอมรับพวกเราเลย แต่เดี๋ยวนี้ดีขึ้นบ้าง แต่ประเภทต่างคนต่างอยู่ ไม่ยุ่งเกี่ยวกัน" (ผู้ป่วยเอดส์ 2 เพศชาย)

2.1.3 การสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์

ภาพประกอบ 6 ร้อยละของปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์



จากภาพประกอบ 6 ปฏิสัมพันธ์ในการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในมิติของผู้ป่วยเอดส์พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 60.0) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.0) ผู้ป่วยเอดส์ไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลย (มีร้อยละ 4.0) เมื่อพิจารณาทางด้านพบได้ดังนี้ ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1) ปฏิสัมพันธ์ทางด้านอารมณ์ จากประชาชนในชุมชน โดยมีคนในชุมชนรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยเอดส์ ให้กำลังใจผู้ป่วยเอดส์โดยการที่ไม่พูดซ้ำเติมผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนสามารถเป็นที่ปรึกษาหรือสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งผู้ป่วยเอดส์สามารถพูดคุยปัญหาต่างๆของผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากประชาชนในชุมชน อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}= .78, S.D=.80$)

2) ปฏิสัมพันธ์ทางด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์พบว่าแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์จากโทรทัศน์ ($\bar{X}= 2.32, S.D=1.10.$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X}= 1.82, S.D=.1.30$) โดยภาพรวมการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.45, S.D=.60$) ส่วนความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาหรือการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเอดส์ วิธีการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรที่สามารถให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเอดส์ วิธีการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ สถานที่ให้การบำบัดรักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสัดเป็นส่วน รวมทั้งต้องการสื่อต่างๆ และเกี่ยวกับด้านยาและเวชภัณฑ์ในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์เหล่านี้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 2.80, S.D=.87$)

3) ปฏิสัมพันธ์ทางการได้รับสิ่งของหรือเครื่องใช้ ได้รับการบริการ ได้รับบริจาคเงิน การได้รับความช่วยเหลือช่วยเหลือจากประชาชนโดยประชาชนพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล มีประชาชนในชุมชนช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายและเคยได้รับบริจาคยาหรือเวชภัณฑ์จากประชาชน พบว่าผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากประชาชนอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=.91, S.D=.97$)

4) ปฏิสัมพันธ์ด้านยอมรับยกย่องและการเห็นคุณค่าผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ได้รับการยอมรับและประชาชนให้เกียรติผู้ป่วยเอดส์ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ผู้ป่วยเอดส์สามารถไปขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ได้รับการช่วยเหลือจากประชาชนในชุมชน ผู้ป่วยเอดส์สามารถแสดงความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้ในระดับน้อย ($\bar{X}=.87, S.D=.72$)

5) ปฏิสัมพันธ์ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ป่วยเอดส์คิดว่าผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ชุมชนมีส่วนสำคัญในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าไปทำกิจกรรมร่วมกับประชาชนที่ชุมชนจัดขึ้นได้ และประชาชนในชุมชนเข้ามาทำกิจกรรมทางศาสนาที่วัดจัดขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์เคยได้รับการช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนจากประชาชนในชุมชน

โดยภาพรวมของการให้การสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ ทุกด้านพบว่าอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.29$, S.D=.48) ดังตาราง 11

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์

ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม	ผู้ป่วยเอดส์		แปลผล
	\bar{X}	SD.	
1. ด้านอารมณ์	.78	.80	น้อย
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร			
2.1 แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ได้รับ	1.45	.60	ปานกลาง
2.2 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์	2.80	.87	มาก
3. ด้านสิ่งของการบริการและการเงิน	.91	.97	น้อย
4. ด้านการยกย่องและเห็นคุณค่า	.87	.72	น้อย
5. ด้านการเห็นผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	.97	.67	น้อย
รวมทุกด้าน	1.29	.48	น้อย

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อมาเสริมข้อมูลเชิงปริมาณ เกี่ยวกับ ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนนั้น ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก พบว่า ผู้ป่วยเอดส์เคยได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากประชาชนแต่ได้รับน้อย มีผู้คนในชุมชนให้การสนับสนุนสิ่งของ เครื่องใช้ แก่ผู้ป่วยเอดส์ เช่นมีการทำอาหารมาถวายพระและทำมาเพื่อผู้ป่วยเอดส์ด้วยแต่ก็มีเพียงส่วนน้อย ส่วนประชาชนที่อยู่นอกชุมชนนั้นจะให้การสนับสนุนมาก มีการบริจาคเงิน ให้สิ่งของ บริจาค ข้าวสาร อาหารแห้ง มาฆ่า เสื้อผ้า ที่นอน หนังสือ โดยเฉพาะข้าวสารกับมาฆ่า มีคนมาบริจาคมาก จนทางวัดต้องเอาไปบริจาคให้แก่โรงเรียนอีกต่อหนึ่ง เพราะมีมากเกินไป กินไม่ทัน อาจจะทำให้ของเสียได้ ส่วนปฏิสัมพันธ์เชิงลบ ผู้ป่วยเอดส์ไม่เคยมีผู้คนในชุมชนมาพูดให้กำลังใจ ไม่มีใครเคยให้เงินหรือสิ่งของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับน้อย สาเหตุที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากประชาชนน้อยเนื่องจากประชาชนคงกลัว รังเกียจ ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเข้าไปในชุมชน ไม่มีผู้คนที่รู้จักผู้ป่วยเอดส์ไม่เคยเข้าไปขอจากชุมชน ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอดส์ว่า

"มีคนเอาพวกของกิน ข้าสาร มาม่า พวกนี้มาเยอะมาก กินไม่ทัน บางคนก็บริจาคเงิน เช่นพวกมาเลยก็จะบริจาคเงินเยอะมาก" (ผู้ป่วยเอดส์ 1 เพศชาย)

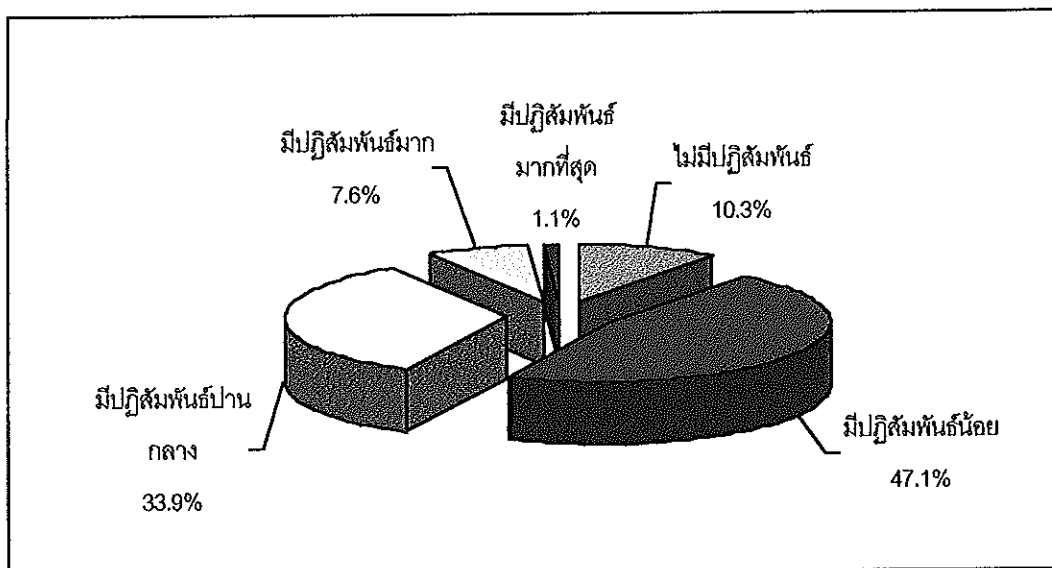
"คนในชุมชนจะให้เงินพวกเราน้อยมาก มีบ้างช่วงเวลาที่วันสำคัญทางศาสนา เช่น เขาเข้ามาทำบุญ เห็นเราคงสงสาร ก็อาจให้ ร้อยหนึ่ง " (ผู้ป่วยเอดส์ 3 เพศหญิง)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยสรุปเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการติดต่อสื่อสารในภาพรวมนั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ส่วนปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการมีส่วนร่วม ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมน้อย สำหรับ ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมในมิติของผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมนั้น พบว่าอยู่ในระดับน้อย สาเหตุที่ผู้ป่วยเอดส์คิดว่าประชาชนมีปฏิสัมพันธ์น้อยนั้น เนื่องจาก ประชาชนไม่รู้จักกับผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์มาจากที่อื่นไม่ใช่คนในชุมชน ผู้ป่วยไม่เคยหรือไม่กล้าเข้าไปในชุมชน ประชาชนกลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนต่อต้านผู้ป่วยเอดส์ ไม่เห็นด้วยที่ใช้วัดแห่งนี้เป็นที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์

2.2 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน ประกอบไปด้วย ปฏิสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการสนับสนุนทางสังคม ในมิติของประชาชน ดังต่อไปนี้

2.2.1 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้านการติดต่อสื่อสารในมิติของประชาชน

ภาพประกอบ 7 ร้อยละ ของปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้านการติดต่อสื่อสารในมิติของประชาชน เขตชายแดนภาคใต้



จากภาพประกอบ 7 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการติดต่อสื่อสาร ในมิติของประชาชน พบว่าปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 47.1) รองลงมา มีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.9) และไม่มีปฏิสัมพันธ์เลย (ร้อยละ 10.3) ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการติดต่อสื่อสารรายข้อ พบว่าการพูดคุย ทักทายกับผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=1.03$, $S.D=1.26$) ส่วนการติดต่อ พบปะและความถี่ในการติดต่อ พบปะกับผู้ป่วยเอดส์ก็อยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกัน ($\bar{x}= .73$, $S.D= 1.07$ และ $\bar{x}= .76$, $S.D= 1.03$) และในขนาดประชาชนคาดหวังการติดต่อ พบปะกับผู้ป่วยเอดส์ก็ยังคงอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน ($\bar{x}= 1.23$, $S.D= 1.11$) สำหรับการยอมรับของประชาชน เมื่อผู้ป่วยเอดส์เข้ามารักษาที่วัดใหม่ ๆ นั้นพบว่าประชาชนยอมรับอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=1.76$, $S.D=1.32$) ส่วนการเข้าไปทำบุญในวัดของประชาชนหลังจากมีผู้ป่วยเอดส์เข้ามารักษาในแล้ว พบว่าอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน ($\bar{x}=1.05$, $S.D=1.30$) ในส่วนของการเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านของ

ผู้ป่วยเอดส์และการเข้าร่วมกิจกรรมในวัดของประชาชนพบว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ($\bar{X}=2.12$, S.D=1.20 และ $\bar{X}=1.93$, S.D=1.20) กับการซื้อขายสินค้าที่ประชาชนสามารถซื้อขายสินค้ากับผู้ป่วยเอดส์ได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.09$, S.D=1.34) โดยภาพรวมตามติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชนตามการรับรู้ของประชาชนอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.41$, S.D=.76) ดังตาราง 12

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้านการติดต่อสื่อสารในมิติของประชาชน

ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร	ประชาชน		
	\bar{X}	SD.	แปลผล
1. การพูดคุย ทักทายระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน	1.03	1.26	น้อย
2. การติดต่อ พบปะ ระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน	.73	1.07	น้อย
3. ความถี่ในการติดต่อ พบปะ ระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน	.76	1.03	น้อย
4. การติดต่อ พบปะ ระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน ในอนาคต	1.23	1.11	ปานกลาง
5. การยอมรับผู้ป่วยเอดส์เมื่อเข้ามารักษาในวัดใหม่ๆ	1.76	1.32	น้อย
6. การทำบุญของประชาชนในชุมชนหลังจากมีผู้ป่วยเอดส์เข้ามารักษาในวัดแล้ว	1.05	1.30	น้อย
7. ความสามารถในการซื้อ - ขายสินค้าระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชน	2.09	1.60	ปานกลาง
8. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้ป่วยเอดส์	2.12	1.20	น้อย
9. การเข้าร่วมกิจกรรมในวัดของประชาชนในชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์	1.93	1.20	น้อย
รวม	1.41	.76	น้อย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อนำข้อมูลมาเสริมเชิงปริมาณ ปฏิสัมพันธ์ในเรื่องการติดต่อสื่อสารของประชาชน ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก พบว่า การติดต่อพบปะกับผู้ป่วยเอดส์นั้นจะมีน้อย ประชาชนที่เข้าวัดก็มีแต่เมตตาภัยและครอบครัวของเมตตาภัย และอีกครอบครัวคือประธานชุมชนแห่งนี้ มีประชาชนน้อยคนที่ได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยเอดส์ ส่วนปฏิสัมพันธ์เชิงลบ นั้นประชาชนไม่อยากจะเห็นผู้ป่วยเอดส์ เพราะเป็นภาพที่สลดหดหู่ ประชาชนรังเกียจและกลัวการติด

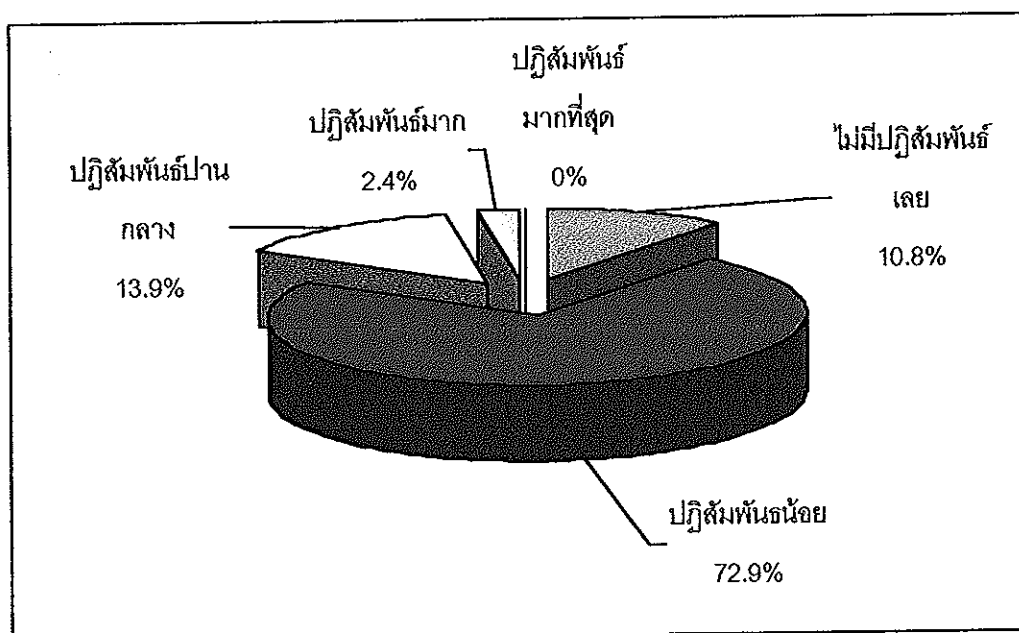
เชื้อจากผู้ป่วยเอดส์ ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ ไม่รู้จักกับผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนที่มาจากที่อื่นทั้งนั้น ไม่มีคนในชุมชน และประชาชนไม่เห็นด้วยที่ใช้วัดเป็นสถานที่รักษาดูแล ผู้ป่วยเอดส์ ดังคำบอกเล่าของประชาชนว่า

“พบกับผู้ป่วยเอดส์เป็นประจำค่ะ เพราะบ้านอยู่ติดกัน เขาเดินมาคุยกับฉันทุก ฉับไม่กลัวหรอก ก่อนที่เขาจะเป็นเอดส์เราสนิทกันมาก เมื่อเขาติดเชื้อแล้วฉันยังทำกับข้าวให้เขากินเลย เขามานั่งที่บ้านบ่อยๆ” (ประชาชน 1 เพศหญิง)

“ผู้ป่วยเอดส์เขามาซื้อของที่ร้าน หากผู้ป่วยบางคนนี้มีเมิด ตุ่ม บางคนมีน้ำหนอง มาซื้อของ ผมไม่อยากให้เขามาซื้อเลย วันก่อนลูกค้ามาเจอเข้าแล้วตาเหลือกเลยคุณ เขากลัวมาก ลูกค้าบอกว่าวันหลังเขาไม่กล้ามาแล้ว” (ประชาชน 6 เพศชาย)

2.2.2 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้านการมีส่วนร่วมในมิติของประชาชน

ภาพประกอบ 8 ร้อยละ ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน



จากภาพประกอบ 8 ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในมิติของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 72.9) รองลงมาปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.9) และไม่มีปฏิสัมพันธ์เลย (ร้อยละ 10.8) เมื่อพิจารณารายชื่อของปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า มีส่วนร่วมคิด ร่วมประชุมเพื่อหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=.66$, S.D=.90) มีส่วนร่วมเสนอแนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์และร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระดับน้อยเช่นกัน ($\bar{X}=.54$, S.D=.84) นอกจากนั้นประชาชนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติคือได้มีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในวัดและได้มีการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนตามที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่าอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=.67$, S.D=.75) สำหรับการติดตาม ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน พบว่าประชาชนได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนพบประชาชนที่ไม่มีส่วนร่วม ($\bar{X}=.26$, S.D=.88) โดยภาพรวมของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชนพบว่าอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=.78$, S.D=.67) ดังตาราง 13

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน

ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วม	ประชาชน		
	\bar{X}	S.D	แปลผล
1. ร่วมคิดหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	.66	.90	น้อย
2. ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	.54	.84	น้อย
3. ร่วมปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	.67	.75	น้อย
4. ร่วมประเมินผลติดตามการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	.26	.88	ไม่มี
รวมการมีส่วนร่วมทุกด้าน	.78	.67	น้อย

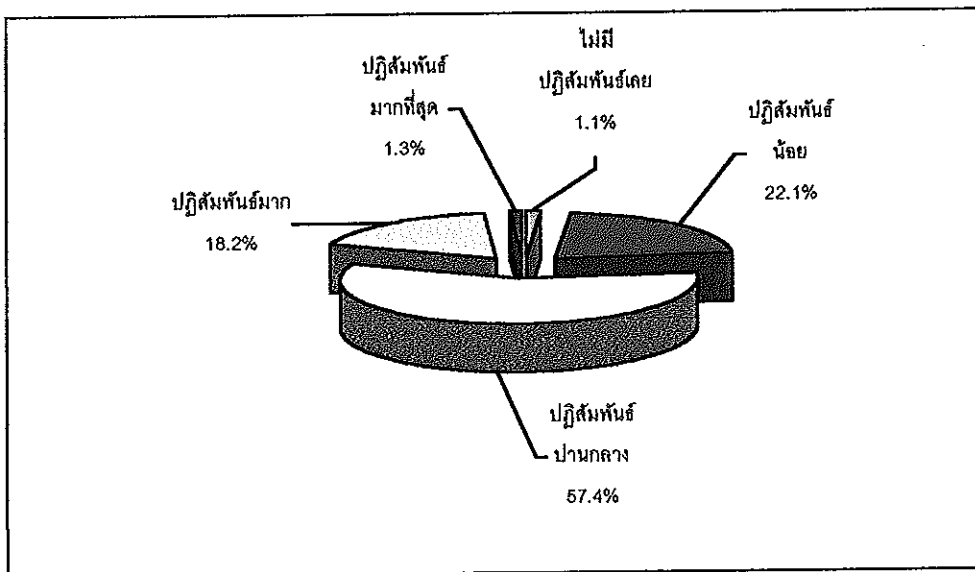
ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ปฏิสัมพันธ์เชิงบวกพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์แต่อยู่ในระดับน้อย ส่วนปฏิสัมพันธ์เชิงลบ พบว่า ประชาชน

‘ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์’ ‘ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์’ ในชุมชนไม่มีการรวมกลุ่มกัน ประชาชนคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง ‘ไม่รู้ว่าจะร่วมอะไร’ ‘ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับ ผู้ป่วยเอดส์’ ‘ไม่มีเวลา’ กลัวการติดเชื้อของผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ไม่ใช่ญาติของตนเอง ดังคำบอกเล่าของประชาชนว่า

“ในชุมชน ไม่มีการพูดถึง ไม่มีการประชุม การดูแลผู้ป่วยเอดส์กัน
 หรอก เพราะส่วนใหญ่ประชาชนเขาจะต่อต้านกัน” ประชาชน 3 เพศชาย

2.2.3 ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติ ของประชาชน

ภาพประกอบ 9 ร้อยละ ของปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทาง สังคมของชุมชนในการดูแล
 ผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน



จากภาพประกอบ 9 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์การสนับสนุนทางสังคมในมิติของประชาชน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.4) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 22.1) มีประชาชนที่ไม่เคยให้การสนับสนุนผู้ป่วยเอดส์เลย (ร้อยละ 1.3) เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้านของปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในมิติของประชาชน พบได้ดังนี้

1) ปฏิสัมพันธ์ด้านการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของประชาชนแก่ผู้ป่วยเอดส์ โดยประชาชนรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยเอดส์ ให้กำลังใจผู้ป่วยเอดส์โดยการที่ไม่พูดซ้ำเติม

ผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนสามารถเป็นที่ปรึกษาหรือสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆของผู้ป่วยเอดส์และการให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.34$, $S.D=.86$)

2) ในส่วนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์พบว่าแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนได้รับ พบว่าได้รับข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด ($\bar{X}= 2.98$, $S.D=.93$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือจากหนังสือพิมพ์ ($\bar{X}= 2.20$, $S.D=.2.66$) ในส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.47$, $S.D= 1.38$) โดยภาพรวมการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.95$, $S.D=1.00$) ส่วนความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ประชาชนต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาหรือการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเอดส์ วิธีการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรที่สามารถให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเอดส์ วิธีการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ สถานที่ให้การบำบัดรักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสัปดาห์เป็นส่วน รวมทั้งต้องการสื่อต่างๆและเกี่ยวกับด้านยาและเวชภัณฑ์ในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ พบว่าประชาชนต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์เหล่านี้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.35$, $S.D=.98$)

3) ด้านการให้สิ่งของเครื่องใช้ การบริการ การบริจาคเงิน สิ่งของหรือเครื่องใช้ การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย และเคยบริจาคยาหรือเวชภัณฑ์แก่ผู้ป่วยเอดส์แก่ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าประชาชนให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=59$, $S.D=.70$)

4) ด้านยอมรับยกย่องและการเห็นคุณค่าผู้ป่วยเอดส์ พบว่าประชาชนให้เกียรติผู้ป่วยเอดส์ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ประชาชนสามารถให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ และประชาชนสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์หากผู้ป่วยเอดส์ได้เข้ามาในชุมชนได้ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.17$, $S.D=.98$)

5) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประชาชนคิดว่าผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ชุมชนมีส่วนสำคัญในการช่วยกันดูแลผู้ป่วยเอดส์ และประชาชนคิดว่าตัวเองเป็นคนหนึ่งที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนสามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ และการให้ผู้ป่วยเอดส์เข้าไปทำกิจกรรมในหมู่บ้าน นอกจากนี้ประชาชนเคยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์หรือให้การสนับสนุนผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.95$, $S.D=.83$) โดยภาพรวมของการให้การสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน ทุกด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.89$, $S.D=.64$) ดังตาราง 14

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม ของชุมชนในมิติของประชาชน

ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม	ประชาชน		แปลผล
	\bar{X}	SD.	
1. ด้านอารมณ์	2.34	.86	ปานกลาง
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร			
2.1 แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ได้รับ	1.95	1.00	ปานกลาง
2.2 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์	2.35	.98	ปานกลาง
3. ด้านสิ่งของค่าบริการและการเงิน	.59	.70	น้อย
4. ด้านการยกย่องและเห็นคุณค่า	2.17	.98	ปานกลาง
5. ด้านการเห็นผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	1.95	.83	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	1.89	.64	ปานกลาง

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์เชิงบวกพบว่า ประชาชนให้การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการให้การบริจาคสิ่งของ การยอมรับการยกย่อง การเห็นคุณค่า ตลอดจนการที่เห็นผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง เช่นมีการให้สิ่งของ ทำอาหาร กับข้าวไปให้ผู้ป่วยเอดส์รับประทาน บางคนก็มีการบริจาคเงินแต่น้อย สาเหตุที่ให้การสนับสนุนน้อยนั้นเนื่องจาก ประชาชนในชุมชนไม่ได้เป็นญาติกับผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนไม่รู้จักผู้ป่วยเอดส์ ฐานะของครอบครัวของตัวเองก็เพียงแค่อุปโภคบริโภคได้ ไม่สามารถไปจุนเจือผู้อื่นได้ และไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ และคิดว่าหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ควรเป็นของญาติและของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีประชาชนบางส่วนไม่มีการยอมรับ ไม่มีการยกย่องผู้ป่วยเอดส์ ไม่เห็นคุณค่าของผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนให้เหตุผลว่า ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มากพอที่จะให้คำปรึกษาหรือเกี่ยวกับโรคเอดส์ สำหรับประชาชนที่ไม่เคยคิดว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ให้เหตุผลว่า ชุมชนไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โรงพยาบาลน่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ได้ ประกอบกับไม่มีเวลาว่างที่จะไปช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ได้ ดังคำบอกเล่าของประชาชนว่า

"โดยส่วนตัวแล้ว ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ปีละ 2-3 ครั้ง บางครั้งก็บริจาคเงิน บางครั้งก็ได้ทำอาหารไปแจกผู้ป่วย" (ประชาชน 5 เพศชาย)

"ฉันสนิทกับผู้ป่วยเอดส์ เรื่องเงินฉันไม่เคยให้เขาหรอกนะเพราะลำพังตัวฉันเองกับลูกๆก็ไม่พอจ่าย แต่ช่วยเขาได้โดยจะถามเขาว่าอยากกินอะไรบ้าง แล้วก็จะทำให้เขากิน" (ประชาชน 2 เพศหญิง)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยสรุป การปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน พบว่า การปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสารภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากประชาชนรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ ไม่รู้จักกับผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์เป็นที่มาจากที่อื่นทั้งนั้น ไม่อยากเห็นผู้ป่วยเอดส์ และไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ ส่วนปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นพบว่ามีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากประชาชนไม่อยากเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์ ไม่มีเวลา ในชุมชนไม่มีการรวมกลุ่มกันที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเองและไม่รู้ว่าจะร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างไร ส่วนปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนภาพรวมพบว่า ปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยประชาชนไม่รู้จักกับผู้ป่วยเอดส์ การให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือนั้นต้องดูสาเหตุการติดเชื้อก่อน ผู้ป่วยเอดส์ไม่เคยมาขอความช่วยเหลือและไม่ทราบของตัวเองพอจะช่วยเหลือได้หรือไม่

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วม และปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน ในมิติของประชาชนและผู้ป่วยเอดส์ (ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4)

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน ในมิติของผู้ป่วยเอดส์

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการการสนับสนุนทางด้านสังคม ปฏิสัมพันธ์ด้านติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม ของชุมชน	ปฏิสัมพันธ์ด้าน การติดต่อสื่อสาร (r)	ปฏิสัมพันธ์ด้าน การมีส่วนร่วม (r)
ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม		
1. ด้านด้านอารมณ์	.410**	.573**
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร		
2.1 แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ได้	.178	-.070
2.2 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์	.424**	.044
3. ด้านสิ่งของการบริการและการเงิน	.090	.302*
4. ด้านการยกย่องและเห็นคุณค่า	.424**	.392**
5. ด้านการเห็นผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	.554**	.212
รวมทุกด้านการสนับสนุนทางสังคม	.550**	.412**
ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วม	.095	

(P ≤ 0.05) **

จากตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารกับปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .095$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารกับปฏิสัมพันธ์ภาพรวมด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r = .550$) อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) หมายถึงกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์มีการติดต่อสื่อสารกับ

ประชาชนยอมทำให้มีการสนับสนุนทางสังคมตามไปด้วยในทางเดียวกัน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์กับการมีส่วนร่วม พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r=.412$) อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) หมายถึงกรณีที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ยอมทำให้มีการสนับสนุนทางสังคมตามไปด้วยในทางเดียวกัน

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ ด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของประชาชนในชุมชน

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางด้านสังคม ปฏิสัมพันธ์ด้านติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม ของชุมชน	ปฏิสัมพันธ์ด้าน การติดต่อสื่อสาร (r)	ปฏิสัมพันธ์ด้าน การมีส่วนร่วม (r)
ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม		
1. ด้านด้านอารมณ์	.557**	.306**
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร		
2.3 แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ได้รับ	.184**	.197**
2.4 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์	.374**	.210**
3. ด้านสิ่งของการบริการและการเงิน	.458**	.515**
4. ด้านการยกย่องและเห็นคุณค่า	.564**	.289**
5. ด้านการเห็นผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	.695**	.348**
ปฏิสัมพันธ์รวมทุกด้านการสนับสนุนทางสังคม	.646**	.416**
ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วม	.545**	

($P \leq 0.05$) **

จากตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารกับปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมทุกด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r=.646$) อยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) หมายถึงกรณีที่ประชาชนมีการติดต่อสื่อสาร

กับผู้ป่วยเอดส์ยอมทำให้มีการสนับสนุนทางสังคมตามไปด้วยในทางเดียวกัน ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมร่วมกับปฏิสัมพันธ์ภาพรวมด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r=.416$) อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) หมายถึงกรณีที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ยอมทำให้มีการสนับสนุนทางสังคมตามไปด้วยในทางเดียวกัน ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมและการติดต่อสื่อสารพบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r=.545$) อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) หมายถึงกรณีที่ประชาชนมีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเอดส์นั้นยอมทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามไปด้วยในทางบวกด้วย

ส่วนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน (ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 5)

4.1 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 4 คน ประชาชนจำนวน 8 คน สามารถสรุปปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ได้ดังต่อไปนี้

4.1.1 ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ ด้านการติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยเอดส์มีการติดต่อสื่อสารกับประชาชนในชุมชนน้อย เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มีสภาพร่างกายที่ไม่อำนวยให้มีการติดต่อสื่อสารกับประชาชนในชุมชน ความขัดแย้งตามวัฒนธรรมของคนทางภาคใต้ที่คิดว่าผู้ป่วยเอดส์เป็นคนไม่ดี ด้านการมีส่วนร่วม ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิด ประชุมและหาวิธีการดูแล ผู้ป่วยเอดส์น้อย ไม่มีการประเมินผลการรักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ ด้านการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ไม่มีเงินในการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยเอดส์

4.1.2 ในมิติของประชาชน ด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนน้อย ประชาชนรังเกียจและกลัวผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนจะมีความเสียหายที่วัดซึ่งเป็นที่ทำพิธีทางศาสนาของคนในชุมชน แต่กลับกลายเป็นที่อยู่ของผู้ป่วยเอดส์ จนทำให้คนในชุมชนต้องไปนิมนต์พระจากวัดอื่นมาทำบุญเมื่อถึงวันพระหรือวันสำคัญทางศาสนาพุทธ โดยการนิมนต์พระมาในศาลากลางบ้านของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมประชาชนมีส่วนร่วมน้อย ไม่ได้คิดหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ด้านการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีสถานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีเงินในการรักษา

4.2 ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

4.2.1 ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ ด้านการติดต่อสื่อสาร ควรให้ประชาชนยอมรับผู้ป่วยเอดส์ให้มากกว่านี้ ให้ประชาชนกลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์น้อยลง การติดต่อสื่อสารทำให้มีโอกาสเพิ่มขึ้นได้ ด้านการมีส่วนร่วม ควรให้ประชาชน องค์กรต่างๆในชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ควรสร้างสถานที่สำหรับรักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเอกเทศ โดยมีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลผู้ป่วย พร้อมกับส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้ป่วยที่สามารถประกอบอาชีพได้ด้วย

4.2.2 ในมิติของประชาชน ด้านการติดต่อสื่อสาร ให้ผู้ป่วยเอดส์รักษาตัวอยู่ที่บ้านดีกว่า หากมีอาการหนักแล้วค่อยนำไปรักษาที่โรงพยาบาล ปัญหาในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อมวยโอกาส ให้แยกอยู่ต่างหาก ด้านการมีส่วนร่วม ควรมีการรณรงค์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ประชาชน องค์กรของชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ร่วมกัน ด้านการสนับสนุนทางสังคม ต้องการสถานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ห่างชุมชนออกไป ควรขอหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์ ควรมีการส่งเสริมอาชีพให้ผู้ป่วยเอดส์พอที่จะสามารถประกอบได้ในขณะที่ร่างกายสามารถทำได้ ควรมีแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างเพียงพอ

สรุปโดยรวม ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในมิติของผู้ป่วยเอดส์และของประชาชนในชุมชนนั้น ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชนนั้นอยู่ในระดับน้อย เพราะผู้ป่วยเอดส์ไม่รู้จักกับประชาชนในชุมชน ไม่กล้าออกมาในชุมชน ส่วนประชาชนในชุมชนก็ไม่รู้จักกับผู้ป่วยเอดส์ ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน สำหรับปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย ไม่มีการร่วมคิดร่วมประชุม หรือการพูดคุยถึงการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเอดส์และชุมชน เพราะในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ และไม่มีผู้นำในชุมชนที่จะยกเรื่องเอดส์ขึ้นมาพูดคุยกัน สำหรับ ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง และประชาชนให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ในระดับปานกลางเช่นกัน ซึ่งประชาชนไม่ค่อยรู้จักกับผู้ป่วยเอดส์และไม่เคยมีผู้ป่วยเอดส์มาขอความช่วยเหลือ หากผู้ป่วยเอดส์มาขอความช่วยเหลือก็ยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือเท่าที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ สำหรับข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้น ผู้ป่วยเอดส์ต้องการให้ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกันแบบไม่มีการแบ่งพรรคแบ่งพวก ให้มีระเบียบมากกว่านี้ ให้ชุมชนเข้ามามีบทบาท ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่

สาธารณรัฐได้เข้ามาตรวจสอบสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์เป็นระยะๆ และต้องการรถยนต์ไว้ใช้เวลาผู้ป่วยเจ็บป่วยหนัก เพื่อจะได้นำส่งโรงพยาบาลได้ทันที ในส่วนของประชาชนนั้นให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการป้องกัน รมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ควรรณรงค์อย่าให้มีการติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้น ควรให้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือทุกๆ หน่วยงานได้เข้ามาร่วมมือกันแบบจริงจัง และควรสร้างสถานที่ที่ให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถได้รับการได้อยู่ร่วมกัน ได้มีโอกาสประกอบอาชีพตาม que ผู้ป่วยเอดส์สามารถทำได้เพราะผู้ป่วยเอดส์บางคนสามารถมีชีวิตอยู่ได้หลายปี ไม่ใช่ให้ผู้ป่วยต้องเป็นภาระแก่สังคมและผู้อื่นอีกต่อไป

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.0) มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 36.0) มีสถานภาพการสมรสโสด (ร้อยละ 42.0) ผู้ป่วยทุกคนนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 58.0) อาชีพก่อนที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในวัดพบว่ามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 60.0) ผู้ป่วยเอดส์ทราบว่าตนเองติดเชื้อโรคเอดส์จากโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 56.0) โดยทราบว่าติดเชื้อเอดส์มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 - 3 ปี (ร้อยละ 68.0) สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 90.0) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีความสอดคล้องคล้ายคลึงกับสถานการณ์โดยทั่วไปของอุบัติการณ์การเกิดโรคเอดส์ (กองระบาดวิทยา, 2543) และสอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท วงษานบุตร (2539) ในส่วนของข้อมูลทั่วไปที่แตกต่างไปจากงานวิจัยอื่นคือรายได้ ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ที่มีรายได้ (ร้อยละ 58.0) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 68.0) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของมารยาท วงษานบุตร (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 7,000 บาท ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย จึงพบว่าส่วนใหญ่มีเงินสำหรับใช้จ่ายไม่เพียงพอ (ร้อยละ 60.0) เพราะผู้ป่วยเอดส์ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเองทั้งหมดและต้องรับผิดชอบการเลี้ยงดูบุตรเอง ปัจจุบันผู้ป่วยเอดส์เข้าพักรักษาในวัดมิได้ ประกอบอาชีพ ดังนั้นแหล่งรายได้ที่ผู้ป่วยได้รับจึงมาจากครอบครัวและญาติ (ร้อยละ 38.0) สำหรับญาติก่อนเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเอดส์พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนภาคใต้ (ร้อยละ 42.0) ผู้ป่วยมีบุตรแล้ว (ร้อยละ 46.0) บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์หลังจากเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือญาติ พี่ น้อง (ร้อยละ 44.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท วงษานบุตร (2539) ที่พบว่าญาติและครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด (ร้อยละ 70.0)

การแสวงหาการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยเอดส์หลังจากที่ทราบว่าติดเชื้อเอดส์พบว่าผู้ป่วยเอดส์ ไปใช้บริการในการบำบัดรักษาครั้งแรกส่วนใหญ่มารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐบาล (ร้อยละ 46.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท วงษานบุตร (2539) และการศึกษาของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2542) ที่พบว่าแหล่งที่ผู้ป่วยเอดส์ไปใช้ในการรักษามากที่สุดคือสถานบริการทางการแพทย์ปัจจุบัน (ร้อยละ 60) โดยไปรับบริการที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 52.0) สำหรับผลการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 56.0) ผู้ป่วยเอดส์ทราบว่าวัด

แห่งนี้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ โดยได้รับคำแนะนำจากญาติเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.0) เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยเลือกวัดแห่งนี้เป็นที่รักษาเนื่องจากผู้ป่วยต้องการที่พึ่งทางใจ (ร้อยละ 40.0) และคิดว่าวัดเป็นที่พึ่งได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) และพิภูล นันทชัยพันธ์ (2539) ที่พบว่า ผู้ป่วยเอดส์จะแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพทั้งที่เป็นแบบสมัยใหม่ และรักษาแบบพื้นบ้านโดยการใช้สมุนไพร รวมทั้งการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ที่เป็นการขจัดความเจ็บป่วยหรือเสริมสร้างความเป็นสิริมงคลให้กับชีวิต รองลงมาคือ ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีที่จะไปและญาติได้นำมาส่งที่วัดแห่งนี้ ผู้ป่วยเชื่อว่าที่วัดแห่งนี้สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายได้ และที่วัดแห่งนี้ ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอดส์อยู่ในวัดระยะเวลา 1 - 2 ปี

1.2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชน

ประชาชนในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 53.2) มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 39 ปี (ร้อยละ 53.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 78.2) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.8) การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 41.3) มีอาชีพรับจ้าง (37.6) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 47.9) โดยค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัว 8,658.76 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย (ร้อยละ 66.1) ในชุมชนครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอดส์มีจำนวนน้อย (ร้อยละ 2.9) ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมโดยการเป็นประชาชนทั่วไป (ร้อยละ 90.5) มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 9.5) ที่มีสถานภาพทางสังคมพิเศษ โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรือเป็นผู้นำชมรมต่างๆที่มีในชุมชน ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชาชนสอดคล้องกับสถานการณ์ทั่วไปและสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงฤทัย พงศ์เขียวบุญ (2537) และการศึกษาของประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541) ที่พบว่าประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่เคยมีหน้าที่พิเศษต่อชุมชน (ร้อยละ 78.6)

ส่วนที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของของผู้ป่วยเอดส์และของประชาชนเขตชายแดนภาคใต้

2.1 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์นั้นประกอบด้วยปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ดังนี้

2.1.1 ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชน ซึ่งหมายถึงการเผชิญหน้ากัน การพูดคุยทักทายระหว่างผู้ป่วยเอดส์และประชาชน พบว่ามีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 50.0) เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ไม่รู้จักกับประชาชนในชุมชน ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนที่มาจากที่อื่น สภาพร่างกายของผู้ป่วยเอดส์ไม่อำนวยให้ออกไปพบปะกับผู้อื่นได้ ปฏิสัมพันธ์ที่พบมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ กล่าวคือ

ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก หมายถึง ปฏิบัติเชิงบวก ซึ่งเป็นการกระทำที่แสดงออกด้วยการเห็นอกเห็นใจ ยินดีคบหา ติดต่อดูแล ซึ่งระดับปฏิบัตินี้การติดต่อ พบปะระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชนนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การที่ประชาชนมีความคุ้นเคย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ และสอดคล้องกับแนวคิดของรูชด์ (Ruesch) และเบนทีสัน (Benteson) ซึ่งจากรูชด์ เอกอรรถยผล รวบรวมไว้ (จากรูชด์ เอกอรรถยผล, 2530) ที่กล่าวว่า การสื่อสารเป็นวิธีปฏิบัติโดยบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง ความหมายของการติดต่อสื่อสารนั้นครอบคลุมไปถึงจุดมุ่งหมายของพฤติกรรมมนุษย์หรือความคิดของมนุษย์ด้วย การติดต่อ พูดคุยของประชาชนในชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์ และจากการศึกษาของแลงลี (Langille, 1977) และแมคอีเลเวิน (Mc Elveen, 1978) เกี่ยวกับความถี่ในการติดต่อ พบปะนั้นแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงของกลุ่มนั้นๆ และบุคคลที่มีการพบกันบ่อยๆ จะทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ตลอดจนทำให้มีสัมพันธภาพที่ดี และย่อมก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมตามมาในเวลาต่อมา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยเอดส์เคยพูดคุยกับประชาชนในชุมชนหรือมีเพื่อนในชุมชนที่สามารถพูดคุยได้ ปฏิสัมพันธ์เชิงบวกมีเพียงเล็กน้อย ผลการวิจัยต่างจากการศึกษาของเยาเวรัตน์ ชาภูวงศ์ (2540) ที่ได้สำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ ในคลินิก นิรนาม ศูนย์วัดโรคเขต 6 ขอนแก่น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอดส์ต้องการที่เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน (ร้อยละ 74.4) ซึ่งการติดต่อสื่อสารนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านต่างๆ เช่น ความรู้ ระบบทางสังคม สภาพร่างกายของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยเอดส์ไม่รู้จักกับประชาชนในชุมชน จึงทำให้การติดต่อสื่อสารในทางเชิงบวกน้อย

ปฏิสัมพันธ์เชิงลบ หมายถึง ผู้ป่วยเอดส์และประชาชนไม่มีการพูดคุยกัน ไม่มีการพบปะกันเลย ประชาชนเดินขับไล่ผู้ป่วยเอดส์ กลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจริยา สุทธิฐาน (2539) ที่พบว่าท่าทีของชุมชนที่หลีกเลี่ยง หวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการ เช่น ผิวน้ำแข็ง มีอาการสกรอกของ ร่างกาย ไม่ระมัดระวังการแพร่เชื้อ และยังมีโรคแทรกซ้อนด้วย นอกจากนี้ท่าทีและปฏิบัตินี้ของชุมชนที่ไม่ยอมรับผู้ป่วย

เอดส์มีปฏิริยาไปในทางลบ โดยให้มีการแยกผู้ป่วยต่างหาก รังเกียจ ผู้ป่วย ไม่อยากเข้าใกล้ ผู้ป่วยเอดส์ (เสาวภา พรสิริพงษ์และคณะ,2537 ; ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์และคณะ,2539 ; Songwathana & Manderson,1997) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา พรสิริพงษ์ (2541) ซึ่งแบ่งปฏิริยาของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ได้เป็นสองระดับคือปฏิริยาเชิงลบ ซึ่งหมายถึงการต่อต้าน รังเกียจ ไม่อยากคบหาด้วยโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีอาการแล้วคนในชุมชนจะพยายามหลีกเลี่ยงหรือค่อยๆแยกตัวไป ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมด้วย (จริยา สฐิตะฐาน, 2539) ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในกรณีที่บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเอดส์ ในมิติของผู้ป่วยเอดส์นั้นผู้ป่วยเอดส์ขอรักษาตัวอยู่ที่บ้านจะดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวรัตน์ ชาภูวงค์ (2540) เพราะได้อยู่กับคนที่รักแต่หากทางครอบครัวมีปัญหา ญาติยอมรับไม่ได้ ก็ต้องให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเองจะดีที่สุด

2.1.2 ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ นั้นพบว่า ประชาชนในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 48.0) เนื่องจากประชาชนต่อต้านผู้ป่วยเอดส์ ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเอดส์รักษาดูแลอยู่ในวัด ปฏิสัมพันธ์ที่พบมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยมีเฉพาะมคทายกและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราโมทย์ รักชีพ (2540) พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาล โดยองค์กรเอกชนมีบทบาทเสริมในการประสานสนับสนุนและเชื่อมโยง จะทำให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูง ส่วนปฏิสัมพันธ์เชิงลบ ประชาชนไม่เข้ามาในวัด ประชาชนลาออกจากการเป็นกรรมการวัด เนื่องจากประชาชนกลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ ประกอบกับประชาชนไม่ต้องการให้วัดเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์

2.1.3 ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนนั้นผู้ป่วยเอดส์เคยได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 60.0)) เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนไม่รู้จักกัน ผู้ป่วยเอดส์ไม่เคยเข้าไปขอความช่วยเหลือจากประชาชน ปฏิสัมพันธ์ที่พบมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ กล่าวคือ ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก พบว่าผู้ป่วยเคยได้รับเงินจากประชาชนแต่เพียงส่วนน้อย เคยได้รับอาหารสิ่งของเครื่องใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวรัตน์ ชาภูวงค์ (2540) และกุลธิดา ไชยวรรณและคณะ(2539) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการการการสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน อาหาร ที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 41.9) และผู้ป่วยเอดส์ได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าด้านเศรษฐกิจ ปฏิสัมพันธ์เชิงลบ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ไม่เคยได้รับการสนับสนุนทั้งด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา เจริญภัทรมาลีช (2537) และดวงฤทัย พงศ์เจียวบุญ (2537) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับอยู่ในระดับน้อยเพราะส่วน

ใหญ่ผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยให้ชุมชนได้ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอดส์ เพราะเมื่อเปิดเผยแล้วทำให้ประชาชนในชุมชนหรือเพื่อนบ้านห่างเหินไป

2.2 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม นั้นพบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ กล่าวคือ

2.2.1 ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารของประชาชน ผลการวิจัยส่วนใหญ่ ปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 47.1) สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย หุจรูญพรพานิช (2540) และการศึกษาของจรรยา สิวะฐาน (2539) ที่พบว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบปฏิสัมพันธ์นั้นคืออาการของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งหากผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการอย่างชัดเจนประชาชนก็จะรังเกียจผู้ป่วยเอดส์

ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก พบในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีอาการที่เด่นชัดหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประชาชนไม่ได้รังเกียจ แต่มีมคทายกและครอบครัวของมคทายก ที่มีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ป่วยเอดส์ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ ซึ่งความสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา เจริญภักทภัสส์ (2537) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเอดส์ยังคงให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ โดยการพาไปโรงพยาบาลตามแพทย์นัด เพื่อเข้ารับการรักษาที่ถูกต้องและเมื่อผู้ป่วยดีขึ้นก็ให้ทำกิจกรรมต่างๆได้

ปฏิสัมพันธ์เชิงลบ พบในกลุ่มประชาชนทั่วไป กล่าวคือ ประชาชนไม่อยากเห็นผู้ป่วยเอดส์ เพราะเป็นภาพที่ไม่น่ามอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเห็นเด่นชัดและมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประชาชนกลัวการติดเชื้อและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนไม่รู้จักรักกับผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนที่มาจากที่อื่นทั้งนั้น ไม่เห็นด้วยที่ไว้วัดเป็นสถานที่รักษา ผู้ป่วยเอดส์หากมีญาติป่วยเป็นโรคเอดส์อยากให้รักษาอยู่ที่บ้านมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย หุจรูญพรพานิช (2540) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับของครอบครัวมากที่สุดคือระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว สาเหตุการติดเชื้อจากพฤติกรรมที่สังคมยอมรับได้ มีความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จะมีการยอมรับมากขึ้น หากมีการอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายหรือครอบครัวแบบพี่น้อง การได้รับความยอมรับก็ย่อมลดลง

ส่วนในมุมมองของข้าราชการนั้น ได้เคยพยายามที่จะแก้ไขปัญหาระหว่างชุมชนและผู้ป่วยเอดส์ โดยการจัดประชาคมอำเภอเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการแก้ไขปัญหาเอดส์ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีขึ้นในชุมชน แต่ผลของการทำงานนั้น ประชาชนก็ยังไม่มีการยอมรับผู้ป่วยเอดส์ "เมื่อประชาชนมีการต่อต้านมากขึ้น ทางราชการก็ได้มีการจัดประชาคม

อำเภอขึ้นเพื่อที่จะลดการต่อต้าน สร้างความเข้มแข็งในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ แต่ผลที่ได้ไม่ได้ขึ้นเลย" (ข้าราชการ 1 เพศชาย) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวภา พรสิริพงษ์ (2541) ซึ่งพบว่าประชาชนมีการกระทำที่ต่อต้าน รังเกียจ ไม่อยากคบหาสมาคมด้วย ขับไล่ออกจากกลุ่ม

2.2.2 ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมระดับน้อย (ร้อยละ 72.9) ทุกขั้นตอน ทั้งด้านการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและร่วมติดตามประเมินผลในการป้องกัน การส่งเสริมและรักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงฤทัย พงศ์เขียวบุญ (2537) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ในบ้านถวาย ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเอดส์น้อย และการศึกษาของจรัรัตน์ ภาธา (2538) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคเอดส์ ด้านร่วมดำเนินการอยู่ในระดับน้อย ส่วนด้านการวางแผนและการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากประชาชนไม่รู้จักรักกับผู้ป่วยเอดส์ ประชาชนต่อต้านผู้ป่วยเอดส์ และคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเองพร้อมทั้งประชาชนไม่ทราบว่าจะร่วมดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างไร

ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก มีการร่วมปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ร่วมประเมินผลติดตามการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ร่วมคิดหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากมีประชาชนในชุมชนเพียงไม่กี่คนที่เข้ามาในวัด ในส่วนประชาชนนอกพื้นที่วัดนี้จะมีส่วนร่วมมากกว่า โดยประชาชนให้เหตุผลว่าไม่อยากรุงเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ ไม่เคยพบกับผู้ป่วยเอดส์ ไม่มีเวลารว่าง ไม่รู้ว่าจะร่วมอย่างไร ในชุมชนไม่มีการประชุมเรื่องนี้กัน ในชุมชนไม่มีการรวมกลุ่มกัน ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของตนเอง ไม่รู้ว่าจะร่วมอะไร สอดคล้องกับการศึกษาของจรัรัตน์ ภาธา (2538) ที่พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์นั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้บทบาทของผู้เฒ่า และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในชุมชนไม่มีผู้นำในการพูดคุย ไม่มีการประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ปฏิสัมพันธ์เชิงลบ พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมประชุมเพื่อหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีส่วนร่วมเสนอแนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์และร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับน้อย ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในมิติของประชาชนในชุมชนพบว่าอยู่ในระดับน้อย หากพิจารณาการมีส่วนร่วมตามลักษณะของอาร์มสเทน (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2537) จะเห็นว่าระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและ

ของผู้ป่วยเอดส์ไม่มีการยุ่งเกี่ยวกัน ต่างคนต่างอยู่ เพราะเนื่องจากประชาชนในชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์ไม่รู้จักกัน ไม่มีความสัมพันธ์กัน ไม่ใช่ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้ก่อนที่เจ้าอาวาสวัดแห่งนี้จะนำผู้ป่วยเอดส์เข้ามารักษาในวัดนั้นไม่ได้มีการปรึกษากับประชาชนในชุมชนก่อน จึงทำให้ประชาชนไม่มีการยอมรับ เกิดแรงต้าน และประชาชนคิดว่าวัดเป็นสมบัติของชุมชนไม่ใช่เป็นของท่านเจ้าอาวาส เพราะฉะนั้นประชาชนคิดว่าน่าจะมีการปรึกษากันก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (สุภาณี รุ่งเรืองศรี, 2535) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นต้องขึ้นอยู่กับผู้นำ เพราะภาวะผู้นำนั้นเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งในการอธิบายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน คุณลักษณะของผู้นำและวัฒนธรรมของชุมชน ที่มีต่อผู้นำ เป็นปัจจัยที่อธิบายการมีส่วนร่วมได้ค่อนข้างชัดเจน ผู้นำที่เกิดขึ้นจากการยอมรับจากชุมชนที่แท้จริง ย่อมหมายถึงการเป็นศูนย์รวมที่จะสร้างเอกภาพในการมีส่วนร่วมได้ ท่านเจ้าอาวาสของวัดแห่งนี้ ได้เป็นผู้นำในเรื่องการพัฒนา ก่อสร้างวัดพร้อมๆกับประชาชนในชุมชน ฉะนั้นเมื่อเจ้าอาวาสนำ ผู้ป่วยเอดส์เข้ามารักษาโดยไม่มีการปรึกษากับประชาชนในชุมชนก่อน ประกอบกับโรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว ไม่มียารักษา จึงทำให้ประชาชนในชุมชนจึงเกิดการต่อต้านและไม่ยอมรับผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ จึงพบว่าอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงฤทัย พงศ์เชียวบุญ (2537) พบว่าการมีส่วนร่วมทั้งกลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้นำชุมชนไม่เคยเข้าร่วมประชุม ไม่เคยวางแผนและไม่เคยได้เสนอความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาเอดส์ใน ชุมชนเลย และจากการศึกษาของเอกสิทธิ์ พยุหมนตรี (2538) พบว่าชุมชนนั้นควรเน้นรูปแบบและกระบวนการเรียนรู้เป็นกลุ่มแบบมีส่วนร่วมที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการระดมความคิด ควรมีการวิเคราะห์ปัญหาเอดส์และต้องมีการเสนอทางเลือกในการแก้ไขเอดส์ในชุมชน และจากการศึกษาของจรัสรัตน์ ภาวรา (2538) พบว่าการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการป้องกันเอดส์ มีส่วนร่วมในการวางแผนและด้านการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง แต่การมีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับน้อย และปฏิสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ให้เหตุผลว่าการที่ชุมชนมีส่วนร่วมน้อยนั้นเนื่องจากการที่ผู้ป่วยเอดส์มาอยู่รวมกันแบบนี้ทำให้เป็นแหล่งจำหน่ายยาเสพติดได้ เพราะผู้ป่วยเอดส์สาเหตุการติดเชื้อเอดส์มาจากการเสพยาเสพติดชนิดฉีด หรือผู้ป่วยเอดส์บางคนติดเชื้อเอดส์จากการติดยาเสพติดแต่อาจปกปิดข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และในวัดแห่งนี้เมื่อผู้ป่วยเอดส์มาอยู่ตอนแรกๆนั้นมีผู้หญิงขายบริการทางเพศเข้ามาอยู่ด้วย โดยผู้หญิงประเภทนี้ยังออกไปรับแขกในตอนกลางคืน ดังคำบอกเล่าที่ว่า "เมื่อก่อนนะมีผู้หญิงขายบริการเข้ามารักษาด้วย พอตกตอนกลางคืนก็ออกมาหาคนที่ด้านนอก " (เขตชายแดนแห่งหนึ่ง) (ข้าราชการ 1 เพศชาย) นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ของรัฐให้เหตุผลว่า การที่ผู้ป่วยเอดส์เข้ามาอยู่ในวัดเป็นจำนวนมากขึ้น เจ้าหน้าที่

ของรัฐได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ หรือเข้าไปดำเนินการเรื่องต่างๆในวัดนั้น เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร มาในช่วงหลัง จึงทำให้การเข้าไปในวัดและการสนับสนุนต่างๆก็ลดน้อยลง "เคยเข้าไปดูแลอยู่พักหนึ่ง เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร มาช่วงหลังจึงห่างๆไป" (ข้าราชการ 3 เพศชาย)

2.2.3 ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของประชาชน ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนภาพรวม พบว่า ปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงฤทัย พงศ์เขียวบุญ (2537) และการศึกษาของจิตรา เจริญภัทรภาสัท (2537) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย โดยประชาชนในชุมชนไม่รู้จักกับผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ไม่เคยเข้าไปขอจากชุมชน ปฏิสัมพันธ์มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้

ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยกย่องและเห็นคุณค่าและด้านการเห็นผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน พบว่า มีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการให้สิ่งของและการบริการพบว่ามีอยู่ในระดับน้อย มีประชาชนประมาณ 2-3 คนวิ่งเรือในชุมชนที่ได้มีการบริจาคเงินหรือสิ่งของ เช่นเคยทำอาหารไปถวายพระและทำอาหารไปเผื่อผู้ป่วยเอดส์ด้วย บางคนเป็นเพื่อนกับผู้ป่วยเอดส์ก็จะมีมาให้คำปรึกษา แนะนำพูดให้กำลังใจ และมีการทำอาหารให้ผู้ป่วยเอดส์ บางคนเคยพาผู้ป่วยเอดส์ไปรักษาที่ โรงพยาบาล เคยให้ผู้ป่วยยืมเงินเวลาที่ผู้ป่วยไม่สบายต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล เคยให้ผู้ป่วยยืมเงินเวลาที่ผู้ป่วยไม่สบายต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ตามแนวคิดของคาคิน (Kahn, 1979 : 85) และ เฮาส์ (House, 1981 : 39) กล่าวไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นประกอบไปด้วย การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความรักและเห็นคุณค่า การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนจนถึงมีการไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย จุลวนิชพงษ์และคณะ (2536) พบว่า ผู้นำของชุมชนส่วนใหญ่จะเสียใจและสงสารผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 60.7) และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา เจริญภัทรภาสัท (2537) ที่ญาติผู้ป่วยเอดส์นั้นมีความรู้สึกเห็นใจ สงสารและให้อยู่ร่วมกันได้ และเจ้าหน้าที่ของรัฐให้เหตุผลที่ประชาชนให้การสนับสนุนผู้ป่วยเอดส์น้อย เนื่องจากวัฒนธรรมของประชาชนทางภาคใต้ที่มีการเปิดเผยผู้ป่วยเอดส์น้อย ทำให้การยอมรับผู้ป่วยเอดส์ยอมรับน้อยไปด้วย ประกอบกับวัดที่สร้างขึ้นมานั้นชุมชนสร้างมาเองแล้ววัดกลับมาเป็นสถานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ไป และนอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเอดส์เข้ามาอยู่นั้นอาจจะมีเรื่องใจกรรมเกิดขึ้น ประชาชนจะอยู่ในภาวะวิตก ไม่ค่อยมีความปลอดภัยในด้านร่างกายและทรัพย์สิน ประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นส่วนหนึ่งที่มีผู้ป่วยเอดส์เข้ามาอยู่ในชุมชน ดังคำเล่าว่า "ต้องเข้าใจถึง

วัฒนธรรมของคนได้ด้วย เพราะเขาถือมากในเรื่องแบบนี้ เขามีความรู้สึกว่าคนที่เป็นเอดส์นั้น เป็นคนทำตัวไม่ดี และผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยตัวน้อยเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ" (ข้าราชการ 3 เพศชาย)

ปฏิสัมพันธ์เชิงลบ ประชาชนให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย เอดส์นั้นต้องดูสาเหตุก่อนว่ามาจากการติดเชื้อจากไหน หากผู้ป่วยเอดส์เป็นคนหาโรคเอดส์มาเอง ประชาชนจะให้การสนับสนุนน้อย หากติดเชื้อมาโดยบังเอิญหรือติดจากคู่อสมรส โดยไม่ใช่เป็น ผู้หาโรคเอดส์มาใส่ตัวก็จะให้การสนับสนุน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วย เอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากประชาชนในชุมชนไม่เคยรู้จักผู้ป่วยเอดส์ ไม่ได้ เป็นญาติกับผู้ป่วยเอดส์ ฐานะของครอบครัวของตัวเองแค่เลี้ยงตัวเองได้ไม่สามารถไปจุนเจือ ผู้อื่นได้ และไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์และคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเป็นหน้าที่รับผิดชอบ ของญาติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ใช่หน้าที่ของตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา เจริญภัทรภัสช (2537) พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวในด้านสังคมยังคงเป็นไปได้น้อย ส่วน ใหญ่ไม่กล้าเปิดเผยแก่ชุมชนว่าครอบครัวมีผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ประชาชนในชุมชนไม่รู้จัก กับผู้ป่วยเอดส์ ประกอบกับผู้ป่วยเอดส์เป็นคนต่างถิ่นและการเปิดเผยตัวผู้ป่วยเอดส์ทางภาคใต้มี น้อยกว่าภาคอื่นๆ จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของประชาชน ในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารกับปฏิสัมพันธ์ด้านการมี ส่วนร่วมในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .095$) เนื่องจากประชาชนกับผู้ป่วย เอดส์มีการติดต่อสื่อสารและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย จึงทำให้ไม่มีผลต่อกัน ปฏิสัมพันธ์ ด้านการติดต่อสื่อสารกับปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r = .550$) และความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ในกรณีที่ผู้ป่วย เอดส์มีการติดต่อสื่อสารกับประชาชนมากย่อมส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นด้วย และ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมกับปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม ของประชาชน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r = .412$) และความสัมพันธ์อยู่ในระดับ ปานกลาง เนื่องจากประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ย่อมมีผลทำให้มีการสนับสนุนทาง สังคมตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงฤทัย พงศ์เขียวบุญ (2537) ที่พบว่าความ สัมพันธ์ระหว่างสิ่งสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก

ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารกับปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมในมิติของประชาชน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = .545$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารกับปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของประชาชน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวกและอยู่ในระดับมาก ($r = .646$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในกรณีที่ประชาชนมีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเอดส์มากย่อมส่งผลให้ประชาชนมีการสนับสนุนทางสังคมมากไปด้วย และความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมกับปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของประชาชน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r = .471$) อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ซึ่ง กอโร (Gallo, 1984 : 13) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องเป็นผลรวมขององค์ประกอบ หลายองค์ประกอบ โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมจะแสดงให้เห็นถึงสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม โดยที่บุคคลจะมีการติดต่อช่วยเหลือกัน แต่จากการศึกษาในชุมชนครั้งนี้พบว่า การติดต่อระหว่างผู้ป่วยเอดส์และชุมชนนั้นพบว่าอยู่ในระดับน้อย จึงทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมน้อยด้วย

ส่วนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน และของผู้ป่วยเอดส์

4.1 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนในมิติของ

4.1.1 ในมิติผู้ป่วยเอดส์ ด้านการติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยเอดส์มีการติดต่อสื่อสารกับประชาชนในชุมชนน้อย เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มีสภาพร่างกายที่ไม่อำนวยให้มีการติดต่อสื่อสารกับประชาชนในชุมชน ความขัดแย้งตามวัฒนธรรมของคนทางภาคใต้ที่คิดว่าผู้ป่วยเอดส์เป็นคนไม่ดี ผู้ป่วยเอดส์ต้องการอยู่ที่บ้านไว้มีอากาศหนักแล้วค่อยมารักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยเมื่อมาอยู่ที่วัดแล้วญาติจะทิ้งผู้ป่วยให้เป็นภาระของวัด ส่วนการศึกษาของไพบูลย์ ไสยประเสริฐ (2540) และ กัณฑ์ เกียรติสุด (2540) พบว่าไม่เห็นด้วยที่จะแยกผู้ป่วยเอดส์ไปอยู่รวมกันในที่เดียวกัน ผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ร่วมกับครอบครัวจะมีผลดีกว่ามีผลเสีย (ร้อยละ 63.13) ด้านการมีส่วนร่วม ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์น้อย ไม่เข้ามาร่วมคิดและร่วมหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากประชาชนไม่เห็นด้วยกับการที่เอาผู้ป่วยเอดส์มารักษาในวัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ กรรณิการ์ ชมดี (2524) และ เสน่ห์ จามริกและคณะ (2524) ที่กล่าวว่า การร่วมมือของประชาชนนั้นต้องมีการเห็นพ้องต้องกันก่อนจึงจะมีการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงไปได้ ในส่วนด้านการสนับสนุนทางสังคมของประชาชน ปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ไม่มีเงินในการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยเอดส์

4.1.2 ในมิติประชาชน ด้านการติดต่อสื่อสาร ปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วย เอดส์ติดเชื่ออวยโอกาสหากให้มีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ให้แยกผู้ป่วยเอดส์อยู่ต่างหาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จงกต ทองโหม (2533) ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ (2536) ปารีชาติ จันทร์ จรัสและคณะ (2537) บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ (2538) เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2537) ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และคณะ (2339) Allan (1990) Getty & Stern (1990) Weit (1989) แต่ในส่วนของประชาชนนั้นจะมีความเสียดายที่วัดซึ่งเป็นที่ทำพิธีทางศาสนาของคนในชุมชน แต่กลับกลายเป็นที่อยู่ของผู้ป่วยเอดส์ จนทำให้คนในชุมชนต้องไปนิมนต์พระจากวัดอื่นมาทำบุญ เมื่อถึงวันพระหรือวันสำคัญทางศาสนาพุทธ โดยการนิมนต์พระมาในศาลากลางบ้านของชุมชน ความห่างเหินระหว่างวัดกับชุมชนมีมากขึ้น ชาวบ้านไม่เห็นด้วยที่วัดเป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยเอดส์ (Beesey, 1993) ส่วนปัญหาระหว่าง ผู้ป่วยเอดส์กับชุมชนนั้นช่วงแรกๆที่ ผู้ป่วยเอดส์เข้ามาอยู่ในวัดใหม่ๆจะมีมาก พอมาในระยะหลังๆ ถึงแม้จะไม่มี การพูดคุยถึงวิธีการอยู่ร่วมกันหรือการปรับ ตัวการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนและผู้ป่วยเอดส์ แต่ระยะเวลาที่ช่วยทำให้พฤติกรรมของคนในชุมชน เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการต่อต้านเริ่มลดลง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับคนใน ชุมชนยังมีอยู่ในระดับน้อย ลักษณะส่วนใหญ่ต่างคนต่างอยู่ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกัน ประชาชนใน ชุมชนอยู่ในลักษณะที่ต้องทำใจให้ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ และยังมีหวังที่จะให้วัดกลับมาเหมือน เดิม ด้านการมีส่วนร่วม ประชาชนใน ชุมชนไม่มีการรวมกลุ่มกัน ไม่มีการรณรงค์อย่างจริงจังและ ต่อเนื่อง

4.2 ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน มีดังต่อไปนี้

4.2.1 ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ ควรให้ประชาชนยอมรับผู้ป่วยเอดส์ให้มากกว่านี้ ให้ประชาชนกลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์น้อยลง ทำให้การติดต่อสื่อสารมีโอกาสเพิ่มขึ้นได้ ด้านการ มีส่วนร่วม ควรให้ประชาชน องค์กรต่างๆในชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ควรสร้างสถานที่สำหรับรักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเอกเทศ โดยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลผู้ป่วย พร้อมกับส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้ป่วยที่ สามารถประกอบอาชีพได้ด้วย

4.2.2 ในมิติของประชาชน ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนในชุมชนอย่าง จริงจังและต่อเนื่อง จากการศึกษาของเอกสุทธิ พุฒมนตรี (2538) กล่าวไว้ว่า การดำเนินงานโรค เอดส์ในชุมชนนั้นองค์ประกอบที่สำคัญคือความพร้อมในด้านเวลา จิตใจ องค์กรชุมชน ผู้นำที่มีความ เข้มแข็ง ชุมชนมีความเสถียร สนใจปัญหาและต้องการแก้ไขปัญหาชุมชน พร้อมกับต้องได้รับ

ข้อมูลข่าวสารที่ดีและถูกต้อง แต่จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ชุมชนไม่มีความพร้อม ทั้งผู้นำและประชาชน ในชุมชนจึงมีการต่อต้านผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงแลรักษาไม่หาย ควรที่จะร่วมกันรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอดส์อย่าให้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ จันทร์จรัสและคณะ (2537) รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์และคณะ (2540) วิชัย จุลวนิชพงษ์และคณะ (2536) ธรรมบุญ วรรณิสสร (2539) สุรศักดิ์ โควสุภัทร์ (2540) สมบัติ แทนประเสริฐสุข (2540) พบว่าเป็นสิ่งจำเป็นและเร่งด่วนที่จะให้หน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์ทั้งภาครัฐและภาค รัฐบาล และเอกชน จะต้องร่วมกัน จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญหน้าและต่อสู้กับภาวะวิกฤติการณ์ได้ทั้งในระยะยาวและระยะสั้น กิจกรรมที่จำเป็นคือการ สอนผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยเองที่บ้านได้ รวมทั้งให้มีการรณรงค์ให้สังคมและชุมชน สามารถอยู่ร่วมกันได้ และประชาชนต้องการให้มีการสร้างสถานสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ โดยให้ กระทรวงสาธารณสุขสร้างศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ (ชุมชนบำบัดเอดส์) โดยให้มีการดูแล ผู้ป่วยเอดส์ฟื้นฟูผู้ป่วยเอดส์ก่อนกลับสู่ชุมชน

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาธิบาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์และประชาชนในชุมชน ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ หากความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วม และปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ปัญหาและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์และของประชาชนในชุมชน เขตชายแดนภาคใต้ ประชากรตัวอย่างในการวิจัย ประกอบไปด้วยประชาชนในชุมชน จำนวน 380 คนและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่วัดแห่งหนึ่งเป็นประเภทผู้ป่วยใน จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้ ได้วิเคราะห์หาความเที่ยง(reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยวิธีของ ครอนบาค แอลฟา (cronbach's alpha) แบบสัมภาษณ์ของผู้ป่วยเอดส์ ได้ค่าความเที่ยง .78 และแบบสัมภาษณ์ของประชาชน ได้ค่าความเที่ยง .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม - 30 ธันวาคม 2543 ได้ทำการจัดเก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เสนอข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติอ้างอิง หาค่าความสัมพันธ์ของปฏิสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเอดส์และประชาชนในชุมชน

1.1 ผู้ป่วยเอดส์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง(ร้อยละ 64.0) มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 36.0) มีสถานภาพการสมรสโสด (ร้อยละ 42.0) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 58.0) อาชีพก่อนที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในวัดพบว่ามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 60.0) มีรายได้ (ร้อยละ 58.0) เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 68.0) ความเพียงพอของการใช้

จ่ายเงินส่วนใหญ่ใช้จ่ายไม่เพียงพอ (ร้อยละ 60.0) แหล่งรายได้ที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันได้จากรอบครัวและญาติ (ร้อยละ 38.0) สำหรับผู้มีฐานะมาก่อนเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเอดส์พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนภาคใต้ (ร้อยละ 42.0) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอดส์ไม่มีบุตร (ร้อยละ 54.0) และที่มีบุตรกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอดส์ต้องรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรเอง (ร้อยละ 39.1) บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์หลังจากเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือญาติ พี่น้อง (ร้อยละ 44.0) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอดส์ทราบว่าตนเองติดเชื้อโรคเอดส์จากโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 56.0) และทราบว่าติดเชื้อเอดส์มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 - 3 ปี (ร้อยละ 68.0) สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 90.0) การแสวงหาการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยเอดส์หลังจากที่ทราบว่าติดเชื้อเอดส์พบว่าไปใช้บริการในการบำบัดรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลของรัฐบาล (ร้อยละ 46.0) สำหรับผลการรักษาครั้งแรกส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 56.0) ผู้ป่วยเอดส์ทราบว่าวัดแห่งนี้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ โดยส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากญาติ (ร้อยละ 42.0) เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกวัดแห่งนี้เป็นที่รักษาเนื่องจากผู้ป่วยต้องการเป็นที่พึ่งทางใจ (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือผู้ป่วยเอดส์ไม่มีที่จะไปและญาติได้นำมาส่งที่วัดแห่งนี้ (ร้อยละ 36.0) ส่วนใหญ่อยู่ในวัดระยะเวลา 1 - 2 ปี (ร้อยละ 76.0)

1.2 ประชาชน กลุ่มตัวอย่างประชาชนเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิง ร้อยละ 53.2) อายุอยู่ระหว่าง 20 - 39 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 53.7) ค่าเฉลี่ยของอายุ 33.68 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 78.2) การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 41.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.6) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ค่าเฉลี่ยของรายได้ 8,658.76 บาท ส่วนใหญ่ประชาชนจะให้จ่ายเพียงพอ (ร้อยละ 66.1) สถานภาพทางสังคมส่วนใหญ่จะเป็นประชาชนธรรมดา (ร้อยละ 90.5) คือไม่ได้มีสถานภาพทางด้านสังคม

ส่วนที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชนในชุมชน และของผู้ป่วยเอดส์

2.1 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วยปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการติดต่อสื่อสารในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนในชุมชน ส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 50.0)

ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 48.0) ชุมชนไม่มีส่วนร่วมคิดและร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติคือได้มีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในวัดและได้มีการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์อยู่และร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับน้อย

ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 60.0) ปฏิสัมพันธ์ทางด้านอารมณ์ ปฏิสัมพันธ์ทางการได้รับสิ่งของหรือเครื่องใช้ ได้รับการบริการ ได้รับบริจาคเงิน การได้รับความช่วยเหลือช่วยเหลือจากประชาชนโดยประชาชนพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล ปฏิสัมพันธ์ด้านยอมรับยกย่องและการเห็นคุณค่าผู้ป่วยเอดส์ และปฏิสัมพันธ์ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม พบว่ามีอยู่ในระดับน้อย ส่วนปฏิสัมพันธ์ทางด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์พบว่าแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับและความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลางและระดับมากตามลำดับ

2.2 ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน ประกอบไปด้วย ปฏิสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการสนับสนุนทางสังคม ในมิติของประชาชน ดังต่อไปนี้

ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการติดต่อสื่อสารในมิติของประชาชน พบว่าปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 47.1)

ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 72.9) ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมคิด ร่วมประชุม มีส่วนร่วมเสนอแนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์และร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระดับน้อย

ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์การสนับสนุนทางสังคมในมิติของประชาชน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.4)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน ในมิติของผู้ป่วยเอดส์และมิติของประชาชน

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ด้านการการมีส่วนร่วมกับปฏิสัมพันธ์ภาพรวมด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r=.412$) อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) หมายถึงในกรณีที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ย่อมทำให้มีการสนับสนุนทางสังคมตามไปด้วย ปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์กับการติดต่อสื่อสาร พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r=.550$) อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) หมายถึงในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์มีการติดต่อสื่อสารกับประชาชนมากย่อมทำให้การสนับสนุนทางสังคมตามไปด้วย ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง ปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารกับปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r=.095$)

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของประชาชนในชุมชน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสารกับปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมทุกด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r=.646$) อยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ปฏิสัมพันธ์ด้านการการมีส่วนร่วมกับปฏิสัมพันธ์ภาพรวมด้านการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในมิติของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r=.416$) อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ด้านการการมีส่วนร่วมกับปฏิสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมของประชาชน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางเชิงบวก ($r=.416$) อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) การติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของประชาชนมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนขึ้นย่อมส่งผลทำให้การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมตามไปด้วย

ส่วนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

4.1 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน สรุปได้ดังนี้

4.1.1 มิติของผู้ป่วยเอดส์ ด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชนในชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์น้อย เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มีสภาพร่างกายที่ไม่อำนวยให้มีการติดต่อสื่อสารกับประชาชนในชุมชน ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนที่มาจากที่อื่นไม่ใช่คนในพื้นที่ ผู้ป่วยเอดส์ไม่รู้จักกับประชาชนในชุมชน ด้านการมีส่วนร่วม ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์น้อย ไม่มีการคิด ประชุมกลุ่มในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีเงินในการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยเอดส์ ไม่มีสถานที่รักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาดูแลผู้ป่วยเอดส์ไม่เพียงพอ

4.1.2 มิติของประชาชน เนื่องจากการติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชนกับผู้ป่วยเอดส์น้อย ประชาชนไม่เข้ามาทำกิจกรรมทางศาสนาในวัดหลังจากมีผู้ป่วยเอดส์เข้ามารักษาในวัด ด้านการมีส่วนร่วม ประชาชนในชุมชนไม่มีการรวมกลุ่มกัน ไม่มีการรณรงค์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ประชาชนไม่รู้ว่าจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างไร ส่วนด้านการสนับสนุนทางสังคมประชาชนคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของประชาชน

4.2 ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน มีดังต่อไปนี้

4.2.1 มิติของผู้ป่วยเอดส์ ด้านการติดต่อสื่อสาร ประชาชนกับผู้ป่วยเอดส์ในกรณีที่ถูกตีปวยเป็นโรคเอดส์และติดเชื้ออวัยวะ ควรให้แยกอยู่ต่างหาก ด้านการมีส่วนร่วม นั้นควรมีส่วนร่วมในการคิด หาและตัดสินใจเลือกวิธีในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ควรมีการส่งเสริมอาชีพให้ผู้ป่วยเอดส์พอที่จะสามารถประกอบได้ในขณะที่ร่างกายสามารถทำได้ และควรมีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มาดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างเพียงพอ

4.2.2 มิติของประชาชน ด้านการติดต่อสื่อสารควรแยกผู้ป่วยอยู่ต่างหาก ไม่ควรเข้าไปร่วมกิจกรรมในชุมชนในกรณีที่ติดเชื้ออวัยวะ ด้านการมีส่วนร่วม ควรมีการรณรงค์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ด้านการสนับสนุนทางสังคม ต้องการสถานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ห่างชุมชนออกไป ควรขอให้หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1.1.1 ควรจะมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชนในชุมชน ต้องร่วมมือกัน โดยให้ชุมชนเป็นผู้คิด ริเริ่มในการกระทำอย่างจริงจัง จึงจะทำให้เกิดความยั่งยืนได้ตลอดไป เนื่องจากปฏิสัมพันธ์ด้านการติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับน้อย

1.1.2 ควรมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ขึ้น เนื่องจากทั้งประชาชนและผู้ป่วยเอดส์ ต้องการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ใ้เวลาผู้ป่วยมีอาการหนักก่อนถึงจะพาไปโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีโรคแทรกเช่นวัณโรคหรือเป็นเม็ดตุ่มขึ้นตามตัวก็จะแยกให้ผู้ป่วยอยู่ต่างหาก

1.1.3 ควรให้ผู้ป่วยเอดส์รักษาหรือดูแลอยู่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ เพราะจากผลการวิจัยพบว่าประชาชนที่มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเอดส์นั้นมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมในทางบวก

1.1.4 ควรเน้นการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ทางสถานีโทรทัศน์ เพราะการผลวิจัย ประชาชนได้รับข่าวสารจากสถานีโทรทัศน์มากที่สุด

1.2 ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการ

1.2.1 ควรศึกษาข้อดีข้อเสียของการสถานที่ที่ใช้ในการรักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพราะผลการวิจัย ทั้งประชาชนและผู้ป่วยเอดส์ต้องการสถานที่ที่ใช้ในการรักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเอกเทศ

1.2.2 ควรมีการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม ผลผสมผสานและต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ป่วยเรื้อรังอีกโรคหนึ่งที่ผู้ป่วยเอดส์สามารถมีชีวิตอยู่ได้หลายปี หากมีการดูแลสุขภาพที่ดีและถูกต้อง

1.2.3 ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์ได้มีการรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพร และใช้วิธีการรักษาแบบภูมิปัญญาชาวบ้าน ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับการรักษาและดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

1.2.4 ควรมีการจัดตั้งศูนย์การติดต่อสื่อสาร หรือศูนย์ประสานงานของผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงได้เมื่อมีปัญหาหรือประสานงานระหว่างชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับประชาชนอยู่ในระดับน้อย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะเจาะลึกว่าปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เกิดจากปัจจัยอะไร หรือโดยการใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple regression

2.2 ควรมีการวิจัยหารูปแบบหรือแนวทางให้ประชาชนมีการติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพิ่มมากขึ้น

2.3 ควรศึกษาในเชิงวัฒนธรรมและบริบทของประชาชนในภาคใต้ ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างไร

บรรณานุกรม

- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2543. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน. ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม : 25 – 30.
- กองโรคเอดส์, โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ, องค์การอนามัยโลกและสถาบันประชากรและสังคม, โครงการศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของประเทศไทย. 2542. การสัมมนาโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 7 กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- กัญญา ศุภจรรยา. "การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน การศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านแห่งหนึ่งในแถบภาคเหนือตอนบน," วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาบัณชิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณชิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรรณิการ์ พงษ์สนิท, ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. 2541. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรรณิการ์ ชมดี. 2524. "การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ : ศึกษาเฉพาะกรณีสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราย จังหวัดอุบลราชธานี", วิทยานิพนธ์มหาบัณชิต บัณชิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กฤษดา ตงศิริ. 2531. "ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศรีษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณชิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณชิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลธิดา ไชยวรรณ จิราภรณ์ ยาชมภู และลีซ่า กัณธมาลา. 2539. การศึกษาการได้รับบริการการดูแลของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านในจังหวัดลำปาง. รายงานการวิจัย กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- จงดล ทองโฉม. 2533 "กระบวนการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติดเชื้อ

เสพติดชนิดฉีด," วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จริยา สฐิตะฐาน. 2539. "ปฏิสัมพันธ์และความต้องการของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ครอบครัว และชุมชน", วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขามานุษยวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิตรา เจริญภัทรภักดิ์. 2537. "การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบำราศนราดูร". วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จิราลักษณ์ จงสถิตมัน. 2538. การรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยการปฏิบัติธรรมะ : ศึกษาเฉพาะกรณี วัดดอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานการวิจัย ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จากรวรรณ เอกอรทัยผล. 2530. "การวิเคราะห์ปฏิภณสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช". วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จूरรัตน์ ภาว. 2528. "การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการป้องกันโรคเอดส์กรณีศึกษา อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. 2526. การระดมประชาชนเพื่อพัฒนาชนบท. เศรษฐศาสตร์ปริทัศน์. 6 (1), 270-275.

ชวนชม สกนธวัฒน์. 2537-2538. กลวิธีป้องกันโรคเอดส์สำหรับครอบครัวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

ชัยยศ คุณานุสนธิ, ชาติศรี ศิริศรีตรีรักษ์, พิมใจ ศาสสิทธิ์. 2537. สถานการณ์ทางการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2538–2539. วารสารโรคเอดส์ 6 (4) : 191–199

ชัยยศ คุณานูนันท์. 2541. ระบาดวิทยาของ HIV/AIDS และผลกระทบต่อประเทศไทย
การประมวลและสังเคราะห์ : การวิจัยทางคลินิก เกียรติ รักษาธรรม (มก.). กรุงเทพฯ
: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวบุญ. 2537. "การมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการ
ป้องกันโรคเอดส์ในบ้านถวาย ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่". วิทยา
นิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เดือนใจ เทพยสุวรรณ. 2536. การสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์
และผู้ติดเชื้อเอดส์. ในสมบัติ แทนประเสริฐสุข (บรรณานุกรม). รวมบทบรรยายการ
สัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 3 วันที่ 7–9 กรกฎาคม กรุงเทพฯ : กองโรค
เอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2527. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา รายงานประชุมเรื่องการ
มีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายและกลวิธี กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนา นิลชัยโกวิทย์. 2537. การให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเอดส์. ใน เทคนิคการให้คำ
ปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอ
ชาวบ้าน.

ธรรมบุญ วรรณนิสสร. 2539. "การให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์แบบครบวงจร" วารสารโรค
ติดต่อ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 22 ฉบับที่ 1, 1.

ธีระพร อูวรรณโณ. 2529 จิตวิทยาสังคม กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพพงศ์ เหมทานนท์. 2536. "การปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับชุมชนของ

โรงเรียนประถมศึกษาศึกษาจังหวัดกระบี่", วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปัตตานี.

นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. 2539. การติดเชื้อเอดส์ในวัยรุ่น : บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและควบคุม. วารสารพยาบาลศาสตร์. 14 (2) : 26 – 31.

เนาวรัตน์ พลายน้อยและคณะ. 2541. "การสนองตอบและการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของชุมชนที่มีความชุกของการติดเชื้อเอดส์สูง", รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ทบวงมหาวิทยาลัย. สำนักงานนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

บรรจง คำหอมกุล. 2535. คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : คณะทำงานด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์โรคเอดส์เพื่อกลุ่มเป้าหมายที่ 4, 1-15.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ, ชนิษฐา นันทบุตร และดรุณี รุจกรการนต์ . 2538. "รายงานการวิจัย เรื่อง การรับรู้การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเอดส์ : การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา", คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ . 2540 "วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ : การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย", วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2531. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีศรีอเนก.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. การมีส่วนร่วมของชุมชน. 2528. วารสารสุขศึกษา. 8 (เม.ย.-มิ.ย.), 68-70.

ประเทือง พิมพ์โพธิ์. 2541. "ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดู

และของญาติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์," วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประพันธ์ ภานุภาค. 2535. ไวรัสและพยาธิกำเนิดของโรคเอดส์. ในมหัทยา หาญวณิชย์และ
อุษา ทิสยากร (บรรณาธิการ) เอดส์ : การดูแลรักษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2), หน้า 1-9.
กรุงเทพฯ : บริษัทไชร์ จำกัด.

ประเสริฐ ทองเจริญ. 2531. ลักษณะอาการของกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม. ใน เอดส์ : กลุ่ม
อาการภูมิคุ้มกันเสื่อม : 31 – 60. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย.

ปราโมทย์ รักชีพ. 2540. บทบาทขององค์กรเอกชนในการดูแลทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้
ป่วยโรคเอดส์. วารสารโรคติดต่อ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสา
ธารณสุข. ปีที่ 23 ฉบับที่ 2, 246.

ปาริชาติ จันทร์จรัส และคณะ. 2537. ครอบคลุมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ : กรณีศึกษาเบื้องต้น.
รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536 – 2540.
กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 555.

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. 2536. "ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานแรงสนับสนุนทางสังคม
ความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์," วิทยานิพนธ์ วิทยา
ศาสตร์บัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พจนานุกรมสังคมวิทยา. 2534. ฉบับบัณฑิตยสถาน.

พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539. "รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอ
วี/เอดส์," วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน. 2541. องค์ความรู้ของ

งานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์รุ่งแสง.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2537. "ปฏิกริยาตอบสนองของหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอดส์ การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์", ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2542. "ต้นทุนและการอุปไถมน้ำด้วยสมุนไพรรต่อการบรรเทาความเจ็บปวดผู้ป่วยเอดส์ที่รับการในวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้", มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.

ไพบุลย์ ไสยประเสริฐ และกัณหา เกียรติสุด. 2540. การศึกษาความคิดเห็น การดูแลผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านและชุมชน ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขต 6. รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536 – 2540. กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 730.

ไพรัตน์ เดชะรินทร์. 2527. นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาในปัจจุบัน. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญงละดา เคนไชยวงศ์. 2539. "ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาระของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง," วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มารยาท วงษานุตร. 2539. "ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี," วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุวัฒน์ วุฒิมณี. 2526. หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์

อนุเคราะห์ไทย.

เยาวรัตน์ ชาวงวงศ์. 2540. การสำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ในคลินิกนิรนาม ศูนย์
วัดโรคเขต 6 ขอนแก่น. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น ปีที่ 4
ฉบับที่ 3 : 43.

รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์, พลเดช ปิ่นประทีปและทวีศักดิ์ นพเกษร. 2540. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ
ชุมชนในการป้องกันและแก้ปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2531 - 2539.
วารสารการสาธารณสุข ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม .

วิจัยและประเมินผล. กอง, กรมการพัฒนาชุมชน. 2518 รายงานการศึกษาการดำเนินงาน
พัฒนาชุมชนที่ดำเนินการมาแล้ว 5 ปี เขตที่พัฒนาตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอเมือง
จังหวัดนครสวรรค์. กรุงเทพฯ : ส่วนท้องถิ่น.

วิชัย จุลวนิชย์พงษ์ และคณะ. 2536. ความปรารถนาของผู้นำชุมชนต่อผู้ติดเชื้อเอดส์. รวบรวม
และวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536 - 2540.
กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ. 547.

วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย. 2535. เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.

วิพุธ พูลเจริญ และแล ดิลกวิทยรัตน์. 2541. สถานการณ์การคาดประมาณและแนวโน้ม
ของโรคเอดส์. การสัมมนาระดับชาติโรคเอดส์ครั้งที่ 7. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค
ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

วิรัช นิราฤทธิ์. 2539. วิถีทางแห่งพุทธศาสนกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์
กรณีศึกษา : การฝึกสมาธิเพื่อสุขภาพ ณ วัดดอยเก็ง. รวบรวมและวิเคราะห์ผลงาน
วิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536 - 2540. กลุ่มงานวิชาการ กองโรค
เอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 688.

จิวัฒน์ โรจนพิทยากร 2535. เอดส์ – มหันตภัยใกล้วัยรุ่น. ในรายงานการอบรมเรื่องทำอย่างไรให้ไกลเอดส์. : 11 – 15. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2536. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์. ในสมบัติ แทนประเสริฐสุข (บรรณานุกรม). รวมบทบรรยายการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 3 วันที่ 7 – 9 กรกฎาคม 2536. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

แววตา บัวประเสริฐยิ่ง. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมการให้คำปรึกษาในสถานบริการสาธารณสุขของรับในเขตจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และคณะ. 2539. " รายงานเบื้องต้นปัจจัยกำหนดที่มีผลต่อการยอมรับการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS โดยชุมชน : ประสบการณ์จากภาคเหนือ", เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ. โรงแรมปาร์คอินน์ธนา จังหวัดเชียงใหม่.

สมบัติ แทนประเสริฐสุข. 2540. หัตถการการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชนในประเทศไทย. รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536 – 2540. กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 734.

สุจินต์ ดาวระกูล. 2527. "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดนครสวรรค์," วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุนันทา นิลเพชร. 2537. "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติของชาวประมงพื้นบ้านชายฝั่งทะเล จังหวัดกระบี่และตรัง", วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุภาณี รุ่งเรืองศรี. 2535. "การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ ข่าวสารประชากรศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอสม. ของจังหวัดชัยนาท ในโครงการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข," วิทยานิพนธ์ ปรัชญาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรศักดิ์ ไควสุภัทร์. 2540. เครือข่ายให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาเอดส์ในจังหวัดหนองคาย พ.ศ. 2540. รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536-2540. กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 725.

เสถียร เขยประทับ. 2522. "การสื่อสารมวลชนและการพัฒนาประเทศ" นิตยสาร ฉบับที่ 7 (มีนาคม) : 50.

เสน่ห์ จามริกและคณะ. 2524 นโยบายในการพัฒนาชนบท ชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี.

เสาวภา พรสิริพงษ์ . 2541 " ปฏิภณของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว," องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล . 117-118.

แสงโสม ส่งแสง. 2541. "การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในสังคมและวัฒนธรรมไทยที่วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้". วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อรทัย โสมนรินทร์. 2538. "ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของผู้ดูแล". วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรรถัย หงูเจริญพรพานิช. 2540. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ของครอบครัว. รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536 – 2540. กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 728.
- อรพินท์ สุทธิพันธ์. 2533. "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรรม ในกิจกรรมเพิ่มพูนรายได้," วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, บัณฑิตา.
- เอกสุธี ยูหมนตรี. 2538. "ศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์," วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการศึกษาจากระบบ) 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,) p. 56 -63.
- Barrera, M. 1983. " Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assessment issuss." In G.H. Gottlieb (Ed.) Social Networks and Social Support. pp. 69 – 96. London : SAGE Publications.
- Beesey, Allan. 1992. Rural Based Family and Community Care for HIV Infected People : A Study of Rural Northern Thailand. Latrobe University, Melbourne, Australia.
- Carr, A. & Cooper, D.A. 1997. Primary HIV infection. In M.A. Sanda & P.A. Volberding (Eds.). The medical management of Aids. (5thed). (pp. 88 – 106.) Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Cobb, S. 1976. "Social support as a Moderate of life Stress." Psychosomatic

Medicine. 38 (September – October) : 300 – 314.

Cody, W. K. 1995. The Meaning of Grieving for Families Living with AIDS.

Nursing Science Quarterly. 8 (3) :104 – 114.

Cohen, M.J. & N.T. Uphaff. 1977. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design. Implementation and Evaluation. Rural Development Monograph No. 2 p.1,5.

Dimond. & J one, S.L. 1983. Ethics and the quality of life in chronic illness. In Chronic illness across the life span. Norwalk : Appleton-Century-Crofts.

Edited Z. Rubin. 1974. Englewood Cliffs : N. J. Prentice hall.

Fonaroff, A 1983. Community involvement in health system for primary health care. SHS/83.6 WHO Geneva p.21.

Getty, G. & Stern, P. 1990. "Gay men"s perceptions and responses to AIDS." Journal of Advanced Nursing. 15 p. 595 – 905.

Ginzburg, N.M. & Macdonald. 1986. M.G. The epidemiology of human T-cell lymphotropic virus Type-III (HTLV-III Disease). Psychiatric Annals. 16(3) : 153 -156.

Gottlieb, M.S., Jeffries, D.J., mildvan, D., Pinching, A.C., & Weiss, R.A. 1987. Current Topics in AIDS. Vol. L, New York : Jonn Wiley & Sons.

Gottlieb, M.S., Schroff, R., Weisman, J., Fan, p., wolf, R., & Saxon. 1981. A. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men : Evidence of a new acquired cellular

immunodeficiency.

- House, J.S. 1981. Work stress and social support. California : Addison- Wesley Publishing Company.
- Hubberd, P. , Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. 1984. "The Relationship between Social Support and Self – Care Practice", Nursing Research. 33 (September / October) : 266 - 269.
- Kalkman, Marion E. 1967. Psychiatric Nursing. 3 ed. New York : mcGram-hill Inc.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C. & Gore, S. 1977. Social support and health. Medical Care, 25 (S) : 47-58.
- Keelin G et al. 1996. " Social support : some pragmatic implications for health care professionals", Journal of Advanced Nursing. 23 (1) : 76-81.
- Khan, R.L. (1979). " Aging and Social Support ", In M.W. (Ed.) Aging From Birth to Death. : Interdisciplinary Perspectives. p. 77 –91. Riley Boulder : Westview Press.
- Krishnasamy, M. 1996. " Social support and the patient with cancer : a consideration of the literature", Journal of Advanced Nursing. 23 (4) : 757-762.
- Langile, J.K. 1977. "Social Network, Health Beliefs, and Preventive Health behavior", Journal of and Social Behavior", (18 September) 244-260.

- Lin, N. , Ensel, W.M. , Simeone, R.S. & Kuo, W. 1979. "Social Support, Stressful Life events and illness : A Model and an empirical test", Journal of Health and Social Behavior, 20 (June 1979) p. 108 –199 .
- Mac. Elveen, P. 1978. "Social Network." In D.C. Longo and RA Williams (Ed.) Clinical Practice in Psychosocial Nursing : Assessment and Intervention. Pp. 319-337. New York : Appleton-Century Crofts.
- Pilisuk, M. 1982. "Delivery of social support: The social inoculation", American Journal Orthopsychiatry, 52(1), 20-31.
- Praneed Songwathana & Lenore Manderson. 1997. Perceptions of HIV/AIDS and Caring for People with Terminal AIDS in Southern Thailand. Paper Presented at The Third International Conference on AIDS IMPACT, Melbourne, Australia.
- Roeder, William W. 1968 . "Leadership Development in a Mormon Community " (unpublished bedk manuscript).
- Ribble, D. 1989. Psychosocial support group for people with HIV and AIDS. Holistic Nursing Practice, 3(4), p. 52-62.
- Rogers, Everett M. and Shoemaker, Floyed F. 1971. Communication and Innovation: A Cross Cultural Approach. 2nd ed. New York : The Free Press.
- Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.s. 1981. "The health – related functions of social support.", Journal of behavior medicine, 4(4) p. 381 – 406.
- So Sethaputra. 1981. New Model English – Thai Dictionary.

- 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 p. 145 -159.
- Weiss, R. 1974. "The Provision of Social Relationships." In Doing Unto Others. p. 17-26.
- Weitz, 1989. R. "Uncertainty and the lives of persons with AIDS " Journal of Health and Social Behavior. 30 (September) p. 270 – 281.
- WHO/UNICEF Alma – Ata. 1978 . Primary Health care. p. 3-4 , 50.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์
เรื่อง ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
ในมิติของประชาชนและของผู้ป่วยเอดส์
เขตชายแดนภาคใต้

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มี 21 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบ่งออก ได้ดังนี้
 - 2.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มี 9 ข้อ
 - 2.2 คำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มี 8 ข้อ
 - 2.3 คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มี 5 ข้อ
2. กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง
3. คำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะนำผลไปใช้สำหรับการทำวิจัยโดยจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม
4. การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงได้ด้วยดี หากได้รับความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลจากท่าน

ขอขอบพระท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วยที่กรุณาให้ข้อมูล

สวาท กรศิริลักษณ์

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์
เรื่อง ปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
ในมิติของประชาชนและของผู้ป่วยเอดส์ เขตชายแดนภาคใต้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ลงใน หน้าคำตอบ ตามความเป็นจริงที่สุด

สำหรับผู้วิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. เพศ
<input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. อายุ | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. สถานภาพสมรส
<input type="checkbox"/> 1. โสด
<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย / หย่า / แยก | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. ศาสนา
<input type="checkbox"/> 1. พุทธ <input type="checkbox"/> 2. คริสต์
<input type="checkbox"/> 3. อิสลาม <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. ระดับการศึกษาสูงสุด
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> 4. อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> 5. จุฬมศึกษาหรือสูงกว่า | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท / เดือน)
<input type="checkbox"/> 1. มี.....บาท / เดือน
<input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ
<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 6.1
<input type="checkbox"/> 6.2 |

สำหรับผู้วิจัย

7. แหล่งรายได้ในปัจจุบันของครอบครัวมาจาก(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ได้รับบริจาค | <input type="checkbox"/> 7.1 |
| <input type="checkbox"/> 2. การประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> 7.2 |
| <input type="checkbox"/> 3. ครอบครัวและญาติ | <input type="checkbox"/> 7.3 |
| <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 7.4 |

8. ภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการรักษา / ภาค / จังหวัด

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ภาคเหนือ /จังหวัด..... | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 2. ภาคกลาง /จังหวัด..... | |
| <input type="checkbox"/> 3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ /จังหวัด..... | |
| <input type="checkbox"/> 4. ภาคใต้ /จังหวัด..... | |
| <input type="checkbox"/> 5. ต่างประเทศ ระบุชื่อ..... | |

8. อาชีพก่อนมารับการรักษา

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 2. ค้าขาย | |
| <input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง | |
| <input type="checkbox"/> 4. ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ | |
| <input type="checkbox"/> 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ | |
| <input type="checkbox"/> 6. นักเรียน /นักศึกษา | |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ..... | |

10. จำนวนบุตรในปัจจุบัน คน (หากไม่มีข้ามไปตอบข้อ 12)

10

11. ผู้รับผิดชอบดูแลบุตรคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. บู่ ย่า | <input type="checkbox"/> 2. ตา ยาย | <input type="checkbox"/> 11.1- 11.2 |
| <input type="checkbox"/> 3. สามี หรือ ภรรยา | <input type="checkbox"/> 4. รับผิดชอบเอง | <input type="checkbox"/> 11.3-11.4 |
| <input type="checkbox"/> 5. ญาติ | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 11.5-11.6 |

สำหรับผู้วิจัย

1.2 ประวัติการแสวงหาการรักษาพยาบาล

12. ท่านทราบการเจ็บป่วยครั้งนี้จากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. คลินิกนิรนาม | <input type="checkbox"/> 12.1 |
| <input type="checkbox"/> 2. คลินิกเอกชน | <input type="checkbox"/> 12.2 |
| <input type="checkbox"/> 3. โรงพยาบาลของรัฐ | <input type="checkbox"/> 12.3 |
| <input type="checkbox"/> 4. โรงพยาบาลเอกชน | <input type="checkbox"/> 12.4 |
| <input type="checkbox"/> 5. หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ของส.ส.จ. | <input type="checkbox"/> 12.5 |
| <input type="checkbox"/> 6. หมอพื้นบ้าน | <input type="checkbox"/> 12.6 |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 12.7 |

13. ระยะเวลาที่ทราบการติดเชื้อ ปี / เดือน 13

14. สาเหตุของการติดเชื้อเอดส์

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. จากเพศสัมพันธ์ | <input type="checkbox"/> 14.1 |
| <input type="checkbox"/> 2. จากการติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น | <input type="checkbox"/> 14.2 |
| <input type="checkbox"/> 3. จากการรับเลือด | <input type="checkbox"/> 14.3 |
| <input type="checkbox"/> 4. ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 14.4 |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 14.5 |

15. แหล่งที่ไม่ใช้บริการในการบำบัดรักษาภายหลังติดเชื้อเอดส์ครั้งแรก 15

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. คลินิกเอกชน |
| <input type="checkbox"/> 2. คลินิกโรงพยาบาลของรัฐบาล |
| <input type="checkbox"/> 3. โรงพยาบาลเอกชน |
| <input type="checkbox"/> 4. ซัวยารักษาตนเอง |
| <input type="checkbox"/> 5. รักษาหมอพื้นบ้าน |
| <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ |

16. หลังจากรักษาครั้งแรกอาการเป็นอย่างไร

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ดีขึ้น เพราะ | <input type="checkbox"/> 16 |
| | |
| <input type="checkbox"/> 2. ดีขึ้น เพราะ | |
| | |
| <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ | |

สำหรับผู้วิจัย

17. แหล่งข้อมูลที่ท่านทราบว่ามีวัดแห่งนี้ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์คือ

(ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. หนังสือพิมพ์ | <input type="checkbox"/> 17.1 |
| <input type="checkbox"/> 2. โทรทัศน์ | <input type="checkbox"/> 17.2 |
| <input type="checkbox"/> 3. วิทยุ | <input type="checkbox"/> 17.3 |
| <input type="checkbox"/> 4. แผ่นพับ | <input type="checkbox"/> 17.4 |
| <input type="checkbox"/> 5. ได้รับคำแนะนำจาก..... | <input type="checkbox"/> 17.5 |
| <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 17.6 |

18. เหตุผลที่เลือกวัดเป็นแหล่งรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เชื่อว่ารักษาหาย | <input type="checkbox"/> 18.1 |
| <input type="checkbox"/> 2. ได้ข่าวว่าดูแลดี | <input type="checkbox"/> 18.2 |
| <input type="checkbox"/> 3. ไม่มีที่ไป | <input type="checkbox"/> 18.3 |
| <input type="checkbox"/> 4. ต้องการที่พึ่งทางใจ | <input type="checkbox"/> 18.4 |
| <input type="checkbox"/> 5. รักษาที่อื่นแล้วไม่ดีขึ้น | <input type="checkbox"/> 18.5 |
| <input type="checkbox"/> 6. มีชื่อเสียงในเรื่องเหล็กไหล | <input type="checkbox"/> 18.6 |
| <input type="checkbox"/> 7. ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> 18.7 |
| <input type="checkbox"/> 8. ญาติพามา | <input type="checkbox"/> 18.8 |
| <input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 18.9 |

19. ระยะเวลาที่พังกักรักษาอยู่ในวัด เดือน 19

20. ผลการรักษาเป็นอย่างไร

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ดีขึ้น เพราะ | <input type="checkbox"/> 20 |
| | |
| <input type="checkbox"/> 2. ดีขึ้น เพราะ | |
| | |
| <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ เพราะ..... | |
| | |

สำหรับผู้วิจัย

21. บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือตลอดมาภายหลังติดเชื้เอชไอวี

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. สามี | <input type="checkbox"/> 21.1 |
| <input type="checkbox"/> 2. ภรรยา | <input type="checkbox"/> 21.2 |
| <input type="checkbox"/> 3. บิดา /มารดา | <input type="checkbox"/> 21.3 |
| <input type="checkbox"/> 4. บิดา | <input type="checkbox"/> 21.4 |
| <input type="checkbox"/> 5.มารดา | <input type="checkbox"/> 21.5 |
| <input type="checkbox"/> 6. ญาติ พี่ น้อง | <input type="checkbox"/> 21.6 |
| <input type="checkbox"/> 7. อาสาสมัคร | <input type="checkbox"/> 21.7 |
| <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 21.8 |