

การรณรงค์ป้องกันและดูแลโรคเอดส์ในชุมชนเมือง*

AIDS Prevention and Care in Urban Community.*

กิตติกร นิลมานัต * * พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

Kittikorn Nilmanat ** M.N.S. (Adulth Nursing)

พัชรียา ไชยลังกา ** วท.ม. (พยาบาล)

Pachariya Chailangka ** M.S. (Nursing)

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ ** Ph.D.

Arphorn Chuaprapisilp ** Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหารูปแบบการป้องกันและดูแลโรคเอดส์ในชุมชนเมือง โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นแนวทาง โดยเลือกชุมชนนกแล ซึ่งเป็นชุมชนในเขตเมืองเป็นหมู่บ้านเป้าหมายและมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ประธานชุมชน และ อสม.ในชุมชนเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินงาน แบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ระยะได้แก่ 1) ติดต่อประสานงานและการสร้างสัมพันธภาพ 2) เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์และวางแผนงาน 4) ดำเนินกิจกรรมตามแผน

และปรับปรุงแผน และ 5) การประเมินผลโครงการ ผลการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่บ้าง แต่ความรู้ที่มีไม่ชัดเจน มีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคเอดส์อีกมาก และรู้สึกเป็นห่วงวัยรุ่นในชุมชน เพราะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มากที่สุด ทางชุมชนได้ร่วมมือกับทีมวิจัยจัดกิจกรรมเพื่อรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ และเตรียมพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่จะอาจมีขึ้นในอนาคต ได้แก่ 1) การอบรม อสม. เรื่องโรคติดเชื้อและโรคเอดส์ 2) การศึกษาดูงานที่สำนักสงฆ์ วิเวกนาครม 3) การอบรมแม่บ้านเรื่องโรคติดเชื้อและโรคเอดส์ 4) มโนราห์ ป้องกันเอดส์ และ 5) การศึกษาดูงาน ของกลุ่มวัยรุ่น เมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการรู้สึกพึงพอใจต่อกิจกรรมที่เกิดขึ้น คนในชุมชนมีความตื่นตัวและมีการพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในครอบครัวมากขึ้น ไม่ปรากฏอุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์หรือผู้เป็นเอดส์เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการ อย่างไรก็ตามโครงการวิจัยไม่สามารถกระจายความรู้เรื่องโรคเอดส์ให้

* ได้รับทุนสนับสนุนจาก UNDP และ AusAID ประเทศออสเตรเลีย

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* Support by UNDP and AusAID , Australia.

** Faculty of Nursing , Prince of Songkla University.

ครอบคลุมในทุกครัวเรือนในชุมชนกแลที่ตั้งที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการได้แก่ ลักษณะโครงสร้างทางสังคม กระบวนการกลุ่มและผู้นำกลุ่ม และแหล่งประโยชน์ที่ให้บริการทางสาธารณสุข ความสำเร็จของการดำเนินการวิจัยแบบมีส่วนร่วมขึ้นกับปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล และ 3) ปัจจัย แวดล้อม

คำสำคัญ : โรคเอดส์, เอดส์-การป้องกันและควบคุม, ผู้ป่วย-การดูแล, ชุมชนเมือง

Abstract

The purpose of this participatory action research was to develop the model of AIDS prevention and care in urban community. Noklao was selected to be a target community. Local health care provider, community's leader and local health care volunteers were key persons of the project. The project could be derived into 5 phases ;1) establish community network and rapport 2) conduct baseline survey 3) reconnaissance and plan for action 4) implementation and monitoring and 5) final evaluation. The data were collected by door to door interviewing ; focus group method ; participant observation and secondary data from health care service record. Baseline data showed that most of villagers had known about AIDS but it was not clear. AIDS was an unspoken topic in family. They would like to know more. They

concerned about teenage behaviors because of being a risk group. These key persons collaborated with research team to arrange 5 activities to prevent AIDS in their community and to prepare villagers for readiness to care person with AIDS. At the end of the project, participants satisfied the outcome of the project. They frequently talked about AIDS openly in their family. However the project could not expand AIDS knowledge to all villagers because of some limitation ; social structure , group process and health care resource in community. The successful of the participatory action research in community depended on three factors 1) personal factor 2) interpersonal factor and 3) environmental factor.

Key words : AIDS-Prevention & Control, AIDS, Patient care, Urban community

ความเป็นมา

โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศ สำหรับอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอดส์ในภาคใต้ในระยะแรก ยังไม่มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์เผยแพร่ชัดเจน โดยพบว่า มีการกระจายของผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาคใต้จนถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534 ถึงร้อยละ 10.9 ของประเทศ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข และสมศักดิ์ ภิญญโณธรรมกร, 2535) และคาดว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์น่าจะมีสูงขึ้นเนื่องจากปัจจัย

เสี่ยงหลายประการ ได้แก่ปัญหาเสฟติด ซึ่งพบว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านในภาคใต้มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทเฮโรอีน กัญชา วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและสารระเหย (ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำภาคใต้, 2536) ร่วมกับปัญหาการขยายบริการทางเพศ ซึ่งมีแนวโน้มจะสูงขึ้นจากการเคลื่อนย้ายแรงงานของหญิงให้บริการทางเพศจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง รวมทั้งการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้มีการย้ายถิ่นของผู้ใช้แรงงานเพื่อเข้ามาประกอบอาชีพรับจ้างเพิ่มมากขึ้น บุคคลเหล่านี้จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวีสูง (คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2535)

ภายหลังจากมีรายงานการตรวจพบโรคเอดส์เป็นครั้งแรกในประเทศไทย รัฐบาลได้ดำเนินการเพื่อรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ผ่านสื่อต่างๆแก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ในระยะแรกเป็นการมุ่งเน้นถึงอันตรายของโรคเอดส์ รวมทั้งการให้สุศึกษาแก่บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้เกิดความตื่นตัวแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตามจากการวิจัยที่ผ่านมา (คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์แห่งชาติ, 2538 ; ไพพรรณ พิทยานนท์, มาลี ดิเลศยืนยง และวิชัย โปยะจินดา, 2534 ; วรชัย ทองโกย และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ, 2537 ; วาทีนี บุญธลักษี, สมศักดิ์ มงคลจารย์ และอารี อุเด็น, 2538 ; วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2539 ; วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, 2534) พบว่าแม้ว่าประชาชนจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังคงเห็นว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่มีความ

คลุมเครือ ไม่ตระหนักถึงปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว จึงยังไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้สถิติการพบผู้ติดเชื้อยังคงมีเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจเนื่องจากการประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อต่างๆเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนอาจไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ และสื่อส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารแบบทางเดียวและขาดความต่อเนื่องของการนำเสนอ ร่วมกับระยะเวลาของการนำเสนอสั้นและเร็ว ทำให้ไม่สามารถทำความเข้าใจได้ (วาทีนี บุญธลักษี, สมศักดิ์ มงคลจารย์ และอารี อุเด็น, 2538) ผู้รับข้อมูลจึงยังคงสงสัยเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่

นอกจากนี้ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ยังไม่มีการรักษาโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้จะเริ่มทยอยเป็นเอดส์ต่อไป คาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีผู้เป็นเอดส์ทั้งสิ้น 562,100 คน และจะเพิ่มเป็น 755,700 คน ในปี พ.ศ.2547 (ประมาณร้อยละ 1.14 ของประชากร) (กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541) เมื่อถึงเวลานั้นสถานให้บริการพยาบาลที่มีอยู่อาจจะไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้เป็นเอดส์เหล่านี้ไว้ได้ บ้านและชุมชนจึงเป็นสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับดูแลผู้เป็นเอดส์อีกแห่งหนึ่ง อย่างไรก็ตามในระยะแรกของการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์จะมุ่งเน้นให้ประชาชนเกิดความกลัว และมีความเชื่อว่าโรคเอดส์เป็นแล้วตายรักษาไม่หาย บุคคลในสังคมจึงให้ความรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ดังนั้นการรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์ และเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อดูแล

ผู้เป็นเอดส์จึงมีความสำคัญ

บทบาทหน้าที่หนึ่งของคณะพยาบาลศาสตร์คือการให้บริการวิชาการแก่สังคม จากหลักการและเหตุผลดังกล่าวทีมผู้วิจัยจึงได้ร่วมมือมหาวิทยาลัยลาโทรป ประเทศออสเตรเลีย จัดโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเรื่องการป้องกันและดูแลโรคเอดส์ในชุมชนภาคใต้ ระหว่างปี พ.ศ.2537-2539 โดยมีหมู่บ้านเข้าร่วมโครงการ 6 หมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านในชนบท 3 หมู่บ้าน กึ่งเมืองกึ่งชนบท 2 หมู่บ้าน และชุมชนเมือง 1 ชุมชน รายงานวิจัยฉบับนี้ขอนำเสนอผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในชุมชนเมืองซึ่งใช้เวลาดำเนินงาน 1 ปี

วัตถุประสงค์การวิจัย :

เพื่อหารูปแบบการป้องกันและดูแลโรคเอดส์ในชุมชนเมือง

หมู่บ้านเป้าหมาย :

หมู่บ้านเป้าหมายคือชุมชนในเขตเมือง การคัดเลือกชุมชนกระทำโดยประสานงานกับนายกเทศมนตรีเพื่อขอลงโครงการในชุมชน การเลือกชุมชนแรกเข้าร่วมในโครงการ เนื่องจากชุมชนแห่งนี้ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลนครที่เป็นแหล่งธุรกิจอุตสาหกรรมที่สำคัญแห่งหนึ่งของภาคใต้ ซึ่งมีสถานที่เจริญมั่งคั่งและแหล่งบริการทางเพศมาก ทั้งผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง และจากรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ผ่านมา (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2537) พบว่ากลุ่มนี้มีร้อยละของการเป็นเอดส์สูง ชุมชนแรกเล็งเห็นว่าจัดได้ว่าเป็นชุมชนที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค

เอดส์ การวิจัยครั้งนี้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และกลุ่มแม่บ้านในชุมชนเป็นพลังหรือบุคคลสำคัญในการดำเนินโครงการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนได้มีกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ ที่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมชุมชน รวมทั้งเพื่อให้กลุ่มแม่บ้านมีทักษะในการดูแลตนเองและครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อและโรคเอดส์ ซึ่งคาดว่าเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ชุมชนและคนในชุมชนจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์และทัศนคติกับผู้เป็นเอดส์ โดยสามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์หรือเป็นเอดส์ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ : กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการรวบรวมปัญหาหรือคำถามที่ได้จากการสะท้อนการปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่งหรือกลุ่มคนใดกลุ่มหนึ่ง เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน ในขณะเดียวกันเป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534 ; Kemmis, S. and Mc Taggart., 1990 ; Stree, T.A. and Robinson, A., 1995 ; สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2529 ; สุนันทา สุวรรณโณดม และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2535) โดยเชื่อว่า บุคคลมีศักยภาพและอิสระในการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาสถานการณ์และสังคมที่อยู่ให้ดีขึ้น (Kemmis, S. and Motaggart, R., 1990.; Stree, T.A and Robinson, A. 1995)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนในทุกขั้นตอน (4 ขั้นตอน) และแต่ละขั้นตอนมีความต่อเนื่องกัน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาและการทำความเข้าใจสถานการณ์อย่างถ่องแท้ 2) การวางแผน 3) การปฏิบัติและการสังเกต และ 4) การสะท้อนการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูล และการปรับปรุงแผน

การดำเนินการวิจัย : การดำเนินโครงการเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัยตั้งแต่การค้นหาและทำความเข้าใจปัญหา การวางแผน ลงมือปฏิบัติ การสะท้อนการปฏิบัติหรือการประเมินผล และการปรับปรุงแผน แบ่งเป็น 5 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การติดต่อประสานงานและการสร้างสัมพันธภาพ

เมื่อเริ่มโครงการวิจัย ทีมวิจัยได้ประสานงานกับนายกเทศมนตรีนครเพื่อติดต่อขอดำเนินการวิจัยในชุมชนในเขตเทศบาล ซึ่งทางนายกเทศมนตรีได้แนะนำให้เปิดโครงการที่ชุมชนนกแล ทั้งนี้เนื่องจากเห็นว่าชุมชนแห่งนี้มีความพร้อมสูงในการให้ความร่วมมือในการดำเนินการ หลังจากได้รับการตอบรับจากทางเทศบาล ทีมวิจัยได้เริ่มเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับประธานชุมชน กรรมการ ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการ ซึ่งทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการเนื่องจากในชุมชนยังไม่มีโครงการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ที่ชัดเจน จากนั้นทีมวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในชุมชนเริ่มออกเยี่ยมบ้านและเข้าร่วมในกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น เพื่อสร้างความคุ้นเคย และ

ทำความเข้าใจถึงวิถีชีวิต สังคม และวัฒนธรรมของชุมชน

ระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

ภายหลังจากได้สร้างความคุ้นเคยกับคนในชุมชนได้ระดับหนึ่ง ทีมวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยได้เริ่มเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของคนในชุมชนและประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลทางด้านสุขภาพทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา และวิธีการดูแลตนเอง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มในกลุ่มแม่บ้านและกลุ่มหนุ่ม สำหรับกลุ่มวัยรุ่น อสม. ไม่สามารถนัดเพื่อทำการสนทนากลุ่มได้เนื่องจากวัยรุ่นไม่ให้ความสนใจในกิจกรรมที่จัดขึ้น

ระยะที่ 3 การทำความเข้าใจสถานการณ์และวางแผนการดำเนินงาน

เมื่อเก็บข้อมูลครบในทุกกลุ่มเป้าหมายแล้ว ทีมวิจัยได้นำจัดประธานชุมชน กรรมการชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. ประชุม เพื่อสะท้อนข้อมูลที่ได้ร่วมกัน ทำความเข้าใจ และวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคเอดส์ในชุมชนเพื่อวางแผนการรณรงค์ต่อไป

ระยะที่ 4 ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้และการปรับปรุงแผน

กิจกรรมที่ทางชุมชนได้ร่วมกันคิดและจัดขึ้นเพื่อการรณรงค์ป้องกันและดูแลโรคเอดส์ในชุมชน ประกอบด้วย

1. การอบรม อสม. เรื่องโรคติดต่อและโรคเอดส์: การป้องกันและดูแล

2. การศึกษาดูงานที่สำนักสงฆ์
วิเวกนาครม

3. การอบรม แม่บ้านในชุมชน เรื่อง
โรคติดเชื้อและโรคเอดส์: การป้องกันและดูแล

4. มโนราห์ณรงค์ป้องกันเอดส์

5. การศึกษาดูงานของกลุ่มวัยรุ่น

แต่ละกิจกรรมมีกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน โดยในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้นได้มีการจัดประเมินผลย่อยเพื่อนำมาปรับปรุงสำหรับการดำเนินการกิจกรรมต่อไป

ระยะที่ 5 ประเมินผลโครงการ

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ทีมวิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มในกลุ่มกรรมการชุมชน อสม. กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มวัยรุ่น เพื่อประเมินผลโครงการ โดยรวมการสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การสนทนาและสัมภาษณ์คนในชุมชน รวมทั้งได้รวบรวมข้อมูลทุกมิติถึงพฤติกรรมการเกิดโรคในชุมชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนดำเนินการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และหาข้อสรุป และจัดการสัมมนาโดยเชิญนายแพทย์สาธารณสุขประจำจังหวัด ประธานกรรมการชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เข้าร่วมรับฟังและแสดงความคิดเห็นถึงข้อสรุปที่ได้จากการดำเนินโครงการ เพื่อให้ได้มีการพัฒนาดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องต่อไปเมื่อทีมวิจัยออกจากชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ :

ได้แก่ ทีมวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในชุมชนมีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การเก็บข้อมูล

จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมด้วยการจัดบันทึกภาคสนามในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มด้วยการบันทึกเทปและวิธีทัศนคติตลอดการดำเนินโครงการ และการทดสอบก่อนและหลังการอบรมด้วยแบบประเมินผลการอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูล :

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละวันในแต่ละครั้งที่ได้ข้อมูลมา และการวิเคราะห์ข้อมูลรวมภายหลังการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยการใช้เทคนิคการตรวจสอบแบบสามเส้า เทคนิคการจัดหมวดหมู่ข้อมูล เทคนิคการสรุปอ้างอิงหลักการจากข้อมูลจริง และเทคนิคการประชุมกลุ่มเพื่อการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ชุมชนนกแล :
หมู่บ้านในเมือง

ชุมชนนกแลตั้งอยู่ในเขตอำเภอซึ่งเป็นแหล่งธุรกิจอุตสาหกรรมที่สำคัญแห่งหนึ่งของภาคใต้ ได้รับการแต่งตั้งเป็นชุมชนเมื่อ พ.ศ.2527 เดิมพื้นที่ของชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นทุ่งนาว่าง ต่อมาเมื่อภาวะทางเศรษฐกิจในภาคใต้ที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ได้มีการขยายเขตอำเภอออกมา ชาวบ้านจึงเลิกอาชีพทำนาและแบ่งที่นาขาย เปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่นแทน และเริ่มมีผู้คนจากต่างท้องถิ่นมาซื้อและปลูกสร้างบ้านเรือนแทนพื้นที่นาเหล่านั้น จนกระทั่งเมื่อประชากรในชุมชนมากขึ้น ทางเทศบาลจึงได้ประกาศแต่งตั้งเป็นชุมชนนกแล ซึ่งปัจจุบันประกอบด้วยสมาชิก 1,560 ครัวเรือน

ด้านหนึ่งของชุมชนกแลติดกับทางรถไฟ ด้านอื่นๆติดกับถนนที่สามารถตัดเข้าสู่ตัวอำเภอได้ ถนนทุกสายในหมู่บ้านเป็นถนนที่ลาดด้วยยางมะตอย และมีรถสัญจรไปมาตลอดเวลา การเข้าออกจากหมู่บ้านจึงเป็นไปด้วยความสะดวกสบาย โดยรถสองแถวรับจ้างหรือจักรยานยนต์สองล้อรับจ้างไม่ประจำทาง ภายในหมู่บ้านมีสถานที่ราชการที่สำคัญหลายแห่ง ได้แก่ โรงเรียนมัธยมศึกษาประจำอำเภอ ธนาคารแห่งประเทศไทยสาขาภาคใต้ เทศบาลนคร สนามกีฬาประจำอำเภอ วัด 1 แห่ง นอกจากนี้ภายในหมู่บ้านมีโรงงาน 1 โรง ในชุมชนไม่มีสถานบันเทิงเริงรมย์ มีเพียงโรงสนุกเกอร์ 1 แห่ง ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จะเป็นวัยรุ่น หรือนักเรียนที่จะมาเล่นพนันกันในตอนเย็น ห่างไปประมาณ 500 เมตร เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์ สุเทวสถานโทรทัศน์ท้องถิ่น สถานีดับเพลิง และที่ทำการไปรษณีย์ ไกลออกไปอีกประมาณ 4 กิโลเมตร หรือหากเดินทางโดยรถยนต์จะใช้เวลาประมาณ 15 นาที เป็นมหาวิทยาลัยของรัฐที่มีโรงพยาบาลสังกัด ทบวงมหาวิทยาลัยตั้งอยู่

บ้านเรือนในชุมชนกแลส่วนใหญ่เป็นตึกแถว หรืออาคารพาณิชย์เรียงเป็นระเบียบ ด้านหน้าของตัวบ้านจะเปิดสำนักงานหรือค้าขายทั่วไป ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่งจะเป็นคนต่างถิ่นที่เข้ามาเข้าบ้านเพื่อรับจ้างทำงานในเมือง จากการสำรวจของเทศบาล พบว่าชาวชุมชนกแลส่วนใหญ่ร้อยละ 41.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ย 60,000 บาท/คน/ปี ชุมชนกแล มีประธานชุมชน ซึ่งเป็นคนต่างท้องถิ่นที่มาตั้งรกรากในชุมชนนี้มาประมาณ 40 ปีเป็นผู้ปกครอง และมีรองประธาน

และกรรมการหมู่บ้านอีก 13 คนเป็นผู้ช่วยเหลือดำเนินการในด้านต่างๆ นอกจากนี้ชุมชนยังมีการจัดตั้งองค์กรต่างๆขึ้นอีก 5 กลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มไทยอาสาป้องกันชาติ ในทุกๆปีชุมชนกแลจะจัดงานวันเด็กขึ้นที่หน้าบ้านประธานชุมชน ซึ่งจัดเป็นงานที่สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากที่สุด

การดำรงชีวิตของชาวชุมชนกแลจะคล้ายการดำรงชีวิตของชาวเมืองใหญ่ๆ ตอนเช้าผู้ที่อยู่ในวัยเรียนจะไปโรงเรียนซึ่งอาจจะอยู่ในอำเภอหรือนอกเขตอำเภอออกไปแต่ยังคงอยู่ในจังหวัดเดียวกัน โดยมีผู้ปกครองไปรับ-ส่ง ด้วยภาวะเศรษฐกิจที่ค่อนข้างรัดตัว แม่บ้านจะช่วยเหลือครอบครัวในการหาเลี้ยงชีพ ดังนั้นในตอนกลางวันบ้านเรือนส่วนใหญ่จะปิดไว้ บางบ้านอาจมีผู้สูงอายุอยู่ ตอนเย็นส่วนใหญ่ทุกคนในครอบครัวจะรับประทานอาหารร่วมกัน แล้วจึงเข้านอน สำหรับการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้านจะน้อย มีการพูดคุยกันเฉพาะเพื่อนบ้านใกล้เคียงแต่ไม่สนิทสนม พ่อบ้านจะเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องต่างๆภายในบ้าน ยกเว้นเรื่องเงินทองค่าใช้จ่ายภายในบ้านพ่อบ้านส่วนใหญ่จะมอบเงินเดือนทั้งหมดไว้ที่แม่บ้าน และให้แม่บ้านเป็นผู้ควบคุมและตัดสินใจ อย่างไรก็ตามเมื่อภายในครอบครัวประสบกับปัญหาที่ค่อนข้างใหญ่ พ่อบ้านและแม่บ้านจะร่วมกันตัดสินใจ

ข้อมูลทางด้านระบบบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ชุมชนกแลนี้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของเทศบาลนครและงานเวชกรรมสังคม โรง-

พยาบาลศูนย์ประจำภาคใต้ ภายในชุมชนไม่มีสถานีนอนามัยตั้งอยู่ แต่มีสถานีนอนามัยชุมชนซึ่งตั้งอยู่ติดกันเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการการดูแลรักษาเบื้องต้น มีการจัดตั้งกองทุนยาไว้ที่บ้านของประธานชุมชนสำหรับให้บริการยาสามัญประจำบ้านแก่สมาชิกในชุมชน อย่างไรก็ตามเจ็บป่วยชาวชุมชนนกแลส่วนใหญ่นิยมเข้ารับการตรวจรักษาที่เทศบาล โรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์ประจำตัวมากกว่าเนื่องจากสะดวกสามารถมาตรวจได้หลังเลิกงาน เนื่องจากตั้งอยู่ใกล้ชุมชน

ความเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยที่สุดในชุมชน ได้แก่ ไข้หวัด รองลงมาได้แก่อาการท้องเสีย และตาแดง นอกจากนี้โรคที่พบได้บ้างได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ปอดอักเสบ แผลในปาก ปวดเมื่อย อาการชักในเด็ก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ชาวชุมชนนกแลไม่นิยมไปตรวจรักษาที่เทศบาลหรือโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจะเป็นลูกจ้างทำงานอยู่ที่เทศบาลและโรงพยาบาล การตรวจรักษาด้วยโรคนี้จึงต้องปิดและนิยมไปรักษาที่คลินิกแพทย์มากกว่า สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยได้แก่แม่บ้าน ซึ่งวิธีการดูแลสุขภาพ จะเป็นวิธีการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับแผนโบราณทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะของความเจ็บป่วย การดูแลรักษาเบื้องต้น ส่วนใหญ่จะเป็นการซื้อยามารักษาตนเอง และให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการตามความรู้ที่เคยได้รับทราบมาจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านแนะนำ หากเจ็บป่วยรุนแรงจะนำผู้ที่เจ็บป่วยส่งโรงพยาบาล แต่บางโรคหรือบางอาการ เช่น เริ่ม

หรือ ท้องเสีย ส่วนใหญ่ยังคงเชื่อมั่นในการรักษาแผนโบราณมากกว่า

ชาวชุมชนนกแลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่บ้าง ความรู้ที่ได้ส่วนใหญ่ผ่านทางสื่อโทรทัศน์และวิทยุ รวมทั้งการเข้าอบรมต่างๆ ทราบถึงวิธีการติดต่อและการป้องกันตัวเองให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ แต่ความรู้ที่ได้ยังไม่ชัดเจน ไม่แน่ใจในข้อมูลที่รับมา และมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคเอดส์อีกมาก เห็นว่าเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว ตนเองไม่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดโรค หลายคนไม่เชื่อว่าโรคเอดส์มีจริง ต้องการเห็นผู้ป่วยโรคเอดส์ภายในชุมชนเคยมีผู้สงสัยว่าเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ 1 คน แต่ไม่ได้ให้ความสนใจมากนัก เพราะผู้ป่วยและครอบครัวปกปิด มาทราบตอนผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ส่วนใหญ่ยังกลัวและไม่กล้าที่จะดูแลผู้เป็นเอดส์ เพราะไม่มั่นใจว่าโรคเอดส์ติดทางใดได้บ้าง แต่ไม่ได้รังเกียจผู้เป็นเอดส์ ในชุมชนยังไม่มีรูปแบบการรณรงค์เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ชัดเจน ภายในครอบครัวมีการพูดถึงเรื่องโรคเอดส์น้อย ได้เพียงเตือนเป็นครั้งๆไป วัยรุ่นไม่ค่อยเชื่อฟังเมื่อตกเดือน รู้สึกเป็นห่วงพวกวัยรุ่น เพราะเห็นว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยง ต้องการให้กลุ่มวัยรุ่นได้เห็นและตระหนักถึง महันตภัยของโรคเอดส์ ทั้งต้องการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ชัดเจนมากกว่าที่เคยรู้มา

ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน รวมทั้งประเด็นปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว กลุ่มทีมวิจัยได้ประชุมประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยที่รับผิดชอบชุมชนนกแล และ อสม. เพื่อสะท้อนข้อมูลที่ได้ ทำความเข้าใจในสภาพปัญหา ซึ่งสรุปได้ว่าชุมชนยังขาดความรู้ที่

ชัดเจนเกี่ยวกับโรคเอดส์ ไม่มั่นใจว่าโรคเอดส์มีจริง ดำเนินงานการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์และ
 และต้องการให้วัยรุ่นได้ตระหนักถึงความร้ายแรง โรคติดต่อชั้นในชุมชน ดังกิจกรรมดังต่อไปนี้
 ของโรคเอดส์ จากนั้นได้ร่วมกันการวางแผนและ (ตาราง ที่ 1)

ตารางที่ 1 กิจกรรมและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
1. การอบรม อสม. เรื่อง โรคติดต่อและโรคเอดส์	1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อและโรคเอดส์ 2. มีทักษะในการดูแลตนเองและสมาชิกในชุมชนเมื่อเจ็บป่วย 3. สามารถให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพและปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่คนในชุมชนได้	อสม.
2. การศึกษาดูงานที่สำนักสงฆ์เวกวนาธรรม	1. เรียนรู้จากเกี่ยวกับโรคเอดส์ผ่านประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ 2. ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคเอดส์	อสม., แม่บ้าน และวัยรุ่น
3. การอบรมแม่บ้านเรื่อง โรคติดต่อและโรคเอดส์	1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อและโรคเอดส์ 2. มีทักษะในการดูแลตนเองและครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย 3. สามารถให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพและปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่เพื่อนบ้านใกล้เคียงได้	แม่บ้าน
4. มโนราห์ป้องกันเอดส์	1. กระตุ้นให้คนในชุมชนมีความตื่นตัวเกี่ยวกับโรคเอดส์ 2. มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ 3. สามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้อย่างปกติสุข	ทุกกลุ่ม
5. การศึกษาดูงานที่ ร.พ.ธัญญารักษ์, ร.พ.บาราศนราดรุณ และวัดพระบาทน้ำพุ	1. สร้างความตระหนักถึงมหันภัยของโรคเอดส์ 2. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ 3. ทราบถึงวิธีการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอดส์	วัยรุ่น

1. การอบรม อสม. เรื่องโรคติดเชื้อ การป้องกันและการดูแล จำนวน 3 ครั้ง ผลการอบรมพบว่า มีผู้เข้าอบรมครบทั้ง 3 ครั้งจำนวนทั้งสิ้น 7 คนจากอสม.ทั้งหมด 25 คน คะแนนทดสอบความรู้หลังการอบรมสูงกว่าคะแนนก่อนเข้ารับการอบรมแต่ละครั้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อสม. รู้สึกพึงพอใจกับการอบรมที่จัดขึ้น แต่เห็นว่าระยะเวลาที่อบรมค่อนข้างสั้นและต้องการความรู้ในโรคอื่นๆอีก รวมทั้งต้องการให้ชุมชนอื่นได้รับความรู้เช่นเดียวกัน เพราะเป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

“ได้รับความรู้ดี การเรียนที่ได้ปฏิบัติควบคู่กันไป ทำให้มีความเข้าใจในเนื้อหาที่เรียนมากขึ้น ลึกซึ้งขึ้น ผิดกับการอบรมที่เคยเข้าร่วมที่ผ่านมา” อสม.คนที่ 1

สำหรับการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้อื่น ส่วนใหญ่รู้สึกมั่นใจเพราะได้ปฏิบัติมากับมือ แต่ไม่แน่ใจว่าผู้ฟังจะเชื่อในสิ่งที่ตนเองพูดหรือไม่

“ไม่รู้ว่าเขาอีก(จะ)เชื่อหม้าย(ไหม) เพราะพวกเราไม่ใช่หมอ แต่ถ้าอาจารย์เข้าร่วมตอนที่ผมสอน ชาวบ้านน่าจะเชื่อ” อสม. คนที่ 2

2. การไปศึกษาดูงานที่สำนักสงฆ์เวกวนาครม พบว่า ในระหว่างการศึกษาดูงาน ทุกคนให้ความสนใจต่อสภาพผู้ป่วยที่เห็นและเข้าไปพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ทุกคนเริ่มตระหนักว่าโรคเอดส์เป็นเรื่องจริงและเป็นเรื่องที่ใกล้ตัว และตระหนักถึงความรุนแรงของโรค กลับจากการศึกษาดูงานได้มีการนำสิ่งที่ได้พบเห็นมาไปเล่าให้เพื่อนบ้านในละแวกใกล้เคียงฟัง ส่วนใหญ่ต้องการให้พวกวัยรุ่นมาเห็น จะได้หยุดเที่ยว เลิกพฤติกรรมเสี่ยง

“ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด เขาก็เหมือนเรา รู้สึกสงสารและเห็นใจผู้ติดเชื้อ กลับไปก็จะไปเล่าในคนแถวบ้านฟัง” อสม. คนที่ 1

“ถึงพรันหรือ(ถึงอย่างไร) ลึก ๆ ก็ยังคงกลัวไม่อยากให้คนในครอบครัวเป็นเอดส์ การได้มาเห็นของจริงทำให้กล้าที่จะไปเล่าต่อผู้อื่นได้อย่างเต็มปากเพราะไปเห็นมาแล้ว ทำให้พูดมีน้ำหนักขึ้น” แม่บ้านคนที่ 1

3. การอบรมแม่บ้าน โดย อสม. ที่ผ่านการอบรม โครงการย่อยนี้ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากมีแม่บ้านมาเข้าร่วมในโครงการน้อยและเข้าอบรมไม่ครบทั้ง 3 ครั้ง และเข้าฟังไม่ตลอดการอบรมในแต่ละครั้ง สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากแม่บ้านผู้เข้าอบรมมีเวลาว่างไม่ตรงกัน มีภาระในครอบครัวที่ต้องดูแล ทำให้ไม่สามารถปลีกตัวมาฟังการอบรมตลอดได้ แม้ว่าสนใจที่จะเข้าอบรมให้ครบทั้ง 3 ครั้ง ส่วนหนึ่งเห็นว่าการเชิญให้เข้าอบรมอาจทำได้ยาก ชอบที่จะได้รับความรู้ทางสื่อโทรทัศน์หรือวิทยุมากกว่า

“พี่ไม่ชอบนั่งอบรม ชอบดูทางทีวีมากกว่า ได้ฟังและดูอยู่ที่บ้าน จะนั่งจะนอน ก็บ้านเราสามารถทำอย่างอื่นไปด้วยไม่เสียเวลา” แม่บ้านคนที่ 2

นอกจากนี้กลุ่มแม่บ้านผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่ม อสม. ผู้ที่เป็นแม่บ้านจริงมีเพียง 3 คน ทำให้ไม่สามารถกระจายความรู้ที่ได้ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการได้ อย่างไรก็ตามแม่บ้านผู้ที่เข้าอบรมเห็นว่าสิ่งที่ได้รับความรู้มาเป็นประโยชน์มาก

“พี่เองก็อยากมาฟังนะ ได้มาแค่คนเดียว ชอบนะ ได้จัดทำผลมีอาจารย์ช่วยสอน

ช่วยแล(ดู)สามารถเอาไปใช้ที่บ้านได้ แต่หนหลังไม่ได้มา เสียหาย พี่ต้องทำงานบ้านเลี้ยงลูก เดี่ยวพ่อเขามาก็ต้องหาข้าวให้เขากินอีก ถ้ามาก็ไม่ตั้งใจหล่าว(อีก)” แม่บ้านคนที่ 3

4. มโนราห์ป้องกันเอดส์ จากการสัมภาษณ์เพื่อประเมินผล ระหว่างและภายหลังจากสิ้นสุดโครงการนี้ พบว่าผู้เข้าร่วมงานรู้สึกยินดีที่คณะพยาบาลศาสตร์เข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีจากสื่อที่นำเสนอ

“อยากให้มีการรณรงค์เช่นนี้มานานแล้ว เป็นห่วงพวกเด็ก ๆ การใช้มโนราห์เป็นสื่อก็ดี เพราะตัวแสดงได้สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เข้าไปในเนื้อหาของเรื่องโดยใส่มุขตลกเข้าไปด้วย ทำให้ผู้ชมได้ความรู้โดยไม่รู้สึกตัว” ชาวบ้านคนที่ 1

อย่างไรก็ตามมโนราห์อาจจะมีข้อจำกัดที่สามารถเข้าถึงเฉพาะกลุ่มวัยกลางคนขึ้นไปและสื่อที่เลือกอาจไม่สามารถจูงใจคนทั้งหมดในบ้านมาเข้าร่วมมากนัก

“วัยรุ่นเขาไม่ชอบดูการแสดงแบบนี้ ยิ่งชุมชนนี้เป็นชุมชนในเมือง วัยรุ่นมันมีสถานที่เที่ยวมากกว่าวัยรุ่นในชนบทที่ไม่รู้ว่าจะไปไหนดี อย่างไรวัยรุ่นพวกนั้นก็ต้องเลือกที่จะดูมโนราห์หรือหนังตะลุงที่จัดในชุมชนอยู่ดี ไอ้พวกนี้มันอี(จะ)มากก็นั่นแหละเวลามีคนดนตรี มีทางเครื่องดนตรี มัน(มัน)ถึงชอบ” ชาวบ้านคนที่ 2

“พี่ไม่ชอบ อย่าว่าแต่จะเสียเบี้ย(เงิน)เลย ให้ดูฟรีพี่ก็ไม่ดู ไม่ชอบจริง ๆ ถ้าจะมีการจัดรณรงค์ครั้งต่อไป น่าจะมีการเชิญผู้ติดเชื้อเอดส์ที่

เริ่มแสดงอาการมาสัมภาษณ์ เขาจะได้เห็นของจริง” ชาวบ้านคนที่ 3

5. การศึกษาดูงานของกลุ่มวัยรุ่นที่โรงพยาบาลอภัยภูธร และโรงพยาบาลบาราศนราทร กรุงเทพฯ และวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ผลการดำเนินงาน มีวัยรุ่นเดินทางไปศึกษาดูงานทั้งสิ้น 4 คน ทุกคนเห็นว่าการไปดูงานครั้งนี้ได้ประโยชน์ 100 %

“เกินคุ้ม ความรู้ที่เคยได้รับมาไม่สามารถเทียบได้กับการไปดูงานครั้งนี้ การอ่านหนังสือทำให้นึกภาพไม่ออกกว่าเป็นอย่างไร การได้เห็นของจริง ร่วมกับฟังวิทยากรที่มีความรู้พูดให้ฟัง ทำให้รู้สึกเอดส์เป็นเรื่องที่น่ากลัว” วัยรุ่นคนที่ 1

“รู้สึกกลัวมากขึ้น คนไข้ก็เป็นคนในวัยเดียวกับผมทั้งนั้น กลัวว่าตัวเองจะเป็นเอดส์ เมื่อก่อนเคยคิดจะลอง ก็เลิกคิดแล้ว” วัยรุ่นคนที่ 2

กลับจากศึกษาดูงาน ทุกคนได้ถ่ายทอดสิ่งที่ได้รับมาแก่เพื่อนในกลุ่มเดียวกัน คนรู้จัก รวมทั้งเพื่อน ก็สนใจเข้ามาถาม ในระยะแรกจะพูดคุยกันเรื่องนี้ทุกวันช่วงพักกลางวันตอนเที่ยงคุยกันเรื่อย ๆ ไม่เป็นทางการ ระยะหลังพูดน้อยลง มีกล่าวเตือนเพื่อนที่เที่ยวเก่งว่าให้ระวังตัว

“สิ่งที่พูดนั้นก็ไม่น่าเชื่อว่าเขาจะเชื่อหรือไม่คงประมาณ 50 % อย่างว่า พวกวัยรุ่นมันไม่ค่อยฟังใคร ถ้าจะให้ดีต้องให้ไปเห็นเองถึงจะเชื่อ 100% พูดกับมันมาก ๆ มันจะโกรธเอาอีก” วัยรุ่นคนที่ 1

การเปลี่ยนแปลง:ผลการดำเนินการโดยรวม

ภายหลังการดำเนินการโครงการเป็นระยะ

เวลา 1 ปี การประเมินผลโดยการสนทนากลุ่ม ประธานและกรรมการชุมชน รวมทั้งกลุ่ม อสม. พบว่าส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจกับผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น โดยเห็นว่าโครงการทำให้ อสม. และแม่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ และมีทักษะในการดูแลและจัดการเมื่อเกิดโรคมามากขึ้น มีการพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ภายในครอบครัวมากขึ้น สามียและบุตรชายเที่ยว น้อยลง

“ชุมชนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ไม่เกิดโรคร้ายแรงในชุมชน” ประธานชุมชน

“พวกเด็กมันก็เรียบร้อยขึ้นหลังจากกลับมาจากดูงาน” อสม.คนที่ 3

ข้อมูลรายงานปฏิบัติการการเกิดโรคเมื่อคนในชุมชนเข้าใช้บริการสถานอนามัยชุมชนพบว่าคนในชุมชนเจ็บป่วยด้วยโรคหัดลดลง จำนวนผู้เข้ารับบริการด้วยเรื่องท้องเสียยังคงมีด้วยอัตราสูงคงเดิม สำหรับปฏิบัติการติดเชื้อเอดส์ไม่สามารถประเมินได้ในระยะนี้เนื่องจากไม่มีรายงานและขณะดำเนินการโครงการไม่ปรากฏว่ามีผู้เป็นเอดส์ในชุมชน ซึ่งผลสำเร็จของโครงการการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์อาจปรากฏให้เห็นประมาณ 3 - 4 ปีหลังสิ้นสุดโครงการเมื่อผู้ติดเชื้อเอดส์เริ่มแสดงอาการของโรคเอดส์

อย่างไรก็ตาม ทีมวิจัยประเมินผลความสำเร็จของโครงการเพียงประมาณ 20% เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนชนบทอื่นที่เข้าร่วมในโครงการนี้เช่นเดียวกัน กล่าวคือโครงการสามารถกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวและตระหนักถึงความร้ายแรงของโรคเอดส์มากขึ้นในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น แต่ไม่สามารถการกระจายความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

และโรคติดเชื้อ การป้องกันและทักษะการดูแลโรคเมื่อเจ็บป่วยทั่วทุกครัวเรือนอย่างทั่วถึง ผู้ที่ได้รับการรู้เฉพาะกลุ่ม อสม. และแม่บ้านที่อยู่ในละแวกบ้านใกล้เคียงกับ อสม. ทั้งนี้อาจมาจากสาเหตุหลายประการได้แก่

1. ลักษณะโครงสร้างทางสังคม ชุมชนขนาดเล็กเป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นคนต่างถิ่นที่ย้ายเข้ามารับจ้างทำงานในเขตเมือง โครงสร้างทางสังคมจึงมีความซับซ้อน การเข้าถึงคนในชุมชนค่อนข้างยากเนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีความหลากหลายทางด้านอาชีพ ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2529 ; สุนันทา สุวรรณโณดม และ ศิริวรรณ ศรีบุญ, 2535) มีการแบ่งออกเป็นกลุ่มๆตามความชอบและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (สุนันทา สุวรรณโณดม และศิริวรรณ ศรีบุญ, 2535) ดังนั้นการใช้สื่อเพื่อรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์โดยศิลปะท้องถิ่นคือมโนราห์อาจจะไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มประชากรทั้งหมดได้ รวมทั้งผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีการเลื่อนฐานะทางสังคมโดยการเปลี่ยนอาชีพและการโยกย้ายถิ่นสูงต่างจากสังคมชนบท (สุนันทา สุวรรณโณดม และ ศิริวรรณ ศรีบุญ, 2535) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและความผูกพันต่อท้องถิ่นจะน้อย นอกจากนี้คนในชุมชนเมืองมีลักษณะของความเป็นปัจเจกชนสูง (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2529) การอาศัยอยู่ในชุมชนจะเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ และสัมพันธ์ภาพระหว่างคนในชุมชนด้วยกันจะเป็นแบบทุติยภูมิ (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2529 ; สุนันทา สุวรรณโณดม และศิริวรรณ ศรีบุญ, 2535 ; เกรียงศักดิ์ ปัทมเรขา, 2533) บุคคลรู้จักกันอย่าง

ฉาบฉวย ไม่ลึกซึ้ง ต่างฝ่ายต่างมุ่งที่จะรักษาผลและได้รับประโยชน์ ค่าตอบแทน หรือข้อแลกเปลี่ยนในการทำงานร่วมกัน ความสนใจที่จะให้การช่วยเหลือในกิจกรรมหรือประเพณีต่าง ๆ มักไม่ค่อยปรากฏในชุมชนเมือง (เกรียงศักดิ์ ปัทมเรขา, 2533) รวมทั้งวิถีชีวิตของคนในชุมชนเมืองมีความแตกต่างกัน บางกลุ่มจะทำงานช่วงกลางวัน ขณะที่บางกลุ่มต้องทำงานช่วงกลางคืน ทำให้เวลาว่างของคนในชุมชนไม่ตรงกัน นอกจากนี้ภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจและค่าครองชีพที่สูงกว่าชุมชนชนบท ทำให้คนในชุมชนเมืองต้องดิ้นรนหารายได้มาจุนเจือครอบครัวมากกว่าการให้ความสนใจทางด้านสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย อีกทั้งโครงการนี้ไม่มีค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโครงการ ผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการคือการปลอดภัยจากโรคเอดส์และโรคติดเชื้อ ซึ่งไม่เห็นผลในปัจจุบัน จึงให้ความสำคัญทางด้านนี้น้อยกว่าปัญหาเรื่องปากท้องของตนเองและครอบครัว ร่วมกับชุมชนตั้งอยู่ในอำเภอที่เป็นศูนย์กลางของการรักษาพยาบาล มีโรงพยาบาลอยู่ใกล้ชุมชน 5 แห่ง คนในชุมชนมีความสะดวกในการเข้ารับบริการในสถานที่เหล่านั้นมากกว่า การคาดหวังที่จะขยายผลของโครงการไปยังกลุ่มแม่บ้านทุกครัวเรือนจึงมีความเป็นไปได้น้อย

“อสม. เขาไม่ค่อยมีเวลามาคุยกัน และเขาอยู่ในเขตเมืองมีเวลาจำกัด เพราะต่างคนต่างประกอบอาชีพของตนเอง เหมือนน้องนี้ เขาก็มีกิจการเป็นของเขาเองทำร้านเสริมสวย น้องซัยก็ทำงานที่โรงพยาบาล.....ที่เราอยากให้เขาไปถ่ายทอดความรู้โดยใช้ระบบลูกโซ่เหมือนธุรกิจอื่น ๆ จะให้คน 2 - 3 คน ไปกระจายต่อ เรื่องนี้ไม่ใช่

เรื่องที่ทำแล้วได้เงิน เราเอาระบบนี้มาใช้มันก็ดี แต่มันจะเหมือนแอมเวย์หรือเปล่าไม่รู้” เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบประจำชุมชน

“ชุมชนนี้เป็นชุมชนที่อยู่ในเมือง เวลาเขาค่อนข้างจำกัด เขาไม่ค่อยมีเวลาฟังเราแหล่ง (พูด) เท่าใดหรอก” อสม. คนที่ 1

“เคยมีคนมาให้ความรู้ที่บ้านเหมือนกัน แต่มันไม่มีเวลา(จะ)ฟัง ต้องทำงานอื่นอีก เลยไม่ได้ตั้งใจฟังเท่าใด” แม่บ้านคนที่ 1

2. กระบวนการกลุ่มและผู้นำกลุ่ม การทำงานของประธานชุมชนและกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินกิจกรรมเป็นการรวมกลุ่มกันทำงานในลักษณะของระบบเครือข่าย อสม. ส่วนใหญ่เป็นคนต่างถิ่นและเป็นญาติพี่น้องกัน เมื่อมาตั้งถิ่นฐานในชุมชนนกกแล จะปลูกสร้างบ้านเรือนอยู่ใกล้เคียงกัน ไม่กระจายไปทั่วทุกพื้นที่ของชุมชน ดังนั้นการถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันและดูแลโรคติดเชื้อและโรคเอดส์จึงอยู่ในวงจำกัด เฉพาะบริเวณรอบ ๆ บ้านของ อสม.

“อสม. เราอยู่กันเป็นกระจุกอยู่กัน 2 - 3 ซอย ส่วนใหญ่อยู่ซอย 4 ซอย 5 เยอะ เวลามีอะไรเขาบอกและคุยกันแถวนั้นล่ะ” เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบประจำชุมชน

นอกจากนี้ในระหว่างการทำโครงการมีความขัดแย้งเกิดขึ้น ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม อสม. ด้วยกัน การแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยการถอยหนี หลีกเลี่ยงการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (เกรียงศักดิ์ ปัทมเรขา, 2533) จึงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ

“เวลามืออะไร เขาก็รู้กันแต่พวกเขา อะไรที่ทำแล้วได้หน้าเขาก็บอกกัน ไม่มาบอกเรา ไม่เหมือนพี่เหล่า (อสม.ท่านหนึ่ง) มือไรก็เดินมาบอก จริง ๆ เลือกประธานคราวที่แล้วพี่เหล่าได้ แต่พี่เหล่าเขาเกรงใจ เลยให้ลุงแกเป็นต่อ” อสม. คนที่ 1

“น้องสองแล (สองคิตดู) วันไหนถ้ามีงานเกี่ยวกับ อสม. ถ้าพี่อ้อยไป พี่นี่จะไม่ไป ถ้าพี่นี่ไป พี่อ้อยก็จะไม่ไป ให้พี่ไปแทนน้องแลตะ (คิตดูซิ) อสม. ไม่ไป แล้วไม่ให้ความร่วมมือแล จะหวังให้คนอื่นเขาอี(จะ)ให้ความร่วมมือได้อย่างไร” อสม. คนที่ 1

3. แหล่งประโยชน์ที่ให้บริการทาง

สาธารณสุข เนื่องจากภายในชุมชนนกแลไม่มีสถานีนานามัย มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบด้านสุขภาพพลานามัยของชุมชนนกแลและต้องรับผิดชอบดูแลในชุมชนอื่นอีก 8 ชุมชน ดังนั้นการมีเวลาให้กับแต่ละชุมชนจึงลดลง ชุมชนจึงขาดผู้กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับคนในชุมชนจะเป็นในลักษณะของผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากกว่าผู้ร่วมงานเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ

“พี่ก็รับผิดชอบเขตอื่นอยู่ด้วย ทำให้ไม่ค่อยได้เข้าไปคลุกคลีชุมชนนกแลเหมือนเมื่อก่อน เมื่อก่อนนี่พี่จะเข้าไปทุกวัน..... พอย้ายออกมาการประสานงาน เวลาที่ให้แกกันระหว่างเจ้าหน้าที่มันน้อย ความรับผิดชอบมันกว้างขึ้น” เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบประจำชุมชน

บทเรียนจากการทำงาน

ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานร่วมกับชุมชนในการรณรงค์เพื่อป้องกันและดูแลโรคเอดส์ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่การทำความเข้าใจปัญหา การวางแผนพิจารณาทางเลือก ลงมือปฏิบัติ ประเมินผลและปรับปรุงแผนการดำเนินงาน บทบาทของทีมีวิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลเป็นเพียงผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการกระตุ้นและจุดประกายความคิดเพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงมหันตภัยของโรคเอดส์ จากนั้นจึงปรับเปลี่ยนเป็นผู้สอนและครูพี่เลี้ยงแก่ อสม. ในชุมชนในการสนับสนุนให้ความรู้และคำปรึกษาทางด้านสุขภาพ รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนผู้ร่วมโครงการในการดำเนินงาน ทีมีวิจัยได้สังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่ม อสม. และแม่บ้านที่ทำงานร่วมกับทีมีวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่กล้าแสดงความคิดเห็นและเจรจาต่อรองเพื่อให้เกิดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ชุมชนมากขึ้น และเห็นว่าคณะพยาบาลศาสตร์เป็นแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพที่สามารถเข้ามาขอคำปรึกษาได้อีกแหล่งหนึ่ง ช่องว่างระหว่างสถาบันการศึกษากับชุมชนจึงลดลง สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างพลังอำนาจให้แก่ชุมชน ทำให้ชุมชนรู้สึกถึงความมีอำนาจในการควบคุมเหนือสิ่งแวดล้อม และเป็นแรงจูงใจในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนมากที่สุด

อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ในการดำเนินร่วมกับชุมชน ทีมีวิจัยเห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเมืองมีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล การรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในชุมชนในระยะแรกจำเป็นต้องเริ่มจาก

บุคคลกลุ่มเล็กๆก่อน การคัดเลือกบุคคลในการดำเนินงานจึงควรเป็นบุคคลที่มีความพร้อมและเป็นที่รู้จักและยอมรับของคนในชุมชน การสร้างความตระหนักถึงปัญหาโรคเอดส์ให้เกิดขึ้นกับประธานชุมชน และ อสม. เป็นกลุ่มแรก เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการชักจูงผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหลายเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม (เกรียงศักดิ์ ปัทมเรชา, 2533)

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล การรณรงค์เพื่อป้องกันและดูแลโรคเอดส์ เป็นการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง กระบวนการกลุ่มที่มีประสิทธิภาพจะมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงาน (Clark, J.M. and Lather, S. 1990 ; Henneman, E.A., 1995) สิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม ได้แก่ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สัมพันธภาพที่ดี การยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Henneman, E.A., 1995 ; Cahill, J., 1996) ความเสมอภาค ความสามัคคีภายในกลุ่ม รวมทั้งความสามารถของผู้นำในการบริหารจัดการ (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2535) ปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่การทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

3. ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ โครงสร้างทางสังคม แบบแผนชีวิต สังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งภาวะทางเศรษฐกิจและแหล่งสนับสนุนจากภายนอกชุมชน เป็นสิ่งกำหนดกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชนที่จะเอื้อต่อการเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่ตัวแทนของ

ชุมชนจัดขึ้น นอกจากนี้การบริหารงานที่ได้รับความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชา หรือผู้บริหารระดับสูง จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่ำกว่ามีความตื่นตัวพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เมื่อทราบว่าผู้บังคับบัญชานับสนุน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความมั่นใจ (เกรียงศักดิ์ ปัทมเรชา, 2533)

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยค่อนข้าง(1 ปี) ชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนขนาดใหญ่ และมีความซับซ้อนของโครงสร้างทางสังคม ที่มียุทธศาสตร์ที่ต้องใช้เวลา ในการสร้างสัมพันธภาพกับชุมชนมาก การดำเนินการที่ผ่านมาจึงยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นการทบทวนวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการจัดทำโครงการวิจัยระยะยาวและเลือกกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มได้มากที่สุด รวมทั้งควรมีการศึกษาวิจัยร่วมกันในหลายสาขาวิชา เพื่อให้เกิดความกว้างและเป็นประโยชน์แก่ชุมชนได้ครอบคลุมมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ อาจจะต้องคำนึงถึงความเหมือนและความต่างของโครงสร้างทางสังคมของชุมชนที่จะศึกษา และวิธีการเข้าถึงชุมชนอาจจำเป็นต้องใช้วิธีการที่สามารถดึงดูดบุคคลทุกกลุ่มให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินการสามารถครอบคลุมในทุกกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ ปัทมเรขา. (2533). *ความคิดพื้นฐานการพัฒนาระบบ*. สงขลา :มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2541). *การคาดประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย*. 7-33.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2537). *สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยถึง พ.ศ.2537. วารสารโรคเอดส์*. 6 : 167-190.
- คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์แห่งชาติ. (2538). *แผนปฏิบัติการและควบคุมโรคเอดส์ พ.ศ. 2538 -2539. ใน เอกสารการประชุมวิชาการระดับภูมิภาคเรื่องโรคเอดส์ในชุมชนอีสาน ฉบับที่ 2. ขอนแก่น: ศูนย์ประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- คำนวน อึ้งชูศักดิ์และคณะ. (2535). "การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2534." *วารสารโรคเอดส์*. 4 : 80 - 91.
- ไพพรรณ พิทยานนท์ ,มาลี ดีเลิศยืนยง และวิชัย โปยะจินดา. (2534). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลถ่ายทอดเพื่อการป้องกันโรคเอดส์กับผลสัมฤทธิ์ด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ใน บทความย่อผลงานทางวิชาการ การสัมมนาโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.*
- วาทีน บุญธลักษ์ สมศักดิ์ มีกลาจารย์ และอารี อุเด็น. (2538). *สื่อเอดส์ : การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาสื่อในอนาคต. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2539). *รวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531 -2537. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.*
- วรชัย ทองไทยและ อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ. (2537). *ความรู้ การรับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์: ในโครงการสำรวจประสิทธิผลของการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ ต่อพฤติกรรม และ ค่านิยม พ.ศ.2536. กรุงเทพฯ :สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ. (2534). *ความต้องการด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชาชน. วารสารโรคเอดส์*. 3:15 - 26.
- ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำภาคใต้. (2536). *รายงานการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาคใต้ ปีงบประมาณ 2535. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานตำรวจมนตรี.*

- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2529). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสังคมไทย. ใน ประเสริฐ แย้มกลิ่นฟัง และคณะ. บรรณาธิการ, สังคมชนบทไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์. 83 - 164.
- สุนันทา สุวรรณโณดมและศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). โครงสร้างทางประชากรและสังคม กับความเป็นอุตสาหกรรมและความเป็นเกษตรกรรม: กรณีศึกษาชุมชนบางกระเจ้า อำเภอฟะวง จังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมบัติ แทนประเสริฐสุข และสมศักดิ์ ภิญโญธรรมกร. (2535). ระบาดวิทยาของการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย. ใน สมบัติ แทนประเสริฐสุขและปาริชาติ จันทร์จำรัส. บรรณาธิการ, รวมบทบรรยายการสัมมนาเรื่อง โรคเอดส์แห่งชาติครั้งที่1. (135-160.) กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 135-160.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2534). "การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล." จดหมายข่าวการวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย. 6: 3 - 10.
- Cahill, J. (1996). "Patient participation : a concept analysis". *Journal of advance Nursing*. 24 : 561 - 571.
- Clark, J.M. and Lather, S. (1990). "Health Promotion : Working together." *Nursing Time*. 86: 28- 30.
- Gibson, C.H. (1991). "A concept analysis of empowerment." *Journal of Advance Nursing*. 16: 354 - 361.
- Henneman, E.A. and Lee, J.E. and Cohen, T.I. (1995). "Collaboration : a concept analysis. *Journal of Advance Nursing*. 21: 103 - 109.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1990). *The Action Research Planner*. Australia : Deakin University.
- Stree, T. A. & Robinson, A. (1995). "Advanced clinical roles : investigation dilemmas and changing practice through action research." *Journal of Clinical Nursing*. 4: 349-357.