

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการ
ดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนเขตชายแดนแห่งหนึ่งในภาคใต้

Factors Affecting Participation and Social Support in a Community in Caring for AIDS
Patients as Perceived by People in a Southern border Province

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย, Ph.D*

Phechnoy Singchungchai

จิตติพร อิงคถาวรวงศ์**

Thitiporn Ingkathawornwong

สวาท กรศิริลักษณ์***

Savat Kronsiriluck

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนเขตชายแดนภาคใต้ ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 580 หลังคาเรือน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบ่งกลุ่มการเก็บข้อมูล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค แอลฟา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความเที่ยง 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ และสถิติวิเคราะห์เส้นทางผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์จากโทรทัศน์ (ร้อยละ 94.1) มากกว่าครึ่งของตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับการเผยแพร่โครงการโรคเอดส์ในชุมชน (ร้อยละ 53.6) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 72.9) และมีการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.4)

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ยังมีนัยสำคัญทางสถิติมี 5 ปัจจัย คือ ประเภทของการสื่อสาร การมีผู้นำการรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ การศึกษาและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ โดยมีอำนาจการทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

- * รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหาร
การศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล
นครินทร์
- ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสถิติ-นรีเวชและ
ผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์
- *** นักวิชาการระดับ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พัทลุง

เอตส์ในชุมชนภาคใต้ร้อยละ 31 ($R^2 = 0.31$)

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอตส์ในชุมชนภาคใต้ยังมีนัยสำคัญทางสถิติมี 5 ปัจจัย คือ ประเภทการสื่อสาร การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอตส์ การศึกษา อายุ และศาสนา โดยมีอำนาจการทำนายการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอตส์ในชุมชนในภาคใต้ร้อยละ 38 ($R^2 = 0.38$)

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, การสนับสนุนทางสังคม, การดูแลผู้ป่วยเอตส์, การรับรู้

Abstract

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

Most popular source of news about AIDS in these communities was television (94.1 percent). More than half of the subject population (53.6 percent) did not have any

experience in the awareness of the AIDS Project in the community. Regarding community participation in caring for AIDS patients in people's dimension, it was found that most of the subjects (72.9 percent) had a low level of participation. The social support in caring for AIDS patients in the people's dimension revealed that the support of 57.4 percent of the subject was at a moderate level .

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

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

Key words : Participation , Social support, Caring for AIDS patients, Perception

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันภาคใต้ของประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจังหวัดสงขลาที่พบว่ามีทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตด้วยเอชไอวีที่สูงที่สุด คือ ในปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 787 คนจาก 2387 คน และมีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 3367 คนจาก 8655 คน สำหรับในสาธารณสุขเขต 12 (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2545) การที่มีผู้ป่วยเอชไอวีเพิ่มขึ้น ทำให้หน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถที่จะดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้ทั้งหมดและดูแลให้ครอบคลุมไม่ได้ทุกด้านเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ หรือจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วย ผ่นวกกับโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังรักษาไม่หายทำให้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาภายใต้บริบทที่แตกต่างกันไป (Kleinman, 1980) ดังนั้นผู้ป่วยเอชไอวีบางส่วนจึงพักอาศัยอยู่กับครอบครัวและชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นปัญหาของผู้ติดเชื้อเหล่านี้ว่าควรได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากสังคมเพื่อลดผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขมากที่สุด

แนวทางหรือทางออกอย่างหนึ่งที่จะแก้ไขการขาดแคลนทรัพยากรในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันคือ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน (Community base care for AIDS) (กองโรคเอดส์, 2542 : 2 – 5) ดังนั้นทุกประเทศจึงมีนโยบายให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล

ผู้ป่วยเอชไอวี (Catania et al., 1989) โดยใช้พื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการลดการติดเชื้อ ที่เน้นถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี นอกจากนี้ยังมีรูปแบบที่เน้นให้คนในชุมชนมีการรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี หลักการพื้นฐานการมีส่วนร่วมโดยเริ่มที่ประชาชนตระหนักและมีพันธะสัญญาที่จริงจังในการมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาของชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจเกิดได้ 2 ทาง คือ ประชาชนอาจไม่มีส่วนร่วมเลย (non participation) และมีส่วนร่วม (participation) (Rothman & Tropman, 1987) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนถือเป็นหน้าที่ของสมาชิกในสังคม ประชาชนในชุมชนสามารถให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในชุมชนได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอชไอวีที่ต้องการกำลังใจเพื่อทดแทนยาที่ยังไม่สามารถผลิตขึ้นได้ในราคาถูก การดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการด้วยกัน เช่น ในภาคเหนือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการป้องกันโรคเอดส์ กรณีศึกษา อ. ดอกคำใต้ จ.พะเยา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการมีส่วนร่วม พบว่า ปัจจัยหลักขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ และการทำงานด้านพัฒนาหากผ่านการฝึกอบรมมากประชาชนจะมีส่วนร่วมมาก ปัจจัยรองลงมาเป็นพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลในครอบครัวเป็นแรงจูงใจให้มีส่วนร่วมมาก การเป็นผู้นำทางสังคมในชุมชน อายุของประชาชน

โดยพบว่าประชาชนที่มีอายุน้อยจะมีส่วนร่วมมากกว่าคนที่มียุมาก ส่วนภาระความรับผิดชอบในครอบครัวพบว่าบุคคลที่ไม่มีภาระเลี้ยงดูคนในครอบครัวจะมีส่วนร่วมน้อย(จรัสรัตน์ ภารา, 2528)

ผลการวิจัยในสหรัฐอเมริกา พบว่าการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เน้นกลุ่มวัยรุ่นโดยใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและกำหนดให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมกับกลุ่มวัยรุ่นโดยผ่านโปรแกรมการศึกษาของชุมชน (Widdus, Kauffman and Reid, 1993) ในประเทศยุโรปพบว่า ประเด็นความหลากหลายด้านภาษาและวัฒนธรรมของประชาชนในชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ (Wienold, Lie and Grimshaw, 1992)

ในเขตชายแดนภาคใต้ซึ่งมีประชาชนที่หลากหลายด้านภาษาที่แตกต่างจากภาคอื่นๆ ประชาชนมีการเคลื่อนย้ายระหว่างเขตชายแดนตลอดเวลา เป็นเขตที่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ค่อนข้างสูง ดังนั้นการมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นวิธีการลดการติดเชื้อเอดส์อย่างหนึ่งที่จะทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และถือว่าการใช้ชุมชนเป็นแหล่งบำบัดเป็นการลงทุนที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่มีผลประโยชน์สูงสุดสำหรับข้อมูลเชิงประจักษ์การมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในเขตชายแดนภาคใต้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มนี้ยังมีน้อยและยังไม่ชัดเจนเพื่อเพิ่มความเข้าใจในองค์ความรู้ในเรื่องนี้การวิจัยนี้จึงต้องการแสวงหาข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์

ผลจากการวิจัยนี้สามารถนำมาประกอบการพัฒนาประชาชนให้มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในเขตชายแดนภาคใต้ได้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่และความจริงของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนในภาคใต้

กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำมาประยุกต์ใช้มีดังนี้ ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อในสุขภาพ (Health Belief Model) ที่เน้นถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ขึ้นกับปัจจัยด้านประชากร การศึกษา อายุ เพศ เชื้อชาติ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้ และการรับรู้ความเสี่ยงของประชาชนในชุมชน (Rosenstock, Strecher & Becker 1994) ส่วนอีกทฤษฎีคือ ทฤษฎีเหตุผลแห่งการกระทำ (Theory of Reasoned Action) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่พยากรณ์พฤติกรรมการกระทำของมนุษย์เกิดจากเหตุผลที่สัมพันธ์กับความตั้งใจกระทำ (intention) ทศนคติ บรรทัดฐาน (norm) ทางสังคมภายใต้บริบทโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในสังคมนั้น (Fishbein et al., 1994) ทฤษฎีนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน เช่น การใช้ทฤษฎีเหตุผลการกระทำเพื่อทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน (Fishbein, 1980) หรือการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อ

เปลี่ยนพฤติกรรม การติดเชื้อในการร่วมเพศ (Fishbein, Middlestadt and Hitchcoc, 1994) หรือปัจจัยที่มีผลต่อการมีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการตั้งใจใช้ถุงยางอนามัย หรือ ความสำคัญของข่าวสารในการป้องกันเอดส์ที่คลินิก การแพร่เชื้อทางเพศในกลุ่มประชากรวัยรุ่น และ ทฤษฎีอีกทฤษฎีที่เริ่มนิยมนำมาประยุกต์ใช้การดูแล การติดเชื้อเอดส์ในชุมชน คือ รูปแบบการลดการ ติดเชื้อ (AIDS Risk Reduction Model=ARRM) ที่เน้นถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแล ผู้ป่วยเอดส์ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ทฤษฎีนี้ระบุไว้ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่หนึ่ง ชุมชน ต้องตระหนักถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความเสี่ยงมาก ของบุคคล ขั้นตอนที่สอง ชุมชนต้องมีพันธะสัญญา อย่างจริงจังในการลดพฤติกรรมทางเพศที่เป็น พฤติกรรมความเสี่ยงสูงให้อยู่ในระดับต่ำ และขั้น ตอนสุดท้าย ชุมชนต้องร่วมกันในการแสวงหาข้อมูล มีวิธีการแก้ไขปัญหาและมีอำนาจในการกำหนด วิธีแก้ปัญหาอย่างอิสระในชุมชน (Catania, Kegeles and Coates ,1990 ; Higgins, et.al.,1993) แนวคิดสุดท้ายคือแนวคิดการมีส่วนร่วมของ โฟนารอฟฟ์ (Fonaroff, 1983) สรุปว่า การมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของประชาชนมี 4 ระดับ คือ ต้องมีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมยังต้องการได้ใช้บริการจาก โครงการและประชาชนได้รับผลประโยชน์จาก โครงการที่มีส่วนร่วม และในโครงสร้างของสังคม สมาชิกเองต้องมีหน้าที่คือ ให้การสนับสนุนทาง สังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้าน สิ่งของการบริการและเงิน การสนับสนุนด้านการเป็น ส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนการให้การยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและสนับสนุน ของชุมชนมิได้ถูกกำหนดด้วยเกณฑ์เฉพาะอาณาเขต แต่ถูกกำหนดด้วยศาสนา อาชีพ สถานภาพทาง สังคมตามคุณลักษณะประชากร การสื่อสาร (House and Kahn, 1985)

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ (เพศ สถานภาพ การสมรส อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ) มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน
2. การมีผู้นำในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เอดส์มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในการ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน
3. ประเภทของสื่อสารในการให้ข้อมูลในการ ร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยง ของโรคเอดส์ และแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับเอดส์มีผลต่อ การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย เอดส์ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย (exploratory research) ได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ

ประชาชนที่เป็นตัวแทนของครัวเรือนและอาศัยอยู่ใน

ครัวเรือนในเขตชายแดนภาคใต้จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างอำเภอแห่งหนึ่งในเขตชายแดนจังหวัดสงขลาด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลาก และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายอีกครั้ง เลือกตำบลโดยการจับฉลากได้ตำบลสะเดาและตำบลปาดังเบซาร์ จังหวัดสงขลา ซึ่งมีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 9,635 หลังคาเรือน นำมาคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรทาโรยามาเน่ (Yamane, 1976:725) คือ
$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดยที่ ค่า N เท่ากับ 9,635 หลังคาเรือน e ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 การวิจัยนี้ใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 580 หลังคาเรือนในการสุ่มครัวเรือนใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบ่งกลุ่ม (two stage cluster random sampling) คือ สุ่มจากตำบลและหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่มตามเลขที่บ้านของประชาชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมี ลักษณะคำถามเป็นทั้งแบบคำถามปลายปิดและปลายเปิด มีส่วนประกอบดังนี้

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

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของชุมชนตามการรับรู้ของประชาชน ได้แก่ การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติตามกิจกรรม และร่วมในการประเมินผล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (มีส่วนร่วมระดับมากที่สุดเท่ากับ 4 คะแนน, มีส่วนร่วมระดับมากเท่ากับ 3 คะแนน, มีส่วนร่วมระดับปานกลางเท่ากับ 2 คะแนน, มีส่วนร่วมระดับน้อยเท่ากับ 1 คะแนน และไม่มีส่วนร่วมเลยให้เท่ากับ 0 คะแนน) ส่วนคุณภาพของเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านและหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค แอลฟา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรม SPSS/FW และ LISREL VERSION 8.52 ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ใช้สถิติถดถอยพหุแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.4 และเพศชายร้อยละ 47.6 อายุเฉลี่ย 34 ปี ($\bar{X} = 34$, $SD. = 2.23$) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.3 รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม ร้อยละ 24.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่จบการ

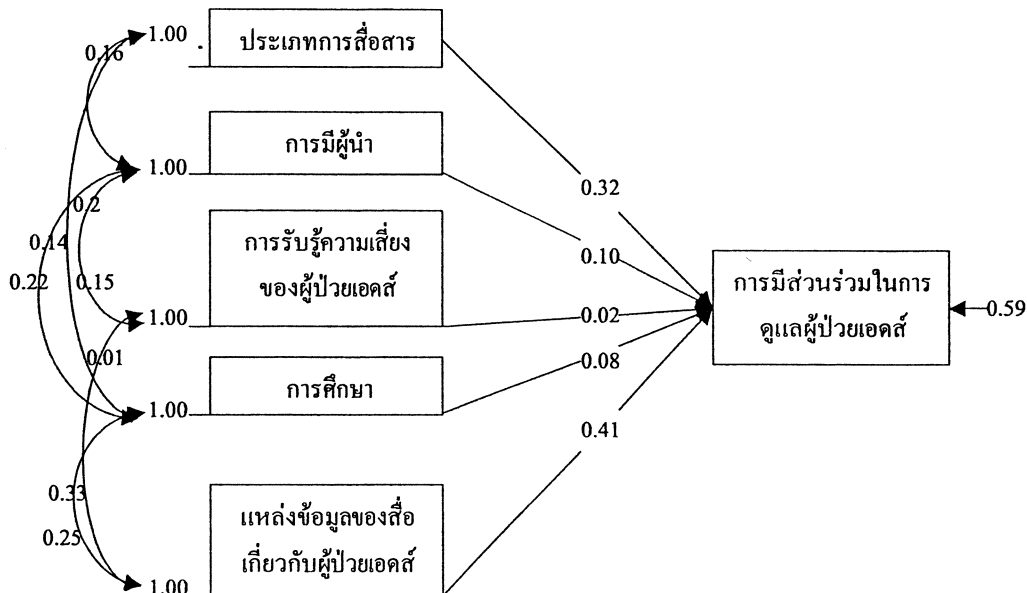
ศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 43.3 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.6 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายและอาชีพเกษตรกร อาชีพค้าขายร้อยละ 24.3 และเกษตรกร ร้อยละ 14.7 และไม่มีการทำงาน ร้อยละ 13.5 โดยมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 8943.85 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายร้อยละ 66.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอยู่ในเขตชายแดนภาคใต้ คือ จากเขตชายแดนตำบลสะเดา ร้อยละ 65.2 และจากเขตตำบลปาดังเปซาร์ ร้อยละ 34.8 แหล่งข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์ในชุมชนที่นิยมมากที่สุด คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 94.1 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีการรับรู้เกี่ยวกับการเผยแพร่โครงการโรคเอดส์ในชุมชนร้อยละ 53.6 สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล

ผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของประชาชนพบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 72.9 รองลงมาการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ส่วนการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่ามีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางเพียงร้อยละ 57.4

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ มี 5 ปัจจัย คือ ประเภทการสื่อสารในการร่วมกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเอดส์ การมีผู้นำ การรับรู้ความเสี่ยงของผู้ป่วยเอดส์ การศึกษา และแหล่งข้อมูลของสื่อเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ โดยมีอำนาจการทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ร้อยละ 31 ($R^2 = .31$) ดังตาราง 1 และแผนภาพ 1

ตาราง 1 วิเคราะห์ถดถอยพหุในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของประชาชนในเขตชายแดนภาคใต้

ตัวแปร (ทำนาย)*	b	Beta	R	R ²	F
1. ประเภทของการสื่อสารในการร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์	.42	.47	.52	.27	209.18*
2. การมีผู้นำ	1.54	.12	.53	.28	13.48*
3. การรับรู้ความเสี่ยงของเอดส์	.15	.12	.54	.29	7.67*
4. การศึกษา	-1.49	-.11	.55	.30	8.77*
5. แหล่งข้อมูลของสื่อเกี่ยวกับ ผู้ป่วยเอดส์	-2.16	1.04	.56	.31	4.23*
$p < .05$					



Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.0029

แผนภาพที่ 1 แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง (path diagram) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์)

แผนภาพ 1 แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง (path diagram) ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์)

จากแผนภาพ 1 แสดงความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า จากแผนภาพการวิเคราะห์ {เกณฑ์รูปแบบหรือโมเดลตามสมมุติฐาน มีความสอดคล้องกับข้อมูล คือ ไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ, RMSEA ค่าต่ำกว่า 0.5, มีค่า GFI CFI NFI มีค่ามากกว่า 0.9 (Joreskog and Sorbom, 1993)} แสดงว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 5 ตัวกับตัวแปรตามการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและรูปแบบนี้

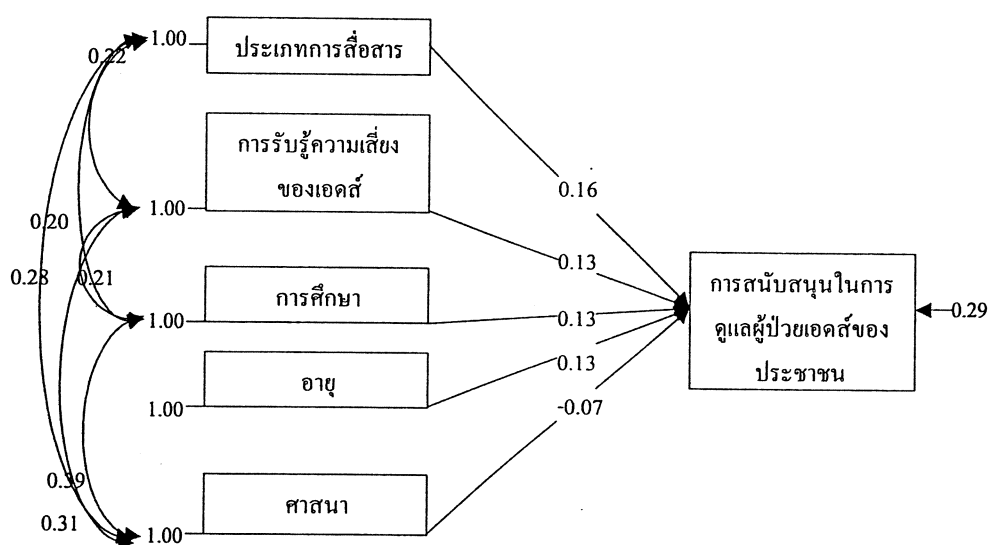
มีความสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเส้นทาง (path diagram) และจากผลของค่าสถิติวิเคราะห์เส้นทางค่าของไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ค่า RMSEA = 0.0029 GFI = 1, CFI = 1.00, NFI = 1,

ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ พบว่า ปัจจัยประเภทการสื่อสารในการร่วมกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยงของโรคเอดส์ การศึกษา อายุ และศาสนาของประชาชน โดยมีอำนาจการทำนายการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ ร้อยละ 38 ($R^2 = .38$) ดังตาราง 2 และแผนภาพ 2

ตาราง 2 วิเคราะห์ถดถอยพหุในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
ของประชาชนในเขตชายแดนภาคใต้

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

p < .05*



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

แผนภาพที่ 2 แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง (path diagram) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม (การสนับสนุนทางสังคม)

แผนภาพ 2 แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง (path diagram) ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (การสนับสนุนทางสังคม)

จากแผนภาพ 2 แสดงความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (การสนับสนุนทางสังคม) พบว่า จากแผนภาพการวิเคราะห์เส้นทาง (path diagram) ค่าสถิติวิเคราะห์เส้นทางของค่าของไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ค่า RMSEA = 0.00 GFI=1, CFI= 1.00, NFI=1, {เกณฑ์รูปแบบหรือโมเดลตามสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลคือ ไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ, RMSEA ค่าต่ำกว่า 0.5, มีค่า GFI CFI NFI มีค่ามากกว่า 0.9 (Joreskog and Sorbom, 1993)} แสดงว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 6 ตัวกับตัวแปรตามการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีรูปแบบความสัมพันธ์สอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอยู่ (โดยมีส่วนร่วมคิดหาวิธีการและการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน) ในระดับน้อยถึงร้อยละ 72.9 และการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 ผลการวิจัยนี้ใกล้เคียงกับการวิจัยของ จูรีรัตน์ ภาว (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการป้องกันเอดส์ การมีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับน้อย เหตุที่ยอมรับได้ คือ

เพราะความเข้าใจหรือการรับรู้เกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นการตีตราทางสังคมว่าเป็นโรคที่น่ากลัว (stigmatizing PWAs) เช่นเดียวกับการวิจัยในต่างประเทศ จากการสำรวจประชาชนในประเทศไอซ์แลนด์ (Iceland) จำนวน 481 คน พบว่า ความกลัวในโรคเอดส์มีนัยสำคัญกับการเรียนรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน (Burkholder, Harlow and Washkwich, 1999) ส่วนด้านสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน การวิจัยนี้พบว่า ประชาชนให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระดับปานกลาง พบว่า ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านข้อมูลข่าวสารร้อยละ 71.2 ด้านความรู้และคำแนะนำร้อยละ 67.3 และด้านอารมณ์ / จิตใจ ร้อยละ 57.7 ส่วนแรงสนับสนุนด้านการเงิน/ สิ่งของ ได้รับในระดับน้อย ร้อยละ 55.8 คล้ายกับการวิจัยของประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ คือ ประเภทการสื่อสารในการร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนโดยการสื่อสารโดยตรง (direct communication) มีผลต่อการมีส่วนร่วมสูง ประเภทของสื่อที่เป็นบุคคลมีผลต่อการมีส่วนร่วมมากกว่าสื่อที่ไม่ใช่บุคคล การมีผู้นำในการทำกิจกรรม การรับรู้ความเสี่ยงการติดเชื้อเอดส์สูง และประชาชนที่มีการศึกษาสูงมีผลต่อการมีส่วนร่วมสูงในการดูแลผู้ป่วย

เอ็ดส์ในชุมชน จึงเป็นไปตามสมมุติฐานบางส่วน เมื่อนำตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการถดถอยพบว่ามีรูปแบบความสัมพันธ์จาก 5 ตัวแปรอิสระและตัวแปร (การมีส่วนร่วม) มีความสอดคล้อง (good fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าในเขตชายแดนภาคใต้ การที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์สูงต้องเป็นชุมชนที่มีการสื่อสารโดยบุคคลมากกว่าใช้การสื่อสารที่ไม่ใช่บุคคล (หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์) เนื่องจากการสื่อสารการใช้สื่อสิ่งพิมพ์เป็นการสื่อสารทางเดียว (one way communication) ขาดการมีปฏิสัมพันธ์หรือปฏิกิริยาที่เกิดความเข้าใจร่วมกัน โดยเฉพาะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเอ็ดส์เป็นข้อมูลที่มีลักษณะทางลบทั้งภายในครอบครัวและภายในชุมชน ย่อมต้องการสื่อสารโดยบุคคล การสื่อสารแบบเปิดใจทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ถูกต้อง และยังทำให้ประชาชนได้ตระหนักถึงหน้าที่ในชุมชนมากขึ้น การใช้ข้อมูลข่าวสารจะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอ็ดส์ได้ (Fishbein, Middlestadt and Hitecock, 1994) โดยใช้การสื่อสารด้วยบุคคลโดยเฉพาะการสื่อสารภายในครอบครัวย่อมช่วยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการลดการติดเชื้อเอ็ดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Burkholder, Harlow & Washkwich, 1999) นอกจากนี้การสื่อสารยังสร้างความไว้วางใจให้กับประชาชนยอมรับว่าการมีผู้ป่วยเอ็ดส์ในชุมชนไม่ทำให้ชุมชนเสียผลประโยชน์ (Fonaroff, 1983 ; Rothman & Tropman, 1990 ; Sengupta et.al, 2000) การวิจัยนี้ยังพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อเอ็ดส์มีระดับสูงย่อมทำให้ประชาชนมี

ส่วนร่วมและสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์สูงขึ้น เช่นเดียวกับผลการวิจัยในกลุ่มวัยรุ่นของประเทศออสเตรเลียที่พบว่า วัยรุ่นที่รับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อในระดับต่ำจะมีโอกาสติดเชื้อเอ็ดส์อย่างมีนัยสำคัญและมีส่วนร่วมในชุมชนต่ำ (Moor and Rosenthal, 1991) ดังนั้นการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการรักษาสุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ข้อมูลเป็นการช่วยให้ผู้ได้ข้อมูลสามารถเข้าใจการดูแลสุขภาพและรู้จักใช้ประโยชน์ของข้อมูลให้เป็นประโยชน์ในชุมชน

นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ปัจจัยการมีผู้นำในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ในชุมชนยังมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ แต่ไม่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิปไตยได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มแต่การสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมความพร้อมของปัจเจกบุคคล ดังนั้นการมีส่วนร่วมจะเกิดหรือไม่จึงต้องการมีผู้นำในการนำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ในชุมชน เพราะภาวะผู้นำนั้นเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งในการอธิบายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน คุณลักษณะของผู้นำ และวัฒนธรรมของชุมชนที่มีต่อผู้นำ ผู้นำที่เกิดขึ้นจากการยอมรับจากชุมชนที่แท้จริง ย่อมหมายถึงการเป็นศูนย์รวมที่จะสร้างเอกภาพในการมีส่วนร่วมได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของดวงฤทัย พงศ์เขียวบุญ (2537 : 110) พบว่า การมีส่วนร่วมทั้งกลุ่มผู้นำชุมชนมีผลในการแก้ไขปัญหายเอ็ดส์ในชุมชน และการศึกษาของมาห์มัดและคณะ (Mahmud et.al, 1998) ได้ใช้การ

สร้างความคิดสร้างสรรค์และแรงจูงใจให้กับผู้นำศาสนาเพื่อควบคุมการแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน และการเพิ่มความตระหนักในชุมชนโดยผ่านผู้นำชุมชน จำนวน 65 คน ผลทำให้ผู้นำชุมชนมีความเข้าใจและตระหนักถึงการให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยเอชไอวีอย่างยั่งยืน ส่วนผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ (เพศ สถานภาพ การสมรส อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ) มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชนหรือไม่ พบว่า ปัจจัยด้านประเภทของการสื่อสาร การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของตัวอย่างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชน ปัจจัยด้านอายุ เพศ ศาสนามีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมแต่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยบางส่วน เนื่องจากปัจจัยการศึกษาเป็นตัวชี้วัดทางสังคมที่แสดงให้เห็นถึงการมีกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมในการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์ก่อให้เกิดความผาสุกในสังคม (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994; Fisbein, 1980) ส่วนปัจจัยด้านอายุ การวิจัยนี้พบว่า ประชาชนที่มีอายุน้อยจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนที่อายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาในประชาชนภาคเหนือของจอร์เจีย ภารา (2528) นอกจากนี้การวิจัยนี้ ยังพบว่าศาสนามีผลต่อการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชน ประชาชนนับถือศาสนาอิสลามให้การสนับสนุนทางสังคมต่างกับประชาชนที่นับถือศาสนาพุทธ เหตุผล

เนื่องจากประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามบางกลุ่มยังไม่เห็นด้วยกับการต้องไปสนับสนุนผู้ป่วยเอชไอวี เนื่องจากเชื่อว่าถ้าทุกคนนับถือคำสอนตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดแล้ว คนในครอบครัวจะมีความซื่อสัตย์ต่อกันและไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเอชไอวี (Francesca, 2002 ; Lagarde et.al., 2000)

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีหลักสูตรโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารโดยใช้บุคคลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีเฉพาะตำแหน่ง โดยทางหน่วยงานควรมีตำแหน่งรองรับในงานนี้เช่นเดียวกับการพัฒนาผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเอชไอวี แต่คนกลุ่มนี้ต้องมีทักษะในการสื่อสารพิเศษกว่าบุคคลทั่วไป เพราะต้องเป็นการสื่อสารเรื่องสุขภาพที่ใช้กับกลุ่มคนที่มีความอ่อนไหวทางจิตใจ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีงบประมาณสนับสนุนและมีโปรแกรมการสร้างความคิดสร้างสรรค์และพลังในชุมชนให้ชัดเจนและต่อเนื่องกับผู้นำทางศาสนาและอาสาสมัครวัยรุ่นที่เข้าใจเชิงวัฒนธรรมในภาคใต้ ให้มีความตระหนักและเห็นความสำคัญจัดโปรแกรมการสร้างพลังชุมชนโดยใช้หลักศาสนามาประยุกต์เพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่ใกล้ตาย

3. การใช้แนวคิดการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด (Therapeutic relationship) ยังมีความจำเป็นกับผู้ป่วยเอชไอวี เช่น ครอบครัวบำบัด ชุมชนบำบัด และสังคมบำบัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคงต้องเปลี่ยนฐานการรับผิดชอบใส่เข้าไปในหัวใจของประชาชนในชุมชนว่า การดูแลผู้ป่วยเอชไอวีเป็นความรับผิดชอบ

ของชุมชนและสังคมไทย สายใยแห่งครอบครัวและชุมชนยังเป็นยาวิเศษเปรียบเสมือนวัคซีนเอดส์ที่ผู้ป่วยและญาติรอความหวังอยู่ และมีข้อดีกว่าที่ต้นทุนต่ำแต่มีประสิทธิภาพสูงในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและสังคม

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนจากงบประมาณเงินรายได้ในการทำ

วิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยให้ข้อคิดเห็น และขอขอบคุณประชาชนที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และสภาการพยาบาลที่ช่วยให้ข้อคิดเห็นกับงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข(2545) . <http://epid.moph.go.th/epi31.html>.

กองโรคเอดส์, โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ, องค์การอนามัยโลกและสถาบันประชากรและสังคม, โครงการศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของประเทศไทย. (2542). การสัมมนาโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 7 กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

จूरรัตน์ ภารา.(2528). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการป้องกันโรคเอดส์กรณีศึกษา อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงฤทัย พงศ์เขียวบุญ. (2537). การมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ในบ้านถวาย ตำบลขุนคอง อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประเทือง พิมพ์โพธิ์.(2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลของญาติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์,วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Burkholder , G.J., Harlow, L.L., and Washkwich , J.L.(1999).Social Stigma, HIV/AIDS Knowledge,and sexual risk. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4(1), 27-44.

Catania, J.A.,Coates, T.J., Kegeles,S.M.,Ekstand, M., Guydish, J.R., & Bye, L.L.(1989).Implications of the AIDS risk-reduction Model for gay the community: The important of perceived sexual enjoyment and help-seeking behaviors. In V.M. Mays, G.W. Albee, andS.F. Schneider (Eds),Primary prevention of AIDS :Psychological approaches.(pp.242-261). NewburyPark,CA:Sag

- Catania, J.A., Kegeles, S.M., and S.M., and Coates T.J.(1990).Towards an understanding of risk behavior:An AIDS risk reduction model(ARRM).**Health Education Quarterly**,17(1),53-72.
- Francesca., E.(2002). AIDS contemporary Islamic ethical literature, **Med Law**, 21(2), 381-94 .
- Fishbein , M., Middlestadt, S.E., and Hitchcock ,P.J.(1994). Using information to changes sexually transmitted disease related behaviors. In R.J. DiClement and J.L. Peterson(Eds.),**Preventing AIDS : Theories and methods of behavioral interventions**.(pp.61-78).New York: Plenum.
- Fishbein et al .,(1980).**Understanding attitudes and Predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall,Inc.
- Fonaroff, E.(1983) . **Community Involvement in Heath System for Primary Health Care**. SHS / 83.6 WHO.Geneva.
- Glanz,K., and Rudd, J.(1989). How individuals use information for health action:Consumer information processing. In Glanze,K., &Lewis F.M &Rimer B.K.(eds.).**Health Behavior and Health Education : Theory Research, and Practices**. SanFrancisco: JOSSEY-Bass Publishers.
- Higgins, D.L., Schnell, D.J., Beeker ,C., Guenther-Grey, C., Fishbein, M., O'Reilly, K.R., and Sheridan, J.(1993).**The AIDS community demonstration projects:Project overview and theoretical Foundations**. The AIDS community demonstration projects research team. Paper presented at the IX International Conference on AIDS(Abstract PO-D13-3745),Berlin.
- House,J. and Kahn, R.(1985). **Measures and Concepts of Social Support and Health**. Orlando:Fla.:Academic Press.
- Joreskog, K. G. and ,Sorbom, D.(1993).**LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language**.Chicago : Scientific Software International Inc.
- Kleinman, A. (1980). **Patients and Healers in the Contex of Culture**. Berkely : University of Califonia Press.
- Lagarde., E. Enel., C. Seck., K. Gueye-Ndiaye., A. Piau., J.P. Pison., G. Delaunay., V. Ndoeye., I. and Mboup., S. (2000). Religion and protective behaviours towards AIDS in rural Senegal. **AIDS**, 8 (13), 2027-33

- Mahmud H,Kabir MA,Mian MA,Ali MM. (1998). HIV/AIDS prevention and control creation of awareness by motivation and mobilizing religion leaders. *Int Conf AIDS* ,12;643(abstract no.107/33256).
- Moor, S.,& Rosenthal, D.A.(1991). Adolescent invulnerability and perceptions of AIDS risk. *Journal of Adolescent Research*, 6, 164-180.
- Rosenstock I., Strecher, V., and Becker, M. (1994).The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClement, and J.L.Peterson(Eds), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. (pp. 5-24). New York : Plenum Press.
- Rothman, J., and Troman,J.E. (1990) .''Improving health through community organization'' In Glanze,K., &Lewis F.M &Rimer B.K.(eds.).*Health behavior and health education : Theory Research, and Practices*. San Francisco: JOSSEY-Bass Publishers.
- Sengupta et. al. (2000) . Factor affecting African-American participation in AIDS research. *J. Acquir Immune Defic Syndr.* ,24(3), 275-84.
- Widdus D;Kauffman C;Reid H;Kinney J. (1993). Youth participation in program planning for HIV/AIDS education. *Int Conf AIDS* , 9(2), 794(abstract no. PO-D02-3458).
- Wienold M;Lie R; and Grimshaw J. (1992). Community participation in research and treatment issues the European AIDS Treatment Group. *Int Conf AIDS* ,8(2):B237 (abstract no.PoB 3880)
- Yamane,T.(1976). *Statistics : An Introduction Analysis*. Singapore : Harper International Education.