

ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ  
อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

อัญชิษฐา อยู่สบาย

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

กลุ่มวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน


มิถุนายน 2560

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา

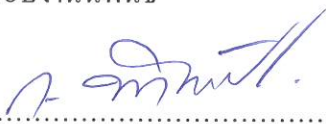
ลิขสิทธิ์เป็นขอมหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ได้พิจารณางานนิพนธ์  
ของ อัญชิษฐา อยู่สบาย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(อาจารย์ ดร. กัญญา นันทเพ็ชร)


คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

  
.....ประธาน  
(อาจารย์ ดร. กัญญา นันทเพ็ชร)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. สุธณี หงษ์วิเศษ)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. อุทธิกร ศิริประเสริฐโชค)

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจอนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
..... คณบดีวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันธ์ชัย ธารเสนา)  
วันที่...12...เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ....2560.....

## กิตติกรรมประกาศ

งานนิพนธ์ฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายศึกษาความรู้และทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ในมูลนิธิกระท่อมพระสิริ และขอบคุณอาจารย์ ชาวบ้านชุมชนหลังเนิน ที่ได้ให้คำปรึกษาและตอบแบบสอบถามเพื่อใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

การดำเนินการวิจัยมีอาจสำเร็จลุล่วงไปได้หากปราศจากความร่วมมือของคณาจารย์ในวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้การสนับสนุนการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจนวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายนี้ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้การอุปการะอบรมเลี้ยงดู ตลอดจนส่งเสริมการศึกษาและให้กำลังใจเป็นอย่างดี อีกทั้งขอขอบคุณเพื่อน ๆ ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือด้วยดีเสมอมาและขอขอบพระคุณเจ้าของเอกสารและงานวิจัยทุกท่านที่ผู้ศึกษาค้นคว้าได้นำมาอ้างอิงในการทำวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

อัญชิษฐา อยู่สบาย

58930068: กลุ่มวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน; รป.ม. (การจัดการภาครัฐและภาคเอกชน)

คำสำคัญ: บทบาท/ ชาวบ้านชุมชนหลังเนิน

อัญชิษฐา อยู่สบาย: ทศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มุลินธิกระท่อม  
พระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (ATTITUDES OF THE  
LANGNOEN COMMUNITY RESIDENTS TOWARDS AIDS PATIENTS AT THE GLORY  
HUT FOUNDATION, NONG PRUE SUB-DISTRICT, BANGLAMUNG DISTRICT,  
CHONBURI PROVINCE) อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์: ดร. กฤษฎา นันทเพ็ชร, 56 หน้า ปี พ.ศ.  
2559

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนิน และ  
เปรียบเทียบทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มุลินธิกระท่อมพระสิริ  
เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยจำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับ  
การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย  
เชิงปริมาณ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaires) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย  
เลขคณิต ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ประชาชนที่มีสถานภาพแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยจะ  
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมาน (Inference statistics) คือ t-test, F-test

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มุลินธิกระท่อม  
พระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี อันดับหนึ่งคือ ปัญหาเอดส์เป็น  
ปัญหาด้านสาธารณสุขเท่านั้น รองลงมาคือชายชาติร ต้องเป็นคนที่มีประสบการณ์ทางเพศมาบ้าง  
และสุดท้ายคือ หากมีผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จะทำกิจกรรมร่วมหรือไม่ หรือ ท่านจะซื้ออาหารที่ผู้ป่วย  
เอดส์ขายหรือไม่

ส่วนการวิเคราะห์การเปรียบเทียบทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มุลินธิ  
กระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย  
ต่อครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน พบว่าประชาชนที่มี เพศ อายุ อาชีพ ระดับ  
การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน แตกต่างกันมีทัศนคติไม่  
แตกต่างกัน

58930068: MAJOR: PUBLIC AND PRIVATE MANAGEMENT; M.P.A.

(PUBLIC AND PRIVATE MANAGEMENT)

KEYWORDS: ROLE/ LANGNOEN COMMUNITY RESIDENTS

AUNCHITTHA YUSABAY: ATTITUDES OF THE LANGNOEN COMMUNITY RESIDENTS TOWARDS AIDS PATIENTS AT THE GLORY HUT FOUNDATION, NONG PRUE SUB-DISTRICT, BANGLAMUNG DISTRICT, CHONBURI PROVINCE. ADVISOR: KRITSADA NANTHAPETCH, Ph.D. 56 P. 2017.

The objectives of this research were to study the attitudes of Langnoen community residents and to compare their attitudes towards AIDS patients at the Glory Hut Foundation, Nong Prue sub-district, Banglamung district, Chonburi province categorized by gender, age, occupation, education, average income per household, and periods of living in the community. This study was quantitative. The research tool was a questionnaire. The statistics used for data analysis were arithmetic mean ( $\bar{X}$ ) and standard deviation (SD). The researcher analyzed the data using Inference Statistics: t-test and F-test.

From the study results, it was found that the overall attitude of Langnoen community residents towards AIDS patients at the Glory Hut Foundation, Nong Prue sub-district, Banglamung district, Chonburi province was at a high level. The highest level aspect was the opinion that AIDS is only a public health problem.

Comparative analysis of attitudes of Langnoen community residents towards AIDS patients at the Glory Hut Foundation, Nong Prue Municipality, by gender, age, occupation, education average income per household, and period of living in the community showed the following from the hypothesis testing, it was found that different gender, age, occupation, education, average income per household, and period of living in the community did not influence differences in the attitudes of community residents towards AIDS patients at the Glory Hut foundation, Nong Prue Municipality.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
สมมติฐานของการวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
ขอบเขตการศึกษา.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	7
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ .....	8
สถานการณ์โรคเอดส์และปัญหาโรคเอดส์ในสังคมไทย .....	11
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	21
ข้อมูลทั่วไปของมูลนิธิตระกอมพระสิริ .....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	32
วิธีการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบเครื่องมือ.....	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	33

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	35
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม .....	34
ส่วนที่ 2 คำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังที่มี ต่อผู้ป่วยเอดส์ มุลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี.....	37
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนิน ต่อผู้ป่วยเอดส์ มุลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี.....	39
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	43
สรุปผลการวิจัย.....	43
อภิปรายผล .....	45
ข้อเสนอแนะ.....	46
บรรณานุกรม .....	49
ภาคผนวก .....	53
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	58

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559.....	17
2	เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2562.....	19
3	เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ ช่องว่างในการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญ.....	19
4	สถานภาพทั่วไปชาวบ้านชุมชนหลังเนิน.....	35
5	คำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี.....	37
6	เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามเพศ.....	39
7	ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามอายุ.....	39
8	ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามการศึกษา.....	40
9	เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามอาชีพ.....	40
10	เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามรายได้.....	41
11	เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามระยะเวลาที่พัก.....	41



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6

# บทที่ 1

## บทนำ

### ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอดส์และโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เหมือนกับหนองในและซิฟิลิส การรับเชื้อเอดส์มาจากทางอื่นได้คือ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด รวมถึงการสักและจากมารดาสู่ทารก โดยเฉพาะในกรณีที่มีการติดเชื้อเอดส์ที่ไม่ได้รับการรักษา หลังจากได้รับเชื้อในช่วงแรกแล้วผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการใด ๆ เลยก็ได้ ผู้ติดเชื้อครั้งหนึ่งอาจมีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น ไข้ ปวดเมื่อยตามตัว เจ็บคอและต่อมน้ำเหลืองโต หลังจากนั้นอาการจะดีขึ้นเองแม้ไม่ได้รับการรักษาและจะเข้าสู่ระยะติดเชื้อที่ไม่มีอาการ แต่เนื่องจากเชื้อไวรัส มีการแบ่งตัวตลอดเวลาและทำให้เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยการทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ ซึ่งมีหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคลดต่ำลงไปเรื่อย ๆ โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนกระทั่งเข้าสู่ระยะเอดส์หรือเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอยู่ที่ประมาณ 7-10 ปี ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ในประเทศไทยยังได้รับการวินิจฉัยช้าเนื่องจากไม่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอดส์และไม่ตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่เนิ่น การวินิจฉัยการติดเชื้อเอดส์สามารถทำได้โดยการเจาะเลือดตรวจว่าร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานหรือแอนติบอดีต่อเชื้อเอดส์หรือไม่ ซึ่งวิธีการตรวจเลือดในปัจจุบันสามารถตรวจพบได้หลังการติดเชื้อประมาณ 10 วันเนื่องจากร่างกายใช้เวลาในการสร้างภูมิคุ้มกัน หลังจากที่มีการติดเชื้อแล้ว ในกรณีที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อเฉียบพลันหรือต้องการที่จะวินิจฉัยเร็วภายในสัปดาห์แรก ต้องอาศัยวิธีการตรวจพิเศษ (มูลนิธิวิจัยวันโรคและโรคเอดส์, 2550, หน้า 109)

หัวใจสำคัญที่สุดของการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์คือ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี โดยให้ยาอย่างน้อย 3 ชนิดรวมกันเป็นสูตรยาที่เหมาะสมและถูกต้อง จะนำไปสู่การรักษาที่ควบคุมได้คือไม่สามารถตรวจพบไวรัสในเลือด ทำให้มีภูมิคุ้มกันดีขึ้นหรือจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีสี่สูงขึ้น มีอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง อัตราการเสียชีวิตลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากยังไม่มียาต้านเอชไอวีชนิดใดที่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ติดเชื้อเอดส์จึงต้องรับประทานยาทุกวันตลอดชีวิต ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาชนิดใหม่ ๆ ที่รับประทานง่าย มีผลข้างเคียงน้อยหรือเป็นแบบรวมเม็ดที่รับประทานวันละ 1 เม็ด และมีราคาถูกลงกว่าเดิมมาก รวมไปถึงมีการวิจัยยาแบบฉีดและยาที่ออกฤทธิ์ในนานทำให้อาจจะฉีดทุก 1-3 เดือนนอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยที่จะพยายามทำให้รักษาการติดเชื้อเอดส์ให้หายขาด ซึ่งขณะนี้มียู่ 2 หลักการที่อาจจะเป็นไปได้ในอนาคตอันใกล้ คือ การรักษาเร็วตั้งแต่มีการติดเชื้อใหม่ ๆ เช่น ภายในสัปดาห์แรกของการติดเชื้อ

แต่ปัญหา คือ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ทราบว่าคุณเองติดเชื้อเมื่อมีอาการหรือติดเชื้อมานานแล้ว และอีกหลักการหนึ่งคือ การปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งทั้ง 2 หลักการนี้ยังคงต้องรอการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป การรักษาวิธีอื่น ๆ ยังไม่มีข้อมูลการศึกษารองรับว่าสามารถรักษาได้ เช่น วัคซีน สมุนไพรบางชนิด และการฟอกเลือด และการป้องกันโดยวิธีต่าง ๆ ที่ขึ้นกับพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยและพัฒนายาใหม่ ๆ รวมไปถึงการวิจัยที่จะทำให้การรักษาเป็นแบบหายขาด อย่างไรก็ตามผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยช้า ไม่ได้มีการตรวจเลือดคัดกรองโดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยง รวมไปถึงหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้ได้รับการรักษาช้า ซึ่งอาจจะทำให้มีผลการรักษาไม่ได้หรือเกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนตามมา (ตรวจเอชไอวีเพื่อชีวิต...เพื่อผู้ป่วยวัน โรคทุกคน, 2550, หน้า 150)

ในปี พ.ศ. 2527 พบผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนไทยรายแรก ในขณะนั้นเข้าใจว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่พบกันในชายรักร่วมเพศเท่านั้น และไม่คิดว่าโรคเอดส์จะเข้ามาแพร่กระจาย ในคนทั่วไป มาตรการในการป้องกันและเผยแพร่ความรู้จึงเน้นกลุ่มเป้าหมายคือ ชายรักร่วมเพศ หรือกลุ่มเกย์ ในปี พ.ศ. 2530-2531 พบผู้ติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากที่เคยคิดว่าติดเชื้อเฉพาะในชายรักร่วมเพศ กลับพบการติดเชื้อสูงในหญิงโสเภณี และชายขอบเที่ยวที่มาตรวจรักษาที่คลินิกกามโรค นับแต่ปี พ.ศ. 2535 พบทารกป่วเป็นโรคเอดส์มากขึ้นเป็นลำดับ เพราะได้รับเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อที่กรุงเทพฯ มารดาที่มาฝากครรภ์ เนื่องจากโรคนี้ยังไม่มียารักษาให้หายขาด และยังไม่มียาป้องกันที่ได้ผลแน่นอน การป้องกันจึงต้องเน้นในเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้ว่าเชื้อติดต่อทาง การให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชนระยะแรก เน้นให้เห็นความน่ากลัวของโรคเอดส์ คือ เป็นแล้วตายลูกเดียว และได้ลงรูปผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ที่น่าเกลียด น่ากลัว เหลือแต่หนังหุ้มกระดูก มีผิวหนังเน่าเปื่อยทั่วตัว ด้วยความคิดว่า การใช้แนวทางนี้จะทำให้ผู้ชายกลัว และเลิกเที่ยวโสเภณีได้ เมื่อเวลาผ่านไปพบว่า แนวทางการให้ความรู้โดยสร้างความกลัวโรคเอดส์ไม่ใช่วิธีที่ถูกต้อง ชายเที่ยวหญิงโสเภณี ยังคงมีอยู่แม้จะลดน้อยลงบ้าง และที่สำคัญคือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความกลัวโรคเอดส์เป็นอย่างมากคือ ผู้ติดเชื้อเอดส์ถูกสังคมรังเกียจ ครอบครัวยุไม่ยอมรับให้อยู่ร่วมบ้าน เพราะกลัวติดโรค ภาพที่น่ากลัว และความตาย ทำให้คนบางกลุ่มที่ไม่มีความรู้เพียงพอไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ และพยายามกีดกันเขาเหล่านั้นออกจากสังคม บางคนถูกไล่ออกจากงาน บางคนถูกขับออกจากหมู่บ้าน บางคนถูกคนในครอบครัวไล่ออกจากบ้าน ให้ไปตายเอาดาบหน้า การกระทำเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเหมือนคนแก่ครึ่งคน พวกเขาไม่กล้าออกมาอยู่ในมุมสว่างของสังคม ได้แต่หลบอยู่ในวอกมิด ทำให้พวกเขาขาดโอกาสอีกหลายอย่าง เช่น โอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ๆ โอกาสได้รับการดูแลจากแพทย์ โอกาสในการใช้ชีวิตอย่างปกติ โอกาสทางสังคมอื่น ๆ อีกมากมาย หากเรามีความรู้เรื่องโรคเอดส์ รู้ว่าเอดส์

นั้นคิดได้โดยการร่วมเพศ ร่วมเข็ม หรือร่วมเลือด ไม่ได้ติดต่อง่าย ๆ เหมือนหวัดหรือวัณโรคที่หายใจ ไอ จาม รดกันก็ติดเชื้อได้ หรือโรคกลากเกลื้อนที่ติดทางการสัมผัส เราอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์หรือแม้แต่ผู้ป่วยเอดส์ได้ กินข้าวด้วยกัน พุดคุยกัน จับต้องตัวกันได้โดยไม่ติดเชื้อ ที่สำคัญคือผู้ที่ติดเชื้อยังสามารถอยู่ได้อย่างปกติอีกนาน หากได้รับการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในทางกลับกันหากสังคมใกล้ชิดตัวไม่ให้โอกาส ความกดดันจะทำให้ผู้ติดเชื้ออายุสั้น (ตรวจเชชไอวีเพื่อชีวิต...เพื่อผู้ป่วยวัณโรคทุกคน, 2550)

มูลนิธิกระท่อมพระสิริ ก่อตั้งขึ้นมาเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ยากไร้ ซึ่งมีปัญหาครอบครัว จากความยากจน กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ ให้ได้รับคุณภาพชีวิตที่ดี และเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ มูลนิธิได้ก่อตั้งขึ้นมาเมื่อปี พ.ศ. 2549 โดย Sandy Trepiccione ได้มีนิมิตในการรับใช้พระเจ้าโดยการช่วยเหลือสังคมไทยในการเป็นหน่วยงานหนึ่งให้การช่วยแก้ปัญหาสังคม โดยการจัดตั้งมูลนิธิขึ้นขึ้นมาภายใต้ชื่อ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ ทั้งนี้ทางคุณ Sandy Trepiccione ได้จัดทีมคณะกรรมการของมูลนิธิขึ้นมา ซึ่งมีทั้งคนต่างชาติและคนไทย แต่คุณ Sandy Trepiccione นั้นเป็นผู้จัดการดำเนินงานของมูลนิธิ ตลอดเวลา 4 ปี ที่คุณแซนดี้ได้ทำงานรับใช้พระเจ้าในส่วนของงานมูลนิธินั้น ก็ได้ช่วยเหลือพี่น้องชาวไทยที่อาศัยอยู่ในเมืองพัทยา ผู้ประสบปัญหาความยากจน และปัญหาสุขภาพ ให้ได้รับโอกาสที่ดีและมีสุขภาพที่ดีขึ้น เมื่อครบวาระ 4 ปี ได้มีการเปลี่ยนคณะกรรมการชุดใหม่เพื่อความต่อเนื่องและเหมาะสมของงาน คุณแซนดี้ได้ติดต่อไปยังอาจารย์พรสวรรค์ ชันแก้ว ผู้ซึ่งเป็นศิษยาภิบาลคริสตจักรอาโคโนยา และเป็นผู้ก่อตั้งบ้านพักวัยรุ่นเพื่อน องค์กรเล็กที่ให้ที่พักและอาหารในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์และวัณโรค ซึ่งตั้งอยู่ในเขตอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ให้ได้มีส่วนเข้ามาช่วยสานต่องานของมูลนิธิกระท่อมพระสิริ เพราะเห็นว่าทางอาจารย์พรสวรรค์ และคุณแซนดี้ได้มีนิมิตและเป้าหมายในงานรับใช้พระเจ้าเดียวกัน อีกทั้งเคยร่วมงานในการส่งต่อความช่วยเหลือในเคสผู้ป่วยเอดส์ให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ อาจารย์พรสวรรค์ ชันแก้ว จึงเข้ามาดำรงตำแหน่งประธานมูลนิธิกระท่อมพระสิริ ร่วมกับคณะกรรมการชุดใหม่ โดยทั้งนี้อาจารย์พรสวรรค์ เป็นผู้อำนวยการในการดำเนินงานเอง ร่วมกับทีมอาสาสมัคร ในส่วนของคุณแซนดี้ นั้นมีความจำเป็นต้องเดินทางกลับประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อรณรงค์หาทุน เพื่อมาช่วยเหลือมูลนิธิ และจะกลับมาสานต่องานที่เมืองไทยเมื่อมีโอกา และพระเจ้าเปิดทาง ทั้งคุณแซนดี้ และอาจารย์พรสวรรค์ นั้นดำเนินงานมูลนิธิไปด้วยความเชื่อ ถึงแม้มูลนิธิกระท่อมพระสิรินั้นจะเป็นมูลนิธิเล็ก ๆ แต่ก็ได้รับพระพรจากพระเจ้าในการได้ช่วยผู้คนมากมาย ทั้งนี้เพื่อถวายเกียรติแด่พระเจ้าผู้ยิ่งใหญ่สูงสุด (มูลนิธิกระท่อมพระสิริ, 2560)

ซึ่งงานของบ้านพักดูแลผู้คิดเชื่อนั้น จะเป็นในเรื่องของการให้ที่พัก และอาหาร สำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำกว่า 200 โดยทั้งนี้ทางทีมงานบ้านพักักข์เพื่อน ได้มีอาสาสมัครที่จะให้ความดูแลในเรื่องของการประสานงานกับโรงพยาบาล และพาผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาการติดตามเอกสารบัตรประจำตัวประชาชนหาทะเบียนบ้านให้ผู้ป่วยได้อาศัยเพื่อได้รับการบริการทางภาครัฐ การให้คำปรึกษาและเยียวยาจิตใจให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะมีความหวังที่จะต่อสู้กับโรคร้ายในร่างกายการจัดหาทุนอาชีพ และทุนการศึกษาสำหรับผู้ป่วย และผู้ได้รับผลกระทบฝึกพัฒนาอาชีพให้กับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการทำการเกษตร หรืองานประดิษฐ์นาฬิกากรรมทางศาสนาเข้ามาในชีวิต เพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจปรับเปลี่ยนทัศนคติในเชิงลบให้เกิดทัศนคติในเชิงบวกเรามีครูสอนภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นคนต่างชาติเข้ามาช่วยงานเราในส่วนของอาสาสมัคร เพื่อให้ความรู้ในด้านภาษาอังกฤษ โดยมุ่งหวังที่ให้ประชาชนผู้ที่สนใจได้รับความรู้ฝึกทักษะทางด้านภาษา เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิต และการทำงาน ในชั้นเรียนภาษาอังกฤษนี้ เป็นการบริการฟรี ไม่คิดค่าใช้จ่าย (มูลนิธิกระท่อมพระสิริ, 2560)

ปัจจุบันมีปัญหาความขัดแย้งระหว่างชุมชนหลังเนินและผู้ป่วยคิดเชื่อเอดส์ ด้วยในพื้นที่ชุมชนหลังเนิน ได้มีมูลนิธิกระท่อมพระสิริเข้ามาก่อตั้ง ในเบื้องต้นได้ดำเนินกิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยรับเด็กในชุมชนเข้ามาสอนภาษา สอนดนตรี พาไปเที่ยว ฝึกอาชีพ ได้รับการยอมรับจากชาวบ้านพอสมควร โดยการส่งบุตรหลานเข้าร่วมกิจกรรม ต่อมามูลนิธิกระท่อมพระสิริได้ดำเนินกิจกรรมเปลี่ยนไป โดยได้รับผู้ป่วยคิดเชื่อเอดส์ระยะสุดท้ายเข้ามาอยู่ในมูลนิธิกระท่อมพระสิริเป็นจำนวนมาก ทำให้ชาวบ้านเกิดความหวาดระแวงสงสัยถึงการดำเนินการของมูลนิธิกระท่อมพระสิริ เช่นคุณภาพศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยคิดเชื่อเอดส์ การรับยา สุขภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลรักษา อาหาร อาการ สถานที่ถูกต้องตามสุขลักษณะหรือไม่ มีใบอนุญาตถูกต้องหรือไม่ และยังปล่อยน้ำเสียส่งกลิ่นเน่าเหม็น สร้างความเดือดร้อนรำคาญให้กับชาวบ้านเกิดความขัดแย้งขึ้นในชุมชน ให้ต้องนำไปสู่ทำประชาวิจารณ์และเข้าสู่กระบวนการลงประชามติ ชาวบ้านต้องการให้มูลนิธิกระท่อมพระสิริย้ายออกจากชุมชนให้ไปที่ที่เหมาะสม ผลการลงประชามติเป็นเอกฉันท์มูลนิธิกระท่อมพระสิริต้องย้ายออกจากชุมชน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นปัญหาที่กระทบต่อความรู้ของทั้งสองฝ่ายไม่ว่าจะเป็นทางฝ่ายของมูลนิธิกระท่อมพระสิริเองหรือแม้แต่ชาวบ้านชุมชนหลังเนินซึ่งทางเทศบาลเมืองหนองปรือก็ได้เข้าร่วมแก้ไขปัญหามาครั้งนี้ เทศบาลเมืองหนองปรือร่วมกับผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี นายอำเภอบางละมุง สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี เมืองพัทยา และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ช่วยกันหาทางออกที่ผู้ขัดแย้งยอมรับกันได้ คือ การจัดสถานพักฟื้นให้ผู้ป่วยเอดส์แห่งใหม่ที่มีความเหมาะสม มีระบบ

การกำจัดขยะ ระบบระบายน้ำสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องและได้มาตรฐาน ที่สำคัญที่สุด คือ สถานที่แห่งใหม่จะต้องเป็นพื้นที่ที่ชุมชนให้การยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ สามารถอยู่ร่วมกันได้ เป็นปกติสุข ในการดำเนินการดังกล่าว จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดซื้อที่ดินและค่าจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์สิ่งปลูกสร้างเป็นเงินจำนวนมาก เทศบาล ฯ จึงจัดทำโครงการรวมพลังน้ำใจเพื่อบ้านหลังใหม่ผู้ป่วยเอดส์ บ้านพักรักษาเพื่อนมูลนิธิกระท่อมพระสิริ เพื่อระดมทุนจากทุกภาคส่วนของสังคมได้ช่วยกันแบ่งปันความรักความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ให้มีที่อยู่ มีที่พักพิง มีกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้เห็นมุมมองความรู้และทัศนคติของประชาชนในเรื่องของโรคเอดส์ ซึ่งหากทราบถึงปัญหาจะทำให้เห็นแนวทางทางในการแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติของชาวบ้านหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนิน ต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน

### สมมติฐานการวิจัย

1. ประชาชน ที่มีเพศต่างกัน มีผลต่อทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางบางละมุง จังหวัดชลบุรี ต่างกัน
2. ประชาชน ที่มีอายุต่างกัน มีผลต่อทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางบางละมุง จังหวัดชลบุรี ต่างกัน
3. ประชาชน ที่มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนต่างกัน มีผลต่อทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางบางละมุง จังหวัดชลบุรี ต่างกัน
4. ประชาชน มีผลต่อทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางบางละมุง จังหวัดชลบุรี ต่างกัน
5. ประชาชน ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่างกัน มีผลต่อทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางบางละมุง จังหวัดชลบุรี ต่างกัน

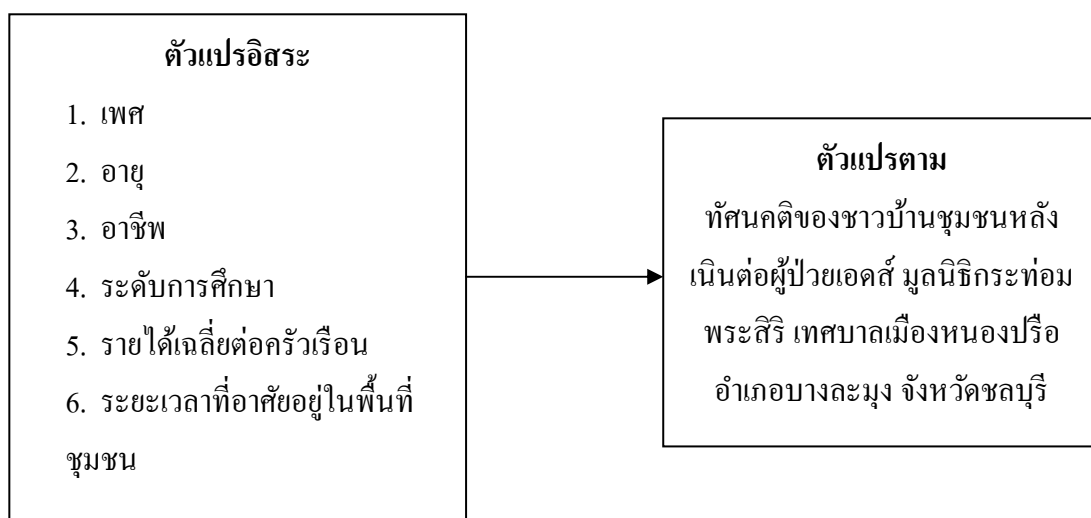
6. ประชาชน ที่มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนต่างกัน มีผลต่อทัศนคติของชาวบ้าน ชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ต่างกัน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจากศึกษาแนวคิดและทฤษฎี ตลอดจนการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้ กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ตัวแปรตามประกอบด้วย คำถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์และผลกระทบ คำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติและความเชื่อส่วนบุคคล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ หมายความว่า ความคิด ความรู้สึกของชาวบ้านชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ในมูลนิธิกระท่อมพระสิริ

ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์ หมายความว่า ความคิดในจิตใจได้สำนึกของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

## ขอบเขตการวิจัย

### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะทัศนคติของประชาชนชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

### ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาในครั้งนี้จะศึกษาในพื้นที่ ชุมชนหลังเนิน เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาจากประชากร จำนวน 94 ครัวเรือน จำนวน 534 คน (เทศบาลเมืองหนองปรือ, 2559)

### ขอบเขตด้านเวลา

การศึกษาในครั้งนี้จะเริ่มดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 8 เดือน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงทัศนคติประชาชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ในมูลนิธิกระท่อมพระสิริ
2. เป็นข้อมูลให้ชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของตัวเอง



## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ทศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์และแนวทางในการศึกษาค้นคว้า มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์
2. สถานการณ์โรคเอดส์และปัญหาโรคเอดส์ในสังคมไทย
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ข้อมูลทั่วไปของมูลนิธิกระท่อมพระสิริ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์

เอชไอวีและเอดส์คืออะไร

โรคเอดส์เป็นระยะสุดท้ายของการติดเชื้อเอดส์ เอชไอวีซึ่งย่อมาจากคำว่า Human immunodeficiency virus เป็นเชื้อไวรัส ในขณะที่โรคเอดส์หรือ Acquired immune deficiency syndrome คือ กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอดส์ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกเชื้อไวรัสทำลายจนร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคทั้งหลายที่เข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ติดเชื้อเอดส์อาจไม่พัฒนาอาการจนเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์เต็มขั้น

ผลกระทบของเอชไอวีและเอดส์ที่มีต่อร่างกายมนุษย์

เมื่อร่างกายติดเชื้อเอดส์ เชื้อเอดส์จะโจมตีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลงจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ จนในที่สุดเชื้อไวรัสจะโจมตีร่างกายทั้งหมด เป้าหมายของเอชไอวีคือ การทำลายเซลล์ที่มีหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรค และการติดเชื้อไวรัสต่าง ๆ เซลล์นี้มีชื่อว่า CD 4 (หรือเซลล์ T-helper) เป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีความสำคัญต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายของผู้ติดเชื้ออ่อนแอลงจนทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ในขณะที่คนที่มีระบบภูมิคุ้มกันร่างกายที่แข็งแรงจะสามารถต่อสู้กับเชื้อโรคเหล่านี้ได้ดีกว่า ความช้าเร็วของการดำเนินโรคและผลกระทบที่เชื้อเอดส์มีต่อร่างกายขึ้นอยู่กับผู้ติดเชื้อแต่ละคน ปัจจัยหลายอย่างเช่น สุขภาพและอายุ รวมถึงความช้าเร็วในการได้รับการรักษา ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคทั้งสิ้น คนบางคนสามารถติดเชื้อ

เอดส์นานหลายปีโดยไม่มีอาการของโรคเอดส์ปัจจัยที่อาจทำให้การติดเชื้อเอดส์พัฒนาเป็นอาการของโรคเอดส์รวดเร็วขึ้นนั้น ยังคงรวมถึงปัจจัยทางกรรมพันธุ์ การมีอายุมากขึ้น ภาวะโภชนาการไม่ดี หรือติดเชื้อร่วมกับโรคอื่น เช่น ตับอักเสบซีหรือวัณโรค (สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค, 2555)

#### การติดเชื้อเอดส์

คนสามารถติดเชื้อเอดส์โดยการสัมผัสกับเลือด น้ำอสุจิ ของเหลวจากช่องคลอด หรือแม้แต่ น้ำนมแม่ สาเหตุการแพร่เชื้อส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์และการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือส่งผ่านจากแม่สู่ลูกระหว่างการตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่คนควรมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเข็มฉีดยาที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรค ไม่ว่าจะระหว่างการไปพบแพทย์หรือการใช้เพื่อฉีดยา การยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อเอดส์ ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อเอดส์จากการจับมือทักทาย การกอด การจูบ การจาม การใช้ห้องน้ำร่วมกัน การใช้ภาชนะและช้อนส้อมร่วมกันหรือการสัมผัสในรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์ การทำกิจกรรมที่กล่าวมานี้ ไม่สามารถ ทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้

#### การติดเชื้อเอดส์ 3 ระยะ

ระยะเฉียบพลัน (Acute HIV infectious) เป็นระยะแรกของการติดเชื้อเอดส์ เกิดขึ้นระหว่าง 2-4 สัปดาห์หลังจากติดเชื้อ ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะเริ่มมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ เช่น มีไข้ เจ็บคอ ต่อม้ำเหลืองโต ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีผื่นและปวดหัว อาการเหล่านี้เรียกว่า Acute Retroviral Syndrome หรือ ARS เกิดขึ้นจากการที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อเอดส์ ในระยะนี้ เชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนอย่างมากในร่างกาย ทำให้เซลล์ CD 4 ในร่างกายลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว เป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูงมากที่ผู้ติดเชื้อจะแพร่กระจายไวรัสไปยังผู้อื่น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอดส์ อย่างไรก็ตาม หลังจากระยะเฉียบพลัน ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะค่อย ๆ ทำให้ปริมาณของเชื้อไวรัสอยู่ในระดับคงที่ หรือเรียกว่า Viral set point หมายความว่า เชื้อไวรัสมีปริมาณที่คงที่ในร่างกายและปริมาณเซลล์ CD 4 เริ่มเพิ่มขึ้นอีกครั้งหนึ่ง แต่จะไม่สูงเท่ากับก่อนติดเชื้อ

ระยะถัดมา คือ ระยะสงบทางคลินิก (Clinical latency stage) เป็นระยะที่เชื้อไวรัสอยู่ในร่างกายโดยไม่แสดงอาการใด ๆ หรืออย่างมากที่สุดคือมีอาการเพียงเล็กน้อย บางครั้งเรียกระยะนี้ว่า ระยะติดเชื้อเรื้อรัง (Chronic HIV infection) หรือ ระยะติดเชื้อ โดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection) ในระยะนี้ไวรัสจะเพิ่มปริมาณมากขึ้นในระดับต่ำ และมักจะใช้เวลาจนถึง 10 ปี แต่สำหรับผู้ติดเชื้อบางคนอาจใช้เวลาน้อยกว่านั้น

ระยะสุดท้ายคือ ภาวะโรคเอดส์ (AIDS) เป็นระยะที่การติดเชื้อเอดส์ได้พัฒนาเป็นโรคเอดส์ ระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงมีปริมาณเซลล์ CD 4 อยู่ระหว่าง 500 ถึง 1,600 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเอดส์มี CD 4 ต่ำกว่า 200 เมื่อถึงจุดนี้ระบบภูมิคุ้มกันได้ถูกทำลายอย่างรุนแรงจนผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections) ซึ่งเกิดจากเชื้อโรคที่ไม่ก่อให้เกิดโรคในคนที่มียระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง แต่จะทำให้เกิดโรคกับผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ แต่ไม่ว่าผู้ติดเชื้อมีปริมาณ CD 4 เท่าใดก็ตาม หากมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าถือว่าผู้ติดเชื้อนั้นเป็นโรคเอดส์

อาการของโรคเอดส์ มีดังนี้

1. ปอดอักเสบ
2. สูญเสียความจำ อาการซึมเศร้าและอาการทางระบบประสาทอื่น ๆ
3. ท้องเสียเรื้อรังนานกว่าหนึ่งสัปดาห์
4. เหนื่อยผิดปกติ
5. อาการไข้ที่กลับมาเป็นซ้ำ ๆ
6. เหงื่อออกตอนกลางคืน
7. น้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว
8. มีผื่นตามผิวหนัง ในช่องปาก จมูกและเปลือกตา
9. แผลที่ริมฝีปาก อวัยวะเพศและทวารหนัก
10. อาการบวมที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รักแร้และขาหนีบ

อาการของโรคเอดส์อาจเป็นอาการของโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคเอดส์ก็ได้ ดังนั้น วิธีการที่ดีที่สุดที่จะรู้ว่าติดเชื้อเอดส์หรือไม่ ควรทำการตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ (HIV test)

การรักษาการติดเชื้อเอดส์และโรคเอดส์ ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาการติดเชื้อเอดส์และโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่มียาหลายชนิดที่ช่วยรักษาอาการติดเชื้อเอดส์ มียารักษาอาการติดเชื้อเอดส์และโรคเอดส์ที่ได้รับการรับรองมากกว่า 25 ชนิด เรียกว่า ยาต้านรีโทรไวรัส (Antiretroviral drugs หรือเรียกย่อว่า ARV) ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งหรือด้านการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี รวมถึงช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายโรคสู่คนอื่น การรักษาอาการติดเชื้อเอดส์ประกอบด้วย การใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่ม ARV หลายชนิดรวมกันเพื่อต่อสู้กับการติดเชื้อ หรือเรียกว่า Antiretroviral therapy (ART) วิธีการนี้เป็นการรักษาโรคโดยการควบคุมไวรัสไม่ให้ขยายพันธุ์ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อสู่คนอื่น ในปัจจุบันวงการแพทย์แนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกคนได้รับการรักษาด้วย ยา ARV หากกังวลว่าตัวเองอาจติดเชื้อเอดส์ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง (3 วัน) สามารถใช้ยา ARV หลังสัมผัสโรค (Post-

exposure prophylaxis หรือชื่อย่อว่า PEP) เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ ผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ จำเป็นต้องได้รับยาให้เร็วที่สุดภายในเวลา 3 วันหลังจากสัมผัสเชื้อเอชไอวี เพื่อให้การป้องกันมีประสิทธิภาพผล นอกจากนี้ ยา ARV สามารถใช้ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัสโรค (Pre-exposure prophylaxis หรือชื่อย่อว่า PrEP) ใช้ในผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวีแต่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง และต้องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อต้องรับประทานยาทุกวันเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม หากคุณกังวลเพียงเล็กน้อยว่าคุณอาจติดเชื้อเอชไอวี คุณควรทำการตรวจเลือด เป็นวิธีการที่รวดเร็วและง่ายดายและบริการฟรีในหลาย ๆ แห่งวิธีการเดียวที่จะรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่คือการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี การตรวจเลือดแต่เนิ่น ๆ ช่วยลดความกังวลใจและทำให้คุณได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง หากติดเชื้อเอชไอวี การได้รับการวินิจฉัยแต่เริ่มแรกทำให้คุณสามารถดูแลสุขภาพของตัวเองและคู่ครองรวมถึงคนอื่นที่คุณห่วงใย ถึงแม้ผลเลือดจะบ่งชี้ว่าคุณมีการติดเชื้อ การได้รู้ว่าตัวเองมีการติดเชื้อจะทำให้คุณสามารถดูแลสุขภาพของตัวเองและใช้ชีวิตอย่างเหมาะสม (การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์, 2560)

## สถานการณ์โรคเอดส์และปัญหาโรคเอดส์ในสังคมไทย

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์โลกจาก Fact sheet 2015 ของ (UNAIDS) ได้คำนวณค่าประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั่วโลก จำนวน 36.9 ล้านคน โดยได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 15.8 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 2 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1.2 ล้านคน โดยในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก พบว่า ในปี 2556 นั้นมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ล้านคน ซึ่งสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเพียง 1.8 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 340,000 คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ในภูมิภาคนี้ จำนวน 240,000 คน แม้จำนวนผู้ติดเชื้อจะมีแนวโน้มลดลง แต่จำนวนผู้เสียชีวิตนั้นกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ชมรมศึกษาผลงานวิทยากรเชิงคุณ, 2560)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานสรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า การแพร่ระบาด ร้อยละ 85.0 มีอายุระหว่าง 15-45 ปี เพศหญิงและชายมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีปี 2558 (AEM update 2015) จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม 1,526,028 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,759 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต 16,054 ราย จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีผู้รับการปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีสะสม 708,034 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จำนวนสะสม 481,241 ราย และกินยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวนสะสม 355,123 ราย (ชมรมศึกษาผลงานวิทยากรเชียงใหม่, 2560)

สถานการณ์ด้านการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกทั้งหมด 17,331 คน ลงทะเบียนเข้ารับบริการดูแลรักษาหลังการวินิจฉัยถึงเดือนกันยายน 2558 ทั้งหมด 14,182 คน ซึ่งได้รับการตรวจ CD 4 และมีบันทึกผลหลังการวินิจฉัย 9,713 คน ได้รับการตรวจ CD 4 และมีบันทึกผลครั้งแรก ภายใน 3 เดือน หลังการวินิจฉัย 8,316 คน และมีผล CD 4 ถึงระดับที่ต้องเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 7,881 คน อย่างไรก็ตาม ผู้เริ่มยาต้านไวรัส ในปี 2558 ที่ได้รับการตรวจ CD 4 และมีบันทึกผล ภายใน 6 เดือน ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ทั้งหมด 22,995 คน เมื่อจำแนกผู้เริ่มยาต้านไวรัสตามระดับภูมิคุ้มกันขณะเริ่มยาต้านไวรัส พบผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมากถึงรุนแรง ร้อยละ 49.0 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อประมาณครึ่งหนึ่งยังคงเข้าสู่บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล่าช้า (ชมรมศึกษาผลงานวิทยากรเชียงใหม่, 2560)

กลุ่มประชากรหลักที่ยังมีการระบาดของเอชไอวีที่ยังสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง สาวประเภทสอง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และประชากรที่มีภาวะเอดส์บางส่วน ได้แก่ คู่ของประชากรหลักและคู่ของคู่ที่อยู่ร่วมกับเชื้อ ประชากรข้ามชาติที่มีภาวะเสี่ยงสูงและผู้ต้องขัง (ชมรมศึกษาผลงานวิทยากรเชียงใหม่, 2560)

#### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

โรคเอดส์หรือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ในปัจจุบันพบว่า คนไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมทั้งสิ้นสะสม 481,241 ราย มีผู้รับบริการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเอชไอวีสะสม 708,034 ราย ผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนสะสม 355,123 ราย โดยมีจำนวนผู้รับยาใหม่เพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 33,837 ราย (ข้อมูลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ สิ้นเดือนกันยายน พ.ศ. 2558) ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น เนื่องจากสามารถรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยที่รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพียง ร้อยละ 77.0 ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ( $CD4 < 350 \text{ cell/mm}^3$ ) (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วย การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์, 2555) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องค้นหาอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตลอดจนเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสให้ได้อย่างน้อย ร้อยละ 95.0 ซึ่งจะช่วยให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ซึ่งจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Paterson, Swindells, & Mohr, 2000)

ปัจจุบันการเข้าถึงบริการ การรักษา ได้รับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวียังเป็นปัญหาที่จะต้องให้มีความครอบคลุมและทั่วถึงอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะ ปี พ.ศ. 2547-2549 มีการบูรณาการจากงบประมาณของประเทศไทย และจากกองทุนโลกและในปี พ.ศ. 2549 ระบบบริการยาต้านไวรัสได้เปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ จากระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอชไอวีที่เป็นคนไทย สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ยังคงมีผู้ติดเชื้อ ๑ ที่อยู่ในประเทศไทยอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มิลิทธิในการได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการหลักประกันสุขภาพใด ในปี พ.ศ. 2549 กรมควบคุมโรคได้ปรับปรุงโครงการการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอชไอวี และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในประเทศไทย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของ โครงการ National access to antiretroviral for people living with HIV/ AIDS-EXTENSION หรือ NAPHA EXTENSION เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ อาทิ กลุ่มคนไทยที่รอการพิสูจน์สิทธิ กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มแรงงานต่างด้าว กลุ่มผู้อพยพหนีภัย การสู้รบ กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่องจนถึงการดำเนินงานรอบ Single stream funding: SSF (ปี พ.ศ. 2555-2557) เพื่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลรักษาสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่อยู่นอกระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ รวมถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุข ได้นำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ๑ ด้วยยาต้านไวรัส ดังกล่าวเข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าว เพื่อให้เกิดความครอบคลุม การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส ในทุกกลุ่มประชากรอันจะเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานยุติปัญหาเอชไอวีของประเทศต่อไป

ทั้งนี้ทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จึงได้ดำเนินงานเพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงการรับบริการ ได้รับยาต้านและเข้าสู่ระบบได้มากขึ้นและตั้งอยู่บนพื้นฐานหลักการ “เข้าถึงตรวจหา รักษา และคงอยู่” (Reach-recruit-test-treat-retain) ตามแผนพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีต่อไป (สภากาชาดไทย, 2560)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี

ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี (รวมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล) ในปี พ.ศ. 2554-2558 พบว่า จำนวนจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส เท่ากับ 8,591 คน, 8,810 คน, 10,980 คน, 10,073 คน และ 9,180 คน

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเริ่มรับยาต้านไวรัส เท่ากับ 2,293 คน, 2,680 คน, 3,132 คน, 3,541 คน และ 3,891 คน ตามลำดับ

จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัส เท่ากับ 16,893 คน, 19,835 คน, 24,064 คน, 28,852 คน และ 33,842 คน ตามลำดับ

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตหลังกินยาต้านไวรัส เท่ากับ 1,521 คน, 2,028 คน, 2,557 คน, 3,137 คน และ 3,897 คน ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนและหลังกินยาต้าน ๑ เท่ากับ 3,814 คน, 4,708 คน, 5,689 คน, 6,678 คน และ 7,788 คน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2558

จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนและหลังกินยาต้าน ๑ สูงสุด คือ จังหวัดนนทบุรี รองลงมา คือ พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี และปทุมธานี มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตเท่ากับ 1,903 คน, 1,366 คน, 1,222 คน และ 1,038 คน ตามลำดับ

พ.ศ. 2558 กลุ่มผู้ติดเชื้อเสพติดชนิดฉีด ยังมีค่ามัธยฐานของร้อยละการติดเชื้อที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ คือ ร้อยละ 13.3 รองลงมาเป็นชายที่มาตรวจจากโรค ร้อยละ 2.7 พนักงานบริการแฝง ร้อยละ 1.0 และพนักงานบริการตรง ร้อยละ 0.6

รายงานจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ 5 พ.ศ. 2558 จากสำนักกระบวนวิชา พบว่า นักเรียนชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมีอัตราเพิ่มขึ้นในปีที่ผ่านมา

อัตราการใช้อย่างอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการและหญิงอื่นมีอัตราลดลง ขณะที่กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 มีอัตราการใช้อย่างอนามัยลดลงในการเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือแฟน ทำให้มีความเสี่ยงจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่คงที่ ส่วนใหญ่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มชายรักชาย ส่วนในกลุ่มที่เข้าถึงยากในพื้นที่คือกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด สำหรับในกลุ่มผู้ต้องขังพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ ร้อยละ 1.0

ผู้ติดเชื้อที่ทราบผลเลือดยังไม่เข้าสู่ระบบการรักษาตามเป้าหมาย (ร้อยละ 90.0)

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ และเกินค่ามัธยฐานของประเทศ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2555 คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 2.3 ล้านคน (1.9-2.7

ล้านคน) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตชีวาอยู่ประมาณ 35.3 ล้านคน (32.2-38.8 ล้านคน) เป็นผู้ใหญ่ประมาณ 32.1 ล้านคน (29.1- 35.3 ล้านคน) เป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ติดเชื้อประมาณ 3.3 ล้านคน (3.0-3.7 ล้านคน) และพบว่า เด็กอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.3 (ร้อยละ 0.2-0.4) ลดลงจาก ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งมีสัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.5 (ร้อยละ 0.4-0.6) สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2544-2555 ซึ่งพบว่า มีจำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2555 ลดลงจากปี พ.ศ. 2544 คิดเป็นร้อยละ 52.0 (จำนวนในปี พ.ศ. 2544 เท่ากับ 550,000 คน และปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 260,000 คน ) นอกจากนี้คาดว่าในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ทั่วโลกประมาณ 1.6 ล้านราย (1.4-1.9 ล้านราย) เป็นผู้ใหญ่อายุประมาณ 1.4 ล้านราย (1.2-1.7 ล้านราย) และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1 แสนรายคน (1.9-2.5 แสนราย) ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิต โรคเอดส์ทั่วโลกลดลงจากปี 2554 ประมาณ 300,000 ราย ซึ่งอาจมีผลมาจากผู้ติดเชื้อได้เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่เนิ่น ๆ ซึ่งได้รับการยืนยันว่าการได้รับยาต้านไวรัสตั้งแต่เนิ่น ๆ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยคาดประมาณว่ามีผู้ที่ต้องรับยาต้านไวรัสทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนประมาณ 28.6 ล้านคน (26.5-30.9 ล้านคน) อย่างไรก็ตามแม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลง แต่โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและยังเป็นประเด็นที่ท้าทายในการจัดการแก้ไขปัญหาเอดส์ทั่วโลกในขณะนี้ ซึ่งองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติได้คาดประมาณว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 ประมาณ 8,800 คน (5,500-24,000 คน) โดยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 440,000 คน (400,000-480,000 คน) และพบว่า เด็กอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.3 (ร้อยละ 0.2-0.6) มีผู้เสียชีวิตด้วย โรคเอดส์ประมาณ 21,000 ราย (18,000-24,000 ราย) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยโดยใช้ “Asian epidemic model (AEM)” คาดว่าในปี พ.ศ. 2555 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 9,473 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 464,414 คน และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ประมาณ 26,715 ราย (สภากาชาดไทย, 2560)

การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยโดยใช้ AEM คาดว่าในปี พ.ศ. 2556 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ประมาณ 8,959 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอยู่ประมาณ 447,640 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 -2556 ประมาณ 1,166,549 คน นอกจากนี้ คาดว่าผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ประมาณ 25,606 ราย ผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์สะสม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528-2556 ประมาณ 721,511 ราย โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ได้รับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูงสุดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 3,510 คน รองลงมาในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อจากคู่อุปถัมภ์และในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด จำนวน 2,094 คน



และ 904 คน ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 39.17, 23.37 และ 10.09 ตามลำดับ)

รายงานผลการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูล NAP สรุปสถานการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการดูแลสุขภาพ (รวมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล) พบว่า จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้ารับบริการดูแลสุขภาพทั้งหมด (ผู้ใหญ่และเด็ก) ถึงเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2553, 2554, 2555, 2556 และถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 จำนวน 31,723, 37,090, 42,641, 51,158 และ 55,827 คน ตามลำดับ กลุ่มผู้ที่ยังไม่กินยาต้านไวรัส ในปี พ.ศ. 2553-2556 มีการเสียชีวิตจำนวน 586, 600, 545 และ 594 คน ตามลำดับ ขาดการติดตามการรักษา (ไม่มาติดตามการรักษานานกว่า 180 วัน) จำนวน 6,971, 7,768, 8,374 และ 5,254 คน ตามลำดับ กลุ่มผู้กินยาต้านไวรัส ในปี พ.ศ. 2553-2556 มีการเสียชีวิตจำนวน 488, 513, 587 และ 613 คน ตามลำดับ ขาดการติดตามการรักษา (ขาดนัดนานกว่า 90 วัน) จำนวน 2,371, 2,842, 4,076 และ 4,746 คน ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อรายใหม่ ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเสียชีวิตในกลุ่มผู้ที่ยังไม่กินยาต้านไวรัส ยังมีแนวโน้มไม่ลดลง และยังพบปัญหาการขาดการติดตามการรักษาอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจส่งผลต่อการเสียชีวิต การเกิดเชื้อดื้อยาและการแพร่ระบาดของเอชไอวีได้ (สภากาชาดไทย, 2560)

#### **เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ระยะ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2560-2579)**

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559 มีเป้าหมาย 3 ศูนย์

(3 Zero) และแผนปฏิบัติการเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 คือ

ตารางที่ 1 ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559

ยุทธศาสตร์	เป้าหมาย	เป้าหมาย
	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2573
1. Zero New HIV Infections (จำนวนผู้ติดเชื้อ ๑ รายใหม่ลดลง 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณ และอัตราการติดเชื้อ ๑ เมื่อแรกเกิดน้อยกว่า ร้อยละ 2.0)	< 2,600 คน	<1,000 คน
2. Zero AIDS-related Deaths (คือ ผู้ติดเชื้อ ๑ ทุกคน เข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน จำนวนผู้ติดเชื้อ ๑ เสียชีวิต ลดลง)		
2.1 ตรวจหาการติดเชื้อเอดส์	> 90%	> 95%
2.2 กินยาต้านไวรัส	> 90%	> 95%
2.3 กดไวรัสในผู้กินยาต้านไวรัส	> 90%	> 95%
3. Zero Discrimination โดยให้จำนวนการถูกเลือกปฏิบัติหรือการละเมิดสิทธิ ลดลง	< 50%	< 10%

### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

“ประเทศไทยมีศักยภาพที่จะเป็นหนึ่งในประเทศแรกในเอเชียที่มีโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายร่วมของประเทศสมาชิกสหประชาชาติที่มุ่งสู่ความเป็นศูนย์และถึงจุดที่เรียกว่ายุติปัญหาเอดส์ได้ การยุติปัญหาเอดส์จะเป็นจริงได้ต่อเมื่อประเทศไทยได้ลงทุนเพิ่มเพื่อใช้มาตรการที่ได้ผลสูงของการป้องกันจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๑ เพิ่มเข้ามาในมาตรการการป้องกัน”

เป้าหมาย	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2573
ตรวจหาการติดเชื้อเอดส์	> 90%	>95%
กินยาต้านไวรัส	> 90%	>95%
กดไวรัสในผู้กินยาต้าน	> 90%	>95%
จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่	< 2,600 คน	< 1,000 คน
การเลือกปฏิบัติ	< 50%	< 10%

### มาตรการเพื่อยุติปัญหาเอดส์

- ขยายความครอบคลุมการดำเนินงานป้องกันผสมผสานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Condom used) และการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอดส์ (HCT) ในกลุ่ม MSM SW PWID ให้ครอบคลุม 90%
- รักษาผู้ติดเชื้อ ๑ ด้วยยาต้านไวรัสแต่เนิ่น ๆ ในทุกคนที่ตรวจพบเชื้อ ๑ ไม่ว่า CD4 จะเท่าใด

3. สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อฯ กินยาสม่ำเสมอมีอัตรากินยาต่อเนื่อง (Adherence > 90%)

4. บริหารจัดการข้อมูลและการรายงานแนวใหม่

5. ทำให้การตรวจการติดเชื้อเอดส์เป็นเรื่องปกติวิสัย (Normalize HIV)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี

ปี พ.ศ. 2563

90% ของผู้ติดเชื้อเอดส์ ทราบสถานการณ์ตนเอง

90% ของผู้ทราบสถานะตนเอง ได้รับยาต้านไวรัส

90% ของผู้ได้รับยาต้านไวรัส กดไวรัสสำเร็จ VL < 50

ผู้ติดเชื้อรายใหม่ < 30,000 ราย/ปี

ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ < 12,000 ราย/ปี

ลดการตีตราและปฏิบัติลดลง 50%

ปี พ.ศ. 2573

95% ของผู้ติดเชื้อ HIV ทราบสถานะตนเอง

95% ของผู้ทราบสถานะตนเอง ได้รับยาต้านไวรัส

95% ของผู้ได้รับยาต้านไวรัส กดสำเร็จ VL < 50

ผู้ติดเชื้อรายใหม่ < 1,000 ราย/ปี

ลดการตีตราเลือกปฏิบัติลง 90%

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือต่ำกว่าปีละ 1,000

ผู้ติดเชื้อรายใหม่เข้าถึงระบบการดูแลรักษา  $\geq$  ร้อยละ 90

ผู้ติดเชื้อรับยาต้านไวรัส สามารถควบคุมไวรัสได้ต่ำกว่า 50 Copies/ ml  $\geq$  ร้อยละ 90.0

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี

วิสัยทัศน์

ไม่มีการติดเชื้อ ๑ รายใหม่, ไม่มีการตายเนื่องจากเอดส์และ ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ

เป้าประสงค์

เพื่อยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทย โดยการลดผู้ติดเชื้อ ๑ รายใหม่ให้น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573 และ ไม่มีการติดเชื้อ ๑ เมื่อแรกเกิด ภายในปี พ.ศ. 2562 และ ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อ ๑ ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๑ หลังการวินิจฉัย โดยไม่คำนึงถึงระดับ ซีดี 4 เพื่อเพิ่มคุณภาพของชีวิตและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ ๑ คู่ผู้อื่น

### เป้าหมายของการยุติปัญหาเอดส์

เป้าหมายการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 ในตารางได้กำหนดเป้าหมายที่จะป้องกันการติดเชื้อ ๗ รายใหม่ ได้รวม 13,482 คน ป้องกันการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ได้รวม 9,047 คน และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบสุขภาพจาก ร้อยละ 23.0 ในปี พ.ศ. 2555 ให้ไม่เกิน ร้อยละ 10.0 ในปี พ.ศ. 2562

ตารางที่ 2 เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2562

ข้อมูล/ เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555-2556	เป้าหมาย					
		2557	2557	2557	2557	2557	2557
คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่	8,134	7,695	7,324	7,012	6,752	6,573	6,347
จำนวนคาดประมาณหากไม่ดำเนินการใด ๆ เพิ่มเติม	-	-	1,035	3,400	6,339	9,737	13,482
เป้าหมายตามแผนจำนวนผู้ติดเชื้อ ๗ รายใหม่ที่ป้องกันได้							
คาดประมาณอัตราถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก	2.3 %	2.2 %	2.0 %	< 2.0 %	< 2.0 %	< 2.0 %	< 2.0 %
รวมหญิงตั้งครรภ์คนไทยและชาวต่างชาติ							
คาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์	20,962	20,325	19,246	18,12	17,258	16,572	15,974
จำนวนคาดประมาณหากไม่ดำเนินการใด ๆ เพิ่มเติม	-	-	1,485	1,346	5,102	6,935	9,047
เป้าหมายตามแผนจำนวนการเสียชีวิตที่ป้องกันได้							
การตีตราและเลือกปฏิบัติ	NA	23%	-	-	13%	-	10%
การตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ							

ตารางที่ 3 เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ ช่องว่างในการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญ

เป้าหมายลดโรคของ กรมควบคุมโรค	ตัวชี้วัดผลลัพธ์ลดโรคของ กรมควบคุมโรค	ค่าเป้าหมายการดำเนินงานรายปี					
		2559	2559	2559	2559	2559	2559
1. ประชากรเป้าหมาย มีพฤติกรรมปลอดภัย เพิ่มขึ้น	1. การติดเชื้อเอดส์ลดลง (ร้อยละ การติดเชื้อเอดส์ในหญิงรับ บริการฝากครรภ์อายุ 15-24 ปี ลดลง) 1.1 ร้อยละของเยาวชนที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดใน 12 เดือนที่ผ่านมา 1.2 ร้อยละของ MSM ที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดใน 12 เดือนที่ผ่านมา	0.33					
		75	78	80	80	82	1. การติดเชื้อเอดส์ลดลง (ร้อยละการติดเชื้อเอดส์ใน หญิงรับบริการฝากครรภ์อายุ 15-24 ปี ลดลง) 1.1 ร้อยละของเยาวชนที่ รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ใน 12 เดือนที่ผ่านมา 1.2 ร้อยละของMSM ที่ รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ใน 12 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 3 (ต่อ)

เป้าหมายลดโรคของ กรมควบคุมโรค	ตัวชี้วัดผลลัพธ์ลดโรคของ กรมควบคุมโรค	ค่าเป้าหมายการดำเนินงานรายปี					
		2559	2559	2559	2559	2559	2559
2. ประชาชนได้รับ บริการการรักษา เพิ่มขึ้น	1.3 ร้อยละ FSW ที่รายงานว่า ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	95		95		95	1.3 ร้อยละ FSW ที่รายงานว่า ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายใน 12 เดือนที่ผ่านมา
	1.4 ร้อยละ PWID ที่รายงานว่า ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	90		90		90	1.4 ร้อยละ PWID ที่รายงานว่า ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายใน 12 เดือนที่ผ่านมา
	3. จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ ได้รับการรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสฯ เพิ่มขึ้นจากปีก่อน หน้า (คน)	4,000	ผลปี	-	-	-	3. จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ ได้รับการรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสฯ เพิ่มขึ้นจากปีก่อน หน้า (คน)

### การบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

#### สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักยังสูง ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง สาวประเภทสอง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และประชากรที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ คู่ของประชากรหลักและคู่ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ ประชากรข้ามชาติที่มีภาวะเสี่ยงสูง และผู้ต้องขัง

ผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 90 ยังมีการรับและการถ่ายทอดเชื้อฯ ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน การใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดสารเสพติดร่วมกัน

การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายประชากรหลักยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม รวมถึงต้องดำเนินการเชิงรุก ความล่าช้าของการรับยา และการรับยาต่อเนื่อง

#### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและรายได้มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอไอวี

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอไอวี

การรับรู้ตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอไอวี

อุปสรรคในการให้ผู้ที่ติดเชื้อเอไอวีมารับยาต้านและเข้าสู่ระบบได้มากขึ้น  
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี  
 องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย  
 อุปกรณ์การป้องกันไม่พอเพียง  
 ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ  
 ปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย เช่น ทักษะคติของการทำงาน และทัศนคติของ  
 สังคม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี  
 การทำให้เอชไอวีและการตรวจเอชไอวีเป็นเรื่องปกติประกอบด้วย  
 การสื่อสารสาธารณะที่มีประสิทธิภาพที่สามารถปรับทัศนคติของสังคมได้ รวมถึงการจัด  
 กิจกรรมสร้างความต้องการตรวจเอชไอวี โดยทำให้มีความรู้เรื่องเอชไอวีดีขึ้น ว่าเป็นโรคเรื้อรัง  
 อย่างหนึ่งซึ่งสามารถจัดการและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และควรตรวจเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ  
 โดยทำให้การตรวจเอชไอวีเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพประจำปี  
 ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้เข้าร่วมกับเซ่อเอ็ดส์และกลุ่มประชากรหลัก  
 การส่งเสริมการตรวจเอชไอวีในจุดบริการสุขภาพทุกจุด เช่น อนามัยแม่และเด็ก,  
 วันโรค, การฟอกเลือด, การตรวจรักษาฟัน, บริการลดอันตรายจากการใช้ยา เป็นต้น  
 การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ  
 การปกป้องและส่งเสริมสิทธิมนุษยชนของกลุ่มประชากรหลัก  
 การทบทวนกฎหมายที่เป็นอุปสรรคและทำให้เกิดการตีตรา  
 การสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลระดับ

### **แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)**

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2542, หน้า 18-27 อ้างถึงใน ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์, 2547) กล่าวว่า การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัย สภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุข ได้แก่ Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้นชื่อของ Rosenstock ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกกล่าวอ้างมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ซึ่ง Rosenstock ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้อง

มีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา “เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Becker และ Maiman และ Becker และคณะ ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยอื่น ๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and enabling factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cue to action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

### องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ คือ

#### 1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสร้อยต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจาก

ภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับ และปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคล จะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษา โรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

#### 4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจมาจาก ความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้า ภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

#### 5. ปัจจัยร่วม (Modifying factor)

ปัจจัยร่วมนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปร ด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และ ผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้าน ปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่าง ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุน (กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สุขภาพสำหรับพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action กล่าวในแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรค) ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่ การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากกระตุ้น เช่น การรณรงค์ หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณีย์ บัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรง สนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้นจะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับ พฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตาม ระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย จำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียง เล็กน้อยเท่านั้น



แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะ คุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นนอกจากนี้ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ

กล่าวได้ว่า การรับรู้ของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามัญเชิงตั้งครครังจึง ควรมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อ เอ็ดส์ ซึ่งจะให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอ็ดส์ได้อย่างถูกต้อง

### ข้อมูลทั่วไปของมูลนิธิกระท่อมพระสิริ

มูลนิธิเราได้ก่อตั้งขึ้นมาเมื่อปี พ.ศ. 2549 โดย Sandy Trepiccione ได้มีนิมิตในการรับใช้ พระเจ้าโดยการช่วยเหลือสังคมไทยในการเป็นหน่วยงานหนึ่งให้การช่วยเหลือปัญหาสังคม โดยการ จัดตั้งมูลนิธิขึ้นมาจากชื่อ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ ทั้งนี้ทางคุณ Sandy Trepiccione ได้จัดทีม คณะกรรมการของมูลนิธิขึ้นมา ซึ่งมีทั้งคนต่างชาติและคนไทย แต่คุณ Sandy Trepiccione นั้นเป็น ผู้จัดการดำเนินงานของมูลนิธิ ตลอดเวลา 4 ปี ที่คุณแซนดี้ ได้ทำงานรับใช้พระเจ้าในส่วนของงาน มูลนิธิ นั้น ก็ได้ช่วยเหลือพี่น้องชาวไทยที่อาศัยอยู่ในเมืองพัทยา ผู้ประสบปัญหาความยากจน และ ปัญหาสุขภาพ ให้ได้รับโอกาสที่ดีและมีสุขภาพที่ดีขึ้น เมื่อครบวาระ 4 ปี ได้มีการเปลี่ยน คณะกรรมการชุดใหม่เพื่อความต่อเนื่องและเหมาะสมของงาน คุณแซนดี้ ได้ติดต่อไปยัง อาจารย์ พรสวรรค์ ชันแก้ว ผู้ซึ่งเป็นศิษยาภิบาลคริสตจักรอา โดนาย และเป็นผู้ก่อตั้งบ้านพักวัยเพื่อน องค์กรเล็กที่ให้ที่พักและอาหารในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอ็ดส์และวัน โรค ซึ่งตั้งอยู่ในเขต อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ให้ได้มีส่วนเข้ามาช่วยสานต่องานของมูลนิธิกระท่อมพระสิริ เพราะ เห็นว่าทางอาจารย์พรสวรรค์ และคุณแซนดี้ ได้มีนิมิตและเป้าหมายในงานรับใช้พระเจ้าเดียวกัน อีกทั้งเคยร่วมงานในการส่งต่อความช่วยเหลือในเคสผู้ป่วยเอ็ดส์ให้ได้รับการรักษาพยาบาลจาก โรงพยาบาลของรัฐ อาจารย์พรสวรรค์ ชันแก้ว จึงเข้ามาดำรงตำแหน่งประธานมูลนิธิกระท่อมพระ สิริ ร่วมกับคณะกรรมการชุดใหม่ โดยทั้งนี้อาจารย์พรสวรรค์ เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานเอง ร่วมกับทีมอาสาสมัคร ในส่วนของคุณแซนดี้ นั้น มีความจำเป็นต้องเดินทางกลับประเทศ สหรัฐอเมริกา เพื่อสมัครหาทุน เพื่อมาช่วยเหลือมูลนิธิ และจะกลับมาสานต่องานที่เมืองไทย เมื่อมีโอกาส และพระเจ้าเปิดทาง

ทั้งคุณแซนดี้ และอาจารย์พรสวรรค์ นั้นดำเนินงานมูลนิธิไปด้วยความเชื่อ ถึงแม้มูลนิธิกระท่อมพระสิรินั้นจะเป็นมูลนิธิเล็ก ๆ แต่ก็ได้รับพระพรจากพระเจ้าในการได้ช่วยผู้คนมากมาย ทั้งนี้เพื่อถวายเกียรติแด่พระเจ้าผู้ยิ่งใหญ่สูงสุด

### หลักการและเหตุผล

เมืองพัทยา เป็นเมืองท่องเที่ยวอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย ที่มีความหลากหลายของผู้คนที่เข้ามาทำงาน และอาศัยอยู่ ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติ ด้วยอัตราประชากรจากข้อมูลของทางภาครัฐนั้นไม่สามารถบอกปริมาณที่แน่ชัด ในความหลากหลายของเชื้อชาติ ภาษา อาชีพ และวัฒนธรรมนั้น ทำให้เมืองพัทยาดำเนินเผชิญกับปัญหาทางสังคมในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในเรื่องของการค้าประเวณี ปัญหาจากยาเสพติด การแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ ซึ่งชัดเจนที่สุดคือโรคเอดส์ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน และการขาดจิตสำนึกของกลุ่มคนบางส่วน จึงเป็นที่มาในการรุกรามของปัญหา

จากการได้ศึกษารากเหง้าของปัญหาต่าง ๆ ได้จึงสรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาที่เกิดจากความยากจน
2. ปัญหาที่เกิดจากการด้อยโอกาสทางการศึกษา
3. ปัญหาที่เกิดจากจิตสำนึกในเรื่องผิดชอบชั่วดี
4. การยึดติดวัตถุ และค่านิยมที่ผิดในเรื่องเงินทอง
5. ขาดโอกาสทางสังคม

เราอาจจะเคยได้ยินคำกล่าวที่ว่า “ถนนทุกสาย มุ่งสู่โรม” เมืองพัทยาเองก็คงไม่แตกต่างกันอะไรในขณะนี้ เพราะผู้คนจากทั่วทุกภาคของประเทศไทยนั้น ต่างหลั่งไหลมุ่งมาแสวงหางาน และโอกาสที่จะมีชีวิตที่ดีขึ้นในเมืองพัทยา ซึ่งบางคนก็สมหวัง และบางคนความหวังนั้นไม่ได้เป็นดังที่คาดไว้ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการเกิดหนี้สิน ความขัดสน ยากจน จนทำให้ก่ออาชญากรรม, ความเครียดที่หาทางออกไม่ได้ต้องหันไปพึ่งยาเสพติด, การถูกล่อลวงให้ค้าประเวณี, การถูกล่วงละเมิดทางเพศ และตามมาด้วยการตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดเด็กกำพร้ามากมาย, คนเร่ร่อนไร้บ้าน, การติดเชื้อเอดส์ และแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น และป่วยลงในที่สุด การถูกทอดทิ้ง ทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้สวยหรูอย่างที่วาดฝันเหมือนกรุงโรมเมื่อครั้งอดีต แต่ที่นี่คือเมืองพัทยา และความจริงของชีวิตผู้คนในเมืองนี้

มูลนิธิกระท่อมพระสิรินได้เล็งเห็นถึงความทุกข์ร้อนของสังคมพัทยา จึงได้เข้ามามีส่วนในการให้ความช่วยเหลือแก่ปัญหาตามที่เราจะสามารถช่วยได้ “การให้อภัย ให้ความรัก และโอกาส” เราเชื่อว่า พระเจ้าจะเปลี่ยนแปลงชีวิตของคนเหล่านี้ ให้ได้รับคุณภาพชีวิตที่ดี และกลับสู่สังคมโดยไม่เป็นภาระอีกต่อไป

### วัตถุประสงค์ของมูลนิธิ

เพื่อเป็นทีมงานที่ให้ความช่วยเหลือแก่สังคม ผู้ที่มีปัญหาครอบครัว ครอบครัวยากจน กลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคม เพื่อช่วยพัฒนาและส่งเสริมทักษะในการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ โดยผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา ฝึกอบรมอาชีพเพื่อส่งเสริมให้ทีมงานทำ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้ที่เป็น โรคเอดส์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ และผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษา อาทิเช่น ช่วยเหลือด้านค่าเทอม หนังสือเรียน ชุดนักเรียน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาครอบครัว ครอบครัวยากจน และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ได้รับการพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ มีความเป็นอยู่ดี และเป็นสมาชิกที่ดีในสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เพื่อจัดเตรียมสถานที่พร้อมบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นกันเอง เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ที่มีปัญหาครอบครัว และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัวของผู้ที่ประสงค์ จะได้รับความช่วยเหลือ โดยผ่านกระบวนการช่วยเหลืออย่างมีมิตรสัมพันธ์ที่ดีจากเจ้าหน้าที่และทีมงานทุกคนดำเนินการเพื่อสาธารณประโยชน์ หรือร่วมมือกับองค์กรการกุศลอื่น ๆ เพื่อสาธารณประโยชน์ ไม่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการเมืองแต่ประการใด

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์ (2547) เรื่องเพศวิถีในนโยบายเรื่องโรคเอดส์ของประเทศไทย แบบแผนการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยที่การแพร่กระจายของโรคเป็นไปโดยผ่านการร่วมเพศ/ มีเพศสัมพันธ์ ทำให้แนวนโยบายเอดส์เกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องเพศของคนในสังคม มาตรการหลักที่กระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องของการพยายามทำให้คนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้อยู่ในกรอบเรื่องเพศ พฤติกรรมและวิถีทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งจำกัดอยู่ในความสัมพันธ์ชายหญิงในสถาบันการแต่งงานแบบผัวเดียวเมียเดียวถูกมองว่าเป็นรูปแบบสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ แม้ว่าการณ์จริงทำให้ความรู้เกี่ยวกับเอดส์จะทำให้คนในสังคมตระหนักและหวาดกลัวภัยอันตรายของโรคเอดส์ และมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ถูกจัดว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่รูปแบบของเรื่องเพศนอกสถาบันการแต่งงานก็ยังคงอยู่และได้มีการเปลี่ยนลักษณะไป กลุ่มคนที่ถูกจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงก็เปลี่ยนไปด้วย นโยบายเอดส์ของประเทศไทยได้เป็นส่วนหนึ่งของการเมืองเรื่องเพศที่สะท้อนความหลากหลายและไม่เท่าเทียมกัน และกระทบกับความสามารถของคนในการควบคุมหรือเลือกวิถีทางเพศของตน รวมทั้งการป้องกันตนเองจากรูปแบบเรื่องเพศที่ไม่ต้องการหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในขณะที่เดียวกันประเด็นเอดส์ก็ได้เป็นเวทีสำหรับการโต้เถียงต่อเรื่องเพศของคนหลายกลุ่มไปด้วยพร้อมกัน มิติเรื่องเพศของเอดส์ทำให้ได้มีการไต่ตรอง การวิพากษ์ และการเสนอ

แนวทางที่นโยบายเรื่องเอดส์จึงน่าจะสะท้อนและเป็นเวทีของการต่อรองของกรอบที่หลากหลาย ยืดหยุ่นต่อความแตกต่างและเปิดต่อความเห็นและวิถีที่ขัดแย้ง รวมทั้งการใคร่ครวญถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมเพื่อจัดการกับความอยุติธรรมที่สะท้อนในแบบแผนการระบาดของเอดส์

นัยนา บูรณาวรรณ (2554 อ้างถึงใน พนาคร แสนใจ, 2554) เรื่อง โครงการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ โครงการนี้มีเป้าหมายหลักของ คือ การทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของกลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชน (Young Key Affected Populations: YKAP) ในประเทศไทย ทบทวนนโยบายและการดำเนินโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสำหรับกลุ่ม ประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชนที่มีอยู่ในปัจจุบัน หาช่องว่าง และวิธีการดำเนินงานในกลุ่ม ประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชนและกำหนดยุทธศาสตร์เชิงนโยบายในอนาคต ตลอดจนวางมาตรการแทรกแซงต่าง ๆ สำหรับกลุ่ม ประชากรดังกล่าวการศึกษาวิเคราะห์กลุ่มประชากรเยาวชนที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอดส์ในครั้งนี้มุ่งหวังที่จะช่วยเสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับชาติเพื่อสนับสนุนให้มีนโยบายที่ดีขึ้นและช่วยให้ข้อมูลต่อการตัดสินใจในระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงภาคเท่าเทียม การมีส่วนร่วมของสังคม และการปกป้องคุ้มครองเยาวชนที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอดส์โดยการสนับสนุนข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาในครั้งนี้

ศศิวรรณ ศิริรักษ์ (2549 อ้างถึงใน พนาคร แสนใจ, 2554) เรื่องการให้ความรู้ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลทั่วไป กลุ่มเยาวชนที่ให้ข้อมูลโดยเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มย่อยได้รายงานอย่างล้นหลามเกี่ยวกับการพึ่งพาผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่ากลุ่มเยาวชนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมกับหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีแนวโน้มพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ ทั้งกลุ่มเยาวชนและองค์กรที่ทำงานกับเยาวชนต่างมองว่าครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีข้อค้นพบหลักอีกประการตลอดระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพคือประสบการณ์ของกลุ่มเยาวชนในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ เยาวชนหลายคนถ่ายทอดเรื่องราวจากประสบการณ์การรับบริการด้านสุขภาพที่ยังขาดการรักษาความลับของข้อมูลผู้รับบริการซึ่งทำให้พวกเขารู้สึกไม่อยากเข้ารับบริการด้านสุขภาพอีก จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ บทบาทของเพื่อนหรือคนรอบข้างผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนกลุ่ม ประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชน ในการเข้าถึงบริการและข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงผลกระทบที่ชัดเจนจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ กลุ่มประชากรทั้งหมดที่รวมอยู่ในการศึกษาครั้งนี้

(ประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชน) มีความเชื่อมั่นในระดับสูงเรื่องความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมเพื่อ การสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษารุ่นนี้ได้เน้นบทบาท ของการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวและ ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนลักษณะนี้ จะมีผลทั้งด้านบวกและลบต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ของ กลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชน ข้อมูลจาก การศึกษารุ่นนี้แสดงให้เห็นอย่างมีนัยยะสำคัญว่าการพัฒนาโครงการที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายการ สนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ อย่างเหมาะสม เช่น โครงการเพื่อนผู้ให้ข้อมูลความช่วยเหลือด้านสุขภาพ มีส่วนช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและการเข้าถึงบริการ โดยรวมสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชนอาจเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกันอย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิง คุณภาพที่ได้รับจากกลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชนทำให้ทราบว่าสิ่งสำคัญอีกประการ คือ จะต้อง คำนึงถึงธรรมชาติของเครือข่ายทางสังคมที่มีความหลากหลายเมื่อมีการวางแผนการมีส่วนร่วม ในโครงการต่าง ๆ หรือการดำเนินโครงการเพื่อเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม ความหลากหลายของ กลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชนที่พบในประเทศไทยและความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของพวกเขา ข้อมูลจากกลุ่มประชากรเยาวชนในการศึกษากลุ่มต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการออกแบบและ การดำเนินโครงการเพื่อเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ในขณะที่ การประสานงาน โดยรวมระหว่างผู้ให้บริการเป็นสิ่งที่มีค่า มีความสำคัญต่อโครงการที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการเพิ่มความละเอียดอ่อนในกลุ่มผู้ให้บริการที่ทำงานร่วมกับ ประชากรเฉพาะที่เป็น เยาวชนการตัดสินใจในการออกแบบโครงการ ที่ดูเหมือนจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ เมื่อกลุ่ม ประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชนได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงและมีบทบาทสำคัญในฐานะภาคีพัฒนา โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นผู้รับผลประโยชน์

งานนิศัย ราชกิจ (2540, หน้า 46) เรื่องการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ความเชื่อที่ดีคือ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติดชนิด นิดเข้าเส้นมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ติดยาเสพติดชนิดอื่น ร้อยละ 87.7 ร้อยละ 82.2 ตามลำดับและพบว่า ความเชื่อที่ไม่ดีคือ การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลงมีผู้เห็น ด้วย ร้อยละ 24.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรัตน์ เชนนะสิริ และ ชนรักษ์ ผลิพัฒน์ (2548) พบว่า ประชากรทั่วไปเพศชาย อายุ 15-49 ปี ที่ได้เข้าร่วมในการเฝ้าระวังพฤติกรรมมีความรู้ในเรื่อง ไรเคเอสอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถตอบคำถามมากที่สุด 3 อันดับ คือ การใช้ถุงยางอนามัยสามารถ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ร้อยละ 96.6 การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีหนึ่ง ที่ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ร้อยละ 91.4 การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถติดเชื้อ เอชไอวีได้ ร้อยละ 86.5

บุรณี ชิพบริสุทธี (2540) เรื่องการศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต พบว่า การจะปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้ดีมีคุณภาพจะต้องมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและเห็นว่า โรคเอดส์สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยสิทธิ์ พงษ์พัฒน์ (2544, หน้า 58 อ้างถึงใน บุรณี ชิพบริสุทธี, 2540) ที่พบว่า นักศึกษาเห็นว่าก่อนแต่งงานควรให้คู่ของตนไปตรวจเลือดก่อนแต่งงานและนักศึกษาแต่ละสถาบันต้องการตรวจเลือดเอดส์มีจำนวนมากกว่าผู้ที่ไม่ต้องการและผู้ที่ยังตัดสินใจไม่ได้ มี การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอดส์ดังนี้ Jujic Hamblic (1995 อ้างถึงใน สำนักโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, 2547, หน้า 63) จากการศึกษาโดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก (APN+) ยังพบกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ถูกเลือกปฏิบัติ โดยพบว่าหนึ่งในสี่ผู้ติดเชื้อได้รับการดูถูกหรือรังควาญด้วยสถานการณ์ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อบางคนต้องทนต่อการที่ถูกเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อต่อสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน โดยไม่ได้รับความยินยอมหรือขออนุญาตจากผู้ติดเชื้อก่อน ซึ่งบางกรณีเกิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ที่ต้องการรักษาความลับของ สถานการณ์ติดเชื้อเอดส์ ในบางชุมชน โดยเฉพาะแห่งที่โรคเอดส์ยังแพร่ระบาดไม่มากนักจะมีทัศนคติที่เฉยเมยต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และหวาดกลัวโรคเอดส์ การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ในสถานที่ทำงาน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป บางรายอาจถูกออกจากงานเมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอดส์ หรือได้รับการขอร้องให้แยกที่ทำงานให้ห่างจากผู้ร่วมงานคนอื่น หรืออาจถูกย้ายงานโดยมีหน้าที่รับผิดชอบน้อยกว่าเดิม ซึ่งบ่อยครั้งที่นายจ้างจะหาเหตุผลในการกระทำดังกล่าว ซึ่งยากต่อการโต้แย้ง นายจ้างหลายราย กำหนดให้ผู้สมัครงานต้องตรวจหาการติดเชื้อก่อนรับเข้าทำงาน โดยอ้างว่าเพื่อความมั่นใจว่าจ้างเฉพาะผู้มีสุขภาพแข็งแรงเข้าทำงาน จึงส่งผลให้สามหึงตั้งครกรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์

ธีรรัตน์ เชนนะสิริ และชนรักษ์ ผลิพัฒน์ (2548) ศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มทหารกองประจำการรอบที่ 10 ปี พ.ศ. 2547 พบว่า ทหารกองประจำการที่แต่งงานแล้วแต่มีเพศสัมพันธ์นอกสมรส ร้อยละ 55.8 นอกจากนี้ทหารกองประจำการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น ร้อยละ 41.6 หญิงขายบริการ ร้อยละ 24.0 ผู้ชาย ร้อยละ 6.2 และใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการ ร้อยละ 63.1 หญิงอื่น ร้อยละ 35.5 ผู้ชาย ร้อยละ 40.0 ด้วยความเชื่อที่ว่าหญิงอื่นปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าหญิงขายบริการ ซึ่งในความเป็นจริงการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ หญิงอื่นและผู้ชายต่างมีความเสี่ยงเท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับสำนักโครงการพัฒนาแห่งชาติ (2547, หน้า 45 อ้างถึงใน ธีรรัตน์ เชนนะสิริ และชนรักษ์ ผลิพัฒน์, 2548) ที่พบว่า พลวัตรของ ระบาดเปลี่ยนไป การแพร่เชื้อทางอื่นเริ่มพบมากขึ้น อัตราการติดเชื้อยังคงมีความชุกสูงหลายกลุ่มรวมทั้งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีด ชายขอบชาย แรงงานอพยพเคลื่อนย้ายและคนเดินทะเล

ที่น่าประหลาดใจนั้นพบการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์  
อย่างสม่ำเสมอหรือกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติดชนิดที่มีโซ่ฉีดเข้าเส้น

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องศึกษา “ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อม กระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในการศึกษาโดยใช้วิธีวิทยาการวิจัยในเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยจะพิจารณาหัวข้อเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. วิธีการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่เป็นเป้าหมายการวิจัย ได้แก่ ประชาชนในเขตในพื้นที่ ชุมชนบ้านหลังเนิน เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 453 คน ซึ่งมีขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (เทศบาลเมืองหนองปรือ, 2559)

##### กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973, pp. 727-728) เมื่อคำนวณแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการศึกษเป็น จำนวน 230 คน ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{(1+Ne^2)}$$

$$n = \frac{534}{1+534 (.0025)}$$

$$n = 228.6/ 230$$

n คือ จำนวนตัวอย่าง หรือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนหน่วยทั้งหมด/ ขนาดของประชากร



e คือ ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling error) ในที่นี้จะกำหนดเท่ากับ  $+/- 0.05$  ภายใต้ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.0

ดังนั้น จึงควรใช้จำนวนตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 230 คน จึงจะยอมรับได้ เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบความน่าจะเป็น โดยการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เพื่อให้ได้จำนวนตามต้องการจากประชาชน ในเขตในพื้นที่ ชุมชนบ้านเนินทางรถไฟ เมืองพิทยา เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การศึกษา แนวคิดจากทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุอาชีพ ระดับ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน

ตอนที่ 2 ข้อมูล “คำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติและความเชื่อของบุคคล”

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

### วิธีการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบเครื่องมือ

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการสร้างแบบสอบถาม
2. สร้างแบบสอบถามขึ้นตามกรอบข้อมูลที่ต้องการศึกษา โดยใช้คำจำกัดความหรือนิยาม ปฏิบัติการตามตัวแปรที่กำหนดไว้เป็นหลักในการสร้างคำถามต่าง ๆ ให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด เพื่อให้แบบสอบถามสามารถวัดได้ในสิ่งที่ต้องการจะวัด

3. ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นพร้อมทั้งคำจำกัดความหรือนิยามปฏิบัติการของตัวแปรเสนอต่อผู้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

- 3.1 ดร.มาย ไชยนิษฐ์ (นายกเทศมนตรีเมืองหนองปรือ เทศบาลเมืองหนองปรือ)
- 3.2 ดร. เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ (อาจารย์วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา)
- 3.3 นางปัทมา ชาญเชี่ยว (ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหนองปรือ)

เพื่อพิจารณาตรวจสอบว่านิยามและแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนี้มีความชัดเจนถูกต้องหรือไม่รวมทั้งการพิจารณาสำนวนภาษาที่ใช้ในข้อความว่าสอดคล้องกับลักษณะที่ต้องการจะวัดหรือไม่เพื่อให้เครื่องมือมีความตรงในเนื้อหา (Content validity)

4. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือในภาคสนามกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรของการศึกษาที่มีใช้กลุ่มตัวอย่างจริงของการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบัค (Cronbauh's alpha coefficient)

5. แก้ไขแบบสอบถามโดยการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากประชาชนในเขตชุมชนหลังเนินเทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี
2. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม
3. นำแบบสอบถามมาแปรข้อมูลที่ได้เป็นรหัสพร้อมบันทึกข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์
4. การเก็บรวบรวมข้อมูลได้กระทำในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 15 เมษายน พ.ศ.

2560

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่ได้รับคำตอบที่สมบูรณ์ครบตามจำนวนที่ระบุไว้
2. การประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 นำข้อมูลจากแบบสอบถามตอนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งจำแนกตัวแปรไว้ตาม เพศ อายุอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency distribution) และร้อยละ (Percentage) แล้วนำเสนอเป็นตาราง

2.2 นำข้อมูลจากแบบสอบถามตอนที่ 3 ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการมีทัศนคติและความเชื่อของส่วนบุคคลของประชาชนชุมชนหลังเนินที่มีผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี วิเคราะห์โดยใช้สถิติได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ได้กำหนดน้ำหนักการมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื่อเอดส์เป็นระดับคะแนนดังนี้

3.26-4.00	การแสดงความคิดเห็นมากที่สุด
2.51-3.25	การแสดงความคิดเห็นมาก
1.73-2.50	การแสดงความคิดเห็นน้อย
1.00 -1.75	การแสดงความคิดเห็นน้อยที่สุด

3. เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของประชาชนชุมชนหลังเนินที่มีต่อผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ประชาชนที่มีสถานภาพแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมาน (Inference statistics) ดังนี้

3.1 ประชาชนที่มีเพศต่างกัน ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ ต่างกันวิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test และใช้การเปรียบเทียบภายหลัง ด้วยวิธีของ Scheffe's method

3.2 ประชาชนที่มีอายุต่างกัน ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริแตกต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ F-test และใช้การเปรียบเทียบภายหลัง ด้วยวิธีของ Scheffe's method

3.3 ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริแตกต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ F-test และใช้การเปรียบเทียบภายหลัง ด้วยวิธีของ Scheffe's method

3.4 ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริแตกต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ F-test และใช้การเปรียบเทียบภายหลังด้วยวิธีของ Scheffe's method

3.5 ประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่างกัน ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ F-test และใช้การเปรียบเทียบภายหลัง ด้วยวิธีของ Scheffe's method

3.6 ประชาชนที่มีระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนต่างกัน ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริแตกต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ F-test และใช้การเปรียบเทียบภายหลังด้วยวิธีของ Scheffe's method

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา “ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี” ผู้ศึกษาได้จัดแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 คำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและความรู้และทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยได้แสดงผลการศึกษาในรูปแบบตารางและอธิบายผลการศึกษาที่ได้รับจากตารางดังนี้

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของชาวบ้านชุมชนหลังเนิน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และ ระยะเวลาที่พัก นำเสนอด้วยค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 สถานภาพทั่วไปชาวบ้านชุมชนหลังเนิน

สถานภาพทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	148	64.35
หญิง	82	35.65
รวม	230	100.00

ตารางที่ 4 (ต่อ)

สถานภาพทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. อายุ		
21-30 ปี	148	64.35
31-40 ปี	49	21.30
51 ปีขึ้นไป	33	14.35
รวม	230	100.00
3. การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	118	51.30
ประถมศึกษา	45	19.57
มัธยมต้น	12	5.22
มัธยมปลาย/ ปวช.	55	23.91
รวม	230	100.00
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เกิน 5,000 บาท	118	51.30
5,001-10,000 บาท	24	10.43
10,001-15,000 บาท	55	23.91
50,001 บาทขึ้นไป	33	14.35
อื่น ๆ.....	0	0.00
รวม	230	100.00
5. ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน		
ไม่เกิน 1 ปี	118	51.30
2-5 ปี	79	34.35
11 ปีขึ้นไป	33	14.35
รวม	230	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่า สถานภาพทั่วไปของประชาชนชุมชนหลังเน้นต่อการคิดเชื้อเอคส์ มุคนิทระท่อมกระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เป็นตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ โดยมากกว่าครึ่งเป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 64.35) มีอายุ 21-30 ปี มากที่สุด

(ร้อยละ 64.35) การศึกษาพบว่า ไม่ได้เรียน มากที่สุด (ร้อยละ 51.3) มีอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด (ร้อยละ 30.00) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 มากที่สุด (ร้อยละ 51.3) และมีระยะเวลาที่อาศัย ไม่เกิน 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 51.3)

## ส่วนที่ 2 คำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 5 คำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์  
มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์	ระดับความรู้ ความเข้าใจ				$\bar{X}$	SD	ระดับ ทัศนคติ	อันดับ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง				
1. คนมีสุขภาพดี ไม่คิดเชื้อเอดส์	33 (14.30)	81 (35.30)	67 (29.10)	49 (21.30)	2.426	.9806	น้อย	20
2. ชายชาตรี ต้องเป็นคนที่ ประสบความสำเร็จทางเพศมาบ้าง	136 (59.10)	45 (19.60)	49 (21.30)	00 (0.00)	3.378	.8149	มากที่สุด	2
3. ผู้สูงอายุ ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์	81 (35.20)	88 (38.30)	61 (26.50)	00 (0.00)	3.087	.7826	มาก	7
4. การรักนวลสงวนตัวก่อนแต่งงาน เป็นการป้องกันเอดส์สำหรับผู้หญิง	81 (35.20)	33 (14.30)	104 (45.20)	12 (5.20)	2.795	.9876	มาก	15
5. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคน เดียว เป็นการป้องกันเอดส์	45 (19.60)	55 (23.90)	81 (35.20)	49 (21.30)	2.417	.7320	น้อย	19
6. ผู้ชายใครอบครัวทลงของอนามัย เป็นเรื่องการป้องกันโรคเอดส์	61 (26.50)	81 (35.20)	55 (23.90)	33 (14.30)	2.739	.7072	มาก	17
7. ผู้หญิงพกยาคุมดีกว่าถุงยางอนามัย	61 (26.50)	67 (29.10)	102 (44.30)	00 (0.00)	2.821	.8245	มาก	13
8. ผู้หญิงโตดที่พูดถึงเรื่องถุงยาง อนามัย เป็นผู้หญิงไม่ดี	151 (65.70)	12 (5.20)	67 (29.10)	00 (0.00)	3.365	.9044	มากที่สุด	3
9. การพูดถึงลักษณะท่าทางการมีเพศ สัมพันธ์แบบต่าง ๆ เป็นเรื่องไม่ดี	88 (38.3)	130 (56.5)	00 (0.00)	12 (5.20)	3.278	.7184	มากที่สุด	4
10. ระหว่าง สามมี-ภรรยา ไม่ควรใช้ ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์	55 (23.90)	94 (40.90)	69 (30.00)	12 (5.20)	2.834	.8506	มาก	12
11. ภรรยาที่ดี ไม่ควรพูดเรื่องถุงยาง อนามัยกับสามี	55 (23.90)	82 (35.70)	81 (35.20)	12 (5.20)	2.782	.8695	มาก	16
12. ผู้หญิงมีสิทธิปฏิเสธ เมื่อไม่ต้องการ มีเพศสัมพันธ์	69 (30.00)	67 (29.10)	94 (40.90)	00 (0.00)	2.891	.8366	มาก	10

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์	ระดับความรู้ ความเข้าใจ				$\bar{X}$	SD	ระดับทัศนคติ	อันดับ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง				
13. ผู้หญิงติดเชื้อเอดส์ที่เป็นหม้าย ไม่ควรแต่งงานใหม่	00 (0.00)	206 (89.6)	24 (10.40)	00 (0.00)	2.895	.3063	มาก	11
14. ผู้ติดเชื้อเอดส์ ควรเปิดเผยแก่สังคม เพื่อการป้องกันโรคเอดส์	82 (35.70)	69 (30.00)	79 (34.30)	00 (0.00)	3.013	.8383	มาก	8
15. ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ควรเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเลย	82 (35.70)	55 (23.90)	81 (35.20)	12 (5.20)	2.9000	.9546	มาก	9
16. ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรได้รับการถนอมไม่ให้ทำงานใด ๆ เลย	151 (65.70)	00 (0.00)	55 (23.90)	24 (10.40)	3.208	.7291	มาก	6
17. ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเท่านั้น	130 (56.60)	88 (38.30)	00 (0.00)	12 (5.20)	3.460	.7509	มากที่สุด	1
18. เพศศึกษาเป็นเรื่องตามธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องสอนกัน	116 (50.40)	69 (30.00)	33 (14.30)	12 (5.20)	3.256	.8911	มาก	5
19. ผู้ที่สอนเพศศึกษาที่ดีที่สุดคือพ่อแม่	67 (29.10)	69 (30.00)	33 (14.30)	61 (26.50)	2.617	.7641	มาก	18
20. เพศศึกษาเป็นเรื่องการร่วมเพศอย่างเดียว	12 (5.20)	173 (75.20)	33 (14.30)	12 (5.20)	2.804	.6063	มาก	14
21. หากมีผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จะทำกิจกรรมร่วมหรือไม่ หรือ ท่านจะซื้ออาหารที่ผู้ป่วยเอดส์ขายหรือไม่	49 (21.30)	12 (5.20)	157 (68.30)	12 (5.20)	2.426	.8822	น้อย	21
<b>ภาพรวม</b>					2.807	.7966	มาก	

จากตารางที่ 5 พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของชาวบ้านชุมชนหลังเนิน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก อันดับ 1 ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเท่านั้น ( $\bar{X} = 3.46$ ,  $SD = .750$ ) อันดับสอง ชายชาติตรีต้องเป็นคนที่มีการเสกทางเพศมาบ้าง ( $\bar{X} = 3.37$ ,  $SD = .814$ ) อันดับสาม ผู้หญิงโสดที่พูดถึงเรื่องถุงยางอนามัย เป็นผู้หญิงไม่ดี ( $\bar{X} = 3.36$ ,  $SD = .904$ ) และสามอันดับสุดท้ายคือ อันดับหนึ่ง หากผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จะทำกิจกรรมร่วมหรือไม่หรือท่านจะซื้ออาหารที่ผู้ป่วยเอดส์ขายหรือไม่ ( $\bar{X} = 2.42$ ,  $SD = .882$ ) อันดับสอง คนสุขภาพดีไม่มีเชื้อเอดส์ ( $\bar{X} = 2.42$ ,  $SD = .980$ ) อันดับสาม การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียว เป็นการป้องกันเอดส์ ( $\bar{X} = 2.14$ ,  $SD = .702$ )

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินต่อผู้ป่วยเอดส์  
 มุลินธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี  
 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์  
 มุลินธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	Sig.
ชาย	142	2.25	.158	1.72	0.11
หญิง	82	2.22	.000		

\*มีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มุลินธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ โดยใช้สถิติ t-test เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มุลินธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศที่แตกต่างกันทำให้ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มุลินธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ ต่างกัน

ตารางที่ 7 ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มุลินธิกระท่อมพระสิริ  
 เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามอายุ

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	.048	2	.024	1.481	0.12
ภายในกลุ่ม	3.698	227	.016		
รวม	3.746	229			

\*มีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มุลินธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามอายุ โดยใช้ค่าสถิติ One-way ANOVA เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์



มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทักษะคิดที่แตกต่างกันทำให้ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ ต่างกัน

ตารางที่ 8 ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามการศึกษา

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ระหว่างกลุ่ม	3.161	3	1.045		
ภายในกลุ่ม	.585	226	.003	4.069	0.67
รวม	3.746	229			

\*มีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามการศึกษา โดยใช้ค่าสถิติ One-way ANOVA เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาที่แตกต่างกันทำให้ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ ต่างกัน

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามอาชีพ

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	1.492	3	.497		
ภายในกลุ่ม	2.254	226	.010	4.988	0.60
รวม	3.746	229			

\*มีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 9 พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามอาชีพ โดยใช้ค่าสถิติ

One-way ANOVA เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาชีพที่แตกต่างกัน ทำให้ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ ต่างกัน

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามรายได้

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	2.665	3	.888		
ภายในกลุ่ม	1.981	226	.005	18.561	0.81
รวม	4.646	229			

\*มีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 10 ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามรายได้ โดยใช้ค่าสถิติ One-way ANOVA เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายได้ที่แตกต่างกันทำให้ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ ต่างกัน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามระยะเวลาที่พัก

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	.761	2	.381		
ภายในกลุ่ม	2.985	227	.013	2.895	0.17
รวม	3.746	229			

\*มีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 11 พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ จำแนกตามระยะเวลาที่พัก โดยใช้ค่าสถิติ One-way ANOVA เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาที่พักอาศัยที่แตกต่างกันทำให้ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ ต่างกัน

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานนิพนธ์เรื่อง ทักษะคิดของประชาชนชุมชนหลังเน้นต่อการคิดเชิงเอคส์ มุลนิธิ กระท่อมพระสิริ ตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ ความรู้และทักษะคิดของประชาชนชุมชนหลังเน้นต่อการคิดเชิงเอคส์ มุลนิธิกระท่อมพระสิริ ตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยทำการศึกษาข้อมูลจากชาวบ้านที่อาศัยภายใน ชุมชนหลังเนิน จำนวน 230 คน ซึ่งผู้วิจัยสรุปผลงานวิจัยได้ ดังนี้

1. สรุปผลวิจัย
2. อภิปรายผล
3. ข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม สถานภาพทั่วไปของประชาชนชุมชน หลังเน้นต่อการคิดเชิงเอคส์ มุลนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เป็นตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ โดยมากกว่าครึ่งเป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 64.35) มีอายุ 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 64.35) การศึกษาพบว่า ไม่ได้เรียน มากที่สุด (ร้อยละ 51.3) มีอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด (ร้อยละ 30.00) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 มากที่สุด (ร้อยละ 51.30) และมีระยะเวลาที่อาศัย ไม่เกิน 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 51.30)

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะคิดของชาวบ้านชุมชนหลังที่มีต่อผู้ป่วยเอคส์ มุลนิธิ กระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับโรค เอคส์ของชาวบ้านชุมชนหลังเนิน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก อันดับ 1 ปัญหาคือเป็นปัญหาด้าน สาธารณสุขเท่านั้น ( $\bar{X} = 3.46, SD = .750$ ) อันดับ 2 ชายชาติรี ต้องเป็นคนที่มีประสบการณ์ทางเพศ มาบ้าง ( $\bar{X} = 3.37, SD = .814$ ) อันดับสามผู้หญิงโสดที่พูดถึงเรื่องถุงยางอนามัย เป็นผู้หญิงไม่ดี ( $\bar{X} = 3.36, SD = .904$ ) และสามอันดับสุดท้ายคือ อันดับหนึ่ง หากผู้ป่วยเอคส์ในชุมชน จะทำ กิจกรรมร่วมหรือไม่หรือท่านจะซื้ออาหารที่ผู้ป่วยเอคส์ชายหรือไม่ ( $\bar{X} = 2.42, SD = .882$ ) อันดับ สอง คนสุขภาพดีไม่มีเชื้อเอคส์ ( $\bar{X} = 2.42, SD = .980$ ) อันดับสาม การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียง คนเดียว เป็นการป้องกันเอคส์ ( $\bar{X} = 2.14, SD = .702$ )



เมืองหนองปรือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาที่พักอาศัยที่แตกต่างกันทำให้ทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินผู้ป่วยเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระลิรี เทศบาลเมืองหนองปรือต่างกัน

## อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่อง ความรู้และทัศนคติของประชาชนชุมชนหลังเนินต่อการติดเชื้อเอดส์ มูลนิธิกระท่อมพระลิรี ตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

ชาวบ้านชุมชนหลังเนินไม่ได้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่เข้ามาอาศัยอยู่แต่สาเหตุที่ทำให้เกิดความขัดแย้งเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ ทำให้หวาดระแวงกลัวการติดเชื้อซึ่งแท้จริงแล้ววิธีที่จะทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้ คือ

1. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทั้งชายกับชาย หญิงกับหญิง หรือชายกับหญิง จะเป็นช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาติก็ตาม ล้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ทั้งนั้น ซึ่งมีข้อมูลจากกองระบาดวิทยาระบุว่า ร้อยละ 83 ของผู้ติดเชื้อเอดส์ รับเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์

2. การรับเชื้อทางเลือด โอกาสติดเชื้อเอดส์ พบได้ 2 กรณี คือ

2.1 ใช้เข็มฉีดยา หรือกระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้ติดเชื้อ เอดส์ มักพบในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

2.2 รับเลือดมาจากการผ่าตัด หรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด แต่ปัจจุบันเลือดที่ได้รับการบริจาคมา จะถูกนำไปตรวจหาเชื้อเอดส์ก่อน จึงมีความปลอดภัยเกือบ 100%

3. ติดต่อผ่านทางแม่สู่ลูก เกิดจากแม่ที่มีเชื้อเอดส์และถ่ายทอดให้ทารก ในขณะที่ตั้งครรภ์ ขณะคลอด และภายหลังคลอด ปัจจุบันมีวิธีป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก โดยการทานยาต้านไวรัสในช่วงตั้งครรภ์ จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์เหลือเพียง ร้อยละ 8.00 แต่ยังคงมีความเสี่ยงอยู่ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือ การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน นอกจากนี้ โรคเอดส์ยังสามารถติดต่อผ่านทางอื่นได้ แต่โอกาสนี้น้อยมาก เช่น การใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ทำความสะอาด, การเจาะหูโดยการใช้นิ้วมือร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์, การสักผิวหนัง หรือสักทิว เป็นต้น ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นการติดต่อโดยการสัมผัสกับเลือด หรือน้ำเหลืองโดยตรง แต่โอกาสติดโรคเอดส์ด้วยวิธีนี้ต้องมีแผลเปิด และปริมาณเลือดหรือน้ำเหลืองที่เข้าไปในร่างกายต้องมีจำนวนมาก

4. บริการของรัฐยังขาดคุณภาพที่ดีพอ กล่าวคือ บริการเข้าไม่ถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ บริการไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ โดยเฉพาะยา การบริการจัดการของหน่วยงาน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดกำลังใจเพราะขาดเป้าหมายและทัศนะทางการทำงานอย่างชัดเจน ส่วนบริการที่จัดให้นั้นก็เป็นการบริการที่ไม่ยืดหยุ่น มีกฎระเบียบ ขั้นตอนการปฏิบัติมากเกินไปกว่าผู้รับบริการจะเข้าใจและเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์หลายรายจึงไม่ยอมมาใช้บริการเพราะทำให้ตนเองสูญเสียคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไป เนื่องจากต้องมาเปิดเผยเรื่องส่วนตัวของตนเองให้ผู้ให้บริการ

### ข้อเสนอแนะ

1. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการป้องกันโรคเอดส์ จะช่วยให้ประชาชนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข จะเห็นได้ว่าโรคเอดส์ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง ทั้งตัวของผู้รับเชื้อ และครอบครัว รวมไปถึงสังคมและประเทศชาติ ดังนั้นการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคที่ถูกต้อง ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ จึงมีความสำคัญยิ่ง รวมถึงการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อด้วย

2. การรณรงค์เพื่อให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการป้องกัน โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทีมเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเอดส์ ดำเนินการได้เฉพาะกลุ่มซึ่งไม่ครอบคลุม ทุกกลุ่มประชากรทั่วไป ปัจจุบันมีการดำเนินงานที่มีกลุ่มเป้าหมาย เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์อยู่หลายงาน งานมิตรวัยรุ่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานยาเสพติด งานด้านสุขภาพจิต ที่ให้บริการปรึกษา ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มนี้ ทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทักษะชีวิต การวางแผนครอบครัว ผ่านกิจกรรม เสริมความรู้ในสถานศึกษาในชุมชนต่าง ๆ งานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวคิดว่าจะสามารถบูรณาการร่วมกับงานดังกล่าว เพื่อเพิ่มโอกาสในการเสริมความรู้ในการป้องกัน โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่กลุ่ม เป้าหมายได้กว้างขึ้น จึงประสานเพื่อขอร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการให้ความรู้ร่วมกับทีมงานดังกล่าว เกิดเป็นทีมงาน ด้านการให้ความรู้ด้านทักษะชีวิต และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยทั้งจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดเชื้อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยแนวคิดที่ว่า ถ้าทุกคนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ จะทำให้เกิดการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และลดความรังเกียจผู้ติดเชื้อเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เข้าสู่ระบบการรักษา ผลการศึกษา จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ทีมเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสมเพิ่มขึ้น ในการมีส่วนร่วมในการรณรงค์

เพื่อให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับทีมงานงานมิตรวัยรุ่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานยาเสพติด งานด้านสุขภาพจิต ในทุกโอกาสของแต่ละงาน ทำให้สามารถขยายทั้งกลุ่มเป้าหมายไปยังกลุ่มวัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ และบุคคลทั่วไป และทั้งสามารถประสานทุกงานเป็นทีมให้ความรู้ด้านป้องกัน โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง บทเรียนที่ได้รับ ที่มีค่ามากที่สุดจากการบูรณาการงานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับงานอื่น คือความภูมิใจในภาพของทีมที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากหลายงาน ความร่วมมือ การทำงานประสานเป็นงานเดียวกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันเกิดความสุขใจในการทำงาน ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพต่อการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

### 3. การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเอดส์

3.1 คบหาสมาคมกับผู้อื่นได้ตามปกติไม่จำเป็นต้องหลบซ่อนหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว การพูดคุยและเนื้อต้องตัวกันตามธรรมดาไม่สามารถทำให้ผู้อื่นติดโรคจากท่านได้ และโรคนี้ไม่ติดต่อทางลมหายใจ ถ้าหากมีความวิตกกังวล ทุกข์ใจ ไม่จำเป็นต้องเก็บความทุกข์ไว้เพียงคนเดียว ควรปรึกษาคนที่เข้าใจและพร้อมจะรับฟังให้ความช่วยเหลือ อาจเป็นพ่อแม่ พี่น้องที่สนิท คู่สมรส คู่รัก หากยังไม่มีคนที่พร้อมจะรับฟังปัญหาของเรา ขอให้พยายามติดต่อพบปะพูดคุยกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ใกล้บ้าน โดยสอบถามได้จากหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งจะมีข้อมูลเรื่องกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่

3.2 ควรระมัดระวังมิให้น้ำหลังต่าง ๆ เช่น น้ำเหลือง น้ำมูก น้ำลาย ปัสสาวะ และสิ่งขับถ่ายต่าง ๆ กระเด็นหรือเปื้อนผู้อื่น เพราะอาจมีเชื้อเอดส์ปะปนออกมาได้ การบ้วนน้ำลายหรือเสมหะ ควรใช้ภาชนะรองรับที่สามารถนำไปทิ้งหรือทำความสะอาดได้สะดวก

3.3 เมื่อสัมผัสหรือเปื้อนเลือด น้ำเหลือง อาเจียน ปัสสาวะ หรือสิ่งขับถ่ายอื่น ๆ ให้รีบทำความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที เสื้อผ้าที่ใช้แล้วควรนำไปซักให้สะอาด ก่อนนำไปใช้ต่อไป

3.4 ใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ แต่ควรระมัดระวังอย่าให้สิ่งขับถ่าย เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เสมหะ อาเจียน เปื้อนพื้น โถส้วม อ่างล้างมือ ควรจะล้างด้วยผงซักฟอก หรือน้ำยาล้างห้องน้ำ (ที่มีส่วนผสมของคลอรีนอยู่ด้วย) เป็นประจำทุกวัน และล้างมือทุกครั้ง หลังจากที่ใช้ห้องน้ำห้องส้วม

3.5 ถ้วย ชาม จาน แก้วน้ำ ควรล้างให้สะอาด แล้วทิ้งให้แห้ง ก่อนนำไปใช้

3.6 ไม่ใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ

3.7 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์



3.8 งดการบริโภคโลหิต หรืออวัยวะต่าง ๆ เช่น ดวงตา ไต น้ำอสุจิ

3.9 หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ เพราะเด็กมีโอกาสรับเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อเอดส์ได้ประมาณ 30%

3.10 ไม่ควรเข้าไปใกล้ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยวัณโรคที่ปอด เพราะภูมิคุ้มกันทานโรคของผู้ติดเชื้อต่ำกว่าคนปกติ จะทำให้ติดโรคได้ง่าย

3.11 ไม่ควรดูแลสัตว์เลี้ยงหรือทำความสะอาดกรงสัตว์ เพราะอาจติดเชื้อโรคจากสัตว์เหล่านี้ได้

3.12 ผู้ติดเชื้อเสพติดควรเลิกเสย ถ้าเลิกไม่ได้ หรืออยู่ในระหว่างการรักษา เพื่อเลิกเสยเสพติดควรเปลี่ยนจากวิธีฉีดเป็นการสูบหรือกินแทน หากจำเป็นต้องใช้เข็มฉีดยา ไม่ควรใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น โดยเด็ดขาด

3.13 ควรพบแพทย์โดยใกล้ชิดเป็นประจำ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

## บรรณานุกรม

- กมลพันธ์ คำสินิล. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถทางวิชาการและการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- กรมควบคุมโรค. (2550). *รวมวารสารควบคุมโรค*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
- การรักษาการติดเชื้อเอดส์และโรคเอดส์. (2560). เข้าถึงได้จาก <https://health.kapook.com>
- กิตติพงษ์ กลิ่นแมน. (2548). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 สาขาอิเล็กทรอนิกส์ วิทยาลัยการอาชีพนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2555). *ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.
- งามนิตย์ ราชกิจ. (2540). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย. การค้นคว้าแบบอิสระสาทรณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาทรณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทนา คำน้อย. (2552). *พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ตำบลแม่ฮ้อย อำเภอแม่ฮ้อยจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑามาศ วัลลภาชัย. (2551). *การประเมินผลของโปรแกรมการปรึกษา ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). *พฤติกรรมศาสตร์สาทรณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: คณะสาทรณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมรมศึกษาผลงานวิทยากรเชียงใหม่. (2560). *สถานการณ์โรคเอดส์โลก*. เข้าถึงได้จาก <https://witayakornclub.wordpress.com>

ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. (2547). ฐานคติเรื่องเพศวิถีในนโยบาย เรื่อง โรคเอดส์ของประเทศไทย.

รัฐศาสตร์สาร, 25 (3), 1-81.

ชุตินันท์ มิมุข. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย  
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยและ  
สถิติการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทรงวุฒิ ขวาไทย. (2541). การศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรม การป้องกัน โรคเอดส์ของ  
นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ศึกษา  
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทองเหรียญ อินต๊ะพิงค์. (2552). การเห็นคุณค่าในตนเองกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัวที่ได้  
รับผลกระทบจากโรคเอดส์: กรณีศึกษาค่าบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัด  
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและ  
การแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ทิศสุกใส. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการเผชิญ  
และฝ่าฟันอุปสรรคกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์.  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เทศบาลเมืองหนองปรือ. (2559). แผนชุมชนหลังเนิน. ชลบุรี: เทศบาลเมืองหนองปรือ.

ธีรรัตน์ เหมนะสิริ และชนรักษ์ ผลิพัฒน์. (2548). พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ในกลุ่มทหารกองประจำการ รอบที่ 10 ปี พ.ศ. 2547. วารสาร โรคเอดส์, 17, 119-127.

ธีรนุช พิทักษ์วสิน. (2548). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี  
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
เทคโนโลยีวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธีระประภา ทองวิเศษ. (2544). ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์  
ของนักเรียนในสถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์การศึกษา  
มหาบัณฑิต, วิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, คณะศึกษาศาสตร์,  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

บัวลำ ลอยท่า. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษา  
ตอนปลาย จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทฺธิ. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จามจุรี.
- บุรณี ชีพปริสุทฺธิ. (2540). *การศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรียารัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาทรณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนาคกร แสนใจ. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พิมพ์ิษา สุพพัตกุล. (2551). *การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และเหตุผลของวัยรุ่น ตอนปลาย ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืน*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิกระท่อมพระสิริ. (2560). *ประวัติความเป็นมาของมูลนิธิ กระท่อมพระสิริ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.gloryhutfoundation.or.th/>
- มูลนิธิวิจัยวันโรคและโรคเอดส์. (2550). *ตรวจเอชไอวีเพื่อชีวิต... เพื่อผู้ป่วยวันโรคทุกคน*. เชียงราย: มูลนิธิวิจัยวันโรคและโรคเอดส์.
- วันยรัตน์ คุณาพันธ์. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษาที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิชา พิรุณจิตต์. (2549). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ของพนักงานต้อนรับภาคพื้น บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน)*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- วิภาพร บุญวงษ์. (2551). *การเปรียบเทียบพฤติกรรมการณ์เห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดประสบการณ์แบบไฮสโคปกับการจัดประสบการณ์แบบปกติ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- สถาบันวิจัยจัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค. (2555). *รู้เรื่องโรค: โรคเอดส์*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- สภากาชาดไทย. (2560). *การเข้าถึงบริการ การรักษา ใ้รับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์*. เข้าถึงได้จาก <http://th.trcsrc.org>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *ข้อมูลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ สิ้นเดือนกันยายน พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. (2547). *ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ.
- หามมอ. (2560). *เอดส์ (AIDS)*. เข้าถึงได้จาก <http://haamor.com/th/%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%AA%E0%B9%8C/>
- Paterson, D. L., Swindells, S., & Mohr, J. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of internal Medicine*, 133, 21-30.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis* (3<sup>rd</sup> ed.) New York: Harper and Row.

ภาคผนวก

## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความรู้และทัศนคติของชาวบ้านชุมชนหลังเนินที่มีต่อการติดเชื้อ HIV  
 มุถุนิธิกระท่อมพระสิริ เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี”

### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับการศึกษาระดับปริญญาโทของหลักสูตร  
 การศึกษารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและเอกชน วิทยาลัยการ  
 บริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา ข้อมูลต่าง ๆ ในการนี้เป็นการศึกษาในเชิงวิชาการ จะไม่มี  
 ผลกระทบแก่ท่านผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้ให้คำตอบ  
 แบบสอบถามอย่างตรงไปตรงมาตามข้อเท็จจริงนี้ หวังว่าคงจะได้ความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี

สำหรับแบบสอบถามชุดนี้มีเนื้อหา 2 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 คำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ ทัศนคติและ ความเชื่อของบุคคล

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

นางสาวอัญชิษฐา อยู่สบาย

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและและภาคเอกชน

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. อายุ

( ) ต่ำกว่า 20 ปี ( ) 20-30 ปี ( ) 31-40 ปี

( ) 41-50 ปี ( ) 51 ปีขึ้นไป

3. อาชีพ

- ( ) ธุรกิจส่วนตัว  
 ( ) ข้าราชการ, พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
 ( ) รับจ้างทั่วไป  
 ( ) ค้าขาย  
 ( ) กำลังศึกษา  
 ( ) แม่บ้าน  
 ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

- ( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา  
 ( ) มัธยมต้น ( ) มัธยมปลาย/ ปวส.  
 ( ) อนุปริญญา/ ปวส. ( ) ปริญญาตรีขึ้นไป

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- ( ) ไม่เกิน 5,000 บาท ( ) 5,001- 10,000 บาท  
 ( ) 10,001-15,000 บาท ( ) 15,001 บาท ขึ้นไป

6. ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน

- ( ) ต่ำกว่า 1 ปี ( ) 2-5 ปี  
 ( ) 6-10 ปี ( ) 11 ปีขึ้นไป



ส่วนที่ 2 คำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ ทักษะคิดและ ความเชื่อของบุคคล  
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คำถาม	ความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง  (4)	เห็นด้วย  (3)	ไม่ เห็นด้วย  (2)	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง  (1)
1. คนมีสุขภาพดี ไม่ติดเชื่อเอดส์				
2. ชายชาติรี ต้องเป็นคนที่ม่ประสพการณ์ ทางเพศมาบ้าง				
3. ผู้สูงอายุ ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์				
4. “การรักรนวนลสงวนตัวก่อนแต่งงาน” เป็นการ ป้องกันเอดส์สำหรับผู้หญิง				
5. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่่นอนเพียงคนเดียว เป็นการป้องกันเอดส์				
6. ผู้ชายในครอบครัวพกถุงยางอนามัยเป็นเรื่อง การป้องกัน โรคเอดส์				
7. ผู้หญิงพกยาคุมดีกว่าถุงยางอนามัย				
8. ผู้หญิงโสดที่พุดถึงเรื่องถุงยางอนามัย เป็นผู้หญิงไม่ดี				
9. การพุดถึงลักษณะท่าทางการมีเพศสัมพันธ์ แบบต่าง ๆ เป็นเรื่องไม่ดี				
10. ระหว่าง สามี-ภรรยา ไม่ควรรใช้ถุงยาง อนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์				
11. ภรรยาที่ดี ไม่ควรพุดเรื่องถุงยางอนามัย กับสามี				
12. ผู้หญิงมีสิทธิปฏิเสธ เมื่อไม่ต้องการ มีเพศสัมพันธ์				

คำถาม	ความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง  (4)	เห็นด้วย  (3)	ไม่ เห็นด้วย  (2)	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง  (1)
13. ผู้หญิงติดเชื้อเอดส์ที่เป็นหม้าย ไม่ควร แต่งงานใหม่				
14. ผู้ติดเชื้อเอดส์ ควรเปิดเผยแก่สังคม เพื่อการ ป้องกันโรคเอดส์				
15. ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ควรเข้าร่วมกิจกรรมของ ชุมชนเลย				
16. ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรได้รับการถนอม ไม่ให้ ทำงานใด ๆ เลย				
17. ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข เท่านั้น				
18. เพศศึกษาเป็นเรื่องตามธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องสอนกัน				
19. ผู้ที่สอนเพศศึกษาที่ดีที่สุดคือ พ่อ-แม่				
20. เพศศึกษาเป็นเรื่องการร่วมเพศอย่างเดียว				
21. หากมีผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จะทำกิจกรรม ร่วมหรือไม่ หรือ ท่านจะซื้ออาหารที่ผู้ป่วยเอดส์ ขายหรือไม่				