

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร

## Factors Influencing Access to Health Service of HIV and AIDS Patients in Phichit Province

อุษา จันทร์กลีน ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการคลินิกยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิจิตร จำนวน 333 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามด้านต่างๆ ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับของครอบครัว การยอมรับทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ .95 ค่าความน่าเชื่อถือ เท่ากับ .90, .85, .76, .80, .87, และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การยอมรับของครอบครัว การยอมรับทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สามารถร่วมกันทำนายการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ได้ร้อยละ 31.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรพิจารณากำหนดนโยบายสร้างการยอมรับของครอบครัวและสังคม นโยบายสนับสนุนการทำงานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงสร้างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

**คำสำคัญ :** การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ การเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับของครอบครัวและสังคม

### Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study the factors influencing Access to Health Services of HIV and AIDS Patients in Phichit Province. The samples were 333 HIV-infected and AIDS patients who received antiretroviral clinic services at Phichit community hospitals. Collected data by standardized questionnaires in various fields as follows: Personal information, Self-esteem, Family acceptance, Social acceptance, Economic factors, Participation in community activities, and Access to health services. IOC values of .95 and reliability values of .90, .85, .76, .80, .87, and .80, respectively. Data were analyzed using multiple regression analysis statistics.

The results showed that the samples were a high level of Accessibility. Factors influencing anonymity include family acceptance, social acceptance, and economic factors. They were able to predict the accessibility of HIV and AIDS patients by 31.00% with a statistical significance of .05. Recommendations from the study should consider establishing a policy to create acceptance of family and society, economic support, build a network of partners in all sectors, public relations communication to reduce stigma with participation in the public, private, and civil society sectors.

**Key words :** elderly socially addicted, happiness, relationship

## บทนำ

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะไม่แสดงอาการ 2. ระยะแสดงอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ 3. ระยะเอดส์เต็มขั้น โดยระยะที่ 1 และ 2 เรียกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะที่ 3 เรียกว่าผู้ป่วยเอดส์<sup>(1)</sup> การติดเชื้อเอชไอวี/การป่วยเป็นโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา ล้วนแต่ประสบปัญหาการแพร่ระบาด และการเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์อย่างรวดเร็วนับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกของโลกเมื่อ พ.ศ. 2524 องค์การอนามัยโลก รายงานสถานการณ์ และแนวโน้มผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ตั้งแต่เริ่มต้นของการแพร่ระบาด ในปี พ.ศ. 2524 จนถึงปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นทุกปี<sup>(1)</sup> โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกจำนวนกว่า 75 ล้านคน เสียชีวิต/ขาดการรักษาจำนวนมากกว่า 32 ล้านคน<sup>(2)</sup> ประเทศไทยพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกใน พ.ศ. 2527 จากนั้นการแพร่ระบาดของโรคมียุคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย จาก พ.ศ. 2560 จนถึง พ.ศ.2564 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรตามลำดับ ดังนี้ 640.25, 687.63, 734.94 , 781.14 และ 846.313 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดพิจิตร นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ที่มีรายงานการพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศไทย ภูมิลาเนาอยู่ในจังหวัดพิจิตร อัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพิจิตรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี กระทั่ง ในปี พ.ศ.2560ถึงปีพ.ศ.2564อัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดพิจิตร เพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดตามลำดับ ดังนี้ 511.61, 543.05, 547.51, 576.15 และ 628.92 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564<sup>(3)</sup> จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ที่เพิ่มสูงขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อส่วนรวม ทั้งในแง่สาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม<sup>(4)</sup> เนื่องจากการรักษาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ นอกจากใช้งบประมาณในการรักษาดูแลเป็นจำนวนมากทั้งด้านเวชภัณฑ์ ยา และบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ยังต้องรักษาดูแลไปจนตลอดชีวิต อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน<sup>(5)</sup> เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ

แต่ต้องตกงาน ขาดรายได้ ดังนั้น เมื่อมองในภาพรวมระดับประเทศ จึงมีการสูญเสียแรงงานจากการที่ทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศป่วยด้วยโรคเอดส์ อีกทั้งยังต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากไปกับยาด้านไวรัสและการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ในแง่ส่วนบุคคลยังมีผลด้านร่างกาย เศรษฐฐานะ สังคม และที่สำคัญที่สุดคือด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง ท้องเสีย มีการติดเชื้อต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย<sup>(6)</sup> ทางด้านสังคม โรคเอดส์เป็นโรคที่ถูกสังคมตีตรา และเลือกปฏิบัติ<sup>(7)</sup> ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ขาดโอกาสและขาดการสนับสนุนจากสังคม ต้องแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดภาวะเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง แยกตัวและซึมเศร้า ปกปิดตนเอง ไม่ยินยอมเปิดเผยตัว<sup>(8)</sup> ทั้งนี้ โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ มักถูกตัดสินจากสังคมว่าเกิดจากการสำส่อน เปลี่ยนคู่นอน ผิดเพศ ความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ช่องทางการติดต่อของโรค รวมถึงภาพลักษณ์ผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ที่มีสภาพร่างกายผอมดำ มีผื่นหรือตุ่มขึ้นตามร่างกาย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ถูกรังเกียจ ได้รับผลกระทบทั้งด้านครอบครัว เศรษฐกิจ การใช้ชีวิตประจำวัน ขาดแรงสนับสนุนจากสังคม แยกตัวออกจากสังคม เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันควบคุมโรคมายิ่งขึ้น ดังนั้น การแก้ปัญหาโรคเอดส์ที่ยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ จึงมิใช่เพียงการให้ความรู้เรื่องโรค และช่องทางการติดต่อหรือรักษาโรคทางกายเท่านั้น หากแต่เป็นกระบวนการทางจิตใจ และมิติทางสังคม ที่จะทำให้ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทั่วไปกล้าที่จะไปรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ รู้สึกมั่นคง ยอมรับตนเองก้าวข้ามความกลัว และยินดีเปิดเผยตัวในที่สุด

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อยอมรับตนเอง ปราศจากความอึดอัดคับข้องใจ มีที่ปรึกษาหารือเกี่ยวกับโรคเอดส์ และสุขภาพของตน<sup>(9)</sup> มีการยอมรับ และเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง รู้สึกว่าชีวิต มีความหมาย และมีคุณค่า มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถพัฒนาตนไปถึงศักยภาพสูงสุดของตนเองได้ นอกจากนี้ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปรึกษาทั้งบุคลากรสาธารณสุข

และกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน รู้สึกมีตัวตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมผู้ติดเชื้อ<sup>(10)</sup> และช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอีกด้วย<sup>(11)</sup> อีกทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในยุคปัจจุบันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ กลายเป็นโรคเรื้อรัง มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ดังนั้น การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อจึงได้รับการสนับสนุนมากขึ้น<sup>(12)</sup> เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ลดการแพร่เชื้อไวรัส และมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น<sup>(13)</sup>

หากสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกมิติ กระบวนการในการรักษา ควบคุม และป้องกันโรคเอดส์ก็จะสามารถทำได้โดยง่าย<sup>(14)</sup> เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่น้อยกว่า 1,000 ราย/ปี การเสียชีวิตจากเอดส์น้อยกว่า 4,000 ราย/ปี และการตีตราและเลือกปฏิบัติลดลง ร้อยละ 5.80 ภายในปี 2573 ย่อมสามารถเป็นจริงได้<sup>(2)</sup>

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จังหวัดพิจิตรซึ่งเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศไทย ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในเขตจังหวัดพิจิตร ซึ่งผลการศึกษานี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ตามอัธยาศัย รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ได้อย่างยั่งยืนเป็นรูปธรรมต่อไป

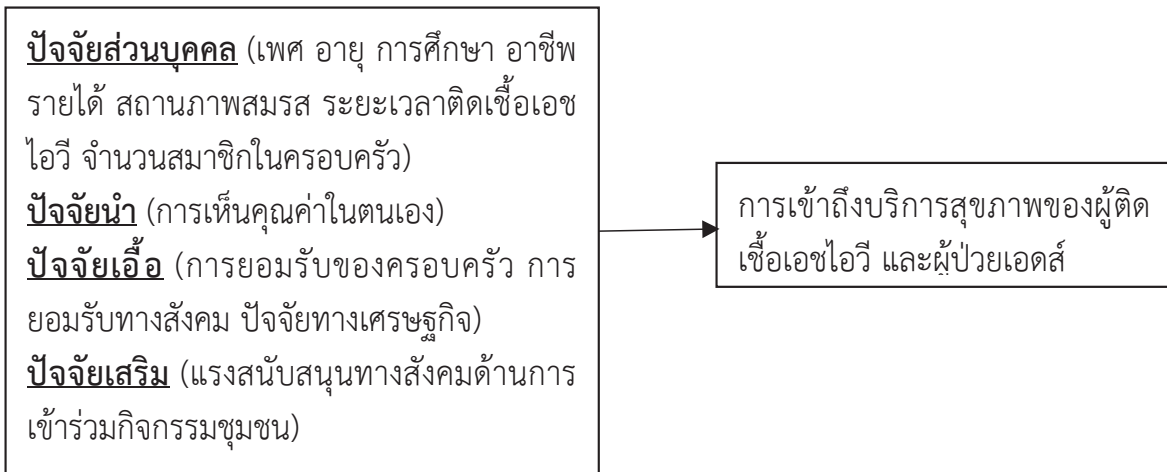
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวี จำนวนสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยนำด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยเอื้อด้านการยอมรับของครอบครัว การยอมรับทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยเสริม ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-Sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการ ณ คลินิกยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 1,389 คน ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample

Size for Frequency in a Population Sample size  
 $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2 1 - \alpha / 2 * (N-1) + p * (1-p)]^{(15)}$   
ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.00 ได้กลุ่มตัวอย่าง 302 ตัวอย่าง  
ป้องกันความผิดพลาด ร้อยละ 15.00 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่าง  
คือ 345 ตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี  
สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling)  
ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างโดยเลือก  
โรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดพิจิตรที่มีบริการคลินิกยา  
ต้านไวรัส จำนวน 5 แห่ง จาก 8 แห่ง โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย  
(simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่  
แทนที่ ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างตามขนาดประชากร  
(proportion random sampling) โดยกำหนดสัดส่วน  
ตามอัตราประชากร ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ  
มีระบบ (systematic random sampling) โดยนำรายชื่อ  
มาเรียงกันจาก ก ถึง ฮ และทำการสุ่มจากรายชื่อทุก ๆ  
5 รายชื่อ จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการ  
คลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 5 แห่งในเขต  
จังหวัดพิจิตร ตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล

### เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม  
(questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลัก  
แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 5 ส่วน  
จำนวน 50 ข้อคำถาม ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เช่น  
เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะ  
เวลาติดเชื้อเอชไอวี จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน  
8 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบ  
เดียว และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำที่มี  
อิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/  
ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการเห็นคุณค่า  
ในตนเอง จำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อที่มี  
อิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/  
ผู้ป่วยเอดส์ แบ่งเป็นหัวข้อการยอมรับของครอบครัว การ  
ยอมรับทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ จำนวน 17 ข้อ

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมที่มี  
อิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

ผู้ป่วยเอดส์ ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน จำนวน 5 ข้อ  
**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ  
สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 10 ข้อ  
แบบสอบถามในส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 5 ลักษณะ  
คำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้  
มากที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ  
มากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน มาก หมายถึง ข้อความตรงกับ  
ความรู้สึกของผู้ตอบมาก เท่ากับ 3 คะแนน น้อย  
หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบน้อย เท่ากับ  
2 คะแนน และน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับ  
ความรู้สึกของผู้ตอบน้อยที่สุด หรือไม่ตรงกับความรู้สึกเลย  
เท่ากับ 1 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรง  
คุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของแบบ  
สอบถาม (Item-Index of Item-Objective Congruence:IOC)  
ได้ค่าความตรงของแบบสอบถามเท่ากับ .95 การตรวจสอบ  
ความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่  
ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของ  
ผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ติดเชื้อ  
เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง  
จำนวน 30 คน พบว่า แบบสอบถามด้านการเห็นคุณค่า  
ในตนเอง การยอมรับของครอบครัว การยอมรับทางสังคม  
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และการเข้า  
ถึงบริการสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's  
alpha coefficient) เท่ากับ .90, .85, .76, .80, .87, และ  
.80 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก  
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดพิจิตร ก่อนดำเนินการเก็บแบบสอบถาม และรวบรวม  
ข้อมูล วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2565 เลขที่ 7/2565

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขอ  
อนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน โดย  
การประสานชี้แจง และอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์  
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ลักษณะกลุ่ม  
ตัวอย่าง รวมถึงขอความอนุเคราะห์พยาบาลประจำคลินิก



ยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 แห่ง เป็นผู้ช่วยวิจัยภาคสนามในการตอบข้อสงสัย และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงสร้างสัมพันธภาพ ตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาความลับ และสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมทางวาจาในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีผู้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 333 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

(multiple regression analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 333 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (55.86%) มีอายุ 41 - 50 ปี (40.24%) อายุเฉลี่ย 41 ปี ( $\bar{x} = 41.51$ , S.D = 9.90) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (45.04%) สถานภาพคู่ (47.15%) อาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท (64.87%)

มีรายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 90,000 บาทต่อปี (32.43%) ระยะเวลาการติดเชื้อเฉลี่ย 10 ปี ( $\bar{x} = 9.65$ , S.D = 6.55) จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน (50.15%) เฉลี่ย 4 คน ( $\bar{x} = 3.80$ , S.D = 1.75) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยส่วนบุคคล (n = 333)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	186	55.86
หญิง	147	44.14
<b>อายุ</b>		
20 - 30	58	17.42
31 - 40	83	24.92
41 - 50	134	40.24
51 - 59	58	17.42
$(\bar{X} = 41.51, S.D = 9.90, Max = 59.00, Min = 20.00)$		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	150	45.04
มัธยมศึกษาตอนต้น	84	25.23
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	70	21.02
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	29	8.71
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	119	35.74
คู่	157	47.15
หม้าย-หย่า-แยกกันอยู่	57	17.11
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	216	64.87
เกษตรกร	47	14.11
ค้าขาย	39	11.71

**ตารางที่ 1** แสดงปัจจัยส่วนบุคคล (n = 333) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ว่างงาน	23	6.91
ธุรกิจส่วนตัว	5	1.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	.90
<b>รายได้ต่อปี (บาท)</b>		
< 30,000	61	18.32
30,001 – 60,000	105	31.53
60,001 – 90,000	59	17.72
> 90,000	108	32.43
<b>ระยะเวลาการติดเชื้ (ปี)</b>		
1 - 5	113	33.93
6 - 10	96	28.83
11 - 15	60	18.02
> 15	64	19.22
$(\bar{X} = 9.65, S.D = 6.55, Max = 29.00, Min = 1.00)$		
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)</b>		
อยู่คนเดียว	10	3.00
2 - 3	156	46.85
> 3	167	50.15
$(\bar{X} = 3.80, S.D = 1.75, Max = 9.00, Min = 1.00)$		

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยเอื้อด้านการยอมรับของครอบครัวการยอมรับทางสังคมปัจจัยทางเศรษฐกิจและปัจจัยเสริมด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (n = 333)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D	แปลผล คะแนน
	คะแนนที่ เกิดขึ้นจริง	คะแนนที่ เป็นไปได้			
การเห็นคุณค่าในตนเอง	15 - 40	10 - 40	32.11	5.29	มาก
การยอมรับของครอบครัว	4 - 16	4 - 16	12.52	2.68	ปานกลาง
การยอมรับทางสังคม	10 - 36	9 - 36	24.89	4.76	ปานกลาง
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ	4 - 16	4 - 16	11.93	2.44	ปานกลาง
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน	5 - 20	5 - 20	12.43	4.50	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก การยอมรับของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง การยอมรับทางสังคมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ปัจจัยทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางและคะแนนการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

**ตารางที่ 3** แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (n = 333)

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง ( $\geq 32$ คะแนน)	204	61.26
ปานกลาง (25 - 31 คะแนน)	120	36.03
ต่ำ ( $\leq 24$ คะแนน)	9	2.70

( $\bar{X}$  = 33.20, S.D = 4.73, max = 40.00, min = 13.00)

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.26 รองลงมาคือ เข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.03 และเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับต่ำอยู่ที่ ร้อยละ 2.70

**ตารางที่ 4** แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (n = 333)

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ	b	SE b	$\beta$	t
การยอมรับของครอบครัว	.536	.106	.328	4.971*
การยอมรับทางสังคม	.302	.063	.145	4.870*
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ	.260	.125	.129	2.096**

Constant (d) = 8.565 R = .538 R Square = .310  
Adjust R square = .301 F = 33.410

\*p-value < .001 \*\* p-value < .05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงที่สุดคือ การยอมรับของครอบครัว ( $\beta = .328$ ) รองลงมาคือ การยอมรับทางสังคม ( $\beta = .145$ ) และอันดับที่ 3 คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ( $\beta = .129$ ) ตัวแปรทำนายทั้ง 3 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 31.00

**สมการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์**

$$Z\hat{y} = 8.565 + (.536 * Zx_1) + (.302 * Zx_2) + (.260 * Zx_3)$$

$Z\hat{y}$  = การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

$Zx_1$  = การยอมรับของครอบครัว

$Zx_2$  = การยอมรับทางสังคม

$Zx_3$  = ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ได้ ร้อยละ 31.00 (R square = .310 x 100)

จากสมการคะแนนมาตรฐานแสดงว่า เมื่อค่าการยอมรับของครอบครัว ( $Zx_1$ ) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จะเพิ่มขึ้น .536 หน่วย ค่าการยอมรับทางสังคม ( $Zx_2$ ) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จะเพิ่มขึ้น .302 หน่วย และเมื่อค่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ ( $Zx_3$ ) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จะเพิ่มขึ้น .260 หน่วย

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับผลการศึกษาของอภิชัยคุณิพงษ์ ในปี 2562 เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง<sup>(16)</sup> โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ถึงร้อยละ 40.24 (เฉลี่ย 41.5 ปี) ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 64.87 ซึ่งอยู่ในวัยแรงงาน ต้องประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัว แม้ว่าร้อยละ 32.43 จะมีรายได้มากกว่า 90,000 บาทต่อปี แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยเมื่อเทียบกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนในจังหวัดพิจิตร คือ 21,229 บาทต่อเดือน หรือ 254,748 บาทต่อปี<sup>(17)</sup>

ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย

การยอมรับของครอบครัว ( $\beta = .32$ ) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กนกพรรณ อุทัยมณี ในปี 2563 เรื่อง การศึกษารูปแบบและปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอช ไอวีในการเข้ารับบริการของคลินิก Anti Retro Viral โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมในบริการ 4 ด้าน ได้แก่ การร่วมคิด การร่วมตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมประเมินและติดตามผล ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การร่วมประเมินและติดตามผลกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากที่สุด จากการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านจิตใจที่เป็นผลมาจากการยอมรับของครอบครัว เป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าเป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด<sup>(18)</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการยอมรับของบุคคลในครอบครัวเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีช่วยให้ผู้ติดเชื้อ รู้สึกถึงการมีตัวตน รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง เมื่อมีปัญหาใดๆ ในชีวิต ครอบครัวสามารถรับฟัง ปลอดภัยให้กำลังใจจนสามารถก้าวผ่านเรื่องราวต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี

การยอมรับทางสังคม ( $\beta = .14$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร งามขำและคณะ ในปี 2561 ที่ศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร และผลการศึกษาของ รัชนิวรรณ์ นิรมิต

และบัวพันธ์ พรหมพักพิง ปี 2562 ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงบริการชาวลาวในพื้นที่ชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการยอมรับของสังคม มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )<sup>(19)</sup> สอดคล้องกับแนวคิดของขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ (2556) ที่พบว่าการยอมรับทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง<sup>(20)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนด้านการประเมินผลและด้านข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนาเข้ารับบริการสุขภาพได้ระดับดีโดยพบว่าถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลที่สูงขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ายิ่งสังคมให้การยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อฯได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีกิจกรรมร่วมกันในชุมชนโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ จะทำให้ผู้ติดเชื้อฯรู้สึกมีตัวตน และคุณค่า ยินดีเปิดเผยตัวเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นไปในทิศทางที่ดี เดินหน้าเข้าสู่เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ได้ในที่สุด

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ( $\beta = .12$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ ในปี 2560 เรื่องภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(21)</sup> อธิบายได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจประกอบไปด้วย 5 ตัวแปร คือ 1) สถานภาพการทำงานของหัวหน้าครัวเรือน 2) รายได้เฉลี่ยรวมของครัวเรือน 3) จำนวนผู้พึ่งพิงในครัวเรือน 4) ความเป็นอยู่ในครัวเรือน 5) ภาระหนี้สินในครัวเรือน<sup>(22)</sup> ดังนั้นการมีปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ดีสามารถตอบสนองความต้องการด้านปัจจัย 4 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในดูแลตนเอง และครอบครัว สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเศรษฐกิจยุคปัจจุบัน รวมถึงสามารถเป็นผู้ให้ในบางโอกาส อันจะนำมาซึ่งความรักความเกรงใจ และเกิดการยอมรับในที่สุด



## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ภาครัฐควรกำหนดนโยบายให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวเป็นหลัก สร้างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน สื่อสารประชาสัมพันธ์ แบบมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม

2. ภาครัฐควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการทำงานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถดูแลตนเองได้ดี

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มที่มีการติดเชื้อฯ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นพ.อดิสรณ์ วรรณศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร นพ.วิศิษฎ์ อภิสิทธิ์ วิทยา นพ.พนม ปทุมสูติ ดร.ธานี โชติกคาม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร นายจรรย์ธร์ คงนุ่น หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ นายประพันธ์ เข้มแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกยาด้านไวรัสโรยาลชุมชนจังหวัดพิจิตร ทั้ง 6 แห่ง พร้อมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเก็บข้อมูลแบบสอบถามงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญชายดำรงขวัญ.เอดส์ปฐมบทแห่งการเรียนรู้จากโรงพยาบาลบาราตในอดีต.พิมพ์ครั้งที่1. นนทบุรี: พีเอ็นเอสครีเอชั่น; 2561
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซีคอนเซ็ปต์; 2560.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี

[Internet]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>

4. Adam BD, Corriveau P, Elliott R, Globerman J, English K, Rourke S. HIV disclosure as practice and public policy. *Critical Public Health* 2015;25(4):386-97.
5. ขวัญจิตกร เหล่าทอง, เจนจิต ฉายะจินดา, สุจิตตรา พงศ์ประสพชัย, เพียงเพ็ญ ธัญญะตุลย์, พรรณราย หนูมา, อัมพัน เฉลิมโชคเจริญกิจ, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยผลเลือดการตรวจภาวะติดเชื้อเอชไอวีของสตรีไทย. *วารสารเวชบัณฑิตศิริราช*. 2561; 11(1):2-8.
6. ศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อและพาหะนำโรค. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเอดส์ [Internet]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: [http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc\\_nih/a\\_nih\\_1\\_001c.asp?info\\_id=901](http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=901)
7. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พงนา ธัญญกิตติกุล, ชูติวัลย์ พลเดช. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ผลของการตีตราต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัณโรค และ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์. *Disease Control Journal*. 2561; 44(1):19-29.
8. รัชนี เสนาน้อย, เสาวคนธ์ วีระศิริ. ความเครียดและการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุคคลติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์: การวิเคราะห์กรณีตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 2562;39(4): 120-128.
9. Evangelini M, Wore AL. HIV disclosure anxiety: a systematic review and theoretical synthesis. *AIDS and Behavior* 2017;21(1): 1-11.
10. Kalichman SC, Kalichman MO, Cherry C, Grebler T. HIV disclosure and transmission risks to sex partners among HIV-positive men. *AIDS Patient Care and STDs* 2016; 30(5):221-8.

11. Spangler SA, Abuogi LL, Akama E, Bukusi EA, Helova A, Musoke P, et al. From 'half-dead' to being 'free': resistance to HIV stigma, self-disclosure and support for PMTCT/HIV care among couples living with HIV in Kenya. *Culture Health and Sexuality* 2018;20(5):489-503.
12. Muangma N, Lalitanantpong D. Resilience and social support in HIV/AIDS clients at the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration, Thai Red Cross AIDS Research Centre. *Chulalongkorn Medical Journal* 2018;62(6):947-63.
13. Dessalegn NG, Hailemichael RG, Shewa-Amare A, Sawleshwarkar S, Lodebo B, Amberbir A, et al. HIV disclosure: HIV-positive status disclosure to sexual partners among individuals receiving HIV care in Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS ONE* 2017; 14(2):e0211967.
14. Madiba S, Mokgatle M. Perceptions and experiences about self-disclosure of HIV status among adolescents with perinatal acquired HIV in poor-resourced communities in South Africa. *AIDS Research and Treatment* 2016;2016:2607249.
15. Sullivan KM. Sample size for a proportion or descriptive study [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 30]. Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
16. อภิชัย คุณิพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์*. 2562; 44(5):75-80.
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน [Internet]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/08.aspx>
18. กนกพรธณ อุทัยมณี. การศึกษารูปแบบและปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการเข้ารับบริการของคลินิก Anti Retro Viral โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสังคมภิวัตน์*. 2563;11(3):13-28.
19. รัชนิวรรณ์ นิรมิต และบัวพันธ์ พรหมพักพิง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงบริการชาวลาวในพื้นที่ชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพัฒนาสังคม*. 2562;21(2): 78-95.
20. ขวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาจันทร์, นวลฉวี ประเสริฐสุข. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*. 2556; 7(3):93-104
21. ศศิวิมล บุรณะเรข, พิมพิรัตน์ ธรรมรักษา, ไชนภา แก้วจันทรา, มณูชัชพาณี ขำวงษ์. ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร*. 2560; 33(2):54-63.
22. นริญาจันทร์กลีบ. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทยกับค่าใช้จ่ายทางการศึกษาระดับประถมศึกษา (ปริญญาโทปริญญาตรีปริญญาโทปริญญาตรี). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.