

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ หรือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง เรียกว่า Human Immuno Deficiency Virus หรือเรียกย่อ ๆ ว่า HIV ที่สามารถทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จนร่างกายไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคใด ๆ ได้ ทำให้ร่างกายของคนติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ได้ง่าย หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่าย และจะเสียชีวิตในที่สุด โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่อันตรายร้ายแรง และกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โรคเอดส์สามารถติดต่อได้ 3 ทาง คือ ทางเพศสัมพันธ์ ทางการได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดเข้าไป และทารกในครรภ์มารดาที่ติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการสำส่อนทางเพศ โรคเอดส์เป็นโรคที่พบเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ในเดือน มิถุนายน 2524 และศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control : CDC) ได้ประกาศให้โรคเอดส์เป็นโรคระบาด เมื่อปี พ.ศ.2525 ซึ่งเป็นโรคที่ระบาดร้ายแรง และมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเอดส์สูงขึ้นตลอดเวลาทั่วโลก สภาพปัญหาของโรคเอดส์ที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ การแพร่ระบาดของโรคขณะนี้ เป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ที่ได้รับเชื้อและป่วยเป็นโรคเอดส์ต้องเสียชีวิตในที่สุด เนื่องจากว่าปัจจุบัน ยังไม่สามารถคิดค้นตัวยาที่จะสามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ รวมทั้งยังไม่มีวัคซีนชนิดใดที่ใช้ได้ผลในการป้องกันโรคนี้ได้เลย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้สรุปสถานการณ์เอดส์ของทั่วโลก ในปี 1995 จากการสำรวจ ปรากฏว่า มีประชากรโลกติดเชื้อเอดส์สูงถึง 19 ล้านคน โดยแยกเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์จากทวีปอาฟริกาสูงสุด จำนวน 13.575 ล้านคน (ร้อยละ 70) รองลงมาคือ ทวีปอเมริกา จำนวน 3.5 ล้านคน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 1.3 ล้านคน ทวีปยุโรป จำนวน 1.325 ล้านคน และทวีปออสเตรเลีย จำนวน 41,000 คน ซึ่งองค์การอนามัยโลก

คาดว่า จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นใหม่อีก 10-20 ล้านคน ในระหว่างปี 2533 ถึงปี 2543 กล่าวคือ ในปี 2543 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รวมทั้งสิ้นโดยประมาณ 40 ล้านคน ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์จะเป็นผู้ใหญ่ 30 ล้านคนและมากกว่าร้อยละ 90 จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ส่วนอีกจำนวน 10 ล้านคน จะเป็นเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่ติดเชื้อเอดส์ และจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จะมีผลกระทบต่อประเทศเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีคนหนุ่มคนสาวและวัยกลางคนต้องป่วย และต้องตายด้วยโรคเอดส์เป็นจำนวนล้าน ๆ คน

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย นับตั้งแต่มีรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์รายแรก ในปี 2527 จนถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2539 กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคเอดส์รวมทั้งหมด 39,161 ราย เมื่อแยกปัจจัยเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่ติดต่อกจากการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 78.80 และเป็นผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ รวมทั้งหมด 16,435 ราย (ดังตารางที่ 1.1) เมื่อแยกปัจจัยเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่ติดต่อกจากการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 78.72

ตารางที่ 1.1

แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ กันยายน 2527 ถึง พฤษภาคม 2539

ประเภท	2527-2535	2536	2537	2538	2539	รวมสะสมทั้งหมด
ผู้ป่วยเอดส์(AIDS)	2,266	6,483	12,908	16,508	996	39,161
ผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (Symptomatic HIV)	2,088	1,961	4,662	7,209	515	16,435

ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์ และคณะ (2532: 1) กล่าวว่า พบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีเลือดบวก เป็นกลุ่มที่รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มติดยาเสพติด ถ้าหากผู้ติดเชื้อเอดส์เหล่านี้ ไม่รู้จักวิธีปฏิบัติตนในการดูแลตนเองแล้ว จะทำให้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยิ่งสูงขึ้นอีก และเนื่องจากการติดเชื้อเอดส์เป็นไปในลักษณะสะสม ที่ว่าโรคเอดส์มีระยะพักตัวประมาณ 10 ปี และการติดเชื้อกำลังเพิ่มขึ้นในช่วงแรกนี้ ร่วมกับข้อมูลจากการคาดประมาณเดิม คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อ 3 ล้านคนในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2543

ปัจจุบัน โรคเอดส์ในประเทศไทยได้แพร่ระบาดผ่านกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ในระยะแรก โดยเริ่มพบในชายรักร่วมเพศ ต่อมาได้มีการแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แล้วแพร่กระจายไปสู่กลุ่มหญิงโสเภณี ผู้ขายบริการทางเพศ และผู้ใช้บริการทางเพศ จนในที่สุดเข้าถึงครอบครัว ผู้ซึ่งไม่ได้ประพฤติดนให้เสี่ยง คือ กลุ่มแม่บ้าน หญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป และทารก เป็นไปอย่างครบวงจร จากผลการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ที่ผ่านมา ประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง กล่าวคือ อัตราการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงเริ่มชะลอตัวลง เช่น กลุ่มผู้ติดยาเสพติด กลุ่มชายรักร่วมเพศ และกลุ่มชายที่มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงทั่วไปยังคงอยู่ในระดับที่เพิ่มสูงขึ้น และอัตราการติดเชื้อสูงมิได้จำกัดอยู่เฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน เหมือนในช่วงทศวรรษแรก นับตั้งแต่พบผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยเท่านั้น แต่ปรากฏว่าได้มีการแพร่ระบาดสูงในพื้นที่หลายจังหวัดในภาคกลางด้วยแล้ว แนวโน้มอัตราการติดเชื้อเอดส์ในประชาชนทั่วไปผ่านทางเพศสัมพันธ์ได้เพิ่มสูงขึ้น และกระจายไปยังทุกภาคของประเทศไทย ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิตในสังคมเป็นแบบเกื้อหนุน โดยเฉพาะการเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศจากการเน้นภาคเกษตรกรรม มาเป็นภาคอุตสาหกรรม และบริการ ซึ่งส่วนใหญ่กระจุกตัวในเขตเมือง ทำให้มีการอพยพแรงงานเข้าสู่เขตเมืองเป็นจำนวนมาก โดยทั้งครอบครัวไว้ในชนบท ลักษณะครอบครัวเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น พ่อแม่ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพมากยิ่งขึ้น ความผูกพันความสัมพันธ์ของสมาชิกคลายตัวลง ครอบครัวขาดความอบอุ่น กระแสวัฒนธรรมต่างประเทศที่หลั่งไหลเข้ามาพร้อมกับสื่อสารสนเทศและสื่อบันเทิงต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรมประเพณีอันดีงามของชาติและท้องถิ่น ค่านิยมที่มุ่งเน้นวัตถุมากยิ่งขึ้น ทำให้ความเกื้ออาทรในสังคมเสื่อมสลายลง ลักษณะดังกล่าวทำให้สังคม

ไทยก้าวเข้าสู่ภาวะ 'ครอบครัวแตกแยก ชุมชนล่มสลาย' มากขึ้น ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสริมให้ประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ชายไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่อการเป็นผู้รับเชื้อและแพร่เชื้อโรคเอชไอวี ด้วยการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส ที่มีใช้หญิงบริการมากขึ้นกว่าที่เคยประพอดิกันในอดีต ปัจจัยทางสังคม และพฤติกรรมเช่นนี้ทำให้หญิงในวัยเจริญพันธุ์กลายเป็นกลุ่มที่มีโอกาสได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามี หรือคู่นอนของตนเองมากขึ้น แม้ว่าตนเองมิได้มีพฤติกรรมเสี่ยงแต่ประการใด ปัจจุบันนี้ อัตราการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้กระจายไปในทุกกลุ่มอายุ ทุกเพศ ทุกวัย และทุกสาขาอาชีพ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง ครอบคลุมที่ยังไม่สามารถค้นพบวัคซีนที่รักษาโรคเอชไอวีได้ จากการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเอชไอวี และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอชไอวี ของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวเลขที่ปรากฏนั้นเป็นเพียงสถิติที่นับจากจำนวนผู้ที่มารับการตรวจเลือดเท่านั้น ไม่ใช่จากจำนวนประชากรทั้งหมดที่คาดว่าน่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าที่พบในขณะนี้ ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรคเอชไอวีจึงจำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอชไอวีแก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญโดยพิจารณาได้จากการแยกกลุ่มอาชีพของผู้ติดเชื้อโรคเอชไอวี กลุ่มผู้ใช้แรงงานเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่ง ที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรให้ความสนใจเกี่ยวกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ เนื่องมาจากจำนวนผู้ที่มารับการตรวจเชื้อเอชไอวี และมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มแรงงานสูงขึ้นเรื่อย ๆ

● จากสถิติของกองระบาดวิทยา ปี 2539 กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือน มกราคม - พฤษภาคม 2539 พบผู้ป่วยเอชไอวี เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานจำนวน 24,671 คน หรือร้อยละ 44.37 เป็นผู้ป่วยโรคเอชไอวี (AIDS) และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอชไอวี (Symptomatic HIV) (ดังตารางที่ 1.2) ดังนั้นกลุ่มผู้ใช้แรงงานจึงจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเอชไอวีและผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอชไอวีกลุ่มใหญ่ที่สุด

ตารางที่ 1.2

แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์ และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ จำแนกตามอาชีพ

กันยายน 2527 - พฤษภาคม 2539

อาชีพ	ผู้ป่วยเอดส์	ผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์	รวม
1. เกษตรกรรม	8,952	3,680	12,632
2. ข้าราชการ	1,550	582	2,132
3. ธุรกิจเอกชน	289	178	467
4. ค้าขาย	1,676	697	2,373
5. ผู้ใช้แรงงาน	17,127	7,544	24,617
6. นักเรียน นักศึกษา	117	84	201
7. ประมง	539	260	799
8. พนักงานรัฐวิสาหกิจ	103	54	157
9. ข้าราชการทางเพศ	168	143	311
10. นักร้อง นักแสดง นักดนตรี	29	7	36
11. พนักงานเสิร์ฟ พนักงานบาร์	33	26	59
12. เสริมสวย	21	10	31
13. งานบ้าน	1,004	382	1,386
14. ผู้ต้องขัง	852	286	1,138
15. นักบวช พระ	570	221	791
16. เด็กต่ำกว่าวัยเรียน	2,264	630	2,894
17. ว่างงาน	1,110	288	1,398
18. ไม่ระบุอาชีพ	2,757	1,363	4,120
รวม	39,161	16,435	55,596

ยุพดี ศรีนาค (2535: 11) เนื่องจากกลุ่มผู้ใช้แรงงานเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มากที่สุดขณะนี้โรงงานและสถานประกอบการบางแห่งได้เริ่มต้นตัวในเรื่องโรคเอดส์ โดยให้มีการตรวจเลือดคนงาน เพื่อค้นหาว่าลูกจ้างคนงานใดได้รับเชื้อเอดส์ ซึ่งถ้าตรวจพบ ปัญหาต่าง ๆ ก็จะมาตามทันที เช่น การเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม ถูกเพ่งเล็งจากนายจ้างผู้ไม่เข้าใจ บางครั้งรุนแรงถึงขั้นไล่ออก ทำให้ลูกจ้างต้องประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่ไม่สามารถทำงานเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ถึงแม้ว่าระยะเวลาในการฟักตัวของเชื้อโรคเอดส์จะกินเวลาประมาณ 10 ปีก็ตาม แต่ในขณะที่เชื้อโรคเอดส์ยังไม่แสดงอาการ ลูกจ้างคนนั้นจะทำอย่างไรกับชีวิต เพราะในขณะนี้ยังไม่มีตัวยาที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ นอกจากมีเพียงตัวยาที่จะช่วยทำให้เชื้อเอดส์แสดงอาการได้ช้าลงเท่านั้น ตัวยาดังกล่าวมีราคาแพงมากถึงเม็ดละ 40 บาท ซึ่งผู้ป่วยต้องกินยา 4 เม็ดต่อวันติดต่อกันตลอดไป เท่ากับใช้จ่ายค่ายา 160 บาทต่อวัน นอกจากนี้จากการศึกษา ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ร้อยละ 90 อยู่ในวัยแรงงาน กล่าวคือเป็นผู้มีอายุอยู่ระหว่าง 15-60 ปี การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จึงส่งผลต่อกำลังแรงงานของประเทศ โดยมีแนวโน้มว่าในอนาคตประชากรวัยแรงงานจะมีแนวโน้มที่ลดลง ซึ่งเป็นวัยที่มีการสะสมประสบการณ์ในการทำงาน ย่อมมีผลทำให้แรงงานวัยฉกรรจ์ของประเทศลดน้อยลง และจำเป็นต้องฝึกอบรมคนใหม่ ๆ เข้าสู่ระบบเพื่อทดแทนแรงงานที่ขาดหายไป เป็นที่แน่นอนที่สุดว่า ปัญหาโรคเอดส์ทำให้สถานการณ์แรงงานในอนาคตของประเทศเกิดความขาดแคลนแรงงาน เพื่อป้องกันแรงงานซึ่งเกิดจากคนงานป่วยเป็นโรคเอดส์ ดังนั้นทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนและตรงกันว่าจะเกิดปัญหาเมื่อประชากรวัยแรงงานเกิดป่วยด้วยสาเหตุที่เกิดจากโรคเอดส์ จนไม่สามารถทำงานได้ เพราะในหลายกิจการนายจ้างเลิกจ้างเนื่องจากรังเกียจผู้ติดเชื้อทั้งที่ในระยะของการติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดเชื้อยังสามารถทำงานได้เท่ากับคนปกติ หากมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องกับผู้ติดเชื้อเอดส์แล้ว สภาพการขาดแคลนแรงงานอาจเกิดขึ้นโดยเร็ว และรุนแรงกว่าที่ควรจะเป็น

ข่าวสารโรคเอดส์ (2539 : 1) ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ส่งผลกระทบต่ออัตราการตายของประชากรในประเทศไทยอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดทางภาคเหนือตอนบน และอัตราการตายด้วยโรคเอดส์ ยังเกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ในกลุ่มประชากรใช้แรงงานมากที่สุด เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุของผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์แล้วพบว่า อยู่ในช่วงอายุ 20 - 39 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุสำคัญของกำลังแรงงานของประเทศ (ดังตารางที่ 1.3)

ตารางที่ 1.3

แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามกลุ่มอายุ กันยายน 2527-พฤษภาคม 2539

กลุ่มอายุ	ผู้ป่วยโรคเอดส์		รวม	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
0 - 4	1,160	1,042	2,202	5.62
5 - 9	30	23	53	0.14
10 - 14	7	6	13	0.03
15 - 19	249	257	506	1.29
20 - 24	4,077	1,368	5,445	13.90
25 - 29	9,661	1,337	10,998	28.08
30 - 34	7,631	986	8,617	22.00
35 - 39	4,883	556	5,439	13.89
40 - 44	2,342	247	2,589	6.61
45 - 49	1,191	150	1,341	3.42
50 - 54	633	77	710	1.81
55 - 59	481	57	538	1.37
60 +	595	57	652	1.66
ไม่ทราบอายุ	48	10	58	0.15

ที่มา : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2539

รายงานการเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา (2539: 2) ประเทศไทยเริ่มมีรายงานการตายด้วยโรคเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 อัตราการตายด้วยโรคเอดส์ในระยะ 7 ปีแรก มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างน้อย กล่าวคือเพิ่มขึ้นจาก 0.002 ต่อประชากรแสนคน เป็น 0.097 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2533 แต่หลังจากนั้นเป็นต้นมา อัตราการตายด้วยโรคเอดส์ก็ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2537 อัตราการตายด้วยโรคเอดส์ เท่ากับ 6.4 ต่อประชากรแสนคน อัตราการตายด้วยโรคเอดส์ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยอัตราการตายเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุทุกเพศ และทุกพื้นที่ของประเทศไทย เพศหญิงมีอัตราการตายต่ำกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการแพร่ระบาดของที่สำคัญของโรคเอดส์ในประเทศไทยคือ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ ดังนั้น เพศชายซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าจึงมักติดเชื้อมาก่อน แล้วจึงแพร่เชื้อออกไปให้ผู้หญิงที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในครอบครัว การที่การระบาดเริ่มต้นในชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อน อาจเป็นสาเหตุให้อัตราการตายในเพศชายยังคงสูงกว่าเพศหญิงอยู่ สำหรับอัตราการตาย ในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ถึงแม้ว่าการระบาดของโรคเอดส์จะเข้ามาในระบบครอบครัวไม่นานนัก แต่เนื่องจากระยะฟักตัวของโรคเอดส์ในกลุ่มเด็กที่ได้รับการถ่ายทอดเชื้อมาจากมารดา มีระยะสั้นกว่าในผู้ใหญ่มาก จึงทำให้อัตราการตายในกลุ่มนี้สูง ในปัจจุบัน

เสนาะ เทียนทอง (เปิดงานคอนเสิร์ตปราบยาบ้าต้านภัยเอดส์: 2539) กล่าวว่า อัตราการตายด้วยโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.5 คน ต่อวัน ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายว่า แรงงานเหล่านี้ยังสามารถที่จะเป็นกลไกสำคัญในการผลิตของประเทศต่อไปได้อีกยาวนาน ในเวลาเดียวกัน อัตราการตายของประชากรกลุ่มที่ได้รับผลจากโรคเอดส์อีกกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่ได้กล่าวขานถึงกันมากนักก็คือ อัตราการตายของทารกและเด็กที่ติดเชื้อจากครรภ์มารดา องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดประมาณว่าปัจจุบัน มีเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ 1 ล้านคน สำหรับประเทศไทย แม้ว่าตัวเลขของเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนี้จะไม่สูงนัก แต่แนวโน้มจำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ในอนาคตข้างหน้าจะต้องเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน จากการรายงานการสำรวจอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ ที่มาฝากครรภ์กับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ในปี 1994 พบว่า มีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7 เพิ่มขึ้นจากเมื่อปี 1990

ที่พบเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้น ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ (2539: 1) กล่าวว่าในจังหวัดทางภาคเหนือตอนบนบางจังหวัดในหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบางแห่ง ได้มีการตรวจพบว่าหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์นั้นมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 7

วาทีณี บุญชะลิกษี และ Phillip Guest (2539: 2) ได้คาดประมาณว่าเมื่อถึงปี พ.ศ.2543 หรือใน 4ปีข้างหน้า จะมีเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีสูงเป็นจำนวนถึง 350,000 คน เปรียบเทียบเมื่อปี พ.ศ.2533 ซึ่งมีเพียง 5,000 คน และในจำนวนเด็กซึ่งเข้าข่ายที่จะต้องกลายเป็นเด็กกำพร้า เพราะบิดา มารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอชไอวีจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในทศวรรษหน้า กล่าวคือเมื่อถึงปี 2543 จะมีเด็กอายุ 12 ปีลงมา จำนวนประมาณ 86,000 คน และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนประมาณ 30,000 คน ที่จะต้องสูญเสียมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเด็กเหล่านี้จะมีอายุอยู่ระหว่าง 5 - 12 ปี ในขณะที่มารดาของตนเสียชีวิตด้วยโรคเอชไอวี

ผลจากการคาดประมาณเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในอีก 4 ปีข้างหน้าได้สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาที่ครอบครัวไทยกำลังเผชิญอยู่ แม้ว่าในรอบ 2 - 3 ปีที่ผ่านมา การรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอชไอวีในประเทศไทยได้มีการนำประเด็นเรื่องโรคเอชไอวีกับครอบครัวมาพูดถึงอย่างกว้างขวาง หลายมุมมองโดยผ่านทางสื่อต่างๆ แล้วก็ตาม การติดเชื้อและการแพร่ของโรคเอชไอวีในปัจจุบัน เป็นผลพวงสำคัญจากพฤติกรรมทางเพศของบุคคล ขณะที่การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านทางระบบพันธุกรรม ยังจัดว่ามีความรุนแรงลดลงมา จากปรากฏการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และได้ส่งผลกระทบต่อมายังทารกในครรภ์ โดยที่กลุ่มหญิงที่มีครรภ์เหล่านี้ ส่วนใหญ่ล้วนแล้วแต่รับเชื้อเอชไอวีมาจากสามีของตน และแม้ว่าอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางพันธุกรรมจากแม่ไปสู่ทารกในครรภ์ มีอยู่ประมาณร้อยละ 20-30 ก็ตาม แต่ปรากฏการณ์ดังกล่าว จะเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออย่างต่อเนื่องทั้งทางด้านสาธารณสุขและทางสังคม ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์กำลังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าศึกษาวิจัย เพื่อค้นหาวิธีการที่จะยับยั้งป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่ไปสู่ลูก ดังนั้นสิ่งที่เป็หัวใจสำคัญที่สุดคือ ความพยายามที่จะลดจำนวนเด็กติดเชื้อเอชไอวี และเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอชไอวีด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของผู้ใหญ่ โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศของคู่สมรส หรือผู้ที่จะเป็นบิดามารดาของเด็กต่อไป กล่าวได้ว่าปัญหาของเด็กติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นผลพวงของพฤติกรรมผู้ใหญ่

การที่ผู้วิจัยได้ทำการเลือกศึกษากลุ่มแรงงานชายในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก เนื่องจากแรงงานกลุ่มนี้ เป็นปัจจัยสำคัญต่ออุตสาหกรรมการผลิต ถือเป็นทรัพยากรสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งในเขตดังกล่าวนี้เป็นเมืองท่องเที่ยว มีหญิงบริการและสถานเริงรมย์ประเภทต่าง ๆ อยู่เป็นจำนวนมาก เป็นพื้นที่ที่กลุ่มแรงงานมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์สูง ไพรัช ศิสุตใจ (2527: 20) ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มักเป็นผู้ที่สำส่อนทางเพศ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชายในกลุ่มแรงงาน มักชอบเที่ยวหญิงบริการทางเพศ สำหรับในผู้หญิงนั้นการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มักจะรับเชื้อมาจากสามีซึ่งมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ไปด้วย ทั้งนี้เพราะสามีอาจได้รับเชื้อเอดส์ มาพร้อมกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ แล้วนำเชื้อมาแพร่สู่ผู้เป็นภรรยา ดังที่ สะองค์ คชเสนี, วาริ สุริวัณ และราศรี สัตยวิวิทย์ (2535: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพบว่าหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ มีประวัติเป็นโรคซิฟิลิส และหนองใน ร้อยละ 12.6 และสามีของหญิงที่ติดเชื้อเอดส์ มีประวัติการเที่ยวหญิงบริการทางเพศ ร้อยละ 62.8 ซึ่งพบทั้งการเที่ยวหลายครั้ง และการเที่ยวเพียงครั้งเดียวก็สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการสนับสนุนว่าการติดเชื้อซิฟิลิสและหนองในอาจติดมาจากสามีซึ่งมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศและมีโอกาสติดเชื้อเอดส์มาสู่ภรรยา เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศซิมบับเว ได้ทำการศึกษาในผู้ชายที่แต่งงานแล้ว และมีผล HIV บวกจำนวน 75 คน พบว่า ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศกับคู่นอนหลายคน รวมทั้งหญิงบริการทางเพศ และผู้ชายเหล่านี้ให้ประวัติว่าเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อตรวจเลือดของภรรยาชายเหล่านี้ พบว่า ร้อยละ 60 มีผลการตรวจเลือดติดเชื้อเอดส์ โดยภรรยาที่มีประวัติเคยเป็นแผลบริเวณอวัยวะเพศ จะมีผลเลือดติดเชื้อเอดส์มากกว่าผู้ที่ไม่เคยเป็นโรคที่มีแผลบริเวณอวัยวะเพศ ลาลิฟ และคณะ (Lalif et al. 1989: 519-523)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้กลุ่มแรงงานชาย เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการป้องกันการติดต่อ และแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากการติดเชื้อโรคเอดส์นั้น นอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของบุคคลแล้ว ยังมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของบุคคล และประเทศชาติโดยผู้ป่วยรายหนึ่งจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงมาก และเมื่อแสดงอาการของโรคแล้ว ผู้ป่วยจะไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ จึงทำให้ขาด

รายได้และตกเป็นภาระแก่ครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์มักจะถูกสังคมรังเกียจ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก และที่สำคัญก็คือ ในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังไม่แสดงอาการของโรคนั้น ผู้ป่วยอาจขาดความระมัดระวังในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งจะทำให้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์กว้างขวางมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้กลุ่มแรงงานชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์อย่างถูกต้อง ก็จะช่วยขจัดปัญหาต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการติดเชื้อเอดส์ ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว การให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียว นั้น ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและอาจมีปัจจัยจากภายในตัวบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคลนั้น แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาใช้อย่างแพร่หลายซึ่งในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค โดยที่บุคคลใดก็ตามจะกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง และเชื่อในองค์ประกอบต่อไปนี้ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันการโรค โรเซนสโตค (Rosenstock, in Becker, ed. 1974: 3-4) ตั้งน้้นการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จึงนับได้ว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ และคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานชาย ดังที่ เสมอจันทร์ อณะเทพ (2535: 78-81) ได้ศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของผู้ติดยาเสพติดทางเส้นเลือด และจากการศึกษาของ อัลลาร์ด (Allard 1989: 488-452) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอมมอน และคนอื่น ๆ (Emmon, et al.: 1986: 332-344) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักร่วมเพศได้

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น นอกจากการรับรู้ของบุคคลจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์แล้ว ปัจจัยทางจิตสังคมซึ่งเป็นปัจจัยร่วม ก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยเช่นกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกสัมพันธภาพของกลุ่มสมรสเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานชาย เนื่องจาก สัมพันธภาพของกลุ่มสมรสเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน เป็นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่มีความสนิทสนมลึกซึ้ง และผูกพันกันมากที่สุด (วันทนี วาสิกะสิน 2526: 92-93) สัมพันธภาพของกลุ่มสมรสจะประกอบไปด้วย การแก้ปัญหาความขัดแย้ง ความรักใคร่อาทร การมีพันธะผูกพันต่อกัน การมีเพศสัมพันธ์ ความเป็นเอกลักษณ์ในชีวิตสมรส ความสอดคล้องกัน ความเป็นอิสระของกลุ่มสมรส และการแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นร่วมกัน แวริง และเรตต์คอม (Waring and Reddon 1983: 54; Waring, et al. 1981: 167) องค์กรประกอบเหล่านี้จะทำให้กลุ่มสมรสมีความเข้าใจกัน เต็มใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย ตลอดจนมีการยอมรับในคุณค่าและเคารพในศักดิ์ศรีของอีกฝ่ายหนึ่งซึ่ง เป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของความสัมพันธ์ของสามีและภรรยา กลุ่มสมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ดีจะมีความรับผิดชอบที่จะไม่นำโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์มาแพร่กระจายสู่กันรวมทั้งน่าจะมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่มีการติดต่อกันทาง เพศสัมพันธ์ที่อันตรายที่สุดโรคหนึ่งในปัจจุบัน

นอกจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของกลุ่มสมรสแล้ว ปัจจัยทางด้านสังคมประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการสมรส จำนวนบุตร จำนวนบุคคลที่ต้องรับผิดชอบดูแล และลักษณะครอบครัว ก็นับว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ด้วย โดยอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังที่ แฮริส และกูเด็น (Harris, Guten cited in Brown and McGreedy 1986: 317) และแลงกี (Langlie 1977: 254) ทำการศึกษา และได้ผลสอดคล้องกันว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น ส่วนระดับการศึกษา คาลส์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb 1966: 250) กล่าวว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย ดังเช่นการศึกษาของมัลลิกา ตั้งเจริญ (2535: บทคัดย่อ) พบว่า

ระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ในหญิงอาชีพพิเศษ สำหรับรายได้นั้น มัลลิกา ตั้งเจริญ (2535: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่ามี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์อีกด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน สังคมประชากร ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยสัมพันธภาพของคู่สมรส กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานชาย โดยดัดแปลงกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานชายในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมประชากร กับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และสัมพันธภาพของคู่สมรสของแรงงานชายในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของแรงงานชายในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาแรงงานชายในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว ทั้งที่จดทะเบียนสมรสและไม่ได้จดทะเบียนสมรส หรืออยู่กันด้วยกันฉันท์สามีภรรยา ในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก จำนวน 3 แห่ง คือ นิคมอุตสาหกรรมบางปะกงจังหวัดฉะเชิงเทรา นิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบังจังหวัดชลบุรี และนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดจังหวัดระยอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของกลุ่มสมรส และพฤติกรรมกำบังกันโรคเอดส์ สำหรับเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการส่งเสริมพฤติกรรมกำบังกันโรคเอดส์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่กลุ่มสมรสในกลุ่มแรงงานชาย
2. ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคเอดส์ สำหรับใช้เป็นแนวทางเสนอแนะในเชิงนโยบายการกำบังกันโรคเอดส์
3. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของสัมพันธภาพของกลุ่มสมรส และนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้กลุ่มสมรส ได้มีพฤติกรรมกำบังกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป
4. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการกำบังกันโรคเอดส์ในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

นิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์ และมีโรคซึ่งแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมอย่างใดอย่างหนึ่ง
2. ผู้ติดเชื้อมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์ และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
 1. มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน
 2. ออจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง
 3. น้ำหนักลดเกินกว่า ร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว
 4. มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน
 5. มีเชื้อราในปาก
 6. มีเม็ดเลือดขาวน้อยลง
 7. เป็นโรคถุงวัด

3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ (เสมอจันทร์ อนะเทพ: 2535) สร้างขึ้นตามแนวคิดของโรเซนสต็อค (Rosenstock: 1974)

4. สัมพันธภาพของคู่สมรส หมายถึง ความสัมพันธ์ที่สนิทแน่นแฟ้นระหว่างสามีและภรรยาที่มีต่อกัน ในการดำเนินชีวิตสมรสในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การแก้ปัญหาความขัดแย้ง ความรักใคร่อาทร การมีพันธะผูกพันต่อกัน การมีเพศสัมพันธ์ ความเป็นเอกลักษณ์ในชีวิตสมรส ความสอดคล้องกัน ความเป็นอิสระของคู่สมรส และการแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม แวริง อินทิเมซี (Waring Intimacy Questionnaire) แวริง (Waring: 1979)

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ในการป้องกันการติดต่อของโรคเอดส์ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน คือ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมในการรับบริการตรวจสุขภาพ