

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาของปัญหา

โรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังที่มีสาเหตุจากการรับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus : HIV) โดยไวรัสนี้จะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายให้ลดลง (โกศล วงศ์สวรรค์ และสถิต วงศ์สวรรค์, 2543) ปัจจุบันโรคเอดส์ยังไม่มีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อที่ได้ผลแน่นอนและยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ (มินตรา สารรักษ์, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) การรักษาโรคเอดส์จึงเป็นเพียงการรักษาตามอาการหรือภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น ผู้ป่วยจะเสียชีวิตช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการดูแลตนเอง

ปัจจุบันนี้โรคเอดส์เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมนุษย์ที่ไม่ใช่ปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น แต่โรคเอดส์ยังเป็นความหายนะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ ขาดโอกาสทางเศรษฐกิจ ขาดความมั่นคงในการดำรงชีวิต เกิดสภาพครอบครัวล่มสลาย (ชาย โพธิ์สิตา, 2547) เช่น การหย่าร้าง เด็กกำพร้า ครอบครัวแตกแยก ทั้งนี้ยังมีผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ รู้สึกสิ้นหวัง ว้าเหว่ ซึมเศร้า วิดกกังวล บางรายคิดฆ่าตัวตาย

โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (United Nations Programme on HIV/AIDS:UNAIDS) ได้รายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก โดยข้อมูลเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 (United Nations Programme on HIV/AIDS, 2007) พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 33.2 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2.5 ล้านคน โดยเฉลี่ยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่กว่า 6,800 รายต่อวัน คิดเป็นนาที่ๆละ 5 คน และเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตแล้วประมาณ 2.1 ล้านคน ถ้าเปรียบเทียบเมื่อ 10 ปีที่แล้วในปีพุทธศักราช 2541 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 33.4 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตในปี 2541มีประมาณ 2.5 ล้านคน (United Nations Programme on HIV/AIDS, 1998) ดังนั้นจะเห็นว่าโรคเอดส์ได้คร่าชีวิตประชากรโลกไปเป็นจำนวนมาก

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศที่มีสถิติผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก จากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พุทธศักราช 2527 ถึง พุทธศักราช 2551 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2551) พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 334,701 ราย เสียชีวิตแล้ว 91,911 ราย กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยเป็นจำนวนมากจะอยู่ในช่วงวัยแรงงาน โดยกลุ่มอายุ 30-34 ปีคิดเป็นร้อยละ 25.69 รองลงมา อายุ

25-29 ปีร้อยละ 23.45 และอายุ 35-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.78 ตามลำดับ ในส่วนอาชีพของผู้ป่วย เอ็ดส์นั้นพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 44.75 รองลงมาคือเกษตรกรร้อยละ 20.36, ว่างงานร้อยละ 5.98, ค้าขายร้อยละ 4.46 และแม่บ้านร้อยละ 4.18 ตามลำดับ

การติดเชื้อโรคเป็นภาวะแห่งทุกข์ที่ร่อนทำลายสุขภาพและชีวิตคนไทย (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียสุขภาพ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2550) จากความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นของโรคเอดส์ ทั้งระดับโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศนโยบาย ทริบายไฟว์ (3×5) ในเวทีการประชุมเอดส์โลกครั้งที่ 14 ณ เมืองเซโလာ ประเทศสเปน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วโลกจำนวน 3 ล้านคนได้เข้าถึงการรักษา ยาต้านไวรัส ภายในปี 2005 หรือ พุทธศักราช 2548 (จิตจรดา รัตนพันธ์ และคณะ, 2547)

ในปีพุทธศักราช 2547 กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยจึงได้มีนโยบายเร่งรัดขยาย โครงการการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์ระดับชาติในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนมากกว่า 908 แห่งทั่วประเทศ (ฝ่ายวิเคราะห์และประมวลข่าวสาร สำนักสารนิเทศ, 2550) โดยจัดระบบ บริการสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์และ ครอบครัว ให้ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายในปี 2553 (ฝ่ายข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ กลุ่มสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) เพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งครอบครัว ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป (โคราชมุ่งผู้ป่วยเอดส์อยู่บ้านอย่างมีความสุข, 2551)

จากปรัชญาว่าด้วยสิทธิอันเท่าเทียมกันของมนุษย์กลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพเช่นคนที่ เป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, ผู้มีความผิดปกติทางสมองกลุ่มดาวนชิโนโดรม และกลุ่มคนที่ มีความพิการทางร่างกาย รวมไปถึงผู้ติดเชื้อเอดส์กลุ่มคนเหล่านี้ควรได้รับการสนับสนุนให้มีสุขภาพ ได้เต็มตามศักยภาพที่แต่ละคนพึงจะมีได้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือสุขภาพ าก็ควรจะได้รับรู้ถึงความสุขในชีวิตได้เช่นกัน ด้วยเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ได้เพียงแต่บรรเทาความรุนแรงให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ฉะนั้นการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยเอดส์คงไว้ซึ่งสภาวะความสุขหรือความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ (เทียนทอง ต๊ะแก้ว, 2551)

การตระหนักถึงความสุขอันเกิดจากการมีสุขภาพดีและอยู่ในสังคมแห่งสุขภาพนี้เป็นสิ่งปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550 - 2554) ที่กำหนดวิสัยทัศน์ของแผนคือ "มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อสร้างสุขภาพดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง" ซึ่งการดำเนินการให้บรรลุวิสัยทัศน์ของแผนฯดังกล่าวได้นั้นต้องอาศัยสังคมเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

ทุนทางสังคมเป็นคำที่นักสังคมวิทยาใช้อธิบายความเข้มแข็งของสังคมหรือชุมชนหนึ่งๆ ซึ่งจากคำจำกัดความของ Putnam, et al. (2000) กล่าวว่า ทุนทางสังคม หมายถึง รูปแบบของความสัมพันธ์ ความเชื่อถือ ไว้วางใจ (Trust) กฎสังคม (Social norm) เครือข่ายสังคม (Social network) และความเป็นชุมชน (Community) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของสังคมโดยรวม และจากคำจำกัดความนี้หากสังคมใดมีทุนทางสังคมมากก็จะทำให้สังคมนั้นมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม ความเป็นอยู่และการกินดีอยู่ดีของประชาชน

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ใช้ทุนทางสังคมเป็นตัวอธิบายการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับมหภาคมีเพียงส่วนน้อยที่ใช้ทุนทางสังคมมาเป็นตัวอธิบายในระดับจุลภาค เช่น งานของ Bermark and Syme, 1979; Robert Putnam, 2000; พิริยะ ผลพิรุฬห์ และบึงปอนด์ รักอำนาจกิจ, 2550; รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2550 และรัตนพงษ์ จันทะวงษ์, 2546 เป็นต้น งานวิจัยเหล่านี้ได้พยายามอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ (Health condition) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีสุขภาพที่ดี ตัวอย่างงานศึกษาของ Bermark and Syme (1979 อ้างอิงใน พิริยะ ผลพิรุฬห์ และบึงปอนด์ รักอำนาจกิจ, 2550) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของบุคคลกับการเสียชีวิต พบว่า บุคคลที่มีระดับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากจะมีโอกาสในการเสียชีวิตน้อยกว่าบุคคลที่มีระดับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน้อย นอกจากงานของ Putnam, et al. (2000) ที่ศึกษาระบบเครือข่ายทางสังคมกับสุขภาพของคนในชุมชนแล้วพบว่า ระบบเครือข่ายทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ยังผลให้ระดับความสุขของคนในชุมชนดีขึ้นด้วย ด้วยเหตุที่การศึกษาหลายฉบับ พบว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดี และการมีความสุขของบุคคล ทั้งงานที่ศึกษาส่วนใหญ่จะเน้นทุนทางสังคมด้านครอบครัว และชุมชน แต่ยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ความช่วยเหลือ และความไว้วางใจ ที่พบในงานของ Norbeck (1981 อ้างอิงใน ชุมพร รุ่งเรือง, 2542) กล่าวไว้ว่า ความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด โดยเฉพาะถ้าได้รับจากบุคคลที่ไว้วางใจจะก่อให้เกิดขวัญกำลังใจ และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจากภาวะ

การเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ฉะนั้นบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยกัน อันมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพัน จึงถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพราะบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้การดูแลรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และยังมีบทบาทสำคัญในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นความทุกข์ ทรมานใจในการเผชิญกับโรคภัยแรงที่คุกคามชีวิตไปได้ในระยะสั้น หรือในรายที่รักษาโรคไม่หาย แพทย์ก็สามารถ ช่วยประคับประคองผู้ป่วยในการใช้ชีวิตส่วนที่เหลืออยู่อย่างมีความสุขทรมานน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (ศรีธรรม ธรรมะภูมิ, 2550) และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีส่วนในการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันลดการแปลกแยกจากสังคม (เยาวลักษณ์ ไชยานนท์ และคณะ, 2548) รวมถึงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยปลอบใจซึ่งกันและกัน (วิระดา สมสวัสดิ์, 2548) เพราะพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่มีปัญหาในชีวิตคือเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิต การไม่ยอมรับจากครอบครัวหรือสังคม (อิสเรศร์ นาครักสุด, 2550) เหมือนกัน

มูลเหตุในการศึกษาทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา มี 4 มูลเหตุด้วยกันคือ

ประการแรกจังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการรายงานผู้ป่วยเอดส์มากเป็นอันดับ 1 ในเขตสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 อันประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ สุรินทร์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ และนครราชสีมา นับตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2527 จนถึง พุทธศักราช 2551 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 7,667 ราย เสียชีวิตแล้ว 1,468 ราย ระบาดด้านไวรัส 2,846 ราย (กลุ่มงานควบคุมโรค งานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2551)

ประการที่สองจากรายงานผลการวิจัยเชิงสำรวจโครงการกำหนดดัชนีทุนทางสังคมของสำนักงานมาตรฐานพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2548) ในจังหวัดเป้าหมายที่สำคัญได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดสงขลา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุนทางสังคมไทยพบว่าจังหวัดนครราชสีมามีค่าดัชนีทุนทางสังคมในมิติด้านกลุ่มและเครือข่ายน้อยที่สุด

ประการที่สามวิสัยทัศน์งานป้องกันควบคุมโรคเอดส์จังหวัดนครราชสีมาที่มุ่งเน้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อยู่กับครอบครัวชุมชนอย่างมีความสุข (สธ.โคราชพบประชาชนติดเอดส์แล้ว 7 พันกว่าราย, 2551)

ประการสุดท้ายในการเลือกโรงพยาบาลชุมพวงเป็นพื้นที่ในการศึกษาเพราะโรงพยาบาลไม่ใช่แค่ที่รักษาพยาบาล หากแต่เป็นสถานที่เพื่อให้คำปรึกษาเป็นช่องทางและเป็นที่พักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (เสรี พงศ์พิศ, 2539) และโรงพยาบาลชุมพวงมีคลินิกบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยแบ่งออกเป็น 2 คลินิก คือคลินิกที่เปิดบริการให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รวมกลุ่มกัน และคลินิกที่เปิดบริการให้กับผู้ติดเชื้อที่ไม่มีการรวมกลุ่ม ซึ่งเป็นคลินิกที่ผู้ติดเชื้อไม่พร้อมพบปะกับผู้ติดเชื้อเอดส์รายอื่นๆ ซึ่งคลินิกทั้ง 2 ประเภทนั้นจะให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีทีมสหวิชาชีพอันประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้บริการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวงมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และหากการศึกษาพบว่าทุนทางสังคมดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หน่วยบริการสาธารณสุขและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้เกิดทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากขึ้น อันจะยังผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีสุขภาพและความสุขมากขึ้นในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

#### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่าย และระดับสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในคลินิกภาคกลางวันที่มีการรวมกลุ่ม และคลินิกภาคกลางวันที่ไม่มีการรวมกลุ่ม โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

#### ความสำคัญของการวิจัย

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. เป็นการติดตามสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา
2. บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในการวางแผนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวงต่อไป

3. บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ข้อมูลทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปัจจุบันส่วนบุคคล ในการวางแผนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวงต่อไป

4. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไป

#### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายที่ส่งผลต่อสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา มีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ขอบเขตเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

ตัวแปรอิสระคือปัจจัยทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่าย ปัจจุบันส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้ากลุ่ม ระยะเวลาติดเชื้อ ระยะเวลารักษา

ตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษา คือ สุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

2. ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โรงพยาบาลชุมพวงจังหวัด นครราชสีมาทั้งที่เข้าคลินิกภาคกลางวันที่มีการรวมกลุ่ม และคลินิกภาคกลางวันที่ไม่มีการรวมกลุ่ม ที่มีชื่ออยู่ในบัญชีการรักษาของโรงพยาบาลชุมพวง จำนวน 104 ราย

3. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือระหว่างเดือนธันวาคม 2551 ถึง เดือนมีนาคม 2552

#### นิยามศัพท์เฉพาะ

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ตัวแปรด้านบุคคลซึ่งประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น

1. เพศ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ชาย หรือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หญิง  
2. อายุ หมายถึง อายุเฉลี่ยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์  
3. สถานภาพสมรส หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีสถานภาพสมรสคู่ หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีสถานภาพสมรสไร้คู่ (โสด มีาย หย่าร้าง แยก)

4. ระดับการศึกษา หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่หกและต่ำกว่า หรือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่าประถมศึกษาปีที่หก

5. อาชีพ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ประกอบอาชีพข้าราชการ อาชีพรับจ้าง และลูกจ้างบริษัท หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ค้าขาย
6. รายได้ หมายถึง เงินรายได้เฉลี่ยบาท/เดือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
7. การเข้ากลุ่ม หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ากลุ่ม หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม
8. ระยะเวลาติดเชื้อ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับทราบการติดเชื้อครั้งแรกจนถึงปัจจุบันที่มีการสอบถามข้อมูล
9. ระยะเวลารักษา หมายถึง ระยะเวลาเริ่มเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลชุมพวงจนถึงปัจจุบันที่มีการสอบถามข้อมูล

ทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่าย หมายถึง ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ การเป็นเครือข่าย การรวมกลุ่ม ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ความไว้วางใจ และการยอมรับ รวมถึงการช่วยเหลือเอื้ออาทร ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์คนอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาลชุมพวง และนอกโรงพยาบาลชุมพวง ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่แผนกชั้นสูตกร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีชื่ออยู่ในบัญชีรายชื่อการรักษาของโรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาทั้งในคลินิกภาคกลางวันที่มีการรวมกลุ่ม และคลินิกภาคกลางวันที่ไม่มีการรวมกลุ่ม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในคลินิกภาคกลางวันที่มีการรวมกลุ่ม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีชื่ออยู่ในบัญชีรายชื่อการรักษาของโรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาในคลินิกภาคกลางวันที่มีการรวมกลุ่ม หรือ Day care clinic

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในคลินิกภาคกลางวันที่ไม่มีการรวมกลุ่ม หมายถึง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีชื่ออยู่ในบัญชีรายชื่อการรักษาของโรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาในคลินิกภาคกลางวันที่ไม่มีการรวมกลุ่ม หรือ Non day care clinic

สุขภาวะ หมายถึง ความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาตามตัวชี้วัดความสุขผู้ติดเชื้อเอชไอวีของเทียนทอง ต๊ะแก้ว (2551) ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมที่วัดได้ทั้งด้านวัตถุวิสัย (Objective) และด้านจิตวิสัย (Subjective) ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ปัญญา และความเชื่อ ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม

#### สมมุติฐานของการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ในคลินิกภาคกลางวันที่มีการรวมกลุ่ม มีสุขภาวะ มากกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในคลินิกภาคกลางวันที่ไม่มีการรวมกลุ่ม
2. บัณฑิตส่วนบุคคล บัณฑิตทุนทางสังคมด้านบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

