

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) เป็นโรคติดเชื้อรุนแรง เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดที่ไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดผ่านเซลล์ (cell mediated immunity, CMI) เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ที่รุนแรงตามมา และ/หรือเกิดมะเร็งของหลอดเลือดชนิด Kaposi's sarcoma (KS) ทำให้กว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตภายใน 5 ปี

ได้มีรายงานโรคนี้เป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี 2524 โดยพบว่า ผู้ป่วยชายรักร่วมเพศ 5 ราย จากเมืองลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย ซึ่งเดิมมีสุขภาพดี เกิดปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ขึ้น หลังจากนั้นไม่นานก็มีการรายงานพบผู้ป่วยเป็น KS ซึ่งเป็นมะเร็งหลอดเลือดชนิดหนึ่งในผู้ป่วยชายรักร่วมเพศจากเมืองนิวยอร์ก ลอสแอนเจลิส และซานฟรานซิสโก โดยที่บางรายมี *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) ร่วมด้วย (อุทัย สูดสุข, 2531) จนถึงเดือนธันวาคม 2534 มีรายงานจากองค์การอนามัยโลก (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองโรคเอดส์, 2535) ว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วโลกประมาณ 10 ล้านคน โดยร้อยละ 10 เป็นรายงานจากสหรัฐอเมริกา

สำหรับการรายงานจากกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ตั้งแต่รายงานแรก เมื่อเดือนกันยายน 2527 ถึง 15 ธันวาคม 2534 พบผู้ป่วยโรคเอดส์ 197 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยชาย 176 คน มีปัจจัยเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์ 139 คน ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 30 คน รับเลือด 2 คน ติดเชื้อจากมารดา 4 คน และไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง 1 คน ผู้ป่วยหญิง 21 คน มีปัจจัยเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์ 12 คน ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 1 คน รับเลือด 2 คน และติดเชื้อจากมารดา 6 คน ขณะนี้มีผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ 89 คน ผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์รวมทั้งสิ้น 505 คน เป็นชาย 419 คน มีปัจจัยเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์ 267 คน ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 128 คน รับเลือด 2 คน ติดเชื้อจากมารดา 4 คน และไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง 18 คน เป็นหญิง 86 คน มีปัจจัยเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์ 75 คน

ติดเชื้อเสฟติคชชนิดเฉียบพลัน 4 คน ติดเชื้อจากมารดา 2 คน รับเลือด 3 คนและไม่ทราบ
ปัจจัยเสี่ยง 2 คน ขณะนี้ยังมีชีวิตอยู่ 452 คน(กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ,
กองโรคเอดส์, 2535)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าร้อยละ 74ของผู้ป่วยโรคนี้ในสหรัฐอเมริกา
และยุโรป เป็นผู้ชายรักร่วมเพศหรือรักสองเพศ ร้อยละ 17เป็นผู้ติดเชื้อเสฟติคชชนิดเฉียบ
พลันที่มักจะใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ในการฉีดยาร่วมกัน ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับ
เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด(clotting factor)หรือเป็นเด็กที่คลอดจากมารดาที่ประวัติ
มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือจากมารดาที่ติดเชื้อเสฟติคชชนิดเฉียบพลัน อุบัติการณ์ของ
โรคในชาย:หญิงเท่ากับ 14:1 แต่ในประเทศทางอาฟริกากลางพบว่า อุบัติการณ์ในผู้ที่มี
เพศสัมพันธ์หญิงชายตามธรรมชาติสูงกว่าทางสหรัฐอเมริกาและยุโรป และพบมากในผู้ที่มี
ประวัติสำส่อนทางเพศ หญิงโสเภณีในบางเมืองของอาฟริกา มีการติดเชื้อโรคเอดส์สูงถึง
เกือบร้อยละ 88 และพบอุบัติการณ์โรคนี้ในชาย:หญิงเท่ากับ 1:1(สุรพล สุวรรณกุล, 2531)
สำหรับในประเทศไทยนับถึง 15 ธันวาคม 2534 มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคในชาย:หญิง
เท่ากับ 5.6:1(กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองโรคเอดส์, 2535)

คณะของ Montagnier จากฝรั่งเศส แยกเชื้อไวรัสนี้ได้เป็นครั้งแรกจาก
ต่อมน้ำเหลืองของชายรักร่วมเพศในปี พ.ศ.2526 จึงให้ชื่อว่า LAV(Lymphadenopathy
Associated Virus) คณะของ Gallo จากสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ.2527 สามารถ
แยกเชื้อไวรัสได้จากเม็ดเลือดขาวของคนไข้โรคเอดส์ และให้ชื่อว่า HTLV III (Human
T-cell Lymphotropic Virus III) และในปีเดียวกัน คณะของ Levy จาก
สหรัฐอเมริกาแยกเชื้อไวรัสได้จากผู้ป่วยโรคเอดส์ให้ชื่อว่า ARV(AIDS Related Virus)
เนื่องจากไวรัสทั้ง 3 ชนิดนี้อยู่ในกลุ่ม retrovirus และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบดูพบว่า
เป็นเชื้อชนิดเดียวกัน ในปี พ.ศ.2529 คณะกรรมการศึกษา retrovirus จึงตั้งชื่อ
ไวรัสนี้ว่า Human Immuno-Deficiency Virus (HIV)(กระทรวงสาธารณสุข, 2532)

จากการศึกษาพบว่า นอกจากพบเชื้อไวรัสได้ในเลือดและน้ำอสุจิแล้วยังสามารถ
แยกเชื้อ HIV ได้จาก น้ำตา น้ำลาย น้ำเหลืองในช่องคลอด น้ำไขสันหลัง น้ำนม ปัสสาวะ
และต่อมน้ำเหลืองอีกด้วย

การติดเชื้อ HIV คล้ายคลึงกับไวรัสตับอักเสบ บี คือ

1. ทางเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะแบบเพศเดียวกัน (homosexual) สองเพศ (bisexual) หรือเพศสัมพันธ์ปกติ (heterosexual) มีโอกาสติดเชื้อได้ทั้งสิ้น ยิ่งถ้ามีรอยถลอกหรือมีบาดแผล เชื้อก็มีโอกาสเข้าสู่ร่างกายได้มากขึ้น ชายติดเชื้อจากชายได้ง่าย หญิงติดเชื้อจากชายได้มากกว่า

2. การได้รับเลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือด (clotting factor) อวัยวะปลูกถ่าย (organ transplant) ที่มีเชื้อ HIV การใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน เช่นในกลุ่มยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (parenteral drug abuser) ถูกแทงหรือสะกิดด้วยเข็มฉีดยาที่แปดเปื้อนเชื้อ (needle stick)

3. ติดต่อจากมารดาสู่ทารก (perinatal transmission) ในรายที่มารดาติดเชื้อ

เชื้อจะถ่ายทอดไปสู่ทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ระยะเวลาคลอด ระยะเลี้ยงดูหลังคลอด อัตราความเสียหายของทารกที่จะเกิดโรคประมาณ 1:1

การศึกษาในปัจจุบันไม่พบว่าโรคนี้อาจติดต่อกันโดยการกิน การหายใจ การใช้สหรน้ำห้องส้วม เครื่องใช้ร่วมกัน รวมถึงการสมาคมต่างๆไป และยังไม่พบว่ามี การติดต่อโดยมีแมลงเป็นพาหะ จากการสำรวจเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหลายพันคนในต่างประเทศที่ทำการดูแลรักษาคนไข้โรคเอดส์ยังไม่พบว่ามี การติดต่อกัน

หลังจากเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ไวรัสจะเพิ่มจำนวนทำให้แยกเชื้อไวรัสหรือตรวจพบแอนติเจนได้ในเวลา 2-6 สัปดาห์ และต่อมาตรวจพบแอนติบอดีได้หลังติดเชื้อ 3 สัปดาห์-3 เดือน ผู้ที่มีเลือดบวกหรือแอนติบอดีร้อยละ 80 จะตรวจพบเชื้อไวรัสได้ในกระแสเลือด และสารคัดหลั่งต่าง ๆ และสามารถถ่ายทอดเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้แม้จะไม่มีอาการเลย (asymptomatic carrier) (ไพรัช ตีสุจิต, 2352)

หลังจากเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกาย อาการเกิดขึ้นได้หลายลักษณะตามจำนวนของเชื้อและระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีอยู่หรือที่อาจเสียไปในภายหลัง ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

ระยะที่ 1. ระยะที่มีเลือดบวกเอดส์โดยไม่มีอาการ

ระยะที่ 2. ระยะเอดส์อ่อน

2.1 ระยะเวลาที่เชื้อ HIV เริ่มทำลายภูมิคุ้มกันโดยจะเริ่มมีการติดเชื้อฉวยโอกาสบริเวณอวัยวะภายนอก เช่น

- hairy leukoplakia ที่ลิ้น
- oral candidiasis
- herpes zoster ของผิวหนัง
- herpes simplex ที่ผิวหนังและรอบทวารหนัก
- papilloma ที่ผิวหนัง เยื่อช่องคลอด ปากมดลูก เป็นต้น
- tinea ตามผิวหนัง เล็บ ที่เป็นมากกว่าปกติและรักษาหายยาก
- molluscum contagiosum และอื่น ๆ เป็นต้น

2.2 มี immune response ต่อเชื้อ HIV หรือต่อเชื้อที่ผู้ป่วยคิดมา เช่น ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 2 แห่งโดยหาสาเหตุไม่ได้ทั้งนี้ไม่นับ inguinal lymph node, arthritis, Psoriasis และอื่น ๆ

2.3 อาการต่างๆไปที่ไม่ทราบสาเหตุ เช่น ไข้เป็นๆหายๆ ท้องเดินเรื้อรัง โดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลีย น้ำหนักลดมากกว่า 10% เป็นต้น

ระยะที่ 3. ระยะเอดส์เต็มขั้น มีอาการข้อใดข้อหนึ่งซึ่งเป็นผลมาจาก

3.1 เชื้อ HIV ทำลายภูมิคุ้มกัน

ก. ทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสที่อวัยวะภายใน เช่น

- Pneumocystis carinii ทำให้เกิดปอดบวม หรือทำให้เกิดโรคที่อวัยวะอื่นๆ เช่น ต่อมหมวกไต เป็นต้น

- Cytomegalovirus retinopathy หรืออาจเป็นที่อวัยวะอื่น เช่น ทำให้เกิดท้องเดิน ถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น

ข. ทำให้เกิดโรคมะเร็งบางชนิด เช่น Kaposi's sarcoma

3.2 เชื้อ HIV ทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย แล้วทำให้เกิดอาการสูญเสียชนิดรุนแรง หรือเกิดจาก immune response ต่อเชื้อ HIV ที่ระบบสำคัญๆ เช่น HIV encephalopathy

(ประคอง วิทยาศัย และ วิชาญ วิทยาศัย, 2534)

การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

1. ตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัส วิธีที่ใช้กันมากเวลานี้คือ ELISA ใช้ตรวจหาแอนติบอดีใน serum อาจตรวจพบได้ในน้ำลายหรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ

วิธี ELISA เป็นการตรวจหา binding antibody ต่อส่วนประกอบทั้งหมดของไวรัส ปัจจุบันนี้มีชุดตรวจสำเร็จรูปจากหลายบริษัทให้เลือกใช้ ค่าทดสอบครั้งละประมาณ 30-50 บาท

การทดสอบ ELISA นี้มีความไวสูงและมีความจำเพาะมากกว่าร้อยละ 95 ในรายที่ให้ผลบวกจะต้องทดสอบยืนยันต่อไป

วิธีทดสอบยืนยัน ได้แก่

1.1 Immunoblot หรือเรียกกันทั่วไปว่า Western Blot หลักการตรวจ Western Blot คือ การแยกโปรตีนขนาดโมเลกุลต่างๆออกจากกันด้วยสนามไฟฟ้า แล้วถ่ายโปรตีนจากเนื้อวุ้นลงบนแผ่น nitrocellulose หรือ nylon ในกรณีของ HIV ทำโดยนำเชื้อไวรัสเพาะเลี้ยงใน T-cell line มาแยกให้บริสุทธิ์ ทำให้ไวรัสแตกโดยสาร detergent แล้วนำไปใส่ในช่องวุ้น จากนั้นนำไปวางในสนามไฟฟ้า โปรตีนที่สำคัญและมีลักษณะจำเพาะของไวรัสจะแยกออกจากกันตามขนาดโมเลกุลเกิดเป็นแถบขึ้น เวลานี้มีแผ่น nitrocellulose สำเร็จรูปที่มีแถบโปรตีนของ HIV-1 และ HIV-2 จำหน่าย ในการทดสอบหาแอนติบอดีต่อโปรตีนจำเพาะของไวรัสทำได้โดยนำ serum ที่ต้องการทดสอบมาเจือจางแล้วใส่ลงอบกับแผ่น nitrocellulose หลังจากนั้นล้างส่วนที่ไม่ทำปฏิกิริยาออก แล้วเติม anti-human-gamma-globulin conjugated enzyme ลงไป ทำปฏิกิริยาอีกระยะหนึ่ง ล้างส่วนที่ไม่ทำปฏิกิริยาออกแล้วใส่ chromogen substrate ถ้าใน serum มีแอนติบอดีจำเพาะต่อโปรตีนของไวรัสจะเห็นสีปรากฏที่แถบโปรตีนนั้น แอนติบอดีที่ถือว่าจำเพาะต่อ HIV คือ anti-gp41, anti-p24 และ anti-gp120 ต้องพบแอนติบอดีกลุ่มนี้ร่วมกับแอนติบอดีต่อโปรตีนแถบอื่นๆจึงจะถือว่าการตรวจสอบให้ผลบวก

1.2 Immunofluorescence ทำโดยนำสไลด์ T-cell line ที่ติดเชื้อ HIV ที่ fix ไว้ แล้วนำมาบ่ม indirect fluorescent antibody ยืนยันอีกครั้งหนึ่ง ควรทำ control โดยใช้เซลล์ที่ไม่ติดเชื้อทำควบคู่ไปด้วย

1.3 Radioimmunoprecipitation ทำโดยสกัดเอา core protein ส่วน p24 มาติดฉลากด้วย ^{125}I นำมาทดสอบกับ serum ที่ต้องการ

2. การตรวจหาแอนติเจนของไวรัส ในปัจจุบันมีน้ำยาตรวจหาแอนติเจน p24 โดยวิธี ELISA

3. การแยกเชื้อไวรัส ตัวอย่างตรวจที่พบเชื้อ ได้แก่ เลือด น้ำอสุจิ น้ำตา น้ำลาย และอื่นๆ แยก T-cell จากเลือดมาเพาะเลี้ยงร่วมกับ human T-cell (cocultivation) ตรวจว่ามีเชื้อไวรัส โดยการนำน้ำเลี้ยงเซลล์มาวัดหาเอนไซม์ RT หรือ นำเซลล์มาข้อมวิธี immunofluorescence หรือดูด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน

4. การตรวจพิเศษหาชนิดของ T-cell พบว่าผู้ป่วยในระยะ PGL เป็นต้นไปจะพบจำนวน T helper/inducer (T4 หรือ CD4) ลดต่ำลง T suppressor/cytotoxic (T8 หรือ CD8) ปกติหรือลดลงไม่มาก อัตราระหว่าง T4/T8 ต่ำกว่าปกติ (คือต่ำกว่า 1) และต่ำอย่างถาวร

5. การตรวจอื่นๆที่ไม่จำเพาะแต่พบได้ในผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงต่ำกว่า 3,000 เซลล์/มม³ จำนวน lymphocyte ต่ำกว่า 15,000 เซลล์/มม³ การทดสอบทางผิวหนังแบบ delayed type hypersensitivity ต่อแอนติเจนสามัญต่างๆให้ผลลบ ปริมาณของ interleukin ซึ่งผลิตจาก T lymphocyte ลดน้อยลง การทำงานของ natural killer cell ลดลง ระดับโกลบูลินในเลือดสูงขึ้นในระยะต้น และลดต่ำลงในระยะท้ายของโรค ค่าของ beta-2 microglobulin ($\beta 2\text{M}$) ในเลือดสูงขึ้น

เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้เพราะในการติดเชื้อจาก retrovirus ยีนของไวรัสจะเข้าไปรวมตัวกับเซลล์แล้วเพิ่มจำนวน ปริมาณของไวรัสที่สร้างขึ้นอาจน้อยหรือมากที่สุดแต่ปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ แนวทางการรักษาโรคนี้ได้แก่

1. ยาด้านไวรัส ยาที่ใช้รักษาโรคเอดส์โดยตรงเวลานี้เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของ HIV โดยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ reverse transcriptase ยาที่ได้รับการจดทะเบียนแล้วคือ ยา AZT (azidothymidine, zidovudine) ค่ายาที่ใช้ในการรักษาประมาณปีละ 250,000 บาท การใช้ยา AZT ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น

สลายขึ้น อัตราการเกิด PCP ลดลง จำนวน T cell เพิ่มขึ้น ขานี้จำเป็นต้องกินไปตลอด ถ้าหยุดยาเมื่อใด เชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนแสดงอาการรุนแรงอีก ยาอื่นที่กำลังศึกษาว่าอาจได้ผลคือ dideoxycytidine และ ribavirin

2. ยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน (immuno-modulator drug) ที่กำลังอยู่ในขั้นทดลอง ได้แก่ interleukin-2 และ interferon

3. การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็ง

4. การพัฒนาวัคซีน การเตรียมวัคซีนในรูปแบบปกติใช้ไม่ได้สำหรับ HIV เนื่องจาก envelope ของ HIV เสี่ยงคุณสมบัติ immunogenicity เมื่อผ่านการฆ่าเชื้อ แต่ถ้าใช้ live attenuated vaccine แม้ว่าจะถอดยีนบางส่วนออกเชื้อก็อาจเกิด mutation และรวมตัวกับยีนของ host เกิดการติดเชื้อระยะยาวและอาจเป็นอันตรายได้ ปัจจุบันยังไม่มียาที่ได้รับการพัฒนาจนคุ้มกันการติดเชื้อได้ (โดยการศึกษาในลิงชิมแปนซี) (กระทรวงสาธารณสุข, 2532)

เนื่องจากไม่มียาที่จะใช้รักษาโรคนี้ให้หายขาด การป้องกันและควบคุมไม่ให้โรคนี้แพร่กระจายออกไปเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งโดยการให้ความรู้แก่ประชาชนทุกระดับ ทั้งในกลุ่มที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของโรค โดยเน้นถึงวิธีติดต่อ (mode of transmission) เพื่อมิให้ประชาชนทั่วไปตื่นกลัวเกินสมควร สำหรับผู้ที่มิอาชีพบริการทางเพศ หรือผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาวต่างชาติควรใช้ถุงยางอนามัยป้องกันและงดเว้นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดโรค ผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดให้งดเว้นการใช้เข็มฉีดยาและหลอดฉีดยาร่วมกัน งดการให้เลือดและปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคสูง ในผู้ที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อถ้ามีการใช้เข็มหรือหลอดฉีดยาควรใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง ก่อทั้งต้องฆ่าล้างภาชนะที่ใช้น้ำยาทำลายเชื้อ ตัวเข็มต้องใส่ปลอกก่อนทิ้ง และระวังไม่ให้ถูกกับเข็ม หรือของมีคมที่สัมผัสเลือดผู้ติดเชื้อ ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับไวรัสเอดส์เป็นสิ่งจำเป็นว่า HIV ถูกทำลายได้หลายวิธี ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการแพร่โรคนอกจากจะต้องมีความเข้าใจถึงวิธีติดต่อของโรคแล้ว ควรแนะนำให้มารับการเจาะเลือดหาแอนติบอดีต่อ HIV เป็นระยะๆ เช่น ทุก 6 เดือน เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2532)

สำหรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการรักษาและเฝ้าติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดจนจัดส่งเจ้าหน้าที่ติดตามให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนในการที่จะลดความรุนแรงของโรค และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจแพร่โรคไปยังผู้อื่น และทำการศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อจะหามาตรการต่างๆในการควบคุมโรคนี้อให้ดีที่สุด

ขณะที่ประเทศไทยกำลังพัฒนาสู่ความเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเพื่อความเป็นอุตสาหกรรมใหม่ได้ทวีความรุนแรงขึ้น จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและมลภาวะ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจบริการทางเพศนับเป็นปัญหาหนึ่งที่ขยายตัวขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อเอดส์ได้อาศัยช่องทางในวงจรธุรกิจบริการทางเพศนี้เองแพร่ระบาดไปในวงกว้างจนเป็นที่น่าวิตกว่าอาจก่อให้เกิดความหายนะต่อสังคมไทยได้ (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์, 2534)

องค์ประกอบของธุรกิจบริการทางเพศอย่างน้อยต้องมี ผู้บริการทางเพศ ผู้ซื้อบริการและผู้ดำเนินการซึ่งอาจจะรวมไปถึงนายหน้าผู้จัดหาบริการทางเพศให้มาขายบริการ ผู้จัดให้มีการซื้อขายบริการเป็นต้น (ศุภีมาน นฤมล, 2531) ในแง่สาธารณสุขปัญหาสำคัญที่เกิดจากธุรกิจบริการทางเพศ คือ ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ระหว่างผู้บริการทางเพศและผู้ซื้อบริการ เช่น โรคซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน เป็นต้น โรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์เกือบทั้งหมดเป็นโรคที่รักษาได้หรือเป็นโรคที่ไม่รุนแรง ทำให้ผู้บริการทางเพศและผู้ซื้อบริการ ไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์เหล่านี้ โดยเฉพาะการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยนั้นแทบไม่มี อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการขายบริการของหญิงบริการทางเพศก่อนหน้าที่จะมีการณรงค์ป้องกันควบคุมโรคเอดส์นั้น คาดว่าจะมีประมาณเพียงร้อยละ 10 ของการขายบริการทั้งหมดในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ต่อมาเมื่อโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดเข้ามาในวงการธุรกิจบริการทางเพศและได้มีการรณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัย ทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยได้เพิ่มขึ้นสูง การสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเดือนมิถุนายน 2533 พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยโดยเฉลี่ยเท่ากับประมาณร้อยละ 50 (สมบัติ แทนประเสริฐและคณะ, 2534)

จำนวนหญิงบริการทางเพศเพิ่มขึ้นอย่างมากมายในช่วงเวลาไม่ถึง 10 ปีที่ผ่านมา จะเห็นได้จากข้อมูลของกองกามโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ออกสำรวจแหล่งกามโรค ทั่วประเทศเป็นประจำทุกปี พบว่า ในปี 2525 จำนวนหญิงบริการทางเพศที่สำรวจพบมี 46,630 คน ต่อมาจำนวนหญิงบริการทางเพศได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆจนสำรวจได้เป็น 86,494 คน ในปี 2533 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2.6 เท่าในเวลา 9 ปี ถ้าหากแนวโน้ม การเพิ่มยังคงเป็นเช่นนี้ต่อไป จำนวนหญิงบริการทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ และการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว ผ่านคนกลุ่มนี้จะรุนแรงขึ้นในอนาคต

นอกจากจำนวนหญิงบริการทางเพศจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้ว รูปแบบของธุรกิจ บริการทางเพศก็มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น โดยรูปแบบตามประเภทของกิจการตาม การจำแนกของกองกามโรค กระทรวงสาธารณสุข แบ่งได้เป็น 19 รูปแบบ (กรมควบคุม โรคติดต่อ, กองกามโรค, 2533)

กองระบาดวิทยาได้แบ่งกลุ่มของหญิงบริการทางเพศเป็น 2 กลุ่ม เพื่อประโยชน์ ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV คือหญิงบริการทางเพศโดยตรงได้แก่กลุ่มที่อยู่ตามห้อง โรงแรม และโรงน้ำชา ส่วนหญิงบริการทางเพศแอบแฝงได้แก่ หญิงบริการทางเพศที่ขาย บริการในสถานบริการแบบอื่นทั้งหมดนอกเหนือจากหญิงบริการทางเพศโดยตรง(กระทรวง สาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวง, กองระบาดวิทยา, 2533) ความแตกต่างระหว่าง หญิงบริการโดยตรงและหญิงบริการแอบแฝงอยู่ที่ลักษณะการให้บริการ โดยที่หญิงบริการ ทางเพศโดยตรงนั้นประกอบอาชีพขายบริการทางเพศเพียงอย่างเดียว ไม่มีรายได้อื่น และ ในเวลาทำงานจะอยู่รวมกันในสถานที่ที่ค่อนข้างจะเปิดเผย บ่อยครั้งที่พบว่าหญิงบริการ ทางเพศโดยตรงพักอาศัยอยู่ในบริเวณประกอบการนั้นเอง ส่วนหญิงบริการทางเพศแอบแฝง มักมีรายได้จากทางอื่นที่นอกเหนือจากการขายบริการทางเพศ หรือไม่ก็มีการขายบริการ ทางเพศที่ไม่เปิดเผย ทั้งสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันค่อนข้างชัดเจนในเรื่องลักษณะของ ลูกค้า จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ ราคาค่าบริการ โดยที่กลุ่มหญิงบริการทางเพศ โดยตรงมักมีแนวโน้มที่มีลูกค้า เป็นกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย มีจำนวนครั้งของการขายบริการ เฉลี่ยต่อวันสูงกว่า มีราคาค่าบริการโดยเฉลี่ยต่ำกว่าหญิงบริการทางเพศแอบแฝง

รูปแบบของธุรกิจบริการทางเพศยังคงวิวัฒนาการต่อไปและยิ่งสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น มีข้อนำสังเกตุเกี่ยวกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในธุรกิจบริการทางเพศ ได้แก่

1. จำนวนหญิงบริการทางเพศโดยตรง มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนหญิงบริการทางเพศแอบแฝงเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการสำรวจของกองกามโรค แสดงให้เห็นชัดเจนว่า จำนวนหญิงบริการทางเพศโดยตรงนั้นมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆมาโดยตลอด แต่กลับมีแนวโน้มลดลงอย่างมากในช่วงปี 2532-2534 ในขณะที่หญิงบริการทางเพศแอบแฝงซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ได้เพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าปกติในช่วงปี 2532-2534 เช่นเดียวกัน ถึงแม้จะปรากฏแนวโน้มเช่นนี้ ก็ยังไม่อาจสรุปได้ว่าหญิงบริการทางเพศในส่วนที่เปลี่ยนรูปแบบไปนั้นจะมีการรับแขกน้อยลง หรือมีรายได้อันดีขึ้น
2. สัดส่วนของหญิงบริการทางเพศที่ไม่ใช่ชาวไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อ HIV ในหญิงบริการทางเพศ จังหวัดเชียงใหม่ ของกองระบาดวิทยาในเดือนสิงหาคม 2532 ถึงกรกฎาคม 2533 พบว่าสัดส่วนของหญิงบริการทางเพศที่มีชาวไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 20 ในช่วงเวลาเพียง 1 ปีเท่านั้น (คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2533) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานในหลาย ๆ พื้นที่
3. สัดส่วนของหญิงบริการทางเพศที่เป็นเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้น แนวโน้มเช่นนี้เช่นเดียวกับแนวโน้มในข้อ 2 จะทำให้การระบาดของโรคเอดส์รุนแรงขึ้นได้เนื่องจากหญิงบริการทางเพศที่เป็นชาวต่างชาติ และที่เป็นเด็กมีข้อจำกัดในการรับข้อมูลข่าวสารและสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ และแทบจะไม่สามารถต่อรองกับแขกในการป้องกันตัวเองโดยการใช้อุปกรณ์อนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับแขกได้เลย
4. ธุรกิจการค้าบริการทางเพศข้ามชาติ (International prostitutions) กำลังมีแนวโน้มขยายตัวขึ้นอย่างมาก ดังจะเห็นข่าวสารสื่อมวลชนว่ามีหญิงบริการทางเพศชาวไทยไปขายบริการทางเพศในต่างประเทศหลายแห่ง และคาดว่าจำนวนคงจะไม่น้อย อย่างไรก็ตามการศึกษาเพื่อค้นหาข้อมูลเหล่านี้ยังคงค่อนข้างจำกัด (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2534)

กระทรวงสาธารณสุขได้คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลางปี พ.ศ. 2533 ว่ามีประมาณ 100,000 คน และคาดว่าจะยังคงเพิ่มขึ้น ถ้าหากพฤติกรรมของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่เที่ยวหญิงบริการทางเพศไม่เปลี่ยนแปลง (กองระบาดวิทยา, 2533) จากการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมทางเพศโดยเฉพาะการเที่ยวหญิงบริการทางเพศของ ชายไทย พบว่าประมาณร้อยละ 60-80 ของชายไทยวัยฉกรรจ์เคยเที่ยวหญิงบริการทางเพศ ในปัจจุบันมีประชากรชายไทยประมาณ 16.5 ล้านคนที่อยู่ในวัย 15-55 ปี ดังนั้นน่าจะมีชายไทย ประมาณ 10-13 ล้านคนที่เคยเที่ยวหญิงบริการทางเพศ คนกลุ่มนี้ทั้งหมดมีโอกาสสัมผัสและ ติดเชื้อเอชไอวีจากการเที่ยวหญิงบริการทางเพศ เมื่อติดเชื้อแล้วก็มีโอกาสถ่ายทอดต่อไป ในทำนองเดียวกัน ปัจจุบันคาดว่ามีหญิงบริการทางเพศประมาณ 100,000 คนหรือกว่านั้น หญิงบริการทางเพศเหล่านี้มีโอกาสสัมผัสและติดเชื้อจากชายที่มาเที่ยว หรือในกรณีที่ หญิงบริการทางเพศรายนั้นติดเชื้อแล้วก็จะถ่ายทอดเชื้อต่อไปให้ชายที่มาเที่ยวรายอื่นๆต่อไป เนื่องจากโรคเอชไอวีนั้นเมื่อติดเชื้อแล้วจะเป็นการติดเชื้อตลอดชีวิต และในระหว่างติดเชื้อ โดยไม่มีอาการนั้นมักมีสภาพที่จะแพร่โรคได้ตลอดชีวิตเช่นเดียวกัน ดังนั้นในกรณีของ หญิงบริการทางเพศและชายนักท่องเที่ยวนั้นสามารถทำนายได้เลยว่าการแพร่ระบาดในกลุ่มคน เหล่านี้จะรุนแรงมากกว่าการระบาดในกลุ่มอื่นๆ เพราะคนทั้งสองกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะ ร่วมประเวณีกับบุคคลอื่นเป็นจำนวนมากและมีความถี่ในการร่วมประเวณีสูง นอกจากนี้ยังเป็นการระบาดในประชาชนวงกว้างครอบคลุมคนจำนวนมาก การแพร่ระบาดของโรคเอชไอวีโดย วิธีรักต่างเพศจึงเป็นทางแพร่กระจายที่สำคัญที่สุดและรุนแรงที่สุดที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน มาตรการป้องกันควบคุมโรคเอชไอวีจะต้องสกัดกั้นหรือชลอการแพร่ของเชื้อเอชไอวีให้ได้ไม่เช่นนั้น ประชาชนชาวไทยที่เป็นชายประมาณ 10 ล้านคนจะตกเป็นเหยื่อรุ่นต่อไป และที่ร้ายแรงกว่านั้น คือหญิงไทยอีกจำนวนไม่น้อย อาจจะตกเป็นเหยื่อของโรคเอชไอวีได้ภายใน 10-20 ปีข้างหน้า (Wittaya Swaddiwudhipong, Patchree Nguntra and Chaveewan Chaovakiratipong, 1990)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานราชการและองค์กรเอกชนต่าง ๆ รวมทั้งองค์การระหว่างประเทศ ได้รณรงค์ต่อสู้กับโรคเอชไอวีกันอย่างเต็มที่ ทั้งในแง่ การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ, การให้คำแนะนำทางการแพทย์และสังคม

(counselling), การให้สุขศึกษาผ่านทางสื่อต่างๆ, การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น และมาตรการประสานงานสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

มาตรการการให้สุขศึกษาและรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยกันอย่างกว้างขวาง ถึงแม้จะมีข้อจำกัดอยู่ แต่ก็ เป็นมาตรการที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อชลอการระบาดของเชื้อเอดส์ในระยะยาว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแสวงหาวิธีการที่ดีกว่า เช่น การรณรงค์ให้ผู้ชายที่ขี้ขลาดน้อยลงไปจนถึงไม่ขี้ขลาดเลย รวมทั้งสร้างค่านิยมในการไม่เที่ยวหญิงบริการทางเพศ น่าจะเป็นทางเลือกทางหนึ่งที่ให้ผลในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ การศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ของโรคเอดส์ ควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญต่อการวางแผนป้องกันควบคุมโรคเอดส์ต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2532)

การศึกษาหรือการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ได้มีผู้ทำไว้หลายโครงการ ซึ่งแต่ละโครงการจะแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ วิธีการ และประโยชน์ที่จะนำไปใช้ แง่มุมของการศึกษาที่ผ่านมามีนำมาเป็นสื่อเชื่อมโยงกับการศึกษารุ่นนี้ ได้แก่

WHO(1989) ได้เสนอแนะใน AIDS : sexual behavior and intravenous drug use ว่า ในการดำเนินการให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศ ต้องเข้าใจถึงระดับวิทยาของโรคเอดส์ ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศเหล่านี้ ซึ่งลักษณะพื้นฐานบางประการของหญิงบริการทางเพศที่มีผู้ศึกษาไว้บ้างในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ อาทิเช่น การศึกษาของวิทยา คุณานุกรกุลและคณะ(2532) เรื่อง การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มเกี่ยวกับความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดและการป้องกันโรคเอดส์แก่หญิงอาชีพพิเศษ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศที่ศึกษา แต่ จอนพะจง เฟิงจาด(2532) ได้ศึกษา ปัจจัยบางประการกับความสัมพันธ์ในการดูแลตนเองในหญิงบริการทางเพศ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงบริการทางเพศที่ศึกษา

พนมศรี เสาร์สาร(2531) กล่าวว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศที่ศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

วิทยา คุณานุกรกุลและคณะ(2532) และจอณพะจง เฟิงจาด(2532) แต่มีลลิกา ตั้งเจริญ (2534) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงบริการทางเพศ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศที่ศึกษา

วิทยา คุณานุกรกุลและคณะ(2532) กล่าวว่า ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพนี้มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศที่ศึกษา แต่มีลลิกา ตั้งเจริญ (2534) กล่าวว่า ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพนี้ไม่สัมพันธ์ทั้งกับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงบริการทางเพศที่ศึกษา และจากการศึกษานี้พบว่า แม้รายได้จะมีความสัมพันธ์กับความรู้แต่ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองเกี่ยวกับโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศที่ศึกษา

ในด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศ โยธิน แสงดี และพิมพ์พรหม อิศรภักดี(2533) ได้ทำการวิจัยเพื่อหาแนวทางส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในสำนักบริการทางเพศเพื่อป้องกันกามโรคและโรคเอดส์ พบว่า หญิงบริการทางเพศที่ศึกษาทุกคนเคยได้ยินคำว่า "เอดส์" แต่ยังไม่มีความรู้เรื่องอาการ การรับและแพร่เชื้อ ตลอดจนการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง โดยสอดคล้องกับการสำรวจทัศนคติของประชาชนในเขตจังหวัดทองเทียวต่อปัญหาเอดส์ของสถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(2532) ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้เสียเปรียบทางสังคม อันประกอบด้วย หญิงบริการทางเพศ ชายบริการทางเพศ และกรรมกรที่ศึกษาถึงร้อยละ 58 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำ แต่พนมศรี เสาร์สาร(2531) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า หญิงบริการทางเพศที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี และเทพพนม เมืองแมน(2531)ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของกลุ่มที่มีการเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอดส์ อันได้แก่ ผู้ติดยาเสพติด ชายรักร่วมเพศและหญิงบริการทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ค่อนข้างดี นอกจากนี้การศึกษาของ Kaptueและคณะ (1989) เรื่อง Reducing of the spread of HIV Infection among High Risk Woman Impact of Pilot Intervention in Cameroon พบว่า

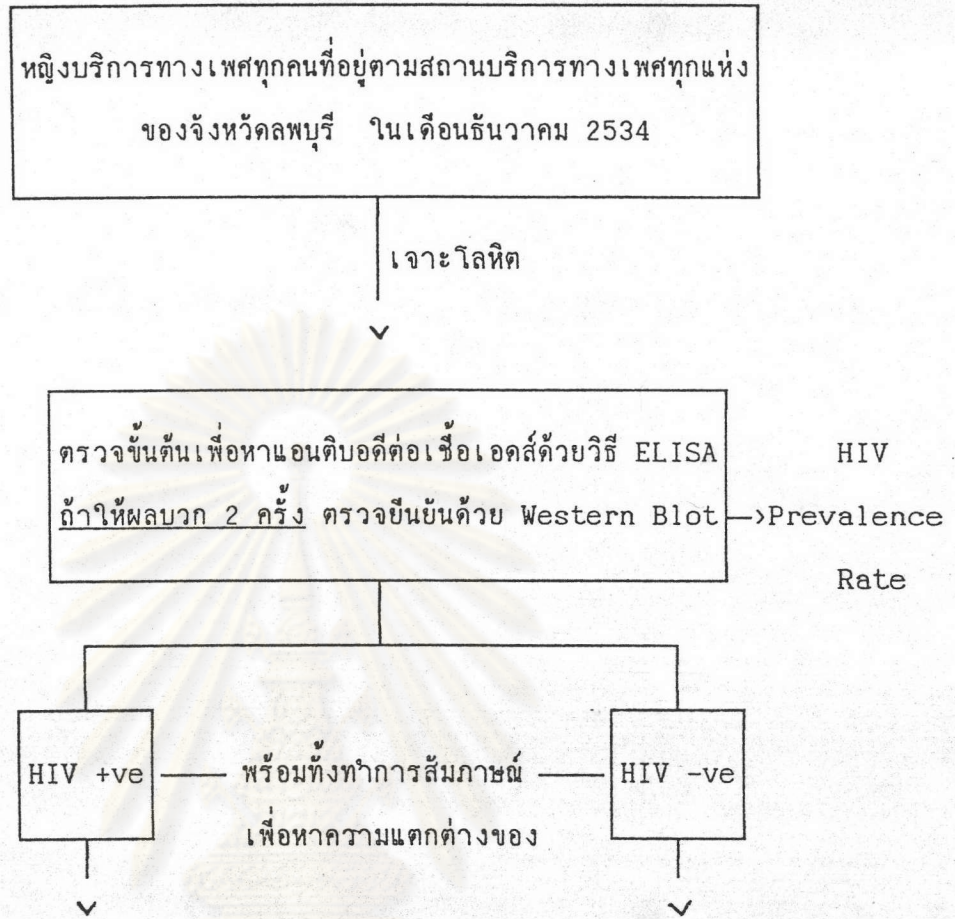


หลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว หญิงบริการทางเพศที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

หญิงบริการทางเพศมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยเนื่องจากการสำส่อนทางเพศขาดความสามารถในการคัดกรองผู้ใช้บริการ และขาดการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงเป็นเหตุให้หญิงบริการทางเพศมีการติดเชื้อเอดส์ค่อนข้างมากจากการศึกษาของสำเร็จ แสงชื่อและคณะ (2530) เรื่องภาวะความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี พบว่าแม้หญิงบริการทางเพศที่ศึกษาจะมีความวิตกกังวลมากกว่าชายบริการทางเพศและชายที่เที่ยวสำส่อน แต่พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์นั้นชายบริการทางเพศจะปฏิบัติได้ดีกว่าชายที่เที่ยวสำส่อนและหญิงบริการทางเพศ นอกจากนี้พิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณและคณะ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศที่ศึกษา ยังไม่ถูกต้องอย่างมาก โดยหญิงบริการทางเพศไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศถึงร้อยละ 89 มีการร่วมเพศทางปากและทวารหนักถึงร้อยละ 30 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพพนม เมืองแมน (2531) วิทยา คุณานุกรกุลและคณะ (2531) และนันทา เดชรัตน์และคณะ (2531) ซึ่ง Roumeliotou, A. และคณะ (1988) ได้กล่าวใน Effectiveness of condom use in preventing HIV infection in prostitutes ว่า การให้สุขศึกษาโดยอาศัยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแก่หญิงบริการทางเพศจึงจะมีผลในการก่อให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



1. ลักษณะพื้นฐานบางประการ	ได้แก่ อายุ, ภูมิลำเนาเดิม, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, จำนวนบุตร, อาชีพเดิม, ประเภทหญิงบริการทางเพศ, ระยะเวลาประกอบอาชีพนี้, รายรับ-รายจ่าย, การใช้ยาเสพติด, การดื่มแอลกอฮอล์ และ การรับเลือด
2. ความรู้เรื่องโรคเอดส์	ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การติดต่อ ความรุนแรง การป้องกันและการรักษา
3. พฤติกรรมการประกอบอาชีพ	ได้แก่ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการย้ายถิ่นที่อยู่ ที่หากิน และแนวโน้มการเลิกประกอบอาชีพนี้