

รายงานการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน :

กรณีศึกษาเยาวชนในเมืองพัทยา

Study of Aids Behaviors and False Beliefs of Youth:  
A Case Study of Youth in Pattaya City



RCH  
RA  
664  
.A25  
ณ 2547

เลขหมู่.....  
เลขทะเบียน.....  
วัน,เดือน,ปี2.1.11A.2557

b.1248924x  
i.....

ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2555

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## บทคัดย่อ

**ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)** การศึกษาพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน :  
กรณีศึกษาเยาวชนในเมืองพัทยา

**(ภาษาอังกฤษ)** Study of Aids Behaviors and False Beliefs of Youth:  
A Case Study of Youth in Pattaya City

**ผู้วิจัย**

รองศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา วิริยเวชกุล

**ที่ทำงาน**

สาขาวิชาครุศาสตร์อุตสาหกรรม คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

เลขที่ 1 ซ. นลองกรุง1 เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520

โทรศัพท์ 0-2329-8000-99 ต่อ 6061 โทรสาร 0-2326-4511

อีเมล : kmchanta@kmitl.ac.th

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาพฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเมืองพัทยา 2. ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สื่อมวลชน และกลุ่มเพื่อนที่มีผลต่อพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่นในเมืองพัทยา การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากวัยรุ่นชายและหญิงที่อยู่ในเมืองพัทยาที่มีอายุตั้งแต่ 15 - 19 ปี จำนวน 10 ราย เท่านั้น ทั้งนี้จัดเป็นกรณีศึกษา กลุ่มตัวอย่างของกรณีศึกษา ได้มาจากกลุ่มวัยรุ่นติดเชื่อเอดส์ที่เปิดเผยต่อสาธารณชนและกลุ่มวัยรุ่นติดเชื่อเอดส์ที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชนส่วนการเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และวิธีการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นใช้วิธีการวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ของ Glaser และ Strayss (1967)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ติดเชื่อก่อนการทำกิจกรรมมองว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่าบางครั้งมีอาการซึมเศร้า ไม่อยากพูดคุยกับใครบางคนก็นั่งร้องไห้เหมือนคนสิ้นหวังท้อแท้ ช่วงระหว่างในการทำกิจกรรมตอนแรกไม่อยากให้ความร่วมมือในกิจกรรม แต่พอมาร่วมแล้วผู้ปวยรู้สึกดี นอกจากนั้นยังสังเกตว่าผู้ปวยมีความสุขสนุกสนาน คลายเครียด มีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะพบว่ากิจกรรมทำให้ความวิตกกังวลลด รู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ที่ระหว่งเพื่อนในกลุ่ม นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ปวยมีท่าทีผ่อนคลายมากขึ้นและโดยส่วนใหญ่ผู้ปวยสนใจในแหล่งข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต สื่อให้ความรู้โรคเอดส์ของรัฐบาล รวมทั้งแหล่งข้อมูลทางหนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร และ วิทยุ ผู้วิจัยได้มีการจัดสนทนากลุ่ม หรือ focus group เพื่อศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนาในประเด็นที่ผู้วิจัยได้

กำหนดไว้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเน้นไปที่ประเด็นของการแสวงหาแนวทางและนำเสนอเนื้อหา การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคเอดส์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นเป็นหลักในการจัดสนทนากลุ่มพบว่าพบว่าเป็นกลุ่มมีความเชื่อว่าผู้หญิงติดเชื้อเอดส์ไม่ควรจะมีลูกเพราะ เป็นเอดส์แล้วตาย ทำให้รู้สึกสิ้นหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกทั้งยังเป็นภาระของประเทศชาติซึ่งเอดส์ เกิดจากการสัมผัสทางเลือดและน้ำเหลืองของผู้อื่นแต่ยังมองว่าการรักเดียวใจเดียวเป็นการป้องกัน เอดส์ได้รวมทั้งผู้ชายติดเชื้อมาจากผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ถ้าติดเชื้อแล้วไม่สามารถทำงานหนักแบบ คนปกติไม่ได้และมองว่าตัวเองเป็นคนไม่มีคุณค่า ขาดความมั่นใจในตนเอง แต่หลังจากทำกิจกรรม ความรู้สึกที่ดีขึ้น มีความตื่นตัวและเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## Abstract

**Project Title:** Study of Aids Behaviors and False Beliefs of Youth: A Case Study of Youth in Pattaya City

**Researcher:** Assoc. Prof. Dr. Chantana Viriyavejakul

**Office:** Department of Industrial Education, the Faculty of Industrial Education, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Chalongkrung Road, Ladkrabang district, Bangkok 10520

Tel. 0-2329-8000 ext. 6061 Fax: 0-2326-4511

E-mail: kmchanta@kmitl.ac.th

This research aims to 1. Study the behaviors and false believes about AIDS among teenagers in Pattaya city 2. Study the family, society, the press, and peer groups as factors contributing to the behaviors and false believes about AIDS among teenagers in Pattaya. Only 10 male and female teenagers aged between 15 and 19 in Pattaya city are studied in this case. The samples of this case study are the AIDS infected teenagers who reveal the fact to the public and who keep it as a secret. In the field survey, observations with participation and without participation, in-depth interviews, and group discussions are used. Then, they are analyzed by constant comparison based on the guidelines of Glasser and Strayss (1967).

The research results show that before the activities, the AID infected teenagers see themselves valueless. Some teenagers have depression and do not want to talk with anyone. Some sit crying hopelessly. Initially, they do not give cooperation. However, they gradually feel better. Moreover, it can be seen that they have fun, relaxation, and self-confidence. This may be because they find that the activities make them less stressful, have more confidence, increase their self-esteem, and foster relationship among their peer group members. In addition, the activities make them feel more relaxed. Most teenagers are interested in finding the information about AIDS from TV, the Internet, the media of the government, newspapers/magazines/journals, and radio. The focus group was organized to study and collect the ideas of the group members about the specific issues. The focus is on the search for the way to provide teenagers with the proper materials to correct false believes about AIDS. In the focus group, there is the false belief that the AIDS infected females should not have a baby because AIDS is a life-threatening disease. Therefore, they are hopeless and do not want to live in this world because they are the burden of their nation.

Although AIDS is spread by the touch of blood and lymph of others, it is still believed that monogamy is the AIDS preventive measure. It is also misunderstood that most males get AIDS from females, and that AIDS victims cannot work as hard as normal people do. Aids victims often see themselves valueless and lack self-confidence. However, after the activities, they feel better, more alert, and more self-confident.



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
IV  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน : กรณีศึกษาเยาวชนในเมืองพัทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเมืองพัทยา เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สื่อมวลชนและกลุ่มเพื่อนที่มีผลต่อพฤติกรรม ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่นในเมืองพัทยา

อนึ่ง ข้อมูลต่าง ๆ ที่ปรากฏในรายงานวิจัยนี้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเยาวชนที่ติดเชื้อเอดส์ และอาศัยอยู่ในเขตเมืองพัทยาซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลล้วนได้มาจากการสังเกต สัมภาษณ์และใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ตามจริง หากผู้อ่านนำไปอ้างอิงโปรดจงพิจารณาให้ถี่ถ้วนถี่เพราะงานวิจัยเป็นเพียงบริบทหนึ่งที่ผู้วิจัยใช้ประชากรในเมืองพัทยาเป็นผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น

โอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พิระวุฒิ สุวรรณจันทร์ คณบดี คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ที่ให้โอกาสและได้รับทุนวิจัยจากเงินรายได้คณะ ประจำปีงบประมาณ 2554 จำนวน 100,000 บาท

ท้ายนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการวิจัยจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจไม่มากนักน้อยคุณค่าที่เป็นผลจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

รองศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา วิริยเวชกุล  
ผู้วิจัย

# สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 1 บทนำ</b> .....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	2
1.3 ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	2
1.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	2
1.5 ทฤษฎีหรือกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย.....	4
<b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	5
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์.....	5
2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์.....	17
2.3 เยาวชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์.....	27
2.4 เมืองพัทยา.....	28
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....	44
3.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	44
3.2 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
3.4 สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b> .....	48
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ</b> .....	54
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	54
5.2 วิธีดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ.....	54
5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
5.4 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	56
5.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป.....	57

# สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บรรณานุกรม.....	58
ภาคผนวก.....	64



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

# สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 แสดงความรู้สึกลักษณะปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเอดส์.....	48
ตารางที่ 4.2 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นในเมืองพัทยาในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์.....	49
ตารางที่ 4.3 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ การใช้ชีวิตประจำวัน ความคิด พฤติกรรม ค่านิยมทัศนคติที่มีต่อสังคม และคนรอบข้าง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการปรับตัวด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์.....	50
ตารางที่ 4.4 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ การใช้ชีวิตประจำวัน ความคิด พฤติกรรม ค่านิยม ทัศนคติที่มีต่อสังคม และคนรอบข้าง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการปรับตัว ด้านการสูญเสียและความสัมพันธ์ส่วนบุคคล.....	50
ตารางที่ 4.5 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ การใช้ชีวิตประจำวัน ความคิด พฤติกรรม ค่านิยม ทัศนคติที่มีต่อสังคม และคนรอบข้าง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการปรับตัว ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน.....	51
ตารางที่ 4.6 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ ทั้ง 3 ด้าน.....	52
ตารางที่ 4.7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามงานวิจัย.....	52
ตารางที่ 4.8 ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคเอดส์.....	52

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจมีพัฒนาการทางกายในอัตราที่รวดเร็ว โครงสร้างทางสังคม เทคโนโลยีส่งผลต่อพฤติกรรม ความเชื่อด้านต่างๆ ของวัยรุ่นอย่างมากมาย วัยรุ่นนั้นอาจมีปัญหามากมายเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์นอกสมรส ปัญหาการทำแท้ง ปัญหาการประพฤตินออย่างเสรีเกี่ยวกับเรื่องเพศเกินขอบเขตที่คั่งงามของวัฒนธรรมไทย ปัญหาการติดเชื้อกามโรคและโรคเอดส์ เมื่อได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเหล่านี้จะพบว่า ต้นเหตุของปัญหาเกี่ยวข้องกับความเชื่อและพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรถ์ก่อนวัยอันควร การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย การเที่ยวหญิงบริการทางเพศในระหว่างเป็นนักศึกษา เมื่อสังเคราะห์ปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน จะว่าปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข ได้แก่ ปัญหาโรคเอดส์ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ เจตคติ ค่านิยมและวัฒนธรรมสุขภาพของบุคคล ชุมชน องค์กร ในการรณรงค์ช่วยแก้ไขและป้องกัน โรคเอดส์ต้องเกิดจากความร่วมมือและรับผิดชอบของคนไทยทุกคน กองระบาดวิทยา ([www.aidsthai.org](http://www.aidsthai.org)) รายงาน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 307,114 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 85,459 ราย ประเด็นของการติดเชื้อเอดส์เมื่อมีการติดเชื้ออาจจะยังไม่มีอาการเจ็บป่วยโดยทันที อาจต้องขึ้นอยู่กับระยะเวลาการติดเชื้อ ภาวะสุขภาพร่างกายของแต่ละบุคคล ที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายแตกต่างกัน หากผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการแนะนำในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และหากผู้ติดเชื้อมีการรับเชื้อเพิ่มก็จะทำให้ความรุนแรงของโรคเกิดขึ้นได้ถึงกับชีวิตในที่สุด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.84 มากกว่ากลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 24.26 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 17.31 อายุ 40-44 ปี ร้อยละ 9.42 อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 8.59 และเด็กที่อายุ 0-14 ปี ร้อยละ 4.18 ตามลำดับ โดยเฉพาะอัตราป่วยในกลุ่มวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี ผู้หญิงจะมีสัดส่วนของอัตราป่วยเอดส์สูงกว่าเพศชาย เท่ากับ 2 : 1 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 84 (83.87) เป็นชายที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน ร้อยละ 57.75 เป็นชายรักต่างเพศ และร้อยละ 26.12 เป็นหญิงรักต่างเพศ รองลงมาเป็นผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 4.67 กลุ่มที่ติดเชื้อจากมารดา พบร้อยละ 4.00 กลุ่มรับเลือด ร้อยละ 0.03 กลุ่มที่ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง และอื่น ๆ ร้อยละ 7.44 ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่ายังมีปัญหาเรื่องความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นมีมากมาย เช่น งานวิจัยของพัชริน คำรงกิตติกุลและคณะ ([www.thaiedresearch.org/result/result.php?id=5088](http://www.thaiedresearch.org/result/result.php?id=5088)) พบว่า นักศึกษาซึ่งเป็นวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 16 ปี นักศึกษาชายเคยไปเที่ยวหญิงโสเภณี ร้อยละ 40 เพราะอยาก

มีประสบการณ์และเพื่อนชวนไป พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 25 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย เพราะทำให้ลดความรู้สึกทางเพศ การแก้ไขปัญหาก็เกิดขึ้นมาได้หลายวิธี วิธีหนึ่งที่ได้ผล คือ มหาวิทยาลัยควรมีบทบาทในการสนับสนุนรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในสังคมมหาวิทยาลัย เช่น การปลูกฝังแนวคิด ค่านิยมและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์อย่างถูกต้อง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีเจตคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์อย่างถูกต้อง

ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์มีหลายประการ เช่น คนเป็นเอดส์ทำงานแบบคนปกติไม่ได้ ผู้ติดเชื้อเป็นคนสำส่อน เป็นคนไม่ดี จะรักษาทำไม รักษาก็ตายไม่รักษาก็ตาย เป็นเอดส์แล้วตายลูกเดียว ผู้ติดเชื้อ เป็นภาระของประเทศชาติ เป็นต้น

หากมีการศึกษาพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน ครั้งนี้จะทำให้สามารถสรุปองค์ความรู้ใหม่ที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความเชื่อในการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นได้และหน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมและความเชื่อที่ถูกต้องต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเมืองพัทยา

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สื่อมวลชนและกลุ่มเพื่อนที่มีผลต่อพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่นในเมืองพัทยา

## 1.3 ขอบเขตของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาข้อมูลจากวัยรุ่นชายและหญิงที่อยู่ในเมืองพัทยามีอายุตั้งแต่ 15 - 19 ปี จำนวน 10 ราย เท่านั้น ทั้งนี้จัดเป็นกรณีศึกษา

## 1.4 การทบทวนวรรณกรรม/สารสนเทศ (information) ที่เกี่ยวข้อง

หากจะกล่าวถึงความหมายของความเชื่อ อาจกล่าวได้ว่า ความเชื่อ คือการยอมรับอันเกิดอยู่ในจิตสำนึกของมนุษย์ ต่อพลังอำนาจเหนือ ธรรมชาติ ความเชื่อเป็นธรรมชาติ ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกรูปทุกนาม สิ่งที่มีมนุษย์ได้ สัมผัสทางใดทางหนึ่งจากอายตนะทั้ง ๖ ( ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ) เป็นต้นเหตุของ ความเชื่ออันเป็นสัญญาเจตนา เมื่อเกิดการเพาะบ่มความเชื่อ โดยอาศัยสิ่งแวดล้อมที่ได้สัมผัสเป็นประจำ เป็นเครื่องช่วยให้ความเชื่อเจริญเติบโต จึงเกิดรูปเกิดสัญลักษณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง จึงเกิดความเชื่อในรูปแบบความเชื่อที่เป็นรูปธรรม และความเชื่อที่เป็นนามธรรม ในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน กล่าวถึงความเชื่อไว้ว่า ศรัทธา(น.) ความ

เชื่อ ความเลื่อมใส(ส.) รศ. ญาณ โฉม จิตต์ธรรม กล่าวไว้ว่า ความกลัว และความไม่รู้เป็นเหตุให้เกิดความเชื่อและความเชื่อก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดศาสนา วัฒนธรรมความเชื่อทางศาสนาคือแนวทางการประพฤติปฏิบัติตามหลักการและคำสั่งสอนของศาสนานั้น ๆ เพื่อหวังความสุขแก่ตน ความเชื่อเป็นพื้นฐานให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ทั้งด้านดีและด้านร้าย ธรรมดาคนเราจะมี ความเชื่อและความไม่เชื่อเป็นของคู่กัน คือระหว่างความศรัทธา และไม่ศรัทธา ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

1. ความเชื่อ
2. ความไม่เชื่อ

ความเชื่อแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ เชื่ออย่างมีเหตุผล และเชื่ออย่างไม่มีเหตุผล ความไม่เชื่อได้แก่การปฏิเสธ หรือมีความเห็นเป็นอื่น อันขัดต่อเหตุผลของความเป็นจริงในทางพระพุทธศาสนาได้กล่าวความเชื่อไว้ 4 อย่าง คือ

1. กรรมศรัทธา หมายถึง เชื่อกรรม
2. วิบากศรัทธา หมายถึง เชื่อผลกรรม
3. กรรมมัสตคาศรัทธา หมายถึง เชื่อว่าสัตว์มีกรรมเป็นของตน
4. ตถาคตโพธิศรัทธา หมายถึง เชื่อในความรู้ของพระตถาคตคือพระพุทธเจ้า

ความเชื่อ 10 ประการ ในกาลามสูตร คือ

1. ไม่ควรเชื่อตามตำรา
2. ไม่ควรเชื่อตามที่ได้ยินมา
3. ไม่ควรเชื่อเรื่องที่เล่าสืบ ๆ กันมา
4. ไม่ควรเชื่อตามครูบาอาจารย์
5. ไม่ควรเชื่อคนที่เป็นครูเล่าให้ฟัง
6. ไม่ควรเชื่อมงคลตื่นข่าว
7. ไม่ควรเชื่อเมื่อมีอมิส (สินจ้างรางวัล) ล่อให้เชื่อ
8. ไม่ควรเชื่อที่เขาแนะนำให้เชื่อ
9. ไม่ควรเชื่อโดยเขาบังคับให้เชื่อ
10. ไม่ควรเชื่อที่เขาอ้างเหตุให้เชื่อ

อย่างไรก็ตาม ความเชื่อมักเกิดขึ้นจากความคิดคำนึงว่าสิ่งนี้ดี สิ่งนั้นไม่ดี จะต้องส่งผลกระทบต่อเช่นนั้น เป็นเช่นนี้ ความเชื่อที่ปรากฏเป็นข้อห้ามคำสอนของ โบราณ ย่อมเป็นสิ่งทำทนาย ต่อปัญญาของมนุษย์อย่างยิ่ง หากศึกษาให้ ถ่องแท้ จะทราบถึงเจตนารมณ์ของบรรพบุรุษว่า ข้อห้ามคำสอนนั้นทรงคุณค่าต่อ สังคมเพียงใด และต่อไปนี่คือตัวอย่างพฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของบุคคลได้แก่

1. ผู้ชายติดเชื้อมาจากผู้หญิง
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำงานหนักแบบคนปกติไม่ได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. ผู้หญิงติดเชื้อเอดส์ ไม่ควรมีลูก
4. ผู้ติดเชื้อเป็นคนสำคัญ เป็นคนไม่ดี
5. จะรักษาทำไม รักษาที่ตายไม่รักษาที่ตาย
6. เป็นเอดส์ แล้วตายลูกเดียว
7. ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นภาระของประเทศชาติ
8. ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นตัวปัญหาของสังคม
9. ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นบุคคลที่น่ารังเกียจของชุมชน/สังคม
10. เอดส์เป็นโรคระบาด
11. เอดส์เป็นไวรัสชนิดหนึ่งติดเชื้อแล้วจะทำงานได้หรือ
12. การติดเชื้อเอดส์เป็นเรื่องธรรมชาติ

### 1.5 ทฤษฎีหรือกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของบุคคลและในชุมชนของภาคต่างๆ ที่นอกเหนือจากพฤติกรรมทางเพศที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาพฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเมืองพัทยา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการดำเนินการวิจัย โดยศึกษารายละเอียดในหัวข้อต่อไปนี้

#### 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

##### 2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และเจตคติ

##### 2.1.2 สาเหตุเกี่ยวกับโรคเอดส์

#### 2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์

##### 2.2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์

##### 2.2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์

##### 2.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมสุขภาพ

#### 2.3 เยาวชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

#### 2.4 เมืองพัทยา

#### 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ทั้งในและต่างประเทศ

### 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

#### 2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และเจตคติ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge) นักวิชาการและนักการศึกษาได้ให้ความหมายของคำว่า “ความรู้” (Knowledge) เอาไว้ต่างๆ กันดังนี้

บลูม (Bloom, 1971 : 201) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะ ระลึกวิธีและกระบวนการต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ของความรู้ นั้นเน้นย้ำในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามของวิชัย วงษ์ใหญ่ (2523 : 130) ที่ว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมเบื้องต้นที่ผู้เรียนสามารถจำได้หรือระลึกได้โดยการมองเห็นและได้ยิน ส่วนชวาล แพร์ตกุล (2526 : 201) และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ไว้ในทำนองเดียวกันว่า ความรู้ คือ พฤติกรรมขั้นต้น ในการแสดงออกของสมรรถภาพด้านความจำ โดยการระลึกออกมาเป็นหลัก ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือการมองเห็น ได้ยิน หรือจำได้

สำหรับกู๊ด (Good, 1973 : 325) นั้น ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ ซึ่ง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สอดคล้องกับคำนิยามของพจนานุกรม เวบสเตอร์ (The Lexicon Webster Dictionary. 1977 : 531) ที่อธิบายว่า ความรู้ คือ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และ โครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือค้นคว้า หรือ เป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคลที่ได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากรายงาน การรับรู้ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและอาศัยเวลา ส่วนไพศาล หวังพานิช (2526: 96) ก็ได้ให้ความหมายไว้ในแนวเดียวกันว่า ความรู้ คือ บรรดาข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดของเรื่องราวการกระทำ อันเป็นประสบการณ์ของบุคคลซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

จากคำจำกัดความดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากประสบการณ์และการเรียนรู้แล้วสะสมในรูปของความจำ โดยสามารถระลึก ความจำเหล่านี้ออกมาได้

จะเห็นได้ว่าเมื่อกล่าวถึงความหมายของคำว่า “ความรู้” นั้น เป็นเพียงความหมายเฉพาะคำ ที่มุ่งให้เข้าใจถึงตัวเองความรู้ว่าคืออะไรเท่านั้น แต่โดยความหมายที่ใช้สื่อสารกันทั่วไป “ความรู้” มีความหมายกว้างและครอบคลุมเรื่องต่างๆ มากมาย จึงเปรียบเทียบเสมือนว่าความรู้เป็นเนื้อหาสาระที่สำคัญ โดยเฉพาะในด้านการศึกษา ซึ่งโดยธรรมชาติของความรู้ นั้น สงัด อุทรานันท์ (2528: 164) ได้แบ่งประเภทของความรู้ไว้เป็น 5 ประเภท คือ

1. ความรู้พื้นฐานที่เป็นกฎเกณฑ์ ข้อเท็จจริงต่างๆ
2. ความคิดรวบยอด คือเนื้อหาสาระที่ผู้เรียนควรรู้จักหลังจาก ได้รู้ข้อเท็จจริงในขั้นพื้นฐานไปแล้ว
3. การแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ เป็นความรู้ที่ผู้เรียนจะต้อง ได้เรียนรู้วิธีที่จะนำความรู้พื้นฐาน หลักการความคิดรวบยอดไปใช้
4. ความรู้ด้านทักษะ เป็นความรู้ประเภทที่จะต้องมีการฝึกทักษะ ฝึกปฏิบัติ ทั้งนี้ก็เกี่ยวกับการได้รับรู้กฎเกณฑ์พื้นฐานมาแล้ว
5. เกี่ยวกับเจตคติและค่านิยม เป็นความรู้ที่ต้องจัดให้แก่ผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง หลังจากที่เขาได้รับรู้ข้อมูลพื้นฐาน ได้ฝึกแก้ปัญหาหรือฝึกทักษะมาแล้ว

การจัดประเภทความรู้ตามลำดับข้างต้นนั้น ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความรู้และการ จัดลำดับชั้นของความรู้ นั่นคือธรรมชาติของรู้นั้นจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการขั้นอื่นๆ เพื่อให้ ความรู้นั้นนำไปสู่จุดมุ่งหมายของการจัดความรู้และบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้นั้นเอง

ในการจัดการศึกษา ถือว่าความรู้เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถทาง สมอง หรือด้านสติปัญญา ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมดังต่อไปนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2530 : 10-11)

1. ความรู้-ความจำ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่ได้รับจากการเรียนการสอนและจากประสบการณ์ต่างๆ รวมทั้ง สิ่งที่สัมพันธ์กับประสบการณ์นั้นๆ และสามารถถ่ายทอดสิ่งที่จดจำไว้นั้นออกมาได้ถูกต้อง

2. ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง ความสามารถในการแปลความ ตีความ และสรุปความเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่ได้พบเห็นหรือเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้รับรู้อย่างถูกต้อง และสามารถสื่อความเข้าใจที่ตนมีอยู่นั้นไปสู่ผู้อื่นได้ถูกต้องด้วย

3. การนำไปใช้ (Application) หมายถึง ความสามารถในการนำความรู้ ทฤษฎี หลักการ กฎเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการต่างๆ ซึ่งได้รับจากการเรียนรู้ไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันหรือสถานการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกันได้ถูกต้องเหมาะสม

4. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราว ข้อเท็จจริง หรือเหตุการณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ ได้ และสามารถบอกได้ว่าส่วนย่อยๆ นั้น แต่ละส่วนสำคัญอย่างไร ส่วนใดสำคัญที่สุด แต่ละส่วนมีความสัมพันธ์กันอย่างไร และมีหลักการใด ร่วมกันอยู่

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถในการผสมผสานส่วนย่อยๆ เข้าด้วยกัน ให้เป็นส่วนใหญ่ ทำให้ได้ผลผลิตที่แปลกใหม่ และดีไปกว่าเดิม พฤติกรรมด้านนี้เน้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ นั้นเอง

6. การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถในการวินิจฉัย ตีราคาสิ่งต่างๆ หรือเรื่องราวต่างๆ ได้อย่างมีหลักเกณฑ์เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลและเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ซึ่งหมายถึง ความรู้-ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่าเกี่ยวกับข้อเท็จจริง และข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในด้านความหมายของโรค ประวัติความเป็นมา สาเหตุของการเกิดโรค อาการ ลักษณะการติดต่อและไม่ติดต่อ การป้องกัน การตรวจรักษา การปฏิบัติตนของผู้ติดเชื้อเอดส์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปฏิบัติตนของผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอดส์ และผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อตนเอง ครอบครัวชุมชนและประเทศชาติ ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้นักเรียนอาจได้รับจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ คำว่า “เจตคติ” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Attitude” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Aptus” แปลว่า โน้มเอียง เหมาะสม ซึ่งนักจิตวิทยาและนักการศึกษาได้ให้นิยามหรือคำจำกัดความพอสรุปเป็นหัวข้อที่สำคัญดังนี้คือ

#### 1. เจตคติเป็นความพร้อมของประสาทและจิตใจ

แอลพอร์ต (Allport. 1935: 810) เชื่อว่า เจตคติ คือ สภาวะความพร้อมทางด้านจิต ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็แรงที่จะกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคล ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามของซูซีฟ อ่อน โคกสูง (2518: 112) ที่กล่าวว่า เจตคติ เป็นความพร้อมที่จะตอบสนอง หรือแสดงความรู้สึกรู้สึกต่อวัตถุ สิ่งของ

คน สังกัปปอื่น ๆ ตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งความรู้สึกหรือการตอบสนองดังกล่าว อาจเป็นไปได้ในทางชอบ (เข้าไปหา) หรือไม่ชอบ (หลีกเลี่ยงหรือถอยหนี)

## 2. เจตคติเป็นความโน้มเอียงของจิตใจ

แมคโดนัล (McDonald. 1959 : 564) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า เจตคติ คือ ความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมทางใดทางหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อของนิวคอม (Newcom. 1960 : 690) ที่ว่า เจตคติเป็นความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจที่มีต่อประสบการณ์ที่คนได้รับ อันอาจแสดงออกได้ 3 ทาง คือ การแสดงออกในด้านบวก ซึ่งได้แก่ การเห็นด้วย ความรู้สึกพอใจ ในด้านลบจะแสดงลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเจตคติแบบกลางๆ คือ ความรู้สึกเฉยๆ ส่วนโรเคช (Rokeach. 1970 : 112) ก็มีความเชื่อเช่นเดียวกันว่า เจตคติ เป็นการผสมผสานหรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ นอกจากนี้รวิวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ (2533 : 12) และสุรางค์ โค้วตระกูล (2536 : 246) ก็ได้ให้ความหมายของ เจตคติ ไว้ในทำนองเดียวกันว่า เจตคติ คือ สักยภาพภายในของบุคคลที่มีแนวโน้มแสดงออกทางพฤติกรรม สนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้า ซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งคน วัตถุสิ่งของ หรือความคิด ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งทางบวกทิศทางลบ หรือเป็นกลาง ถ้าบุคคลใดมีเจตคติในทางบวกต่อสิ่งใด ก็จะมีพฤติกรรมที่จะเผชิญกับสิ่งนั้น แต่ถ้ามีเจตคติในทางลบก็จะหลีกเลี่ยง ซึ่งเจตคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้และเป็นการแสดงออกของค่านิยมและความเชื่อของบุคคล

## 3. เจตคติเป็นความรู้สึก อารมณ์หรือสภาพทางจิตใจ

เทอร์สโตน (Thurstone. 1967 : 531) กล่าวว่า เจตคติเป็นผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึก อคติ ความผิด และความกลัวต่อบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของซูนิย์ ธรดากร (2525 : 13) ที่ว่า เจตคติเป็นสภาพทางจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์ อันทำให้บุคคลมีท่าทีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงท่าทีออกมาในทางที่พอใจเห็นด้วยหรือไม่พอใจ ไม่เห็นด้วยก็ได้ นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 3) และพวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2530 : 193) ก็ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ในแนวเดียวกันว่า เจตคติ เป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปได้ในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้

จากความหมายต่างๆ ข้างต้น ผู้วิจัยจึงขอสรุปว่า เจตคติเกี่ยวกับ โรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลและเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นและความเชื่อของนักเรียนที่มีต่อ โรคเอดส์ในด้านต่างๆ ทั้งในทางบวกและทางลบ

องค์ประกอบของเจตคติ เจตคติเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่คนเรามีต่อสิ่งเร้าซึ่งมีองค์ประกอบหลักอยู่ 3 ประการคือ (Triandis. 1971: 94, กฤษณา ศักดิ์ศรี. 2530: 185)

1. องค์ประกอบด้านสติปัญญา (Cognitive Component) เป็นการที่สมองของบุคคลรับรู้และวินิจฉัยข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับ มีการวิเคราะห์ข้อมูลจัดหมวดหมู่เพื่อช่วยในด้านการรับรู้ ทำให้เกิดเจตคติที่แสดงออกมาในแนวคิดที่ว่าอะไรถูกอะไรผิด

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นความรู้สึกชอบ-ไม่ชอบ หรือทำที่ที่ดี-ไม่ดี ที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของเจตคติ

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นแนวโน้มที่คนจะปฏิบัติต่อสิ่งที่ชอบหรือไม่ชอบ เป็นทิศทางของการตอบสนองหรือการกระทำในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจจะรู้สึกว่าเป็นดีหรือไม่ดี

ลักษณะของเจตคติ เจตคติเป็นความรู้สึกที่บ่งบอกลักษณะทางจิตใจ อารมณ์ของบุคคล ซึ่งอาจเป็นลักษณะที่ไม่แสดงออกมาภายนอกให้บุคคลอื่นเห็นหรือเข้าใจก็ได้ โดยมีลักษณะที่สำคัญดังนี้คือ (กฤษณา ศักดิ์ศรี, 2530 : 185-188, รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์, 2533 : 14-15, สุรางค์ ไคว่ตระกูล, 2536 : 246)

1. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ ซึ่งมีได้เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด เมื่อเกิดการเรียนรู้ ย่อมจะมีความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ นั้น โดยบางครั้งอาจได้รับเจตคติจากการเลียนแบบหรือเอาอย่าง

2. เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยอาจเปลี่ยนแปลงเป็นตรงกันข้ามกันได้ ถ้าสภาพแวดล้อม สถานการณ์ เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงของเจตคติอาจจะเปลี่ยนจากบวกเป็นลบ หรือจากลบเป็นบวก ซึ่งบางครั้งเรียกว่าการเปลี่ยนแปลงทิศทางของเจตคติหรืออาจจะเปลี่ยนแปลงความเข้มข้น (Intensity) หรือความมากน้อย แต่การที่จะเปลี่ยนเจตคติต่อสิ่งใดนั้น บางครั้งต้องใช้เวลาาน ดังนั้นการเปลี่ยนเจตคติจะเป็นไปได้ช้าหรือเร็วขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยและเงื่อนไขหลายประการด้วยกัน

3. เจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก เราสามารถทราบได้ว่าบุคคลใดมีเจตคติในการยอมรับ หรือไม่ยอมรับ โดยการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทางพอใจหรือไม่พอใจ หรืออาจจะทำนายพฤติกรรมต่างๆ ไป โดยการวิเคราะห์จากเจตคติของแต่ละบุคคลก็ได้

4. เจตคติเป็นเรื่องเฉพาะตัว ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกัน แต่รูปแบบการแสดงออกอาจแตกต่างกันออกไป หรืออาจมีการแสดงออกที่เหมือนกันแต่ความรู้สึกต่างกันได้

5. เจตคติไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำนายหรืออธิบายเจตคติได้

การวัดเจตคติ การวัดเจตคติเป็นสิ่งที่ยาก เพราะเราไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง แต่จะสังเกตจากสิ่งที่แสดงออกในรูปของการตอบสนอง ซึ่งอาจเป็นถ้อยคำหรือพฤติกรรม โดย

สามารถตรวจสอบด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้คือ (กฤษณา ศักดิ์ศรี. 2530 : 208-211, ธีววรรณ อัครักษ์พันธุ์. 2536 : 17-29)

1. การสังเกต (Observation) เป็นการศึกษาลักษณะและพฤติกรรมของบุคคล รวมถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อค้นหาความจริงโดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้าของผู้สังเกตโดยตรง ทำให้ได้ข้อมูลแบบปฐมภูมิ ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลนั้น จะสะท้อนให้เห็นถึงเจตคติของบุคคลนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี

2. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการสนทนาหรือพูดคุยกันอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่วางแผนไว้ล่วงหน้า การสัมภาษณ์ประกอบด้วยผู้สัมภาษณ์ (Interviewer) และผู้ถูกสัมภาษณ์ (Interviewee) การสัมภาษณ์นอกจากจะได้ข้อมูลตามต้องการแล้ว ยังได้ทราบข้อเท็จจริง เกี่ยวกับผู้ถูกสัมภาษณ์ในด้านปฏิกิริยาไหวพริบ ท่วงทีวาจาและอุปนิสัยใจคอ

3. การใช้แบบวัดเจตคติโดยตรงหรือมาตราส่วนวัดเจตคติ (Attitude Scales) ที่นิยมใช้กันแพร่หลายคือ แบบวัดเจตคติของลิเกิร์ต (The Likert Technique) และแบบวัดเจตคติของเธอร์สโตน (The Thurstone Method)

4. การรายงานตนเอง (Self-Report) เป็นการให้เจ้าตัวรายงานความรู้สึกที่มีต่อเรื่องราวหรือเหตุการณ์นั้นออกมาว่า ชอบ-ไม่ชอบอย่างไร ด้วยการพูดหรือเขียนบรรยายความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

5. โปเจกทีฟเทคนิค (Projective Technique) เป็นการใช้สิ่งเร้าที่มีลักษณะไม่ชัดเจน กระตุ้นให้บุคคลระบายความรู้สึกออกมา เพื่อจะได้สังเกตดูว่ามีความรู้สึกอย่างไร ซึ่งความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งเดียวกัน อาจแตกต่างกัน

6. สังคมมิติ (Sociometry) เป็นวิธีการแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลที่อยู่รวมกันเป็นหมู่คณะ โดยให้บุคคลอื่นประเมินค่าตัวเราและตัวเราประเมินค่าบุคคลอื่น

### 2.1.2 สารเกี่ยวกับโรคเอดส์

1. ความหมายของโรคเอดส์ คำว่า “เอดส์” เป็นคำเรียกทับศัพท์ ภาษาอังกฤษ มาจากคำว่า “AIDS” ซึ่งย่อมาจาก Acquired Immune Deficiency Syndrome

Acquired	หมายถึงภาวะที่เกิดขึ้นในภายหลัง มิได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือสืบสายเลือดทางพันธุกรรม
Immune	หมายถึงระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
Deficiency	หมายถึงความบกพร่อง ความเสื่อม หรือการขาด
Syndrome	หมายถึงกลุ่มอาการ ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการหลายๆ อย่าง ไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง

ดังนั้น ความหมายของคำว่า AIDS หรือ เอ็ดส์ จึงหมายถึง กลุ่มอาการของโรค ที่เกิดจาก ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งชื่อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเข้าสู่ร่างกายของคนแล้ว จะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว ที่ทำหน้าที่ ป้องกันเชื้อโรค ทำให้ภูมิคุ้มกัน โรคของคนนั้นเสื่อม หรือบกพร่องจนเป็นสาเหตุให้ร่างกายของคน นั้นอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย รักษาไม่หาย ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และในที่สุดก็จะตายด้วยโรคเรื้อรังนั้น (กระทรวงสาธารณสุข. 2532: 1)

2. ประวัติของโรคเอดส์ โรคเอดส์เป็นโรคที่เพิ่งพบใหม่โดยไม่เคยมีมาก่อนในอดีต ซึ่ง พบรายงานคนไข้รายแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 จากการรายงาน พบว่ามีชายหนุ่มรักร่วมเพศ 5 คน ป่วยเป็นปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งเรียกว่า "Pneumocystis Carinii Pneumonia" อีก 1 เดือนต่อมา มีรายงานจากนิวยอร์กและแคลิฟอร์เนียว่ามี ชายรักร่วมเพศอีก 26 รายป่วยเป็นโรคมะเร็ง Kaposi's Sarcoma ซึ่งตามปกติเป็นโรคของคนอายุ มากหรือคนที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกหลายรายเป็นโรคปอดบวม และติดเชื้อชนิดฉวยโอกาส ชายหนุ่มที่ป่วยทุกรายไม่มีรายใดที่มีโรคร้ายแรงประจำตัวมาก่อน และ ไม่มีรายใดที่เคยได้รับยาประเภทกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อได้รับการตรวจชันสูตรทาง ห้องปฏิบัติการ พบว่าการทำงานของเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันโรคเสียไป ไม่สามารถ ทำหน้าที่ได้ตามปกติ (สถาพร มานัสสถิตย์. 2535 : 3) หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2526 ชาวฝรั่งเศสชื่อ Luc Montagnier และคณะสามารถแยกเชื้อเอ็ดส์ได้จากต่อมน้ำเหลืองของคนไข้ที่เป็นรักร่วมเพศ และป่วยเป็นโรคเอดส์ โดยให้ชื่อไวรัสชนิดนี้ว่า Lymphadenopathy Associated Virus หรือ (LAV) นับว่าเป็นการค้นพบเชื้อไวรัสเอ็ดส์เป็นครั้งแรก ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 (พ.ศ. 2527) Robert Gallo และคณะแพทย์จากสหรัฐอเมริกา ก็สามารถแยกเชื้อเอ็ดส์ได้จากเม็ดเลือดขาวของคนไข้โรคเอดส์ และตั้งชื่อว่า Human T-cell Lymphotropic Virus Type III (HTLV-III) ต่อมาพบว่า LAV และ HTLV-III เป็นไวรัสตัวเดียวกัน แต่มีการเรียกชื่อที่แตกต่างกันไป จึงได้ตกลงตั้งชื่อเรียกเป็นสากล ว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) (สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน. ม.ป.ป. : 23) สำหรับประเทศไทยนั้น มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์คนแรก เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 เป็นเพศชาย ซึ่งติดเชื้อและป่วยมาจากอเมริกา โดยมีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ เมื่อกลับมา ถึงประเทศไทยได้มีอาการป่วยแบบโรคเอดส์เต็มขั้นแล้ว โดยมีอาการปอดบวมจากเชื้อปรสิต ชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้ พร้อมกับการติดเชื้อด้วยโรคอื่นๆ เป็นระยะๆ เพราะ ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยลดต่ำลงมากจนไม่สามารถต้านทานโรคต่างๆ ได้ และได้ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2527 (บรรลุ ศิริพานิช และประยูร กุณาศล. 2533 : 81-82)

3. สาเหตุของการเกิดโรคเอดส์ เชื้อเอ็ดส์เป็นเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งในกลุ่ม Retrovirus เมื่อ เข้าสู่ร่างกายของคน มันจะไปเกาะที่ผิวเปลือกนอกของเม็ดเลือดขาว โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาวชนิด T-Lymphocytes จากนั้นเชื้อจะแทรกตัวเข้าไปอาศัยอยู่ในเม็ดเลือดขาว แล้วอาศัยเอนไซม์ชนิดพิเศษ

(Reverse Transcriptase Enzyme) ที่มีอยู่ในตัวมัน เปลี่ยนแปลงยีน (Gene) ของมันให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของยีนเม็ดเลือดขาว แล้วกระตุ้นให้เซลล์เม็ดเลือดขาวแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น โดยที่ตัวมันไม่ต้องแบ่งตัวเอง ทำให้จำนวนยีนของไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนสามารถทำลายเม็ดเลือดขาวที่มันอาศัยอยู่นั้นได้ เมื่อเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลงจนถึงจุดวิกฤตที่ไม่สามารถป้องกันร่างกายได้ ทำให้เกิดเป็นภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องหรือเสื่อมไปที่เรียกกันว่า โรคเอดส์ (AIDS)

นอกจากนี้เชื้อไวรัสเอดส์ยังสามารถทำลายเซลล์อื่นๆ ได้อีก เช่น เซลล์สมอง เซลล์ประสาท เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร และ เซลล์ผิวหนังซึ่งมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง ความจำเสื่อม แขนขาอ่อนแรง มีอาการของโรคจิตประสาท และเกิดมะเร็งชนิดต่างๆ ได้ (สถาพร มานัสสถิตย์. 2535 : 14, ประพันธ์ ภาณุภาค. 2536 : 8)

4. ลักษณะอาการของโรคเอดส์ เมื่อมีการติดเชื้อ HIV แล้ว อาจนำไปสู่อาการตามระยะต่างๆ ของโรค ซึ่งการแบ่งระยะของโรคเอดส์นั้นมีด้วยกันหลายแบบ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลและสรุปอาการของโรคเอดส์ไว้เป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ (สถาพร มานัสสถิตย์. 2535 : 88-91, กรมการปกครอง. 2535 : 101-102, ประพันธ์ ภาณุภาค. 2536 : 8-12, สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน. ม.ป.ป. : 61-63)

ระยะที่ 1 ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage or Carrier Stage)

ผู้ป่วยจะมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เหมือนคนปกติทั่วไป แต่อาจช่วยเล็กๆ น้อย คล้ายเป็นไข้หวัด ซึ่งจะหายได้เองภายใน 1-2 สัปดาห์ บางคนอาจจะอยู่ในระยะนี้ 2-3 ปี ก่อนจะเข้าสู่ระยะที่ 2 แต่บางคนอาจไม่มีอาการนานถึง 10 ปี หรือนานกว่านี้ ผู้ติดเชื้อทุกรายที่อยู่ในระยะนี้แม้จะไม่มีอาการ แต่ก็สามารถแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่นๆ ได้

ระยะที่ 2 ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex หรือ ARC)

ระยะนี้นอกจากผู้ป่วยจะมีเลือดบวกแล้ว ยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างปรากฏให้เห็น เช่น

- แขนขาข้างใดข้างหนึ่งไม่มีแรง แขนขาทำงานไม่ประสานกันนานเกิน 3 เดือน
- ต่อม้ำน้ำเหลืองโตหลายแห่ง ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน
- น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน
- อูจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ
- มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ มีไข้เรื้อรัง โดยไม่ทราบสาเหตุ
- มีการติดเชื้อแทรกซ้อนชนิดที่ไม่ร้ายแรง เช่น เริมที่ไม่ลุกลาม หรือวัณโรคชนิดไม่

แพร่กระจาย เป็นต้น

ระยะนี้อาจจะเป็นอยู่หลายเดือนหรือเป็นปี แล้วจะกลายเป็นระยะเอดส์เต็มขั้นต่อไป ผู้ป่วยระยะนี้สามารถแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่นได้โดยทางเลือด เพศสัมพันธ์ จากมารดาสู่ทารก ตลอดจนทางน้ำนม

ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) หรือเรียกว่า ระยะโรคเอดส์

ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลาย ลงมาก จนมีผลต่อการป้องกันกับการติดเชื้อชนิดอื่นๆ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวถูกทำลายไปจนเกือบหมด ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายต่อคนปกติได้ ซึ่งเรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีอยู่หลายชนิด แล้วแต่จะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใดที่ส่วนใด เช่น ถ้ามีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจะมีไข้ ไอ หอบ เจ็บหน้าอก ถ้าติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารก็จะมีอาการเจ็บท้อง กลืนลำบาก ถ้ามีการติดเชื้อในระบบประสาทก็จะมีอาการความจำเสื่อม สติฟั่นเฟือน ซึมเศร้า สมองเสื่อม แขนขาชา หรืออ่อนแรง มีการชักกระตุก เป็นต้น บางรายอาจเกิดมะเร็งแทรกซ้อนขึ้นมาอีกก็ได้ เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่จะพบเป็นก้อนโตตามร่างกาย มะเร็งหลอดเลือดที่ปรากฏเป็นจ้ำสีม่วงคล้ำๆ ตามผิวหนัง เมื่อเข้าสู่ระยะนี้แล้ว ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน โดยทั่วไปจะมีชีวิตอยู่ได้เพียง 1-2 ปี โดยเฉลี่ย

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ จะแสดงอาการออกมาในรูปแบบก็ได้ ไม่แน่นอน จากการศึกษานักวิชาการพบว่า ประมาณ 20% ของผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีอาการลุกลามไปเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์เต็มขั้น ประมาณ 20% ของผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีอาการลุกลามไปเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์เต็มขั้น ประมาณอีก 40% จะเปลี่ยนไปเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะที่ 2 ส่วนที่เหลืออีก 40% จะเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่ปรากฏอาการ และมีชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติไปได้อีกนาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ แข็งแรง ของร่างกายและจิตใจ

## 5. ลักษณะการติดต่อและไม่ติดต่อของโรคเอดส์

### 5.1 ลักษณะการติดต่อของโรคเอดส์

เชื้อเอดส์สามารถติดต่อกันได้เพียง 2 ทางเท่านั้น คือ ทางเพศสัมพันธ์และทางเลือด หรือผลิตภัณฑ์ของเลือด

#### 5.1.1 การติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์ท่าอ่อนระหว่างชายกับชาย และชายกับหญิงจะมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ ถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมีเชื้ออยู่ในตัว เพราะเชื้อเอดส์จะออกมากับน้ำกามของผู้ชาย และน้ำเมือกในช่องคลอดของผู้หญิงที่เป็นโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเม็ดเลือดขาวที่ปะปนออกมากับน้ำกามและน้ำเมือก ดังนั้นถ้ายังมีเลือดออกหรือมีบาดแผลขณะร่วมเพศ ก็จะทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้ง่ายขึ้น

#### 5.1.2 การติดต่อทางเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด

5.1.2.1 การรับเลือดที่มีเชื้อเอดส์เข้าไป เช่น การถ่ายเลือดหรือรับผลิตภัณฑ์จากเลือด

5.1.2.2 การใช้เข็มฉีดยาที่เปื้อนเลือดและกระบอกฉีดยาร่วมกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ฉีดยาเข้าเส้นเลือด

5.1.2.3 การติดต่อกับแม่ไปสู่วัย โดยผ่านรกหรือการปนเปื้อนเลือดแม่ ระหว่างคลอด เช่น เข้าทางรอยตัดของสายสะดือเด็ก หรือโดยการกลืนกินเลือดหรือน้ำนมของแม่ เข้าไประหว่างคลอด นอกจากนี้อาจติดต่อผ่านทางน้ำนมซึ่งมีเม็ดเลือดขาวปะปนอยู่ในน้ำนมของแม่ที่ติดเชื้อ

5.1.2.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ หรือการผสมเทียม ถ้าอวัยวะหรือน้ำอสุจิที่นำมาให้กับคนไข้มาจากคนที่มีเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีการเปื้อนเลือดหรือเม็ดโลหิตขาวที่มีเชื้อ

## 5.2 ลักษณะการไม่ติดต่อของโรคเอดส์

5.2.1 เรียนในห้องเดียวกัน ทำงานร่วมกัน หรืออยู่รวมบ้านเดียวกัน

5.2.2 จับมือ กอด ประคอง และพุดคุยกัน

5.2.3 การรับประทานอาหาร หรือการใช้แก้วน้ำร่วมกัน

5.2.4 การใช้โทรศัพท์ร่วมกัน หรือโทรศัพท์สาธารณะ

5.2.5 การใช้ห้องน้ำร่วมกัน หรือห้องน้ำสาธารณะ

5.2.6 การคลุกคลีใกล้ชิด หรือเล่นด้วยกัน

5.2.7 การใช้สระว่ายน้ำร่วมกัน

5.2.8 ยุงหรือแมลงดูดเลือดไม่เป็นพาหะนำโรคเอดส์

6. การป้องกันโรคเอดส์ เนื่องจากในขณะนี้ยังไม่มียาวัคซีนสำหรับการป้องกันโรคเอดส์ ดังนั้นทุกคนจึงควรร่วมมือป้องกันตนเองและครอบครัว ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี ดังวิธีการต่อไปนี้คือ

6.1 ทุกคนควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ แล้วนำมาปฏิบัติกับตนเองเพื่อละเว้นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้าทุกคนระมัดระวังตัว ก็สามารถหลีกเลี่ยงพ้นจากโรคเอดส์ได้ไม่ยาก

6.2 ให้ความรู้ แนะนำ และป้องกันบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง ไม่ให้ติดยาเสพติด หรือขายบริการทางเพศ

6.3 ไม่สำส่อนทางเพศ และไม่ร่วมเพศกับคนที่ไม่รู้จัก หรือไม่แน่ใจว่าจะมีเชื้อเอชไอวี

6.4 ต้องสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งหากต้องร่วมเพศกับผู้ที่ไม่รู้จัก หรือไม่แน่ใจว่าจะมีเชื้อเอชไอวี

6.5 ไม่ใช้เข็มฉีดยา หรือของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ เข็มเจาะหู เป็นต้น

6.6 ถ้าต้องใช้ของมีคมกับร่างกาย ควรทำความสะอาดเครื่องมือต่างๆ ด้วยการล้างน้ำสบู่ แลหรือเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคก่อนใช้ทุกครั้ง

6.7 เลิกเสพยาเสพติด โดยเฉพาะชนิดฉีด แต่ยังคงเลิกไม่ได้ ก็ไม่ควรใช้เข็มหรือกระบอกฉีดร่วมกับผู้อื่น และควรทำความสะอาดอุปกรณ์สำหรับฉีดก่อนใช้ทุกครั้ง

6.8 หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเลือด น้ำเหลือง น้ำจากช่องคลอด น้ำอสุจิ ของผู้อื่น หากบังเอิญต้องสัมผัส ควรล้างน้ำและสบู่ทันที ไม่ว่าผิวหนังจะมีบาดแผลหรือไม่ก็ตาม

6.9 ไม่รับเลือดหรืออวัยวะที่ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบหาเชื้อเอชไอวีก่อน

6.10 การรักษาสุขภาพขณะอนามยที่ดีทั้งกับตนเองและผู้อื่น ฝึกนิสัยให้รักความสะอาด ชำระล้างร่างกาย ทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้อยู่เสมอ เป็นสิ่งที่ควรกระทำให้เป็นนิสัยเพื่อจะได้เกิดความแน่ใจและสบายใจยิ่งขึ้น อันจะเป็นแนวทางในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ได้วิธีหนึ่ง

## 7. การตรวจรักษาโรคเอดส์

7.1 การตรวจเลือด การตรวจเลือดเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะบอกว่าการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ หลักการของการตรวจเลือดก็คือ การดูว่าในเลือดมีแอนติบอดี (Antibody) หรือภูมิคุ้มกันที่ทําปฏิกิริยากับไวรัสเอดส์หรือไม่ ถ้ามีก็จะทำให้น้ำยาที่ใช้ในการทดสอบเปลี่ยนสี แสดงว่าเลือดมีผลเป็นบวก คือ มีการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจเบื้องต้นนี้ใช้หลักการของ อีไลซ่า (ELISA) ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมาก เมื่อตรวจพบว่าเลือดมีผลเป็นบวกแล้ว จะต้องทำการตรวจสอบด้วยวิธีเวสเทิร์นบลอต (Western Blot) ซ้ำอีกครั้ง เพื่อยืนยันว่ามีแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีจริง ถ้ามีผลเป็นบวกอีกก็แสดงว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีแน่นอน แต่การตรวจอาจให้ผลเป็นลบ (Negative หรือ ไม่พบแอนติบอดี) ในกรณีที่เพิ่งได้รับเชื้อ และร่างกายยังไม่ได้สร้างแอนติบอดี ดังนั้นในการศึกษาวิจัย นักวิทยาศาสตร์จะใช้วิธีการหาโปรตีนชนิด P24 ซึ่งเป็นแอนติเจนของตัวเชื้อเอชไอวี วิธีนี้จะให้ผลการตรวจที่แม่นยำและตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะติดเชื้อใหม่ๆ นอกจากนี้จะใช้เลือดในการทดสอบดูการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ยังสามารถใช้น้ำลายและปัสสาวะทดสอบได้เช่นเดียวกัน แต่ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจะอ่อนกว่าการตรวจด้วยเลือด แต่ในปัจจุบันชุดตรวจเชื้อเอชไอวีได้รับการพัฒนาให้มีความไวมากขึ้น จึงพบว่าสามารถนำมาใช้ตรวจน้ำลายโดยให้ผลดีเท่ากับการใช้เลือดตรวจ

7.2 การรักษา ในปัจจุบันยังไม่มียาใดๆ ที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ยาที่มีอยู่ก็เป็นเพียงยาที่ช่วยยังไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกาย ทำให้คนไข้มีอายุยืนยาวไปอีกระยะหนึ่งเท่านั้น ยาที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนี้ก็คือ ยาไซโดวูดีน (Zidovudine) หรือ เอ-แซด-ที (AZT) ซึ่งได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาแล้วว่า เมื่อให้ในระยะที่ปรากฏอาการแล้ว ไม่ว่าจะเป็ระยะ ARC หรือ AIDS ก็ตาม จะสามารถยืดอายุของผู้ป่วยออกไปได้ อีกเท่าตัว แต่การรับประทานยานี้เข้าไปมากๆ จะก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น การกดไขกระดูก การทำให้คนไข้ซีดลง ระดับเม็ดเลือดขาวต่ำ บางรายอาจต้องให้เลือดหรือลดขนาดของยาลง หรือหยุดยาไปชั่วคราว สำหรับผลข้างเคียงอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการรับยาในขนาดต่ำได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ เป็นต้น

แม้ว่ายังไม่มียาใดๆ ที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่ในทางการแพทย์ได้มีแนวทางหลักที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือยืดอายุของผู้ป่วยออกไปอีกระยะหนึ่ง การรักษาโรคเอดส์นี้แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอนคือ (ประพันธ์ ภาณุภาค. 2536 : 19-20)

1. การรักษาโรคแทรกซ้อน คือ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งที่เกิดขึ้น บางอย่างก็มียารักษา บางอย่างก็ไม่มียารักษาหรือรักษาไม่หายขาด ในปัจจุบันมีการให้ยาป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนกับคนไข้ พบว่าสามารถยืดชีวิตคนไข้ออกไปได้ระยะหนึ่ง

2. การรักษาที่มุ่งกำจัดไวรัสเอดส์ แม้ว่าจะยังไม่มียาที่ได้ผลแน่นอนในการฆ่าทำลายไวรัสเอดส์ แต่ก็มียาที่ไปหยุดยั้งการแบ่งตัวของไวรัสเอดส์ได้ โดยเฉพาะยาไซโดวูดีน (Zidovudine) หรือ เอ-แซด-ที (AZT) ที่สามารถยืดชีวิตคนไข้โรคเอดส์ออกไปได้ ทำให้การติดเชื้อแทรกซ้อนน้อยลง น้ำหนักเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับไปทำงานได้ แต่ยานี้มีราคาแพงและมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก ซึ่งเมื่อใช้ไปนานๆ อาจเกิดการดื้อยาได้

3. การรักษาที่มุ่งเสริมหรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่เสียไป ในปัจจุบันมีการทดลองยาหลายตัวในกลุ่มนี้ รวมทั้งวัคซีนโรคเอดส์ที่นำมาฉีดให้กับคนที่ติดเชื้อเอดส์ แล้วทำให้ภูมิคุ้มกันดีขึ้นซึ่ง เป็นคาดว่าถ้าให้ยาในกลุ่มนี้อาจจะดีขึ้น

#### 9. การปฏิบัติตนของผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอดส์

9.1 ไม่แสดงอาการรังเกียจผู้ติดเชื้อเอดส์ ควรปฏิบัติตนหรือคบหาสมาคมกับผู้ป่วยเหมือนเดิม เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การนอนห้องเดียวกัน หรือการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมเดียวกัน เป็นต้น

9.2 ให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ว่าทุกคนยังรักและห่วงใย ยินดีที่จะช่วยเหลือและจะไม่ทอดทิ้ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้าย

9.3 ช่วยปรนนิบัติและพยาบาลผู้ติดเชื้อที่ช่วยจนไม่สามารถจะช่วยตนเองได้ ซึ่งการอยู่ใกล้ชิดหรือสัมผัสกันแบบธรรมดาไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์

9.4 ไม่รวมเพศกับผู้ติดเชื้อ และไม่ใช้ของมีคมร่วมกัน

9.5 กรณีที่มีการเปื้อนน้ำคัดหลังตามต่างๆ ควรสวมถุงมือแล้วใช้ผ้าหรือกระดาษชำระเช็ดบริเวณที่เปื้อนน้ำคัดหลังแล้วจึงนำไปทำลาย ส่วนการซักล้างสามารถกระทำได้ตามปกติโดยไม่ต้องแยกซัก ยกเว้นกรณีที่มีการเปื้อนของน้ำคัดหลังต่างๆ ควรแยกซักต่างหาก และสวมถุงมือเมื่อเวลาจะจับต้อง

#### 10. ผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

โรคเอดส์มีการแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว สู่ทุกกลุ่มอาชีพ ทุกเพศ ทุกวัย มีผลกระทบต่อทั้งทางครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาประเทศ ทำให้ประเทศชาติ และ โลกเกิดวิกฤติการณ์ต่างๆ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

10.1 วิธีชีวิตความเป็นอยู่และโครงสร้างทางสังคมจะเปลี่ยนไป เช่น ผู้ชายจะลดพฤติกรรมที่หวงหญิงบริการ แต่จะหันไปมีภรรยาน้อยแทน ทำให้ครอบครัวเกิดความแตกแยก

10.2 คนที่ติดเชื่อเอดส์อาจถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้านหรือนุคคลในครอบครัว รวมทั้งเพื่อนร่วมงาน ซึ่งอาจส่งผลไปถึงการฆ่าตัวตาย หรือการทำประชดสังคมด้วยการแพร่เชื้อโรคเอดส์ โดยวิธีการต่างๆ ด้วยความตั้งใจ

10.3 ประชาชนอาจมีความหวาดระแวงต่อพฤติกรรมต่างๆ ที่น่าสงสัยว่าจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การจับมือกัน การใช้โทรศัพท์ และการทำงานร่วมกัน จนทำให้เกิดอาการเครียดวิตกกังวล อาจกลายเป็นโรคจิตได้

10.4 ความสัมพันธ์ของชายและหญิงจะแตกสลาย เช่น ภรรยาอาจเลิกกับสามีเพราะสามีติดเชื่อโรคเอดส์

10.5 โครงสร้างทางครอบครัวจะเปลี่ยนไป เช่น ในครอบครัวมีแต่เด็กกำพร้า เพราะพ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์

10.6 วัยรุ่นที่ติดเชื่อโรคเอดส์ อาจไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนในโรงเรียน ทำให้ต้องออกไปจากระบบการศึกษาในโรงเรียน ทำให้มีผลกระทบต่อการศึกษาของชาติ

10.7 เมื่อมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น รัฐบาลจะต้องเสียเงินงบประมาณจำนวนมากในการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ แทนที่จะนำไปลงทุนหรือนำเงินไปพัฒนาประเทศ

10.8 ผู้ป่วยโรคเอดส์มักอยู่ในวัยที่กำลังทำงานและเป็นกำลังสำคัญในการหารายได้ให้แก่ครอบครัวและสังคมเป็นส่วนใหญ่ จึงมีผลทำให้ครอบครัวและสังคมต้องสูญเสียทรัพยากรด้านแรงงานและมีรายได้อลดลง ส่งผลกระทบต่อรายได้รวมของชาติด้วย

10.9 รายได้จากการท่องเที่ยวจะลดลง เนื่องจากนักท่องเที่ยวหวาดกลัวต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

10.10 ชาวต่างประเทศเกิดความไม่มั่นใจในสถานภาพทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากสถานการณ์โรคเอดส์ อาจมีผลต่อการระงับการลงทุนในประเทศไทย

## 2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์

### 2.2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์

ความเชื่อ คือ การรับรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ ของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล เป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆ มาแล้ว บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาตามความเชื่อนั้นๆ โดยไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริงก็ได้ นอกจากนี้ความเชื่อยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ความเชื่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ

(Health belief) ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการรักษาสุขภาพของตนเองตามความเชื่อของตนเองที่คิดว่าถูกต้องและเหมาะสม เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวถึงบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับองค์ประกอบเหล่านี้ คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรค

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ บุคคลรับรู้ว่า โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย สำส่อนทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ขณะป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้หากปฏิบัติจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี บุคคลก็จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมดังกล่าว จากการศึกษาของ นิรมล เมืองโสม (2543) พบว่า วัยรุ่นหญิงมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเพื่อนในระดับต่ำ วัยรุ่นหญิงกลัวการสูญเสียคนรักหากปฏิบัติเสกการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน ดังนั้น จึงมีโอกาสรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่าย

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค บุคคลมีการรับรู้ว่า โรคเอชไอวีมีความรุนแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาด นอกจากนี้มีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย มีผลกระทบต่อจิตใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ผลกระทบต่อการทำงาน บทบาทของสังคม และอาจเสียชีวิตได้ เชื้อเอชไอวีสามารถถ่ายทอดจากมารดาสู่บุตรในครรภ์ได้ ดังนั้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแล้ว บุคคลจะปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จากการศึกษาของเบคเกอร์และโจเซฟ (Becker & Joseph, 1988: 403) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของชายรักร่วมเพศ จำนวน 326 คน พบว่าหลังจากได้รับทราบความรุนแรงเกี่ยวกับโรคเอชไอวี และโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศโดย ร้อยละ 48 ลดจำนวนคู่นอนลงจากเดิมเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และ ร้อยละ 45 ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ เมื่อบุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ในการป้องกันโรคจะเกิดประโยชน์ต่อตนเองทั้งลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, ลดความรุนแรงของการเกิดโรค บุคคลจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอุปสรรคที่จะขัดขวางต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของบุคคล หรือมีความยากลำบากในการปฏิบัติ ในการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นบางคนอาจไม่กล้าซื้อถุงยางอนามัย เพราะอาย กลัวการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี หรือการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย เพราะคู่อีกไม่ชอบ จากการศึกษาของทิพย์สุคนธ์ บำบัดภัย และ กนกพร พิณจลิก (2543) พบว่า นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 70 และนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 83.3 นอกจากนี้ ดวงพร

อรรถบวรพิศาล (2543) ศึกษาอัตราการใช้ถุงยางอนามัยของประชาชนในจังหวัดสระบุรี พบว่ากลุ่มที่มีการใช้ถุงยางอนามัยต่ำที่สุดคือกลุ่มนักศึกษา

### 2.2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์

ในปัจจุบันยุคข่าวสารไร้พรมแดน การค้นคว้าแสวงหาความรู้ ประสบการณ์จากสื่อต่างๆ ทำได้ง่ายสะดวกและรวดเร็ว ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์สามารถเผยแพร่โดยสื่อต่างๆ มากขึ้น ประชาชนสามารถรับความรู้จากสื่อหลายๆ ทาง เกิดเป็นความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจในสิ่งที่ถูกต้อง เมื่อทราบถึงอันตรายของโรคเอดส์แล้ว บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงมิให้ตนเองติดเชื้อเอดส์ได้ การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง มีสุขอนามัยที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยปราศจากโรค

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

บุคคลแต่ละคนจะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันซึ่งนอกจากขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อของแต่ละบุคคลแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมอีกหลายด้านที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม เช่น เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา รายได้

เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ค่านิยมในเรื่องความอดทนต่อความทุกข์ยากซึ่งเพศชายต่างจากเพศหญิง (Orem, 1985: 22) จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าเพศชายมีอัตราการติดเชื้อมากกว่าเพศหญิงในอัตราชาย: หญิง เท่ากับ 3.5: 1 (สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย, 2543: 122) จากการศึกษาของทิพย์สุคนธ์ บำบัดภัย และ กนกพร พิณีจลิก (2543) พบว่านักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี ในขณะที่นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาปีที่ 5 อายุเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 15.5 ปี และการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ต่ำกว่าเพศหญิง

อายุ พฤติกรรมของบุคคลมีการพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อยๆ พัฒนาอย่างเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ อายุเป็นสิ่งที่แสดงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปรผล ความเข้าใจ และการตัดสินใจที่แตกต่างกัน (Orem, 1985 : 255-256) สำหรับวัยรุ่นสาว เป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง สนใจเรียนรู้ อยากทดลองเรียนรู้สิ่งต่างๆ ตามความคิดของตนเอง จากการศึกษาของนิตยา เอ็นจ่า (2535) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพหรือและสอดคล้องกับการศึกษาของ ณรรจยา โกไศยนนท์ และถัดดาวลัย สวณงาม (2541) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพนักงาน โรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของนุรณี ชิพบริสุทธิ (2540) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ของบุคคลเป็นปัจจัยอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ ซึ่งจะเอื้อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ถูกต้อง ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ จากการศึกษาของศิริพร พงษ์โกคา (2532) พบว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีอุปสรรคเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอนามัย จึงสนใจที่จะประกอบอาชีพมากกว่าสนใจสุขภาพ และการศึกษาของบุรณี ชิพบริสุทธิ (2540) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชั้นปีที่ศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่า บุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Kison, 1992) นอกจากนี้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะรับรู้ภาวะของโรคได้ถูกต้องมากขึ้น จากการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2543) พบว่า วัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ดีกว่าวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุรณี ชิพบริสุทธิ (2540) ที่พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคนิโหด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากพอสมควร แต่ในทางปฏิบัติพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ประชาชนบางกลุ่มมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย การแพร่ระบาดของโรคเอดส์กระจายทั่วไป โดยพบผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกกลุ่มอายุทุกอาชีพ โดยเฉพาะในขณะนี้พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียน นิสิตนักศึกษาเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในวัยรุ่นระดับอุดมศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน การสอนให้คำแนะนำแก่วัยรุ่นให้มีความรู้แลพฤติกรรมในการป้องกัน โรคเอดส์อย่างถูกต้อง สามารถป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคเอดส์ได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### 2.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมสุขภาพ

#### ความหมายของความเชื่อ

Rokeach (1970: 112) ให้ความหมายของความเชื่อว่าเป็นสิ่งประกอบในตัวบุคคลซึ่งอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ แต่สามารถรู้ได้ว่าบุคคลมีความเชื่อจากการที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ ความเชื่อมีส่วนกำหนดแนวโน้มของบุคคล หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดบุคคลกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไปได้ ได้รับการกระตุ้น

ชัยพร วิชากุล และคณะ (2531 : 35-36) กล่าวถึงความเชื่อตามแนวความคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ไว้ว่า ผลของการเรียนรู้อยู่ในรูปของความเชื่อว่าจะอะไรสัมพันธ์กับอะไรและสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ทั้งนี้เพราะความสามารถในการสังเกตและในการคิดของมนุษย์ยังมีข้อบกพร่องอยู่มาก และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับผล

กรรมที่เกิดขึ้นจริงก็มีความซับซ้อน นอกจากนี้ยังมีความเชื่ออีกหลายอย่างที่เกิดจากคำบอกเล่าของผู้อื่น โดยเฉพาะคำบอกเล่าที่โน้มน้าวใจและมีความน่าเชื่อถือสูง ซึ่งทดสอบกับสภาพความเป็นจริงไม่ได้ ชัยพร วิชชากุล และคณะ ยังได้กล่าวถึงความเชื่อดีกว่า ความเชื่อของมนุษย์มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เช่นเดียวกับ Salazar (อ้างถึงใน Blair, 1993 : 245) กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงในความเชื่อ และบุคคลจะแสดงพฤติกรรมถ้าเราคิดว่าตนเองควรจะแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น

สุชา จันทร์เอม (2533 : 87) กล่าวถึงความเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ห้ามได้ยากและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก คนเรามักจะทำอะไรสิ่งหนึ่งไปตามความเชื่อและความคิดเห็นของตนเป็นส่วนใหญ่ และในทางจิตวิทยาเห็นว่าความเชื่อเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและทัศนคติของเขา และบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเดียวกันเสมอ

จรรยา สุวรรณทัต (2536 : 810) ได้กล่าวไว้ว่า ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและเข้าใจนั้นๆ

จากความหมายต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า ความเชื่อ หมายถึงความนึกคิด ความคิดเห็น ความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ฝังอยู่ในจิตใจของบุคคล อันเกิดจากการเรียนรู้ คำบอกเล่าของบุคคลอื่น ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล และอาจถูกต้องหรือไม่ถูกต้องก็ตาม ผลของความเชื่ออาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรม

#### ความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุม (Locus of Control) มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Rotter (1954) โดยแบ่งความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ความเชื่อในอำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ว่าคุณมีอำนาจหรือมีความสามารถที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น หรือสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ และเชื่อว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ตนได้รับเกิดจากการกระทำของตนเอง

2. ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นความเชื่อ หรือการรับรู้ว่าคุณไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ เพราะเชื่อว่าสิ่งต่างๆ นั้นเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถเข้าไปเกี่ยวข้องได้ เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ อำนาจเหนือธรรมชาติ หรืออำนาจของผู้อื่น

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเป็นมโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมกาป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมักมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดี เป็นผลมาจากการ

กระทำของตัวเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยเป็นไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาหาความรู้เพื่อสุขภาพอยู่เสมอ รู้จักบริการทางด้านสุขภาพอนามัย ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล และจะตรงข้ามกับบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับโชคชะตา เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น และไม่สนใจใฝ่หาความรู้จะแสดงพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม (Strickland, 1978: 1192)

Kasl และ Cobb (1966) ได้แบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็น 3 ด้าน คือ (Wallston และคณะ, 1978: 107)

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองจากโรคต่าง ๆ

2. พฤติกรรมเมื่อปรากฏอาการแสดงของการเจ็บป่วย (Illness Behavior)

3. พฤติกรรมที่แสดงออกภายหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (Sick-Role Behavior)

มีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่สนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Platt, 1969) การลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร (Blach และ Ross, 1975) การคุมกำเนิด (Mac Donalf, 1970) การใช้เข็มขัดนิรภัย (William, 1972) และการรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Dabbs และ Kirsch, 1971) โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะแสดงพฤติกรรมในทางบวก (Wallston และคณะ, 1978: 110-112)

ตามความคิดพื้นฐานระยะแรกที่แบ่งความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นแบบมิติเดียว (Unidimension) คือ ความเชื่อที่ว่าสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดหรือไม่ถูกกำหนดโดยพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะเชื่อว่าเป็นตัวกำหนดสุขภาพ คือ โชคชะตา เภระห์กรรม ความบังเอิญ หรืออำนาจจากบุคคลอื่น จะเป็นปัจจัยซึ่งอยู่นอกเหนือจากการควบคุมของตนเอง คือ เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน และถ้ามีความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่อยู่ในตนเอง โดยการมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเองจะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ในระยะต่อมา Levenson ( 1974) ได้เสนอให้มีการแยกความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นออกจากความเชื่ออำนาจภายนอก จึงเป็นมิติที่มีการแบ่งความเชื่ออำนาจควบคุมเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal – I) ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น (Powerful Other – P) และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance – C) และให้มีการวัดแยกจากกันทั้ง 3 ด้าน แต่ในรูปแบบของ Levenson นี้ไม่ได้เน้นเฉพาะทางสุขภาพ ซึ่งในการนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพจะต้องทำให้มีความกระจ่างชัดขึ้น (Wallston และคณะ, 1978 : 161)

นอกจากนี้ Rosenblum และคณะ (1981 : 338) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนกับความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นจะเป็นอิสระต่อกันอย่างมีนัยสำคัญ ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์

ในทางบวกกับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจความบังเอิญต่อมา Wallston และคณะ (1978 : 161-162) ได้เสนอแนวคิดและปรับปรุงแบบวัดความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพ มีชื่อว่า Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC Scale) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ลำดับ ซึ่งประกอบด้วยการวัดความเชื่อด้านสุขภาพเป็น 3 มิติ ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง

2. ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ (Powerful Others Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่ว่าบุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมภาวะทางสุขภาพทำให้บุคคลมีสุขภาพดี และเชื่อว่าการพบเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอยู่เสมอหรือทำตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่ เป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดีได้

3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) เป็นความเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชคชะตาหรือตามโอกาสโดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

แบบวัดความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพหลายมิติ (Multidimension Health Locus of Control Scale – MHLC) ที่ Wallston และคณะ (1978 : 163) สร้างขึ้นมี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบ A และ B ซึ่งนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นในรูปแบบที่มีข้อคำถามแต่ละรูปแบบ 6 ข้อ พบค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.673-0.767 และเมื่อนำข้อคำถามทั้ง 2 รูปแบบมารวมกันเป็น 12 ข้อในแต่ละด้าน ค่าความเชื่อมั่นจะเพิ่มขึ้นระหว่าง 0.830-0.859 และคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบ A และ B จะใกล้เคียงกันมาก Wallston และคณะ (1978 : 163) เสนอแนะว่า การใช้แบบวัดความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพหลายมิตินี้ ต้องระลึกละเอียดว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อนอาจมีปัจจัยอื่นที่มีความเกี่ยวข้องนอกเหนือจากความเชื่ออำนาจควบคุม เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ในการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดต่อบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งปัจจัยด้านประชากร เช่น เชื้อชาติ ชนชั้นทางสังคม เป็นต้น

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งอำนาจที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่ว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพได้โดยพฤติกรรมของตนเอง 2) ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพเป็นความเชื่อว่าจะสามารถควบคุมสุขภาพของบุคคลได้ และ 3) ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่ว่าโชคชะตาจะควบคุมสุขภาพของบุคคล

## 2.2.4 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

### ความหมายของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และมีแนวโน้มให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา, 2527 : 141) และการรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ทราบว่าสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอย่างไร มีความหมายอย่างไรและมีลักษณะอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายนั้น (Garrison and Magoon, 1972 : 607) ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลจึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายข้อมูลของบุคคล และพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นแนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเข้าใจหรือการรับรู้ นั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่มีแนวคิดสร้างขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (Rosenstock, 1974b : 335)

Kirscht (1983: 227-301) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันทางสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติทั้งในและนอกระบบการแพทย์ และในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ จะทำให้สามารถเข้าใจและอธิบายได้ว่า ทำไมและภายใต้สภาวะการณ์ใดที่บุคคลจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพตนเอง

### แนวคิดพื้นฐานและพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1950 พบว่า การให้บริการทางสาธารณสุขของประเทศอเมริกาในด้านการป้องกันโรค ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ในการที่จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพเมื่อยังไม่แสดงอาการของโรค จากปัญหาดังกล่าว Hochbaum, Kegeles, Lenvental และ Rosenstock (Rosenstock, 1974a : 1-2) ได้ทำการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องทางจิตวิทยาสังคม เพื่อค้นหาคำตอบว่าทำไมบุคคลบางคนกระทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้น จึงได้เริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีของ Kurt Levin ซึ่งเชื่อว่า "...โลกของผู้รับรู้เป็นสิ่งกำหนด หรือตัดสินใจในสิ่งที่เขากระทำ..." นั่นคือ การรับรู้ของบุคคลเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น นอกจากนี้ Levin ได้อธิบายถึงความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลว่าเกี่ยวข้องกับห้วงอวกาศของชีวิต (Life Space) โดยประกอบด้วยค่านิยมเชิงบวก (Positive Valued) ค่านิยมเชิงลบ (Negative Valued) และค่านิยมที่เป็นกลาง (Neutral Valued) ซึ่งกิจกรรมและการแสดงออกของบุคคลนั้นจะเป็นกระบวนการของแรงดึงจากค่านิยมเชิงบวก และเป็นแรงผลักดันจากค่านิยมเชิงลบ ถ้าแรงผลักดันจากค่านิยมเชิงลบมากก็จะทำให้เกิดโรครุนแรง ดังนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค จะต้องมีความเชื่อในค่านิยมเชิงบวกมากกว่า

ค่านิยมเชิงลบ (Rosenstock, 1974b : 330) ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานที่ Rosenstock (1974a : 3) กล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. การเป็นโรคนั้นจะทำให้เกิดความรุนแรงอย่างมากต่อชีวิต
3. การปฏิบัติที่จะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะมีประโยชน์ในการช่วยลดโอกาส

เสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บป่วยต่างๆ

นอกจากนี้ Rosenstock (1974a: 342) ได้กล่าวว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะอธิบายพฤติกรรมหรือการตัดสินใจของบุคคลภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน เขาจึงปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยมีสมมติฐานว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่แสดงออกถึงการกระทำซึ่งสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ และถูกกำหนดขึ้นโดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. การคาดคะเนพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเอง (Feasibility) โดยพิจารณาถึงศักยภาพ ความสามารถของตนในการแสดงพฤติกรรมกับผลประโยชน์ที่จะได้รับในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ/หรือลดความรุนแรงของโรค โดยบุคคลจะพิจารณาถึงสถานะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to action) ประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น การรับรู้สถานะเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล และสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และจากสื่อมวลชนต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม

ต่อมา Becker และ Maiman ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตวิทยาสังคม และตัวแปรเชิงโครงสร้าง ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (Welesfeld และคณะ, 1990: 152)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมากในแต่ละบุคคลที่ยอมรับว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนอาจปฏิเสธว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่บางคนรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมาก หรืออาจมีโอกาสร้อยไม่มากนัก การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เหมาะสมเพียงไร จึงขึ้นอยู่กับความรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคลนั้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ระดับของความรุนแรงอาจถูกตัดสินโดยการเร้าอารมณ์ (Emotional Arousal) ที่ถูกสร้างขึ้นจากความคิดของบุคคลที่มีต่อโรคนั้น และความเชื่อของบุคคลภายในสถานการณ์หรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงเกิดขึ้น (นพรัตน์, 2537 : 15) เช่น บางคนเชื่อว่าผลของการเกิดโรคนั้นอาจทำให้ถึงตายได้ บางคนเชื่อว่าผลของโรคนั้นจะทำให้พิการ นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรดยังรวมถึงผลกระทบของโรคต่อหน้าที่การทำงาน การดำเนินชีวิตในครอบครัว และความสัมพันธ์ในสังคม

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Benefit and Perceived Barrier) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการประเมินส่วนบุคคลที่มีต่อคุณค่าหรือประโยชน์ที่จะได้รับการแสดงพฤติกรรม เช่น เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคจะเป็นการรับรู้ด้านลบ ซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ความไม่สะดวกสบายในการไปรับบริการ ค่าใช้จ่ายสูง ความเจ็บปวด ความไม่พึงพอใจ เป็นต้น บุคคลจะประเมินให้น้ำหนักระหว่างประโยชน์กับอุปสรรคของพฤติกรรม และพิจารณาทางเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ Rosenstock (1974 : 331) กล่าวถึงอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคว่า จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด “ข้อขัดแย้งทางจิตใจ” ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคสูง ในขณะที่มีอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมมาก จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมากยากแก่การแก้ไข ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ซึ่งถ้ามีทางเลือกหลายทางก็อาจจะไม่ทำให้เกิดปัญหา สามารถเลือกแสดงพฤติกรรมที่พึงพอใจได้ เช่น บุคคลที่มีการรับรู้ถึงอันตรายและภาวะคุกคามของวันโรคแต่กลัวผลกระทบจากการตรวจโรคโดยการเอ็กซเรย์ก็อาจเลี่ยงไปใช้การทดสอบอื่นๆ

สรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนาน้อยเพียงใด 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรค และ 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การรับรู้คุณค่าหรือประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคที่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และการรับรู้อุปสรรคขัดขวางการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม เพื่อประเมินให้น้ำหนักระหว่างประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้จะร่วมกันอธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล

## 2.3 เยาวชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจมีพัฒนาการทางกายในอัตราที่รวดเร็ว โครงสร้างทางสังคม เทคโนโลยีส่งผลต่อพฤติกรรม ความเชื่อด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่นอย่างมากมาย วัยรุ่นนั้นอาจมีปัญหามากมายเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์นอกสมรส ปัญหาการทำแท้ง ปัญหาการประพฤตินออย่างเสรีเกี่ยวกับเรื่องเพศเกินขอบเขตที่ติงามของวัฒนธรรมไทย ปัญหาการติดเชื้อมากโรครและโรคเอดส์ เมื่อได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเหล่านี้จะพบว่า ต้นเหตุของปัญหาเกี่ยวข้องกับความเชื่อและพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย การเที่ยวหญิงบริการทางเพศในระหว่างเป็นนักศึกษา เมื่อสังเคราะห์ปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน จะว่าปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขได้แก่ ปัญหาโรคเอดส์ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ เจตคติ ค่านิยมและวัฒนธรรม สุขภาพของบุคคล ชุมชน องค์กร ในการรณรงค์ช่วยแก้ไขและป้องกัน โรคเอดส์ต้องเกิดจากความร่วมมือและรับผิดชอบของคนไทยทุกคน กองระบาควิทยา ([www.aidssthai.org](http://www.aidssthai.org)) รายงาน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสิ้น จำนวน 307,114 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 85,459 ราย ประเด็นของการติดเชื้อมากโรครเมื่อมีการติดเชื้อมากโรครจะยังไม่มีการเจ็บป่วยโดยทันที อาจต้องขึ้นอยู่กับระยะเวลาการติดเชื้อมากโรคร สุขภาพร่างกายของแต่ละบุคคล ที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายแตกต่างกัน หากผู้ติดเชื้อมากโรครไม่ได้รับการแนะนำในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และหากผู้ติดเชื้อมากโรครมีการรับเชื้อเพิ่มก็จะทำให้ความรุนแรงของโรครเกิดขึ้นได้ถึงกับชีวิตในที่สุด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.84 มากกว่ากลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 24.26 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 17.31 อายุ 40-44 ปี ร้อยละ 9.42 อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 8.59 และเด็กที่อายุ 0-14 ปี ร้อยละ 4.18 ตามลำดับ โดยเฉพาะอัตราป่วยในกลุ่มวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี ผู้หญิงจะมีสัดส่วนของอัตราป่วยเอดส์สูงกว่าเพศชาย เท่ากับ 2 : 1 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 84 (83.87) เป็นชายที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน ร้อยละ 57.75 เป็นชายรักต่างเพศ และร้อยละ 26.12 เป็นหญิงรักต่างเพศ รองลงมาเป็นผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 4.67 กลุ่มที่ติดเชื้อมากโรครมาพบ ร้อยละ 4.00 กลุ่มรับเลือด ร้อยละ 0.03 กลุ่มที่ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง และอื่น ๆ ร้อยละ 7.44 ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่ายังมีปัญหาเรื่องความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นมีมากมาย เช่น งานวิจัยของพัชริน ดำรงกิตติกุลและคณะ ([www.thaiedresearch.org/result/result.php?id=5088](http://www.thaiedresearch.org/result/result.php?id=5088)) พบว่า นักศึกษาซึ่งเป็นวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 16 ปี นักศึกษาชายเคยไปเที่ยวหญิงโสเภณี ร้อยละ 40 เพราะอยากมีประสบการณ์และเพื่อนชวนไป พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากโรครในกลุ่มผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 25 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย เพราะทำให้ลดความรู้สึกทางเพศ การแก้ไขปัญหาก็เกิดขึ้นมาได้หลายวิธี วิธีหนึ่งที่ได้ผล คือ มหาวิทยาลัยควรมีบทบาทในการสนับสนุน

รณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในสังคมมหาวิทยาลัย เช่น การปลูกฝังแนวคิด ค่านิยมและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์อย่างถูกต้อง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีเจตคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์อย่างถูกต้อง

ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์มีหลายประการ เช่น คนเป็นเอดส์ทำงานแบบคนปกติไม่ได้ ผู้ติดเชื้อเป็นคนสำส่อน เป็นคนไม่ดี จะรักษาทำไม รักษาที่ตายไม่รักษาที่ตาย เป็นเอดส์แล้วตายลูกเดียว ผู้ติดเชื้อฯ เป็นภาระของประเทศชาติ เป็นต้น

หากมีการศึกษาพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน ครั้งนี้จะทำให้สามารถสรุปองค์ความรู้ใหม่ที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความเชื่อในการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นได้และหน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมและความเชื่อที่ถูกต้องต่อไป

## 2.4 เมืองพัทยา

### 2.4.1 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาของเทศบาลและเมืองพัทยา

หลักการจัดการศึกษาท้องถิ่น อาจกล่าวได้ว่าการจัดการศึกษาท้องถิ่นในปัจจุบันได้ยึดถือหลักการเดียวกันกับที่รัฐบาลได้ใช้ในการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจ ในการจัดการศึกษา ให้ท้องถิ่นจัดทำซึ่งสรุปได้ดังนี้ (กรมการปกครอง. 2527 : 189-195)

1. หลักการกระจายอำนาจในการจัดการศึกษาท้องถิ่น ซึ่งแต่เดิมได้รวมอำนาจไว้ในราชการส่วนกลางให้ไปอยู่กับราชการส่วนท้องถิ่น
2. หลักการมอบภาระหน้าที่ในการจัดการศึกษาท้องถิ่นให้อยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่นและประชาชน ดังที่พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงวางรากฐานการประถมศึกษาไว้แต่เดิม และเช่นที่นานาอารยประเทศจัดทำอยู่
3. หลักการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาท้องถิ่น รัฐบาลจะเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับเฉพาะในสิ่งที่ท้องถิ่นและประชาชนยังช่วยตนเองไม่ได้

หลักการดังกล่าวเป็นหลักการอย่างกว้างๆ ซึ่งได้ใช้เป็นแนวทางในการบริหารการศึกษาของท้องถิ่นสืบมา

### 2.4.2 วิธีการจัดการศึกษาท้องถิ่น

เพื่อให้การบริหารการศึกษาของท้องถิ่นเป็นไปโดยเหมาะสม ทางราชการจึงได้กำหนดแนวทางเกี่ยวกับการบริหารการศึกษาท้องถิ่น โดยกำหนดให้ส่วนกลางมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการศึกษาของหน่วยงานท้องถิ่น และให้ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบจัดการศึกษาโดยตรง หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามีดังนี้

1. กระทรวงมหาดไทย มีหน้าที่และความรับผิดชอบควบคุมส่งเสริมในด้านธุรการเกี่ยวกับนโยบายและการจัดการศึกษาของท้องถิ่นให้เป็นไปตามเป้าหมาย จัดสรรเงินอุดหนุนจาก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รัฐบาลกลาง เป็นหน่วยประสานงานกับหน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้องให้คำแนะนำส่งเสริม และช่วยเหลือหน่วยการปกครองท้องถิ่นในการแก้ปัญหาอุปสรรคและข้อขัดข้องต่างๆ ที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย

2. กระทรวงศึกษาธิการ มีหน้าที่รับผิดชอบควบคุมและส่งเสริมงานด้านวิชาการ และมาตรฐานการศึกษาของท้องถิ่น พิจารณาคำเนินการเกี่ยวกับคุณวุฒิครู คุณภาพการศึกษา การกำหนดหลักสูตรแบบเรียน แนวการสอนตลอดจนการวัดผล ช่วยเหลือในด้านการนิเทศการศึกษา

3. คณะกรรมการพนักงานเทศบาล เช่น การบรรจุแต่งตั้ง การกำหนดตำแหน่งและ วินัยของพนักงานครูท้องถิ่น

#### 2.4.3 การบริหารการศึกษาของเทศบาลและเมืองพัทยา

เนื่องจากรัฐบาลได้มอบหมายเรื่องการประถมศึกษาให้หน่วยการปกครองท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการดังกล่าวแล้ว เทศบาลและเมืองพัทยาจึงต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดการศึกษาในเขตของตนอย่างเต็มที่ โดยถือปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักการและนโยบายที่กล่าวมาข้างต้น ความรับผิดชอบของเทศบาลและเมืองพัทยาในเรื่องนี้อาจสรุปได้ดังนี้

1. มีหน้าที่จัดการประถมศึกษา
2. จัดให้เด็กที่มีอายุถึงเกณฑ์ในเขตเทศบาลและเมืองพัทยาได้เข้าโรงเรียนโดยทั่วถึง
3. เป็นผู้จัดตั้งและดำรงโรงเรียนเทศบาลและเมืองพัทยา
4. ควบคุมและบริหารโรงเรียนเทศบาลและเมืองพัทยาในเขตของตน

เกี่ยวกับเรื่องการจัดการประถมศึกษาในเขตเทศบาลและเมืองพัทยานี้ เทศบาลและเมืองพัทยาเป็นผู้บริหารและดำเนินการ โดยตรง โดยกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงมหาดไทยมิได้เข้าเกี่ยวข้องในรายละเอียดของการปฏิบัตินอกจากส่งเสริมสนับสนุนให้เทศบาลและเมืองพัทยาดำเนินการได้โดยเรียบร้อยและบรรลุผลยิ่งขึ้น เทศบาลและเมืองพัทยาจึงมีอำนาจที่จะใช้ดุลยพินิจ และตัดสินใจดำเนินการในเรื่องใดๆ ได้อย่างเต็มที่ ตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย

โดยปกติสายงานของฝ่ายต่างๆ ในสังกัดเทศบาลนั้น ก่อนที่งานต่างๆ จะถึงขั้นการตัดสินใจของนายกเทศมนตรี จะต้องผ่านการพิจารณาของหัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้องและปลัดเทศบาล ตามลำดับเสียก่อน ในกรณีเมืองพัทยาก็เช่นกันงานทุกอย่างก่อนที่จะนำเสนอปลัดเมืองพัทยา ซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารนั้น จะต้องผ่านการพิจารณาของหัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้องและรองปลัดเมืองพัทยาตามลำดับ

สำหรับงานการศึกษานั้น หัวหน้ากองหรือผู้อำนวยการกองการศึกษาซึ่งเป็นผู้ดำเนินการ และรับผิดชอบนั้น จึงมีความสำคัญมากในฐานะผู้รับผิดชอบงานรองจากปลัดเทศบาลและนายกเทศมนตรีในกรณีของเทศบาล หรือรับผิดชอบงานรองจากรองปลัดเมืองพัทยา และปลัดเมืองพัทยาในกรณีเมืองพัทยา

กระทรวงมหาดไทยกับการศึกษาเทศบาลและเมืองพัทยา กระทรวงมหาดไทย มีหน้าที่ตามกฎหมายประการหนึ่ง คือ การดูแลส่งเสริมและการสนับสนุนการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น และได้ถือเป็นนโยบายสำคัญที่จะส่งเสริมสนับสนุนการปกครองท้องถิ่นในทุกรูปแบบให้พัฒนาก้าวหน้ายิ่งขึ้น ดังนั้น การดำเนินงานในทุกๆ ด้านที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามนโยบายของรัฐบาลที่มอบหมายให้ท้องถิ่นเป็นผู้ปฏิบัติจัดทำ จึงเป็นเรื่องที่กระทรวงมหาดไทยจะต้องส่งเสริมสนับสนุนท้องถิ่นให้สามารถบริหารงานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี

สำหรับเรื่องการศึกษาของท้องถิ่นก็เช่นกัน เมื่อรัฐบาลได้มอบหมายให้เทศบาลและเมืองพัทยาซึ่งเป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่น เป็นผู้จัดการศึกษาระดับประถมศึกษาซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับในเขตเทศบาลและเมืองพัทยา กระทรวงมหาดไทยก็ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสานงานด้านบริหารการศึกษาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่มิได้บริหารการศึกษา เทศบาลและเมืองพัทยด้วยตนเอง คงทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานการศึกษาของเทศบาลและเมืองพัทยาในด้านธุรการให้เป็นไปตามนโยบายและกฎหมายเท่านั้น

นโยบายของกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวกับการศึกษา

1. เร่งรัดส่งเสริม และสนับสนุนการขยายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการให้การศึกษาอบรม และการให้บริการเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกรังแกให้กว้างขวางออกไปทุกท้องถิ่น ทั้งนี้โดยถือว่าพื้นที่ที่ประชาชนมีความยากจนและมีปัญหาสุขภาพอนามัยของเด็กเป็นพื้นที่เป้าหมายที่มีความสำคัญลำดับแรก
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กในวัยเรียนได้เข้าเรียนตามหลักสูตรการศึกษาภาคบังคับอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะเด็กยากจนในแหล่งเสื่อมโทรม
3. ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษานอกระบบโรงเรียน สำหรับเด็กและเยาวชนที่พ้นการศึกษาภาคบังคับและไม่ได้เรียนต่อ โดยเฉพาะในเรื่องการแนะแนวอาชีพ การฝึกอบรมวิชาชีพและการพัฒนาฝีมือแรงงานให้เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น ตลาดแรงงานและความต้องการในการประกอบอาชีพของเด็กและเยาวชน
4. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินกิจการรวมกลุ่ม และอาสาสมัครทุกประเภทที่มุ่งส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนรู้จักการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทั้งในด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัย การยกระดับจิตใจ คุณธรรม ตลอดจนการฝึกฝนการทำงานและการอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะ
5. ให้ความร่วมมือประสานงาน และชักจูงให้ภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมและบทบาทในการพัฒนาเด็กและเยาวชนในทุกๆ ด้านให้มากขึ้น

สำนักบริหารการศึกษาท้องถิ่น กรมการปกครอง เป็นหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย ทำหน้าที่ในการส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาของเทศบาลและเมืองพัทยา ได้กำหนดเป้าหมายและนโยบายในการจัดการศึกษาของเทศบาลและเมืองพัทยาขึ้น โดยยึดแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ แผนการศึกษาแห่งชาติ นโยบายกระทรวงมหาดไทย และหลักสูตรของ

กระทรวงศึกษาธิการเป็นหลัก ทั้งนี้ โดยตั้งเป้าหมายว่าจะส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนฝึกรบม ตั้งสอนให้นักเรียนมีความประพฤติดี (วินัยดี) มีความรู้ดี (มีวิชา) มีสุขภาพพลานามัยดี (กีฬาเด่น) และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักนอกจากจะสนับสนุนท้องถิ่นทางด้านงบประมาณและวิชาการแล้ว นโยบายสำคัญประการหนึ่ง คือ จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาท้องถิ่นให้มากขึ้น (เป็นโรงเรียนของชุมชน)

จากเป้าหมายและนโยบายนี้ สำนักบริหารการศึกษาท้องถิ่น กรมการปกครองจึงกำหนดเป็นคำขวัญในการพัฒนาการศึกษาท้องถิ่นว่า “วินัยดี มีวิชา กีฬาเด่น เป็น โรงเรียนของชุมชน” ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้เข้าใจและยึดถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ความหมายของคำขวัญดังกล่าวมีขอบเขตโดยสรุปดังนี้

1. วินัยดี หมายถึง การสร้างเสริมลักษณะนิสัยอันพึงประสงค์ให้แก่นักเรียน เช่น ใ้รู้จักประพฤติตนตามหน้าที่ ระเบียบแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม ตลอดจนมีศีลธรรมอันดีงาม

รายละเอียดเกี่ยวกับการสร้างลักษณะนิสัยนี้ ส่วนใหญ่ปรากฏในหลักสูตร ประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533) ว่าด้วยกลุ่มสร้างเสริมลักษณะนิสัย ซึ่งอาจสรุปสาระสำคัญง่ายๆ คือ การฝึกรบมนักเรียนให้ประพฤติดีทั้งกาย วาจา ใจ เช่น การแต่งกาย สะอาดเรียบร้อยมีสัมมาคารวะ รู้จักทำความเคารพรักษาระเบียบวินัย พูดยาไพเราะ ไม่หยาบคายน ไม่ทิ้งขยะตามถนน มีความเสียสละ เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม มีความซื่อสัตย์ อดทน ขยันหมั่นเพียร รู้จักประหยัด รู้จักเหตุรู้จักผล เป็นต้น

2. มีวิชา หมายถึง การเรียนการสอนที่ช่วยให้นักเรียนมีความรู้ดี นักเรียนที่จะเรียนต่อในระดับสูงขึ้น ก็จะมีพื้นฐานดีที่จะเรียนต่อหรือสามารถสอบแข่งขันสู้คนอื่นได้ ส่วนนักเรียนที่ไม่เรียนต่อก็มีความรู้พอที่จะออกมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างสงบสุข เพราะฉะนั้นเป้าหมายในการจัดการศึกษาท้องถิ่นในด้านมีวิชาจึงมุ่งเน้นทั้งในด้านวิชาความรู้สามัญ การอ่านออกเขียนได้ ทำเลขเก่ง ซึ่งนักเรียนสามารถจะเรียนต่อในระดับสูงขึ้นได้ และมุ่งเน้นในด้านการเรียนการสอนตามแนวหลักสูตรประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนการสอน กลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตและกลุ่มการงานพื้นฐานอาชีพ ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนที่จบการศึกษา มีความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพได้ หากไม่เรียนต่อเพราะหลักสูตร พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533) เปิดโอกาสให้ท้องถิ่นแต่ละแห่งพิจารณาเพิ่มเติมหลักสูตรที่เป็นประโยชน์และสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละท้องถิ่น และเนื่องจากเด็กนักเรียนในเขตเทศบาลมีชีวิตอยู่ในชุมชนในเมือง มีสภาพปัญหาและสิ่งเอื้ออำนวยในการดำรงชีวิตแตกต่างจากเด็กนักเรียนในชนบท การเรียนการสอนด้านกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตและกลุ่มการงานพื้นฐานอาชีพจึงแตกต่างจากการเรียนการสอนในชนบท เช่น ส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องกฎจราจร การเรียนรู้เรื่องเครื่องมือเครื่องใช้ไฟฟ้า นอกจากนั้นนักเรียนที่อยู่ในเขตเมือง

ยังมีโอกาสที่จะทำอาหารทำขนมหรือประดิษฐ์สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ จำหน่ายเป็นค่าอาหารกลางวัน หรือช่วยเหลือผู้ปกครองได้ด้วย

3. กีฬาเด่น หมายถึง การพัฒนาทางด้านสุขภาพพลานามัยของนักเรียนให้มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ ได้แก่ การส่งเสริมสุขนิสัยส่วนตัวของนักเรียนรวมทั้งหลักโภชนาการ สุขาภิบาลโรงเรียน การบริการอนามัยโรงเรียน การป้องกันโรคติดต่อ การออกกำลังกายและพักผ่อน การส่งเสริมกีฬาและการมีน้ำใจนักกีฬา เป็นต้น

4. เป็นโรงเรียนของชุมชน หมายถึง การทำให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการแก่ชุมชน เช่น จัดนักเรียนช่วยในการจราจร หรือร่วมงานประเพณี หรือการใช้สถานที่ของโรงเรียนเพื่อกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังหมายถึงการที่โรงเรียนจะใช้ทรัพยากรจากชุมชนมาช่วยพัฒนาการศึกษา เช่น ส่งเสริมให้ประชาชนหน่วยงานของรัฐ องค์กร กุศล หรือเอกชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการศึกษา เช่น การแสดงความคิดเห็น การเสนอแนะ การอุทิศทรัพย์สิน แรงงาน การเข้ามาช่วยสอนวิชาพิเศษ เป็นต้น

ศูนย์ข่าวศรีราชา Unesco ประชุมร่วมกับ เมืองพัทยาหรือความร่วมมือโครงการป้องกันโรคเอดส์ให้ครอบคลุมโรงเรียนทุก แห่งของเมืองพัทยา หลังพบสถานการณ์การระบาดของโรคเริ่มลุกลามลงสู่กลุ่มเยาวชน

วันนี้ (17 ม.ค.2555) ที่ห้องประชุมศาลาว่าการเมืองพัทยา นายวิวัฒน์ คำชาย รองนายกเมืองพัทยา นำคณะหัวหน้าส่วนราชการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ร่วมให้การต้อนรับ นพ.ไมเคิล เบเนนสัน ตัวแทนจาก Unesco พร้อมคณะ และตัวแทนจากเหล่ากาชาดจังหวัดชลบุรี และมูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนานโยบาย ในโอกาสที่เดินทางมาเข้าร่วมหารือในด้านความร่วมมือในโครงการป้องกันโรคเอดส์ให้ครอบคลุมโรงเรียนในทุกแห่งของเมืองพัทยา

นพ.ไมเคิล เบเนนสัน ตัวแทนจาก Unesco กล่าวว่า เนื่องจากทาง Unesco ได้สังเกตเห็นว่า ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เริ่มทวีความรุนแรง เพิ่มมากขึ้น และมีการขยายการระบาดไปสู่กลุ่มเสี่ยง ซึ่งอยู่ในวัยศึกษาอายุระหว่าง 11 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ของเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ซึ่งถือเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายทั้งนี้ จากการสำรวจสถานการณ์ของกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาของเมืองพัทยาจำนวนทั้ง 10 แห่ง มีโรงเรียนในสังกัดจำนวน 10 โรงเรียน มีเด็กนักเรียนรวม 14,500 คน ซึ่งจำนวนนี้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงคือตั้งแต่ระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 7,000 คนเศษ ซึ่งเด็กนักเรียนส่วนใหญ่เป็นเด็กต่างถิ่นที่ติดตามผู้ปกครองมาหากินในพื้นที่เมืองพัทยาจึงทำให้การควบคุมพฤติกรรมเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก

ด้วยเหตุนี้ทาง Unesco จึงได้เสนอความร่วมมือในการจัดทำโครงการป้องกันโรคเอดส์ให้ครอบคลุมโรงเรียน ทุกแห่งของเมืองพัทยาขึ้น โดยจะมีการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการ รวมถึง

## โปรแกรม และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรการเรียน การสอน เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ และมีติทางเพศ

พร้อมทั้งทักษะที่จำเป็นต่างๆ ในการดำรงชีวิต การพัฒนาศักยภาพครูผู้สอน และการพัฒนาสื่อการสอนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด ทั้งนี้จะได้มีการประชุมร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกครั้ง เพื่อหาบทสรุปในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมต่อ

### บ้านน้ำใจ

คนจำนวนประมาณ 580,000 คนมีชีวิตอยู่และติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย และในจำนวนนั้นเอง มีเด็กที่อายุต่ำกว่าสิบสี่ปีจำนวนประมาณ 16,000 คน (UNAIDS) จังหวัดเชียงราย เป็นจังหวัดหนึ่งที่ถูกโรคเอดส์แพร่กระจายอย่างหนัก และไม่มีบ้านสำหรับเด็กที่เลือดเป็นเอชไอวี บวก มูลนิธิโครงการเพื่อชีวิตก้าวเข้ามาปะทะกับความตายด้วยชีวิตและความหวัง และบ้านน้ำใจก็ได้เริ่มขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์สามประการคือ ก.) เป็นบ้านสำหรับเด็กทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ซึ่งไม่สามารถได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติหรือบ้านที่รักและให้ความปลอดภัยได้ ข.) ให้บ้านต่อการพักอาศัยกับแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและเด็กทารกเพื่ออยู่อย่าง อิสระและบ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ ค.) เพื่อเยี่ยมครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวีหรือเชื้อเอดส์ในชุมชนและช่วยจัดเตรียมการสนับสนุนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย แม่ที่ใกล้จะเสียชีวิตได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ที่บ้านน้ำใจทราบ เท่าที่เขามีชีวิตอยู่ นี่คือการสัญญาที่มาจากใจ ที่จะทำให้น้ำตาเจ้าหน้าที่ไหลลง อาจจะทำให้เขานอนน้อยเพราะดูแลคนเหล่านี้จากวินาทีของความตาย และทำให้เขามีความยินดีมากขึ้น เวลาที่จะเห็นเด็กๆ ที่ใกล้จะตายตอนมาใหม่ๆ กลายเป็นเด็กที่หัวเราะ เล่นสนุกสนานได้ เข้าโรงเรียนได้ และเป็นเด็กธรรมดาๆ ทั่วไป นี่คือนิยาม

### เรื่องราวของชีวิตจริง

เล็กยังมีชีวิตอยู่ และนี่คือความมหัศจรรย์แม่ ของเธอคือหวานที่เคยทำงานเป็นหญิงขายบริการในเมืองพัทยา จากการที่รู้ตัวว่ามีเลือดเป็นเอชไอวีบวกและคำพูดที่ว่า “ไม่มีเวลาเลี้ยงลูก” เธอตัดสินใจอย่างจริงจังที่จะทำแท้ง จนกระทั่งเจ้าหน้าที่ของศูนย์ทามาร์ (ซึ่งเป็นหนึ่งในโครงการของมูลนิธิฯ) ได้แสดงให้เห็นคำตอบอีกทางหนึ่ง คำตอบอีกทางนั้นคืออะไร? ก็คือบ้านน้ำใจ ที่เป็นโครงการของมูลนิธิฯ สำหรับแม่และเด็กทารกหรือเด็กๆ ที่ติดเชื้อเอชไอวี เวลาหวานเข้ามาอยู่บ้านน้ำใจ เขาทั้งหอม ขาดสารอาหาร เต็มด้วยการบาดเจ็บและมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ การปรับตัวเข้ากับที่นั่นไม่ใช่เรื่องง่ายเลย จากเดิมที่มีแสงสีตระการตา เสื้อผ้าหรูหราให้ใส่และเมืองศรีวิไลที่ไม่มีการหยุดพัก เมืองพัทยากลายมาเป็นที่ๆ เงียบสงบ และเหมาะแก่การอธิษฐานด้วยสันติสุขในบ้านน้ำใจ แต่หวานก็ค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป เริ่มที่จะรับเอาความรักและการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ จากผู้หญิงคนอื่นๆ และจากเด็กๆ ที่อยู่ที่นั่น หนึ่งวันหลังจากวันคริสมาสต์ หวานก็คลอดเด็กออกมา ขอบขอบคุณสำหรับการดูแลรักษาให้หวานจากบ้านน้ำใจเพราะช่วยให้เล็กถูกคลอดออกมา ด้วยสุขภาพ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ที่แข็งแรง หลังจากการคลอด หวานเลือกที่จะเลี้ยงลูกไว้แล้วพาไปอยู่กับพ่อแม่ของเธอที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และบ้านน้ำใจก็ยินดียิ่งนักที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการนำการคืนดีสู่นครอบครวนี้รามักจะชอบ “ตอนจบที่เต็มล้นด้วยความสุข” แต่ทว่า หวานอยู่กับครอบครัวได้ไม่นาน โดยไม่สนใจกับคำอ้อนวอนของคนในครอบครัว หวานก็กลับไปทำงานเป็นหญิงขายบริการที่เมืองพัทยาอีก แต่ก็ยังมีข่าวดีที่ว่าเธอฝากเลี้ยงให้อยู่กับครอบครัวที่นั่น เขารักและดูแลอย่างใส่ใจกับเด็ก พวกเขารู้ว่าเด็กคือชีวิตที่มหัศจรรย์ นี่คือการเด็ก และนี่คือชีวิต

### พันธกิจเมตตาธรรมเมืองพัทยา

เด็ก หนึ่งร้อยเจ็ดสิบคน เป็นเด็กในชุมชนแออัด เด็กที่กระหายหารอยยิ้มและอ้อมกอด พวกเขาได้รับสิ่งเหล่านี้ และมากยิ่งขึ้นเมื่อพันธกิจเมตตาธรรมเมืองพัทยา (พีเอสเอ็ม) จัดกิจกรรมคิดส์คลับ ซึ่งนับเป็นเพียงช่วงเวลาที่ดีที่สุดๆ จะรู้สึกปลอดภัย สนุก มีความสุข และได้รับความรัก แต่พีเอสเอ็ม ได้ทำมากกว่านั้น พีเอสเอ็ม ต้องการช่วยเหลือคนยากจนให้ช่วยเหลือตนเองได้ เหตุฉะนั้นพีเอสเอ็มให้การศึกษ การอบรม และจัดโครงการเพื่อช่วยให้คนในสลัมมีงานทำ สำหรับคนที่อยู่ในความจำเป็น อย่างหนัก พีเอสเอ็ม ให้ข้าวและสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน หรือช่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำนักงานตั้งอยู่ใกล้กับชุมชนแออัดที่พวกเขากำลังให้ความช่วยเหลือ ศูนย์พีเอสเอ็มได้กลายเป็นแม่เหล็กดึงดูดเด็กๆ วัยรุ่นตลอดจนผู้ใหญ่ที่ต้องการคนรับฟังและหัวใจที่ห่วงใยใส่ใจพวกเขา ชั้นเรียนภาษาอังกฤษ คำคืนสำหรับวัยรุ่น การฝึกวิชาชีพ การเรียนกีตาร์ การสอนด้านสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐาน และการฝึกอบรมทักษะพิเศษอื่น ที่เกิดขึ้นในศูนย์แห่งนี้ แต่รากฐานสำหรับทุกสิ่งนี้คือความสัมพันธ์กับครอบครัวในชุมชนแออัดที่อัดกัน อยู่หลังบาร์ ซ่องโสเภณี และโรงแรมต่างๆ ของเมืองพัทยา ดังนั้นเจ้าหน้าที่อุทิศตนทุ่มเทตลอดจนความห่วงใยใส่ใจของพีเอสเอ็ม ใช้เวลาในชุมชนแออัดทุกวันประจำ ขณะนี้ได้เยี่ยมชุมชนแออัดเจ็ดแห่งในแต่ละอาทิตย์เพื่อยื่นมือให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและผู้ใหญ่ที่อยู่ในความเจ็บปวด พีเอสเอ็ม ยังได้ทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่กับพันธกิจอื่นๆ ในท้องถิ่นตลอดจนทีมงานต่างชาติที่มาเยี่ยมชมงานที่พีเอสเอ็ม ทำ การทำงานนั้นเต็มไปด้วยชีวิตของการหัวเราะ หยาดเหงื่อ รอยยิ้มและชีวิตที่ได้รับการเปลี่ยนแปลง นี่คือการชีวิต

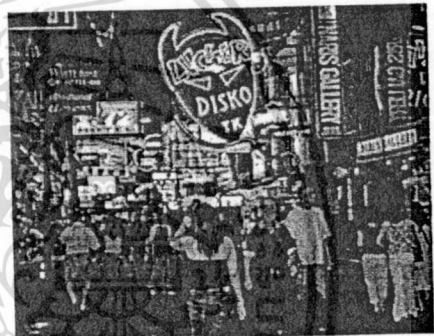
### เรื่องราวของชีวิตจริง

อ้อมกอดและความหวัง สองสิ่งนี้สามารถทำสิ่งอัศจรรย์ได้อย่างมากมาย เมื่อเจดได้เข้ามาในพันธกิจเมตตาธรรมเมืองพัทยา (พีเอสเอ็ม) ครั้งแรกเธอหิวกระหายการกอดเป็นอย่างมาก เธอมักจะหยุดที่ศูนย์ทุกๆ วันเวลาที่เธอเดินกลับบ้านจากโรงเรียนเพื่อให้พี่ๆ ที่นี่กอดเธอ เจดเคยอยู่กับแม่ของเธอเองคือเจน แต่เมื่อตอนที่เจนดื่มเหล้าหนักเพื่อแค้นชีวิตอยู่ เจดก็ย้ายมาอยู่กับยายของเธอนานเข้านานเข้าอาการคิดเล้าของเจนก็แย่ลง ในที่สุดวันที่เหล้าจะพรากชีวิตเธอ ไปก็มาถึงและเจนกำลังจะเสียชีวิต ตอนที่เราพบเธอในชุมชนแออัดนั้นผิวของเธอกลายเป็นสีเหลืองและท้องบวมป่องให้เห็นได้ชัดว่าตับของเธอไม่สามารถทำหน้าที่ของมันเองได้อีกแล้ว ด้วยอาการพอมอย่างหนัก ด้วย

ความหวาดกลัวอย่างยิ่งยวด เธออ่อนวอนเราให้ช่วยเหลือเธอ เราจึงยินดีที่จะพาเธอไปหาหมอแต่สิ่งที่เราได้ยินจากปากหมอคือข่าวร้ายมากๆ ดับของเธอถูกทำลาย สิ่งที่ยังแย่ไปกว่านั้นคือผลการตรวจเลือดพบว่าเธอติดเชื้อเฮชไอวี ในช่วงเวลานั้นเป็นเงินที่ต้องการการกอดและการอธิษฐาน เธอรับเชื่อเป็นคริสเตียนในวันนั้น แล้วความหวังก็มาเยือนการอัศจรรย์ได้เกิดขึ้น สามอาทิตย์ต่อมาท้องของเธอลดอาการบวมลงจนถึงขนาดปกติและสีผิวของเธอก็กลายเป็นสีแทนเข้มตามปกติ ตอนนี้นำเดือนผ่านไป น้ำหนักเธอเพิ่มขึ้นดูสุขภาพแข็งแรงและไม่ได้เมาเหล้าอย่างแต่ก่อน เธอช่างยิ้มเมื่อเราไปเยี่ยมเธอ เธอมีความหวังในหัวใจของตนเองอีกครั้ง ทั้งเธอและลูกสาวของเธอคือเจดได้เรียนรู้ที่จะรักซึ่งกันและกัน ก้าวเดินด้วยกันกับก้าวของการรักษาเยียวยา ซึ่งนับว่าต้องใช้เวลาแต่พวกเขาต้องทำได้แน่นอนเพราะพวกเขามีความหวังแล้ว ตอนนี้ เขาทั้งสองไปโบสถ์ด้วยกันแล้วคุณจะบอกว่าเป็นเขาสองคนได้ง่ายมากเพราะเขาชอบที่จะกอดกันและกันตลอดเวลา ทั้งเจดและเจน นีคือชีวิต

### ศูนย์ทามาร์

ในประเทศไทย เมื่อไรที่พูดถึงเรื่องหญิงขายบริการคุณได้พูดถึงเมืองพัทยา ซึ่งเป็นที่รู้จักเลื่องชื่อว่าเป็นเมืองหมายเลขหนึ่งของไทยสำหรับเป้าหมาย ที่จะมาดูดวงอาทิตย์หาดทรายและหาความสุขทางเพศ จนเป็นบ้านของคนขายบริการทั้งหญิงชายและเด็กอย่างน้อยสองหมื่นคนขึ้นไป ในช่วงฤดูท่องเที่ยวคือเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนมีนาคม นักท่องเที่ยวประมาณหนึ่งล้านคนแน่นขนัด



ที่บาร์ ไนต์คลับ สถานอาบอบนวดหรืออบไอน้ำ ถ้าคุณพูดถึงสถิติละก็ คุณจะสิ้นหวัง แต่เมื่อคุณมาที่ศูนย์ทามาร์ คุณจะเห็นผู้คน ผู้หญิงที่น่ารัก คนที่เลือกเปลี่ยนทิศทางการชีวิตของตนเองจนได้พบกับเกียรติศักดิ์ศรี ความหวังและอนาคตของตนเอง ศูนย์ทามาร์เป็นศูนย์สำหรับช่วยเหลือ ช่วยเหลือสภาพจิตใจ และให้ความหวังตลอดจนให้งานกับผู้หญิงในโครงการทำการ์ดขาย เปิดร้านทำผม ร้านเบเกอรี่ ร้านอาหาร และกิจกรรมต่างๆ ที่ให้รายได้ เปิดคอร์สพัฒนาทักษะอาชีพ สอนภาษาอังกฤษ และฝึกอบรมด้านการรู้จักพระเจ้า ผู้หญิงหลายคนที่ได้พบชีวิตใหม่ที่ศูนย์ทามาร์และไปยังหมู่บ้านของเขาที่ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาคอีสาน) ในประเทศไทย เพื่อที่จะสามารถทำให้ครอบครัวของเขาได้รับการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ทามาร์ได้ตอบตกลงว่าจะไปหลังจากสองปีที่ทามาร์ได้ทำงานกับครอบครัวและหมู่บ้านต่างๆของพวกเขา ได้เห็นถึงการปรองดองเกิดขึ้น การสร้างความสัมพันธ์ และกิจกรรมเด็กก็ได้เกิดขึ้น ปัจจุบันนี้ได้มีการเปิดศูนย์การป้องกันเบื้องต้นในภาคอีสาน สถานที่แห่งนี้จะทำคือ ที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลเด็ก สำหรับแม่ที่เลี้ยงลูกคนเดียว และตามด้วยการฝึกอบรมด้านอาชีพสิ่งต่างๆเหล่านี้จะอยู่ในพื้นฐานของพระเจ้า ปัจจุบันศูนย์การช่วยเหลือของทามาร์ได้เปิดกว้างและขยายออกมากขึ้น ใน เมืองพัทยา ในเดือนพฤศจิกายน 2009 ได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

มีการซื้ออาคารพาณิชย์ที่ในซอย 6 ซึ่งเป็นอีกซอยหนึ่งที่เต็มไปด้วยความมืด ความเศร้า และเป็นสถานที่ที่บาร์ต่างๆเต็มไปด้วยผู้ไร้ความหวังในเมืองนี้ ผ่านทางร้านทำผมของทามาร์ ห้องเรียนสอนภาษาอังกฤษ การให้คำปรึกษาและห้องอธิษฐาน แสงสว่างแห่งความหวังกำลังเข้ามาถึงคนบนท้องถนนเหล่านั้น สิ่งทั้งหมดเหล่านี้คือการมอบความหวังให้พวกเขาและนั่นเป็นชีวิต

### เอดส์รักษาได้ แม้จะไม่หายขาด

- คนที่ตรวจพบว่าตนเองติดเชื้อ เอชไอวี ควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อตรวจร่างกาย และขอรับคำปรึกษาในการวางแผนการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง
- ดูแลสุขภาพที่ดี ๆ ไม่รับเชื้อเพิ่มรับประทานยาป้องกันโรคติดเชื้อแทรกซ้อน และยาต้านไวรัส เอชไอวี ตามที่แพทย์แนะนำ

### เป็นเอดส์แล้วจะรักษาที่ไหนดี

ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถเข้ารับการรักษาได้ตามโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยจะมีอายุรแพทย์เฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ดูแล วินิจฉัยและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยหรือส่งเลือดผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่ใกล้ชิด

ขณะนี้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ให้บริการดูแลปัญหาเอดส์ โดยครอบคลุมการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึงการป้องกันการแพร่เชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก นอกจากนี้ยังมีโครงการนำร่องขยายการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวี ในโรงพยาบาลบางแห่งด้วย รายละเอียดสอบถามได้จากกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกแห่ง

### ขั้นตอนการขอรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

- เมื่อประสบปัญหาทางด้านสุขภาพ
- ลงทะเบียนขอรับบริการ
  - ชักประวัติ / พูดคุย
  - ค้นหาสาเหตุ / จัดลำดับความสำคัญ
  - แนะนำ / ช่วยเหลือ
  - ส่งต่อเพื่อการรักษาที่ถูกต้องวิธี
  - นัดครั้งต่อไป / กลับบ้าน

หมายเหตุ ให้บริการทุกวันพุธ เวลา 09.00-15.00 น. ณ ห้องให้คำปรึกษา ชั้น 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข เมืองพัทยา โทร. 038-420562 ต่อ 104

ชื่อองค์กรบ้านพักเด็กจริงใจ (สำนักงานสาขาพญา มุสนิธิสภาคิริสตรจักรในประเทศไทย) ที่อยู่ 82/1 หมู่บ้านเอื้องขวัญวิลล่า หมู่ 6 ตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี 20000 ภาคภาคตะวันออก โทรศัพท์ (038) 730125, (01) 3543729 โทรสาร (038)730125 ผู้บริหารองค์กร-ผู้ประสานองค์กรนางสาวเพียงดา ชุ่มน้อย

### วัตถุประสงค์องค์กร

1. เพื่อให้การช่วยเหลือปัจจัยแก่บ้านพักเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2. เพื่อเสริมสร้างทัศนคติอันดีต่อผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์และชุมชน
3. เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม ให้เกิดเครือข่ายชุมชนต้านเอดส์
4. เพื่อพิทักษ์สิทธิเด็ก กลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในพื้นที่เมืองพัทยา พื้นที่ดำเนินการ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี กิจกรรมดำเนินการ 1.ป้องกันดูแลเด็กและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เข้าสู่การขายบริการทางเพศ
5. ให้บริการปัจจัย 4
6. ส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้รับการศึกษาทั้งในและนอกระบบ

#### โรงเรียน

7. จัดอาชีพเสริมรายได้ให้แก่เด็กและเยาวชน
8. ให้คำแนะนำปรึกษากรณีปัญหาในกลุ่มหรือบุคคล
9. อบรมประชุมอาสาสมัครชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง
10. การส่งต่อกลุ่มเป้าหมายไปยังองค์กรที่เหมาะสม

#### 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยภายในประเทศ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ มีผู้ศึกษาวิจัยอยู่หลายท่านคือ

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ (2531) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการวางแผนครอบครัวของเยาวชนไทย อายุ 15-24 ปี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานสถานการณ์ในเรื่อง ความรู้ และทัศนคติในเรื่องโรคเอดส์และการป้องกันการปฏิบัติของเยาวชนไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นเยาวชนในเขตเมืองจำนวน 202 คน และเยาวชนในเขตชนบท จำนวน 816 คน

วีณา กระแสภูธรรัตน์ (2531) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 กรุงเทพมหานคร” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนชายกับนักเรียนหญิง นักเรียนชายในโรงเรียนชายกับนักเรียนชายในโรงเรียนสหศึกษา นักเรียนหญิงในโรงเรียนสตรีกับนักเรียนหญิงในโรงเรียนสหศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นนักเรียนชายจำนวน 186 คน นักเรียนหญิง 214 คน

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ (2531) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ เรื่องโรคเอดส์ของเยาวชนไทย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของเยาวชนไทย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ เยาวชนชายหญิงในชนบทและในเมืองทั้ง 4 ภาคของประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 1,018 คน ซึ่งอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 15-24 ปี

ศิริสุข อิ่มสุคใจ (2532) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดชลบุรี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดชลบุรี และเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มนักเรียนตามตัวแปร เพศ สถานที่ตั้งของโรงเรียน พฤติกรรมทางเพศ สื่อที่ได้รับความรู้ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับความรู้ ผู้ปกครองต่อเดือน และอาชีพของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 358 คน

สุปราณี คุณกิตติ (2532) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “มโนทัศน์เกี่ยวกับโรคเอดส์ของครูสุศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบมโนทัศน์เกี่ยวกับโรคเอดส์ของครูสุศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ตามตัวแปรเพศและลักษณะการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเอดส์ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นครูสุศึกษาทั่วประเทศ จำนวน 6,934 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 500 คน

ซัชชัย หลงน้อย (2533) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนจำหน่ายเหื่อ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนจำหน่ายเหื่อ ระหว่างกลุ่มที่มีประสบการณ์ทางเพศ และไม่มีประสบการณ์ทางเพศ กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนจำหน่ายเหื่อ จำนวน 375 คน ที่สุ่มมาจากโรงเรียนจำหน่ายเหื่อ 6 โรงเรียน

วรรณิกา เรืองสัจ (2533) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของเยาวชนและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ ทักษะคิด และประสบการณ์ของเยาวชน โดยใช้ข้อมูลจากแหล่งรับบริการวางแผนครอบครัวของเยาวชนไทยจำนวน 1,018 ราย

ศิริวรรณ หาญวิรุณ (2533) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงในสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงในสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล และเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตามตัวแปรเพศ

ศุภจรี วชิภวัฒน์ (2533) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ ทักษะคิดประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคเอดส์ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะคิด ประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคเอดส์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 357 คน

สุพักตร์ วาณิชเสณี และขจิต ชูปัญญา (2533) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอดส์ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 เขต

กรุงเทพมหานคร” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเพศสัมพันธ์การติดเชื้อเอดส์ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 เขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 289 คน

เมธินี ตั้งตรงไพโรจน์ (2534) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตร และวิทยาเขตบางเขน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตร และวิทยาเขตบางเขน ตามตัวแปรเพศ ระดับชั้นปีการศึกษา ลักษณะที่พักอาศัย และสารนิเทศที่นิสิตได้รับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นิสิตชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 246 คน

โสภกา เรียบรวจิตร (2534) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กระหว่างเยาวชนชายและเยาวชนหญิง ที่มีอายุระหว่าง 14-18 ปี จำนวน 560 คน เป็นเพศชาย 360 คน เพศหญิง 200 คน

อรุณี เจษฎาวิสุทธิ (2534) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาตามตัวแปรเพศและสาขาวิชา

จิราภรณ์ อินทร์พรหม (2535) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้บริหารสถานศึกษาและครูอนามัยโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 8” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้บริหารสถานศึกษาและครูอนามัยโรงเรียนประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหาร โรงเรียน 400 คน และครูอนามัยโรงเรียน 400 คน

พรทิพย์ ภิญญ (2536) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ และทักษะ เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรเพศ ระดับการศึกษาของบิดา ระดับการศึกษาของมารดา

ภุชงค์ วีรพลิน และคณะ (2536) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดแพร่ 2535” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมของนักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยการศึกษาความรู้ และทักษะการปฏิบัติตัวของนักเรียน จำนวน 2,919 คน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

จากงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โดยรวมนั้น จากกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยดังกล่าว พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ บางกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลางและติดตามลำดับ อาทิเช่น งานวิจัยของวิณา กระแสตุลรัตน์ (2531) พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 47.25 มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริสุข อิ่มสุดใจ (2532) ที่พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดชลบุรี มีความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ โดยได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 46.43 ส่วนชัชชัย หลงน้อย (2533) พบว่านักเรียนจำหน่ายอาหารเรือมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ศิริวรรณ หาญวีรกุล (2533) พบว่านักศึกษาระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง ในสถาบันเทคโนโลยีราชมงคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเมธินี ตั้งตรงไพโรจน์ (2534) ที่พบว่านิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตรและวิทยาเขตบางเขน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์พอใช้ และในปีเดียวกัน โสภา เขียววิจิตร (2534) ก็พบว่าเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง อีก 2 ปีต่อมา พรทิพย์ ภิญโญ (2536) ได้วิจัยพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน แต่สุปราณี คุณกิตติ (2532) พบว่ามโนทัศน์เกี่ยวกับโรคเอดส์ซึ่งรวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของครูสุศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาทั่วประเทศ อยู่ในระดับมาก โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของอรุณี เจษฎาวิสุทธิ (2534) ที่พบว่านักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี นอกจากนี้ จิราภรณ์ อินทร์พรหม (2535) ก็ยังพบว่าผู้บริหารสถานศึกษาและครูอนามัย โรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 8 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง และในปีต่อมา กุซงค์ วีรพลิน และคณะ (2536) ก็ได้วิจัยพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดแพร่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์อยู่ในระดับดีเช่นกัน

2. ในด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์โดยรวม จากกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยของงานวิจัยดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น พบว่ากลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยของวิณา กระแสตุลรัตน์ (2531) ชัชชัย หลงน้อย (2533) ศิริวรรณ หาญวีรกุล (2533) เมธินี ตั้งตรงไพโรจน์ (2534) โสภา เขียววิจิตร (2534) อรุณี เจษฎาวิสุทธิ (2534) จิราภรณ์ อินทร์พรหม (2535) และพรทิพย์ ภิญโญ (2536) มีเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี ยกเว้นงานวิจัยของกุซงค์ วีรพลิน และคณะ (2536) ที่พบว่าไม่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง

3. สำหรับการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวแปรเพศระหว่างเพศชายและเพศหญิงนั้น พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ (2531) พบว่าเยาวชนไทยเพศชายและเพศหญิง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณิกา เรืองสังข์ (2533) ศิริวรรณ หาญวีรกุล (2533) และโสภา เรียบวิจิตร (2534) ที่พบว่าเพศชายและเพศหญิง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกัน ส่วนศิริสุข อิ่มสุดใจ (2532) สุปราณี คุณกิตติ (2532) อรุณี เกษฎาวิสุทธิ (2534) และพรทิพย์ ภิญโญ (2536) พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

4. การเปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวแปรเพศระหว่างเพศชายและเพศหญิงนั้น วิณา กระแสกุลรัตน์ (2531) และอรุณี เกษฎาวิสุทธิ (2534) พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกัน โดยพบว่า เพศหญิงมีเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่าเพศชาย ส่วนศิริวรรณ หาญวีรกุล (2533) เมธินี ตั้งตรงไพโรจน์ (2534) โสภา เรียบวิจิตร (2534) และพรทิพย์ ภิญโญ (2536) พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่น่าสนใจคือ งานวิจัยของวีรสิทธิ์ สิทธิไทรย์ (2531) ที่พบว่าเยาวชนชายหญิงในชนบทและในเมืองทั้ง 4 ภาคของประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานครที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ร้อยละ 97 รู้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงถึงตาย แต่ในแง่ของการรักษาร้อยละ 30 กลับตอบว่า ที่เหลือตอบได้ถูกบ้างผิดบ้างหรือผิดหมด และในส่วนที่เกี่ยวกับการป้องกัน ร้อยละ 41 ตอบได้ถูกต้อง ส่วนในรายละเอียดมีเพียงร้อยละ 65 ที่ตอบได้ถูกต้องว่าการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดโรคเอดส์ได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ส่วนสุพัตร์ วาณิชเสณี และชจิต ชูปัญญา (2533) พบว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในกรุงเทพมหานคร เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 22.7 โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 14-16 ปี ถึงร้อยละ 72 มีเพศสัมพันธ์อายุน้อยที่สุดคือ 9 ปี นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ร้อยละ 6.4 และนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งมีเพียงร้อยละ 27.6 และในปีเดียวกัน สุภจิ วิจิวัฒน์ (2533) ก็ได้พบว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 53.5 โดยร้อยละ 81.7 มีเพศสัมพันธ์กับโสเภณี รองลงมาร้อยละ 52.4 มีเพศสัมพันธ์กับคูรัก และนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์เคยป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 23.7

งานวิจัยในต่างประเทศ ไพรซ์, เดสมอนด์ และคูกุลคา (Price, Desmond and Kukulka, 1985) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความเข้าใจและความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษา” (High School Student Perceptions and Misperception of AIDS) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้ ความเชื่อ และแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายจากการทำวิจัยพบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ค่อนข้างจำกัด นักเรียนชายมีความรู้เรื่องโรคเอดส์มากกว่านักเรียนหญิง แหล่งข่าวสารที่นักเรียนได้รับเกี่ยวกับโรคเอดส์คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หนังสือ วารสารและวิทยุ ส่วนโรงเรียน

เป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อยที่สุด อีก 2 ปีต่อมา คอร์ดัน และคณะ (Dawson and other. 1987) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์” โดยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ขององค์การสาธารณสุขอเมริกา เมื่อเดือนสิงหาคม ปี 1987 และข้อมูลบางส่วนมาจากค่าสถิติทางด้านสุขภาพหมายเลข 146 (AIDS Knowledge and Attitudes, Provisional Data from the National Health Interview Survey : United States, August 1987, Advance Data from Vital and Health Statistics. No. 146) พบว่าผู้ตอบร้อยละ 89 ทราบว่าเป็นเอดส์แล้วต้องตาย ร้อยละ 83 ทราบว่าเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ และมากกว่าร้อยละ 90 ทราบเรื่องการแพร่กระจายของโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้เป็นเอดส์ หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้เป็นเอดส์ ต่อมา กอกกิน (Goggin. 1988) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “เจตคติและความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาในระดับวิทยาลัย (College Students’ Attitudes and Knowledge Regarding AIDS) พบว่านักศึกษามีความสับสนเป็นอย่างมากเกี่ยวกับโรคเอดส์ และมีความเข้าใจที่ผิดๆ เกี่ยวกับการติดต่อของโรคอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมัวร์และคณะ (Moore and other, 1988) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่อง “เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาที่มาเพศต่างกัน (Sex Differences on Attitudes towards AIDS among College Students) ซึ่งพบว่านักศึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อยมา และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษายังมีความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วยโรคเอดส์และต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศมากกว่าเพศชาย ในปีต่อมา บัลสลีย์ (Balsley. 1989) ก็ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การสำรวจความรู้ ความเชื่อ และการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนระดับ 10 จากโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตเมือง (A Survey of Knowledge, Beliefs, and Selected Behavioral Practices Related to Acquired Immunodeficiency Syndrome among Urban 10<sup>th</sup> Grade Public High School Students) พบว่านักเรียนมีมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคเอดส์ นักเรียนหญิงมีความรู้ ความเชื่อ และเจตคติดีกว่านักเรียนชาย โดยเฉพาะนักเรียนในแถบเอเชียให้ความสนใจต่อการเรียนรู้เรื่องโรคเอดส์น้อยมาก ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของคลาร์ก-ฮอลล์ (Clark-Hall. 1989) ที่ได้วิจัยเรื่อง “ความรู้ และแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียน ระดับ 6, 7, และ 8 จากโรงเรียนประถมศึกษาในเขตเมือง” (Knowledge and Sources of Information about Acquired Immune Deficiency Syndrome among Sixth, Seventh, and Eighth Grade Urban Elementary School Pupils) ซึ่งพบว่านักเรียนประถมศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ค่อนข้างจำกัด นักเรียนหญิงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากกว่านักเรียนชาย นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์จากสื่อมวลชน คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และวารสาร ต่อมาซีเกล และคณะ (Siegel and others. 1991) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเมือง” (AIDS Knowledge, Attitudes, and Behavior among Inner City, Junior High School Students) พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อของโรคเอดส์ ต่อซอร์ (Shaw. 1992) ได้ทำการวิจัย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เรื่อง “การวัดความรู้เจตคติของนักเรียน โรงเรียนมัธยมเซเวนธ์เดย์ แอดเวนทิสต์ ในเรื่องโรคเอดส์” (The Measurement of Knowledge and Attitude Levels of Seventh-Day Adventist High School Students Regarding Acquired Immunodeficiency Syndrome) พบว่านักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน ด้านเจตคติพบว่านักเรียนมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีเจตคติแตกต่างกัน โดยนักเรียนหญิงมีเจตคติที่ดีกว่านักเรียนชาย

จากการศึกษางานวิจัยภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์นั้น พบว่าผลการวิจัยมีความแตกต่างกันออกไปตามลักษณะกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งความรู้และเจตคติโดยรวมนั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับดี ส่วนการเปรียบเทียบความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวแปรเพศนั้น พบว่ามีความแตกต่างและไม่แตกต่างกันในระดับใกล้เคียงกัน สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ยังมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ยังไม่ถูกต้อง และยังมีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการติดต่อของโรคเอดส์ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องกับเยาวชนเหล่านั้นเป็นอย่างดี

จากบทสรุปดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะทราบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลและเมืองพัทยา มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับใด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาและพัฒนาการเรียนการสอนเรื่องโรคเอดส์ให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อนักเรียน ซึ่งจะบังเกิดผลดีต่อท้องถิ่นและประเทศชาติต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน : กรณีศึกษาเยาวชนในเมืองพัทยา ผู้วิจัยได้ดำเนินการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.4 สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเมืองพัทยา

3.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สื่อมวลชน และกลุ่มเพื่อนที่มีผลต่อพฤติกรรม ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่นในเมืองพัทยา

#### 3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาภาคสนามเป็นหลักเพื่อศึกษาวิถีชีวิต การใช้ชีวิตประจำวัน ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ชีวิต การปรับตัว มุมมอง ทักษะที่มีต่อพฤติกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในเชิงชาติพันธุ์พรรณนา เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเนื้อหาการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น การศึกษาภาคสนามมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 การคัดเลือกกรณีศึกษา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกรณีศึกษา เพื่อให้ตอบสนองวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เป็นกลุ่มวัยรุ่นติดเชื้อเอดส์ที่เปิดเผยต่อสาธารณชน
2. เป็นกลุ่มวัยรุ่นติดเชื้อเอดส์ที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน

3.2.2 การเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และวิธีการสนทนากลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการเก็บข้อมูลด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ เช่น กิจกรรมการพบปะประจำเดือน กิจกรรมการให้ความรู้ต่าง ๆ ภายในกลุ่มและภายนอกกลุ่ม

2. สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม จะใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปสังเกตแบบมีส่วนร่วมได้ หรือในกรณีที่กรณีศึกษาไม่สะดวกใจที่จะให้สังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งในกรณีนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้สังเกตโดยกระทำตนเป็นบุคคลภายนอก ไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่กลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์ทำ

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมรายละเอียดให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาอย่างลุ่มลึก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับวิถีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์ การใช้ชีวิตประจำวัน ความคิด พฤติกรรม ค่านิยม ทักษะชีวิตที่มีต่อสังคม และครอบครัว ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการปรับตัว เป็นต้น ในการสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) ตามแนวทางของ สุกงศ์ จันทวานิช (2545) เป็นหลัก และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) แก่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant interview) โดยสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ติดเชื่อเฮดส์ที่เปิดเผยต่อสาธารณชนจำนวน 5 คน และผู้ติดเชื่อเฮดส์ที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน จำนวน 5 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ในตารางเปรียบเทียบเพื่อให้ได้ประเด็นในการนำเสนอเนื้อหาการเรียนรู้ที่จะนำไปจัดสนทนากลุ่มต่อไป

4. การจัดสนทนากลุ่ม หรือ focus group เพื่อศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนาในประเด็นที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเน้นไปที่ประเด็นของการแสวงหาแนวทางและนำเสนอเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเฮดส์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นเป็นหลัก ในการจัดสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่หลากหลาย เพื่อจะนำเสนอแนวทางการให้การศึกษาเพื่อความเข้าใจในพฤติกรรม ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้แบ่งผู้ร่วมสนทนาออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์
2. กลุ่มครูอาจารย์ของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์
3. กลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์
4. กลุ่มเพื่อนของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์

สำหรับการกำหนดประเด็นในการสนทนากลุ่มนั้น ผู้วิจัยจะนำมาจากประเด็นที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์เรียบร้อยแล้ว

### 3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ของ Glaser และ Strayss (1967) (อ้างใน สุกงศ์ จันทวานิช, 2545: 139-142) เพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุปในเรื่องพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเฮดส์ อันจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเนื้อหาการเรียนรู้สำหรับวัยรุ่นต่อไป ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดและขั้นตอน ดังต่อไปนี้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) คือ การใช้วิธีการเปรียบเทียบ โดยการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ ในการวิเคราะห์จะนำไปสู่การสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรมและการสร้างทฤษฎี โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ดังนี้

ก. เปรียบเทียบเหตุการณ์ (incidents) ต่าง ๆ จากบันทึกภาคสนาม โดยจำแนกข้อมูลหรือเหตุการณ์ออกเป็นประเภท (Categories) ต่าง ๆ โดยใช้การลงรหัสหรือตามกรอบประเด็นการวิเคราะห์ที่กำหนด เมื่อแยกประเภทเหตุการณ์หนึ่ง ๆ แล้ว ให้เปรียบเทียบเหตุการณ์เหล่านี้กับเหตุการณ์ก่อน ๆ ที่เกิดขึ้นกับคนกลุ่มเดิมหรือกลุ่มอื่นที่ใช้ระบบจำแนกประเภทระบบเดียวกัน

ข. ประมวลประเภทของข้อมูลและคุณลักษณะ (properties) ของประเภทเข้าด้วยกัน เป็นการสังสมข้อค้นพบหรือข้อสรุปย่อย ๆ จากการเปรียบเทียบประเภทของข้อมูลและคุณลักษณะของประเภทซึ่งกันและกัน เมื่อเปรียบเทียบแล้วผู้วิจัยก็จะเริ่มเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านั้น ทำให้เห็นความสัมพันธ์และเกิดเป็นกรอบแนวคิดย่อย ๆ ขึ้น

ค. ขยายวงของการเปรียบเทียบแล้วเลือกเฟ้นเหตุการณ์ที่เป็นกุญแจสำคัญ ผู้วิจัยจะใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการสรุปลักษณะความสัมพันธ์ของข้อมูลในเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามข้อ ข. มาพิจารณาคูเหตุการณ์อื่น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในสังคม คุณลักษณะที่คล้ายคลึงและที่แตกต่างกันของข้อมูลก็จะมีมากขึ้น จากนั้นจึงตัดทอน (Reduce) คุณลักษณะของข้อมูลที่เปรียบเทียบกันจนเหลือแต่คุณลักษณะร่วมที่มีความหมายเท่านั้น

ง. สร้างข้อสรุป จากการตัดทอนข้อมูลให้เหลือแต่คุณลักษณะร่วมที่มีความหมายและได้พิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยก็จะสร้างข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้อีกครั้ง

### 3.4 สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.4.1 การหาค่าเฉลี่ย

$$\text{สูตร} \quad \bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ  $\bar{X}$  คือ ค่าเฉลี่ย

$\sum X$  คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

$N$  คือ จำนวนข้อมูล

### 3.4.2 การหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$\text{สูตร } S.D. = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{N - 1}}$$

เมื่อ  $S.D.$  คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 $\sum X$  คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด  
 $N$  คือ จำนวนข้อมูล



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
 ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง "การศึกษาพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน : กรณีศึกษาเยาวชนในเมืองพัทยา" โดยผู้วิจัยได้ศึกษาดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเมืองพัทยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สื่อมวลชน และกลุ่มเพื่อนที่มีผลต่อพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่นในเมืองพัทยา

โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และวิธีการสนทนากลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการเก็บข้อมูลด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ เช่น กิจกรรมการพบปะประจำเดือน กิจกรรมการให้ความรู้ต่างๆ ภายในกลุ่มและภายนอกกลุ่ม

ตารางที่ 4.1 แสดงความรู้สึกลักษณะปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเอดส์

แสดงความรู้สึกลักษณะปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเอดส์	$\bar{X}$	S.D.
1. มีท่าทีผ่อนคลายและให้ความสนใจ ตั้งใจทำกิจกรรม	4.50	0.527
2. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนในกลุ่ม	4.60	0.516
3. สนใจตั้งใจฟัง กระตือรือร้นในการทำกิจกรรม	3.80	0.632
4. กิจกรรมสามารถทำให้ผ่อนคลายและทำให้ผู้ป่วยได้รู้สึกอยากระบายในสิ่งที่ไม่สบายใจ	4.40	0.516
5. กิจกรรมมีความน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อ	4.50	0.527
6. มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง	4.30	0.483
7. กิจกรรมช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเอง	4.70	0.483
8. กิจกรรมทำให้ความวิตกกังวลลดน้อยลง	4.80	0.422
9. สามารถทำให้ประเมินตนเองในทางบวกได้	4.50	0.527
10. รู้สึกเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น	4.70	0.483

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากิจกรรมทำให้ความวิตกกังวลลดน้อยลง มีค่าเฉลี่ย 4.80 รองลงมาคือ รู้สึกเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และ กิจกรรมช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเอง มีค่าเฉลี่ย 4.70 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนในกลุ่ม มีค่าเฉลี่ย 4.60 นอกจากนี้ ยังทำให้ผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลาย และให้ความสนใจ ตั้งใจทำกิจกรรม และ กิจกรรมมีความน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อมีค่าเฉลี่ย 4.50

กิจกรรมสามารถทำให้ผ่อนคลายและทำให้ผู้ป่วยได้รู้สึกอยากระบายในสิ่งที่ไม่สบายใจผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง มีค่าเฉลี่ย 4.40 และ 4.30 ตามลำดับ

2. สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม จะใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปสังเกตแบบมีส่วนร่วมได้ หรือในกรณีที่กรณีศึกษาไม่สะดวกใจที่จะให้สังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งในกรณีนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้สังเกตโดยกระทำตนเป็นบุคคลภายนอก ไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่กลุ่มวัยรุ่นที่คิดเชื้อเอคส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อมีอาการซึมเศร้า ไม่อยากพูดคุยกับใคร บางคนก็นั่งร้องไห้เหมือนคนสิ้นหวังท้อแท้ช่วงระหว่างในการทำกิจกรรมตอนแรกไม่อยากให้ความร่วมมือในกิจกรรม แต่พอมาร่วมแล้วผู้ป่วยรู้สึกดี นอกจากนั้นยังสังเกตว่าผู้ป่วยมีความสุข สนุกสนาน คลายเครียด มีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเพราะได้มีโอกาสพบเจอเพื่อนที่เข้าใจกันและกัน ทำให้ไม่รู้สึกว่าโดดเดี่ยว กิจกรรมส่งเสริมทำให้จิตใจเข้มแข็ง ไม่เครียด และได้รับประโยชน์เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติอย่างถูกวิธี ทำให้รู้วิธีการดูแลตัวเองและสามารถมีชีวิตอยู่ได้ สามารถพบเพื่อนมากมายขึ้นทำให้ได้ระบาย เข้าอกเข้าใจกันและเรียกร้องอยากให้มีการจัดกิจกรรมขึ้นอีกเพื่อจะได้แลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกัน

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมรายละเอียดให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาอย่างลุ่มลึก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับวิถีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่คิดเชื้อเอคส์

ตารางที่ 4.2 วิถีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นเมืองพัทยาในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอคส์จำนวน 20 คน

แหล่งข้อมูลข่าวสารที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคเอคส์	X	S.D.
1. โทรทัศน์	4.65	0.489
2. วิทยุ	3.35	0.813
3. อินเทอร์เน็ต	4.50	0.688
4. หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร	4.00	0.725
5. บุคคลในครอบครัว	3.10	0.788
6. สื่อให้ความรู้โรคเอคส์ของรัฐบาล	4.05	0.826
7. เพื่อน/คนรู้จัก	2.60	0.589
8. อื่นๆ	2.62	0.590

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเคยได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์มากที่สุด คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.65 รองลงมาคืออินเทอร์เน็ต มีค่าเฉลี่ย 4.50 และ สื่อให้ความรู้โรคเอคส์ของรัฐบาล มีค่าเฉลี่ย 4.05 ส่วนแหล่งข้อมูลทางหนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร และ วิทยุ มีค่าเฉลี่ย 4.00 และ 0.35 ตามลำดับ

4. การจัดสนทนากลุ่ม หรือ focus group เพื่อศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนาในประเด็นที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเน้นไปที่ประเด็นของการแสวงหาแนวทางและนำเสนอเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เอดส์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นเป็นหลัก ในการจัดสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่หลากหลาย เพื่อจะนำเสนอแนวทางการให้การศึกษาเพื่อความเข้าใจในพฤติกรรม ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ ดังนั้น

ตารางที่ 4.3 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ การใช้ชีวิตประจำวัน ความคิด พฤติกรรม ค่านิยมทัศนคติที่มีต่อสังคม และครอบครัว ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการปรับตัวด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
<b>ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์</b>		
1. รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่มีค่า	4.60	0.516
2. รู้สึกหมดกำลังใจ	4.60	0.516
3. รู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจเรา	4.30	0.483
4. รู้สึกซึมเศร้าโดยอธิบายไม่ได้	4.60	0.516
5. รู้สึกหงุดหงิดมากขึ้น	4.40	0.699
6. รู้สึกโกรธคนมากขึ้น	4.30	0.675
7. รู้สึกผิดหวังกับคนรอบๆตัวมากขึ้น	4.20	0.789
8. รู้สึกสับสนหลังจากทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันสิ้นสุดลง	3.30	0.483

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์รู้สึกที่ตนเองไม่มีค่า หมดกำลังใจ ซึมเศร้าอธิบายไม่ได้คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.60 รองลงมาคือ รู้สึกหงุดหงิด และ รู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจ โกรธคนมากขึ้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.40 และ 4.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ การใช้ชีวิตประจำวัน ความคิด พฤติกรรม ค่านิยมทัศนคติที่มีต่อสังคม และครอบครัว ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการปรับตัว ด้านการสูญเสียและความสัมพันธ์ส่วนบุคคล

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
<b>ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล</b>		
1. รู้สึกอยากอยู่คนเดียวเงียบ	3.80	0.919
2. รู้สึกยุ่งยากใจที่จะตอบกับบุคคลรอบตัว	4.70	0.675
3. รู้สึกเบื่อหน่ายที่จะพูดกับคนอื่น	4.80	0.422
4. รู้สึกไม่สนใจกับสิ่งรอบข้างของตน	4.30	0.483
5. รู้สึกไม่อยากรับรู้ทุกเรื่องในชีวิต	4.60	0.516
6. รู้สึกรำคาญผู้ให้การรักษา	3.60	0.843

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.4 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ การใช้ชีวิตประจำวัน ความคิด พฤติกรรม ค่านิยมทัศนคติที่มีต่อสังคม และคนรอบข้าง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการปรับตัว ด้านการสูญเสียและความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล		
7. รู้สึกว่าเหนื่อยใจถ้าใครจะมาเยี่ยม	3.90	0.568
8. รู้สึกอยากตะโกนใส่หน้าคน	3.70	0.823

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ รู้สึกเบื่อหน่ายที่จะพบกับคนอื่นและ รู้สึกยุ่งยากใจที่จะตอบกับบุคคลรอบตัว มีค่าเฉลี่ย 4.80 และ 4.70 รองลงมาคือ รู้สึกไม่ยอมรับรู้ทุกเรื่องในชีวิตและ รู้สึกไม่สนใจกับสิ่งรอบข้างของตน มีค่าเฉลี่ย 4.60 และ 4.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ การใช้ชีวิตประจำวัน ความคิด พฤติกรรม ค่านิยมทัศนคติที่มีต่อสังคม และคนรอบข้าง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการปรับตัว ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน		
1. รู้สึกว่าชาตินี้ไม่มีอะไรเหลือที่ต้องทำแล้ว	4.70	0.483
2. รู้สึกว่าช่วยอะไรใครไม่ได้แล้ว	3.80	0.422
3. รู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาตัวเองผิดพลาด	4.80	0.422
4. รู้สึกว่าไม่สามารถเอาชนะความเจ็บป่วยได้	4.40	0.516
5. รู้สึกว่าไม่สามารถเอาชนะสิ่งต่างๆในชีวิตได้	4.20	0.422
6. รู้สึกว่าไม่มีคนยอมรับ	4.80	0.422
7. รู้สึกว่าขาดความภาคภูมิใจในตนเอง	4.70	0.483
8. รู้สึกว่าเสียชื่อเสียง	4.50	0.527

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ รู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาตัวเองผิดพลาด และไม่มีคนยอมรับ คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.80 รองลงมาคือ ขาดความภาคภูมิใจในตนเองและไม่มีอะไรเหลือที่ต้องทำแล้ว มีค่าเฉลี่ย 4.70 ส่วนรู้สึกว่าตัวเองเสียชื่อเสียงและ รู้สึกว่าไม่สามารถเอาชนะความเจ็บป่วยได้ มีค่าเฉลี่ย 4.50 และ 4.40 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 วิธีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์ ทั้ง 3 ด้าน

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
1. ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	4.29	0.58
2. ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	4.18	0.66
3. ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน	4.49	0.46

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้ติดเชื่อเฮดส์ ส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน มีค่าเฉลี่ย 4.49 รองลงมาคือ รู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ และ รู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ย 4.29 และ 4.18 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามงานวิจัย ผู้วิจัยจึงได้แบ่งผู้ร่วมสนทนา ออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
1. กลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์	4	30.8
2. กลุ่มครูอาจารย์ของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์	2	15.4
3. กลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์	5	38.5
4. กลุ่มเพื่อนวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์	2	15.4

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มผู้ติดเชื่อเฮดส์ ร้อยละ 38.5 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์ ร้อยละ 30.8 ส่วนกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์ และกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮดส์มีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 15.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเกี่ยวกับ โรคเฮดส์

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
1. การมีเพศสัมพันธ์วัยรุ่นเป็นเรื่องธรรมดา	3.08	0.494
2. การที่ผู้ชายเที่ยวผู้หญิงเป็นเรื่องธรรมดา	3.54	1.266
3. การรักเดียวใจเดียวเป็นการป้องกันเฮดส์ได้ทางหนึ่ง	4.62	0.506
4. การมีเพศสัมพันธ์กับคนรู้จักคุ้นเคย ทำให้โอกาสติดเชื่อเฮดส์ เป็นไปได้ยากกว่ากับคนแปลกหน้า	3.38	0.650
5. ผู้ชายติดเชื่อมาจากผู้หญิง	4.62	0.506
6. การดื่มสุราและยาเสพติดนำไปสู่การติดเชื่อเฮดส์	3.23	0.832
7. ผู้ติดเชื่อเฮอไอวี ทำงานหนักแบบคนปกติไม่ได้	3.92	0.862
8. ผู้หญิงติดเชื่อเฮดส์ ไม่ควรมีลูก	5.00	0.00

ตารางที่ 4.8 ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคเอดส์ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
9. เป็นเอดส์ แล้วตายลูกเดียว เมื่อตรวจพบรู้สึกลิ้นหวังไม่ยอมมีชีวิตอยู่	4.69	0.480
10. ผู้ติดเชื้อเป็นคนสำส่อน เป็นคนไม่ดี	3.54	0.967
11. จะรักษาทำไม รักษาที่ตายไม่รักษาก็ตาย	4.46	0.519
12. ถ้ามีผู้มีใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้เป็นเอดส์สามารถติดเอดส์ร่วมกันได้	2.69	0.751
13. ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นภาระของประเทศชาติ	4.69	0.480
14. ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นตัวปัญหาของสังคม	3.08	0.277
15. ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นบุคคลที่น่ารังเกียจของชุมชน/สังคม	4.62	0.506
16. เอดส์เป็น โรคระบาด	4.46	0.519
17. เอดส์เป็น ไวรัสชนิดหนึ่งติดเชื้อแล้วจะทำงานไม่ได้	2.92	0.641
18. เอดส์เกิดจากการสัมผัสทางเลือดและน้ำเหลืองของผู้อื่น	4.69	0.480
19. ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการใดๆก็สามารถแพร่เชื้อได้	3.08	0.277
20. วัฒนธรรมและศาสนาที่ปิดกั้นทำให้สังคมไทยมีโอกาสติดเชื้อสูง	2.23	0.599

จากตารางที่ 4.8 พบว่าผู้ส่วนใหญ่เชื่อว่าผู้หญิงติดเชื้อเอดส์ ไม่ควรมีลูก คิดเป็นค่าเฉลี่ย 5.00 รองลงมาคือ เป็นเอดส์ แล้วตายลูกเดียวทำให้รู้สึกลิ้นหวังไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกทั้งยังเป็นภาระของประเทศชาติซึ่งเอดส์เกิดจากการสัมผัสทางเลือดและน้ำเหลืองของผู้อื่นความเชื่อดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 4.69 และเชื่อว่าการรักเดียวใจเดียวเป็นการป้องกันเอดส์ได้รวมทั้งผู้ชายติดเชื้อมาจากผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ซึ่งถือว่าบุคคลที่ติดเชื้อเป็นที่น่ารังเกียจของชุมชน/สังคมความเชื่อดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 4.62 ส่วนร้อยละ 4.46 เป็นต้น

## บทที่ 5

# สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน : กรณีศึกษาเยาวชนในเมืองพัทยา ผู้วิจัยได้ดำเนินการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 วิธีดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ

5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

5.4 สรุปผลการวิจัย

5.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

### 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคเอดส์ของวัยรุ่นในเมืองพัทยา

5.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สื่อมวลชน และกลุ่มเพื่อนที่มีผลต่อพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่น ในเมืองพัทยา

### 5.2 วิธีดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาภาคสนามเป็นหลักเพื่อศึกษาวิถีชีวิต การใช้ชีวิตประจำวัน ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ชีวิต การปรับตัว มุมมองทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับ โรคเอดส์ ในเชิงชาติพันธุ์พหุวัฒนธรรม เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเนื้อหาการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น การศึกษาภาคสนามมีรายละเอียด ดังนี้

5.2.1 การคัดเลือกกรณีศึกษา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกรณีศึกษา เพื่อให้ตอบสนองวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เป็นกลุ่มวัยรุ่นติดเชื้อเอดส์ที่เปิดเผยต่อสาธารณชน
2. เป็นกลุ่มวัยรุ่นติดเชื้อเอดส์ที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน

5.2.2 การเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และวิธีการสนทนากลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการเก็บข้อมูลด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ เช่น กิจกรรมการพบปะประจำเดือน กิจกรรมการให้ความรู้ต่างๆ ภายในกลุ่มและภายนอกกลุ่ม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2. สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม จะใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปสังเกตแบบมีส่วนร่วมได้ หรือในกรณีที่กรณีศึกษาไม่สะดวกใจที่จะให้สังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งในกรณีนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้สังเกตโดยกระทำตนเป็นบุคคลภายนอก ไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่กลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีทำ

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมรายละเอียดให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาอย่างลุ่มลึก โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี การใช้ชีวิตประจำวัน ทัศนคติ พฤติกรรม ค่านิยม ทัศนคติที่มีต่อสังคม และคนรอบข้าง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และการปรับตัว เป็นต้น ในการสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) ตามแนวทางของ สุกางค์ จันทวานิช (2545) เป็นหลัก และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) แก่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant interview) โดยสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยต่อสาธารณชนจำนวน 5 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน จำนวน 5 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ในตารางเปรียบเทียบเพื่อให้ได้ประเด็นในการนำเสนอเนื้อหาการเรียนรู้ที่จะนำไปจัดสนทนากลุ่มต่อไป

4. การจัดสนทนากลุ่ม หรือ focus group เพื่อศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนาในประเด็นที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเน้นไปที่ประเด็นของการแสวงหาแนวทางและนำเสนอเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอชไอวีที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นเป็นหลัก ในการจัดสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่หลากหลาย เพื่อจะนำเสนอแนวทางการให้การศึกษาเพื่อความเข้าใจในพฤติกรรม ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้แบ่งผู้ร่วมสนทนาออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. กลุ่มครูอาจารย์ของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. กลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี
4. กลุ่มเพื่อนของกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับการกำหนดประเด็นในการสนทนากลุ่มนั้น ผู้วิจัยจะนำมาจากประเด็นที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียบร้อยแล้ว

### 5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ของ Glasser และ Strayss (1967) (อ้างใน สุกางค์ จันทวานิช, 2545: 139-142) เพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุปในเรื่องพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอชไอวี อันจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเนื้อหาการเรียนรู้สำหรับวัยรุ่นต่อไป ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดและขั้นตอน ดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) คือ การใช้วิธีการเปรียบเทียบ โดยการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ ในการวิเคราะห์จะนำไปสู่การสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรมและการสร้างทฤษฎี โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ดังนี้

ก. เปรียบเทียบเหตุการณ์ (incidents) ต่าง ๆ จากบันทึกภาคสนาม โดยจำแนกข้อมูลหรือเหตุการณ์ออกเป็นประเภท (Categories) ต่าง ๆ โดยใช้การลงรหัสหรือตามกรอบประเด็นการวิเคราะห์ที่กำหนด เมื่อแยกประเภทเหตุการณ์หนึ่ง ๆ แล้ว ให้เปรียบเทียบเหตุการณ์เหล่านี้กับเหตุการณ์ก่อน ๆ ที่เกิดขึ้นกับคนกลุ่มเดิมหรือกลุ่มอื่นที่ใช้ระบบจำแนกประเภทระบบเดียวกัน

ข. ประมวลประเภทของข้อมูลและคุณลักษณะ (properties) ของประเภทเข้าด้วยกัน เป็นการตั้งสมมุติฐานหรือข้อสรุปย่อย ๆ จากการเปรียบเทียบประเภทของข้อมูลและคุณลักษณะของประเภทซึ่งกันและกัน เมื่อเปรียบเทียบแล้วผู้วิจัยจะเริ่มเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านั้น ทำให้เห็นความสัมพันธ์และเกิดเป็นกรอบแนวคิดย่อย ๆ ขึ้น

ค. ขยายวงของการเปรียบเทียบแล้วเลือกเป็นเหตุการณ์ที่เป็นคุณเด่นสำคัญ ผู้วิจัยจะใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการสรุปลักษณะความสัมพันธ์ของข้อมูลในเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามข้อ ข. มาพิจารณาดูเหตุการณ์อื่น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในสังคม คุณลักษณะที่คล้ายคลึงและที่แตกต่างกันของข้อมูลก็จะมีแนวโน้มชัดเจนมากขึ้น จากนั้นจึงตัดทอน (Reduce) คุณลักษณะของข้อมูลที่เปรียบเทียบกันจนเหลือแต่คุณลักษณะร่วมที่มีความหมายเท่านั้น

ง. สร้างข้อสรุป จากการตัดทอนข้อมูลให้เหลือแต่คุณลักษณะร่วมที่มีความหมายและได้พิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยก็จะสร้างข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้อีกครั้ง

#### 5.4 สรุปผลการวิจัย

พบว่าผู้ที่คิดเชื่อก่อนการทำกิจกรรมมองว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่าบางครั้งมีอากาศซึมเศร้า ไม่อยากพูดคุยกับใครบางคนก็นั่งร้องไห้เหมือนคนสิ้นหวังต่อแม้ช่วงระหว่างในการทำกิจกรรมตอนแรกไม่อยากให้ความร่วมมือในกิจกรรม แต่พอมาร่วมแล้วผู้ป่วยรู้สึกดี นอกจากนั้นยังสังเกตว่าผู้ป่วยมีความสุขสนุกสนาน คลายเครียด มีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้จะเป็นเพราะพบว่ากิจกรรมทำให้ความวิตกกังวลลด รู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเองความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนในกลุ่ม นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลายมากขึ้นและโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยสนใจในแหล่งข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต สื่อให้ความรู้โรคเอดส์ของรัฐบาล รวมทั้งแหล่งข้อมูลทางหนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร และ วิทยุ ผู้วิจัยได้มีการจัดสนทนากลุ่ม หรือ focus group เพื่อศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนาในประเด็นที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเน้นไปที่ประเด็นของการแสวงหาแนวทางและนำเสนอเนื้อหาการเรียนรู้อันเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคเอดส์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นเป็นหลักในการ

จัดสนทนากลุ่มพบว่าพบว่าในกลุ่มมีความเชื่อว่าผู้หญิงคิดเชื้อเอชไอวีไม่ควรมีลูกเพราะเป็นเอชไอวีแล้วตายลูกเดียวทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ก็ทั้งยังเป็นภาระของประเทศชาติซึ่งเอชไอวีเกิดการสัมผัสทางเลือดและน้ำเหลืองของผู้อื่นแต่ยังมองว่าการรักเดียวใจเดียวเป็นการป้องกันเอชไอวีได้ รวมทั้งผู้ชายคิดเชื่อมาจากผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ถ้าคิดเชื่อแล้วไม่สามารถทำงานหนักแบบคนปกติไม่ได้และมองว่าตัวเองเป็นคนไม่มีคุณค่า ขาดความมั่นใจในตนเอง แต่หลังจากทำกิจกรรมความรู้สึกลึกซึ้งขึ้น มีความตื่นตัวและเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น

## 5.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ผลการวิจัยที่ได้จะช่วยแก้ไขและป้องกันโรคเอชไอวีเพื่อช่วยลดภาระและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ

กระทบบต่อ

5.5.1 เพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอชไอวี

5.5.2 ได้ข้อมูลในการวางแผนการเพื่อแก้ไข ป้องกันโรคเอชไอวีในวัยรุ่นให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.5.3 เป็นแนวทางให้ผู้บริหารสถาบันด้านสุขภาพ ดำเนินการให้การปรึกษาหรือทำความเข้าใจ

เนื่องจากกิจกรรมบางอย่างใช้เวลาในการทำกิจกรรมมากเกินไปดังนั้นควรลดจำนวนในการทำกิจกรรมให้น้อยลงในแต่ละครั้งแต่เพิ่มจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายหรือล่าในการทำกิจกรรม รวมทั้งต้องเตือนผู้เข้าร่วมกิจกรรมตระหนักในตนเองด้วยว่ากำลังเรียนรู้สิ่งใหม่จากความเชื่อเดิมๆ เพื่อให้มองถึงการปรับเปลี่ยนความเชื่อทางด้านลบเป็นด้านบวก โดยยึดถือบนฐานของความเป็นจริงมากขึ้น

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เกี่ยวกับเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2532.
- กรมการปกครอง. รวมบทความทางวิชาการเกี่ยวกับ “เทศบาล”. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2527.
- \_\_\_\_\_ . คู่มือจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ระดับประถมศึกษา. กรุงเทพฯ : บริษัทกรพิมพ์, 2535.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. ฝ่ายระบาดวิทยา กองโรคเอดส์. “สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย” วารสารโรคติดต่อ. 19(4) : 279-282; ตุลาคม-ธันวาคม 2536.
- \_\_\_\_\_ . “โลกของเอดส์” โกลัสมอ. 19(6) : 14-15; มิถุนายน 2538.
- กรมวิชาการ. คู่มือการประเมินผลการเรียน ตามหลักสูตรประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2535 ก.
- \_\_\_\_\_ . คู่มือหลักสูตรประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2534.
- \_\_\_\_\_ . หลักสูตรประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2535.
- กฤษณา ศักดิ์ศรี. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : บำรุงสาส์น, 2530.
- กาญจนา มณีแสง. หลักการวิจัยเบื้องต้นทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2522.
- จิราภรณ์ อินทร์พรหม. ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้บริหารสถานศึกษาและครูอนามัยโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 8. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ซัชชัย หลงน้อย, เรือเอก. ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนท่าทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
- ชูชีพ อ่อนโคกสูง. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : โครงการผลิตตำราของอาจารย์คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางเขน, 2518.
- ชวาล แพร์ตกุล. เทคนิคการวัดผล. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

- ชูศรี วงศ์รัตน. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- นิตยาวิศ พรหมอยู่. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ AIDS มหันทกัยแห่งศตวรรษที่ 20. กรุงเทพฯ : โอ. เอส.พรีนติ้ง, 2530.
- บรรลพ ศิริพานิช และประยูร กุณาศล. เอดส์มหันทกัยของโลก. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2533.
- บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. “การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง” การวัดผลการศึกษา มศว.มหาสารคาม. 3(1) : 22-25; กรกฎาคม 2535.
- บุญชม ศรีสะอาด. วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 2. มหาสารคาม : ภาควิชาพื้นฐานของการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม, 2532.
- บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. การทดสอบแบบอิงเกณฑ์ : แนวคิดและวิธีการ. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2527.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. โรคเอดส์และตัวท่าน ปี 2536. กรุงเทพฯ : โครงการโรคเอดส์ สภาอากาศไทย. 2536.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.
- ประยูร กุณาศล. “ความเป็นมาของโรคเอดส์” ใน เอกสารวิชาการประกอบการอบรมครู ก. เรื่อง การรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์. หน้า 23. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.
- ปิยบุษย คนฉลาด. การประเมินศึกษา. ชลบุรี : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน, 2529.
- พรทิพย์ ภิญญ. ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. การสร้างและพัฒนาแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.
- พิชิต พัทธกะเทพสมบัติ. รายงานการวิจัย ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการวางแผนครอบครัวเยาวชนไทย อายุ 15-24 ปี. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ไพจิตร ปวะบุตร. “นโยบายและแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระดับชาติ” ใน เอกสารประกอบการอบรมครู ก. เรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์. หน้า 1-10. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.
- ไพรัช ตีสุตจิต. “การติดเชื้อและการแพร่เชื้อโรคเอดส์” ใน เอกสารประกอบการอบรมครู ก. เรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์. หน้า 54-60. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.
- ไพศาล หวังพานิช. การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2526.
- \_\_\_\_\_. วิธีการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.
- ภูงศ์ วีรพลิน และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดแพร่. (เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
- มยุรี ภูงามทอง. เพศศึกษาและสุขภาพในครอบครัว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2533.
- มหาวิทยาลัยบูรพา. บัณฑิตวิทยาลัย. คู่มือการทำวิทยานิพนธ์. ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2537.
- มัทนา หาญนิช. “อาการแสดงของผู้ป่วย ARC และ AIDS” ใน เอกสารประกอบการอบรมครู ก. เรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์. หน้า 99-144. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.
- เมธินี ตั้งตรงไพโรจน์. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตร และวิทยาเขตบางเขน. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต และวิทยาเขตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.
- รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์. การวัดทัศนคติเบื้องต้น. ชลบุรี : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2533.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2538.
- วาทีณี บุญชารักษ์ศรี และพิลลิลิ เกสศต์. “เอดส์กับเด็กและทารก : การประมาณการสำหรับปี พ.ศ. 2543” แพลตและเรียบเรียงจาก AIDS and Children : Prospects for the year 2000 โดย สุรงค์ โพธิ์พุกขวงค์. วารสารการศึกษาแห่งชาติ. 27(6) : 40-58; สิงหาคม-กันยายน 2536.
- วรรณิภา เรืองสัจ. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของเยาวชนไทย อายุ 15-24 ปี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- วิชัย วงษ์ใหญ่. พัฒนาหลักสูตรและการสอนมิติใหม่. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรือง, 2523.
- วิชิต สุรัตน์เรืองชัย. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์  
สำหรับครูประถมศึกษา. ปรินญาณิพนธ์การศึกษาคุญภักดิ์บัณฑิต. กรุงเทพฯ :  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.
- วิเชียร เกตุสิงห์. การวิจัยเชิงปฏิบัติ. ม.ป.ท., 2534.
- วิมา กระแสกุลรัตน์. ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียน  
มัธยมศึกษาปีที่ 6 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ :  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. รายงานการวิจัยเรื่องความรู้เรื่องโรคเอดส์ของเยาวชนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบัน  
ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- ศิริญา มาดี. การสร้างหนังสืออ่านเพิ่มเติมเรื่อง “โรคเอดส์” สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่  
5. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2536.
- ศิริวรรณ หาญวีรกุล. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับ  
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ในสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร  
มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
- ศิริสุข อิมสุดใจ. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดชลบุรี. ปรินญา  
ณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,  
2532.
- ศุภจรี วชิภักดิ์. ความรู้ ทัศนคติ ประสพการณ์เกี่ยวกับเรื่องเพศและ โรคเอดส์ของนักเรียนชายชั้น  
มัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต.  
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สังัด อุทรานันท์. พื้นฐานและหลักการพัฒนาคอร์ส. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เซนต์เตอร์พับลิค  
เคชั่น, 2528.
- สถาพร มานัสสถิตย์. ถาม-ตอบปัญหาโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สามัคคีสาร (ดอกหญ้า),  
2535.
- สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน. คู่มือเรื่องโรคเอดส์สำหรับผู้บริหารและนักจัดรายการวิทยุ.  
กรุงเทพฯ : สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, ม.ป.ป.
- สุนีย์ ธีรดากร. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว  
คณะครุศาสตร์ วิทยาลัยครูพระนคร, 2525.

- สุปราณี คุณกิตติ. มโนทัศน์เกี่ยวกับโรคเอดส์ของครูศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัด กรมสามัญศึกษา. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- สุพักตร์ วาณิชเสณี และชจิต ชูปัญญา. ทศนคติและความรู้เกี่ยวกับเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2533.
- สุรางค์ ไค้งตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- สุรศักดิ์ โควสุภทร์. “เอดส์ภัยมืดที่ใกล้ตัวสำหรับทุกคน” ท้องถิ่น. 34 (10) : 62-69 ; ตุลาคม 2537.
- โสภา เขียววิจิตร. ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. แผนป้องกันโรคเอดส์ในสถานศึกษาระดับประถมศึกษา (พ.ศ. 2535-2539) ของกระทรวงศึกษาธิการ. กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, ม.ป.ป.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์. (เอกสารรายงาน) ชลบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2539.
- อรุณี เจษฎาวินสุทธิ. ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- Allport, Gordon W. Hand-Book of Social Psychology. Worcester, M.A. : Clark University, 1935”
- Balsley, C.M. “A Survey of Knowledge, Beliefs and Selected Behavioral Practices Related to Acquired Immunodeficiency Syndrome among Urban 10<sup>th</sup> Grade Public High School Students” Dissertation Abstracts International. 50 : 879-A-898-A; October 1989.
- Best, John W. and James V. Kahn. Research in Education’ 7<sup>th</sup> ed. Boston, M.A. Allyn and Bacon, 1993.
- Bloom, B.S., G.F. Masaus and J.T. Hasting’s. Evaluation Improve Learning. New York, N. Y. : McGraw-Hill, 1971.
- Clark-Hall, M.E. “Knowledge and Sources of Information about Acquired Immune Deficiency Syndrome among Sixth, Seventh, and Eighth Grade Urban Elementary School Pupils” Dissetation abstracts International. 2941-A; April 1989.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- Cronbach, Lee J. *Essentials of Psychological Testing*. 5<sup>th</sup> ed. New York, N.Y. : Harper Collins, 1990.
- Dawson, Deborah A. and others. *AIDS Knowledge and Attitudes*, Hyattsville, M.D. : National Center for Health Statistics, 1987.
- Goggin, Kathy. *College Students' Attitudes and Knowledge Regarding AIDS*. Burlingame, C.A. : The Western Psychological Association, 1988.
- Good, Carter V. *Dictionary of Education*. 3<sup>rd</sup> ed. New York, N. Y. : McGraw-Hill, 1973.
- Howell, David C. *Statistical Methods, for Psychology*. 3<sup>rd</sup> ed. Boston, M.A. : PWS-Kent, 1992.
- McDonald, Fedric J. *Educational Psychology*. San Francisco, C.A. : Wadsworth, 1959.
- Moore, Charles H. and others. *Sex Differences on Attitudes Towards AIDS among College Students*. New Orleans, L.A. : The Southeastern Psychological Association, 1988.
- Newcomb, Theodore M. *Social Psychology*. New York, N.Y. : The Dryden Press, 1960.
- Price, J.H., S. Desmond and G. Kukulka. "High School Students Perceptions and Misperceptions of AIDS" *Journal of School Health*. 55 : 107-109; March, 1985.
- Rokeach, Milton. *Beliefs, Attitudes and Values*. San Francisco, C. A. : Jossey-Bass, 1970.
- School Students" *Journal of School Health*. 160-165; April 1991.
- The Lexicon Webster Dictionary (Encyclopedia Edition). U.S.A. : The English Language Institute of American Inc., 1977.
- Thurstone, L.L. *Attitude Theory and Measurement*. New York, N.Y. : John Wiley & Sons, 1967.
- Triandis, Harry C. *Attitude and Attitude Change*. New York, N. Y. : John Wiley & Sons, 1971.

## ภาคผนวก

### เว็บไซต์แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

**UNAIDS**

English | Français | Русский | Español

SEARCH

About UNAIDS | Our work | Targets and commitments | Regions & countries | Data & analysis | Resources

Press release BOOKMARK + SHARE

**Nearly 50% of people who are eligible for antiretroviral therapy now have access to lifesaving treatment**

*Substantial scale up, even during the financial crisis, highlights country driven commitments—new investment framework will help countries save more lives and money*

**BERLIN/GENEVA, 21 November 2011**—A new report by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), released today shows that 2011 was a game changing year for the AIDS response with unprecedented progress in science, political leadership and results. The report also shows that new HIV infections and AIDS-related deaths have fallen to the lowest levels since the peak of the epidemic. New HIV infections were reduced by 21% since 1997, and deaths from AIDS-related illnesses decreased by 21% since 2005.

**Press centre**

- Press release and statement archive
- Feature stories
- Social media
- Fact sheets
- UNAIDS Speeches
- Fast facts about HIV

**Press centre**

Download the printable version

<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/november/20111121wad2011report/>

**AVERT** International HIV & AIDS charity  
AVERTing HIV and AIDS

Donate | Fundraising | About Us | Overseas HIV & AIDS Projects | Help & Advice | Contact Us

facebook | LinkedIn | Twitter | News Stories

**HIV & AIDS in Thailand**

HIV & AIDS Topics | HIV & AIDS Around The World | Sex, Sexuality & Relationships | Photos, Videos, Games & Stories | The XIX International AIDS Conference

Search Avert.org

**Contents**

- The history of HIV and AIDS in Thailand
- The current situation
- HIV prevention and affected groups
- Treatment for people living with HIV
- The way forward

There are very few developing countries in the world where public policy has been effective in preventing the spread of HIV and AIDS on a national scale, but Thailand is an exception. In the 1980s, a massive programme that began to control HIV reduced visits to commercial sex workers by half, raised condom usage, decreased the prevalence of STDs (Sexually Transmitted Diseases) dramatically, and achieved substantial reductions in new HIV infections.<sup>1</sup>

Thailand, though, is also a reminder that success can be relative. The country's well funded, politically supported and comprehensive prevention programmes have saved

<http://www.avert.org/thailand-aids-hiv.htm>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

หน้าหลัก  
 สถานการณ์  
 บทความล่าสุด  
 บทความคุณภาพ  
 เหตุการณ์ปัจจุบัน  
 ฝนหลวง

▼ มีส่วนร่วม  
 ศาลาประชาคม  
 ปณิธานอาสา  
 เริ่มโครงการ  
 จัดเวทีพิเศษ  
 บริจาคหัวใจพิเศษ  
 ฟ้าใส

▼ ค้นหา/ส่งออก  
 เครื่องมือ

▼ ภาษาอื่น  
 Afrikaans  
 Alemannisch  
 العربية

หน้าบทความ: บทความ อภิปราย

เนื้อหา:  ค้นหา

## เอดส์

จากวิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี

**บทความนี้ต้องการการปรับปรุง** ข้อความอยู่ ใต้ลิงก์ภายใน หรือบนหน้าข้อความ ให้มีคุณภาพดีขึ้น คุณสามารถปรับปรุงแก้ไขบทความนี้ได้ และนำป้ายออก คิงการแก้ไขป้ายข้อความอื่นเพื่อชี้ชัดข้อบกพร่อง

**เอดส์** หรือ **กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง** (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) เป็นโรคของระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency virus, HIV) ทำให้ภูมิคุ้มกันการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เริ่มต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสและการเกิดเนื้องอกบางชนิด เชื้อไวรัสเอชไอวีติดต่อผ่านทางสารสัมผัสของเมื่อเมือกหรือการสัมผัสสารคัดหลั่งซึ่งมีเชื้อ เช่น เลือด น้ำอสุจิ น้ำหล่อเลี้ยงช่องคลอด น้ำเหลืองก่อนการหลั่งอสุจิ และนมมารดา อาจติดต่อผ่านเพศสัมพันธ์โดยไม่ระวังจะเป็นทางช่องคลอด หรือทวารหนัก หรือช่องปาก, การรับเลือด, การใช้เข็มฉีดยาที่ไม่เป็นเชื้อ, ติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะตั้งครรภ์ คลอด ให้นม หรือการสัมผัสสารคัดหลั่งต่างๆ ดังกล่าว

ปัจจุบันมีการระบาดของเอดส์ไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้เมื่อ พ.ศ. 2552 ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ประมาณ 33.3 ล้านคนทั่วโลก โดยแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 2.6 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ปีละ 1.8 ล้านคน องค์การ UNAIDS ประมาณไว้เมื่อ พ.ศ. 2550 ว่ามีผู้ป่วยเอดส์เป็นถึงกว่า 33.2 ล้านคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 2.1 ล้านคน เป็นเด็ก 330,000 คน และ 76% ของผู้เสียชีวิตเป็นชายและเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ส่วนคนละตินอเมริกา ราวสามในสี่ของ UNAIDS ระบุว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วโลกแล้ว 60 ล้านคน เสียชีวิตแล้ว 25 ล้านคน เฉพาะในแอฟริกาใต้ได้เสียชีวิตถึงสองล้านคนเป็นเด็กกว่าห้าล้านคนตามลำดับเสียชีวิตจากโรคเอดส์ 14 ล้านคน นับตั้งแต่เริ่มมีการระบาด

การศึกษายืนยันทางพันธุศาสตร์ชี้ว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีมีถิ่นกำเนิดมาจากแอฟริกากลางตะวันตก

### กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired immunodeficiency syndrome)



รหัสโรคเอดส์ (รหัสของโรค) จากคู่มือวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก

**การจำแนกโรคหรืออาการ และแสดงข้อมูลอื่น**

ICD-10	B24 ๕
ICD-9	042 ๕
DiseasesDB	5938 ๕
MedlinePlus	000594 ๕

<http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%AA%E0%B9%8C>

สุขภาพ health | โรคเอดส์ในไทย 2009 | 16/04/2009

www.kapook.com

**K@POOK!** Health

email:   
 Password:   
 สมัครสมาชิก สมัครสมาชิก เข้าสู่ระบบ

### โรคเอดส์ AIDS โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภัยอันตราย

โรคเอดส์ คือ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

231 2

Like Tweet



โรคเอดส์



เขียนเรียงข้อมูลโดยกรมฯทุกต่อทคอม  
 ขอขอบคุณภาพประกอบจาก [aids-thai.org](http://aids-thai.org), [thaiall.com](http://thaiall.com)

<http://health.kapook.com/view2757.html>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้


**HIV / AIDS PUBLICATION DATABASE OF THAILAND**  
โครงการฐานข้อมูลเอชไอวีในประเทศไทย

6 August 2006

Home    Medline Search    Patient Data Center    HIV-NAT    CMTHAI Center

About us  
Welcome Message  
Project Overviews  
What's new?  
Search Center  
Publication  
Related site  
Contact us

FORWARD TO A FRIEND



ผู้สนับสนุนโครงการนี้  
This Project is made available through

**การจัดทำฐานข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์**  
การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มหาวิทยาลัย ชีวมัย 2 โครงการ คือ

- การศึกษาผลกระทบของยาเสพติด ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (พ.ศ.2527-2541)
- โครงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลวิจัยเอชไอวี/เอดส์ แลกเปลี่ยนข้อมูลเชิงระบบทางสหสาขา (พ.ศ.2541)
- การศึกษาวิจัยผลกระทบของยาเสพติด ต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ศึกษาตั้งแต่ปีปฏิวัติการปฏิวัติ)

Search Center

ALL    All

Go

คำแนะนำในการค้นหา  
(Guideline for searching)

- สามารถค้นหาได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstracts could be searched in Thai or English)
- ท่านสามารถเลือกตามปี, ชื่อผู้ศึกษา, คำสำคัญ, ชื่อเรื่อง (Search by Year, Authors, Keyword, Title)
- ข้อมูลทั้งหมดเป็นบทคัดย่อ (Abstracts) (Only abstracts could be accessed. Full article may be requested)
- ข้อมูลที่มีการปรับปรุงข้อมูลเวลาอาจมีไม่ทันสมัย (Only updated information will be available. The database will be subsequently updated)

**QUICK LINKS**

- HIV Testing Basics

Sign up for email updates!

Stay updated on the latest HIV/AIDS News

[Click here to subscribe](#)

September 29, 2006

**TOP STORIES**

- 2006 Estimate: 639 New HIV Infections
- Cost Versus Coverage: Schwarzenegger Weighs 10 Bills to Expand Health Insurance
- South Africa's Removal of Health Minister Praised
- The Impact of Universal Access to Antiretroviral Therapy on HIV Stigma in Botswana
- Young, Black, Gay and Vulnerable
- Anti-Poverty Summit Raises \$16 Billion UN Chief
- Washington Post Profiles Actress, HIV/AIDS Advocate Sheryl Lee Ralph

2006 Report on the global AIDS epidemic

AIDS Treatment Web Site  
Clinical Trial  
Conferences Calendar  
HIV Drug Guidelines

<http://www.aidsthaidata.org/home.php>

HOME    NEWS    TOPICS    DONATE    ABOUT US


Advertisement

**AIDS.org**  
INFORMATION  
EDUCATION  
ACTION

Please Donate in Support of Our Efforts

**AIDS.org**

Search    Search



**EARLY HIV DRUG THERAPY PROTECTS SEX PARTNERS FROM VIRUS**

By Steven Reinberg HealthDay Reporter THURSDAY, May 12 (HealthDay News) — People with HIV can reduce the risk of infecting their sex partners by more than 90 percent if they start treatment with antiretroviral drugs when their immune system is still relatively healthy, researchers announced Thursday. The study, which included 1,762 men...

**MISSION STATEMENT**

The mission of AIDS.ORG is to help prevent HIV infections and to improve the lives of those affected by HIV and AIDS by providing education and facilitating the free and open exchange of knowledge at an easy-to-find centralized website.

PREVIOUS

NEXT

SUBSCRIBE TO THE FEED

Advertisement

Nothing beats a puppy with a flower

<http://www.aids.org/>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

1 ธันวาคม วันเอดส์โลก

# Getting To Zero

● ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่  
● ไม่มีคนตายจากโรคเอดส์  
● ไม่มีใครรังเกียจผู้ติดเชื้อ

“ เอดส์ตรงเร็ว ป้องกัน และรักษาได้ ”

ไม่มีพรรคพวกไปร่ำกัน... คู่มาร่วมใจกัน... เติมน้ำใจกัน

สภากาชาดไทย  
The Thai Red Cross Society  
ศูนย์วิจัยโรคเอดส์

กสิณิโกนิยาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จะปิดให้บริการในวันเวลา ดังนี้  
วันที่ 2 - 4 สิงหาคม พ.ศ. 2555 เนื่องจากเป็นวันหยุดต่อเนื่องในวันอาสาฬหบูชาและวันเข้าพรรษา และ  
จะเปิดให้บริการตามปกติ ในวันจันทร์ที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2555  
กสิณิโกนิยาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จะปิดให้บริการตามปกติ ในวันจันทร์  
ที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2555  
ขออภัยในความไม่สะดวกมา ณ ที่นี้ ด้วย

หัวข้อเรื่อง  
ประวัติความเป็นมา  
ภารกิจ  
หน่วยงานและสาขาสห  
กิจกรรม/โครงการ  
ติดต่อหน่วยงาน  
สื่อมวลชน  
สิทธิประโยชน์  
ข่าวประชาสัมพันธ์  
ข้อมูลแอดเดส  
ติดต่อ-สมัคร

<http://www.trcarc.org/>

ปรึกษาปัญหาเอดส์ โทร. 1663 10 โมงเช้า ถึง 2 ทุ่ม ทุกวัน

หน้าหลัก | หน้าแรก | ติดต่อเรา | ข่าวสาร | ข่าวประชาสัมพันธ์ | ข่าวเอดส์ | ข่าวเอดส์

**AIDS ACCESS FOUNDATION**

**บทความล่าสุด**

- กานเนต : กานเนตเอดส์ตรวจเจอไอวีในช่องคลอดหรือช่องคลอดเกิดกับชายในช่องคลอดหรือช่องคลอด
- เปิดตัวแอป "1663" สำหรับปรึกษาเอดส์ฯ ฟรีจนกลายเป็นบริการชุด แนวไอวีเอดส์ มากขึ้น
- 1663 ในโลกออนไลน์เอดส์ฯ ปรึกษาทางโทรศัพท์
- คู่มือเรื่องเอดส์... คู่มือเอดส์ฯ ของ 1663
- เบบี้บับเบิลเอดส์ เรื่อง "กานเนตเอดส์" ดีนะ

**คำถามยอดฮิต**

- อดทนหลังจากรับเอดส์ได้ประมาณ 2 ปีได้มี
- คิดต้องเป็นจริงเมื่อตรวจเจอเอดส์แล้ว (กานเนตเอดส์) ต้องเชื่อมือได้ และเล่นกานเนตเอดส์
- โอกาสเสี่ยงของการรับเอดส์เอดส์
- ระวังผลข้างเคียงของยาต้านเอดส์ไปดวงใจ
- ระวังผลข้างเคียงของยาต้านเอดส์ไปดวงใจ
- ระวังผลข้างเคียงของยาต้านเอดส์ไปดวงใจ

**การรณรงค์**

กด ข้อแถมแถมอย่างไร

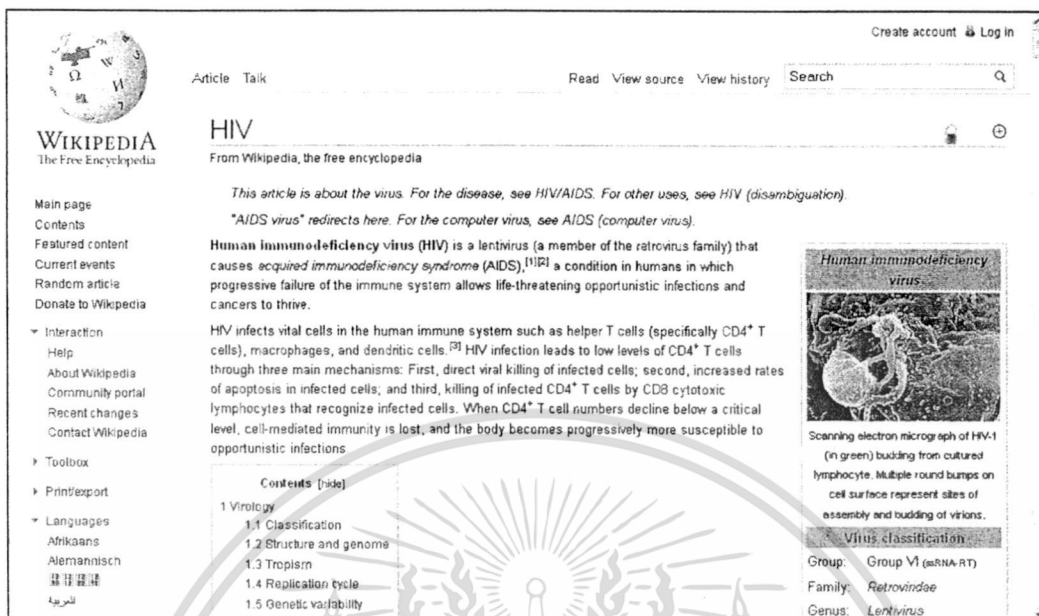
ข่าวประชาสัมพันธ์เอดส์เอดส์

ข่าวประชาสัมพันธ์เอดส์เอดส์

You're here: หน้าแรก

<http://www.aidsaccess.com/09/>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



WIKIPEDIA  
The Free Encyclopedia

Article Talk Read View source View history Search

## HIV

From Wikipedia, the free encyclopedia

*This article is about the virus. For the disease, see HIV/AIDS. For other uses, see HIV (disambiguation).*

*"AIDS virus" redirects here. For the computer virus, see AIDS (computer virus).*

**Human immunodeficiency virus (HIV)** is a lentivirus (a member of the retrovirus family) that causes *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS).<sup>[1][2]</sup> a condition in humans in which progressive failure of the immune system allows life-threatening opportunistic infections and cancers to thrive.

HIV infects vital cells in the human immune system such as helper T cells (specifically CD4<sup>+</sup> T cells), macrophages, and dendritic cells.<sup>[3]</sup> HIV infection leads to low levels of CD4<sup>+</sup> T cells through three main mechanisms: First, direct viral killing of infected cells; second, increased rates of apoptosis in infected cells; and third, killing of infected CD4<sup>+</sup> T cells by CD8 cytotoxic lymphocytes that recognize infected cells. When CD4<sup>+</sup> T cell numbers decline below a critical level, cell-mediated immunity is lost, and the body becomes progressively more susceptible to opportunistic infections

**Contents** [hide]

- Virology
  - Classification
  - Structure and genome
  - Tropism
  - Replication cycle
  - Genetic variability

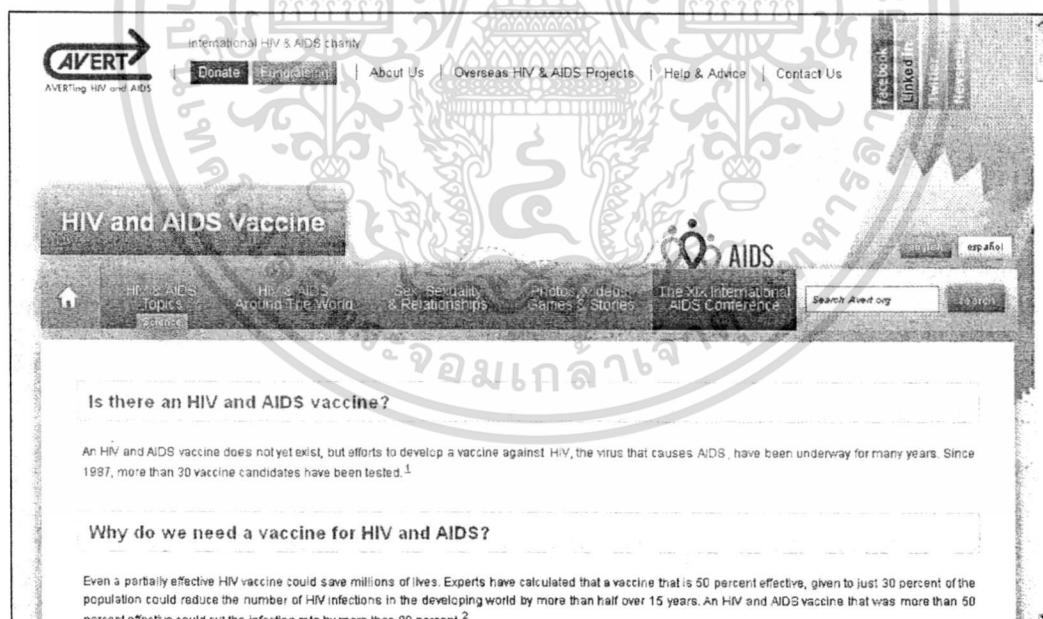
**Human immunodeficiency virus**

Scanning electron micrograph of HIV-1 (in green) budding from cultured lymphocyte. Multiple round bumps on cell surface represent sites of assembly and budding of virions.

**Virus classification**

Group: Group VI (ssRNA-RT)  
Family: *Retroviridae*  
Genus: *Lentivirus*

<http://en.wikipedia.org/wiki/HIV>



**AVERT**  
Averting HIV and AIDS

International HIV & AIDS Charities

Donate Fundraising About Us Overseas HIV & AIDS Projects Help & Advice Contact Us

Facebook LinkedIn Twitter YouTube

## HIV and AIDS Vaccine

Home HIV & AIDS Topics HIV & AIDS Around The World Sex, Sexuality & Relationships Photos, Videos, Games & Stories The XIX International AIDS Conference Search Avert.org

### Is there an HIV and AIDS vaccine?

An HIV and AIDS vaccine does not yet exist, but efforts to develop a vaccine against HIV, the virus that causes AIDS, have been underway for many years. Since 1987, more than 30 vaccine candidates have been tested.<sup>1</sup>

### Why do we need a vaccine for HIV and AIDS?

Even a partially effective HIV vaccine could save millions of lives. Experts have calculated that a vaccine that is 50 percent effective, given to just 30 percent of the population could reduce the number of HIV infections in the developing world by more than half over 15 years. An HIV and AIDS vaccine that was more than 50 percent effective could cut the infection rate by more than 80 percent.<sup>2</sup>

<http://www.avert.org/aids-vaccine.htm>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

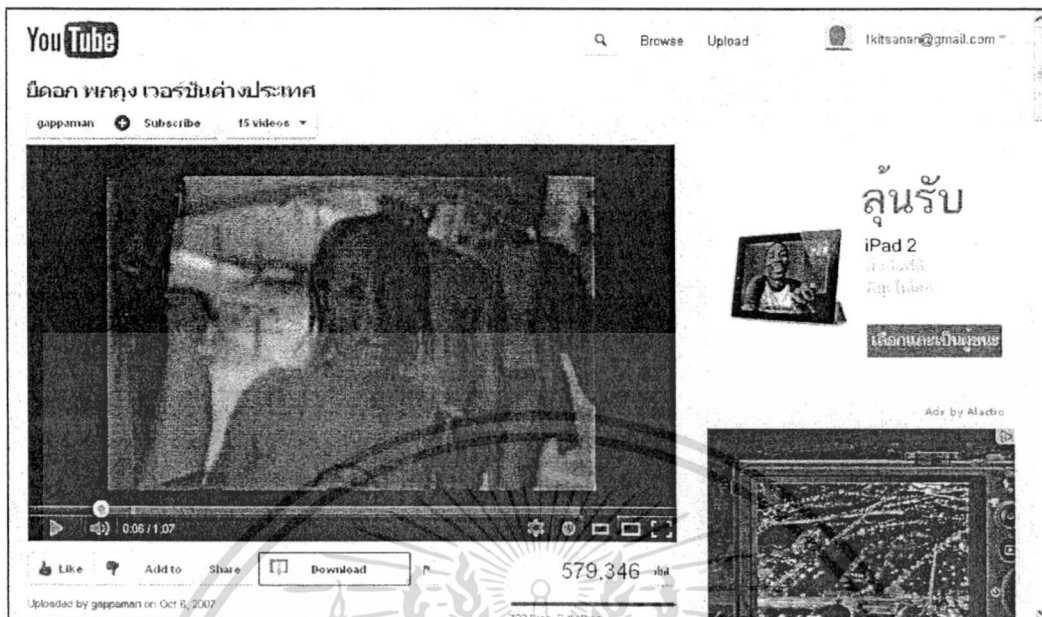


<http://www.youtube.com/watch?v=qySs9hlbzUk&feature=related>



<http://www.youtube.com/watch?v=0CDe84rjFK8&feature=related>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

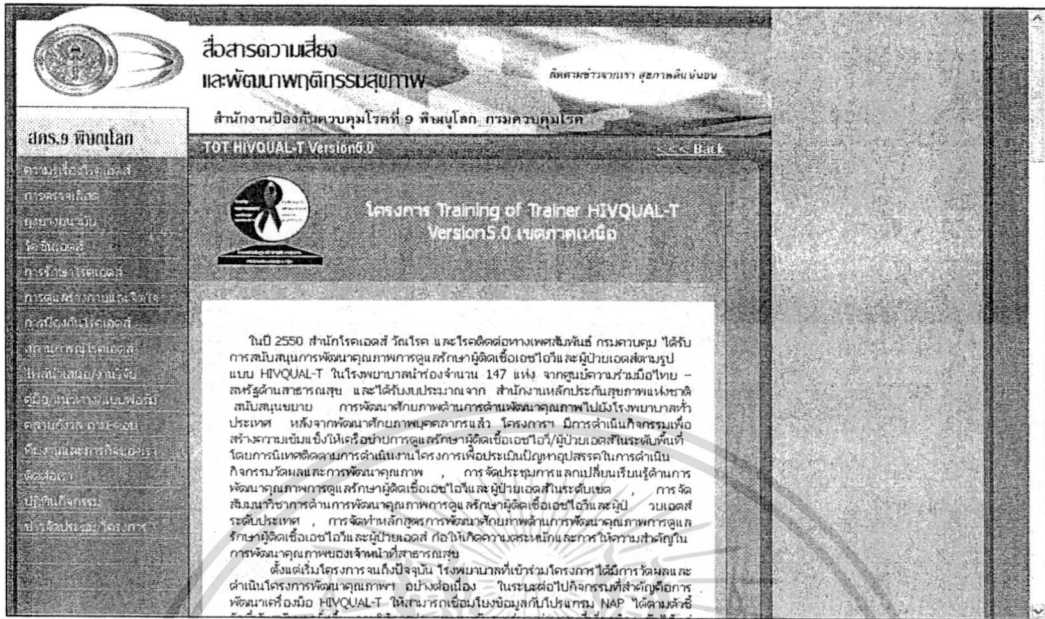


<http://www.youtube.com/watch?v=rhZO2wDf-kI&feature=fvwr>

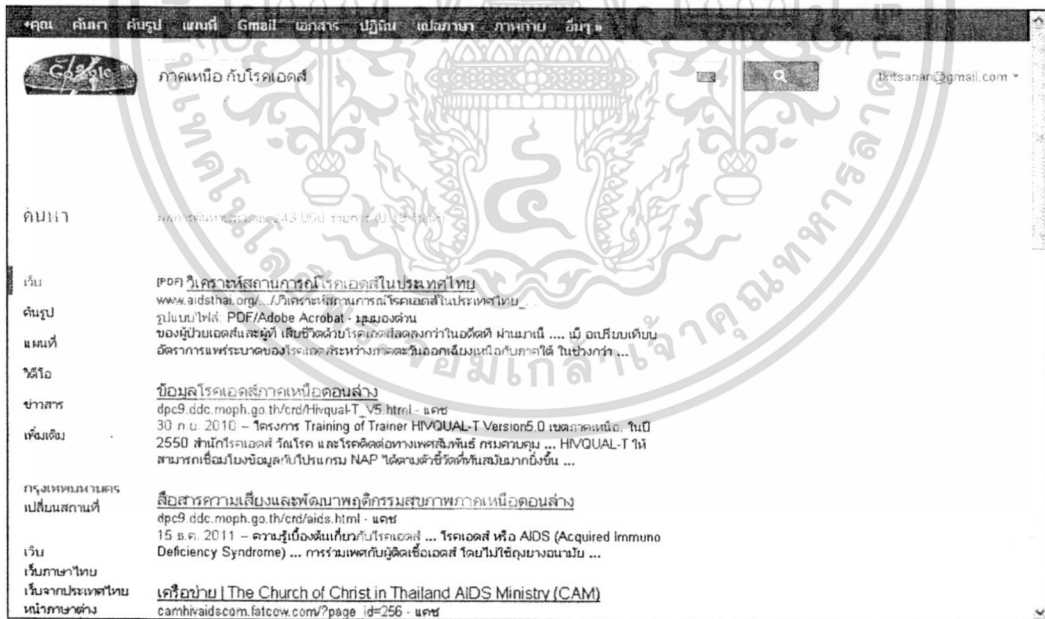


[http://www.youtube.com/watch?v=l7fJ\\_5IO2lc&feature=related](http://www.youtube.com/watch?v=l7fJ_5IO2lc&feature=related)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



[http://dpc9.ddc.moph.go.th/crd/Hivqual-T\\_V5.html](http://dpc9.ddc.moph.go.th/crd/Hivqual-T_V5.html)



[http://www.google.co.th/#hl=th&scient=psy-ab&q=ภาคเหนือ+กับ โรคเอดส์&oq=ภาคเหนือ+กับ โรคเอดส์&aq=f&aqi=&aql=&gs\\_l=hp.12...12319.25896.0.28159.20.16.0](http://www.google.co.th/#hl=th&scient=psy-ab&q=ภาคเหนือ+กับ โรคเอดส์&oq=ภาคเหนือ+กับ โรคเอดส์&aq=f&aqi=&aql=&gs_l=hp.12...12319.25896.0.28159.20.16.0)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

**PR-DDC**  
Principal Recipient  
Administrative Office

ค้นหา  [thaiprddc.org](#) [google.co.th](#)

SB >> AIDS >> AIDS Round1 RCC >> Prevention >> มลพิษบนสื่อทางสังคม : PDF

งานเอดส์ผ่านเป็นภาคเหนือ

วันที่ 17 ก.ย. 2552

ตลอดระยะเวลา 5 ปีของการดำเนินงานที่ผ่านมาจากโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์ในชุมชน ภาคเหนือ ระยะแรก ( 1 ตุลาคม 2546 – 30 กันยายน 2551 ) ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลก ผ่านสำนักบริหารงานโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิแพชชีเพื่อการพัฒนาและองค์กรภาคีจำนวน 9 องค์กรได้ใช้กลยุทธ์หลักในการดำเนินงานคือ " ประชาคมตำบลแก้ไขปัญหเอดส์ " อันเป็นประสบการณ์ที่สำคัญของทรัพยากรทางานป้องกัน แก้ไขปัญหาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ ความเข้าใจสถานการณ์เพื่อชุมชนร่วมกัน ตลอดจนการเห็นแนวทางร่วมมือ และพัฒนาแบบกลไกในการแก้ไขปัญหาที่เป็นการตอบสนองของชุมชนต่อสถานการณ์เอดส์ในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมรณรงค์เข้ามาแก้ไข คลี่คลายปัญหาต่าง ๆ ทั้งการดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้วัยและเด็กที่ได้รับผลกระทบ ไปพร้อม ๆ กับการป้องกันแก้ไขปัญหเอดส์และผลกระทบ สำหรับกระบวนการทำงานแบบประชาคมงานการแพร่ระบาดของเอดส์ในชุมชน ถือได้ว่าเป็นกระบวนการ

Waiting for www.thaiprddc.org...

[http://www.thaiprddc.org/ewt\\_news.php?nid=1429&filename=dex](http://www.thaiprddc.org/ewt_news.php?nid=1429&filename=dex)

**Population and Community Development Association (PDA)**  
สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน

หน้าแรก [ข่าวพิเศษ](#) [สิ่งพิมพ์เกี่ยวกับ](#) [ติดต่อเรา](#) [พื้นที่ดำเนินงาน](#) [CHECK ME !!](#) [Language](#)

ค้นหา

**CSR Study Trip**  
งานวิจัยกับ ไร้ใบเอดส์

**โครงการ...**

การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์

สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนร่วมกับดำเนินโครงการป้องกันโรคเอดส์ตั้งแต่ พ.ศ. 2529 แห่งจากประเทศไทยเป็นผู้คิดริเริ่มเอดส์สายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 โครงการแรกที่สมาคมฯ ดำเนินการมีชื่อว่า Operation Research Into IEC Strategies for STD's Prevention ซึ่งเป็นโครงการ 1 ปี โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก IRC (เมื่อ ปี พ.ศ. 2530) กลุ่มเป้าหมายคือ หญิงและชายชาวอเมริกัน นักศึกษาอาชีพในกรุงเทพฯ ต่อมาสมาคมฯ ได้ดำเนินโครงการด้านการศึกษา การประชาสัมพันธ์ / รณรงค์ และการป้องกัน HIV/AIDS จนถึงปัจจุบัน ประมาณ 91 โครงการ

**โครงการ...**

- การวางแผนครอบครัวและการสาธารณสุข
- การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์
- การสร้างรายได้ และชีวิตความเป็นอยู่
- การศึกษามาตรังน้ำและสุขภาพนักเรียน
- การรณรงค์หรือรณรงค์รณรงค์และสิ่งแวดล้อม
- การสร้างสื่อสาธารณะ ห้องสมุดของต้นประชาชน
- การฝึกอบรมและการส่งเสริมอาชีพ
- ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ

ลักษณะโครงการที่สมาคมฯ ดำเนินการมีทั้งการให้การสนับสนุน การอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์แก่กลุ่มต่างๆ การจัดตั้งองค์กรและตั้งมูลนิธิเพื่อป้องกันโรคเอดส์ การผลิตสื่อต่าง ๆ วิทยุการศึกษาแก่เด็กเยาวชนที่ไม่ได้เรียนหนังสือที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ให้เงินกู้ดอกเบี้ยต่ำแก่ผู้คิดริเริ่มเพื่อเป็นทุนในการประกอบอาชีพ โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลากหลาย ทั้งประชาชนโดยทั่วไป หญิง/ชายชาวอเมริกัน ผู้ต้องขัง นักเรียน



[http://www.pda.or.th/t\\_aids.asp](http://www.pda.or.th/t_aids.asp)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้





<http://www.webmd.com/hiv-aids/default.htm>

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/AIDS>

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

<http://www.bangkok.go.th/aids/>

[http://www.matichon.co.th/news\\_detail.php?newsid=1338307985&grpId=&catid=09&subcatid=0902](http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1338307985&grpId=&catid=09&subcatid=0902)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีกรนำไปใช้

ที่มา <http://news.sanook.com/>

ที่มา <http://www.youtube.com/watch?v=lyzPWLZBR0A>



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า  
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้