

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับทัศนคติต่อโรค
เอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต

นางสาวปิยะฉัตร ปานรุ่ง



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2556

**The Relationship between Knowledge and Understanding of AIDS and
Attitude toward AIDS of Assistant Nurses in Rungsit General Hospital**

Miss Piyachat Panrung

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Education in Guidance and Psychological Counseling

School of Educational Studies

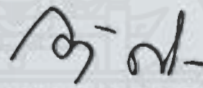
Sukhothai Thammathirat Open University

2013

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต
ชื่อและนามสกุล	นางสาวปิยะฉัตร ปานรุ่ง
แขนงวิชา	การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
สาขาวิชา	ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา สบายยิ่ง

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2556

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา สบายยิ่ง)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร. นรินาท แสนสา)



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรถพล จินะวัฒน์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ชื่อการศึกษา ค้นคว้าอิสระ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับทัศนคติ

ต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต

ผู้ศึกษา นางสาวปิยะฉัตร ปานรุ่ง รหัสนักศึกษา 2542800418

ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา)

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา สบายยิ่ง ปีการศึกษา 2556

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต และ (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต และ (3) เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามปัจจัยชีวสังคม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ช่วยพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแพทยรังสิต จังหวัดปทุมธานี จำนวน 110 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และ (3) แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ มีความเที่ยง เท่ากับ .84 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวน และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า (1) ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิตร้อยละ 66.36 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ อยู่ในระดับมาก ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิตมีทัศนคติโดยรวมต่อโรคเอดส์ อยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อจำแนกในแต่ละองค์ประกอบของทัศนคติด้านความรู้สึกมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาด้านความคิด และด้านพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติโดยรวม และทัศนคติรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (3) ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิตที่มีอายุและประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันมีทัศนคติต่อโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ช่วยพยาบาลที่มีระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และการเข้าร่วมอบรม ประชุมสัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ต่างกันมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ โรคเอดส์ ผู้ช่วยพยาบาล

Independent Study title: The Relationship between Knowledge and Understanding of AIDS and Attitude toward AIDS of Assistant Nurses in Rungsit General Hospital

Author: Miss Piyachat Panrung; **ID:** 2542800418;

Degree: Master of Education (Guidance and Psychological Counseling);

Independent Study advisor: Dr. Wunlapa Sabaiying, Assistant Professor;

Academic year: 2013

Abstract

The purposes of this study were (1) to study knowledge and understanding of AIDS as well as attitude toward AIDS of assistant nurses in Rungsit General Hospital; (2) to study the relationship of knowledge and understanding of AIDS with attitude toward AIDS of assistant nurses in Rungsit General Hospital; and (3) to compare attitudes towards AIDS of assistant nurses in Rungsit General Hospital, as classified by bio-social factors.

The research sample consisted of 150 randomly selected assistant nurses in Rungsit General Hospital, Pathum Thani province. The employed data collecting instruments were three questionnaires: (1) a questionnaire on general information of the respondent; (2) a questionnaire on knowledge and understanding of AIDS; and (3) a questionnaire on attitude toward AIDS, with .84 reliability coefficient. Statistics employed for data analysis were the percentage, mean, standard deviation, t-test, analysis of variance, and Pearson's correlation coefficient.

Findings of the study showed that (1) the knowledge and understanding on AIDS of 66.36 per cent of assistant nurses in Rungsit General Hospital was at the high level, while their overall attitude toward AIDS was at the moderate level; when individual components of attitude were considered, the feeling component received the highest rating mean, followed by the cognitive component and the behavioral component, respectively, which received the rating mean at the moderate level; (2) the overall knowledge and understanding of AIDS did not have significant correlation, at the .01 level, with the overall and each component of attitude toward AIDS; and (3) assistant nurses in Rungsit General Hospital with different ages and work experiences differed significantly in their attitudes toward AIDS at the .05 level; while assistant nurses with different educational levels, work experiences in taking care of AIDS patients, frequencies of undergoing the assistant nurse training programs, and frequencies of participation in conference, training and seminar on AIDS did not significantly differ in their attitudes toward AIDS at the .05 level.

Keywords: Knowledge, Understanding, Attitude, AIDS, Assistant nurse

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต” สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากหลายท่านและหลายฝ่าย ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา สบายยิ่ง อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้ช่วยเหลือให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข ดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณประธานกรรมการ และอาจารย์ ดร. นิรนาท แสนสา กรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้งานสมบูรณ์มากขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความเมตตา กรุณาอบรมและประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ลูกศิษย์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ขอขอบคุณท่านผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาในการตรวจสอบ แนะนำแก้ไขเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือที่นำมาใช้ในงานวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์กฤษรัตน์ ตระกูลช่าง ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ช่วยพยาบาลทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ พี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมงานและสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ได้ให้คำแนะนำ กำลังใจและคอยห่วงใยตลอดมา นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความช่วยเหลืออีกหลายท่าน ซึ่งผู้ศึกษาไม่สามารถกล่าวได้หมด จึงขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

คุณค่าและประโยชน์จากการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ผู้ศึกษาขอมอบเป็นสิ่งบูชา พระคุณบิดา มารดา ครูบาอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ปิยะฉัตร ปานรุ่ง

พฤศจิกายน 2556

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การศึกษา.....	4
กรอบแนวคิดการศึกษา.....	5
สมมติฐานการศึกษา.....	6
ขอบเขตของการศึกษา.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์.....	8
ทัศนคติ.....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	77
ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และ ทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต.....	80
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติ ต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต.....	86
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยชีวสังคมที่มีผลต่อทัศนคติ ต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต.....	87
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	104
สรุปการศึกษา.....	104
อภิปรายผล.....	110
ข้อเสนอแนะ.....	116
บรรณานุกรม.....	118
ภาคผนวก.....	125
ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	126
ข สำเนาหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย.....	128
ค แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และแบบวัดทัศนคติต่อโรคเอดส์ ของผู้ช่วยพยาบาล.....	133
ง ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม.....	144
ประวัติผู้ศึกษา.....	156

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	ตารางแสดง การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา..... 66
ตารางที่ 3.1	แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ช่วยพยาบาลในสังกัดแต่ละหน่วยงาน..... 71
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้ช่วยพยาบาล และได้เข้ารับการอบรมประชุม สัมมนาเกี่ยวกับ โรคเอดส์..... 77
ตารางที่ 4.2	วิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต..... 80
ตารางที่ 4.3	จำนวน ร้อยละของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ในระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์..... 80
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติต่อ โรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต โดยภาพรวม..... 81
ตารางที่ 4.5	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติต่อ โรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต ด้านความคิด..... 81
ตารางที่ 4.6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติต่อ โรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต ด้านความรู้สึกลึก..... 83
ตารางที่ 4.7	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติต่อ โรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต ด้านพฤติกรรม..... 84
ตารางที่ 4.8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และ ทศนคติต่อ โรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต..... 86
ตารางที่ 4.9	การเปรียบเทียบทศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม (ด้านความคิด ด้านความรู้สึกลึก และด้านพฤติกรรม) ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามอายุ..... 87
ตารางที่ 4.10	เปรียบเทียบทศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม (ด้านความคิด ด้านความรู้สึกลึก และด้านพฤติกรรม) ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามอายุ ระหว่าง 18 – 25 ปี , 26 – 30 ปี , 31 – 35 ปี, 36 – 40 ปี, 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป รายคู่ตามวิธีของ Scheffe..... 88

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิด ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามอายุ.....	89
ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามอายุระหว่าง 18 – 25 ปี, 26 – 30 ปี, 31 – 35 ปี, 36 – 40 ปี, 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป รายคู่ ตามวิธีของ Scheffe.....	90
ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึก ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามอายุ.....	91
ตารางที่ 4.14 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรม ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามอายุ.....	91
ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามอายุระหว่าง 18 – 25 ปี, 26 – 30 ปี, 31 – 35 ปี, 36 – 40 ปี, 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป รายคู่ ตามวิธีของ Scheffe.....	92
ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม (ด้านความคิด ด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรม) ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด.....	93
ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิด ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด.....	93
ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึก ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด.....	94
ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึก ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรี และอื่นๆ (กำลังศึกษาระดับ ป.ตรี) รายคู่ ตามวิธีของ Scheffe.....	95
ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด.....	95

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม (ด้านความคิด ด้านความรู้สึกละและด้านพฤติกรรม) ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงาน.....	96
ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม (ด้านความคิด ด้านความรู้สึกละและด้านพฤติกรรม) ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี , มากกว่า 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปอายุ ตามวิธีของ Scheffe.....	97
ตารางที่ 4.23 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิด ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงาน.....	98
ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี , มากกว่า 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปอายุ ตามวิธีของ Scheffe.....	98
ตารางที่ 4.25 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกละของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงาน.....	99
ตารางที่ 4.26 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงาน.....	100
ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ ด้านพฤติกรรมของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี , มากกว่า 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปอายุ ตามวิธีของ Scheffe.....	100
ตารางที่ 4.28 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์.....	101
ตารางที่ 4.29 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิตจำแนกตามการผ่านการอบรม หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล.....	102

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.30 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามการผ่านการเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์.....	102



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	5
ภาพที่ 2.1 พิระมิดแสดงลำดับขั้นของความรู้.....	6
ภาพที่ 2.2 แสดงการจำแนกความสามารถทางด้านความรู้.....	11
ภาพที่ 2.3 แสดง แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติของ โรเซ็นเบิร์กและ โสฟแลนด์.....	42
ภาพที่ 2.4 แสดงแบบเชื่อม โยงสิ่งเร้าตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป.....	55



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (AIDS) หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง นับเป็นโรคร้ายแรงที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ซึ่งเริ่มมีการแพร่ระบาดในทวีปแอฟริกาก่อนที่จะแพร่ไปยังสหรัฐอเมริกา ยุโรป สำหรับประเทศไทยได้รับรายงานครั้งแรกเมื่อปี 2427 จากการคาดประมาณโดยทีมนักวิชาการของประเทศไทย ขณะนี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี มากกว่า 1.2 ล้านคนโดยที่ไม่มีอาการ และสำนักกระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงเดือนกันยายน 2555 มียอดผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 276,947 ราย โดยในจำนวนนี้มีร้อยละ 65 อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 30-44 ปี และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.6 มีปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ร้อยละ 85

(สำนักกระบาดวิทยา,2555 <http://www.boe.moph.go.th/report.php>)

การศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศไทย คาดว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 17,000 รายต่อปี ข้อมูลการวิจัยในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยทุกรายจะมีอาการของโรคเอดส์โดยเฉลี่ยภายใน 7 ปี ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุอาจจะเกิดอาการเร็วกว่านี้ ในอดีตโรคเอดส์เป็น Uniformly fetal illness และผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นทุกรายจะเสียชีวิตในเวลาเฉลี่ย 2 ปี แม้ว่าจะมีการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน และการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ผู้ป่วยก็ยังเสียชีวิตในระยะเวลานึง(สุรพล สุวรรณกุล 2550 : 17) ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในความพยายามป้องกันโรคเอดส์ แต่ก็ยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 30,000 ราย ต่อเนื่องกันมาในแต่ละปี ในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 700,000 ราย ที่ยังต้องรับบริการทางการแพทย์และทางสังคม ดังนั้นในการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ภายในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) จึงจำเป็นต้องมีประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อจากพื้นฐานที่ใกล้เคียงความจริงที่สุด เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมที่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ (กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,2556.

<http://www.bank.go.th/aids.>)

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องชะลอการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ให้ลดจำนวนลงให้ได้ เพราะหากว่าจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้นการดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดจะยิ่งทวีความลำบากมากขึ้นและแน่นอนว่า จะเป็นการเพิ่มความลำบากและเป็นภาระแก่สังคมมากขึ้น เพราะจะต้องแบกรับภาวะปัญหาต่างๆที่จะเกิดขึ้น เช่น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปัญหาการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ ปัญหาเด็กกำพร้าที่เกิดจากบิดามารดาที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ปัญหาเศรษฐกิจเนื่องจากการสูญเสียแรงงานจำนวนมากและปัญหาทางสังคมอื่นๆอีกมากเป็นการยากที่จะประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคนี้ได้ เนื่องจากความเสียหายบางอย่างไม่สามารถกำหนดราคาเป็นเงินได้ ในสหรัฐ มีผู้คำนวณว่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากโรคเอดส์ เฉพาะค่ารักษาพยาบาล จะเป็นประมาณ 630 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปีพ.ศ. 2528 และ 1,100 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปีพ.ศ. 2529 และเพิ่มเป็น 8,500 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปีพ.ศ. 2534 ค่าใช้จ่ายอย่างอื่น เช่น การตรวจเลือด การให้สุขศึกษาและการวิจัย เป็นเงิน 319 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปีพ.ศ.2528 และเพิ่มเป็น 2,300 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปีพ.ศ. 2534 ส่วนความสูญเสียทางอ้อมจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อคิดเป็นเงินแล้ว จะเป็น 3,900 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2528 และ 55,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปีพ.ศ. 2534(วิวัฒน์ โรจนพิทยากร 2527:262)

จากปัญหาดังกล่าวยังพบว่าโรคเอดส์ได้ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบทางสังคมและการเมืองอีกนานัปการ เช่นก่อให้เกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวลในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ย่อมมีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและจำเป็นต้องมีการวางแผนเพื่อให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยที่ดีแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งขณะนี้ยังไม่สามารถหาวิธีการรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ดังนั้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนในการป้องกัน โรคเอดส์ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงและให้มีการจัดบริการรักษาผู้ป่วยเอดส์โดยมีการจัดเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดบริการการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ติดเชื้อเอดส์ เช่น ครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลแวดล้อมทางสังคม เป็นต้น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และประชาชนสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างเป็นปกติสุข

ในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้มีประสิทธิภาพนั้น นอกจากจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลแล้ว จำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดีด้วย เพราะการมีทัศนคติที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ให้การพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ให้การพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการได้ อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังที่อิกคอรัน (Eichhorn , 1981 อ้างถึงใน สุรีพร ธนศิลป์ 2538:59)กล่าวว่า การที่บุคลากร

ทางการพยาบาลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจะเป็นตัวขัดขวางการตัดสินใจที่ดีของพยาบาล มีผลต่อพฤติกรรมทำให้การพยาบาล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

ผู้ช่วยพยาบาลเป็นบุคคลที่มีโอกาสสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการ บทบาทของผู้ช่วยพยาบาลคือการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดเพื่อความสุขสบายและความปลอดภัยของผู้ป่วยแต่ในขณะเดียวกันผู้ช่วยพยาบาลในฐานะเป็นบุคคลหนึ่ง ย่อมต้องการที่จะมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัยในชีวิต จึงต้องการที่จะป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ โรคเอดส์ และด้วยความตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเอดส์จากการปฏิบัติงานในการให้การดูแลผู้ป่วย โรคเอดส์จากความรู้ที่ถูกต้อง วิตกกังวล อาจส่งผลให้ผู้ช่วยพยาบาลมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ โรคเอดส์จากผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆหลากหลายวิธี ทั้งวิธีที่ถูกต้องตามหลักการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ หรืออาจใช้การป้องกันตนเองด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง เช่น ใส่เครื่องป้องกันมากเกินไป และไม่เหมาะสมกับกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ การหลีกเลี่ยงการเข้าไปพูดคุย หรือสัมผัสกับผู้ป่วย โรคเอดส์ (สุริพร ธนศิลป์ 2538:61) วิธีการปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ รื้อหรือล่าช้าในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยหรือหลีกเลี่ยงการสัมผัสโรค และอาจเป็นไปได้ว่าหากบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ ไม่เข้าใจถึงการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ มีความหวาดกลัวต่อการติดเชื้อเอดส์จากผู้ป่วยแล้ว คงไม่สามารถที่จะลดความกลัวโดยไม่จำเป็นของประชาชนทั่วไปได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นบุคคลที่น่าสงสารและได้รับการปฏิบัติจากสังคมอย่างไม่เท่าเทียมกันต่อไป

ความรู้ ความรู้สึก ความคิดความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งความรู้สึก ความคิดความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้ช่วยพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ย่อมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ ถ้าหากผู้ช่วยพยาบาลมีความรู้สึกกังวลและหวาดกลัวต่อผู้ป่วย โรคเอดส์แล้ว ย่อมมีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับความทุกข์ทรมานจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอ และจากภาวะโรคแทรกซ้อนรวมถึงยังมีความทุกข์ทรมานจากสภาวะจิตใจที่หดหู่ หมดหวัง มีชีวิตอยู่แบบรอความตาย ครอบครัวและสังคมรังเกียจและยังได้รับการปฏิเสธจากเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลอีก เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดความทุกข์ใจทรมานใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยจะไปขัดขวางการตัดสินใจที่ดีของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ดังนั้นการวางแผนที่จะนำไปสู่การจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีการเตรียมความรู้ที่ถูกต้องให้แก่บุคลากร ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และการมีทัศนคติที่ดี ซึ่งจะเป็นกระบวนการทางปัญญาที่ดีเพื่อให้เกิด

การแสดงออกในพฤติกรรมที่เหมาะสมในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความรู้สึกว่าคุณค่า มีความหวัง มีที่พึ่ง และมีกำลังใจที่จะต่อสู้โรคต่อไป รวมทั้งยังส่งผลให้ผู้ให้การพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุรีพร ธนศิลป์ 2538:63)

ฉะนั้นการศึกษาถึงระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และการศึกษาถึงระดับของทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะผู้ช่วยพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน การศึกษารั้วนี้มุ่งศึกษาถึงระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลว่าอยู่ระดับใด ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลหัวหน้าแผนกและพยาบาลที่ต้องประสานงานทำงานร่วมกับฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาถึงระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพของผู้ช่วยพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

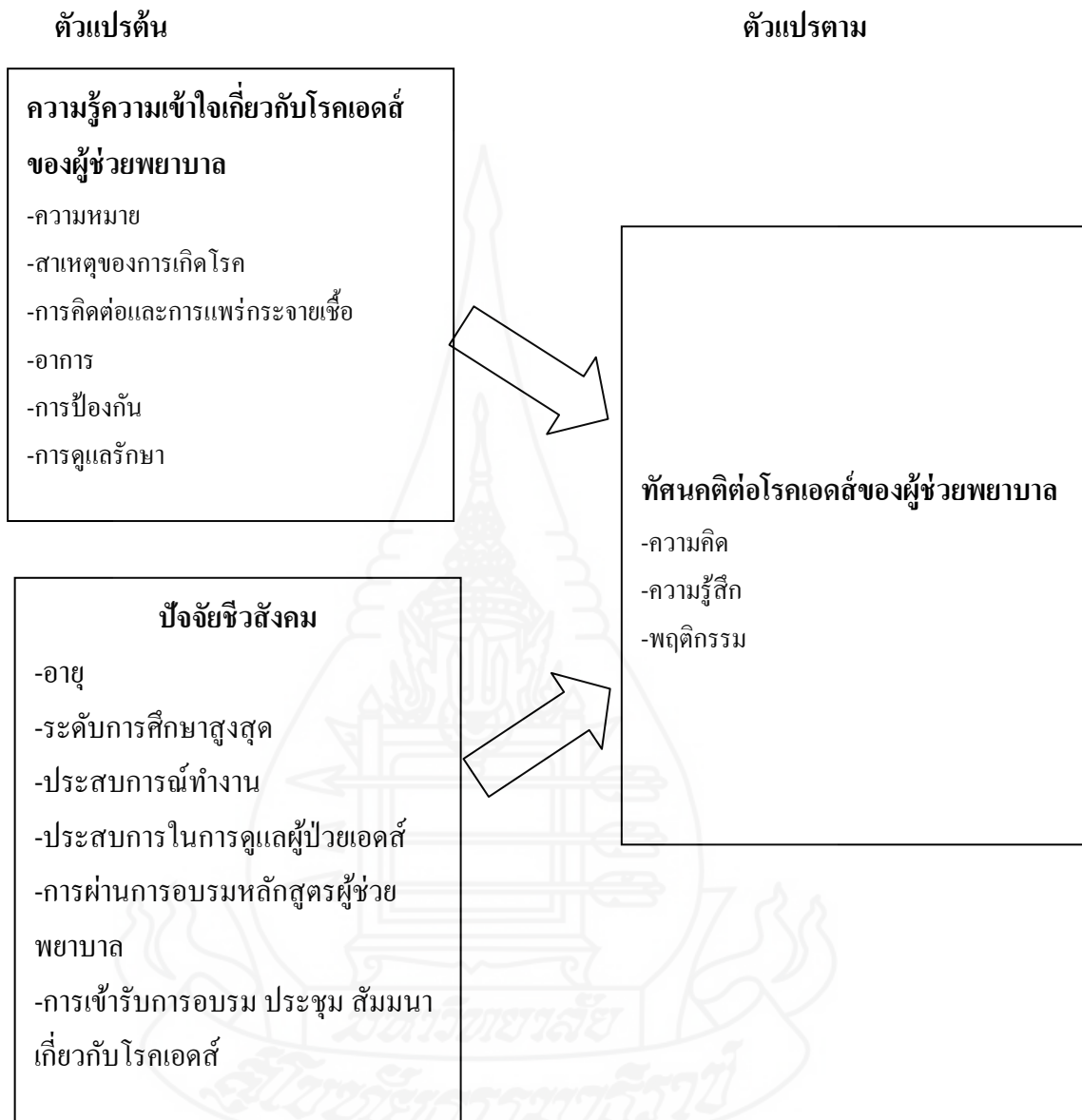
2. วัตถุประสงค์การศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต

2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบจำแนกตามปัจจัยชีวสังคมที่มีผลต่อทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต

3. กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

4. สมมติฐานการศึกษา

4.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

4.2 ผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิตที่มีปัจจัยชีวิตสังคมต่างกันมีทัศนคติต่อโรคเอดส์แตกต่างกัน

5. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์หมายถึง ความสามารถของผู้ช่วยพยาบาลในเรื่องความรู้ การเข้าใจและการนำไปประยุกต์ใช้ ในเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ ความหมาย สาเหตุของโรค การติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อ อาการและอาการแสดง การป้องกันและการดูแลรักษา โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

6.2 ทัศนคติต่อโรคเอดส์หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือท่าทีพฤติกรรมของผู้ช่วยพยาบาลที่มีต่อโรคเอดส์ผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยพิจารณาจากคะแนนรวมของแบบวัดทัศนคติที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

6.2.1 ทัศนคติด้านความคิด คือ ความรู้ความเข้าใจของผู้ช่วยพยาบาลที่มีต่อโรคเอดส์ เพื่อเป็นเหตุผลที่จะสรุปความ และรวมเป็นความเชื่อหรือเป็นสิ่งที่ช่วยในการประเมินเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับเกี่ยวกับโรคเอดส์

6.2.2 ทัศนคติด้านความรู้สึก คือ เป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้ช่วยพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ เป็นผลเนื่องมาจากการที่ผู้ช่วยพยาบาลประเมินผลกับโรคเอดส์แล้วว่าพอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ดีหรือไม่ดียอมรับได้หรือยอมรับไม่ได้

6.2.3 ทัศนคติด้านพฤติกรรม คือ ความพร้อมหรือความโน้มเอียงที่ผู้ช่วยพยาบาลจะประพฤติปฏิบัติ หรือตอบสนองต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ในทิศทางที่จะให้การยอมรับหรือไม่ให้

การยอมรับ พฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นผลมาจากความรู้สึกรู้สึกที่มีอยู่ และสามารถประเมินผลของพฤติกรรมนั้นๆ ได้

6.3 ผู้ป่วยโรคเอดส์หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเชื้อเอชไอวีอยู่ในกระแสโลหิต ทั้งนี้อาจปรากฏอาการหรือไม่ปรากฏอาการก็ได้

6.4 ผู้ช่วยพยาบาลหมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานหน้าที่ ทางด้านการพยาบาล ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลแพทยรังสิต

6.5 ปัจจัยชีวิตสังคมหมายถึง คุณสมบัติเฉพาะส่วนบุคคลโดยจำแนกเป็น อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และการเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ทำให้ทราบถึงระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และระดับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต

7.2 ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต

7.3 ทำให้มีข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล และฝ่ายวิชาการในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและความสามารถของผู้ช่วยพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ช่วยพยาบาลที่มีต่อโรคเอดส์ ให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

7.4 ใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรผู้ช่วยพยาบาลและการวางแผนงานในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

7.5 เป็นการกระตุ้นให้ผู้ช่วยพยาบาลตระหนักถึง จริยธรรม ที่พึงมีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้ มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์
2. ทัศนคติ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

1.1 ความหมายของความรู้

ราชบัณฑิตยสถาน (2532:61) กล่าวว่า ความรู้ knowledge ; องค์ประกอบ 1 ใน 3 ส่วนของกระบวนการ หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รู้ (knower) กับสิ่งที่รู้ (know)

ฮอสเปอร์ (อ้างถึงในมาโนช เวชพันธ์ 2532:15-16) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้นั้นนับเป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยินได้ฟัง ความรู้นับเป็นหนึ่งในขั้นตอนของการเรียนรู้ ความรู้นี้เป็นเรื่องของการจำได้ ระลึกได้ โดยไม่ต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อน (www.study.eduzones.com)

อเดโออะ ยามาซากิ (อ้างถึงในอรุณพ จินะวัฒน์ 2555:14-6) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้ คือสารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิด การเปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุปและตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้โดยไม่จำกัดช่วงเวลา หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นสารสนเทศที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับเราในการนำไปใช้งาน และปัญญา (Wisdom) คือความรู้ที่อยู่ในตัวคน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปใช้) สามารถแสดงพหุระมิตลาคับขั้นของความรู้ดังนี้



ภาพที่ 2.1 พีระมิดแสดงลำดับชั้นของความรู้

ที่มา : บุญดี บุญญากิจและคณะ (2549) การจัดการความรู้ จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

อรรถพร จินะวัฒน์ (2555 :14-7อ้างถึงในสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา 2553:4) ความรู้เป็นความคิดของบุคคลในการเชื่อมโยงสารสนเทศกับการนำไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์หนึ่งๆ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ(2526 :16)ได้ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมายข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างและวิธีแก้ไขปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของความสามารถในการเขียน การให้ความหมาย

เบญจามิน บลูม (Benjamin S. Bloom อ้างถึงใน อักษร สวัสดิ์ 2542:26-28www.http://th.wikipedia.org/w/ index.) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่างๆรวมถึงแบบกระสวนของโครงการวัตถุประสงค์ในด้านความรู้ โดยเน้นเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของการจำอันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงกับการจัดระเบียบ

มิเชล โพลันติและอิจิโร โนนากะ (อรรถพร จินะวัฒน์ 2556:14-7 อ้างถึงในบุญดี บุญญากิจและคณะ2549:16)ได้ให้ความหมายความรู้ โดยแยกความรู้เป็น 2 ประเภทดังนี้

1) ความรู้ที่ฝังอยู่ในบุคคล (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวของแต่ละบุคคล อันเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้หรือพรสวรรค์ต่างๆ ซึ่งสื่อสารหรือถ่ายทอดในรูปของตัวเลข สูตร หรือลายลักษณ์อักษรได้ยาก มีลักษณะเป็นความเชื่อ ทักษะและเป็นอัตวิสัย (Subjective) ต้องการฝึกฝนเพื่อให้เกิดความชำนาญ ความรู้ชนิดนี้พัฒนาและแบ่งปันกันได้ และเป็นความรู้ที่ก่อให้เกิดความได้เปรียบในการแข่งขัน

2) ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่เป็นเหตุเป็นผล สามารถรวบรวมและถ่ายทอดออกมาในรูปแบบต่างๆ ได้ เช่น หนังสือ คู่มือ เอกสาร และรายงานต่างๆ ซึ่งทำให้คนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ตัวอย่างของความรู้ประเภทนี้ เช่น นโยบายขององค์กร กระบวนการทำงาน คู่มือ แนวทางดำเนินงานต่างๆ อาจเปรียบเทียบความรู้ทั้งสองประเภท เป็นอัตราส่วนระหว่างความรู้ประเภทที่ฝังอยู่ในบุคคล: ความรู้ที่ชัดเจน เป็น 80:20

สรุป ความรู้คือ ความเข้าใจ ความจำบางเรื่อง บางสิ่ง อาจจะโดยการนึกได้ การได้ยินได้เห็น ได้ฟัง และความรู้เป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมของความเข้าใจ ในการนำความรู้ไปใช้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผล

1.2 ประเภทของของความรู้

อรรถพ จินะวัฒน์ (2556:14-18 อ้างถึงในวิจารณ์ พานิช 2547:22-23) กล่าวว่า ประเภทของความรู้มี 5 กลุ่ม ASHET ได้แก่

1) A- Artifact คือความรู้ที่อยู่ในรูปของวัตถุ เช่น โทรศัพท์มือถือ ปากกา หนังสือ วีซีดี มีความรู้ผู้นั้น

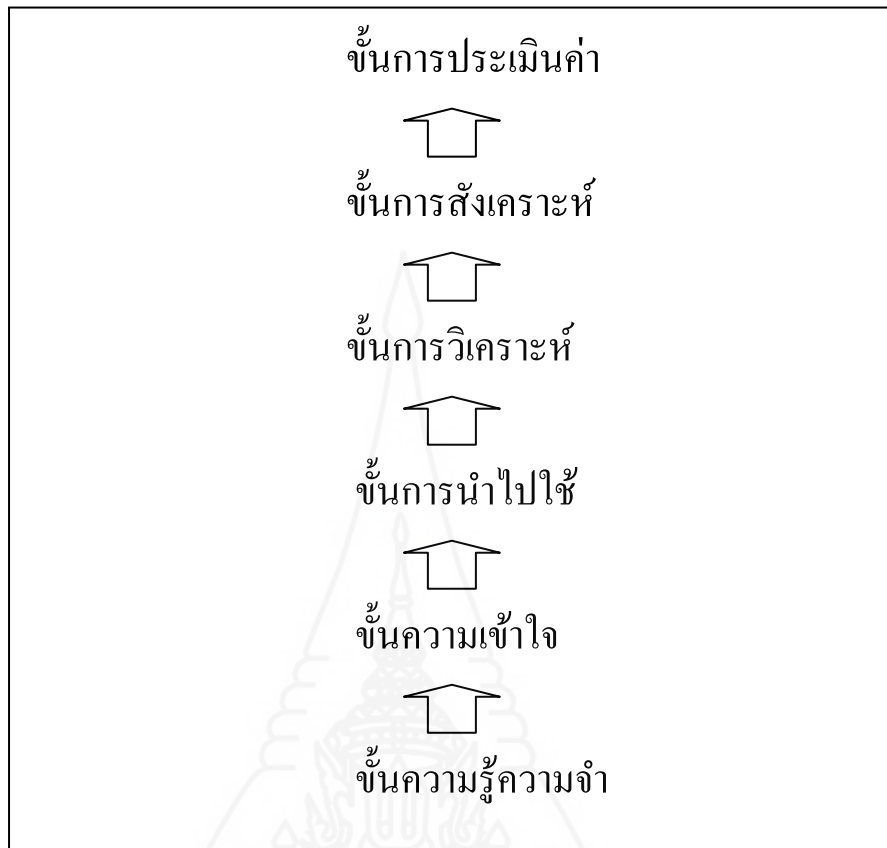
2) S- Skill คือทักษะ ในที่นี้หมายถึง ความรู้ที่ได้จากการฝึกฝน ไม่ใช่แค่ความรู้ธรรมดาหรือเพียงท่องจำได้เท่านั้น

3) H- Heuristics, Commonsense คือสามัญสำนึก เป็นความรู้อย่างหนึ่งซึ่งหลายๆครั้งเราก็ไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด ก็ต้องลอง

4) E – Experience คือประสบการณ์ เป็นความรู้อย่างหนึ่ง เป็นความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวบุคคล ถ้าเราดึงออกมาได้เป็นความรู้ที่ชัดเจนเราก็จะรู้เข้าใจมันอย่างดี แต่หลายๆเรื่องเราอธิบายไม่ได้ แต่เรามีประสบการณ์เวลาเราดึงประสบการณ์มาใช้เป็นความรู้

5) T – Natural Talent คือพรสวรรค์ เป็นความรู้อย่างหนึ่ง คนบางคนจะเล่นดนตรีได้เก่งมากเพราะหุติมาแต่กำเนิด อาทิ โมซาร์ท (Mozart) ผู้มีอัจฉริยภาพทางดนตรีระดับโลกที่สามารถแต่งเพลงซิมโฟนีได้ตั้งแต่อายุ 6 ปี เป็นต้น

บลูม (Bloom, 1956 อ้างใน พรทิพย์ ไชยโส 2535:324) ได้ จำแนกความสามารถทางด้านความรู้ออกเป็น 6 ขั้นตอนภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แสดงการจำแนกความสามารถทางด้านความรู้

ประกาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2536 : 53-55) ได้แบ่งระดับของการเรียนรู้ โดยใช้การแบ่งตามลักษณะของพฤติกรรมด้านความรู้ หรือพุทธิปัญญา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำ หรือระลึกได้ซึ่งรวม ประสบการณ์ต่างๆที่เคยได้รับรู้มา

1.1 ความรู้เฉพาะเรื่องเฉพาะอย่าง เป็นการระลึกข้อสนเทศในส่วนย่อยเฉพาะ เรื่องที่แยกได้โดดๆ

- 1) ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายของคำ
- 2) ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่าง เช่น รู้วัน เดือน ปี เหตุการณ์

สถานที่ ฯลฯ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิถีทาง และวิธีการดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะ

- 1) ความรู้ในเรื่องระเบียบ แบบแผน ประเพณี

- 2) ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและลำดับก่อนหลัง
- 3) ความรู้ในการแยกประเภทและจัดหมวดหมู่
- 4) ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์
- 5) ความรู้เกี่ยวกับระเบียบและกระบวนการ

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง

- 1) ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป
- 2) ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ แยกได้เป็น 3 ลักษณะดังนี้

2.1 การแปลความ เป็นการจับใจความให้ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่สื่อความหมาย หรือจากภาษาหนึ่งของการสื่อสารไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง

2.2 การตีความหมาย เป็นการอธิบายความหมาย หรือสรุปเรื่องราวโดยการจัด ระเบียบใหม่ รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาใหม่

2.3 การขยายความ เป็นการขยายเนื้อหาที่เหนือไปกว่าขอบเขตที่รู้ เป็นการขยาย จิตการอ้างอิง หรือแนวโน้มที่เกินเลยจากข้อมูล

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ ในสถานการณ์จริง หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจจะอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี ฯลฯ

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายไปสู่ หน่วยย่อย เป็นองค์ประกอบสำคัญ หรือเป็นส่วนๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์เช่นนี้ก็เพื่อมุ่งที่จะให้การสื่อความหมาย มีความชัดเจนยิ่งขึ้น อาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ส่วนประกอบ เป็นการชี้ให้เห็นหน่วยย่อยๆ ที่เป็นส่วนประกอบที่อยู่ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการแยกการประสานหรือความสัมพันธ์ ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.3 การวิเคราะห์หลักการในเชิงจัดดำเนินงาน เป็นการชี้ให้เห็นระบบจัดการ และวิธีการรวบรวมองค์ประกอบต่างๆ เข้าด้วยกัน

5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่างๆ หรือ

ส่วนต่างๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียบเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผน หรือโครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน อาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการผูกข้อความขึ้น โดยการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึก หรือประสบการณ์ไปยังผู้อื่น

5.1 การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการพัฒนาหรือเสนอแผนการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของงานที่ได้รับมอบหมาย หรือที่คิดทำขึ้นเอง

5.2 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการพัฒนาหรือสร้างชุดของความสัมพันธ์เชิงนามธรรมขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องจำแนกหรืออธิบายข้อมูล หรือปรากฏการณ์บางอย่างจากข้อความเบื้องต้น

6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหาวัสดุอุปกรณ์และวิธีการ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ซึ่งอาจจะกำหนดขึ้นเอง หรือผู้อื่นกำหนด จำแนกได้เป็นทั้ง 2 ลักษณะคือ

6.1 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายใน เป็นการประเมินค่าความถูกต้องของวัสดุอุปกรณ์ ข้อความ เหตุการณ์ตามคุณสมบัติประจำตัวของวัสดุอุปกรณ์ ข้อความหรือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

6.2 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายนอก เป็นการประเมินค่าโดยอ้างอิงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.3 ระดับของความรู้

อรรถพ จินะวัฒน์ (2556:14-8 อ้างในวิจารณ์ พานิช 2547:9-10) ได้ให้ การแบ่งระดับของความรู้สามารถแบ่งได้หลายแบบ ในที่นี้จะนำเสนอความรู้เป็น 4 ระดับ

1. ความรู้ระดับ Know What คือระดับความรู้ของผู้ที่จบการศึกษามาใหม่ๆ ไม่มีประสบการณ์ในการใช้งาน ก็ใช้ความรู้แบบอิงทฤษฎีเอาไปใช้แบบลองผิดลองถูก จึงสำเร็จบ้าง ไม่สำเร็จบ้างเพราะเป็นความรู้ที่เป็นทฤษฎี ความรู้นี้จึงเป็นความรู้เชิงทฤษฎี เป็นความรู้เชิงข้อเท็จจริง โดยเฉพาะความรู้ที่จำมาได้จากความรู้ชัดแจ้งซึ่งได้จากการเรียน ได้มากแต่เวลาทำงานก็จะไม่มั่นใจ

2. ความรู้ระดับ Know How คือระดับความรู้ของผู้ที่ทำงาน เมื่อมีการใช้ความรู้ไปสักระยะหนึ่งก็จะเกิดประสบการณ์เข้าใจงานมากขึ้น รู้ถึงการนำความรู้ไปใช้ในบริบทต่างๆ รู้ว่าต้องใช้ความรู้ใดมาเสริม มาแก้ไขปัญหา และพัฒนาการทำงานให้ดีขึ้นได้โดยวิธีการใด ความรู้นี้จึงเป็นความรู้เชิงทฤษฎีและเชิงบริบท เป็นความรู้เชื่อมโยงกับโลกของความเป็นจริงที่สามารถนำเอา

ความรู้ชัดแจ้งที่ได้มาประยุกต์ใช้ตามบริบทของตนเองได้ เป็นความรู้ฝังลึกที่เกิดจากทักษะหรือการสั่งสมประสบการณ์ที่มากขึ้น

3. ความรู้ระดับ Know Why เป็นความรู้ระดับที่มีบริบทโดยเมื่อใช้ระยะเวลาผ่านไป ประสบการณ์ยาวนานมากขึ้น ก็จะสามารถอธิบายได้ว่าทำไมความรู้แบบนี้ ใช้ในบริบทแบบนี้ จึงได้ผล ความรู้นี้จึงเป็นความรู้ในระดับที่อธิบายเหตุผล เป็นความรู้ฝังลึกที่สามารถถอดความรู้ฝังลึกดังกล่าวของตนเองมาแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นหรือถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ พร้อมทั้งรับเอาความรู้จากผู้อื่นไปปรับใช้ในบริบทของตนเองได้ด้วย

4. ความรู้ระดับ Care Why เป็นความรู้ระดับอธิบายเหตุผลได้ โดยเมื่อใช้ความรู้ไประยะเวลาเวลานานมากขึ้น มีประสบการณ์สูงขึ้นไปอีก ความรู้ซึมลึกเข้าไปในสมองภายใต้จิตไร้สำนึกหรือภายใต้จิตใต้สำนึกจนกระทั่งเกิดเป็นความเชื่อและเห็นคุณค่า เกิดเป็นความรู้ในลักษณะที่ว่านี้แล้วต้องทำอย่างนี้ด้วยความเชื่อที่เป็นข้อสรุปของตนเอง ความรู้นี้จึงเป็นความรู้ในระดับคุณค่า ความเชื่อ เป็นความรู้ในลักษณะของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่ขับเคลื่อนมาจากภายในตนเองในอันที่จะสามารถสกัด ประมวล วิเคราะห์ความรู้ที่ตนเองมีอยู่ กับความรู้ที่ตนเองได้รับมาสร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ขึ้นมาได้ อาทิ สร้างตัวแบบหรือนวัตกรรมขึ้นมาใช้ในการทำงานได้

1.4 ลักษณะความรู้

1.4.1 การจำแนกความรู้ตามลักษณะ

- 1) ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์พรสวรรค์ หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคล เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการคิดเชิงวิเคราะห์
- 2) ความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถ ถ่ายทอดได้โดยผ่านวิธีต่างๆ เช่น การบันทึก

1.4.2 การจำแนกความรู้ตามโครงสร้าง

- 1) โครงสร้างส่วนบนของความรู้ ได้แก่ Idea ปรัชญา หลักการ อุดมการณ์
- 2) โครงสร้างส่วนล่างของความรู้ ได้แก่ ภาควิธีปฏิบัติการณ์ของความรู้ ได้แก่ องค์ความรู้ที่แสดงในรูปของข้อเขียน สัญญา การแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น ศิลปะ การเดินขบวนทางการเมือง โครงสร้างส่วนล่างของความรู้มีโครงสร้างระดับลึกคือ ความหมาย

สรุปได้ว่า ความรู้สัมพันธ์กับประสบการณ์การเรียนรู้ การได้รับถ่ายทอดมา ยังมีประสบการณ์มากและสามารถนำความรู้มาใช้ได้มากตามประสบการณ์ที่ได้พบมา และมีกร

ปรับเปลี่ยนความรู้ที่ได้มาใช้ตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้พบมากเท่าใด ก็จะยิ่งเพิ่มพูนทักษะความรู้ และประสบการณ์มากยิ่งขึ้นเท่านั้น

1.5 กลุ่มทฤษฎีที่เกี่ยวกับความรู้

1.5.1 กลุ่มทฤษฎีที่เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ

นรา สมประสงค์และ โกลด มีคุณ (2556:3-24)กลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ความรู้ความเข้าใจ(Cognitive Learning Theories) เป็นกลุ่มทฤษฎีที่เน้นการเรียนรู้ที่เกิดภายในอินทรีย์ เป็นกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจ ทฤษฎีที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับกันแพร่หลาย ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็นของ โคลเลอร์ (Kohler) ทฤษฎีกระบวนการเรียนรู้แฝงของทอลแมน (Tolman)

1.5.2 ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็น (Insight Theory)

นักจิตวิทยาที่ค้นพบการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็นคือ โวลฟกัง โคลเลอร์ซึ่งเป็นชาวเยอรมัน (Wolfgang Kohler, 1925 citing in Plotnik, 1993:228 อ้างใน นรา สมประสงค์และ โกลด มีคุณ 2556:3-27)

1) ความหมาย ความสำคัญ และองค์ประกอบของการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็น การเรียนรู้โดยการหยั่งเห็น เป็นความสามารถในการมองเห็นความเชื่อมต่อระหว่างปัญหาและทางออกของปัญหา การเรียนรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนรู้ได้รับรู้องค์รวมของปัญหา และสามารถเลือกใช้เฉพาะวิธีการที่เหมาะสม เพื่อการแก้ปัญหานั้น ความสำคัญของทฤษฎีนี้ก็คือ สามารถอธิบายกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลที่เน้นปัญญาและการคิดและสามารถใช้เป็นแนวทางในการฝึกการคิดแก้ปัญหานั้นสูงได้

องค์ประกอบในทฤษฎีการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็นได้แก่

(1) ปัญหา ในการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็นนั้น ปัญหาจะเป็นสิ่งเร้าของการเรียนรู้ ปัญหาดังกล่าวจะต้องมีลักษณะแปลก ใหม่ และท้าทายต่อการหาทางออก เช่น สำหรับสัตว์อาจเป็นการแก้ปัญหาค้างคาวซึ่งอาหารโปรด สำหรับคนอาจเป็นวิธีการหาเงินหรือของรางวัลที่มีค่า เป็นต้น

(2) ปัญญา หรือความสามารถในการคิด ปัญญาหรือความสามารถในการคิดของผู้เรียนรู้ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็น ผู้มีปัญญาหรือความสามารถในการคิดดีกว่า มีโอกาส ที่จะเกิดการเรียนรู้แบบนี้ได้ดีกว่าผู้มีปัญญาหรือความสามารถในการคิดด้อยกว่า

(3) วิธีการแก้ปัญหาค้างคาวโดยใช้กระบวนการทางปัญญา วิธีการแก้ปัญหาค้างคาวอาจเรียกว่าเป็นผลผลิตของการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็น

2) กระบวนการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็น โทเลอรัอธิบายการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็นสรุปสาระสำคัญได้ว่า การหยั่งเห็น (Insight) เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เมื่อองค์ประกอบต่างๆ ของปัญหาได้รับการพิจารณาอย่างเหมาะสม การหยั่งเห็น เกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนรู้ ได้รับรู้องค์รวมของปัญหา และเลือกใช้เฉพาะวิธีการที่เหมาะสมเพื่อการแก้ปัญหา

3) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้โดยการหยั่งเห็น

(1) สมรรถวิสัยของผู้เรียน ผู้เรียนที่มีสติปัญญา ความรู้ความสามารถดีกว่าจะมีการเรียนรู้ตามหลักการดังกล่าวได้ดีกว่าผู้เรียนที่มีสติปัญญา ความรู้ความสามารถด้อยกว่า

(2) ประสบการณ์เดิม ผู้มีประสบการณ์เดิมเกี่ยวข้องกับสิ่งที่กำลังเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ไม่มีประสบการณ์เดิม หรือมีประสบการณ์เดิมที่ไม่เกี่ยวข้อง

(3) การลองผิดลองถูก การลองผิดลองถูกเป็นพฤติกรรมเริ่มต้น ประสบการณ์ดังกล่าวจะเป็นข้อมูลที่ช่วยให้องค์ประกอบเห็นวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

(4) สถานการณ์ สถานการณ์ที่มีความชัดเจน ความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างองค์ประกอบของปัญหา จะช่วยให้องค์ประกอบรวมของปัญหาได้ชัดเจน และคิดหาคำตอบได้ง่ายขึ้น

1.5.3 ทฤษฎีการเรียนรู้แฝง (Latent Learning)

นักจิตวิทยาต้นคิดทฤษฎีการเรียนรู้แฝงคือ เอ็ดเวิร์ด ซี ทอลแมน

(Edward C. Tolman, 1930 citing in Passer & Smith, 2011: 243 อ้างใน นรา สมประสงค์และ โกลล มีคุณ 2556: 3-26)

1) ความหมาย ความสำคัญ และองค์ประกอบ ของทฤษฎีการเรียนรู้แฝง การเรียนรู้แฝง เป็นการเรียนรู้ที่ได้เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่ได้แสดงออกเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะมีการแสดงออกเมื่อมีแรงจูงใจเพียงพอ ทฤษฎีการเรียนรู้แฝง มีความสำคัญที่แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์หรือการเรียนรู้บางอย่างได้สูญหายหรือไร้ประโยชน์ แต่สิ่งดังกล่าวอาจปรากฏขึ้นเมื่อมีโอกาสหรือสิ่งกระตุ้น (แรงจูงใจ) เพียงพอ ทฤษฎีการเรียนรู้แฝงช่วยอธิบายการเรียนรู้สิ่งที่ผ่านไปในอดีตซึ่งปรากฏให้เห็นในปัจจุบัน

องค์ประกอบในทฤษฎีการเรียนรู้แฝง ได้แก่

(1) ประสบการณ์ (experience) ประสบการณ์เป็นสิ่งที่ผู้เรียนรู้ได้เคยรับรู้ ประสบการณ์ดังกล่าวมีความเข้ม และเหมาะสมที่จะเกิดการเรียนรู้ได้

(2) แผนที่ทางปัญญา (cognitive map) เป็นภาพที่ผู้เรียนรู้สร้างขึ้นภายในจิตใจ (สมอง) ผู้เรียนรู้สามารถเรียกภาพดังกล่าวออกมาใช้ได้เมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสม หรือมีแรงจูงใจเพียงพอ

(3) แรงจูงใจ (motivation) สิ่งกระตุ้นให้เกิดการนำสิ่งที่เรียนรู้ในแผนที่ทางปัญญาออกมาใช้ ในรูปของการกระทำหรือพฤติกรรม สิ่งที่สร้างแรงจูงใจได้แก่ การเสริมแรง รูปแบบต่างๆ ลักษณะของแรงจูงใจเช่น ความพยายาม ความตั้งใจ ความกระตือรือร้น ที่จะนำเสนอ การเรียนรู้ในแผนที่ทางปัญญาออกมาภายนอกในรูปของพฤติกรรม

2) กระบวนการเรียนรู้แฝง การเรียนรู้เกิดขึ้นจากการได้รับสิ่งเร้า ประสบการณ์ที่เหมาะสม หรือมีความเข้มพอ แต่การเรียนรู้ดังกล่าวอาจมิได้แสดงออกในโอกาสนั้น การเรียนรู้ดังกล่าวถูกเก็บอยู่ภายใน เรียกว่าเป็น การเรียนรู้แฝง เป็นลักษณะของการสร้างภาพในจิตใจที่เรียกว่า “แผนที่ทางปัญญา” (Cognitive Map) ซึ่งผู้เรียนรู้สามารถเรียกภาพภายในจิตใจดังกล่าวออกมาใช้ได้เมื่อถึงคราวจำเป็น

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนภายในของผู้เรียนรู้ โดยการเรียนรู้จะถูกนำออกมาใช้เมื่อมีแรงจูงใจมากพอ

3) สิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แฝง

(1) ความสามารถทางปัญญาผู้ที่มีความสามารถทางปัญญาสูงกว่าย่อมสร้างแผนที่ทางปัญญาได้ดีกว่าผู้มีความสามารถทางปัญญาด้อยกว่า

(2) สภาพแวดล้อม การได้รับประสบการณ์หรือได้สัมผัสกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมชัดเจนช่วยให้การสร้างภาพแผนที่ทางปัญญาเกิดขึ้นได้ง่าย

1.5.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม

บลูมได้แบ่งการเรียนรู้เป็น 6 ระดับ

- 1) ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge) ซึ่งเป็นระดับล่างสุด
- 2) ความเข้าใจ (comprehend)
- 3) การประยุกต์ (application)
- 4) การวิเคราะห์ (analysis) สามารถแก้ปัญหา ตรวจสอบได้
- 5) การวิเคราะห์ (synthesis) สามารถนำส่วนต่างๆ มาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ได้ให้แตกต่างจากรูปเดิม เน้น โครงสร้างใหม่
- 6) การประเมินค่า (Evaluation) วัดได้ และตัดสินใจว่าจะอะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด

1.5.5 ทฤษฎีการเรียนรู้ของของ Bruner (Bruner)

- 1) ความรู้ถูกสร้างหรือหล่อหลอมโดยประสบการณ์
- 2) ผู้เรียนมีบทบาทรับผิดชอบต่อการเรียน
- 3) ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความหมายขึ้นมาจากแง่มุมต่างๆ
- 4) ผู้เรียนอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง
- 5) ผู้เรียนเลือกเนื้อหาและกิจกรรมเอง
- 6) เนื้อหาควรถูกสร้างในภาพรวม

1.6 การวัดความรู้

ผู้ที่จะจัดได้ว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องใดๆนั้น จะต้องมียุติกรรมทางจิตวิทยา 2 ประการ คือ จำเรื่องราวนั้นได้ กับระลึกเรื่องราวนั้นออก ความจำ (memory) เป็นส่วนที่รับเก็บไว้ในส่วนตัว ความระลึก (recall) เป็นฝ่ายนำออกจากตัว การที่มีผู้กล่าวว่า “รู้แต่พูดไม่ถูก” หรือ “รู้แต่นึกไม่ออก” แท้จริงแล้วคือยังไม่มีความรู้ในเรื่องนั้นอย่างชัดเจน หรืออาจรู้แล้วแต่ยังไม่เข้าใจอย่างแท้จริง เพราะเรายังไม่ได้ตรวจสอบว่าสมองของผู้นั้นได้บันทึกเรื่องนี้ไว้จริงๆหรือเปล่า ซึ่งเราต้องอาศัยพฤติกรรมที่ผู้นั้นแสดงออกมาเป็นเครื่องช่วยชี้ว่าผู้นั้นเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนั้นๆจริงๆ หรือไม่ดังนั้นการวัดความรู้ก็คือการวัดสมรรถภาพด้านการระลึกของความจำนั่นเอง

อาจกล่าวได้ว่า การวัดความรู้ ความรู้ที่เกิดจากความจำ(knowledge)นั้นเป็นการวัดความสามารถของบุคคลในการระลึกถึงเรื่องราวหรือสิ่งที่เคยเรียนมาแล้ว เช่น คำศัพท์ นิยาม ข้อเท็จจริง หรือหลักการต่างๆ ความเข้าใจ(comprehend) การประยุกต์(application) การวิเคราะห์ (analysis)สามารถแก้ปัญหา ตรวจสอบได้ การวิเคราะห์(synthesis)สามารถนำส่วนต่างๆมาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ได้ให้แตกต่างจากรูปเดิม เน้น โครงสร้างใหม่ การประเมินค่า (Evaluation)วัดได้ และตัดสินได้ว่าอะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผล และเกณฑ์ที่แน่ชัด

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2555:1-5,1-6 อ้างถึงใน Anastasi and Urbina,1989;Stanley and Hopkins,1978;Webster,1976และอุทุมพร(ทองอุไทย) จามรมาน 2537) กล่าวว่า การวัดความรู้ นั้นส่วนมากนิยมใช้แบบทดสอบ ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญของเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ดังนี้

1. แบบทดสอบ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ (Examine) หรือใช้ในการวัด (Measure) สิ่งที่ต้องการวัด เป็นเครื่องมือที่กระตุ้นให้สมองแสดงพฤติกรรมออกมาในเชิงความสามารถของบุคคลนั้นๆ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมด้านการรู้คิด (Cognition) ความสามารถทางสมอง ความรู้ (Knowledge) เซอาน์ปัญญา (Intelligence) ศักยภาพ (Capacities)

ความถนัด (Aptitudes) ตลอดจนทักษะต่างๆ (Skills) ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มบุคคลแบบทดสอบต่างๆที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นนั้น จะต้องสร้างหรือพัฒนาให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการใช้ และสอดคล้องกับลักษณะของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่จะถูกทดสอบ ดังนั้นแบบทดสอบจึงประกอบด้วย ข้อสอบ (Test Items) จำนวนหนึ่ง ซึ่งข้อสอบนั้นหมายถึง ข้อความหรือข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายในการทดสอบและเนื้อหาสาระที่ทดสอบเฉพาะอย่าง ตลอดจนเกี่ยวข้องกับบุคคลที่ทดสอบ ข้อสอบที่สร้างขึ้นจะต้องสามารถตรวจสอบลักษณะของสิ่งที่ต้องการจะวัดและลักษณะของบุคคลที่ต้องการจะวัด ตามจุดมุ่งหมายนั้นๆ นอกจากนี้ แบบทดสอบที่ดีจะต้องมีทั้งความเที่ยง (Reliability) และความตรง (Validity) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น ข้อมูลที่แสดงความสามารถที่แท้จริง (True Ability) ของผู้รับการทดสอบ ประเภทของแบบทดสอบ จำแนกได้ 2 ประเภทคือ

1.1 แบบอัตนัย หรือแบบความเรียง (Easy Type Test) โดยให้เขียนคำตอบเป็นข้อความสั้นๆ ไม่เกิน 1-2 บรรทัด ตามความเหมาะสม

1.2 แบบปรนัย (Objective Test) ซึ่งเป็นแบบของข้อคำถามที่เป็นปรนัยที่นิยมใช้กันมาก คือ

1.3 แบบปลายเปิด เป็นการถามคำถามที่ให้ผู้ตอบระบุคำตอบหรือเขียนคำตอบด้วยตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรง ละเอียด และสะท้อนความคิดความรู้สึของผู้ตอบ เช่น แบบเติมคำ แบบเติมวลี แบบตอบคำถามสั้นๆและแบบตอบคำถามยาวๆ เป็นต้น

1.4 แบบปลายปิด แบ่งเป็น แบบเลือกตอบ โดยมีตัวเลือกให้เลือกตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป แบบใช่-ไม่ใช่ โดยมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก และให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก แบบจับคู่ เป็นต้น

สรุปได้ว่า การวัดความรู้ คือการวัดระดับความจำ ความสามารถในการคิด เข้าใจ กับข้อเท็จจริงที่ได้รับจากการศึกษาและประสบการณ์เดิม โดยผ่านกระบวนการรวบรวมและเก็บสะสมไว้ ซึ่งสามารถทดสอบได้ด้วยแบบทดสอบที่ดีมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องผ่านกระบวนการทดสอบคุณภาพ สามารถแยกบุคคลที่มีความรู้ในแต่ละระดับได้อย่างชัดเจน ซึ่งต้องมีทั้งค่าความเชื่อมั่นสูงในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และมีค่าความเที่ยงตรงด้วย

1.7 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

ศูรเกียรติ อาชานุภาพ (2551: 1181) กล่าวไว้ว่า โรคเอดส์/กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired immunodeficiency syndrome / AIDS) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human immunodeficiency virus / HIV) ซึ่งอยู่ในกลุ่ม retrovirus เชื้อนี้เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะเข้าไปเจริญอยู่ในเม็ดเลือดขาวที่มีชื่อว่า “CD4 lymphocyte” (นิยมเรียกย่อๆว่า CD4) และทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดนี้ จนในที่สุดทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง เป็นผลทำให้เกิดมะเร็งบางชนิด และ

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection ซึ่งเป็นการติดเชื้อรุนแรงจากเชื้อโรคต่างๆ ทั้งที่เป็นชนิดที่ก่อโรคในคนปกติทั่วไป และชนิดที่ปกติไม่ทำอันตรายต่อคนที่มีภูมิคุ้มกันแข็งแรง)

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (2532 : 259) โรคเอดส์ เริ่มมีรายงานเป็นครั้งแรกในเดือนมิถุนายนในปี พ.ศ. 2524 ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยรายงานว่าในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2523 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2524 พบโรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic carinii ในชายรักร่วมเพศ 5 คน ในโรงพยาบาล 3 แห่งของเมืองลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย ชายทั้ง 5 นี้ เคยเป็นคนแข็งแรงดีมาก่อน ไม่มีประวัติรับยากดภูมิต้านทานแต่อย่างใดและเคยตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าภูมิต้านทานชนิด cell-mediated immunity เลื่อนลงไป ต่อมา มีรายงานการพบผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานเสื่อมในลักษณะเดียวกันนี้จากประเทศต่างๆ เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนปัจจุบัน มีรายงานผู้ป่วยในทุกทวีปทั่วโลก

ยงค์ รงค์รุ่งเรือง 2541 : 18.1 โรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV disease) ก่อให้เกิดพยาธิสภาพสำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดฟั้งเซลล์ โดยเฉพาะ helper T – lymphocytes ซึ่งมี CD4 molecule บนผิวเซลล์ โดยจำนวนของ CD4 + T lymphocytes จะมีความสัมพันธ์ต่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections , OD) เมื่อจำนวน CD4+ T lymphocytes ลดลงมาก ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มี virulence ต่ำมากขึ้น รวมทั้งเป็นโรคมะเร็งบางชนิดที่จะเพาะต่อโรคเอดส์ เช่น มะเร็งของหลอดเลือด Kaposi's sarcoma และ primary CNS lymphoma เป็นต้น นอกจากนี้เชื้อเอชไอวียังก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อเซลล์ของระบบน้ำเหลือง ประสาทส่วนกลาง ทางเดินอาหาร และผิวหนังโดยตรง และทำให้เกิดกลุ่มอาการต่างๆจากการติดเชื้อเอชไอวีเอง

1.7.1 ไวรัสวิทยาและพยาธิกำเนิดของการติดเชื้อเอชไอวี

กานุกพงษ์ ลาภนิชพุดผล และ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง (2552 : 629-630)

เชื้อเอชไอวีเป็น retrovirus ชนิดหนึ่งในครอบครัว Retroviridae ซึ่งมีเอนไซม์ reverse transcriptase ทำหน้าที่สร้าง DNA โดยใช้ RNA เป็นแม่พิมพ์ซึ่งกลับทางกับสิ่งมีชีวิตอื่น การติดเชื้อนี้เกิดขึ้นในคนและลิงชิมแปนซี แต่จะก่อโรคได้ในคนเท่านั้น พยาธิกำเนิดที่สำคัญของโรคติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดฟั้งเซลล์ ได้แก่ การทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดฟั้งเซลล์ โดยเฉพาะ helper T- lymphocyte ซึ่งมีโมเลกุลชนิด CD4+ อยู่บนผิวเซลล์เป็นเป้าหมายและจับ (receptor) ของเชื้อเอชไอวีที่จะเข้าสู่เซลล์และเพิ่มจำนวนไวรัสเข้าสู่เซลล์อื่นต่อไปจำนวนและการทำหน้าที่ของเซลล์ลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในผู้ที่เดิมมีระดับภูมิคุ้มกันปกติ (acquired immunodeficiency) การลดลงของทีลิมโฟไซต์ CD4+ (CD4+ T – lymphocyte หรือ CD4 cell) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) และการเกิดโรคมะเร็งบางชนิด เมื่อระดับทีลิมโฟไซต์ CD4+ ลดลงมาก ผู้ป่วยจะเสี่ยง

ต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสรวมทั้งมะเร็งที่พบได้ยากในคนปกติ เช่น ปอดอักเสบจาก P. jirovecii , Kaposi's sarcoma ของหลอดเลือด มะเร็งต่อมน้ำเหลืองปฐมภูมิของสมอง นอกจากนี้ เชื้อเอชไอวี ยังก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อเซลล์ของระบบน้ำเหลืองประสาทส่วนกลาง ทางเดินอาหาร ผิวหนัง เชื้อเอชไอวีแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ไวรัสใหม่จะถูกสร้างขึ้น 10^{10} ตัว/วัน ลักษณะผันแปรทางพันธุกรรม เกิดจากการผ่าเหล่าของไวรัสขณะที่เพิ่มจำนวน ทำให้ผู้ติดเชื้อแต่ละรายมีเชื้อลักษณะต่างๆอยู่ร่วมกัน เวลาผ่านไปจะยิ่งหลากหลายมากขึ้น phenotype ของเชื้อก็เปลี่ยนแปลงไปได้ ทำให้ความไว ต่อยาต้านไวรัสเปลี่ยนแปลงไป การเลือกเชื้อต้นแบบสำหรับผลิตวัคซีนทำได้ยากขึ้น การติดต่อและการดำเนินของโรคอาจสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุกรรม การป้องกันและรักษาด้วยยาต้านไวรัสหรือ วัคซีนในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด

1.7.2 คุณสมบัติที่สำคัญของเชื้อเอชไอวี

วิวัฒน์ โจนพิทยากร (2532:264) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติที่สำคัญของเชื้อเอชไอวี ไว้ดังนี้

1. มี genome เป็น single – stranded RNA จำนวน 2 สาย
2. มีเอนไซม์ reverse transcriptase ทำหน้าที่สร้าง DNA ซึ่งจะเข้าไปแฝงตัวเชื่อมกับ host DNA ในเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte หรือเซลล์อย่างอื่นของมนุษย์
3. มี icosahedral capsid ล้อมรอบด้วยเปลือกหุ้ม (envelope) ซึ่งมีส่วนโปรตีนยื่นออกไปโดยรอบ (spike)
4. มีความจำเพาะต่อเซลล์มนุษย์ที่มี CD4 antigen อยู่บนผิว ซึ่งได้แก่ T4 lymphocyte , monocyte , macrophage และเซลล์ประสาทโปรตีนที่เป็นส่วนประกอบของไวรัสแบ่งออกได้เป็น โปรตีนที่เป็นแกนกลาง (core proteins) ประกอบด้วยโปรตีน P55 ซึ่งแยกเป็น P24 , P18 , P15 และ โปรตีนส่วนที่เป็นเปลือกหุ้ม(envelope proteins) ประกอบด้วย glycoprotein 160 (GP160) ซึ่งแยกออกเป็น GP120 และ GP41 โปรตีนแต่ละตัวมีความสำคัญในกระบวนการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ทางห้องปฏิบัติการ

1.7.3 พยาธิสภาพ

เมื่อเชื้อเอดส์เข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อ จะมีกระบวนการเกิดขึ้นหลายขั้นตอนคือ

1. เชื้อไวรัสจะเกาะติดกับ CD4 receptors บนผิวของเซลล์ที่มี CD4 antigen ได้แก่ เม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte , monocyte , macrophage และเซลล์สมอง
2. เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านทำลุน้ำเซลล์และถอดเปลือกหุ้มออก

3. สร้าง DNA จาก RNA โดยใช้เอนไซม์ reverse transcriptase แล้ว DNA จะรวมตัวกับ DNA ของมนุษย์และแฝงตัวอยู่ในเซลล์

4. เมื่อมีการกระตุ้น ทำให้มีการสร้าง RNA จาก DNA ของไวรัส RNA ที่สร้างขึ้นนี้มีทั้งที่เป็น genome และ messenger RNA ที่จะสร้างโปรตีนประกอบกันเป็น nucleocapsid

5. มีการแตกหน่อ (budding) ออกจากเซลล์เดิมโดยได้เปลือกหุ้มจากผิวของเซลล์ และไปเพิ่มจำนวนในเซลล์อื่นๆต่อไป ส่วนเซลล์เดิมก็จะตายไป ทำให้จำนวน lymphocyte ลดลง

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (2532 :264-265) ได้กล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงใน host ตลอดช่วงเวลาที่ติดเชื้อมีดังต่อไปนี้

1. เมื่อเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกาย แทรกตัวเข้าไปในเซลล์สร้าง DNA แฝงอยู่ใน DNA ของ host cell นั้นร่างกายของผู้ติดเชื้อยังไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงเลย

2. ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-3 หลังจากติดเชื้อไวรัสที่แฝงอยู่ในเซลล์จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วและปล่อยไวรัสจำนวนมากเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะ viremia ในระยะนี้ ถ้ามีการตรวจเลือดและสามารถตรวจหาไวรัสในห้องทดลอง เช่นทำการเพาะเชื้อ จะสามารถพบไวรัสได้

3. ต่อมา ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 เป็นต้นไป ร่างกายจะสร้างแอนติบอดีต่อไวรัสเพื่อทำลายเชื้อที่แปลกปลอม ทำให้เชื้อไวรัสหายไปจากกระแสเลือด เมื่อถึงระยะนี้ จะตรวจพบแอนติบอดี ซึ่งช่วยให้ตรวจสอบได้ว่าร่างกายติดเชื้อเอชไอวี โดยทั่วไป การสร้างแอนติบอดีจะเริ่มในสัปดาห์ที่ 6 ถึง 12 แต่บางรายอาจช้ากว่านี้

4. トラบเท่าที่ร่างกายยังสร้างแอนติบอดีอยู่ ก็อาจตรวจไม่พบไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด แต่ก็ยังมีเชื้อที่แฝงตัวอยู่ในเซลล์เป็นเวลานานๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อยังคงไม่มีอาการและจะรู้ว่าติดเชื้อก็จากการตรวจหาแอนติบอดีในเลือดเท่านั้น

5. ในระยะสุดท้าย ไวรัสแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ T4 ถูกทำลายลดจำนวนลง ในขณะที่ระดับแอนติบอดีก็ลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปและเกิดโรคติดเชื้อหรือโรคมะเร็งเข้าแทรกซ้อนทำอันตรายจนถึงแก่ชีวิต

1.7.4 ความสำคัญและการระบาดวิทยาของโรคเอดส์

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2551 : 1882) ได้กล่าวถึง การแพร่โรคเอดส์ คือแม้ว่าเชื้อไวรัสเอดส์จะมีในของเหลวที่ออกจากส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น เลือด น้ำกาม น้ำในช่องคลอด น้ำตา น้ำลาย เป็นต้น แต่พบว่า โอกาสที่จะแพร่โรคมิเฉพาะทางเลือด น้ำกาม และน้ำในช่องคลอด

เท่านั้น ดังนั้นโรคนีจึงแพร่ได้โดยการมีเพศสัมพันธ์ โดยทางเลือดที่ปนเชื้อและโดยทางมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารก

1) การแพร่ทางเพศสัมพันธ์

โรคเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิงและหญิงสู่ชาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ ชายบริการ หญิงอาชีพพิเศษหรือหญิงบริการ คู่นอนของผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ ชายรักร่วมเพศ โอกาสที่ติดเชื้อขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ และชนิดของเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2) การแพร่ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด

การรับเชื้อทางเส้นเลือดเป็นวิธีการแพร่โรคที่ได้ผลที่สุด โอกาสติดเชื้อขึ้นกับปริมาณของไวรัสที่มีอยู่ในเลือด การแพร่โรคทางเลือดนี้ พบได้บ่อยใน 3 กรณีคือ

- (1) การรับเลือดขณะทำการผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด
- (2) การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ
- (3) การรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อ หรือการผสมเทียมโดยรับอสุจิของผู้ติดเชื้อ

3) การแพร่ทางมารดาสู่ทารก

โรคเอดส์สามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอด หรือระยะหลังคลอด โอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อประมาณ 20-50%

จากการศึกษาในประเทศต่างๆเท่าที่ผ่านมา ไม่ปรากฏว่า โรคเอดส์จะแพร่ทางอื่นๆอีกเลย นอกจากที่กล่าวมาแล้ว การอาศัยในชุมชนที่แออัด การใช้ห้องน้ำร่วมกัน หรือใช้ครัว ภาชนะเครื่องครัว จานแก้ว หรือผ้าเช็ดตัว ใบบิด โคน แปรงสีฟัน ร่วมกับผู้ป่วยก็ไม่ทำให้เกิดเชื้อ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร 2527 :259-260) รวมทั้ง การหายใจ ไอ จามรดกัน การว่ายน้ำในสระ หรือเล่นกีฬาร่วมกัน การอยู่ในห้องเรียน ห้องทำงาน ยานพาหนะหรือการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ การสัมผัส โอบกอด การใช้โทรศัพท์ร่วมกัน การถูกยุงหรือแมลงกัดก็ไม่ทำให้เกิดเชื้อเอดส์เช่นกัน

บุคลากรที่ติดเชื้อเอดส์จากการปฏิบัติงานเกิดจากเชื้อเข้าร่างกายโดยกลไกต่อไปนี้(สมหวัง ด่านชัยวิจิตร 2539:95)

- (1) ถูกของมีคมตำหรือบาด พบได้ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อ
- (2) เชื้อเข้าทางเยื่อเมือก เช่น ตา ปาก ฯลฯ พบได้น้อยไม่ถึงร้อยละ 10 ของสาเหตุของการติดเชื้อ
- (3) เชื้อเข้าทางบาดแผลที่มีการเปิดของผิวหนังพบได้ไม่มาก
- (4) เชื้อเข้าทางผิวหนังที่มีผื่น

(5) เข้าทางผิวหนังปกติเกิดได้น้อยมาก พบในกรณีที่สัมผัสเชื้อเอชไอวี ปริมาณมากๆ ในห้องทดลอง

1.7.5 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทำได้โดย

1) ตรวจสอบเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี การตรวจเบื้องต้นอาศัยวิธี enzyme immunoassay หรือ EIA ซึ่งมีความไวมากกว่าร้อยละ 99.5 และตรวจได้ทั้งแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี -1 และเอชไอวี -2

2) เมื่อตรวจพบแอนติบอดีโดยวิธี EIA แพทย์ต้องตรวจยืนยันด้วยวิธี Western blot

ปัจจุบันมีวิธีการตรวจเบื้องต้นอีกวิธีหนึ่งซึ่งเร็วและตรวจเลือดจากปลายนิ้วมือ คือ วิธี Oraquick ซึ่งใช้การตรวจตัวอย่างที่เป็นของเหลวจากช่องปากได้ด้วย เมื่อตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี -1 ด้วยวิธี Oraquick แพทย์ต้องตรวจยืนยันด้วยวิธี Western blot เช่นเดียวกัน (ภานุพงษ์ ลาภพนิชพูลผล และ ชงค์ รุ่งเรือง 2552 : 630)

บุคคลที่ควรได้รับการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีได้แก่ ผู้ชายที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ ผู้ชายเสพติดชนิดฉีด ผู้มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ผู้หญิงขายบริการทางเพศโดยมิได้ป้องกัน ผู้มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือกับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อเอชไอวี เช่น เชื้อราในปาก ต่อม้ำเหลืองโตทั้งร่างกายที่ไม่ทราบสาเหตุ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ วัณโรค การติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ ผู้ที่มีอาการแสดงของ acute retroviral syndrome หญิงตั้งครรภ์ ผู้ถูกกระทำทางเพศ ผู้ได้รับของมีคมจากผู้ป่วยตำหรือบาด และผู้ที่สมัครใจขอตรวจ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 3 เดือนก่อนการตรวจ ควรได้รับการตรวจซ้ำอีกเมื่อ 6 , 12 และ 24 สัปดาห์ เพราะแอนติบอดีอาจยังไม่ปรากฏภายใน 3 เดือนแรกหลังได้รับเชื้อ (ภานุพงษ์ ลาภพนิชพูลผล และ ชงค์ รุ่งเรือง 2552 :631)

1.7.6 ธรรมชาติของการดำเนินโรค

ปราโมทย์ ธีรพงษ์ (2546 : 74-83) หลังจากการสัมผัสและเกิดการติดเชื้อเอชไอวีขึ้นแล้ว หากมิได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โรคติดเชื้อเอชไอวี จะมีการดำเนินโรคต่อไปจนกระทั่งปรากฏกลุ่มอาการเอดส์เต็มขั้น ในปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญเห็นร่วมกันว่า ควรจะแบ่งระยะของการดำเนินโรค เพื่อประโยชน์ในทางคลินิกซึ่งหลายสถาบันอาจแบ่งระยะต่างๆ ของโรคไม่เหมือนกัน เช่นของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) , World Health Organization (WHO) , Waiter Reed , กระทรวงสาธารณสุขของไทย นอกจากนี้การให้คำนิยามเพื่อการวินิจฉัยโรคเอดส์เพื่อการเฝ้าระวังก็อาจไม่เหมือนกันด้วย

องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) ได้เสนอวิธีการแบ่งระยะการติดเชื้อ HIV โดยอาศัยอาการทางคลินิก และจำนวนเม็ดน้ำเหลือง โดยวิธีนี้ได้แบ่งระยะการติดเชื้อเอชไอวี ออกเป็น 4 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ไม่มีอาการหรือมีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป (persistent generalized lymphadenopathy ,PGL) ถ้ามี lymphocytes มากกว่า $2,000 \times 10^6$ เซลล์ / ลิตร และ CD4+ T cell ระหว่าง 200-500 เซลล์/ลิตร เรียกว่า 1B และถ้ามี lymphocytes น้อยกว่า $1,000 \times 10^6$ เซลล์ / ลิตร และ CD4 + T cell น้อยกว่า 200 เซลล์ / ลิตร

กลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มแรกเป็นโรค (Early stage disease) ได้แก่ น้ำหนักลดลงน้อยกว่า 10% มีการแสดงการติดเชื้อที่ผิวหนังและ mucosa เล็กน้อย , มีอาการแสดงของโรคภูมิตกภายใน 5 ปี , มีการติดเชื้อทางเดินหายใจตอนบนซ้ำ และถึงแม้จะมีอาการของโรค แต่มี activity ปกติ กลุ่มนี้แบ่งย่อยเป็น 2A , 2B และ 2C โดยใช้ระดับ ของ lymphocytes และ CD4+ T cell ช่วยในการแบ่งเช่นเดียวกับในกลุ่มที่ 1

กลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเป็นโรคระยะกลาง (Intermediate stage disease) ได้แก่ น้ำหนักลดลงมากกว่า 10% , ท้องเสียเรื้อรังโดยไม่สามารถอธิบายได้มานานกว่า 1 เดือน , มีไข้เรื้อรังโดยไม่สามารถอธิบายได้มานานกว่า 1 เดือน , ติดเชื้อรา Candida ในปาก , hairy leucoplakia ในปาก , เป็นวัณโรคปอดภายใน 1 ปี , ติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรง และ / หรือ ต้องนอนอยู่บนเตียงน้อยกว่า 50% ของแต่ละวันในเดือนที่ผ่านมา กลุ่มนี้แบ่งย่อยเป็น 3A , 3B , 3C โคนใช้ระดับของ lymphocytes และ CD4+ T cell ช่วยในการแบ่ง เช่นเดียวกับในกลุ่มที่ 1

กลุ่มที่ 4 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเป็นโรคระยะท้าย (Late stage disease) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ตามที่เสนอ โดย CDC (1987) ทั้งโดยที่ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และที่ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผู้ป่วยที่ต้องอยู่บนเตียงมากกว่า 50% ของแต่ละวันในเดือนที่ผ่านมา กลุ่มนี้แบ่งย่อยเป็น 4A , 4B , 4C โดยใช้ระดับของ lymphocytes และ CD4+ T cell ช่วยในการแบ่งเช่นเดียวกับในกลุ่มที่ 1

การวินิจฉัยโรคเอดส์เพื่อการเฝ้าระวังโรคในประเทศไทยได้วินิจฉัยจาก

1) ตรวจเลือดพบการติดเชื้อ HIV ร่วมกับมีอาการแสดง หรือโรคที่แสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่องอย่างน้อยหนึ่งอย่างในบรรดาโรคหรือกลุ่มอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้ คือ ติดเชื้อรา candida ที่หลอดอาหาร หลอดลมหรือปอด , ติดเชื้อรา coccidioidomycosis แพร่กระจายตามอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองข้อต่อหรือที่คอ , ติดเชื้อรา cryptococcosis ติดเชื้อรา histoplasmosis แพร่กระจายตามอวัยวะต่างๆ , ติดเชื้อรา Penicillium marneffei , เกิดปอดอักเสบ หรือปอดบวมจากแบคทีเรียซ้ำมากกว่า 1 ครั้งต่อปี , ติดเชื้อวัณโรค

ในหรือนอกปอด , ติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือ M. kansasii , ติดเชื้อ Mycobacterium species อื่น หรือ species ที่ยังไม่ทราบอย่างแพร่กระจาย หรือนอกปอด, ปอดอักเสบจาก Pneumocystic carinii , ติดเชื้อ Herpes simplex นานเกิน 1 เดือน , จากการติดเชื้อ cryptosporidiosis, อุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน จากการติดเชื้อ isosporiasis , salmonella septicemia ซ้ำๆ , Kaposi sarcoma , มะเร็งปากมดลูกลุกลาม (invasive cervical cancer) , primary lymphoma ในสมอง , Burkitt's lymphoma , immunoblastic lymphoma , wasting syndrome (slim disease, emaciation)

2) ติดเชื้อ HIV และตรวจพบ CD4+ T lymphocytes น้อยกว่า 200 เซลล์ / ไมโครลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง ผู้ป่วยอาจยังไม่ปรากฏโรคหรือกลุ่มอาการของโรคใดโรคหนึ่ง หรือการวินิจฉัยยังไม่แน่นอน

3) เด็กทารกที่ติดเชื้อ HIV จากแม่ (vertical transmission) และวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ต้องมี major signs อย่างน้อย 2 อย่าง และ minor signs อย่างน้อย 2 อย่าง ถ้าเป็นเด็กทารกที่ตายก่อนอายุ 15 เดือนต้องมี major signs อย่างน้อย 1 อย่าง และ minor signs อย่างน้อย 1 อย่าง อนึ่ง major signs 4 อย่าง ได้แก่ น้ำหนักลดหรือ failure to thrive , ท้องเสียเรื้อรังหรือเป็นซ้ำๆ มากกว่า 1 เดือน , มีไข้เรื้อรังหรือเป็นบ่อยๆมากกว่า 1 เดือน , ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างตลอดหรือรุนแรง ส่วน major signs 6 อย่าง ได้แก่ ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป (generalized lymphadenopathy) หรือตับม้ามโต (hepatosplenomegaly) , ฝ้าขาวในปากจากเชื้อรา , เป็นโรคติดเชื้อธรรมดาบ่อย เช่น คอหอยอักเสบ , หูอักเสบ , ไอเรื้อรัง , ผิวหนังอักเสบตามตัวทั่วไป , ได้รับการตรวจยืนยันว่ามารดาหรือทารกติดเชื้อ HIV

การวินิจฉัยว่าผู้ติดเชื้อ HIV อยู่ในระยะมีอาการ (symptomatic) นั้น วินิจฉัยจากการที่ผู้ติดเชื้อมีอาการต่อไปนี้

- ติดเชื้อรา Candida ในปาก หรือ hairy leukoplakia
- เป็นโรคผิวหนังมากกว่า 1 dermatome
- ระบบประสาทส่วนกลางทำงานผิดปกติ
- ท้องเสียนานกว่า 1 เดือน
- มีไข้ นานกว่า 1 เดือน
- ผ่ายผอมมาก (cachexia) หรือน้ำหนักลดมากกว่า 10 %
- Asthenia นานกว่า 1 เดือน
- ผิวหนังอักเสบเป็นเวลานานกว่า 1 เดือน

- ซีด (anemia) , เม็ดน้ำเหลืองต่ำ (lymphopenia) , เกร็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia)
- ไอเรื้อรังตลอดหรือปอดอักเสบใดๆ นานกว่า 2 เดือน (ยกเว้นวัณโรค)
- ต่อม้ำเหลืองโตมากกว่า 1 ซม. อย่างน้อย 2 แห่ง ที่ไม่ใช่ต่อม้ำเหลืองที่ขาหนีบนานกว่า 1 เดือน

1.7.7 อาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี

สุรเกียรติ์ อาชานุกภาพ (2551 : 1182-1185) กล่าวว่าเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างกันไป สุดแล้วแต่จำนวนของเชื้อและระดับภูมิคุ้มกัน (จำนวน CD4) ของร่างกาย ดังนั้นโรคนี้จึงสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะด้วยกันดังนี้

1) ระยะเริ่มแรกของการติดเชื้อเอชไอวี (primary HIV infection หรือ acute retroviral syndrome) ระยะนี้นับตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งร่างกายเริ่มสร้างสารภูมิต้านทาน กินเวลาประมาณ 1-6 สัปดาห์ หลังติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว ผื่นขึ้น ต่อม้ำเหลืองที่คอโต บางรายอาจมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว น้ำหนักลด หรือมีฝ้าขาวในช่องปาก อาการเหล่านี้มักจะเป็นอยู่ 1-2 สัปดาห์ (บางรายเพียง 2-3 วัน บางรายอาจนานถึง 10 สัปดาห์) แล้วหายไปได้เอง เนื่องจากอาการคล้ายกับไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่หรือไข้ทั่วไป ผู้ป่วยอาจซื้อยารักษาเอง หรือเมื่อไปพบแพทย์ก็อาจไม่ได้รับการตรวจเลือด นอกจากนี้บางรายหลังติดเชื้อ อาจไม่มีอาการผิดปกติปรากฏให้เห็น ดังนั้น ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จึงมักไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะนี้ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจมีอาการรุนแรง มีอาการสมองอักเสบหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการอยู่นานหรือรุนแรง มักดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้นในเวลาสั้นๆ ถ้ามีจำนวน CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ / ลบ.มม. ก็อาจเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้

2) ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยอยู่ช่วงขณะดังกล่าวมักจะแข็งแรงเป็นปกติเหมือนคนทั่วไป แต่การตรวจเลือดจะพบเชื้อเอชไอวีและสารภูมิต้านทานต่อเชื้อชนิดนี้และสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ เรียกว่าเป็น พาหะ(carrier) ระยะนี้แม้ว่าจะไม่มีอาการ แต่เชื้อเอชไอวีจะแบ่งตัวเจริญขึ้นไปเรื่อยๆ และทำลาย CD4 จนมีจำนวนลดลงโดยเฉลี่ยประมาณปีละ 50-75 เซลล์ / ลบ.มม. จากระดับปกติ (คือ 600-1,000 เซลล์) เมื่อลดต่ำลงมากๆ ก็จะเกิดอาการเจ็บป่วย ทั้งนี้อัตราการลดลงของ CD4 จะเร็วช้าขึ้นกับความรุนแรงของเชื้อเอชไอวี และสภาพความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ระยะนี้มักจะเป็นอยู่นาน 5-10 ปี บางรายอาจสั้นเพียง 2-3 เดือน แต่บางรายอาจนานกว่า 10-15 ปี ขึ้นไป

3) ระยะติดเชื้อที่มีอาการ เดิมเรียกว่า ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS related complex / ARC) ผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นกับจำนวน CD4 ดังนี้

ก. อาการเล็กน้อย ระยะนี้ถ้าตรวจ CD4 จะมีจำนวนมากกว่า 500 เซลล์ / ลบ.มม. ผู้ป่วยอาจมีอาการดังนี้

- ต่อม้ำเหลืองที่คอโตเล็กน้อย
- โรคเชื้อราที่เล็บ
- แผลอัฟทัส
- ผิวหนังอักเสบชนิดเก้ดครั้งแคที่ไรผม ของงุมก รีมฝีปาก
- ฝ้าขาวข้างลิ้น (hairy leukoplakia) ซึ่งเกิดจากเชื้อ ไรวัส อีบีวี

(Epstein – Barr virus / EBV) มีลักษณะเป็นฝ้าขาวที่ด้านข้างลิ้น ซึ่งขูดไม่ออก

- โรคไซริอาซิส ที่เคยเป็นอยู่เดิมกำเริบ

ข. อาการปานกลาง ระยะนี้ถ้าตรวจ CD4 จะมีจำนวนระหว่าง 200- 500 เซลล์ / ลบ.มม. ผู้ป่วยอาจมีอาการทางผิวหนังและเยื่อช่องปากแบบข้อ ก หรือไม่มีก็ได้ อาการที่อาจพบได้มีดังนี้

- รีม ที่ริมฝีปาก หรืออวัยวะเพศซึ่งกำเริบบ่อย และเป็นแผลเรื้อรัง
- งูสวัด ที่มีอาการกำเริบอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือพร้อมกันมากกว่า 2 แห่ง
- โรคเชื้อราในช่องปาก หรือช่องคลอด
- ท้องเดินบ่อย หรือเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน
- ไข้เกิน 37.8 ° C แบบเป็นๆ หายๆ หรือติดต่อกันนานเกิน 1 เดือน
- ต่อม้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน

(เช่น คอ รักแร้ ขาหนีบ) นานเกิน 3 เดือน

- น้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ
- ปวดกล้ามเนื้อและข้อ
- ไชน์สอกเสบเรื้อรัง
- ปอดอักเสบจากแบคทีเรีย ซึ่งเป็นซ้ำบ่อย

4) ระยะป่วยเป็นเอดส์ (เอดส์เต็มขั้น) ระยะนี้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ ถ้าตรวจ CD4 จะพบมีจำนวนต่ำกว่า 200 เซลล์ / ลบ.มม. เป็นผลทำให้เชื้อโรคต่างๆ เช่น เชื้อรา ไรวัส แบคทีเรีย โพรโตซัว วัณโรค เป็นต้น ฉวยโอกาสรุมเร้า เรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรักษาเชื้อที่ค่อนข้างยาก และอาจติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำอย่างเดียวหรือติดเชื้อชนิดใหม่หรือติดเชื้อหลายชนิดร่วมกัน ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการดังนี้

- เหงื่อออกมากตอนกลางคืน
- ไข้หนาวสั่น หรือไข้สูงเรื้อรังติดต่อกันหลายสัปดาห์หรือเป็นแรมเดือน
- ไอเรื้อรัง หรือหายใจหอบเหนื่อยจากวัณโรคปอด หรือปอดอักเสบ
- ท้องเดินเรื้อรัง จากเชื้อราหรือโปรโตซัว
- น้ำหนักลด รูปร่างผอมแห้ง และอ่อนเปลี้ยเพลียแรง
- ปวดศีรษะรุนแรง ชัก สับสน ซึม หรือหมดสติจากการติดเชื้อในสมอง
- แขน ขา ชา หรืออ่อนแรง
- ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน
- กลืนลำบาก หรือเจ็บ เวลากลืน เนื่องจากหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา
- สายตาพร่ามัว มองไม่ชัด หรือเห็นเงาหยากไข่ลอยไปมาจากจอตา

อักเสบ

- ตกขาวบ่อย
- มีผื่นคันตามผิวหนัง (papulopruritic eruption)
- ซีด
- มีจุดแดงจ้ำเขียวหรือเลือดออกจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ หรือ ไอทีพี
- สับสน ความจำเสื่อม หรือหลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมผิดปกติ

ไปจากเดิม เนื่องจากความผิดปกติของสมอง

- อาการของโรคมะเร็งมีเกิดแทรกซ้อน เช่น มะเร็งของผนังหลอดเลือดที่

เรียกว่า Kaposi's sarcoma (KS) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในสมอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งทวารหนัก เป็นต้น

ในเด็ก ที่ติดเชื้อ เอชไอวี ระยะแรกอาจมีอาการน้ำหนักตัวไม่ขึ้นตามเกณฑ์ เมื่อโรคลุกลามมากขึ้นก็อาจมีอาการเดินลำบากหรือพัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ และเมื่อเป็นเอดส์เต็มขั้น นอกจากมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบเดียวกับผู้ใหญ่แล้ว ยังอาจพบว่าหากเป็นโรคที่พบทั่วไปในเด็ก (เช่น หูชั้นกลางอักเสบ ปอดอักเสบ ทอนซิลอักเสบ ก็มักจะมีอาการรุนแรงมากกว่าปกติ

1.7.8 ปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์

1) ปริมาณเชื้อเอดส์ที่ได้รับ หากได้รับเชื้อเอดส์มาก โอกาสติด โรคเอดส์ก็จะสูงขึ้นไปด้วย โดยเชื้อเอดส์จะพบมากที่สุดในเลือด รองลงมาคือน้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด

2) หากมีบาดแผล จะทำให้เชื้อเอดส์เข้าสู่บาดแผล ซึ่งบาดแผลต้องมีความลึกพอสมควร และต้องเป็นแผลสด ส่วนแผลที่แห้งตกสะเก็ดแล้วพบว่าโอกาสจะรับเชื้อเอดส์เข้าสู่บาดแผลก็ลดลงด้วย

3) จำนวนครั้งของการสัมผัส หากสัมผัสเชื้อโรคบ่อย ก็มีโอกาที่จะติดเชื้อมากขึ้นด้วย

4) การติดเชื้ออื่นๆ เช่นแผลริมอ่อน แผลริม ทำให้มีเม็ดเลือดขาวอยู่ที่แผลจำนวนมากจึงรับเชื้อเอดส์ได้ง่าย และเป็นหนทางให้เชื้อเอดส์เข้าสู่แผลได้เร็วขึ้น

5) สุขภาพของผู้รับเชื้อ หากสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ในขณะนั้น ก็ย่อมมีโอกาสที่จะรับเชื้อได้ง่ายขึ้น

1.7.9 การรักษาผู้ติดเชื้อ HIV

1) การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นวิธีที่สำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะเป็นกระบวนการแรกที่บุคคลต้องการได้รับคำปรึกษา โดยเริ่มตั้งแต่การมาขอรับบริการเจาะเลือด ไปจนกระทั่งการแจ้งผลการตรวจเลือด เนื่องจากกระบวนการให้คำปรึกษาจะมีความสำคัญในการลดผลกระทบทางจิตใจตลอดจนเป็นการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การวางแผนการรักษาการจัดการกับสภาพจิตใจ การดำเนินชีวิตเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทักษะในการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

2) การให้ยาต้านเชื้อเอชไอวี (Antiretroviral therapy) (ปราโมทย์ ธีรพงษ์ 2546 : 163-165) ตามทฤษฎีเราสามารถที่จะยับยั้งการติดเชื้อของไวรัสได้ตั้งแต่จุดเริ่มต้นที่ไวรัสเข้าเกาะจับเซลล์เจ้าบ้านเข้าเซลล์ เพิ่มจำนวน จนกระทั่งถึงจุดที่แตกออกจากเซลล์ ร่วมกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการรักษาอาการและการรักษาประคับประคอง แต่เนื่องจากยังไม่มีทางกำจัดไวรัสให้หมดและฟื้นฟูภูมิคุ้มกันให้กลับมาปกติ ดังนั้นการรักษาในปัจจุบันจึงพยายามลดจำนวนไวรัสให้มากที่สุดเป็นเวลานานที่สุด กดไม่ให้ไวรัสเพิ่มจำนวน หยุดยั้งการลดลงของภูมิคุ้มกันของร่างกายและพยายามเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายให้มากขึ้น และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเกิดผลร้ายจากการติดเชื้อไวรัส HIV ทั้งทางตรง หรือทางอ้อม วิธีที่ดีที่สุดของการรักษาในปัจจุบันคือ การให้ยาต้านไวรัสหลายตัวร่วมกัน ซึ่งพบว่าได้ผลดีกว่าใช้ยาเพียงลำพังตัวเดียว

ยาต้านเรโทรไวรัส

ปัจจุบันยาที่นำมาใช้รักษาผู้ติดเชื้อ HIV และ โรคเอดส์ในทางคลินิก

มี 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase ของไวรัส

(reverse transcriptase inhibitors' RTI) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ไวรัสใช้สร้าง proviral dsDNA ในระยะที่เข้าติดเชื้อเซลล์ (establishment phase) จึงไม่มีผลกับเซลล์ที่ติดเชื้อเรียบร้อยแล้วและไวรัสได้เพิ่มจำนวนแล้ว เพราะไวรัสสร้าง proviral dsDNA แล้วและได้เข้ารวมกับโครโมโซมของเซลล์เรียบร้อยแล้ว

2. กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ protease ของไวรัส (protease inhibitor , PI) ยากออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส (replication หรือ expression phase) ในเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัสแล้ว ทำให้ได้ไวรัสที่ไม่สมบูรณ์แตกออกมาและไม่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ยาที่มีผลที่ความเข้มข้นต่ำมาก (nanomolar) และเมื่อใช้ร่วมกับยา RTIs จะเสริมฤทธิ์กัน

1.7.10 ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านเอชไอวี

ถนอมศักดิ์ อเนกธนานนท์ (2548 : 545-547)กล่าวว่า โอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะกลายเป็นเอดส์ขึ้นกับระดับ CD4 cell count และปริมาณ plasma HIV ดังนั้นการพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัสให้พิจารณาทั้งอาการ ระดับ CD4 cell count และ plasma HIV RNA สำหรับผู้ติดเชื้อที่ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีมาก่อนและมี CD4 cell count $> 350 \text{ cell / mm}^3$ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมี HIV RNA load สูงเพียงใด ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่จะยังไม่เริ่มให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วย แต่ควรติดตามดูอาการและ CD4 cell count เป็นระยะ เช่นทุก 3-4 เดือน เพื่อช่วยในการพิจารณาเริ่มให้ยาต้านไวรัสหรือเป็นตัวบ่งชี้ในการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

เป้าหมายของการรักษา

1. เพื่อลด morbidity และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี
2. เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น
3. เพื่อสงวนหรือแก้ไขภูมิคุ้มกันที่เสียไป
4. ลดปริมาณไวรัสให้ต่ำที่สุดและนานที่สุด ปริมาณไวรัสใน plasma

เป็นตัวบ่งชี้การดำเนินโรคที่ดีที่สุด

ปัจจัยที่ทำนายผลสำเร็จของการรักษาในระยะยาวได้แก่

1. Potency ของสูตรยาต้านเอชไอวีที่ใช้
2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
3. ปริมาณ plasma viral load ก่อนเริ่มยาค่า

4. Plasma HIV ลดลงมากกว่า 1-4 log₁₀ ใน 1-4 เดือนหลังรักษา

ประโยชน์จากการไม่เริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วเกินไป

1. หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยาทั้งผลต่อคุณภาพชีวิตและพิษจากยา
2. สงวนยาไว้ใช้รักษาในอนาคต
3. ชะลอการเกิดเชื้อดื้อยาในกรณีที่ไม่สามารถลดปริมาณไวรัสได้เต็มที่
4. ให้ความแก่ผู้ป่วยมีโอกาสทำความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของ

การรักษา

5. มีเวลามากขึ้นในการรอ / เลือดยาที่แรงขึ้น ผลข้างเคียงน้อยลงและผล

การศึกษาเกี่ยวกับสูตรยาด้านเอชไอวีที่ดีกว่า

ความเสี่ยงในการเริ่มยาด้านเอชไอวีช้า

1. ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเสียหายไปมากจนไม่สามารถกลับคืนมา
 2. ความเสี่ยงในการดำเนินโรคเป็นเอดส์
 3. เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ยังไม่ได้รับการรักษา
- การใช้ Immunotherapy ในปัจจุบันมีการพัฒนาการรักษาด้วย

Immunotherapy หลายชนิดได้แก่

- HIV – Specific therapeutic vaccine เป็นวัคซีนซึ่งอยู่ในการศึกษาวิจัยทางคลินิกในระยะที่ 3 ยังต้องรอเวลาในการพัฒนา
 - Cytokine therapy มีการศึกษาวิจัยเป็นเวลานานและทราบว่า Interleukin-2 (IL-2) สามารถเพิ่มจำนวน CD4 ได้แต่ยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด
 - Intravenous immunoglobulin การศึกษาวิจัยพบว่า
- การให้ Immunoglobulin ทางหลอดเลือดดำจะลดการติดเชื้อจากแบคทีเรียได้แต่ยังต้องรอการศึกษาเพื่ออธิบายกลไกการเกิดและประสิทธิผลให้ชัดเจนต่อไป

การรักษาด้วย Gene therapy ในอนาคตคาดว่าจะเป็นอย่างอื่นรูปแบบหนึ่งในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพัฒนาวิธีการควบคุมยีนของเชื้อเอชไอวีและเซลล์ของมนุษย์เพื่อจะระงับไม่ให้เชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ในเซลล์สามารถแสดงตัวให้มีการสร้างเชื้อเอชไอวีใหม่ได้

การรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นตามชนิดของการติดเชื้อ

1.7.11 การดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล

สุริพร ธนศิลป์ (2538 :68) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพทั่วไปนับเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อ และการเกิดอุบัติเหตุดังนี้

1. ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการล้างมือก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง และบุคลากรที่เป็นโรคติดเชื้อ ต้องงดเว้นการดูแลผู้ป่วย หรือหากจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ผ้าปิดปากปิดจมูกในรายที่เป็นไข้หวัด

2. จำกัดผู้เยี่ยม ไม่ควรให้มีผู้เยี่ยมมากเกินไป และผู้เยี่ยมชมต้องไม่เป็นโรคติดเชื้อใดๆ

3. ดูแลทำความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะผิวหนัง ผม เล็บ ช่องปาก อวัยวะสืบพันธุ์และบริเวณทวารหนัก อย่างสม่ำเสมอ ในรายที่ช่วยเหลือตนเองได้ ส่งเสริมให้ทำความสะอาดในช่องปากด้วยตนเอง

4. ดูแลทำความสะอาดของสิ่งแวดล้อม หากมีเลือดหรือสารคัดหลั่งจากตัวผู้ป่วยเปื้อนพื้น ควรเช็ดออกด้วยกระดาษและทิ้งในถังขยะติดเชื้อ จากนั้นทำความสะอาดด้วยน้ำยา สำหรับเสื้อผ้าผู้ป่วยที่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งให้แยกใส่ถุงเพื่อซักต่างหาก ควรแช่ด้วยน้ำยาไฮโปคลอไรด์

5. ระมัดระวังการเกิดบาดแผลบริเวณผิวหนัง หรือเยื่อหู ถ้ามีบาดแผลจะต้องดูแลทำความสะอาดของบาดแผล ไม่ให้เกิดการติดเชื้อ

6. ในรายที่มีอาการทางสมอง จะต้องระมัดระวังการตกเตียง โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ยกไม้กั้นเตียง ในรายที่อ่อนเพลีย ระมัดระวังการหกล้มควรมีคนพยุงหรือเดินตามอย่างใกล้ชิด

7. ดูแลให้พักผ่อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ

เมื่อพิจารณาถึงวิถีทางในการติดเชื้อเอชไอวีจากรายงานที่พบและมีหลักฐานสนับสนุนคือจากเลือด น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอดและทางน้ำนมของมารดา ส่วนวิถีทางอื่น เช่น ทางอากาศ ทางน้ำดื่มหรืออาหารไม่ปรากฏพบในรายงานการศึกษาใดๆ ส่วนบุคลากรในทีมสุขภาพมักจะพบการติดเชื้อเอชไอวีโดยทางเลือด เช่น ภายหลังการสัมผัสกับเลือด เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ตลอดจนการเพาะเลี้ยงเชื้อ ในปี ค.ศ. 1985 CDC (The Centers for Disease Control and Prevention) ได้มีการนำหลักการ “ Universal precaution” มาใช้กับผู้ป่วยทุกคนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ทางเลือด และในปี ค.ศ. 1996 CDC ก็ได้มีการนำหลักการ “ Standard precaution” มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในอีกหลายวิถีทางรวมทั้งการติดเชื้อทางเลือดด้วย

1.7.12 หลักการของ Standard precaution มีดังนี้ (สุวรรณา บุญยะลีพรรณ 2546:82-83)

1. การล้างมือ (Hand washing) ในกรณีที่มือไม่สวมถุงมือให้ล้างมือทันที ภายหลังการสัมผัสเลือด น้ำคัดหลั่งและของเหลวที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย ให้ล้างมือทันทีภายหลังการถอดถุงมือหรือเมื่อสัมผัสกับผู้ป่วยแล้ว เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

2. การสวมถุงมือ (Gloves) ให้สวมถุงมือที่สะอาด (Clean , nonsterile, gloves) เมื่อต้องการสัมผัสเลือด น้ำคัดหลั่งและของเหลวที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยหรือสัมผัสบริเวณเยื่อเมือกต่างๆ ดังกล่าวในข้างต้น แม้จะเป็นการกระทำหรือสัมผัสกับผู้ป่วยคนเดิม (คนเดียวกัน) ล้างมือทันทีภายหลังการถอดถุงมือก่อนที่ไปพบผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

3. การสวมผ้าปิดปากปิดจมูก (Mask) , eye protection , face shield ควรสวม Mask , eye protection หรือ Face shield เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทาง Mucous membrane บริเวณ ตา จมูกและปาก ในขณะที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในกิจกรรมที่มีโอกาสสัมผัสถูก (กระเด็น) เลือด น้ำคัดหลั่ง และของเหลวที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย

4. การใส่เสื้อคลุม (Gown) ให้ใส่เสื้อคลุม (Clean , nonsterile gown) เพื่อป้องกันผิวหนังหรือเสื้อผ้าขณะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในกิจกรรมที่มีโอกาสสัมผัสถูก (กระเด็น) เลือด น้ำคัดหลั่งและของเหลวที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย

5. ข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วย (Patient – care equipment) ข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยที่เปื้อนเลือด น้ำคัดหลั่งและของเหลวที่ออกจากร่างกายให้ดูแลอย่างเข้มงวดโดยใส่ถุง

6. แยกอย่าให้มีการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม
บุคลากรในทีมสุขภาพและการติดเชื้อทางเลือด

6.1 ต้องระมัดระวังภายหลังการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่แหลมคม เช่น เข็ม ฉีดยาหรือวัสดุอุปกรณ์ที่แหลมคม เข็มฉีดยาควรเป็นชนิดใช้แล้วทิ้ง ไม่สวมปลอกเข็มที่ใช้แล้ว เพราะมีโอกาสจะทิ่มแทงมือได้ ไม่ควรงอหรือปลดหัวเข็มที่จะทิ้งด้วยมือ ควรหาภาชนะรองรับหัวเข็มและกระบอกฉีดยาวางไว้ให้ใกล้ที่สุด เพื่อรองรับวัสดุอุปกรณ์เมื่อใช้งานเสร็จเรียบร้อยแล้ว

6.2 ให้ใช้ Mouth pieces , resuscitation bags หรืออุปกรณ์ช่วยในการหายใจแทนการใช้ Mouth – to – mouth ในสถานการณ์ที่คาดว่าจำเป็นต้องใช้การจัดสถานที่ให้

ผู้ป่วยอยู่ (Patient placement) ควรจัดสถานที่แยกผู้ป่วยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อม (เช่น กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นวัณโรคปอดร่วมด้วย) ให้อยู่ในห้องส่วนตัว ถ้าไม่มีห้องส่วนตัว ควรปรึกษากับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการติดเชื้อในการจัดที่ให้อาศัยอยู่อย่างเหมาะสม

1.7.13 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ 2551: 1192)

สำหรับประชาชนทั่วไป

1. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่ครอง ควรยึดมั่นต่อการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง (รักเดียวใจเดียว)
 2. ถ้ายังนิยมมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะหญิงบริการ หรือบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์เสรีหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ก็ควรจะใช้ถุงยางอนามัยป้องกันทุกครั้ง
 3. หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ของมีนเมา เพราะอาจชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (ประมาทไม่คิดป้องกันตนเอง)
 4. หลีกเลี่ยงการสัมผัสตุ่มเลือดของผู้อื่น เช่น ขณะช่วยเหลือผู้ที่มีบาดแผลเลือดออก ควรใส่ถุงมือยางหรือถุงมือพลาสติก 2-3 ชั้น ป้องกันอย่าสัมผัสตุ่มเลือดโดยตรง
 5. หลีกเลี่ยงการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดร่วมกับผู้อื่น
 6. หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม (เช่น ใบมีดโกน) ร่วมกับผู้อื่น ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก่อนใช้ควรทำลายเชื้อด้วยการแช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ 70% โฟวิโคนไอโอดีน 2.5% ทิงเจอร์ไอโอดีน , ไลซอล 0.5 – 3% เป็นต้น นาน ประมาณ 10-20 นาที
 7. ก่อนแต่งงาน ควรปรึกษาแพทย์ในการตรวจเชื้อโรคเอดส์ ถ้าพบว่าคนใดคนหนึ่งมีเลือดบวกควรพิจารณาหาทางป้องกันมิให้ติดใครอีกคนหนึ่ง
 8. คู่สมรสที่มีคนใดคนหนึ่งเป็นผู้ติดเชื้อ ควรคุมกำเนิด และป้องกันการแพร่เชื้อโดยใช้การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง
- หญิงตั้งครรภ์ ที่คิดว่าตนเองหรือคู่สมรสมีพฤติกรรมเสี่ยง ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อตรวจเลือดตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ใหม่ๆ ถ้าพบว่ามีเชื้อเอชไอวี แพทย์อาจพิจารณาให้ยาต้านไวรัส เพื่อลดการติดเชื้อของทารกในครรภ์

1.7.14 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเอดส์

1. สำหรับผู้ติดเชื้อ โดยไม่มีอาการ กลุ่มนี้ยังมีสุขภาพแข็งแรงเช่นคนทั่วไป และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ บางรายอาจใช้เวลา 5 – 10 ปี กว่าป่วยเป็นเอดส์ บางรายก็ยังคงแข็งแรงดีแม้ติดเชื้อเกิน 10-15 ปีขึ้นไป ผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่มีอาการควรปฏิบัติดังนี้
2. ไปพบแพทย์และตรวจเลือดเป็นระยะๆตามที่แพทย์แนะนำ และกินยาด้านไวรัสเมื่อมีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ / ลบ.มม. การกินยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องมักจะช่วยให้มี

คุณภาพชีวิตที่ดีและยาวนาน ส่วนใหญ่จะนานกว่า 10 ปีขึ้นไป หากสงสัยมีอาการข้างเคียงจากยา ควรรีบไปพบแพทย์ก่อนนัด เพื่อปรับเปลี่ยนยา พยายามอย่าให้ขาดยา

3. ทำงาน เรียนหนังสือ คบค้าสมาคมกับผู้อื่นและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ตามปกติ ไม่ต้องกังวลว่าจะแพร่เชื้อให้คนอื่น โดยการสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกันหรือหายใจรดผู้อื่น

4. หากมีความกังวลเป็นทุกข์ใจ ควรเล่าความในใจให้ญาติสนิทมิตรสหาย ฟัง หรือขอคำปรึกษาแนะนำจากแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หรืออาสาสมัครในองค์กรพัฒนาเอกชน

5. เรียนรู้ธรรมชาติของโรค การรักษา การดูแลตนเอง จนมีความเข้าใจโรคนี้ เป็นอย่างดี ก็จะไม่มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และมีกำลังใจเข้มแข็ง ซึ่งเป็นอาวุธอันทรงพลังในการ บำรุงรักษาสุขภาพให้แข็งแรงต่อไป ผู้ที่เสียกำลังใจอาจเสียสุขภาพทางกายหรือถูกโรครุมเร้าได้ง่าย

6. ส่งเสริมสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำ กินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (ไม่จำเป็นต้องกินอาหารเสริมราคาแพง) งดแอลกอฮอล์ บุหรี่ สิ่งเสพติด นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

7. เสริมสร้างสุขภาพจิตด้วยการฟังเพลง ร้องเพลง เล่นกีฬา อยู่ใกล้ธรรมชาติ ฝึกสมาธิ เจริญสติสวดมนต์หรือภาวนาตามลัทธิศาสนาที่นับถือ หมั่นทำความดีและช่วยเหลือผู้อื่น สร้างกุศลกรรม (เช่น ช่วยรณรงค์ในการป้องกันโรคเอดส์ บำเพ็ญประโยชน์ ทำงานอาสาสมัคร เป็นต้น) ถ้ามีโอกาส ควรเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในหมู่ผู้ติดเชื้อ

8. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจจะแพร่เชื้อให้ผู้อื่น โดย

9. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจจะแพร่เชื้อให้ผู้อื่น โดย ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์และงดการร่วมเพศทางปาก หรือทวารหนัก ไม่ใช่เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น งดการบริจาคเลือดหรืออวัยวะต่างๆ เช่น ดวงตา ไต เป็นต้น เมื่อร่างกายเปราะเป็อนเลือดหรือน้ำเหลือง ให้รีบทำความสะอาด และเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีแล้วนำไปแยกซักให้สะอาดและตากให้แห้ง ควรระวังอย่าให้ผู้อื่นสัมผัสถูกเลือดหรือน้ำเหลืองของตนเอง ไม่ใช่ของมีคม (เช่น ใบมีดโกน) ร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการตั้งครุฑ โดยการคุมกำเนิด เพราะเด็กอาจมีโอกาสดับเชื้อจากมารดาได้ มารดาที่ติดเชื้อไม่ควรเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง

10. สำหรับผู้ที่ป่วยเป็นเอดส์ ควรปฏิบัติดังนี้

10.1 ปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อโดยไม่มีอาการ โดยปรับให้เหมาะกับสภาพของร่างกาย เช่น ทำงานและออกกำลังกายแต่พอเหมาะ ไม่หักโหมจนเกินไป

10.2 กินยาและรับการรักษายาบาลสมคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรกินยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาทุกวัน อย่าได้ขาด ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อคือยา ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นคนปกติทั่วไป

10.3 เมื่อมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน ควรป้องกันมิให้เชื้อโรคต่างๆ แพร่ให้ผู้อื่นเช่น

- ใช้กระดาษหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปากปิดจมูกเวลาไอ หรือ จาม
- ถ้วย ชาม จาน แก้วน้ำที่ใช้แล้ว ควรล้างให้สะอาด ด้วยน้ำยาล้างจานหรือลวกด้วยน้ำร้อน แล้วทิ้งไว้ให้แห้งก่อนนำไปใช้ใหม่
- ควรระมัดระวังมิให้น้ำมูก น้ำลาย น้ำเหลืองจากแผล ปัสสาวะ และสิ่งขับถ่ายต่างๆ ไปเปื้อนผู้อื่น
- การบ้วนน้ำลายหรือเสมหะ รวมทั้งการทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้แล้ว ควรมีภาชนะใส่เป็นที่เป็นทาง และสามารถนำไปทิ้งหรือทำความสะอาดได้สะดวก
- สามารถใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่นได้ แต่ควรระมัดระวังอย่าให้สิ่งขับถ่าย เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เสมหะ อาเจียน เป็นต้น เปื้อนพื้น โถส้วม และอ่างล้างมือ ควรทำความสะอาดด้วยผงซักฟอกหรือน้ำยาล้างห้องน้ำที่มีส่วนผสมของ คลอโรกซ์ (Chlorox) เป็นประจำ และล้างมือหลังการขับถ่ายทุกครั้ง

11. สำหรับญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ควรปฏิบัติดังนี้

- 11.1 ศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างถ่องแท้
- 11.2 ให้กำลังใจ ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยความรักและความอบอุ่น เช่น การพูดคุย สัมผัสโอบกอด เป็นต้น และคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยกินยาตามคำแนะนำของแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาทุกวันอย่างสม่ำเสมอให้ขาด

11.3 หากผู้ป่วยมีบาดแผลหรือเปื้อนเลือดหรือน้ำเหลืองที่ร่างกายหรือเสื้อผ้าของผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสถูกโดยตรง ถ้าจะสัมผัสควรสวมถุงมือยาง ถ้าไม่มี อาจใช้ถุงพลาสติกที่ไม่มีรูรั่ว 2-3 ชั้นแทนก็ได้

11.4 เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ผ้าปูที่นอนของผู้ป่วยที่ไม่เปื้อนเลือดหรือน้ำเหลือง ไม่ต้องแยกซักต่างหาก แต่ถ้าเปื้อนเลือดหรือน้ำเหลือง ควรใช้ถุงมือยางจับต้องและนำไปแช่ในน้ำผสมผงซักฟอกขาว ประมาณ 30 นาที เสียก่อน แล้วจึงนำไปซักด้วยผงซักฟอกตามปกติ

11.5 ทุกคนในบ้านสามารถใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมร่วมกับผู้ป่วยได้ แต่ควรทำความสะอาดโดยสวมถุงมือและใช้น้ำยาล้างห้องน้ำ (ที่มีส่วนผสมของคลอโรกซ์) หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ

11.6 เครื่องครัว ถ้วย ชาม ซ้อนส้อม ไม่จำเป็นต้องแยกใช้ต่างหาก และในการกินอาหารร่วมกัน ควรใช้ช้อนกลางทุกครั้ง เพื่อสุขอนามัยที่ดี

12. วัคซีนป้องกันโรคเอดส์ ในปัจจุบันยังอยู่ในขั้นศึกษาทดลอง ดังนั้น การป้องกันโรคนี้ จึงอยู่ที่การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงเป็นสำคัญ

13. การบริจาคเลือดที่คลังเลือด ไม่มีโอกาสจะติดเชื้อเอชไอวี เพราะ เจ้าหน้าที่จะใช้อุปกรณ์ชุดใหม่ทุกครั้ง จึงไม่มีโอกาสจะปนเปื้อนเลือดของผู้อื่น

14. การใช้สมุนไพรรักษาโรคเอดส์ ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่า ได้ผลในการรักษาให้หายจริง นอกจากจะช่วยบรรเทาอาการให้สุขสบาย ช่วยเสริมสร้างกำลังใจ และช่วยให้สุขภาพทั่วไปดีขึ้นชั่วคราว หากจะใช้สมุนไพรรักษา ควรศึกษาให้แน่ใจว่าไม่มีโทษ และราคาไม่แพง

15. ผู้มีอาการไข้เจ็บคอ ผื่นขึ้น ต่อม้ำเหลืองโตคล้ายไข้หวัด หรือ ไข้หวัดใหญ่ แต่ไม่มีอาการเป็นหวัดน้ำมูกไหล หากมีพฤติกรรมเสี่ยง ควรตรวจเลือดพิสูจน์ อาจเป็นการติดเชื้อเอชไอวีระยะเริ่มแรกก็ได้ หากพบว่าเป็นจริง การได้รับดูแลรักษาตั้งแต่แรก รวมทั้ง การให้ยาต้านไวรัสมีส่วนช่วยชะลอไม่ให้โรคดำเนินสู่ระยะรุนแรงมากขึ้นได้

2. ทักษะคติ

2.1 ความหมายของทักษะคติ

ทักษะคติ บางครั้งเรียก เจตคติ (Attitude) มีความหมายดังนี้
 ปัญญา บริสุทธ์ (2553: 17) กล่าวว่า Attitude น. เจตคติ: ๑.แนวโน้มของการมีพฤติกรรมตอบสนองอันเนื่องมาจากการเรียนรู้ มี ๓ องค์ประกอบคือ การรู้จัก อารมณ์ และ พฤติกรรม ๒. แบบแผนพฤติกรรมตอบสนองต่อบุคคลและสิ่งของในแนวทางที่แน่นอน ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม

เดโช สวานานนท์ (2545:26-27)กล่าวว่า Attitude (เจตคติ-ท่าทีความรู้สึก หรือ ทักษะคติ)เจตคติหรือท่าทีความรู้สึกคือ สถานะความพร้อมของจิตใจหรือประสาท ในการที่จะตอบโต้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และสถานะความพร้อมดังกล่าวจะต้องเป็นไปอย่างถาวรพอสมควร ท่าทีความรู้สึกหรือเจตคตินี้ มีผลกระทบโดยตรงต่อความรู้สึกหรืออารมณ์ ซึ่งจะมีผลออกไปถึงการกระทำต่อสิ่งนั้นๆด้วย เจตคติจึงนับเป็นเรื่องสำคัญทางจิตวิทยาเรื่องหนึ่ง เจตคติอาจจะก่อรูปขึ้นได้จากประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อเรื่องนั้นและเจตคติอาจจะวัดได้โดยออกมาอยู่ในรูปของการชอบ-ไม่ชอบ เป็นต้น

สุริย์ เนตรมณีสุข (2548:21) กล่าวว่า ทักษคติ ; เจตคติ; การกำหนดล่วงหน้าที่แน่นอน ขาวนานและได้เรียนรู้แล้วว่าจะตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยวิธีใด ; ทักษคติหรือเจตคติประกอบด้วยศรัทธา ความรู้สึก และความเข้าใจที่มีต่อสิ่งนั้น

สุโท เจริญสุข (2525: 15) กล่าวว่า ทักษคติ บ้างเรียกเจตคติ คือ ความรู้สึกชอบ ไม่ชอบต่อสิ่งต่างๆ

เซอร์สโตน (Thurstone 1978 อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2548 :243) อธิบายว่า เจตคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งสามารถบอกความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

อัลพอร์ท (Allport 1960 อ้างถึงในปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ 2548 :243) ให้ความหมายของทักษะคติคือ สภาวะของความพร้อมทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็แรงที่กำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ประดินันท์ อุปรมย์ (2544 :152)กล่าวว่า ทักษคติ หรือเจตคติ (Attitude) หมายถึงความคิดหรือความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกทางบวกหรือลบที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้าที่พบ และเมื่อบุคคลมีทักษะคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว ความคิดความเชื่อ กับความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของทักษะคติ จะมีลักษณะสอดคล้องไปในทำนองเดียวกัน เช่น ถ้ามีทักษะคติทางบวกกับสิ่งใดก็จะคิดว่าสิ่งนั้นดี ชอบ เช่นกันหากมีทักษะคติทางลบกับสิ่งใดก็จะรู้สึกไม่ดี ไม่ชอบสิ่งนั้น เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526:14) กล่าวว่า ทักษคติคือ ความคิดเห็นซึ่งถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ (emotion) ซึ่งทำให้บุคคลพร้อมที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ทักษคติมีบทบาททำให้เราปรับปรุงตนเอง ป้องกันตนเองให้สามารถแสดงออกถึงค่านิยมต่างๆ และช่วยให้บุคคลเข้าใจโลกรอบตัวเรา ประสบการณ์เดิมของบุคคลมีส่วนช่วยในการเกิดทักษะคติและเป็นตัวกำหนดทักษะคติของบุคคลนั้นด้วย ทักษคติเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล

นิวคอมบ์ (Newcomb 1954 :128 อ้างถึงในธีรวิฑูติ เอกะกุล2542:3)ทักษะคติหมายถึงสภาพความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจที่มีต่อประสบการณ์ที่คนเราได้รับ อาจมากหรือน้อยก็ได้ ทักษคติแสดงออกได้ทางพฤติกรรมซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ แสดงออกในลักษณะพึงพอใจเห็นด้วยหรือชอบ ถ้าคนมีลักษณะต่อสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งทำให้เกิดความเบื่อหน่ายชักช้าอยากหนีให้ห่างจากสิ่งนั้นๆ ลักษณะนี้เรียกว่า ทักษคติเชิงนิเสธ หรือถ้าจะแบ่งให้ละเอียดก็น่าจะมีทักษะคติอีกแบบหนึ่ง คือ รู้สึกเฉยๆ ไม่ถึงกับชอบหรือเกลียดชัง เรียกว่าทักษะคติแบบกลาง

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2549:243) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า ทัศนคติเป็นเรื่องของความชอบ ความไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็น ความเชื่อฝังใจของเราต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด มักจะเกิดขึ้นเมื่อเรารับรู้หรือประเมินผู้คน เหตุการณ์ในสังคม เราจะเกิดอารมณ์ความรู้สึกบางอย่างควบคู่ไปกับการรับรู้ นั่น และมีผลต่อความคิดและปฏิกิริยาในใจของเรา ดังนั้น ทัศนคติจึงเป็นทั้งพฤติกรรมภายนอกที่อาจสังเกตได้ หรือพฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยง่าย แต่มีความโน้มเอียงที่จะเป็นพฤติกรรมภายในมากกว่าพฤติกรรมภายนอก

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ (2535: 10 อ้างใน อบรม สัยภีบาล . 2517: 122) ทัศนคติหมายถึง สภาพความโน้มเอียงอันเกิดขึ้นภายในของบุคคล ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในลักษณะที่จะเป็นไปทางบวกหรือทางลบ และความโน้มเอียงนี้เป็นสิ่งถาวรยากที่จะเปลี่ยนแปลง

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ (2535: 11 อ้างใน ไพศาล หวังพานิช.2523:146) ทัศนคติหมายถึง ความรู้สึกภายในของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งอันเป็นผลจากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้น และความรู้สึกดังกล่าว จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรม หรือแนวโน้มของการตอบสนองต่อสิ่งนั้นในทิศทางใดทางหนึ่ง อาจเป็นทางสนับสนุนหรือโต้แย้งคัดค้านก็ได้

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ (2535: 11) กล่าวว่าทัศนคติ หมายถึง สักยภาพภายในของบุคคล ที่มีแนวโน้มแสดงออกทางพฤติกรรมในทิศทางบวก ทิศทางลบ หรือเป็นกลาง

สรุป ทัศนคติคือ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อ ความรู้สึก ความคิดความเชื่อทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงท่าทีหรือแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางที่เป็นบวก ทิศทางลบ หรือเป็นกลางในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

2.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

ธีระวุฒิ เอกะกุล (2542: 8-11) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของทัศนคติ ดังนี้

1. ทัศนคติที่มีองค์ประกอบเดียว คือ อารมณ์ ความรู้สึกในทางที่ ชอบหรือไม่ชอบ ที่บุคคลมีต่อที่หมายของเจตคติ เป็นแนวโน้มในการประเมินของบุคคล การเข้าหาหรือการหลีกเลี่ยง หรือการสนับสนุนหรือการต่อต้านที่หมายของเจตคติ (ธีระพร อูวรรณ โณ.2539:437) นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ได้แก่ เบ็ม (Bem.1970) ฟิชไบน์และไอเซน (Fishbein and Ajzen.1975) อินสโค (Insko.1976) และเทอร์สโตน (Thurstone.1959) นักจิตวิทยาเหล่านี้ถือเอานิยามองค์ประกอบทางอารมณ์ความรู้สึกเป็นนิยามเจตคติด้วย

2. ทัศนคติที่มีสององค์ประกอบ แนวคิดนี้ระบุว่า ทัศนคติมี 2 องค์ประกอบ แนวคิดนี้ระบุว่า เจตคติมี 2 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบด้านปัญญา และองค์ประกอบ

ด้านอารมณ์ความรู้สึก นักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติเป็น 2 องค์ประกอบได้แก่ แคทซ์ (Katz, 1960) และ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1956) ตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก องค์ประกอบด้านปัญญา หมายถึงกลุ่มของความเชื่อที่บุคคลมีต่อที่หมายของทัศนคติ จะเป็นตัวส่งเสริม หรือขัดขวาง การบรรลุถึงค่านิยมต่างๆ ของบุคคล ส่วนองค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก หมายถึงความรู้สึกที่บุคคลมีเมื่อถูกกระตุ้น โดยที่หมายของทัศนคติ โรเซนเบิร์ก เห็นว่าอารมณ์ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อที่หมายของทัศนคติจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ ที่ว่าที่หมายของทัศนคตินั้นสัมพันธ์กับการบรรลุถึงค่านิยมทางบวก และขัดขวางการบรรลุถึงค่านิยมทางลบของบุคคล ในทางกลับกัน อารมณ์ความรู้สึกทางลบที่บุคคลมีต่อที่หมายของทัศนคติ จะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อที่ว่าที่หมายของทัศนคตินั้นสัมพันธ์กับการบรรลุถึงค่านิยมทางลบและขัดขวางการบรรลุถึงค่านิยมทางบวกของบุคคล ส่วนทัศนคติทางบวกเล็กน้อย หรือทางลบเล็กน้อยที่บุคคลมีต่อที่หมายของทัศนคติจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อที่ว่าที่หมายของทัศนคตินั้น มีความสัมพันธ์กับค่านิยมที่มีความสัมพันธ์น้อยสำหรับบุคคล หรือหากสัมพันธ์กับค่านิยมที่สำคัญ บุคคลจะมีความมั่นใจน้อยถึง ความสัมพันธ์ระหว่างที่หมายของทัศนคติ กับค่านิยมนั้นๆ

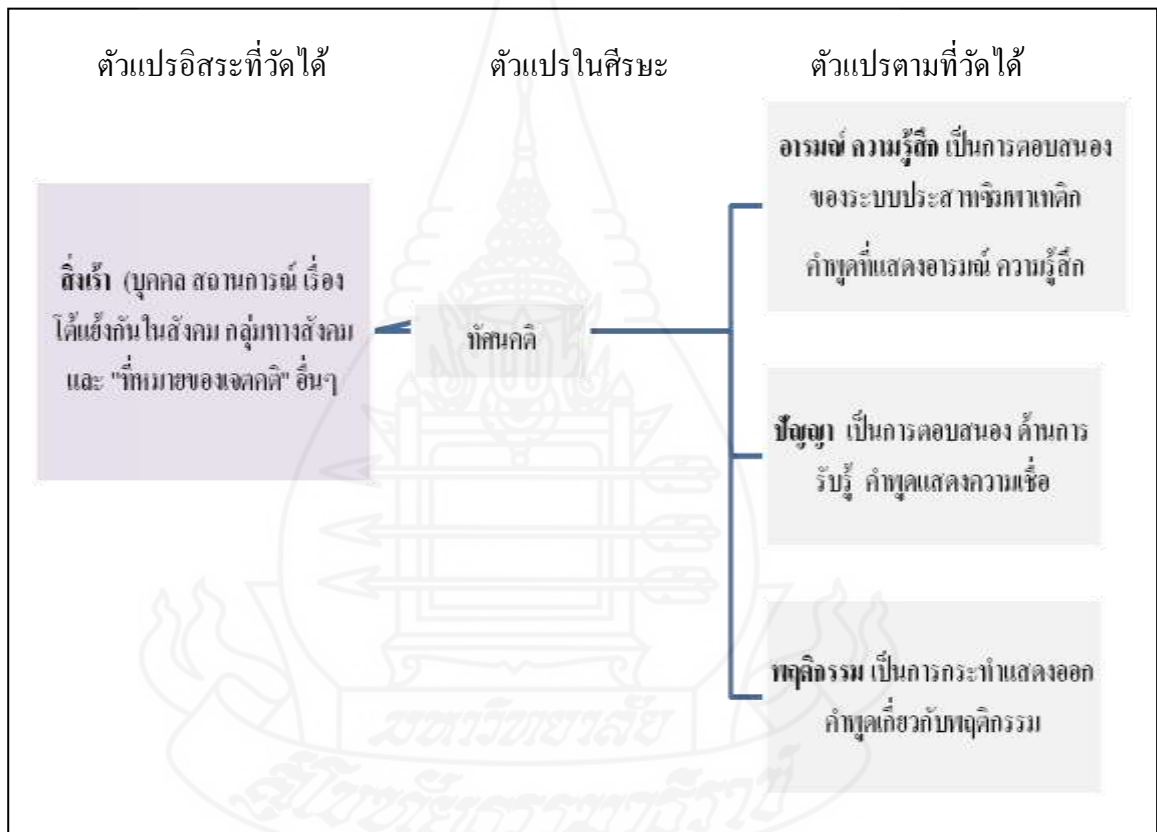
3. ทัศนคติที่มี 3 องค์ประกอบ นักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติเป็น 3 องค์ประกอบ และมีอิทธิพลต่อการศึกษาด้านนี้คือ เครทซ์และคนอื่นๆ (Kretch, Crutchfield and Pallachey, 1962 และทริยแอนดิส Triandis, 1971) (ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์ 2549:247-248)

3.1 องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเรานั้นๆ เพื่อเป็นเหตุผลที่จะสรุปความ และรวมเป็นความเชื่อหรือช่วยในการประเมินสิ่งเรานั้นๆ

3.2 องค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affective Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้า เป็นผล เนื่องมาจากการที่บุคคลประเมินผลสิ่งเร้านั้นแล้วว่า พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ดี หรือเลวองค์ประกอบทั้งสองด้านนี้มีความสัมพันธ์กัน ทัศนคติบางอย่างจะประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจมาก แต่ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์น้อย แต่ทัศนคติบางอย่าง ก็มีลักษณะตรงกันข้าม ตัวอย่างเช่น ทัศนคติที่มีต่อการเรียนภาษาอังกฤษ จะมีองค์ประกอบด้าน ความรู้ความเข้าใจสูง แต่มีองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ต่ำ ส่วนทัศนคติทางนิยมแพชชั่น เสื้อผ้า จะมีองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์สูง แต่องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจต่ำ

3.3 องค์ประกอบพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบ ทางด้านความพร้อมหรือความ โน้มเอียง ที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติ หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการประเมินผลของพฤติกรรมที่คิดจะแสดงออกมา จะสอดคล้องกับความรู้สึกรู้สึกที่มีอยู่ เช่น คนที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อศาสนาก็จะไม่สนใจเข้าวัดฟังธรรม ทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด จะต้องประกอบด้วยทั้งสามองค์ประกอบนี้เสมอ แต่จะมีปริมาณมากน้อยต่างกัน โดยปกติบุคคลมักจะแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติที่มีอยู่ ซึ่งนักจิตวิทยาได้แสดงองค์ประกอบของทัศนคติออกมาในรูปของแผนภาพดังนี้ (Rosenberg and others.1960 :3 อ้างใน ชีระพร อุวรรณ โณ 2539:435)



ภาพที่ 2.3 แสดง แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติของ โรเซนเบิร์กและ โสฟแลนด์

ที่มา : ชีระพร อุวรรณ โณ (2533: 435)

สรุป การที่บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งใดๆไม่ว่าจะเป็นทิศทางบวก ทิศทางลบก็ตาม ก็เนื่องมาจากการรับรู้ การตีความหมาย การประเมินค่า ความสนใจต่างๆโดยใช้ความรู้ความเข้าใจ

ต่อสิ่งนั้นแล้วเกิดเป็นอารมณ์ความรู้สึกต่อสิ่งนั้น จากนั้นจะแสดงเป็นแนวโน้มของพฤติกรรมที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ ในทิศทางต่างๆ

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาทัศนคติที่มี 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรมในการศึกษาวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยมีความเห็นว่าทัศนคติ คือความคิดเห็นที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึกซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพร้อมที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือแสดงพฤติกรรมออกมา เพื่อตอบสนองสิ่งที่มากระตุ้นบุคคล

2.3 การเกิดทัศนคติ (Attitude Formation)

ประดิพันธ์ อุปรมย์ (2544: 152) ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ หรือจากประสบการณ์ในอดีต ซึ่งประสบการณ์ที่ค่อยๆ สั่งสมมาของแต่ละบุคคลอาจส่งผลให้เกิดทัศนคติได้ทั้งทางบวกและทางลบส่งผลให้เกิดความคิดความเชื่อและความรู้สึกที่มีผลถึงพฤติกรรมการแสดงออกซึ่งประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลให้บุคคลมีทัศนคติไปในทางใดทางหนึ่งนี้อาจเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้พบหรือสัมผัสด้วยตนเอง หรืออาจเป็นประสบการณ์ทางอ้อมที่ผ่านการบอกเล่ามาจากบุคคลอื่น หรือจากการได้พบได้เห็นจากสื่อต่างๆ และอิทธิพลของพลังกลุ่ม ตลอดจนการได้รับการปลูกฝังมาจากการเลี้ยงดูในวัยเยาว์ ซึ่งประสบการณ์ทั้งหลายที่กล่าวมา หากเกิดกับบุคคลอย่างสอดคล้องไปในทำนองเดียวกันมากเท่าไร ก็จะยิ่งสร้างและเพิ่มความคงทนถาวรให้แก่การเกิดทัศนคติทางใดทางหนึ่งของบุคคลมากขึ้นเท่านั้น โดยทั่วไปทัศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงค่อนข้างยาก แต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้หากได้รับความรู้ การชักจูงการ โน้มน้าวหรือวิธีการต่างๆ ที่ทำให้คล้อยตามได้อย่างจริงจัง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526:89-91) ได้กล่าวถึงการเกิดทัศนคติไว้ดังนี้

1. การเกิดทัศนคติที่มีส่วนประกอบทางด้านปัญญา (Cognitive Component)

จากสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน บุคคลมักจะแบ่งกลุ่มของสิ่งที่ผ่านเข้ามาจากภายนอก เพื่อให้เกิดความง่ายในการให้ความหมายหรือความคิดในเรื่องนั้น โดยรวมสิ่งที่เหมือนกันหรือคล้ายกันเขาด้วยกัน เนื่องจากสมองไม่สามารถรับและจดจำเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาได้หมดทุกอย่าง การจัดหมวดหมู่จะช่วยบุคคลในด้านการรับรู้ ซึ่งบุคคลมักจะตอบสนองภาวะการณ์ที่คล้ายๆ กันด้วยปฏิกิริยาที่คล้ายๆ กัน ซึ่งบางครั้งบุคคลอาจตอบสนองต่อสภาวะการณ์ไม่ถูกต้องทั้งนี้เนื่องมาจากบุคคลเข้าใจสิ่งแวดล้อมในทางที่ผิดเนื่องจากบุคคลได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้าต่างๆ นี้เป็นส่วนประกอบทางด้านความรู้ของทัศนคติ

2. การเกิดทัศนคติที่มีส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ (Affective Component)

ได้แก่ ความรู้สึกถ้อยเห็น อารมณ์ที่เป็นไปในด้านบวกหรือลบ (positive หรือ negative) ในทาง สรีรวิทยาแล้ว “อารมณ์” จะเกี่ยวข้องกับภาวะอารมณ์ที่มาเร็ว หลังจากบุคคลนั้น แปลความหมายของ สิ่งเรานั้นแล้ว ก็จะทำให้ทราบทิศทางของอารมณ์ หรือ ความรู้สึก ว่าเป็นไปในทิศทางบวก หรือ ทิศทางลบ เช่นการที่บุคคลทำความดีแล้วได้รับรางวัล ก็จะมีผลทำให้ทัศนคติของบุคคล เปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า การเปลี่ยนทัศนคติจากการถูกทำโทษ เป็นต้น

3. การเกิดทัศนคติที่มีส่วนประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) ได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม (social norms) จะมีอิทธิพลต่อการเกิดทัศนคติทางด้านพฤติกรรมมาก เนื่องจากบรรทัดฐานทางสังคมเป็นความคิดที่กลุ่มชนเชื่อว่า อะไรเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เช่น เด็กๆจะถูก บิดา-มารดาอนุญาตให้ทำบางสิ่งได้และถูกห้ามไม่ให้ทำบางสิ่ง ซึ่งการห้ามของบิดา-มารดานี้จะ ชี้ให้เห็นว่าสิ่งไหนที่สังคมคิดว่าดี สิ่งไหนที่สังคมคิดว่าไม่ดี ซึ่งบรรทัดฐานเหล่านี้จะควบคุมความ ประพฤติการปฏิบัติหรือการแสดงออกของแต่ละบุคคล

2.4 แหล่งของทัศนคติ (Sources of Attitude)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ(2526: 91-93) กล่าวถึงแหล่งของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experiences) วิธีการหนึ่งที่เราเรียนรู้ ทัศนคติ คือจากการมีประสบการณ์เฉพาะอย่างที่เกี่ยวข้องกับทัศนคตินั้น ตัวอย่างเช่น หากเรามี ประสบการณ์ที่ดีในการติดต่อกับบุคคลหนึ่ง เราจะมีความรู้สึกชอบต่อบุคคลนั้น ในทางตรงข้าม หากที่ประสบการณ์ที่ไม่ดี เราก็อาจมีแนวโน้มที่จะไม่ชอบบุคคลนั้นได้

2. การติดต่อสื่อสารข่าวสารกับบุคคลอื่น (Communication from Others) ทัศนคติ หลายอย่างของบุคคลเกิดขึ้นจากผลของการได้ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากการเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการที่เด็กได้รับในครอบครัว เป็นสิ่งที่เช่น เด็กที่ได้รับการสั่งสอน จากบุคคลในครอบครัวว่า “การโกหกเป็นสิ่งที่ไม่ดี” “การขโมยของผู้อื่นเป็นสิ่งที่ไม่ดี” ฯลฯ คำพูด เหล่านี้ เด็กได้รับจากบุคคลที่เขาเคารพยกย่องและนับถือ ย่อมต้องมีผลต่อทัศนคติและความเชื่อได้

3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) ทัศนคติบางอย่างของเราถูกสร้างขึ้นจากการ เลียนแบบผู้อื่น ขบวนการเกิดทัศนคติโดยวิธีนี้เกิดได้โดย ขึ้นแรกจากเหตุการณ์บางอย่าง บุคคลจะ มองว่าบุคคลอื่นมีการปฏิบัติอย่างไร ขึ้นต่อไปบุคคลนั้นจะแปลความหมายของการปฏิบัตินั้นในรูป ของความเชื่อทัศนคติ ซึ่งมาจากการปฏิบัติของเขา ถ้าบุคคลนั้นให้ความเคารพนับถือยกย่องบุคคล นั้นแล้ว เขาก็จะยอมรับความคิดความรู้สึกความเชื่อที่เขาคิดว่าบุคคลที่แสดงปฏิกริยานั้นๆมี เช่น มารดา เด็กชาย ก . ต่างก็มีประสบการณ์เกี่ยวกับฝนตกคะนองด้วยกัน เด็กชาย ก. ได้เห็นว่า มารดา ของเขากลัวเสียงฟ้าร้อง เขามืออุดหูเมื่อกลัวฟ้าร้อง เด็กชาย ก. จะมีทัศนคติต่อฟ้าร้องว่าเป็นสิ่งที่น่า กลัวเช่นเดียวกับมารดาของเขา

4. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) ทักษคติของบุคคลหลายอย่างเกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากสถาบัน เช่น โรงเรียน สถาบันที่ประกอบพิธีทางศาสนาหน่วยงานต่างๆ ฯลฯ เป็นต้น สถาบันเหล่านี้จะเป็นแหล่งที่มา และสิ่งช่วยสนับสนุนให้เกิดทัศนคติบางอย่างได้

2.5 คุณลักษณะของทัศนคติ

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2549: 249-251) กล่าวถึงคุณลักษณะของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ทัศนคติเกิดจากประสบการณ์ สิ่งเร้าต่างๆรอบตัว บุคคล การอบรมเลี้ยงดู การเรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดทัศนคติ แม้ว่าจะมีประสบการณ์ที่เหมือนกัน ก็จะมีทัศนคติที่แตกต่างกันไปจากสาเหตุหลายประการเช่น อายุ สติปัญญา เป็นต้น

2. ทัศนคติเป็นการเตรียมความพร้อมในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นการเตรียมความพร้อมภายในของจิตใจ มากกว่าภายนอกที่จะสังเกตได้ สภาวะความพร้อมที่จะตอบสนองมีลักษณะที่ซับซ้อนของบุคคล ที่จะชอบหรือไม่ชอบเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ไม่มีเหตุผล บางครั้ง ไม่สามารถอธิบายได้

3. ทัศนคติมีทิศทางของการประเมิน กล่าวคือลักษณะหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าเป็นความรู้สึกหรือการประเมินว่า ชอบ พอใจ เห็นด้วย ก็คือเป็นทิศทางในทางที่ดี เรียกว่าเป็นทิศทางบวก หากประเมินออกมาไม่ดี เช่น ไม่ชอบ ไม่พอใจก็จะเป็นทิศทางลบ ทัศนคติทางลบไม่ได้หมายความว่าไม่ควรมีทัศนคตินั้น แต่เป็นเพียงความรู้สึกไม่ดี เช่น ทัศนคติในทางลบต่อการเล่นการพนัน และการมีทัศนคติในทางบวกก็ไม่ได้หมายความว่าทัศนคติที่ดี เช่น ทัศนคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ เป็นต้น

4. ทัศนคติมีความเข้ม คือมีปริมาณมากน้อยของความรู้สึก ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกันในสถานการณ์เดียวกัน แต่อาจแตกต่างกันในเรื่องความเข้มที่บุคคลรู้สึกมากน้อยต่างกัน (รวิวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์.2532:15) เช่น ถ้าชอบมาก หรือไม่เห็นด้วยอย่างมาก ก็แสดงว่ามีความเข้มสูง ถ้าไม่ชอบเลยหรือเกลียดมาก ก็แสดงว่ามีความเข้มไปในอีกทิศทางหนึ่ง

5. ทัศนคติมีความคงทน ทัศนคติเป็นสิ่งที่คนยึดมั่นถือมั่นและมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของคนคนนั้น การยึดมั่นในทัศนคติต่อสิ่งใด ก็ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ยากเช่นกัน แต่ก็อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อประสบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมใหม่แตกต่างไปจากเดิม (รวิวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์ 2532: 16)

6. ทัศนคติมีทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก พฤติกรรมภายในเป็นสภาวะทางจิตใจซึ่งหากไม่ได้แสดงออก ก็ไม่สามารถจะรู้ว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติอย่างไรต่อเรื่องนั้น

ทัศนคติที่เป็นพฤติกรรมภายนอกจะแสดงออก เนื่องจากถูกกระตุ้น และการกระตุ้นนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ ร่วมอยู่ด้วย เช่น บุคคลแสดงความไม่ชอบด้วยการดู ค่ำคนอื่น นอกจากไม่ชอบคนนั้นแล้ว อาจจะเป็นเพราะถูกทำทายเป็นก่อน

7. ทัศนคติจะต้องมีสิ่งเร้าจึงจะมีการตอบสนองขึ้น แต่ก็ไม่จำเป็นว่าทัศนคติที่แสดงออกจากพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอกจะตรงกันเพราะก่อนแสดงออกบุคคลนั้นต้องปรับปรุงให้เหมาะกับปทัสถานของสังคมแล้วจึงแสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอก

2.6 ความสำคัญของทัศนคติ

ธีระพร อูวรรณโณ (2539: 447-449) ได้กล่าวถึงความสำคัญของทัศนคติ

1. ทัศนคติเป็นมโนคติที่ครอบคลุมปรากฏการณ์หลายอย่างได้ ทัศนคติต่อเรื่องหนึ่งสามารถสรุปรวมพฤติกรรมหลายพฤติกรรมเข้าด้วยกันได้ เช่น ความรัก ที่บุคคลมีต่อครอบครัว ก็สรุปรวมพฤติกรรมหลายอย่างของบุคคลได้ เช่น การดูแลเอาใจใส่บุคคลในครอบครัว การให้เวลากับสมาชิกทุกคนในครอบครัว เป็นต้น

2. ทัศนคติเป็นสาเหตุของพฤติกรรม หากบุคคลมีทัศนคติทางบวกหรือลบต่อสิ่งเร้าใดก็จะแสดงพฤติกรรมทางบวกหรือลบต่อสิ่งเร้านั้น (ประดินันท์ อุปรมัย 2544:154)

3. ทัศนคติมีความสำคัญในตัวเอง ไม่ว่าทัศนคติของบุคคลจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเขาหรือไม่ก็ตาม เช่น ทัศนคติของบุคคลต่อผู้อื่น ต่อสถาบันต่างๆ เป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นแนวทางที่บุคคลรับรู้ต่อโลกรอบๆ ตัวของบุคคล

4. ทัศนคติเป็นเรื่องที่นักจิตวิทยาหลายสาขาสนใจร่วมกัน เพื่อนำไปเป็นพื้นฐานของการทำความเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ที่สนใจ

5. ทัศนคติเป็นเรื่องที่นักโฆษณาประชาสัมพันธ์สนใจเรื่องของทัศนคติทั้งในแง่ของการศึกษาเพื่อให้เข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงาน เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ

6. ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์และต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประดินันท์ อุปรมัย 2544:154)

7. ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล(ประดินันท์ อุปรมัย 2544: 154)

นอกจากนี้ทัศนคติยังเป็นเรื่องที่บุคคลหลายสาขาอาชีพให้ความสนใจเนื่องจากทัศนคติเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมทางสังคมทั้งความรู้สึกนึกคิด ความชอบแนวโน้มพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลต่างๆจากทัศนคติของบุคคล

2.7 ตัวกำหนดทางสังคมและบุคลิกภาพที่มีผลต่อทัศนคติ (Societal and Personality Determinants of Attitudes) ประกอบด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2526:93-99)

1. ตัวบุคคล (The Individual) ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูหรือฝึกอบรม จะเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพของบุคคล ขณะเดียวกันบุคคลก็ย่อมมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งบุคลิกภาพที่ต่างกันนี้จะมีผลทำให้ทัศนคติของบุคคลเหล่านั้นแตกต่างกันด้วย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) การที่บุคคลหนึ่งจะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคลอื่นหรือไม่และมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับคุณลักษณะบางอย่างของบุคคลนั้น เช่น ความเป็นที่เชื่อถือ ความน่าสนใจ และความมีอำนาจ ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หากพ่อแม่มีลักษณะดังกล่าวก็จะทำให้การสร้างทัศนคติที่เกิดขึ้นในเด็กได้ง่าย นอกจากนี้ สื่อต่างๆ เพื่อน ครู ก็มีผลต่อการสร้างและเปลี่ยนทัศนคติได้เช่นกัน

3. กลุ่ม (The Group) บุคคลหนึ่งย่อมมีส่วนร่วมในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกหลายคน ในขณะเดียวกัน บุคคลนั้นก็อาจจะมีความต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมร่วมกับบุคคลอื่นด้วย ทัศนคติของบุคคลนั้นย่อมขึ้นกับบุคคลในกลุ่มที่เขาเป็นสมาชิกด้วย ดังนั้นทัศนคติของบุคคลจะเปลี่ยนได้ทางใดทางหนึ่งก็โดยการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่ม

4. สัมพันธภาพระหว่างกลุ่ม (Intergroup Relations) เชื่อกันว่า ปัจจัยสองอย่างที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกอคติที่เกิดระหว่างกลุ่ม) คือปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและด้านสังคม มีข้อมูลแสดงให้เห็นว่ากลุ่มต่างๆถ้ามีความเหมือนกันมากเท่าใดในด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมโดย ทัวๆ ไป ความชอบกันระหว่างกลุ่มก็จะมีมากขึ้นเท่านั้น

2.8 ทัศนคติกับพฤติกรรม

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์(2549: 251-252) กล่าวว่า พฤติกรรมที่มีส่วนสัมพันธ์กับทัศนคติมี 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Domain)ซึ่งพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การจำความคิด ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านความรู้ ความเข้าใจจะประกอบด้วยความสามารถระดับต่างๆ ซึ่งเริ่มจากความรู้ระดับง่ายๆและเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเรื่อยๆ โดยมีความรู้ความเข้าใจ การแปลความหมาย การให้ความหมาย

การคาดคะเน และความสามารถในการนำไปใช้ รวมทั้งความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้

2. พฤติกรรมด้านความรู้สึกรู้สึกหรืออารมณ์ (Affective Domain) นี้เป็นความสนใจ ความรู้สึกท่าที ความชอบ พฤติกรรมด้านนี้เกิดขึ้นภายในซึ่งต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรม

3. การตอบสนอง (Response) เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้าต่างๆ พฤติกรรมในขั้นการตอบสนองจะมีลักษณะของความยินดี เต็มใจและพอใจที่จะตอบสนอง

สรุป การเกิดของทัศนคติ เนื่องมาจากประสบการณ์ การเรียนรู้ และจากสภาพแวดล้อมการเลี้ยงดูการอบรมจากครอบครัว จากประสบการณ์ตรงที่ได้รับมาของแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อสถานการณ์และสิ่งเร้า รูปแบบต่างๆทั้งในรูปความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม

2.9 หน้าที่ของทัศนคติ

ธีระพร อูวรรณ โฉ.2539:443-446 (อ้างใน Herek. 1986:99-114, 1987:285-303, แคตส์ 1960:163-204, สมิตและคณะ 1956:37-47) หน้าที่ของทัศนคติเท่าที่นักจิตวิทยาสังคม ได้ศึกษาไว้ สรุปได้เป็น 5 ด้าน คือ

1. การเข้าใจโลกตามการรับรู้ของบุคคล การมีทัศนคติต่อเรื่องต่างๆ ช่วยให้บุคคลรับรู้ ตีความและเข้าใจเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมอย่างมีความหมายสำหรับเขาได้ แต่การรับรู้ ตีความ หรือเข้าใจไม่จำเป็นต้องตรงกับความเป็นจริงเสมอไป สิ่งเหล่านี้เพียงแต่มีความหมายสำหรับบุคคลเท่านั้น

2. การเป็นเครื่องมือในการกำหนดผลกรรม ตามแนวคิดของลัทธินิยม (hedonism) ในอดีตและทฤษฎีการเรียนรู้เงื่อนไขผลกรรมในปัจจุบันเห็นว่าบุคคลทำสิ่งต่างๆ รวมทั้งมีทัศนคติต่อเรื่องต่างๆในทางที่จะก่อให้เกิดผลกรรมทางบวกมากที่สุด และผลกรรมทางลบ น้อยที่สุดสำหรับตน เด็กเล็กจะพัฒนาทัศนคติทางบวกต่อที่หมายหรือสถานการณ์ที่ทำให้เขามีความสุข และพัฒนาทัศนคติทางลบต่อสถานการณ์ที่ทำให้มีความทุกข์

3. การปกป้องอัตตา (ego-defense) ทัศนคติที่ทำหน้าที่นี้เกิดขึ้นในลักษณะที่บุคคลปกป้องอัตตาโดยหลีกเลี่ยงการเผชิญความจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ดีในตนเองหรือไม่ยอมรับความจริงจากภายนอกที่มีผลไม่ดีต่อตน

4. การปรับตัวทางสังคม ทัศนคติต่อเรื่องต่างๆ สามารถมีส่วนช่วยให้บุคคลริเริ่ม ดำรง ส่งเสริม หรือขัดขวางความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นได้ในการทำงานของทัศนคติตามหน้าที่นี้ผลที่เกิดขึ้นจะมีได้ค่อนข้างชัดเจนหากบุคคลได้แสดงทัศนคติของตนออกมาให้เป็นที่ประจักษ์

ของผู้อื่น มากกว่าเจตคติที่บุคคลมีอยู่ในใจของตนเพียงคนเดียว การมีเจตคติต่อเรื่องต่างๆช่วยให้บุคคลปรับตัวทางสังคมได้หลายรูปแบบคือ

4.1 การผูกมิตร พบว่าคนที่มีทัศนคติต่อเรื่องต่างๆในทิศทางที่คล้ายคลึงกันชอบพอกัน ได้มากกว่าคนที่มีทัศนคติแตกต่างกัน

4.2 การเป็นปฏิปักษ์ต่อกัน มักเกิดขึ้นเมื่อคนสองฝ่ายมีทัศนคติต่อเรื่องหนึ่งในทิศทางที่ตรงกันข้ามกัน

4.3 ช่วยให้อ้างอิงถึงกลุ่มอ้างอิงได้ การมีทัศนคติอย่างหนึ่งต่อเรื่องหนึ่งทีสอดคล้องกันในกลุ่มอ้างอิงก็ช่วยให้บุคคลอ้างอิงถึงกลุ่มอ้างอิงได้

4.4 ช่วยให้อ้างอิงจากกลุ่มอ้างอิงทางลบได้ กลุ่มอ้างอิงทางลบในที่นี้หมายถึงกลุ่มอ้างอิงที่บุคคลพยายามปฏิเสธความสัมพันธ์ของตนกับกลุ่มอ้างอิงนั้นๆ ซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิงที่ตนเคยมีความสัมพันธ์ด้วยมาก่อน

4.5 ช่วยให้อ้างอิงแสดงความต้องการที่จะเป็นเอกเทศได้ บุคคลอาจจะสังกัดกับกลุ่มอ้างอิงหนึ่งแต่มีทัศนคติต่อบางเรื่องไม่สอดคล้องกับกลุ่มอ้างอิง บุคคลก็แสดงความต้องการที่จะเป็นเอกเทศในเรื่องนั้นได้โดยการประกาศให้คนอื่นทราบถึงทัศนคติของตน

5. การสะท้อนค่านิยมออกมาภายนอก ซึ่งต่างจากประเด็นที่ได้กล่าวมาแล้วในส่วนที่ว่ากรณีนี้ทัศนคติที่บุคคลแสดงออกมาเป็นการสะท้อนค่านิยมที่แท้จริงของบุคคลหรือเอกลักษณ์ของบุคคลออกมาซึ่งทำให้เกิดความพอใจจากการได้แสดงทัศนคติดังกล่าว

2.10 ประโยชน์ของทัศนคติ

ธีระวุฒิ เอกะกุล(2542:19 อ้างในประภาเพ็ญ สุวรรณ 2520:4 และ ชม ภูมิภาค 2516: 65) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ช่วยให้อ้างอิงถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยการจัดรูปหรือจัดระบบสิ่งของต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา

2. ช่วยให้มีการเข้าข้างตนเอง (Self-Esteem) โดยช่วยให้บุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดีหรือปกปิดความจริงบางอย่าง ซึ่งนำความไม่พอใจมาสู่บุคคล

3. ช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่สลับซับซ้อน ซึ่งมีการปฏิภิกิริยาโต้ตอบหรือการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไปนั้นส่วนมากจะทำให้สิ่งทำความพอใจมาก หรือเป็นบำเหน็จรางวัลจากสิ่งแวดล้อม

3. ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยมของตนเอง ซึ่งแสดงว่าเจตคตินั้นนำความพอใจมาให้บุคคลนั้น

5. เตรียมบุคคลเพื่อให้พร้อมต่อการปฏิบัติการ

6. ช่วยให้คุณคิดได้คาดคะเนล่วงหน้าว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น
7. ทำให้บุคคลได้รับความสำเร็จตามหลักชัยที่วางไว้

2.11 วิธีวัดทัศนคติ

ธีระพร อูวรรณโณ (2539: 463-466) การศึกษาเพื่อวัดทัศนคติของบุคคลนั้นมีวิธีการศึกษาทัศนคติหลายวิธีด้วยกันดังนี้

1. การใช้มาตรวัด มาตรวัดทัศนคติหมายถึง เครื่องมือที่สร้างขึ้น โดยอาศัยระเบียบวิธีที่ได้มีการคิดค้นและศึกษาวิจัยกันมาแล้ว วิธีสร้างมาตรวัดทัศนคติมีหลายวิธี เช่น มาตรการรวม การประมาณค่าของลิเคิร์ท มาตรการจำแนกความหมาย และมาตรในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล มาตรการอันตรภาคปรากฏเท่ากันของเซอร์สโตน เป็นต้น ข้อได้เปรียบโดยส่วนรวมของการใช้มาตรวัด ได้แก่ การมีคะแนนที่สามารถนำไปเปรียบเทียบระหว่างบุคคลหรือระหว่างกลุ่มได้และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลหรือกลุ่มได้ การใช้มาตรวัดจะมีความชัดเจนในเชิงทฤษฎี และในบางกรณีการใช้มาตรวัดจะช่วยชี้แนะแนวทางในการเปลี่ยนทัศนคติได้ด้วย

2. การสังเกตพฤติกรรม ที่จะนำมาใช้ในการวัดทัศนคตินี้ผู้ใช้จะต้องอนุมานทัศนคติของบุคคลเป้าหมายจากพฤติกรรมที่เขาแสดง ผู้ใช้ในที่นี้คือผู้ที่คิดระบบที่จะสังเกตขึ้น แต่ผู้ใช้อาจเป็นผู้สังเกตเอง หรือให้ผู้อื่นสังเกตก็ได้ ประเด็นสำคัญในการสังเกตพฤติกรรมเพื่อจะอนุมานออกมาเป็นทัศนคติขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของพฤติกรรมที่สังเกต ข้อได้เปรียบของการสังเกตพฤติกรรมได้แก่ การใช้ได้ง่ายในสถานการณ์ต่างๆ ผู้สังเกตอาจสังเกตหลายพฤติกรรมไปพร้อมกันได้

3. การสังเกตร่องรอยของการกระทำ แบ่งเป็น สองประเภทหลัก คือร่องรอยสึกรหรือ และร่องรอยพอกพูน ข้อได้เปรียบของการสังเกตร่องรอยของการกระทำคล้ายกับข้อได้เปรียบของการสังเกตพฤติกรรม คือใช้ได้ง่ายในสถานการณ์ต่างๆ ผู้สังเกตอาจสังเกตร่องรอยหลายอย่างไปพร้อมกันได้และอาจให้ผู้อื่นร่วมสังเกตได้ด้วย

4. การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลช่วยให้ทราบทัศนคติต่อเรื่องต่างๆ ได้ ข้อได้เปรียบของการสัมภาษณ์มีสองประการคือ ประการแรกผู้สัมภาษณ์มีโอกาสสอบถามสิ่งต่างๆ จากผู้ถูกสัมภาษณ์ได้แน่ชัดและประหยัดเวลาว่าการสังเกตพฤติกรรมหรือการหาร่องรอย การกระทำ ประการที่สองผู้สัมภาษณ์อาจได้ข้อมูลบางอย่างที่เป็นประโยชน์ต่อเรื่องที่กำลังศึกษา ซึ่งข้อมูลนี้อาจไม่เกิดขึ้นในการวัดด้วยวิธีอื่นๆ

5. การต่อประโยคหรือเรื่องให้จบ แบ่งเป็น สอง วิธีหลัก คือ การต่อประโยคให้จบ และการต่อเรื่องให้จบ ข้อได้เปรียบของการต่อประโยคหรือเรื่องให้จบมี สองประเด็นหลักคือ ประเด็นแรกเป็นวิธีที่ใช้ได้ง่ายและดัดแปลงให้มีลักษณะคล้ายการเล่นเกมส์ได้ ประเด็นที่สองสามารถทำได้หลายคนไปพร้อมๆกันซึ่งการสัมภาษณ์ไม่สามารถทำได้

2.12 เครื่องมือวัดทัศนคติ

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์(2532:85-99) การสร้างแบบวัดเจตคติตามวิธีการของ ลิเคิร์ท (Likert's Summated Rating Scale 1932) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ทัศนคติมีการกระจาย เป็นแบบโค้งปกติ (Normal Curve) โดยนำข้อความที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และ กำหนดการให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ให้คะแนนช่วงความรู้สึกเท่าๆกัน เป็น 5 ช่วงต่อเนื่องเรียกว่า Arbitrary Weighting Method ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็น 5,4,3,2,1 สำหรับข้อความทางบวก ส่วน ข้อความทางบวก ส่วนข้อความทางลบในระดับความคิดเห็นเดียวกันให้คะแนนเป็น 1,2,3,4,5 ซึ่ง ได้ผลไม่แตกต่างกันและพบว่ามีค่าสหสัมพันธ์สูงถึง 0.99 กับค่าคะแนนที่กำหนดเป็นจำนวนเต็ม (Edwards.1957: 151)ดังนั้นการกำหนดคะแนนของแต่ละระดับในมาตรวัดทัศนคติแบบลิเคอร์ทในเวลาต่อมาจึงกำหนดให้เป็นคะแนนจำนวนเต็มเรียงกันไป การสร้างมาตรวัดทัศนคติตามวิธีของ ลิเคอร์ท มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดเรื่องที่จะศึกษาว่ามีโครงสร้างลักษณะใด ศึกษาทัศนคติต่อสิ่งใด ให้นิยามทัศนคติต่อสิ่งนั้นให้ชัดเจน
2. รวบรวมข้อความความคิดเห็นเช่นเดียวกับวิธีของเทอร์ส โตนและควรเป็นข้อความที่ คนมีทัศนคติต่างกัน
3. สร้างข้อความให้ครอบคลุมคุณลักษณะทั้ง สองทาง คือ ทางบวก และทางลบ
4. ตรวจสอบข้อความโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนั้นพิจารณาดูว่า ข้อความที่สร้างครอบคลุมคุณลักษณะเรื่องที่ศึกษา ภาษาที่ใช้มีความหมายทางเดียวและสอดคล้อง กับลักษณะการตอบหรือไม่
5. การทดลองขั้นต้น (Try out) ก่อนที่จะนำไปใช้จริง เพื่อให้ได้ข้อความที่ชัดเจน และมีค่าอำนาจจำแนกที่อยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ คือ ค่า t ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป (Edwards.1957:153)
6. กำหนดน้ำหนักคะแนนว่าตัวเลือกในแต่ละข้อความควรมีน้ำหนักเท่าใด เช่นกรณีที่มี 5ช่วง ให้คะแนน 5,4,3,2,1 หรือ 1,2,3,4,5

การวิเคราะห์รายข้อหาค่าอำนาจจำแนก มีขั้นตอนดังนี้

1. นำข้อความที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสมแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 คน
2. นำผลจากการทดลองใช้มาตรวจให้คะแนนทุกข้อและรวมคะแนนทุกข้อและรวมคะแนนแต่ละฉบับตามคะแนนที่กำหนดในแต่ละข้อตามระดับความเห็นที่ตอบจากมากไปน้อย โดยคะแนนสำหรับข้อความทางบวกเป็น 5,4,3,2,1 และข้อความทางลบ เป็น 1,2,3,4,5 ตามลำดับ
3. เรียงลำดับคะแนนรวมทุกฉบับจากสูงสุดไปต่ำสุด หรือจากต่ำสุดไปสูงสุดก็ได้
4. แบ่งกลุ่มที่ได้คะแนนสูง 25% และกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ 25% (ประมาณ 1 ใน 4) ของจำนวนผู้ตอบทั้งหมดโดยเรียกว่า กลุ่มสูง และกลุ่มต่ำ ตามลำดับ
5. นำคะแนนของแต่ละกลุ่มมาแจกแจงความถี่เพื่อหาค่าเฉลี่ย (Mean) และความแปรปรวนรายข้อ (Variance) แล้วทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มสูงกลุ่มต่ำโดยใช้สูตร t-test (Edwards.1957:152-154)
6. เลือกข้อความที่ได้ผลการวิเคราะห์ค่า t สูงๆ ไว้ใช้โดยปกติจะเลือกข้อความที่มีค่า $t > 1.75$ ขึ้นไป

สรุป การจะใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการตรวจสอบหรือวัดทัศนคติของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หรือประเด็นที่ต้องการทราบ ความสะดวกหรือความเป็นไปได้ของการตรวจสอบหรือการวัด (อาจใช้แบบวัดที่มีผู้สร้างไว้เรียบร้อยแล้ว หรืออาจสร้างขึ้นใหม่อย่างมีระบบก็ได้) และความเหมาะสมของผู้ถูกวัด เช่น เด็กเล็กอาจใช้การสังเกตหรือการเติมคำให้ประโยคสมบูรณ์ เด็กวัยรุ่นอาจใช้การสัมภาษณ์ แบบทดสอบ แบบวัดก็ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยและสภาพการณ์ต่างๆ เป็นต้น

2.12 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับทัศนคติ

2.12.1 ทฤษฎีความขัดแย้งของความคิด (Cognitive Dissonance Theory)

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2542:22อ้างในประภาเพ็ญ สุวรรณ.2526:106-108)

แนวความคิดของทฤษฎีความขัดแย้งของความคิด สร้างโดย ลีออน เฟสติงเจอร์ (Leon Festinger) ในปี ค.ศ. 1957 ได้ศึกษา จากพื้นฐานธรรมชาติกลไกของการปรับตัวของมนุษย์ พบว่ามนุษย์ไม่สามารถจะทนต่อสิ่งเปลี่ยนแปลง ขัดแย้ง หรือไม่ลงรอยกันได้ กล่าวคือ เมื่อใดที่มนุษย์มีความขัดแย้งกัน มนุษย์จะพยายามหาทางขจัดความขัดแย้งให้หมดไป ทำให้ภาวะทางจิตใจที่เกิดความขัดแย้ง(Dissonance)กระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาไปทิศทางใด ทิศทางหนึ่ง ทำให้ลดความขัดแย้ง

ลงได้ หลักการของทฤษฎีนี้คือ “พฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วยส่วนประกอบของความขัดแย้ง สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้โดย การเปลี่ยนส่วนประกอบของการรับรู้ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งนั้นๆ”

1. ความขัดแย้ง(Dissonance)ของการรับรู้เกิดจากความแตกต่างระหว่างการรับรู้สองอย่างขึ้นไป ความคิดหนึ่งเป็นของบุคคล อีกความคิดหนึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

2. ความมากน้อยของความขัดแย้ง ขึ้นอยู่กับอัตราส่วนระหว่างความเหมือนกัน(Consonant) และความแตกต่างกันของความคิดเห็น ความขัดแย้งมาจากจำนวนเหตุผลที่มีต่อการเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. บุคคลที่มีความขัดแย้งมากจะมีแรงขับ (Drive) มาก การจะทำให้ความขัดแย้งหมดไป โดยการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องนั้นๆ และเพิ่มเหตุผลให้ส่วนประกอบคล้ายกันมากขึ้น

4. บุคคลสามารถลดความขัดแย้ง โดยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในตน (Psychological Environment) ซึ่งได้แก่ ทศนคติและการรับรู้ หรือเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายนอกตัว บุคคลนักจิตวิทยาที่เชื่อในทฤษฎีนี้ได้ศึกษาพบว่า

ตัวแปรที่จะช่วยลดความขัดแย้งมีดังนี้(ธีรวุฒิ เอกะกุล.2542:22 อ้างใน ศักดิ์ สุนทรเสนี 2531: 12)

4.1 ความสำคัญของส่วนประกอบของการรับรู้ เช่น ผู้สูงอายุกับการดื่มสุรา จะมีการรับรู้ 2 อย่างคือ การดื่มสุรา การดื่มสุราไม่ดีทำให้เป็นโรคตับแข็ง เมื่อคิดว่าตนเองอายุมากแล้ว ความขัดแย้งก็จะไม่ต่างกันมาก แต่ถ้าบุคคลนั้นยังไม่อยากตาย ส่วนประกอบของความขัดแย้งก็จะมีมาก

4.2 อัตราส่วนของส่วนประกอบที่ขัดแย้งกับส่วนประกอบที่เหมือนกัน ถ้าอัตราส่วนความขัดแย้งสูงจะทำให้ความขัดแย้งมีมากขึ้น ฉะนั้นถ้าต้องการลดความขัดแย้งให้เพิ่มส่วนประกอบที่เหมือนกัน

4.3 ชนิดของส่วนประกอบที่เหมือนกัน ถ้าอยู่ในส่วนประกอบเดียวกัน ย่อมจะลดความขัดแย้งลงได้ เช่น การเลือกซื้อเสื้อยืด 2 ตัว ย่อมมีความขัดแย้งน้อยกว่าการเลือกซื้อนาฬิกา 1 เรือน

วิธีช่วยลดความขัดแย้งทางความคิด หรือการรับรู้ให้น้อยลง มีดังนี้

1. พยายามตัดสินใจใหม่อีกครั้ง โดยการตัดสินใจอย่างอิสระหรือยินยอม โดยมีสิ่งบังคับภายนอก

2. ลดความสำคัญของการรับรู้บางอย่าง เปรียบเทียบว่าการรับรู้อย่างใดดีกว่ากัน

3. เพิ่มความเหมือนกันระหว่างสิ่งเลือก2อย่างขึ้นไป

4. เพิ่มส่วนประกอบที่เหมือนกันให้มากขึ้น

จะเห็นได้ว่าความขัดแย้งเกิดขึ้นหลังจากเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว การลดความขัดแย้งเป็นการเพิ่มความสนใจกับอีกสิ่งหนึ่งที่เลือกไว้นั่นเอง แสดงว่าทัศนคติที่มีต่อสิ่ง 2 สิ่งนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงไป

2.12.2 ทฤษฎีความสอดคล้องของความคิด (Cognitive Consistency Theories)

เป็นเรื่องเกี่ยวกับการคิดหรือการรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทำให้เกิดความรู้หลายๆ ด้าน หรือมีส่วนประกอบของการรู้ (Cognitive element) หลายๆ อย่างรู้ในทางที่ดีหรือไม่ดี ถ้ารู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีมากกว่าในทางที่ไม่ดี จะเกิดความสอดคล้องของการรู้ขึ้นทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น หรือหากรู้ในทางที่ไม่ดีมากกว่าในทางที่ดี จะเกิดความไม่สอดคล้องของการรู้ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดี หรือมาชอบสิ่งนั้น และเมื่อรู้สิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ดีและไม่ดีพอๆ กัน จะทำให้เกิดความขัดแย้งของการรู้ขึ้น เรียกว่า “เกิดความไม่สอดคล้องของการรู้ขึ้น” (Cognitive dissonance) ดังนั้น จะต้องรู้ในทางที่ดีให้มากกว่าในทางที่ไม่ดี จึงจะมีทัศนคติในทางที่ดีมากกว่า

กล่าวได้ว่าส่วนประกอบของการรู้(Cognitive element) ของคนเราถ้ารู้ทางที่ดีมากกว่าในทางที่ไม่ดีจะเกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น ในความรู้หรือความคิดของคนเราดังนี้

- เกิดความมั่นคง (Consistency)
- เกิดความสมดุล (Balance)
- เกิดความสอดคล้อง (Consonance)
- เกิดความเหมาะสม (Congruity)

หากส่วนประกอบของการรู้ของคนเราอยู่ในทางที่ไม่ดีมากกว่าในทางที่ดี จะเกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น ในความรู้หรือความคิดของคนเรา ดังนี้

- เกิดความไม่มั่นคง (Inconsistency)
- เกิดความไม่สมดุล (Imbalance)
- เกิดความไม่สอดคล้อง (Dissonance)
- เกิดความไม่เหมาะสม (Incongruity)

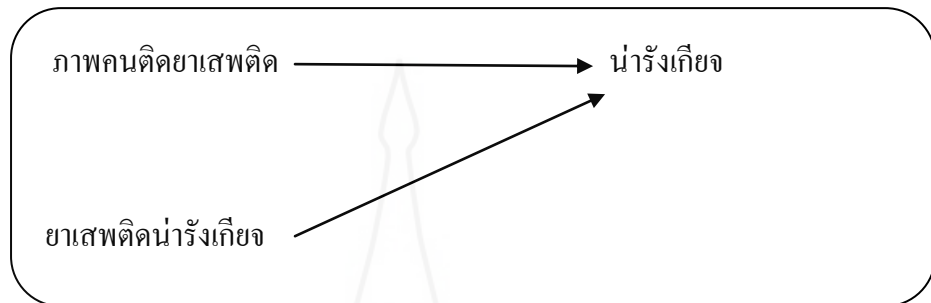
2.12.3 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการให้แรงเสริม

(Conditioning and Reinforcement Theories)

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการให้แรงเสริม มี 3 แบบดังนี้

(ธีรวุฒิ เอกะกุล.2542:27-28 อังไฉน ชวนชัย เชื้อสาธุชน.2533: 13)

1. แบบ Association คือแบบเชื่อมโยงสิ่งเร้าตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป เป็นหลักการเรียนรู้โดยการทดแทน (Substitution learning) ของ Pavlov ในชีวิตประจำวันของเรา ได้รับการเรียนรู้ประเภทนี้มากมาย เช่น การโฆษณา การค้าขาย เป็นต้น ประกอบตามภาพประกอบ



ภาพที่ 2.4 แสดงแบบเชื่อมโยงสิ่งเร้าตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป

2. แบบให้แรงเสริม (Reinforcement) ซึ่งเป็นหลักการของ Skinner การติชม (Verbal reinforcement) เป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องการซึ่งจะทำให้เปลี่ยนแปลงนี้มี 2 ลักษณะดังนี้

2.1 เป็นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติอย่างผิวเผิน คือ ความคิดกับการกระทำ ไม่สอดคล้องกัน

2.2 เป็นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทั้งด้านความคิดความเชื่อ และการกระทำเป็นลักษณะการยอมรับสิ่งต่างๆด้วยใจ

3. แบบการเลียนแบบ คือการมีทัศนคติตามแบบผู้อื่น

2.12.4 ทฤษฎีเครื่องล่อใจ (Incentive Theory)

D.Kat (ธีรวุฒิ เอกะกุล.2542:27-28 อ้างใน ชวนชัย เชื้อสาธุชน.2533: 14) กล่าวว่า “คนเราจะมีทัศนคติต่อสิ่งใด เราจะต้องเชื่อแล้วว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์หรือสร้างความพอใจให้แก่เรา” ดังนั้น เมื่อสิ่งนั้นสามารถจูงใจเราได้ จะทำให้เรามีทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆ ในทางใดทางหนึ่ง เช่น ผีนเป็นสิ่งจูงใจหรือเครื่องล่อใจอย่างหนึ่ง ทัศนคติของคนทุกๆ ไป จะต่างจากชาวเขาที่ปลูกฝิ่น ซึ่งเขาจะมีทัศนคติที่ดีต่อฝิ่น เพราะฝิ่นทำให้เขาได้

นอกจากนั้น เมื่อคนเราเกิดขัดแย้งในใจเกี่ยวกับของ 2 สิ่ง เราจะต้องพยายามทำให้สิ่งหนึ่งเป็นเครื่องล่อใจที่มีคุณค่าสูงกว่าให้ได้ เพื่อเปลี่ยนความรู้สึกและทัศนคติไปในแนวนั้นอันมีผลทำให้ความขัดแย้งบรรเทาลงได้

2.12.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Active Participation Theory)

แนวความคิดของทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม เป็นผลมาจากการศึกษาทางจิตวิทยาสังคมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยกล่าวว่า “การเปลี่ยนทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้เกิดขึ้นได้โดยการสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่มบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ มีข้อมูลที่ศึกษาและแสดงให้เห็นว่ากลุ่มบุคคลมีส่วนร่วมของอิทธิพลที่มีต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคล เช่น จอห์นสันและนีล (ซีรวูตี เอกะกุล.2542:27-28 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2526:116อ้างใน Johnson and Neale.1970) พบว่านักศึกษาที่ร่วมในกิจกรรมสังคมจะเป็นสมาชิกของกลุ่มนักศึกษาที่มีความชอบ และทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคคล ซึ่งไม่เห็นกับการทำกิจกรรมสังคม นอกจากนี้ วัตสันและจอห์นสัน(Watson and Johnson.1972) ได้สรุปผลการศึกษากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไว้ดังนี้

1. ทัศนคติของบุคคลจะมีผลอย่างมากจากกลุ่มที่เขามีส่วนร่วม และกลุ่มที่เขาต้องการร่วมด้วย
2. ถ้าทัศนคติของบุคคลสอดคล้องกับมาตรฐานของกลุ่ม จะเป็นแรงเสริมกำลังให้กับทัศนคตินั้นมากขึ้น ในทางตรงข้ามจะเป็นการลงโทษ ถ้าบุคคลนั้นมีทัศนคติไม่ตรงกับมาตรฐานของกลุ่ม
3. บุคคลที่ขึ้นอยู่กับกลุ่มอย่างมากจะเป็นบุคคลที่เปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ยากที่สุดถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นความพยายามของบุคคลภายนอก
4. การสนับสนุนทัศนคติบางอย่างของสมาชิกในกลุ่ม ถึงแม้เพียงหนึ่งคนก็จะสามารถลดพลังของกลุ่มใหญ่ ที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติของสมาชิกของกลุ่มได้
5. ถึงแม้จะเป็นเพียงสมาชิกในกลุ่มจำนวน 2 คนเท่านั้น ที่ยึดมั่นในทัศนคติบางอย่างจะมีอิทธิพลของสมาชิกคนอื่นๆในกลุ่มได้เช่นกัน
6. การมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่มและการตัดสินใจของกลุ่ม จะช่วยแก้ไขการต่อต้านที่จะ เปลี่ยนทัศนคติใหม่ๆ ถ้ากลุ่มตัดสินใจที่จะยอมรับทัศนคติใหม่ สมาชิกในกลุ่มจะยอมรับทัศนคตินั้นด้วย
7. ถ้าบุคคลเปลี่ยนแปลงกลุ่มอ้างอิงของตน ทัศนคติของบุคคลมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงด้วย

2.12.6 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

แนวความคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มีความเชื่อว่า “กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะอยู่ในรูปแบบของการเรียนรู้ และการที่จะแสดงพฤติกรรมเดิมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับผลสืบเนื่องที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าผลสืบเนื่องเป็นไปในทางที่ดี พฤติกรรมนั้นจะมีแนวโน้มไม่เกิดขึ้นอีก” กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปทิศทางใดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่เขาได้รับจากสังคมแวดล้อม สังคมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล สิ่งที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลซึ่งได้แก่ ความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง ฯลฯ และผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลกระทำพฤติกรรมนั้น พฤติกรรมที่จะแสดงออกต่อไปนี้ ขึ้นกับการประเมินผลย้อนกลับของพฤติกรรมที่เขาได้แสดงออกไปแล้ว องค์ประกอบที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลมีสำคัญมี 4 อย่างคือ

1. ความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง
2. การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น
3. คำพูดที่จูงใจ
4. การเร้าทางอารมณ์

2.12.7 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (A Theory of Reasoned Action)

แนวความคิดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ได้มีการพัฒนาโดย ไอเซนและ พิชบายน์ (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2542:30 อ้างถึงใน ธีระพร อุวรรณโณ, 2528:24-26) มีหลักการว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลและใช้ข้อมูลที่ตนมีอย่างเป็นระบบ มนุษย์พิจารณาผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตน ก่อนตัดสินใจลงมือทำหรือไม่ทำพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมีดังนี้

1. พฤติกรรมส่วนมากอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาของบุคคล เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ของบุคคลจึงเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิดกับการกระทำ

2. เจตนาเชิงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับตัวกำหนด 2 ลักษณะดังนี้

- 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นการประเมินทางบวก-ลบ ของบุคคลต่อการกระทำเรียกว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม ทัศนคติต่อพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (Behavioral Beliefs) การประเมินผลการกระทำ (Evaluation of Consequences)

- 2.2 ปัจจัยทางสังคม เป็นการประมาณของบุคคลว่าตนจะมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) เพียงใด กลุ่มอ้างอิง หมายถึงบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อบุคคลผู้นั้น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative Belief) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อที่ว่าบุคคลแต่ละคนที่อยู่ในกลุ่มอ้างอิง

ประสงค์จะให้ตนทำ หรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นเพียงใด และยังขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง(Motivation to Comply)

3. ความสำคัญของทัศนคติต่อพฤติกรรมและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ส่วนหนึ่งขึ้นกับเจตนาเชิงพฤติกรรม หรือพฤติกรรมเอง นั่นคือ พฤติกรรมบางพฤติกรรมอาจถูกกำหนดโดยทัศนคติต่อพฤติกรรมมากกว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากกว่าจากทัศนคติต่อพฤติกรรม แต่พฤติกรรมบางพฤติกรรมอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งสองใกล้เคียงกัน ความสำคัญของปัจจัยทั้งสองอาจแตกต่างกันจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง

4. ตัวแปรภายนอก(External Variables) เช่น ตัวแปรชีวิตสังคมทัศนคติต่อเป้าหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นๆ หรือบุคลิกภาพ จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่อเมื่อตัวแปรนั้นๆมีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หรือมีอิทธิพลต่อน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรทั้งสองที่สื่อเจตนาเชิงพฤติกรรม

5. การกำหนดพฤติกรรมที่จะศึกษาจำเป็นต้องกำหนดโดยคำนึงถึง ดังนี้

5.1 การกระทำ (Action) จะต้องกำหนดว่าเป็นการกระทำอย่างเดียว (Single Act) เช่น การให้ลูกดื่มนม การให้ลูกสูบบุหรี่ เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มการกระทำ (Behavior Category) เช่น การวิ่ง การกระโดดเชือก และการเล่นฟุตบอล เป็นต้น

5.2 เป้าหมาย (Target) หมายถึง เป้าหมายของการกระทำ เช่น การให้ลูกดื่มนม อาจกำหนดเป้าหมายเป็นให้ดื่มนมแม่

5.3 เวลา (Time) หมายถึง เวลาที่พฤติกรรมที่เราสนใจจะเกิดขึ้น เช่น การรับประทานอาหารเมื่อถึงเวลาตอนเที่ยงวัน

5.4 บริบท (Context) หมายถึง สถานการณ์ที่พฤติกรรมที่เราสนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่โรงอาหารของสถาบัน

การกำหนดพฤติกรรมที่จะศึกษานี้ สามารถกำหนดให้มีความเฉพาะตามที่เราสนใจจะศึกษา เมื่อกำหนดพฤติกรรมได้แล้ว การวัดทัศนคติต่อพฤติกรรม ต้องวัดให้สอดคล้องกับพฤติกรรม เช่น ทัศนคติต่อการรับประทานอาหารในช่วงเวลาเที่ยงวัน ส่วนการวัดพฤติกรรม จำเป็นต้องวัดให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่กำหนดขึ้นมา

สรุป ทฤษฎีทัศนคติที่สำคัญ ประกอบด้วย ทฤษฎีความขัดแย้งทางความคิด มีหลักการสำคัญคือ ถ้าพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วย ส่วนประกอบของความขัดแย้งสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยการเปลี่ยนส่วนประกอบของการรับรู้ ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งกันนั้น ส่วนทฤษฎีความสอดคล้องของความคิด เกี่ยวข้องกับความคิดในทางที่ดี และความคิดในทางที่ไม่ดี ถ้าเป็นความคิดในทางที่ไม่ดีจะเกี่ยวข้องกับ ความมั่งคั่ง ความสมดุล

ความสอดคล้อง และความเหมาะสม ส่วนความคิดในทางที่ไม่ดีเกี่ยวข้องกับ ความไม่มั่นคง ความไม่สมคูล ความไม่สอดคล้อง และความไม่เหมาะสม ส่วนทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการให้แรงเสริม มีหลักการสำคัญคือ การเชื่อมโยงสิ่งเร้า การให้แรงเสริม และการเลียนแบบ ส่วนทฤษฎีเครื่องล่อใจ มีหลักการสำคัญคือ คนเราจะมีทัศนคติต่อสิ่งใด จะต้องเชื่อว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์ หรือสร้างความพอใจให้กับตนเอง ส่วนทฤษฎีการมีส่วนร่วม มีหลักการสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้เกิดขึ้นได้โดย การสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่มบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะอยู่ในรูปแบบของการเรียนรู้ และการที่จะแสดงพฤติกรรมเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผลสืบเนื่องที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าผลสืบเนื่องเป็นไปในทางที่ดี พฤติกรรมนั้นจะมีแนวโน้มเกิดขึ้นอีก แต่ถ้าผลสืบเนื่องเป็นไปในทางที่ไม่ดี พฤติกรรมนั้นจะมีแนวโน้มไม่เกิดขึ้นอีก และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล มีหลักการสำคัญคือ มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล และใช้ข้อมูลที่ตนมีอย่างเป็นระบบ มนุษย์พิจารณาผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตนก่อนตัดสินใจลงมือทำ หรือไม่ทำพฤติกรรม

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 งานวิจัยในประเทศ

วิไล ชินเวชกิจวานิชย์, กัลยา ซาพวงและฉัฐววรรณ ดิเลศยีนง (ในวารสารโรคเอดส์ปี 2555/2556 บทคัดย่อ) ได้ทำการสำรวจความรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้ติดเชื้อฯ ในจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 86 ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 96 รู้ว่าการตรวจเลือดเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะตอบว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ร้อยละ 95 รู้ว่าการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีเชื้อฯ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ร้อยละ 90 รู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะป้องกันโรคเอดส์ได้ และมีเพียงร้อยละ 31 ที่ตอบถูกว่าการใช้สิ่งของร่วมกับผู้ติดเชื้อฯ เช่น หีบน้ำ เลื่อผ้าฯ ไม่ทำให้ติดเชื้อฯ

แอมเบอร์ บาสาเคอร์ กูรุง.(2551.บทคัดย่อ) ความรู้ ทัศนคติต่อเอชไอวี/เอดส์ และความเต็มใจในการดูแลผู้ที่เป็นเอชไอวี/เอดส์ของพยาบาลในประเทศภูฏาน.. บทคัดย่อ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทัศนคติต่อเอชไอวี/เอดส์ และความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ของพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน ก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยมีค่าคะแนนและร้อยละของแต่ละด้านดังนี้ ด้านความรู้ ร้อยละ 74.1 (ค่าเฉลี่ย 24.66 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) ด้านทัศนคติ ร้อยละ 66.5 (ค่าเฉลี่ย 80.59 จากคะแนนเต็ม 105 คะแนน)

และด้านความเต็มใจในการดูแล ร้อยละ 98.5 (ค่าเฉลี่ย 44.85 จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน) และจากการหาค่าความสัมพันธ์ด้วยสเปียร์แมน (Spearman's correlation) พบว่า ระยะเวลาของการฝึกอบรมสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ ($r_3 = 0.161, p < 0.05$) และทัศนคติของพยาบาล ($r_3 = 0.145, p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_3 = 0.255, p < 0.01$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเต็มใจในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_3 = 0.317, p < 0.01$) ส่วนความรู้และความเต็มใจไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ ระยะเวลาที่ศึกษาและระยะเวลาที่ให้บริการ ดังนั้นจึงควรเพิ่มการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล โดยเฉพาะเรื่องปัจจัยเสี่ยงพยาธิสภาพ และการจัดการเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ โดยการอบรมให้ความรู้ดังกล่าวต้องควบคู่กับการส่งเสริมด้านศีลธรรมพร้อมกันไปด้วยเพื่อให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีและมีความเต็มใจในการดูแล

ไพรัตน์ วิริยะภักพงค์ (2550. บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน : กรณีศึกษา พื้นที่ดำเนิน โครงการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดสระแก้ว พ.ศ.2550 ผลการศึกษาพบว่า เยาวชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับความคิดเห็นมาก การรับรู้ข่าวสารอยู่ในระดับการรับรู้มาก และการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการศึกษเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชนจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพพบว่า เยาวชนมีอาชีพแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเยาวชนที่มีอาชีพ นักเรียน/นักศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์น้อยกว่าอาชีพรับราชการ และอาชีพรับราชการมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากกว่าอาชีพเกษตรกร/รับจ้าง และไม่มีงานทำ ตามลำดับ

นพคุณ คุณเลิศกิจ (2550.บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและความรู้เรื่องโรคเอดส์ กับความต้องการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอดส์ของนักโทษหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดเชียงใหม่ปี 2550 เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามของโครงการเข้าใจเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ต้องขังต้องการตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.6) ส่วนใหญ่คิดว่าการรู้ตัวว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์ดีกว่าไม่รู้(ร้อยละ76.5) ผู้ต้องขังส่วนใหญ่มีทัศนคติแง่ลบต่อโรคเอดส์โดยคิดว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว (ร้อยละ 71.2) และมีความเข้าใจไม่ถูกต้องว่าไม่ควรใช้ห้องน้ำรวมกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 49.6) ทัศนคติข้ออื่นๆผู้ต้องขังส่วนใหญ่เห็นว่าถ้าพบกับผู้ติดเชื้อจะพูดคุยกันได้ตามปกติ, รู้สึกเห็นใจคนที่ติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อสามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้ คิดเป็นร้อยละ 90.7 , 92.1 และ 90.4 ตามลำดับ ผู้ต้องขังมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความรู้เฉลี่ย 5.48 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 10) พบว่ากลุ่มที่

ต้องการตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการหลีกเลี่ยงจากสังคมถ้าติดเชื้อ มากกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องการตรวจเลือด ($p = .001$) แสดงว่าผู้ที่มีทัศนคติที่ดี จะพร้อมตรวจหาเชื้อเอดส์และพร้อมปรับตัวไม่หลีกเลี่ยงจากสังคม ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความต้องการเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อเอดส์

สุชาดา วงศ์สวัสดิ์ เพ็ญรุ่ง ศรีทรัพย์พานิช และสุภาวดี ไชยเดชาร

(2550.บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.4 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 10.7 และร้อยละ 0.9 มีความรู้น้อย และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 92 และอีกร้อยละ 8 มีทัศนคติไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 16.16 ส่วนชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ย 17.16 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความรู้สูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 3.47 ส่วนชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ย 3.45 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือนักศึกษาทั้ง 2 ชั้นปีมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ใกล้เคียงกันส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมและจำแนกแต่ละชั้นปี ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประเสริฐ พรานเกิด (2545 บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี แต่ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบพบว่า เพศ ประสิทธิภาพการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ และสถานที่ทำงานที่ต่างกัน ทำให้ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกัน พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวิมล ชมภูแก้ว (2543 บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัย เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ ของผู้รับบริการตรวจหาเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้รับบริการตรวจหาเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับมาก ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และพบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ของผู้รับบริการตรวจหาเชื้อเอดส์ มีความสัมพันธ์กันในระดับมาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.853 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สินี กวนไวยบุตร (2541 บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนที่มีเลือดบวกเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การดูแลเด็กเลือดบวกเอดส์ และการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ กับ การได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แสดงว่าเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีความรู้ดังกล่าวมากกว่าเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงที่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์ การดูแลเด็กเลือดบวกเอดส์ และการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ กับระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 แสดงว่าเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานดูแลเด็กเลือดบวกเอดส์แตกต่างกันก็จะมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ การดูแลเด็กเลือดบวกเอดส์ และการป้องกันการติดเชื้อเอดส์แตกต่างกันด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานกับการได้รับความรู้ในการดูแลเด็กเลือดบวกเอดส์มีความสัมพันธ์กัน ณ ระดับนัยสำคัญ 0.01 แสดงว่าเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงที่เคยได้รับความรู้ในการดูแลเด็กเลือดบวกเอดส์ มีการปฏิบัติงานดูแลเด็กเลือดบวกเอดส์อยู่ในระดับสูงกว่าเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงที่ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลเด็กเลือดบวกเอดส์

ศุภกนิษฐ์ พลไพบรินทร์ (2540 บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ. ผลการศึกษาวิจัยพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ผลการเปรียบเทียบพบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยการศึกษาสูงจะมีความรู้ ทัศนคติ ดีกว่าพยาบาลที่มีอายุมาก การศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึง .0001 ตามลำดับ ประสบการณ์และการฝึกอบรมมีผลต่อความรู้และพฤติกรรม แต่ไม่มีผลต่อทัศนคติ พยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์มีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึง .01

3.2 งานวิจัยต่างประเทศ

ซัวมิเนน, ทาร์จา และคณะ (Suominen , Tarja Caroline Karanja – Pernu, Jari Kalma , Jarmo Houtsonen , Maritta Valimaki, 2011. บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ : กรณีศึกษาของนักศึกษาในฟินิส ยูนิเวอร์ซิตี การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากรณีศึกษาตัวอย่างของนักศึกษาต่างชาติที่ศึกษาในฟินิส ยูนิเวอร์ซิตี ได้ศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ส่วนใหญ่นักศึกษามีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเอดส์ในเรื่องของการติดต่อ การแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ มีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ นักศึกษาเหล่านี้ยังสามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้เป็นอย่างดี และส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการที่มีความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ที่ดีจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ที่ดีด้วย

มอลลอย (Molloy. 2009. บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลใน นิคารากัว เป็นการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลหลายสถาบันที่นิคารากัว จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์นั้นมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ที่ไม่สูงนัก และจากการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้เรียนรู้โรคเอดส์จากการเรียนการสอนเพียงอย่างเดียวแต่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

มัวร์ (Moore.2008. บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติ และแนวโน้มของการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาในวิทยาลัยของประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างดีและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ และยังมีความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ในเรื่องของการติดต่อการแพร่กระจายเชื้อว่านอกจากทางเพศสัมพันธ์แล้วยังสามารถติดเชื้อเอดส์โดยวิธีอื่นอีก พฤติกรรมความรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษานั้นมาจากการเสาะแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง และจากสื่ออื่น ๆ อีกนอกเหนือจากการศึกษาในห้องเรียน ดังนั้นการรณรงค์ในเรื่องการให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้สื่อที่มีประสิทธิภาพจะช่วยทำให้นักศึกษามีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับ โรคเอดส์และมีทัศนคติที่ดีต่อโรคเอดส์ด้วย

วันวิมล เบญจกุล (WANVIMUL BENJAKUL , 2006. บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา การทดสอบความรู้เรื่อง โรคเอดส์และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลแลกเปลี่ยนระดับบัณฑิตศึกษาในสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย งานวิจัยนี้เป็นการศึกษา

เชิงพรรณนาเปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของ นักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยและนักศึกษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกามีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติ เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่านักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โยและคณะ (Yoo,Hyera.2005. บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์ ทัศนคติและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้ขั้นพื้นฐานของวัยรุ่นเกาหลี จากการศึกษพบว่า คะแนนระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของวัยรุ่นเกาหลีอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์/ เอชไอวี และสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 4.4% (42 คน) เคยผ่านการมี เพศสัมพันธ์มาแล้ว มีจำนวน 18 คน เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์(คิดเป็น 40% ของผู้ที่เคย มีเพศสัมพันธ์) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถาม บอกว่าไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของ เอดส์/เอชไอวี มีวัยรุ่น ประมาณ 94.4 % ได้แสดงให้เห็นว่าพวกเขาต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกัน เอดส์ / เอชไอวี ในอนาคต จากแบบสอบถามได้แสดงให้เห็นว่าช่องทางหลักที่พวกเขา ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์คือ จากทางโทรทัศน์ (52.5%) และในห้องเรียน (32.1%) มีเพียง (1.3%) ที่ได้จากผู้ปกครอง

โรบิลลาร์ด(Robillard.2001. บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา การประเมินความรู้ และ ทัศนคติต่อเอดส์ /เอชไอวี ของวัยรุ่น จาไมก้า จากการศึกษพบว่าวัยรุ่นจาไมก้าในโบสถ์มีระดับ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับที่ดีมาก เนื่องจากมีความกระตือรือร้นสนใจต่อการ เรียนการสอนเกี่ยวกับโรคเอดส์ในโบสถ์ ซึ่งผู้ให้ความรู้คือพยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยงาน สาธารณสุข ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับที่ดี วัยรุ่นมีความเห็นใจผู้ติดเชื้อเอดส์ และ เหล่าวัยรุ่นคิดว่าการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ดีการให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงจะดีที่สุด

ปอลล์ (Paul. 1994. บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรค เอดส์ของบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษพบว่า บุคลากรในสถานดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอดส์และมีการทดสอบความรู้เป็นระยะๆ แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรค เอดส์ส่วนใหญ่แล้วมาจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ เป็นต้น อิทธิพลอื่นๆที่มีผลต่อ ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ คือ ศาสนา ความเชื่อ ศีลธรรม เชื้อชาติ ศาสนา ซึ่งส่งผลในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วย

เพรดเดอร์สัน (Pederson. 1993. บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาโดยการเปรียบเทียบ โครงสร้างของการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้วิธีเรียนโดยใช้เนื้อหาการเรียน การสอนเกี่ยวกับโรคเอดส์เพียงอย่างเดียวกับการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนพยาบาลที่ได้รับการเรียน

การสอนโดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีระดับความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โดยการสอนเพียงอย่างเดียว

เทสซาโร (Tessaro.1992. บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทัศนคติ การปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐในเขตที่มีผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูงและต่ำ ในนอร์ทแคโรไลนาประเทศสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาพบว่า

1. พยาบาลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จะมีความรู้ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่ทั้งนี้ขึ้นกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย กล่าวคือ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ดีกว่า
2. พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์จะให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ดีกว่า
3. บุคลิกภาพส่วนบุคคลของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
4. พยาบาลที่อยู่ในเขตที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคเอดส์น้อย หากได้มีการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มากกว่านี้จะช่วยทำให้เกิดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มากขึ้น สรุปว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มีความชำนาญและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ จะสามารถให้การบริการและมีพฤติกรรมพยาบาลที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

ไซน์เดอร์ (Snyder. 1992. บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ สุขภาพในช่องปากและฟัน และการควบคุมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า หากเจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ดี จะมีขั้นตอนในการปฏิบัติงานในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ได้ดี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ดีไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลสุขภาพในช่องปากและฟัน ในส่วนของการใช้เทคนิคในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ที่ดีและเหมาะสมนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์ในการลดความกลัวและช่วยสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้เป็นอย่างดี

โกลเดนเบิร์ก (Goldenberg. 1991. บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา ทัศนคติ ความเชื่อของนักเรียนพยาบาล แนวโน้มพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้ทฤษฎีของ Ajzen – Fishbein of Reasoned Action จากการศึกษาพบว่า นักเรียนพยาบาลที่มีทัศนคติและความเชื่อที่ดีเกี่ยวกับโรคเอดส์ จะมีแนวโน้มพฤติกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้อย่างดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .003

สรุป จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติต่อโรคเอดส์ ผู้ที่มีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ดี จะทราบถึงสาเหตุของการติดเชื้อเอดส์ว่าส่วนใหญ่จะติดเชื้อเอดส์ทางใดและวิธีการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ ทราบแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และจะมีระดับทัศนคติเชิงบวกต่อโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ดี

ตารางที่ 2.1 ตารางแสดง การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ลำดับ	เจ้าของงานวิจัย	ชื่องานวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา									
			ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม	อายุ	เพศ	การศึกษา	ได้รับอบรม	ประสบการณ์	สถานภาพ	อาชีพ
1	กนิษฐา พัฒนพรพันธ์	ความรู้ ทัศนคติต่อ โรคเอดส์ และความตั้งใจรับการทดสอบ หาร่องรอยการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์	f	f	f		f					
2	มาลี สบายยิ่ง	ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค เอดส์ของเยาวชนชาย อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา	f	f	f							f
3	ศิริพร วงศ์ชัย	ทัศนคติต่อโรคเอดส์ของ นักเรียนชั้น มัธยมปลาย		f				f		f		
4	วไล ชินเวชกิจวา นิษฐ์ และคณะ	การสำรวจความรู้เรื่องโรค เอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เป็น สมาชิกของชมรมผู้ติดเชื้อ เอดส์ใน จ.ราชบุรี	f			f	f	f			f	f

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ลำดับ	เจ้าของงานวิจัย	ชื่องานวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา								
			ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม	อายุ	เพศ	การศึกษา	ได้รับอบรม	ประสบการณ์	สถานภาพ
5	ศุภนิศย์ พลไพรินทร์	ความรู้ทัศนคติต่อโรคเอดส์ และพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยโรคเอดส์ใน รพ. ของรัฐบาล	f	f	f	f		f		f	f
6	ลีนี กวนไวบุตร	ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยง ในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อน ที่มีเลือดบวกเอดส์	f	f	f	f		f		f	f
7	ทาร์จา ชัวมิเนน	ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม เลี้ยงเอดส์ของนักเรียน พยาบาล	f	f	f						
8	ชูชาน บี มอลลี	ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของ นักเรียนพยาบาลนิคารากัว	f								
9	ไดคาซาร์ มูร์	ความรู้และทัศนคติต่อโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัย ของนักเรียนวิทยาลัย	f	f				f			
10	วันวิมล เบนจาคูล	ความรู้และทัศนคติในการดูแล ผู้ป่วยเอดส์เปรียบเทียบกับ นักเรียนพยาบาลไทยกับ นักเรียนพยาบาลอเมริกา	f	f							

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ลำดับ	เจ้าของงานวิจัย	ชื่องานวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา										
			ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม	อายุ	เพศ	การศึกษา	ได้รับอบรม	ประสบการณ์	สถานภาพ	อาชีพ	
11	ไฮอิระ โยและคณะ	ความรู้และทัศนคติและพฤติกรรมเลี้ยงของวัยรุ่นเกาหลี	f	f	f		f						
12	รุท เอช รอบบิล ลาร์ด	ความรู้ ทัศนคติและการป้องกันเอดส์ของวัยรุ่น	f	f	f								
13	พอล เซลบ	ความรู้และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของพยาบาลศูนย์ดูแลผู้ป่วยเอดส์	f	f						f			
14	ไอลีน เทสซาโร	ความรู้และทัศนคติต่อเอดส์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์	f	f						f	f		
15	เกล อัลเลตัน ไชนเดอร์	ความรู้ ทัศนคติของการดูแลสุขภาพในช่องปากและฟันและการป้องกันการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเอดส์	f	f									
16	สุชาดา วงศ์สวัสดิ์และคณะ	ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี นครราชสีมา	f	f						f			

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแพทยรังสิต จังหวัดปทุมธานี ที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนตุลาคม 2556 จำนวน 150 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแพทยรังสิต จังหวัดปทุมธานี จำนวน 110 ซึ่งได้มาจากการสุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 การหาจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณด้วยวิธีการของ ทาโร ยามานะ (Taro Yamane) (พรรณิ ลีกิจวัฒน์, 2553) จากผู้ช่วยพยาบาล ทั้งหมด 150 คน จะได้ขนาดของประชากรกลุ่มตัวอย่างของผู้ช่วยพยาบาลอย่างน้อย 110 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนี้

$$n = N/(1+N(e^2))$$

โดย n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากรทั้งหมด

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนร้อยละ 5

หรือ 0.05

จากสูตรแทนค่าสูตรได้ดังนี้

$$n = 150 / (1 + 150(0.05))$$

$$n = 150 / (1 + (150 \times 0.0025))$$

$$n = 150 / 1.375$$

$$n = 109.09$$

$$n = 110$$

1.2.2 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างโดยการเลือกอย่างง่าย จากหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลแพทย์รังสิต จังหวัดปทุมธานี จำนวน 10 หน่วยงาน รวม 110 คน จากหน่วยงานทั้งสิ้น จำนวน 15 หน่วยงาน รวม 150 คน รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ช่วยพยาบาลในสังกัดแต่ละหน่วยงาน

สังกัดหน่วยงาน/แผนก	จำนวน ผู้ช่วยพยาบาล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับฉลากรายกลุ่ม
แผนกฉุกเฉิน	10	10
แผนกศัลยกรรม (ผู้ป่วยนอก)	7	7
แผนกหู ตา คอ จมูก	6	6
แผนก C3 (ผู้ป่วยนอก)	8	8
แผนก CCU	7	7
แผนก ICU	8	8
แผนกห้องไตเทียม	6	6
แผนกหอผู้ป่วยใน W5	14	14
แผนกหอผู้ป่วยใน N5	15	15
แผนกหอผู้ป่วยใน N6	15	15
แผนกหอผู้ป่วยใน N7	14	14
รวมทั้งสิ้น	150	110

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ ลักษณะของคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check – list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมในเรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในเรื่องของความหมาย ได้แก่ข้อ 1 สาเหตุของโรค ได้แก่ข้อ 2,6 และ ข้อ 7 การติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 5, 8 และข้อ 11 อาการของโรค ได้แก่ข้อ 12, 13 และข้อ 14 การป้องกัน ได้แก่ข้อ 15, 16, 17 และข้อ 18 และการดูแลรักษา ได้แก่ข้อ 19 และ ข้อ 20 แบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามแบบชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) 4 ตัวเลือก มีข้อคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวการให้คะแนน หากตอบถูกได้ 1 คะแนน หากตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคเอดส์ในด้านความคิด ด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรม ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของ ลีเคิร์ท มี 5 ระดับ (Rating scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความที่มีลักษณะในทางบวก จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ข้อ 3-4, 8-10, 13, 18-22, 23 และ ข้อ 34-36 โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนของมาตราส่วนประมาณค่า ดังนี้

- | | |
|---|-------------------------------------------------------------|
| 5 | หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| | เมื่อผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก หรือส่วนใหญ่ |
| 4 | หมายถึง เห็นด้วย |
| | เมื่อผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้น |
| 3 | หมายถึง ไม่แน่ใจ |
| | เมื่อผู้ตอบไม่มั่นใจในข้อความนั้นหรือเห็นด้วยกับข้อความนั้น |
| 2 | หมายถึง ไม่เห็นด้วย |
| | เมื่อผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น |

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เมื่อผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือ
ส่วนใหญ่

ข้อความที่มีลักษณะในทางลบ จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-2, 5-7, 11-12, 14-17, 23-24 , และ ข้อ 26 – 33 โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนของมาตราส่วนประมาณค่า ดังนี้

- 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เมื่อผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก หรือส่วนใหญ่
- 2 หมายถึง เห็นด้วย
เมื่อผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้น
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
เมื่อผู้ตอบไม่มั่นใจในข้อความนั้นหรือเห็นด้วย
กับข้อความนั้น
- 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
เมื่อผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
- 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เมื่อผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือ
ส่วนใหญ่

2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ และหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมือตามขั้นตอน ดังนี้

- 2.2.1 ศึกษาจากเอกสารหลักการ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.2.2 ศึกษาการสร้างแบบสอบถามลักษณะคำถามแบบชนิดเลือกตอบ
- 2.2.3 ศึกษาการสร้างแบบสอบถามตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert)
- 2.2.4 สร้างแบบสอบถามฉบับร่างตามโครงสร้างเนื้อหา
- 2.2.5 นำแบบสอบถามฉบับร่างเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไข
สำนวนภาษาและความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
- 2.2.6 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่านเพื่อ
ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยหาค่าดัชนีความ

สอดคล้อง (IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.75– 1.00 ซึ่งถือว่าข้อคำถามในแบบสอบถามใช้ได้ แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.2.7 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ช่วยพยาบาลที่มีใช้กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล บีแคร์ เมดคัล จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ดังต่อไปนี้

1) การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์โดยใช้สูตร ริชชาร์ด คูเดนเดอร์สัน (Kuder-Richadson) KR-20 ซึ่งคำนวณค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ เท่ากับ .79

2) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Alpha Coefficient) ตามวิธีการ ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .84

2.2.8 นำแบบสอบถามที่หาค่าความเชื่อมั่นแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2.2.9 ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของช่วงคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีทัศนคติที่น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีทัศนคติที่น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีทัศนคติปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีทัศนคติที่มาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีทัศนคติที่มากที่สุด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลทุกอย่าง จะเก็บรักษาเป็นความลับ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1-10 ตุลาคม 2556

3.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทุกฉบับ ที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ นำไปวิเคราะห์เพื่อทำการวิจัยต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้ช่วยพยาบาล และการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และการหาร้อยละ

4.2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมในเรื่อง ความรู้ทั่วไป อาการของโรค การติดต่อ การป้องกัน และการดูแลรักษา แบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามแบบชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) 4 ตัวเลือก มีข้อคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว การให้คะแนน หากตอบถูกได้ 1 คะแนน หากตอบผิดได้ 0 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่ามีความรู้ความเข้าใจ มาก

ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 79 ถือว่ามีความรู้ความเข้าใจปานกลาง

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 ถือว่ามีความรู้ความเข้าใจน้อย

4.3 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคเอดส์ในด้านความคิด ด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรม วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนรายชื่อของแบบสอบถามทัศนคติต่อโรคเอดส์

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยพยาบาล และระดับทัศนคติใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายระดับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโดยใช้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.2 ข้อมูลระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ ร้อยละ (Percentage) ของคำตอบรายชื่อของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

5.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation-Coefficient)

5.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อโรคเอดส์ในตัวแปรที่จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ใช้ t-test สองกลุ่มอิสระ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับทัศนคติต่อโรคเอดส์ในตัวแปรที่จำแนกเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (One-Way Analysis of Variance) ในการทดสอบสมมติฐาน และเมื่อเป็นไปตามสมมติฐานแล้วจึงนำมาทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของ เชฟเฟ่ (Scheffe's Method)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต ผู้ศึกษานำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยชีวสังคมที่มีผลต่อทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และได้เข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
18 – 25 ปี	43	39.10
26 – 30 ปี	21	19.10
31 – 35 ปี	13	11.80
36 – 40 ปี	18	16.40

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
41 - 45 ปี	6	5.40
46 ปีขึ้นไป	9	8.20
รวม	110	100.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	6.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย	93	84.50
ปริญญาตรี	7	6.40
อื่นๆ (กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี)	3	2.70
รวม	110	100.00
ประสบการณ์ทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	16	14.50
ตั้งแต่ 1 – 5 ปี	40	36.40
มากกว่า 5 – 10 ปี	22	20.00
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	32	29.10
รวม	110	100.00
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์		
มีประสบการณ์	91	82.70
ไม่มีประสบการณ์	19	17.30
รวม	110	100.00
การผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล		
ผ่านการอบรม	96	87.30
ไม่ผ่านการอบรม	14	12.70
รวม	110	100.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
การเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์		
ได้เข้ารับการอบรม	50	45.50
ไม่ได้เข้ารับการอบรม	60	54.50
รวม	110	100

จากตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และการได้เข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ จำนวน 110 คน มีรายละเอียด ดังนี้

1. อายุ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีอายุ 18 -25 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.10 รองลงมา มีอายุ 26 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.10 และมีอายุ 36 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.40 ตามลำดับ
2. ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 84.50 รองลงมาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 6.40 ซึ่งมีจำนวนเท่ากับระดับปริญญาตรี
3. ประสบการณ์ทำงาน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีประสบการณ์ ตั้งแต่ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.27 รองลงมา มากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.10 และ มากกว่า 5 -10 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00 ตามลำดับ
4. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 82.70 และไม่มีประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 17.30
5. การผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ผ่านการอบรม คิดเป็นร้อยละ 87.30 และไม่ได้ผ่านการอบรม คิดเป็นร้อยละ 12.30
6. การเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 54.50 และได้เข้ารับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 45.50

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต

ตารางที่ 4.2 วิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต

ระดับความรู้ความเข้าใจ	\bar{x}	S.D.	แปลผล
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์	16.08	1.80	มาก
เฉลี่ยรวม	16.08	1.80	มาก

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ใน ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 16.08

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตในระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้
สูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	73	66.36	มาก
ระหว่างร้อยละ 50 – ร้อยละ 79	37	33.64	ปานกลาง
รวม	110	100	

จากตารางที่ 4.3 พบว่าผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ อยู่ในระดับ มาก จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 66.36 และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 19. ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะติดต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาล
แพทย์รังสิตโดยภาพรวม

ทักษะคติ	\bar{x}	S.D.	ระดับทักษะคติ
ด้านความคิด	3.48	.41	ปานกลาง
ด้านความรู้สึกรู้สึก	3.59	.46	มาก
ด้านพฤติกรรม	3.34	.46	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	3.47	.38	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่าผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตมีทักษะติดต่อโรคเอดส์อยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3.47 โดยจำแนกเป็นรายด้านต่างๆ พบว่า ทักษะคติด้านความรู้สึกรู้สึกมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3.59 มีทักษะคติระดับที่ดี รองลงมาทักษะคติด้านความคิด และด้านพฤติกรรม มีทักษะคติระดับเป็นกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 3.48 และ 3.34 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะติดต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล
โรงพยาบาลแพทย์รังสิต ด้านความคิด

ข้อที่	ทักษะคติ	\bar{x}	S.D.	ระดับทักษะคติ
1.	ท่านคิดว่าตัวท่านเองจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสที่จะติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย	3.17	1.26	ปานกลาง
2.	ท่านคิดว่าบุคคลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ติดเชื้อเอดส์ บุคคลนั้นต้องติดเชื้อเอดส์ด้วยแน่นอน	4.05	.73	มาก
3.	ควรให้การยอมรับและให้โอกาสแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างเท่าเทียมกัน	4.09	.72	มาก
4.	สังคมกีดกันและลงโทษผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างไม่เป็นธรรมเนื่องจากมีอคติ	3.10	1.25	ปานกลาง
5.	ท่านคิดว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ควรพักรักษาตัวอยู่บ้านและได้รับการทะนุถนอม ไม่ควรทำงานเนื่องจากร่างกายอ่อนแอ	3.25	1.05	ปานกลาง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อที่	ทัศนคติ	\bar{x}	S.D.	ระดับทัศนคติ
6.	ท่านคิดว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ทำลายความหวังและอนาคตของผู้ติดเชื้อเอดส์	2.56	1.22	ปานกลาง
7.	ควรจัดสถานที่เฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ให้อาศัยอยู่ร่วมกันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น	2.90	1.17	ปานกลาง
8.	โรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้	4.35	.75	มาก
9.	ท่านคิดว่าทุกคนในทีมสุขภาพควรให้ความสนใจศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์	4.49	.60	มาก
10.	ท่านคิดว่าการใช้บริการที่คลินิกนิรนามไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย	3.89	.97	มาก
11.	ท่านคิดว่าผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ควรตรวจเลือดเป็นระยะๆ	2.06	1.03	น้อย
12.	ท่านคิดว่าผู้ที่ให้ความสนใจสนทนากับผู้ติดเชื้อเอดส์ต้องติดเชื้อเอดส์ด้วยแน่นอน	3.86	.87	มาก
เฉลี่ยรวม		3.48	.41	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิตมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิด โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3.48 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.49 คือ ทุกคนในทีมสุขภาพควรให้ความสนใจศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิตที่ปฏิบัติงานอยู่นั้นมีทัศนคติที่ดีต่อโรคเอดส์ คือเป็นไปในแนวทางไม่เห็นด้วยกับการที่ต้องให้ความสนใจศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์ และพบว่า ผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ควรตรวจเลือดเป็นระยะๆ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคิดเป็น 2.06 ถือเป็นทัศนคติน้อยต่อโรคเอดส์

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล
โรงพยาบาลแพทย์รังสิต ด้านความรู้สึก

ข้อที่	ทักษะคติ	\bar{x}	S.D.	ระดับทักษะคติ
1.	ไม่ควรรู้สึกรังเกียจหากต้องดูแลบุคคล ในครอบครัว ที่ติดเชื้อเอดส์	4.11	.87	มาก
2.	ท่านยินดีให้การดูแลผู้ป่วย โรคมาเร็งมากกว่าผู้ป่วยเอดส์	3.28	1.10	ปานกลาง
3.	ท่านรู้สึกว่าไม่เป็นการยุติธรรมที่ได้รับมอบหมายให้ ดูแล ผู้ติดเชื้อเอดส์	3.66	.88	มาก
4.	หลังจากที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ท่านรู้สึก วิตกกังวลใจกลัวการติดเชื้อเอดส์จากผู้ป่วย	3.16	1.11	ปานกลาง
5.	ท่านวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อเอดส์เมื่อต้องดูแลผู้ป่วย ที่ประสบอุบัติเหตุ	3.01	1.09	ปานกลาง
6.	ควรให้กำลังใจแก่เพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอดส์	4.29	.72	มาก
7.	ท่านยินดีและเต็มใจที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์	3.85	.71	มาก
8.	ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรได้รับการยอมรับ และเห็นใจ	4.23	.64	มาก
9.	ท่านรู้สึกเห็นใจบุคคลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่ถูกบุคคลในสังคมรังเกียจ	4.29	.61	มาก
10.	ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นบุคคลที่น่าสงสารและน่าเห็นใจ	4.11	.73	มาก
11.	ท่านรู้สึกว่างานให้บริการผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นงานที่มี ความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอดส์	2.44	1.18	น้อย
12.	ท่านวิตกกังวลเมื่อต้องใช้ห้องน้ำ ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์	2.68	1.06	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม		3.59	.46	มาก

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิตมีทักษะคติต่อโรคเอดส์
ด้านความรู้สึก โดยรวมอยู่ในระดับ ดี มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3.59 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า
ทักษะคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.29 คือ ควรให้กำลังใจแก่
เพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอดส์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ รู้สึกเห็นใจบุคคลในครอบครัวผู้ติดเชื้อ

เอดส์ที่ถูกบุคคลในสังคมรังเกียจและพบว่า รู้สึกว่างานให้บริการผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอดส์ เป็นทัศนคติที่น้อยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.44

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล
โรงพยาบาลแพทย์รังสิต ด้านพฤติกรรม

ข้อที่	ทัศนคติ	\bar{x}	S.D.	ระดับทัศนคติ
1.	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์	3.48	1.10	ปานกลาง
2.	ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรได้รับการดูแลรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรายอื่นๆ	3.04	1.29	ปานกลาง
3.	การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ควรจัดทำในที่แยกเฉพาะเป็นสัดส่วนเท่านั้น	2.29	.98	น้อย
4.	ถึงแม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์แต่ก็ยังรู้สึกกลัวและไม่อยากอยู่ใกล้ผู้ป่วยเอดส์	2.82	1.12	ปานกลาง
5.	ไม่ซื้ออาหารที่ประกอบจากผู้ติดเชื้อเอดส์	2.86	.99	ปานกลาง
6.	หากเลือกได้ท่านไม่ต้องการทำงานในแผนกที่มีแต่ผู้ป่วยเอดส์	3.08	1.11	ปานกลาง
7.	การใช้อุปกรณ์สำนักงานเช่น โทรศัพท์ ปากกา ดินสอร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นสิ่งไม่ถูกต้อง	3.88	.94	มาก
8.	ต้องลาออกจากงานหากต้องทำงานร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์	4.15	.81	มาก
9.	ท่านคิดว่ามาตรการต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัยจากการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์	2.82	1.02	ปานกลาง
10.	การปฏิบัติงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	3.74	1.17	มาก
11.	การว่ายน้ำสระเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์	3.56	.85	มาก

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อที่	ทัศนคติ	\bar{X}	S.D.	ระดับทัศนคติ
12.	ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปฏิบัติงานและทำคุณประโยชน์ให้กับสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป	4.40	.69	มาก
เฉลี่ยรวม		3.34	.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3.34 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าทัศนคติต่อ โรคเอดส์ด้านพฤติกรรมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.40 คือ ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปฏิบัติงานและทำคุณประโยชน์ให้กับสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป รองลงมาคือ คะแนนเฉลี่ย 4.15 คือ ต้องลาออกจากงานหากต้องทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ หมายถึง ไม่เห็นด้วยที่ต้องลาออกหากต้องทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ และพบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ควรจัดทำในที่แยกเฉพาะเป็นสัดส่วนเท่านั้นเป็นทัศนคติที่น้อยต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิต โดยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.29

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และ
ทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อ
โรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต

ตัวแปร	ความรู้ความเข้าใจโดยรวม	ทัศนคติด้านความคิด	ทัศนคติด้านความรู้สึก	ทัศนคติด้านพฤติกรรม	ทัศนคติโดยรวม
ความหมายของโรคเอดส์	.340**	0.084	0.079	0.016	0.07
สาเหตุของการเกิดโรค	.339**	0.027	0.122	0.018	0.053
การติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อ	.535**	.241*	.222*	0.114	.226*
อาการ	.610**	0.149	0.109	-0.017	-0.048
การป้องกัน	.526**	-0.057	-0.108	0.014	0
การดูแลรักษา	.322**	0.007	-0.1	-0.034	-0.053
ความรู้ความเข้าใจโดยรวม	1	0.161	0.127	0.028	0.123
ทัศนคติด้านความคิด		1	.525**	.604**	.824**
ทัศนคติด้านความรู้สึก			1	.590**	.842**
ทัศนคติด้านพฤติกรรม				1	.870**
ทัศนคติโดยรวม					1

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมและรายด้าน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .123 และเมื่อพิจารณาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์รายด้านในส่วนย่อยกับทัศนคติต่อโรคเอดส์จำแนกรายด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้าน

พฤติกรรม พบว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ด้านการติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิด และด้านความรู้สึก และทัศนคติโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยชีวสังคมที่มีผลต่อทัศนคติต่อโรคเอดส์ ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต

ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม(ด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม) ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตจำแนกตามอายุ

อายุ	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
18 – 25 ปี	43	3.36	.34		
26 – 30 ปี	21	3.39	.37		
31 – 35 ปี	13	3.68	.36		
36 - 40 ปี	18	3.56	.30	2.796	.021*
41 – 45 ปี	6	3.59	.65		
46 ปีขึ้นไป	9	3.66	.26		
รวม	110	3.47	.38		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ 18 – 25 ปี , 26 – 30 ปี , 31 – 35 ปี, 36 – 40 ปี, 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม (ด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม) ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามอายุ ระหว่าง 18 – 25 ปี , 26 – 30 ปี , 31 – 35 ปี , 36 – 40 ปี , 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป รายคู่ตามวิธีของ Scheffe

อายุ	18 – 25 ปี	26 – 30 ปี	31 – 35 ปี	36 - 40 ปี	41 – 45 ปี	46 ปีขึ้นไป
18 – 25 ปี		.686	.005*	.051	.128	.022*
26 – 30 ปี			.686	.027*	.168	.229
31 – 35 ปี				.342	.637	.936
36 - 40 ปี					.809	.470
41 – 45 ปี						.731
46 ปีขึ้นไป						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีช่วงอายุ 18 – 25 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีช่วงอายุ 31 – 35 ปีและ 46 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยช่วงอายุ 31 – 35 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมมากกว่าช่วงอายุ 46 ปีขึ้นไป และ ช่วงอายุ 18 – 25 ปี ตามลำดับ และพบว่าผู้ช่วยพยาบาลที่มีช่วงอายุ 26 – 30 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีช่วงอายุ 36–40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยช่วงอายุ 36 -40 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมมากกว่าช่วงอายุ 26 -30 ปี

ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิด ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาล
แพทย์รังสิตจำแนกตามอายุ

อายุ	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
18 – 25 ปี	43	3.37	.39		
26 – 30 ปี	21	3.38	.31		
31 – 35 ปี	13	3.77	.45		
36 - 40 ปี	18	3.51	.30	3.308	.008*
41 – 45 ปี	6	3.56	.68		
46 ปีขึ้นไป	9	3.73	.30		
รวม	110	3.48	.41		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน ซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ 18 – 25 ปี , 26 – 30 ปี , 31 – 35 ปี , 36 – 40 ปี , 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์
รังสิต จำแนกตามอายุระหว่าง 18 – 25 ปี , 26 – 30 ปี , 31 – 35 ปี, 36 – 40 ปี,
41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป รายคู่ ตามวิธีของ Scheffe

อายุ	18 – 25 ปี	26 – 30 ปี	31 – 35 ปี	36 - 40 ปี	41 – 45 ปี	46 ปีขึ้นไป
18 – 25 ปี		.891	.001*	.161	.264	.013*
26 – 30 ปี			.005*	.266	.330	.027*
31 – 35 ปี				.077	.262	.791
36 - 40 ปี					.843	.193
41 – 45 ปี						.404
46 ปีขึ้นไป						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีช่วงอายุ 18 – 25 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดแตกต่างกับ ผู้ช่วยพยาบาลที่มีช่วงอายุ 31 – 35 ปี และ 46 ปีขึ้นไป และพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลที่มีช่วงอายุ 26 – 30 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดแตกต่างกับ ผู้ช่วยพยาบาลที่มีช่วงอายุ 31 - 35 ปี และ 46 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยช่วงอายุ 31-35 ปีมีทัศนคติด้านความคิดมากกว่าช่วงอายุ 46 ปีขึ้นไป ช่วงอายุ 26 – 30 ปี และ 18 -25 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึก ของผู้ช่วยพยาบาล
โรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามอายุ

อายุ	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
18 – 25 ปี	43	3.53	.44		
26 – 30 ปี	21	3.49	.54		
31 – 35 ปี	13	3.76	.36		
36 - 40 ปี	18	3.68	.43	3.593	.414
41 – 45 ปี	6	3.75	.73		
46 ปีขึ้นไป	9	3.66	.32		
รวม	110	3.59	.46		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน ซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ 18 – 25 ปี , 26 – 30 ปี , 31 – 35 ปี, 36 – 40 ปี, 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.14 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรม ของผู้ช่วยพยาบาล
โรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามอายุ

อายุ	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
18 – 25 ปี	43	3.18	.38		
26 – 30 ปี	21	3.31	.56		
31 – 35 ปี	13	3.52	.48		
36 - 40 ปี	18	3.47	.32	3.343	.026*
41 – 45 ปี	6	3.49	.64		
46 ปีขึ้นไป	9	3.60	.43		
รวม	110	3.34	.46		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน ซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ 18 – 25 ปี , 26 – 30 ปี , 31 – 35 ปี, 36 – 40 ปี, 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์ รังสิต จำแนกตามอายุระหว่าง 18 – 25 ปี , 26 – 30 ปี , 31 – 35 ปี, 36 – 40 ปี, 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป ปรากฏตามวิธีของ Scheffe

อายุ	18 – 25 ปี	26 – 30 ปี	31 – 35 ปี	36 - 40 ปี	41 – 45 ปี	46 ปีขึ้นไป
18 – 25 ปี		.248	.017*	.019*	.114	.010*
26 – 30 ปี			.194	.269	.407	.106
31 – 35 ปี				.775	.879	.664
36 - 40 ปี					.951	.475
41 – 45 ปี						.617
46 ปีขึ้นไป						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีช่วงอายุ 18 – 25 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีช่วงอายุ 31 – 35 ปี, 36 -40 ปี และ 46 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยช่วงอายุ 46 ปีขึ้นไปมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมมากกว่า ช่วงอายุ 31-35 ปี ช่วงอายุ 36-40 ปี และ 18 -25 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม(ด้านความคิด ด้านความรู้สึกรู้สึก และด้านพฤติกรรม)ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด

ระดับการศึกษาสูงสุด	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	3.16	.25		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	93	3.49	.38		
ปริญญาตรี	7	3.53	.31	1.847	.143
อื่นๆ (กำลังศึกษาระดับ ป.ตรี)	3	3.38	.20		
รวม	110	3.47	.38		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับปริญญาตรี และอื่นๆ(กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี) มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิด ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด

ระดับการศึกษาสูงสุด	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	3.36	.42		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	93	3.49	.41		
ปริญญาตรี	7	3.60	.33	.734	.534
อื่นๆ (กำลังศึกษาระดับ ป.ตรี)	3	3.25	.22		
รวม	110	3.48	.41		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับปริญญาตรี และอื่นๆ(กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี) มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกรักของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด

ระดับการศึกษาสูงสุด	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	3.08	.30		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	93	3.63	.46		
ปริญญาตรี	7	3.54	.39	3.432	.020
อื่นๆ (กำลังศึกษาในระดับ ป.ตรี)	3	3.78	.27		
รวม	110	3.59	.46		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับปริญญาตรี และอื่นๆ(กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี) มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกรักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย
รังสิต จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
ปริญญาตรี และอื่นๆ (กำลังศึกษาระดับ ป.ตรี) รายคู่ ตามวิธีของ Scheffe

ระดับการศึกษาสูงสุด	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย	ปริญญาตรี	อื่นๆ (กำลังศึกษา ระดับ ป.ตรี)
มัธยมศึกษาตอนต้น		.025*	.315	.177
มัธยมศึกษาตอนปลาย			.964	.958
ปริญญาตรี				.896
อื่นๆ (กำลังศึกษาระดับ ป.ตรี)				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีระดับการศึกษา
สูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีระดับ
การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ช่วยพยาบาลที่มี
ระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีทัศนคติด้านความรู้สึกมากกว่าผู้ช่วยพยาบาลที่
มีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมของผู้ช่วยพยาบาล
โรงพยาบาลแพทยรังสิตจำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด

ระดับการศึกษาสูงสุด	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	3.05	.33		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	93	3.36	.47		
ปริญญาตรี	7	3.46	.36	1.452	.232
อื่นๆ (กำลังศึกษาระดับ ป.ตรี)	3	3.11	.21		
รวม	110	3.34	.46		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับปริญญาตรี และอื่นๆ(กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี) มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม (ด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม) ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงาน

ประสบการณ์ทำงาน	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
น้อยกว่า 1 ปี	16	3.67	.34		
ตั้งแต่ 1- 5 ปี	40	3.34	.34		
มากกว่า 5 – 10 ปี	22	3.61	.41	4.445	.006*
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	32	3.59	.35		
รวม	110	3.47	.38		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ น้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี, มากกว่า 5 -10 ปี และ มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวม (ด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม) ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี, มากกว่า 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปรายคู่ตามวิธีของ Scheffe

ประสบการณ์ทำงาน	น้อยกว่า 1 ปี	ตั้งแต่ 1- 5 ปี	มากกว่า 5 – 10 ปี	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป
น้อยกว่า 1 ปี		.997	.250	.248
ตั้งแต่ 1- 5 ปี			.056	.040*
มากกว่า 5 – 10 ปี				.999
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1-5 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวม(ด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม) แตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมมากกว่าผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 – 5 ปี

ตารางที่ 4.23 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความผิดของผู้ช่วยพยาบาล
โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงาน

ประสบการณ์ทำงาน	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
น้อยกว่า 1 ปี	16	3.31	.39		
ตั้งแต่ 1- 5 ปี	40	3.36	.36		
มากกว่า 5 – 10 ปี	22	3.63	.40	4.686	.004*
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	32	3.61	.40		
รวม	110	3.48	.41		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ น้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี, มากกว่า 5 -10 ปี และ มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความผิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความผิดของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์
รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี , มากกว่า 5-10 ปี
และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปรายคู่ ตามวิธีของ Scheffe

ประสบการณ์ทำงาน	น้อยกว่า 1 ปี	ตั้งแต่ 1- 5 ปี	มากกว่า 5 – 10 ปี	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป
น้อยกว่า 1 ปี		.675	.013*	.013*
ตั้งแต่ 1- 5 ปี			.009*	.007*
มากกว่า 5 – 10 ปี				.853
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.24 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 1 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 5 – 10 ปี และ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป โดยประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 5 – 10 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดมากกว่าประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป และ น้อยกว่า 1 ปี ตามลำดับ และพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 – 5 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 5 – 10 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดมากกว่าประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป และ ตั้งแต่ 1 – 5 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 4.25 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงาน

ประสบการณ์ทำงาน	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
น้อยกว่า 1 ปี	16	3.57	.38		
ตั้งแต่ 1- 5 ปี	40	3.48	.49		
มากกว่า 5 – 10 ปี	22	3.68	.47	1.651	.182
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	32	3.69	.44		
รวม	110	3.59	.46		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ น้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี, มากกว่า 5 -10 ปี และ มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.26 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาล
แพทย์รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงาน

ประสบการณ์ทำงาน	N	\bar{X}	S.D.	F	Sig
น้อยกว่า 1 ปี	16	3.21	.51		
ตั้งแต่ 1- 5 ปี	40	3.20	.35		
มากกว่า 5 – 10 ปี	22	3.52	.58	3.959	.010*
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	32	3.47	.39		
รวม	110	3.34	.46		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.26 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ น้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี, มากกว่า 5-10 ปี และ มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ ด้านพฤติกรรมของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์
รังสิต จำแนกตามประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี , มากกว่า 5-10 ปี
และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปรายคู่ ตามวิธีของ Scheffe

ประสบการณ์ทำงาน	น้อยกว่า 1 ปี	ตั้งแต่ 1- 5 ปี	มากกว่า 5 – 10 ปี	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป
น้อยกว่า 1 ปี		.892	.041*	.058
ตั้งแต่ 1- 5 ปี			.008*	.009*
มากกว่า 5 – 10 ปี				.737
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.27 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 1 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มี

ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 – 10 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 – 10 ปีมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมมากกว่าประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 1 ปี และพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 – 5 ปีมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมแตกต่างกับ ผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 – 5 ปีมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมมากกว่า ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี และ ประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1-5 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 4.28 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต จำแนกตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ทัศนคติต่อโรคเอดส์	มีประสบการณ์		ไม่มีประสบการณ์		t	Sig.
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ทัศนคติด้านความคิด	3.47	.42	3.53	.34	.73	.470
ทัศนคติด้านความรู้สึก	3.59	.46	3.60	.47	.07	.942
ทัศนคติด้านพฤติกรรม	3.35	.43	3.32	.58	.24	.817
ทัศนคติโดยรวม	3.47	.37	3.49	.38	.16	.874

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.28 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต มีทัศนคติด้านความคิด ด้านความรู้สึก และทัศนคติด้านพฤติกรรมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.29 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต
จำแนกตามการผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล

ทัศนคติต่อโรคเอดส์	ผ่านการอบรม		ไม่ผ่านการอบรม		t	Sig.
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ทัศนคติด้านความคิด	3.48	.42	3.43	.31	.586	.564
ทัศนคติด้านความรู้สึก	3.57	.47	3.73	.40	1.411	.175
ทัศนคติด้านพฤติกรรม	3.35	.45	3.28	.53	.499	.625
ทัศนคติโดยรวม	3.47	.38	3.49	.32	.159	.876

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.29 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต มีทัศนคติด้านความคิด ด้านความรู้สึก และทัศนคติด้านพฤติกรรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.30 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต
จำแนกตามการผ่านการเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์

ทัศนคติต่อโรคเอดส์	ได้เข้ารับการอบรม		ไม่ได้เข้ารับการอบรม		t	Sig.
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ทัศนคติด้านความคิด	3.59	.44	3.39	.36	2.569	.012
ทัศนคติด้านความรู้สึก	3.58	.51	3.61	.42	.361	.719
ทัศนคติด้านพฤติกรรม	3.39	.45	3.30	.47	.973	.333
ทัศนคติโดยรวม	3.52	.39	3.43	.36	1.152	.252

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.30 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่เข้าร่วมการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น ได้เข้าร่วมการอบรม และไม่ได้เข้าร่วม การอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์ รังสิต มีทัศนคติด้านความความคิดแตกต่างกัน และด้านความรู้สึก ทัศนคติด้านพฤติกรรมไม่ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิตซึ่งผู้วิจัยสรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. สรุปการศึกษา

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.1.1 เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต

1.1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต

1.1.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยชีวสังคมที่มีผลต่อทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทยรังสิต

1.2 วิธีดำเนินการศึกษา

1.2.1 ประชากร ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแพทยรังสิต จังหวัดปทุมธานี ที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนตุลาคม 2556 จำนวน 150 คน

1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแพทยรังสิต จังหวัดปทุมธานี จำนวน 110 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ ลักษณะของคำถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check – list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมในเรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในเรื่องของความหมาย ได้แก่ข้อ 1 สาเหตุของโรค ได้แก่ข้อ 2,6 และ ข้อ 7 การติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 5, 8 และข้อ 11 อาการของโรคได้แก่ข้อ 12, 13 และข้อ 14 การป้องกันได้แก่ข้อ 15, 16, 17 และข้อ 18 และการดูแลรักษาได้แก่ข้อ 19 และ ข้อ 20 แบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามแบบชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) 4 ตัวเลือก มีข้อคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวการให้คะแนน หากตอบถูกได้ 1 คะแนน หากตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคเอดส์ในด้านความคิด ด้านความรู้สึกละและด้านพฤติกรรม ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของ ลิกิ์ท มี 5 ระดับ (Rating scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งข้อความที่มีลักษณะในทางบวก จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ข้อ 3-4, 8-10, 13, 18-22, 23 และ ข้อ 34-36

ข้อความที่มีลักษณะในทางลบ จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-2, 5-7, 11-12, 14-17, 23-24 , และ ข้อ 26 – 33

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลทุกอย่าง จะเก็บรักษาเป็นความลับ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1-10 ตุลาคม 2556
- 2) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทุกฉบับ ที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ นำไปวิเคราะห์เพื่อทำการวิจัยต่อไป

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และการหาร้อยละ

2) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมในเรื่อง ความรู้ทั่วไป อาการของโรค การติดต่อ การป้องกัน และการรักษา แบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามแบบชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) 4 ตัวเลือก มีข้อคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว การให้คะแนน หากตอบถูกได้ 1 คะแนน หากตอบผิดได้ 0 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	ถือว่ามีความรู้ ความเข้าใจมาก
ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 79	ถือว่ามีความรู้ ความเข้าใจปานกลาง
ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50	ถือว่ามีความรู้ ความเข้าใจน้อย

3) แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ในด้านความคิด ด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรม วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนรายข้อของแบบสอบถามทัศนคติต่อโรคเอดส์ โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของช่วงคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49	หมายความว่า	มีทัศนคติน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49	หมายความว่า	มีทัศนคติน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49	หมายความว่า	มีทัศนคติปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49	หมายความว่า	มีทัศนคติที่มาก
ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00	หมายความว่า	มีทัศนคติที่มากที่สุด

1.2.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยพยาบาล และระดับทัศนคติ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายระดับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโดยใช้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) ข้อมูลระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ ร้อยละ (Percentage) ของคำตอบรายข้อของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation- Coefficient)

4) การเปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อโรคเอดส์ในตัวแปรที่จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ใช้ t-test สองกลุ่มอิสระ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับทัศนคติ

ต่อโรคเอดส์ ในตัวแปรที่จำแนกเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (One-Way Analysis of Variance) ในการทดสอบสมมติฐาน และเมื่อเป็นไปตามสมมติฐานแล้ว จึงนำมาทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's Method)

1.3 ผลการศึกษา

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อโรคเอดส์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.3.1 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตส่วนใหญ่ มีอายุ 18 -25 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.10 รองลงมา มีอายุ 26 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.10 และมีอายุ 36 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.40 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 84.50 รองลงมาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 6.40 ซึ่งมีจำนวนเท่ากับระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ ตั้งแต่ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.27 รองลงมา มากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.10 และ มากกว่า 5 -10 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 82.70 และไม่มีประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 17.30 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 87.30 และไม่ได้ผ่านการอบรม คิดเป็นร้อยละ 12.30 และการเข้ารับการอบรมประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 54.50 และเข้ารับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 45.50

1.3.2 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ใน ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 16.08

1.3.3 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ อยู่ในระดับ มาก จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 66.36 และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 19 ตามลำดับ

1.3.4 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ อยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3.47 โดยจำแนกเป็นรายด้านต่างๆ พบว่า ทัศนคติด้านความรู้สึกรู้สึกมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3.59 มีทัศนคติระดับที่ดี รองลงมาทัศนคติด้านความคิด และด้านพฤติกรรม มีทัศนคติระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 3.48 และ 3.34 ตามลำดับ

1) ทัศนคติต่อโรคเอดส์ ด้านความคิด โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3.48 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.49 คือ ทุกคนในทีมสุขภาพควรให้ความสนใจศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์ หมายถึงผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตที่ปฏิบัติงานอยู่นั้นมีทัศนคติที่ดีต่อโรคเอดส์

คือเป็นไปในแนวทางเห็นด้วยกับการที่ต้องให้ความสนใจศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์ และพบว่า ผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ควรตรวจเลือดเป็นระยะๆ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคิดเป็น 2.06 ถือเป็นทัศนคติที่น้อยต่อโรคเอดส์

2) ทัศนคติต่อโรคเอดส์ ด้านความรู้สึก โดยรวมอยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3.59 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.29 คือ ควรให้กำลังใจแก่เพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอดส์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ รู้สึกเห็นใจบุคคลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ถูกบุคคลในสังคมรังเกียจ และพบว่า รู้สึกว่างานให้บริการผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอดส์ เป็นทัศนคติที่น้อยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.44

3) ทัศนคติต่อโรคเอดส์ ด้านพฤติกรรม โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3.34 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.40 คือ ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปฏิบัติงานและทำคุณประโยชน์ให้กับสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป รองลงมาคือ คะแนนเฉลี่ย 4.15 คือ ต้องลาออกจากงานหากต้องทำงานร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์ หมายถึง ไม่เห็นด้วยที่ต้องลาออกหากต้องทำงานร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์ และพบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ควรจัดทำในที่แยกเฉพาะเป็นสัดส่วนเท่านั้นเป็นทัศนคติที่น้อยต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต โดยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.29

1.3.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมและรายด้าน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .123 และเมื่อพิจารณาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์รายด้านในส่วนย่อยกับทัศนคติต่อโรคเอดส์จำแนกรายด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม พบว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ด้านการติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิด และด้านความรู้สึก และทัศนคติโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.6 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ 18 – 25 ปี , 26 – 30 ปี , 31 – 35 ปี, 36 – 40 ปี, 41 - 45 ปี และ 46 ปีขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยช่วงอายุที่มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมแตกต่างกันคือ 18 – 25 ปี กับ ช่วงอายุ 31 – 35 ปี และ 46 ปีขึ้นไป และ ช่วงอายุ 26 – 30 ปีกับช่วงอายุ 36 – 40 ปี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต มีทัศนคติด้านความคิดแตกต่างกัน โดยช่วงอายุที่มีทัศนคติด้านความคิดแตกต่างกันคือ

ช่วงอายุ 31 – 35 ปี กับช่วงอายุ 46 ปีขึ้นไป และช่วงอายุ 26 – 30 ปี กับช่วงอายุ 31 - 35 ปี และ 46 ปีขึ้นไป และผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตมีทัศนคติด้านพฤติกรรมแตกต่างกัน โดยช่วงอายุที่มีทัศนคติด้านพฤติกรรมแตกต่างกันคือ ช่วงอายุ 18 – 25 ปี แตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีช่วงอายุ 31 – 35 ปี, 36-40 ปี และ 46 ปีขึ้นไป และทัศนคติด้านความรู้สึกไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.7 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับปริญญาตรี และอื่นๆ(กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี) มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต มีทัศนคติด้านความรู้สึกแตกต่างกัน โดยผู้ช่วยพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึกแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย และทัศนคติด้านความคิด ด้านพฤติกรรมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.8 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ น้อยกว่า 1 ปี, ตั้งแต่ 1-5 ปี, มากกว่า 5 -10 ปี และ มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1-5 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวมแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต มีทัศนคติด้านความความคิดแตกต่างกัน โดยผู้ช่วยพยาบาล ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 1 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความคิดแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 – 10 ปี และ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป และ ผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 – 5 ปีมีทัศนคติแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต มีทัศนคติด้านพฤติกรรมแตกต่างกัน โดยผู้ช่วยพยาบาล ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 1 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 – 10 ปี และพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 – 5 ปี มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านพฤติกรรมแตกต่างกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทัศนคติด้านความรู้สึกไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.9 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เอดส์แตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต มีทัศนคติด้านความความคิด ด้านความรู้สึก และทัศนคติด้านพฤติกรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.10 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลแตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต มีทัศนคติด้านความความคิด ด้านความรู้สึก และทัศนคติด้านพฤติกรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.11 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ที่เข้าร่วมการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกันซึ่งแบ่งเป็น ได้เข้าร่วมการอบรม และไม่ได้เข้าร่วมการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต มีทัศนคติด้านความความคิดแตกต่างกัน และด้านความรู้สึก ทัศนคติด้านพฤติกรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่ พบว่าผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต จังหวัดปทุมธานี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์จำนวนมากและมีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่สูงนั้นเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งในหลักสูตรการศึกษามีการให้ความรู้และบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ อีกทั้งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ ซึ่งหมายถึงในการมีประสบการณ์นั้นก่อนที่ผู้ช่วยพยาบาลต่างๆ จะปฏิบัติงานที่ใกล้ชิดหรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยย่อมต้องมีการเตรียมการในการปฏิบัติตัว เรียนรู้ ศึกษาข้อมูลรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานหรือป้องกันผลกระทบหรือการติดต่อจากผู้ป่วย และส่วนให้ผ่านการอบรมหรือสัมมนา ได้รับความรู้ มีความเข้าใจในโรคเอดส์ สอดคล้องกับประเสริฐ พรานเกิด (2545) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในโรงพยาบาล

สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับแอมเบอร์ บาฮาเตอร์ กูรุง. 2551 ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะคิดต่อเอชไอวี/เอดส์ และความเต็มใจในการดูแลผู้ที่เป็นเอชไอวี/เอดส์ของพยาบาลในประเทศภูฏาน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะคิดต่อเอชไอวี/เอดส์ และความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ของพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง และจากผลของการวิจัยที่พบว่าทักษะคิดต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อเรียงลำดับแล้วทักษะคิดด้านความรู้ดีมีคะแนนมากที่สุด รองลงมาเป็นทักษะคิดด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต จังหวัดปทุมธานีมีอายุอยู่ในหลายช่วงวัย เนื่องด้วยส่วนใหญ่เมื่อตัดสินใจเข้าสู่อาชีพผู้ช่วยพยาบาลแล้ว จะไม่ค่อยมีการเปลี่ยนสาขาอาชีพทำให้เกิดการทำงานในลักษณะส่งต่อรุ่นต่อรุ่นจึงพบได้ว่ามีผู้ช่วยพยาบาลอยู่ในทุกช่วงอายุ อีกทั้งโรงพยาบาลก็มีระบบการดูแลพนักงานเป็นอย่างดี มีการกำหนดอายุพนักงานไว้ที่ 55 ปีในการเกษียณ และพนักงานที่ปฏิบัติหน้าที่จำเป็นต้องมีประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒิในหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล ทั้งนี้หลักสูตรดังกล่าวกำหนดวุฒิการศึกษาขั้นต่ำไว้ที่มัธยมศึกษาตอนปลาย จึงพบว่าผู้ช่วยพยาบาลจบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นส่วนใหญ่

2.2 ทักษะคิดของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิตที่มีต่อโรคเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายด้านผู้ช่วยพยาบาลมีทักษะคิดด้านความรู้ดี ต่อโรคเอดส์ในระดับดี รองลงมาเป็นทักษะคิดด้านความคิด และด้านพฤติกรรม ตามลำดับ กล่าวคือ ผู้ช่วยพยาบาลมีทักษะคิดต่อโรคเอดส์ในด้านความคิดอยู่ในระดับที่ดี และเป็นกลาง ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากการผู้ช่วยพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณสมบัติในด้านเจตคติที่ดีต่ออาชีพเป็นต้นทุนเดิมก่อนที่จะตัดสินใจเข้าสู่อาชีพนี้ จึงมีความพร้อมในด้านจิตใจ และความคิด ไม่ว่าจะเป็นความรู้ดี หรือการแสดงออกทางพฤติกรรม และเมื่อก้าวเข้าสู่อาชีพผู้ช่วยพยาบาลแล้วยังได้รับความรู้ และมีความเข้าใจในรายละเอียดเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างดี มีการมองเรื่องโรคเอดส์หรือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ว่าเป็นผู้ป่วยคนหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแล และให้การรักษา สอดคล้องกับสุชาดา วงศ์สวัสดิ์ เพ็ญรุ่งศรี ทรัพย์พานิช และสุภาวดี ไชยเดชชาคร (2550) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.4 รองลงมามีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 10.7 และร้อยละ 0.9 มีความรู้ต่ำ และทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 92 และอีกร้อยละ 8 มีทักษะคิดไม่ดี และสอดคล้องกับประเสริฐ พรานเกิด (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ความรู้ ทักษะคิด และ

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี แต่ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ สุขภณิตย์ พลไพรินทร์ (2540) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ. ผลการศึกษาวิจัยพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ผลการเปรียบเทียบพบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยการศึกษาสูงจะมีความรู้ ทัศนคติ ดีกว่าพยาบาลที่มีอายุมาก การศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึง .0001 ตามลำดับ ประสบการณ์และการฝึกอบรมมีผลต่อความรู้และพฤติกรรม แต่ไม่มีผลต่อทัศนคติ พยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์มีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึง .01 ซึ่งในประเด็นค่าเฉลี่ยด้านความคิด ทัศนคติที่ดีที่สุดคือ ทุกคนในที่มสุขภาพควรให้ความสนใจศึกษาหาความรู้เรื่อง โรคเอดส์ หมายถึง ผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแพทย์รังสิตที่ปฏิบัติงานอยู่นั้นมีทัศนคติที่ดีต่อโรคเอดส์ คือเป็นไปในแนวทางไม่เห็นด้วยกับการที่ต้องให้ความสนใจศึกษาหาความรู้เรื่อง โรคเอดส์ นั่นหมายความว่าใน ด้านความคิดนั้นการปฏิบัติงานกับโรคเอดส์หรือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์นั้นก็เหมือนกับปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ทั่วไป เนื่องจากผู้ช่วยพยาบาลมีความรู้ในเรื่องของการแพร่เชื้อ การกระจาย หรือ การติดต่อได้เป็นอย่างดี ซึ่งในการปฏิบัติงานนั้นก็มีการป้องกันด้วยอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เป็นโรคอื่นๆ ทั่วไป และมีการระมัดระวังที่จะสัมผัสเชื้อเป็นพื้นฐานความรู้ในการปฏิบัติงานในอาชีพนี้อยู่แล้ว ส่วนการที่มีทัศนคติด้านความคิดในการที่ผู้ช่วยพยาบาลต้องมีการตรวจเลือดเป็นระยะ ๆ นั้น เป็นผลมาจากในการปฏิบัติงานที่มีการทำงานที่มีความเสี่ยง พนักงานหรือคนทำงาน โดยทั่วไป รวมถึงผู้ช่วยพยาบาล ย่อมต้องการได้รับความมั่นคงและความปลอดภัยในสุขภาพร่างกายและชีวิตของตนเอง จึงทำให้ผลของการวิจัยไปตอบสนองต่อความต้องการเพื่อความเชื่อมั่นในอาชีพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องมีการตรวจสุขภาพอย่างเป็นประจำให้กับเจ้าหน้าที่ในทุกระดับ หรือทุกคนในโรงพยาบาล อีกทั้งที่ผ่านมาและปัจจุบันโรงพยาบาล หน่วยงาน ราชการ และสื่อต่างๆ มีการรณรงค์ให้ได้ทราบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือผู้ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลทั่วไปได้ตามปกติ สำหรับทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้สึก ผู้ช่วยพยาบาลเห็นว่าควรให้กำลังใจแก่เพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอดส์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ การรู้สึกเห็นใจบุคคลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ถูกบุคคลในสังคมรังเกียจ ทั้งนี้เป็นผลมาจากพื้นฐานทางจิตใจที่มีการยอมรับและรู้สึกกับผู้ติดเชื้อเอดส์ว่าเป็นผู้ป่วยเหมือน

ผู้ป่วยโรคติดเชื้ออื่นๆทั่วไป และผู้ช่วยพยาบาลทุกคนมีประสบการณ์ในการพบ หรือประสบการณ์ตรงในการเห็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ถูกทอดทิ้ง ถูกสังคามหรือแม้แต่ญาติพี่น้องรังเกียจ ย่อมมีการซึมซับความรู้สึกเห็นใจ สงสารต่างๆ รวมทั้งเคยรับทราบหรือรับรู้ผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์เหล่านั้นมา เมื่อตัวเองยึดมั่นในอาชีพนี้แล้วการมีทัศนคติที่ดีหรือการถ่ายทอดความรู้สึกต่อโรคเอดส์ย่อมเป็นไปในเชิงบวก ประกอบการการมีจรรยาบรรณในวิชาชีพที่ต้องให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย พร้อมทั้งจะต้องมีใจรักในการบริการดูแล ผู้ป่วยอย่างจริงจัง ในทางกลับกันทัศนคติที่ไม่ดีในทางความรู้สึกคือ รู้สึกว่างานให้บริการผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอดส์ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าความรู้สึกนี้ย่อมเกิดขึ้นได้แต่จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาจจะขึ้นอยู่กับตัวแปรในหลายๆ ปัจจัยเช่น อายุงาน หรือ ประสบการณ์ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์โดยตรง กล่าวคือ หากมีประสบการณ์สูงย่อมเกิดความรู้สึกที่เป็นปกติธรรมดา และหากมีประสบการณ์น้อยย่อมรู้สึกไม่มั่นใจในความเสียดังกล่าว เป็นต้น และสำหรับทัศนคติในด้านพฤติกรรมนั้น ผู้ช่วยพยาบาลมีทัศนคติที่ดีว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปฏิบัติงานและทำคุณประโยชน์ให้กับสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป เนื่องด้วยผู้ป่วยโรคเอดส์หากมีการดูแลสุขภาพและได้รับกำลังใจที่ดี ก็จะมีพลังกายและพลังใจในการทำคุณประโยชน์ให้กับสังคม ไม่ว่าจะเส้นทางตรงหรือทางอ้อม อีกทั้งในปัจจุบันผู้ช่วยพยาบาลเองก็มีการรับรู้ว่าเป็นสภาพสังคมปัจจุบันที่เป็นอยู่ ยังมีผู้ที่ติดเชื้อเอดส์อีกมากมายที่ใช้ชีวิตในสังคม โดยการประกอบอาชีพอย่างเป็นปกติ และทัศนคติทางพฤติกรรมที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือไม่เห็นด้วยที่ต้องลาออกหากต้องทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ เพราะผู้ช่วยพยาบาลทุกคนรู้จักวิธีป้องกัน วิธีการทำงานร่วมกัน หรือการอยู่ร่วมกัน สำหรับทัศนคติที่เป็นไปในทางที่ไม่ดีคือการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ควรจัดทำในที่แยกเฉพาะเป็นส่วนเท่านั้น ผู้ช่วยพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคในแต่ละระยะเป็นอย่างดี มีทัศนคติที่อาจมองไปถึงระยะปรากฏอาการของโรคที่เห็นได้ชัด จึงเป็นผลมาจากการคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยอื่นๆ ที่พบเห็นหรือผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในพื้นที่การรักษาเดียวกัน ผู้ป่วยอื่นๆ อาจจะยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในโรคเอดส์ รวมถึงความรู้สึกของตัวเองด้วยที่ต้องคอยระมัดระวังหรือเป็นกังวล คับข้องใจในความรู้สึกว่าผู้อื่นจะมีพฤติกรรมรังเกียจหรือมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเองหรือไม่ การมีทัศนคติเช่นนี้สามารถสรุปผลได้ในเชิงบวกและเชิงลบ อย่างไรก็ตามทัศนคติโดยรวมในระดับปานกลางนั้นเป็นผลการวิจัยที่อาจพบได้ในการศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์โดยรวมไม่มี
ความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์โดยรวม และเมื่อพิจารณาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ
โรคเอดส์โดยรวมและทัศนคติจำแนกรายด้านความความคิด ความรู้สึก และด้านพฤติกรรม

พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ สุชาดา วงศ์สวาสดี เพ็ญรุ่ง ศรีทรัพย์พานิช และสุภาวดี ไชยเดชชาทร (2550) ได้ทำการศึกษา ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ โรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ โรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาล โดยรวมและ จำแนกแต่ละชั้นปี ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับงานวิจัย ของ นพคุณ คุณเลิศกิจ (2550) ที่ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและความรู้เรื่องโรค เอดส์ กับความต้องการตรวจเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอดส์ของนักโทษหญิงในทันตสถานหญิงจังหวัด เชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้อง กับงานวิจัยของ ไซน์เดอร์(Snyder.1992)ที่ทำการวิจัย ความรู้ ทัศนคติสุขภาพในช่องปากและฟัน และการควบคุมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า หาก เจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ที่ดีจะมีขั้นตอนในการปฏิบัติงานควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ได้ดีแต่ไม่พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์ที่ดีไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแล สุขภาพในช่องปากและฟัน ทั้งนี้เนื่องมาจากการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครผู้ช่วยพยาบาล มีลักษณะงานที่ต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจในโรคเอดส์เป็นอย่างดี เหมือนกับความรู้ ความเข้าใจ ที่เกี่ยวกับโรคอื่นๆ ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรู้ ความรู้ที่แตกต่างกันไม่ว่ามากหรือน้อย ก็ย่อมต้อง ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ซึ่งถือเป็นหน้าที่ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ประเด็นที่สำคัญจะอยู่ที่ การปฏิบัติตน การทำงานอย่างระมัดระวังเป็นหลัก ซึ่งมีการฝึกฝนและได้รับการอบรมในหลักสูตร ผู้ช่วยพยาบาลมาเป็นอย่างดี จึงทำให้ความรู้ ความเข้าใจในโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของ ผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งสามารถนำอธิบายได้โดยใช้ ทฤษฎีความขัดแย้งของความคิดสร้างโดย ลีออน เฟสติงเกอร์ (ธีรวิมล เอกะกุล 2542:22-23) กล่าวว่า ความขัดแย้งของการรับรู้เกิดจากความแตกต่าง ของการรับรู้ 2 อย่างขึ้นไป ความคิดหนึ่งเป็นของบุคคลอีกความคิดหนึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น คนแก่อายุมากกับการดื่มเหล้าจะมีการรับรู้ 2 อย่างคือ การดื่มเหล้า การดื่มเหล้าไม่ดี ทำให้เป็น โรคตับแข็ง เมื่อคิดว่าตนเองนั้นแก่แล้ว ความขัดแย้งก็จะไม่ต่างกันมาก แต่ถ้าบุคคลนั้นยังไม่อยาก ตาย ส่วนประกอบของความขัดแย้งก็จะมามาก เช่นเดียวกับผู้ช่วยพยาบาลมีความรู้ว่าโรคเอดส์ติดต่อ ได้ทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด แต่ก็ยังมีความวิตกกังวลและกลัวการติดเชื้อเอดส์หากต้องดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคเอดส์ และมีความสอดคล้องกับทฤษฎีความสอดคล้องของความคิด (ธีรวิมล เอกะกุล 2542: 23-24) เป็นเรื่องเกี่ยวกับการคิดหรือการรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทำให้เกิดความรู้หลายๆด้านหรือ มีส่วนประกอบของการรู้ หลายอย่าง รู้ในทางที่ดีหรือไม่ดี ถ้ารู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีมากกว่า ในทางที่ไม่ดี จะเกิดความสอดคล้องของความรู้ขึ้นทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้นหรือหากรู้ในทาง ที่ไม่ดีมากกว่าในทางที่ดี จะเกิดความมาสอดคล้องของการรู้ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีหรือไม่ชอบต่อ

ดังนั้น ดังเช่นการรับรู้ของผู้ช่วยพยาบาลที่เกิดการรับรู้จากการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ยังไม่มีการรักษาให้หายในปัจจุบัน และจากการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย ตามความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ช่วยพยาบาลเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคเอดส์ เนื่องจากกลัวการติดโรคเอดส์จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ต้องการติดโรคเอดส์จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีถึงแม้ว่าผู้ช่วยพยาบาลจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ก็ตามที่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ช่วยพยาบาลมีส่วนประกอบของการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางที่ไม่ดีมากกว่าทางที่ดีซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ช่วยพยาบาลทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคเอดส์ ซึ่งจากการศึกษาของ Triandis (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526:94-95) กล่าวว่า ไม่ว่าในสังคมใดถ้าบุคคลไม่ได้รับความปลอดภัยมากเท่าใด บุคคลนั้นย่อมจะมีอคติต่อสิ่งนั้นๆมากเท่านั้น ซึ่งจากแบบวัดทัศนคติในข้อที่ถามถึงความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานจากนโยบายการปฏิบัติงานในปัจจุบัน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ช่วยพยาบาลตอบว่าไม่เห็นด้วยโดยมีค่าเฉลี่ย 2.82 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ช่วยพยาบาลมีทัศนคติปานกลางเกี่ยวกับโรคเอดส์เนื่องมาจากผู้ช่วยพยาบาลรู้สึกไม่ปลอดภัยจากการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.4 ผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทยรังสิต จังหวัดปทุมธานีที่มีอายุและประสบการณ์ต่างกันมีทัศนคติต่อโรคเอดส์แตกต่างกัน เกิดจากช่วงวัยในการทำงานต่างๆ ที่มีการแบ่งช่วงอายุจะเป็นกลุ่มของคนที่เป็นวัยใกล้เคียงกัน ที่จะมีวิถีภาวะทางความคิด ความรู้สึกที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน จึงส่งผลทำให้ระหว่างช่วงวัยในแต่ละกลุ่มมีทัศนคติโดยรวมต่อโรคเอดส์แตกต่างกัน สอดคล้องกับศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์ (2540 บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ. ผลการศึกษาวิจัยพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ผลการเปรียบเทียบพบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อย การศึกษาสูงจะมีความรู้ ทัศนคติ ดีกว่าพยาบาลที่มีอายุมาก การศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึง .0001 ตามลำดับ ประสบการณ์และการฝึกอบรมมีผลต่อความรู้และพฤติกรรม แต่ไม่มีผลต่อทัศนคติ พยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึง .01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ช่วยพยาบาลในแต่ละกลุ่มช่วงวัยที่มีอายุในช่วงเดียวกันเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเนื่องจากการปฏิบัติงานนั้นผู้ช่วยพยาบาลแต่ละคนจะเลือกเข้ากลุ่มสนทนากับคนที่ป็นวัยใกล้เคียงกัน และสำหรับประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันย่อมเกิดจากการที่ได้มีโอกาสในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยหรือคนที่ติดเชื้อโรคเอดส์มาในระยะเวลาที่ไม่เท่ากัน ทำให้ทัศนคติที่มีการสั่งสมในช่วงประสบการณ์ทำงานแตกต่างกัน มีการได้พบปะ ดูแล และพูดคุยกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

มาเป็นระยะเวลาที่ไม่เท่ากัน ผู้ช่วยพยาบาลบางคนที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยมักจะมีคำถามกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าอยู่เสมอเกี่ยวกับโรคเอดส์เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยนั้นชี้ให้เห็นว่าทัศนคติด้านความคิดและทัศนคติด้านพฤติกรรมนั้นจะแตกต่างกัน แต่ทัศนคติรายด้านความรู้สึกลักษณะก็ไม่แตกต่างกันแต่อย่างใด และสำหรับปัจจัยทางชีวสังคมที่เป็น ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล การเข้าอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่แตกต่างกันนั้นไม่ส่งผลทำให้ทัศนคติโดยรวมต่อโรคเอดส์แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ช่วยพยาบาลทุกคนตระหนักในหน้าที่ของตนเองที่มีภารกิจหรือบทบาทในการปฏิบัติงานว่าในชีวิตในการทำงานนั้นสุดท้ายแล้วไม่เพียงแต่เฉพาะโรคเอดส์เท่านั้น ในแต่ละวันต้องพร้อมที่จะต้องเผชิญกับโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆ ด้วยเช่นกัน จึงเกิดทัศนคติที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ช่วยพยาบาลแต่ละคนมีความรู้ ความเข้าใจ ในลักษณะงานที่ตนเองปฏิบัติได้เป็นอย่างดี จึงทำให้เกิดทัศนคติโดยภาพรวมของงานอยู่แล้ว เมื่อพิจารณาเฉพาะประเด็นที่เลือกมาเป็นหัวข้อในการวิจัยที่เจาะจงเฉพาะโรคเอดส์เท่านั้นจึงส่งผลให้ผู้ช่วยพยาบาลนั้นมีพื้นฐานจากเดิมของทัศนคติที่เป็นมาตรฐานอยู่ในกลุ่มเดียวกัน โดยถูกให้ความรู้ และปลูกฝังมาในทิศทางเดียวกัน จึงทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่แตกต่างกัน

จากผลงานวิจัยนี้กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานของอาชีพผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งต้องมีการเรียนรู้ และทำความเข้าใจไว้จะเป็นประโยชน์มากที่สุดในอนาคตของอาชีพของตนเอง และทัศนคติของผู้ช่วยพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลแพทย์รังสิต จังหวัดปทุมธานี ถือว่าเป็นที่น่าพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีบุคลากรที่มีทัศนคติที่ดีพร้อมในการรับมือและให้การดูแลเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ สิ่งสำคัญที่สุดโรงพยาบาลต้องมีการพัฒนา ส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติอย่างต่อเนื่องควบคู่กันไป ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะทั่วไป

3.1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

1) จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงทัศนคติของผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ในบางข้ออาจจะมีคะแนนไม่อยู่ในระดับค่าเฉลี่ยที่เป็นกลาง หรือยังมีทัศนคติที่ไปในทางที่ไม่ดี เช่น ท่านคิดว่ามาตรการต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัยจากการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลโดยตรงที่สามารถเร่ง

ดำเนินการ จัดทำกลยุทธ์ หรือให้ความรู้ ความเข้าใจ ในมาตรการการป้องกันต่างๆ เช่น มาตรฐาน การควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น จะนำมาซึ่งทัศนคติที่ดีขึ้นของผู้ช่วยพยาบาลอย่าง ยั่งยืนต่อไป

3.1.2 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1) ผลที่ได้จากการวิจัยนี้ ผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปเป็น แนวทางในการจัดกิจกรรมรณรงค์ อบรม สัมมนา ซึ่งต้องเน้นหนักในกิจกรรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติ จริง เพื่อให้ผู้ช่วยพยาบาลมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคเอดส์ในทุกๆระยะของโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม ตามหลักวิชาการ หรือหลักปฏิบัติงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2) โรงพยาบาลควรจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้กับเจ้าหน้าที่

ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย หรือผู้ที่มาใช้บริการ โดยมีการเผยแพร่ข้อมูลที่ทันสมัยและเป็น ปัจจุบันที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อ โรคเอดส์ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เมื่อผู้ที่ได้รับความรู้ต้องเผชิญกับโรคเอดส์ไม่ว่าจะ ในฐานะใดๆ จะต้องมีข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อให้เกิดความพร้อมในการที่ ต้องเผชิญหรือรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้น หรือการรับรู้ความรู้สึกเป็นไปในทางเดียวกัน

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับ โรคเอดส์ในสถานพยาบาล หรือ โรงพยาบาลที่ต่างกัน เพื่อเป็นข้อมูลที่ชี้ชัดได้จากกลุ่มประชากรที่ อยู่ต่างสภาพแวดล้อมกัน ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยจะได้นำข้อมูลมาป้องกันแก้ไข

3.2.2 ควรทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างหน้าที่กันหรือมีตำแหน่งหน้าที่ใน การทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจ หรือทัศนคติต่อ โรคเอดส์ที่ต่างกันเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาบุคลากร

3.2.3 ควรทำการวิจัยในประเด็นความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติของโรคติดต่อ ร้ายแรงอื่นๆ โดยการเปรียบเทียบในแต่ละโรคที่ร้ายแรง เพื่อเป็นการประจักษ์ว่าผลของการวิจัยมี ความแตกต่างกันหรือไม่ในโรคติดต่อร้ายแรงที่แตกต่างกัน

3.2.4 ในการทำการวิจัย ควรใช้ตัวแปรอื่นๆ เช่น การให้การยอมรับ ลักษณะ บุคลิกภาพ ความมุ่งมั่นในการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทัศนคติต่อโรคเอดส์ อันจะนำมาซึ่ง ประโยชน์ในการใช้ข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อการฝึกอบรม พัฒนา หรือวิชาความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อ เป็นบุคลากรที่ดีของหน่วยงานต่อไป

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กฤษณา ศักดิ์ศรี (2530) *จิตวิทยาการศึกษา* กรุงเทพมหานคร หสน.นิยมวิทยา (แผนกการพิมพ์)
 กลุ่มงานแผนพัฒนา กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2555)
 www.bangkok.go.th/aids. ค้นคืนเมื่อวันที่ 7 กันยายน 2556
- กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร (2551) *คู่มือการให้การศึกษาเพื่อ
 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- กองควบคุมโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักระบาดวิทยา การเฝ้าระวังโรคเอดส์ (2555)
 สรุปรุสสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อ เอช ไอ วี ประเทศไทย 2555
 www.boe.moph.go.th/aids ค้นคืนเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2556
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555) สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทาง
 เพศสัมพันธ์ www.boe.moph.go.th /aids ค้นคืนเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2556
- กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2556) www.bangkok.go.th/aids
 ค้นคืน เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2556
- เดโช สวานานนท์ (2545) *ปทานุกรมจิตวิทยา* กรุงเทพมหานคร พีระมัทธา
- ทัศนีย์ ทองประทีป (2548) *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร
 บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด
- ชัยรัตน์ จิรสนธิปก (บรรณาธิการ) *สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2550)
 มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร
 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*
- ธีระพร อุวรรณโน (2533) *เจตคติ เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาและสังคมพื้นฐาน
 เพื่อการแนะแนว หน่วยที่ 9 หน้า 434 – 495 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 สาขาวิชาศึกษาศาสตร์*
- ธีรวุฒิ เอกะกุล (2542) *เอกสารประกอบการสอน รายวิชาการวัดเจตคติ คณะครุศาสตร์
 อุบลราชธานี*
- นพคุณ คุณเลิศกิจ (2550) “ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและความรู้เรื่องโรคเอดส์
 กับความ ต้องการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอดส์ ของนักโทษหญิงในทัณฑสถานหญิง
 จังหวัดเชียงใหม่” *ประกาศนียบัตรชั้นสูงวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก
 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

- นรา สมประสงค์ โกศล มีคุณ (2555) *ทฤษฎีการเรียนรู้กับการจัดการเรียนรู้* ในประมวลสาระ
 ชุมวิชาการพัฒนาระบบการจัดการเรียนรู้ หน่วยที่ 3 หน้า 24 – 27 นนทบุรี
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ) (2555) *2 nd Internal Medicine* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
 ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์
- ประดิพันธ์ อุปรมย์ (2544) หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับจิตวิทยาเพื่อการแนะแนว ในประมวล
 สาระชุดวิชา หลักการและแนวคิดทางการแนะแนว หน่วยที่ 3 หน้า 152 – 154 นนทบุรี
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) *ทัศนคติ การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*
 กรุงเทพมหานคร พีระพรีนา
 _____ . (2556) ความรู้ www.th.wikipedia.org/wiki. ค้นคืนเมื่อ 13 สิงหาคม 2556
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ สวิง สุวรรณ (2536) *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*
 กรุงเทพมหานคร เจ้าพระยาการพิมพ์
- ประเสริฐ พรานเกิด (2545) “ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์
 ของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข”
 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม ภาควิชาจิตวิทยา
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ปราโมทย์ ชีรพงษ์ (2546) *เอดส์ การรักษา ยา และวัคซีน* กรุงเทพมหานคร
 บริษัท ที. ซี. เอเชีย (200) จำกัด
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2549) *จิตวิทยา การศึกษา* กรุงเทพมหานคร บริษัทพิมพ์ดีจำกัด
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2555) *แนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือแนะแนว* ในประมวลสาระชุดวิชาการ
 พัฒนาเครื่องมือและกิจกรรมแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หน่วยที่ 1
 หน้า 1 – 5 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
- พรทิพย์ ไชยโส (2535) *การสร้างเครื่องมือวัดผลด้านพุทธิพิสัย* ในประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนา
 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หน่วยที่ 8 หน้า 324 – 328 นนทบุรี
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- พรรณณี ลีกิจวัฒน์ (2553) *วิธีการวิจัยทางการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 6) กรุงเทพมหานคร
 เซอร์วิส ซัพพลาย
- พรรณทิพย์ ฉายากุลและคณะ (2548) *ตำราโรคติดเชื้อ 1* กรุงเทพมหานคร
 บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิงจำกัด สวีชาญการพิมพ์

- พรรณพิศ สุวรรณกุลและคณะ (2548) *An Update on Infectious Disease* กรุงเทพมหานคร
 พิไลพันธ์ พุชวัฒน์ และคณะ (2534) *ไวรัสวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร
 บริษัทสำนักพิมพ์แม็ค จำกัด
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) *การจัดการทางการแพทย์และการเรียนรู้* (พิมพ์ครั้งที่ 2)
 กรุงเทพมหานคร บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์จำกัด
- _____ . (2549) *การจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3)
 กรุงเทพมหานคร บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์จำกัด
- ไพรัตน์ วิริยะภักพงษ์ (2551) “ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเยาวชน: กรณีศึกษาพื้นที่
 ดำเนินโครงการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเยาวชน
 จังหวัดสระแก้ว” วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
 (การบริหารทั่วไป) มหาวิทยาลัยบูรพา
- ภานุพงษ์ ลาภนิชพูลผล ยงค์ รุ่งเรือง (2541) *ตำราอายุรศาสตร์ โรคตามระบบ I*
 กรุงเทพมหานคร พิมพ์ดีกรุงเทพ
- มาลี สบายยิ่ง (2543) “รายงานวิจัยเรื่อง ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
 โรคเอดส์ของเยาวชนชายอำเภอ หาดใหญ่จังหวัดสงขลา”
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ยงค์ รุ่งเรือง (2541) *เอชไอวี และจุลชีพพลวยโอกาส* กรุงเทพมหานคร อักษรสมัย
- รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ (2535) *การวัดทัศนคติเบื้องต้น* เอกสารคำสอนวิชา วศ 306 ๗
 มหาวิทยาลัยบูรพา
- ราชบัณฑิตยสถาน (2553) *พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยาฉบับราชบัณฑิตยสถาน* กรุงเทพมหานคร
 หจก. ไอเดีย สแควร์
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร นิวัติ พลนิกร (2527) *ตำราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* กรุงเทพมหานคร
 สำนักพิมพ์สุภา
- วิไล ชินเวชกิจวานิชย์และคนอื่นๆ (2555) “การสำรวจความรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อไวรัส
 เอชไอวีที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดราชบุรี”
 วารสารโรคเอดส์ 25: 1 (ตุลาคม 2555– กุมภาพันธ์ 2556) : 41 – 49
- ศิริพร วงศ์ไชย (2546) “ทัศนคติต่อโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย”
 วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์ (2540) “ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์และพฤติกรรมของพยาบาล
ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ” วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สมจิต หนูเจริญกุล (2535) *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1* (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5)
กรุงเทพมหานคร ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินต์ติ้ง
- สมหวัง คำนัชยวิจิตร (2539) *โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2* กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์
- _____ . (2536) *การทำให้ปราศจากเชื้อและการทำลายเชื้อ พิมพ์ครั้งที่ 5* กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์
- _____ . (2533) *วิธีการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เรือนแก้ว
การพิมพ์
- สินี กวนไวบุตร (2541) “ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงในสถานสงเคราะห์
เด็กอ่อนที่มีเลือดบวกเอดส์” วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2551) *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร
พิมพ์ดีกรุงเทพ
- สุวรรณ บุญยะสิทธิ์ (2546) *โรคเอดส์ : การพยาบาลแบบองค์รวม* ขอนแก่น
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- สุริพร ธนศิลป์ (2538) *การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์* กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุวิมล ชมภูแก้ว (2545) “ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ของ
ผู้รับบริการตรวจหาเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่”
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- หงษ์คำ นครชัยและคนอื่นๆ (2551) รายงานวิจัย “ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และพฤติกรรมทางเพศ
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนคอนไทรงามพิทยาคม ตำบลโพรงาม
อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์” วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข
- อมร ลีลาธรรมิ และคนอื่นๆ (2550) *An Update on Infectious Disease การอบรมระยะสั้นประจำปี*
2550 กรุงเทพมหานคร บริษัทเมดิคัล มีเดีย จำกัด

อรรณพ จินะวัฒน์ (2555) *การจัดการความรู้และองค์กรแห่งการเรียนรู้ เอกสารประกอบการสอน*

ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนาระบบการจัดการเรียนรู้ หน่วยที่ 14

หน้า 6 – 9 นนทบุรี

อนุวัตร รุ่งพิสุทธิพงษ์ (2542) *โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* กรุงเทพมหานคร MedInfo.G . D.,Ltd.

แอมเบอร์ บาสเตอร์ กูรุง (2551) “ ความรู้ ทักษะคติต่อเอชไอวี / เอ็ดส์ และความเต็มใจในการดูแล

ผู้ที่เป็นเอชไอวี / เอ็ดส์ ของพยาบาลในประเทศภูฏาน วิทยานิพนธ์

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Benjakul wamwimol.(2006) “ The Assesment of HIV Knowledge and Attitudes Towards caring for HIV / AIDS Patients among senior nursing students in Baccalaureate Programs in the United States of American and Thailand”. *Dissertation Abstracts*. University of Missouri – Columbia.

Boutrus Bowtrus – Ghail. (1995). *AIDS and HIV Infection*. United Nations New York.

Goldenberg , Dolly ; Laschinger , Heather (1991) “ Attitudes and Normative Beliefs of Nursing Student as Predictors of Intended Ajzen – Fishbein Theory of Reasoned Action”.

Dissertation Abstracts. Journal of nursing Education ; 30,3 ; ProQuest Education

Journal. Pg. 119.

Hung Y. Fan ; Russ F. Conner ; Luis P. Vallarreal , (2007). *AIDS Scilence and Society*.

K.E. Nye and J.M. Parkin. (1994). *HIV and AIDS*.

Mann, Jonathan M.; Tarantola, Daniel J.; Neiter Thomas W. (1992). *AIDS in the World*.

Harvard University.

Molloy,B.Suzaane (2009) “ HIV / AIDS Knowledge in Nicaraguan Students of Nursing”.

Dissertation Abstracts. George Mason University.

Moore Dakysa (2008) “ HIV / AIDS Knowledge , Attitude , Involvement , and Predictors of condom use Among African American College Students : Implications for

Communications Strategies for HIV / AIDS Prevention”. *Dissertation Abstracts*.

Bowling Green State University

Robillard , H.Ruth (2001) “ The Jamaican Adolescent : An Assessment of Knowledge and

Attitudes Regarding HIV/AIDS”. *Dissertation Abstracts*.

Pediatric Nursing ; 27 , 2 ; ProQuest Education Journals. Pg. 176.

- Paul L. Selbst ; Alves , R. Josephine (1994). “ AIDS Knowledge and Attitudes among nursing home staff”. *Dissertation Abstracts*. Nursing Homes. 43 , 5. Pg.2-3.
- Pederson, Carol (1993) “ Structured Controversy versus Lecture on nursing Student’ Beliefs About and Attitude Toward Providing Care for Person with AIDS”. *Dissertation Abstracts*. The Journal of Continuing Education Nursing. 24 , 2; PrpQuest Education Journal . pg. 74.
- Plant , Martin M. (1993). *AIDS Drug, And Prostitution*. London and New York.
- Snyder , Allerton Gail. (1992) “ Dental Hygienists’ s Knowledge , Attitude and Infection Control Practices in Relation to AIDS and AIDS Patients”. *Dissertation Abstracts*. Tempel University
- Suominen , Tarja; Caroline Karanja – Pernu (2011) “ Knowledge , Attitudes and Risk Behaviour Related to HIV and AIDS : The case of International Students in a Finnish University. *Dissertation Abstract*. J Community Health. 36 : 910.
- Tessaro , Irene (1992) “ HIV Knowledge , Attitudes , Nursing Practice and work intentions of public health nurses in high and low AIDS prevalence areas in North Carolina” *Dissertation Abstract*.
- Voeller , Bruce ; Reinisch June M.; Gottlieb Michael ; (1990). *AIDS AND SEX*.
- WHO (1991) *AIDS Prevention through health promotion : facing sensitive issues*.
- Yoo , Hyera ; Sun Hae Lee , Kwon , Bo Eun. (2005). “ HIV / AIDS Knowledge , Attitudes , Related Behaviors and Sources of Information among Korean Adolescents. *Dissertation Abstracts*. The Journal of School Health. 75 , 10 ; ProQuest Education Journal. Pg. 393.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

ราชภัฏสกลนคร

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. นพ. สุพัฒน์ ภัคชา

วุฒิการศึกษา แพทย์ศาสตร์บัณฑิต(เกียรตินิยม)
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 วุฒิบัตรอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อายุรแพทย์ โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จังหวัดปทุมธานี
 ประธานกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
 สมาชิกชมรมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย
 ประธานองค์กรแพทย์โรงพยาบาลแพทย์รังสิต
2. นางอุไร พิเศษ

วุฒิการศึกษา วทบ. พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วย
 วิกฤต(ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)วิทยาลัยสหราชอาณาจักร
 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลควบคุม
 การติดเชื้อ มหาวิทยาลัยมหิดล
 หัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 สมาชิกชมรมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย
3. นายวัฒนกิจ สิทธิสถิตอังกูร

วุฒิการศึกษา ศษ.ม (การแนะแนว)
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 Certificate Model and Resources for Career Counseling and
 Guidance University of Calgary, Canada.
 หัวหน้างานแนะแนว โรงเรียนกรุงเทพคริสเตียนวิทยาลัย
 จังหวัดกรุงเทพมหานคร
4. นายจินดา มาลัยหอม

วุฒิการศึกษา ศษ.ม (การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา)
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 ผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการและทรัพยากรบุคคล
 บริษัทยิวซ่าเบตเตอร์ ประเทศไทย จำกัด (มหาชน)
 จังหวัดสมุทรปราการ

ภาคผนวก ข

สำเนาหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย





ที่ ศธ 0522.16 (บ)/ 407

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

5 กันยายน 2556


เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย
เรียน นายแพทย์สุพพัฒน์ ภักษา
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการการศึกษาค้นคว้าอิสระ จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวปิยะฉัตร ปานรุ่ง นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจกับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล ตามโครงการการศึกษาค้นคว้าอิสระที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระไว้ขั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชาจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคเอดส์ ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษานี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณพ จินะวัฒน์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา
โทร. 0-2504-8505
โทรสาร. 0-2503-3566-7
เบอร์โทรศัพท์นักศึกษา 0850447377



ที่ ทอ 0522.16 (บ)/407

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

5 กันยายน 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย
เรียน นางอุไร พิเศษ
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการการศึกษาค้นคว้าอิสระ จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวปิยะฉัตร ปานรุ่ง นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจกับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล ตามโครงการการศึกษาค้นคว้าอิสระที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระไว้ชิ้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชาจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิการพยาบาลผู้ปวยติดเชื้อและผู้ปวยเอดส์ ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษาผู้นี้ ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณพ จินะวัฒน์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา
โทร. 0-2504-8505
โทรสาร. 0-2503-3566-7
เบอร์โทรศัพท์นักศึกษา 0850447377



ที่ ศธ 0522.16 (บ)/407

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๓ กันยายน 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์วัฒน์กิจ สิทธิสถิตอังกูร


สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการการศึกษาค้นคว้าอิสระ จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวปิยะฉัตร ปานรุ่ง นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจกับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล ตามโครงการการศึกษาค้นคว้าอิสระที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระไว้ชิ้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชาจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านงานแนะแนวและการให้คำปรึกษา ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณพ จินะวัฒน์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา
โทร. 0-2504-8505
โทรสาร. 0-2503-3566-7
เบอร์โทรศัพท์นักศึกษา 0850447377



ที่ ศธ 0522.16 (บ) 407

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

5 กันยายน 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย
เรียน นายจินดา มาลัยหอม
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการการศึกษาค้นคว้าอิสระ จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวปิยะฉัตร บานรุ่ง นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจกับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล ตามโครงการการศึกษาค้นคว้าอิสระที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระไว้ขั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชาจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

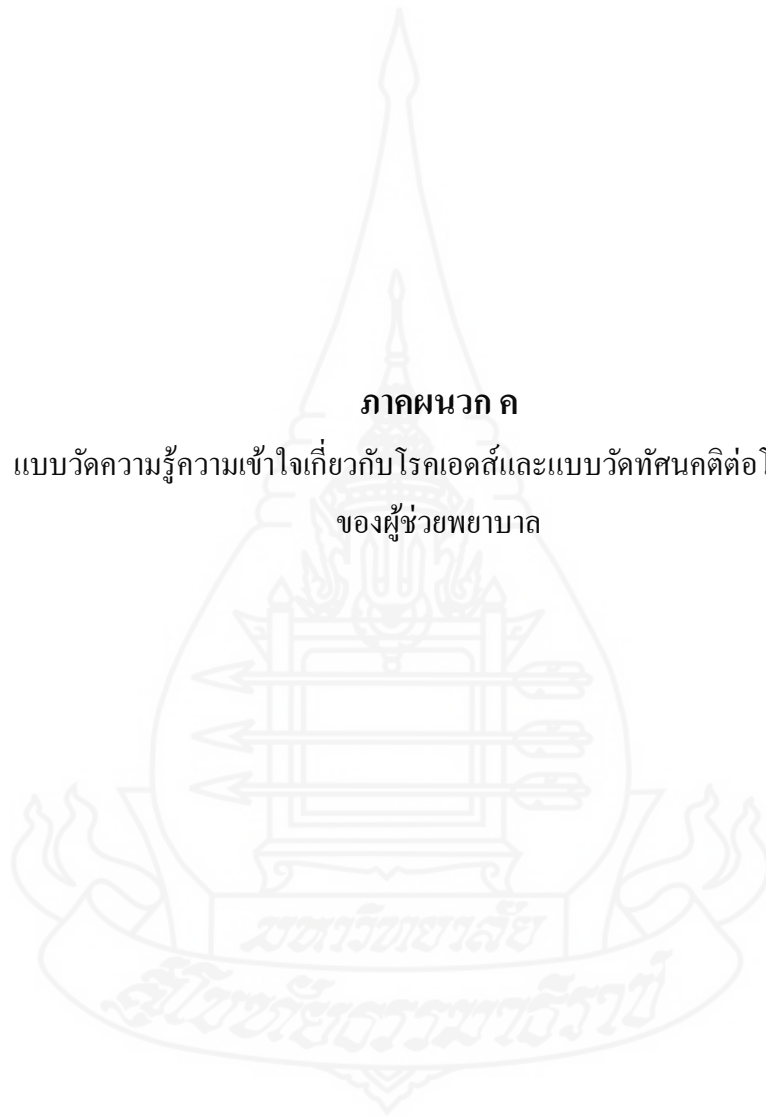

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรอรณพ จินฉวัฒน์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา
โทร. 0-2504-8505
โทรสาร. 0-2503-3566-7
เบอร์โทรศัพท์นักศึกษา 0850447377

ภาคผนวก ค

แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์และแบบวัดทัศนคติต่อโรคเอดส์
ของผู้ช่วยพยาบาล



แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และแบบวัดทัศนคติต่อโรคเอดส์
ของผู้ช่วยพยาบาล

แบบวัดนี้ประกอบไปด้วย 3 ตอน ดังนี้

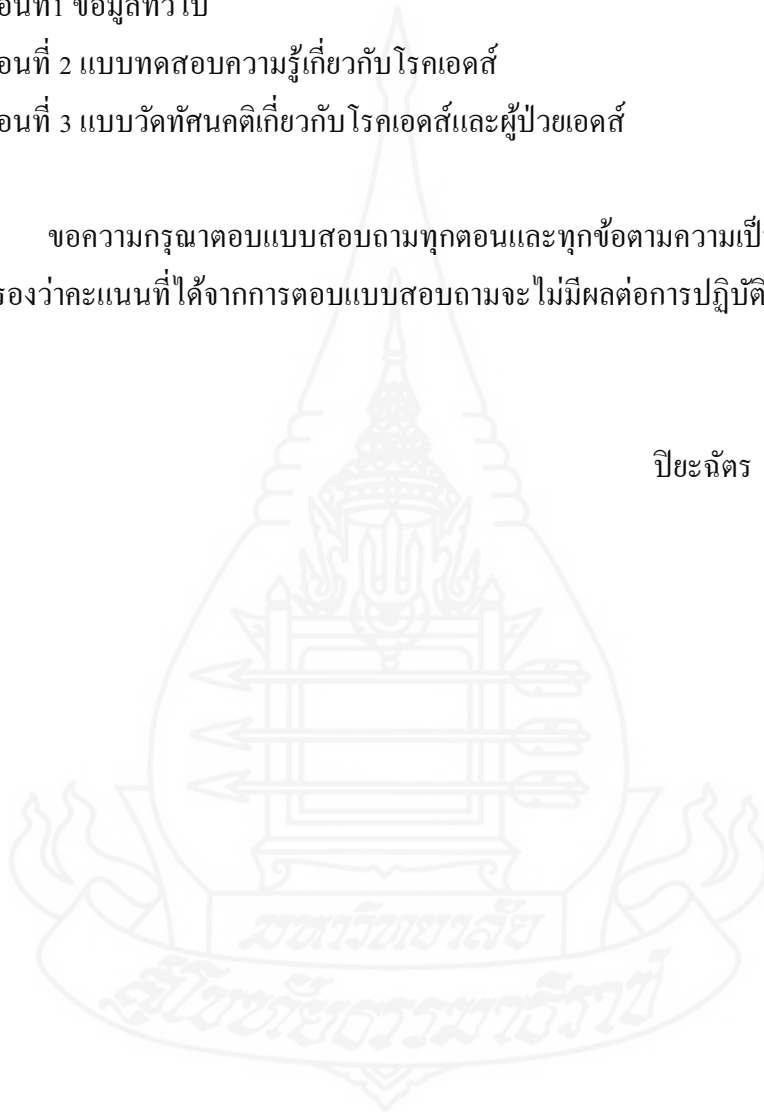
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ตอนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และผู้ป่วยเอดส์

ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามทุกตอนและทุกข้อตามความเป็นจริง
ขอรับรองว่าจะแนบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่
อย่างไร

ปิยะฉัตร ปานรุ่ง



ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับท่านที่สุด โปรดตอบคำถามทุกข้อ

1. ท่านมีอายุ

18 -25 ปี

26-30 ปี

31-35 ปี

36-40 ปี

41-45 ปี

46 ปีขึ้นไป

2. ระดับการศึกษาสูงสุด

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

อื่นๆ โปรดระบุ.....

3. ประสบการณ์การทำงาน

ยังไม่ถึง 1 ปี

ตั้งแต่ 1-5 ปี

มากกว่า 5 -10 ปี

มากกว่า 10 ปีขึ้นไป

4. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

มี

ไม่มี

5. เคยผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลหรือไม่

เคย

ไม่เคย

6. เคยเข้ารับการอบรม / ประชุม / สัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือไม่

เคย

ไม่เคย

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเอดส์

คำชี้แจง กรุณาอ่านคำถามเหล่านี้ และพิจารณาเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงหนึ่งข้อ แล้ววงกลมล้อมรอบ คำตอบที่ต้องการ **โปรดตอบคำถามทุกข้อ**

1. โรคเอดส์ หมายถึงข้อใด
 - ก. โรคติดเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้ออื่นๆได้ง่ายส่งผลให้ระบบต้านทานแปรปรวน
 - ข. โรคติดเชื้อไวรัสที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดโรคติดเชื้ออื่นๆได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป และอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายให้เสียชีวิต
 - ค. โรคติดเชื้อทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
 - ง. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิด แต่จะปรากฏอาการเมื่อร่างกายอ่อนแอส่งผลให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายกว่าคนปกติ
2. ข้อใดเป็นชื่อของเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคเอดส์

ก. HCV	ค. HIV
ข. HLV	ง. HRV
3. สารคัดหลั่งใดต่อไปนี้มีปริมาณความเข้มข้นของเชื้อเอดส์มากที่สุด

ก. น้ำลาย	ค. ปัสสาวะ
ข. เลือด	ง. น้ำในช่องคลอด / น้ำอสุจิ
4. พาหะของโรคเอดส์ คือ

ก. ยุง	ค. คน
ข. ลิง	ง. แมลงวัน
5. ในประเทศไทยการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากสิ่งใดมากที่สุด

ก. การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก	ค. การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน
ข. การรับเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด	ง. การฉีดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด
6. ข้อใดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเอดส์มากที่สุด

ก. การโอบกอดผู้ติดเชื้อเอดส์	ค. การมีเพศสัมพันธ์โดยมิได้ป้องกัน
ข. การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์	ง. การว่ายน้ำสระเดียวกับผู้ติดเชื้อเอดส์
7. บุคคลใดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์มากที่สุด

ก. ชายรักร่วมเพศ	ค. บุคคลที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์
ข. คู่นอนของผู้ติดเชื้อเอดส์	ง. บุคลากรในทีมสุขภาพ

8. ข้อใดต่อไปนี้มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอดส์สู่บุคคลอื่นได้มากที่สุด
- การว่ายน้ำสระเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์
 - การรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์
 - การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์โดยมิได้ป้องกัน
 - ผู้ติดเชื้อเอดส์หายใจ ไอ จามรดใส่
9. การแนะนำผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ มิให้แพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลในครอบครัวที่สำคัญคือข้อใด
- ควรแยกตัวออกมายุ่งตามลำพังไม่อยู่ร่วมกับคนในครอบครัว
 - ต้องมีห้องน้ำส่วนตัวไม่ใช่ห้องน้ำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว
 - งดการสัมผัสโอบกอด และเนื้อต้องตัวกับสมาชิกในครอบครัว
 - สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของตนเอง
10. เชื้อโรคเอดส์มีลักษณะการแพร่กระจายเชื้อคล้ายกับเชื้อโรคชนิดใดมากที่สุด
- Herpes Zoster Virus
 - Herpes Simplex Virus
 - Viral Hepatitis A
 - Viral Hepatitis B
11. บุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเอดส์จากวิถีทางใดมากที่สุด
- การที่เลือดของผู้ป่วยเอดส์กระเด็นโดนผิวหนังส่วนต่างๆของร่างกายบุคลากร
 - การใส่ถุงมือเช็ดตัวและชำระล้างสิ่งปฏิกูลให้ผู้ป่วยโรคเอดส์
 - การถูกเข็มตำหรือทิ่มแทงและการได้รับบาดแผลจากของมีคมที่มีเชื้อเอดส์ปนเปื้อน
 - การติดต่อทางผิวหนังปกติจากสารคัดหลั่งของผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่น น้ำมูก น้ำลาย เหงื่อ
12. ระยะ Window period มีความหมายตรงกับข้อใด
- ระยะที่มีเชื้อเอดส์อยู่ในกระแสเลือด แต่ยังไม่มีอาการของโรค
 - ระยะที่มีเชื้อเอดส์อยู่ในกระแสเลือด แต่ไม่สามารถตรวจพบ แอนติเจนของเชื้อโรคเอดส์
 - ระยะที่มีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในกระแสเลือด แต่ไม่สามารถตรวจพบ แอนติบอดีต่อโรคเอดส์
 - ระยะที่สามารถตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอดส์ในกระแสเลือด
13. เมื่อได้รับเชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกาย ใช้เวลานานเท่าใดจึงจะตรวจพบภูมิคุ้มกันของเชื้อเอดส์ในกระแสเลือด
- ทันทีที่ได้รับเชื้อ
 - 1 วันถึง 1 เดือน
 - 2-4 สัปดาห์
 - 6-12 สัปดาห์

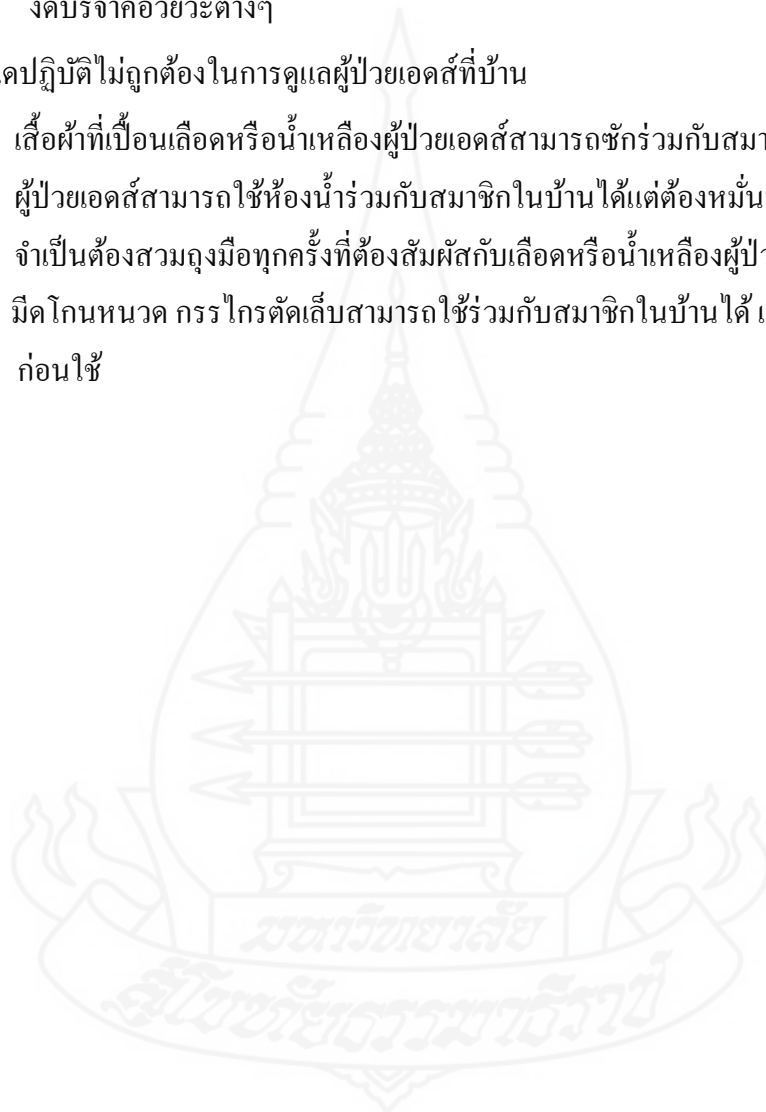
14. ลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ คือข้อใด
- ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด
 - ไข้สูง ปวดศีรษะ เพลีย
 - น้ำหนักลดอย่างรวดเร็วมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน
 - ไอ เบื่ออาหาร เพลีย
15. การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อถูกของมีคมที่มีเชื้อเอดส์ทิ่มแทงคือข้อใด
- บีบเส้นเลือดออกให้มากที่สุด แล้วล้างด้วย ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 3%
 - บีบเส้นเลือดออกให้มากที่สุด จากนั้นล้างตามด้วยน้ำสบู่ และใช้แอลกอฮอล์ 75% เช็ดทำความสะอาดซ้ำ
 - ล้างด้วยสบู่ และน้ำสะอาดหลายๆครั้ง จากนั้นเช็ดตามด้วยแอลกอฮอล์ 75%
 - ล้างด้วย โซเดียม ไฮโปคลอไรต์ 0.5% ทันที
16. คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุดคือ
- หลีกเลี่ยงการสำส่อนทางเพศ
 - ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง
 - งดการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
 - หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่สงสัยว่าจะมีเชื้อเอดส์
17. ข้อใดต่อไปนี้อาจจัดได้ว่าเป็นการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ที่ได้ผลดีที่สุด
- การคัดกรองแยกผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างเคร่งครัด
 - หลีกเลี่ยงการสัมผัส พูดุ่ย ใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์
 - สวมถุงมือและผูกผ้าปิดปากทุกครั้งที่ต้องเข้าห้องผู้ติดเชื้อเอดส์
 - ให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป
18. ข้อใดปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลัก Standard Precaution ในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์
- เปลี่ยนถุงมือเมื่อมีการทำหัตถการกับผู้ป่วยรายใหม่
 - สวมเสื้อคลุมขณะทำหัตถการที่คาดว่าจะมีการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย
 - ล้างมือทันทีที่ถอดถุงมือ
 - ล้างมือก่อนและหลังการสวมถุงมือทุกครั้งเมื่อต้องสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อเอดส์

19. ข้อใดไม่ถูกต้องเมื่อติดเชื้อเอดส์

- ก. หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์
- ข. เปลี่ยนถ่ายเลือดใหม่เพื่อลดปริมาณเชื้อในร่างกาย
- ค. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- ง. งดบริจาคอวัยวะต่างๆ

20. ข้อใดปฏิบัติไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

- ก. เสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดหรือน้ำเหลืองผู้ป่วยเอดส์สามารถซักร่วมกับสมาชิกในบ้านได้เลย
- ข. ผู้ป่วยเอดส์สามารถใช้ห้องน้ำร่วมกับสมาชิกในบ้านได้แต่ต้องหมั่นทำความสะอาดเสมอ
- ค. จำเป็นต้องสวมถุงมือทุกครั้งที่ต้องสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองผู้ป่วย
- ง. มีดโกนหนวด กรรไกรตัดเล็บสามารถใช้ร่วมกับสมาชิกในบ้านได้แต่ต้องทำความสะอาดก่อนใช้



ตอนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์

คำชี้แจง แบบวัดนี้ต้องการทราบถึงทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและ

พิจารณาอย่างรอบคอบว่าตรงกับความรู้สึกรของท่านในขณะนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ที่กำหนดไว้เพียงคำตอบเดียว โปรดตอบคำถามทุกข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ด้านความคิด ท่านคิดว่าตัวท่านเองจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ที่มีโอกาสที่จะติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย					
2	ท่านคิดว่าบุคคลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ติดเชื้อ เอดส์บุคคลนั้นต้องติดเชื้อเอดส์ด้วย แน่นอน					
3	ควรให้การยอมรับและให้โอกาสแก่ผู้ติดเชื้อ เอดส์ อย่างเท่าเทียมกัน					
4	สังคมกีดกันและลงโทษผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างไม่เป็นธรรมเนื่องจากมีอคติ					
5	ท่านคิดว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ควรพักรักษาตัว อยู่บ้านและได้รับการทะนุถนอม ไม่ควรทำงานเนื่องจากร่างกายอ่อนแอ					
6	ท่านคิดว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ทำลาย ความหวังและอนาคตของผู้ติดเชื้อเอดส์					
7	ควรจัดสถานที่เฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อ เอดส์ให้อาศัยอยู่ร่วมกันเพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น					

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8	โรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้					
9	ท่านคิดว่าทุกคนในทีมสุขภาพควรรู้ ความสนใจศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์					
10	ท่านคิดว่าการใช้บริการที่คลินิกนิรนาม ไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย					
11	ท่านคิดว่าผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ควร ตรวจเลือดเป็นระยะๆ					
12	ท่านคิดว่าผู้ที่ให้ความสนิทสนมกับผู้ติด เชื้อเอดส์ต้องติดเชื้อเอดส์ด้วยแน่นอน					
13	ด้านความรู้สึก ไม่ควรรู้สึกรังเกียจหากต้องดูแลบุคคล ในครอบครัวที่ติดเชื้อเอดส์					
14	ท่านยินดีให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มากกว่าผู้ป่วยเอดส์					
15	ท่านรู้สึกว่าเป็นการยุติธรรมที่ได้รับ มอบหมายให้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์					
16	หลังจากที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ท่านรู้สึกวิตกกังวลใจกลัวการติดเชื้อเอดส์ จากผู้ป่วย					
17	ท่านวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อเอดส์ เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ					
18	ควรให้กำลังใจแก่เพื่อนร่วมงาน ที่ติดเชื้อเอดส์					
19	ท่านยินดีและเต็มใจที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์					

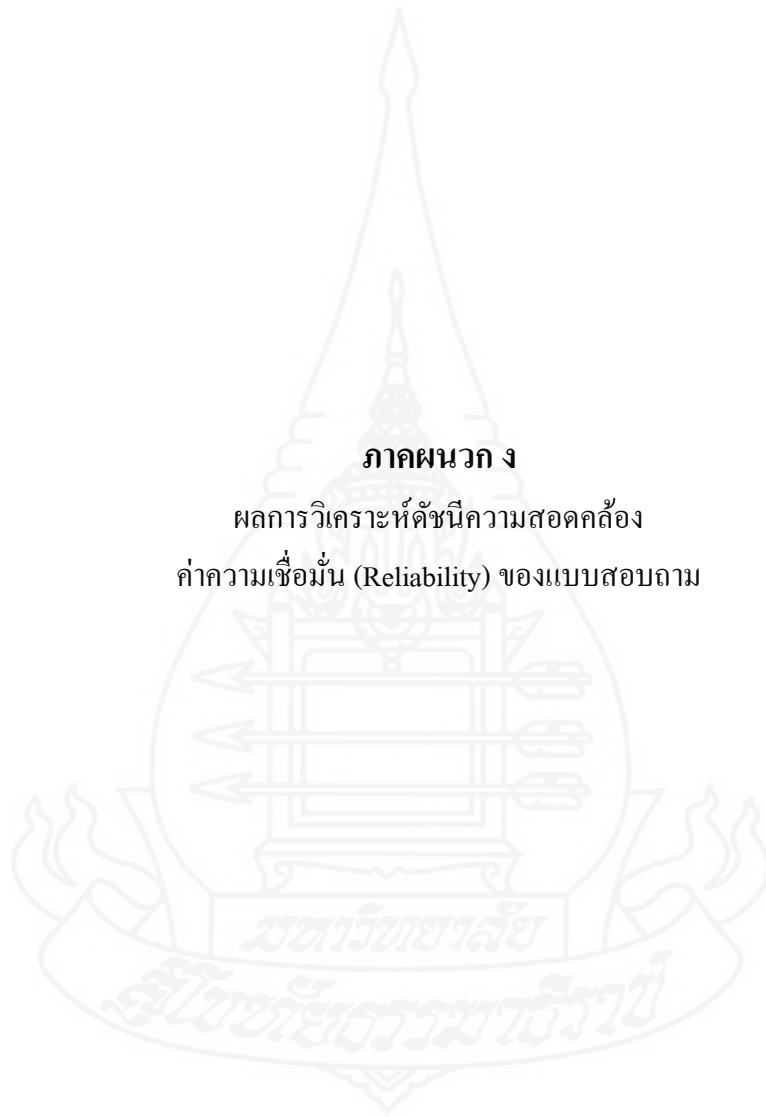
ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
20	ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรได้รับการยอมรับและ เห็นใจ					
21	ท่านรู้สึกเห็นใจบุคคลในครอบครัวผู้ติด เชื้อเอดส์ที่ถูกบุคคลในสังคมรังเกียจ					
22	ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นบุคคลที่น่าสงสารและน่า เห็นใจ					
23	ท่านรู้สึกว่างานให้บริการผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เอดส์					
24	ท่านวิตกกังวลเมื่อต้องใช้ห้องน้ำร่วมกับ กับผู้ติดเชื้อเอดส์					
	<u>ด้านพฤติกรรม</u>					
25	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ เอดส์ไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์					
26	ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรได้รับการดูแลรักษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรายอื่นๆ					
27	การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ควรจัดทำในที่ แยกเฉพาะเป็นสัดส่วนเท่านั้น					
28	ถึงแม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เอดส์แต่ก็ยังรู้สึกกลัวและไม่อยากอยู่ใกล้ ผู้ป่วยเอดส์					
29	ไม่ซื้ออาหารที่ประกอบจากผู้ติดเชื้อเอดส์					
30	หากเลือกได้ท่านไม่ต้องการทำงาน ในแผนกที่มีแต่ผู้ป่วยเอดส์					

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
31	การใช้อุปกรณ์สำนักงานเช่น โทรศัพท์ ปากกา ดินสอร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์เป็น สิ่งไม่ถูกต้อง					
32	ต้องลาออกจากงานหากต้องทำงานร่วมกัน กับผู้ติดเชื้อเอดส์					
33	ท่านคิดว่ามาตรการต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน นี้ยังไม่สามารถทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัย จากการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากการดูแล ผู้ติดเชื้อเอดส์					
34	การปฏิบัติงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ สามารถติดเชื้อเอดส์ได้					
35	การว่ายน้ำสระเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์					
36	ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปฏิบัติงานและทำ คุณประโยชน์ให้กับสังคมได้เหมือนคน ปกติทั่วไป					

ขอบคุณค่ะ

ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง
ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม



แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาเครื่องมือเพื่อการทำวิจัย

หัวข้องานวิจัย “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแพทย์รังสิต”

“ The relationship between Knowledge about AIDS and Understanding of AIDS and attitude toward AIDS of Assistant Nurse Rungsit General Hospital”

คำชี้แจงเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในเรื่องของ ความหมาย สาเหตุ การติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันและการดูแลรักษา ซึ่ง ลักษณะข้อคำถามจะเป็นแบบข้อคำถามให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้อง (Multiple choice)

ตอนที่ 2 แบบวัดทัศนคติเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาลวัตถุประสงค์ ครอบคลุมในองค์ประกอบของ ทัศนคติ 3 องค์ประกอบคือ

องค์ประกอบที่ 1 ทัศนคติด้านความคิด ความรู้ความเข้าใจต่อโรคเอดส์ทั้งด้านบวกและด้านลบ

องค์ประกอบที่ 2 ทัศนคติด้านอารมณ์ความรู้สึก ต่อโรคเอดส์ทั้งด้านบวกและด้านลบ

องค์ประกอบที่ 3 ด้านพฤติกรรมท่าทีการแสดงออกต่อโรคเอดส์ทั้งด้านบวกและด้านลบ

ซึ่งลักษณะแบบวัดทัศนคติจะเป็นแบบระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ

5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 เห็นด้วย 3 ไม่แน่ใจ 2 ไม่เห็นด้วย 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คำชี้แจง ขอให้ท่านได้กรุณาแสดงความคิดเห็น ต่อเครื่องมือที่สร้างขึ้น ว่ามีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์โดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงต่อไป

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวปิยะฉัตร ปานรุ่ง)

ผู้จัดทำเครื่องมือวิจัย

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ / ผู้เชี่ยวชาญ ต่อแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ช่วยพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

ข้อ	รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ เป็นรายบุคคล				ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3	4		
1.	โรคเอดส์หมายถึงข้อใด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2.	โรคเอดส์ หรือ AIDS หมายถึงโรคใดต่อไปนี้	+1	+1	+1	0	.75	ใช้ได้
3.	ข้อใดเป็นชื่อของเชื้อที่ทำให้เกิดโรคเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4.	สารคัดหลั่งใดต่อไปนี้ที่มีปริมาณความเข้มข้นของเชื้อเอดส์มากที่สุด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
5.	พาหะของโรคเอดส์คือ	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
6.	ในประเทศไทยการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากสิ่งใดที่สุด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
7.	ข้อใดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเอดส์มากที่สุด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
8.	บุคคลใดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มากที่สุด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
9.	ข้อใดต่อไปนี้มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอดส์สู่บุคคลอื่นได้มากที่สุด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
10.	การแนะนำผู้ติดเชื้อเอดส์ มิให้แพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลในครอบครัวที่สำคัญคือข้อใด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
11.	เชื้อโรคเอดส์มีลักษณะการแพร่กระจายเชื้อคล้ายกับโรคชนิดใดมากที่สุด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
12.	บุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเอดส์โดยวิธีทางใดมากที่สุด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
13.	ระยะ Window period มีความตรงกับข้อใด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

ข้อ	รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความ คิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ เป็น รายบุคคล				ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3	4		
14.	ระยะตั้งแต่ได้รับเชื้อโรคเอดส์จนถึงขั้นแสดงอาการของโรคเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะใช้เวลานานเท่าใด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
15.	เมื่อได้รับเชื้อโรคเอดส์เข้าร่างกาย ใช้เวลานานเท่าใดจึงจะตรวจพบภูมิคุ้มกันของเชื้อเอดส์ในกระแสเลือด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
16.	ลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์คือข้อใด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
17.	บุคคลในข้อใดที่เข้าข่ายสงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคเอดส์	0	+1	+1	0	.05	ปรับปรุง
18.	ข้อใดถูกต้องที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของบุคลากรในทีมสุขภาพ	0	+1	+1	0	.05	ปรับปรุง
19.	การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อถูกของมีคมที่มีเชื้อเอดส์ที่มแทงคือข้อใด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
20.	คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุดคือ	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
21.	ข้อใดต่อไปนี้จัดได้ว่าเป็นการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ที่ได้ผลดีที่สุด	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
22.	การติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์ มักจะพบว่าเป็นเชื้อชนิดใด	0	+1	+1	0	0.50	ปรับปรุง
23.	ข้อใดปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลัก Standard Precaution ในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
24.	ข้อใดไม่ถูกต้องเมื่อติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
25.	ปัญหาสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์คือข้อใด	0	+1	+1	+1	0.75	ใช้ได้

ข้อ	รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของ				ค่า IOC	แปลผล
		ผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ เป็น รายบุคคล					
		1	2	3	4		
26.	ข้อใดปฏิบัติไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
27.	ปัจจุบันสามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้หรือไม่	0	+1	+1	+1	0.75	ใช้ได้

ตอนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อโรคเอดส์

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญต่อแบบวัดทัศนคติต่อโรคเอดส์
(รวม 4 ท่าน)

ข้อที่	รายการความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของ				ค่า IOC	แปลผล
		ผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ รายบุคคล					
		1	2	3	4		
	ด้านความคิด						
1.	ท่านคิดว่าตัวท่านเองจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสที่จะติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย	+1	0	+1	+1	0.75	ใช้ได้
2.	ท่านคิดว่าบุคคลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ติดเชื้อเอดส์ บุคคลนั้นต้องติดเชื้อเอดส์ด้วยแน่นอน	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3.	ควรให้การยอมรับและให้โอกาสแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างเท่าเทียมกัน	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

ข้อที่	รายการความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ รายนุคคล				ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3	4		
4.	สังคมกีดกันและลงโทษผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไม่เป็นธรรมเนื่องจากมีอคติ	+1	+1	+1	0	0.75	ใช้ได้
5.	ท่านคิดว่าบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนควร ได้รับการอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
6.	ท่านคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากพฤติกรรม ของชาติปางก่อน	+1	0	+1	0	0.5	ปรับปรุง
7.	ท่านคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรพักรักษาตัวอยู่บ้าน และได้รับการทะนุถนอม ไม่ควรทำงาน เนื่องจากร่างกายอ่อนแอ	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
8.	ท่านคิดว่าโรคเอชไอวีเป็น โรคที่ทำลายความหวัง และอนาคตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
9.	ควรจัดสถานที่เฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้อาศัยอยู่ร่วมกันเพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
10.	โรคเอชไอวีเป็น โรคที่สามารถป้องกันได้	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
11.	ท่านคิดว่าทุกคนในทีมสุขภาพควรให้ความ สนใจศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
12.	ท่านคิดว่าการใช้บริการที่คลินิกนิรนาม ไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
13.	ท่านคิดว่าผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรตรวจเลือดเป็นระยะๆ	+1	+1	+1	0	0.75	ใช้ได้
14.	ท่านคิดว่าผู้ที่ให้ความสนับสนุนกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีต้องติดเชื้อเอชไอวีด้วยแน่นอน	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

ข้อที่	รายการความคิดเห็น	ประมาณค่าความ คิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ รายบุคคล				ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3	4		
15.	ท่านคิดว่าผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นบุคคลปกติธรรมดา ในสังคมคนหนึ่ง	+1	0	+1	0	0.5	ปรับปรุง
	ด้านอารมณ์ ความรู้สึก						
16.	ไม่ควรรู้สึกรังเกียจหากต้องดูแลบุคคล ในครอบครัวที่ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
17.	ท่านยินดีให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า ผู้ป่วยเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
18.	ท่านรู้สึกที่ไม่เป็นการยุติธรรมที่ได้รับ มอบหมายจากหัวหน้าแผนกให้ดูแลผู้ติดเชื้อ เอดส์	+1	+1	+1	0	0.75	ใช้ได้
19.	หลังจากที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ท่านรู้สึก วิตกกังวลใจกลัวการติดเชื้อเอดส์จากผู้ป่วย	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
20.	ท่านวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อเอดส์เมื่อต้องดูแล ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
21.	ควรให้กำลังใจแก่เพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	0	0.75	ใช้ได้
22.	ทุกครั้งขณะปฏิบัติงานท่านไม่มีความกังวล เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
23..	ท่านยินดีและเต็มใจที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
24.	ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรได้รับการยอมรับ และเห็นใจ	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
25.	ท่านรู้สึกเห็นใจบุคคลในครอบครัวผู้ติดเชื้อ เอดส์ที่ถูกบุคคลในสังคมรังเกียจ	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
26.	ท่านยินดีให้คำแนะนำ/ปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
27.	ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นบุคคลที่น่าสงสารและ น่าเห็นใจ	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

ข้อที่	รายการความคิดเห็น	ประมาณค่าความ คิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ วิทยุบุคคล				ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3	4		
28.	ท่านรู้สึกว่าการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
29.	ท่านรู้สึกอับอายและเสียมเสีย หากมีบุคคลในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
30.	ท่านวิตกกังวลเมื่อต้องใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
	ด้านพฤติกรรม						
31.	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
32.	หากท่านปฏิบัติงานโดยยึดหลักมาตรฐาน การป้องกันการติดเชื้อ (Standard Precaution) ก็เพียงพอที่จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงานได้	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
33.	ท่านไม่รังเกียจหรือปฏิเสธที่จะอยู่บ้านเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
34.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับการดูแลรักษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรายอื่นๆ	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
35.	การรักษาผู้ป่วยโรคเอชไอวีควรจัดทำในที่แยกเฉพาะเป็นสัดส่วนเท่านั้น	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
36.	การให้ความสนิทสนมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจทำให้คนในสังคมมองเราในแง่ร้ายได้	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
37.	ถึงแม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอชไอวี แต่ก็ยังรู้สึกกลัวและไม่อยากอยู่ใกล้ผู้ป่วยเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
38.	ท่านไม่ซื้ออาหารที่ประกอบจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

ข้อที่	รายการความคิดเห็น	ประมาณค่าความ คิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ รายบุคคล				ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3	4		
39.	หากเลือกได้ท่านไม่ต้องการทำงานในแผนกที่มีแต่ผู้ป่วยเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
40.	ท่านไม่ใช่อุปกรณ์สำนักงานเช่น โทรศัพท์ ปากกา ดินสอร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
41.	ท่านขอลาออกจากงานหากต้องทำงานร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
42.	ท่านคิดว่ามาตรการต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัยจากการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	0	0.75	ใช้ได้
43.	การปฏิบัติงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
44.	การว่ายน้ำสระเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
45.	ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปฏิบัติงานและทำคุณประโยชน์ให้กับสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป	+1	+1	+1	0	0.75	ใช้ได้

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

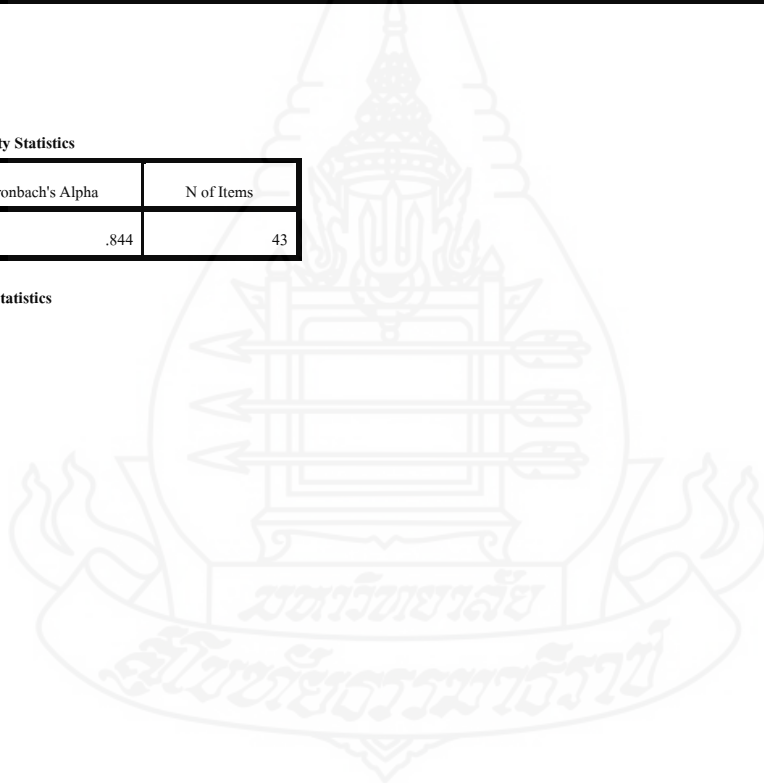
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
attitude1	153.3667	147.826	.306	.842
attitude2	153.0000	150.828	.442	.838
attitude3	152.9000	151.197	.542	.837
attitude4	153.2333	152.875	.326	.840
attitude5	152.5667	159.357	-.043	.849
attitude6	153.4000	149.490	.407	.838
attitude7	154.4333	143.909	.615	.832
attitude8	153.2000	154.786	.176	.844
attitude9	152.7000	154.217	.273	.841
attitude10	152.6667	152.713	.362	.840
attitude11	152.9667	154.585	.260	.842
attitude12	155.1000	152.300	.373	.839
attitude13	152.9667	148.654	.593	.835
attitude14	152.8000	154.924	.245	.842
attitude15	153.4333	145.840	.578	.834
attitude16	153.3333	154.713	.192	.843
attitude17	153.8667	142.740	.607	.832
attitude18	154.2000	147.683	.404	.838
attitude19	152.6667	154.920	.326	.841
attitude20	153.5000	158.328	-.006	.850
attitude21	153.1333	153.016	.295	.841
attitude22	152.7667	157.495	.127	.844
attitude23	152.8333	158.764	.020	.845
attitude24	152.6333	157.964	.074	.845
attitude25	152.8667	158.740	-.001	.847
attitude26	154.4333	155.220	.093	.848
attitude27	153.6000	140.317	.695	.829
attitude28	154.0000	149.931	.309	.841
attitude29	153.5333	157.223	.025	.850
attitude30	153.2333	161.495	-.152	.851
attitude31	152.9667	160.447	-.120	.848

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
attitude32	152.9333	158.823	.015	.845
attitude33	154.4333	149.357	.307	.841
attitude34	153.7667	148.116	.462	.837
attitude35	154.1000	144.783	.592	.833
attitude36	154.0667	144.340	.655	.831
attitude37	153.7667	149.564	.467	.837
attitude38	153.3000	151.528	.506	.838
attitude39	153.1333	150.464	.467	.837
attitude40	153.9333	145.168	.619	.833
attitude41	153.3667	155.689	.204	.843
attitude42	153.5667	155.978	.198	.843
attitude43	152.7333	156.271	.227	.842

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.844	43

Item-Total Statistics



ผลการวิเคราะห์ การหาค่า KR-20 ของแบบทดสอบทั้งฉบับ

จำนวนข้อสอบ (N) = 30

Reliability(KR-20) 0.7855

คะแนนเฉลี่ย 17.0667

ความแปรปรวน (Variance) 17.6622

ความคลาดเคลื่อน^๑(SEM) 8.18016

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวปิยะฉัตร ปานรุ่ง
วัน เดือน ปีเกิด	24 ตุลาคม 2515
สถานที่เกิด	อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยพายัพ พ.ศ. 2539
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลแพทยรังสิต จังหวัดปทุมธานี
ตำแหน่ง	หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยใน N7

