

ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

ปริญญานิพนธ์
ของ
บรรพต ชันคำ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย
ตุลาคม 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

618.9.9.9.9.9

2547

2.3

ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

บทคัดย่อ

ของ

บรรพต ชันคำ

13 ส.ค. 2547

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย
ตุลาคม 2546

h 236765

นายบรรพต ชันคำ. (2546). *ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ ดร.กุลยา ตันติผลาชีวะ, รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตน์.

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิน ด้านความรู้สึก ด้านการแสดงพฤติกรรม และเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยจำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นครูระดับก่อนประถมศึกษา จำนวน 251 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากโรงเรียนประถมศึกษาที่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมในชั้นเรียนเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สร้างโดยผู้วิจัย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการศึกษาพบว่า

1. ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือมีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในภาพรวมและด้านความรู้เชิงประเมิน ด้านความรู้สึก ด้านการแสดงพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง
2. ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่แตกต่างกัน เมื่อจำแนกตาม ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม

**ATTITUDE OF PRESCHOOL TEACHERS IN THE NORTH TOWARDS YOUNG CHILDREN
WITH HIV**

**AN ABSTRACT
BY
BANPHOT KHANKHAM**

**Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Early Childhood Education
at Srinakharinwirot University
October 2003**

Banphot Khankham. (2003). *Attitude of Preschool Teachers in The North Towards Young Children with HIV*. Master thesis, M.Ed.(Early Childhood Education), Bangkok : Graduate School. Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc.Prof. Dr. Kulaya Tantiphlachiva, Assoc. Prof. Chusri Wongrattana.

The purpose of this research was to study the attitudes of preschool teachers in the north towards young children with HIV in 3 aspects : knowledge, affection and behavior tendency ; and to compare those attitudes as consider separated by the training experiences and surrounding person. 251 preschool teachers, the research sample were selected from the HIV inclusive primary school in Chiang mai and Chiang rai province by simple random sampling . The instrument used for collecting data was a questionnaire developed by the researcher. The reliability of questionnaires was 0.80 . The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and One - way ANOVA.

The results of the study were summarized as followed :

1. The attitude of preschool teachers in the north towards young children with HIV was at the moderate level and each aspects : knowledge, affection and behavior tendency as the same.
2. The attitude of preschool teacher towards young children with HIV have no significant difference ,when consider separated by the training experiences and surrounding person.

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
ทบวงมหาวิทยาลัย

ปริญญานิพนธ์

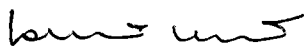
เรื่อง

ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

ของ

นายบรรพต ชันคำ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

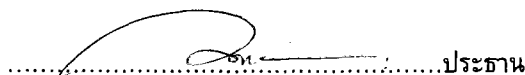


.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

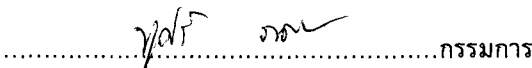
(รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร หะวานนท์)

วันที่.....เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2546

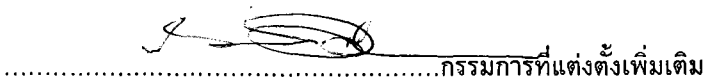
คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



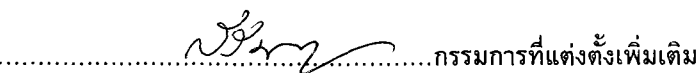
(รองศาสตราจารย์ ดร.กุลยา ตันติผลาชีวะ)



(รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตน์)



(อาจารย์ ดร. พัฒนา ชัยพงศ์)



(รองศาสตราจารย์ ดร. สิริมา ภิญโญนนตพงษ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร. กุลยา ตันติผลาชีวะ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะ กรรมการ ที่ให้คำแนะนำ ข้อคิดและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ ความเมตตากรุณาเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา ภิญโญนนตพงษ์ และอาจารย์ ดร.พัฒนา ชัชพงศ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ครองศักดิ์ ธาระชัยพันธ์ อาจารย์ ดร.พาสนา จุลรัตน์ และคุณรัตนดา บรรณาธิการ ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญ และให้คำแนะนำ ตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการสร้างเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีคุณภาพ

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ ผู้บริหาร เพื่อนครู โรงเรียนบ้านห้วยคู อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ให้โอกาสทางการศึกษา และกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ การประถมศึกษาจังหวัดศรีสะเกษใหม่ ผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ อาจารย์บังอร ฮ่วนสกุล อาจารย์ณัฐพรพรรณ สว่างวรรณ ผู้อำนวยการ อาจารย์ใหญ่ ครูใหญ่ และคณะครูระดับก่อนประถมศึกษาจาก โรงเรียนต่าง ๆ ที่ได้ให้ความกรุณาอนุเคราะห์ในด้านสถานที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่บัวผัด ชันคำ คุณแม่มาลี ชันคำ คุณแม่ปราณี เชื้อนเพชร อาจารย์อำนวยการ ปารมะ อาจารย์เอมอร คำแก้ว อาจารย์ภัสสริน อินสาร อาจารย์สมชาย คำจันทร์ อาจารย์อรุณี เหลืองหิรัญ คุณธัญชนก ชันคำ ผู้สนับสนุนส่งเสริมการศึกษาของผู้วิจัยอย่างยิ่งตลอดมา และขอขอบคุณ อาจารย์ศิริลักษณ์ ธรรมพิทักษ์ อาจารย์พรมเมือง เทวตา คุณสถาพร หมวดอินทร์ คุณวงเดือน เดชะรินทร์ คุณชุตติกาญจน์ เบญจพรวัฒนา คุณพิทักษ์ วงแหวน คุณदनัย ไตรสมสารัตร์ คุณรุ่งนภา รทสา คุณลักษณา ฤทธาภรณ์ คุณภิรดา รัตนันต์ ผู้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กับผู้ วิจัยมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำสาขาวิชาการศึกษาศาสตร์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การอบรม สั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ที่ดีและมีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย จนทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษา และขอขอบพระคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ นิสิตปริญญาโท สาขาการศึกษาศาสตร์ รุ่นที่ 18 รุ่นที่ 19 ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ คำปรึกษาตลอดจนเป็นกำลังใจในการทำปริญญานิพนธ์ด้วย ดีตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์

คุณค่าและประโยชน์ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณพ่อบุญทา ชันคำ และคุณแม่บัวผัด ชันคำ ที่ได้อบรมเลี้ยงดู ให้โอกาสทางการศึกษาแก่ผู้วิจัย และพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์อันทรงคุณค่ายิ่ง

บรรพต ชันคำ

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	6
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	7
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	8
	เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติ.....	9
	ความหมายของทัศนคติ.....	9
	องค์ประกอบของทัศนคติ.....	10
	ลักษณะของทัศนคติ.....	10
	องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ทัศนคติ.....	11
	ทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ.....	12
	การวัดทัศนคติ.....	13
	ประโยชน์ของการวัดทัศนคติ.....	15
	ปัจจัยที่มีผลต่อการมีทัศนคติที่แตกต่างกัน.....	16
	เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์.....	17
	ความเป็นมาของโรคเอดส์.....	17
	สาเหตุของโรคเอดส์.....	17
	การติดต่อของโรคเอดส์.....	18
	ลักษณะอาการของโรคเอดส์.....	19
	การวินิจฉัยโรค.....	20
	การรักษาโรคเอดส์.....	21
	การป้องกันโรคเอดส์.....	21
	ผลกระทบของปัญหาโรคเอดส์.....	22
	สภาพปัญหาของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์.....	23

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2 (ต่อ)	การปฏิบัติหรือพฤติกรรมแสดงออกของประชาชนต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน.....	25
	สิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์.....	26
	แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 – 2549.....	28
	แนวทางการจัดการศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์.....	30
	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการศึกษาเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์.....	33
	การดำเนินการของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ.....	34
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเรียนร่วม.....	35
	ความหมายของการเรียนร่วม.....	35
	รูปแบบการจัดการเรียนร่วม.....	35
	ความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนร่วม.....	37
	บทบาทของครูในการจัดการเรียนร่วม.....	38
	การเตรียมครูสำหรับการเรียนร่วม.....	39
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	41
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	41
	งานวิจัยในประเทศ.....	42
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	46
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	46
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	47
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
	การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	70 ~~87~~
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	70 ~~82~~
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	71
อภิปรายผล.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	76
 บรรณานุกรม.....	 77
 ภาคผนวก.....	 84
ภาคผนวก ก.....	85
ภาคผนวก ข.....	87
ภาคผนวก ค.....	90
ภาคผนวก ง.....	95
 ประวัติย่อผู้วิจัย.....	 105

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนครูระดับก่อนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาภาคเหนือที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมในชั้นเรียน.....	47
2	รายการแบบสอบถาม จำแนกตามลักษณะข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ.....	50
3	จำนวนและร้อยละของสถานภาพของครูผู้ตอบแบบสอบถาม.....	54
4	ความถี่และอันดับของครูผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามวิธีการเรียนรู้โรคเอดส์.....	55
5	ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	56
6	ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิน.....	57
7	ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้ลึก.....	60
8	ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการแสดงพฤติกรรม.....	63
9	ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม.....	66
10	ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามบุคคลแวดล้อม.....	67
11	การเปรียบเทียบทัศนคติครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายด้าน จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์.....	68
12	การเปรียบเทียบทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายด้าน จำแนกตามบุคคลแวดล้อม.....	69

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	6
---	---------------------------------------	---

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคเอดส์เป็นภัยคุกคามที่สำคัญของประเทศไทย ที่ไม่ได้เป็นเฉพาะปัญหาสาธารณสุขอย่างเดียว แต่เป็นปัญหาทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม การศึกษาและเศรษฐกิจ (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2544 : 1) นอกจากนี้ปัญหาโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาร้ายแรงและเป็นภัยคุกคามสุขภาพ เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิต มีลักษณะเฉพาะคือเมื่อติดเชื้อแล้ว เชื้อจะไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง ร่างกายจึงติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่ายทำให้มีอัตราการตายสูงและที่สำคัญ ยังไม่มีรายงานว่ามียาที่จะรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้ นอกจากนี้ยังพบว่า โอกาสการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ สูงขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 เมษายน 2545 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 194,446 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 61,204 ราย (กองระบาดวิทยา, 2545 : 59) การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงมีอัตราสูงขึ้นเรื่อย ๆ

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตามข้อมูลของกองระบาดวิทยา ณ วันที่ 30 เมษายน 2545 ระบุจำนวนผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 194,446 ราย จำแนกตามภาคต่างๆ ดังนี้ ภาคกลาง 56,738 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 17,855 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 32,258 ราย ภาคเหนือ 69,225 ราย และภาคใต้ 18,370 ราย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงพื้นที่ความชุกของโรคเอดส์ที่มีอัตราการป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือ รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออก ตามลำดับ โดยจังหวัดในภาคเหนือที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูง 10 อันดับ ได้แก่ เชียงใหม่ 15,815 ราย เชียงราย 14,754 ราย พะเยา 8,532 ราย ลำปาง 7,510 ราย ลำพูน 3,828 ราย นครสวรรค์ 2,311 ราย เพชรบูรณ์ 2,231 ราย น่าน 2,137 ราย และกำแพงเพชร 2,014 ราย (กองระบาดวิทยา, 2545 : 67 - 69) จากข้อมูลสรุปสถานการณ์โรคเอดส์แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า จังหวัดในเขตภาคเหนือเป็นจังหวัดที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

นับวันปัญหาโรคเอดส์จะทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสังคมโดยรวม สำหรับการแก้ปัญหาโรคเอดส์ของรัฐ ในส่วนของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2540-2544 ยุทธศาสตร์ที่ 3 กล่าวถึง การพัฒนาสังคมจิตวิทยาให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ให้บุคคลรอบข้างและสังคมมีความเข้าใจ ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการมีสิทธิประโยชน์ในการประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย และการศึกษา (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ, 2539 : 5) และปัจจุบันเด็กที่เกิดจากมารดาที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้เด็กมีโอกาสเป็นผู้รับเชื้อจากมารดาไปด้วย ส่วนหนึ่งของจำนวนเด็กระดับก่อนประถมศึกษาได้รับผลกระทบจากเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีจำนวนมาก ดังที่ ชไมพันธ์ สันติกาญจน์ (2543 : 38) ระบุว่า เด็กในช่วงอายุ 0 - 4 ปี และ 5 - 9 ปี ติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวนถึงร้อยละ 2.35 และ 1.36 ตามลำดับ ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการศึกษา เศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก ปัญหานี้เป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายควรให้ความสำคัญ และให้ความช่วยเหลือ ดังพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ พระราชทานแก่คณะกรรมการมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ พระราชวังดุสิต เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2540 ความตอนหนึ่งว่า “ปัจจุบันโรคเอดส์กำลังระบาด ยังไม่มีวัคซีน และยาสำหรับรักษาโรคนี้โดยเฉพาะ จึงขอให้ประชาชนช่วยกันตามความสามารถ

ส่วนบุตรหลานกำพร้าของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ สมควรที่จะช่วยกันให้ความช่วยเหลือในเรื่องการศึกษาและอัมช" ดังนั้น ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้บริหาร ครูผู้สอน ผู้ปกครอง ร่วมมือกันแก้ไข ปัญหาดังกล่าว เพื่อสนองพระราชปณิธานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว กระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศนโยบายชัดเจนว่า เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ไม่ว่าจะติดเชื้อหรือไม่ ต้องได้เรียนอยู่ในโรงเรียนเดียวกับเด็กทั่วไปไม่มีการสร้างโรงเรียนเพื่อเด็กติดเชื้อขึ้นใหม่ (สุภัทรา นาคะผิว. 2544 : 200) ซึ่งสอดคล้องตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มุ่งเน้นการให้โอกาสทางการศึกษาที่เท่าเทียมกันทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย โดยยึดหลักการการศึกษาเพื่อปวงชนซึ่งบัญญัติไว้ในมาตรา 43 บัญญัติว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปี ที่รัฐจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย" ประกอบกับมาตรา 30 วรรค 3 บัญญัติว่า "การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่อง ถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สถานภาพทางการหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล...จะกระทำมิได้" ซึ่งหมายความว่าประชาชนคนไทยทุกคนย่อมมีสิทธิทางการศึกษาอย่างเสมอภาคในทุกระดับที่รัฐจัดให้

เด็กทุกคนมีสิทธิได้รับการศึกษาเป็นข้อความที่ประกาศไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) และได้รับการยืนยันอย่างแข็งขันอีกครั้งในปฏิญญาสากลว่าด้วยการศึกษาเพื่อปวงชน (World Declaration on Education for All) ซึ่งระบุไว้ว่าผู้ด้อยโอกาสทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการศึกษาตามที่พวกเขาต้องการ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2543 : 1) การจัดการศึกษาด้วยการเรียนร่วมในโรงเรียน เป็นวิธีการที่นำมาใช้เพื่อช่วยให้เด็กพิการหรือเด็กด้อยโอกาส ได้มีโอกาสทางการศึกษาเพิ่มมากขึ้น เป็นการเปิดเรียนทั้งคนปกติและไม่ปกติ ซึ่งอาจหมายถึงผู้พิการ ผู้มีปัญหาสุขภาพ และเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันทางสังคม เข้าใจและเมตตา (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2546 : 40) การจัดการศึกษาแบบเรียนร่วมกับเด็กปกติของเด็กด้อยโอกาส ตั้งอยู่บนปรัชญาพื้นฐานของการเรียนร่วมคือ มนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิเท่าเทียมกันในโอกาสทางการศึกษา มีสิทธิเท่าเทียมกันในการอยู่ร่วมกันในสังคม ไม่มีการแบ่งแยกความบกพร่องหรือฐานะและให้เด็กมีความเข้าใจอันดีต่อกัน มีการยอมรับซึ่งกันและกัน (สุพัชรา ชัมเจริญ. ม.ป.ป. : 15) สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2543 : 2) ที่กล่าวว่า การจัดการเรียนร่วมเป็นก้าวสำคัญในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในเรื่องของการกีดกัน การสร้างชุมชนที่อบอุ่นและการพัฒนาสังคมของการอยู่ร่วมกัน ดังนั้นการช่วยเหลือเด็กต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปกครอง ครูผู้สอน และที่สำคัญผู้ที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ ความเข้าใจเด็ก และมีทัศนคติที่ดีกับเด็กเหล่านี้ ควรมีการช่วยเหลือเด็กเพื่อให้ได้รับการศึกษาเท่าเทียมกับเด็กปกติ (ผดุง อารยะวิญญู. 2544 : 2) เด็กที่มีเชื้อเอชไอวีจัดอยู่ในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส ประเภทที่ 9 ตามข้อมูลสารสนเทศของกองการศึกษาสงเคราะห์ (2545 : 11) ดังนั้นเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีสิทธิในการพัฒนาศักยภาพตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ในเรื่องความเสมอภาคของโอกาสทางการศึกษา นอกจากนี้ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 6 ได้กล่าวถึงหลักการจัดการศึกษาเพื่อคนไทยทุกคนว่า "การจัดการศึกษาต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ และคุณธรรม มีจริยธรรม และวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข" มาตรา 10 วรรคหนึ่ง กำหนดว่า "การจัดการศึกษาต้องจัดให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย"

สอดคล้องกับนโยบายประกันคุณภาพการศึกษาข้อแรกของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ คือ การประกันโอกาสทางการศึกษา ซึ่งโอกาสทางการศึกษามีความครอบคลุมถึงกลุ่มเด็กด้อยโอกาสด้วย

การติดเชื้อโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทำให้ถูกกีดกันออกจากสังคม (นภาพร คำปุย. 2543 : 1) ยังมีผลให้บุคคลในครอบครัว เพื่อน เสี่ยงต่อการถูกสังคมรังเกียจ แยกแยะ ตัดขาด ไม่ได้ รับการคบหาสมาคม และถูกปฏิเสธการช่วยเหลือ (วนิดา โอภาสพินิจ. 2543 : 1) จากการรวบรวมเรื่องราว ร้องทุกข์ผ่านศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในปี พ.ศ.2543 ได้นำเสนอสถานการณ์และอภิปรายการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทย คือ กรณีเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ถูกกีดกันโอกาสทางการศึกษา กล่าวคือ โรงเรียนปฏิเสธไม่รับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าเรียน ครูคิดว่าไม่ปลอดภัยถ้านำเด็กที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อมาเรียนร่วมกันจะทำให้ติดกันได้ (สุภัทรา นาคะผิว. 2544 : 198) การจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับความสนใจจากสถาบันการศึกษาเท่าที่ควร โดยเฉพาะในโรงเรียนระดับประถมศึกษา นอกจากนี้เด็กติดเชื้อเอชไอวียังถูกเรียกว่าเด็กเอดส์ กลายเป็นมลทิน สังคมไม่ยอมรับ ประเด็นปัญหาต่าง กล่าว อาจผูกพันกับทัศนคติของครูในโรงเรียน ที่มีต่อเด็กติดเชื้อเอชไอวี และต่อการจัดการศึกษาแบบเรียนร่วม เพราะทัศนคติเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลประเมินสิ่งใดสิ่งหนึ่งในรูปแบบของความชอบหรือไม่ชอบและทัศนคติยังเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำ (จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์. 2538 : 2)

ทัศนคติมีความสำคัญต่อการทำกิจกรรมของคนเราเป็นอันมาก กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2524 : 239) และฉวี วิชญเนติชัย (2526 : 116 -118) กล่าวถึงทัศนคติว่าเป็นความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ใดๆ และทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และเกิดจากความรู้ หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ถ้าการเรียนรู้หรือประสบการณ์เปลี่ยนแปลงไปทัศนคติก็น่าจะเปลี่ยนแปลงไปด้วย นอกจากนี้หลักในการจัดการศึกษาแบบเรียนร่วม ได้กำหนดนโยบายไว้อย่างชัดเจนคือมุ่งปลูกจิตสำนึกและสร้างทัศนคติที่ดีกับเด็กที่เข้ามาเรียนร่วม โดยให้ทุกส่วนของสังคมตระหนักถึงความสำคัญ สิทธิเท่าเทียมและโอกาสทางการศึกษาของบุคคลทุกคน

การจัดการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยและเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเข้าสู่ระบบโรงเรียนประถมศึกษา จะสำเร็จและสนองต่อการปฏิรูปการศึกษาและเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 หรือไม่นั้น มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องสำคัญหลายประการ โดยเฉพาะทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษา ที่มีต่อเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาพบว่าในเขตภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์ แพร่ น่าน พิจิตร เพชรบูรณ์ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ของภาคเหนือ มีค่าสูงกว่าร้อยละ 3 โดยเฉพาะจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงมากกว่า 10,000 ราย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ และ จังหวัดเชียงราย (ไพศาล วรสถิตย์และคณะ. 2545 : 11) จากการศึกษาของมยุรี ยกตรี. (2540 : 2) พบว่าหลังจากที่ผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยเป็นโรคเอดส์เสียชีวิตลงแล้ว ในครอบครัวจะเหลือเพียงเด็กและคนแก่ ซึ่งจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และผลสืบเนื่องจากนโยบายของรัฐที่มุ่งจะพัฒนาเด็กกลุ่มด้อยโอกาส โดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ให้ได้รับบริการทางการศึกษาอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งรัฐเชื่อว่าการศึกษจะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการดำรงชีวิตและมีความพยายามที่จะทำให้เด็กกลุ่มนี้เข้าสู่ระบบโรงเรียนปกติให้มากที่สุด (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. 2543 : 42) เป็นผลให้ผู้ปกครองนำพา และผลักดันเด็กเข้าสู่ระบบการศึกษาในโรงเรียน และโรงเรียนจึงมีบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบอย่างสำคัญยิ่งในการดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการ

ของเด็ก ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดโดยเฉพาะครู อาจารย์จะต้องดูแลเอาใจใส่เด็กอย่างจริงจัง ให้กำลังใจเมื่อเด็กเดือดร้อน รวมทั้งให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง (อนัญญา เดชสุภา. 2546 : 13) นโยบายการเรียนร่วมของรัฐทำให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้ามาเรียนร่วมกับเด็กปกติในชั้นเรียน ปัญหาสำคัญอยู่ที่โรคเอดส์เป็นโรคติดต่ออันตราย เมื่อผู้ใดติดโรคย่อมหมายถึงการเสียชีวิตจึงทำให้เป็นที่หวาดกลัวแก่ผู้ต้องสัมผัสกับโรคเอดส์ ครูที่อยู่ในโรงเรียนเรียนร่วมเป็นกลุ่มบุคคลหนึ่งที่ต้องสัมผัสกับโรคเอดส์ จากการจัดการเรียนร่วม โดยเฉพาะโรงเรียนในเขตภาคเหนือซึ่งมีอัตราการติดเอดส์สูง จากสำรวจเบื้องต้นพบว่า จากโรงเรียนประถมศึกษาในภาคเหนือทั้งหมด จำนวน 4,161 โรงเรียน มีการจัดการเรียนร่วม จำนวน 3,248 โรงเรียน (สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. 2545 :14 – 16) นับว่าเป็นปัญหาต่อความรู้สึกของครูมากในการที่จะต้องอยู่กับผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นนี้และประกอบกับผู้วิจัยเป็นครูผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาในระดับปฐมวัยในโรงเรียนประถมศึกษาในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัย ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน แนวทาง รณรงค์ส่งเสริมความรู้ และปรับเปลี่ยนทัศนคติของครูที่มีต่อเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี อันจะส่งผลให้การดำเนินการจัดการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีใน 3 ด้าน คือ
 - 1.1 ความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.2 ความรู้สึกที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.3 การแสดงพฤติกรรมต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติด้านความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือ จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม
3. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติด้านความรู้สึกที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือจำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม
4. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติด้านการแสดงพฤติกรรมที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือจำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

จากผลการวิจัยการศึกษาทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ในการจัดการศึกษาแบบเรียนร่วมที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมชั้นกับเด็กปกติ และให้ความรู้แก่ครูเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปฏิบัติเมื่อต้องเปิดการเรียนร่วมระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการจัดการศึกษาในระดับปฐมวัย

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรคือครูระดับก่อนประถมศึกษาที่สอนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงาน การประถมศึกษาแห่งชาติในเขตภาคเหนือ เฉพาะจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย ที่ปฏิบัติการสอนใน ชั้นเรียนที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นครูระดับก่อนประถมศึกษาที่ปฏิบัติการสอนในชั้นเรียนที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อ เอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ ในเขตภาคเหนือ เฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย ที่มีเด็กปฐมวัย ที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ ได้ทั้งหมด 132 โรงเรียน โดยแต่ละโรงเรียนจะสุ่มครูที่เป็นกลุ่มตัว อย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มารดับชั้นละ 1 คน โดยโรงเรียนที่มีครูประจำคนละ 1 ชั้นเรียน จะใช้ทั้งหมด รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 264 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ปัจจัยพื้นฐานของครูผู้สอนระดับก่อนประถมศึกษา ได้แก่
 - 1.1 ประสบการณ์ที่ครูได้รับการอบรม
 - 1.2 บุคคลแวดล้อม
2. ทศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี 3 ด้าน คือ
 - 2.1 ความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.2 ความรู้สึกที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.3 การแสดงพฤติกรรมต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เด็กนักเรียนชาย หญิงที่มีอายุระหว่าง 3 – 6 ปี ที่ ศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาล ของโรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย ที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีและกำลังเรียนร่วมอยู่ในชั้นเรียนเด็กปกติ
2. ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีทิศทางว่าชอบหรือไม่ชอบ โดยมาจากความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริงหรือไม่เป็นข้อเท็จจริง เป็นความรู้เชิงประมาณคำว่าสิ่งนั้นดีเลว มีคุณหรือ โทษอย่างไรและพร้อมจะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้สึกของตนออกมา
3. ทศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่สอนในชั้นเรียนที่มีเด็กปฐมวัยติดเชื้อเอชไอวี เรียนร่วม ที่สัมพันธ์กับความรู้โรคเอดส์เชิงประเมิน แล้วมีผลทำให้แสดงความรู้สึกและพฤติกรรมในทางบวก หรือลบอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา กล่าวคือ
 - 3.1 ความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อการ แสดงพฤติกรรมของครูในแง่ของความรู้สึกทั้งทางบวกและลบต่อลักษณะอาการ การติดต่อและความร้ายแรง ของโรคเอดส์ที่ติดมากับเด็กที่เรียนด้วย

3.2 ความรู้สึกที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความคิดเห็นของครูปฐมวัยที่บ่งบอกถึงความคิดของครูในทางบวกและลบด้านอาการและการติดต่อ กับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

3.3 การแสดงพฤติกรรมต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การปฏิบัติหรือนวโน้มการปฏิบัติของครูปฐมวัยต่อเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งทางด้านดีและไม่ดีที่สัมพันธ์กับความรู้สึกและความรู้ที่ครูมีเกี่ยวกับโรคเอดส์

4. ครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือ หมายถึง ครูที่ทำหน้าที่สอนเด็กในชั้นเรียนระดับก่อนประถมศึกษาของโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย ที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติในชั้นเรียนด้วย

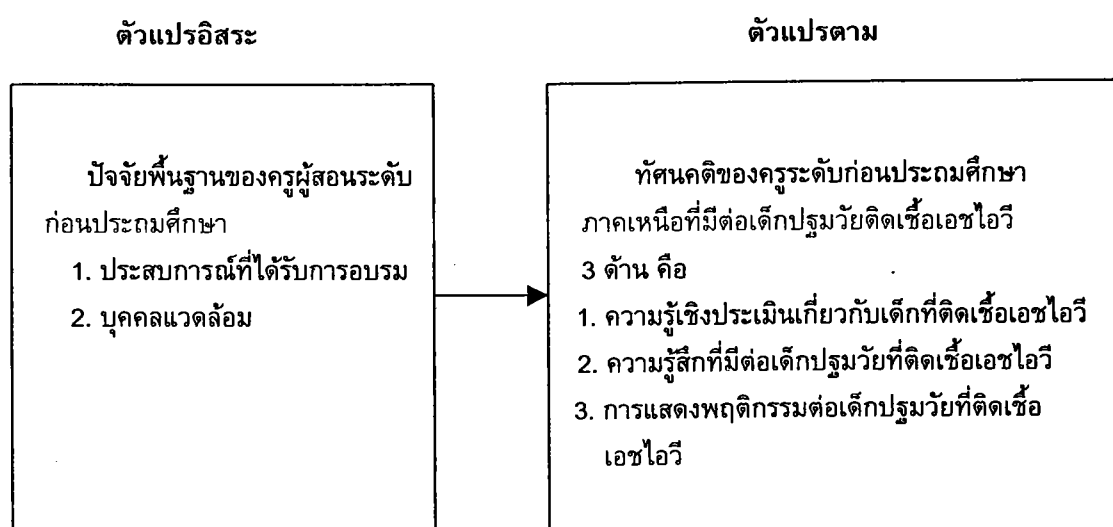
5. ปัจจัยพื้นฐานของครูระดับก่อนประถมศึกษา หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับครูผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม

5.1 ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม หมายถึง ความถี่ที่ครูผู้สอนระดับก่อนประถมศึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ จากการอบรมของหน่วยงานต่างๆ จำแนกเป็น ไม่ได้รับการอบรม, ได้รับการอบรม 1 - 2 ครั้ง และได้รับการอบรม 3 ครั้งขึ้นไป

5.2 บุคคลแวดล้อม หมายถึง การมีบุคคลใกล้ชิด รู้จัก ค้นเคยหรือญาติพี่น้องของครูระดับก่อนประถมศึกษาติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยเรื่องทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี มีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิ
นเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรม เมื่อจำแนกตามประสบการณ์ที่
ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม มีความแตกต่างกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา โดยนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติ

1. ความหมายของทัศนคติ
2. องค์ประกอบของทัศนคติ
3. ลักษณะของทัศนคติ
4. องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ทัศนคติ
5. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
6. การวัดทัศนคติ
7. ประโยชน์ของการวัดทัศนคติ
8. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีทัศนคติที่แตกต่างกัน

2. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์

1. ความเป็นมาของโรคเอดส์
2. สาเหตุของโรคเอดส์
3. การติดต่อของโรคเอดส์
4. ลักษณะอาการของโรคเอดส์
5. การวินิจฉัยโรค
6. การรักษาโรคเอดส์
7. การป้องกันโรคเอดส์
8. ผลกระทบของปัญหาโรคเอดส์
9. สภาพปัญหาของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์
10. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมการแสดงออกของประชาชนต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน
11. สิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์
12. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 - 2549
13. แนวทางจัดการศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์
14. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์
15. การดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ

3. เอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาปฐมวัย

1. ความหมายของการเรียนร่วม
2. รูปแบบของการเรียนร่วม
3. ความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนร่วม
4. บทบาทของครูในการจัดการเรียนร่วม
5. การเตรียมครูสำหรับการเรียนร่วม

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) เป็นศัพท์จิตวิทยาทางการศึกษา เป็นความเชื่อ ความรู้สึก และเครื่องแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคลหรือเหตุการณ์ ทัศนคติเป็นสิ่งที่ชักนำบุคคลให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.1 ความหมายของทัศนคติ

จากการศึกษาเอกสารพบว่า นักการศึกษาและนักจิตวิทยา ให้ความหมายของทัศนคติ ไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้ คือ

ลินเซ และอรอนสัน (Lindzey and Aronson. 1985 : 511 ; citing Fishbein. 1967) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นลักษณะของอารมณ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งกำหนดการตอบสนองอย่างคงเส้นคงวาต่อวัตถุในทิศทางที่พอใจหรือไม่พอใจ

ลอนดอน และบิตต้า (London and Bitta. 1993 : 423) กล่าวถึงทัศนคติว่า เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อวัตถุอย่างหนึ่ง ว่ามีลักษณะอย่างไร มีความรู้สึกบวกหรือลบ ชื่นชอบหรือไม่ชื่นชอบ เห็นด้วยหรือคัดค้าน

แอนโทไนด์ และคนอื่นๆ (Antonide and Others. 1998 : 197) กล่าวถึงทัศนคติว่า เป็นแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพของบุคคลในการประเมินวัตถุหรือเรื่องราวต่างๆ ในโลก ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกเป็นความชอบหรือไม่ชอบ

ฮ็อก (Hogg. 1998 : 116) กล่าวถึงทัศนคติว่าเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรม ซึ่งมีต่อกลุ่มคน สิ่งของ เหตุการณ์ และสัญลักษณ์ ความรู้สึกอาจจะเป็นไปในทางบวกและทางลบ

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์ (2533 : 12) ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ศักยภาพภายในของบุคคลที่มีแนวโน้มแสดงออกทางพฤติกรรมในทิศทางบวก ทิศทางลบ หรือเป็นกลาง

สุธิดา รัตนวณิชย์พันธ์ (2541 : 13) ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ความรู้สึกและปฏิกิริยา ความพร้อมที่จะกระทำในเชิงบวกหรือลบที่มีต่อเฉพาะบุคคล เฉพาะสิ่ง เฉพาะเรื่อง และเฉพาะเหตุการณ์ การเรียนรู้ จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

สุภาณี สนธิรัตน์และคนอื่นๆ (2541 : 368) ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ความโน้มแน่วที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าชนิดต่าง ๆ เช่น คน สัตว์ วัตถุ หรือสถานการณ์ต่างๆ

เพราพรรณ เปลียนภู (2542 : 93) ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ระดับสภาพหรือสภาวะของจิตใจและของสมองในลักษณะพร้อมที่จะกำหนดแนวทางของการสนองตอบของบุคคลหนึ่งต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ราตรี พัฒนรังสรรค์ (2542: 42) ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง แนวโน้มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้า ซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งคน วัตถุ สิ่งของหรือความคิด (Ideas) ทัศนคติอาจจะบวกหรือลบ

จากความหมายของทัศนคติดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่เป็นบุคคล สิ่งของ หรือ สภาพการณ์ ที่มีทิศทางอาจเป็นบวก ลบ หรือเป็นกลาง ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะตอบสนองหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปตามความคิดหรือความรู้สึกที่มีต่อสภาพการณ์นั้นๆ

1.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

นักจิตวิทยาสังคมส่วนมากเห็นว่า ทัศนคติดีมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ดังที่ งามตา วนิทานนท์ (2535 : 212 – 213) ได้สรุปความหมายแต่ละองค์ประกอบของทัศนคติไว้ ดังนี้

1. องค์ประกอบทางการรู้คิด (Cognitive Component) ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น จะต้องประกอบด้วยความรู้หรือความเชื่อที่บุคคลมีเกี่ยวกับเป้าหมายของทัศนคติ (attitude object) ที่อาจเป็นวัตถุ บุคคลหรือเหตุการณ์เป็นอันดับแรก และเป็นความรู้ที่มีทิศทางประกอบด้วยคือ ทางที่ว่าสิ่งนั้นดีเลว มีคุณหรือมีโทษ มากน้อยเพียงใด เป็นความรู้หรือความเชื่อถือที่ใช้ประเมินสิ่งนั้นได้ ไม่ได้เป็นเพียงข้อเท็จจริงโดยทั่วไปเท่านั้น

2. องค์ประกอบทางความรู้สึก (Affective Component) ทัศนคติดีมีลักษณะที่สำคัญคืออารมณ์ของบุคคลเกี่ยวกับวัตถุทางทัศนคตินั้น เช่นเดียวกับองค์ประกอบแรก ความรู้สึกของบุคคลก็จะต้องมีทิศทางด้วย ซึ่งหมายถึงความชอบ ความไม่ชอบสิ่งหนึ่ง หรือความพอใจไม่พอใจสิ่งหนึ่ง องค์ประกอบนี้ของทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งของบุคคลจะสอดคล้องกับทิศทางขององค์ประกอบแรกของเขาด้วย กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งใดดีมีประโยชน์ บุคคลก็จะชอบและพอใจสิ่งนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งนั้นเลวหรือมีโทษ บุคคลก็จะไม่ชอบ ไม่พอใจสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบทางการพร้อมกระทำ (Action Tendency Component) เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่า และมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นแล้ว สิ่งที่สอดคล้องกันซึ่งติดตามมาคือความพร้อมที่จะกระทำการให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนต่อสิ่งนั้นด้วย

สรุปได้ว่าการที่บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความรู้ ความรู้สึก ทำให้มีความโน้มเอียงไปในทางที่ชอบ พพอใจ หรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้น และพร้อมที่แสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้สึกของตนออกมา

1.3 ลักษณะของทัศนคติ

สุภาณี สนธิรัตน์และคนอื่นๆ (2541 : 368 ; อ้างอิงมาจาก Sherif and Sherif. 1956) ได้สรุปลักษณะของทัศนคติไว้ ดังนี้

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ทัศนคติไม่ใช่เป็นแรงขับทางร่างกาย
2. ทัศนคติเป็นสิ่งที่ทนถาวร แม้ว่าทัศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยสามารถเปลี่ยนแปลงได้เหมือนการเรียนรู้อื่นๆ แต่เป็นความรู้สึกที่ฝังลึกลงไป

3. ทศนคติเป็นความรู้สึกที่แสดงโดยตรงต่อสิ่งเร้าเป็นอย่าง ๆ ไป บุคคลย่อมแสดงความรู้สึกต่อบุคคลหนึ่งที่เขารู้จัก และอาจแสดงความรู้สึกไม่ชอบกับอีกคนหนึ่งที่เขารู้จักเช่นกัน

4. ทศนคติสามารถเกิดกับทุก ๆ สิ่งได้ เช่นกับ บุคคล วัตถุ กลุ่ม สถาบัน แนวความคิด และ ขบวนการทั่ว ๆ ไป

5. ทศนคติเป็นพื้นฐานหรืออย่างน้อยก็เป็นส่วนหนึ่งอันเป็นแรงผลักดันก่อให้เกิดลักษณะนิสัยขึ้นได้

สรวงศ์ ไคว้ตระกูล (2544 : 367) ได้สรุปลักษณะของทศนคติว่ามีอยู่ 6 ลักษณะ คือ

1. ทศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้

2. ทศนคติเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลกล้าเผชิญกับสิ่งเร้าหรือหลีกเลี่ยง ทศนคติมีทั้งบวก

และลบ

3. ทศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 อย่างคือ องค์ประกอบทางปัญญาหรือการรู้จัก (Cognitive Component) องค์ประกอบเชิงความรู้สึก (Affective Component) และองค์ประกอบเชิงพฤติกรรม (Behavioral Component)

4. ทศนคติเปลี่ยนแปลงได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทศนคติอาจจะเปลี่ยนแปลงจากบวกเป็นลบหรือลบเป็นบวก

5. ทศนคติเปลี่ยนแปลงตามชุมชนหรือสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิก เนื่องจากชุมชนหรือสังคมหนึ่ง ๆ อาจจะมีค่านิยมที่เป็นอุดมการณ์พิเศษเฉพาะ

6. สังคมประกิต มีความสำคัญต่อพัฒนาการทศนคติของเด็ก โดยเฉพาะทศนคติต่อความคิดและหลักการที่เป็นนามธรรม

โดยสรุป ทศนคติเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ของบุคคล ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาวะแวดล้อม ซึ่งทศนคติอาจจะมีทั้งด้านบวกหรือด้านลบ และยังเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดลักษณะนิสัยของบุคคลด้วย

1.4 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ทศนคติ

สุปาณี สนธิรัตน์และคนอื่นๆ (2541 : 373) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ทศนคติ มีดังนี้

1. วัฒนธรรม (Culture) วัฒนธรรมมีอิทธิพลในการบีบบังคับต่อบุคคลในสังคมนั้นๆ วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่บุคคลแต่ละคนยอมรับในสังคมเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณี ความเมตตากรุณา และค่านิยมในสังคมนั้นๆ วัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไปย่อมเป็นตัวกำหนดให้บุคคลในแต่ละวัฒนธรรมมีทศนคติแตกต่างกันออกไป นอกจากนี้วัฒนธรรมยังเป็นตัวสะท้อนถึงทศนคติของแต่ละบุคคลอีกด้วย

2. ครอบครัว (Family) ครอบครัวเป็นกลุ่มสังคมที่สำคัญที่สุด ถือได้ว่าเป็นแหล่งแรกสุดที่ให้การเรียนรู้ทางสังคม ทศนคติที่ปลูกฝังในแต่ละคนนั้นย่อมเป็นสิ่งคงทนมากที่สุด ภายในครอบครัวพ่อแม่ มีอิทธิพลมากที่สุดต่อเด็ก ตัวพ่อแม่เองจะเป็นผู้สร้างวัฒนธรรมขึ้นมาแล้วก็ถ่ายทอดทศนคติทางวัฒนธรรมตลอดทั้งมีการฝึกฝนต่อเด็ก พ่อแม่จึงคล้ายกับเป็นส่วนหนึ่งที่มีส่วนร่วมในวัฒนธรรมที่เกิดจากการอบรม

ถ่ายทอดนั้น เพราะเหตุที่พ่อแม่มีอิทธิพลที่มั่นคงในระหว่างปีแรกๆ ของเด็ก ทักษะคิดและความเชื่อถือเกือบทั้งหมดจึงมีผลมาจากทักษะคิดและความเชื่อของพ่อแม่ แม้กระทั่งเมื่อโตแล้วก็ตาม

3. กลุ่มเพื่อน (Peer group) กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะต่างๆ ทัดเทียมกัน เป็นเพื่อนกันหรือเป็นคนรู้จักที่เห็นว่ามี ความทัดเทียมกันในสังคม ขณะที่เด็กเติบโตขึ้นนั้นเขาจะใช้เวลาส่วนมากคบค้าสมาคมกับคนที่เขาคิดว่าเท่าเทียมกัน บุคคลเหล่านี้จะมีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้นๆ ต่อทักษะคิดของเขา โดยจะไว้วางใจเพื่อนเหล่านั้นต่อการแนะนำตักเตือน มิตรภาพและด้านความสนุกสนาน กลุ่มเพื่อนจะค่อยๆ กลายเป็นกลุ่มที่สำคัญที่สุดในด้านความคิดเห็นและการกระทำ

สรุป องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ทักษะคิด มีสามประการ คือ วัฒนธรรม ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ทั้งสามประการ จะมีอิทธิพลต่อทักษะคิดของบุคคลโดยวัฒนธรรมจะบีบบังคับให้บุคคลยอมรับในขนบธรรมเนียมประเพณี ความเมตตากรุณา และค่านิยมในสังคม ส่วนครอบครัวจะปลูกฝังทักษะคิดเป็นลำดับแรกเพราะพ่อแม่จะเป็นผู้อบรมเลี้ยงดู ถ่ายทอดทักษะคิด และกลุ่มเพื่อนทำให้เกิดการคล้อยตามกัน เกิดความไว้วางใจ กลายเป็นทักษะคิดที่เหมือนกันภายในกลุ่ม

1.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดและการเปลี่ยนแปลงทักษะคิด

การเกิดและการเปลี่ยนแปลงทักษะคิดนั้น วัฒนา ศรีสัตย์วาจา (2534 : 317 – 320) ได้สรุปทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดและการเปลี่ยนแปลงทักษะคิดไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการเสริมแรง (Conditioning and Reinforcement Theories) รูปแบบของการวางเงื่อนไขและการเสริมแรง มีข้อสมมติฐานเบื้องต้นว่า ทักษะคิดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลความจริง เรียนรู้ถึงความรู้สึก และคุณค่าที่เกี่ยวกับความจริงเหล่านั้นโดยได้รับข้อมูลและความรู้สึกผ่านกระบวนการและกลวิธีต่างๆ ดังนี้

1.1 ความสัมพันธ์ (Association) การเกิดทักษะคิดตามกระบวนการนี้เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าต่างๆ ปรากฏขึ้นพร้อมกัน สิ่งเร้าที่เป็นกลาง หากปรากฏพร้อมกับสิ่งเร้าที่เป็นบวกหรือเป็นลบหลายๆ ครั้ง ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นบวกหรือเป็นลบต่อสิ่งเร้าที่เป็นกลางได้ การเรียนรู้คุณสมบัติของวัตถุ ลักษณะของบุคคลหรือแง่มุมทางความคิดต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาทักษะคิดต่อวัตถุ บุคคล หรือความคิดนั้นๆ ปัจจัยที่สร้างให้เกิดทักษะคิดได้ง่ายที่สุดคือ การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งนั้นๆ กับคุณสมบัติของตัวมันเอง

1.2 การเสริมแรง (Reinforcement) การเรียนรู้เกิดจากการเสริมแรง ด้วย เมื่อบุคคลแสดงความรู้สึกหรือกระทำการสิ่งใดลงไปแล้วมีคนเห็นด้วย จะเป็นการเสริมแรงให้เขาแสดงความรู้สึกหรือกระทำการสิ่งนั้นอีก จนกลายเป็นสิ่งที่สร้างให้เกิดทักษะคิดต่อสิ่งนั้น

1.3 การเลียนแบบ (Imitation) ทักษะคิดสามารถเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบได้ การที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเอาอย่างผู้ที่แข็งแรง ผู้มีอำนาจ ผู้ที่ตนยกย่องนับถือ เป็นบุคคลสำคัญหรือเป็นวีรบุรุษ มักจะได้รับการเลียนแบบอยู่เสมอ

กระบวนการแห่งการวางเงื่อนไข การเสริมแรง และการเลียนแบบ เป็นกลวิธีสำคัญในการเรียนรู้ เรื่องการเกิดทักษะคิดของบุคคล

2. ทฤษฎีสั่งใจและความขัดแย้ง (Incentives and Conflict Theories)

ทฤษฎีที่พูดถึงสิ่งจูงใจและความขัดแย้ง จะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติโดยเฉพาะบุคคลที่มีทัศนคติหรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติในเรื่องหนึ่งเรื่องใด จะต้องมียุทธศาสตร์ของการยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งนั้นอยู่ในตนเอง ถ้ายุทธศาสตร์ของการยอมรับดีกว่า ก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้ายุทธศาสตร์ที่จะปฏิเสธดีกว่าจะมีผลตรงกันข้าม โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามรักษาทัศนคติเดิมไว้ก่อนเสมอ ทัศนคติเปลี่ยนแปลงได้ยากกว่าการเรียนรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง เนื่องจากทัศนคติจะรวมทั้งความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นและความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้น ตลอดจนการประเมินคุณค่าด้วย

สรุปได้ว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ มีสองทฤษฎีคือ ทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการเสริมแรง และทฤษฎีสั่งใจและความขัดแย้งโดยทฤษฎีแรก กล่าวว่าทัศนคติจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลความจริง เรียนรู้ถึงความรู้สึกและคุณค่าเกี่ยวกับความจริง โดยผ่านกระบวนการต่างๆ ได้แก่ ความสัมพันธ์ การเสริมแรง และการเลียนแบบ ส่วนทฤษฎีที่สองจะกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติว่า จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลมียุทธศาสตร์ของการยอมรับหรือปฏิเสธ ถ้ายุทธศาสตร์ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งดีกว่าบุคคลจะพยายามรักษาทัศนคติให้คงอยู่

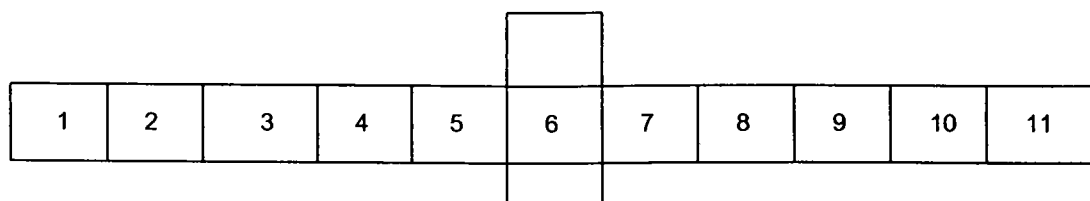
1.6 การวัดทัศนคติ

ทัศนคติเป็นสภาวะของการสำนึกในฐานะ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง ต้องแปลความหมายจากการแสดงออกทางจิต ภาษาพูด หรือพฤติกรรมภายนอก วิธีการวัดทัศนคติมีหลายวิธี ได้แก่ วิธีการสังเกต วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการใช้แบบสอบถาม วิธีการวัดโดยอ้อม วิธีเล่าเรื่องราวจากภาพ วิธีการศึกษาแบบไม่รบกวนวิธีโยงความสัมพันธ์ของค่าต่างๆ และวิธีการวัดโดยทางสรีระ

การวัดทัศนคติของผู้ใหญ่และเด็กโตที่มีการศึกษา นิยมใช้วิธีการ ใช้แบบสอบถามมากที่สุด เนื่องจากวิธีนี้ใช้วัดทัศนคติของคนเป็นจำนวนไม่จำกัดในเวลาเดียวกัน และสร้างสภาวะที่ลับเฉพาะส่วนตัวให้แก่ผู้ตอบได้มาก (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2529 : 26)

วิธีการใช้แบบสอบถามในการวัดทัศนคตินั้น มีผู้สร้างเครื่องมือประเภทนี้ขึ้นหลายแบบ แต่ที่นิยมมี 3 ประเภท คือ วิธีการใช้ค่าประจำประโยค วิธีการประเมินบนมาตราส่วน

1. วิธีการใช้ค่าประจำประโยค (Method of Equal Appearing Intervals) เป็นวิธีการของเธอร์สโตน และคนอื่นๆ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2529 : 26-29 ; อ้างอิงมาจาก Thurstone and others. 1929) การหาค่าประจำประโยค ตามวิธีการของเธอร์สโตนเริ่มต้นด้วยการสร้างข้อความ หรือประโยคที่มีการแสดงถึงทัศนคติต่อประเด็นที่ต้องการจะวัดมาอย่างน้อยเป็นจำนวน 4 หรือ 5 เท่า ของจำนวนข้อความที่จะใช้ในระบบสอบถามฉบับจริง ข้อความที่สร้างขึ้นนี้ ควรจะสั้นไม่กำกวม โดยมีทั้งข้อความที่แสดงทัศนคติทางบวกทางลบและเป็นกลาง นำไปให้คณะบุคคลจำนวนหนึ่งตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป ทำการพิจารณาอย่างอิสระ โดยแต่ละข้อความจะมีช่วงการวัดไม่เห็นด้วย หรือชอบน้อยที่สุด ไปจนถึงเห็นด้วย หรือชอบมากที่สุดรวม 11 ช่องเท่าๆ กันดังรูป



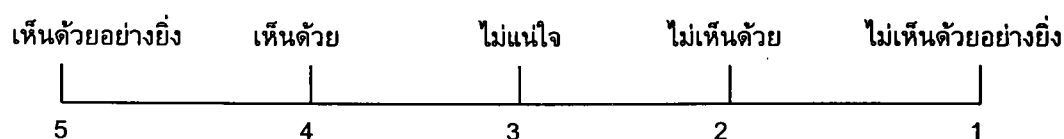
ทัศนคติทางลบ

ทัศนคติเป็นกลาง

ทัศนคติทางบวก

จากรูป จะสามารถแบ่งระดับความรู้สึกออกเป็น 11 ระดับ โดยระดับที่ 1 – 5 เป็นทัศนคติที่มีทิศทางเป็นลบ เช่น ความรู้สึกไม่ชอบ ไม่พอใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีระดับสูงสุด คือ 1 ไปเรื่อย ๆ จนถึงระดับต่ำสุด คือ 5 สำหรับระดับที่ 6 จะเป็นระดับความรู้สึกเฉยๆ หรือเป็นกลาง ส่วนระดับที่ 7- 11 เป็นทัศนคติที่มีทิศทางเป็นบวก เช่น ความรู้สึกชอบ พอใจ เห็นด้วย โดยมีระดับสูงสุด คือ 11 ไปเรื่อย ๆ จนถึงระดับต่ำสุด คือ 7 ผู้ตัดสินต้องพิจารณาตัดสินข้อความแต่ละข้อจนหมดหลังจากนั้น ผู้สร้างข้อความจะนำค่าที่ตัดสินไว้ในแต่ละข้อความ มาพิจารณาค่าประจำประโยค แล้วเลือกเอาข้อความที่มีค่าประจำประโยค (Scale Value) ห่างกันเป็นช่วงเท่าๆ กัน มาใช้ในแบบสอบถาม ที่มีเนื้อหาไม่ซ้ำกัน ไม่คลุมเครือ และมีค่าประจำประโยคแตกต่างกันกระจายทั่วตลอด โดยใช้ประโยคที่มีค่าประจำประโยคตั้งแต่ต่ำสุดจนถึงสูงสุด และนำข้อความเหล่านั้นมาเรียงใหม่คละกันไปในแบบสอบถาม

2. วิธีการประเมินแบบมาตราส่วน (Method of Summated Rating) วิธีนี้สร้างขึ้นโดยลิเคิร์ต (Likert, 1932) วิธีการประเมินแบบมาตราส่วนของลิเคิร์ตที่แบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อความต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นของทัศนคติที่ต้องการศึกษา แต่ละข้อความมีมาตราส่วนประกอบ แบ่งความรู้สึกออกเป็น 5 ช่วง เท่าๆ กัน ดังรูป



จากรูป จะแบ่งช่วงความรู้สึกออกเป็น 5 ช่วง เท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 1 – 5 ค่า 1 – 2 เป็นทัศนคติที่มีทิศทางลบ โดยค่า 1 เป็นระดับความรู้สึกสูงที่สุด ค่า 2 เป็นระดับความรู้สึกรองลงมา สำหรับค่า 3 เป็นระดับความรู้สึก ที่ก้ำกึ่งระหว่างทัศนคติทางบวกและทางลบ ส่วนค่า 4 และ 5 เป็นทัศนคติทางบวก โดยค่า 5 เป็นระดับความรู้สึกสูงที่สุด และค่า 4 เป็นระดับความรู้สึกรองลงมา

หลังจากสร้างแบบสอบถามที่มีข้อความจำนวนมากพอควร นำแบบสอบถามไปใช้กับคนกลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายกับคนในกลุ่มตัวอย่างที่ผู้สร้างต้องการวัดทัศนคติ หลังจากนั้นคัดเลือกข้อความที่แจ่มชัด ไม่คลุมเครือ มีค่าอำนาจจำแนกเหมาะสมไปใช้แบบสอบถามจริง โดยนำข้อความที่นำมาใช้จริง ควรมีเนื้อความที่แสดงทัศนคติทั้งด้านบวก และด้านลบจำนวนใกล้เคียงกัน (ดวงแข จงเจริญ, 2540 : 12 - 13)

3. วิธีการใช้ความหมายแฝงคำคุณศัพท์ (Semantic Differential Method) ซึ่งวิธีการนี้ออกสฤตและคนอื่น ๆ (รวิวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์, 2533 : 115 – 119 : อ้างอิงมาจาก Osgood, and others, 1955) เป็นผู้สร้างขึ้น ทำการคัดเลือกคำหรือข้อความที่ต้องการวัดทัศนคติ โดยการคัดเลือกคำคุณศัพท์ หรือเป็นวลีที่

ตรงข้ามกัน เป็นจำนวนคู่ให้มาก ๆ คำที่คัดเลือกมานั้นต้องมีความหมายสอดคล้องกันกับคำหรือข้อความที่จะต้องการวัดทัศนคติ การกำหนดช่วงมาตราและการกำหนดคะแนน โดยทั่วไป กำหนดเป็น 7 ช่วง กำหนดคะแนนให้มีค่าเรียงตามลำดับ จากมากไปหาน้อย หรือจากน้อยไปหามาก ดังรูป

แข็งแรง	7	6	5	4	3	2	1	อ่อนแอ
---------	---	---	---	---	---	---	---	--------

สกปรก	1	2	3	4	5	6	7	สะอาด
-------	---	---	---	---	---	---	---	-------

จากนั้นนำแบบสอบถามวัดทัศนคติที่สร้างขึ้น ไปใช้กับบุคคลที่ต้องการวัด โดยให้ผู้ตอบทำเครื่องหมายบนช่วงมาตรา ตามความรู้สึกของผู้ตอบบนคำคุณศัพท์หรือวลีแต่ละคู่

ดังนั้นจะเห็นว่า วิธีการวัดทัศนคติมีวิธีทำได้หลายวิธีและแต่ละวิธีการก็มีขั้นตอนแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการวัดทัศนคตินั้นใช้กับบุคคลใดและสถานการณ์ใด และแต่ละวิธีการสร้างแบบสอบถามวัดทัศนคติมีจุดเด่นและจุดด้อยที่ต่างกัน คือวิธีการใช้ค่าประจำประโยค ใช้เวลาและกำลังคนในการสร้างมาก ส่วนวิธีการประเมินบนมาตราส่วนนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากสร้างง่ายกว่าวิธีอื่นๆ และวิธีการใช้ความหมายแฝงคำคุณศัพท์นั้น จะทำให้ประหยัดเวลาในการสร้างแบบสอบถามสำหรับวัดทัศนคติ สามารถวัดทัศนคติในหลายๆ เรื่องของคนหรือกลุ่มบุคคลเดียวกัน

1.7 ประโยชน์ของการวัดทัศนคติ

ประโยชน์ของการวัดทัศนคติ ซึ่ง ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2529 : 1 – 4) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการวัดทัศนคติไว้ ดังต่อไปนี้ คือ

1. วัดเพื่อทำนายพฤติกรรม การมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลย่อมเป็นเครื่องแสดงว่าเขามีความรู้ทางด้านดีหรือไม่ดีเกี่ยวกับสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด และเขามีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นเพียงใด ทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งนั้นเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลนั้นมีการกระทำต่อสิ่งนั้นไปในทำนองใด ฉะนั้นการทราบทัศนคติของบุคคลย่อมช่วยให้สามารถทราบการกระทำของบุคคลนั้นได้

2. วัดเพื่อหาทางป้องกัน การที่บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งใดอย่างใดนั้น เป็นสิทธิของเขา แต่การอยู่ด้วยกันด้วยความสงบสุขในสังคม ย่อมจะเป็นไปได้เมื่อพลเมืองมีทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ ที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะ เป็นทางให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันและไม่เกิดความแตกแยกขึ้นในสังคม

3. วัดเพื่อหาทางแก้ไข บุคคลสามารถจะมีทัศนคติต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งแตกต่างกันไปได้มาก แต่ในบางเรื่องจำเป็นที่จะต้องได้รับความคิดเห็นและทัศนคติที่สอดคล้องกัน เพื่อให้เกิดแนวทางและการกระทำที่พร้อมเพรียงกัน

4. วัดเพื่อให้เข้าใจสาเหตุและผล ทัศนคติเปรียบเสมือนสาเหตุภายใน ซึ่งมีกำลังผลักดันให้บุคคลกระทำไปได้อย่าง ใด ๆ กัน สาเหตุภายในหรือทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลนี้ อาจได้รับผลกระทบมาจากสาเหตุภายนอกด้วยส่วนหนึ่ง ฉะนั้นการเข้าใจอิทธิพลของสาเหตุภายในที่มีต่อการกระทำของบุคคลต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจนบางกรณีอาจจำเป็นต้องวัดทัศนคติของบุคคลต่อสาเหตุภายนอกนั้นด้วย

สรุปได้ว่า ประโยชน์ของการวัดทัศนคตินั้นมีหลายประการ เพื่อป้องกัน แก้ไข และทำนายพฤติกรรมของบุคคลในอนาคต รวมทั้งอธิบายเหตุและผลของการกระทำของบุคคลทำให้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด และการกระทำของบุคคลด้วย

1.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีทัศนคติที่แตกต่างกัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520 : 65 – 69) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีทัศนคติที่แตกต่างกัน ไว้ดังนี้

1. ตัวบุคคล (The Individual)

ประสบการณ์ในการให้การเลี้ยงดูหรือฝึกอบรม จะเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพของบุคคล ขณะเดียวกันก็ย่อมมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งบุคลิกภาพที่แตกต่างกันนี้จะมีผลทำให้ทัศนคติของบุคคลเหล่านั้นแตกต่างกันด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสรีระวิทยา สังคม เช่น อายุ การศึกษา มีผลต่อทัศนคติของบุคคล ทำให้มีผลต่อทัศนคติของตนเองที่มีต่อสิ่งต่างๆ ในสังคม

2. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation)

การที่บุคคลหนึ่งจะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือไม่และมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับคุณลักษณะบางอย่างของบุคคลนั้น ได้แก่ ความเป็นที่นาเชื่อถือ ความน่าสนใจ และอำนาจ คุณลักษณะเหล่านี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ นอกจากนี้ความแตกต่างของความเชื่อและเชื้อชาติจะมีผลก่อให้เกิดทัศนคติที่แตกต่างกันของบุคคลได้

3. กลุ่ม (The Group)

บุคคลย่อมมีส่วนร่วมในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกหลายคน ในขณะเดียวกันบุคคลนั้นก็อาจจะมีความต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มอื่นด้วย ทัศนคติของบุคคลนั้นย่อมขึ้นอยู่กับบุคคลในกลุ่มที่เขาเป็นสมาชิกด้วย ดังนั้นทัศนคติของบุคคลจะเปลี่ยนได้ทางหนึ่งก็โดยการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่ม

4. สัมพันธภาพระหว่างกลุ่ม (Intergroup Relation)

กลุ่มต่างๆ ถ้ามีความเหมือนกันและความแตกต่างมากเท่าใดในด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรม ความแตกต่างของสังคม ความขัดแย้งระหว่างกลุ่ม บางครั้งอาจทำให้เกิดความแตกต่างของทัศนคติระหว่างกลุ่มขึ้นได้

ปัจจัยที่มีผลให้บุคคลมีทัศนคติที่แตกต่างกัน อาจมาจากปัจจัยทางด้านสรีระวิทยา เช่น อายุ มีผลต่อทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ ในสังคมแตกต่างกัน โดยความแตกต่างกันทางด้านอายุ อาร์รี พันธัมณี (2544 : 40) กล่าวว่า เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความแตกต่างระหว่างบุคคล วัยของคนเรามีส่วนเกี่ยวข้องและทำให้เกิดความแตกต่างในด้านประสบการณ์ ความคิดเห็น ความสนใจ ความรับผิดชอบ และบุคลิกภาพ นอกจากนี้ประสบการณ์ การศึกษาของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ ความคิด เมื่อมีบุคคลมีบุคลิกภาพและความคิดที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้ทัศนคติของบุคคลแตกต่างกันด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2520 : 67)

สรุปได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานในด้านบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลุ่ม และสัมพันธภาพระหว่างกลุ่ม นั้น มีผลทำให้ทัศนคติของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน

2. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์

2.1 ความเป็นมาของโรคเอดส์

เอดส์ มาจากภาษาอังกฤษ คำว่า “AIDS” ย่อมาจาก Acquired Immune Deficiency Syndrome

Acquired หมายถึง เกิดขึ้นภายหลัง

Immune Deficiency หมายถึง ความบกพร่องของระบบความต้านทานของร่างกาย

Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ คือ โรคที่มีอาการหลายๆ อย่าง ไม่จำเพาะที่อาการของระบบใดระบบหนึ่ง

โรคเอดส์พบครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยเป็นชายที่รักร่วมเพศเป็นปอดบวมจากเชื้อ นิวโมซิสติส แครินิอา (Pneumocystis Carinii) ทั้งที่เป็นคนแข็งแรงมาก่อนและไม่เคยใช้ยากดภูมิต้านทาน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภูมิต้านทานโรคไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ จากการศึกษาย้อนหลัง พบว่าโรคนี้มีต้นกำเนิดจากประเทศแถบแอฟริกาตะวันตกในปี พ.ศ.2503 และต่อมาได้แพร่ไปยังเกาะไฮติ ทวีปอเมริกา ยุโรปและเอเชียรวมทั้งประเทศไทยด้วย สำหรับผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทยนั้นเป็นชายอายุ 28 ปี เดินทางไปศึกษาต่อที่อเมริกาและมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ เริ่มมีอาการในปี พ.ศ. 2526 ได้รับการตรวจและรักษาตัวที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่าปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis Carinii แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นโรคเอดส์ จึงกลับมารักษาตัวที่ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527 และเสียชีวิตในเวลาต่อมา (กองโรคเอดส์. 2543 : 2) เอดส์ จึงหมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส ชนิดหนึ่งเรียกว่า HIV : Human Immunodeficiency Virus (กองโรคเอดส์. 2543 : 1) ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง เป็นผลให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2537 : 2) เช่น วัณโรค เชื้อรา ไวรัสและเกิดมะเร็งบางชนิดง่ายกว่าคนปกติทั่วไป และมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้ (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร. 2541 : 365)

สรุปได้ว่า โรคเอดส์พบครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ต่อมาได้แพร่ไปทวีปอเมริกา ยุโรปและเอเชีย รวมทั้งประเทศไทยด้วย สำหรับในประเทศไทย พบผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2526 บุคคลที่ติดเชื้อโรคเอดส์แล้วจะมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตในที่สุด

2.2 สาเหตุของโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) เชื้อต้นเหตุ คือ ไวรัสที่คณะกรรมการระหว่างชาติ ได้ตกลงเรียกชื่อไวรัสนี้ว่า เอชไอวี ซึ่งมีชื่อเต็มว่า ฮิวแมน อิมมูโนเดฟิเซียนซี ไวรัส (HIV ; Human Immunodeficiency Virus) เมื่อร่างกายได้รับเชื้อนี้ไปจะทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่มีชื่อว่า ทีลิมโฟไซต์ (T lymphocyte) และผลที่ลิมโฟไซต์ของผู้ป่วยถูกทำลาย ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันโรคชนิดหนึ่งอาศัยเซลล์ของร่างกายเสื่อมไป (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. 2531 : 86) เชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) สามารถแบ่งตัวในเซลล์ของคน เช่น เม็ดเลือดขาว เซลล์สมอง เมื่อติดเชื้อร่างกายจะสร้างภูมิต้านทาน (Antibody) ต่อต้านเชื้อไวรัส แต่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไป เชื้อยังคงอยู่ในเม็ดเลือดและแพร่ต่อไปได้ และจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง

สรุปได้ว่า โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัส HIV เมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสชนิดนี้เข้าไปแล้ว จะไปทำลายเม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันของร่างกายให้เสื่อมบกพร่อง ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดอาการเจ็บป่วยด้วยเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตในที่สุด

2.3 การติดต่อของโรคเอดส์

เชื้อไวรัสเอชไอวีพบมากที่สุดในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ รองลงมาคือ น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ น้ำนม มีปริมาณไวรัสเอชไอวีน้อย สำหรับเหงื่อ ปัสสาวะ และอุจจาระแทบไม่พบเลย (กองโรคเอดส์. 2543 : 6) แม้ว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีจะปนในของเหลวที่ออกจากร่างกาย แต่พบว่าโอกาสการแพร่ระบาดของโรคมียเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำเมือกในช่องคลอดเท่านั้น ช่องทางการติดต่อที่สำคัญมี 3 ทาง คือ

1. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช่อุปกรณ์ป้องกันไม่ว่าชายกับหญิง ชายกับชาย หรือหญิงกับหญิง ทั้งช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาติ ก็ล้วนมีโอกาสติดโรคนี้ได้ทั้งสิ้น และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้นได้แก่การมีแผลเปิดและจากข้อมูลของกองระบาดวิทยาพบว่ากว่าร้อยละ 83 ของผู้ป่วยเอดส์ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

2. การรับเชื้อทางเลือด โอกาสติดเชื้อมีขึ้นกับปริมาณไวรัสในเลือดพบได้ใน 2 กรณี คือ

2.1 ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ มักพบในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

2.2 รับเลือดในขณะผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด ในปัจจุบันเลือดที่ได้รับบริจาคทุกขวด ต้องผ่านการตรวจหาเชื้อเอดส์ และจะปลอดภัยเกือบ 100 %

3. การแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก อัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงมีครรภ์ประมาณร้อยละ 30 สามารถถ่ายทอดให้ทารกได้ทั้งในขณะตั้งครรภ์ โดยผ่านทางรกเข้าสู่ทารกในครรภ์หรือระยะคลอดโดยผ่านทางมูกเลือด น้ำคร่ำ และพบในระยะหลังคลอด โดยผ่านทางน้ำนมของมารดา (กองโรคเอดส์. 2543 : 7)

นอกจากเลือดแล้ว ผลิตภัณฑ์จากเลือด เช่น น้ำเหลือง พลาสมา ส่วนที่ทำให้เลือดแข็งตัว ถ้าติดเชื้อเอชไอวี และไม่ได้ตรวจสอบก่อนนำมาใช้ ก็ทำให้เกิดการติดต่อกันได้ รวมทั้งน้ำอสุจิที่ใช้ในการผสมเทียม อวัยวะที่ใช้ในการปลูกถ่ายต่าง ๆ เช่น ไต ไขกระดูก ดับ ปอด หัวใจ ฯลฯ ที่ใช้ทำการปลูกถ่ายให้คนไข้ หากมีการติดเชื้อเอชไอวี หรือเอามาจากคนที่ติดเชื้อเอชไอวี ก็ทำให้เกิดการติดต่อได้เช่นกัน (บรรลุ ศิริพานิชและประยูร กุณาศล. 2533 : 15)

การติดต่อทางอื่นนั้นเป็นไปได้ยาก ต้องมีปัจจัยอื่นๆ ด้วยจึงจะติดเชื้อมีได้ แต่โอกาสนี้น้อยมาก

สรุปได้ว่า การติดต่อของโรคเอดส์มี 3 ทาง คือ การร่วมเพศ โดยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์ทางเลือด โดยการรับเลือดจากผู้ติดเชื้อเอดส์ เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และจากแม่สู่ลูกในครรภ์ ในขณะตั้งครรภ์

2.4 ลักษณะอาการของโรคเอดส์

ในผู้ที่ติดเชื้อ HIV จะตรวจพบแอนติบอดีต่อโปรตีนต่างๆ ของไวรัส และภูมิคุ้มกันผ่านเซลล์ ในระยะแรกของการติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ ระบบภูมิคุ้มกันสามารถควบคุมการติดเชื้อ HIV ได้ แต่ถ้าจำนวนของไวรัสมีความรุนแรงมากขึ้น จะทำลายเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกันในระยะต่อมา (ประดับพร ดวงอาจน. 2541 : 8) ผู้ที่ได้รับเชื้อเอดส์ จะเกิดอาการต่าง ๆ ของโรค ซึ่ง กองโรคเอดส์. (2543 : 14 – 15) ได้สรุปลักษณะอาการของโรคเอดส์ไว้ว่ามี 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage)

ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 4 สัปดาห์ ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอดส์ไปสู่คู่เพศสัมพันธ์ได้

2. ระยะที่มีอาการ (Symptomatic stage)

2.1 ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symptomatic HIV Infection) เดิมเรียกระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือ ARC (AIDS Related Complex) ปัจจุบันใช้คำใหม่เพื่อให้เข้าใจง่าย ในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง เช่น

2.1.1 มีเชื้อราในปากบริเวณกระพุ้งแก้ม และเพดานปาก

2.1.2 ต่อมมน้ำเหลืองโต ที่บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ

2.1.3 เป็นผื่นสวัด หรือแผลริมชนิดลูกกลม

2.1.4 มีอาการเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นหนังอักเสบ น้ำหนักลด

2.2 ระยะโรคเอดส์ (AIDS) ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายไปมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อที่มักไม่เป็นในคนปกติ ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่จะติดเชื้อชนิดใด และเกิดที่ส่วนใดของร่างกาย เช่น

2.2.1 ถ้าเป็นวัณโรคที่ปอดจะมีอาการไข้เรื้อรัง ไอเป็นเลือด หอบ น้ำหนักลด

2.2.2 ถ้าเป็นปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* จะมีไข้ ไอแห้งๆ หอบ

2.2.3 ถ้าเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* จะมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง คอแข็งคลื่นไส้อาเจียน

2.2.4 ถ้าเป็นเชื้อราในทางเดินอาหารจะมีอาการ เจ็บคอ กลืนลำบาก

2.2.5 บางรายอาจจะเป็นมะเร็ง เช่น

2.2.5.1 มะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) จะมีอาการเป็นจ้ำสีม่วงแดงหรือแดงคล้ำตามผิวหนัง ซึ่งในคนไทยพบน้อยมาก

2.2.5.2 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Non-Hodgkin's Lymphoma) เป็นมะเร็งของระบบน้ำเหลืองที่มีลักษณะเป็นก้อนโตตามต่อมน้ำเหลืองต่างๆ

โรคเอดส์มีไวรัสโรคที่ติดต่อกันได้ง่าย สุติดา รัตนวณิชย์พันธ์ (2541 : 22) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสเอดส์ ดังนี้

1. ปริมาณเชื้อไวรัส ถ้าได้รับเชื้อมากโอกาสติดโรคก็จะมีมาก ไวรัสเอดส์มีมากในเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด โดยเฉพาะในรายที่เป็นทั้งสามโรคทั้งซิฟิลิส แผลริมอ่อน และหนองใน สามารถแพร่เชื้อได้มาก

2. ช่วงการรับเชื้อโรค การสัมผัสเชื้อเอดส์โดยตรง เช่น ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน มีโอกาสติดโรคสูงมาก
3. สุขภาพของผู้รับเชื้อ หากมีบาดแผลหรือเป็นกามโรค จะทำให้ติดโรคได้ง่าย เพราะเชื้อจะเข้าสู่บาดแผลหรือเยื่ออ่อนที่อักเสบ
4. จำนวนครั้งของการสัมผัส ยิ่งสัมผัสโรคบ่อยโอกาสติดเชื้อก็มีมากขึ้น

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อโรคเอดส์ ได้แก่ ปริมาณของเชื้อไวรัส ช่วงของการรับเชื้อ สุขภาพของผู้ติดเชื้อ และจำนวนครั้งของการสัมผัสเชื้อ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์มากขึ้น ส่วนลักษณะอาการของโรคเอดส์ มีสองระยะ คือ ระยะไม่ปรากฏอาการ โดยในระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ยังคงมีสุขภาพแข็งแรง หลังจากสัปดาห์ เลือดจะให้ผลบวกและสามารถถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่เพศสัมพันธ์ได้ และระยะที่มีอาการ ผู้ติดเชื้อเริ่มปรากฏอาการ เช่น มีเชื้อราในปาก ต่อมทอนซิลโต เป็นนุสวัด มีไข้และท้องเสียเรื้อรัง ต่อมากลายเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดบวม เชื้อราในทางเดินอาหาร และอาจเป็นมะเร็งหลอดเลือดหรือต่อมน้ำเหลือง

2.5 การวินิจฉัยโรค

การจะวินิจฉัยว่าคนไข้เป็นเอดส์หรือไม่ อาศัยประวัติคนไข้เป็นสำคัญ ประกอบกับพฤติกรรมของคน คนนั้น ถ้าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ผู้ติดยาเสพติด หญิงโสเภณี หรือชายที่ขายบริการทางเพศ หรือพวกที่ได้รับการถ่ายเลือดบ่อยๆ ก็ให้สงสัยไว้ก่อน รวมทั้งอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ด้วย

ขั้นต่อไปก็พิสูจน์โดยการเจาะเลือด โดยเฉพาะคนที่ไม่มีอาการอะไรเลย แต่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ก็ควรจะตรวจเลือด เพื่อดูว่าตัวเองติดเชื้อไวรัสเอดส์เข้าไปแล้วหรือยัง

ส่วนคนที่สงสัยว่าจะเป็นโรคเอดส์เพราะไปมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย แต่ตรวจแล้วไม่พบและยังคงระแวงอยู่ก็สามารถตรวจซ้ำได้ทุก 3 เดือน ถ้าเลย 6 เดือนไปแล้วยังไม่พบเลือดบวก โอกาสที่จะเป็นโรคเอดส์แทบไม่มีเลย

การตรวจเลือดมี 2 ขั้นตอน คือ การตรวจขั้นต้น เป็นการตรวจหาร่องรอยของการรับเชื้อไวรัสเอดส์ (HIV Antibody) เพื่อดูว่ามีเลือดบวกหรือลบต่อไวรัสเอดส์ ถ้าเลือดบวก หมายถึง สงสัยจะติดเชื้อเอดส์ หรือมีร่องรอยของการรับเชื้อ ต้องตรวจขั้นที่สอง

การตรวจขั้นที่สอง จะตรวจเฉพาะเลือดของผู้ที่ตรวจขั้นต้นเป็นเลือดบวก เป็นการตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่ง

การตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์ สามารถขอรับการตรวจได้ตามโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง หรือตามสถานชั้นสูตรโรคของทางราชการและเอกชน ทั้งในกรุงเทพและต่างจังหวัด (ชวนชม สกนธวัฒน์ และวีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. 2538 : 22)

สรุปได้ว่า ขั้นตอนของการวินิจฉัยโรค ลำดับแรกจะอาศัยประวัติของคนไข้ หรือพฤติกรรมเสี่ยง และการแสดงอาการของโรค ขั้นต่อไปจะทำการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสเอดส์เบื้องต้น ขั้นสุดท้ายจะตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งว่าผลเลือดเป็นบวกหรือไม่ โดยตรวจซ้ำทุกๆ สามเดือน

2.6 การรักษาโรคเอดส์

การรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบัน มีวิธีการอยู่ 4 แนวทาง คือ

1. การรักษาโรคติดเชื้อหรือมะเร็งฉวยโอกาส
2. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อโรคเอดส์ ที่ยอมรับว่าได้ผลขณะนี้ ได้แก่ AZT ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่สามารถเปลี่ยน RNA ให้เป็น DNA มีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กดไขกระดูก จำนวนเม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดต่ำลง ยา Didanosine (ddi) และ Zalcitabine (ddc) ผลข้างเคียงคือ ตับอ่อนอักเสบ โรคเกี่ยวกับเส้นประสาทส่วนปลาย
3. การเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การปลูกถ่ายไขกระดูก และเซลล์เม็ดเลือดขาว, Interleukin-2, Thymopentin, Sodium Diethyldithio Carbamate (Imuthiol) ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการศึกษา (ดวงแข จงเจริญ. 2540 : 19 – 20)
4. การรักษาสุขภาพจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ การให้การสนับสนุนทางด้านกำลังใจ การสงเคราะห์ด้านอาชีพ การรักษาเพื่อให้เลิกใช้ยาเสพติด ตลอดจนจนถึงการให้การรักษาอาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้นจากแรงกดดันหลายๆ ด้าน

ประมาณการค่ายารักษาผู้ป่วยเอดส์ 1 รายในโรงพยาบาลของรัฐ ดังนี้

- ค่ายา AZT ประมาณ 36,500 บาทต่อปี และสำหรับ ddi หรือ ddc 54,750 บาทต่อปี
- ค่ายารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประมาณ 3,200-118,000 บาทต่อปี ขึ้นอยู่กับชนิด

ของเชื้อก่อโรค ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการรักษาในปัจจุบันเป็นการรักษาตามอาการ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ นักวิทยาศาสตร์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กำลังดำเนินการวิจัยค้นคว้าหาวิธีการรักษาโรคเอดส์กันอยู่ (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร. 2541 : 373)

สรุป การรักษาโรคเอดส์ในมือผู้ดูแลแนวทาง คือ การรักษาโรคติดเชื้อหรือมะเร็งฉวยโอกาส การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอดส์ การเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ได้แก่ การปลูกถ่ายไขกระดูก, เซลล์เม็ดเลือดขาว และการรักษาสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการให้กำลังใจ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ และอยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัยค้นคว้าหาวิธีการรักษา

2.7 การป้องกันโรคเอดส์

บุคคลทั่วไปสามารถป้องกันตนเอง ให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ได้ สังศรี จัยสินและหม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ (2537 : 7) ได้กล่าวถึง วิธีป้องกันโรคเอดส์ของประชาชนทั่วไป ดังต่อไปนี้

1. ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะแต่งงานและหลังแต่งงานควรซื้อสัดยต์ต่อคูครองของตน
2. ถ้าจำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์ในสถานการณ์อื่นใดก็ตาม ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
3. สตรีที่ติดเชื้อ เอชไอวี ควรรับคำแนะนำก่อนการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพราะเชื้อเอชไอวี สามารถผ่านไปยังทารกได้ การหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ทำได้โดยใช้ถุงยางอนามัยหรือการคุมกำเนิดวิธีอื่นๆ
4. หลีกเลี่ยงความจำเป็นในการรับเลือด โดย
 - ก. รับหาทางรักษาโรคทางกายที่เป็นอยู่ เช่น โรคมาลาเรีย และพยาธิปากขอ ก่อนที่จะมีอาการโลหิตจางมาก เพราะขาดเลือด

h 236555 0.0

ข. การตั้งครรภ์เป็นสาเหตุสำคัญของอาการชัตในสตรี ควรไปฝากครรภ์เพื่อรับการดูแลอย่างเหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ใช้วิธีวางแผนครอบครัวเพื่อช่วยให้มีลูกจำนวนพอเหมาะในเวลาที่เหมาะสมและเหมาะสม

5. หากหลีกเลี่ยงการรับเลือดไม่ได้ ขอรับเลือดที่ผ่านการทดสอบว่าไม่มีเชื้อ เอชไอวี ถ้ารับเลือดจากญาติได้ก็ควรจะปลอดภัยกว่า

6. หากหลีกเลี่ยงการถูกเครื่องมือที่มีความแหลมคมบาดมือไม่ได้ให้ใช้อุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อเท่านั้น

7. อย่าใช้ใบมีดโกนร่วมกัน เพราะเชื้ออาจติดที่ใบมีดขณะเกิดบาดแผลที่ผิวหนัง

โรคติดเชื้อเอชไอวี ยังเป็นโรคที่ไม่มียาหรือวัคซีนป้องกันโรคอย่างได้ผล การป้องกันโรคที่ได้ผลดีที่สุด คือ การงดพฤติกรรมเสี่ยงทุกชนิดและไม่ตั้งตนอยู่ในความประมาท (อมร ลีลารัศมีและสุพหล สุวรรณกุล. 2536 : 32)

สรุปได้ว่า การป้องกันโรคเอดส์ที่ได้ผลมีหลายแนวทางได้แก่ การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ถ้าหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ควรมีวิธีป้องกันคือใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรขอรับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนตั้งครรภ์ และหลีกเลี่ยงการถูกของมีคมบาดหรือใช้อุปกรณ์แหลมคมหรือใบมีดโกนที่ปราศจากเชื้อเท่านั้น

2.8 ผลกระทบของปัญหาโรคเอดส์

ผลกระทบของโรคเอดส์มีมากมาย โกศล วงศ์สวรรค์และสถิต วงศ์สวรรค์ (2543 : 340 – 341) ได้กล่าวถึงผลกระทบของปัญหาโรคเอดส์ ดังนี้

1. การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ

1.1 ค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะแรกต้องเสียค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจหาเชื้อโรค การรักษาโรคติดเชื้อ และเมื่อพบว่าเป็นโรคนี้แล้วต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

1.2 สูญเสียรายได้ แม้ว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะแรกจะยังไม่มีอาการที่รุนแรงแต่ก็พบว่าผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำงานได้เหมือนแต่ก่อน เพราะได้รับการปฏิเสธจากกลุ่มสังคมและหมดกำลังใจ

2. ปัญหาด้านสังคม

ประชาชนระแวงสงสัยเกี่ยวกับเชื้อโรคเอดส์เพราะความไม่รู้จักจริง เกิดความวิตกกังวลจิตใจเสื่อมถอย หวาดผวา สังคมรังเกียจ ไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์เข้าร่วมในสังคม ถ้าเป็นครอบครัวที่มีปัญหาเนื่องจากหัวหน้าครอบครัวไปสำส่อนนอกบ้านแล้วนำเชื้อเอดส์มาติดภรรยา ก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ แล้วปัญหาที่ตามมาก็คือลูก ต่างคนต่างอาจจะเป็นโจร เป็นอาชญากร เป็นปัญหาสังคม เพราะไม่มีใครดูแลอบรมสั่งสอน ไม่มีการศึกษาขาดความอบอุ่น

3. การสูญเสียด้านแรงงาน

ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 95.4 มีอายุในช่วง 15 – 49 ปี และร้อยละ 32 มีอาชีพรับจ้างอนาคตจะเกิดปัญหาขาดแคลนแรงงานในการพัฒนาประเทศ เมื่อเสียชีวิตแล้วก็จะทำให้เสียบุคลากรของประเทศลดลงไป คนงานก็จะลดลง เศรษฐกิจของประเทศก็จะเสียหายตามไปด้วย

4. ระบบการให้สาธารณสุขของรัฐและเอกชน

ด้านการรักษาพยาบาล ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน มีเพียงที่ให้บริการจำกัด ต่อไปผู้ป่วยโรคเอดส์มีจำนวนมากเกินกว่าจำนวนเตียงบริการที่มีอยู่จะเป็นปัญหา

5. ด้านความมั่นคงของชาติ

ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่เป็นชายวัยฉกรรจ์ ซึ่งต้องมีหน้าที่ในการป้องกันประเทศจึงมีผลกระทบในด้านนี้โดยตรง และจะเกิดความสั่นคลอนในด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย

6. ด้านบุคคล

ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ จะมีภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย โรคที่อาจเกิดใน 4 ระบบของร่างกาย คือ

6.1 ระบบประสาท ทำให้สมองอักเสบ หรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

6.2 ระบบทางเดินหายใจ ทำให้ปอดอักเสบ

6.3 ระบบทางเดินอาหาร ทำให้ท้องเดินเรื้อรัง น้ำหนักลด

6.4 ระบบหลอดเลือด ทำให้เส้นเลือดโป่งพอง เป็นมะเร็งของหลอดเลือด เลือดออกไม่หยุดถึงแก่ความตายได้

นอกจากนี้โรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อสถานศึกษา ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ, 2544 : 2)

1. เด็กวัยเรียนติดเชื้อจากมารดาสูงขึ้น (ติดเชื้อในขณะที่อยู่ในครรภ์มารดา)

2. เด็กวัยเรียนขาดผู้อุปการะดูแลและกำพร้าบิดามารดา (เสียชีวิตเพราะโรคเอดส์มากขึ้น)

3. เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ถูกรังเกียจจากบุคคลในชุมชน/สังคม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและแนวโน้ม

4. เด็กในวัยเรียนต้องออกจากสถานศึกษากลางคันเนื่องจากขาดปัจจัยในการเรียนสภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวไปประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัวมากขึ้น

5. เด็กที่มีปัญหาด้านการปรับตัว ปัญหาด้านการเรียนและด้านเศรษฐกิจครอบครัวมีแนวโน้มมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น

ซึ่งสภาพปัญหาที่ปรากฏ ส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษา ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดปัญหา ความยุ่งยากในการจัดการศึกษา และมีความยากลำบากในการพัฒนาให้ผู้เรียนมีความมั่นคงในจิตใจ ไม่สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สรุป โรคเอดส์ส่งผลกระทบหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียค่ารักษาพยาบาล สูญเสียรายได้เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ก่อให้เกิดปัญหาสังคม สังคมรังเกียจและไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์เข้าร่วมในสังคม เด็กที่ติดเชื้อเอดส์ มักมีปัญหาสุขภาพ ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแล ที่ถูกต้อง ตลอดจนถูกจำกัดสิทธิในการเข้าเรียน ส่วนผลกระทบต่อระบบการศึกษาคือต้องมีการจัดการเรียนร่วมของเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ไว้กับเด็กปกติในชั้นเรียน

2.9 สภาพปัญหาของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์

สภาพปัญหาในกลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์มีลักษณะปัญหาที่เป็นปัญหาพื้นฐานเดิม โดยเฉพาะเรื่องความยากจน การถูกปล่อยปละละเลยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเมื่อเกิดวิกฤตเรื่องเอดส์ในครอบครัว ยิ่งส่งผลให้ปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้นกับเด็กมีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ปัญหาที่

เกิดขึ้นกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เป็นปัญหาที่มีความหลากหลาย และแตกต่างกันไป กรณีเด็กติดเชื้อเอดส์ ทำให้มีปัญหาด้านต่างๆ ตามที่ กองโรคเอดส์ (2542 : 8 – 9) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพ

1.1 การเจ็บป่วย เด็กที่ติดเชื้อเอดส์มักจะเป็นเด็กที่มาจากครอบครัวยากจน มีน้ำหนักน้อย และไม่แข็งแรงอยู่แล้ว ปัญหาดังกล่าวจะรุนแรงมากขึ้นจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เด็กมีปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างมาก เด็กมักจะเจ็บป่วยบ่อย เด็กที่ปราศจากพ่อแม่หรือครอบครัวดูแล ปล่อยให้เด็กใส่เสื้อผ้าที่สกปรก เปราะเปื้อนจากการเล่นซุกซน ทำให้เชื้อโรคต่างๆ เข้าสู่บาดแผลได้ง่าย และเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังสำหรับอาการป่วยของเด็กที่พบบ่อยคือ ดับและม้ามโต รองลงมา เช่น อาการต่อมน้ำเหลืองโต อุจจาระร่วงเรื้อรัง หรือเป็นๆ หายๆ ติดเชื้อซ้ำบ่อยๆ พัฒนาการช้าหรือเจริญเติบโตช้า มีผื่นตามผิวหนัง เป็นไข้เรื้อรังหรือเป็นๆ หายๆ

1.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เด็กที่ติดเชื้อเอดส์จำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันเหมือนเช่นเด็กปกติทั่วไป โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม มีเด็กจำนวนหนึ่งเมื่อมารดาเสียชีวิตแล้ว เด็กอยู่ในความดูแลของญาติพี่น้อง หรือปู่ ย่า ตา ยาย ที่อายุมากแล้ว ทำให้เด็กบางคนถูกละเลยไม่มีใครพาเด็กไปตรวจสุขภาพและรับวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ

1.3 โภชนาการ เด็กติดเชื้อจะมีปัญหาทางด้านพัฒนาการและการเจริญเติบโตของร่างกาย รวมทั้งสุขภาพไม่ดี ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการเบื่ออาหาร เด็กที่ครอบครัวยากจนจะได้รับประทานอาหารตามอัตภาพของครอบครัว หรือในกรณีเด็กกำพร้าที่ขาดบิดามารดาดูแล ถ้าเด็กติดเชื้อเอดส์ หรือครอบครัวสงสัยว่าติดเชื้อเอดส์ เด็กจะถูกรังเกียจจากญาติพี่น้อง ถ้าไม่มีผู้ดูแลที่ให้ความรักความเอาใจใส่ เด็กจะถูกละเลยในเรื่องของอาหารการกินประจำวัน นอกจากนี้เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากมารดาไปสู่ทารกโดยผ่านทางน้ำนมมารดา การเลี้ยงทารกด้วยนมผงจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน ทำให้มารดาไม่สามารถซื้อนมผงให้ทารกได้เพียงพอ การสนับสนุนนมผงของรัฐในปัจจุบันก็ประสบปัญหาไม่เพียงพอกับความต้องการ

2. ปัญหาทางอารมณ์จิตใจ

2.1 ขาดความรักความเอาใจใส่ เด็กมักจะได้รับการปฏิเสธ และการดูแลอย่างรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง เนื่องจากความรังเกียจ กลัวการติดเชื้อเอดส์ ทำให้เด็กขาดการกระตุ้น ขาดการสัมผัส โอบกอด เด็กจะมีอาการซึม หงอย ไม่ร่าเริง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ตูณมนได้น้อย น้ำหนักลดลง

2.2 อารมณ์แปรปรวนง่าย สืบเนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เด็กที่ติดเชื้อเอดส์มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย เด็กจะมีความรู้สึกเจ็บปวดจากอาการป่วยต่างๆ เด็กจึงมีอาการหงุดหงิด ร้องไห้ งอแง เกิดอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย ไม่คงที่ เด็กจะมีลักษณะอ่อน ต้องการให้ผู้ดูแลคอยเอาใจใส่ดูแลตนเองอยู่ตลอดเวลา

3. ปัญหาการศึกษาและการเรียนรู้

3.1 ขาดโอกาสในการศึกษา ปัญหานี้มักเกิดขึ้นในกลุ่มเด็กที่ยังเล็กที่ไม่ได้รับการยอมรับให้เข้าเรียนร่วมกับเด็กทั่วไป ทำให้เด็กไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อให้เกิดการพัฒนาการด้านต่างๆ กรณีเด็กโตที่เริ่มปรากฏอาการ โดยเฉพาะอาการป่วยทางร่างกายที่เห็นได้ชัด เช่น เป็นแผล ตุ่ม ตามผิวหนัง เด็กจะถูกให้ออกจากโรงเรียน โรงเรียนหลายแห่งไม่ยอมรับให้เด็กเรียนเนื่องจากเหตุผลการขาดความพร้อมในการดูแลเด็กเป็นพิเศษ ทำให้เด็กติดเชื้อเหล่านี้ขาดโอกาสทางการศึกษาที่จะพัฒนาสติปัญญาเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป

3.2 ขาดโอกาสในการเรียนรู้ชีวิต เนื่องจากเด็กเหล่านี้จะถูกรังเกียจ กีดกันจากผู้ปกครองของเด็กคนอื่น ๆ ในชุมชน เด็กไม่สามารถเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน ไม่ได้พบปะกับบุคคลอื่น นอกจากคนในครอบครัว ทำให้เด็กขาดการเรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น เด็กจึงกลายเป็นคนพุดน้อย กลัวคนแปลกหน้า ขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก

4. ปัญหาการละเมิดสิทธิ

4.1 การไม่ได้รับบริการต่างๆ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมักถูกปฏิเสธหรือไม่ได้รับบริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบริการทางการแพทย์ บริการด้านการศึกษา ฯลฯ ที่เด็กพึงจะได้รับจากสังคม ทั้งนี้ สืบเนื่องจากความกังวลและกลัวการติดเชื้อเอชไอวีของสังคม และด้วยเหตุผลของความไม่พร้อมของหน่วยบริการนั้นๆ ที่จะทำให้การดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ อันเนื่องมาจากติดเชื้อและอาการเจ็บป่วย

4.2 การถูกแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและการเจ็บป่วย เป็นเหตุผลการทำให้เด็กไม่ได้รับบริการดูแลเหมือนเช่นเด็กปกติอื่นทั่วไป เด็กติดเชื้อมักไม่ได้รับการยอมรับให้เล่นกับเด็กในวัยเดียวกันในชุมชน เนื่องจากพ่อแม่ของเด็กคนอื่นเกรงว่าลูกของตนจะติดเชื้อเอชไอวีไปด้วย เด็กจึงต้องเก็บตัวและเล่นอยู่คนเดียวในบ้าน ไม่กล้าที่จะออกไปเล่นกับเด็กคนอื่น

4.3 การตรวจเลือด เด็กจำนวนไม่น้อย ถ้ามีประวัติบิดาและหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ เมื่อถึงเกณฑ์เข้าเรียนมักจะถูกแนะนำให้ตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยความไม่รู้ของผู้ปกครองจึงพาเด็กไปตรวจเลือดก่อน ทำให้เด็กหลายคนเมื่อตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี จึงไม่ได้รับการยอมรับให้เข้าเรียน

สรุปปัญหาของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์นั้น มีความหลากหลายและแตกต่างกันออกไป กรณีเด็กติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีปัญหาต่างๆ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้เด็กเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร อารมณ์ไม่คงที่ ต้องการความรักเอาใจใส่ แต่เด็กมักถูกปฏิเสธ ปัญหาการศึกษาและการเรียนรู้ เด็กไม่ได้รับการยอมรับให้เรียนร่วมกับเด็กทั่วไป ขาดโอกาสทางการศึกษา ถูกรังเกียจและกีดกันจากผู้ปกครองและคนในชุมชนและสุดท้ายคือปัญหาการละเมิดสิทธิ ปัญหานี้ทำให้เด็กไม่ปัญหานี้ทำให้เด็กไม่ได้รับบริการต่างๆ ทางด้านการแพทย์และการศึกษา รวมทั้งถูกแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติ จนไม่ได้รับบริการและการปฏิบัติเหมือนเด็กปกติคนอื่น ๆ

2.10 การปฏิบัติหรือพฤติกรรมการแสดงออกของประชาชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

การปฏิบัติหรือพฤติกรรมการแสดงออกของประชาชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน มีระดับของการยอมรับแตกต่างกันออกไป สุริดา รัตนวณิชย์พันธ์ (2543 : 2) ได้แบ่งไว้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขในผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นคนทั่วไป โดยให้ความช่วยเหลือ ไปเยี่ยมเยียน หรือคบค้าสมาคมได้ตามปกติ สามารถรับประทานอาหารร่วมกันได้ คอยให้กำลังใจ และสามารถปฏิบัติเช่นนี้ได้ เพราะมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างดี
2. ยอมรับเพราะญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ได้รับเชื้อมานั้น หากผู้ที่ได้รับเชื่อเป็นคนไม่รู้จักกัน ก็ไม่เข้าไปพูดคุยด้วย หรือให้ความร่วมมือด้วย แต่ก็ไม่แสดงอาการรังเกียจ ในความรู้สึก จะมีความเห็นอกเห็นใจอยู่ลึกๆ

3. ไม่ยอมรับเพราะกลัวการติดเชื้อเอดส์ จึงทำให้มีพฤติกรรมคล้ายกับการรังเกียจ คือ ปฏิเสธที่จะต้องรับความเสี่ยงทุกกรณี ไม่กล้าเข้าใกล้ แม้จะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์แล้วก็ตาม แต่ยังไม่ปรับความรู้สึกกลัว ไม่ค่อยได้นัก ซึ่งมีจำนวนไม่มากนักในหมู่บ้าน

สรุปได้ว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนนั้น ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างดี เขาจะยอมรับ ช่วยเหลือและคบหา ผู้ติดเชื้อเหมือนกับคนปกติ ถ้าเป็นญาติหรือผู้ใกล้ชิดได้รับเชื้อเอดส์ บุคคลนั้นจะไม่แสดงอาการรังเกียจ อาจจะมีความรู้สึกเห็นใจ อยู่ภายใน ตรงกันข้ามถ้าบุคคลปฏิเสธ ไม่ยอมรับ ผู้ติดเชื้อเอดส์ อาจเนื่องมาจากความกลัวและรังเกียจ

2.11 สิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องได้รับการเคารพและปฏิบัติตามสิทธิมนุษยชนโดยมีเกียรติและความเท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม สำนักงานอัยการสูงสุด (2541 : 31 – 42) ได้กำหนดมาตรฐานของสิทธิมนุษยชนไว้ดังนี้

1. สิทธิในความเป็นส่วนตัว (The Right to Privacy)

มนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิในการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยปราศจากการสอดแทรกหรือขัดขวางจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลพึงได้รับการเคารพและการคุ้มครองทุกกรณี โดยครอบคลุมถึงความเป็นส่วนตัวการดำเนินชีวิตครอบครัว การดำเนินชีวิตในที่อยู่อาศัยเสถียรภาพทางร่างกายและจิตใจ เกียรติชื่อเสียง ต้องไม่บังคับให้บุคคลเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคเอดส์ ต้องไม่บังคับให้บุคคลรับการตรวจเฉพาะหรือการตรวจแบบแฝงใดๆ ที่จะชี้บ่งถึงภาวะของการติดเชื้อโรคเอดส์ เมื่อบุคคลใดสมัครใจที่จะตรวจเลือดโรคเอดส์ ต้องได้รับคำปรึกษาทั้งก่อนและหลังตรวจเลือดห้ามระบุหรือเปิดเผยชื่อบุคคลพร้อมกับสถานภาพของการติดเชื้อโรคเอดส์ต่อบุคคลที่สาม หรือแม้แต่การสอบถามเป็นการส่วนตัวรวมทั้งการเปิดเผยต่อสาธารณะชนทางสื่อมวลชน

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลทุกอย่างต้องถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัวและเป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลจะต้องได้รับคำยินยอมโดยความสมัครใจของบุคคลนั้นหลังจากที่บุคคลนั้นได้รับรู้รับทราบ และได้ประเมินวัตถุประสงค์ของการสอบถามเข้าใจเจตนารมณ์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเปิดเผยข้อมูล รวมถึงผลที่จะติดตามมาของการเปิดเผยข้อมูล

ต้องมีมาตรการที่เหมาะสมในการปกปิดข้อมูลอันเป็นเรื่องส่วนตัว โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่หรือไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้องไม่มีสิทธิที่จะเข้าถึงข้อมูลอันเป็นความลับส่วนบุคคล

2. สิทธิในการไปไหนมาไหนและความปลอดภัย สิทธิในการย้ายถิ่นฐาน (Right to Liberty and Security/Freedom of Movement)

สิทธิในการไปไหนมาไหนและความปลอดภัย สิทธิในการย้ายถิ่นฐาน รวมถึงสิทธิในการต่อต้านมาตรการแบ่งแยก การกักกันหรือการโดดเดี่ยว ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ บุคคลมีสิทธิในการต่อต้านการสอดส่อง จับกุม หน่วงเหนี่ยวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ นอกจากนี้ บุคคลมีสิทธิในการต่อต้านการจำกัดการย้ายถิ่นฐานภายในประเทศและต่างประเทศ ด้วยเหตุผลด้านสุขภาพ หรือสงสัยในสถานภาพของการติดเชื้อโรคเอดส์ หรือเพราะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ควรมีกฎหมายในการประกันและปกป้องผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์จากการถูกละเมิดสิทธิเหล่านี้

3. ความเป็นอิสระจากการปฏิบัติหรือการลงโทษอย่างไร้มนุษยธรรมและต่ำทราม (Freedom from Inhuman and Degrading Treatment of Punishment)

เกียรติศักดิ์ในความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่มิติดำรงมาตั้งแต่เกิดโดยไม่จำกัดเพศ อายุ ฐานะทางสังคม และความชอบชอบทางเพศของบุคคลนั้น มาตรการทุกอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ต้องไม่เป็นการปฏิบัติหรือการลงโทษอย่างไร้มนุษยธรรมและต่ำทรามนอกจากนี้รัฐต้องถือเป็นพันธะในการปกป้องผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการถูกสบประมาทหรือถูกเหยียดหยามในเกียรติศักดิ์ ความเป็นมนุษย์รัฐต้องไม่ริเริ่มและไม่สนับสนุนในการออกกฎหมายใดๆ ที่จะเลวหรือละเมิดสิทธิอื่นนี้ รัฐต้องเอาผิดกับผู้ละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ หากรัฐเพิกเฉยก็เท่ากับยินยอมให้เกิดการเยาะเย้ย การประจาน การโดดเดี่ยว การแบ่งแยกต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งผู้ที่ต้องสงสัยว่าติดโรคเอดส์ และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์

4. สิทธิในการทำงาน (Right to work)

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ยังสามารถทำงานได้ มีสิทธิในการทำงานรวมถึงสิทธิของความเท่าเทียมกันในโอกาสของการจ้างงาน ความมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่การใช้สิ่งของสาธารณะในที่ทำงาน ร่วมกัน การสนับสนุนในหน้าที่การงาน ตลอดจนสิทธิในการจัดตั้งหรือเข้าร่วมสหภาพหรือองค์กรผู้ใช้แรงงาน และต้องไม่ถูกกีดกันหรือแบ่งแยกด้วยวิธีการหรือรูปแบบใด ๆ ในที่ทำงาน

5. สิทธิในการศึกษา (Right to Education)

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์มีโอกาสที่จะเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากการจัดการด้านการศึกษารวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกในการศึกษาทั้งในสถาบันการศึกษาของรัฐและเอกชน ตลอดจนมีสิทธิที่จะได้รับการศึกษานอกสถานศึกษาและการศึกษาต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ที่ต้องสงสัยว่าจะติดโรคเอดส์ หรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเอดส์ มีสิทธิในการศึกษาโดยไม่ถูกปฏิเสธ หรือริรอนสิทธิ หรือตั้งข้อจำกัดใดๆ ทั้งสิ้น ในสถาบันการศึกษาทุกแห่งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องได้รับการปฏิบัติด้วยกฎและระเบียบเดียวกันกับผู้อื่น โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

6. สิทธิด้านสวัสดิการและการให้บริการทางสังคม (Right to Social Security and Services)

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องได้รับการประกันว่าจะได้รับการบริการสาธารณะ รวมทั้งการบริการทางสาธารณสุขและการแพทย์อย่างเท่าเทียมกันกับผู้อื่น โดยไม่ถูกปฏิเสธหรือริรอนหรือตั้งข้อจำกัดเว้นเสียแต่จะมีหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันด้วยความเป็นเหตุเป็นผลและเป็นวิทยาศาสตร์

7. สิทธิในการได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน (Right to Equal Protection of the Law)

ตามคำประกาศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนจะต้องได้รับการปฏิบัติตาม โดยรัฐเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนให้มั่นนโยบายในการจัดเตรียมมาตรฐาน ในการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์สำหรับการผลักดันนโยบายนี้ให้บรรลุ รัฐจะต้องจัดให้มีมาตรการและโครงสร้างในการบริหารจัดการเอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งปกป้องมิให้เกิดการกีดกันผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

รัฐต้องออกกฎหมายป้องกันและปราบปรามการปฏิบัติใดๆ โดยหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานเอกชน อันเป็นการกีดกันต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ และรัฐต้องไม่มีนโยบายหรือกฎหมายใดอันเป็นการส่งเสริมให้มีความไม่สมดุลและความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ

8. สิทธิในการสมรสและการมีครอบครัว (Right to Marriage and Family Life)

หญิงและชายผู้ที่มีอายุถึงข้อกำหนดตามกฎหมายมีสิทธิที่จะสมรสและมีครอบครัว แม้ว่าผู้หนึ่งจะเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งมีสิทธิในการเสริมสร้างและมีสัมพันธ์ภาพต่อกันและกันมีสิทธิในการสืบสายโลหิต และได้รับการยอมรับและเคารพในพฤติกรรมส่วนบุคคล

9. สิทธิการรับการรักษาและดูแล (Right to Treatment and Care)

รัฐต้องทุ่มเทและให้หลักประกันว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกคนจะได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานที่ดีและเหมาะสม รวมทั้งการให้บริการปรึกษาและการสนับสนุนอื่นโดยปราศจากการกีดกัน ไม่ใช่เงื่อนไขทางการเงินของบุคคลเป็นตัวชี้วัด หรือบ่งถึงมาตรฐานการให้บริการ ประชาชนต้องได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับธรรมชาติวิทยาของโรคเอดส์และการแพร่กระจายของโรคเอดส์ โดยรัฐเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันสมัย ข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือต้องไม่เป็นเรื่องทำให้เกิดความหวั่นไหว หรือเกิดความตื่นตระหนกทางศีลธรรมและขนบธรรมเนียมของสังคม

10. สิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเองของกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ (Right to Self – Determination of Affected Group)

รัฐต้องสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มผู้เสียเปรียบทางสังคมและผู้ที่ถูกสังคมตราหน้า โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มผู้หญิง กลุ่มโสเภณี กลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น กลุ่มชายรักร่วมเพศ รัฐพึงส่งเสริมให้กลุ่มจัดตั้งเหล่านี้มีศักยภาพในการตัดสินใจและกำหนดชีวิตของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจ ดำรงชีวิตอย่างมีเกียรติศักดิ์ของความเป็นมนุษย์

รัฐพึงเสริมสร้างและกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศของความสมานฉันท์ในสังคม ให้โอกาสผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์มีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของตนเองไม่ว่าจะเป็นเรื่องทางการเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม หรือสังคม

สรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ ควรจะได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน หรือสิทธิที่จำเป็นด้านอื่นๆ เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป มีโอกาสและความเท่าเทียมกันในสังคม เช่น สิทธิความเป็นส่วนตัว สิทธิในการทำงาน สิทธิในการศึกษา ฯลฯ ซึ่งรัฐจะต้องสร้างและจัดความเท่าเทียมกันให้เกิดขึ้นในสังคมของการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์และคนปกติทั่วไป

2.12 แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 – 2549

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในความพยายามป้องกันโรคเอดส์ แต่ยังคงมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 30,000 รายต่อเนื่องกันมาในแต่ละปี ดังนั้นในการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ โดยความร่วมมือของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ.2545 - 2549) ขึ้นภายใต้กรอบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 มีสาระสำคัญ ดังนี้

แผนป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2545 - 2549) มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเพื่อป้องกันและลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ รวมถึงแก้ไขและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหเอดส์ในทุกระดับ เป็นการวางรากฐานการแก้ไขปัญหเอดส์อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนมีแผนงานดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งลดอัตราการ

ติดเชื้อของประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้เป็นไปตามเป้าหมาย เพื่อให้การดำเนินการตามแผนป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์แห่งชาติเป็นไปตาม วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จึงได้กำหนด วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และจุดเน้นในแต่ละ ยุทธศาสตร์ในการดำเนินการดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้คน ครอบครัว และชุมชน ร่วมกันป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์
2. เพื่อให้คน ครอบครัว และชุมชน ร่วมกันแก้ไขและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาเอดส์ใน

ทุกระดับ

3. เพื่อสร้างรากฐานของสังคม ให้เอื้ออำนวยต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เป้าหมาย

1. ลดอัตราการความชุกของการติดเชื้อของประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 เมื่อสิ้นสุด แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 – 2549
2. ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์อย่างน้อยร้อยละ 80 ได้รับการดูแลหรือเข้าถึงระบบบริการทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และสุขภาพขั้นพื้นฐานจากภาครัฐ เอกชน และชุมชนอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม
3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชนทุกแห่ง มีแผนงานและดำเนินการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ จุดเน้นของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 – 2549 มี ดังต่อไปนี้

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพของคน ครอบครัว ชุมชนและสภาพแวดล้อมในสังคม เพื่อการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของคน ครอบครัว ชุมชน ให้มีทักษะที่เหมาะสมต่อ การป้องกันการติดเชื้อเอดส์ มีจิตสำนึก คุณธรรม จริยธรรม และมีความรับผิดชอบร่วมกันที่จะป้องกันและ แก้ไขปัญหาเอดส์ ด้วยความเอื้ออาทรต่อกัน เน้นการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมของสังคมให้เอื้อต่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ ด้วยการพัฒนากิจกรรมที่จรรโลงวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่ดีของชุมชนมีการให้การศึกษ ีพัฒนา และส่งเสริมอาชีพแก่คนในชุมชน ให้สามารถพึ่งตนเองได้ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

2. ยุทธศาสตร์การจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดย เน้นการพัฒนาระบบบริการพื้นฐานทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ และระบบสวัสดิการสังคม โดยการสร้าง ศักยภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งจัดให้มีหลักประกันด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม ควบคู่ไปกับการส่งเสริม ศักยภาพของคน ครอบครัว และชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพช่วยเหลือสมาชิกเมื่อยามเจ็บป่วยหรือเมื่อประสบปัญหา เดือดร้อน

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมีปัญญาและการวิจัย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยเน้น ให้มีการติดตาม ทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์และองค์ความรู้จากงานวิจัยที่มีอยู่ใน ประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริม

องค์กร และพัฒนาการวิจัยอย่างมีคุณภาพเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านต่างๆ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศรวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อรองรับอุตสาหกรรมการผลิตที่มีผลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา

4. ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี เน้นการสร้างความร่วมมือ ระหว่างประเทศในภูมิภาค ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีร่วมกัน การประเมิน การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีและวิทยาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีกับนานาชาติ ตลอดจนเป็นแนวทางในการประสานการใช้ทรัพยากรที่ได้รับผ่านความร่วมมือระหว่างประเทศให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ

5. ยุทธศาสตร์การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการแบบองค์รวม เพื่อบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี เน้นการเสนอแนวทางในการบริหารจัดการแบบองค์รวมทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และท้องถิ่น เพื่อให้แผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีของประเทศ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและก่อปรด้วยประสิทธิภาพสูงสุด โดยการพัฒนากลไกการบริหารจัดการให้สามารถบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีให้เป็นภารกิจของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การปรับระบบบริหารจัดการภาครัฐให้สอดคล้องการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ความโปร่งใส การตรวจสอบได้ในภาคเอกชนและประชาชน ตลอดจนให้มีความเป็นธรรม และมีการพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกตรวจสอบได้ในสังคม (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ. 2544 : 8 –12)

จากนโยบายและแผนงานของรัฐเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์นั้น พอสรุปได้ว่า เน้นการควบคุม ป้องกัน การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม และให้การดูแลรักษา ให้การศึกษา การอยู่ร่วมกันในสังคมระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์และคนปกติ การพัฒนาศักยภาพของบุคคล เน้นให้ชุมชนรู้จัก ป้องกัน แก้ไขปัญหา รวมทั้งลดอัตราการติดเชื้อของประชากรวัยเจริญพันธุ์ด้วย

2.13 แนวทางจัดการศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี

ด้วยเหตุที่ปัญหาการติดเชื้อเอดส์ มีความเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถละเว้นหรือป้องกันได้ คณะอนุกรรมการการศึกษาเพื่อควบคุมปัญหาโรคเอดส์ จึงเห็นสมควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการศึกษา ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี สำหรับเด็กและเยาวชน เพื่อปลูกฝังความคิด ทักษะและพฤติกรรม ซึ่งกรมวิชาการ (2542 : 174) ได้กำหนดไว้เป็นแนวนโยบายสำหรับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการดังนี้

1. เร่งพัฒนาเด็กและเยาวชนทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้การเลือก พฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์ มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์และความตระหนักในภัยอันตรายของเอดส์

2. พัฒนาครูและบุคลากรทางการศึกษาให้มีศักยภาพและมีความพร้อมที่จะจัดฝึกทักษะชีวิตให้ คำปรึกษาและฝึกอบรมป้องกันเอดส์แก่เยาวชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยโอกาสและกระบวนการทางการศึกษาที่มีอยู่

3. พัฒนาหลักสูตร โดยแทรกกระบวนการฝึกทักษะชีวิต พร้อมความรู้ใหม่ๆ ที่จะช่วยให้ตระหนักถึงภัยอันตรายของเอดส์และความจำเป็นที่จะต้องป้องกันการติดเชื้อ

4. พัฒนาสื่อให้มีคุณภาพเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนให้มีความหลากหลายเพื่อเพิ่มทางเลือกสำหรับครู อาจารย์ และนักเรียนนักศึกษา ที่จะนำไปใช้และเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย

5. พัฒนาสิ่งแวดล้อมทั้งในสถานศึกษาและในชุมชน ให้มีสภาพปลอดภัย รมเย็น เหมาะสำหรับการเจริญเติบโตและพัฒนาของเยาวชน อย่างมีคุณภาพ

6. ส่งเสริมความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสถาบันการศึกษากับองค์กรชุมชนในการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนและของสถานศึกษา

จุดมุ่งหมายของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์

1. เพื่อให้เยาวชนและนักเรียนนักศึกษา ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนเรียนรู้วิธีการที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อ

2. เพื่อสร้างแรงจูงใจและเหตุผลในการงดเว้น ลดหรือเลิกการกระทำพฤติกรรมเสี่ยง

3. เพื่อปลูกฝังทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันเอดส์ และการอยู่ร่วมสังคมกับผู้ติดเชื้อ

4. ปลูกฝังความคิดวิจารณ์ญาณที่ถูกต้องและความเป็นตัวของตัวเอง และฝึกอบรมให้เยาวชนมีความยังคิด

5. เพื่อให้นักเรียน นักศึกษา มีทักษะในการแสดงความคิดเห็น และแสดงจุดยืนของตนเองได้

6. เพื่อให้นักเรียน นักศึกษา ตระหนักถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นจากค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการซื้อขายบริการทางเพศ การซื้อขายบริการโสเภณีเด็ก การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่รับผิดชอบ และการใช้สุราเป็นสื่อในการทำกิจกรรม

เพื่อให้สามารถดำเนินงานบรรลุตามจุดมุ่งหมายข้างต้น สมควรจำแนกกลุ่มเป้าหมายสำหรับดำเนินการการศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มแกน ได้แก่ เยาวชน และนักเรียนนักศึกษา ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน

กลุ่มสนับสนุน ซึ่งได้แก่ ครูอาจารย์ ผู้ปกครอง บิดามารดา กลุ่มชุมชน และสื่อมวลชน

ตามยุทธศาสตร์นี้ การดำเนินการให้เกิดผลต่อพฤติกรรมของเยาวชน อันเป็นเป้าหมายกลุ่มแกน นั้น เราจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายสนับสนุนด้วย จึงได้กำหนดจุดเน้นของกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ไว้ ดังนี้

1. จัดฝึกอบรมให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการติดเชื้อแก่เยาวชน นักเรียน นักศึกษา และให้มีการฝึกทักษะชีวิตที่จำเป็นด้วย

2. พัฒนาระบบการเรียนการสอน และกิจกรรมร่วมหลักสูตร ในการสอนและการอบรมต่างๆ ให้ นักเรียน นักศึกษา และผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อให้มีโอกาสฝึกทักษะชีวิตที่จำเป็นตามสภาพของบทเรียนและกิจกรรมนั้นๆ

3. พัฒนาวิทยาการ ครูและบุคลากรทางการศึกษา ให้มีความรู้และตระหนักในปัญหาเอดส์ให้มีขีดความสามารถในการฝึกอบรม ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับนักเรียน นักศึกษา และเยาวชนทั่วไปในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง

4. พัฒนาหลักสูตร การเรียนการสอนทุกระดับ เพื่อสอดแทรกกระบวนการฝึกทักษะชีวิตที่จำเป็นสำหรับเยาวชน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเบี่ยงเบน

5. พัฒนาสื่อประกอบการเรียนการสอน อาทิ เช่น หนังสือแบบเรียน หนังสืออ่านประกอบและชุดฝึกทักษะต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับนักเรียนนักศึกษา ในแต่ละระดับรวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อการรณรงค์กระตุ้นเตือนให้ตระหนักในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อมด้วย

6. พัฒนาสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษาให้มีความร่มรื่น เพื่อให้ให้นักเรียนนักศึกษาได้เรียนอย่างมีความสุข ในบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ

7. ส่งเสริมให้สถานศึกษาเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์แก่ชุมชนในท้องถิ่น

8. ส่งเสริมให้สถานศึกษาให้ความร่วมมือกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ตลอดจนการพัฒนาชุมชนให้เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตของเยาวชน

9. ส่งเสริมให้มีการประสานแผนและการปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน และให้หน่วยปฏิบัติได้รับการสนับสนุนทางวิชาการอย่างกว้างขวางเพียงพอ

นอกจากนี้เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในส่วนของการจัดการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดแนวปฏิบัติสำหรับครูและบุคลากรในสังกัดในการรับและการให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนนักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ตามคำสั่งที่ ศร 1306/004 ลงวันที่ 9 มกราคม 2546 โดยมีแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้

เพื่อเป็นการให้เด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ได้รับโอกาส และความช่วยเหลือทางการศึกษา ตามสิทธิทางกฎหมาย และเป็นการสนองนโยบายรัฐบาลในการสร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันในการเข้ารับการศึกษสำหรับเด็กและเยาวชนที่ด้อยโอกาส กระทรวงศึกษาธิการจึงกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการรับและการให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียน นักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ดังนี้

1. สถานศึกษาต้องไม่ปฏิเสธเด็กหรือเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เข้ารับการศึกษากัน หรือใช้วิธีการใดให้เด็กหรือเยาวชนออกจากสถานศึกษา เพราะเหตุที่เด็กหรือเยาวชนอยู่ในสภาพเป็นผู้ติดเชื้อ และให้ถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องประสานความร่วมมือกับผู้ปกครอง สถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ

2. ให้สถานศึกษาที่รับเด็กหรือเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เข้าศึกษาสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่ครู อาจารย์ บุคลากรทางการศึกษา นักเรียน นักศึกษา และประชาชนในชุมชนได้ตระหนักและเข้าใจในสิทธิและคุณค่าของเด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในการศึกษาเล่าเรียนกับบุคคลดังกล่าวได้อย่างปลอดภัย

3. กรณีที่เด็กหรือเยาวชนมีสภาพร่างกายหรือจิตใจไม่พร้อมที่จะเข้าเรียนในชั้นเรียนสำหรับการศึกษามากับดับให้สถานศึกษาจัดเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวก และให้บริการทางการศึกษาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือจัดให้บริการการเรียนรู้ในรูปแบบที่เหมาะสมตามสมควรแก่กรณี ทั้งนี้โดยการประสานความร่วมมือกับเด็กและผู้ปกครอง

4. ให้สถานศึกษากำหนดมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาอันเกิดขึ้นจากการตั้งข้อรังเกียจหรือความไม่เข้าใจ รวมทั้งมีมาตรการในการให้ความช่วยเหลือดูแลและเสริมสร้างสัมพันธภาพในการอยู่ร่วมระหว่างนักเรียน นักศึกษาทั่วไป กับนักเรียน นักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์อย่างเป็นปกติสุข

5. ให้สถานศึกษาจัดให้มีครู อาจารย์หรือบุคลากรที่เหมาะสมรับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตและการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ของเด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในขณะอยู่ในความรับผิดชอบของสถานศึกษา รวมทั้งจัดทำข้อมูลและวางระบบเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อประสานความร่วมมือในการให้ความช่วยเหลือเด็กและเยาวชนกลุ่มดังกล่าว

6. ให้ครู อาจารย์และบุคลากรทางการศึกษาถือเป็นหน้าที่ ที่จะเข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมในการป้องกันแก้ไขปัญหาและการบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาการติดเชื้อเอดส์หรือได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์

สรุปได้ว่า แนวทางการจัดการศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรทั้งครู เด็กและเยาวชน การพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมในการให้การศึกษาเรื่องโรคเอดส์ ปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อมทั้งในและนอกสถานศึกษาให้น่าอยู่ ตลอดจนประสานความร่วมมือกับชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยปลูกฝังความคิด ทศนคติและพฤติกรรม สร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตระหนักถึงภัยอันตรายของโรคเอดส์ เข้าใจถึงหลักสิทธิมนุษยชนเห็นคุณค่าของเด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ พัฒนาคูและบุคลากรให้มีศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคเอดส์ หากมีเด็กติดเชื้อหรือได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ให้สถานศึกษารับเด็กเข้าเรียน อย่างไม่มีเงื่อนไข และให้การปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันเช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป

2.14 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการศึกษาเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

จากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการศึกษาเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากโรคเอดส์ ดังนี้

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษา ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการสร้างภูมิคุ้มกัน ปัญหาการคัดกรองปัญหาของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ การให้ความช่วยเหลือแนะแนว การเคารพสิทธิเด็กตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กสากล การสร้างความร่วมมือของชุมชนให้ช่วยเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาจากโรคเอดส์ในชุมชนที่ส่งผลกระทบต่อโรงเรียน

2. หลักสูตรการสร้างภูมิคุ้มกันโรคเอดส์เป็นปัจจัยสำคัญที่สถานศึกษาจะต้องจัดทำขึ้นโดยเร่งด่วน ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติในฐานะหน่วยงานที่จัดการศึกษาในระดับก่อนประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนากำลังสติปัญญาของชาติ จึงได้กำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ขึ้น ตั้งแต่ปีการศึกษา 2540 เป็นต้นมา โดยขอความร่วมมือจากกรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการช่วยพัฒนาหลักสูตร พัฒนาสื่อ และพัฒนาวิทยากรแกนนำ ในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่องของการสอนทักษะชีวิต เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

ส่วนเรื่องแนวคิดในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในสถานศึกษา คือ ส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญห

การส่งเสริม เป็นการทำให้เด็กปกติทั่วไปหรือเด็กที่มีภาวะไม่เจ็บป่วย เป็นเด็กที่มีสภาวะเป็นสุข คือ นอกจากไม่ป่วยแล้ว ยังมีภูมิคุ้มกัน มีศักยภาพในการจัดการกับปัญหา มีความมั่นคงทางจิตใจ เด็กที่ปกติหรือไม่ป่วยนี้ เมื่อพบกับภาวะวิกฤตชีวิต เช่น พบกับความสูญเสียหรือการเผชิญปัญหาที่มีความยุ่งยาก หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคมที่โยกคลอนความมั่นคงทางจิตใจ ก็สามารถดำรงตนอยู่กับปัญหานั้นได้

การป้องกัน คือ การทำให้เด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เกือบตัว หลีกหนีสังคม หวันไหวในอารมณ์ กลับมาเป็นเด็กปกติมีสภาวะเป็นสุข และมีความมั่นคงทางจิตใจ

การแก้ไข คือ การช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาให้กลับไปสู่การเป็นเด็กปกติ และพัฒนาไปสู่การเป็นเด็กที่มีสภาวะเป็นสุข พฤติกรรมของเด็กที่เป็นปัญหา เช่น เด็กที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร เด็กที่ช้ำยา หรือสารเสพติดแล้ว ช่วยให้ได้กลุ่มนี้ดำรงชีวิตในสังคมของตนเองได้อย่างมีปัญหาน้อยที่สุด

(สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. 2544 : 3)

สรุป จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ ต้องอาศัยบุคลากรที่จัดการศึกษา หลักสูตรต้องสอดคล้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญห ครอบคลุมชุมชนต้องมีส่วนร่วม และที่สำคัญหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องต้องประสานความร่วมมือกัน ในการส่งเสริมให้เด็กมีสภาวะสุขภาพที่เป็นสุข และป้องกันมิให้เด็กมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เกือบตัว หนีสังคม รวมถึงการแก้ไขช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาให้กลับมาสู่การเป็นเด็กปกติ

2.15 การดำเนินการของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ โดยความร่วมมือจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหที่เกิดผลกระทบจากโรคเอดส์ โดยใช้กลยุทธ์ ดังนี้

- กลยุทธ์หลักในการส่งเสริม คือ การสร้างทักษะชีวิต ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- กลยุทธ์ในการป้องกัน คือ การให้ความช่วยเหลือโดยครูประจำชั้น
- กลยุทธ์ในการแก้ไข คือ การให้คำปรึกษาและบำบัดฟื้นฟู โดยประสานงานกับกรมสุขภาพจิต

จากกลยุทธ์ในการดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ และกรมสุขภาพจิตในการส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขเอดส์ ผนวกกับข้อมูลข่าวสารที่สื่อมวลชนนำเสนอในชีวิตประจำวันและสถานการณ์ ผลกระทบ แนวโน้มของปัญหาเอดส์ในประเทศไทยที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติจึงได้จัดทำเอกสาร "เทียนส่องทาง" ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางของครูในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในชั้นเรียน และกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ชุมชน ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นหลักการและทฤษฎี สู่แนวคิดที่แสดงออกมาเป็นตัวอย่างการจัดกิจกรรมที่จะช่วยให้เด็กและเยาวชนมีภูมิคุ้มกันทางสังคมหรือทักษะชีวิตที่ดีเพื่อให้ผู้บริหารและครูผู้สอนได้

จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักเรียนมีภูมิคุ้มกันทางสังคมหรือทักษะชีวิตให้เขาได้ดำรงชีวิตอยู่รอดปลอดภัยจากภัยสังคมต่างๆ ได้ (สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. 2544 : 5)

3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเรียนร่วม

3.1 ความหมายของการเรียนร่วม

ผดุง อารยะวิญญู (2543 : 221) กล่าวว่า การเรียนร่วมเป็นวิธีจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษวิธีหนึ่ง โดยเด็กที่มีความต้องการพิเศษจะได้รับการจัดเข้าเรียนในชั้นเดียวกันกับเด็กปกติ โดยไม่มีการแบ่งแยกว่าเด็กคนใดเป็นเด็กปกติ หรือเด็กคนใดเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

กรมสามัญศึกษา (2542 : 3) การเรียนร่วม หมายถึง การจัดการศึกษาให้แก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษได้เรียนร่วมกับเด็กปกติ โดยคำนึงถึงความสามารถแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมให้เด็กเหล่านั้นได้มีโอกาสเรียนรู้ และดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข

วารี ธีระจิตร (2537 : 16) ได้ให้ความหมายของการเรียนร่วมไว้ว่า เป็นการรวมเด็กพิเศษไว้กับเด็กปกติ ในด้านเวลา ด้านการเรียนการสอน และด้านสังคม ภายใต้พื้นฐานการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่องและคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมทั้งการปรับตัวทางสังคม เพื่อให้เด็กมีประสบการณ์ตรงสามารถพัฒนาตนเองไปได้มากที่สุด

เบญจฯ ชลธารินทร์ (2538 : 64) กล่าวว่า การเรียนร่วมเป็นการรวมเอาเด็กที่มีความต้องการพิเศษเข้าไปในระบบการศึกษาปกติ มีการร่วมกิจกรรมและใช้เวลาว่างช่วงใดช่วงหนึ่งในแต่ละวันระหว่างเด็กที่มีความต้องการพิเศษกับเด็กปกติ

สรุปได้ว่า การเรียนร่วมเป็นการจัดการศึกษาที่นำเด็กที่มีความต้องการพิเศษ หรือเป็นเด็กด้อยโอกาส เข้ามามีชีวิตอยู่ในสังคมปกติ ให้เรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น ในชั้นเรียน โดยที่ให้คนปกติเห็นว่ามีความหลากหลายอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องการพึ่งพาอาศัยกัน และเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ไม่แสดงอาการรังเกียจ ความบกพร่องของผู้อื่น ซึ่งในการจัดการเรียนร่วมมีวิธีการและรูปแบบที่หลากหลายแตกต่างกันออกไป

3.2 รูปแบบการจัดการเรียนร่วม

รูปแบบการจัดการเรียนร่วม ได้มีผู้กล่าวถึง ดังนี้

ตามแนวคิดของ ดีโน (สุรินทร์ ยอดคำแปล. 2542 : 27 ; อ้างอิงจาก Dino. 1970 : 299 Exceptional Children) เป็นรูปแบบที่มีการพัฒนาเพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามสภาพ โดยกำหนดรูปแบบไว้ดังนี้

1. การเรียนร่วมในชั้นปกติ เด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีความพร้อมพอที่จะช่วยตนเองได้ โดยไม่ต้องการการบริการพิเศษ จะได้เข้าเรียนในชั้นปกติ แต่เด็กที่ไม่พร้อมตามที่กำหนดไว้ซึ่งเรียนในชั้นปกติ จะได้รับการบริการพิเศษบ้างตามความจำเป็นเพียงเล็กน้อย

2. การเรียนร่วมในชั้นปกติมีครูเวียนสอน เด็กที่มีความต้องการพิเศษจะเรียนชั้นปกติ เมื่อครูเวียนสอนมาจะสอนเสริมให้แก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ ตามความต้องการเฉพาะรายหรือกรณีปัญหา กลุ่มย่อย

3. เรียนร่วมในชั้นปกติมีการสอนเสริมวิชาการ เด็กที่มีความต้องการพิเศษมีตารางกำหนดเวลาที่จะต้องเข้าห้องเสริมวิชาการ โดยครูเสริมวิชาการเป็นผู้กำหนดการเรียนการสอน ตามความจำเป็นพิเศษเป็นรายกรณี หรือเป็นกลุ่มย่อย นอกเหนือจากเด็กปกติ

4. ชั้นเรียนพิเศษร่วมกับการเรียนร่วมชั้นปกติบางเวลา เด็กที่มีความต้องการพิเศษจะเรียนกับครูประจำชั้นในชั้นพิเศษร่วมกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษประเภทเดียวกัน แต่บางเวลา หรือบางวิชา เด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีความพร้อมจะไปเรียนร่วมกับเด็กปกติ

5. ชั้นพิเศษเต็มเวลาในโรงเรียนปกติ เด็กที่มีความต้องการพิเศษจะเรียนในชั้นพิเศษ ซึ่งมีเด็กที่มีความต้องการพิเศษประเภทเดียวกันในทุกวิชาเต็มเวลา แต่จะมีโอกาสร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรกับเด็กปกติตามสมควร

อุบล เล่นวารี (2542 : 22 – 23) ได้กล่าวถึงรูปแบบการจัดการเรียนร่วมไว้ดังนี้

1. เรียนร่วมในชั้นปกติ เป็นการจัดเด็กที่มีความต้องการพิเศษเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติและเรียนเหมือนกับเด็กปกติทุกประการ เด็กที่จะเข้าเรียนในลักษณะนี้ได้ ควรเป็นเด็กที่มีความพิการน้อย มีความฉลาดและมีความพร้อมในด้านการเรียนตลอดจนวุฒิภาวะทางอารมณ์และสังคม

2. เรียนร่วมในชั้นปกติและมีครูพิเศษให้คำแนะนำปรึกษา การเรียนร่วมวิธีนี้คล้ายคลึงกับวิธีแรก กล่าวคือนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษเรียนร่วมกับเด็กปกติเต็มเวลา แต่มีครูการศึกษาพิเศษคอยช่วยเหลือครูประจำชั้นและครูประจำวิชา ครูการศึกษาพิเศษนี้อาจเรียนว่า ครูที่ปรึกษา ครูประเภทนี้ไม่ทำการสอนโดยตรง แต่ให้คำแนะนำแก่ครูที่สอนเด็ก

3. เรียนร่วมในชั้นเรียนปกติและรับบริการจากครูเวียนสอน เป็นการจัดเด็กที่มีความต้องการพิเศษเรียนร่วมกับเด็กปกติ และรับบริการด้านการสอนเพิ่มเติมจากครูการศึกษาพิเศษซึ่งจะเดินทางไปตามโรงเรียนต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่เด็กเนื่องจากมีจำนวนเด็กในแต่ละโรงเรียนไม่มากนัก ครูจึงเดินทางจากโรงเรียนหนึ่งไปยังอีกโรงเรียนหนึ่งเมื่อครบสัปดาห์ ก็วนกลับมาสอนเด็กกลุ่มเดิมในโรงเรียนเดิมอีก จึงเรียกครูประเภทนี้ว่า ครูเดินสอนหรือครูเวียนสอน

4. เรียนร่วมชั้นในปกติและรับบริการจากครูเสริมวิชาการ ครูเสริมวิชาการคือครูการศึกษาพิเศษที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในห้องเสริมวิชาการ นักเรียนที่มีความต้องการพิเศษจะเข้ามาเรียนกับครูเสริมวิชาการวันละ 1-2 ชั่วโมง หรือมากกว่านี้ขึ้นอยู่กับความต้องการพิเศษของเด็ก เด็กทุกคนที่เข้ามาเรียนในห้องนี้จะต้องมีตารางเรียนที่กำหนดไว้แน่นอน ครูเสริมวิชาการอาจมีคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ ขึ้นอยู่กับจำนวนเด็กและประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ การสอนเด็กอาจจะกระทำเป็นรายบุคคล หรือสอนเป็นกลุ่มเล็กๆ ก็ได้ และสอนในเนื้อหาที่เด็กไม่ได้รับการสอนในชั้นปกติ หรือเนื้อหาที่เด็กมีปัญหา นอกจากสอนเด็กที่มีความต้องการพิเศษแล้ว ครูเสริมวิชาการยังมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ปรึกษาแก่ครูปกติในการปฏิบัติต่อเด็กประเภทนี้อีกด้วย

5. ชั้นพิเศษในโรงเรียนปกติ และเรียนร่วมบางเวลา เป็นการจัดเด็กที่มีความต้องการพิเศษไว้ในชั้นเดียวกันเป็นกลุ่มเล็กๆ มีครูประจำชั้นสอยแทบทุกวิชา ยกเว้นบางวิชาที่เด็กต้องไปเรียนร่วมกับเด็กปกติ เช่น พลศึกษา ศิลปะ หรือกิจกรรมนอกหลักสูตรอื่นๆ

6. ชั้นพิเศษในโรงเรียนปกติ เป็นการจัดเด็กพิเศษที่มีความบกพร่องประเภทเดียวกันไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน และเป็นกลุ่มขนาดเล็ก เด็กเหล่านี้เรียนในชั้นพิเศษตลอดเวลา ครูประจำชั้นสอนทุกวิชาการเรียนร่วมในลักษณะนี้เหมาะสำหรับเด็กที่มีความพิการค่อนข้างมาก

กรมสามัญศึกษา (2543 : 14) ได้กำหนดรูปแบบการเรียนรู้ร่วมไว้ 8 ประการ ดังนี้

1. การเรียนร่วมในชั้นปกติ ปฏิบัติเช่นเดียวกับเด็กปกติทุกประการ
2. การเรียนร่วมในชั้นปกติ รับบริการที่จำเป็นจากครูการศึกษาพิเศษ
3. การเรียนร่วมในชั้นปกติ บางวิชาเรียนร่วมกับการเรียนในชั้นพิเศษบางเวลา
4. การเรียนร่วมในชั้นปกติ ทุกวิชามีครูการศึกษาพิเศษช่วยเหลือเป็นรายบุคคล
5. การเรียนในชั้นพิเศษ มีนักเรียนปกติมาเรียนร่วม
6. การเรียนในชั้นพิเศษ มีนักเรียนปกติเรียนร่วมบางวิชา บางวิชาเด็กที่มีความต้องการพิเศษจะเรียนกับเด็กพิเศษห้องอื่น นักเรียนปกติจะไปเรียนกับเด็กปกติด้วยกัน
7. การเรียนในชั้นพิเศษในโรงเรียนปกติ และร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรกับนักเรียนปกติ
8. การเรียนในชั้นพิเศษในโรงเรียนปกติ จะร่วมกิจกรรมของโรงเรียนตามโอกาสสมควร

สรุปได้ว่า จากรูปแบบของการเรียนร่วมในรูปแบบต่างๆ จะเห็นได้ว่าจะต้องจัดให้มีความเหมาะสม และสภาพความจำเป็นของเด็กที่มาเรียนร่วม โดยมีวิธีการจัดที่แตกต่างกันออกไปและต้องจัดรูปแบบให้ถูกวิธี และเหมาะสมกับความบกพร่อง จึงจะทำให้การเรียนร่วมประสบผลสำเร็จ ตามเป้าหมาย

3.3 ความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนร่วม

การจัดการเรียนร่วมในปัจจุบันมีความแพร่หลายมากขึ้น เพราะบุคคลต้องอยู่ร่วมกันในสังคม ไม่สามารถแยกออกจากสังคมได้ ดังนั้นการจัดการเรียนร่วมจึงนับว่าเป็นวิธีการเรียนวิธีหนึ่งที่ให้โอกาสแก่ผู้ที่มีความบกพร่อง ดังนั้นจึงมีผู้ให้คำกล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนร่วม ดังนี้

ฮอทช์คิส (พิมพ์อำไพ พุกพิบูลย์. 2535 : 11 ; อ้างอิงจาก Hotchkis. 1985 Exceptional Children) ให้ความเห็นว่า การจัดการเรียนร่วมสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จะมีประโยชน์ในด้านต่าง ๆ คือ

1. ทางด้านการเรียน เด็กที่มีความต้องการพิเศษได้มีโอกาสเรียนตามระดับชั้น ในโรงเรียนปกติโดยไม่มีข้อกีดขวาง จะต้องปรับตัวให้ปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ และได้รับทักษะต่างๆ มากกว่าเรียนกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษด้วยกัน เพราะจะต้องทำตามวัตถุประสงค์ที่ครูตั้งไว้เท่าเทียมกับเด็กปกติ
2. ทางด้านสังคม เด็กที่มีความต้องการพิเศษได้มีโอกาสปรับตัวให้เข้ากับสังคมปกติ มีเพื่อนเพิ่มมากขึ้นกว่าเรียนกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษด้วยกัน มีสังคมที่กว้างขึ้น เนื่องจากผู้ปกครองของเด็กปกติมีความเข้าใจ และยอมรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ยอมให้เด็กที่มีความต้องการพิเศษเล่น และคบหาสมาคมกับลูกของตน
3. ทางด้านเจตคติ เด็กปกติมีความคุ้นเคยและเข้าใจเด็กที่มีความต้องการพิเศษมากขึ้น ทำให้ขจัดความกลัวและความดูหมิ่นเหยียดหยันให้หมดไป ให้เห็นว่าเด็กที่มีความต้องการพิเศษเป็นมนุษย์ประหลาดที่มีท่าทางขบขันต่อไป เด็กปกติได้เรียนรู้ถึงความต้องการความช่วยเหลือของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ทำให้เกิดการยอมรับและแสดงความเอื้อเฟื้อต่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ส่วนเด็กที่มีความต้องการพิเศษจะมีความสุขและไม่เก็บกด ลดอารมณ์ร้ายลงได้ จึงก่อให้เกิดเจตคติที่ดีต่อกัน
4. ทางด้านเศรษฐกิจ เมื่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษสามารถเรียนร่วมในโรงเรียนปกติได้ รัฐย่อมไม่มีความจำเป็นในการสร้างโรงเรียนพิเศษเฉพาะ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายและงบประมาณได้มาก อาจเพิ่ม

เพียงบุคลากรพิเศษตามความจำเป็นเท่านั้น ได้แก่ ครูสอนเสริม ครูเวียนสอน หรือครูการศึกษาพิเศษ พร้อมด้วยอุปกรณ์พิเศษเฉพาะเพียงบางอย่าง ส่วนผู้บริหารและโครงสร้างของระบบการศึกษายังคงเดิม

5. ทางด้านศีลธรรม การจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษจะเป็นประโยชน์ คือ

5.1 ลดความเห็นแก่ตัว สร้างนิสัยเห็นแก่ส่วนรวมขึ้นแทน

5.2 ช่วยสงเคราะห์ผู้แออัด ผู้ที่เกิดมาผิดปกติ ให้อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างเป็นสุขตาม

อัธยาศัย

5.3 โอกาสให้คนมีงมี ใช้ส่วนเกินในทรัพย์สิน บำเพ็ญประโยชน์เพื่อการกุศล ทำให้บุคคลนั้นเกิดความสุขทางใจขึ้น

6. ด้านความมั่นคง และความสงบสุขของบ้านเมือง เมื่อจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษแล้วจะได้ประโยชน์ คือ

6.1 ทำให้มีที่อยู่กินเป็นหลักแหล่ง ไม่เร่ร่อน สกปรกแก่บ้านเมือง

6.2 ป้องกันมิให้เป็นลูกมือของพวกมิจฉาชีพ และฝ่ายตรงกันข้าม

6.3 เพื่อให้ผู้ที่มีความต้องการพิเศษด้วยตนเองได้บริการซึ่งกันและกัน ป้องกันการเอาเปรียบเปรียบจากคนปกติ

สรุปได้ว่า ความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนร่วมในโรงเรียน ทำให้เด็กที่มีความต้องการพิเศษหรือด้อยโอกาส ได้รับการเช่นเดียวกับเด็กปกติ มีการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งโรงเรียนเป็นสถาบันทางสังคมลำดับแรกที่เด็กจะสามารถ เรียนรู้การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเด็กต้องอาศัยการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับผู้อื่น และมีความต้องการการยอมรับจากบุคคลรอบข้างในฐานะที่เป็นมนุษย์ผู้หนึ่งในโลก

3.4 บทบาทของครูในการจัดการเรียนร่วม

ครูมีความสำคัญและมีบทบาทในการจัดการเรียนร่วม ดังที่ ผดุง อารยะวิญญู (2543 : 24–25) ได้กล่าวถึงบทบาทของครูที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนร่วม ดังนี้

1. ครูประจำชั้นพิเศษ เป็นครูการศึกษาพิเศษ ทำหน้าที่สอนเด็กที่มีความต้องการพิเศษในชั้นเรียนพิเศษเตรียมความพร้อมของเด็กและปรับพฤติกรรมของเด็กที่มีปัญหาครูประจำชั้นพิเศษต้องมีความเข้าใจเด็ก มีความอดทนสูง ใช้จิตวิทยาสูงมาก รู้จักกระบวนการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับการปรับปรุงหลักสูตร จุดประสงค์และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี

2. ครูเสริมวิชาการ เป็นครูที่สอนเด็กเพิ่มเติมจากการที่ได้เรียนในห้องเรียนปกติ ครูเสริมวิชาการจะปฏิบัติงานในห้องเสริมวิชาการ เด็กแต่ละคนจะมีตารางเฉพาะที่จะเข้ามากเรียนเสริมวิชาการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของเด็กแต่ละคนเพื่อ

2.1 เตรียมเด็กที่มีความต้องการพิเศษให้มีความพร้อมเพื่อส่งออกไปเรียนร่วมในชั้นเรียนปกติ ซึ่งอาจจะส่งเรียนบางเวลาหรือเต็มเวลาก็ได้

2.2 ในกรณีที่ส่งเด็กที่มีความต้องการพิเศษเรียนอยู่ในชั้นเรียนปกติเต็มเวลา แล้วหากยังต้องมีการช่วยเหลืออีกในวิชาใดวิชาหนึ่งเด็กก็อาจถูกส่งเข้ามาเรียนเสริมในห้องเสริมวิชาการอีกก็ได้ โดยครูประจำชั้นปกติส่งมาตามคาบเรียนในการสอน เมื่อหมดคาบเรียนก็กลับไปเรียนในชั้นเรียนปกติตามเดิม

3. ครูเดินสอน บางโรงเรียนอาจมีเด็กที่มีความต้องการพิเศษ 3 - 5 คน การจัดครูประจำชั้นหรือครูเสริมวิชาการมาประจำตลอดในโรงเรียนจึงเป็นการไม่คุ้มค่า การจัดครูเวียนสอนมักจะจัดในกรณีที่มีจำนวนเด็กที่มีความต้องการพิเศษน้อยในแต่ละโรงเรียน เป็นครูที่ทำหน้าที่สอนเด็กที่มีความต้องการพิเศษ มีตารางปฏิบัติงานสอนที่แน่นอน ครูเดินสอนอาจไม่สังกัดโรงเรียนใดโรงเรียนหนึ่งโดยตรง ซึ่งขึ้นอยู่กับการจัดระบบงานบริการบุคลากรของหน่วยงานทางด้านการศึกษา

4. ครูประจำชั้นเรียนร่วมกับเด็กปกติ/ครูประจำวิชา โดยทั่วไปเด็กที่เรียนร่วมในชั้นเรียนปกติได้นั้น มักจะมีความบกพร่องค่อนข้างน้อย คือ มีความสามารถทางการเรียนใกล้เคียงกับเด็กปกติ ดังนั้นครูประจำชั้นที่มีเด็กดังกล่าวมาเรียนร่วมกับครูประจำวิชาอื่นๆ ที่เข้ามาสอนในโรงเรียนนั้น จึงไม่จำเป็นต้องเป็นครูที่จบการศึกษาพิเศษโดยตรงแต่ควรได้รับการฝึกอบรมและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษเป็นอย่างดี

5. ครูที่ปรึกษา มีหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครูที่สอนเด็กในการปฏิบัติต่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ตลอดจนวางแผนจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กและประสานงานกับครูอื่นในโรงเรียน ครูที่ปรึกษาไม่สอนเด็กโดยตรง

6. ครูแนะแนว มีหน้าที่ให้คำแนะนำในการปรับตัว ตลอดจนแนะแนวทางการศึกษา การประกอบอาชีพ การเตรียมความพร้อมด้านอาชีพและการศึกษาต่อของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

7. ครูสอนพูด/แก้ไขการพูด มีหน้าที่ในการสอนพูดและแก้ไขการพูดแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ

8. ครูผู้ช่วย มีหน้าที่ช่วยครู โดยเฉพาะการดูแลเมื่อเด็กประกอบกิจกรรม เช่น ในเวลารับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ แต่งตัว ถอดใส่เสื้อผ้า

สรุปได้ว่า ครูมีความสำคัญและมีบทบาทในการจัดการเรียนร่วมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายเป็นอย่างมาก โดยที่ครูแต่ละประเภทจะมีบทบาท หน้าที่ และขอบข่ายของงานแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เพื่อวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ จัดการเรียนรู้อุปกรณ์เพื่อพัฒนาเด็กได้เต็มตามศักยภาพของแต่ละคน

3.5 การเตรียมครูสำหรับการเรียนร่วม

ครูมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการเรียนร่วมสำหรับเด็ก เพราะการจัดการเรียนร่วมให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น ครูเป็นปัจจัยหลักที่สามารถส่งเสริม สนับสนุนให้การเรียนร่วมดำเนินไปด้วยดี และครูต้องทำงานร่วมกับทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ รวมถึง หลักสูตรที่ผลิตครูหรือบัณฑิตครูศึกษา โดยเฉพาะหลักสูตรที่ผลิตครูปฐมวัยหรือครูศึกษาปฐมวัย ซึ่งหลักสูตรเป็นหัวใจสำคัญต่อการศึกษา เพราะหลักสูตรเป็นเสมือนแม่บทที่มีความสำคัญต่อการจัดการศึกษาทุกระดับและทุกระบบ ดังนั้นการผลิตครูปฐมวัยจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการให้การศึกษา การพัฒนาคุณภาพของเด็กให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ และมีความสำคัญต่อการจัดการศึกษาเรียนร่วมอย่างมาก ดังที่ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2545 : 10) ได้กล่าวถึงหลักสูตรที่ผลิตครูปฐมวัย เพื่อรองรับการพัฒนาเด็กทั้งระยะสั้นและระยะยาวว่า สมรรถนะของนักศึกษาครูปฐมวัยต้องแสดงให้เห็นถึงการใช้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กในการสร้างสรรค์สุขภาพเด็ก ทั้งร่างกายและจิตใจ สนใจความปลอดภัยของเด็ก ใส่ใจและยอมรับสภาวะของเด็กแต่ละบุคคล พร้อมสนับสนุน

ที่จะให้เด็กเรียนรู้ รวมถึงความสามารถในการสร้างบรรยากาศท้าทายการเรียนรู้ให้กับเด็กปฐมวัยทุกคน กล่าวคือ

1. ครูต้องสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่มีสุขภาพอย่างมีความรู้และทักษะตระหนักถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็ก ความปลอดภัย ความมั่นใจ
2. แสดงความนับถือเด็กในแง่ของวัฒนธรรม ภาษาบ้าน ความแตกต่างของบุคคล บริบทของครอบครัวและชุมชน ไม่ลำเอียงหรือไม่ต่อต้าน
3. สนับสนุนการเรียนรู้ด้วยการให้เด็กพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพของการเรียนรู้แต่ละบุคคล ด้วยการแสดงให้เห็นว่ามีการใช้ศักยภาพพัฒนาการของเด็กตามวัยในการเรียนจากประสบการณ์และการเล่นอย่างมีความหมาย
4. สามารถจัดสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ด้วยการใช้ความรู้ ทฤษฎีและวิจัยมาประยุกต์ใช้กับเด็กที่มีความแตกต่างกันด้านครอบครัว

ทั้งนี้หลักสูตรการผลิตครูศึกษาปฐมวัย ต้องมีปัจจัยสำคัญที่เกื้อหนุนให้การพัฒนาหลักสูตรมีความชัดเจน มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการศึกษาในระดับปฐมวัย ดังที่ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2545 : 29) ได้กล่าวถึงแนวทางการพัฒนาการศึกษาปฐมวัยไทยให้มีคุณภาพว่า การปฏิรูปการศึกษาปฐมวัยควรต้องจัดทำอย่างเป็นระบบ ทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนา ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ และต้องกำหนดมาตรฐานให้ชัดเจน มีการพัฒนาหลักสูตรครูศึกษาปฐมวัยที่แสดงถึงความเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพ โดยโครงสร้างของหลักสูตรครูศึกษาปฐมวัยที่สำคัญควรประกอบด้วย

1. สาระสำคัญของหลักสูตรที่ต้องเน้นความรู้ความเข้าใจพัฒนาการเด็ก เด็กผิดปกติ รวมถึงการศึกษาสำหรับผู้ปกครอง การสร้างความมีส่วนร่วมกับชุมชน การเข้าถึงวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตชุมชน
2. การฝึกปฏิบัติการวิชาชีพต้องแสดงให้เห็นถึงการฝึกโดยใช้ความรู้และทักษะวิชาชีพที่ผู้เรียนต้องแสดงสมรรถนะ การใช้ทักษะทางกาย การใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์อย่างเข้าใจ กระบวนการเรียนรู้วัฒนธรรม และภาษา การพัฒนาเด็กด้านการเรียนรู้และอ่านคัดเขียนอย่างบูรณาการ
3. ขอบเขตของหลักสูตรต้องครอบคลุมการเรียนรู้ ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ขวบ โดยสาระเฉพาะทางกำหนดให้เป็นวิชาเลือก เช่น วิทยากร วิทยะตะ หรือวิทยอนุบาล เป็นต้น ทั้งนี้ในทุกหลักสูตรผู้เรียนครู ควรจะได้เรียนรู้การจัดประสบการณ์เชิงวิชาการสำหรับเด็กด้วย เช่น วิทยาศาสตร์ สังคมศึกษา คณิตศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนครูได้เรียนรู้ และเข้าใจแก่นแท้ของการวางประสบการณ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับเด็ก ซึ่งหลักสูตรครูศึกษาปฐมวัยต้องแสดงความลุ่มลึกในการเรียนดังกล่าวด้วย
4. การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรครูศึกษาปฐมวัยควรต้องเน้นให้ผู้เรียนครู เรียนรู้วิธีเรียน โดยให้ผู้เรียนฝึกใช้แหล่งวิจัยเป็นฐานของการศึกษาและทำงาน ซึ่งหมายความว่า ผู้เรียนต้องมีแหล่งวิทยาการสำหรับค้นคว้าอย่างเพียงพอ ทั้งที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ แหล่งที่มีใช้สื่อสิ่งพิมพ์ เว็บไซต์ และผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน

สรุปได้ว่า องค์ประกอบด้านบุคลากรด้านการเรียนร่วม โดยเฉพาะครูและหลักสูตรที่จะผลิตบัณฑิตสายครุศึกษา มีความสำคัญและจำเป็นยิ่งที่จะส่งผลให้การดำเนินการจัดการศึกษาเรียนร่วมให้ประสบผลสำเร็จได้ดียิ่ง เริ่มต้นตั้งแต่หลักสูตรครูศึกษาปฐมวัยซึ่งทำหน้าที่ผลิตบุคลากรปฐมวัย ควรมีคุณภาพได้

มาตรฐานและพัฒนาอย่างมีความหมาย มีกรอบมาตรฐานที่ครอบคลุมถึงการจัดการศึกษาแบบเรียนร่วม จนถึงมีบุคลากรทางการเรียนร่วมที่มีประสิทธิภาพสามารถจัดการเรียนการสอนตามบริบทของสังคม สามารถรังสรรค์งานในบทบาทหน้าที่ของตนที่ได้รับมอบหมาย เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาศักยภาพของเด็กแต่ละคน และเป้าหมายของการปฏิรูปการศึกษาต่อไป

จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเรียนร่วม ช่างต้น สรุปได้ว่า การที่นำเด็กที่มีความบกพร่อง มีความต้องการพิเศษหรือด้อยโอกาส เข้ามาเรียนร่วมในโรงเรียนเดียวกับเด็กปกติ ส่งผลให้เด็กมีการเรียนรู้ในการใช้ชีวิต การปรับตัว การอยู่ในสังคมแวดล้อมร่วมกัน สิ่งที่สำคัญที่จะต้องคำนึงถึงคือ ความแตกต่างระหว่างบุคคลของเด็ก รูปแบบของการเรียนร่วมที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน จะทำให้เด็กดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเป็นสุขและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ กันยา จันทน์ใจวงศ์ (2546) เกี่ยวกับการจัดการศึกษาจัดการเรียนร่วมของเด็กที่มีความต้องการพิเศษในระดับอนุบาล ระบุว่า โรงเรียนที่มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษเข้ามาเรียนร่วมในโรงเรียนนั้น จะต้องมีการเตรียมความพร้อมและกระตุ้นพัฒนาการด้านต่างๆ โดยโรงเรียนจะต้องมีการเตรียมการในด้านบุคลากร อาคารสถานที่ และงบประมาณ รวมถึงในด้านของการจัดกิจกรรมและการประเมินผลการเรียนร่วม ในส่วนของหลักสูตรครูศึกษาปฐมวัย ก็มีความสำคัญยิ่งที่จะผลิตบุคลากรปฐมวัย เพื่อปฏิบัติหน้าที่ มีส่วนร่วม เพื่อที่จะทำให้การจัดการเรียนร่วมในโรงเรียนบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยได้ค้นคว้าทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. งานวิจัยในต่างประเทศ

ไพร์ซ์ และคนอื่นๆ (Price and others 1985 : 107 – 109) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในระดับต้นและระดับปลายเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อและแหล่งข้อมูลที่นักเรียนได้รับรู้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน เป็นนักเรียนชาย 118 คน นักเรียนหญิง 132 คน มีอายุระหว่าง 16 – 19 ปี พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ไม่กังวลเกี่ยวกับการติดโรคเอดส์และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ค่อนข้างจำกัด นักเรียนชายมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากกว่านักเรียนหญิง แหล่งข้อมูลข่าวสารที่นักเรียนได้รับเกี่ยวกับโรคเอดส์ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสารและวิทยุ ส่วนโรงเรียนเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อยที่สุด

เฟลตแมน (Fledman. 1989 : 458 – 460) ได้ศึกษาเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของอาจารย์และนักศึกษาแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ทั้งอาจารย์และนักศึกษาแพทย์มีความกลัวต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ และมีเจตคติด้านลบกับผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกันเพียงเล็กน้อย โดยกลุ่มนักศึกษาแพทย์มีความกลัวและความวิตกกังวล กลัวการติดเชื้อโรคเอดส์ และปฏิเสธที่จะให้การรักษากว่าในกลุ่มอาจารย์คือ ร้อยละ 49.7 ส่วนในกลุ่มอาจารย์ ร้อยละ 39.1 ในกลุ่มนักศึกษาให้ความเห็นว่าผู้ป่วยทุกคนที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลควรได้รับการตรวจหาเชื้อเอดส์ทุกรายด้วย

ซีเกล และคนอื่นๆ (Siegel and others. 1991 : 160 – 165) ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาระดับปลาย ในเขตเมือง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,967 คน อายุเฉลี่ย 11 – 16 ปี ร้อยละ 48 เป็นชาย ร้อยละ 33 เป็นชาวเชื้อสายเอเชีย ร้อยละ 31 เป็นชาวเชื้อสายอัฟริกา-อเมริกา ร้อยละ 24 เป็นชาวเชื้อสายลาติน และร้อยละ 5 เป็นคนผิวขาว ชาวอัฟริกา-อเมริกา มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากกว่าชาวเชื้อสายเอเชีย ชาวเชื้อสายลาตินและชาวผิวขาว เด็กนักเรียนส่วนใหญ่ ต้องการได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคเอดส์ในโรงเรียน ซึ่งนักเรียนยังมีความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับสาเหตุ และการติดต่อของโรคเอดส์ โดยเชื่อว่า นักเรียนที่เป็นโรคเอดส์ไม่ควรเรียนร่วมในโรงเรียนเดียวกันกับนักเรียนปกติ นักเรียนบางส่วนมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ ดื่มสุรา และใช้ยาเสพติด เพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง ด้านเพศสัมพันธ์ มีความเชื่อว่าควรใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์

ไทเลอร์ (Tyler. 1996) ได้ศึกษา การวัดความรู้เรื่องเอดส์ การยอมรับคนที่มีเชื้อเอดส์และการรับรู้ ความเสี่ยงของ HIV ในเด็กเกรดห้า นักเรียนเกรดห้าจำนวน 61 คน ได้เข้าร่วมในการศึกษาค้นคว้าเพื่อจะค้นหาว่ามีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เรื่องเอดส์ ปฏิบัติต่อกันที่มีเชื้อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของเอดส์และ HIV ก่อนและหลังโปรแกรมการศึกษาเรื่องเอดส์และ HIV การตอบสนองในการวัดให้ตอบคำถามประเภทใช่หรือไม่ใช่สามข้อ ก่อนโปรแกรม ทันทีหลังโปรแกรมและหนึ่งเดือนหลังโปรแกรม ได้ค้นพบว่านักเรียนมีการเพิ่มความรู้ การยอมรับ และความกังวลต่อโรคเอดส์เกิดขึ้น การวิจัยครั้งนี้ยังได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการศึกษาเรื่องเอดส์อีกด้วย การทดสอบหลังจากโปรแกรมหนึ่งเดือนบ่งชี้ให้เห็นว่านักเรียนยังคงมีความรู้และมีการยอมรับต่อคนที่ติดเชื้อ แต่มีความกังวลเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปและพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศและเชื้อชาติ เกี่ยวกับการศึกษาเรื่องเอดส์และความรู้ทั่วไปเรื่องความสนใจในการเรียนรู้เกี่ยวกับเอดส์ ส่วนมากนักเรียนจะรู้สึกว่าคุณค่า ควรจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับเอดส์และอยากจะเรียนรู้มากขึ้นกว่านี้

ทูมีย์ (Twomey. 1997) ได้ศึกษา ผลของการให้การศึกษาร้อยโรคเอดส์ที่มีต่อความรู้ ทศนคติ และ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเด็กวัยรุ่นเกรดเจ็ดและแปด เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีโอกาสเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์มาก และโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่ได้ การป้องกันจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่สุดสำหรับวัยรุ่น ขณะเดียวกันการให้การศึกษาก็นับได้ว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน โดยทำการศึกษากลุ่มทดลองจำนวน 82 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 89 คน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องของความรู้สำหรับกลุ่มทดลอง แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ ความเชื่อหรือความคิดอื่นๆ การให้การศึกษเป็นเวลานานหนึ่ง ชั่วโมงนั้นไม่มีผลกระทบเพียงแค่เปลี่ยนความรู้เท่านั้น

2. งานวิจัยในประเทศ

เมธินี ตั้งตรงไพโรจน์ (2534 : 62 – 63) ทำการศึกษาเรื่องความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตรและวิทยาเขตบางเขน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นิสิตชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 246 คน ผลการศึกษพบว่านิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตรและวิทยาเขตบางเขน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์พอใช้ นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตรและวิทยาเขตบางเขน มีเจตคติต่อโรคเอดส์อยู่ในระดับดี ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตรและวิทยาเขตบางเขน ไม่แตกต่างกัน

สมนธ์ รัตนรังสิกุล (2534 : 79 - 80) ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา สังกัดกรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โดยศึกษาจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 จำนวน 3,681 คน เป็นชาย 2,910 คน เป็นหญิง 771 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาอยู่ในระดับดี นักศึกษาชายกับนักศึกษาหญิงมีการรับรู้ด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาหญิงมีเจตคติดีกว่านักศึกษาชาย ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ นักศึกษาชายดีกว่านักศึกษาหญิง นักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงมีการรับรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

จิราภรณ์ อินทร์พรหม (2535 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้บริหารสถานศึกษาและครูอนามัยโรงเรียนประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน 400 คน และครูอนามัยโรงเรียน 400 คน จากโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 8 โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้บริหารโรงเรียนมีความรู้ในระดับสูง และครูอนามัยโรงเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง ทั้งผู้บริหารและครูอนามัยโรงเรียนมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยครูอนามัยมีความรู้ดีกว่าผู้บริหารโรงเรียน ผู้บริหารมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี และครูอนามัยโรงเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี ทั้งผู้บริหารและครูอนามัยโรงเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้บริหารมีการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี และครูอนามัยโรงเรียนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี ทั้งผู้บริหารและครูอนามัยโรงเรียนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มงคล เชษฐศาสตร์ (2536 : 50 - 54) ทำการศึกษา สํารวจเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย จำนวน 287 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ส่วนมากมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.64 และ 85.71 ตามลำดับ สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ส่วนมากมีทัศนคติอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 69.11 และ 89.29 ตามลำดับ สำหรับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 75

สุรศักดิ์ จันทร์ทองสุข (2536 : 37 - 40) ทำการศึกษาความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดสมุทรสาคร จากกลุ่มตัวอย่าง 236 คน พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.9 มีอายุระหว่าง 17 - 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 92.8 จากการประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี และการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คงพร คงชาติ (2537 : 120 - 130) ทำการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในจังหวัดสุพรรณบุรีและกรุงเทพมหานครเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสุพรรณบุรีและกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 374 คน และกรุงเทพมหานคร 802 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัด

สุพรรณบุรี และกรุงเทพมหานคร มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสุพรรณบุรีมีทัศนคติต่อโรคเอดส์แตกต่างกัน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานครมีทัศนคติต่อโรคเอดส์แตกต่างกัน

เสถียร นนทปัญญา (2537 : 69 - 73) ทำการศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนโรงเรียนเทคนิคพิชยการอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 59.37 มีทัศนคติระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.64 การปฏิบัติตนอยู่ในระดับค่อนข้างดี เพศ สาขาวิชา อาชีพของบิดามารดาที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อความรู้และทัศนคติของนักเรียน

ดวงแข จงเจริญ (2540 : 90 - 91) ได้ศึกษาทัศนคติของนักศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายวิธีเรียนทางไกลที่มีต่อโรคเอดส์ ในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า นักศึกษามีทัศนคติต่อโรคเอดส์ ด้านความรู้ ความรู้สึก และด้านแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรม อยู่ในระดับดีและยังพบว่า นักศึกษาเพศชายและหญิงมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ด้านความรู้ ความรู้สึก และด้านแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาชาย มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ดีกว่านักศึกษาหญิง

จุฑา ดาวเรืองเวชดิษฐ์ (2540 : 128 - 129) ทำการศึกษาทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ของนิสิตชาย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร งานวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษา ความเชื่อ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ของนิสิตชาย ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ คือ นิสิตชาย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ปีการศึกษา 2537 4 ชั้นปี จาก 8 คณะ จำนวน 362 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการประกอบพฤติกรรม บางด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มนิสิตชายที่มีคะแนนสังกัด หรือระดับชั้นปีที่ศึกษา แตกต่างกัน ส่วนทัศนคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรม ในกลุ่มนิสิตชายที่มีคะแนนที่สังกัดแตกต่างกัน แต่ไม่แตกต่างกันในกลุ่มนิสิตชายที่มีระดับชั้นปีแตกต่างกัน ความเชื่อทัศนคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ระหว่างกลุ่มนิสิตชายที่มีความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูงกับกลุ่มที่มีความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ต่ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภาพรพรรณ เป็ลิ้นแก้ว (2540 : 104) ทำการศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาล สังกัดกองบัญชาการศึกษา กรมตำรวจโดยมุ่งศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนพลตำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 242 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาล มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลาง มีเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในระดับปานกลาง นักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาลที่มีอายุต่างกัน วุฒิก่อนเข้ารับการศึกษามีอายุต่างกัน โรงเรียนตำรวจนครบาลต่างกัน อาชีพก่อนเข้ารับการศึกษามีอายุต่างกัน ฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน และนักเรียนพลตำรวจที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน แต่มีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียน

ผลการวิจัยที่มีภูมิปัญญาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

เกียรติคุณ เฝ้าทรงฤทธิ์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาการได้รับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ในชุมชนเพื่อหาการได้รับตามความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์และปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมตลอดจนปัจจัยด้านความเจ็บป่วยและการมีเครือข่ายระดับความช่วยเหลือทางสังคมที่มีต่อการได้รับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีจำนวน 130 คน ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับตามความต้องการ ของผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ การเคยป่วยหนักของผู้ติดเชื้อเอดส์ ความสามารถในการปฏิบัติการกิจสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันและการมีเครือข่ายระดับความช่วยเหลือทางสังคม สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างอำเภอในการได้รับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ในแต่ละด้าน พบผู้ติดเชื้อเอดส์ในแต่ละอำเภอได้รับตามความต้องการในการเกื้อหนุนจากสังคมแตกต่างกัน

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า รัฐได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคเอดส์ โดยจัดให้มีแผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาโรคเอดส์เป็น ปัญหาที่มีความรุนแรง มีการระบาดของโรค ส่งผลให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว การติดต่อของโรค การแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันนี้มากกว่าร้อยละ 2 ของหญิงที่มาฝากครรภ์ทั่วประเทศ ตรวจพบว่าติดเชื้อเอดส์ ทำให้เด็ก ๆ จะต้องได้รับผลกระทบ จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นี้อย่างรุนแรง โดยเฉพาะเด็กในครรภ์ที่แม่ติดเชื้อเอชไอวี มีความเสี่ยงโดยตรงที่จะติดเชื้อ จากแม่ (วิสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และคณะ. 2539 : 1) เมื่อเด็กเข้าสู่ระบบการศึกษาในโรงเรียน ส่งผลให้ในชั้นเรียนมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ โดยมีครูประจำชั้นเป็นผู้ดูแลและให้การศึกษาแก่เด็ก ครูที่อยู่ในโรงเรียนเรียนร่วมกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องสัมผัสกับโรคเอดส์โดยตรงจากเด็ก ทำให้ครูเกิดความหวาดกลัว ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่ครูยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในบางประเด็น สอดคล้องกับผลงานวิจัยของทัดดาว ลอโรจน์วงศ์ และคณะ (2539) ที่ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภาคเหนือต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และการอยู่ร่วมกันในสังคม ผลการศึกษพบว่า กลุ่มของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ส่วนใหญ่ ยังมีความรู้ ความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเรื่องเกี่ยวกับอาการและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จากประเด็นดังกล่าว อาจผูกพันกับทัศนคติของบุคคลด้วย เมื่อกล่าวถึงเรื่องทัศนคติ ซึ่งเป็นความเชื่อ ความรู้สึกและแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจของบุคคล ในส่วนของครูระดับก่อนประถมศึกษา ภาคเหนือที่ปฏิบัติการสอนในชั้นเรียนที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมาเรียนร่วม นั้น เป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็ก และต้องสัมผัสกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรด้าน ประสพการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม ของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยติดเชื้อเอชไอวี มีรายละเอียดในการศึกษาค้นคว้าตามลำดับ ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรคือครูระดับก่อนประถมศึกษาที่สอนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการศึกษาแห่งชาติในเขตภาคเหนือ เฉพาะจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงรายที่ปฏิบัติการสอนในชั้นเรียนที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นครูระดับก่อนประถมศึกษาที่ปฏิบัติการสอนในชั้นเรียนที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ ในเขตภาคเหนือ เฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย ที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ ได้ทั้งหมด 132 โรงเรียน โดยแต่ละโรงเรียนจะสุ่มครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มาระดับชั้นละ 1 คน โดยโรงเรียนที่มีครูประจำคนละ 1 ชั้นเรียน จะใช้ทั้งหมด รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 264 คน โดยมีรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนครูระดับก่อนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดภาคเหนือที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมในชั้นเรียน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามจังหวัดและอำเภอ

จังหวัด/อำเภอ	จำนวนโรงเรียนที่มีเด็กปฐมวัยเรียนร่วมในชั้นเรียนกับเด็กปกติ	จำนวนครูระดับก่อนประถมศึกษาที่ปฏิบัติการสอนเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี (อนุบาล 1 และอนุบาล 2 ชั้นละ 1 คน)
1. จังหวัดเชียงใหม่		
1.1 อำเภอแม่แตง	19	38
1.2 อำเภอสันป่าตอง	16	32
1.3 อำเภอพร้าว	15	30
1.4 อำเภอหางดง	8	16
2. จังหวัดเชียงราย		
2.1 อำเภอพาน	20	40
2.2 อำเภอแม่จัน	19	38
2.3 อำเภอเมือง	18	36
2.4 อำเภอพญาเม็งราย	17	34
รวม	132	264

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานของครูระดับก่อนประถมศึกษา ได้แก่ ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม บุคคลแวดล้อม และวิธีการเรียนรู้โรคเอดส์ ลักษณะของคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 ทัศนคติด้านความรู้เชิงประเมิณเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert)

ตอนที่ 3 ทัศนคติด้านความรู้สึกของครูที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert)

ตอนที่ 4 ทัศนคติด้านการแสดงพฤติกรรมของครูต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถาม 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert)

วิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามวัดทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือ ที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและโรคเอดส์ การสร้างแบบสอบถาม คู่มือวิจัยทางการศึกษา เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ
2. ศึกษาวิธีสร้างเครื่องมือ ซึ่งเป็นแบบสอบถามตามแบบของลิเคิร์ท (Likert)
3. นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามให้มีเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยทุกด้าน โดยกำหนดแบบสอบถามเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานของครูผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม บุคคลแวดล้อม และวิธีการเรียนรู้โรคเอดส์

ตอนที่ 2 ความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 3 ความรู้สึกของครูที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 4 การแสดงพฤติกรรมของครูต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบสอบถามตอนที่ 2 ตอนที่ 3 และตอนที่ 4 มีเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ดังนี้

เมื่อเป็นข้อความเชิงบวก				เมื่อข้อความ เป็นลบ			
มากที่สุด	ให้	5	คะแนน	ให้	1	คะแนน	
มาก	ให้	4	คะแนน	ให้	2	คะแนน	
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน	ให้	3	คะแนน	
น้อย	ให้	2	คะแนน	ให้	4	คะแนน	
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน	ให้	5	คะแนน	

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

การแปลความหมายคะแนนแบบสอบถามตอนที่ 2 ความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ตอนที่ 3 ความรู้สึกของครูที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี และตอนที่ 4 การแสดงพฤติกรรมของครูต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 100)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.51 ถึง 5.00	มีทัศนคติในระดับดีมาก
3.51 ถึง 4.50	มีทัศนคติในระดับดี
2.51 ถึง 3.50	มีทัศนคติในระดับปานกลาง
1.51 ถึง 2.50	มีทัศนคติในระดับไม่ดี
1.00 ถึง 1.50	มีทัศนคติในระดับไม่ดีมาก

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือ

1. สร้างแบบสอบถามฉบับร่างให้ครอบคลุมเรื่องทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความรู้เชิงประเมิณเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้สึกรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรมของครูต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จากเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษามา จำนวนทั้งสิ้น 60 ข้อ

2. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนอประธาน และกรรมการผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและให้คำแนะนำ

3. นำแบบสอบถามฉบับร่างเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบข้อคำถามและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการศึกษาปฐมวัย(ที่มีการเรียนร่วม) ด้านจิตวิทยา และด้านโรคเอดส์หรือสุขศึกษา ด้านละ 1 ท่าน ดังนี้

- | | |
|----------------------------------|---|
| 3.1 อาจารย์ ดร.พาสนา จุลรัตน์ | อาจารย์ประจำภาควิชาแนะแนวและ
จิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3.2 อาจารย์ครองศักดิ์ ณะชัยพันธ์ | ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านสันโค้งฯ
สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมืองเชียงราย |
| 3.3 นางรัตนา บรรณาธรรม | นักวิชาการสุขศึกษา 7 กองป้องกันและบำบัด
การติดยาเสพติด กรุงเทพมหานคร |

4. นำแบบสอบถามที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เกณฑ์การตัดสิน ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 คน จากแบบสอบถามทั้งหมด 60 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยทั้งหมด โดยผู้เชี่ยวชาญให้ปรับปรุงการใช้คำ บางข้อคำถามให้กระชับรัดกุม ใช้ภาษาให้ชัดเจน ได้แก่ ตอนที่ 2 ข้อที่ 2,4,5,7,9,11,15,16,17,18 ตอนที่ 3 ข้อที่ 15,19,20 และตอนที่ 4 ข้อที่ 1,8,11,15,16,17,18

5. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try – out) กับครูผู้สอนระดับก่อนประถมศึกษา จำนวน 50 คน มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach) (ลัวัน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 200) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

6. แก้ไขคำผิดของแบบสอบถามในบางส่วนอีกครั้งหนึ่ง และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง โดยมีลักษณะของข้อคำถามจำแนกได้ดังตาราง 2

ตาราง 2 รายการแบบสอบถาม จำแนกตามลักษณะข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

รายการข้อคำถามแต่ละระดับ	ข้อที่เป็นเชิงบวก	ข้อที่เป็นเชิงลบ	รวมจำนวนข้อ
1. ความรู้เชิงประเมิณเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี	1,2,6,8,10,13,15,16,18 รวม 9 ข้อ	3,4,5,7,9,11,12,14,17,19,20 รวม 11 ข้อ	20
2. ความรู้สึกรู้สีกของครูที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี	11,14,19,20,17 รวม 5 ข้อ	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,15,16,18 รวม 15 ข้อ	20
3. การแสดงพฤติกรรมของครูต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี	1,3,5,6,7,8,9,11,13,15,19,20 รวม 12 ข้อ	2,4,10,12,14,16,17,18 รวม 8 ข้อ	20
รวม (ข้อ)	26	34	60

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ไปยังสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงใหม่และสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย เพื่อขอข้อมูลเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนครูและโรงเรียนที่จัดการเรียนแบบเรียนร่วมในชั้นเรียนที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ และความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ไปเสนอหัวหน้าสถานศึกษาที่ผู้วิจัยใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการวิจัยด้วยตนเอง ซึ่งเป็นโรงเรียนในสังกัด สปจ.เชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วยสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอแม่แตง อำเภอพร้าว อำเภอสันป่าตอง และอำเภอหางดง โรงเรียนในสังกัด สปจ.เชียงราย ซึ่งประกอบด้วยสำนักงานการประถมศึกษาเกอพาน อำเภอแม่จัน อำเภอเมือง และอำเภอพญาเม็งราย โดยมีหนังสือขอความร่วมมือจากสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และผู้วิจัยเป็นผู้เก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเองทั้งหมด

3. เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 11 มิถุนายน 2546 ถึงวันที่ 18 กรกฎาคม 2546 จำนวน 264 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืนกลับมา 252 ฉบับ เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องได้แล้ว จำนวน 251 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.07

4. นำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตรวจสอบความแตกต่างของข้อมูลต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ดังนี้

1. ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานของครูผู้ตอบแบบสอบถามหรือข้อมูลส่วนตัวของครูผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ เสนอเป็นตารางประกอบความเรียง
2. ข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิณ ความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรม จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม บุคคลแวดล้อม และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มครู วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544 : 36)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
 n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมด

1.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544 : 65)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
 n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมด

2. สถิติวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 200)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
 n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 S_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
 S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนของ
 แบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one way Analysis of variance) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 236)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป
 MS_b แทน ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
 MS_w แทน ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแล้ว ตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีเชฟเฟ (Sheffe) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 248 อ้างอิงจาก Byrkit 2nd ed. 1975 : 276-277)

$$CV_d = \sqrt{(k-1)(F^*)(MS_{\text{within}})(2/n)}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 F^* แทน ค่า F ที่เปิดจากตาราง
 MS_{within} แทน ค่า Mean square within group
 n แทน จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อความหมาย การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าเฉลี่ยที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าเฉลี่ยที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
SS	แทน	ค่าผลรวมกำลังสองของคะแนน (Sum of Squares)
MS	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของผลรวมกำลังสองของคะแนน (Mean Squares)
df	แทน	ระดับความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของครูกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบระดับทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบระดับทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานของครูผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานของครูระดับก่อนประถมศึกษา จำแนกตาม ประสบการณ์ที่ได้รับ การอบรม บุคคลแวดล้อม และวิธีการเรียนรู้โรคเอดส์ของครู โดยคิดเป็น ความถี่ และร้อยละ ดังปรากฏใน ตาราง 3 และตาราง 4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของสถานภาพของครูผู้ตอบแบบสอบถาม

สถานภาพของครูผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (N=251)	ร้อยละ
ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์		
1. ไม่เคยได้รับการอบรมเลย	114	45.40
2. เคยได้รับการอบรมถึงปัจจุบัน 1 – 2 ครั้ง	95	37.80
3. เคยได้รับการอบรมถึงปัจจุบัน จำนวนมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	42	16.70
มีหรือเคยรู้จักบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์		
1. ญาติ	116	46.20
2. คนใกล้ชิด	20	8.0
3. เพื่อน	50	19.90
4. อื่นๆ ได้แก่ นักเรียน ผู้ปกครองนักเรียน ครูในโรงเรียนเดียวกัน	52	20.70
ไม่มีหรือไม่เคยรู้จักบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์	13	5.20

จากตาราง 3 จะเห็นว่า ครูจำนวน ร้อยละ 45.40 ไม่เคยได้รับการอบรมโรคเอดส์ และจำนวน ร้อยละ 54.50 เคยได้รับการอบรมโรคเอดส์ ครูจำนวน สูงสุด ร้อยละ 46.20 มีญาติที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ และจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 5.20 ไม่มีบุคคลแวดล้อมที่ป่วยเป็นโรคเอดส์

ตาราง 4 ความถี่และอันดับของครูผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามวิธีการเรียนรู้โรคเอดส์

สถานภาพของครูผู้ตอบแบบสอบถาม	ความถี่	อันดับ
วิธีการเรียนรู้โรคเอดส์ของครูที่นอกเหนือ		
จากการได้รับการอบรม		
1. การบรรยาย	58	4
2. สันทนา	165	1
3. ดูงาน	74	2
4. ประชุมสัมมนา	68	3
5. อื่นๆ ได้แก่ สื่อต่างๆ	51	5

จากตาราง 4 พบว่า ครูผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวนสูงสุด ร้อยละ 65.70 ได้สนทนา พูดคุย เรื่องโรคเอดส์และการเรียนรู้ร่วมของเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเพื่อนครูในกลุ่มโรงเรียน และครูจำนวน น้อยที่สุด ร้อยละ 20.30 ที่ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากแหล่งอื่นๆ เช่น สื่อ

ตอนที่ 2 ระดับทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี
วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

ทัศนคติ	N	$\bar{X}$	S	ระดับทัศนคติ
1. ด้านความรู้เชิงประเมิน	251	2.84	.43	ปานกลาง
2. ด้านความรู้สึก	251	3.00	.36	ปานกลาง
3. ด้านการแสดงพฤติกรรม	251	3.31	.49	ปานกลาง
รวม	251	3.05	.42	ปานกลาง

จากตาราง 5 จะเห็นว่า โดยเฉลี่ยแล้วทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ทุกด้านได้แก่ ด้านความรู้เชิงประเมิน ด้านความรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.05$)

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิน

ข้อ	ทัศนคติด้านความรู้เชิงประเมิน	$\bar{X}$	S	ระดับทัศนคติ
1.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่เชื้อไปสู่คนรอบข้างได้ ถ้าหากครูหรือผู้ดูแลขาดความระมัดระวังและมีการดูแลที่ไม่ถูกต้อง	3.50	1.20	ปานกลาง
2.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะร้องไห้ งอแง หงุดหงิด และอารมณ์แปรปรวนง่าย ทำให้ผู้ที่ดูแลต้องใส่ใจและอดทนมากเป็นพิเศษ	2.88	1.28	ปานกลาง
3.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีแม่ไม่แสดงอาการก็ถือว่าเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ทำให้ครูต้องมีการควบคุมและจำกัดพื้นที่ในโรงเรียน	2.06	1.10	ไม่ดี
4.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีผื่นหรือตุ่มขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สัมผัสสามารถติดโรคได้	2.71	1.18	ปานกลาง
5.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะเล่นซุกซน เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป ดังนั้นเด็กมีโอกาสจะเกิดบาดแผลและแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	3.38	1.21	ปานกลาง
6.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักมีอาการอุจจาระร่วงทำให้ครูต้องพาเด็กไปห้องน้ำและทำความสะอาดให้ โดยใช้ถุงมือยางด้วย	3.29	1.37	ปานกลาง
7.	การแพร่เชื้อของเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กปกติอาจบุคลลรอบข้างติดเชื่อได้ง่ายเหมือนโรคติดต่อทั่วๆ ไป	2.35	1.14	ไม่ดี
8.	การจัดการเรียนร่วมให้เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กปกติ ทำให้ครูมีโอกาสดูแลและช่วยเหลือเด็กติดเชื้อและด้อยโอกาส	3.79	1.06	ดี
9.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะมีอาการเบื่ออาหาร ไม่ยอมดื่มนม ซึ่งเป็นปัญหาและส่งผลให้ครูต้องเตรียมอาหารเฉพาะ	3.46	1.11	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อ	ทัศนคติด้านความรู้เชิงประเมิน	$\bar{X}$	S	ระดับทัศนคติ
10.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีลักษณะ หงอยเหงา และไม่คอยสบาย ทำให้ผู้ที่ดูแลต้องคอยเอาใจใส่ ดูแลตลอดเวลา	3.24	1.83	ปานกลาง
11.	เพื่อเป็นการป้องกันการติดต่อโรคจากเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ดังนั้นครูจะต้องทำความสะอาดของเล่นของใช้และอุปกรณ์ในชั้นเรียนทุกครั้งหลังจากให้เด็กเล่น	2.43	1.13	ไม่ดี
12.	โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง เป็นแล้วต้องตายทุกราย รวมถึงเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้บุคคลรอบข้างไม่อยากเข้าใกล้	3.14	1.22	ปานกลาง
13.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าเด็กทั่วไป ทำให้ครูต้องดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ	3.74	1.13	ดี
14.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ทำให้ผู้ที่ดูแลเด็ก เกิดการสูญเสียในการดูแล	2.12	1.10	ไม่ดี
15.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีใบรับรองจากแพทย์ว่าปลอดภัย เพื่อให้ผู้ดูแลเด็ก เกิดความสบายใจ	2.96	1.34	ปานกลาง
16.	ถ้าหากจะให้เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี มาเรียนร่วมกับเด็กปกติในชั้นเรียนควรมีพยาบาลหรือผู้ดูแลเป็นพิเศษด้วยเพราะจะช่วยแบ่งเบาภาระครูและทำให้ครูเกิดความสบายใจ	2.53	1.35	ปานกลาง
17.	เพื่อเป็นการป้องกันการติดต่อจากปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ครูจำเป็นต้องแต่งกายมิดชิด รัดกุม	2.11	1.02	ไม่ดี
18.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักเป็นคนพูดน้อย กลัวคนแปลกหน้า ขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก ครูต้องให้การเสริมแรงและให้กำลังใจเด็ก	3.03	1.40	ปานกลาง
19.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะแพร่เชื้อสู่คนรอบข้างได้ ทำให้ครูอาจจะต้องแยกอุปกรณ์ของใช้ ของเล่นระหว่างเด็กปกติและเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อ	2.22	1.07	ไม่ดี

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อ	ทัศนคติด้านความรู้เชิงประเมิน	$\bar{X}$	S	ระดับทัศนคติ
20.	โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงถึงชีวิต ส่งผลให้ครูอาจจะต้องจำกัดพื้นที่ในการเล่น การอยู่ร่วมของเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กอื่นในชั้นเรียนไว้ต่างหาก	2.04	.99	ไม่ดี
	รวม	2.84	.43	ปานกลาง

จากตาราง 6 จะเห็นว่า โดยเฉลี่ยแล้ว ครูระดับก่อนประถมศึกษา มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อรายการที่ครูแสดงถึงการมีทัศนคติที่ดี มีเพียง 2 ข้อ คือ ข้อ 8 และ ข้อ 13 ($\bar{X} = 3.79, 3.74$) ตามลำดับ ส่วนข้อรายการที่ครูแสดงถึงการมีทัศนคติที่ไม่ดี 3 อันดับแรก คือ ข้อ 20, ข้อ 3 และข้อ 14 ($\bar{X} = 2.84, 2.88, 2.12$) ตามลำดับ

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้สึก

ข้อ	ทัศนคติด้านความรู้สึก	$\bar{X}$	S	ระดับทัศนคติ
1.	การที่เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้ข้าพเจ้าจะรู้สึกกังวลต่อการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัยจากการติดต่อของโรค	3.26	1.23	ปานกลาง
2.	บ่อยครั้งที่ข้าพเจ้าจะรู้สึกกระแวง เมื่อข้าพเจ้าสัมผัสตัวเด็กหรืออุ้มเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มักร้องไห้ งอแงเสมอๆ	2.97	1.15	ปานกลาง
3.	เมื่อข้าพเจ้าทราบว่าจะมีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีในชั้นเรียนมาเรียนร่วมกับเด็กปกติด้วยอาจจะทำให้ติดเด็กอื่นไปด้วยส่งผลให้ข้าพเจ้ารู้สึกไม่กล้ารับเด็กเข้าเรียน	2.22	1.09	ไม่ดี
4.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีผื่นหรือตุ่มขึ้นตามผิวหนังอย่างเห็นได้ชัด ข้าพเจ้าจะรู้สึกรังเกียจไม่อยากเข้าใกล้	2.41	1.11	ไม่ดี
5.	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว ในขณะที่ต้องทำแผลหรือปฐมพยาบาลให้เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดบาดแผลจากการเล่นซุกซน	2.74	1.19	ปานกลาง
6.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ชอบเลยที่ต้องพาเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ไปห้องน้ำและทำความสะอาดให้ด้วย	2.88	1.18	ปานกลาง
7.	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นภาระที่ต้องป้อนอาหารและนมให้กับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเบื่ออาหาร ไม่ยอมดื่มนม	2.48	1.14	ไม่ดี
8.	ข้าพเจ้าจะรู้สึกหงุดหงิด เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการอ่อน ต้องการให้ข้าพเจ้าดูแลเอาใจใส่ตลอดเวลา	2.44	1.06	ไม่ดี
9.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเล่นซุกซน เสื้อผ้าสกปรกเปรอะเปื้อน แล้ววิ่งเข้ามากอดข้าพเจ้า ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเพราะเกรงว่าอาจจะติดเชื้อได้	2.21	1.04	ไม่ดี
10.	ข้าพเจ้ากังวลว่าการทำหน้าที่ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยการพูดคุย และให้กำลังใจเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะการใช้เวลาการอยู่ด้วยนาน โอกาสติดเชื้ออาจมีได้	2.19	1.02	ไม่ดี
11.	ข้าพเจ้ารู้สึกสงสาร เมื่อเห็นเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความเศร้า เหนง ต้องการให้ครูดูแลอย่างใกล้ชิด	4.32	.85	ดี

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อ	ทัศนคติด้านความรู้สึก	$\bar{X}$	S	ระดับทัศนคติ
12.	ข้าพเจ้าจะทำความสะอาดของเล่นและอุปกรณ์ที่ใช้ในชั้นเรียน ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้ง เพื่อให้รู้สึกสบายใจ	2.26	1.11	ไม่ดี
13.	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวการทำงานใกล้ชิดเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ถ้าเป็นแล้วจะเสียชีวิตทุกราย	2.43	1.13	ไม่ดี
14.	การที่เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกับเด็กปกติอื่นๆ ไป ข้าพเจ้าคิดว่าเด็กอื่นอาจติดเชื้อได้ยาก	3.44	1.05	ปานกลาง
15.	ข้าพเจ้าต้องพาเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการไอหรือมีน้ำมูก ไปอยู่นอกห้องเรียน เพื่อความสบายใจและป้องกันเด็กอื่นรังเกียจ	3.61	1.00	ดี
16.	ข้าพเจ้าพอใจที่จะแยก จิ้งแยกของใช้ ของเล่นหรืออุปกรณ์ระหว่างเด็กปกติกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะเกรงว่าจะติดโรคกันได้	2.11	1.01	ไม่ดี
17.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ชอบเลย เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกเพื่อนร่วมชั้นรังแก หรือล้อเลียนว่าเป็นเด็กเอดส์	4.20	1.08	ดี
18.	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว เมื่อเพื่อนครูที่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวี มาเล่าถึงอาการป่วยระยะแสดงอาการ ของลูกศิษย์ตนเอง	3.28	1.16	ปานกลาง
19.	ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลจากหนังสือหรือฟังคนอื่นเล่า ถึงความรุนแรงและอันตรายของโรคเอดส์ ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกสงสารและนึกถึงลูกศิษย์ของตนเองที่ติดเชื้อเอชไอวี	4.42	.78	ดี
20.	เมื่อถึงเวลาเลิกเรียน ปรากฏว่ายังไม่มีผู้ปกครองมารับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของตนเอง ทำให้ข้าพเจ้าห่วงใย จึงอยู่ดูแลเด็ก ขณะที่รอผู้ปกครองมารับตามลำพัง	4.30	.84	ดี
	รวม	3.00	.36	ปานกลาง

จากตาราง 7 จะเห็นว่า โดยเฉลี่ยแล้ว ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื่อ
เอชไอวี ด้านความรู้สึก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อรายการที่ครู
แสดงถึงการมีทัศนคติที่ดี 3 อันดับแรกคือ ข้อ 19, ข้อ 11 และข้อ 20 ($\bar{X} = 4.42, 4.32, 4.30$) ตามลำดับ
ส่วนข้อรายการที่ครูแสดงถึงทัศนคติที่ไม่ดี 3 อันดับแรกคือ ข้อ 16, ข้อ 10 และข้อ 9 ($\bar{X} = 2.11, 2.19, 2.21$)
ตามลำดับ

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการแสดงพฤติกรรม

ข้อ	ทัศนคติด้านการแสดงพฤติกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับทัศนคติ
1.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการป่วย หรือ ไม่สบาย ข้าพเจ้าก็จะปฏิบัติต่อเด็กปฐมวัยเหมือนเด็กปกติ	3.98	.98	ดี
2.	ข้าพเจ้าจะเตรียมชั้นเรียนของข้าพเจ้าเกี่ยวกับการจัดแยก ของใช้ อุปกรณ์ ของเล่น เมื่อทราบว่ามีโอกาสที่จะรับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าเรียน	2.26	1.09	ไม่ดี
3.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีร้องไห้ งอแง ข้าพเจ้าจะรีบ ไปอุ้มหรือปลอบ ให้หายจากอาการเหล่านั้น	3.29	1.05	ปานกลาง
4.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีผื่นหรือตุ่มขึ้นตาม ผิวหนัง ซึ่งอาจจะทำให้ติดต่อผู้อื่นได้ เป็นผลให้ข้าพเจ้า หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้	2.47	1.02	ไม่ดี
5.	เมื่อต้องพาเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีไปห้องน้ำเพื่อถ่าย อุจจาระ ข้าพเจ้าจะต้องทำความสะอาดให้ด้วยการใส่ ถุงมือทุกครั้ง	3.27	1.34	ปานกลาง
6.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดอาการเบื่ออาหาร ไม่ยอมดื่มนม ข้าพเจ้ามักจะพูดให้เด็กเห็นว่าต้องกิน อาหารเพื่อให้หายจากโรค	3.59	1.31	ดี
7.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีบาดแผลจากการเล่น ชุกชน ข้าพเจ้า จะรีบพาไปทำแผล	3.89	1.09	ดี
8.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการเป็นไข้ ตัวร้อน ข้าพเจ้าจะรีบทำการเช็ดตัวให้ไข้ลดหรือให้ยารับประทาน	3.63	1.11	ดี
9.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดอาการอ่อน ร้องไห้ ต้องการให้ข้าพเจ้าสนใจโดยการอุ้มหรือกอด ข้าพเจ้าจะ บอกให้เด็กเงยหน้าและหาของเล่นให้เล่น	3.35	1.12	ปานกลาง
10.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเล่นชุกชน จนเสื้อผ้า เปราะเปื้อน แล้ววิ่งเข้ามากอดข้าพเจ้า ถ้าเป็นไปได้ ข้าพเจ้ามักจะหลบ	1.04	.90	ไม่ดีมาก
11.	ข้าพเจ้าจะรับขนมหรือของแบ่งจากเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อ เอชไอวีด้วยความเต็มใจเมื่อเด็กแบ่งปันให้ พร้อมกล่าว ขอบคุณให้กำลังใจเด็ก	3.92	1.10	ดี

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อ	ทัศนคติด้านการแสดงพฤติกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับทัศนคติ
12.	โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง เป็นแล้วตาย ทำให้ข้าพเจ้าไม่อยากเข้าใกล้เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี	2.02	1.02	ไม่ดี
13.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการหงอยเหงา เศร้าซึม เหม่อลอย ข้าพเจ้ามักจะชวนเด็กพูดคุยและดึงความสนใจของเด็กให้ไปเล่นของเล่นกับเพื่อนๆ	4.00	.98	ดี
14.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ไอ หรือจามและมีน้ำมูก ข้าพเจ้าจะบอกให้ไปอยู่ห่างๆ จากผู้อื่น	3.00	1.16	ปานกลาง
15.	เมื่อเด็กอื่นรังแก หรือล้อเลียนเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ข้าพเจ้าจะรีบแก้ไข โดยทำความเข้าใจและสร้างทัศนคติที่ดีของเพื่อนร่วมชั้นต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี	4.31	.92	ดี
16.	อุปกรณ์ของเล่นของใช้ หากเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีใช้หรือเล่นเสร็จแล้วข้าพเจ้าจะเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ	2.20	1.03	ไม่ดี
17.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องการที่จะเข้าไปเล่นกับเพื่อนๆ ในมุมประสบการณ์ ข้าพเจ้าจะห้ามเด็กไม่ให้เข้าไปเพราะเกรงว่าจะติดเชื้อได้	1.65	.81	ไม่ดี
18.	ข้าพเจ้ามักบอกให้พี่เลี้ยงเด็กที่ดูแลเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ระมัดระวังตนเองให้มาก	3.04	1.25	ปานกลาง
19.	ข้าพเจ้าพร้อมที่จะรอ อยู่ดูแลและเล่นด้วยกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะที่ผู้ปกครองยังไม่มารับ	4.06	.94	ดี
20.	เมื่อมีเหตุการณ์พ่อหรือแม่ของเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ข้าพเจ้าจะไปร่วมงานฌาปนกิจศพด้วย	4.35	.96	ดี
	รวม	3.31	.49	ปานกลาง

จากตาราง 8 จะเห็นว่า โดยเฉลี่ยแล้ว ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื่อ
 เอชไอวี ด้านการแสดงพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อ
 รายการที่ครูแสดงถึงการมีทัศนคติที่ดี 3 อันดับแรกคือ ข้อ 20, ข้อ 15 และ ข้อ 19 ($\bar{X} = 4.35, 4.31, 4.06$)
 ตามลำดับ ส่วนข้อรายการที่ครูแสดงถึงการมีทัศนคติที่ไม่ดี 3 อันดับแรกคือ ข้อ 10, ข้อ 17 และ ข้อ 12
 ($\bar{X} = 1.04, 1.65, 2.02$) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบระดับทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อ
เอชไอวี จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อ
เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม (N=251)

ประสบการณ์ที่ ได้รับการอบรม	ด้านความรู้เชิงประเมิณ			ด้านความรู้สึก			ด้านการแสดงพฤติกรรม		
	$\bar{X}$	S	การแปล ความหมาย	$\bar{X}$	S	การแปล ความหมาย	$\bar{X}$	S	การแปล ความหมาย
ไม่เคยได้รับ การอบรม (N=114)	2.79	.44	ปานกลาง	2.99	.36	ปานกลาง	3.28	.46	ปานกลาง
จำนวน 1 - 2 ครั้ง (N=95)	2.87	.42	ปานกลาง	3.02	.38	ปานกลาง	3.33	.49	ปานกลาง
จำนวน 3 ครั้งขึ้นไป (N=42)	2.91	.46	ปานกลาง	3.00	.32	ปานกลาง	3.36	.56	ปานกลาง
รวม	2.85	.44	ปานกลาง	3.00	.35	ปานกลาง	3.32	.50	ปานกลาง

จากตาราง 9 พบว่าครูระดับก่อนประถมศึกษาทุกกลุ่มเมื่อจำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการ
อบรมมีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิณ ด้านความรู้สึก และด้านการแสดง
พฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$, $\bar{X} = 3.00$ และ $\bar{X} = 3.32$) ตามลำดับ

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามบุคคลแวดล้อม (N=251)

บุคคลแวดล้อม	ด้านความรู้เชิงประเมิน			ด้านความรู้สึก			ด้านการแสดงพฤติกรรม		
	$\bar{X}$	S	การแปลความหมาย	$\bar{X}$	S	การแปลความหมาย	$\bar{X}$	S	การแปลความหมาย
มีบุคคลแวดล้อมที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ (N=238)	2.85	.43	ปานกลาง	3.01	.36	ปานกลาง	3.32	.48	ปานกลาง
ไม่มีบุคคลแวดล้อมที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ (N=13)	2.83	.49	ปานกลาง	2.95	.37	ปานกลาง	3.13	.57	ปานกลาง
รวม	2.84	.46	ปานกลาง	2.98	.36	ปานกลาง	3.22	.52	ปานกลาง

จากตาราง 10 พบว่า ครูระดับก่อนประถมศึกษาทั้งสองกลุ่ม เมื่อจำแนกตามบุคคลแวดล้อม มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิน ด้านความรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, $\bar{X} = 2.98$ และ $\bar{X} = 3.22$ ตามลำดับ)

ตาราง 11 การเปรียบเทียบทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายด้าน จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์ (N=251)

ทัศนคติที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
1. ด้านความรู้เชิงประเมิน	ระหว่างกลุ่ม	.557	2	.27	1.44	.23
	ภายในกลุ่ม	47.76	248	.19		
	รวม	48.31	250			
2. ด้านความรู้สึก	ระหว่างกลุ่ม	.06	2	.03	.22	.79
	ภายในกลุ่ม	33.60	248	.13		
	รวม	33.67	250			
3. ด้านการแสดงพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	.28	2	.14	.57	.56
	ภายในกลุ่ม	60.24	248	.24		
	รวม	60.52	250			

จากตาราง 11 พบว่า ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่ได้รับการอบรมความรู้โรคเอดส์ จำนวนครั้งที่แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในด้านความรู้เชิงประเมิน ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่แตกต่างกัน

ตาราง 12 การเปรียบเทียบทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายด้าน จำแนกตามบุคคลแวดล้อม (N=251)

ทัศนคติ	N	$\bar{X}$	S	t	Sig
1. ด้านความรู้เชิงประเมิน					
1.1 มีหรือเคยรู้จักบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเอดส์	238	2.85	.43	.15	.87
1.2 ไม่มีหรือไม่เคยรู้จักบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเอดส์	13	2.83	.49		
2. ด้านความรู้สึก					
2.1 มีหรือเคยรู้จักบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเอดส์	238	3.01	.36	.54	.58
2.2 ไม่มีหรือไม่เคยรู้จักบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเอดส์	13	2.95	.37		
3. ด้านการแสดงพฤติกรรม					
3.1 มีหรือเคยรู้จักบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเอดส์	238	3.32	.48	1.33	.18
3.2 ไม่มีหรือไม่เคยรู้จักบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเอดส์	13	3.13	.57		

จากตาราง 12 พบว่า ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีหรือเคยรู้จักบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเอดส์กับไม่มีหรือไม่เคยรู้จักบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้ ด้านความรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่องทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้นำสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีใน 3 ด้าน คือ
 - 1.1 ความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.2 ความรู้สึกที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.3 การแสดงพฤติกรรมต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติด้านความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือ จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม
3. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติด้านความรู้สึกที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือจำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม
4. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติด้านการแสดงพฤติกรรมที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือจำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม

สมมติฐานการวิจัย

ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมเมื่อจำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม มีความแตกต่างกัน

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างเป็นครูระดับก่อนประถมศึกษาที่ปฏิบัติการสอนในชั้นเรียนที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ ในเขตภาคเหนือ เฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย ที่มีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมกับเด็กปกติ ได้ทั้งหมด 132 โรงเรียน โดยแต่ละโรงเรียนจะสุ่มครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มาระดับชั้นละ 1 คน โดยโรงเรียนที่มีครูประจำคนละ 1 ชั้นเรียน จะใช้ทั้งหมด รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 264 คน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัย เป็นแบบสอบถามทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 60 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .80 โดยแบ่งเป็น 4 ตอน

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ใช้การหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ การวิเคราะห์หาค่าสถิติพื้นฐานในการหาร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และการหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอหนังสือขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย ขอความอนุเคราะห์ให้ออกหนังสือราชการถึงผู้บริหารโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากครูระดับก่อนประถมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 264 ฉบับ ได้รับกลับคืนมา 252 ฉบับ และคิดเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 251 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 95.07 ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 11 มิถุนายน 2546 ถึง วันที่ 18 กรกฎาคม 2546 รวม 38 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ค่าทางสถิติต่างๆ ดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานของครูผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลที่เป็นทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เชิงประเมิณ ด้านความรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การเปรียบเทียบทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้ง 3 ด้าน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติ (t – test) ในกรณีทีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (F – test) ในกรณีทีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป ถ้าพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการเปรียบเทียบรายคู่ โดยใช้วิธีการของเชฟเฟ (Sheffe)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาครูระดับก่อนประถมศึกษา จำนวน 251 คนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยพื้นฐานด้านการอบรมเรื่องโรคเอดส์จำนวน 1 ครั้งขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 137 คน (ร้อยละ 54.50) ด้านการมีหรือเคยรู้จักกับบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ มีจำนวน 238 คน (ร้อยละ 94.80) และครูส่วนใหญ่มีวิธีการเรียนรู้โรคเอดส์จากการสนทนา พูดคุยกับเพื่อนครูในกลุ่มโรงเรียน เป็นอันดับหนึ่ง (165 ราย) จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลเป็นดังนี้

1. ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยรวมและจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เชิงประเมิณ ด้านความรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง
2. การเปรียบเทียบระดับทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามตัวแปร ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม ปรากฏผล ดังนี้

2.1 ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์มีจำนวนครั้งต่างกัน มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิน ด้านความรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือไม่แตกต่างกัน

2.2 ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีบุคคลแวดล้อมที่ป่วยเป็นโรคเอดส์กับครูระดับก่อนประถมศึกษาที่ไม่มีบุคคลแวดล้อมที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมิน ด้านความรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าครูมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางและไม่แตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรมและบุคคลแวดล้อม มีประเด็นสำคัญนำมาอภิปราย ดังนี้

1. ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม ด้านความรู้เชิงประเมิน ด้านความรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายได้ว่า การที่รัฐจัดให้มีแผนป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากการป้องกันเอดส์ที่สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์นั้น สามารถให้ผลต่อประชาชนผู้รับบ้าง แต่ผู้ที่อยู่ไกลข้อมูลดังเช่นครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่อำเภอรอบนอกของจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดเชียงรายนั้น โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร การอบรมอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ครูมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับมากได้ ประการหนึ่งจากข้อมูลวิจัยพบว่า มีครู ร้อยละ 45.40 ที่ไม่ได้รับการอบรมโรคเอดส์ และจากการตอบแบบสอบถามยังพบอีกว่าครูได้รับความรู้โรคเอดส์จากการสนทนากับเพื่อนครูในกลุ่มมากที่สุด (165 ราย) ซึ่งอาจมีผลทำให้ครูมีความรู้ ความเข้าใจไม่ชัดเจนพอจึงทำให้เกิดทัศนคติในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริภรณ์ อุบลชลเขตต์ (2534 : 371) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้เรื่องโรคเอดส์ของครูระดับก่อนประถมศึกษา จังหวัดสงขลา พบว่า ครูมีความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับดี แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมศรี คามาภิ และคณะ (2533) ที่สรุปผลการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1 พบว่า ครูและนักเรียน มีระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1.1 ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีด้านความรู้เชิงประเมิน พบว่า ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้เชิงประเมินอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$) ความรู้เชิงประเมิน หมายถึง ความรู้ของบุคคลที่มีทิศทางว่าสิ่งนั้นดีแล้ว หรือมีคุณ มีโทษมากน้อยเพียงใด (งามดา วณิชานนท์. 2535 : 212) ซึ่งหมายความว่าการศึกษาของคนที่มีความรู้ที่มีผลต่อทัศนคตินั้นจะประกอบด้วยเกณฑ์ของการประเมินที่จะทำให้ผู้นั้นเกิดความรู้ด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นบวกหรือลบ โดยเฉพาะเรื่องที่มีอันตรายต่อตนเอง เช่นเดียวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ เมื่อครูได้รับความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์ กล่าวคือ โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง สามารถติดต่อกันได้และเป็นอันตรายถึงชีวิต (กองโรคเอดส์. 2543 : 7) จึงเป็นเหตุทำให้ครูเกิดความกลัว ผลที่ตามมาคือครูมีทัศนคติในด้านลบต่อโรคเอดส์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าครูร้อยละ 65.70 ที่ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ จากการพูดคุย สนทนา

กับเพื่อนครูภายในกลุ่มโรงเรียน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ข้อมูลที่ได้รับจะมีโอกาสผิดพลาด เหตุเพราะการสนทนามักจะใส่อารมณ์ หรือความรู้สึกส่วนตัวของตนเองไปด้วย เป็นผลให้บุคคลมีความรู้ไม่จริงในเรื่องต่างๆ และทำให้มีทัศนคติที่แตกต่างกัน โดยถือว่าทัศนคติที่เกิดขึ้นเกิดจากอารมณ์ ความรู้สึกส่วนตัวที่มีอยู่ (ชนวดี บุญลือ. 2533 : 486) นอกจากนี้ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520 : 7) ยังกล่าวอีกว่า ทัศนคติของบุคคลจะแตกต่างกันหรือไม่หรือเป็นไปในทิศทางใดนั้น ขึ้นอยู่กับกลุ่มที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกด้วย จากข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามด้านความรู้เชิงประเมิน ในแง่ลบ เป็นอันดับแรก พบว่า ข้อ 20 ครูให้ความเห็นว่า โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ส่งผลให้ครูมีความเห็นว่าจะจำกัดพื้นที่ในการเล่น การอยู่รวมของเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กอื่นในชั้นเรียนไว้ต่างหาก ($\bar{X} = 2.04$) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ สนับสนุนว่าครูยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่แท้จริง การที่ครูมีความคิดเห็นว่าการจำกัดพื้นที่ในการเล่นของเด็กนั้น เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดหรือการติดต่อของโรคเอดส์ได้ ซึ่งในข้อความรู้จากกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขได้เผยแพร่ ให้แก่ประชาชนไว้ว่า โรคเอดส์ไม่ได้ติดต่อกันโดยง่าย การติดต่อของโรคเอดส์มี 3 ทางใหญ่ๆ คือ การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ การรับเชื้อทางเลือด และจากมารดาสู่ลูกในครรภ์ (กองโรคเอดส์. 2543 : 6) และเมื่อครั้ง พ.ศ. 2527 ขณะที่โรคเอดส์เกิดขึ้นและมีการแพร่ระบาด ในยุคแรกๆ นั้น ประชาชนมีความหวาดกลัว หวาดระแวง ถึงการติดต่อของโรค คิดว่าโรคเอดส์ติดต่อกันได้ง่าย ความกลัวโรคเอดส์ของคนส่วนมากยังฝังใจอยู่ในสื่อยุคแรกๆ ของการรณรงค์โรคเอดส์ เหตุผลดังกล่าว อาจเป็นเหตุผลอีกประการหนึ่งที่ส่งผลให้ครูมีความหวาดกลัวต่อโรคเอดส์อยู่ โดยเฉพาะโรคเอดส์ในปัจจุบันยังเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง เนื่องจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ค่าการรักษาสูงมาก และยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยค้นคว้าหาวิธีการรักษาอยู่ (กนกรัตน์ ศิริพณิชกร. 2541 : 365) แต่อย่างไรก็ตาม ในด้านทัศนคติที่ดี พบว่า ข้อ 8 ครูมีความเห็นว่าการจัดการเรียนร่วมให้กับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กปกติ ทำให้ครูมีโอกาสดูแลและช่วยเหลือเด็กติดเชื้อและด้อยโอกาส ($\bar{X} = 3.79$) ซึ่งอภิปรายได้ว่า การที่ครูยอมรับเด็กและมองโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือเด็ก นั่นคือ ครูมองสิ่งต่างๆ ในด้านบวก ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่ครูมีบุคคลแวดล้อมที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ โดยร้อยละ 46.20 มีญาติที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ทำให้ครูมีประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่งผลให้ครูมีทัศนคติด้านบวกต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

1.2 ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีด้านความรู้สึก พบว่าครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้สึกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$) ความรู้สึกในแง่ทัศนคติ หมายถึง อารมณ์หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีทิศทางว่าชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ (งามตา วรินทร์านนท์. 2535 : 212) ซึ่งหมายความว่า เมื่อครูมีความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลางแล้ว ความรู้สึกของครูที่มีต่อเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จะสัมพันธ์กับระดับความรู้เชิงประเมินของครูด้วย กล่าวคือ ถ้าครูมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว จะส่งผลให้ครูเกิดความรู้สึกกลัวโรคเอดส์ ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการที่ครูไม่ได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์ ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีครูร้อยละ 45.40 ที่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์ แต่ยังมีทัศนคติที่ดี พบว่า ข้อ 19 โดยครูให้ความเห็นว่า เมื่อข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลจากหนังสือหรือฟังคนอื่นเล่า ถึงความรุนแรงและอันตรายของโรคเอดส์จะทำให้ข้าพเจ้ามีความรู้สึกสงสารและนึกถึงลูกศิษย์ของตนที่ติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.42$) ซึ่งอภิปรายได้ว่า โดยวิชาชีพครูฝึกให้ครูเป็นผู้ที่มีความเมตตา กรุณา โดยมีพฤติกรรมหลักคือ ความมีเมตตา ความสนใจ ห่วงใย ลูกศิษย์อยู่เสมอ ไม่นิ่งดูตายและเต็มใจช่วยเหลือผู้อื่น รวมถึงลูกศิษย์ ตามกำลังความสามารถ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลเด็กให้ได้รับความสุข และเป็นที่พักพิงของนักเรียนได้ (ยนต์ ชุ่มจิต. 2534 : 217) อีกประการหนึ่ง ครูมีความรู้สึกสงสารเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ความรู้สึกดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการที่ครูมี

บุคคลแวดล้อมที่ป่วยเป็นโรคเอดส์โดยมีญาติและคนใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเอดส์ ร้อยละ 54.20 ทำให้ครุมีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเอดส์ ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจจะส่งผลให้ครุมีความเข้าใจ รู้สึกสงสารเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนทัศนคติในแง่ลบ คือข้อ 16 ครูพอใจที่จะแยก จึงแยกของใช้ของเล่นหรืออุปกรณ์ระหว่างเด็กปกติกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะเกรงว่าจะติดโรคกันได้ ($\bar{X} = 1.80$) การที่ครุมีความรู้ระดับปานกลาง โอกาสที่จะมีทัศนคติในทางลบได้ ประกอบกับข้อมูลพบว่าส่วนหนึ่งครุได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์หรือเกี่ยวกับโรคเอดส์จากการสนทนากับเพื่อนในกลุ่มโรงเรียนโอกาสที่จะส่งผลให้ครุมีการแยกของเล่น ของใช้หรืออุปกรณ์ต่างๆ ระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งที่ข้อเท็จจริงแล้ว การที่บุคคลจะติดเชื้อโรคเอดส์ได้นั้น จะต้องได้รับเชื้อโดยตรง เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการสัมผัสกับบาดแผลของผู้ติดเชื้อ เท่านั้น (สุทธิดา รัตนวณิชช์พันธ์. 2541 : 22)

1.3 ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีด้านการแสดงพฤติกรรม พบว่า โดยเฉลี่ย ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการแสดงพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ครุมีแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมต่อเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น เป็นผลสืบเนื่องที่สัมพันธ์กับด้านความรู้เชิงประเมิน และด้านความรู้สึกของครุที่มีต่อเด็กติดเชื้อเอชไอวี ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X} = 2.84, \bar{X} = 3.00$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับงามตา วรินทร์านนท์ (2535 : 213) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ และความรู้สึกไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งแล้ว บุคคลนั้นจะพร้อมแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้ และความรู้สึกของตนออกมา จากผลการวิจัยยังพบอีกว่า การแสดงพฤติกรรมในทางลบของครุที่ชัดเจน คือ ข้อ 10 โดยครุมีความเห็นว่า เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เล่นซุกซน จนเสื้อผ้าเปื้อนแล้ววิ่งมากอดตัวครุ ถ้าเป็นไปได้ครุมักจะหลบ ($\bar{X} = 1.04$) ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่ครุแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น อาจเป็นไปได้ที่ครุนึกถึงการติดต่อของโรคเอดส์ว่าสามารถติดต่อได้จากการสัมผัส ซึ่งในแง่ของการติดต่อได้จริงแล้ว เป็นการสัมผัสกับน้ำเหลือง เลือด ซึ่งต้องเป็นการสัมผัสโดยตรงด้วย (กองโรคเอดส์. 2543 : 6) อีกประการหนึ่งที่ทำให้ครุมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการสัมผัสเด็กเพราะโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ครูเกิดความกลัว จึงไม่กล้าหรือไม่อยากสัมผัสกับเด็กเช่นเดียวกับข้อ 12 ที่ครุมีความเห็นว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง เป็นแล้วตาย ทำให้ครุไม่อยากเข้าใกล้เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 2.02$) ซึ่งเป็นธรรมชาติของคนที่มีความรู้สึกกลัวความตาย และถ้าคนเราสามารถป้องกันตัวเองได้ ก็จะป้องกันตัวเองไว้ก่อน และความกลัวก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากความคิดหรือประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่ตัวเองกลัวหรือเป็นอันตรายต่อตัวเองด้วย (อารี เพชรผุด. 2537 : 217) ส่วนทัศนคติในด้านบวก คือข้อ 20 ครุมีความเห็นว่า เมื่อมีเหตุการณ์พ่อหรือแม่ของเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ครูจะไปร่วมงานฌาปนกิจศพ ด้วย ($\bar{X} = 4.35$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครุยังมีความรัก ความเอ็นดู ความสงสารศิษย์ มีความเห็นใจเด็ก เมื่อมีเหตุการณ์ดังกล่าว ครูจึงแสดงออกถึงความมีเมตตาจิต (วิไล ตั้งจิตสมคิด. 2544 : 128) โดยไปร่วมงานฌาปนกิจศพผู้ปกครองของเด็ก ถึงแม้ว่าเด็กที่ติดเชื้อมันถือว่าติดเชื้อที่เป็นอันตราย และเด็กมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีช่วงอายุที่สั้น ไม่ยืนยาวก็ตาม

2. เปรียบเทียบทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม และบุคคลแวดล้อม ปรากฏผลดังนี้

2.1 จากการเปรียบเทียบทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการได้รับการอบรมโรคเอดส์ที่แตกต่างกัน พบว่า ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เชิงประเมิน ด้านความรู้สึก และด้านการแสดงพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติหรือไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกันสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายได้ว่า การที่ครูได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์หรือไม่นั้น ไม่ส่งผลทำให้ครูมีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เนื่องจากภาวะการสื่อสารของโลกปัจจุบัน เป็นสังคมเทคโนโลยีการสื่อสารที่บุคคลทุกคนสามารถรับรู้ข่าวสารได้ทั้งจากสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ และเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในทุกเรื่องเช่นกันกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ซึ่งปัจจุบันมีการเผยแพร่เป็นไปอย่างกว้างขวาง จากแหล่งความรู้ต่างๆ ทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ วารสาร สิ่งพิมพ์ ต่างๆ ขององค์กรภาครัฐและเอกชน ทำให้ครูมีโอกาสดูแลความรู้โรคเอดส์เท่าเทียมกัน และจากข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ครูได้เรียนรู้โรคเอดส์ที่นอกเหนือจากการได้รับการอบรม โดยได้มีการสนทนา การศึกษาดูงาน การประชุมสัมมนา และฟังการบรรยาย ที่จัดขึ้นภายในกลุ่มโรงเรียน อีกประการหนึ่ง โดยปกติแล้ว ครูจะเป็นบุคคลที่พยายามไขว่คว้าแสวงหาความรู้อยู่เสมอ แหล่งความรู้ดังกล่าว ได้แก่ หนังสือ ตำรา สิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งการพูดคุยสนทนากับผู้รู้ทั้งในและนอกวงการครู และการเข้าร่วมประชุมสัมมนาต่างๆ ที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐและเอกชน (คำหมาน คนโค. 2543 : 70) จึงทำให้ครูสามารถมีความรู้ใกล้เคียงกันได้ โดยที่ครูต้องติดตามข่าวสารและความเคลื่อนไหวของสังคมอยู่ตลอด นอกจากนั้นรูปแบบของการอบรมโรคเอดส์อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ยังไม่เอื้อต่อการเรียนรู้อย่างแท้จริง ปัจจัยดังกล่าวนี้ อาจส่งผลให้ครูที่มีประสบการณ์ในการอบรมโรคเอดส์ที่ต่างกัน มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกด้านไม่แตกต่างกัน

2.2 จากการเปรียบเทียบทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามบุคคลแวดล้อมที่ต่างกัน พบว่า ครูระดับก่อนประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เชิงประเมิน ด้านความรู้ลึก และด้านการแสดงพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกันสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายได้ว่า การที่ครูมีหรือไม่มีบุคคลแวดล้อมที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ไม่ส่งผลให้ครูมีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพื้นที่การระบาดของโรคเอดส์ในภาคเหนือมีความชุกมากกว่าภาคอื่นๆ โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดเชียงราย ที่มีอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ในภาคเดียวกัน (กองระบาดวิทยา. 2545 : 67) จึงส่งผลให้ครูในพื้นที่รับรู้ถึงสถานการณ์ของโรคเอดส์ในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี ประกอบกับ การวิจัยครั้งนี้พบว่าครูมีญาติและคนใกล้ชิดที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ร้อยละ 46.20 ทำให้ครูมีโอกาสใกล้ชิด ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์โดยตรง ซึ่งกรณีเมื่อบุคคลมีญาติหรือคนใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเอดส์แล้ว จะเกิดการยอมรับ ไม่แสดงอาการรังเกียจ จะมีความเห็นอกเห็นใจอยู่ลึกๆ (สุธิดา รัตนวณิชพันธ์. 2543 : 2) รวมถึงความเป็นบริบทของสังคมและวัฒนธรรมทางชนบทของภาคเหนือที่มีการเอื้อเฟื้อ ช่วยเหลือกัน (ทัตดาว ลอโรจน์วงศ์ และคณะ. 2541 : 114) การเรียนรู้และการเผยแพร่ข้อมูลจะถึงแก่กันด้วยความเข้าใจและเห็นใจ ดังนั้นถึงไม่มีบุคคลแวดล้อมเป็นโรคเอดส์ โอกาสที่จะรู้ก็มีได้เท่ากัน ประการหนึ่ง โดยวิชาชีพครูแล้ว ภาวะผู้นำของครูที่ต้องปฏิบัติต่อชุมชน โดยที่ครูเป็นบุคคลที่ได้รับการนับถือจากคนรอบข้าง ที่มองครูเป็นผู้ที่สามารถให้ความรู้ แก่บุคคลในชุมชนได้ (สุเมธ เดียววิศเรศ. 2527 : 72) จึงทำให้งานหนึ่งของครูเป็นที่ปรึกษา เมื่อชุมชนมีปัญหาหรือแม้แต่โรคเอดส์ ซึ่งเป็นโอกาสที่ครูจะได้รู้และใกล้ชิดกับโรคเอดส์ อีกทั้งชุมชนให้ความสำคัญต่อครู มองครูว่าเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม ทำให้สังคมมีความคาดหวังในตัวครูสูง โดยที่ครูจะต้องมีการพัฒนาตนเอง กระตือรือร้น หาความรู้เพิ่มเติมให้กับตนเองอยู่เสมอ และเป็นผู้ก้าวหน้า กระแสของการเปลี่ยนแปลง ทันโลกยุคโลกาภิวัตน์ (สมเชาว์ เกษประทุม. 2540 : 86) โดยเฉพาะเรื่องโรคเอดส์ ครูจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องมากพอที่จะสามารถถ่ายทอด ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่

ผู้อื่นได้ ปัจจัยดังกล่าวนี้ อาจส่งผลให้ครูที่มีบุคลิกแวดล้อมที่ต่างกัน มีทัศนคติต่อเด็กปฐมวัยทุกด้านไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดการอบรมโรคเอดส์แก่ครู ควรมีการจัดในรูปแบบที่มีความหลากหลาย เพื่อกระตุ้นให้ครูมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยเฉพาะครูที่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมชั้นกับเด็กปกติ
2. การเผยแพร่ความรู้โรคเอดส์ ควรจะใช้วิธีการที่หลากหลาย โดยเฉพาะการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถสื่อได้อย่างกว้างขวางและต้องเป็นการทำอย่างต่อเนื่องมากกว่าการณรงค์เป็นครั้งคราว
3. ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาโรคเอดส์ โดยบูรณาการในงานกิจกรรมหรือโครงการที่ปรากฏในสภาพบริบทสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ
4. ควรจัดทำโครงการครูแกนนำในด้านการเรียนร่วมชั้นของเด็กติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กปกติ เพื่อเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติการสอนแก่ครูที่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเรียนร่วมชั้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยในเรื่องเดียวกันนี้กับกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างไปจากกลุ่มเดิม ในเขตการศึกษาหรือภาคอื่นๆ โดยใช้ตัวแปรคือ ประสบการณ์ในการสอน จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม วุฒิการศึกษา และบุคลิกแวดล้อมที่มีต่อทัศนคติของครูที่มีต่อเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มาเรียนร่วม
2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงความรู้สึกที่แท้จริงของครูและผู้ปกครองที่จะนำไปสู่การพัฒนาโรงเรียนเรียนร่วมเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการศึกษาเรียนร่วมชั้นระหว่างเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กปกติในชั้นเรียน
4. ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของครู เกี่ยวกับการจัดการเรียนร่วมระหว่างเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กปกติ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ ศิริพานิชกร. (2541). โรคติดเชื้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล .
- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. (2524). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2543,ก.ค.-ก.ย.) "โรคติดต่อ," วารสารโรคติดต่อ . 26(3) : 79.
- กรมสามัญศึกษา. (2542). รายงานการวิเคราะห์การประเมินผล การประชุมหน่วยศึกษานิเทศก์ อบรมครูวิทยาการ แก่นนำการจัดการเรียนร่วม. กรุงเทพฯ : หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา.
- _____. หน่วยศึกษานิเทศก์. (2543). บทเรียนสำเร็จรูปการจัดการเรียนร่วมสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน. กรุงเทพฯ : หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา .
- กรมวิชาการ. (2542). เอกสารแนะนำหลักสูตรและสื่อการเรียนการสอนเกี่ยวกับสารเสพติดและโรคเอดส์ระดับ ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2546, 9 มกราคม). คำสั่งที่ ศธ. 1306/034 เรื่อง กำหนดแนวปฏิบัติสำหรับครูและ บุคลากรในสังกัดในการรับและการให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียน นักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์.
- กองการศึกษาสงเคราะห์. (2545). สารสนเทศ กองการศึกษาสงเคราะห์ ปี 2545 . กรุงเทพฯ : กองการศึกษา สงเคราะห์ กรมสามัญศึกษา.
- กองระบาดวิทยา .(2545). "สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มี อาการในประเทศไทย ณ วันที่ 30 เมษายน 2545," วารสารโรคเอดส์. 14(2) : 67-69.
- กองโรคเอดส์. (2543). รู้ทันเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กระทรวงสาธารณสุข : ม.ป.พ.
- _____. (2542). การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 : การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์. กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.พ.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2545,กรกฎาคม). "การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพครูศึกษาปฐมวัย," วารสารการศึกษาปฐมวัย. 6(3) : 29.
- _____. (2545,ตุลาคม). "มาตรฐานครูศึกษาปฐมวัย," วารสารการศึกษาปฐมวัย. 6(4) : 10.
- _____. (2546,มกราคม). "การเรียนร่วม : ปัญหาของครูปฐมวัย," วารสารการศึกษาปฐมวัย. 7(1) : 40.
- กันยา จันทรีใจวงศ์. (2546). การศึกษาการจัดการเรียนร่วมของเด็กที่มีความต้องการพิเศษในระดับอนุบาล. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2542). บัณฑิตของชาติ : ยุทธศาสตร์ปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพฯ : ส. เอเชีย เพรส.
- เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์. (2541). การได้รับตามความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ในโครงการ การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของจังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โกศล วงศ์สวรรค์และสถิต วงศ์สวรรค์. (2543). ปัญหาสังคมไทย. กรุงเทพฯ : อมรการพิมพ์.
- คงพร คงชาติ. (2537). การเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน สังกัดกรมสามัญศึกษา ในจังหวัดสุพรรณบุรีและกรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ. (2544). แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2545 – 2549. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.

- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ. (2539). แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2540 – 2544. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.
- คำหมาน คนไค. (2543). ทางก้าวหน้าของครุมีอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- งามตา วรินทร์านนท์. (2535). เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์. (2538) ทศนคติ ความเชื่อและพฤติกรรม : การวัด การพยากรณ์และการเปลี่ยนแปลง.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สามัคคีการพิมพ์.
- จิราภรณ์ อินทร์พรหม. (2535). ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้บริหารสถานศึกษาและ
ครูอนามัยโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 8.
วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การประถมศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ฉวี วิชญเนติชัย. (2526). จิตวิทยาการศึกษา. นนทบุรี : โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด
- ฉวีวรรณ ไวยเนตรและคนอื่นๆ. (2537). ทศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของประชากร กลุ่มอายุ
15 – 59 ปี จังหวัดแพร่ พ.ศ.2537.แพร่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. ถ่ายเอกสาร.
- ชไมพันธ์ สันติกาญจน์. (2543). การศึกษาและวิจัยข้อมูลเฉพาะโรคและระบบบริหารสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา
ทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ : กองระบาดวิทยา .
- ชวนชม สกนธวัฒน์และวีรสิทธิ์ สิทธิไธรย์. (2538). กลวิธีป้องกันโรคเอดส์สำหรับครอบครัวชนบทใน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : รายงานการวิจัยหมายเลข 15. กรุงเทพฯ : สภาภาษาชาติไทย.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิตรการพิมพ์.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2529). เอกสารประกอบการฝึกอบรม การวิจัยขั้นสูงทางพฤติกรรมศาสตร์ .
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ดุจดาว เรืองเวชติวงศ์. (2540). การศึกษาทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรม
ทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของนิสิตชาย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- ดวงแข จงเจริญ. (2540). การศึกษาทัศนคติของนักศึกษาระดับมัธยมปลาย วิธีเรียนทางไกลที่มีต่อโรคเอดส์ ใน
จังหวัดกาญจนบุรี. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษามัธยมศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- หัตถดาว ลอโรจน์วงศ์ และคณะ. (2539). ความคิดเห็นของสตรีภาคเหนือต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และการอยู่
ร่วมกันในสังคม. นนทบุรี : ศูนย์วิจัยการศึกษาทางไกล สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธนวดี บุญลือ. (2533). “หลักและทฤษฎีการสื่อสาร” ในเอกสารการสอนชุดวิชาหลักและทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่
9 – 15 สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช . นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช.
- นภาพร คำปุย. (2543). ความต้องการทางสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล
พหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.

- บรรลู่ ศิริพานิชและประยูร กุณาตล. (2533). *เอดส์ มหันตภัยของโลก*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- เบญจา ชลธารนนท์. (2538). *รวมบทความวิชาการทางการศึกษาพิเศษ*. กรุงเทพฯ : สหธรรมิก.
- ประดับพร ดวงอาจนา. (2541). *โรคเอดส์ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในเขต 3 ชลบุรี 2539*. ชลบุรี : กลุ่มงาน
ระบาดวิทยา สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 3 ชลบุรี กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- ประภาพรรณ เปลี่ยนแก้ว. (2540). *ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรค เอดส์ของนักเรียน
พลตำรวจโรงเรียนตำรวจนครบาล สังกัดกองบัญชาการศึกษากรมตำรวจ*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.
- ประภาพัญญ์ สุวรรณ. (2520). *ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช.
- พิมพ์อำไพ พุกพิบูลย์. (2535). *การเรียนร่วมของเด็กพิเศษ*. สงขลา : คณะวิชาครุศาสตร์ วิทยาลัยครูสงขลา.
- ไพรวลัย แสงสุนทร. (2544). *การศึกษาเจตคติของอาจารย์และนักศึกษาที่มีต่อนักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้
ยินและต่อการจัดเรียนร่วมในศูนย์ธนาลงกรณ์ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต*. ศูนย์ธนาลงกรณ์ สถาบันราชภัฏ
สวนดุสิต. ถ่ายเอกสาร.
- ไพศาล วรสถิตย์ และคณะ. (2545). "ข้อมูลความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์," *วารสารโรคเอดส์*.
14(1) : 11.
- เพราพรรณ เปลี่ยนภู. (2542). *จิตวิทยาการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ภาควิชาครุศาสตร์ ไฟฟ้า
คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2543). *การศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : แวันแก้ว.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2544). *รายงานการวิจัย การศึกษาความรู้ ความเข้าใจ เจตคติของผู้ปกครอง ผู้บริหารโรงเรียน
และครูเกี่ยวกับเด็กที่มีปัญหาในการเรียนรู้ ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษา
กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- มงคล เชษฐาสาณ์. (2536). *ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
โรงเรียนสิงห์พาหุ "ประสานมิตรอุปถัมภ์" อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี*. ภาคนิพนธ์ สส.บ.
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มยุรี ยกตรี. (2540). *สวัสดิการสำหรับเด็กและผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- เมธินี ตั้งตรงไพโรจน์. (2534). *ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาเขตประสานมิตร และวิทยาเขตบางเขน*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ยนต์ ชุ่มจิต. (2534). *ความเป็นครู*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอ เอส พรินต์ติ้ง เฮ้าส์.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2544). *การแก้ไขปัญหาเอดส์โดยภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านล้านนา*. โครงการสหประชาชาติเพื่อ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์.
- รวิวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์. (2533). *เอกสารคำสอนนิสิต 306 การวัดทัศนคติเบื้องต้น*. ภาควิชาหลักสูตรและ
การสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ราตรี พัฒนรังสรรค์. (2542). *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว
คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.
- วาริ ถิระจิตร. (2537). *การศึกษาสำหรับเด็กพิเศษ*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วนิดา โอภาสพินิจ. (2543). การเปรียบเทียบค่าความเชื่อมั่นมาตรฐานวัดจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่สร้างตามแบบลิคอร์ตและแบบฮาร์เตอร์. ปรินซ์ตัน: กทม. (การวัดผลการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.
- วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ. (2537). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไล ตั้งจิตสมคิด. (2544). การศึกษาและความเป็นครูไทย. กรุงเทพฯ : โอ เอส พรินต์ติ้ง เฮ้าส์.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และคณะ. (2539). ผลกระทบของโรคเอดส์ในเด็กในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โครงการโรคเอดส์ สภาวิชาชีพไทย.
- วัฒนา ศรีสัตย์วาจา. (2534). เอกสารประกอบการสอนจิตวิทยาสังคมเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ศิวภรณ์ อุบลชลเขตต์. (2543). ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของครูประถมศึกษา จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมศรี คามากิและคณะ. (2534). ผลการดำเนินงานการป้องกันโรคเอดส์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัด กรมสามัญศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมเชาว์ เกษประทุม. (2540). ทางก้าวหน้าของข้าราชการครู. กรุงเทพฯ : คอมแพคท์พริ้นท์.
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่ม 10. (2531). โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ใน พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุปาณี สนธิรัตน์และคนอื่นๆ. (2539). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุธิดา รัตนวณิชช์พันธ์. (2541). รายงานการวิจัยเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยชุมชน : กรณีศึกษาโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน. กรุงเทพฯ : พี.เพรส.
- สุธิดา รัตนวณิชช์พันธ์. (2543). กระบวนการภาคประชาชน : บทพิสูจน์การมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : พี เพรส.
- สุนนต์ รัตนรังสิกุล. (2534). การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. ปรินซ์ตัน: กทม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุเมธ เตียววิศเรศ. (2527). พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา. ภาควิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน. รุ่งวัฒนาการพิมพ์.
- สุพัชรา ชัมเจริญ. (ม.ป.ป.). คู่มือการเรียนรู้ร่วมสำหรับครูแกนนำที่สร้างนักเรียนเรียนร่วมกับเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน. กรุงเทพฯ : หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา.
- สุรินทร์ ยอดคำแปง. (2542). การเรียนร่วมชั้นเรียนระหว่างเด็กปกติกับเด็กพิเศษ . นครราชสีมา : สถาบันราชภัฏ นครราชสีมา.
- สุภัทรา นาคะผิว. (2544). สรุปรายงานการสัมมนาในระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 8 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2544). จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรศักดิ์ จันทรทองสุข. (2536). ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใน จังหวัดสมุทรสาคร. ภาคนิพนธ์ สส.บ. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- เสถียร นนทปัญญา. (2536). *ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนโรงเรียนเทคนิค ผลิตยการอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ภาคนิพนธ์ สส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- สงศรี จัยสินและหม่อมหลวงสมชาย จักรพันธ์. (2537). *เอดส์: เราอยู่ร่วมกันได้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.*
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2543). *กรอบดำเนินการจัดการศึกษาสำหรับผู้มีความต้องการ พิเศษ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.*
- _____. (2545). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ : พรักหวานกราฟฟิค.*
- _____. (ม.ป.ป). *รายงานการวิจัย การศึกษาความต้องการและโอกาสทางการศึกษาของผู้ที่มีความบกพร่อง ทางร่างกายและปัญญา. สำนักนายกรัฐมนตรี.*
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2543). *การประชุมสมัชชา ผู้ปกครอง ครู ผู้บริหารเพื่อพัฒนาคุณภาพ การศึกษาพิเศษ ปี 2000. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา.*
- _____. (2543). *การประชุมสมัชชาผู้ปกครอง ครู ผู้บริหารเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษาพิเศษ ปี 2000. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.*
- สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. (2544). *เทียนส่องทาง : กรณีศึกษา ทักษะชีวิตเพื่อส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเด็กจากสถานการณ์เอดส์. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.*
- _____. (2545). *สารสนเทศ ปี 2545. กรุงเทพฯ : กองนโยบายและแผน สำนักงานคณะกรรมการ การประถมศึกษาแห่งชาติ.*
- สำนักงานอัยการสูงสุด. (2541). *คู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.*
- สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย. (2544). *เอกสารข้อมูลนักเรียนที่ได้รับผลกระทบจาก โรคเอดส์ รายบุคคล. เชียงราย : ฝ่ายบริการการศึกษา สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย. ถ่ายเอกสาร.*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2545). *สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดเชียงราย ประจำเดือนมิถุนายน 2545. เชียงราย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. ถ่ายเอกสาร.*
- อนัญญา เดชสุภา. (2546,ตุลาคม 2545 –มกราคม 2546). “การให้คำปรึกษาเด็กที่มีมารดาติดเชื้อไวรัสเอดส์,” *ข่าวสารการให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์* เขต 7. 14(1) : 13.
- อมร ลีลารัศมีและสุพล สุวรรณกุล. (2536). *โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพฯ : ที พี พรินท์.*
- อารี พันธุ์มณี. (2544). *จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.*
- อารี เพชรสุด. (2537). *จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : เนติกุลการพิมพ์.*
- เอนกกุล กริแสง. (2521). *เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาที่เกี่ยวกับการศึกษา. ภาควิชาแนะแนวและ จิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก.*
- อุบล เล่นวารี. (2542). *การบริหารและการจัดการศึกษาพิเศษเรียนร่วม. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ การประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ.*
- Allard, R . (1989 April). “Beliefs about AIDS as Determinants of Preventive Practices and of Support for Coercive Measures,” *American Journal of Public Health.* 79 : 448 – 452 .
- Antonide, Gerrit and Fred Van, Raaij W. (1992). *Consumer Behavior : A European Perspective.* London : John Wiley & Son Ltd.

- DiClemente, Ralph J . and others. (1986,December,). "Adolescents and AIDS : A Survey of knowledge Attitudes And Beliefs about AIDS in San Francisco," *American Journal of Public Health*. 76 : 1443 – 1445.
- Fleddmann, Robert E. (1989). *Social Psychology : Theories Research and Application* . New York : McGraw-Hill.
- Hogg, Michael A. (1998). *Social Psychology : Structure and function of attitudes*. United Kingdom : Mathematical Composition Setters Ltd.
- Lindzey , G. and Aronson ,E. (1985). *Handbook of Social Psychology*. (vol.1) 3 rd ed. New York : Random House .
- London, A. and Bitta, D. (1993). *Consumer Behavior : Concepts and Application*. 4th ed. New York : McGraw-Hill International Inc.
- Price, J. and others. (1985, March). "High School Student Perceptions and Misperceptions of Aids," *Journal of School Health*. 55 : 107 – 109.
- Siegel, D. and others. (1991, April). "AIDS Knowledge Attitudes , and Behavior among Inner City , Junior High School Student," *Journal of School Health*. 61 : 160 – 165.
- Twomey, June Creina. (1997, April). The Impact of AIDS Education on Seventh and Eight Grade Adolescent's Knowledge, Attitudes and Beliefs About AIDS. (online). Available : *Master Abstracts International*. 35/02.
- Tyler, Patricia Frances. (1996,December). Assessing Fifth Grade student, AIDS Knowledge, Tolerance Toward People with AIDS ; and Perceived Risk of Human Immune Deficiency Virus . (online). Available : *Master Abstracts International*. 34/06.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. อาจารย์ ดร.พาสนา จุลรัตน์ | อาจารย์ประจำภาควิชาแนะแนวและ
จิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ครองศักดิ์ ชนะชัยพันธ์ | ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านสันโค้งฯ
สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมือง
สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย |
| 3. นางรัตนา บรรณาธรรม | นักวิชาการสุศึกษา 7 กองป้องกันและบำบัด
การติดยาเสพติด กรุงเทพมหานคร |

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

ที่ ทม 1012/4775



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

มิถุนายน 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัดเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และรายชื่อโรงเรียนในสังกัด

เนื่องด้วย นายบรรพต ชันคำ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี” โดยมี รองศาสตราจารย์กุลยา ตันติผลาชีวะ และ รองศาสตราจารย์ชูศรี วงศ์รัตนะ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ครูระดับก่อนประถมศึกษา จำนวน 100 คน ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย ดังเอกสารที่แนบ ตอบแบบสอบถามทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นายบรรพต ชันคำ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-6562679 มือถือ 06-6074544



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

มิถุนายน 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และรายชื่อโรงเรียนในสังกัด

เนื่องด้วย นายบรรพต ชันคำ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี” โดยมี รองศาสตราจารย์กุลยา ตันติผลาชีวะ และ รองศาสตราจารย์ชูศรี วงศ์รัตนะ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ครูระดับก่อนประถมศึกษา จำนวน 148 คน โรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย ดังเอกสารที่แนบ ตอบแบบสอบถามทัศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นายบรรพต ชันคำ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-6562679 มือถือ 06-6074544

ภาคผนวก ค

รายชื่อโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

รายชื่อโรงเรียน สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย

สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมือง

- 1.โรงเรียนบ้านปางริมกรณ์
- 2.โรงเรียนบ้านปุยคำ
- 3.โรงเรียนบ้านห้วยชม
- 4.โรงเรียนบ้านสันโค้ง สาขาสมิตรพัฒนา
- 5.โรงเรียนบ้านสันโค้ง
- 6.โรงเรียนบ้านหัวฝาย
- 7.โรงเรียนบ้านห้วยสัก
- 8.โรงเรียนบ้านร่องฝ้าย
- 9.โรงเรียนบ้านโล๊ะป่าดุ่ม
- 10.โรงเรียนบ้านจำหวาย
- 11.โรงเรียนอนุบาลเชียงราย
- 12.โรงเรียนบ้านแม่ข้าวต้มท่าสุด
- 13.โรงเรียนบ้านป่ายางมน
- 14.โรงเรียนบ้านทุ่งหลวง
- 15.โรงเรียนบ้านป่าอ้อดอนชัย
- 16.โรงเรียนบ้านห้วยแม่ซ้าย
- 17.โรงเรียนบ้านป่าสักไก่อ
- 18.โรงเรียนบ้านหนองบัวแดง

สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอพาน

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1.โรงเรียนนิคมแม่ลาว | 18.โรงเรียนธารทองวิทยา(ป่ารวก) |
| 2.โรงเรียนร่องธารวิทยา | 19.โรงเรียนพานพสกสวัสดี |
| 3.โรงเรียนบ้านป่าบง | 20.โรงเรียนอนุบาลม่วงคำ |
| 4.โรงเรียนบ้านสันติวัน | |
| 5.โรงเรียนบ้านแม่ฮ่อนอก | |
| 6.โรงเรียนบ้านแม่แก้ว | |
| 7.โรงเรียนบ้านโป่งแดง | |
| 8.โรงเรียนอนุบาลสันกลาง | |
| 9.โรงเรียนบ้านท่าฮ่อ | |
| 10.โรงเรียนบ้านหนองดุ่ม | |
| 11.โรงเรียนบ้านห้วยทรายขาว | |
| 12.โรงเรียนอนุบาลเจริญเมือง | |
| 13.โรงเรียนบ้านถ้ำ | |
| 14.โรงเรียนบ้านแม่คาวหลวง | |
| 15.โรงเรียนบ้านเหมืองง่า | |
| 16.โรงเรียนบ้านหนองบัว | |
| 17.โรงเรียนบ้านหนองผักจิก | |

สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอพญาเม็งราย

- 1.โรงเรียนบ้านใหม่โชคชัย
- 2.โรงเรียนบ้านหนองเสา
- 3.โรงเรียนบ้านแม่เปา
- 4.โรงเรียนบ้านห้วยเตี๋ย
- 5.โรงเรียนอนุบาลแม่คำ
- 6.โรงเรียนบ้านป่าซาง
- 7.โรงเรียนบ้านร่องกอก
- 8.โรงเรียนบ้านสันป่าสัก
- 9.โรงเรียนอนุบาลตาดควัน
- 10.โรงเรียนบ้านสบเปา
- 11.โรงเรียนอนุบาลเม็งราย (สันตะลึก)
- 12.โรงเรียนบ้านป่าม่วง
- 13.โรงเรียนบ้านห้วยก้าง (รัฐประชาสงเคราะห์)
- 14.โรงเรียนอนุบาลไม้ยา
- 15.โรงเรียนบ้านศรีสะอาด
- 16.โรงเรียนบ้านหนองบัวคำ
- 17.โรงเรียนบ้านสันหลวง

สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอแม่จัน

- 1.โรงเรียนบ้านหนองแวน
- 2.โรงเรียนบ้านใหม่สามัคคี
- 3.โรงเรียนบ้านป่าบงแม่จัน
- 4.โรงเรียนบ้านท่าข้าวเปลือก
- 5.โรงเรียนบ้านป่าบง (หล้าราษฎร์วิทยา)
- 6.โรงเรียนผ่านศึกสงเคราะห์ 2
- 7.โรงเรียนบ้านขี้เหล็ก
- 8.โรงเรียนบ้านแม่คำฝิ่งหมื่น
- 9.โรงเรียนบ้านแม่ลาก
- 10.โรงเรียนอนุบาลสันทราย
- 11.โรงเรียนอนุบาลแม่จัน
- 12.โรงเรียนบ้านจอมสวรรค์
- 13.โรงเรียนบ้านสันโค้ง
- 14.โรงเรียนไทยรัฐวิทยา 86
- 15.โรงเรียนบ้านป่าเปา-ป่าซางน้อย
- 16.โรงเรียนบ้านสันสลีหลวง-สันนายาว
- 17.โรงเรียนบ้านแหลว
- 18.โรงเรียนบ้านโป่งน้ำร้อน
- 19.โรงเรียนบ้านแม่ลัว

รายชื่อโรงเรียน สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเชียงใหม่
สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอแม่แตง

- 1.โรงเรียนป่าจี้วังแดงวิทยา
- 2.โรงเรียนวัดปางมะกาลัย
- 3.โรงเรียนป่าแป้ววิทยา
- 4.โรงเรียนวัดนาเม็ง
- 5.โรงเรียนวัดทุ่งหลวง
- 6.โรงเรียนวัดแม่กะ
- 7.โรงเรียนสบเปิงวิทยา
- 8.โรงเรียนวัดท่าข้าม
- 9.โรงเรียนสันป่าสัก
- 10.โรงเรียนไร่เปิงวิทยา
- 11.โรงเรียนวัดห้วยไร่
- 12.โรงเรียนสันป่ายางวิทยาคาร
- 13.โรงเรียนบ้านเมืองก๊ิด
- 14.โรงเรียนบ้านแม่ตะมาน
- 15.โรงเรียนบ้านช้างโน
- 16.โรงเรียนวัดซ่อแล
- 17.โรงเรียนสันมหาพลวิทยา
- 18.โรงเรียนสันป่าตึงวิทยาคาร
- 19.โรงเรียนบ้านปางไม้แดง

สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอสันป่าตอง

- 1.โรงเรียนวัดหนองครอก
- 2.โรงเรียนวัดท่าโป่ง
- 3.โรงเรียนบ้านร่องน้ำ
- 4.โรงเรียนวัดโรงวัว
- 5.โรงเรียนบ้านห้วยส้ม
- 6.โรงเรียนวัดดงป่าจี้
- 7.โรงเรียนบ้านหัวริน
- 8.โรงเรียนวัดน้ำบ่อหลวง
- 9.โรงเรียนวัดรัตนาราม
- 10.โรงเรียนสันป่าตอง(สุวรรณราษฎร์)
- 11.โรงเรียนวัดอุเม็ง
- 12.โรงเรียนวัดบุปผาราม
- 13.โรงเรียนบ้านแม่กุ่มหลวง
- 14.โรงเรียนวัดช้างกระดาศ
- 15.โรงเรียนบ้านทุ่งเกลี้ยง
- 16.โรงเรียนสันป่าตอง

สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอหางดง

- 1.โรงเรียนวัดป่าลาน
- 2.โรงเรียนบ้านทรายมูล
- 3.โรงเรียนบ้านท่าขุนคง
- 4.โรงเรียนบ้านวังศรี
- 5.โรงเรียนบ้านฟ่อน
- 6.โรงเรียนบ้านสันป่าสัก
- 7.โรงเรียนบ้านสันผักหวาน
- 8.โรงเรียนวัดจอมทอง

สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอพร้าว

- 1.โรงเรียนพร้าวบูรพา
- 2.โรงเรียนบ้านต้นลุง
- 3.โรงเรียนบ้านป่าตุ่ม
- 4.โรงเรียนบ้านป่าไผ่
- 5.โรงเรียนบ้านสันกลาง
- 6.โรงเรียนประชาสามัคคีวิทยา
- 7.โรงเรียนบ้านท่ามอเกียง
- 8.โรงเรียนบ้านสบบง
- 9.โรงเรียนชุมชนบ้านโป่ง
- 10.โรงเรียนบ้านป่าอิน
- 11.โรงเรียนบ้านห้วยบง
- 12.โรงเรียนบ้านนาบุญโหล่งขอด
- 13.โรงเรียนบ้านหลวง
- 14.โรงเรียนบ้านแม่เหี้ยะ
- 15.โรงเรียนบ้านขุนแจ

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ทศนคติของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลที่แท้จริงของท่านเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีในเขตภาคเหนือ เพื่อนำไปประมวลว่าส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้อง มีความคิดเห็นในลักษณะใด ดังนั้นคำตอบของท่านจึงไม่มีถูกหรือผิด ดีหรือไม่ดี แต่ประการใด

2. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานของครูผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 2 ทศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีด้านความรู้เชิงประเมิณเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 ทศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีด้านความรู้สึกที่มีต่อเด็กปฐมวัยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 ทศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีด้านการแสดงพฤติกรรมของครูต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 ข้อ

3. โปรดอ่านคำอธิบายและวิธีการตอบของแต่ละตอนก่อนที่จะลงมือตอบ และขอความกรุณาท่านโปรดตอบทุกข้อ (แบบสอบถามนี้จะไม่มีผลใดๆ ต่อทางโรงเรียนหรือครู)

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นายบรรพต ชันคำ

นิสิตปริญญาโท สาขาการศึกษาปฐมวัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ทักษะคิดของครูระดับก่อนประถมศึกษาภาคเหนือที่มีต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานของครูผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมคำลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวของท่าน

1. จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์

- () ไม่เคยได้รับการอบรม
- () 1 – 2 ครั้ง
- () 3 ครั้งขึ้นไป

2. ท่านมีหรือเคยรู้จักบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์หรือไม่

- () มี ได้แก่
 - () ญาติ
 - () คนใกล้ชิด
 - () เพื่อน
 - () อื่นๆ.....
- () ไม่มีบุคคลใดเลย

3. ท่านมีวิธีการเรียนรู้โรคเอดส์ เพื่อรับความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่นอกเหนือจากได้รับการอบรม

(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- () ท่านเรียนรู้เรื่องโรคเอดส์จากเพื่อนครูภายในกลุ่มโรงเรียนเป็นวิทยากรบรรยาย
- () ท่านเคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์จากเพื่อนครูภายในกลุ่มโรงเรียนเล่าให้ฟัง
- () ท่านเคยได้ดูงานหรือเห็นรูปแบบการเรียนการสอนระหว่างเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กปกติจากเพื่อนครูในกลุ่มโรงเรียน
- () ท่านเข้าร่วมประชุม/สัมมนาเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์จากการจัดของกลุ่มโรงเรียน
- () อื่น ๆ.....

ตอนที่ 2 ความรู้เชิงประเมินเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

คำแนะนำในการตอบ

1. ข้อคำถามมีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ
2. กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและพิจารณาว่า ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรในแต่ละด้าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ตามความหมายระดับความคิดเห็น ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านบ้างแต่ไม่มากนัก
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ข้อ ที่	ข้อรายการ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่เชื้อไปสู่คนรอบข้างได้ ถ้าหากครูหรือผู้ดูแลขาดความระมัดระวัง และมีการดูแลที่ไม่ถูกต้อง					
2.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะร้องไห้ งอแง หงุดหงิดและอารมณ์แปรปรวนง่าย ทำให้ผู้ดูแลต้องใส่ใจและอดทนมากเป็นพิเศษ					
3.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีแม้ไม่แสดงอาการก็ถือว่าเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ทำให้ครูต้องมีการควบคุมและจำกัดพื้นที่ในโรงเรียน					
4.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีผื่นหรือตุ่มขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สัมผัสสามารถติดโรคได้					
5.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะเล่นชุกชน เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป ดังนั้นเด็กมีโอกาสจะเกิดบาดแผลและแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้					
6.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักมีอาการอุจจาระร่วงทำให้ครูต้องพาเด็กไปห้องน้ำ และทำความสะอาดให้ โดยใช้ถุงมืออย่างด้วย					
7.	การแพร่เชื้อของเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กปกติอาจบุคคลรอบข้างติดเชื่อได้ง่ายเหมือนโรคติดต่อทั่วๆ ไป					
8.	การจัดการเรียนร่วมให้เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีกับเด็กปกติ ทำให้ครูมีโอกาสดูแลและช่วยเหลือเด็กติดเชื้อและด้วยโอกาส					

ข้อ ที่	ข้อรายการ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
9.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะมีอาการเบื่ออาหาร ไม่ยอมดื่มนม ซึ่งเป็นปัญหาและส่งผลให้ครูต้องเตรียมอาหารเฉพาะ					
10.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีลักษณะ หงอยเหงา และไม่ค่อยสบาย ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยเอาใจใส่ ดูแลตลอดเวลา					
11.	เพื่อเป็นการป้องกันการติดต่อโรคจากเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ดังนั้นครูจะต้องทำความสะอาดของเล่นของใช้ และอุปกรณ์ในชั้นเรียนทุกครั้งหลังจากให้เด็กเล่น					
12.	โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง เป็นแล้วต้องตายทุกราย รวมถึงเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้บุคคลรอบข้างไม่อยากเข้าใกล้					
13.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีภูมิต้านทานโรคต่ำกว่าเด็กทั่วไป ทำให้ครูต้องดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ					
14.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ทำให้ผู้ดูแลเด็ก เกิดการสูญเสียเปล่าในการดูแล					
15.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีใบรับรองจากแพทย์ว่าปลอดภัย เพื่อให้ผู้ดูแลเด็ก เกิดความสบายใจ					
16.	ถ้าหากจะให้เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี มาเรียนร่วมกับเด็กปกติในชั้นเรียนครูจะมีพยาบาลหรือผู้ดูแลเป็นพิเศษด้วย เพราะจะช่วยแบ่งเบาภาระครูและทำให้ครูเกิดความสบายใจ					
17.	เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อจากปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ครูจำเป็นต้องแต่งกายมิดชิด รัดกุม					
18.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักเป็นคนพูดน้อย กลัวคนแปลกหน้า ขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก ครูต้องให้การเสริมแรงและให้กำลังใจเด็ก					
19.	เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะแพร่เชื้อสู่คนรอบข้างได้ ทำให้ครูอาจจะต้องแยกอุปกรณ์ของใช้ ของเล่นระหว่างเด็กปกติและเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อ					
20.	โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงถึงชีวิต ส่งผลให้ครูจะต้องจำกัดพื้นที่ในการเล่น การอยู่ร่วมของเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี กับเด็กอื่นในชั้นเรียนไว้ต่างหาก					

ตอนที่ 3 ความรู้สึกต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

คำแนะนำในการตอบ

1. ข้อคำถามมีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ

2. กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและพิจารณาว่า ท่านมีความรู้สึกอย่างไรในแต่ละด้าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ตามความหมายระดับความรู้สึก ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างแต่ไม่มากนัก
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อ ที่	ข้อรายการ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1.	การที่เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้ข้าพเจ้าจะรู้สึกกังวลต่อการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัยจากการติดต่อของโรค					
2.	บ่อยครั้งที่ข้าพเจ้าจะรู้สึกกระแวง เมื่อข้าพเจ้าสัมผัสตัวเด็กหรืออุ้มเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มักร้องไห้ งอแงเสมอๆ					
3.	เมื่อข้าพเจ้าทราบว่าจะมีเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีในชั้นเรียนมาเรียนร่วมกับเด็กปกติด้วยอาจจะทำให้ติดเด็กอื่นไปด้วย ส่งผลให้ข้าพเจ้ารู้สึกไม่กล้ารับเด็กเข้าเรียน					
4.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีผื่นหรือตุ่มขึ้นตามผิวหนังอย่างเห็นได้ชัด ข้าพเจ้าจะรู้สึกรังเกียจไม่อยากเข้าใกล้					
5.	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว ในขณะที่ต้องทำแผลหรือปฐมพยาบาลให้เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เกิดบาดแผลจากการเล่นซุกซน					
6.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ชอบเลยที่ต้องพาเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีไปห้องน้ำและทำความสะอาดให้ด้วย					
7.	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นภาระที่ต้องป้อนอาหารและนมให้กับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเบื่ออาหาร ไม่ยอมดื่มนม					
8.	ข้าพเจ้าจะรู้สึกหงุดหงิด เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการอ่อน ต้องการให้ข้าพเจ้าดูแลเอาใจใส่ตลอดเวลา					
9.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเล่นซุกซน เสื้อผ้าสกปรกเปรอะเปื้อน แล้ววิ่งเข้ามาทักข้าพเจ้า ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเพราะเกรงว่าอาจจะติดเชื้อได้					

ข้อ ที่	ข้อรายการ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
10.	ข้าพเจ้ากังวลว่าการทำหน้าที่ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยการพูดคุย และให้กำลังใจเด็ก ปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะการใช้เวลาการอยู่ด้วยนาน โอกาสติดเชื้ออาจมีได้					
11.	ข้าพเจ้ารู้สึกสงสาร เมื่อเห็นเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิด ความเศร้า เหนง ต้องการให้ครูดูแลอย่างใกล้ชิด					
12.	ข้าพเจ้าจะทำความสะอาดของเล่นและอุปกรณ์ที่ใช้ใน ชั้นเรียน ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้ง เพื่อให้รู้สึกสบายใจ					
13.	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวการทำงานใกล้ชิดเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อ เอชไอวี เพราะว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ถ้าเป็น แล้วจะเสียชีวิตทุกราย					
14.	จากการที่เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการดูแล อย่างเท่าเทียมกับเด็กปกติอื่นๆ ไป ข้าพเจ้าคิดว่าเด็กอื่น อาจติดเชื้อได้ยาก					
15.	ข้าพเจ้าต้องพาเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการไอหรือ มีน้ำมูก ไปอยู่นอกห้องเรียน เพื่อความสบายใจและป้องกัน เด็กอื่นรังเกียจ					
16.	ข้าพเจ้าพอใจที่จะแยก จิ้งแยกของใช้ ของเล่นหรืออุปกรณ์ ระหว่างเด็กปกติกับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะเกรง ว่าจะติดโรคกันได้					
17.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ชอบเลย เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ถูกเพื่อนร่วมชั้นรังแก หรือล้อเลียนว่าเป็นเด็กเอดส์					
18.	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว เมื่อเพื่อนครูที่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวี มาเล่า ถึงอาการป่วยระยะแสดงอาการ ของลูกศิษย์ตนเอง					
19.	ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลจากหนังสือหรือฟังคนอื่นเล่า ถึงความ รุนแรงและอันตรายของโรคเอดส์ ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกสงสาร และนึกถึงลูกศิษย์ของตนเองที่ติดเชื้อเอชไอวี					
20.	เมื่อถึงเวลาเลิกเรียน ปรากฏว่ายังไม่มีผู้ปกครองมารับเด็ก ปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของตนเอง ทำให้ ข้าพเจ้าท้วงเฝ้า จึงอยู่ดูแลเด็ก ขณะที่รอผู้ปกครองมารับ ตาม ลำพัง					

ตอนที่ 4 การแสดงพฤติกรรมต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี

คำแนะนำในการตอบ

1. ข้อคำถามมีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ

2. กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและพิจารณาว่า ท่านมีพฤติกรรมอย่างไรในแต่ละด้าน แล้ว

ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ตามความหมายระดับพฤติกรรม ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านที่เคยเกิดขึ้นหรือมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านที่เกิดขึ้นบ่อยมาก แต่ไม่ทุกครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านที่เคยเกิดขึ้นบ้าง และบางครั้งก็ไม่ตรงกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านที่เคยเกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านที่ไม่เคยเกิดขึ้น

ข้อ ที่	ข้อรายการ	ระดับพฤติกรรม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการป่วย หรือไม่สบาย ข้าพเจ้าก็จะปฏิบัติต่อเด็กปฐมวัยเหมือนเด็กปกติ					
2.	ข้าพเจ้าจะเตรียมชั้นเรียนของข้าพเจ้าเกี่ยวกับการจัดแยกของใช้ อุปกรณ์ ของเล่น เมื่อทราบว่ามีโอกาสที่จะรับเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าเรียน					
3.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้องไห้ งอแง ข้าพเจ้าจะรีบไปอุ้มหรือปลอบ ให้หายจากอาการเหล่านั้น					
4.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีผื่นหรือตุ่มขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งอาจจะทำให้ติดต่อกับผู้อื่นได้ เป็นผลทำให้ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้					
5.	เมื่อต้องพาเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีไปห้องน้ำเพื่อถ่ายอุจจาระ ข้าพเจ้าจะต้องทำความสะอาดให้ด้วยการใส่ถุงมือทุกครั้ง					
6.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดอาการเบื่ออาหาร ไม่ยอมดื่มนม ข้าพเจ้ามักจะพูดให้เด็กเห็นว่าต้องกินอาหารเพื่อให้หายจากโรค					
7.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีบาดแผลจากการเล่นซุกซน ข้าพเจ้า จะรีบพาไปทำแผล					

ข้อ ที่	ข้อรายการ	ระดับพฤติกรรม				
		มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
8.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการเป็นไข้ ตัวร้อน ข้าพเจ้าจะรีบทำการเช็ดตัวให้ไข้ลดหรือให้ยารับประทาน					
9.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดอาการอ่อน ร้องไห้ ต้องการให้ข้าพเจ้าสนใจโดยการอุ้มหรือกอด ข้าพเจ้าจะ บอกให้เด็กเงยหน้าและหาของเล่นให้เล่น					
10.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีเล่นซุกซน จนเสื้อผ้าเปื้อน เปรื้อน แล้ววิ่งเข้ามากอดข้าพเจ้า ถ้าเป็นไปได้ข้าพเจ้ามักจะ หลบ					
11.	ข้าพเจ้าจะรับชมหรือของแบ่งจากเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อ เอชไอวีด้วยความเต็มใจเมื่อเด็กแบ่งปันให้ พร้อมกล่าว ขอบคุณให้กำลังใจเด็ก					
12.	โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง เป็นแล้วตาย ทำให้ข้าพเจ้า ไม่ยากเข้าใกล้เด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี					
13.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการหงอยเหงา เศร้าซึม เหม่อลอย ข้าพเจ้ามักจะชวนเด็กพูดคุยและดึงความสนใจ ของเด็กให้ไปเล่นของเล่นกับเพื่อนๆ					
14.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ไอ หรือจามและมีน้ำมูก ข้าพเจ้าจะบอกให้ไปอยู่ห่างๆ จากผู้อื่น					
15.	เมื่อเด็กอื่นรังแก หรือล้อเลียนเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี ข้าพเจ้าจะรีบแก้ไข โดยทำความเข้าใจและสร้างทัศนคติที่ดี ของเพื่อนร่วมชั้นต่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี					
16.	อุปกรณ์ของเล่นของใช้ หากเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีใช้ หรือเล่นเสร็จแล้วข้าพเจ้าจะเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ					
17.	เมื่อเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องการที่จะเข้าไปเล่นกับ เพื่อนๆ ในมุมประสบการณ์ ข้าพเจ้าจะห้ามเด็กไม่ให้เข้าไป เพราะเกรงว่าจะติดเชื้อได้					
18.	ข้าพเจ้ามักบอกให้พี่เลี้ยงเด็กที่ดูแลเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อ เอชไอวี ให้ระมัดระวังตนเองให้มาก					
19.	ข้าพเจ้าพร้อมที่จะรอ อยู่ดูแลและเล่นด้วยกับเด็กปฐมวัยที่ ติดเชื้อเอชไอวีขณะที่ผู้ปกครองยังไม่มารับ					
20.	เมื่อมีเหตุการณ์พ่อหรือแม่ของเด็กปฐมวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ข้าพเจ้าจะไปร่วมงานฌาปนกิจศพ ด้วย					

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นายบรรพต ชันคำ
วันเดือนปีเกิด	9 กรกฎาคม 2518
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	108 หมู่ 13 บ้านสันป่าเหียง ซอย 2 ถนนเชียงราย-เทิง ตำบลห้วยสัก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57000
ตำแหน่ง	อาจารย์ 1 ระดับ 4
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงเรียนบ้านห้วยคุ หมู่ 8 ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย 57310
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2531	ประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านห้วยสัก
พ.ศ.2534	มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนห้วยสักวิทยาคม
พ.ศ.2537	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสามัคคีวิทยาคม
พ.ศ.2541	ครุศาสตรบัณฑิต (ค.บ.) การศึกษาปฐมวัย สถาบันราชภัฏเชียงราย จังหวัดเชียงราย
พ.ศ.2546	ศึกษาศาสตรบัณฑิต (ศษ.บ.) การแนะแนว มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2546	การศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) การศึกษาปฐมวัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร