



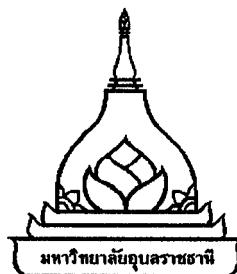
การประเมินผลสัมฤทธิ์การอบรมความรู้ เจตคติและการเดี้ยงดูเด็ก
ของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นออดส์

เกียรติฤทธิ์ เพียงจันทร์

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พ.ศ. 2549

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

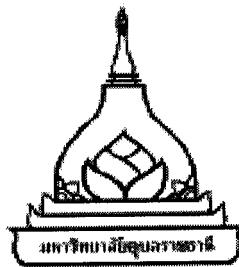


**AN EVALUATION OF A TRAINING ON KNOWLEDGE, ATTITUDE AND
PROPER CHILD CARE FOR CAREGIVERS OF CHILDREN OF
HIV-INFECTED MOTHER**

KIATTIKUL PIANGJUN

**AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF SCIENCE
MAJOR IN HEALTH CARE MANAGEMENT
FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES
UBON RAJATHANE UNIVERSITY
YEAR 2006**

COPYRIGHT OF UBON RAJATHANE UNIVERSITY



ใบรับรองการค้นคว้าอิสระ^๑
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารธุรกิจสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง การประเมินผลสัมฤทธิ์การอบรมความรู้ เจตคติ และการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลเด็ก
ที่เกิดจากการคาดเชือเชือ ไขว้หรือเป็นยอดส์

ผู้วิจัย นางเกียรติกุล เพียงจันทร์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนิษฐ์ ธีระวัฒนสุข)

.....
นายศักดิ์สิทธิ์ ศรีภาน
(นายศักดิ์สิทธิ์ ศรีภาน)

กรรมการ

.....
(นางรัตนกรรณ์ ตั้งยิ่งยง)
.....
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนิษฐ์ ธีระวัฒนสุข)

กรรมการ

คณบดี

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประกอบ วิโรจนกุญ)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รับรองแล้ว

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประกอบ วิโรจนกุญ)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปีการศึกษา 2549

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ได้สำเร็จด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาที่ช่วยเหลือให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นในการศึกษา เป็นอย่างดีมาตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา ขอขอบคุณ
รองศาสตราจารย์ ดร. นงนิษฐ์ ธีระวัฒนสุข และอาจารย์ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา

ขอขอบคุณ นางรัตนารณ์ ตั้งยิ่งยง ผู้ช่วยหัวหน้างานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมชาย 3
น.พ.ปราโมทย์ ศรีสำอางค์ และอาจารย์ดร.รุ่งรังษี วิบูลย์ชัย ที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะในการศึกษา
กันค้นคว้าอิสระเป็นอย่างดีมาตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรีประสงค์ อุบลราชธานี ที่อนุญาตให้เก็บ
รวบรวมข้อมูลในการศึกษาร่วมทั้งเผยแพร่ผลการศึกษา และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามสัมภาษณ์ในการศึกษา

(นางเกียรติกุล เพียงจันทร์)

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : การประเมินผลสัมฤทธิ์การอบรมความรู้ เจตคติ และการเลี้ยงดูเด็ก ของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

โดย : เกียรติกุล เพียงจันทร์

ชื่อปริญญา : ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา : การบริหารบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร.นงนิษฐ์ ธีรวัฒนสุข

ศักยภาพสำคัญ : การประเมินผลสัมฤทธิ์การอบรม ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ของผู้ดูแล และเพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนเจตคติการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ของผู้ดูแล หลังการได้รับการอบรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ในเขตพื้นที่ 14 อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสตูล ประสิทธิประสงค์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 51 ราย เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์จาก United Nations Thailand-Focal Point and Staff Post-Training Questionnaires (2003) โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ก่อนนำมาใช้ในการศึกษา การเก็บข้อมูลกระทำโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสัมภาษณ์โดยคณะผู้วิจัย โดยเก็บข้อมูลก่อนที่จะมีการอบรมซึ่งใช้เวลา 1 วัน จากนั้นเก็บข้อมูลหลังการอบรมทันที และ 2 - 4 สัปดาห์หลังการอบรม นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบทางสถิติเบรย์นเทียน ความแตกต่างของคะแนนความรู้และเจตคติก่อนและหลังการอบรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างแยกตามความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลเด็ก ทั้งนี้ โดยจำแนกความรู้ทั้งหมดเกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็น 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดงระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมาตรการ และโรคภัยโอกาส ด้านการรับรู้การติดต่อของโรค การป้องกัน การดูแลรักษา การพยากรณ์โรค และแหล่งบริการสนับสนุนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ด้านการเลี้ยงดู การดูแลมนุษย์ ให้นมผอมสมอย่างถูกวิธี การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีนตามวัย อาการ

ผิดปกติที่ความภาพแพทย์ การมาตรวจตามนัด และด้านการอยู่ร่วมกัน การให้ความรัก ความอบอุ่น การส่งเสริมให้อยู่ในสังคม ผลการวิจัยสรุปได้วังนี้ คือ ในด้านความรู้ทั้งหมดเกี่ยวกับโรคเอดส์และการเตือนภัยเด็กที่เกิดจากการคาดเด้อเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ พบว่า หลังการอบรมทันทีและหลังการอบรมนาน 2-4 สัปดาห์ ผู้เข้าอบรมมีคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการอบรม ($p - value = .003$ และ $.039$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังอบรมทันที และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์โดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p - value = .659$) สำหรับด้านเขตภาคต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ของผู้ดูแลเด็ก พบว่าหลังการอบรมทันที ผู้เข้าอบรมมีเขตภาคต่อโดยรวมทั้ง 4 ด้านบวกและด้านลบเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการอบรม ($p - value < .001$ และ 0.027 ตามลำดับ)

จากผลการศึกษารังนี้ สรุปได้ว่าผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากการคาดเด้อเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ยังขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์และมีเขตภาคต่อด้านลบก่อนเข้าสูงต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ถึงเหล่านี้เป็นผลให้ กลุ่มคนเหล่านี้ขาดความสามารถในการเตือนภัยเด็กที่เกิดจากการคาดเด้อเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ด้วยวิธีการที่เหมาะสม การศึกษาวิจัยรังนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดอบรมให้ความรู้และเสริมสร้างเขตภาคติ มีผลให้ผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากการคาดเด้อเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการดูแลเด็กที่เกิดจากการคาดเด้อเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ตลอดจนมีเขตภาคติเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากการคาดเด้อเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ให้สามารถเตือนภัยเด็กเหล่านี้ให้เจริญเติบโต และมีพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ABSTRACT

TITLE	: AN EVALUATION OF A TRAINING ON KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PROPER CHILD CARE FOR CAREGIVERS OF CHILDREN OF HIV-INFECTED MOTHER
BY	: KIATTIKUL PIANGJUN
DEGREE	: MASTER OF SCIENCE
MAJOR	: HEALTH CARE SYSTEM AND HEALTH CARE MANAGEMENT
CHAIR	: ASSOC. PROF. NONGNIT TEERAWATANASUK, Ph.D.
KEYWORDS	: AN EVALUATION OF A TRAINING ON KNOWLEDGE/ ATTITUDE AND PROPER/CHILD CARE FOR CAREGIVERS OF CHILDREN OF HIV- INFECTED MOTHER

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of a training program which aimed to increase knowledge on HIV disease and to improve attitude of caregivers of children of HIV-infected mothers toward HIV-infected or AIDS patients. The study was carried out in 51 children caregivers who lived in 14 districts of Ubon Ratchathani Province. All these subjects have attended physician follow up for their children illness at Sapprasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani and were consented to enroll in this study. Data collection was carried out using the questionnaire modified from the United Nations Thailand-Focal Point and Staff Post-Training Questionnaires (2003). The questionnaire was verified for content validity and reliability prior to its application in the study. All subjects were interviewed according to the questionnaire by a team of investigators, prior to, immediately after, and 2-4 weeks following a one-day training course. Data obtained from the interview was analyzed and primarily presented as frequency, mean, and standard deviation. To assess the effectiveness of the training program, data was further statistically analyzed for the changes of overall knowledge and attitude compared between pre-training versus immediately post-training, or 2-4 weeks following training. Overall knowledge on HIV or AIDS disease was classified into four aspects. First , the perception of disease, includin

mechanism of disease, signs and symptoms, disease progression, vertical transmission, and opportunistic infections. Second, the perception of HIV transmission, including, prevention, medical treatment, prognosis, assessment to public health care. Third, the proper care for children of HIV-infected mothers, including, milk feeding, nutrition supplements, vaccination, forewarning signs and symptoms, and physician follow up. Forth, the proper social interaction, including, cuddle, and providing love and support to live with contentment in society. The result showed that the mean scores for all aspects of knowledge about HIV or AIDS disease, were significantly increased either immediately after training (p - value = .003) or 2-4 week following training (p - value = .039) compared to prior training. Apparently, the overall knowledge were not different compared between immediately after training and 2-4 week after training (p - value = .659). Likewise, the training program also significantly improved attitude of these caregivers toward HIV-infected or AIDS patients. The improvement were observed in both positive and negative attitudes (p - value < .001 and p - value = .027 respectively) immediately after training,

In conclusion, our results indicated that most caregivers of children of HIV-infected mothers lack essential knowledge on HIV or AIDS disease. Besides, their attitude toward HIV-infected or AIDS patients were rather pessimistic. As a consequence, their ability to deliver proper care to children under guardianship are somewhat inadequate. It has been shown in our study that proper health training program substantially improved both knowledge and attitude of the children's caregivers. It is likely that this positive outcome would eventually lead to favorably changes of behaviors of those caregivers in taking care of children under guardianship, i.e. the capability in raising the children of HIV-infected parents to grow up with proper development in all essences i.e. mental, physical, emotional, and social, of adulthood.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	น
บทที่	ณ

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	2
1.3 สมมติฐานในการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตการศึกษาศักดิ์	3
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	3
1.6 คำนิยามศัพท์	4
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายของความรู้และเขตคติ	5
2.2 ระบบวิทยาของโรงเรียนอุดส์	9
2.3 ผลกระทบของโรงเรียนอุดส์	12
2.4 แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไวรัส หรือเป็นอุดส์	15

3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 กลุ่มประชากร	18
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	18
3.3 การดำเนินการรวบรวมข้อมูล	20
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	21

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	39
4.2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดา ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์	27
4.3 เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์	48
5. สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	59
5.2 ข้อเสนอแนะ	61
5.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	62
เอกสารอ้างอิง	63
ภาคผนวก	
ก หลักสูตรการอบรมเสริมสร้างความรู้เรื่อง โรคเอดส์ การดูแลเด็ก ที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์และการเสริมสร้าง เจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์	67
ข การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	74
ค เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	76
ง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ	84
ฯ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	86
ประวัติผู้วิจัย	88

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่	
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป	22
2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคเอดส์ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันทีและหลังการอบรม 2 - 4 สัปดาห์	27
3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคเอดส์ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 2 - 4 สัปดาห์ โดยแยกตามความเกี่ยวข้องกับเด็ก	30
4 แสดงคะแนนความรู้รายข้อและรายด้านเกี่ยวกับ โรคเอดส์และเรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์	32
5 เปรียบเทียบคะแนนรายข้อและรายด้าน ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ การดูแลเด็กที่เกิดจากมารดา ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนรับการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังอบรม 2 - 4 สัปดาห์	41
6 เปรียบเทียบคะแนนเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ก่อนการอบรม และหลังการอบรมทันที	48
7 เปรียบเทียบคะแนนเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ก่อนการอบรมและหลังการอบรมทันที ของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับเด็กที่เกิดจากมารดา ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์	51
8 ข้อมูลรายข้อและรายด้านของเจตคติก่อนอบรมและหลังการอบรมทันที	52
9 เปรียบเทียบคะแนนรายข้อและรายด้านเจตคติของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมารดา ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนรับการอบรมและหลังการอบรมทันที	55

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่

๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๓

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

โรคเออดส์ (AIDS=Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหารุนแรงทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก การแพร่ระบาดของโรคเออดส์ไม่มีเส้นแบ่งพรມแดนใดกันระหว่าง ทั้งพรมแดนทางภูมิศาสตร์ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม ในบางพื้นที่เช่น แอฟริกาใต้ เอเชีย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นทุกปี และขยายวงกว้างออกไปไม่หยุดยั้ง ในปี 2546 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ถึงห้าล้านคน และผู้คนจำนวนกว่า 40 ล้านคนทั่วโลกกำลังได้รับทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคเออดส์ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเออดส์จนถึงปี 2544 จำนวนทั้งสิ้น 21.8 ล้านคน (UNAIDS, AIDS Epidemic update, 2004)

สำหรับในประเทศไทย การระบาดของโรคเออดส์เริ่มมีรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยในระบบ可靠ระบุในชาวยรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด และหญิงบริการทางเพศ หลังจากนั้นจึงพบแพร่ระบาดไปยังชายหญิงทั่วไป และการซึ่งได้รับเชื้อจากการค้าที่ติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ประมาณ 1,054,684 ราย และคาดว่าใน พ.ศ. 2549 ประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเออดส์ ที่มีชีวิตอยู่ราว 508, 323 ราย (วิพุธ พูลเจริญและคณะ, 2539) จึงเห็นได้ว่าปัญหาโรคเออดส์มีผลกระทบอย่างสำคัญทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทย สำหรับการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กไทยเริ่มมีรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2534 และในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์งดเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ปี พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ ได้รับยาต้านไวรัสระยะสั้นก่อนคลอด และด้วยบุตรด้วยนมตนเอง สำหรับการแยกเกิดให้ได้รับยาระยะสั้น ประมาณ 4 – 6 สัปดาห์ จากผลการดำเนินงานตามนโยบายข้างต้นนี้ ทำให้การติดเชื้อเอชไอวี จำนวนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 มีการติดเชื้อเอชไอวีจำนวนลดลง กล่าวคือในปี พ.ศ. 2540 มีการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1,250 รายต่อปี และในปี พ.ศ. 2544 จำนวนลดลงเหลือ 680 รายต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546)

ก่อนหน้าที่จะมีการประกาศนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขคือก่อนปี พ.ศ. 2540 ที่จังหวัดอุบลราชธานี มีเด็กเกิดจากมาตรการค้าซึ่งติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ ประมาณปีละ 90 - 130 ราย และมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ ประมาณปีละ 15- 20 ราย แต่หลังจากที่มีการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวปี พ.ศ. 2544 เป็นผลให้จำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ ลดลงเหลือ

ประมาณปีละ 8-11 ราย (สถิติ ผลงานประจำปี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2546) กลุ่มเพื่อนรัก อังการ ซึ่งเป็นกลุ่มอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเชื้อเอชไอวี ในจังหวัด อุบลราชธานี ได้ทำการสำรวจเด็กและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์จำนวน 100 คน พบว่า เด็กร้อยละ 90 มีปัญหาด้านการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของตนเอง อันเนื่องมาจากการ เจ็บป่วยของบิดา แมรดา เด็ก ร้อยละ 50 มีปัญหาด้านจิตใจเนื่องจากถูกเลือกปฏิบัติจากครอบครัวและ ชุมชน เด็กร้อยละ 40 มีปัญหาป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ และขาดสารอาหาร และ เด็กร้อยละ 80 บิดามารดา มีปัญหาในการดื่มน้ำ ภาวะเจ็บป่วยของตนเองกับบุตร นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กในช่วงอายุ 3-15 ปี ซึ่งบิดาและแมรดาป่วยหนักหรือเสียชีวิต และอยู่ภายใต้การดูแลของปู่ย่า ตายาย หรือญาติ จะมีบุคลิกภาพที่ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจ การแสดงออกและการเผชิญกับปัญหา (คณะกรรมการควบคุม ป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2546) ดังนั้นเด็กที่ เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อเอชไอวี จึงถือว่าเป็นเด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แม้ว่าเด็กเหล่านี้จะปลอดภัยจากการติดเชื้อเชื้อเอชไอวีก็ตาม แต่พวกรебาจะเติบโตขึ้นภายใต้ความกดดัน จากการถูกทอดทิ้ง หรือกลâyเป็นเด็กกำพร้าต่อไป นอกจากนั้นการที่เด็กอาจได้รับการเลี้ยงดูจากญาติ หรือบุคคลที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเป็นเอดส์ แล้ว เด็กเหล่านี้อาจไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ นำไปสู่ ปัญหาในระยะยาวต่อไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องให้ผู้เลี้ยงดูมีความรู้ความเข้าใจ และเจตคติที่ ถูกต้องต่อโรคเอดส์โดยวิธีการต่างๆ เช่น การอบรม การให้คำแนะนำ และการเผยแพร่ความรู้ด้วยสื่อใน รูปแบบต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเลี้ยงดูเด็กเหล่านี้ให้เจริญเติบโต และมีพัฒนาการทางร่างกายและ สังคมอย่างเหมาะสม เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพต่อไป ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผลของการอบรมการให้ ความรู้เพื่อปรับเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อเอชไอวี เพื่อประเมิน ผลลัพธ์ของการให้ความรู้ โดยการอบรมว่าสามารถทำให้ผู้เลี้ยงดูมีความรู้ความเข้าใจ และเจตคติ ที่ดีขึ้น โดยคาดหวังว่าจะเป็นการไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

1.2.1 เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความรู้เกี่ยวกับ การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ของผู้ดูแล

1.2.2 เพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนเจตคติการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อเอชไอวีหรือ เป็นเอดส์ ของผู้ดูแลหลังการได้รับการอบรม

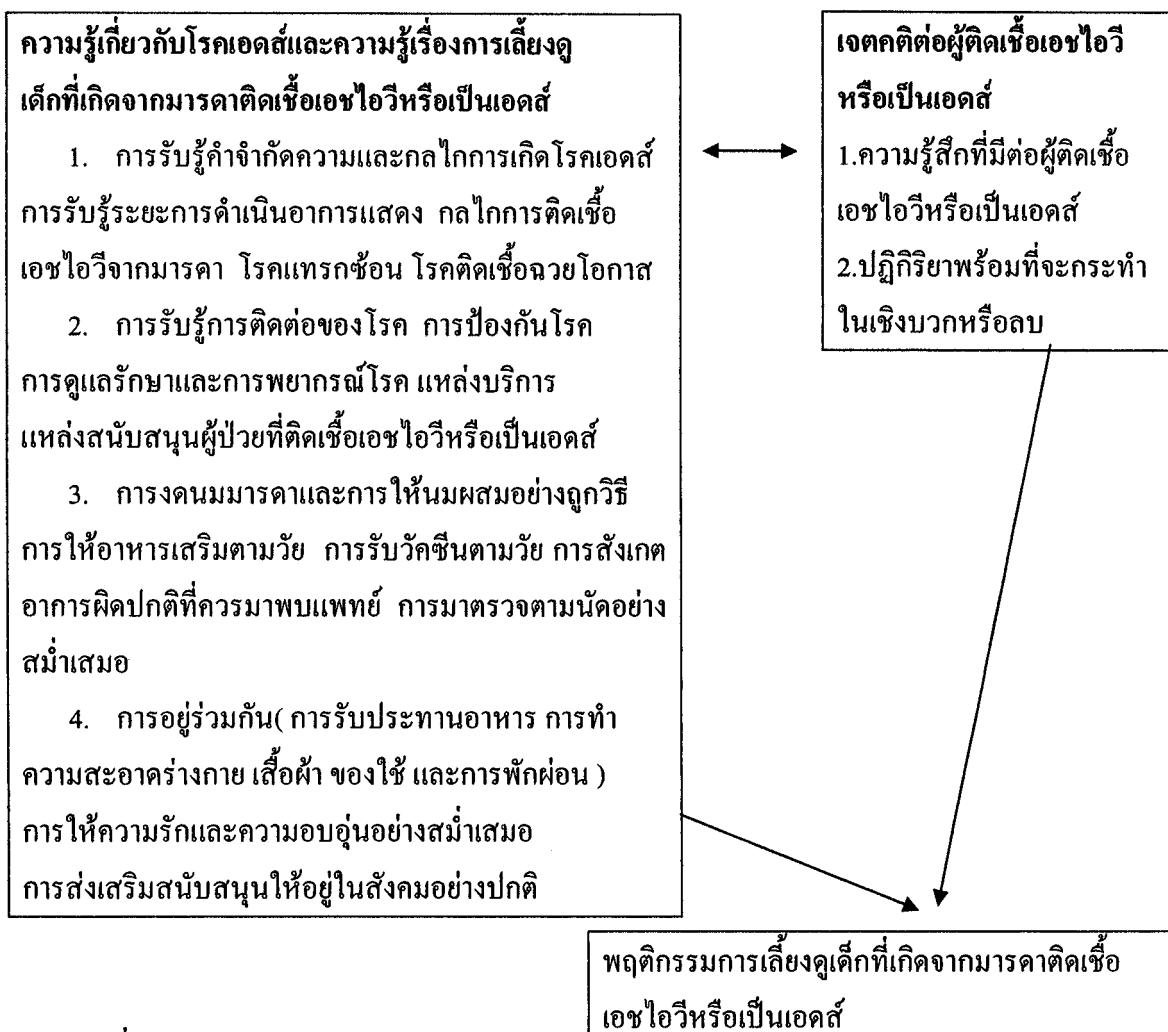
1.3 สมมติฐานในการวิจัย

- 1.3.1 หลังการอบรม ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ เพิ่มขึ้น
- 1.3.2 หลังการอบรม ผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ เพิ่มขึ้น

1.4 ขอบเขตการวิจัย (Scope of Research)

การวิจัยครั้งนี้ จะเป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการอบรมเพื่อการเสริมสร้างความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 คำนิยามศัพท์ (Definition of Terms)

1.6.1 ผลสัมฤทธิ์ หมายถึง ความคาดหวังที่จะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ในการวิจัยครั้งนี้ได้จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ และเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ โดยคะแนนความรู้ และคะแนนเจตคติหลังการเข้ารับการอบรมมากกว่าก่อนเข้ารับการอบรม

1.6.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ หมายถึง การรับรู้คำจำกัดความและกลไกการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ระบบการดำเนิน อาการแสดง กลไกการติดเชื้อเอชไอวี จากร่างกาย โรคแทรกซ้อน โรคติดเชื้อรายโอกาส การติดต่อของโรค การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการพยากรณ์โรค แหล่ง บริการ แหล่งสนับสนุนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

1.6.3 ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์หมายถึง การรับรู้ในเรื่องการคงนมมารดาและการให้นมผสมอย่างถูกวิธี การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีน ตามวัย การสังเกตอาการผิดปกติที่ความพابแพทย์ การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การอยู่ร่วมกัน (การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ของใช้และการพักผ่อน) การให้ความรัก และความอบอุ่นอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมสนับสนุนให้อยู่ในสังคมอย่างปกติ

1.6.4 เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ปฏิกริยาพร้อมที่จะกระทำในเชิงบวกหรือลบ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected outcomes and benefits)

1.7.1 หลังได้รับการอบรม ผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มากขึ้น

1.7.2 หลังได้รับการอบรม ผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มีเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มากขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาดังนี้

แนวคิดหลักการทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 ความหมายของความรู้และเจตคติ
- 2.2 ระนาดวิทยาของโรคเอดส์
- 2.3 ผลกระทบของโรคเอดส์
- 2.4 แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

2.1 ความหมายของความรู้และเจตคติ

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ความรู้ (Knowledge) เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจดี ก็จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติที่ถูกต้องได้ มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่าดังนี้ ความรู้หมายถึงความรู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้าหรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคลซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากการรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจน และต้องอาศัยเวลา (Good, 1973) ไฟศาล หวังวนิช (2541) ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า หมายถึง บรรดา ข้อเท็จจริงหรือทราบรายละเอียดของเรื่องราวอันเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อไป อนันต์ ศรีโภสกา (2525) ให้ความหมายว่า ความรู้คือส่วนหนึ่งของความสามารถทางพุทธิปัญญา (Cognitive domain) ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

- 2.1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับวิชา เนื้อหาได้แก่ ความหมายของคำต่างๆ ความจริงเกี่ยวกับเวลา เหตุการณ์บุคคล สถานที่ เป็นต้น

2.1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิด และโครงสร้างของสิ่งได้โดยเฉพาะ เช่น ลักษณะแบบแผนต่างๆ แนวโน้มและการจัดทำ การจำแนก และแบ่งประเภทสิ่งต่างๆ ก្នុរោគទៅระเบียบวิธีดำเนินงานของสิ่งได้สิ่งหนึ่ง

2.1.1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิด และโครงสร้างของสิ่งได้สิ่งหนึ่ง การบรรยาย คุณค่า พยายกรณ์ หรือตีความหมาย และความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี และโครงสร้าง

Bloom (1971) กล่าวว่า การประเมินความรู้ คือการประเมินการเปลี่ยนแปลงจากความรู้เดิมจากเนื้อหาที่เรียนรู้และทักษะการใช้นิءอห แล้ว ความรู้เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Facts) หรือเนื้อหาความคิด (Ideas) ความเข้าใจ หักเห (Insights) หรือความสามารถ เชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2538) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรม ขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำความได้ ยังจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี โครงสร้าง วิธีแก้ปัญหา ก្នុច่างๆ เหล่านี้เป็นต้น อาจสรุปได้ว่า ความรู้คือข้อเท็จจริงต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับจากประสบการณ์ การค้นคว้า ศึกษา สังเกต มีการสะสมไว้ สามารถจำได้โดยอาศัยความสามารถและทักษะทางสติปัญญา (ดวงกมล เวชบรรยงรัตน์และคณะ, 2545)

2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ (Attitude)

เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกและปฏิกริยาความพร้อมที่จะกระทำในเชิงบวก หรือเชิงลบที่มีต่อเฉพาะบุคคล เนพะสิ่ง เนพะเรื่อง และเฉพาะสถานการณ์ (ดวงกมล เวชบรรยงรัตน์ และคณะ, 2545) และ Good (1973) ให้ความหมายว่า เจตคติเป็นความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อาจเป็นการตอบรับหรือปฏิเสธต่อสถานการณ์บางอย่าง บุคคล หรือสิ่งของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2538) ให้ความหมายว่า เจตคติเป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระทบด้วยอารมณ์ ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำการสิ่งหนึ่ง หรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น สุโภ เจริญสุข (2520) ให้ความหมาย

เจตคติว่าหมายถึง ความพร้อมของบุคคลที่จะแสดงท่าทีตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามที่เคยนึกถึง จิตรา วสุวนิช (2528) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม หรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ อาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ โสภา ชูนิกูลชัย (2516) ให้ความเห็นว่า เจตคติ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ เจตคติเป็นแนวโน้ม หรือ ขัน เตรียมพร้อมของพฤติกรรม กมลรัตน์ หล้าสุวงศ์ (2527) ได้กล่าวถึงเจตคติว่า

2.1.2.1 เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ มิใช่สิ่งที่ได้รับมาแต่กำเนิด

2.1.2.2 เป็นสิ่งที่แนวทางในการแสดงพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้ามีเจตคติที่ดีก็จะมีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ตรงกันข้ามถ้ามีเจตคติที่ไม่ดีก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่เข้าหาโดยการถอยหนี หรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ

2.1.2.3 เจตคติ สามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งได้

2.1.2.4 เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากเจตคติเป็นสิ่งที่ได้มาจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ถ้าการเรียนรู้ประสบการณ์นั้นเปลี่ยนไป เจตคติก็จะเปลี่ยนไปด้วยนอกจากนี้ กมลรัตน์ ยังสรุปได้ว่าเจตคติเป็นความพร้อมของร่างกาย และจิตใจที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ต่างๆ ด้วยการเข้าหาหรือถอยหนีออกไปโดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1) เจตคติทางบวก หรือเจตคติที่ดี หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลจะเข้าหาสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้นเนื่องจากความชอบหรือความพึง

2) เจตคติทางลบ หรือเจตคติที่ไม่ดี หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลจะถอยหนีออก จากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นๆ เนื่องจากความไม่ชอบหรือไม่พึง

กล่าวโดยสรุป เจตคติ หมายถึง สภาพของจิตใจ ซึ่งรวมทั้งความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มที่จะตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ และสถานการณ์ต่างๆ อาจจะเป็นไปในทางบวก หรือทางลบก็ได้ โดยเริ่มจากบุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งนั้นก่อน แล้วทำการประเมินค่า สิ่งนั้นตามประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา โดยเก็บเอาไว้เป็นอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดสะสมไว้เป็น ความตั้งใจ แล้วจึงสะท้อนความรู้สึกนั้นออกมาเป็นพฤติกรรม (ดวงกมล เวชบรรยงรัตน์ และคณะ, 2545)

จากรายงานการวิจัยเรื่อง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ของ ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ (ชลธิชา เรืองบุทธิการณ์, 2536) และเรื่อง ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในจังหวัดชลบุรี (ปานพิพิช พรมประสิทธิ์, 2536) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติต่อเอดส์ การติดเชื้อเอดส์ การที่เป็นเอดส์ ตลอดจนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่ และในจังหวัด ชลบุรี กลุ่มที่ศึกษาคือชายที่มารับบริการที่ศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 3 ชลบุรี ศตรีมีครรภ์ที่มา ฝากครรภ์ ในโรงพยาบาล นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย นักเรียนอาชีวศึกษา นักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น คณงานโรงพยาบาล อุตสาหกรรม จำนวนทั้งสิ้น 755 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2535 ผลการศึกษา พบว่าทั้งจังหวัดเชียงใหม่ ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่มีความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี และบางส่วน มีเจตคติที่เห็นว่าควรติดประกาศรายชื่อผู้ติดเชื้อให้ทุกคนทราบ ร้อยละ 21.3 เห็นว่าตนเองมีพฤติกรรม เสี่ยง เที่ยวกางคืน ดื่มสุราและเที่ยวญี่ปุ่นบริการโดยไม่ได้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 89.1 มีคุณอน หลักคน และร้อยละ 38.9 มีการใช้เจ้มฉีดยาเสพติดร่วมกัน ส่วนการศึกษาในจังหวัดชลบุรี พบว่า

ประชากรกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีความรู้ว่าในประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอช ไอวี ร้อยละ 74 มีความรู้ว่า การใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรค ร้อยละ 73 มีความรู้ว่าหญิงโสเกนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ร้อยละ 58 คือ วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์กับคนที่ถูกใจหัวไป ร้อยละ 52 คือผู้เดียวเสพติด และร้อยละ 52 คือภารายของชายที่เที่ยวโสเกน ส่วนเจตคติเกี่ยวกับโรคเอช ร้อยละ 50 มีความรู้สึกเห็นใจผู้ติดเชื้อเอช ไอวี อตราประชากรที่มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับ โรคเอชสูงต้อง ในการกลุ่มชายที่มารับบริการที่ศูนย์กามโรคฯคิดเป็นร้อยละ 10 สรุvmีครรภ์ร้อยละ 6.64 นักเรียนมัชymศึกษาตอนปลายร้อยละ 18.57 นักเรียนอาชีวศึกษา ร้อยละ 11.34 นักเรียนมัชymศึกษาต้น ร้อยละ 3.03 และคนงานโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 10

ส่วนรายงานวิจัยเรื่อง การประเมินสภาพการด้านสุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอช (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ, 2538) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคเอช ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ หญิงอาชีพพิเศษ หญิงตั้งครรภ์ หญิงวัยเจริญพันธุ์ นักเรียนชั้นมัชymศึกษาและคนงานในโรงงาน กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนประชากรกลุ่มต่างๆ 6 กลุ่ม จำนวน 7,258 ราย สุ่มตัวอย่างจาก 12 จังหวัด รวบรวมข้อมูล ทำโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามซึ่งคณะกรรมการผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคเอช ร้อยละ 90.1 บางส่วนที่ยังมีความรู้เกี่ยวกับ โรคเอชไม่ถูกต้องบ้างบ้าง ประเด็น ได้แก่กลุ่มเด็กนักเรียนมัชymศึกษา ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับ โรคเอช ในเกณฑ์ดี เพียงร้อยละ 61.7 และมีเจตคติที่ดีต่อ โรคเอช ร้อยละ 69.4 นอกจากนี้ยังพบว่าบังมีบางส่วนของกลุ่มเพศหญิง เพศชาย หญิงอาชีพพิเศษ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ไปเที่ยวหญิงบริการโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ พบร่วมกับผู้อื่น พบว่าหญิงอาชีพพิเศษมีการรับรู้ เจตคติที่ดีต่อ โรคเอชสูงกว่า ในระดับสูงกว่า และมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอช ที่เหมาะสมมากกว่า

และการรายงานการวิจัย เรื่อง ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของบุตร และพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยแรกเกิดถึง 18 เดือนของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี (สุภารี คุ้มเพชร, 2544) วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาวิชาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวบัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของบุตร และพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยแรกเกิดถึง 18 เดือน ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี จากการใช้ถุงยางอนามัย ที่เป็นมารดา ที่ทราบผลการติดเชื้อเอช ไอวี และมารับนัมพ์สำหรับบุตรที่แพนกสังคมสงเคราะห์จำนวน 59 คน โดยใช้แบบสอบถามคำ답변ป้ายเปิด วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยแบ่งเป็น 4 ค้าน คือ

(1) การดำเนินการด้านโรคพนว่า มารดาวิเคราะห์ความไม่พุติกรรมการดูแลบุตรโดยพยาบาลมีชีวิตอยู่กับปัจจุบันนี้จะมีการปรับเปลี่ยนความคิดและความหวัง ยอมรับความจริง วางแผนหาผู้ดูแลบุตร และปักปิดการติดเชื้อ

(2) ด้านความคุณเครื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยพบว่ามารดาจะแสวงหาที่พึงทางใจ เป็นไปตามความสนใจ สร้างความหวัง เก็บกด ห้อมเหล็กหัวง่วง ปลง ทำใจ ตั้งใจทำหน้าที่ดูแลบุตร หลีกเลี่ยงสิ่งอันตราย ระบายน้ำนมที่ใส่บุตรและไม่พาบุตรไปตรวจเลือดตามนัด

(3) ด้านขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของโรค มารดาจะปรึกษา คนที่วางแผน แสวงหาข้อมูล ละเลยกการป้องกันอันตราย และไม่ก่อภาระ

(4) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ มารดาปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ เปลี่ยนสถานบริการสุขภาพบ่อย เปลี่ยนสถานบริการสุขภาพเปลี่ยนวิธีการรักษา ปรึกษากันໄກลัชิด สร้างความหวัง ยอมรับความจริงและพาบุตรหนีออกจากโรงพยาบาล

จากการวิจัยที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าประชาชนบังต้องการความรู้ที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนความมีการประชาสัมพันธ์และเสริมสร้างเจตคติที่ถูกต้องต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ และความมีการสำรวจ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของประชาชนเป็นระยะๆ ส่วนในเด็กที่บิดาหรือมารดาติดเชื้อเอชไอวี ดำเนินการรักษาที่ถูกต้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ก็จะเกิดปัญหาระยะยาวต่อไป การถูกละทิ้งด้วยความเริ่มจากผู้เลี้ยงดูควรมีความรู้ เจตคติ ที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีทีมสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลช่วยเหลือ แนะนำอย่างໄกลัชิด บุคลากร ทีมสุขภาพควรประเมินพฤติกรรมการถูกละทิ้งที่เจ็บป่วยของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี และวางแผนการรักษาพยาบาล ให้เหมาะสมกับบุคคล เพื่อช่วยส่งเสริม ให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี มีพฤติกรรมในการถูกละทิ้งทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเด็กเหล่านี้เจริญเติบโต และมีพัฒนาการอย่างเหมาะสมเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ

2.2 ระบบวิทยาของโรคเอดส์

2.2.1 ระบบวิทยาของโรคเอดส์ทั่วโลก

ประวัติการระบาดของโรคเอดส์ เริ่มเมื่อมีการรายงานผู้ป่วยรายแรกร่วมเพศที่มีอาการโรคติดเชื้อจวยโอกาสในกรุงลอสแองเจลิส เมื่อปี พ.ศ. 2524 จากนั้นได้มีการติดตามเฝ้าระวังโรคที่มีลักษณะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเรียกชื่อโรคนี้ว่า “โรคเอดส์” (Acquired Immune Deficiency Syndrome AIDS) ซึ่งหมายถึง การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งติดต่อได้โดยผ่านทางเดื่อดและสารคัดหลั่งจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ส่วนใหญ่ติดต่อโดยการร่วมเพศ การใช้เข็มและระบบอกรดมารดา กระทำการได้รับเดือดหรือได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะที่มีเชื้อ และการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะเดียวกัน เช่นการรายงานโรคเอดส์มีความครอบคลุมไม่เท่ากันในภูมิภาคต่างๆ ของโลก กล่าวคือในประเทศไทยแล้ว หรือประเทศไทยสามารถรวมความครอบคลุมของรายงานค่อนข้างครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการ

รัฐบาลทุกคน ในขณะที่ประเทศไทยกำลังพัฒนา อาจมีการรายงานต่อกว่าความเป็นจริงหลายเท่า สำหรับประเทศไทยเชื่อว่าความครบถ้วนของการรายงานอยู่ที่ร้อยละ 30-80 แนวโน้มของการระบาด เท่าที่ผ่านมาเห็นได้ชัดว่าเกิดในกลุ่มประเทศโลกที่สาม ได้แก่ ประเทศไทยในทวีปแอฟริกาและเอเชีย ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อเช่นไนจีเรีย มีประวัติเดินทางไปประเทศสัมพันธ์ โดยเฉพาะแบบรักด้วย เพศ ซึ่งต่างจากประเทศไทยทางตะวันตกที่มีปัญหาเสพติดหรือรักร่วมเพศเป็นปัญหาสำคัญ (วิพูธ พูลเจริญ และคณะ, 2539)

2.2.2 ระบบวิทยาของโรคออดส์ในประเทศไทย

การระบาดของการติดเชื้อเชื้อเอชไอวีและการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย มีการบันทึกไว้อย่างดีเนื่องจากมีผู้ทำการศึกษาทางระบบวิทยาตั้งแต่ระยะแรกของการระบาด โดยกองระบบวิทยา กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมงานกับศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหราชอาณาจักรในการดำเนินการเฝ้าระวังโรคนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 เชื่อว่าโรคนี้ได้เข้ามาในประเทศไทยประมาณต้นปี พ.ศ. 2523 โดยมีผู้ป่วยรายแรกในปี พ.ศ. 2527 ในระยะแรกเป็นระบบในกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ชาวรักแร່ร่วมเพศ ชาวรักตัวเพศ ผู้ให้บริการทางเพศ และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 การระบาดได้เข้าสู่ผู้ติดยาเสพติด และประชาชนทั่วไป โดยทั่วไปจำต้องแยกแยะให้เห็นชัดว่าการระบาดของการติดเชื้อเชื้อเอชไอวี และการระบาดของโรคเอดส์ ในประเทศไทยมีระยะห่างกันประมาณ 7- 10 ปี โดยการระบาดของการติดเชื้อเชื้อเอชไอวี เกิดขึ้นก่อน ราวปี พ.ศ. 2528 และมีการระบาดสูงสุดระหว่างปี พ.ศ. 2539 - 2540 ส่วนการระบาดของโรคเอดส์ (การเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยเอดส์) เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2533 และคาดว่าจะมีการระบาดสูงสุดในปี พ.ศ. 2547- 2550 สำหรับผลการบททางสังคมและเศรษฐกิจนั้น อาจเกิดขึ้นในอีก 2-3 ทศวรรษ ข้างหน้า ก็อ ในปี พ.ศ. 2560 - 2570 เนื่องจากจะมีผลต่อประชากรในรุ่นต่อๆ ไป จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมถึง พ.ศ. 2543 มีเกือบหนึ่งล้านคน มีการรายงานผู้ป่วยเอดส์ปีละ 3-4 หมื่นคน เชื่อว่าการรายงานครอบคลุมประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่รับบริการรักษา มีการระบาดของไวรัสเอชไอวี ในประเทศไทยสองสายพันธุ์ก็สายพันธุ์ B และสายพันธุ์ E ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดและกลุ่มเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ ซึ่งเชื่อว่าคงจะระบาดเข้ามาในเวลาใกล้เคียงกันแต่ระบบในภาครัฐและภาคเอกชน ที่มีการระบาดมากและเร็วในประเทศไทย เกิดจากพฤติกรรมของประชาชน (เชิญ พันธุ์เจริญและคณะ, 2545)

2.2.3 ระบบวิทยาของโรคเอดส์ในเด็กไทย

หลังจากมีรายงานขายไทยที่ติดเชื้อเอ็ดส์รายแรกในประเทศไทยเมื่อเดือนกันยายน 2527 ในเดือนกรกฎาคม 2531 มีรายงานหารายแรกคลอดจากการดาบที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ และในปีเดียวกันพบผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก เกิดจากการติดเชื้อจากการดาบสู่ทารก เกือบทั้งสิ้น เพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี จากการได้รับเลือด จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าปี พ.ศ. 2527 ถึง 31 มีนาคม 2540 มีจำนวนเด็กติดเชื้อ

เชื้อไวรัสจำนวน 3,200 ราย และเสียชีวิตไปแล้ว 986 ราย อายุร่วมกับการดำเนินงานทางระบบดิจิทัล
จากความซุกของการติดเชื้อเชื้อไวรัสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2539
ร้อยละ 0.8-2 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย (1 ล้านคนต่อปี) และอัตราการติดเชื้อเชื้อไวรัสใน
มาตรา ประมาณ 21,750 คน (วิพุธ พุฒิเจริญ และคณะ, 2539)

อัตราการติดเชื้อของทางการซึ่งคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสเป็นอุดส์จากทั่ว
โลกแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 13 – 52 สำหรับในประเทศไทย มีรายงานจากจังหวัดทางภาคเหนือ
ตอนบน ทำการศึกษาติดตามทางการที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัส ระหว่างปี พ.ศ. 2532 – 2535
พบว่ามีอัตราการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 37 – 45 ทางเด่านี้ส่วนใหญ่กินน้ำนมารดา การศึกษาภายหลัง
ในการซึ่งคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสเป็นอุดส์ และไม่กินนมแม่ พบว่าอัตราการติดเชื้อ
เชื้อไวรัส หรือเป็นอุดส์ลดลงเหลือร้อยละ 21-28 (ชัยณุ พันธ์เจริญและคณะ, 2545) ลักษณะทางคลินิก
ของโรคอุดส์ในเด็กไทย ทางแรกเกิดซึ่งคลอดจากมารดาติดเชื้อเชื้อไวรัสเป็นอุดส์ ส่วนใหญ่นัก
เข็งแรงเป็นปกติ พบความพิการตั้งแต่กำเนิดน้อยมาก

ลักษณะทางคลินิกของทางการที่ติดเชื้อเชื้อไวรัส แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ
อย่างมาก อาการมักไม่แน่นอนและไม่จำเพาะ อาจมีอาการของโรคแทรกซ้อนเกี่ยวข้องกับอวัยวะ
หลัก เช่น อาการเหล่านี้เป็นผลโดยตรงจากการติดเชื้อเชื้อไวรัส หรือเป็นผลจากภาวะภูมิคุ้มกัน
บกพร่อง และมีการติดเชื้อจุลทรรศน์ทางเด็กตามมา อาการและอาการแสดงของเด็กที่ติดเชื้อเชื้อไวรัส หรือเป็น
อุดส์ จำนวน 275 ราย จากโรงพยาบาลของรัฐ 6 แห่งทั่วประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2532-2537 เรียง
ตามลำดับตามความบ่อยที่พบ ได้แก่ ภาวะเลือดไม่โต (74.9%) ตับโต (63.6%) ปอดอักเสบ (61.8%)
ม้ามโต (53.1%) อุจจาระร่วง (51.6%) เชื้อรานิ่งปูก (43.6%) ต่อมน้ำเหลืองโต (36%)
ผื่น (18.2%) รอยโรคในปอด (17.8 %) เป็นต้น (ชัยณุ พันธ์เจริญ และคณะ, 2547)

ในปัจจุบันเชื่อว่า ลักษณะทางคลินิกของเด็กที่ติดเชื้อเชื้อไวรัส จากรายการมี 2 แบบ คือ
กลุ่มแรกเกิดอาการเจ็บป่วยรุนแรง อาจปรากฏอาการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่อายุ 2 – 3 เดือน
ประกอบด้วย อาการเลือดไม่โต มีเชื้อรานิ่งปูก อุจจาระร่วงเรื้อรัง ปอดอักเสบ เป็นต้น เช่นเดียวกับ
ทางการในกลุ่มนี้ได้รับเชื้อตั้งแต่ต่ำสูงในครรภ์มารดา และไวรัสได้ทำลายการพัฒนาของระบบภูมิคุ้มกัน
เด็กมักเสียชีวิตภายใน 1-2 ปีแรกจากภาวะแทรกซ้อนทางปอด อีกกลุ่มนี้มีการดำเนินโรคค่อนข้างช้า
อาการค่อนเป็นค่อยไป ความรุนแรงของโรคน้อยกว่า มักปรากฏอาการเมื่อเด็กอายุหลายปี ประกอบด้วย
น้ำหนักตัวน้อย ตับม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต ปอดอักเสบชนิดที่เรียกว่า Lymphoid interstitial
pneumonitis (LIP) ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ ผื่นกันบริเวณผิวนัง เป็นต้น (ชัยณุ พันธ์เจริญ และคณะ,
2545)

2.3 ผลกระทบของโรคเอดส์

2.3.1 ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

2.3.1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ทำให้เกิดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรืออ่อนพร่อง ทำให้ภูมิต้านทานโรคต่ำ มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อหลายโอกาส ชนิดต่างๆ ได้ง่าย อาการที่เกิดขึ้นมีหลายรูปแบบแตกต่างกันตามระดับการดำเนินโรค ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ผู้ติดเชื้อจะเหมือนคนปกติทั่วไป แต่เมื่อเข้าสู่ระยะที่มีอาการป่วย ก็จะทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากพยาธิสภาพของโรค เกิดความทุกษ์ทรมานทางร่างกาย เช่น ไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย เปื่อยอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีเชื้อรานิชื่องปาก รับประทานอาหารไม่ได้ หรือได้น้อย บางรายมีปัญหาการนอนหลับพักผ่อน ทำให้นอนไม่หลับบางครั้ง น้ำหนักตัวลดลง อ่อนเพลีย อาการที่พบน้อยคือ ปวดห้อง อุจจาระร่วง ความสามารถในการทำงานประจำวันลดลง บางรายพบว่าไม่สามารถอาบน้ำ เช็ดตัว แปรงฟัน เข้าห้องน้ำเองได้ ไม่สามารถทำงานบ้านได้ (ธนา วิริยสมบัติ, 2540) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น มักจะมีปัญหาจิตใจตามมา จะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง สภาพร่างกาย เช่น ผอมลง น้ำหนักลด การเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวนังบ้างอ่อน เช่น พื่นกันที่ผิวนัง หรือมีมะเร็งผิวนัง จะส่งผลต่ออัตราโนทัศน์ด้านภาพลักษณ์ของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ผู้ติดเชื้อขับถ่ายกับอาการที่ป่วย เช่น อาการทางผิวนัง ผอม ผู้ร่วง มีจุดด่างดำ ทำให้เกิดการหล่อ่อนตัวไม่มั่นใจในตัวเอง และหมดหวัง (Broun, 1999) ทำให้ไม่กล้าไปรับการรักษาที่สถานบริการที่ได้ที่หนึ่งโดยเฉพาะ หรือไม่กล้าไปรับการรักษาโดยปิดเผยสภาพการติดเชื้อ (Moneyham et al., 1996) บางรายไม่กล้ารักษาตัวหรือทำให้ดองเดินทางไปรับการรักษาที่ไกล (พวงเพ็ญ ชุมหปราน และคณะ, 2539) ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรักษา ทำให้โรคแทรกซ้อนต่างๆ รุนแรงขึ้นและมีโอกาสเสียชีวิตเร็วขึ้น

ผลกระทบด้านจิตใจ และด้านสังคม การที่ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าโรคเอ็ลส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต และยังไม่มีวิธีรักษาที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นในระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวี จะตอบสนองทางด้านอารมณ์ได้ยากหลายด้านด้วยกัน ซึ่งคือ การรับรู้ความจริงที่สะเทือนใจอย่างแรงกล้า ปฏิเสธความจริง โกรธ ต่อรอง ซึ่มเศร้า และยอมรับในที่สุด (ประยุกต์ เสรีสตีบร์, 2539) ผู้ติดเชื้อจะต้องแก้ปัญหาจากความรู้สึกผิด และความรู้สึกล้มเหลวที่ผ่านมา รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียความมั่นคงปลอดภัย สูญเสียการควบคุมตนเอง (Green and Creaner, 1989) ความรู้สึกมีตราบາ� เป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการเปิดเผยตนเอง ในผู้ที่ยังไม่มีอาการ จะเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งมาจากการไม่แน่นอนของภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นที่มาให้เกิดความวิตกกังวล (Durham& Cohen, 1999) ความวิตกกังวลประการหนึ่ง คือ การไม่ยอมรับจากครอบครัว (Shirley et al., 1997) ทั้งนี้ เพราะอัตตนิสัยของบุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีกับบุคคลปกติจะมีความแตกต่างกัน

ในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม (ฤพารณ์ สมรูป และ รัชนี อัญคิริ, 2535) ทำให้เกิดความเครียดตามมาจากการศึกษาความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าหันยิงตั้งครรภ์จะรู้สึกเครียดมาก รู้สึกว่าตนเองกำลังติดเชื้อร้ายแรง จนอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะรู้สึกเครียดมากกับการคิดถึงผู้ที่จะคุ้นเคยแทนตน เมื่อตอนเกิดอาการเจ็บป่วยรุนแรง รู้สึกเครียดที่สามีติดเชื้อเอชไอวี (อรพิน เกตุแก้วณี, 2541) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเมินการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตว่าเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ความเครียดทำให้เกิดพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ขาดการติดต่อสื่อสารด้วย พยายามหลีกเลี่ยง ซึ่งเป็นกลไกในการเพชญปัญหา คือ มีการใช้วิธีระบายความรู้สึกและการหลีกเลี่ยง (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2542) จึงเป็นปัญหาทางจิตสังคมอย่างยิ่ง

2.3.1.2 ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม การติดเชื้อเอชไอวี เปรียบเสมือนโรคเรื้อรัง เมื่อเจ็บป่วยนานๆจนต้องขาดงานบ่อย ทำงานได้น้อยลงหรือไม่ได้ อาจต้องถูกนายจ้างเลิกจ้าง ทำให้ขาดรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ขาดรายได้ในการรักษาคนเอง เมื่อบุคคลตกงานจะรู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง เกิดความว้าวุ่นในใจ ผู้ติดเชื้อที่ใช้แรงงานจะมีปัญหาด้านสุขภาพ เป็นอุปสรรคในการทำงาน ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง หมดกำลังใจ (สมพร สันติประสิทธิ์, 2541) เกยเป็น ผู้ท้าเลี้ยงครอบครัวแต่ต้องกลâyเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาคนอื่น ทำให้ขาดความมั่นใจเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต รู้สึกผิดที่ทำให้ครอบครัวและผู้ที่ตนเองรักเดือดร้อน (วรรณนา ศุภสีมานันท์, 2539) การติดเชื้อทำให้พ่อแม่อับอาย ผู้ติดเชื้อเองก็รู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลครอบครัวได้ (Shirley et al., 1997) ผู้ติดเชื้อมากกว่าครึ่งเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานภาพภายในครอบครัวและในหน้าที่การทำงาน ทำให้ไม่สามารถทำงานในอาชีพได้ (ธนา วิริยสมบัติ, 2540) สาเหตุความเครียดสูงสุดของผู้ติดเชื้อ มาจากความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว (การดี นานาศิลป์ และพรวนวี ตันติศิรินทร์, 2543) เป็นที่สังเกตว่า ผลกระทบด้านร่างกายส่งผลต่อจิตสังคม ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมก่อส่งผลต่อจิตสังคม ผลกระทบด้านจิตสังคมก่อส่งต่อร่างกายเป็นปัญหาเชื่อมโยงกันทั้ง 3 ด้าน

2.3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

2.3.2.1 ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ระยะแรกที่ทราบว่ามีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัว คล้ายคลึงกับปฏิกริยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยปฏิกริยาที่ตอบสนองจากครอบครัวจะมีความรู้สึก ซึ่งคือ ไม่แน่ใจ โกรธ กลัว ซึ่มเศร้า (Durham and Cohen, 1999) ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เมื่อสามีติดเชื้อเอชไอวี ที่ภรรยาและบุตร จะติดเชื้อมีโอกาสเสี่ยงสูงมาก เพราะไม่ได้มีการป้องกันมาก่อน ในระยะที่ไม่แสดงอาการ ผู้ติดเชื้อปกปิดสภาพการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากประเมินว่าคนรักคงรังเกียจ (พวงเพญ ชุมพราน และคณะ, 2539) อาจทำให้บุตรติดจากมาตรการค่าที่ตั้งครรภ์โดยไม่ทราบว่าตนติดเชื้อ เป็นตนนอกจากนี้ยังส่งผลต่อบุตรระยะยาวนี้องจากมีผลต่อสุขภาพและโภชนาการ ทำให้มีน้ำหนักน้อย เกิดโรคติดเชื้อจุลทรรศน์ได้ง่าย เด็กอาจเป็นกำพร้า ทำให้ขาดความรัก ความอบอุ่นที่ควรได้ ไม่ได้รับการพัฒนา ตามวัย เนื่องจากหาโรงพยาบาลเข้าไม่ได้ ไม่มีเพื่อนเล่น เด็กมีปัญหา ซึ่มเศร้า ทำให้สมาชิก

ในครอบครัวเกิดความเครียดหลายประการ การเห็นผู้ป่วยทุกชีวิ วิตกกังวล การกลัวผู้อื่นรังเกียจ การได้เห็นผู้ป่วยมีอาการของโรค การที่ต้องเข้ารับการรักษาบ่อยๆเป็นระยะๆ (วรรณนา ศุภสิมานนท์, 2539)

2.3.2.3 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว การติดเชื้อส่วนใหญ่มีผลกระทบมากในเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัวและผู้ดูแลที่น้องใกล้ชิด (เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ, 2537) ถ้าผู้ติดเชื้อเป็นผู้ท้าเลี้ยงครอบครัวต่องาน เพราะการเงินป่วยอยู่ ต้องใช้เงินมากขึ้นในการรักษาคนเอง การว่างงานทำให้ต้องสูญเสียรายได้ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ เพิ่มค่าใช้จ่ายในการครอบครัว เพราะเมื่อเงินป่วยอยู่ต้องใช้เงินมากขึ้นในการรักษาคนเอง จึงพบว่าการเป็นโควิดต้องใช้เวลาในการรักษา เข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ เสียค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ผู้ดูแลขาดรายได้ เพราะต้องขาดงานดูแลผู้ติดเชื้อ หรือไม่ได้ทำงาน ทำให้ครอบครัวผู้ติดเชื้อก็อบทุกรายเกิดภาระหนี้สิน (พวงเพญ ชุมปราบาน และคณะ, 2539)

2.3.3 ผลกระทบต่อสมรรถภาพในครอบครัว

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคล ญาติและเพื่อนติดต่อหนอยลง ไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิม สาเหตุจากร่างกายไม่แข็งแรง และกลัวผู้อื่นรังเกียจ (รายงาน วิริยสมบัติ, 2540) ในรายที่สามีหรือภรรยาเป็นต้นเหตุ ให้เกิดการติดเชื้อกับภู่สมรส อาจทำให้ภู่สมรสไม่ไว้วางใจ คิดว่าอีกฝ่ายเป็นผู้นอกใจหรือสำอางทางเพศนำเชื้อแพร่ให้กับอีกฝ่าย ส่งผลให้สมรรถภาพที่ดีเสียไป และได้รับผลกระทบที่ตามมาหลายด้าน เกิดการทอตึงหรือหง่าร่าง (อรพิน เกตุแก้วณี, 2541) บางรายถูกปฏิเสธจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากภูมิหลัง ไม่ดี เกิดความเสพติด สมาชิกบางคนกลัว บางคนไม่กลัว ขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อกับสมาชิกในครอบครัว (เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ, 2537)

สรุปได้ว่าการติดเชื้อเชื้อไขว้นส่งผลกระทบที่รุนแรงค่อนข้างติดเชื้อ ทึ้งค้านร่างกาย
จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดความเครียดเรื่อง ส่งผลต่อ
ภูมิคุ้มกันเสื่อมลง เกิดโรคติดเชื้อหลายโอกาสได้ง่ายขึ้น ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้เร็วกว่าเวลาอันควร
และยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ทึ้งค้านคุณภาพชีวิต บทบาทหน้าที่ในครอบครัว เศรษฐกิจ

และสัมพันธภาพในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเหตุของความไม่ผ่าสุก และความไม่มั่นคงของสถานบันครอบครัวของยุคปัจจุบัน

2.4 แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลเด็กที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อเอชไอวี

สำนักระบบวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้ให้คำแนะนำเรื่อง แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลเด็กที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีจุดมุ่งหมายของการดูแลการก่อตัวที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อเอชไอวีคือ

2.4.1 ป้องกันภัยให้การคัดเชื้อเอชไอวี

2.4.1.1 การให้ยาต้านไวรัสออกด์ส์ในทางรัก โดยเริ่มจากตั้งแต่ช่วงที่มารดาตั้งครรภ์ การให้ยาการตระห่วงคลอด และให้ยาหันทีหลังคลอดภายในเวลา 12 ชั่วโมง คือ Zidovudine (AZT), AZT+ Lamivudine (3TC) , Nevirapine (NVP)

2.4.2.2 การไม่ให้การกินนมมารดาเลย การติดเชื้อหลังคลอดเกือบทั้งหมดเกิดจาก การให้กินนมมารดาพบว่าการติดเชื้อจะสูงสุดในช่วงแรกพบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 0.7 ต่อเดือน ในช่วงอายุ 1-5 เดือน โดยพบว่าร้อยละ 75 ของการติดเชื้อเกิดในช่วง 6 เดือนแรก (กรมควบคุมโรค, 2546)

2.4.2. ให้เด็กมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยทั้งกายและใจ

2.4.2.1 ดูแลติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการต้านร่างกาย ชั้นน้ำหนักทุก 3 เดือน ส่วนสูงทุก 1 ปี สุขอนามัยในช่องปาก พิณทุก 6 เดือน ด้านจิตใจ อารมณ์ อุ่นกود ส้มผัส ถูบศรีษะ ด้านสังคม เล่นกับเด็กอื่นวัยใกล้เคียงกันและเข้าเรียนตามเกณฑ์ปกติ ด้านพัฒนาการตามวัย ส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการตามวัย

2.4.2.2 แนะนำการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกหลักสุขอนามัย การกินอาหารที่ถูก สุขลักษณะและปruz สุกหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่ปruz ไม่สุก การรักษาความสะอาด การล้างมือ ดื่มน้ำเต็มสูบ รักษาสุขภาพช่องปากและฟัน แปรงฟันอย่างถูกวิธี หลีกเลี่ยงการสัมผัสแมวและอูฐจากของแมว หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้เด็กน้อยป่วย หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเด็กโดยเฉพาะหน้าฝน หลีกเลี่ยงการเดิน สัตว์ในบ้าน การเล่นที่เหมาะสมกับวัย ส่งเสริมให้เด็กไปโรงเรียน

2.4.2.3 ให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูในเรื่องโรคเอดส์ การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน น้ำเหลือง น้ำคัดหลังต่างๆ หากสัมผัสให้ฟอกถ่านมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือผงซักฟอก ถ้ามือมีแพลให้ หลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งที่จะมีเชื้อไวรัสปนเปื้อนและติดต่อได้ คือ เลือด ส่วนน้ำตา เหงื่อ อุจจาระ ปัสสาวะ ไม่ติดต่อ ยกเว้นปนเปื้อนเลือด ไม่ต้องแยกงาน ชาม แก้วน้ำ ควรแยกแปรงสีฟัน กรรไกรตัด เล็บ สิ่งของที่ปนเปื้อนเลือด การกอด จูบ หอม ไม่ทำให้ติดเชื้อ ควรให้ความรัก ความอบอุ่น สงบ เหมือนเด็กปกติ เสื้อผ้าที่ไม่ปนเปื้อนเลือดซึ่งรวมกันได้ แต่เสื้อผ้าปนเปื้อนเลือดให้แห้งด้วยน้ำยาซักผ้าขาว

30 นาที ก่อนซัก และหลังซักต้มให้เดือด นาน 20 นาที ขยะที่เป็นเสื่อมเลือดให้ทิ้ง ในถังขยะที่มีฝาปิดและนำไปเผา เครื่องนุ่งห่ม ควรซักให้สะอาด ที่นอน หมอน มุ้ง ควรนำออกผึ่งแดด กำจัดฝุ่น เป็นประจำไม่ควรเรียง ถุงข อก แมว เนื่องจากแพร่เชื้อโรคสู่คนได้ ทำความสะอาดห้องน้ำเป็นประจำ

2.4.2.4 ให้วัคซีนอย่างเหมาะสม

- 1) BCG แรกเกิด (ยกเว้นเด็กติดเชื้อที่มีอาการแล้ว)
- 2) HBV แรกเกิด 1- 2 เดือน และ 6 เดือน
- 3) DTP 4, 6, 18 เดือน และ 4-6 ปี
- 4) OPV, IPV 2,4,6,18,เดือนและ4-6 ปี กรณีเด็กติดเชื้อที่มีอาการแล้วใช้ IPV เท่านั้น
- 5) MMR 9 เดือน และ 4- 6 ปี กรณีเด็กติดเชื้อยังไม่มีอาการให้ 9,10 เดือน แต่ถ้ามีอาการมากແล้วย ต้องดูให้
- 6) JE 18 เดือน (2 เข็มห่างกัน 1- 4 สัปดาห์) และ 2 ปีครึ่ง

2.4.2.5 ให้ยาป้องกัน *Pneumocystis carinii pneumonia* (PCP) อย่างเหมาะสม

ยาที่แนะนำให้สำหรับ PCP Prophylaxis คือ Trimethoprim / Sulfamethoxazole 150 mg /day เช้า – เย็น สัปดาห์ละ 3 วัน หรือยา Dapsone 2 mg / kg วันละครั้งทุกวัน (สูงสุด 100 mg) 4 mg / kg สัปดาห์ละครั้ง

- 1) แรกเกิดจนถึง 4- 6 สัปดาห์ ไม่ให้ยาป้องกัน PCP เลย
- 2) อายุ 4-6 สัปดาห์- 12 เดือนยังไม่ทราบว่าติดเชื้อจากแม่หรือไม่ และเมื่อทราบแล้วว่าติดเชื้อจากแม่ ให้ยาป้องกัน PCP แต่ถ้าทราบแล้วว่าไม่ติดเชื้อจากแม่ ให้หยุดยาทันที
- 3) อายุน้อยกว่า 12 เดือนติดเชื้อเอชไอวีให้ยาตลอดไป ถ้าระดับเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 750 cells / mm³
- 4) อายุ 1-5 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ยาตลอดไป ถ้าระดับเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 500 Cells/ mm³
- 5) อายุ 6- 12 ปีติดเชื้อเอชไอวี ให้ยาตลอดไป ถ้าระดับเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 200 cells / mm³

2.4.2.6 ให้ยาป้องกัน *Mycobacterium tuberculosis* (TB) อย่างเหมาะสม เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี เสี่ยงต่อวัณโรคมากกว่าเด็กปกติ ยิ่งอายุน้อยจะมีโอกาสเกิดโรคได้สูง ผู้ใหญ่กว่าเท่าตัว และมีโอกาสเป็นชนิดแพร่กระจายนกปอดได้มากกว่า ยาป้องกันวัณโรค Isoniazid 10-15 mg / kg ทุกวัน หรือ 20-30 mg / kg 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 9 เดือน Rifampin 10-20 mg / kg วันละครั้งร่วมกับ Pyrazinamide 15-20 mg / kg นาน 2 เดือน

2.4.2.7 เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยา AZT ตรวจ Complete blood count อาการ ซีด กดไขกระดูก ตับอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน Myopathy และควรได้ตรวจ complete blood count ทุก 1 เดือน

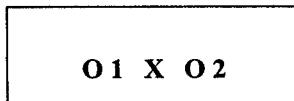
2.4.3 ทำการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยเร็วที่สุด และในกรณีที่เด็กติดเชื้อเอชไอวี ต้องให้เด็กมีสุขภาพดี ยานานนที่สุด

2.4.3.1 ตรวจ PCR อย่างน้อย 2 ครั้ง เมื่ออายุ 1 และ 4 เดือน และตรวจ HIV-serology เมื่ออายุ 12-18 เดือน

2.4.3.2 หากพบว่าติดเชื้อควรให้ยาต้านไวรัสที่เหมาะสม ให้วัคซีน ยาป้องกันโรคติดเชื้อรายโอกาสอย่างเหมาะสม รักษาความเจ็บป่วยเบื้องพื้น (สำนักระบบดูแลวิทยากรมควบคุมโรค, 2545)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบ one group pre-test post - test โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



O1 = ทดสอบการวัด ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการทดลอง

X = การทดลอง โดยจัดอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

O2 = ทดสอบการวัด ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์หลังการทดลอง

3.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ในช่วงระยะเวลา 1 ปี 6 เดือนตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 - 30 เมษายน พ.ศ.2548 ในเขตพื้นที่ 14 อำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อที่เป็นเครือข่ายของกลุ่มเพื่อนวันอังการ ซึ่งได้มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประเสริฐ อุบลราชธานี และผู้เดียงดูเด็กเหล่านี้ทราบผลเดือดของมาตรการของเด็กว่าติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีจำนวนทั้งสิ้น 51 ราย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์และดัดแปลงจาก United Nations Thailand - Focal Point and Staff Post - Training Questionnaires (2003) และจากการ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ รายได้ต่อเดือน บนาท หน้าที่ในครอบครัวในการเลี้ยงดู บนาทหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบ

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์

1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ 15 ข้อ มีข้อถูกจำนวน 9 ข้อ มีข้อผิดจำนวน 6 ข้อ
2. ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์

15 ข้อ มีข้อถูกจำนวน 12 ข้อ มีข้อผิดจำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 3 เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ จำนวน 14 ข้อ

1. เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ด้านบวกจำนวน 7 ข้อ
2. เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ด้านลบจำนวน 7 ข้อ

3.2.2 เกณฑ์พิจารณาระดับความรู้และระดับเจตคติ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมใช้แบบสัมภาษณ์ ได้กำหนดคะแนนดังนี้

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์

ตอบถูก หมายถึง ถูกต้อง ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด หมายถึง ไม่ถูกต้อง ได้คะแนน 0 คะแนน

ตอบไม่ทราบ หมายถึง ไม่ถูกต้อง ได้คะแนน 0 คะแนน

ตอนที่ 3 เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ด้านบวก

เห็นด้วยมากที่สุด	ได้คะแนน 5 คะแนน
-------------------	------------------

เห็นด้วยมาก	ได้คะแนน 4 คะแนน
-------------	------------------

เห็นด้วยปานกลาง	ได้คะแนน 3 คะแนน
-----------------	------------------

เห็นด้วยน้อย	ได้คะแนน 2 คะแนน
--------------	------------------

เห็นด้วยน้อยที่สุด	ได้คะแนน 1 คะแนน
--------------------	------------------

เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ด้านลบ

เห็นด้วยมากที่สุด	ได้คะแนน 1 คะแนน
-------------------	------------------

เห็นด้วยมาก	ได้คะแนน 2 คะแนน
-------------	------------------

เห็นด้วยปานกลาง	ได้คะแนน 3 คะแนน
-----------------	------------------

เห็นด้วยน้อย ได้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด ได้คะแนน 5 คะแนน

3.2.3 การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.3.1 นำแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความชอบความทรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการดูแลและการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอ็คซ์ ดังนี้

- 1) นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเอดส์ 1 ท่าน
 - 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ 1 ท่าน
 - 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการวิจัย 1 ท่าน

3.2.3.2 นำไปป่าความเที่ยงของเครื่องมือ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความ
ตรงของเนื้อหาของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข นำเครื่องมือทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ดูแล
เด็กที่ป่วยและรับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 และเด็ก 2 โรงพยาบาลสระบุรีประสงค์อุบลราชธานี
จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงจากสตรและปรับแนวคำถามให้เหมาะสมแล้วนำส่วนที่

2 มาหาค่าความเที่ยงโดยใช้ สติ๊ติ KR 21 (Kuder-Richardson 21) ได้ค่าความเที่ยง 0.612 ส่วนที่ 3 มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ์ของ cronbach (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.73

3.3 การดำเนินการรวมรวมข้อมูล

3.3.1 เตรียมบุคลากร คณะทำงาน ผู้สัมภាយณ์ วิทยากร ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.3.2 ประเมินความรู้ เทคนิค การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อโควิด-19 เนื้อรั้งการอบรมโดยวิธีสัมภาษณ์จากแบบสอบถามเรื่องความรู้ เทคนิคต่อผู้ติดเชื้อเชื้อโควิด-19 หรือเป็นอุดuct ของผู้เลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการติดเชื้อโควิด-19 หรือเป็นอุดuct

3.3.3 จัดอบรมเสริมสร้างความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ การคุ้มครองเด็กที่มาตราติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ และเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ระยะเวลา 1 วัน (8.30 น.-16.30 น.) สถานที่ห้องประชุมชั้น 4 ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีประสงค์อุบลราชธานี โดยมีเนื้อหาดังนี้

3.3.3.1 ความรู้เรื่องโรคเอดส์และสถานการณ์ของโรคเอดส์ในปัจจุบัน ระยะเวลา

1 ชั่วโมง โดย น.พ. ปราโมทย์ ศรีสำอางค์

3.3.3.3 การคูณแล้วลบคูณเด็กแรกเกิดที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดย ภญ วีระนช นยเรศ

3.3.3.4 ทำกิจกรรมกลุ่ม Self help group เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ระยะเวลา 2 ชั่วโมง โดย คุณ รับขวัญ เครื่อสิงห์

3.3.4 ประเมินความรู้ เจตคติการคุ้ยแลกเด็กที่เกิดจากการคาดคะเนของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ หลังเข้ารับการอบรมทันที และอีกประมาณ 2 สัปดาห์ต่อมาโดยใช้เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงคุ้ยแลกเด็กที่เกิดจากการคาดคะเนของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ของผู้คุ้ยแลกเด็กที่เกิดจากการคาดคะเนของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ (ภาคผนวก)

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงบรรยายแจกแจงใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้คุ้ยแลกเด็กที่เกิดจากการคาดคะเนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงคุ้ยเด็กที่เกิดจากการคาดคะเนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ของผู้คุ้ยแลกเด็กที่เกิดจากการคาดคะเนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ก่อนและหลังการอบรม นำมาหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ของผู้คุ้ยแลกเด็กที่เกิดจากการคาดคะเนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนและหลังการอบรม นำมาหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้และเจตคติก่อนและหลังได้รับการอบรม ของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 51 ราย โดยสัมภาษณ์ก่อนเข้าอบรมทันที หลังสิ้นสุดการอบรมทันที และหลังการอบรม 2 - 4 สัปดาห์ ซึ่งการอบรมจัดขึ้นในวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2548 ณ ห้องประชุมชั้น 4 ตึกผู้ป่วยนักโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี โดยนำผลการศึกษามานำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ และข้อมูลเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ ของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน(คน) n = 51	ร้อยละ	บิดา-มารดา จำนวน(คน) n = 39	ร้อยละ	ไม่ใช่บิดา-มารดา จำนวน (คน) n = 12	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	15.7	5	12.5	3	25
หญิง	43	84.3	32	87.5	9	75
อายุ						
21- 25 ปี	7	13.7	4	10.2	3	25
26- 30 ปี	12	23.5	12	30.7	-	-
31- 35 ปี	20	39.2	18	46.2	2	16.7
36- 40 ปี	3	5.9	2	5.1	1	8.3
41-45 ปี	4	7.8	1	2.6	3	25

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน(คน) N = 51	ร้อยละ	บิดา-มารดา จำนวน(คน) N = 39	ร้อยละ	ไม่ใช่บิดา-มารดา จำนวน(คน) N = 12	ร้อยละ
46-50 ปี	3	5.9	2	5.1	1	8.3
60 ปีขึ้นไป	2	3.9	-	-	2	16.7
ระดับ การศึกษา						
ไม่ได้เรียน	1	1.9	1	2.6	-	-
ประถมศึกษา	32	62.7	22	56.4	10	83.4
มัธยมศึกษา	16	31.4	15	38.5	1	8.3
อุดมศึกษา	2	3.9	1	2.6	1	8.3
อาชีพ						
เกษตรกรรม	28	54.9	17	43.6	9	75
ค้าขาย	5	9.8	5	12.5	-	-
รับราชการ	-	-	-	-	-	-
รัฐวิสาหกิจ						
รับจ้าง	15	29.4	12	30.8	3	25
อื่นๆ	3	5.9	3	7.7	-	-
สถานภาพ						
สมรส	3	5.9	-	-	3	25
โสด						
คู่	25	49.9	19	48.7	6	50
หม้าย	19	37.3	16	41	3	25
หย่า	3	5.9	3	7.7	-	-
บทบาทใน ครอบครัว						
หัวหน้า	28	54.9	23	59	5	41.7
สมาชิก	23	45.1	16	41	7	58.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน(คน) n = 51	ร้อยละ	บิดา-มารดา จำนวน(คน) n= 39	ร้อยละ	ไม่ใช่บิดา-มารดา จำนวน(คน) n = 12	ร้อยละ
เคยมีประสบ- การณ์เลี้ยงเด็ก						
ไม่มี	8	15.7	6	15.4	2	16.7
มี 1 – 5 ปี	22	43.1	20	51.3	2	16.7
มี 6 – 10 ปี	12	23.5	9	23.1	3	25
มี 11 – 15 ปี	4	7.8	4	10.2	-	-
มี 16 – 20 ปี	5	9.8	-	-	5	41.7
เคยมีประสบ- การณ์เลี้ยงเด็ก ที่คิดเชื่อ เชนไอยวะรือ เป็นแออดส์						
ไม่มี	34	66.6	23	59	11	91.7
มี	17	43.4	16	41	1	8.3
รายได้ต่อ เดือน (บาท)						
ไม่มีรายได้	21	41.2	15	38.5	6	50
1,000 - 3,000	22	43.1	18	46.1	4	33.3
3,001 - 6,000	8	15.7	6	15.4	2	16.7
6,001 - 10,000	-	-	-	-	-	-
> 10,000	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน(คน) n = 51	ร้อยละ	บิดา-มารดา จำนวน(คน) n= 39	ร้อยละ	ไม่ใช่บิดา- มารดาจำนวน (คน) n= 12	ร้อยละ
จำนวน สมาชิกที่ต้อง^{ภูมิ}						
1-3 คน	21	41.2	17	43.5	4	33.3
4-6 คน	23	45.1	16	41	7	58.4
7-10 คน	7	13.7	6	15.5	1	8.3
>10 คน	-	-	-	-	-	-
ความ เกี่ยวข้อง กับเด็ก						
บิดา-มารดา	39	70.6	39	100	-	-
ปู่ ย่า ตา ยาย	6	10.2	-	-	6	10.2
ลุง ป้า น้า อ่า	5	9.8	-	-	5	8.9
ญาติห่างๆ	1	1.9	-	-	1	1.9
มีความ เกี่ยวข้อง ทางเครือญาติ อื่นๆ	-	-	-	-	-	-

จากการศึกษา (ตารางที่ 1) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 51 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.3 มีอายุช่วง 31-35 ปี ร้อยละ 39.2 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 26-30 ปี ร้อยละ 23.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสู่ ร้อยละ 50.9 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 37.3 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพส่วนใหญ่มี อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 54.9 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-3,000 บาท ร้อยละ 43.1 รองลงมา ไม่มีรายได้เลย ร้อยละ 41.2 ข้อมูล
เกี่ยวกับบทบาทในครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 54.9

ความเกี่ยวข้องกับเด็กส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 70.6 รองลงมาเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 10.2 จำนวนสมาชิกที่ต้องดูแล 4- 6 คน กิดเป็นร้อยละ 45.1 รองลงมาจำนวนสมาชิกที่ต้องดูแล 1 - 3 คน ร้อยละ 41.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่มี ประสบการณ์ 1- 5 ปี ร้อยละ 43.1 รองลงมา มีประสบการณ์ 6- 10 ปี ร้อยละ 23.5 สำหรับ ประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ ร้อยละ 66.6 กลุ่มตัวอย่างที่แยกตามความเกี่ยวข้องที่เป็นบิดา มารดา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 มีอายุช่วง 33-38 ปี ร้อยละ 48.7 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 27-32 ปี ร้อยละ 33.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จงชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสูง กิดเป็นร้อยละ 48.7 รองลงมา มีสถานภาพสมรส หน้าiy ร้อยละ 41 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ พบร่วมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 43.6 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ เนลี่ยต่อเดือน 1,000 - 3,000 บาท ร้อยละ 46.1 รองลงมา ไม่มีรายได้เลย ร้อยละ 38.5 บาทบาท ในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 59 จำนวนสมาชิกที่ต้องดูแล 1-3 คน ร้อยละ 43.5 รองลงมา จำนวนสมาชิกที่ต้องดูแล 4 - 6 คน ร้อยละ 41 ข้อมูลเกี่ยวกับ ประสบการณ์ในการดูแลเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1- 5 ปี ร้อยละ 51.3 รองลงมา มีประสบการณ์ 6- 10 ปี ร้อยละ 23.1 สำหรับประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ติด เชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ ร้อยละ 59

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย อุุ ป้าน้า อา ญาติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 พบทุกช่วงอายุยกเว้นช่วง 51-56 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จงชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 83.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสูง ร้อยละ 50 รองลงมา ท่ากันคือ มีสถานภาพสมรสโสด และ หน้าย ร้อยละ 25 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม กิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เลย ร้อยละ 50 บาทบาทในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นสมาชิก ร้อยละ 58.3 จำนวนสมาชิกที่ต้องดูแล 4-6 คน ร้อยละ 58.4 รองลงมา จำนวนสมาชิกที่ต้องดูแล 1-3 คน ร้อยละ 33.3 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 16-20 ปี ร้อยละ 41.7 รองลงมา มีประสบการณ์ 6- 10 ปี ร้อยละ 25 สำหรับประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อต่อผู้คิดเชื้อเอชไอวี หรือเป็น เอดส์ ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ ร้อยละ 91.7

4.2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง 51 ราย	คะแนนก่อน อบรม (30 คะแนน)	คะแนนหลัง อบรมทันที (30 คะแนน)	คะแนนหลังอบรม 2-4 สัปดาห์ (30 คะแนน)	หมายเหตุ (บิดา-มารดา) = /
ตัวอย่างที่ 1	26	28	28	/
ตัวอย่างที่ 2	26	28	28	/
ตัวอย่างที่ 3	25	28	28	/
ตัวอย่างที่ 4	28	29	28	
ตัวอย่างที่ 5	24	29	27	/
ตัวอย่างที่ 6	20	27	27	/
ตัวอย่างที่ 7	22	24	25	/
ตัวอย่างที่ 8	24	26	25	
ตัวอย่างที่ 9	26	28	24	/
ตัวอย่างที่ 10	28	27	26	/
ตัวอย่างที่ 11	22	25	25	/
ตัวอย่างที่ 12	27	29	28	
ตัวอย่างที่ 13	27	28	28	/
ตัวอย่างที่ 14	22	27	27	/
ตัวอย่างที่ 15	27	29	27	/
ตัวอย่างที่ 16	27	29	28	/
ตัวอย่างที่ 17	26	29	26	/
ตัวอย่างที่ 18	27	27	27	/
ตัวอย่างที่ 19	28	28	24	/
ตัวอย่างที่ 20	25	25	24	/

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจาก
มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที
และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง 51 ราย	คะแนนก่อน อบรม (30 คะแนน)	คะแนนหลัง อบรมทันที (30 คะแนน)	คะแนนหลังอบรม 2-4 สัปดาห์ (30 คะแนน)	หมายเหตุ (บิดา-มารดา) = /
ตัวอย่างที่ 21	22	23	26	
ตัวอย่างที่ 22	25	27	28	/
ตัวอย่างที่ 23	25	29	28	/
ตัวอย่างที่ 24	26	29	25	/
ตัวอย่างที่ 25	17	24	25	/
ตัวอย่างที่ 26	25	27	26	/
ตัวอย่างที่ 27	28	29	28	/
ตัวอย่างที่ 28	20	24	25	/
ตัวอย่างที่ 29	27	28	27	/
ตัวอย่างที่ 30	23	29	27	/
ตัวอย่างที่ 31	23	29	28	
ตัวอย่างที่ 32	19	27	28	/
ตัวอย่างที่ 33	3	28	28	/
ตัวอย่างที่ 34	0	28	26	/
ตัวอย่างที่ 35	17	27	25	/
ตัวอย่างที่ 36	9	25	22	
ตัวอย่างที่ 37	10	27	20	/
ตัวอย่างที่ 38	17	28	25	
ตัวอย่างที่ 39	28	28	26	/
ตัวอย่างที่ 40	5	28	27	/

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจาก
มาตราที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที
และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง 51 ราย	คะแนนก่อน อบรม (30 คะแนน)	คะแนนหลัง อบรมทันที (30 คะแนน)	คะแนนหลังอบรม 2-4 สัปดาห์ (30 คะแนน)	หมายเหตุ (บิค่า-มาตรา) = /
ตัวอย่างที่ 41	5	27	27	/
ตัวอย่างที่ 42	15	17	18	/
ตัวอย่างที่ 43	28	28	28	
ตัวอย่างที่ 44	7	27	27	/
ตัวอย่างที่ 45	13	27	26	/
ตัวอย่างที่ 46	25	25	24	/
ตัวอย่างที่ 47	3	28	27	
ตัวอย่างที่ 48	11	29	26	
ตัวอย่างที่ 49	27	28	26	/
ตัวอย่างที่ 50	15	27	27	
ตัวอย่างที่ 51	15	28	26	
คะแนนเฉลี่ย (Mean)	20.39	27.15	26.11	
SD	7.95	2.11	2.03	
คะแนนต่ำสุด (Min)	0	17	18	
คะแนนสูงสุด (Max)	28	29	28	

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตราที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยใช้สถิติ Paired – t - test พนว่า ระหว่างก่อนการอบรมและหลังการอบรมทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) ส่วนก่อนการอบรม และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < .001)) ส่วนระหว่างหลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < .001)

**ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจาก
มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที
และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ โดยแยกตามความเกี่ยวข้องกับเด็ก**

กลุ่มตัวอย่างที่เป็น บิดา-มารดา n = 39	คะแนนเฉลี่ย \bar{x}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD	คะแนนต่ำสุด (Min)	คะแนนสูงสุด (Max)
ก่อนการอบรม	20.97	7.91	0	28
หลังการอบรมทันที	27.07	2.19	17	29
หลังการอบรม 2-4 สัปดาห์	26.05	2.12	18	28
กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ บิดา-มารดา n = 39	คะแนนเฉลี่ย \bar{x}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD	คะแนนต่ำสุด (Min)	คะแนนสูงสุด (Max)
ก่อนการอบรม	18.50	8.14	3	28
หลังการอบรมทันที	26.66	2.77	20	29
หลังการอบรม 2-4 สัปดาห์	26.33	1.77	22	28

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบ คะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดา-มารดา พบร่วมกันว่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยใช้สถิติ Paired - t - test พบร่วมกันว่าระหว่างก่อนการอบรมและหลังการอบรมทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) ส่วนก่อนการอบรมและหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) ส่วนระหว่างหลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .001)

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่บิดา-มารดา (ปู่ ย่า ตา ยาย อุป ป้า น้า อา ญาติ) ทดสอบสมมติฐานความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบร่วมกันว่าระหว่างก่อนการอบรมและหลังการอบรมทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = .003) เช่นเดียวกับก่อนการอบรมและหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p - value = .00) ส่วนระหว่างหลังการอบรมทันที และหลังการอบรม
2-4 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน (p - value = .325)

ตารางที่ 4 แต่งตั้งความรู้อย่างเดียวตามเกณฑ์มาตรฐาน โรคอดส์และเรื่องการดูแลพิเศษที่เกิดจากภาระที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคอดส์และเรื่องการดูแลพิเศษที่เกิดจากภาระที่ติดเชื้อ เอชไอวีหรือเป็นเอดส์	จำนวน บุคคล/ผู้ดูแล	กำหนดอบรม ทั้งหมดที่มี	จำนวน ครั้งอบรมทั้งที่ สำรอง	หลักสูตรอบรม 2-4	
				จำนวน ครั้งอบรม	จำนวน ครั้งอบรมที่ สำรอง
1. ศัลย การรับน้ำสำลักด้วยตนเอง กด “ในการเก็บโรคอดส์ อาการแสดง ระบบการดำเนินโครงการติดเชื้อจากภาระ โรคจุลทรรศน์”					
1.1 โรคอดส์ คือกลุ่มของการของ โรคที่เกิดจากเชื้อ “ไวรัสตอเอชไอวี” ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง และมีผลทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อต่างๆ ได้เช่น	บุคคล 37	72.5	48	94.1	51
1.2 โรคอดส์เป็นโรคซึ่งเกิดจาก กรรมพันธุ์	บุคคล 14	24.5	3	5.9	0
1.3 ผู้ป่วยโรคอดส์จะมีอาการต่างๆ ได้ เช่น อ่อนแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ห้องเดิน เรื้อรัง แพ้เครื่องรักษาไม่หาย ถ้าเป็นผู้ชาย ต้องมี น้ำเหลือง ให้ เป็นต้น	บุคคล 37	72.5	49	96.1	48
1.4 ภายนอกตัว “ตัวรับเชื้อเอชไอวี” ประมาณ 3 – 12 สัปดาห์ จะตรวจ พบเชื้อเอชไอวีในเลือด	บุคคล 28	54.9	2	3.9	11

รายการที่ 4 แบนด์เครื่องหมายความรู้ทางวิชาการที่ได้รับการเลี่ยงดูแลที่เกิดจากงานคราฟต์ติ๊ดเชือก	จำนวนเงินที่ได้รับ	จำนวนคน	จำนวนครัวเรือนที่ได้รับ	แหล่งมา
ค่าวางรักเพื่อย่างกับ โภคอดลเพื่อเริ่มงานเดี่ยวตัวที่เกิดจากงานคราฟต์ติ๊ดเชือก เงินที่จ่ายน้ำหนึ้งและเงิน	1,000	1	1	แหล่งมา

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ก่อนบرمที่	หลังบرمที่			ผลบันทุณภาพ
				ก่อนบرم	ร่องรอย	จำนวน	
1.5	โรคติดเชื้อคอมโภคากาสพะ “เดงอยในเลือด” ติดเชื้ออยู่ในรือรอม	ถูก ผิด	30 21	58.8 41.2	49 2	96.1 3.9	50 1
1.6	โรคปอดอักเสบ วัณโรคติดเชื้อในกระแสเลือด	ถูก ผิด	21 30	41.2 58.8	35 16	68.6 31.4	34 17
1.7	น้ำจุ่มน้ำนมวัวรักษาโรคลดลงให้หายขาดได้ ยาที่ใช้รักษาพียงแค่ความคุณอาการเท่านั้น	ถูก ผิด	39 12	76.5 23.5	49 2	96.1 3.9	50 1
2.	คุ้มครองรักษาติดต่อของโรค การป้องกัน การดูแลรักษา การพยากรณ์โรค แหล่งน้ำบริการ ล้วนเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญมาก						
2.1	ผู้ติดเชื้อพัสดุสามารถแพร่เชื้ออยู่ในร่างกาย การใช้ชีวิตรักษากระบอกน้ำร่วมกับผู้อื่น	ถูก ผิด	39 12	76.5 23.5	49 2	96.1 3.9	51 0
2.2	โรคออกซ์ฟอร์ดติดต่อได้จากการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม หรือใช้ส้วมร่วมกัน	ถูก ผิด	39 12	76.5 23.5	44 7	86.3 13.7	48 3

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนความรู้รายชิ้น และรายด้านกี่บวกัน รวมทดสอบเรื่องการเดินทางด้วยตัวเกิดจากมาตรฐานที่ติดเชือก “อิวารุสึเป็นยอด” (ต่อ)

ความรู้กี่บวกัน ประมาณตัวอย่างเรื่องการเดินทางด้วยตัวเกิดจากมาตรฐานที่ติดเชือก “อิวารุสึเป็นยอด”	จำนวนผู้ที่ติดเชือก “อิวารุสึเป็นยอด”	ค่าตอบ ณ/ผู้	จำนวน ผู้ที่ตอบ	หลังอบรมทั้งที่		หลังอบรม 2-4 สัปดาห์
				จำนวน	ร้อยละ	
2.3 โรคเด็ดสามารถติดต่อได้จากการใช้ช่องน้ำ ห้องส้วม หรือใช้สระว่ายน้ำร่วมกัน	ผู้ชาย 39 ผู้หญิง 12	ภูเก็ต 76.5 เชียงใหม่ 44	จำนวน 7 ร้อยละ 13.7	จำนวน 48 ร้อยละ 13.7	จำนวน 48 ร้อยละ 13.7	จำนวน 3 ร้อยละ 5.9
2.4 โรคเด็ดสามารถติดต่อได้จากการรับประทานอาหารร่วมกันหรือใช้เก้าอี้ร่วมกันกับผู้ป่วยติดเชือก เช่น “อิวารุสึเป็นยอด”	ผู้ชาย 13 ผู้หญิง 38	ภูเก็ต 25.5 เชียงใหม่ 74.5	จำนวน 48 ร้อยละ 48	จำนวน 94.1 ร้อยละ 3	จำนวน 47 ร้อยละ 3	จำนวน 47 ร้อยละ 5.9
2.5 ผู้ที่ส่งต่อบำบัดเชือก “อิวารุสึเป็นยอด” จะมาขอรับการตรวจเลือด ได้ที่คลินิกนรนนain โรงพยาบาลสุขุมวิท	ผู้ชาย 41 ผู้หญิง 10	ภูเก็ต 80.4 เชียงใหม่ 19.6	จำนวน 48 ร้อยละ 3	จำนวน 94.1 ร้อยละ 5.9	จำนวน 51 ร้อยละ 0	จำนวน 51 ร้อยละ 0
2.6 ภัยจึงควรที่ติดเชือก “อิวารุสึเป็นยอด” ทุกวัย ควรกินยาป้องกันการแพ้ เช่น ยาสามารถสูบบุหรี่แต่ระยะห่าง ระยะคลอด และหลังคลอด	ผู้ชาย 35 ผู้หญิง 16	ภูเก็ต 68.6 เชียงใหม่ 31.4	จำนวน 46 ร้อยละ 5	จำนวน 90.2 ร้อยละ 9.8	จำนวน 26 ร้อยละ 0	จำนวน 51 ร้อยละ 49
2.7 เล็กซ์ซึ่งเกิดมาตรฐานที่ติดเชือก “อิวารุสึเป็นยอด” กว่า “ไดร์บานา” ดำเนินไว้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 4-6 สัปดาห์	ผู้ชาย 34 ผู้หญิง 17	ภูเก็ต 66.7 เชียงใหม่ 33.3	จำนวน 49 ร้อยละ 2	จำนวน 96.1 ร้อยละ 3.9	จำนวน 23 ร้อยละ 28	จำนวน 45.1 ร้อยละ 54.9
2.8 การ “ขอแต่งการจ้างสามาถหมายเชือก “อิวารุสึเป็นยอด”	ผู้ชาย 38 ผู้หญิง 13	ภูเก็ต 74.5 เชียงใหม่ 25.5	จำนวน 46 ร้อยละ 5	จำนวน 90.2 ร้อยละ 9.8	จำนวน 21 ร้อยละ 30	จำนวน 41.2 ร้อยละ 58.8

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนความรู้รายชุด และรายด้านเกี่ยวกับ โรคติดต่อและเรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่คิดจะมาตั้งครรภ์หรือเป็นแม่ของเด็ก (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับ โรคติดต่อและการเลี้ยงดูเด็กที่คิดจะมาตั้งครรภ์ หรือให้ไว้ก่อนแม่ของเด็ก	ค่าตอบถูก/ผิด	ก่อนบอกรม	หลังบอกรมทันที	หลังบอกรม 2-4 สัปดาห์
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2.9 เด็กที่คิดจะมาตั้งครรภ์หรือเป็นแม่ของเด็กที่คิดจะมาตั้งครรภ์ หรือให้ไว้ ก่อนแม่ของเด็ก	ถูก 33 ผิด 18	64.7 35.3	47 4	92.2 7.8
3. ด้านการเลี้ยงดู การดูแลน้ำนมอย่างถูกวิธี การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีนตามวัย อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การน้ำดื่มน้ำ				
3.1 ผู้เลี้ยงดูควรสังเกตอาการผิดปกติ什么呢 ควรรับน้ำนมแพะเท่านั้น <ul style="list-style-type: none"> ● มีไข้ ชุน ไม่ดูคนน� อาเจียน ท้องอืด หักครรง ● ต่อม腋窝ด้านซ้ายมากกว่า 3 ครั้ง หรือมีนูกเลือดปูนครั้งเดียว ● ปากมีผ้าขาว เมื่ออาหาร นำเข้าหนักตัด ● ไอ หายใจหอบ มีเสมหะ มีน้ำมูก ● ผื่น คัน ลุյด์ตามตัว นิ้วแหลกเรื่องรักษาไม่หาย 	ถูก 37 ผิด 14	72.5 27.5	47 4	92.2 7.8
				50 98 1 2

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนรวมร้อยชุด และรายด้านเกี่ยวกับ โรคอดส์และร่องการเดินทางเดือนที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อไวรัสไอวีหรือเป็นเอดส์ (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับ โรคอดส์และเรื่องการเดินทางเดือนที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อไวรัสไอวีหรือเป็นเอดส์	ค่าตอบ ถูก/ผิด	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	หลังอบรมทันที		หลังอบรม 2-4 สัปดาห์
						จำนวน	ร้อยละ	
3.2 เด็กที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อไวรัสไอวีหรือเป็นเอดส์ ต้องคงความ มารดา และให้นมแมสแมทานเน่ลงจากครรภ์อย่างไร สำหรับมาตรวัดต่อผ่านทาง นมมารดาได้	ถูก ผิด	43 8	84.3 15.7	50 1	98 2	46 5	90.2 9.8	
3.3 เด็กที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อไวรัสไอวีหรือเป็นเอดส์ ควรได้รับ อาหารเสริมตามวัยโดยรับ เมื่ออายุ 4 เดือน	ถูก ผิด	5 46	9.8 90.2	5 46	9.8 90.2	12 35	23.5 76.5	
3.4 เด็กที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อไวรัสไอวีหรือเป็นเอดส์ ควรให้สูมน้ำที่ ดื่มน้ำสูก เพื่อป้องกันภารดาติดเชื้อ ในระบบทางเดินอาหาร	ถูก ผิด	37 14	72.5 27.5	50 1	98 2	50 1	98 2	
3.5 ผู้เดินทางร่วมเดือนที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อไวรัสไอวีหรือเป็นเอดส์มา พบแพทย์ที่คลินิกโรคติดเชื้อตามนัด ทุก 1-2 เดือน เพื่อประเมินภาวะ สุขภาพอนามัยของเด็ก	ถูก ผิด	38 13	74.5 25.5	48 3	94.1 5.9	49 2	96.1 3.9	
3.6 ผู้เดินทางร่วมเดือนที่ไปรับวัคซีนตามวัย ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด	ถูก ผิด	44 7	86.3 13.7	51 0	100 0	50 1	98 2	

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนความรู้รายชั้น และรายด้านกีฬาว่ายน้ำ โรค chếtและเรื่องการเตียงหูต่อกีฬาตามรายการที่ศูนย์ฯ ให้ไว้หรือเป็นเอกสาร (ต่อ)

ความรู้ที่ขวัญ โรคอยู่และเรื่องการเตียงหูต่อกีฬาตามรายการที่ศูนย์ฯ เผยไว้หรือเป็นเอกสาร	ค่าตอบถูก/ผิด	ก่อนอบรม	หลังอบรมทั้งที่สัปดาห์	หลังอบรม 2-4 สัปดาห์		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ด้านการอยู่ร่วมกัน (การรับประทานอาหาร การทำความสะอาด ร่างกายเสื้อผ้า ของใช้ การพักผ่อน) การให้ความรัก ความอนุรุณ การส่งเสริมให้เข้มในสังคม						
4.1 ผู้เดยงดูไม่ควรร่วมรับประทานอาหารหรือใช้เครื่องเข้าร่วมกัน กิน เด็ก เมื่องานสาธารณะต้องขอ恕ไว้ได้	บุคคล 30	58.8	47	92.2	45	88.2
4.2 ผู้เดยงดูไม่ควรซื้อผ้าของคนอื่นกันก่อนสื้อผ้าของเด็ก เมื่อจะมาทราบผลต้องขอ恕ไว้ได้	บุคคล 21	41.2	4	7.8	6	11.8
4.3 ผู้เดยงดูไม่สามารถแต่งตัวความรักกับแบบโสด สำหรับ ห้อมหน่องจากสถานการณ์ติดเชื้อของไวรัสได้	บุคคล 32	62.7	45	88.2	46	90.2
4.4 ผู้เดยงดูต้องรายงานน้ำ สร后排屁 ดูแลความสะอาด น้ำส้วม หุจาระ เด็กได้ตามปกติ	บุคคล 19	37.3	6	11.8	5	9.8
4.5 ผู้เดยงดูควรระมัดระวังเกี่ยวกับการสัมผัสรถเลือด หนอง น้ำเหลือง จางเด็ก	บุคคล 37	72.5	47	92.2	47	92.2

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนความรู้ว่าช้อ และรายหัวตามเกี่ยวกับ โรคอดเสื่อมที่เกิดจากภาระที่ติดเชื้อไวรัส “โควิด-19” (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับ โรคอดเสื่อมและการติดเชื้อไวรัส “โควิด-19”	จำนวนผู้ตอบ	ค่าตอบถูก/ผิด	ก่อนอบรม	หลังอบรมทั้งที่สั่งค่าห้อง	หลังอบรม 2-4 สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4.6 ของใช้ส่วนตัวของศึกษาที่จำเป็นต้องแยกจากบุคคลอื่นด้วย แบบพิมพ์ และกรรไกรตัดเล็บ เนื่องจากอาจมีเชื้อติดได้	ถูก 39 ผิด 12	76.5 23.5	44 7	86.3 13.7	50 1	98 2
4.7 ผู้เดินทางกลับ ควรระวังเรื่องความสะอาด หมั่นล้างมืออย่าง ดีและอยู่หลังบ้านเมื่อสัมผัสรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ไข้โหรกษาต่างๆ	ถูก 37 ผิด 14	72.5 27.5	51 0	100 0	50 1	98 2
4.8 ไม่ควรนำศึกษาไปในแหล่งชุมชนแออัด ที่อาจส่งตายาให้ไม่ระบาด เพื่อยกเว้นการติดเชื้อลงอย่างมาก	ถูก 38 ผิด 13	74.5 29.5	51 0	98 2	49 2	96.1 3.9
4.9 ผู้เดินทางกลับมาต้อง隔离 จนหมดพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย วันละ 12 - 18 ชั่วโมง ให้เดินทางกลับเพื่อป้องกัน โรค coronary	ถูก 32 ผิด 19	62.7 37.3	45 6	88.2 11.8	51 0	100 0

จากตารางที่ 4 การศึกษาคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และการคุ้มครองเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ โดยแยกเป็นรายข้อและรายด้านพบว่า ก่อนการอบรม ผู้แผลเด็กที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มีคะแนนน้อยที่สุดในด้านที่ 1 ด้านการรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมาตรการเอดส์ ($\bar{X} = 0.63$, $SD = 0.15$) รองลงมาคือด้านที่ 3 ด้านการเลี้ยงดู การคงนมมารดา ให้นมผสมอย่างถูกวิธี การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีน ตามวัย อาการผิดปกติที่ควรมาพยาบาล การตรวจตามนัด ($\bar{X} = 0.66$, $SD = 0.28$) ด้านที่ 4 ด้านการอยู่ร่วมกัน (การรับประทานอาหาร การทำความความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ของใช้ การพักผ่อน) การให้ความรัก ความอบอุ่น การส่งเสริมให้อ่ายံในสังคม ($\bar{X} = 0.69$, $SD = 0.11$) และด้านที่ 2 การรับรู้การติดต่อของโรค การป้องกัน การคุ้มครองฯ การพยากรณ์โรค แหล่งบริการ สนับสนุนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ($\bar{X} = 0.72$, $SD = 0.05$) ตามลำดับ

หลังการอบรมทันทีพบว่า ผู้แผลเด็กที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดจากก่อนการอบรม คือ ด้านที่ 1 ด้านการรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมาตรการเอดส์ ($\bar{X} = 0.89$, $SD = 0.10$) รองลงมาคือด้านที่ 4 ด้านการอยู่ร่วมกัน (การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ของใช้ การพักผ่อน) การให้ความรัก ความอบอุ่น การส่งเสริมให้อ่ายံในสังคม ($\bar{X} = 0.9$, $SD = 0.04$) ลำดับ 3 คือ ด้านที่ 2 ด้านการรับรู้การติดต่อของโรค การป้องกัน การคุ้มครองฯ การพยากรณ์โรค แหล่งบริการสนับสนุนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ($\bar{X} = 0.92$, $SD = 0.25$) และด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด คือด้านที่ 3 ด้านการเลี้ยงดู การคงนมมารดา ให้นมผสมอย่างถูกวิธี การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีนตามวัย อาการผิดปกติที่ควรมาพยาบาล การตรวจตามนัด ($\bar{X} = 0.8$, $SD = 0.35$)

ตัววัดหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์พบว่า ผู้แผลเด็กที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดจากก่อนการอบรม คือ ด้านที่ 1 ด้านการรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมาตรการเอดส์ ($\bar{X} = 0.90$, $SD = 0.13$) รองลงมาคือด้านที่ 4 ด้านการอยู่ร่วมกัน (การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ของใช้ การพักผ่อน) การให้ความรัก ความอบอุ่น การส่งเสริมให้อ่ายံในสังคม ($\bar{X} = 0.95$, $SD = 0.04$) ลำดับ 3 คือ ด้านที่ 3 ด้านการเลี้ยงดู การคงนมมารดา ให้นมผสมอย่างถูกวิธี การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีนตามวัย อาการผิดปกติที่ควรมาพยาบาล การตรวจตามนัด ($\bar{X} = 0.84$, $SD = 0.30$) และด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดคือ ด้านที่ 1 ด้านการรับรู้การติดต่อของโรค การป้องกัน การคุ้มครองฯ พยากรณ์โรค แหล่งบริการสนับสนุนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ($\bar{X} = 0.90$, $SD = 0.13$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนการอบรมและหลังการอบรมทั้ง 4 ด้าน พบร่วมกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = .003$) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าทั้ง 4 ด้านมีความแตกต่างกันดังนี้ 1. ด้านการรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมารดา โรคจวยโอกาส แตกต่างกันที่ ($p - value <.001$) 2. ด้านการรับรู้การติดต่อของโรค การป้องกัน การดูแลรักษา การพยากรณ์โรค แหล่งบริการ สนับสนุนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ แตกต่างกันที่ ($p - value <.001$) 3. ด้านการ เลี้ยงดู การคงนมมารดา ให้นม夙สมอย่างถูกวิธี การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีน อาการ ผิดปกติที่ควรมภาพนแพทช์ การมาตรฐานน้ำด แตกต่างกันที่ ($p - value = .008$) และ 4. ด้าน การอยู่ร่วมกัน (การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ของใช้ การพักผ่อน) การให้ความรัก ความอบอุ่น การส่งเสริมให้อยู่ในสังคม แตกต่างกัน ($p - value <.001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนการอบรม และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์โดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบร่วมกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = .039$) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบร่วมกัน 3 ด้านคือ 1. ด้านการรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมารดา โรคจวยโอกาส แตกต่างกัน ($p - value <.001$) 3. ด้าน การเลี้ยงดู การคงนมมารดาให้นม夙สมอย่างถูกวิธี การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีนตาม วัย อาการผิดปกติที่ควรมภาพแพทช์ การมาตรฐานน้ำด แตกต่างกันที่ ($p - value = .002$) และ 4. ด้านการอยู่ร่วมกัน (การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ของใช้ การพักผ่อน) การให้ความรัก ความอบอุ่น การส่งเสริมให้อยู่ในสังคม แตกต่างกันที่ ($p - value <.001$) ส่วนด้านที่ไม่แตกต่างคือ 2. ด้านการรับรู้การติดต่อของโรค การป้องกัน การดูแลรักษา การพยากรณ์โรค แหล่งบริการสนับสนุนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ไม่แตกต่างกัน ($p - value = .647$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังอบรม และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์โดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบร่วมกัน ($p - value = .659$) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าทั้ง 4 ด้านไม่มีความ แตกต่างกันคือ 1. ด้านการรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการ ดำเนินโรค การติดเชื้อจากมารดา โรคจวยโอกาส ($p - value = .350$) 2. ด้านการรับรู้การติดต่อ ของโรค การป้องกัน การดูแลรักษา การพยากรณ์โรค แหล่งบริการสนับสนุนผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ($p - value = .118$) 3. ด้านการเลี้ยงดู การคงนมมารดา ให้นม夙สมอย่าง ถูกวิธี การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีนตามวัย อาการผิดปกติที่ควรมภาพแพทช์ การ มา ตรวจตามน้ำด ($p - value = .363$) และ 4. ด้านการอยู่ร่วมกัน (รับประทานอาหาร ทำความสะอาด ร่างกาย เสื้อผ้า ของใช้ การพักผ่อน) การให้ความรัก ความอบอุ่น การส่งเสริมให้อยู่ในสังคม ($p - value = .159$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนรายชื่อและรายค้าน ความรู้ร่องโ哥德ส์ การดูแลศัลศ์ที่เกิดจากมาตราตาที่ติดต่อเข้ากัน ไอวีหรือเป็นยอดต่อ ก่อนรับการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังบ่มบูรณะ 2 – 4 สัปดาห์

ความรู้ที่เก็บกันไปรักษาส์และร่องโ哥ดส์ที่เกิดจากมาตราตาที่ติดต่อเข้ากัน ไอวีหรือเป็นยอดต่อ	ก่อนอบรม			หลังอบรมทันที			หลังอบรม 2 – 4 สัปดาห์		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1. ด้าน การรับรู้สำหรับความกล ในการเกิดโรคโภดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค อาการติดเชื้อจากมาตรา โรคจุลทรรศน์	0.63	0.15	0.89	0.10	0.90	0.13			
1.1 โรคโภดส์ ที่ออกคุณของการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโซราอิวี ทำให้เกิดคุณกัน ร่างกายบอบพร่อง และมีผลทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อต่อทาง ได้รับ	0.72	0.72	0.94	0.23	1.00	0.00			
1.2 โรคโภดส์เป็นโรคซึ่งเกิดจากกรรมพันธุ์	0.72	0.45	0.96	0.19	0.94	0.23			
1.3 ผู้ป่วยโภดส์จะมีอาการต่างๆ คัน ไข้สูง เมื่ออาหารเข้าหนังก็ต ห้องเดิน เรื่อง แพโลเรื้อรังรักษาไม่หาย ลิ้นเป็นผ้าขาว ต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น	0.78	0.41	0.96	0.19	1.00	0.00			
1.4 ภัยหลังการได้รับเชื้อโภดส์ ประมวล 3 – 12 สัปดาห์ จะตรวจพบ เชื้อเชื้อ ไอวีในติดต่อ	0.45	0.51	0.82	0.38	0.78	0.41			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนรายชื่อและรายด้าน ความรู้เรื่อง โรคอดส์ การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเม็ดต์ ก่อนนับการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ (ต่อ)

ความต้องการของนักเรียนในการเลี้ยงดูเด็กที่ติดเชื้อจากภารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอวีหรือเป็นเม็ดต์	ก่อนอบรม			หลังอบรมทันที			หลังอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	\bar{X}	SD
1.5 โรคติดเชื้อลายโขกสำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเม็ดต์ ได้แก่ โรคปอดอักเสบ วัณโรค โรคติดเชื้อในกระแสเลือด	0.58	0.49	0.96	0.19	0.98	0.14			
1.6 ปัจจุบันมีวัณรินทร์ให้ป้องกันโรคอดส์	0.41	0.49	0.68	0.46	0.66	0.47			
1.7 ปัจจุบันยังไม่มีวัณริกาย โรคอดส์ให้หายขาด ได้ยารักษาพื้นแบบควบคุมอาการ หนาแน่น	0.76	0.42	0.96	0.19	0.98	0.14			
2. ล้านครรภรรู้การติดเชื้อของโรค การป้องกัน การดูแลรักษา การพยาบาลฯ โรคเหล่านี้ บริการ สนับสนุนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเม็ดต์	0.72	0.65	0.92	0.19	0.76	0.25			
2.1 ผู้ติดเชื้อต้องสามารถแพร่เชื้อเอช ไอวีได้ จากการ ใช้เข็มหัวรีด กระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้อื่น	0.76	0.42	0.96	0.19	1.00	0.00			
2.2 โรคอดส์สามารถติดต่อได้จากการใช้ห้องน้ำ-ห้องส้วม หรือใช้สารละเว้น รวมกัน	0.74	0.42	0.86	0.34	0.94	0.23			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนรายข้อมูลและรายด้าน ความรู้ร่องໂຮກອດส์ การดูแลเด็กที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอนไซต์ ก่อนรับการอบรม หลังการอบรมทั้งนี้ และหลังอบรม 2-4 สัปดาห์ (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับ โรคอดส์และร่องภารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอนไซต์	ก่อนอบรม			หลังอบรมทันที			หลังอบรม 2-4 สัปดาห์		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
2.3 โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการรับประทานอาหารร่วมน้ำหรือไข้ก้นน้ำร่วมน้ำนมผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี	0.74	0.44	0.94	0.23	0.92	0.27			
2.4 ผู้ที่ลงทะเบียนเข้าร่วมด้วยตัวเอง “ไอวีหรือเป็นเอนไซต์ จะขอรับการตรวจถือศูนย์เดือน ” เพื่อที่จะนิรนามในโรงพยาบาลทุกแห่ง	0.80	0.40	0.94	0.23	1.00	0.00			
2.5 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอนไซต์ ทุกราย ควรรับินยาป้องกันการแพร่เชื้อ จากระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด	0.68	0.46	0.90	0.30	0.50	0.51			
2.6 เด็กซึ่งเกิดมาที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอนไซต์ ควรได้รับยาต้านไวรัส ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 4-6 สัปดาห์	0.66	0.47	0.96	0.19	0.45	0.50			
2.7 การโอนเลือดภารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้เด็กตามสาระแพ้วภารดาเดือนเชื้อเอชไอวี ได้	0.74	0.44	0.90	0.30	0.41	0.49			
2.8 เด็กที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีกราด ต้องติดเชื้อเอชไอวี จากภารดาทุกราย	0.64	0.48	0.92	0.27	0.86	0.35			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนรายข้อและรายด้าน ดาวน์รีร่อง โกรกอดส์ การถูແຕດຕີທີ່ເກີດຈາກມາຮາດທີ່ຕື່ອງເຫຼືອອຸ້ນໄວ້ຫວົງເປັນແອດສ
ก่อนรับการอบรม หลังการอบรมทั้ง 2 แหล่งเรียนรู้ 2 – 4 สປ.ພາກ (ต่อ)

ความวื້ນໍາທີ່ຍັກນິໂຕອອດສແລະເຮືອງກາຣເລີຍຕູເຫຼືອທີ່ເກີດຈາກມາຮາດທີ່ຕື່ອງເຫຼືອ ທີ່ຕື່ອງເຫຼືອອຸ້ນໄວ້ຫວົງເປັນແອດສ	ก่อนอบรม			หลังอบรมทันทີ			หลังอบรม 2-4 ສປ.ພາກ		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
3. ดำเนินการເລີຍຕູ ກາຣຈົນມາຮາດ ໃຫ້ນມາສນຍ່າງຖຸກວິທີ ກາຣໃຫ້ອາຫາຮ ເຕີວິມາຮ້າຍ ກາຣຮັບວັກສູນທານວ້າຍ ອາກາຮົດນຳປົກທີ່ກ່ຽວມາພາບແພ່ງຍໍ ກາຣມາດຮວ່າງທານນັ້ດ	0.66	0.28	0.80	0.35	0.84	0.30			
3.1 ຜູ້ລົງທຶກວາຮຕັ້ງກອກາຮົດນຳປົກທີ່ແລ້ວນີ້ ຄວາຮົບມາພາບແພ່ງຍໍທີ່ <ul style="list-style-type: none"> ● ນີ້ຈີ້ ທັນ ໄນດູຄູນນ ອາເລີຍນ ຫ້ອງຢືດ ຫຼັກຮົງ ● ຕ່າຍເຫລວວັນລະນາກວ່າ 3 ຄຽງ ທີ່ຮົມມູນເສືອດປັນຈຸນຮັ້ງດີຍາ ● ປ່າກມື່ສ້າງຂາວ ເນື້ອອາຫາຮ ນໍາໜ້ານັກຄ ● ໂດຍໃຈຫຍ່ນ ມີເສັ້ນຫະ ວິ່ນໍານູກ ມີຜົນກັນຈົ້ນຕາມຕົວ ນີ້ແພດເຮືອຮັກນາມໄໝໜ່າຍ 	0.72	0.45	0.92	0.27	0.98	0.14			
3.2 ເຫັນທີ່ເກີດຈາກມາຮາດທີ່ຕື່ອງເຫຼືອທີ່ຕື່ອງເຫຼືອໄວ້ຫວົງເປັນແອດສຕ້ອງຈົນມາຮາດ ແລະໃຫ້ນມາສມແນນໆອງຈາເຮືອອຸ້ນໄວ້ສາມາດຕືດຕ່ອງໜ່າຍການມາຮາດໄ້	0.84	0.36	0.98	0.14	0.94	0.30			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนรายชื่อและรากฐาน ความรู้เรื่อง โรคออดส์ การดูแลเด็กที่ติดเชื้ออวัยวะอีกเป็นครั้งที่สอง
ก่อนรับการอบรม หลังการอบรมหนึ่ง และหลังอบรม 2-4 สัปดาห์ (ต่อ)

ความรู้ที่เก็บไว้ในโรคออดส์และเรื่องการดูแลเด็กที่ติดเชื้อ ของอวัยวะอีกเป็นครั้งที่สอง	ก่อนอบรม			หลังอบรม 2-4 สัปดาห์		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
3.3 เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้ออวัยวะอีกเป็นครั้งที่สอง “ควรได้รับอาหารเสริม”	0.09	0.30	0.09	0.30	0.23	0.42
ตามน้ำซุป โภชนาณ เม็ดออย 4 เสื่อม						
3.4 เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้ออวัยวะอีกเป็นครั้งที่สอง “ควรให้คุณแม่ห้ามสูบพอดีก่อนการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ”	0.72	0.98	0.98	0.14	0.98	0.14
3.5 ผู้ถือบัตรคนงานเด็กที่ติดเชื้ออวัยวะอีกเป็นครั้งที่สอง “มาพบแพทย์ที่คลินิก โรคติดเชื้อตามน้ำดูก 1-2 เดือน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของเด็ก”	0.74	0.44	0.94	0.23	0.96	0.19
3.6 ผู้ถือบัตรคนงานเด็ก “ไปรับวัคซีนตามวัย ทั้งระหว่างสถานศึกษาและบ้านเด็ก”	0.86	0.34	1.00	0.00	0.98	0.14

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนรำขึ้นและรำด้าน ความรู้เรื่อง โกรกอดส์ การคุณเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อโควิดไวรัสในอนาคต
ก่อนรับการอบรม หลังการอบรมทั้ง 4 ระยะ 2-4 สัปดาห์ (ต่อ)

ความรู้ที่ยังไม่ถูกทดสอบเรื่องการเตียงดูแลที่เกิดจากมาตรการพัฒนา เชื้อไวรัสในอนาคต	ก่อนอบรม			หลังอบรมทั้ง 4 สัปดาห์		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
4. ผ่านการอยู่ร่วมกัน (การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดครัวเรือน เสื้อผ้า ของใช้ การพักผ่อน) การให้ความรัก ความอบอุ่น การส่งเสริมให้อยู่ใน สังคม	0.69	0.11	0.92	0.04	0.95	0.04
4.1 ผู้ดูแลชูไม่ควรร่วมรับประทานอาหารหรือให้แก่น้ำ ร่วมกันกับเด็ก เนื่องจากสามารถติดเชื้อเช่นไวรัสได้	0.85	0.49	0.92	0.27	0.88	0.32
4.2 ผู้ดูแลชูไม่ควรซักเสื้อผ้าของคนสองร่วมกันกับเด็กได้ เช่นหาก สามารถติดเชื้อเช่นไวรัสได้	0.62	0.48	0.88	0.32	0.90	0.30
4.3 ผู้ดูแลชูไม่สามารถแสดงความรักกับเด็กโดยการยก ลูบหน้า หอม เนื่องจาก	0.72	0.45	0.92	0.27	0.92	0.27
4.4 ผู้ดูแลชูสามารถอาบน้ำ สร�ะหมูเดือนสะอัด ปีรสชาต ฉุจาระ เต็กล ได้ตามปกติ	0.76	0.42	0.96	0.19	0.98	0.14

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนรายชื่อและรายด้าน ความรู้ร่อง โภตсадส์ การดูแลเด็กที่เกิดจากภารตามาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นยาเสพติด ก่อนรับการอบรม หลังการอบรมทั้ง 2-4 สัปดาห์ (ต่อ)

ความรู้ที่เก็บกันไว้รถติดส์และร่องภารตามาที่ติดเชื้อที่เกิดจากภารตามาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นยาเสพติด*	ก่อนอบรม		หลังอบรมทั้ง 2-4 สัปดาห์		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
4.5 ผู้เดินทางครัวเรือนมีประวัติเป็นภารตามาที่ต้องการสัมผัสรสเลือด หนอน น้ำเหลืองจากเด็ก	0.46	0.42	0.96	0.19	0.98
4.6 ของใช้ส่วนตัวของเด็กที่จำเป็นต้องแยกจากบุตรเลื่อมคือ แปรรูปสีฟันและกรรไกรตัดเต็ม เนื้องจากอาจมีเม็ดอุดติดไป	0.76	0.42	0.86	0.34	0.98
4.7 ผู้เดินทางครัวเด็ก ควรระวังมีครัวเรือนร่องร่องภารตามะสาด หม่นถ้ามีของดูดนมของเด็ก ของเล่นกับอย่างเดามีส่วนผสมผสานสีสันมาก เพื่อป้องกันภารติดเชื้อของไขอกสารต่างๆ	0.72	0.45	0.96	0.19	0.98
4.8 ไม่ควรนำเด็กไปแนแพลังชูชูชนแอลอัค ที่อาจทำต่าขายไม่สมดุลรวมทั้งป้องกันภารติดเชื้อไขอกสารต่างๆ	0.74	0.44	0.98	0.14	0.96
4.9 ผู้เดินทางครัวดูดให้เด็ก นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 12-18 ชม. ไม่ควรให้เด็กนอนตีน ป้องกัน โรคไข้โกสต์	0.62	0.48	0.88	0.32	1.00
รวมทั้ง 4 ด้าน	0.67	0.03	0.88	0.51	0.86
					0.81

4.3 เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเชื้อไขวีหรือเป็นเอดส์

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเชื้อไขวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม
และหลังการอบรมทันที

กลุ่มตัวอย่าง 51 ราย	คะแนนก่อน อบรม (70 คะแนน)	คะแนนหลัง อบรมทันที (70 คะแนน)	หมายเหตุ (บิดา-มารดา) =/
ตัวอย่างที่ 1	58	61	/
ตัวอย่างที่ 2	53	62	/
ตัวอย่างที่ 3	61	63	/
ตัวอย่างที่ 4	70	70	
ตัวอย่างที่ 5	57	60	/
ตัวอย่างที่ 6	46	49	/
ตัวอย่างที่ 7	60	60	/
ตัวอย่างที่ 8	53	65	
ตัวอย่างที่ 9	50	63	/
ตัวอย่างที่ 10	49	52	/
ตัวอย่างที่ 11	49	58	/
ตัวอย่างที่ 12	62	68	
ตัวอย่างที่ 13	64	68	/
ตัวอย่างที่ 14	52	63	/
ตัวอย่างที่ 15	67	67	/
ตัวอย่างที่ 16	65	65	/
ตัวอย่างที่ 17	61	64	/
ตัวอย่างที่ 18	61	61	/
ตัวอย่างที่ 19	68	69	/
ตัวอย่างที่ 20	68	70	/
ตัวอย่างที่ 21	60	60	
ตัวอย่างที่ 22	66	67	/

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเขตคติต่อผู้ติดเชื้อเช่น ไอวีหรือเป็นเอกสาร ก่อนการอบรม และหลังการอบรมทันที (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง 51 ราย	คะแนนก่อน อบรม (70 คะแนน)	คะแนนหลัง อบรมทันที (70 คะแนน)	หมายเหตุ (บิดา-มารดา) =/
ตัวอย่างที่ 23	56	65	/
ตัวอย่างที่ 24	56	65	/
ตัวอย่างที่ 25	38	60	/
ตัวอย่างที่ 26	61	68	/
ตัวอย่างที่ 27	63	68	/
ตัวอย่างที่ 28	38	44	/
ตัวอย่างที่ 29	69	70	/
ตัวอย่างที่ 30	60	66	/
ตัวอย่างที่ 31	47	55	
ตัวอย่างที่ 32	36	66	/
ตัวอย่างที่ 33	57	66	/
ตัวอย่างที่ 34	50	60	/
ตัวอย่างที่ 35	59	70	/
ตัวอย่างที่ 36	52	57	
ตัวอย่างที่ 37	56	68	/
ตัวอย่างที่ 38	52	65	
ตัวอย่างที่ 39	61	64	/
ตัวอย่างที่ 40	41	68	/
ตัวอย่างที่ 41	41	65	/
ตัวอย่างที่ 42	41	46	/
ตัวอย่างที่ 43	56	56	
ตัวอย่างที่ 44	51	64	/
ตัวอย่างที่ 45	40	56	/
ตัวอย่างที่ 46	70	70	/

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนการอบรม
และหลังการอบรมทันที (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง 52 ราย	คะแนนก่อน อบรม (70 คะแนน)	คะแนนหลัง อบรมทันที (70 คะแนน)	หมายเหตุ (บิดา-มารดา) =/
ตัวอย่างที่ 47	60	64	
ตัวอย่างที่ 48	56	66	
ตัวอย่างที่ 49	61	63	/
ตัวอย่างที่ 50	55	61	
ตัวอย่างที่ 51	56	60	
คะแนนเฉลี่ย (Mean)	55.67	62.76	
SD	8.88	5.96	
คะแนนต่ำสุด (Min)	36	44	
คะแนนสูงสุด (Max)	70	70	

จากตารางที่ 6 ทดสอบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยใช้สถิติ Paired – t test พนวณว่าระหว่างก่อนการอบรมและหลังการอบรมทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < .001$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเขตคติต่อผู้ติดเชื้อเอ็อดส์ ก่อนการอบรม และหลังการอบรมทันที ของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอ็อดส์

กลุ่มตัวอย่างที่เป็น บิดา-มารดา n = 39	คะแนนเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD	คะแนนต่ำสุด (Min)	คะแนนสูงสุด (Max)
ก่อนการอบรม	55.48	9.69	36	70
หลังการอบรมทันที	62.92	6.35	44	70
กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ บิดา-มารดา n = 39	คะแนนเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD	คะแนนต่ำสุด (Min)	คะแนนสูงสุด (Max)
ก่อนการอบรม	56.58	5.90	47	70
หลังการอบรมทันที	61.75	4.71	55	70

จากตารางที่ 7 ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเขตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอ็อดส์ภายในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดา-มารดา โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยใช้สถิติ Paired – t test พ布ว่าระหว่างก่อนการอบรม และหลังการอบรมทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < .001$) และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเขตคติต่อผู้ติดเชื้อเอ็อดส์ภายในกลุ่มตัวอย่าง ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่บิดา-มารดา (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ญาติ) โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พ布ว่าระหว่างก่อนการอบรมและหลังการอบรมทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = .007$)

ตารางที่ 8 ข้อมูลรายปีและรายค้านของเขตคติก่อนอบรม และหลังการอบรมทันที

เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์	ระดับความคิดเห็น	ก่อนอบรม		หลังอบรมทันที	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เจตคติต้านบวก	เห็นด้วยน้อยที่สุด	0	0	3	5.9
1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ น่าสงสารและน่าเห็นใจ	เห็นด้วยน้อย	5	9.8	3	5.9
	เห็นด้วยปานกลาง	7	13.7	6	11.8
	เห็นด้วยมาก	12	23.5	3	5.9
	เห็นด้วยมากที่สุด	27	52.9	36	70.6
2. ท่านสามารถทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือ เป็นเอดส์ได้	เห็นด้วยน้อยที่สุด	2	3.9	2	3.9
	เห็นด้วยน้อย	3	5.9	1	2.0
	เห็นด้วยปานกลาง	10	19.6	8	15.7
	เห็นด้วยมาก	9	17.6	6	11.8
	เห็นด้วยมากที่สุด	27	52.9	34	66.7
3. ท่านสามารถอุ้ม กอด สัมผัสเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้	เห็นด้วยน้อยที่สุด	4	7.8	2	3.9
	เห็นด้วยน้อย	1	2	1	2.0
	เห็นด้วยปานกลาง	8	15.7	9	17.6
	เห็นด้วยมาก	11	21.6	8	15.7
	เห็นด้วยมากที่สุด	27	52.9	31	60.8
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ การได้รับความเห็นใจ และสัมพันธ์ภาพที่ดีจาก สมาชิกในครอบครัว	เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	2.0	1	2.0
	เห็นด้วยน้อย	2	3.9	0	0
	เห็นด้วยปานกลาง	4	7.8	1	2.0
	เห็นด้วยมาก	8	15.7	9	17.6
	เห็นด้วยมากที่สุด	36	70.6	40	78.4
5. ท่านสามารถอยู่ร่วมบ้านร่วมทำกิจกรรม (ซักผ้า รับประทานอาหาร เล่น เกมส์ ใช้ห้องน้ำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์	เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	2.0	0	0
	เห็นด้วยน้อย	3	5.9	0	0
	เห็นด้วยปานกลาง	8	15.7	3	5.9
	เห็นด้วยมาก	6	11.8	10	19.6
	เห็นด้วยมากที่สุด	33	64.7	38	74.5

ตารางที่ 8 ข้อมูลรายชื่อของเจตคติก่อนอบรมและหลังการอบรมทันที (ต่อ)

เจตคติต่อผู้ติดเชื้ออาร์ไอวี หรือเป็นเอดส์	ระดับความคิดเห็น	ก่อนอบรม		หลังอบรมทันที	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เจตคติต้านบวก					
6. เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้ออาร์ไอวี สามารถเข้าโรงเรียนร่วมกับเพื่อนๆ ได้ตามปกติ	เห็นด้วยน้อยที่สุด	0	0	0	0
	เห็นด้วยน้อย	2	3.9	2	3.9
	เห็นด้วยปานกลาง	7	13.7	2	3.9
	เห็นด้วยมาก	6	11.8	4	7.8
	เห็นด้วยมากที่สุด	36	70.6	43	84.3
7. ถ้าท่านติดเชื้ออาร์ไอวีหรือโรคเอดส์คิดว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ และดูแลสุขภาพให้ดีที่สุด	เห็นด้วยน้อยที่สุด	2	3.9	1	2.0
	เห็นด้วยน้อย	2	3.9	1	2.0
	เห็นด้วยปานกลาง	6	11.8	2	3.9
	เห็นด้วยมาก	9	17.6	5	9.8
	เห็นด้วยมากที่สุด	32	62.7	42	82.4
เจตคติต้านลบ					
1. โรคเอดส์ เป็นโรคที่น่ากลัวที่สุดในปัจจุบัน	เห็นด้วยน้อยที่สุด	11	21.6	7	13.7
	เห็นด้วยน้อย	8	15.7	1	2.0
	เห็นด้วยปานกลาง	14	27.5	13	25.5
	เห็นด้วยมาก	8	15.7	6	11.8
	เห็นด้วยมากที่สุด	10	19.6	24	47.1
2. ท่านจะเลิกคนหากันเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดท่าน ที่ติดเชื้ออาร์ไอวีหรือเป็นเอดส์	เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	2.0	1	2.0
	เห็นด้วยน้อย	2	3.5	0	0
	เห็นด้วยปานกลาง	8	15.7	6	11.8
	เห็นด้วยมาก	6	11.8	8	15.7
	เห็นด้วยมากที่สุด	34	66.7	36	70.6
3. การพูดคุยเรื่องโรคเอดส์ กับบุคคลในครอบครัวเป็นเรื่องเสียหาย และน่าอับอาย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	4	7.8	3	5.9
	เห็นด้วยน้อย	6	11.8	2	3.9
	เห็นด้วยปานกลาง	5	9.8	8	15.7
	เห็นด้วยมาก	7	13.7	9	17.6
	เห็นด้วยมากที่สุด	21	56.9	29	56.9

ตารางที่ 8 ข้อมูลรายชื่อของเขตติดก่อนอบรมและหลังการอบรมทันที (ต่อ)

เขตติดต่อผู้ติดเชื้ออ蛾ชไอยว์หรือเป็นเอดส์	ระดับความคิดเห็น	ก่อนอบรม		หลังอบรมทันที	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ถ้าท่านติดเชื้ออ蛾ชไอยว์หรือเป็นเอดส์ทำให้ท่าน และ ผู้ใกล้ชิดได้รับความอับอายมาก	เห็นด้วยน้อยที่สุด	10	19.6	3	5.9
	เห็นด้วยน้อย	7	13.7	6	11.8
	เห็นด้วยปานกลาง	14	27.5	8	15.7
	เห็นด้วยมาก	9	17.6	8	15.7
	เห็นด้วยมากที่สุด	11	21.6	26	51
5. ถ้าท่านติดเชื้ออ蛾ชไอยว์หรือเป็นเอดส์ ท่านจะไม่ปรึกษาใคร เลยเม้มแต่ผู้ใกล้ชิดที่สุด	เห็นด้วยน้อยที่สุด	3	59	2	3.9
	เห็นด้วยน้อย	3	59	2	3.9
	เห็นด้วยปานกลาง	13	25.5	4	7.8
	เห็นด้วยมาก	5	9.8	11	21.6
	เห็นด้วยมากที่สุด	27	52.9	32	62.7
6. ถ้าท่านติดเชื้ออ蛾ชไอยว์หรือเป็นเอดส์ท่านจะขยับบ้านไปอยู่ที่อื่น เพื่อเปลี่ยนชุมชนและสังคม	เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	2.0	1	2.0
	เห็นด้วยน้อย	0	0	0	0
	เห็นด้วยปานกลาง	10	19.6	8	15.7
	เห็นด้วยมาก	6	11.8	9	17.6
	เห็นด้วยมากที่สุด	34	66.7	33	64.7
7. ถ้าท่านติดเชื้ออ蛾ชไอยว์หรือเป็นเอดส์ท่านคงทนอับอายไม่ได้ และคิดฆ่าตัวตาย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	2	3.9	1	2.0
	เห็นด้วยน้อย	1	2.0	0	0
	เห็นด้วยปานกลาง	8	15.7	4	7.8
	เห็นด้วยมาก	8	15.7	10	19.6
	เห็นด้วยมากที่สุด	32	62.7	36	70.6

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนรายข้อและรายค้านเจตคติของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากการดาที
ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ ก่อนรับการอบรมและหลังการอบรมทันที

เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากการดาทีที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์	ก่อนอบรม		หลังอบรมทันที	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
เจตคติต้านบวก				
1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์น่าสงสาร และ น่าเห็นใจ	4.22	1.01	4.32	1.23
2. ท่านสามารถทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือ เป็นเออดส์ได้	4.12	1.15	4.38	1.06
3. ท่านสามารถอุ่น กอด สัมผัส เด็กที่เกิดจากการดาทีที่ติดเชื้อเอชไอวีได้	4.10	1.23	4.28	1.08
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ควรได้รับความเห็นใจ และ สามพันธ์ภาพที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว	4.45	0.96	4.68	0.71
5. ท่านสามารถอยู่ร่วมบ้าน ร่วมทำกิจกรรม (รับประทาน อาหาร ชักผ้าเล่นเกมส์ ใช้ห้องน้ำร่วมกัน กับสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ได้	4.32	1.07	4.68	0.58
6. เด็กที่เกิดจากการดาทีที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเข้าโรงเรียน ร่วมกับเพื่อน ได้ตามปกติ	4.48	0.88	4.72	0.72
7. ถ้าท่านติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเออดส์ ก็ค่าว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ และดูแลสุขภาพให้ดีที่สุด	4.32	1.09	4.68	0.81

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนรายข้อและรายด้านเจตคติของผู้คุ้มครองเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ ก่อนรับการอบรมและหลังการอบรมทันที (ต่อ)

เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์	ก่อนอบรม		หลังอบรมทันที	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
เจตคติต้านลบ				
1. โรคเอดส์ เป็นโรคที่น่ากลัวที่สุดในปัจจุบัน	2.94	1.42	3.76	1.43
2. ท่านจะเดิกคนหาภัยเพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิดท่าน ที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์	4.38	1.02	4.54	0.86
3. การพูดคุยเรื่อง โรคเอดส์กับบุคคลในครอบครัวเป็นเรื่องเสียหาย และน่าอับอาย	4.00	1.38	4.16	1.21
4. ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็น เอดส์ทำให้ท่าน และ ผู้ใกล้ชิด ได้รับความอับอายมาก	3.04	1.39	3.92	1.30
5. ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไวรัส หรือเป็น เอดส์ ท่านจะไม่ปรึกษาใครเลย แม้แต่ ผู้ใกล้ชิดที่สุด	3.98	1.26	4.36	1.06
6. ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็น เอดส์ ท่านจะซ้ายบ้านไปอยู่ที่อื่น เพื่อเปลี่ยนชุมชนและสังคม	4.42	0.94	4.42	0.90
7. ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ ท่านคงทนอับอายไม่ได้ และคิดฆ่าตัวตาย	4.34	1.09	4.58	0.81

จากตารางที่ 8 และตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเจตคติต้านลบโดยรวมก่อนการอบรมของผู้คุ้มครองเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ คะแนนน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 3. ท่านสามารถอุ้มกอด ส้มผัก เด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ได้ ($\bar{X} = 4.10, SD = 1.23$) รองลงมาคือ ข้อที่ 2. ท่านสามารถทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ได้ ($\bar{X} = 4.12, SD = 1.15$) ส่วนคะแนนเจตคติต้านลบโดยรวม ก่อนการอบรมคะแนนน้อยที่สุด พบว่า ข้อที่ 1. โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัวที่สุดในปัจจุบัน ($\bar{X} = 2.94, SD = 1.42$) รองลงมาคือ ข้อที่ 4. ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอดส์ทำให้ท่านและผู้ใกล้ชิด ได้รับความอับอายมาก ($\bar{X} = 3.04, SD = 1.39$)

คะแนนเขตคติด้านบวก โดยรวมหลังการอบรม ข้อที่คะแนนเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น สูงสุดของผู้คุ้มครองเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไอวีหรือเป็นเอดส์ คือข้อ 5. ท่านสามารถอยู่ร่วมบ้าน ร่วมทำกิจกรรม (รับประทาน อาหาร ซักผ้าเล่นเกม ใช้ห้องน้ำร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อเชื้อไอวี หรือเป็นเอดส์ได้ ($\bar{X} = 4.68$, SD = 0.58) และข้อ 7. ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไอวีหรือเป็นเอดส์ คิดว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ และคุ้มครองภาพให้ดีที่สุด ($\bar{X} = 4.68$, SD = 0.81) ต่อไปนี้คะแนนเขตคติด้านลบ โดยรวมหลังการอบรม ข้อที่คะแนนเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น สูงสุดของผู้คุ้มครองเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเชื้อไอวีคือ ข้อที่ 4. ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไอวีหรือเป็นเอดส์ ทำให้ท่านและผู้ใกล้ชิด ได้รับความอับอายมาก ($\bar{X} = 3.92$, SD = 1.30) รองลงมาคือข้อที่ 1. โรคเอดส์ เป็นโรคที่น่ากลัวที่สุด ในปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.76$, SD = 1.43)

เมื่อเปรียบเทียบเขตคติด้านบวก ก่อนและหลังการอบรมทันที โดยใช้สถิติ Paired – t test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < .001$) เช่นเดียวกับเขตคติด้านลบ ก่อนและหลังการอบรมทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = .027$) และเมื่อเปรียบเทียบเขตคติโดยรวมทั้งด้านบวกและด้านลบพบว่า ก่อนอบรมและหลังอบรมทันที พ布ว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = <.001$)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้และเจตคติ ของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์ ก่อนและหลังเข้ารับการอบรมการให้ความรู้ และเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือ ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ในช่วงระยะเวลา 1 ปี 6 เดือนตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 - 30 เมษายน พ.ศ. 2548 ในเขตพื้นที่ 14 อำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีกบุรุษช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อที่เป็นเครือข่ายของกลุ่มเพื่อนวันอังคาร ซึ่งได้มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี และผู้เลี้ยงดูเด็กเหล่านี้ทราบผลลัพธ์ของมาตรการของเด็กว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีจำนวนทั้งสิ้น 51 ราย

เครื่องมือที่ใช้จัดเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์จาก United Nations Thailand-Focal Point and Staff Post-Training Questionnaires (2003) นำแบบสัมภาษณ์ที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลเด็กที่ป่วยและรับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 และเด็ก 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงจากสูตรและปรับแนวคำถามให้เหมาะสมแล้วนำส่วนที่ 2 มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สถิติ KR 21 (Kuder-Richardson 21) ได้ค่าความเที่ยง 0.612 ส่วนที่ 3 มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟารอนบาก (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.73 การวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ใช้สถิติเชิงบรรยาย ในการอธิบายข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมาตรการที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ก่อนและหลังการอบรม นำมาหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้หญิงแล้วเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเอดส์ก่อนและหลังการอบรม นำมาหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเบริชบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test และ สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

5.1 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 51 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.3 มีอายุช่วง 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสูง คิดเป็นร้อยละ 50.9 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 54.9 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.1 ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทในครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 54.9 ความกี่ยวข้องกับเด็กส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา ร้อยละ 70.6 จำนวนสมาชิกที่ต้องดูแล 4-6 คน คิด เป็นร้อยละ 45.1 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.1 และสำหรับประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเอดส์ ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 66.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.3 สถานภาพคู่ร้อยละ 50.9 อายุอยู่มีอายุ ช่วง 31-35 ปี ร้อยละ 39.2 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นวัยกำลังทำงาน สร้างครอบครัวและอยู่กับบุตร เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาพบว่า มีระดับการศึกษาเพียงภาคบังคับคือระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.7 ทำให้เกี่ยวเนื่องกับอาชีพส่วนใหญ่คือ เกษตรกรรมร้อยละ 54.9 โดยการที่จะได้รับข้อมูล ข่าวสารต่างๆ ก็ย่อมน้อยลงด้วย สดคล้องกับ Pender (1975) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมี โอกาสสรับข้อมูลข่าวสารมากกว่า และมีการดูแลรักษาสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า เมื่อ พิจารณาความกี่ยวข้องกับเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา ร้อยละ 70.6 บทบาทในครอบครัวใกล้เคียงกันระหว่างหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 54.9 และ สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 45.1 สดคล้องกับที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทำงานที่เป็นแม่บ้านและ ต้องเลี้ยงบุตรเอง และมีความรับผิดชอบต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวจำนวน 1-3 คน ซึ่งเด็กเหล่านี้ ในอนาคตต้องกำพร้าเพื่อและแม่ ย่อมหมายถึงคุณภาพของเด็กในอนาคต สุพจน์ อินทะสี (2543) ศึกษาผลกระทบของการติดเชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเอดส์ต่อเด็กพบว่า ผลกระทบที่เด็กได้รับคือ การ เพชรูต่อการเจ็บป่วย สูญเสียบิดา มารดา ขาดครอบครัวในกรณีไม่มีญาติ ญาติครอบครัวรังเกียจ ขาดการศึกษาน่องจากเพื่อนในห้องเรียนรังเกียจ หรือขาดทุนทรัพย์ เมื่อพิจารณาถึงรายได้ต่อเดือน ของผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ 1,000-3,000 บาท ร้อยละ 43.1 รองลงมาคือ ไม่มีรายได้เลย ร้อยละ 41.2 แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการทำงานจากภาวะสุขภาพ จากการะการต้อง เลี้ยงบุตร และจากอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรมซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน แต่ภายหลังจากการ ติดเชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเอดส์ จะมีแหล่งช่วยเหลือจากส่วนราชการ องค์กรเอกชนในประเทศและ

ต่างประเทศ ในเรื่องยาต้านไวรัส นมผงสำหรับเลี้ยงคุณตร เนินจากสังคมสงเคราะห์ และการเข้าร่วมเครือข่ายผู้ติดเชื้อต่างๆ

ก่อนการอบรม ผู้แผลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มีคะแนนน้อยที่สุดในด้านที่ 1 การรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมารดา โรคภัยโอกาส ($\bar{X} = 0.63$, SD = 0.15) หลังการอบรมทันทีพบว่า ผู้แผลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดจากก่อนการอบรม คือ ด้านที่ 1 การรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมารดา โรคภัยโอกาส ($\bar{X} = 0.89$, SD = 0.10) หลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ พบว่า ผู้แผลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดจากก่อนการอบรมได้แก่ ด้านที่ 1 การรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมารดา โรคภัยโอกาส ($\bar{X} = 0.90$, SD = 0.13) เปรียบเทียบคะแนนก่อนการอบรมและหลังการอบรมทันที โดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = .003$) เปรียบเทียบคะแนนก่อนการอบรมและหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์โดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = .039$) เปรียบเทียบคะแนนหลังอบรมทันที และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์โดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่า “ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = .659$)”

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ประเมินเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการเข้ารับการอบรมทันที ก่อนการอบรมและหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ และระหว่างหลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 2-4 สัปดาห์ แตกต่างกันโดยทิศทางของคะแนนเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการจัดอบรมบรรลุผลตามสมมติฐานการศึกษารั้งนี้ และพบว่าหลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 2 สัปดาห์ มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดจากก่อนการอบรม เป็นด้านเดียวกันคือ ด้านการรับรู้คำจำกัดความ กลไกการเกิดโรคเอดส์ อาการแสดง ระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อจากมารดา โรคภัยโอกาส ซึ่งอาจเกิดจากการจัดอบรมในครั้งนี้ได้เน้นความรู้ในด้านนี้มากกว่าด้านอื่น แต่เนื่องจากข้อจำกัดในการอบรมครั้งนี้ คือ ระยะเวลาการอบรมน้อยเกินไป ระยะทางการเดินทางไกล เนื่องจากผู้เข้าอบรมเดินทางมาจากหลายจังหวัด และส่วนหนึ่งสูงอายุ ร่วมกับมีปัญหาทางด้านสุขภาพร่วมด้วย ทำให้การรับรู้ข้อมูลได้ไม่เต็มที่ และผู้เข้าอบรมบางคนเคยได้รับข้อมูลเรื่องที่อบรมมาบ้างแล้วจากสื่ออื่น

ส่วนเจตคติต่อผู้ดีดีเชื้อเอ็ดส์ของผู้คุ้นเคยเด็กที่เกิดจากการคาดคะเนว่าเด็กที่มีเชื้อเอ็ดส์จะเป็นคนร้าย คือ ข้อที่ 3 ท่านสามารถอุ้ม กอด สัมผัสเด็กที่เกิดจากการคาดคะเนว่าเด็กที่มีเชื้อเอ็ดส์จะเป็นคนร้ายได้ ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 1.23$) ส่วนคะแนนเจตคติต้านลบที่น้อยที่สุดคือ ข้อที่ 1 โรคเอ็ดส์ เป็นโรคที่น่ากลัวที่สุดในปัจจุบัน ($\bar{X} = 2.94$, $SD = 1.42$) หลังการ

อบรมคณะแคนเจตคิดต้านบวก ข้อที่คะแนนเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นสูงสุด คือข้อ 5 ท่านสามารถอยู่ร่วมบ้าน ร่วมกิจกรรม (รับประทาน อาหาร ซักผ้า เล่นเกม ใช้ห้องน้ำร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว ที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสารได้ ($\bar{X} = 4.68$, $SD = 0.58$) ส่วนคะแนนเขตคิดต้านลบ หลังการอบรม ข้อที่คะแนนเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นสูงสุด คือ ข้อที่ 4 ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสาร ทำให้ท่านและผู้ใกล้ชิด ได้รับความขับ祚ามาก ($\bar{X} = 3.92$, $SD = 1.30$) เปรียบเทียบเขตคิดโดยรวมทั้งด้านบวก และด้านลบ พบร่วมก่อนอบรมและหลังอบรมทันที พบร่วมแตกต่างกัน ($p - value < .000$) และเมื่อแยกเป็นเขตคิดต้านบวก พบร่วมมีความแตกต่างกัน ($p - value < .000$) ส่วนเขตคิดต้านลบก่อนและหลังการอบรมทันที พบร่วมแตกต่างกันที่ ($p - value = .027$)

คะแนนเขตคิดต่อผู้ติดเชื้อเอกสารภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการอบรมและหลังการอบรมทันทีแตกต่างกัน โดยทิศทางคะแนนสูงขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอาจเกิดจากการจัดอบรมครั้งนี้ได้เน้นการเสริมสร้างเขตคิดต้านบวกต่อผู้ติดเชื้อเอกสาร และคะแนนที่ได้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงคือ จากคะแนนเต็ม 70 คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม 57.27 ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม 62.26 เกี่ยวนี้องกับที่พบร่วมให้ผู้ติดเชื้อเอกสารเป็นบิดาและมารดา ร้อยละ 70.6 ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสารอยู่แล้ว ทำให้เขตคิดต่อผู้ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสารโดยรวมค่อนข้างดี

5.2 ข้อเสนอแนะของการวิจัย

จากการศึกษารั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้งานนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอกสารที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสาร ยังขาดความรู้เรื่องโรคเอกสาร และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสาร และมีเขตคิดต้านลบต่อผู้ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสาร มีคะแนนความรู้เรื่องโรคเอกสารและการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสารเพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน ส่วนคะแนนเขตคิดโดยรวมทั้งด้านบวกและด้านลบเพิ่มขึ้น มีผลให้ผู้ติดเชื้อเอกสารมีความรู้ที่ถูกต้อง และเขตคิดที่คิดต่อผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสาร และการศึกษารั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อเอกสารที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสหรือเป็นเอกสาร และครอบครัวที่อยู่ร่วมกันให้มีความเข้าใจในการดูแลทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ควรจัดการอบรมครอบครัวทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการอยู่ร่วมกัน สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข ควรจัดคลินิกให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอกสาร การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) ของผู้ติดเชื้อ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อมีวัตถุประสงค์ในการจัดระบบครอบครัวเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ และควรตระหนักในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการอบรมครอบครัวเป็นสำคัญ เพราะการเตรียมครอบครัวมีความสำคัญยิ่ง และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องควรได้รับการฝึกทักษะในการให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้

5.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคเออดส์ การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากการดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสเป็นเออดส์ และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเชื้อไวรัสเป็นเออดส์ ทั้งในระดับที่ยังไม่ทราบผลเดือดที่แน่นอน และระดับที่ทราบผลเดือดที่แน่นอนของเด็กที่เกิดจากการดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสเป็นเออดส์ รวมทั้งศึกษาสภาพครอบครัวของผู้ดูแล ควรมีการสัมภาษณ์ข้อมูลในเชิงลึกของผู้ดูแลและมีการศึกษาต่อเนื่องถึงพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากการดาที่ติดเชื้อเชื้อไวรัสเป็นเออดส์ เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางการให้คำปรึกษาระบบความรู้เรื่อง โรคเออดส์ การเลี้ยงดูเด็กเหล่านี้และการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเชื้อไวรัสเป็นเออดส์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลเด็กเหล่านี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กมครัตน์ หล้าสุวนย์. (2527). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

คณะกรรมการควบคุม ป้องกันแก้ไขปัญหาเอ็งพยาบาลสรรพลิทธิประสงค์. (2546).

โครงการเสริมสร้างพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ จังหวัดอุบราชธานี. (เอกสารอัดสำเนา)

จิตรา วสุวนิช. (2528). จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ุพากรณ์ สมรูป และรชนี อญุคติ. (2535). การศึกษาอัตโนมัติในบุคคลที่ได้รับเชื้อโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.

ชลธิชา เรืองยุทธการณ์. (2539). รายงานวิจัยความรู้เขตติดต่อและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชาชนเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชัยณ พันธ์เจริญ และคณะ. (2545). โรคเอดส์ในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงกมล เวชบรรยงรัตน์และคณะ (2545). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 15. คณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.

เนาวรัตน์ พลายน้อยและกนกอื่นๆ. (2537). การสอนองค์ความรู้และการแก้ปัญหาโรคเอดส์ของชุมชนที่มีความต้องการติดเชื้อเอดส์สูง. งานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากเงินอุดหนุน การวิจัยและพัฒนาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของทบทวนมหาวิทยาลัยสารารามสุข.

ประภาเพญ สุวรรณ และคณะ. (2538). รายงานการวิจัย การประเมินสถานการณ์ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์คณะสารารามสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข.

ประยุกต์ เสรีเสถียร. (ผู้เรียบเรียง). (2539). คู่มือการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องต่อการให้คำปรึกษา เล่มที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประเวช ตินติพิพัฒนกุล. (2542). “ทำไม่คนจึงผ่าตัวตาย”. บทความข่าวการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์. มกราคม 2542, หน้า 1

ปานพิพย์ พรมประสีทิช. (2536). รายงานการวิจัยความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในจังหวัดชลบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

พวงเพ็ญ ชุมพปราณ, สุริพร ชนศิลป์ และ สจชา ทาโต. (2539). รายงานการวิจัยศึกษาความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไฟศาล ห่วงพาณิช. (2541). การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
การดี นานาศิลป์ และพรวนวดี ตันติศิรินทร์. (2543). ความเครียดการเผชิญความเครียด และการดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์.
ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธนา วิริยสมบัติ. (2540). ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ pragmَا. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล : มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลสระบุรีประสงค์. (2546). สถิติผลงานประจำปี 2546. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลสระบุรีประสงค์.

วรรณทนา ศุภสีมานันท์. (2539). ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์. ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิพุช พูลเจริญ และคณะ. (บรรณาธิการ). (2539). สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่อง โรคเอดส์ ครั้งที่ 6 วันที่ 26-28 สิงหาคม ณ โรงแรมโซ菲เทลราชอาrud ขอนแก่น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร.

สุพจน์ อันทะดี. (2543). ปัญหาโรคเอดส์ในชุมชนคงเกลือ : กรณีศึกษาน้ำหนึ่งกลือ ตำบลลูกเมือง อำเภอเมืองสร้าง จังหวัดร้อยเอ็ด. พัฒนานิพนธ์ส่วนหนึ่งของวิชา Community Development Fieldwork. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สุภาณี คุ้มเพชร. (2544). ความไม่แน่นอนในการเขียนป้ายของบุตร และพฤติกรรม การดูแลบุตรที่เขียนป้ายแรกเกิดถึง 18 เดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลและครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัยขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุโภ เจริญสุข. (2520). สังเขปจิตวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.

โสภาคุณิกุลชัย. (2516). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สำนักงำนดูแลเด็กและเยาวชน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2545). แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ป่วย ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศาสนា.

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอในประเทศไทย. ณ วันที่ 31 มกราคม 2546. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา).

สมพร สันติประสิทธิคุล. (2541). การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของชายที่ติดเชื้อเอชไอวี. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ไข้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อนันต์ ศรีโสภา. (2525). การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

อรพิน เกตุแก้วภรณ์. (2541). การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมแพชญ์ความเครียด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bloom, Benjamin Samuel, (1971). Hand Book on Formative Evaluation of student Leaning. New York : Mc Graw- Hill Book company.

Broun, S.N.(1999). "Psychosocial Issues of Women with HIV/AIDS", AIDS PATIENT CARE and STDs, 13 (2), 199-126.

Durham, J.D. & Cohen, F.L. (1999). The Person With AIDS Nursing Perspectives. 2th ed. New York : Springer Publish Company.

Good Michele and Other (1973). Your Child and HIV. Sydney : Children's Hospital Sydney.

Good.V.C. (1973). Dictionary of education. New York . Mc Graw- Hill Book company.

Moneyham, L., Seals, B., Demi, A., Sowell, R., Cohen, L., & Gvillory, J. (1996).

Perceptions of Stigma in Women Infected with HIV. AIDS PATIENT Care and STD, '10(3), 162-167.

Pender. (1975). A Conceptual Model For Preventive Health Behavior. Nursing Outlook, 23, 385 – 390.

Shirley, S.L.W., Li-chan, L. & Benjamin, I.T.K. (1997). The Health Care Needs of Hospitalized Patients with AIDS in Taiwan. AIDS PATIENT CARE and STDs, 11(3), 179-188.

UNAIDS. (2004). AIDS Epidemic Update December 2004. Geneva Switzerland : UNAIDS.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หลักสูตรการอบรมเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคเอดส์ การถูกลแหนเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์และการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

หลักสูตรการอบรมเสริมสร้างความรู้เรื่องโภคภัณฑ์ การดูแลเด็กที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

วันเวลา	เนื้อหา/กิจกรรม	วัสดุประสงค์หลัก	กระบวนการ	บุคลากรมาเยี่ยมพำน	อุปกรณ์/สื่อ	ประเมินผล
10 น.ย. 48 08.00 – 9.00น.	1. ลงทะเบียน 2. ก่ออาชื่อนรับ 3. ห้องน้ำดูประสาท 4. แนะนำตัว 5. ประเมินความรู้เรื่องโภคภัณฑ์ เด็กที่ติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มาจากภารดา	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรม รู้จักกัน 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรม ร่วงรับประทานอาหาร การเข้าร่วมอบรม	1. ผู้จัดกิจกรรมกล่าว ต้อนรับ 2. ห้องน้ำดูประสาท กิจกรรม 3. ห้องน้ำดูประสาท กิจกรรม 3. เพื่อประเมินความรู้เรื่อง โภคภัณฑ์ การดูแลเด็กที่ ติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มาจาก ภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS แบบสอบถามโดยวิธี ตั้งคำถาม	1. ทราบวัสดุประสงค์การ ด้วยตนเอง 2. รู้จักห้องน้ำดูประสาท ผู้เข้าร่วมอบรม 3. เพื่อทราบความรู้เรื่อง โภคภัณฑ์ การดูแลเด็กที่ ติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มาจาก ภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS 4. สามารถประเมินความต้องการ ของเด็กที่ติดเชื้อ HIV/AIDS ในการดูแลเด็กที่ติด เชื้อ HIV/AIDS ที่มาจาก ภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS แบบสอบถามโดยวิธี ตั้งคำถาม	1. แบบสอบถามประเมิน ความรู้เรื่อง โภคภัณฑ์ และการดูแลเด็กที่ติด เชื้อ HIV/AIDS ที่มาจาก ภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS 2. รู้จักห้องน้ำดูประสาท ผู้เข้าร่วมอบรม 3. เพื่อทราบความรู้เรื่อง โภคภัณฑ์ การดูแลเด็กที่ ติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มาจาก ภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS 4. ประเมินความต้องการ ของเด็กที่ติดเชื้อ HIV/AIDS ในการดูแลเด็กที่ติด เชื้อ HIV/AIDS ที่มาจาก ภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS แบบสอบถามโดยวิธี ตั้งคำถาม	1.แบบประเมิน ความต้องการ ของเด็กที่ติด เชื้อ HIV/AIDS ที่มาจาก ภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS 2. รู้จักห้องน้ำดูประสาท ผู้เข้าร่วมอบรม 3. เพื่อทราบความต้องการ ของเด็กที่ติดเชื้อ HIV/AIDS ในการดูแลเด็กที่ติด เชื้อ HIV/AIDS ที่มาจาก ภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS 4. ประเมินความต้องการ ของเด็กที่ติดเชื้อ HIV/AIDS ในการดูแลเด็กที่ติด เชื้อ HIV/AIDS ที่มาจาก ภารดาที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS แบบสอบถามโดยวิธี ตั้งคำถาม

หลักสูตรการอบรมสร้างความรู้เรื่องโภชนาด์ การดูแลเด็กที่ติดยาเสพติดหรือเป็นเด็กติดยาเสพติดที่ต้องห้ามอย่างเด็ดขาด

หน่วยที่ 4 โภชนาด์ (ต่อ)

วันเวลา	เนื้อหา/กิจกรรม	วัสดุประสงค์หลัก	กระบวนการ	บุคลากรชายหาด	อุปกรณ์/สื่อ	ประเมินผล
9.00-10.00 น.	6.ความรู้เรื่องโภชนาด์ และสถานการณ์ของโภชนาด์ในปัจจุบัน	เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ เรื่อง โภชนาด์และ สถานการณ์ของโภชนาด์ ในปัจจุบันด้านการรับรู้คำ อธิบายความ กล้าท่องเที่ยว ในการ เดินทาง และการเดินทาง ของโภชนาด์ ให้กับผู้เข้าอบรม ทราบ Power point ประกอบคำบรรยาย	(บุญดอน วิเศษ)	เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ เรื่อง โภชนาด์และ สถานการณ์ของโภชนาด์ ในปัจจุบันเพิ่มขึ้นและ สามารถนำไปใช้ในการ ดำเนินโภชนาด์ ได้โดยทันที	Power point	จากการซึ่งกิจกรรมและ ตอบคำถาม และการ แลกเปลี่ยนความรู้ เรื่อง โภชนาด์ที่ ทันสมัยระหว่าง ผู้สอนกับวิทยากร

หลักสูตรการอบรมร่วมความรู้เรื่องโภคภัณฑ์ การดูแลเด็กที่เกิดจากภารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้บริการเป็นครั้งแรกที่ต้องผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ห้องปะหนอด๙ (๑๙)

วันเวลา	เนื้อหา กิจกรรม	วัสดุประสงค์หลัก	กระบวนการ (บันทึก วิธีการ)	อุดมสุขนิยมเฉพาะ	อุปกรณ์/สื่อ	ประเมินผล
พักรับประทานอาหารร่วง						
10.00 -10.20 น.						
10.30 -11.45 น.	7.ประทานอาหารคุ้กกี้และ ผู้ป่วยเด็กซึ่งอยู่ในวาระ ปีนエンด๗	เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่ง อยู่ในวาระปีนエンด๗ให้บริโภค [*] การรับรู้การติดต่อของ โรค การป้องกัน การดูแลรักษา [*] โรค แหล่งเชื้อโรค การดูแลเด็ก ผู้ป่วยเด็กซึ่งอยู่ในวาระ ปีนエンด๗	1.วิทยาการแนะนำตัว 2.วิทยาการบรรยายเรื่อง ผู้ป่วยเด็กซึ่งอยู่ในวาระ ปีนエンด๗พร้อมถ่ายทอด โรค การป้องกัน การดูแลรักษา [*] โรค แหล่งเชื้อโรค การดูแลเด็ก ผู้ป่วยเด็กซึ่งอยู่ในวาระ ปีนエンด๗	เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่ง อยู่ในวาระปีนエンด๗ให้บริโภค [*] การรับรู้การติดต่อของ โรค การป้องกัน การดูแลรักษา [*] โรค แหล่งเชื้อโรค การดูแลเด็ก ผู้ป่วยเด็กซึ่งอยู่ในวาระ ปีนエンด๗	Power point Power point Power point ประกอบคำ สอนภาษาไทย Power point ประกอบคำ สอนภาษาไทย Power point ประกอบคำ สอนภาษาไทย	จากการซึ่งกิจกรรมและ ตอบคำถาม และการ แลกเปลี่ยนความรู้ ระหว่างผู้ดูแลกับ วิทยากร
พักรับประทานอาหารกลางวัน						
11.45 -13.00น.	8.ความรู้การดูแลเด็กที่ติด ภารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี วาระปีนエンด๗	เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ใน เรื่องการดูแลเด็กที่ติดภารดา [*] การดูแลเด็กซึ่งอยู่ในวาระ ปีนエンด๗สำ้านการศึกษา [*] การดูแล	1.วิทยาการแนะนำตัว 2.วิทยาการบรรยายเรื่องการ ดูแลเด็กที่ติดภารดา [*] เสียงดนตรีที่พัฒนาการทาง ด้านร่างกาย เช่น “วิธีขอเป็น [*] การแสดงน้ำเสียง	เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ใน เรื่องการดูแลเด็กที่ติดภารดา [*] การดูแลเด็กซึ่งอยู่ในวาระ ปีนエンด๗สำ้านการศึกษา [*] การแสดงน้ำเสียง	1.Power point 2. บทต้น ไวรัส 3. ഗัดดูดยา 4. ใจอหัวใจ	จากการซึ่งกิจกรรมและ ตอบคำถาม และการ แลกเปลี่ยนความรู้ ระหว่างผู้ดูแลกับ วิทยากร

หลักสูตรการอบรมเสริมสร้างความรู้เรื่องโภคภัณฑ์ การดูแลเด็กที่เกิดจากภาระที่ติดเชื้อปั้นแม่และภาระเสริมสร้างเจตนาดีที่ดีต่อผู้ติดเชื้อของแม่

ห้องปั้นแม่ดี (๑๙)

วันเวลา	เนื้อหา/กิจกรรม	วัสดุประสงค์หลัก	กระบวนการ (ขั้นตอน วิธีการ)	จุดมุ่งหมายเฉพาะ	อุปกรณ์/สื่อ	ประเมินผล
		mgrada ให้น้ำผึ้งสมอช่าง บุญวิช ภารไร้ห้ามสารรืน ตามวัย การรับวัสดุพื้นฐาน ภัย อาการผิดปกติที่ควรมา พบแพทย์ และด้านการอยู่ ร่วมกับนักเรียนระดับ อาชาร การทำความ สะอาดคร่องถายเสื้อผ้า ของใช้ การพักผ่อน) การ ให้ความรัก ความอบอุ่น การส่งเสริมให้อยู่ใน ดีงาม	Power point ประยุกต์มา บรรยาย 3. วิทยากรบรรยาย ความรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก ตามวัย ด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ ลักษณะ 4. ผู้เข้าอบรมซึ่งกัน วิทยากร ในการร่วมพัฒนา เพิ่มเติม	และสามารถนำไปใช้ใน การดูแลเด็กที่ติดเชื้อ มาตรฐานเดียวกัน มาตรฐานเดียวกัน หรือเป็นมาตรฐานเดียวกัน ที่ดีอย่างนี้	5. รูปภาพ อาหารหลัก 5 เมนู 6. รูปภาพ สุขอนามัย 101 รายการ	5.รูปภาพ อาหารหลัก 5 เมนู 6. รูปภาพ สุขอนามัย 101 รายการ
14.00 -14.20 น.				พักรับประทานอาหารว่าง		
14.20-15.30น.	9.การเสริมสร้างเจตนาดี ต่อผู้ติดเชื้อเด็กเรืองแสงให้ไว หรือปั้นแม่ดี	1.เพ้อใจสู่ดูแลเด็กที่ติด เชื้อ จัดการความรู้เด็กที่ติด เชื้อ 4 กลุ่ม 2.แบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม เพื่อกำจัดรวมกัน Self help group	1.วิทยากรแนะนำตัว 2.แบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม เพื่อกำจัดรวมกัน Self help group	เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อ มาตรฐานเดียวกัน มาตรฐานเดียวกัน "ไว้วางใจเป็นใจเดียวกัน"	1.Power point 2. ป้ายคำนวน 3. กระดาษ ปากกา	จัดการซึ่งกันและ กัน ความคิดเห็นและการ แสดงความรู้สึก

หลักสูตรการอบรมสร้างความรู้เรื่องโภคภัณฑ์ การดูแลศรีษะผู้สูงอายุและการเตรียมสร้างงานศพสำหรับผู้สูงอายุ ให้ไว้เรียบร้อยเป็นอย่างดีและ การเตรียมจัดการศพให้ดีที่สุด สำหรับผู้สูงอายุ

หัวข้อปีหนอดส์ (๗๙)

วันเวลา	เนื้อหา/กิจกรรม	วัสดุประสงค์หลัก	กระบวนการ (ชุดสอน วิธีการ)	จุดเด่นหมายเหตุ	อุปกรณ์/สื่อ	ประเมินผล
		เจตคติที่ต้องรู้คิดของ "ไว้ หรือเป็นหนอดส์"	3. เมื่อจะถึงเวลาเดือนเมษายน ประสนากาญจน์และการดูแล เด็กที่ไม่ดีดีหรือของ "ไว้ หรือเป็นหนอดส์" และ [*] ประสนากาญจน์และการดูแล เด็กที่ดีดีหรือของ "ไว้หรือ [*] เป็นหนอดส์"	ที่คลังผู้ดูแลเด็กของ "ไว้ หรือเป็นหนอดส์" และสามารถ ดำเนินงานและดำเนินงาน ต่อผู้ดูแลเด็กของ "ไว้ หรือเป็นหนอดส์" ระหว่างในฤดู	4. บอร์ด 4 อัน	ดำเนินงานและดำเนินงาน ต่อผู้ดูแลเด็กของ "ไว้ หรือเป็นหนอดส์" ระหว่างในฤดู

**หลักสูตรการอบรมสร้างความรู้เรื่องโรคออดส์ การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีร่องบ้านเด็กต่อผู้ดูแลรับรองให้ไว
ห้องปีโนดส์ (๑๐)**

วันเวลา	เนื้อหาที่ออกอบรม	วัสดุประสงค์สำคัญ	กระบวนการ (บุคลอน วิธีการ)	จุดประสงค์หมายเฉพาะ	อุปกรณ์/สื่อ	ประเมินผล
15.00-16.30 น.	10. สรุปการพั่นร่วม อนรม 11. ประเมินความเข้าใจร่วม ร่วมการอบรมเรื่องโรคออดส์ โดยคัด การเลี่ยงดูเลิกที่เกิด จากงานครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือปีโนเด็กส์ โดยใช้ แบบสอบถาม โดยวิธี สัมภาษณ์ 12. นัดหมายในการ สัมภาษณ์ ในครั้งต่อไป หลังจากอบรมครั้ง ประมวล 2-4 สัปดาห์ เดย อาสาสมัครดูแลเพื่อน วันนี้ทาง	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมร่วม นักถึงสิ่งที่ได้รับจาก การอบรมและแสดงความ รู้สึกต่อการอบรม 3. เพื่อยก拔ความรู้เรื่อง การทำงานครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือปีโนเด็กส์ โดยใช้ แบบสอบถาม โดยวิธี สัมภาษณ์ 4. เพื่อทราบความรู้เรื่อง โรคออดส์ การเลี่ยงดูเลิกที่เกิด จากงานครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือปีโนเด็กส์ โดยใช้ แบบสอบถาม โดยวิธี สัมภาษณ์	1. ให้ความแทนผู้ดูแลออกนา นักถึงความรู้และสิ่งที่ได้รับ ร่วมจากการอบรม 2. ให้ความแทนผู้ดูแลออกนา นักถึงความรู้สึกที่มีต่อ การพั่นร่วมอบรม 3. วิทยาการสรุปเนื้อหาใน การพั่นร่วมอบรม 4. กล่าววิทยาการและ อาสาสมัครกุญแจห้องวัน อังการประเมินความรู้สั่ง ให้รับการอบรมเมื่อไร โอด เบตต์ เจตติ การเสียบจู เล็กที่เกิดจากมารยาทที่ติด เชื้อเอชไอวีหรือปีโนเด็กส์ โดยใช้แบบสอบถามโดย วิธีสัมภาษณ์	1. ผู้เข้าร่วมอบรมได้ ทบทวนสิ่งที่ได้รับ จากการอบรมครั้งนี้ 2. พั่นร่วมหน้างานของ จดหมายรับรอง	1.Power point	ผู้ดูแลออกนาของผู้ ควบคุมและสิ่งที่ได้รับ จากการอบรมครั้งนี้

ภาคผนวก ฯ

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ หลังจากที่ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ “ สวัสดีค่ะ คิณชื่อ นางเกียรติกุล เพียงจันทร์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กำลังทำวิจัย เรื่อง การประเมินผลสัมฤทธิ์การอบรมความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการเลี้ยงคุ้เด็กของผู้คุ้เด็กที่เกิดจากการติดเชื้ออาร์ไอวีหรือเป็นเอดส์ ซึ่งจะได้เป็นแนวทางให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการเลี้ยงคุ้เด็กที่เกิดจากการติดเชื้ออาร์ไอวีหรือเป็นเอดส์ และเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้ออาร์ไอวีหรือเป็นเอดส์ จึงโปรดขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ การตอบแบบสัมภาษณ์นี้จะไม่มีภัยหรือผิด และไม่มีผลใดๆต่อการรักษาของเด็กและครอบครัว ในระหว่างสัมภาษณ์หากคุณไม่พอใจหรือไม่ต้องการจะตอบแบบสัมภาษณ์ต่อไป งานครบ คุณสามารถขอยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา การตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1, 2 และ 3 ก่อนรับการอบรม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ส่วนหลังการอบรม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และหลังจากนั้น 2-4 สัปดาห์ จะมีกลุ่มอาสาสมัครการวิจัยครั้งนี้ (กลุ่มเพื่อนวันอังคาร) ที่ประจำอำเภอที่ท่านอยู่ตามไปสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที คำตอบของท่าน คิณถือว่า เป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น หากมีข้อสงสัยใดๆ คิณยินดีที่จะตอบข้อสงสัยของคุณตลอดเวลา ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ”

ภาคผนวก ค
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ฉบับที่.....

**แบบสอบถามเรื่องความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล
เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์**

**Questionnaire on Knowledge Attitude about AIDS for Care-givers
of Children of HIV infected mothers**

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์เท่านั้น เพื่อพัฒนาการเด็กให้ดีขึ้น จึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามดังนี้ตามความเป็นจริง คำตอบของท่านจะไม่มีผลใดๆต่อตัวท่านโดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยเป็นรายบุคคลจะเสนอผลการวิจัยในรูปของส่วนรวม
2. แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน คือ
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์
 - ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์
 - ตอนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์
3. การตอบแบบสอบถามนี้ จะใช้วิธีสัมภาษณ์ก่อนเข้ารับการอบรมและหลังการเข้ารับการอบรม ทันทีและอีกครั้งประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากการอบรมโดย ทีมอาสาสมัครกลุ่มเพื่อนวันอังคาร

ขอความกรุณาตอบให้ครบถูกชื่อ มิฉะนั้นจะทำให้การวิเคราะห์ผลไม่สมบูรณ์ และความคิดเห็นของท่านไม่จำเป็นต้องเหมือน หรือตรงกับบุคคลอื่นความสำเร็จของการวิจัยเรื่องนี้ขึ้นอยู่กับท่าน ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นางเกียรติกุล เพียงจันทร์
ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำจำกัดความ

1. เด็ก หมายถึง เด็กที่เกิดจากการคัดเลือกไว้หรือเป็น例外ส์
 2. ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากการคัดเลือกไว้หรือเป็น例外ส์อย่างใกล้ชิด

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเออดส์ และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเออดส์

ความรู้เรื่อง โรคเออดส์และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี หรือเป็นเออดส์	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคเออดส์ คือกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอช ไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง และมีผลทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย			
2. โรคเออดส์เป็นโรคซึ่งเกิดจาก กรรมพันธุ์			
3. ผู้ป่วยโรคเออดส์จะมีอาการต่างๆดังนี้ ไข้เรื้อรัง เปื่อยอาหาร น้ำหนักลด ห้องเดินเรื่องรัง แพลเรื้อรังรักษาไม่หาย ลิ้นเป็นฝ้าขาว ต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น			
4. ภายหลัง การได้รับเชื้อเอช ไอวี ประมาณ 3 – 12 สัปดาห์ จะตรวจพบ เชื้อเอช ไอวี ในเลือด			
5. โรคติดเชื้อจุลทรรศน์ที่พบได้บ่อย ในเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอวี ได้แก่ - โรคปอดอักเสบ - วัณโรค - โรคติดเชื้อในกระเพาะเดือด			
6. ปัจจุบันมีวัคซีนที่ใช้ป้องกันโรคเออดส์			
7. ปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเออดส์ให้หายขาดได้ ยาที่ใช้รักษาเพียงแค่ควบคุม อาการ เท่านั้น			
8. ผู้ติดยาเสพติดสามารถแพร่เชื้อเอช ไอวี ได้จากการใช้เข็มหรือระบบอุจฉิดยาร่วมกับผู้อื่น			
9. โรคเออดส์สามารถติดต่อได้จากการใช้ห้องน้ำ-ห้องส้วมหรือใช้สาระว่ายน้ำร่วมกัน			
10. โรคเออดส์สามารถติดต่อได้จากการรับประทานอาหารร่วมกันหรือใช้แก้วน้ำร่วมกัน กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เชื้อเอช ไอวีหรือเป็นเออดส์			
11. ผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อเอช ไอวี จะขอรับการตรวจเลือดได้ที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลทุกแห่ง			
12. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอวี ทุกราย ควรกินยาป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่บุตรตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด			
13. เด็กซึ่งเกิดมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี หรือเป็นเออดส์ ควรได้รับยาต้านไวรัสตั้งแต่แรกเกิด จนถึง 4-6 สัปดาห์			
14. การไอและการจามสามารถแพร่กระจายเชื้อเอช ไอวี ได้			

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่อง โรคเออดส์ และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี หรือเป็นเออดส์ (ต่อ)

ความรู้เรื่อง โรคเออดส์ และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี หรือเป็นเออดส์	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
15. เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี หรือเป็นเออดส์ทุกราย ต้องติดเชื้อเอช ไอวี จากการดูแลทุกราย			
16. ผู้เดี้ยงดูควรสังเกตอาการผิดปกติเหล่านี้ และถ้าเกิดขึ้น ควรรีบนำพบแพทย์ทันที <ul style="list-style-type: none"> ● มีไข้ ซึม ไม่คุยกัน อาเจียน ห้องอีด ชากรรค ● ถ่ายเหลววันละมากกว่า 3 ครั้ง หรือมีน้ำกัดปนครั้งเดียว ● ปากมีฝ้าขาว เมื่ออาหาร น้ำหนักลด ● ไอ หายใจหอบ มีเสมหะ มีน้ำมูก มีผื่น คัน ขึ้นตามตัว มีแพ้เรื้อรังรักษาไม่หาย			
17. เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี หรือเป็นเออดส์ ต้องคงนมมารดา และให้นมผสมแทน เนื่องจากเชื้อเอช ไอวี ติดต่อผ่านทางนมมารดาได้			
18. เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี หรือเป็นเออดส์ ควรได้รับอาหารเสริมตามวัย โดยเริ่มน้อยๆ 4 เดือน			
19. เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอวี หรือเป็นเออดส์ ควรให้ดื่มน้ำที่ดีๆ ดื่มน้ำที่มีคุณภาพ เช่น น้ำดื่ม น้ำผลไม้ น้ำผลไม้ปั่น น้ำผลไม้ต้ม น้ำผลไม้ต้มน้ำแข็ง น้ำผลไม้ต้มน้ำแข็ง			
20. ผู้เดี้ยงดูควรนำเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอช ไอวี หรือเป็นเออดส์ ไปรับวัคซีนตามวัย ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด			
21. ผู้เดี้ยงดูควรนำเด็กไปรับวัคซีนตามวัย ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด			
22. ผู้เดี้ยงดูไม่ควรร่วมรับประทานอาหารหรือใช้แก้วน้ำร่วมกับเด็ก เนื่องจากสามารถติดเชื้อเอช ไอวี ได้			
23. ผู้เดี้ยงดูไม่ควรซักเสื่อผ้าของตนเองร่วมกันกับเสื่อผ้าของเด็กได้ เนื่องจากสามารถติดเชื้อเอช ไอวี ได้			
24. ผู้เดี้ยงดูไม่สามารถแสดงความรักกับเด็กโดยการกอด สัมผัส หอม เนื่องจากสามารถติดเชื้อเอช ไอวี ได้			
25. ผู้เดี้ยงดูสามารถอาบน้ำ สาระน้ำ ดูแลความสะอาด ปัสสาวะ อุจจาระ เด็กได้ตามปกติ			

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
26. ผู้เลี้ยงดูควรระมัดระวังเกี่ยวกับการสัมผัสเลือด หนอง น้ำเหลืองจากเด็ก			
27. ของใช้ส่วนตัวของเด็กที่จำเป็นต้องแยกจากบุคคลอื่นคือ แปรงสีฟัน และกรรไกรตัดเล็บเนื่องจากอาจมีเลือดติดได้			
28. ผู้เลี้ยงดูเด็ก ควรระมัดระวังเรื่องความสะอาด หมั่นล้างมือของตนเอง และของเด็กบ่อยๆ เมื่อสัมผัสสิ่งสกปรก เพื่อป้องกันการติดเชื้อราบโดยโอกาสต่างๆ			
29. ไม่ควรนำเด็กไปในแหล่งชุมชนแออัด ที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวกเพื่อป้องกันการติดเชื้อราบโดยโอกาสต่างๆ			
30. ผู้เลี้ยงดูควรแลให้เด็ก นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 12 – 18 ชม. และไม่ควรให้เด็กนอนดึกเพื่อป้องกันการติดเชื้อราบโดยโอกาสต่างๆ			

ตอนที่ 3 เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

เจตคติต่อโรคเอดส์	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1. โรคเอดส์ เป็นโรคที่น่ากลัว ที่สุดในปัจจุบัน					
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็น เอดส์ น่าสงสารและน่าเห็นใจ					
3. ท่านจะเลิกพบหากันเพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิดท่านที่ติดเชื้อ เอชไอวีหรือ เป็นเอดส์					
4. ท่านสามารถทำงานร่วมกับผู้ติด เชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ได้					

ตอนที่ 3 เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ (ต่อ)

เจตคติต่อโรคเอดส์	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
5. การพูดคุยเรื่อง โรคเอดส์ กับ บุคคลในครอบครัวเป็นเรื่อง เสียหาย และน่าอับอาย					
6. ถ้าท่านติดเชื้อเอชไอวีหรือ เป็นเอดส์ทำให้ท่าน และ ผู้ใกล้ชิดได้รับความอับอายมาก					
7. ท่านสามารถถ่าย กอด สัมผัส เด็กที่เกิดจากการติดเชื้อ เอชไอวีหรือเป็นเอดส์ได้					
8. ถ้าท่านติดเชื้อเอชไอวีหรือ หรือ เป็นเอดส์ ท่านจะไม่ปรึกษา ใครเลย แม้แต่ผู้ใกล้ชิดที่สุด					
9. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็น เอดส์ควร ได้รับความเห็นใจ และ สัมพันธ์ภาพที่ดีจากสมาชิกใน ครอบครัว					
10. ถ้าท่านติดเชื้อเอชไอวีหรือ เป็นเอดส์ ท่านจะย้ายบ้านไปอยู่ที่ อื่น เพื่อเปลี่ยนชุมชนและสังคม					
11. ท่านสามารถ อญญ่าววนบ้าน ร่วมทำกิจกรรม (รับประทาน , อาหาร, ซักผ้า เล่นเกมส์ ใช้ห้องน้ำร่วมกัน) กับสมาชิกใน ครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือ เป็นเอดส์ได้					
12. เด็กที่เกิดจากการติดเชื้อ เอชไอวี สามารถ ได้เข้าโรงเรียน ร่วมกับเพื่อนๆ ได้ตามปกติ					

ตอนที่ 3 เจตคติต่อผู้ดีดเชื้อ เชื้อไอวีหรือเป็นเอดส์ (ต่อ)

เจตคติต่อโรคเอดส์	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
13. ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไอวีหรือเป็นเอดส์ ท่านคงทนอับอายไม่ได้ และคิดผ่าตัวตาย					
14. ถ้าท่านติดเชื้อเชื้อไอวีหรือโรคเอดส์ กิดว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ และดูแลสุขภาพให้ดีที่สุด					

ภาคผนวก ๔
สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ
(Reliability)

การหาค่าความเที่ยงโดยใช้ สถิติ KR 21 (Kuder-Richardson 21)
 และสัมประสิทธิ์ อัลฟ่า ของ cronbach (Cronbach's alpha Coefficient)

1. สถิติ KR 21 (Kuder-Richardson 21)

$$KR\ 21: r_{xx} = \frac{K [1 - \frac{\bar{X} (K - \bar{X})}{KS^2}]}{N [N] r_{xx}}$$

r_{xx} คือ สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง (บางที่แทนด้วย r_{tt})

K คือ จำนวนข้อสอบในแบบทดสอบ

X คือ มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนของผู้ถูกทดสอบทั้งหมด

$$S^2_x \text{ คือ ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ถูกทดสอบทั้งหมด } = \frac{\sum x^2 - [\sum x]^2}{N [N] r_{xx}}$$

2. สถิติสัมประสิทธิ์ อัลฟ่า ของ cronbach (Cronbach's alpha Coefficient)

$$r = \frac{k [1 - \sum s_i^2]}{k-1 [s_x^2]}$$

r = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยงของเครื่องมือ

k = จำนวนข้อสอบ

s_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

s_x^2 = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้รับการทดสอบทั้งหมด หรือกำลังสองของ SD ของ
 คะแนนของผู้รับการทดสอบทั้งหมด

ภาคผนวก จ
รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ

รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนิตย์ ธีระวัฒนสุข
รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. อาจารย์ ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภาน
อาจารย์ ระดับ 7 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3. นางรัตนาภรณ์ ตั้งยิ่งยง
พยาบาลผู้ช่วยหัวหน้างานหอผู้ป่วยหนักอุบลราชธานี
โรงพยาบาลสறสิทธิประสังค์ อุบลราชธานี
4. อาจารย์ดร. รุ่งรังษี วิญญาลัยชัย
อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชน วิทยาลัยบริหารราชชนนีสறสิทธิประสังค์อุบลราชธานี
5. นายแพทย์ ปราโมทย์ ศรีสำอางค์
หัวหน้ากลุ่มงานการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
โรงพยาบาลสறสิทธิประสังค์ อุบลราชธานี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ ประวัติการศึกษา	นาง เกียรติกุล เพียงจันทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุบลราชธานี, พ.ศ.2528-2532 อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติ ทางกรรекเกิด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2548
ประวัติการวิจัย	ผู้ร่วมวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมการดูแลของผู้คุ้มครองเด็กติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ที่บ้าน เขตจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2546 โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ กรมสนับสนุนระบบบริการ กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2532-ปัจจุบัน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	