

## บทที่ 2

### เอกสารและงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
  - 1.1 ประวัติความเป็นมาของการติดเชื้อเอชไอวี
  - 1.2 การแพร่ติดต่อของเชื้อไวรัสเอชไอวี
  - 1.3 อาการของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
  - 1.4 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
  - 1.5 การรักษาการติดเชื้อเอชไอวี
  - 1.6 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
  - 1.7 ความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย
2. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
  - 2.1 การดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยเกี่ยวกับเรื่องเพศ
    - 2.1.1 การวางตัวในกลุ่มเพื่อน
    - 2.1.2 การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมการติดเชื้อเอชไอวี
  - 2.2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติการพยาบาล
3. นักเรียนจำพยาบาลทหารเรือ
  - 3.1 ประวัติโรงเรียนพยาบาล
  - 3.2 ปรัชญาของหลักสูตร
  - 3.3 ระเบียบปฏิบัติประจำวัน
  - 3.4 การพัฒนานักเรียนจำพยาบาลทหารเรือกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
4. แนวคิดทฤษฎี และกระบวนการที่นำมาใช้ในการวิจัย
  - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับทักษะชีวิตศึกษา (Life Skills Education)
  - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสอนทักษะชีวิต
  - 4.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา
  - 4.4 ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะชีวิต

## 1. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

### 1.1. ประวัติความเป็นมาของการติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีถูกรายงานในวงการแพทย์เป็นครั้งแรกเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 โดย Dr. Gottlie และคณะเข้าสู่ศูนย์ควบคุมโรค (Centers for Disease Control หรือ CDC) ของสหรัฐอเมริกาว่ามีชายรักร่วมเพศ (homosexual หรือ gaymen) 5 คน จากนครลอสแอนเจลิส มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ซึ่งเดิมเป็นคนแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวหรือได้รับยาที่กดภูมิคุ้มกันใดๆ แต่ต่อมาป่วยด้วยโรคปอดบวมที่เกิดจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ซึ่งเป็นเชื้อโปรโตซัวที่ทำให้เกิดปอดบวมขึ้นเฉพาะในคนที่ภูมิคุ้มกันที่อาศัยเซลล์ (Cell mediated immunity) เหล่านี้เสียไป หลังจากเดือนมิถุนายน 2524 ก็มีรายงานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ว่า พบโรคที่คล้ายๆ กันนี้ในชายรักร่วมเพศจากเมืองอื่นๆ ในคนที่ติดยาเสพติดที่ฉีดยาเข้าเส้นในคนไข้ hemophilia ที่ได้รับ factor VIII โดยอาจเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) อื่นๆ หรือเป็น Kaposi' s sarcoma ซึ่งเป็นมะเร็งที่ปกติแล้ว จะเกิดกับคนสูงอายุที่ภูมิคุ้มกันเสื่อมแล้วเท่านั้น ในปี พ.ศ. 2525 CDC ของสหรัฐอเมริกาจึงตั้งชื่อโรคที่มีกลุ่มอาการ (Syndrome) ซึ่งเกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immune) เสื่อมไป (Deficiency) โดยมิได้เป็นแต่กำเนิด (Acquired) ว่าโรค Acquired Immune Deficiency Syndrome หรือ AIDS

เมื่อศึกษาย้อนหลังไปพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มปรากฏขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 แต่เพิ่งจะมารายงานในปีพ.ศ. 2524 และถ้าศึกษาซีรัมที่เก็บย้อนหลังไปนานๆ พบว่าในสหรัฐอเมริกา มีซีรัมที่มีแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ พ.ศ. 2519 ในประเทศแอฟริกาพบมีหลักฐานของการติดเชื้อเอชไอวีย้อนหลังไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 แสดงว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดขึ้นในโลกมนุษย์มาได้ยี่สิบปี แต่ก็ยังเป็นโรคใหม่สำหรับมนุษย์ โดยมีหลักฐานว่าโรคนี้เกิดขึ้นก่อนในทวีปแอฟริกาแล้วแพร่มาสู่สหรัฐอเมริกา ก่อนที่จะแพร่ไปสู่ประเทศในแถบยุโรปตะวันตก ออสเตรเลีย และเอเชียในที่สุด (ประพันธ์ ภาณุภาค 2537 : 327-328)

### 1.2 การแพร่ติดต่อของเชื้อไวรัสเอชไอวี

หลักฐานทางระบาดวิทยาบ่งชี้ว่า ไวรัสเอชไอวีสามารถติดต่อได้ 2 ทาง คือ ทางเพศกับทางเลือด เชื้อ HIV-1 พบมากในน้ำกามของผู้ชาย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเม็ดโลหิตขาวที่ปะปนอยู่ในน้ำกาม) และพบรองลงมาในน้ำเมือกที่ปากช่องคลอดของผู้หญิง ดังนั้นการร่วมเพศกับคนที่ มีเชื้อ HIV-1 จึงติดเชื้อเอชไอวีได้ และการได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีหรือการใช้เข็มและกระบอกฉีด ยาเสพติดร่วมกับคนที่ มีเชื้อเอชไอวีก็สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ นอกจากนี้การติดต่อจากแม่ไปสู่ลูกจัด

เป็นการติดต่อทางเลือดอย่างหนึ่งการรับประทานนมแม่ช่วงที่มี Viremia สูง (เช่นขณะเพิ่งติดเชื้อใหม่) สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้

HIV-1 ยังพบได้ในน้ำลาย น้ำมูก น้ำตา อุจจาระ และปัสสาวะของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี บางราย แต่พบได้ในปริมาณที่น้อยมาก ดังนั้นการติดต่อโดยทางปาก ทางผิวหนังหรือทางเดินหายใจจึงยังไม่พบว่าเกิดขึ้นเลยโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าฝ่ายผู้รับไม่มีบาดแผลที่จะทำให้เชื้อเข้าแต่อย่างใด (ประพันธ์ ภาณุภาค 2537 : 332) การแพร่ติดต่อของการติดเชื้อเอชไอวีโดยทั่วไป จะมีการแพร่ติดต่อใน 3 ทาง คือ

1.2.1 การแพร่ทางเพศสัมพันธ์ เป็นวิธีถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญที่สุดในประเทศไทย การติดเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิงและหญิงสู่ชาย โดยเฉพาะปัจจุบันการมีเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศเป็นปัจจัยสำคัญของการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข 2540) โอกาสที่ติดเชื้อขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่นการมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ และชนิดหรือวิธีของเพศสัมพันธ์

1.2.2 การแพร่ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด โอกาสติดเชื้อทางเลือดขึ้นกับปริมาณของไวรัสที่มีอยู่ในเลือด การแพร่โรคทางเลือดนี้เกิดขึ้นได้ใน 3 กรณี คือ การรับเลือดขณะทำการผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดร่วมกับผู้ติดเชื้อและการรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อหรือการผสมเทียมโดยรับอสุจิของผู้ติดเชื้อ

1.2.3. การแพร่ทางมารดาสู่ทารก โอกาสการติดเชื้อเอชไอวีของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย มีอัตราประมาณร้อยละ 21-42 (สมศักดิ์ โสฬสเสนา 2538 : 189 ; อุไรวรรณ ตระกูลทิพย์ 2537 : 157-161) ดังนั้นจำนวนผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในเด็กขึ้นอยู่กับจำนวนมารดาที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

### 1.3 อาการของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ระยะต่างๆ ของการดำเนินโรคแบ่งตามลักษณะทางคลินิก ตามที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา ประกาศใช้เมื่อ 1 มกราคม 2536 โดยใช้ลักษณะทางคลินิกแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเอ กลุ่มบี และกลุ่มซี (CDC, 1993 อ้างใน Black, 2001 : 2192) ดังนี้

กลุ่มเอ (Asymptomatic HIV) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้ 1) มีการติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่มีอาการ 2) มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว (Persistent Generalized Lymphadenopathy) 3) มีการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน (Acute Retroviral Syndrome) หรือ Acute Mononucleosis like Syndrome คือ มีอาการ ไข้ มีผื่นตามตัว ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อุจจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น ระยะนี้การตรวจนับเม็ดเลือด  $CD_4 > 500 \text{ cells/mm}^3$

**กลุ่มบี (Symptomatic HIV)** คือ กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะซึ่ง การตรวจนับเม็ดเลือด  $CD_4$  อยู่ ระหว่าง  $200-499 \text{ cells/mm}^3$  เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหรือโรคที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่ม ซีและมีภาวะโรคอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

- 1) อาการหรือโรคเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือมีเหตุจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- 2) ภาวะดังกล่าวมีการดำเนินโรค ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือต้องการการรักษาตัวอย่างของภาวะดังกล่าว ได้แก่

2.1) เนื้องอกที่ประกอบด้วยหลอดโลหิตหรือหลอดน้ำเหลืองมากมายตามร่างกาย (Bacillary Angiomatosis)

2.2) ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา

2.3) โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ หรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

2.4) มะเร็งปากมดลูกระยะ in situ หรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (Cervical Dysplasia)

2.5) ไข้สูงกว่า  $38.5$  องศาเซลเซียส หรืออุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน

2.6) ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy Leukoplakia)

2.7) งูสวัดที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 พื้นที่ของผิวหนัง

2.8) Idiopathic Thrombocytopenic Purpura

2.9) Listeriosis

2.10) อุ้งเชิงกรานอักเสบโดยเฉพาอย่างยิ่งมีภาวะแทรกซ้อน คือ ฝีที่ท่อนำไข่ หรือรังไข่

2.11) เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (Peripheral Neuropathy)

**หมายเหตุ** ถ้าลักษณะผู้ป่วยสามารถถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเอหรือกลุ่มบีก็ได้ ให้จัดอยู่ในกลุ่มบี

**กลุ่มซี (Full Blown)** ระยะนี้การตรวจนับเม็ดเลือด  $CD_4$  ต่ำกว่า  $200 \text{ cells/mm}^3$  เป็นระยะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคต่างๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นการติดเชื้อเอชไอวีเต็มขั้น ดังต่อไปนี้

1. โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่หลอดลม หรือเนื้องอกหรือที่หลอดอาหาร
2. โรคติดเชื้อรา Cryptococcus นอกปอด เช่น ที่ระบบสมองและไขสันหลังหรือแพร่กระจายทั่วตัว
3. โรคติดเชื้อรา Histoplasma นอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย
4. โรคติดเชื้อรา Coccidioidomycosis นอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย
5. Cryptosporidiosis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน

6. Isosporiasis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน
7. ปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystic carinii
8. โรคติดเชื้อโปรโตซัว Toxoplasmosis ของเนื้อสมอง
9. ความผิดปกติของสมองจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy)
10. กลุ่มอาการ Wasting จากเชื้อโรคเอชไอวี (HIV wasting syndrome)
11. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ที่เกิดที่อวัยวะต่างๆ เช่น ที่จอตาทำให้ตาบอด ยกเว้น การติดเชื้อที่ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง
12. โรคติดเชื้อ Herpes simplex ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรัง นานกว่า 1 เดือน หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ หรือหลอดอาหารอักเสบ
13. ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ
14. Septicemia จากเชื้อ Salmonella ที่กลับเป็นซ้ำ
15. Progressive multifocal leukoencephalopathy
16. วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด
17. โรคติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือ Mycobacterium Kansasii. ที่เกิด นอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย
18. มะเร็งหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi's sarcoma)
19. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ชนิด
  - 19.1 Burkitt's tumor
  - 19.2 Immunoblastic
  - 19.3 ปฐมภูมิที่สมอง
  - 19.4 มะเร็งปากมดลูกชนิด Invasive

**หมายเหตุ** ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มซี แล้วจะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไป

สำหรับในประเทศไทย กองระบาดวิทยา ร่วมกับกองโรคเอดส์เป็นแกนประสานความร่วมมือกับนักวิชาการจากสถาบันต่างๆ ได้แบ่งระยะการติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Weekly Epidemiological Surveillance Report Supplement, 1993 อ้างในสุรียพร ธนศิลป์, 2538)

1. **ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage)** ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระยะนี้จะไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีต่อไปได้ เป็นระยะที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในเลือด

2. *ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symtomatic HIV Infection) หรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีหรือ ARC (AIDS Related Complex) ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในเลือด ร่วมกันมีอาการของโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกัน ดังนี้*

- 2.1 ติดเชื้อราในปากหรือมีแฮร์ ลิวโคเพลเคีย
- 2.2 โรคงูสวัด บนผิวหนังที่กินบริเวณกว้างกว่า 1 เดอร์มาโตม (dermatome)
- 2.3 มีอาการผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ลับสน จิตเสื่อม ไม่รู้สึกตัว
- 2.4 อูจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
- 2.5 ไข้ เป็นประจำ หรือเป็นๆ หายๆ นานกว่า 1 เดือน
- 2.6 น้ำหนักตัวลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม
- 2.7 อ่อนเพลีย หดแรงแมนานกว่า 1 เดือน
- 2.8 ผื่นที่ผิวหนังเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
- 2.9 ซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ และเกล็ดเลือดต่ำ
- 2.10 ไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า 2 เดือน
- 2.11 ต่อมมน้ำเหลืองนอกบริเวณขาหนีบโตนานกว่า 1 เดือนอย่างน้อย 2 แห่ง

3. *ระยะติดเชื้อเอชไอวีเต็มขั้น ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่ไม่เป็นอันตรายต่อคนปกติ ที่เรียกว่า "โรคติดเชื้อฉวยโอกาส"*

3.1 *ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึ่งบ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมเป็นผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคซึ่งบ่งว่ามีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมอย่างน้อยโรคใดโรคหนึ่งใน 25 โรค ดังต่อไปนี้*

- 3.1.1 ติดเชื้อแคนดิดาของหลอดอาหาร หลอดลมหรือปอด
- 3.1.2 มะเร็งบริเวณคอชนิดแพร่กระจาย
- 3.1.3 Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือที่ขั้วปอด
- 3.1.4 Cryptococcosis
- 3.1.5 Cryptococcosis และมีอุจจาระร่วง นานมากกว่า 1 เดือน
- 3.1.6 โรคติดเชื้อซัยโตเมกาโลไวรัสของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับม้ามและต่อมน้ำเหลือง ในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 1 เดือน
- 3.1.7 โรคติดเชื้อซัยโตเมกาโลไวรัส ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งนอกเหนือจากตับม้ามและต่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วยอายุมากกว่า 1 เดือน

3.1.8 มีอาการทางระบบประสาทจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy) เรียกว่า เอชไอวีตีเม็นเซีย (HIV dementia) , เอดส์ตีเม็นเซีย (AIDS dementia) หรือ subacute encephalitis จากเชื้อเอชไอวี

3.1.9 ติดเชื้อเริม ชนิดแผลเรื้อรังหรือเยื่อๆ นานมากกว่า 1 เดือนหรือชนิดแพร่กระจายของผิวหนังบริเวณอวัยวะภายในหรือทั้งตัวในผู้ป่วยอายุเกิน 1 เดือน

3.1.10 Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆ

3.1.11 Isosporiasis และมีอาการอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน

3.1.12 มะเร็งแคปซิลี ซาร์โคมา ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ

3.1.13 ลิมโฟมา ชนิดเบอร์คิท

3.1.14 ลิมโฟมา ชนิดอิมมูโนบลาสติค

3.1.15 ลิมโฟมาของเนื้อสมองในระยะแรก

3.1.16 ติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือโรคติดเชื้อมัคโคแบคทีเรีย แคนซาซิไอ ชนิดแพร่กระจายซึ่งลุกลามตามอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด ผิวหนังและต่อม น้ำเหลืองที่คอหรือขั้วปอด

3.1.17 ติดเชื้อมัคโคแบคทีเรีย สปีชีส์อื่น โดยเป็นชนิดแพร่กระจายนอกเหนือจากปอด

3.1.18 ติดเชื้อ Mycobacterium tuberculosis บริเวณปอดหรือนอกปอด

3.1.19 โรคปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรียเป็นซ้ำๆ โดยเป็นมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

3.1.20 โรคปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส คารินิไอ

3.1.21 โรคติดเชื้อเพนิซิลเลียม มาร์เนฟไฟไอ

3.1.22 เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวในสมองหลายตำแหน่งอย่างรุนแรง

3.1.23 ติดเชื้อแฮลิโมเน็ลลาในกระแสเลือดซ้ำๆ มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

3.1.24 ท็อกโซพลาสโมซิสในสมองในผู้ป่วยเด็ก อายุเกิน 1 เดือน

3.1.25 อาการผอมแห้ง โดยผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลด มากกว่าร้อยละ 10 ร่วมกับมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรังหรือมีไข้เรื้อรังอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 30 วัน ซึ่งไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น มะเร็ง วัณโรค ลำไส้อักเสบหรือคริปโตสปอริดิโอสิส

3.2 ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พบเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตร เป็นผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับตรวจพบ ซีดี 4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตร อย่างน้อย 2 ครั้งเพื่อเป็นการยืนยัน เนื่องจากการคลาดเคลื่อนของการตรวจได้ง่าย ในกรณีไม่ปรากฏโรค หรือกลุ่มอาการอื่นๆ หรือการวินิจฉัยโดยอาศัยโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ ยังไม่แน่นอน

อย่างไรก็ตามการที่แบ่งระยะการติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวนั้น ไม่ใช่หมายความว่า การติดเชื้อเอชไอวีจะเริ่มจากระยะติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการ แล้วกลายเป็นผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการ จากนั้นจึงกลายเป็นเอดส์ตามลำดับ ดังตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อโดยไม่มีอาการอยู่เป็นระยะเวลาหนึ่ง ต่อมาเกิดอาการปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติดิส คารินิไอ ถ้าพิจารณาตามการแบ่งระยะของศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา นั่นคือการก้าวหน้าของโรคจากระยะที่ 2 คือ ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการไปเป็นระยะที่ 4 กลุ่มย่อย C1 คือ ระยะติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มติดเชื้อฉวยโอกาสที่เฉพาะเจาะจง เป็นต้น

#### 1.4 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

ในการให้การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อเอชไอวีเพื่อที่จะให้มีความแม่นยำในการตรวจสูงโดยมีค่าใช้จ่ายต่ำ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำกลวิธีในการทดสอบไว้ 3 แนวทางด้วยกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการทดสอบและความชุกของภาวะติดเชื้อเอชไอวีในหมู่ประชากรนั้นๆ

##### กลวิธีที่ 1

ให้ตรวจทุกตัวอย่างตรวจ โดยวิธี ELISA หรือ วิธี Rapid/Simple assay หนึ่งการทดสอบ

- ซีรัมใดให้ผล reactive ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเอชไอวี ได้ผลบวก หรือหากให้ผล non- reactive ก็ให้ถือว่า แอนติบอดีต่อเอชไอวีได้ผลลบ

##### กลวิธีที่ 2

ให้ตรวจทุกตัวอย่างโดยวิธี ELISA หรือ วิธี Rapid/Simple assay

- ซีรัมใดที่ให้ผล reactive ในการตรวจรอบแรก ให้ตรวจซ้ำในรอบที่ 2 โดย ELISA หรือวิธี Rapid/Simple assay ที่ใช้แอนติเจนที่ไม่เหมือนเดิม หรือที่ใช้หลักการที่แตกต่างจากเดิม เช่น indirect vs competitive

- ซีรัมใดที่ให้ผล reactive ในการทดสอบทั้งสองรอบ ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเอชไอวี ได้ผลบวก

- ซีรัมใดที่ให้ผล non- reactive การทดสอบรอบแรกให้ถือว่าได้ผลลบ

- ซีรัมใดให้ผล reactive ในรอบแรกแต่ให้ผล non- reactive ในรอบที่ 2 ให้ถือว่าได้ผลลบ

##### กลวิธีที่ 3

ให้ดำเนินการตรวจตามกลวิธีที่ 2 ทุกประการ แต่ในกลวิธีที่ 3 ต้องการตรวจทดสอบรอบที่ 3 หากมีซีรัมที่ให้ผล reactive ในรอบที่สอง การตรวจทั้ง 3 รอบนี้ ให้ใช้วิธีการตรวจที่ใช้หลักการที่แตกต่างกัน

- ถ้าให้ผล reactive พ้องกันทั้ง 3 รอบ ให้ถือว่าได้ผลบวก



- ถ้าให้ผล non- reactive ในรอบแรก ก็ให้ถือว่าได้ผลลบ
- ถ้าซีรัมใดให้ผล reactive ในรอบแรกแต่ให้ผล non- reactive รอบที่สอง ก็ให้ถือว่าได้ผลลบ
- ถ้าซีรัมใดอ่านผล reactive ในสองรอบแรก และให้ผล non- reactive ในรอบที่สามให้ถือว่าผลกำกวม (Equivocal หรือ Borderlines)

### 1.5 การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้รักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายได้โดยตรง ดังนั้นการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีจึงรักษาตามอาการของโรคที่แสดงออกในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะแตกต่างกันไปแล้วแต่ว่าได้รับเชื้อโรคแทรกซ้อนชนิดใด ซึ่งกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2532 ก:13-14) ได้แบ่งแนวทางในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1.5.1 การรักษาโรคติดเชื้อ หรือโรคมะเร็งฉวยโอกาส แม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มีวิธีการหรือยารักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาดได้ก็ตาม แต่ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะเกิดอาการโรคติดเชื้อหรือมะเร็ง ซึ่งสามารถรักษาได้หากวินิจฉัยถูกต้อง เป็นการรักษาตามอาการของโรค

1.5.2. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวี ปัจจุบันได้มีการศึกษาอย่างต่อเนื่องว่าไวรัสเอชไอวีหลายชนิด แต่ชนิดที่เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวีและได้มีการใช้แล้ว ได้แก่ อะซิดอโรไมดีน (Azidothymidine : AZT) หรือมีชื่อทางการค้าว่า ไซโดวูดีน (Zidovudine : ZDV), ได-ดีออกซีอินโนซีน (di-deoxy Inosine : ddi), ได-ดีออกซีไซติดีน (di-deoxy Cytidine :ddC), ลามิวูดีน (Lamivnavir : 3TC), สตาเวอูดีน (Stavudine : d4T) และสาคีนาเวออร์ (Saqinavir : SQV) (กระทรวงสาธารณสุข 2539 : 109-118)

1.5.3. การสร้างเสริมภาวะภูมิคุ้มกันด้านทานของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าขณะนี้สามารถรักษาโรคติดเชื้อ หรือมะเร็งฉวยโอกาสได้ก็ตาม แต่จากการที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องอยู่ตลอดเวลา โอกาสที่จะเกิดโรคอื่นๆ หรือเกิดโรคซ้ำได้อีกจึงมีอยู่เสมอ ดังนั้นแพทย์จะทำการสร้างเสริมภาวะภูมิคุ้มกันให้ด้วย โดยใช้วิธีปลูกถ่ายไขกระดูก และถ่ายเม็ดเลือดขาว (bone marrow transplantation and lymphocyte transfusion) และการใช้สารทรานเฟอร์ แฟคเตอร์ (Transfer factor) ฉีดเข้าใต้ผิวหนังเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน แต่วิธีการต่างๆ ที่ใช้อยู่นี้ยังไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจนัก

1.5.4. การรักษาสุขภาพจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักประสบกับปัญหาด้านจิตใจเป็นอย่างมาก เพราะถูกรังเกียจและได้รับการกีดกันจากสังคม จึงต้องมีการรักษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโดยวิธีการต่างๆ คือ การให้คำแนะนำทางการแพทย์และสังคมแก่ผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การแพร่เชื้อ ตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม การสังคม

สงเคราะห์โดยให้อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและฝึกอาชีพที่จะช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม

## 1.6 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากปัจจุบันไม่มีวิธีการใดๆ ที่จะรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาดและจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นๆ ในสังคมก็มีจำนวนมาก อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกวัน หากไม่ได้รับการควบคุมดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นกลวิธีในการยับยั้งมิให้การติดเชื้อเอชไอวีแพร่กระจายต่อไปได้ คือหามาตรการป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับบุคคลทั่วไป มีหลักสำคัญ คือ 2 ประการ คือ การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการติดต่อทางเลือดและน้ำเหลือง

### 1.6.1 การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.6.1.1 หลีกเลี่ยงหรือลดจำนวนการมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จัก หญิงที่ขายบริการทางเพศหรือบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เกย์ ผู้ติดยาเสพติด

1.6.1.2 ถึงแม้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้แต่ก็ไม่สามารถป้องกันได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของถุงยาง การเลือกถุงยางอนามัย ควรเป็นถุงยางที่มีมาตรฐาน สิ่งสำคัญต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง

1.6.1.3 หลีกเลี่ยงการร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะผนังทวารหนักบางและอ่อนแอจึงขาดได้ง่ายโอกาสรับเชื้อมีมากถ้าเกิดการฉีกขาด

1.6.1.4 หลีกเลี่ยงการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ของคู่นอนเพราะเชื้ออาจผ่านจากน้ำอสุจิหรือน้ำในช่องคลอดเข้าสู่แผล หรือรอยถลอกหรือเยื่อเมือกในปากได้ และควรหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ร่วมเพศร่วมกัน

### 1.6.2 การป้องกันการติดต่อทางเลือดหรือน้ำเหลือง

1.6.2.1 หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดรอยเจาะผิวหนังร่วมกัน ถ้าสิ่งนั้นไม่ทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องเสียก่อน เช่น เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา เครื่องมือเจาะหู เครื่องใช้ในการเจาะ สักผิวหนังและเข็มที่ใช้ในการฝังเข็ม เป็นต้น

1.6.2.2 หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่น กรรไกร ตัดเล็บ มีดโกน แปรงสีฟัน หรือของมีคมอื่นๆ เป็นต้น

1.6.2.3 อย่าทดลองยาเสพติดถ้าติดยาเสพติดแล้วไม่ควรเปลี่ยนเป็นชนิดฉีด หากใช้ชนิดฉีดอยู่แล้วควรพยายามหรือเปลี่ยนการใช้อยาเสพติดจากชนิดฉีดเป็นชนิดอื่น

## 1.7 ความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย

## 1.7 ความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัย (condom) หมายถึง อุปกรณ์ที่ทำจากน้ำยาง (Latex) ธรรมชาติหรือน้ำยางสังเคราะห์ ใช้สวมอวัยวะเพศชายเพื่อการคุมกำเนิดหรือป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ปัทมา ภิรมย์รัตน์, ผู้แปล ม.ม.ป.)

ถุงยางอนามัยแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ตามวัสดุที่ใช้ คือ (สุพร เกิดสว่าง 252 :35)

1.7.1 *Skin condom* ทำจาก collagenous tissue ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากลำไส้ส่วน caecum ของแกะ skin condom เลื่อมความนิยมไป เมื่อมี rubber condom มาแทน ปัจจุบัน skin condom ยังคงมีอยู่และถือกันว่ามีข้อดีที่มีคุณสมบัติเป็นสื่อนำความร้อนได้ดีกว่ายาง

1.7.2 *Rubber condom* เนื่องจาก condom ส่วนใหญ่ทำด้วยยางในภาษาไทยจึงมักเรียกว่า ถุงยางคุมกำเนิด ยางที่ใช้ผลิตถุงยางคุมกำเนิดในระยะแรกเป็น vulcanized rubber แต่ปัจจุบันส่วนใหญ่ใช้ latex rubber ซึ่งมีคุณภาพดี คือทั้งยางและเหนียว

ได้มีการผลิตถุงยางอนามัยให้เลือกใช้ได้หลาย ๆ แบบ เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ใช้ให้สอดคล้องกับสรีรวิทยา และจิตวิทยา ดังต่อไปนี้ (เฉลิมศรี ธนันทเศรษฐ์และสุวชัย อินทรประเสริฐ 2535 : 220-221 ; ชวนชม สกนธวัฒน์ 2535 : 16)

- 1) แบบทึบหรือโปร่งใสมีตั้งแต่สีอ่อนไปจนถึงสีดำ สีที่นิยมคือ สีชมพูและสีเนื้อหรือสีเหลือง
- 2) แบบปลายเรียบมน (plain end)
- 3) แบบปลายเป็นกระเปาะ หรือเป็นดิ่งยื่นออกมา (pocket end or reservoir) เพื่อเก็บน้ำอสุจิ
- 4) แบบกระชับไปตามรูปลักษณะอวัยวะเพศ
- 5) แบบผิวสาก ๆ แบบแห้งโรยแป้ง
- 6) แบบขลิบด้วยสารหล่อลื่น (lubricated)
- 7) แบบที่เคลือบน้ำยามาตัวอสุจิ (condom with spermicides)
- 8) แบบมียาชาเฉพาะที่เคลือบด้านในเพื่อลดความไวของประสาทสัมผัส
- 9) แบบมีปุ่ม หรือหน่อโผล่จากพื้นผิวเรียบ

### ข้อดีของถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์ที่กำหนดมาตรฐานไว้ให้มีประสิทธิภาพสูง ถ้าปฏิบัติถูกวิธีจะได้ดีมาก และยังหาซื้อได้ง่าย ราคาถูก พกสะดวก น้ำหนักเบา ใช้เสร็จแล้วก็ทิ้งเลย ผู้ใช้สามารถใช้ได้เองทันที ไม่ต้องปรึกษาแพทย์ก่อนและหลังใช้ ปลอดภัย ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนต่อระบบ

อวัยวะต่างๆ ของผู้ใช้ นอกจากนี้ช่วยยืดระยะเวลาหลังน้ำอสุจิของฝ่ายชายออกไปได้จนพอดีกับความรู้สึกสุดยอดของเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการร่วมเพศก็จะช่วยลดการแพร่ การติดเชื้อเอชไอวีลงได้มาก (เฉลิมศรี ธานันตเศรษฐ และสุวัชัย อินทรประเสริฐ 2535 : 222; ขวนชม สกนธวัฒน์ 2535 : 184; สุพร เกิดสว่าง 2527 : 45; อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม และม.ร.ว.สุวรรณ วรรณ 2530: 156)

ขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องมีดังนี้ (เฉลิมศรี ธานันตเศรษฐ และสุวัชัย อินทรประเสริฐ 2535 : 221-222 ; ขวนชม สกนธวัฒน์ 2535 : 182-184 ; อุดมศิลป์ ศรีแสงนามและม.ร.ว.สุวรรณ วรรณ 2530 : 155)

- 1) เลือกใช้ถุงยางอนามัยที่ดี และมีคุณภาพ โดยดูวันผลิตที่ผลิตที่พิมพ์อยู่ข้างของว่ายังไม่หมดอายุใช้ (ไม่ควรเกิน 2 ปี) และไม่เลือกของที่ชำรุดหรือมีรอยฉีกขาด เพราะอาจจะสกปรกหรือมีรูรั่วได้
- 2) ฉีกมุมของดิ่งถุงยางออกอย่างระมัดระวัง เพราะถุงยางอาจขาดได้จากการฉีกของ หรือไปถูกลีบมือขณะฉีก
- 3) อย่าทดสอบถุงอนามัยด้วยการดึงให้ยืดหรือเป่า จับถุงยางอนามัยอย่างนุ่มนวล และระวังเล็บมือไม่ให้ฉีกถุงยางอนามัย
- 4) เก็บถุงยางอนามัยไว้ใกล้มือ สะดวกในการหยิบใช้ทุกครั้งที่ต้องการ และควรเก็บไว้ในที่แห้งและเย็น
- 5) ถ้าเป็นถุงยางอนามัยชนิดปลายเป็นมน (Plain end) เวลาสวมแล้วต้องเว้นส่วนปลายสุดไว้ อย่าสวมจนปลายอวัยวะเพศชิดกับก้นถุง เพราะเวลาหลังอสุจิ อาจไหลย้อนขึ้นมาถึงปากถุงได้
- 6) ถ้าเป็นถุงยางอนามัยชนิดปลายเป็นกระเปาะ (pocket end) ก่อนสวมควรบีบปลายถุงยางเพื่อไล่อากาศออกเสียก่อน เพราะหากมีอากาศหลงอยู่ที่ปลายกระเปาะจนโป่งมากๆ เวลาร่วมเพศอาจเกิดแรงดันแตกได้
- 7) ถ้าเป็นถุงยางอนามัยที่ไม่ได้หล่อลื่นด้วยสารหล่อลื่น (nonlubricated) ควรใส่สิ่งหล่อลื่นที่มีส่วนผสมเป็นน้ำ เช่น K-Y เข้าไปที่ส่วนปลายถุงยางอนามัยเล็กน้อยเพื่อทำให้มีความรู้สึกที่ดีขึ้นขณะใช้ โดยไม่ทำให้ถุงยางลื่นหลุดออกได้ง่ายขณะสวมถุงยางอนามัย แต่ต้องสำรวจดูว่าไม่มีสิ่งหล่อลื่นใดๆ เปื้อนติดอยู่ที่อวัยวะเพศ ซึ่งจะทำให้ถุงยางอนามัยหลุดออกขณะใช้
- 8) ในขณะที่สวมถุงยางอนามัยควรไล่ฟองอากาศที่อาจอยู่ด้านข้างของถุงยางอนามัยออกให้หมดด้วย

9) รูดม้วนขอบถุงยางอนามัยให้ขอบถุงยางสุดถึงโคนอวัยวะเพศ ขณะมีเพศสัมพันธ์ ถ้าไม่มีสิ่งหล่อลื่นเพียงพอหรือแห้งไป อาจทำให้ถุงยางอนามัยฉีกขาดได้ จึงควรใช้สิ่งหล่อลื่นทาที่บริเวณภายนอกของถุงยางให้เพียงพอ ควรใช้สิ่งหล่อลื่นที่มีส่วนผสมเป็นน้ำเช่นเดียวกัน ไม่ควรใช้สิ่งหล่อลื่นที่มีส่วนผสมเป็นน้ำมันหรือใช้น้ำลายแทน เพราะอาจทำให้ยางเสื่อมสภาพ ร้าวซึมได้

10) ภายหลังจากที่ล้างน้ำอสุจิแล้ว ให้รีบถอนอวัยวะเพศออกก่อนที่อวัยวะเพศจะอ่อนตัวลง และจับขอบถุงยางโดยให้กระชับอวัยวะเพศไว้ก่อน มิฉะนั้นอาจจะมีน้ำอสุจิไหลเข้าไปในช่องคลอดได้ เพราะถุงยางจะไม่กระชับดังเดิม เมื่ออวัยวะเพศเล็กลงแล้ว

11) ถอดถุงยางระวังไม่ให้มือสัมผัสกับส่วนที่สัมผัสกับช่องคลอดหลังจากนั้นก็ทำความสะอาดอวัยวะเพศให้เรียบร้อย จนไม่มีตัวอสุจิหลงเหลืออยู่

12) ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วให้ทิ้งลงในถังส้วมหรือเผา และควรใช้ครั้งเดียวไม่ควรนำกลับมาใช้ใหม่

## 2. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527)

พฤติกรรมดังกล่าวมีส่วนประกอบอยู่ 3 ส่วนด้วยกัน คือ

1. **พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain)** พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญานี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่างๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อยๆ

2 **พฤติกรรมด้านทัศนคติค่านิยมความรู้สึกความชอบ (Affective Domain)** พฤติกรรมด้านนี้หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคนนั้นยากต่อการที่จะวัดจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาจากภายนอก ได้แก่ การรับหรือการให้ความสนใจ การตอบสนอง และการให้ค่าหรือการเกิดค่านิยม

3. **พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)** พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือบุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่า

อาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ (ทางด้านพุทธิปัญญาและทัศนคติ) พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นปัญหาของการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เช่นทางด้านการศึกษา การสาธารณสุข เป็นต้น) และนักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัตินี้

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นเป็นผลมาจากภาวะการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งพัฒนาการทางเพศที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อเอชไอวี ประกอบกับพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการประพฤติปฏิบัติของวัยรุ่น ได้แก่ บิดามารดา ญาติพี่น้อง อาจารย์ ผู้บังคับบัญชา รุ่นพี่ เพื่อนและที่สำคัญ คืออิทธิพลของสื่อมวลชนที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันทำให้วัยรุ่นเกิดการลอกเลียนแบบพฤติกรรมทั้งที่ถูกต้องและผิดจากสื่อต่างๆ อีกทั้งนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย คือมีอายุระหว่าง 19-21 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ก้าวไปสู่วัยที่มีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์โดยทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงแสดงเพศอย่างชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดความเชื่อ และทัศนคติไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่

ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาคือ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) ซึ่งหมายถึง การแสดงออก การกระทำหรือความตั้งใจที่จะกระทำ เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือ แบ่งเป็นได้ 2 อย่าง คือ การดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยเกี่ยวกับเรื่องเพศและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติทางการพยาบาล

2.1 การดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยเกี่ยวกับเรื่องเพศ หมายถึง การกระทำหรือคาดว่าจะกระทำในเรื่องเพศที่ถูกต้องเหมาะสมกับขนบธรรมเนียมประเพณีเกี่ยวกับการมีนัดกับเพื่อนต่างเพศและการมีเพศสัมพันธ์หรือมีกิจกรรมทางเพศที่มีโอกาสเสี่ยงน้อยที่สุดต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการเบี่ยงเบนความสนใจและความต้องการทางเพศด้วยการทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ รวมถึงการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจพาตัวเข้าไปสู่อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจได้รับเชื้อเอชไอวี (สุปราณี แก้วกุดัน, 2543) พฤติกรรมดังกล่าวนี้ ประกอบด้วย

2.1.1 การวางตัวในกลุ่มเพื่อน (หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, ม.ป.ป. : 88-95)

พัฒนาการทางเพศเป็นสิ่งที่กำหนดขบวนการของการมีวุฒิภาวะ จึงพบว่าวัยรุ่นมีความสนใจเพื่อนเพศตรงข้ามหรือริเริ่มมีความรักแบบหนุ่มสาว มีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศแตกต่างจากวัยเด็ก มีการปรับตนเองให้เข้ากับสังคมรวมทั้งการคบเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศ

บทบาทและจริยธรรมในการคบเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศเนื่องจากศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ ดังนั้นบทบาทและจริยธรรมที่นำมาใช้ในการคบเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความเชื่อเพื่อเพื่อน การพูดจาอ่อนหวานไพเราะ ไม่หยาบคาย การวางตนให้เสมอตนเสมอปลาย การไม่ถือตัว ไม่แสดงอาการรังเกียจปฏิบัติต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี รู้จักตนเอง เนื่องจากเราไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ตามลำพังจึงต้องมีเพื่อนและเพื่อนเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นเพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการการยอมรับจากเพื่อน ดังนั้นเพื่อนสามารถชักจูงโน้มนำให้ดำเนินชีวิตไปในทางที่ผิดหรือถูกได้

สุชาติ โสภประยูรและวรรณิ โสภประยูร (2531:71-72) กล่าวว่า การวางตัวต่อเพศตรงข้ามในระหว่างที่มีการคบหาสมาคมกัน จึงเป็นเรื่องสำคัญที่เด็กวัยรุ่นไม่ว่าจะเป็นฝ่ายชายหรือฝ่ายหญิง ควรจะต้องรู้จักระวังระวังตัวให้ดีเป็นพิเศษ โดยจะต้องไม่ยอมให้ตกเป็นทาสของกามารมณ์หรือแรงผลักดันทางเพศเป็นอันขาด วิธีการอย่างหนึ่งที่พบว่าสามารถช่วยให้ชายหญิงควบคุมสัญชาตญาณทางเพศได้ดี คือ จะต้องพยายามเบี่ยงเบนความสัมพันธ์ระหว่างเพศซึ่งเป็นกิจกรรมทางใจให้ออกมาในรูปของกิจกรรมทางกายด้วยการเล่นกีฬา ทำงานอดิเรกหรือประกอบกิจกรรมสันตนาการต่างๆ ที่สังคมยอมรับและตรงกับขนบธรรมเนียมประเพณีหรือวัฒนธรรมอันดีงาม นอกจากนี้วัยรุ่นควรจะต้องรู้และเข้าใจไว้ว่าการอดกลั้นเพื่อไม่ให้ตกเป็นทาสของกามารมณ์หรือการไม่ประพฤติผิดทางเพศต่างๆ นั้น

การรับอิทธิพลจากเพื่อนในชีวิตวัยรุ่น เพื่อนฝูงและคนรู้จักมีอิทธิพลอย่างยิ่งเพราะในวัยนี้เป็นวัยที่มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะทำตัวให้เพื่อนฝูงยอมรับ เด็กเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีความเข้าใจดีว่าเพื่อนฝูงมีความรู้สึกต่อตนอย่างไร ถ้าเด็กวัยรุ่นยังได้รับความนิยมนอกจากเพื่อนฝูงมากเพียงไรย่อมทำให้เด็กเป็นคนที่มีลักษณะเป็นมิตร น่าคบ กล้าแสดงออก วางตัวในสังคมเป็น และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นเพียงนั้น และจากลักษณะต่างๆ ของบุคลิกภาพดังกล่าวนี้ย่อมจะช่วยให้เด็กเด่นในสังคมและได้รับการนิยมนอกยิ่งขึ้นจากกลุ่มเพื่อน แต่เด็กวัยรุ่นที่เข้าสังคมไม่ดีและไม่เป็นที่นิยมนอกของเพื่อนฝูง มักจะสร้างเจตคติต่อตนเองในแง่ไม่ดีขึ้นมา ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การรับอิทธิพลจากเพื่อน หมายความว่า ปริมาณของพฤติกรรมที่ได้มีการเลียนแบบพฤติกรรมจากเพื่อน การคล้อยตามการชักจูงของเพื่อน และการคล้อยตามการบีบบังคับของเพื่อน เป็นพฤติกรรมที่ร่วมกระทำกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อน ซึ่งทำให้ตนเองขาดความอิสระในการเป็นตัว

ของตัวเอง โดยมุ่งหวังที่จะได้รับการยอมรับนับถือและนิยมยกย่องจากเพื่อนฝูงภายในกลุ่มของตน (วรวรรณี วรรรณชาติ, 2540)

การคบเพื่อนสำหรับบุคคลในวัยรุ่นนั้นเพื่อนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระทำผิดของวัยรุ่นอย่างชัดเจน นักวิจัยมีแนวคิดที่ว่าความสอดคล้องระหว่างปริมาณการทำผิดของเพื่อนกับปริมาณการทำผิดของเยาวชนที่ถูกศึกษา อาจอธิบายได้ 2 แบบ คือ แบบแรกคือเยาวชนที่มีนิสัยทำผิดแบบใดมาก มักเลือกคบเพื่อนที่มีนิสัยคล้ายคลึงกับตน (Social Selection Model) เพื่อร่วมกิจกรรมกันเป็นกลุ่ม คำอธิบายนี้อาจตรวจสอบได้ ถ้าพบว่าวัยรุ่นที่ศึกษาทำผิดกรรมกรการทำผิดดังกล่าวมาก่อน แล้วในเวลาต่อมาจึงมีเพื่อนที่ทำผิดเช่นเดียวกันมากด้วย ส่วนคำอธิบายที่สองคือการที่บุคคลจะเลียนแบบ พฤติกรรมของเพื่อนและคล้ายตามการชักจูง และการบีบคั้นของกลุ่มเพื่อนให้ทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Social Learning Model) ในกรณีนี้ พฤติกรรมกรการทำผิดเหมือนเพื่อนควรจะเกิดหรือเพิ่มปริมาณมากขึ้นหลังการคบหากับเพื่อนที่มีพฤติกรรมดังกล่าวแล้ว อย่างไรก็ตามสาเหตุทั้งสองแบบอาจเกิดขึ้นได้พร้อมกันด้วย (ดวงเดือน พันธุมนาวิน งามนา วณิชานนท์ และคณะ, 2540:105-108)

ลักษณะเพื่อนที่คบแล้วปลอดภัย-ไม่ปลอดภัย นักศึกษาซึ่งอยู่ในวัยเยาวชนจะมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเพื่อนของนักศึกษานั้นมีลักษณะที่แตกต่างกันมีทั้งที่เป็นคนดีและไม่ดี ดังนั้นนักศึกษาจะต้องรู้จักเลือกคบหาสมาคมกับเพื่อน แต่โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจะรวมกลุ่มอยู่ด้วยกัน ดังนั้นนักศึกษาที่รวมกลุ่มกันในการทำกิจกรรมร่วมกันมักจะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า เยาวชนที่มีนิสัยทำผิดแบบใดมากมักเลือกคบเพื่อนที่มีนิสัยคล้ายคลึงกับตน (Social Selection Model) เพื่อร่วมกิจกรรมกันเป็นกลุ่ม มีวิจัยที่พยายามหาข้อมูลมาอธิบาย ความสอดคล้องระหว่างการทำผิดของวัยรุ่นกับการทำผิดของเพื่อนที่วัยรุ่นคนนั้น ที่พิสูจน์ได้ชัดเจนคือ การวิจัยที่ติดตามวัยรุ่นจำนวนหนึ่ง แบบช่วงยาว (Longitudinal Study) และมีการวัดตัวแปรเหล่านี้ซ้ำหลายหน ได้มีการวิจัยอย่างน้อยสองเรื่องที่ดำเนินการดังกล่าว โดยเรื่องแรกศึกษาเด็กเกรด 10 จำนวน 24 คนและติดตามไป 3 ปีๆ ละครั้ง จนถึงเกรด 12 (Burkett & Warren, 1987) ส่วนอีกเรื่องหนึ่งศึกษาติดตามเด็กชั้นเดียวกันนี้ 109 คนต่อเนื่องกัน 3 ปี (Burkett, 1993) การวิจัยทั้งสองเรื่องให้ผลสนับสนุนคำอธิบายรูปแบบการเลือกเพื่อนที่มีพฤติกรรมคล้ายคลึงกับตนเองของวัยรุ่น มากกว่าที่จะสนับสนุนรูปแบบการเรียนรู้พฤติกรรมไม่ดีของเพื่อน ผลการวิจัยทั้งสองเรื่องพบว่า (1) พฤติกรรมของวัยรุ่นสอดคล้องกับพฤติกรรมของเพื่อนในการวัดในช่วงเวลาเดียวกัน มากกว่าการวัดคนละช่วงเวลา (2) มักพบว่าปริมาณการทำผิดของเด็กวัยรุ่นที่วัดช่วงแรก จะสอดคล้องกับปริมาณการทำผิดของเพื่อน (ตามการรายงานของวัยรุ่นเอง) ในช่วงหลังจากนั้น 1 ปี ซึ่งผลข้อนี้ที่สนับสนุน ข้อทำนายจากรูปแบบการเลือกเพื่อนที่มีลักษณะคล้ายกับตน และ (3) จำนวนเพื่อนที่ทำผิดในช่วงปีก่อน ไม่สัมพันธ์กับปริมาณ



การทำผิดของวัยรุ่นที่วัดภายหลัง ไม่ว่าจะเป็นการวัดเพื่อนในปีแรก หรือจะใช้การวัดเพื่อนในปีที่สอง เพื่อหาความสอดคล้องกับพฤติกรรมของวัยรุ่นที่วัดในปีที่สามต่อมา ก็ไม่พบความสัมพันธ์ในปริมาณที่ยอมรับได้แต่อย่างใด รูปแบบการเรียนรู้จากเพื่อนจึงยังไม่ได้รับการสนับสนุนในการวิจัยทั้งสองเรื่องนี้ (อ่างโน ดวงเดือน พันธุนาวิน และคณะ, 2540:105-107) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่านักศึกษาซึ่งอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นจะมีรูปแบบการเลือกคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมคล้ายคลึงกับตนเอง

อย่างไรก็ตาม ดวงเดือน พันธุนาวินและคณะ (2540:156-157) ได้ให้นิยามของ พฤติกรรมการคบเพื่อนอย่างเหมาะสม หมายถึง การเลือกคบเพื่อนที่มีคุณสมบัติเหมาะสม เช่น มีความประพฤติดี เรียนดี และร่วมกิจกรรมกับเพื่อนเฉพาะที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นโทษ เช่น เล่นการพนัน เสพสิ่งเสพติด และหนีเรียน เป็นต้น ดังนั้นพฤติกรรมการคบเพื่อนไม่เหมาะสม จึงเป็นการเลือกคบเพื่อนที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสม เช่น มีความประพฤติไม่ดี ร่วมกิจกรรมที่ไม่มีประโยชน์กับเพื่อน ได้แก่ เล่นการพนัน เสพสิ่งเสพติด ดื่มสุรา เที่ยวเตร่ตามสถานเริงรมย์ บาร์ ไนท์คลับ มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ และหนีเรียน เป็นต้น ซึ่งถ้านักศึกษาคบหาสมาคมกับเพื่อนที่มีลักษณะดังกล่าวแล้วจะทำให้ถูกเพื่อนชักชวนให้ร่วมกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมตามเพื่อนที่นำไปสู่ความปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงคาดได้ว่านักศึกษาที่คบเพื่อนที่มีลักษณะไม่ปลอดภัยมากเท่าใด จะนำไปสู่การกระทำ พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นเท่านั้น

ลักษณะของเพื่อนที่ไม่ควรคบ ได้แก่ เพื่อนที่มีนิสัยดีแต่พูด ประจบสอพลอ หลอกหลวง ไม่จริงจังชักชวนไปในทางที่ผิด เพื่อนที่ชอบหนีเรียน ชอบดื่มสุรา ชอบเที่ยวเตร่ตามสถานเริงรมย์ บาร์ ไนท์คลับและสถานบริการทางเพศอื่นๆ และชอบประพฤติดนในทำนองชั่วสาว

ลักษณะเพื่อนที่ควรคบ ได้แก่ เพื่อนที่มีอุปการะ ร่วมทุกข์ร่วมสุข แนะนำประโยชน์ ดักเตือนไม่ให้ทำชั่ว สนใจต่อการเรียนไม่หนีเรียน ไม่ดื่มสุรา ไม่เที่ยวเตร่ตามสถานเริงรมย์ และไม่มีพฤติกรรมในทำนองชั่วสาว

การคบเพื่อนในขณะเรียนหนังสือจึงควรเป็นการร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียน เช่น การไปห้องสมุด การดูกีฬา และควรจะไปเป็นกลุ่ม ไม่ควรไปสองต่อสอง ไปในที่ลับตาคนหรือไปในบางสถานที่ เช่น โรงภาพยนตร์ ไนท์คลับ ดิสโก้เธค เพราะบรรยากาศเข้ายวนให้อารมณ์เคลิบเคลิ้มในทางกามารมณ์และเพื่อป้องกันข้อครหาฉันทา หากหญิงต้องไปกับเพื่อนชายควรมีบุคคลที่ไว้ใจได้หรือเพื่อนผู้หญิงที่ไว้ใจได้ร่วมเดินทางไปด้วยกัน การมีนัดกับเพื่อนต่างเพศในวัยรุ่นควรระวังตัวให้มาก แม้ว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่สนิทสนมไว้ใจได้ เพราะบางครั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น บรรยากาศ สถานที่ เครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ผสมอยู่ อาจทำให้ผู้ที่ไว้ใจได้เปลี่ยนแปลงเป็นผู้ที่น่าไว้ใจ การตัดสินใจมีนัดกับเพื่อนต่างเพศจึงควรให้ผู้ใหญ่หรือผู้ปกครองพิจารณาว่าสมควรไปหรือไม่ ซึ่งผู้ใหญ่มักจะพิจารณาตัวบุคคล จำนวนคน สถานที่เวลาและอื่นๆ การที่ผู้ใหญ่ให้การปรึกษา

ในการมีนัดกับเพื่อนต่างเพศในระยะเวลาที่เป็นวัยรุ่นจะทำให้พฤติกรรมกำนันนัดกับเพื่อนต่างเพศเป็นไปอย่างเหมาะสมและสามารถนำ คำแนะนำที่แจ่มแจ้งต่างๆ ที่ผู้ใหญ่ให้ไว้เป็นแนวทางไปปฏิบัติในอนาคตต่อไป

2.1.2 การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจพาตัวเข้าไปสู่อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจได้รับเชื้อเอชไอวี เช่นการดื่มสุรา การดูหนังสื่อหรือหนังโป๊ (ที่มีการร่วมเพศ) การอยู่ใกล้ชิดชิดคนรักในที่ลับตาคน การเที่ยวตามสถานเริงรมย์และสถานบริการต่างๆ การสะสมภาพเปลือย เป็นต้น ซึ่งนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือจัดเป็นบุคคลในวัยหนุ่มซึ่งเป็นวัยที่ต่อเนื่องมาจากวัยรุ่น (อายุ 12-18 ปี) และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เป็นผลจากการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ มีสัญชาตญาณความอยากรู้ อยากเห็น และเป็นวัยที่เริ่มมีความต้องการทางเพศ วัยรุ่นชายจะชอบเที่ยวกลางคืน และมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการโดยเพื่อนรุ่นพี่พาไป ชายไทยส่วนมากประมาณร้อยละ 47 เที่ยวผู้หญิงครั้งแรกอายุ 15-17 ปี และติดกามโรคเป็นครั้งแรกในวัยนี้ร้อยละ 40 เนื่องจากไม่ใช้ถุงยางอนามัย ประกอบกับปัจจุบันนี้สภาพสังคมเต็มไปด้วยสิ่งยั่วยวน มีสถานเริงรมย์ต่างๆ เช่น สถานี่ที่อาบอบนวด โรงน้ำชา ในที่คลับ คอฟฟี่ชอป โมเต็ล ซ่องโสเภณี สถานี่ที่เหล่านี้เป็นสิ่งล่อใจให้วัยรุ่นหลงผิดเพลิด และมักปรากฏว่าวัยรุ่นชอบไปมั่วสุมในแหล่งเริงรมย์นี้ (สุชา จันทรธอม, 2522, หน้า 16-24) ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า สถานี่ที่เหล่านี้จะเต็มไปด้วยชายและหญิงที่ขายบริการทางเพศ อันเป็นกลุ่มผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดมีพฤติกรรมทางเพศที่สำส่อน เป็นหนทางที่จะทำให้การติดเชื้อเอชไอวีมีการแพร่ระบาดได้ ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ งดการมีเพศสัมพันธ์ ไม่สำส่อนทางเพศ เช่น การเปลี่ยนคู่นอนคู่ขาเสมอๆ งดการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอาชีพขายบริการทางเพศ ถ้ามีความจำเป็นให้ใช้ถุงยางอนามัย แต่ถุงยางอนามัยก็ไม่สามารถป้องกันได้ร้อยละ ๒๐ จะต้องเลือกใช้ถุงยางที่มีคุณภาพดี โดยหลีกเลี่ยงการร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะผนังทวารหนักบางและอ่อนแอฉีกขาดง่าย โอกาสรับเชื้อมีมากถ้าเกิดการฉีกขาด หลีกเลี่ยงการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ของคู่นอน เพราะเชื้ออาจผ่านจากน้ำอสุจิหรือน้ำในช่องคลอดเข้าสู่แผลหรือรอยถลอกหรือเยื่อเมือกในปากได้

นอกจากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันบางอย่างอาจทำให้นักเรียนจำพยาบาลทหารเรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ เนื่องจากนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือต้องพักอาศัยร่วมกัน มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร การฝึกวิชาทหารและพยาบาล การพักอาศัยและนอนในบริเวณโรงนอนเดียวกัน ตลอดระยะเวลาที่เรียน 2 ปี ซึ่งจะได้รับการปล่อยกลับไปเยี่ยมบ้านในช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์เท่านั้น ในการดำเนินชีวิต

ประจำวันบางครั้งเป็นหนทางที่ทำให้มีการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ เช่น การใช้อุปกรณ์บางอย่างที่มีโอกาสสัมผัสเลือดและเจาะผิวหนัง คือ แปรงสีฟัน ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บร่วมกัน

**2.2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติการพยาบาล** หมายถึง การกระทำหรือคาดว่าจะกระทำการพยาบาลของนักเรียนพยาบาลทหารเรือที่คำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักการของ Universal Precaution เพื่อที่จะได้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

### หลักการของ Universal Precautions

สถาพร มานัสสถิตย์ (2540) กล่าวว่า หลักการของ Universal Precaution คือ ระมัดระวังป้องกันตนเองตลอดเวลากับคนไข้ทุกคน (โดยไม่ต้องมีการตรวจเลือดผู้ป่วยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่) เพื่อที่ว่าจะได้ปลอดภัยจากการติดเชื้อจากผู้ที่เราไม่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะไม่ได้เจาะเลือดมาก่อนหรือมาทราบผลภายหลัง ทั้งนี้เนื่องมาจากอาจจะมีผู้ป่วยที่มารับการรักษาซึ่งพยายามปกปิดหรือไม่ให้ประวัติที่ตรงไปตรงมาหรืออาจจะไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วจากทางใดทางหนึ่ง แพทย์พยาบาลที่ดูแลรักษาคนไข้ทั่วไปจึงควรระมัดระวังตนเองตลอดเวลาด้วยการปฏิบัติตามข้อแนะนำดังกล่าวโดยเคร่งครัด โดยควรจะต้องฝึกฝนปฏิบัติจนเกิดเป็นนิสัยเคยชินประจำตัว และสามารถนำไปปฏิบัติกับ คนทุกคนทุกสถานที่ และทุกเวลา ทั้งนี้เพื่อให้สามารถป้องกันการติดเชื้อทั้งจากผู้ป่วยมาสู่ตัวเราและจากตัวเราไปสู่ผู้ป่วยได้ด้วย

### ทำไมจึงต้องใช้ Universal Precautions

มีเหตุผลหลายประการที่จำเป็นต้องใช้หลักของ Universal Precautions มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เกิดความปลอดภัยในชีวิตประจำวันของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางแพทย์เพราะ

1) คนไข้บางคนที่อาจรู้ผลเลือดตนเองแล้วว่ามีผลบวกต่อเชื้อเอชไอวี แต่เมื่อมาขอรับบริการจากแพทย์และพยาบาลอาจไม่ยอมบอกเหตุผลให้แพทย์ทราบ เพราะกลัวจะถูกรังเกียจหรือถูกปฏิเสธการรักษาจึงอาจจะพยายามปิดบังผลเลือดของตนเองได้

2) คนไข้ที่ทราบผลการตรวจเลือดแล้วก็ยังไม่อาจแน่ใจได้ 100% เพราะยังไม่มี การทดสอบทาง serological test ใดๆ ที่จะมีความแม่นยำถูกต้องหรือมีความไว ถึง 100% ดังนั้นคนที่ได้รับการตรวจแล้วว่ามีผลเลือดเป็นลบก็ยังไม่อาจแน่ใจได้ 100% ว่าผลการตรวจนี้จะถูกต้องจริง อาจเป็น falsengative ได้ ทำให้เกิดเป็น false sense of security ทำให้ไม่ระมัดระวังเท่าที่ควร

3) อาจเป็นการตรวจในระยะ window period ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายยังไม่ให้ผลบวกกับการตรวจหา antibody ด้วยวิธีใดๆ แต่เป็นระยะที่ร่างกายมี viremia ซึ่งพร้อมที่จะติดต่อหรือแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ช่วงนี้อาจจะนานประมาณ 4-12 อาทิตย์ ซึ่งร่างกายจะยังไม่มีการสร้าง antibody ใดๆ ให้ตรวจพบได้

4) ในการทำงานของมนุษย์ประจำวันอาจเกิดความผิดพลาดได้ เช่น เขียนชื่อคนไข้ผิดคน ส่งเลือดผิดขวดไปตรวจ หรือแม้แต่ส่งคนไข้ไปผิดคนก็ได้

5) การตรวจเลือดหา HIV อย่างเดียว มิได้หมายความว่าคนไข้จะปลอดภัยจากโรคอื่นๆ ที่อาจติดต่อได้ทางเลือดและน้ำเหลือง (Blood-borne disease) โรคอื่นๆ เหล่านั้นต่างก็มีอันตรายต่อ ผู้ปฏิบัติงานได้ไม่แพ้กับเชื้อ HIV เช่น Hepatitis B, Non-A non hepatitis, HTLV-1 หรือแม้แต่ HIV-2 เองก็ตาม

6) อาจมี Blood borne disease อื่นๆ ในโลกที่มนุษย์ยังไม่รู้จัก ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคร้ายแรงได้เช่นกัน

7) ในภาวะที่เป็นกรณีฉุกเฉิน (Emergency situation) เช่น การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ บุคลากรทางการแพทย์จะไม่มีเวลาที่จะทำการตรวจเลือดก่อน จะต้องให้การดูแลรักษาไปเลยทันที หากไม่ปฏิบัติตามหลักของ Universal Precautions ก็อาจเกิดปัญหาและความเสี่ยงสูงได้

8) ความมั่งงายหรือทำงานโดยสะดวกสบายไม่ค่อยระมัดระวังอะไรยังคงเป็นนิสัยที่ติดตัวคนทำงานโดยเฉพาะงานยุ่งมากๆ ทำให้เกิดเป็นนิสัยที่ไม่ปลอดภัยขณะทำงานทำให้เกิดเป็นความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อโรคเอดส์โดยไม่จำเป็น

9) เพื่อความปลอดภัยและคุ้มค่าไม่สิ้นเปลืองเศรษฐกิจ เพราะได้มีการศึกษาพบว่าหากไม่ทำการเจาะเลือดคนไข้ทุกคนแต่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานให้ปลอดภัยแบบ Universal Precautions แล้วจะสามารถประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลในแต่ละปีลงได้อย่างมาก

10) ไม่เป็นการแบ่งแยกคนไข้และยังเป็นการรักษาความลับของคนไข้อีกด้วย เพราะถ้าปฏิบัติต่อคนไข้เลือดบวกอย่างหนึ่งต่อคนไข้เลือดไม่บวกอย่างหนึ่ง ก็จะทำให้เกิดแบ่งแยกคนไข้ มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน คนไข้หรือญาติพี่น้องหรือคนทั่วไปก็จะสงสัยและรู้ว่าคนไข้ที่ได้รับการปฏิบัติอย่างไรเป็นคนไข้ติดเชื้อเอชไอวี

### หลักปฏิบัติของ Universal Precautions

จากความรู้ข้างต้นพบว่าบุคคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงาน นั้นมักเกิดจากเหตุ 2 ประการเป็นส่วนใหญ่ คือ จากการเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มตำ หรืออาจเกิดจาก

การมีบาดแผลแล้วไปสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองของผู้ป่วยเท่านั้น การติดต่อทางวิธีอื่นในขณะทำงานมีทางเป็นไปได้ยากมาก ดังนั้นหลักการสำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจากการทำงานจึงมีหลักสำคัญดังต่อไปนี้ คือ

1. Sanitation and Hygiene คือ การจัดสถานที่ทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีสุขลักษณะที่ดี มีความสะอาด เรียบร้อย ไม่สกปรกเลอะเทอะ อันเป็นหลักทั่วไปของโรงพยาบาลที่ควรจะมีอยู่แล้ว รวมทั้งการใช้น้ำยาทำลายเชื้อที่เหมาะสม ในการฆ่าเชื้อเอดส์กับเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ทั้งหลาย

2. Protective Barriers คือ การใช้เครื่องป้องกันที่เหมาะสม เช่น ถุงมือ เสื้อคลุม หมวก แว่นตา ผ้าคลุมปากและจมูก เป็นต้น การใช้เครื่องป้องกัน เหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงจากการที่ร่างกายและเยื่อต่างๆ ของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ไปสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองต่างๆ โดยตรง

3. Avoid Accidents คือ การวางแผนปฏิบัติต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน หรือหากเป็นไปได้ก็หาทางให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้น้อยที่สุด อันเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญที่สุดในการป้องกันไม่ให้เกิดบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อขณะทำงาน

ข้อแนะนำทั่วไปที่สามารถใช้เป็นหลักสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับเพื่อการป้องกันแบบ Universal Precautionsมีดังต่อไปนี้คือ

1) ฝีกนิสัยการล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังสัมผัสกับผู้ป่วย หรือเมื่อออกจากห้องผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นว่าผู้ป่วยนั้นจะต้องเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเสมอไป

2) พยายามหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลขณะทำงาน โดยเฉพาะการระมัดระวังการถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยตำมือ ด้วยการไม่พยายามสวมเข็มกลับคืนในปลอกเข็ม หรือหักงอเข็มเมื่อใช้แล้ว และระมัดระวังเมื่อใช้ของมีคมทั้งหลาย

3) เข็มที่ใช้แล้วควรทิ้งให้เป็นที่เป็นที่เป็นทาง เพื่อไม่ให้ผู้อื่นมาถูกเข็มตำโดยบังเอิญ โดยจำเป็นจะต้องทิ้งในภาชนะที่ไม่แตกง่าย ได้ง่าย ที่ดีที่สุดคือการทิ้งในกระป๋องโลหะที่มีปากแคบและเมื่อเต็มก็ปิดฝาแล้วส่งเผาหรือทำลายต่อไปได้สะดวก (เพื่อป้องกันไม่ให้พนักงานทำความสะอาดหรือคนเก็บขยะถูกเข็มตำ)

4) สวมถุงมือทุกครั้งเมื่อจะกระทำงานใด ๆ ที่อาจจะมีโอกาสสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองขณะผู้ป่วยได้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากมือเป็นแผลหรือถลอก) เช่น เมื่อจะเจาะเลือด ผ่าฝีหนอง ผ่าตัดใหญ่หรือผ่าตัดเล็กก็ตามและควรล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนใส่ถุงมือและหลังถอดถุงมือออกด้วยทุกครั้ง เนื่องจากถุงมืออาจจะมีรอยร้าวที่มองไม่เห็นได้

5) สวมเสื้อหรือผ้ากันเปื้อนทุกครั้งที่คาดว่าจะมีการกระเด็นของเลือดหรือน้ำเหลือง ในการทำงานบางอย่างโดยเฉพาะพวกที่ต้องการมีการดูด ดัน หรือพ่นกระจายของเลือด หรือน้ำ เหลืองดังกล่าว เช่น การผ่าตัดใหญ่ การทำคลอด การเจาะปอด การเจาะตับ เป็นต้น

6) สวมแว่นตา หรือ goggle ป้องกันและผ้าปิดจมูก ในกรณีที่อาจมีการกระเด็นของเลือด หรือน้ำเหลืองเข้าตา เช่น การผ่าตัดใหญ่ การทำฟันที่มีการกรอหรือพ่น การตัดกระดูกด้วยเลื่อยไฟฟ้า เป็นต้น

7) ห้ามใช้ปากดูดหรือเป่าในการกระทำงานใด ๆ กับผู้ป่วยเองหรือกับเลือดหรือน้ำเหลือง ของผู้ป่วยก็ตามหรือแม้แต่กับเครื่องมือที่มีเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยปนเปื้อนอยู่ เช่น ห้ามทำ mouth to mouth resuscitation กับผู้ป่วยที่ไม่ทราบประวัติแน่นอน ห้ามใช้ปากดูด pipette ในการ ตรวจเลือด ห้ามใช้ปากดูดพิษจากบาดแผล เป็นต้น

8) ทำความสะอาดสถานที่และบริเวณที่ปนเปื้อนเลือดหรือน้ำเหลืองของผู้ป่วยทันทีด้วย น้ำ-ยาฆ่าเชื้อเช่น Sodium Iypochlorite หรือ 70% Alcohol

9) เครื่องมือเครื่องใช้ที่จะต้องสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองของคนไข้โดยตรง ถ้าเป็นไปได้ พยายามใช้เครื่องมือที่เป็นของใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งได้ แต่ถ้ามีความจำเป็นต้องนำกลับมาใช้อีกก็ให้ นำไปอบฆ่าเชื้อให้ถูกต้องตามขบวนการเสียก่อน

สรุปได้ว่าการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงานมีดังนี้ (สมหวัง ด่าน ชัยวิจิตร, 2539)

ก. การใช้เครื่องป้องกันร่างกาย การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีโอกาสที่สิ่งปนเปื้อนเชื้อ โรคจะเข้าสู่ร่างกายทางตา จมูก ปากและผิวหนังได้ จึงต้องป้องกันการติดเชื้อด้วยเครื่องป้องกัน ร่างกาย ซึ่งใช้เพื่อกันชั้นผิวของร่างกายไม่ให้สัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษ การใช้เครื่อง ป้องกัน ร่างกายของบุคลากร ถ้าใช้อย่างเหมาะสมจะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นในขณะปฏิบัติ งานที่คาดว่าจะสัมผัสกับเชื้อโรคได้ เช่น การใช้ถุงมือ ผ้าปิดปากจมูก เสื้อคลุม หรือผ้ากันเปื้อน พลาสติก แว่นป้องกันตา หมวกและรองเท้าบู๊ต จึงควรใช้เมื่อจำเป็นให้เหมาะกับกิจกรรมแต่ละกิจ กรรม และเมื่อเสร็จ กิจกรรมนั้นให้ถอดออก การใช้ไม่ถูกต้องอาจจะทำให้มีการแพร่กระจาย เชื้อโรค เช่น สวมถุงมือคู่เดียวดูแลผู้ป่วยหลายๆ คน หรือการใช้ถุงมือคู่เดียวปฏิบัติกิจกรรมหลายๆ อย่างโดยไม่เปลี่ยนถุงมือ ถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยง เพราะถุงมือจะรั่วเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรค ประกอบกับอุณหภูมิในถุงมือ พอเหมาะ ทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตและแพร่กระจายไปสู่ผู้ป่วย และบุคลากร จึงควรล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมการพยาบาล และหลังจากถอดถุงมือออก

ข. การล้างมือ ในการทำงานนั้นมือของพยาบาลอาจจะสัมผัสกับเชื้อโรค มือจึงเป็นพาหะ ที่สำคัญที่สุดในการนำเชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วยและเครื่องใช้ต่างๆ นอกจากนี้มือที่สัมผัสเชื้อโรคอาจทำให้ เชื้อโรคเข้าสู่บุคลากรอีกด้วย การล้างมือจึงมีความสำคัญและเป็นมาตรการที่ดี ประหยัดและมีประ

สิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การล้างมือด้วยสบู่ธรรมดาอย่างถูกต้องจะสามารถลดเชื้อก่อโรคได้ แต่บุคลากรส่วนใหญ่มักจะละเลยในการล้างมือ จึงมักพบแบคทีเรียจำนวนมากอยู่บนมือของบุคลากร ถ้ามือมีความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสม แบคทีเรียสามารถเจริญเติบโตในเวลาอันรวดเร็วและเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้ (Larson, 1989)

ค. แนวทางในการปฏิบัติสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลที่สัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ คือ บุคลากรที่ถูกเข็มที่ให้กับผู้ป่วยที่มึนแวง หรือเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา จมูก ปาก หรือทางบาดแผล ควรปฏิบัติดังนี้

1. การปฏิบัติขณะเกิดอุบัติเหตุ (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, มณฑกานต์ ตระกูลดิษฐ์และวิภา นิตรยางกูร, 2538)

1.1 เมื่อบุคลากรทางการแพทยถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดหรือสารน้ำของผู้ป่วยตำหรือบาดที่ผิวหนัง ให้รีบเค้นเลือดออกให้มากที่สุด แล้วชำระบาดแผลด้วยน้ำสบู่และสบู่หรือ Chlorhexidine หรือ Iodophore หรือ alcohol

1.2 ถ้าเลือดหรือสารน้ำของผู้ป่วยกระเด็นถูกผิวหนัง ไม่ว่าจะมึนบาดแผลหรือไม่ก็ตาม ให้ล้างบริเวณนั้นด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด หากพบว่ามีบาดแผลอาจใช้ chlorhexidine หรือ Iodophore หรือ alcohol เช็ดหรือฟอกทำความสะอาดอีกครั้ง

1.3 ถ้าเลือดหรือสารน้ำของผู้ป่วยกระเด็นเข้าปาก ให้บ้วนน้ำลายออกแล้วล้างปากกลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง

1.4 ถ้าเลือดหรือสารน้ำของผู้ป่วยกระเด็นเข้าตาหรือสัมผัสเยื่อเมือกต่างๆ ให้ล้างออกด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง กรณีกระเด็นเข้าตา อาจใช้น้ำยาล้างตาล้างอีกครั้งก็ได้

2. การปฏิบัติหลังเกิดอุบัติเหตุ ให้แจ้งผู้บังคับบัญชาทราบตามระเบียบทุกครั้ง ขอรับบริการปรึกษาจากแพทย์ผู้ดูแลหรือแพทย์ผู้ให้บริการปรึกษาในเรื่องนี้ว่ากรณีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจะต้องได้รับการดูแลต่อไปอย่างไร จำเป็นต้องเจาะเลือดเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานหรือเจาะเลือดติดตามผลหรือไม่ และควรได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือไม่

กรณีพิจารณาแล้วเห็นว่าจำเป็นต้องเจาะเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ให้เจาะเลือดบุคลากรเพื่อตรวจ HIV antibody เป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยไม่ควรเปิดเผยชื่อแต่ใช้รหัสแทน หากไม่พบการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้เจาะเลือดตรวจซ้ำในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 3, 6, 12 หลังเกิดอุบัติเหตุ

3. การรับคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เนื่องจากในการปฏิบัติงานของนักเรียนพยาบาลจะต้องเกี่ยวข้องกับอุปกรณ์แหลมคมที่ใช้ในกิจกรรมทางการแพทย์ เช่น การเจาะเลือด ฉีดยา เป็นต้น และมักจะก่อปัญหาที่พบเห็นได้บ่อย คือ การถูกเข็มหรือของมีคมที่ให้กับผู้ป่วยบาดหรือทิ่มตำ ซึ่งจะเป็นแนวทางที่ให้เชื้อโรคที่ติดต่อกันทางกระแสเลือดเข้าสู่ร่างกายเกิดการ

ติดเชื้ขึ้น ประกอบกับสถานการณ์การติดเชื้เอชไอวีที่เพิ่มมากขึ้นอาจทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความวิตกกังวลกลัวว่าจะต้องประสบปัญหาดังกล่าว การให้คำปรึกษาจึงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาได้ช่วยให้ผู้ที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ ความไม่สบายใจ ความวิตกกังวลหรือความเครียดต่างๆ ได้มองเห็นประเด็นปัญหาของตนเอง มองเห็นสิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบทำให้เกิดปัญหา และได้มองเห็นวิธีการใช้ความสามารถหรือสิ่งต่างๆ รอบตัวของตนเองเพื่อการวางแผนและเลือกวิธีที่จะเผชิญปัญหา หรือคลี่คลายปัญหาโดยบรรเทาความทุกข์ หรือไม่สบายใจต่างๆ ลงได้ และสามารถพัฒนาตนเองขึ้นโดยสามารถตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีความสุขตามอัตภาพ (ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2538) นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคติดเชื้ต่างๆ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้จากการทำงาน และวิธีการปฏิบัติหลังจากได้สัมผัสเชื้ รวมทั้งการรักษาเบื้องต้นที่ถูกต้อง รวมทั้งการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะมีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลและความไม่สบายใจลง

### 3. นักเรียนจำพยาบาลทหารเรือ โรงเรียนพยาบาล กองการศึกษา กรมแพทย์ทหารเรือ

#### 3.1 ประวัติโรงเรียนพยาบาล กองการศึกษา กรมแพทย์ทหารเรือ

โรงเรียนพยาบาล เป็นหน่วยขึ้นตรงต่อ กองการศึกษา กรมแพทย์ทหารเรือ จัดตั้งขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกศึกษาวิชาชีพรพยาบาล ผู้เข้าศึกษามีฐานะเป็นนักเรียนจำ พรรคพิเศษ เหล่าทหารแพทย์มีสัญญาลักษณะ "พญานาคพันไม้เท้า" เป็นเครื่องหมายเหล่า นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ฝึกอบรมวิชาชีพแก่ข้าราชการทหารเรือและหญิงที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามที่กำหนดไว้ในแต่ละหลักสูตร

มีประวัติความเป็นมาเมื่อครั้งโรงพยาบาลทหารเรือ ได้ตั้งอยู่ที่วัดระฆังโฆสิตาราม ตำบลวังหลัง จังหวัดธนบุรี (บริเวณโรงเรียนสตรีวัดระฆังในปัจจุบัน) ประมาณปี พ.ศ. 2433 ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบัน ยังไม่แพร่หลาย พยาบาลทหารเรือในยุคนั้น รับจากผู้สนใจและสมัครเข้ามาเป็นลูกศิษย์และลูกมือของแพทย์ถือเอาความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติจนเกิดความชำนาญและยังมิได้มีการตั้งโรงเรียนพยาบาลขึ้นแต่อย่างใด

พ.ศ. 2452 นาวาโท เบอร์เมอร์ นายแพทย์ชาวเยอรมัน ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ใหญ่ได้เปิดรับสมัครพลทหารเรือพรรคเหล่าต่างๆ ที่สมัครใจเพื่อคัดเลือกเข้ามาอบรมเป็นพยาบาลเรียกว่า ลูกหมีสัญลักษณ์ที่แขนเป็นตัวอักษร "มป. หรือ ล."

พ.ศ. 2454 ทางราชการเริ่มวางระเบียบและกำหนดให้ชั้นจำแต่งเครื่องแบบทหาร นอกนั้นนุ่งโจงกระเบน



พ.ศ.2455 มีการเปิดการอบรมวิชาการพยาบาลเป็นครั้งแรกในกองแพทย์ระหว่าง เวลา 13.00-15.00 เป็นเวลา 3 เดือน แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์และไม่มีการสอน

พ.ศ. 2456 การก่อสร้างกองแพทย์และโรงพยาบาลที่บริเวณปากคลองมอญ ด้านทิศเหนือ (รพ.ทหารเรือกรุงเทพ) สำเร็จลง จึงได้ย้ายกองแพทย์และโรงพยาบาล จากที่ตั้งเดิม มาตั้ง ณ ที่ทำงานแห่งใหม่ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ตั้งโรงเรียน

พ.ศ. 2457 มีการวางระเบียบการรับสมัครพยาบาลใหม่ โดยกำหนดอายุและพื้นฐานความรู้ แล้วส่งไปฝึกภาคสาธารณสุขที่กองพาหนะเป็นเวลา 3 เดือน แล้วจึงบรรจุลงประจำตึกผู้ป่วย นักเรียนรุ่นนี้เรียกว่า “นักเรียนอาสาสมัคร”

พ.ศ. 2459 ได้มีการกำหนดหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรก ออกระเบียบปฏิบัติประจำวัน เพิ่มวิชาและเวลาเรียน เป็น 0900-1100 และ 1300-1500 วิชาที่สอนมี 5 วิชา ระยะเวลาอบรม 3 เดือน ขณะเป็นนักเรียนจะได้เบี้ยเลี้ยงวันละ 25 สตางค์ และรับเงินเดือนช่วงหกเดือนแรก เดือนละ 2 บาท และในช่วงหกเดือนหลังได้รับเดือนละ 6 บาท เมื่อสอบไล่ได้เป็นทหารปีที่ 2 จะได้รับเดือนละ 12 บาท และได้รับบรรจุเป็นพลพยาบาล รอจนกว่าจะมีอัตราว่างจึงได้รับการบรรจุเป็นจำ ในระยะนี้ใช้ระเบียบตึก 1 และ 2 ของรพ.ทหารเรือกรุงเทพ เป็นที่เรียน และที่พัก เนื่องจากยังไม่มีอาคารเรียน นักเรียนต้องพักและอยู่ในความควบคุมตามระเบียบ เช่นเดียวกับโรงเรียนจำทหารเรือเหล่าอื่น

พ.ศ. 2479 นายแพทย์เล็ก สุมิตร ได้พัฒนาหลักสูตรนักเรียนพยาบาลทหารเรือ เป็นหลักสูตร 2 ปี เพื่อให้ทัดเทียมกับโรงพยาบาลแห่งอื่น โดยรับผู้จบการศึกษาระดับมัธยมปีที่ 6 สายสามัญ เมื่อสำเร็จการศึกษาจะได้รับประกาศนียบัตร และได้รับยศเป็นจ่าตรี แผนกพยาบาล กองแพทย์ทหารเรือเป็นผู้รับสมัครและดำเนินการฝึกหัดศึกษา

17 มกราคม. 2484 ย้ายนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ไปเรียนที่โรงเรียนพยาบาลทหารเรือ สัตหีบ จนกระทั่งเมื่อ 8 ธันวาคม. 2484 จึงย้ายไปเรียนที่พระตำบลดอนเมือง บริเวณหน้าโรงเรียนชุมพลทหารเรือ อันเป็นผลกระทบจากสงครามอินโดจีน

พ.ศ. 2487 กรมยุทธศึกษาทหารเรือ ได้เข้ามาควบคุมเกี่ยวกับการรับสมัครและการสอบคัดเลือกและในการศึกษาเล่าเรียนใช้เกณฑ์ตัดสินการสอบความรู้และระเบียบการตัดคะแนนความประพฤติเช่นเดียวกันกับนักเรียนจำในเหล่า-พรรคอื่น

วันที่ 31 สิงหาคม 2490 ได้ทำพิธีเปิดป้ายชื่อ “โรงเรียนจ่าพยาบาล” ซึ่งเป็นอาคารไม้ 2 ชั้น นักเรียนพักได้ 100 คน ซึ่งตั้งอยู่บริเวณริมซ้ายของปากคลองมอญ ในพื้นที่ของ รพ.ทหารเรือกรุงเทพ ปัจจุบันเป็นที่พักของข้าราชการโสด

พ.ศ. 2494 ขยายหลักสูตรพยาบาลของโรงเรียนจ่าพยาบาลเป็น 3 ปี เรียนทฤษฎีในโรงเรียน 2 ปี และฝึกปฏิบัติงานหมุนเวียนในโรงพยาบาลอีก 1 ปี

พ.ศ. 2517 ได้มีการพัฒนาหลักสูตรเป็น “หลักสูตรพยาบาลและอนามัย พ.ศ.2517” หลักสูตร 3 ปี โดยรับจากผู้สำเร็จจาก ม.ศ.3 และเรียนในโรงเรียน 3 ปีเต็ม

วันที่ 1 เมษายน 2519 ได้ย้ายโรงเรียนพยาบาลจากปากคลองมอญ มาอยู่ภายในบริเวณโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าซึ่งเป็นที่ตั้งโรงเรียนพยาบาลในปัจจุบันและได้มีการปรับปรุงหลักสูตรเป็นระบบหน่วยกิตใน พ.ศ. 2520

พ.ศ. 2525 งดรับนักเรียนจำพยาบาล 1 ปี และมีการพัฒนาหลักสูตรเป็น “หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ระดับต้น พ.ศ. 2526” โดยผู้สำเร็จการศึกษา ม.ศ. 5 หรือ ม.6 เข้าเป็นนักเรียนจำพยาบาล

พ.ศ. 2540 ได้มีการพัฒนาเป็น “หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ระดับต้นพ.ศ. 2540” โดยรับผู้สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย แผนการเรียนวิทย์-คณิต หลักสูตรนี้เริ่มตั้งแต่ปีการศึกษา 2540 จนมาถึงปัจจุบัน ผู้สำเร็จการศึกษามีสิทธิเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี) กับมหาวิทยาลัยต่างๆ ได้

### 3.2 ปรัชญาของหลักสูตรพยาบาลประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ระดับต้น (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2540) กองการศึกษา กรมแพทยทหารเรือ

กองการศึกษา กรมแพทยทหารเรือ มีหน้าที่ผลิตพยาบาลเพื่อสนับสนุนภารกิจบริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ กองทัพเรือและสังคม โดยเชื่อว่าพยาบาลศาสตร์ระดับต้นที่จะปฏิบัติการกิจดังกล่าวทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้ทั่วไปและด้านวิชาชีพพยาบาลในระดับต้นเพียงพอที่จะรับผิดชอบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพอนามัยให้กลับคืนสู่สภาพปกติที่ดีที่สุดเท่าที่จะดีได้ รวมทั้งมีคุณธรรม ศีลธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีความเป็นทหารเทิดทูนยึดมั่นในชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์และการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข

#### วัตถุประสงค์

หลักสูตรนี้มุ่งหวังจะให้ผู้สำเร็จการศึกษามีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์สาขาต่างๆ โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวิชาชีพและการดำเนินชีวิตประจำวัน ก้าวทันความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการสมัยใหม่

2. มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริม การป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพอนามัย ภายในขอบเขตและหน้าที่ของพยาบาลระดับต้นทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ตลอดจนปฏิบัติการสนับสนุนทางสายแพทย์กับหน่วยกำลังรบ

3. มีคุณธรรม จริยธรรมและประพฤติปฏิบัติตามกรอบจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
4. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รู้จักพัฒนาตนเองและวิชาชีพ มีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและสังคม ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม
5. มีมนุษยสัมพันธ์ และทักษะในการติดต่อสื่อสารได้อย่างเหมาะสม
6. มีความรู้ความสามารถด้านการทหารเบื้องต้น มีบุคลิกภาพในการเป็นทหาร และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ตลอดจนลักษณะของความเป็นผู้นำ
7. อารมณ์รักษาเอกลักษณ์และวัฒนธรรมที่ดั้งเดิมของไทย ตลอดจนรู้จักใช้และอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

3.3 ระเบียบปฏิบัติประจำวันของนักเรียนจำ พรรคพิเศษ เหล่าทหารแพทย์ ให้ปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับวินัยทหาร ขนบธรรมเนียมประเพณีทหารเรือ ระเบียบกรมยุทธศึกษาทหารเรือ ว่าด้วยคะแนนประจำตัวนักเรียนทหาร พ.ศ. 2530 และดังต่อไปนี้

ในวันราชการ

เวลา

การปฏิบัติ

0530

- ตื่นนอนหมดคน

0540

- แถวตรวจบัญชีพล

0545

- วิ่งออกกำลังกายประมาณ 30 นาที

0615

- เวรทำความสะอาดตามพื้นที่ที่รับผิดชอบและ  
ถูระส่วนตัว

0700

- เวรโต๊ะจัดอาหาร

0715

- นักเรียนทั้งหมดออกจากที่พัก

0730

- เวรทำความสะอาด แถวรอรับการตรวจ  
- แถวรับประทานอาหาร

0800

- แถวรับธง กล่าวคำปฏิญาณ  
- แถวตรวจบัญชีพล กศษ.พร. ในวันพฤหัสบดี  
แรกของทุกเดือน หรือตามที่ กศษ.พร.

0830

- ฝ่ายนักเรียนตรวจความพร้อมของนักเรียน  
- นักเรียนป่วยลงเข็ด  
- แถวตรวจบัญชีพลประจำวัน ประกาศชี้แจง  
- ฝึกหัดศึกษาตามตาราง (ยกเว้นมีการเรียน  
การสอน, ฝึกปฏิบัติงาน)

1200	- เวิร์ดโต๊ะอาหาร - แถวรับประทานอาหาร
1245	- แถวตรวจบัญชีพล
1530	- นักเรียนฝึกงานเวรบายแถวขึ้นฝึกงาน (จันทร์, พุธ และ ศุกร์)
1700	- เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายตามถนัด
1730	- เวิร์ดโต๊ะอาหาร - นักเรียนฝึกงานเวรบายแถวรับประทานอาหาร และขึ้นหน่วยฝึก ฯ (วันอังคาร, วันพฤหัสบดี)
1800	- แถวรับประทานอาหารและเข้าห้องสมุด
1930	- แถวตรวจบัญชีพล สวดมนต์ กล่าวคำ ปฏิญาณ ร้องเพลงชาติ (ร้องเพลงสรรเสริญพระบารมี เฉพาะวันอาทิตย์) - อบรมชี้แจง - นักเรียนชั้นปีที่ 1 เข้าห้องเรียน
2100	- เวิร์ดทำความสะอาด (กราบพัก ห้องน้ำ ห้อง โถง และรอบกราบพัก) แถวรอรับการตรวจ - ปิดไฟในที่พัก
2200	- นอนหมดคน

ในวันหยุดราชการ ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับวันราชการ ส่วนที่เพิ่มเติมคือ

0900-1100	- แถวพัฒนาโรงเรียนพยาบาล (เฉพาะวันเสาร์)
2400	- นอนหมดคนในกรณีวันรุ่งขึ้นเป็นวันหยุดราชการ

#### การปล่อย

1. การปล่อยนักเรียน ปล่อยครั้งละกราบ ให้คงกำลังพลในที่ตั้งปกติ 50 %
2. วันหยุดสิ้นสุดสัปดาห์ ปีที่ 1 และ 2 ปล่อยวันสุดท้ายของวันราชการ เวลา 1630, 1730 กลับวันอาทิตย์ เวลา 1900

3. วันหยุดนักขัตฤกษ์ปล่อยเวลา 0800 ของวันหยุด กลับเวลา 1900 วันเดียวกัน
4. เมื่อกลับเข้ามาในโรงเรียน ต้องคืนใบลาต่อจ่ายยามทันที
5. สิ่งของที่นำออกไปจากโรงเรียนพยาบาลต้องแสดงให้ผู้ปล่อยดูว่า มิได้นำสิ่งของของทางราชการหรือของผู้อื่นไป
6. เมื่อรับใบลาแบบ 1 และปล่อยแล้วให้ไปทันที โดยไม่กลับเข้าที่พักอีก
7. ให้นำชุดบลู หรือกะลาสีขาวในการแต่งกายกราบปล่อย

### การวัดและประเมินผล

1. เกณฑ์การตัดสินให้นักเรียนได้เลื่อนชั้นการศึกษา หรือสำเร็จการศึกษาจนจบหลักสูตร จะต้องประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้

#### 1.1 ผลการศึกษาภาคทฤษฎี

1.1.1 มีหน่วยกิตไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

1.1.2 ได้ระดับคะแนนรายวิชา 1.00 ขึ้นไป ทั้งภาคต้นและภาคปลาย

1.1.3 ได้ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสม ดังนี้ ชั้นปีที่ 1 เลื่อนขึ้นชั้นปีที่ 2 ไม่ต่ำกว่า

1.80 และผู้สำเร็จการศึกษาจะต้องได้ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสม ตลอดหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 2.0

1.2 มีผลการศึกษาภาคปฏิบัติของปีการศึกษานั้น โดยยังไม่คิดรวมคะแนนประจำตัวนักเรียนทหารเข้าไปด้วย สอบได้ไม่ต่ำกว่า 65 ในเรือนร้อย

1.3 มีผลการศึกษาพลศึกษาภาคทฤษฎีไม่ต่ำกว่า 60 ในเรือนร้อย

1.4 มีคะแนนประจำตัวนักเรียนทหารตามระเบียบกรมยุทธศึกษาทหารเรือ ว่าด้วยคะแนนประจำตัวนักเรียนทหาร พ.ศ. 2530 ตามเกณฑ์ดังนี้

1.4.1 คะแนนความเหมาะสมในการเป็นทหารไม่ต่ำกว่า 60 ในเรือนร้อย

1.4.2 คะแนนความประพฤติไม่ต่ำกว่า 60 ในเรือนร้อย

การเรียนซ้ำชั้น นักเรียนที่เรียนซ้ำชั้นให้ได้รับการยกเว้น ไม่ต้องเรียนซ้ำในวิชาซึ่งเคยสอบได้ระดับคะแนนรายวิชาไม่ต่ำกว่า 3.00 มาแล้ว ทั้งนี้จะต้องไม่เกิน 6 หน่วยกิต ต่อภาคการศึกษาหนึ่งๆ และโดยได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาของโรงเรียนเสียก่อน

การพ้นจากฐานะนักเรียน นักเรียนจะพ้นจากฐานะนักเรียนตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกรมยุทธศึกษาทหารเรือ ว่าด้วยการศึกษาและคะแนนประจำตัวนักเรียนทหาร พ.ศ. 2530 หรือกฎหมายและระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ค่าใช้จ่ายในการศึกษา ทางราชการออกให้ แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับค่าตำราและอุปกรณ์การศึกษาเฉพาะส่วนของตนเองเพิ่มเติม

### เงินเดือนและเบี้ยเลี้ยง

นักเรียนจะได้รับเงินเดือนและเบี้ยเลี้ยงจากทางราชการดังนี้

- ชั้นปีที่ 1                      เงินเดือน 1,830 บาท
- ชั้นปีที่ 2                      เงินเดือน 1,950 บาท
- เบี้ยเลี้ยงจะได้รับวันละ 50 บาท/คน

เงินเดือน                      จ่ายผ่านธนาคารทหารไทย สาขา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า พร.

เบี้ยเลี้ยง                      แบ่งจ่ายเป็น 2 งวด งวดแรก ประมาณสัปดาห์ที่ สามของเดือนและ งวดที่สอง ประมาณสัปดาห์แรกของเดือนถัดไป

การตัดเงิน                      เงินเดือน จะตัดเก็บคนละ 800 บาท/ เดือน เพื่อฝากธนาคารให้นักเรียน แต่แต่ละคนจะเบิกได้เมื่อนักเรียนสำเร็จการศึกษาและเบี้ยเลี้ยง จะตัดคนละ 33 บาท/ วัน เป็นค่าจัดเลี้ยง

### 3.4 การพัฒนานักเรียนจำพยาบาลทหารเรือกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอชไอวี

การจัดการเรียนการสอนของนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือ เป็นการจัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของนักเรียนทั้งคุณภาพชีวิตในส่วนบุคคลในเรื่องการมีพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอชไอวี และคุณภาพชีวิตในเรื่องวิชาชีพทางการพยาบาลคือ ความปลอดภัยจากการติดเชื้อทางการปฏิบัติงาน และ เป็นผู้มีความรู้ จริยธรรมและรักษาจรรยาบรรณของวิชาชีพอย่างเคร่งครัด การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติที่ต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล รวมทั้งศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานการพยาบาล และการให้บริการพยาบาลต้องครอบคลุม 4 มิติคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2530 : 1) การให้บริการพยาบาลมุ่งหวังให้ผู้รับบริการ มีสุขภาพอนามัยด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ สามารถพึ่งตนเองและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (ดร.ณิ รุจกรกานต์, 2541 : 187-188) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนด้านพยาบาลต้องตอบสนองความต้องการของระบบบริการสุขภาพ สามารถสร้างคนที่มีสติปัญญาเพื่อพัฒนาสังคมต่อไป

การจัดการเรียนการสอนจะมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการและองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งคือ ความสามารถในการจัดการเรียนการสอนของผู้สอนซึ่งผู้สอนต้องสามารถใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้การเรียนการสอนบรรลุวัตถุประสงค์อย่างจริงจังซึ่งเป้าหมายที่สำคัญของการเรียนการสอนทางพยาบาล คือ การทำให้ผู้เรียนมีพัฒนาการทั้งด้านความคิด ทักษะ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ( พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537 : 41

และดรุณี รุจกรกานต์, 2541 : 8) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจึงเป็นระบบที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน กระบวนการเรียนการสอนต้องเน้นให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเองจากกิจกรรม หรือ การปฏิบัติ โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ครูมีหน้าที่อำนวยความสะดวก ดูแล กำกับ แนะนำ ใ้เข้าใจ และให้กำลังใจ ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวความคิดดังกล่าวมาใช้ในการสอนโดยใช้ตัวแบบ ในการพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือซึ่งสอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลที่ต้องนำหลักการซึ่งเป็นกระบวนการ แสวงหาความรู้มาใช้ในการศึกษาพยาบาลโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

แต่จากการดำเนินชีวิตประจำวันของนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วง วัยรุ่นตอนปลาย คือ อายุระหว่าง 18-22 ปี วัยนี้ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเพื่อนมาก (ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา 2532 : 106 อ้างในศรีสุภรณ์ รุธิวัฒน์, 2536) จึงมีโอกาสถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากเช่น การทำกิจกรรมร่วมกันในช่วงเวลาว่างหลังจากการปฏิบัติ ตามระเบียบประจำวันอีกทั้งนักเรียนจำพยาบาลทหารเรืออยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงระหว่าง ความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งเป็นผลจากการ เจริญเติบโตและการพัฒนาการมีความอยากรู้อยากเห็น มีโอกาสถูกเพื่อนชักจูงได้ง่ายและรู้เท่าไม่ ถึงการณ์ โดยเฉพาะเกี่ยวกับความอยากรู้อยากเห็นเรื่องราวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ มัก ชอบเที่ยวกลางคืนและมักมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอาชีพพิเศษ โดยการชักจูงจากกลุ่มเพื่อนหรือ นักศึกษาร่วมสถาบันที่อาวุโสกว่า และความเป็นอยู่ของนักเรียนต้องพักอาศัยรวมกันที่โรงเรียน จะ ปล່อยให้กลับบ้านเฉพาะวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดราชการเท่านั้น จากเหตุผลดังกล่าวการ ระบายอารมณ์หรือระบายความเครียดของนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือมีโอกาสน้อยกว่านักเรียน อื่นๆ ในระดับเดียวกัน อาจทำให้มีความเก็บกดได้ทั้งทางด้านอารมณ์ทางเพศและอื่นๆ ซึ่งเมื่อมี โอกาสก็จะหาทางออกในการระบายอารมณ์ทางเพศที่ไม่ถูกต้องและไม่คำนึงถึงการป้องกันตนเอง จากเชื้อเอชไอวีได้ จากความต้องการและการชักชวนจากเพื่อน ก่อให้เกิดปัญหาต่อไป

ส่วนในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ซึ่งนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือต้องขึ้นฝึกปฏิบัติ การพยาบาลต้องมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ดังนั้นทางผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ให้กับนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือซึ่ง เป็นบุคคลทางการพยาบาลที่ต้องมีการพัฒนาทั้งในส่วนบุคคลคือการมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย จากการติดเชื้อเอชไอวีและมีการป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากต้องมีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูทางการพยาบาลต่อไปในอนาคต จึงได้จัดการ การเรียนการสอนเกี่ยวกับการสอนโดยใช้ตัวแบบในการพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมกำบัง การติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือ

#### 4. แนวคิดทฤษฎีและกระบวนการที่นำมาใช้ในการวิจัย

##### แนวคิดเกี่ยวกับทักษะ

ความหมายของทักษะได้มีผู้กล่าวถึงไว้ต่าง ๆ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก ( WHO, 1994) ได้ให้ความหมายของทักษะไว้ว่า เป็นความสามารถในการกระทำได้สิ่งหนึ่งของบุคคล

ประเสริฐ ตันสกุลและคนอื่น ๆ (2538: 5) ได้กล่าวไว้ว่า ทักษะหมายถึงความชัดเจนและความชำนาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งมนุษย์สามารถสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้

กรมอนามัย (2539: 17) ได้กล่าวถึง ทักษะว่าเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญ

ดังนั้นทักษะคือ ความสามารถที่เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และมีการฝึกทำจนเกิดความชำนาญ

##### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับทักษะชีวิตศึกษา (Life skills education)

ทักษะชีวิตศึกษา เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับความรู้ ทักษะพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นมีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยการรู้จักเลือกปฏิบัติ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพดี มีความสามารถเพิ่มขึ้นในการต่อต้านแรงกดดัน และลดการมีพฤติกรรมเสี่ยง ( WHO, 1993 :7 )

องค์การอนามัยโลก ( WHO, 1994 : 1) ให้ความหมายของ ทักษะชีวิต เป็นความสามารถทางสังคม ความคิดอ่าน ความพยายามเพิ่มพูนปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ สามารถแก้ไขปัญหาในสถานการณ์วิกฤติที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตลอดจนเป็นความสามารถที่จะส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและชุมชนด้วย

ประเสริฐ ตันสกุลและคนอื่น ๆ (2538 :7 ) กล่าวว่า ทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถและความชำนาญในการประเมิน และวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาทางพฤติกรรมและสังคมที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างถูกต้อง

กรมอนามัย ( 2539 : 1) กล่าวว่า ทักษะชีวิต เป็นความสามารถอันประกอบด้วยความรู้ เจตคติ และทักษะอันที่จะจัดการกับปัญหาอุปสรรค ในสภาพสังคมปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต

ทวีศักดิ์ นพเกษร (2539 : 196) ได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่าเป็นความสามารถในการที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า สิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นภายในและภายนอกร่างกาย ภายในเช่น ความรู้สึก



ทางเพศ ภายนอกเช่น ข่าวสารข้อมูลต่างๆ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ปัจจัยทางด้านสังคมและการใช้กระบวนการจัดการกับสิ่งเร้าและสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น

ลัดดา ไตรเทพชนะภัย (2540 : 13) กล่าวว่า ทักษะชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลที่พยายามจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความต้องการและสิ่งท้าทายในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

จิตรา ทองเกิด (2540 : 82) ได้สรุปความหมายของทักษะชีวิตไว้ว่า เป็นความสามารถหรือสมรรถภาพที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล จากการฝึกฝนอบรมในเชิงความคิดและการกระทำจนเกิดความเคยชินที่จะนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาตนเองให้สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างฉลาด รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน (2540 : 36) กล่าวว่า ทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลในการปรับตัวและเลือกทางเดินชีวิตที่เหมาะสม ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่อยู่รอบตัวในสภาพสังคมปัจจุบันและเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการถ่ายทอดประสบการณ์ด้วยการฝึกฝนอบรม

นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2541 : 22) กล่าวว่า ทักษะชีวิต หมายถึงความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหาต่างๆ รอบตัวในชีวิตประจำวันได้สำเร็จ เป็นความสามารถที่บุคคลสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้ประสบการณ์และการฝึกฝนสามารถปรับตัว และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และมีชีวิตในสังคมอย่างเป็นสุข

โดยสรุปทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการประเมิน วิเคราะห์ และตัดสินใจในการจัดการปัญหาต่างๆ รอบตัวในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยเป็นความสามารถที่บุคคลสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยการสังเกตและสามารถปรับตัวเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้งร่างกาย จิตใจ และการมีชีวิตในสังคม

โดยธรรมชาติแล้วทักษะชีวิตในแต่ละประเทศแต่ละวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ แต่อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทักษะชีวิตพื้นฐานเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นว่ามี 10 องค์ประกอบ ทักษะชีวิตหลักเหล่านี้จัดได้เป็น 5 คู่ ดังนี้ (WHO, 1994 : 1-3)

1. การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา (Decision making & problem solving)
2. การคิดริเริ่มสร้างสรรค์และการวิเคราะห์วิจารณ์ (Creative thinking & critical thinking)
3. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (Communication & interpersonal Relationship)
4. การตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกเห็นใจผู้อื่น (Self awareness & empathy)

#### 5. การจัดการกับอารมณ์และสิ่งก่อความเครียด (Coping with emotions & stressors)

ในประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนโดยจัดการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Creative thinking) และการคิดวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical thinking) เป็นองค์ประกอบร่วม (ของทุกองค์ประกอบอื่น) และเพิ่มองค์ประกอบอีก 1 คู่ คือ ความภูมิใจในตนเอง (Self esteem) และความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยที่อยู่ในช่วงกำลังเปลี่ยนแปลงและมีความสับสนในด้านเจตคติและค่านิยม เพื่อให้ครูจัดการการเรียนการสอนได้ง่ายขึ้น และพัฒนาวิธีการสอนของครู (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2538 : 15) ในส่วนของผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทักษะชีวิต 3 ด้านคือ ทักษะคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการปฏิเสธต่อพฤติกรรมก่อกวนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพราะจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (1994) พบว่าทักษะชีวิตที่ควรได้รับจากโรงเรียนระดับอุดมศึกษาใน 5 อันดับแรก คือ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตัดสินใจ ความตระหนักรู้ในตน การสื่อสารและการปฏิเสธต่อโรค ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาทักษะชีวิต 3 ด้านดังกล่าว โดยมีการนำกระบวนการเรียนการสอนโดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ในการเรียนรู้เพื่อให้ได้ความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชีวิตที่ดี

#### 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสอนทักษะชีวิต (Life Skills Education) (WHO 1994 : 5-6)

ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยนั้น ทักษะชีวิตศึกษาอยู่บนพื้นฐานการสอนทักษะชีวิตต่างๆ ไป รวมทั้งการฝึกฝนทักษะ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ทางด้านสุขภาพและสังคม บทเรียน การสอนทักษะชีวิตควรจะมีการผสมผสานกับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ (Health information) ซึ่งอาจจะออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อสุขภาพและการพัฒนาเยาวชนซึ่งมีผู้ศึกษามากมาย จากการศึกษาของสุทธิสารณ์ วัฒนมะโน (2540) ได้ศึกษาการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 โดยใช้โปรแกรมทักษะชีวิตร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีประสบการณ์จริงของคอล์ปมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมและ ขั้นตอนกระบวนการกลุ่ม พบว่าสามารถทำให้พฤติกรรมป้องกันการโรคดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ใจ บุญยัง (2540) ที่ศึกษาการสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม พบว่าสามารถทำให้พฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดดีขึ้น อีกทั้งจากการศึกษาของดุขฎี เจริญสุข (2540) ที่ศึกษาการพัฒนาทักษะชีวิตโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูราทำให้พฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาทักษะชีวิตโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรามาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือ

วิธีการที่ใช้ในการสอนทักษะชีวิต เน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากบุคคลต่างๆ ที่อยู่รอบตัว จากการสังเกตว่าเขาปฏิบัติอะไร ปฏิบัติอย่างไร จากพฤติกรรมที่แสดงออกมาซึ่งสามารถอธิบายได้ โดย ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) พัฒนาขึ้นโดย Bandura (1997) ซึ่งเป็นเรียนรู้โดยตรงจากการมีประสบการณ์จริง

ทักษะชีวิตศึกษาเป็นกระบวนการเรียนการสอนแบบให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมวิธีการที่เหมาะสมในการมีส่วนร่วมได้แก่ กลุ่ม 2 คน และกลุ่มย่อยระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ เกมส์ และการโต้เถียง การสอนทักษะชีวิตควรเริ่มจากผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น หรือความรู้ของตนเองที่เกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตของตนเองโดยมีการตั้งประเด็นขึ้นมาแล้วให้ผู้เรียนได้อภิปราย และถกเถียงกันในรายละเอียดภายในกลุ่ม หรืออาจจะให้แสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ต่างๆ โดยให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติทักษะชีวิตที่จำเป็น ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการสอนทักษะชีวิตศึกษา และในช่วงท้ายเป็นขั้นตอนการประยุกต์แนวคิด ผู้สอนจะมอบหมายงานให้ผู้เรียนนำไปอภิปราย และฝึกปฏิบัติทักษะกับเพื่อนต่อไป

และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกองค์ประกอบของทักษะชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาทางพฤติกรรม และจำเป็นต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้แก่ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการปฏิเสธ จึงขอนำเสนอรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

### แนวคิดเกี่ยวกับทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ได้มีผู้ให้ความหมายของการคิดวิจารณ์ว่าไว้มากมาย เช่น นอร์ริส (1989) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการคิดที่เป็นเหตุเป็นผล และมีการสะท้อนคิดที่มุ่งสู่การตัดสินใจที่จะทำหรือจะเชื่อ (Norris 1989 cited in Kintgen-Andrews 1991 : 152)

กาเย่ ให้มุมมองว่า การคิดวิจารณ์เป็นกระบวนการทักษะภายในที่จะเลือก และนำไปสู่การให้คำนิยามและการแก้ปัญหาใหม่ๆ ( Gange cited in Schank 1981:87)

ยินเกอร์ ได้ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมการรู้คิดที่เกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ทางการคิด ที่มีความสำคัญต่อการแก้ปัญหา การคิดตัดสินใจ และการสร้างสรรค์ผลลัพธ์ต่างๆ อีกทั้ง การคิดวิจารณ์เป็นการคิดที่สะท้อนออกมาในรูปของการยอมรับ การปฏิเสธ หรือการปรับเปลี่ยนสภาพการณ์เพื่อการแก้ปัญหาหรือตัดสินใจ (Yinger 1988:14)

เอนนิส ให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจว่าอะไรควรเชื่อหรืออะไรควรทำ โดยขึ้นอยู่กับเหตุผล การคิดพิจารณาไตร่ตรอง (reflective thinking) ความเชื่อถือ และการกระทำเป็นสิ่งเชื่อมโยงกับการคิดวิจารณ์ และมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Ennis 1962 cited in Bandman & Bandmam 1982:2;Klassens 1988:15)

สำหรับแนวคิด ที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้มากที่สุดคือ แนวคิดของวัตสันและเกลเซอร์ (1964) ที่เชื่อว่า การคิดวิจารณ์ญาณต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะ ความรู้ และทักษะ โดยทักษะเป็นการแสดงออกทางจิตใจที่ต้องการสืบค้นปัญหา ที่มีอยู่ ความรู้เกี่ยวข้องกับการใช้เหตุผลในการประเมินสถานการณ์ การสรุปความอย่างเที่ยงตรง และการเข้าใจในความเป็นนามธรรม ส่วนทักษะจะประยุกต์รวมอยู่ในทัศนคติและความรู้ (Watson & Glaser 1964 cited in Miller & Malcolm 1990:6; Miller 1992:1402)

### การสอนการคิดวิจารณ์ญาณ

ซีเจล (Siegel cited in Bandman & Bandman 1988:4) ได้ชี้ถึงความจำเป็นในการสอนให้นักเรียนมีความสามารถในการคิดวิจารณ์ญาณเอาไว้ 3 ประเด็น ได้แก่

1. เป็นการช่วยให้นักเรียนมีความพึงพอใจในตนเอง และรู้สึกถึงอิสรภาพในการปกครองของตนเอง เนื่องจากการสอนแบบให้นักเรียนมีการคิดวิจารณ์ญาณ จะมีการเปิดโอกาสให้นักศึกษามีการโต้ตอบอย่างกระตือรือร้น และยอมรับความคิดเห็น การตัดสินใจ หรือการประเมินของนักศึกษาที่อยู่บนเหตุผลที่ชัดเจน

2. การสอนให้เกิดการคิดวิจารณ์ญาณ จะเป็นการเพิ่มพลัง (empower) แก่นักเรียนในการควบคุมตนเอง ที่จะวางจุดหมายให้กับตนเอง สนับสนุนให้นักเรียนตั้งคำถามเสาะหาทางเลือก

3. การสอนให้เกิดการคิดวิจารณ์ญาณ จะเป็นการส่งเสริมให้นักเรียนมีการใช้เหตุผลและผลรู้จักการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์

นอกจากนี้ แบนด์แมนและแบนด์แมน (Bandman & Bandman 1988:6) ได้เสนอรูปแบบการเรียนการสอนที่ให้นักเรียนเกิดการคิดวิจารณ์ญาณไว้ 3 รูปแบบ ได้แก่

1. ความรู้สึกประทับใจในข้อมูลที่ได้รับ (Feeling Model) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการสังเกตความไวต่อการรู้สึก มีความเข้าใจ นอกจากความรู้สึกดังกล่าวแล้วยังต้องการการหยั่งรู้เกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ

2. โครงสร้างความคิด (Vision Model) เป็นรูปแบบต่อจาก Feeling Model จะมีการสร้างโครงสร้างความคิดเพื่อจัดระบบและแปลความรู้สึก สันนิษฐานข้อมูล มีการสืบค้นหลักการ หรือกฎที่อาจนำไปสู่การตอบสนองที่เหมาะสม

3. รูปแบบการทดสอบหรือการตรวจสอบ (Examination Model) รูปแบบการทดสอบหรือการตรวจสอบ ใช้ในการสะท้อนความคิด ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งกฎหรือการวินิจฉัย ที่ได้คิดเอาไว้เพื่อการตรวจสอบและตรวจพินิจ

ทั้ง 3 รูปแบบนี้ สามารถนำไปช่วยเสริมในการเรียนการสอน เพื่อการคิดวิจารณ์ญาณเนื่องจากการพัฒนาการคิดวิจารณ์ญาณต้องการการคิดที่ไตร่ตรองถี่ถ้วนเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ที่ได้มา

### กลวิธีการสอนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ได้มีการค้นคว้าเกี่ยวกับกลวิธีในการพัฒนาการคิดวิจารณ์และการแก้ปัญหามากมาย สำหรับนักการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้ (Gezi & Hadley 1970:11)

1. วัตถุประสงค์รายวิชา จะต้องกำหนดมาจากสถานการณ์ที่เป็นข้อสรุปโดยทั่วไป (generalized statments) ที่สามารถสังเกตได้จากผู้สอน
2. ผู้สอนต้องกำหนดให้การคิดวิจารณ์และการแก้ปัญหาเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญในชั้นเรียน และต้องพัฒนาทัศนคติของผู้เรียนให้มีทัศนคติที่ดีต่อวัตถุประสงค์ ดังกล่าวด้วย
3. ผู้สอนจะต้องเลือกสถานการณ์หรือปัญหาที่กระตุ้นความสนใจของนักศึกษาให้คิดที่จะแก้ปัญหา
4. ผู้สอนจะต้องเปิดโอกาสให้นักเรียนได้มีโอกาสฝึกการคิดวิจารณ์ในชั้นเรียน โดยการนำสถานการณ์จริงมาประยุกต์
5. การคิดวิจารณ์ จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองอย่างทันทีจากผู้สอนโดยการประเมินผลกลับอย่างเหมาะสมในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความสามารถในการคิดวิจารณ์ กลวิธีการสอนที่เน้นให้นักเรียนได้มีโอกาสโต้แย้งและถกเถียง เป็นการฝึกให้นักเรียนได้มีโอกาสคิดและแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผลได้อย่างอิสระ

ในปี ค.ศ. 1925 วัดสันได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ The Measurement of Fairmindedness และ เกลเซอร์ได้นำมาพัฒนาต่อในปี 1937 เพื่อใช้วัดความสามารถในการคิดวิจารณ์ ต่อมาในปี ค.ศ. 1954 เดรสเซลและเมฮิว นักการศึกษา ได้ศึกษาแนวคิดของวัดสันและเกลเซอร์ พร้อมทั้งได้คิดตั้งเกณฑ์ความสามารถในการคิดวิจารณ์ 5 ข้อดังนี้ (Berger 1984:307; Yinger 1980:9)

1. ความสามารถในการนิยามปัญหา
2. ความสามารถในการเลือกข้อมูลสำหรับการแก้ปัญหาที่เหมาะสม
3. ความสามารถในการตระหนักถึงข้อตกลงที่ระบุไว้อย่างชัดเจนหรือไม่ชัดเจนได้
4. ความสามารถในการตั้งสมมติฐานล่วงหน้าที่สุดอดคล้องได้
5. ความสามารถในการลงสรุปและตัดสินใจลงความเห็นได้อย่างเที่ยงตรง

สำหรับผู้วิจัยได้นำเอาบางส่วนของพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณมาใช้ร่วมกับการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura เพื่อให้ให้นักเรียนมีการตัดสินใจโดยผ่านตัวแบบทำให้มีการใช้กระบวนการทั้ง 4 อย่างของแบบดูราผสมผสานกับทักษะที่มีการคิดถึงรายละเอียด มีการรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ทางเลือกต่างๆ ผลดี ผลเสีย และผลกระทบที่ตามมา เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจบนพื้นฐานของปัญหาข้อเท็จจริง คุณค่าของตัวเอง การฝึกทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จะช่วยส่งเสริมความสามารถให้เด็กมีการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม แทนการตัดสินใจจาก

ประสบการณ์เดิมหรือจากแบบอย่างที่เราเห็นมา และจะช่วยในการตัดสินใจในเรื่องที่ซับซ้อน ช่วยให้  
เกิดความสมดุล หรือความยับยั้งใจที่จะพิจารณาเกี่ยวกับความเสี่ยงผลประโยชน์ที่จะได้รับ หรือ  
ความเหมาะสมในแง่มุมต่างๆ และสามารถจะนำมาใช้ในแนวคิดของการเจรจาต่อรองได้  
จากทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวกับการคิดของ Piaget สรุปได้ว่า บุคคลจะมีพัฒนาการทางการคิด  
ตลอดเวลาของการเจริญเติบโต และถ้าหากได้รับการฝึกทักษะการคิดวิจารณ์ญาณโดยตรงในเรื่อง  
ของการติดเชื่อเอชไอวี น่าจะส่งผลให้นักเรียนมีพัฒนาทางความคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณต่อสาเหตุ  
การเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื่อเอชไอวี นำไปสู่การตัดสินใจไม่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิด  
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื่อเอชไอวีได้ในที่สุด เช่น การไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศ  
สัมพันธ์ที่รับผิดชอบและการปฏิบัติกรพยาบาลที่ปลอดภัยของนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือ

### แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ (Decision making)

เทอร์รี่ (Terry, 1977: 5) กล่าวถึงการตัดสินใจว่าเป็นพฤติกรรมที่เลือกจากทางเลือกที่ดีที่สุดที่  
ที่สุด หรือเลือกจากทางเลือกที่เป็นไปได้หลาย ๆ ทาง

แฮร์ริสัน (Harrison, 1981: 3) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจว่า เป็นกระบวนการ  
ประเมินเกี่ยวกับทางเลือก หรือตัวเลือกที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย การคาดคะเนผลที่เกิด  
จากทางเลือกในการปฏิบัติ ที่จะส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายให้ได้มากที่สุด

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994: 2) กล่าวถึงการตัดสินใจว่า เป็นสิ่งนำไปสู่การตัดสินใจ  
ใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งถ้าบุคคลมีการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพในการกระทำ  
ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขภาพ โดยมีการประเมินทางเลือก และผลจากการตัดสินใจเลือกทางเลือก  
นั้น ๆ จะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น ๆ

วุฒิชัย จานง (2523: 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการการเลือกใน  
ระหว่างทางเลือกต่าง ๆ ซึ่งจะนำไปตามลำดับขั้นตอนในอันที่จะเลือกสิ่งหนึ่งสิ่งใดออกมาสำหรับ  
นำไปปฏิบัติจริง

ดุขฎี เจริญสุข (2541) ได้ให้ความหมายไว้ว่าทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถ  
ที่เป็นกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลในการพิจารณาเลือกแนวทางในการปฏิบัติต่อสถานการณ์ใด  
สถานการณ์หนึ่งที่จะได้นำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยกระบวนการดังกล่าว  
นั้นได้แก่ การรับรู้ปัญหาการวิเคราะห์สภาพปัญหา การรวบรวมข้อมูล การหาทางเลือก การ  
ประเมินทางเลือกต่างๆ ตามข้อมูลที่มีการตัดสินใจ คัดเลือกทางที่ดีที่สุดเหมาะสมที่สุด

โดยสรุปทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมได้  
อย่างถูกต้อง โดยใช้กระบวนการประเมินทางเลือกและคาดคะเนผลจากการปฏิบัติ

## ลักษณะของการตัดสินใจ

สมพงษ์ เกษมสิน (2517: 194) ได้แบ่งลักษณะการตัดสินใจ 3 ลักษณะตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะกระทำการตัดสินใจ ดังนี้

1. การตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่แน่นอน (Decision making under certainty situation) หมายถึง การเลือกทางเลือกที่ผู้ตัดสินใจสามารถทราบผลแน่นอนว่า สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นมีลักษณะแบบใด และควรมีกกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาซึ่งอาจมีได้หลายทาง แต่อย่างไรก็ตามความเป็นจริงมีโอกาสน้อยที่จะเกิดสถานการณ์ในลักษณะนี้ ดังนั้นการตัดสินใจในสถานการณ์ที่แน่นอน จึงเป็นการตัดสินใจในอุดมคติมากกว่าความเป็นจริง
2. การตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ของการเสี่ยง (Decision making under risk situation) หมายถึง การตัดสินใจที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่แน่นอนน้อยกว่าการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่แน่นอน แต่พอจะทราบความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละเหตุการณ์ว่าเป็นอย่างไร โดยอาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบหรือคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต หรือจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ดังนั้นผู้ตัดสินใจจึงจำเป็นที่จะต้องใช้เทคนิค วิเคราะห์ข้อมูลหรือรับข่าวสารของเรื่องนั้น ๆ เป็นอย่างดีเพื่อที่จะทำการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ความเป็นไปได้หรือได้ผลดีต่อการปฏิบัติมากที่สุด
3. การตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (Decision making under uncertainty situation) หมายถึงลักษณะของการตัดสินใจที่ตรงข้ามกับการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่แน่นอนโดยสิ้นเชิง ผู้ตัดสินใจจะไม่สามารถทราบผล หรือความเป็นไปได้ของทางเลือกต่าง ๆ ไม่มีข้อมูลการตัดสินใจ ไม่มีโอกาสทราบความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์นี้ ผู้ตัดสินใจไม่มีโอกาสทราบผลลัพธ์แต่ละทางเลือก ดังนั้นผู้ตัดสินใจจะไม่ทราบว่าจะทางเลือกใดให้ผลตอบแทนสูงที่สุด

### กระบวนการตัดสินใจ

การตัดสินใจในการเลือกทางเลือกอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำอย่างเป็นกระบวนการ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ข้อเสนอของกระบวนการตัดสินใจไว้หลายทฤษฎี ดังนี้

สโตเนอร์ (Stoner, 1987 : 177-178) ได้ให้ทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจเพื่อสั่งการหรือเลือกทางเลือกซึ่งอาศัยเหตุผล ดังนี้

1. วิเคราะห์และจำกัดขอบเขตของปัญหา รวมถึงการพิจารณาองค์ประกอบของสถานการณ์นั้นๆ ข้อจำกัดที่มีผลกระทบต่อตัดสินใจ และความเป็นไปได้ของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่
2. การตั้งวัตถุประสงค์ หมายถึง การแยกแยะเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการตัดสินใจ พร้อมทั้งเกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดที่ครอบคลุมคุณภาพ การยอมรับและความถูกต้อง

3. การค้นหาทางเลือก เป็นขั้นตอนที่ผู้ทำการตัดสินใจ รวบรวมข้อเท็จจริง ศักยภาพของการยอมรับทางเลือกแต่ละทางที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ง่าย

4. การประเมินทางเลือกในเรื่องความเป็นไปได้ ค่าใช้จ่าย ความเที่ยงตรง ความเสี่ยง ความไม่แน่นอนของผลที่จะเกิดขึ้นเป็นอย่างไรในแต่ละทางเลือก เพื่อเลือกทางเลือกที่จะช่วยแก้ปัญห

5. การตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด และสอดคล้องที่สุด

6. การประเมินการตัดสินใจ เป็นขั้นตอนที่จะนำไปสู่การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพโดยการทบทวนทุกขั้นตอนที่ผ่านมา

7. ตัดสินใจปฏิบัติตามทางเลือก

อุไร มั่นหมั่น (2539 : 8-9) กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจ ว่าเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยใช้หลักเชิงเหตุผลเป็นลักษณะของการหาทางออกที่ดีที่สุดเป็นพื้นฐาน ซึ่งแบ่งขั้นตอนการตัดสินใจออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการแสวงหาข้อมูล (Data collection) เนื่องจากว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นย่อมมีสาเหตุ การเสาะแสวงหาข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา คือการเสาะหาสิ่งที่เป็นสาเหตุนั้นเพื่อมาเป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจ จะต้องกระทำอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ทั้งในแง่ของการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collective) และในแง่การวิเคราะห์ (Analysis) ซึ่งเป็นลักษณะเกี่ยวกับการวิจัย

2. ขั้นตอนการกำหนดทางเลือก (Formulation alternative) เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในกระบวนการตัดสินใจเป็นความพยายามจะครอบคลุมวิถีทางที่จะแก้ปัญหได้หลายๆ วิธี ต้องกำหนดให้ได้รูปธรรมหลัก ข้อเท็จจริงหลัก (Main fact) เป็นอย่างไรบ้างในทางเลือกนั้นๆ มีข้อเท็จจริงรูปธรรมหลัก ๆ อะไรบ้าง

3. ขั้นตอนการวิเคราะห์ทางเลือก (Analysing alternative) การวิเคราะห์ทางเลือกควรใช้ความเป็นจริงที่เป็นภาวะวิสัย (Objective analysis) พยายามหลีกเลี่ยงการนำค่า (Value) ทั้งหลายมาเกี่ยวข้องในการวิเคราะห์

4. ขั้นการเปรียบเทียบค่าทางเลือก (Value comparison) ขั้นตอนนี้เป็นการเปรียบเทียบโดยนำค่า (Value) เข้ามาเกี่ยวข้อง นำมาเปรียบเทียบขั้นตอนอื่นๆ ที่ปลอดจากค่า แล้วนำมาพิจารณาทางเลือกอีกทีหนึ่ง

5. ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด (Choice of alternative on the best set of alternative) ขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด

จะเห็นได้ว่า ทักษะการตัดสินใจเป็นความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล เพื่อเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมอย่างเป็นไปตามลำดับขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยขั้นระบุปัญหา ขั้นรวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ขั้นรู้จักทางเลือกที่มีอยู่ ขั้นบอกข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก และขั้น



ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย และในการศึกษาคำนี้มุ่งที่จะให้นักเรียนเกิดทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเรียนรู้จากประสบการณ์และการสังเกตจากตัวแบบจากกระบวนการดังกล่าวข้างต้น ทำให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้องและเหมาะสม

### แนวคิดเกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธ (Refusal Skill)

กรมอนามัย (2539 : 183) ได้กล่าวถึงการปฏิเสธไว้ว่า การปฏิเสธเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ทุกคนควรยอมรับได้ โดยไม่เสียสัมพันธภาพในหมู่เพื่อน เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เกิดประโยชน์ หรืออาจเกิดผลกระทบบนแง่ลบตามมา

รัตนา ดอกแก้ว (2539 : 30) ได้สรุปไว้ว่า ทักษะปฏิเสธต่อรอง เป็นสิทธิอันชอบธรรมของทุกคน และสามารถกระทำได้ โดยไม่ทำร้ายจิตใจอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดผลดีต่อตนเองในการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ และหากปฏิเสธสิ่งเหล่านี้ได้สำเร็จ อาจจะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมหรือความต้องการของอีกฝ่ายได้

สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน (2540 : 58) ได้กล่าวว่า ทักษะปฏิเสธ หมายถึง ความสามารถของ นักเรียนในการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนจากเพื่อน และหาทางออกเมื่อถูกเข้าขี้ หรือสบประมาทได้อย่างเหมาะสมและไม่เสียสัมพันธภาพที่จะช่วยหลีกเลี่ยงการมีภาวะเสี่ยงตลอดจนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

โดยสรุปแล้วทักษะการปฏิเสธ หมายถึง ความสามารถของนักเรียนในการที่จะปฏิเสธการกระทำบางอย่างที่ไม่ถูกต้องโดยมีทักษะการหลีกเลี่ยงที่ไม่ให้มีการเสียสัมพันธภาพและสามารถมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้เหมาะสม

ในการที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิเสธการชักจูงจากผู้อื่นนั้น มี ๔ ลักษณะ คือ (Napier and Gershenfeld อ้างใน วีรวรรณ สุธีร์ไกรลาส 2536 : 20-21)

1. ยอมรับการชักจูงโดยการทำตามบรรทัดฐานของกลุ่ม (Conformity) เป็นการทำตามกลุ่ม โดยไม่ได้มีการชักจูงหรือขอร้อง แต่ทำตามเนื่องมาจากอิทธิพลของกลุ่มและในสถานการณ์ที่มีความกดดัน หรือบังคับให้ทำตามระเบียบของกลุ่ม การทำตามในลักษณะนี้จะมีมากขึ้นเมื่อกลุ่มมีขนาดใหญ่ สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกว่าถูกบังคับ และได้รับการกระตุ้นบ่อยครั้ง

2. การยอมทำตามการชักจูงหรือการขอร้องจากผู้อื่น (Compliance) โดยไม่มีการบังคับ ซึ่งเป็นการชักจูงหรือขอร้องให้บุคคลอื่นกระทำในสิ่งที่ชอบหรือไม่ชอบอย่างชัดเจน การชักจูงให้ทำตามลักษณะนี้ผู้ถูกชักจูงจะรู้สึกว่าเป็นการยากที่จะปฏิเสธ บางครั้งจึงอยากต่อต้าน และมักจะยอมรับการชักจูงจากผู้ที่มีความสัมพันธ์กันมาก่อน หรือเพื่อหวังผลตอบแทน

3. การยอมรับการชักจูง หรือขอร้องจากผู้มีอำนาจเหนือกว่า (Obedience) เป็นการยอมทำตามที่มีผลต่อผู้ถูกชักจูงในทางลบทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็ก เด็กจะได้รับการเรียนรู้จากการเชื่อฟังพ่อแม่ และการเชื่อฟังจะมีมากหากเป็นคำขอร้องจากผู้มีอำนาจเหนือตน

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ทักษะที่จำเป็นสำหรับการป้องกันโรคเอดส์ นอกจากทักษะการตัดสินใจที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว ทักษะการปฏิเสธเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งเด็กนักเรียนหรือวัยรุ่นมักจะมีปัญหาว่า หลายๆ ครั้งการแสดงออกทำไปเพราะความเกรงใจเพื่อน กลัวเสียความสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อน แม้จะได้ตัดสินใจแล้วว่าไม่ต้องการทำเช่นนั้น ดังนั้นการปฏิเสธจึงเป็นสิ่งที่วัยรุ่นจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกฝนจนมีความชำนาญ โดยเฉพาะเมื่อถูกเพื่อนชักชวนต้องรู้จักปฏิเสธ และเมื่อถูกเพื่อนเข้าชี้ต้องรู้จักหาทางออก ซึ่งมีหลักในการปฏิเสธดังนี้ (กรมอนามัย, 2539)

1. ปฏิเสธอย่างจริงจังทั้งท่าทาง คำพูดและน้ำเสียง เพื่อแสดงความตั้งใจอย่างชัดเจนที่จะขอปฏิเสธ
2. ใช้ความรู้สึกเป็นข้ออ้างประกอบเหตุผล เพราะการใช้เหตุผลอย่างเดียวมักถูกโต้แย้งด้วยเหตุผลอื่น การอ้างความรู้สึกจะทำให้โต้แย้งได้ยากขึ้น
3. การขอความเห็นชอบ และแสดงการขอบคุณเมื่อผู้ชวนยอมรับ จะเป็นการรักษาน้ำใจของผู้ชวน
4. เมื่อถูกเข้าชี้ต่อหรือสบประมาท ไม่ควรหวั่นไหวไปกับคำพูดเหล่านั้น เพราะจะทำให้ขาดสมาธิในการหาทางออก ควรยืนหยัดการปฏิเสธและหาทางออกโดยเลือกวิธีต่อไปนี้
  - 4.1 ปฏิเสธซ้ำโดยไม่ต้องใช้ข้ออ้าง พร้อมทั้งบอกสาเหตุที่เลี่ยงจากเหตุการณ์ไป
  - 4.2 การต่อรอง โดยการหากิจกรรมอื่นที่ดีกว่ามาทดแทน
  - 4.3 การผลัดผ่อน โดยการขอยืดระยะเวลาออกไปเพื่อให้ผู้ชวนเปลี่ยนความตั้งใจ

ส่วนกระบวนการฝึกทักษะการปฏิเสธ จะประกอบด้วยขั้นตอนและกิจกรรมดังนี้ (กรมอนามัย 2539 : 17-21)

1. ขั้นรู้ชัดเห็นจริง ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มย่อยระดมสมอง และวิเคราะห์สถานการณ์
2. ขั้นลงมือกระทำ ใช้กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ โดยการแสดงบทบาทสมมติ อภิปรายกลุ่มย่อย และสรุปในกลุ่มใหญ่

จะเห็นได้ว่า การฝึกทักษะการปฏิเสธ เป็นความสามารถของนักเรียนในการปฏิเสธ เมื่อถูกชักชวนจากเพื่อนและหาทางออกเมื่อถูกเข้าชี้หรือสบประมาทได้อย่างเหมาะสมและไม่เสียสัมพันธภาพ ที่จะช่วยหลีกเลี่ยงการมีภาวะเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และการมีเพศสัมพันธ์ที่

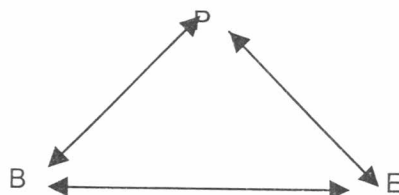
ปลอดภัย โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ และการฝึกปฏิบัติจากกระบวนการดังกล่าวข้างต้น ที่จะทำให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

#### 4.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม จัดได้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา Albert Bandura ซึ่งขณะนี้ เป็นอาจารย์อยู่ที่ Stanford University มลรัฐ California ประเทศสหรัฐอเมริกา Bandura มีผลงานทางวิชาการมากมายไม่ว่าจะเป็นงานวิจัย เขียนบทความวิชาการและตำรา ตำราส่วนใหญ่ของเขาก็จะเป็นการเขียนเพื่อเสนอแนวคิดของเขา และรวบรวมงานวิจัยที่เขาได้ทำมา ตำราที่เขาเขียนและมีการกล่าวถึงอยู่เสมอๆ อาจกล่าวได้ว่ามีอยู่ด้วยกัน 3 เล่ม คือ Principles of Behavior Modification ซึ่งได้ตีพิมพ์ในปี 1969 ต่อจากนั้นในปี 1977 เขาได้ตีพิมพ์ตำราของเขา ชื่อ Social Learning Theory เป็นตำราที่เสนอแนวคิดใหม่ของเขาเป็นแนวคิดที่ผสมผสานกันระหว่างแนวคิดของพฤติกรรมนิยมและแนวคิดของวิทยาศาสตร์ทางปัญญา จัดได้ว่าเป็นหนังสือที่ประกาศทฤษฎีใหม่ที่ตีเล่มหนึ่งทีเดียว ต่อมาในปี 1986 เขาได้ออกหนังสืออีก 1 เล่มคือ Social Foundations of Thought and Action เป็นหนังสือที่ขยายแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ของสังคม (Social Learning Theory) ให้กว้างขึ้น และเปลี่ยนชื่อทฤษฎีของเขาใหม่เป็น Social Cognitive Theory แทน

##### แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม

ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura นั้น Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ) ร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ซึ่งอาจจะเขียนได้ดังภาพต่อไปนี้



แผนภูมิ แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล (P) ซึ่งได้แก่ ปัญญา ชีวภาพและสิ่งภายในอื่นๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ก็ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้น จะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2536:45)

เพื่อให้เข้าใจได้ชัดเจนขึ้นจะพอพิจารณาปัจจัยที่กำหนดซึ่งกันและกันที่ละคู่ คู่แรกระหว่าง  $P \leftrightarrow B$  ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวังความเชื่อ การรับรู้ เป้าหมาย และความตั้งใจ เป็นการกำหนดทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิดเชื่อและรู้สึก มีผลต่อการที่บุคคลแสดงพฤติกรรม ในขณะที่เดียวกันผลจากการกระทำของบุคคลก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาลักษณะการคิดและการสนองตอบทางอารมณ์ของเขาลักษณะของ ร่างกายและระบบประสาทของการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล เช่นเดียวกับระบบของสมองและการรับรู้ก็ปรับเปลี่ยนได้โดยประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน (Greenough et al., 1987)

การกำหนดซึ่งกันและกันของ  $E \leftrightarrow P$  เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคล และสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้นจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลทางสังคม ที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการสนองตอบทางอารมณ์ด้วยการผ่านตัวแบบการสอนและการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกับบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างกันแบบการสอนและการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างกันจากสภาพสังคมที่เขาอาศัยอยู่ จากลักษณะทางกายของเขา เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศและความน่าสนใจของร่างกาย ที่ค่อนข้างจะแตกต่างออกไป และจากที่เขาพูดและทำ นอกจากนี้การสนองตอบนั้นขึ้นอยู่กับบทบาทและสถานภาพทางสังคมของเขาอีกด้วย เช่น เด็กที่ถูกมองว่าเป็นเด็กก้าวร้าวจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างไปจากเด็กที่ถูกมองว่าไม่กล้าแสดงออก เป็นต้น

การกำหนดซึ่งกันและกันของ  $B \leftrightarrow E$  เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของคนเรา พฤติกรรมเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม ในขณะเดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้น ก็ทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วย สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลใดๆ ต่อบุคคล จนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น เช่น ครูผู้สอนจะไม่มีอิทธิพลต่อเด็ก จนกว่าเด็กจะเข้าเรียนผู้ปกครองจะไม่ชมเด็กถ้าเด็กยังไม่แสดงพฤติกรรมที่จะให้ชม เป็นต้น เนื่องจากทั้งพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน ดังนั้นบุคคลจึงเป็นทั้งผู้ก่อให้เกิด และเป็นทั้งผลผลิตของสภาพแวดล้อม การมีผลซึ่งกันและกันนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของกระบวนการสังคมประกิต จากเดิมซึ่งมองว่าผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อเด็กเช่นใด มาเป็นทั้งผู้ปกครอง และเด็กมีอิทธิพลต่อกันและกันเช่นนั้นแทน

นอกจากจะเสนอปัจจัยทั้ง 3 ที่กำหนดซึ่งกันและกันแล้ว Bandura ยังได้ขยายแนวคิดของการเสริมแรงออกไปอีกโดยที่เขา กล่าวว่า การเสริมแรงอาจจะมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมของบุคคลที่เคยเรียนรู้มาแล้วแต่ค่อนข้างจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเป็นการยากที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในธรรมชาติโดยไม่ได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมมาก่อน ด้วย เหตุนี้ Bandura จึงมีความเชื่อว่าคนเราส่วนใหญ่จำเป็นต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญาของ Bandura จึงได้เน้นแนวคิด 3 ประการด้วยกันคือ (อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2536: 52)

1. แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)
2. แนวคิดของการกำกับตนเอง (Self-Regulatory)
3. แนวคิดของความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

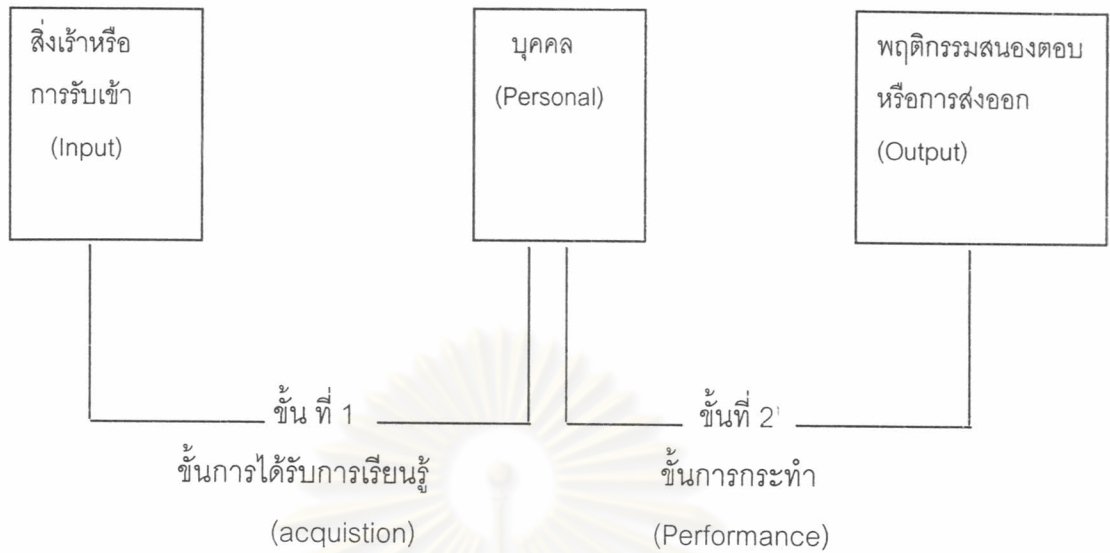
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจจะพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนจำพยาบาลเรือ โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ จึงขอเสนอการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างนี้

#### แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือเลียนแบบ (Observational Learning)

เป็นการยากที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในธรรมชาติ โดยไม่ได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้แบนดูราจึงมีความเชื่อว่าคนเราส่วนใหญ่จำเป็นต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น

แบนดูรา (อ้างในสุรางค์ โค้วตระกูล 2537:120) กล่าวว่า การเรียนรู้โดยการเลียนแบบมี 2 ชั้น คือชั้นแรกเป็นชั้นการได้รับการเรียนรู้ทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ ชั้นที่ 2 เรียกว่าชั้นการกระทำซึ่งอาจจะกระทำหรือไม่กระทำก็ได้ การแบ่งชั้นของการเรียนรู้แบบนี้ทำให้ทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูราแตกต่างจากทฤษฎีพฤติกรรมนิยมชนิดอื่นๆ การเรียนรู้ที่แบ่งออกเป็น 2 ชั้น อาจจะแสดงด้วยแผนภูมิ ดังต่อไปนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

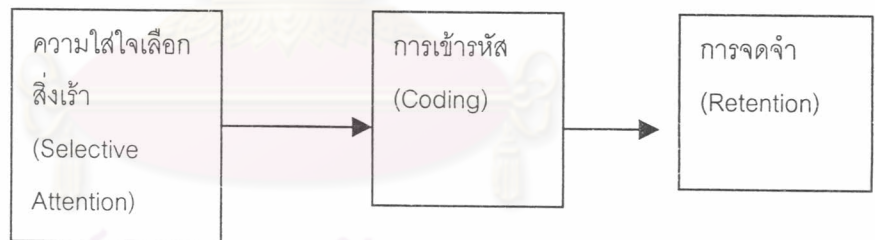


แผนภูมิ ขั้นของการเรียนรู้โดยการเลียนแบบ

ขั้นการได้รับการเรียนรู้ ประกอบด้วยส่วนประกอบที่สำคัญ 3 ลำดับดังแสดงในแผนภูมิ

ตัวแบบ (Model)

(Input)



แผนภูมิ ส่วนประกอบของการเรียนรู้ขั้นการได้รับการเรียน

จากแผนภูมิจะเห็นว่าส่วนประกอบทั้ง 3 อย่างของการได้รับการเรียนรู้เป็นกระบวนการทาง สติปัญญา (Cognitive Processes) ความใส่ใจที่เลือกสิ่งเร้ามีบทบาทสำคัญในการเลือกตัวแบบ

สำหรับขั้นการกระทำ (Performance) นั้นขึ้นอยู่กับผู้เรียนเช่นความสามารถทางด้านร่างกาย ทักษะต่างๆ รวมทั้งความคาดหวังที่จะได้รับแรงเสริมซึ่งเป็นแรงจูงใจ

ตัวแบบแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทด้วยกันคือ (Bandura อ้างใน สุปรียา ต้นสกุล 2540 : 60)

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Model) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง

2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือนวนิยาย เป็นต้น

3. ตัวแบบที่เป็นคำสอน (Instruction) ได้แก่ หนังสือ ตำราต่างๆ

#### อิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกต

แบนดูรา ได้กล่าวถึงอิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกตไว้พอสรุปได้ดังนี้ (Bandura 1997 :40-50)

1. การสร้างพฤติกรรมใหม่ ตัวแบบสามารถช่วยให้ผู้สังเกตสร้างพฤติกรรมใหม่โดยผู้สังเกตจะรวบรวมแบบแผนการกระทำที่ได้เห็น หรือได้ยินมาแล้วถ่ายทอดออกมาเป็นการกระทำ

2. การสร้างกฎเกณฑ์ หลักการใหม่ ในสภาพการณ์ที่ผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบ ตัวแบบจะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถสร้างกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่ขึ้นมาได้ เช่น การเรียนรู้ทางภาษา ผู้เรียนสามารถสร้างหลักในการเข้าประโยคจากการได้ยินตัวแบบพูด

3. การสอนพฤติกรรมสร้างสรรค์ ตัวแบบจะช่วยพัฒนาพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ขึ้นมาได้ ทั้งเนื่องจากการได้เห็นพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจากตัวแบบ มนุษย์สามารถนำประสบการณ์ที่ตนมีอยู่ ประกอบกับการกระทำของตัวแบบพัฒนาขึ้นมาเป็นพฤติกรรมใหม่ๆ ได้

4. การยับยั้งการกระทำและการหวั่นเกรงที่จะกระทำ ตัวแบบมีอิทธิพลต่อการยับยั้งหรือความหวั่นเกรงที่จะกระทำพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบถูกลงโทษ ผู้สังเกตมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำตามตัวแบบนั้น และในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สังเกตเห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และถูกห้ามปรามแล้วไม่มีผลกรรมใดๆ ตามมา ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำตามตัวแบบนั้น

5. การส่งเสริมการกระทำ ตัวแบบมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าผู้สังเกตเห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมใดแล้วได้รับการเสริมแรง (Vicarious reinforcement) ผู้สังเกตเห็นตัวแบบที่แสดงความก้าวร้าว และได้รับการยกย่องว่าเป็นสิ่งที่ดี ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำตามมากขึ้นเช่นกัน

6. ด้านอารมณ์ นอกจากตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อผู้สังเกตในการกระทำตามตัวแบบดังกล่าวมาแล้ว ตัวแบบยังมีอิทธิพลต่ออารมณ์ของผู้สังเกตอีกด้วย ตัวแบบจะกระตุ้นให้ผู้สังเกตเกิดแนวคิดและความรู้สึกคล้ายตามตัวแบบ

7. การเผยแพร่แนวคิดและการกระทำ การกระทำของตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการเผยแพร่แนวคิดและการกระทำต่างๆ ใ้บุคคลในสังคมกระทำตาม นอกจากนี้ตัวแบบยังสามารถเผยแพร่แนวคิดและการกระทำดังกล่าวนั้นจากสังคมหนึ่งไปสู่อีกสังคมหนึ่งด้วย กระบวนการเผยแพร่แนว

คิดและการกระทำดังกล่าวนั้นจากสังคมหนึ่งไปสู่อีกสังคมหนึ่งได้ด้วย กระบวนการเผยแพร่พฤติกรรมทางสังคมใหม่ๆ ดังกล่าวนี้มี 2 กระบวนการคือ กระบวนการเรียนรู้โดยตรง เป็นการได้เรียนรู้จากตัวแบบแล้วนำมากระทำ และอีกกระบวนการหนึ่งได้แก่ การดัดแปลงประสบการณ์ที่ได้รับจากการสังเกตตัวแบบแล้วแสดงออกมา ดังนั้น การเรียนรู้จากตัวแบบ นอกจากผู้สังเกตจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองแล้วยังมีผลต่อสังคมเปลี่ยนแปลงอีกด้วย

### การสอนโดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์

Bandura (1986) กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเรียนรู้จากตัวแบบโดยกระบวนการสังเกต ได้แก่ การสังเกตพฤติกรรมและผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของบุคคลอื่น อีกทั้งการได้รับรู้ข่าวสารซึ่งเป็นการเรียนรู้ทางอ้อม เมื่อผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบแสดงออกถึงการกระทำนั้นๆ ผู้สังเกตก็จะสามารถรับรู้การกระทำเก็บไว้เป็นสัญลักษณ์และจะเป็นข้อมูลให้บุคคล ได้นำมาพิจารณาสำหรับการกระทำพฤติกรรมต่อไปอย่างเหมาะสม ซึ่งการเรียนรู้ทางสังคมเป็นการเรียนรู้ทั้งจากประสบการณ์ตรง และการเรียนรู้จากการสังเกต การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เช่น การประสบเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ได้รับผลที่เกิดจากการกระทำต่างๆ ด้วยตนเอง แต่วิธีที่เรียนรู้ด้วยประสบการณ์ตรง มีข้อจำกัดอยู่มากเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากเกินกว่าเวลาและโอกาสของผู้เรียนแต่ละคนจะอำนวยและผลของการกระทำบางอย่างก็เป็นอันตราย หากจะต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง แต่สำหรับกระบวนการเรียนรู้ด้วยการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลได้เห็นพฤติกรรมของผู้อื่น และเห็นผลของการกระทำนั้น เป็นการเรียนรู้จากตัวแบบ ซึ่งมีลักษณะพิเศษคือ มีการถ่ายทอดผ่านตัวแบบ สามารถจัดให้มีสถานการณ์จำลองได้ และใช้กลุ่มคนจำนวนมาก โดยผ่านตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ แสดงออกมาให้รู้ได้ทางภาษา (Words) และเป็นภาพ (images) ซึ่งผู้สังเกตสามารถทำความเข้าใจได้ดีกว่าการถ่ายทอดในภาพแวดล้อมที่มีสิ่งเร้าให้อินทรีย์แสดงพฤติกรรม

### กระบวนการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบ

ในการเรียนรู้โดยการสังเกต Bandura (1986) ได้กล่าวไว้ว่า ประกอบด้วย 4 กระบวนการสำคัญ ดังนี้

1. **กระบวนการสนใจ** (attention processes) การเรียนรู้จากการสังเกตจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าหากบุคคลไม่มีความตั้งใจ หรือสนใจในการรับรู้อย่างถูกต้องถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการสนใจ จะเป็นตัวกำหนดว่า บุคคลจะเลือกสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้นๆ ซึ่งองค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการสนใจ ประกอบด้วยสององค์ประกอบคือ องค์ประกอบของตัวแบบจะต้องมีความเหมาะสม และมีผลต่อระดับ และอัตราของการเรียนรู้ เพื่อทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ตัวแบบจึงต้องมีความเด่นชัด ดึงความสนใจ มีอิทธิพลต่ออารมณ์ ทำให้ผู้สังเกตเกิด



ความพึงพอใจ พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกต้องไม่มีความซับซ้อนมากสามารถโน้มน้าวจิตใจได้ และมีคุณประโยชน์ต่อผู้สังเกตด้วย

ส่วนองค์ประกอบของผู้สังเกตจะประกอบด้วยความสามารถในการเรียนรู้ ได้แก่ ความสามารถในการเห็น การได้ยิน การรู้รส กลิ่น และการสัมผัส ส่วนระบบของการรับรู้ หมายถึง แนวการรับรู้ของบุคคลที่จะสะสมมาจากประสบการณ์ในอดีต นำมาตีความถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้มา นอกจากนี้ผู้สังเกตจะต้องมีความสามารถทางปัญญา ระดับของการสนใจ หรือเกิดความสงสัย และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อน สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความต้องการที่จะค้นหาสิ่งต่างๆ ที่ได้เห็น ได้ยินมาแล้วนำมาวิเคราะห์ดูว่าสิ่งที่ได้เห็นมานั้นเป็นอย่างไร โดยกระบวนการทางปัญญานี้เห็น ได้ยินมาแล้วนำมาวิเคราะห์ดูว่าสิ่งที่ได้เห็นมานั้นเป็นอย่างไร โดยกระบวนการทางปัญญานี้จะมีความเกี่ยวข้องอย่างมากต่อการรับรู้ ดังนั้นทั้งลักษณะตัวแบบและลักษณะของผู้สังเกต จะมีส่วนทำให้การเลียนแบบของผู้ดูตัวแบบมีประสิทธิภาพ

2. กระบวนการเก็บจำ (retention processes) บุคคลจะไม่ได้สามารถเกิดพฤติกรรมดังเช่นที่ปรากฏในตัวแบบได้ ถ้าหากไม่สามารถจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ ดังนั้นกระบวนการเก็บจำจึงเป็นกระบวนการที่สองของการเรียนรู้จากการสังเกต กระบวนการนี้จะเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของตัวแบบ ข่าวสารที่ตัวแบบแสดงให้เห็นนั้นจะถูกเก็บไว้ในรูปสัญลักษณ์ เช่น ถูกเก็บไว้เป็นภาพ หรือเสียง แล้วถ่ายทอดเก็บเป็นประสบการณ์ไว้ในรูปของความจำอย่างถาวร ยิ่งไปกว่านั้น ความสามารถของการเก็บจำไว้ในลักษณะสัญลักษณ์นี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้พฤติกรรมของตัวแบบได้ดีขึ้น ในกระบวนการนี้มีองค์ประกอบย่อยที่จะส่งผลต่อการเก็บจำ ได้แก่ ปัจจัยของตัวแบบ และปัจจัยของผู้สังเกต ปัจจัยด้านตัวแบบ ได้แก่ การแปลความเป็นสัญลักษณ์ในการถ่ายทอดข้อมูล และการจัดโครงสร้างของข้อมูลใหม่ในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

กระบวนการเก็บจำนี้มีเป้าหมาย เพื่อต้องการให้มีการถ่ายทอดสิ่งที่ได้เห็น ได้ยินมาเก็บเป็นสัญลักษณ์ไว้ โดยจะเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ และประมวลไว้ในระบบของความจำเป็นภาพและภาษา และมีระบบการนำข้อมูลเหล่านั้น มาเสนอซ้ำอีกได้ เพื่อเป็นแนวทางให้บุคคลได้สร้างแบบแผนของพฤติกรรมขึ้นมาใหม่ หรือเกิดความคิดที่จะแสดงพฤติกรรมแบบใหม่ได้ ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการเก็บจำอื่นๆ อีก เช่น การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญาการชักช่อมลักษณะของ ตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเองและชักช่อมด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถทางปัญญาและโครงสร้างทางปัญญาด้วย

3. กระบวนการแสดงออก (production processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ ซึ่งกระบวนการนี้จะมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับภาระระลึกสิ่งที่จำได้ทางความคิด โดยบุคคลจะระลึกถึงแบบแผนพฤติกรรมที่เก็บจำไว้ในความคิดออกมา แล้วแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตัวแบบ ถ้าบุคคลจำแบบแผนทางความคิด

ได้ แม่นยำก็มีโอกาสกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้ถูกต้อง แต่บางครั้งการกระทำอาจจะยังไม่ถูกต้อง บุคคลจึงต้องมีการสังเกตการกระทำด้วยตนเองทั้งในด้านการกระทำและความรู้สึกต่างๆ ซึ่งถ้ามีการให้ข้อมูลย้อนกลับจากภายใน คือ การสังเกตของตนเอง และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับจากภายนอก คือ การสังเกตและคำบอกเล่าจากผู้อื่นแล้ว บุคคลจะเอาข้อมูลย้อนกลับเหล่านั้นมาเทียบเคียงกับการกระทำที่เก็บเป็นภาพไว้ในความคิด เพื่อการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนี้จะมีการสังเกตการกระทำตามตัวแบบได้ดีแล้ว ลักษณะของผู้สังเกตจะต้องมีความสามารถทางกาย ที่จะกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ และมีทักษะในพฤติกรรมย่อย ซึ่งเป็นทักษะเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การเลียนแบบพฤติกรรมตามที่ตัวแบบกระทำ

4. กระบวนการจูงใจ (motivation processes) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมได้แสดงให้เห็นถึงข้อแตกต่างระหว่างสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใหม่ และการแสดงออก โดยข้อแตกต่างนี้ชี้ให้เห็นว่ามนุษย์ไม่จำเป็นที่จะต้องแสดงออกในพฤติกรรมทุกอย่างที่เกิดจากการเรียนรู้มา พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตที่มีความพึงพอใจ จะยังไม่แสดงเป็นพฤติกรรมตามตัวแบบออกมาก็ได้ โดยเก็บไว้ในกระบวนการทางปัญญา หรือบางพฤติกรรมก็แสดงออกมาตามตัวแบบ การแสดงออกของพฤติกรรมผ่านการเรียนรู้จากการสังเกตได้มีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจสามชนิดคือ แรงจูงใจจากภายนอก เช่น สิ่งของที่จับต้องได้ อาทิ เช่น เงิน สิ่งของ รางวัล ความรู้สึกที่พอใจ การยกย่องชมเชย แรงจูงใจจากการเห็นผู้อื่นได้รับการเสริมแรงหรือลงโทษ หมายถึง แรงจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับจากการกระทำพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นแรงจูงใจที่นำปรารถนาหรือไม่นำปรารถนาสำหรับผู้สังเกต ก็จะจูงใจให้ผู้สังเกต

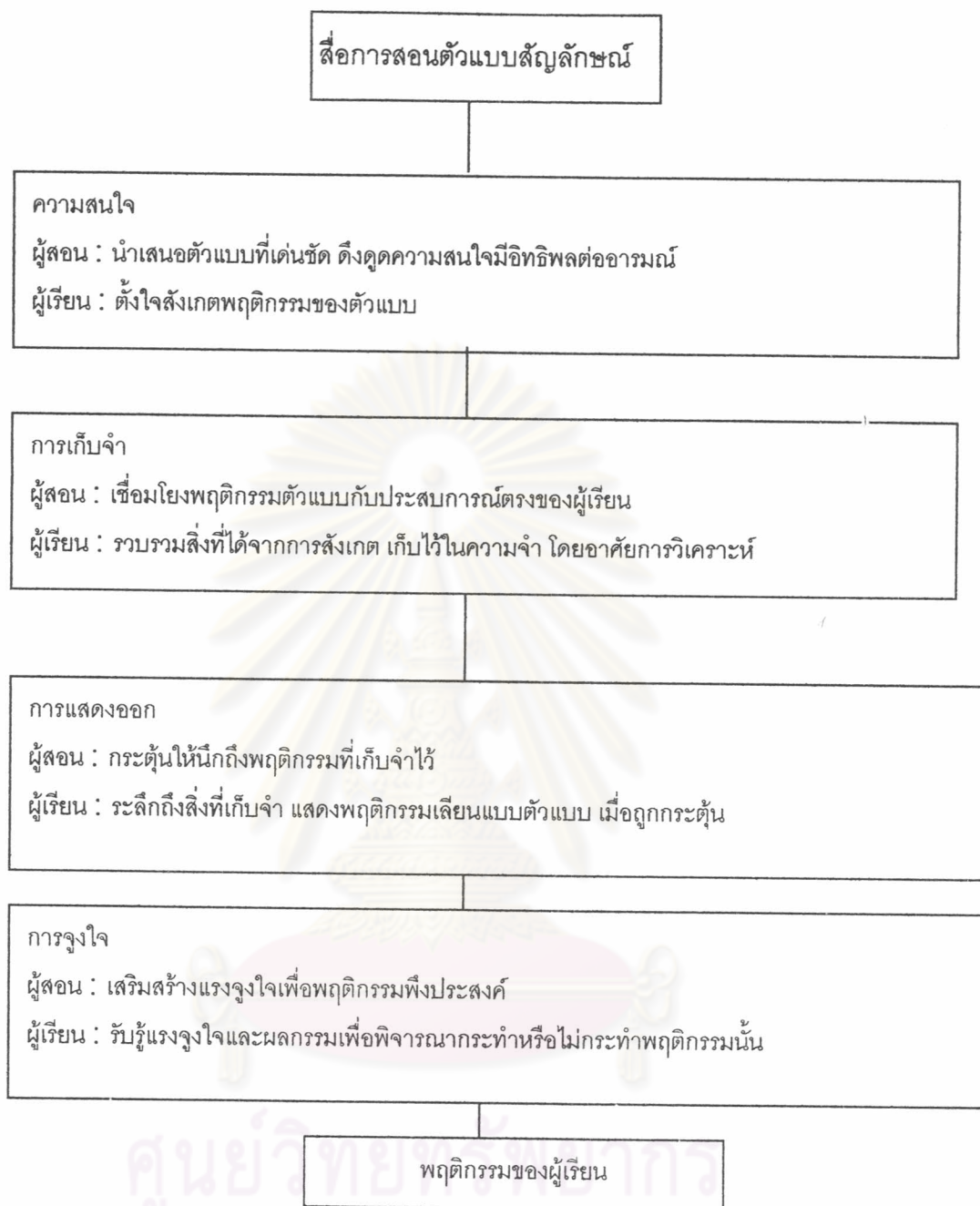
#### การใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ในการสอน

การนำตัวแบบสัญลักษณ์มาใช้ในการเรียนการสอนนั้น เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เพื่อให้มีคุณลักษณะตามที่ต้องการเสริมสร้าง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งสรุปเป็นขั้นตอนสำคัญในการสอนโดยใช้ตัวแบบ ได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นนำ เป็นการนำเข้าสู่การเสนอตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นการสนทนาซักถามผู้เรียนเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการให้ผู้เรียนสังเกตในตัวแบบนี้

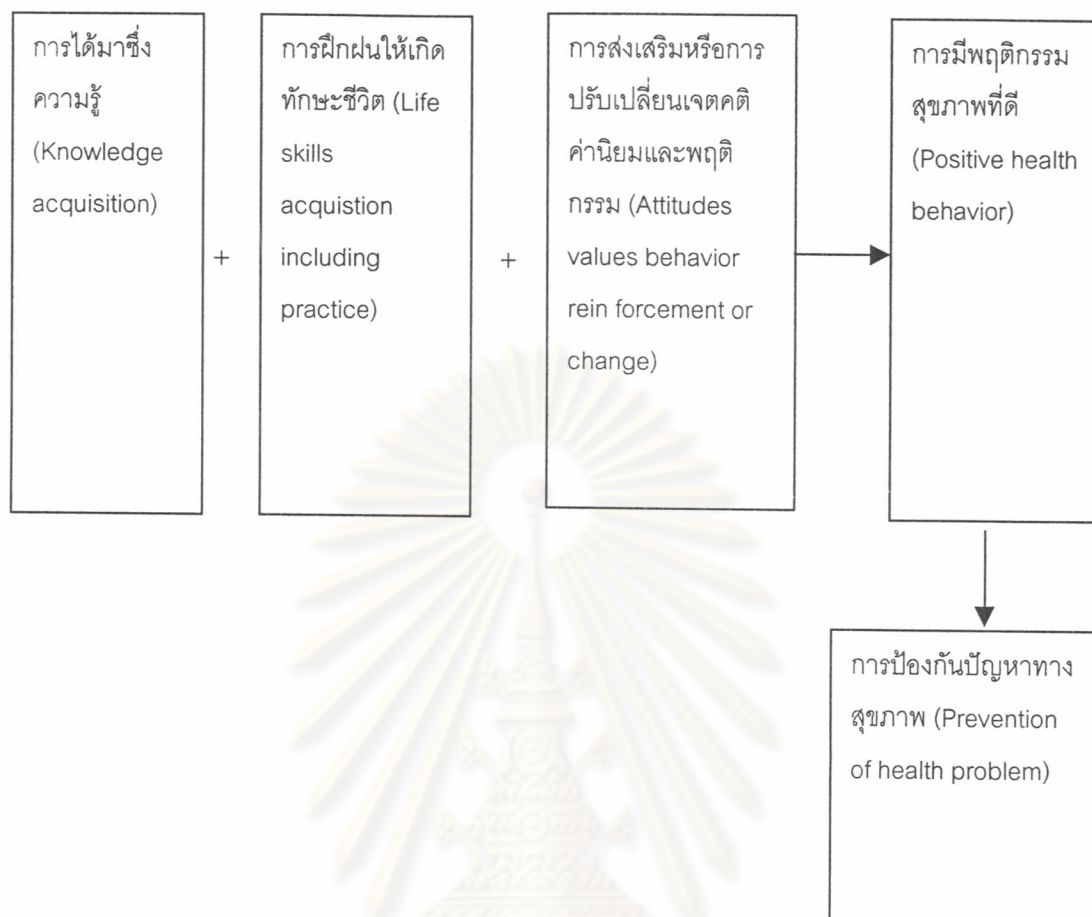
ขั้นที่ 2 ขั้นเสนอตัวแบบ โดยเสนอเรื่องราวของตัวแบบให้ผู้เรียนสังเกตพฤติกรรมตัวแบบ โดยผ่านสื่อต่างๆ ที่จัดทำขึ้น ในขั้นตอนนี้อาจมีการเพิ่มการอภิปราย วิเคราะห์ วิวิจารณ์ หรือซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่สังเกต เพื่อให้เกิดความคิดที่จะเลียนแบบ

ขั้นที่ 3 ขั้นสรุป เป็นขั้นสุดท้ายของการสอน โดยให้ผู้เรียนสรุปสิ่งที่ได้จากการสังเกตตัวแบบแล้วผู้สอนช่วยสรุปเพิ่มเติมจากลำดับขั้นของการสอนโดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ สามารถเทียบเคียงกับองค์ประกอบการเรียนรู้ด้วยการสังเกตตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา ผู้วิจัยได้สรุปเป็นแผนภาพดังต่อไปนี้



#### 4.4 ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนั้น แม้ว่าจะมีการให้ความสำคัญว่า ความรู้ ทักษะคิดและค่านิยม เป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์จนอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถทำนายได้ว่าบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอไป จึงมีการนำทักษะชีวิตเข้ามาใช้ โดยให้ทักษะชีวิตทำหน้าที่เปรียบเสมือนตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้ ทักษะคิด ค่านิยม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางสุขภาพได้



กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิต (Life skill) และการป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (WHO, 1994 : 4)

จากกรอบแนวคิดข้างต้น จะเห็นได้ว่าทักษะชีวิตเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้ เจตคติ และค่านิยมเพื่อนำไปสู่ความสามารถที่แท้จริง เช่น จะทำอะไร และทำอย่างไร (what to do and How to do it) ผู้วิจัยจึงได้นำคะแนนวัดความรู้ของนักเรียนจำพยาบาลมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคของแต่ละคน โดยที่เมื่อมีความรู้แล้วสามารถที่จะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ทักษะชีวิตเป็นความสามารถที่จะนำไปสู่หนทางแห่งการมีสุขภาพดี ดังที่ปรารถนาตามขอบเขตหรือโอกาสที่จะทำได้ ทั้งนี้การนำทักษะชีวิตไปใช้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมทางวัฒนธรรมและครอบครัวที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย

การสอนทักษะชีวิตในเยาวชนจึงมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันปัญหาในด้านต่างๆ สำหรับเยาวชนการนำทักษะชีวิตมาใช้ในกลุ่มนักศึกษา แพทย์และผู้ให้คำปรึกษา ทักษะการแก้ปัญหาและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และในกลุ่มนักบริหารธุรกิจ และการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้นำมาใช้กับประชาชนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต กลยุทธ์ที่เหมาะสมของการนำทักษะชีวิตมาใช้ควรจะเริ่มต้นจากกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อยู่ในระบบโรงเรียน ซึ่งการส่งเสริม

การเรียนการสอนทักษะชีวิตเป็นการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล และมีสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันเยาวชนตั้งแต่เริ่มแรกก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในอนาคต

และในการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนจำหน่ายยาบาลทหารเรือ นั้น เป็นการจัดการเรียนการสอนที่ยึดนักเรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-Centered) (กรมอนามัย, 2539 : 5) โดยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของเขาเอง หรือที่เรียกว่า วิธีการสอนแบบมีส่วนร่วม (Participatory methods) (WHO 1994 : 7 ; WHO/NESCO 1994 : 9) ซึ่งมีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ ( กรมอนามัย, 2539 : 5)

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของนักเรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำทหายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน หรือเรียกว่า Active learning
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. มีการสื่อสารโดยการพูด หรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้

ในกระบวนการสอนทักษะชีวิต เพื่อให้ให้นักเรียนจำหน่ายยาบาลทหารเรือมีความสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาในสภาพแวดล้อมต่างๆ ในสังคม โดยเฉพาะปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกำลังทวีความรุนแรงขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมได้นั้น สิ่งสำคัญประการหนึ่งขึ้นอยู่กับวิธีการสอนที่มีระบบ ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้ใช้ในการให้การศึกษาแก่นักเรียนเพื่อจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ปรารถนา (Redden and Ryan อ้างใน สุรีย์ จันทรมณี 2527 : 2) โดยใช้กระบวนการสอน สื่อการสอนประกอบและจัดวิธีการสอนให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติ ซึ่งวิธีที่เหมาะสมที่ใช้ในการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การใช้คำถาม การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ เกมส์และการสาธิต ( WHO 1994 : 5; WHO/NESCO 1994 : 9)

และในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้คัดเลือกพัฒนาองค์ประกอบของทักษะชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาทางพฤติกรรม และจำเป็นต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยเกี่ยวกับเรื่องเพศและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติทางการพยาบาลของนักเรียนจำหน่ายยาบาลทหารเรือ ซึ่งได้แก่ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการปฏิเสธ โดยร่วมกับการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านตัวแบบของแบนดูรามาเป็นกลวิธีในการสอน

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะชีวิต

รัตนา ดอกแก้ว (2539 : 134-147) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดแพร่ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ตามแนวคิดเกี่ยวกับทักษะชีวิตศึกษาขององค์การอนามัยโลก ในนักเรียน 81 คน เป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 41 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองนักเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ รวมทั้งมีทักษะชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ทักษะการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ทักษะการปฏิเสธต่อรอง หรือทักษะการพัฒนาปรับเปลี่ยนทัศนคติ รวมทั้งสามารถพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิมพ์ใจ บุญยัง (2540) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดนราธิวาส จำนวน 114 คน เป็นกลุ่มทดลอง 63 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 51 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนตามโปรแกรมการสอนเสริมทักษะชีวิต จากครูที่ผ่านการศึกษาก่อนสอนทักษะชีวิตด้วยตนเองจากคู่มือครู โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีทักษะการตัดสินใจไม่ลองเสพยาเสพติด ทักษะการปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนให้เสพยาเสพติด และมีพฤติกรรมในการป้องกันเสพยาเสพติดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดุชนิ เจริญสุข (2540) ได้ศึกษาผลการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีจับฉลาก นักเรียนกลุ่มทดลองมี 37 คน (ชาย 21 คน หญิง 16 คน) และนักเรียนกลุ่มควบคุมมี 35 คน (ชาย 15 คน หญิง 20 คน) นักเรียนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตที่ประยุกต์มาจากแนวคิด ทักษะชีวิตศึกษาขององค์การอนามัยโลกและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมเพื่อพัฒนานักเรียนในด้านความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเอง ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ทักษะการปฏิเสธโดยสอนในหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวิชาสุขศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหลักสูตรของโรงเรียน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิเสธและพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ สูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกต่อคุณค่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่าง

ทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเอง ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ในระหว่างก่อนและหลังทดลอง ซึ่งอาจเนื่องจากทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เป็นทักษะที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนาและในระยะติดตามผล ความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย เพราะความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นได้นอกเหนือจากกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิตแล้วยังเกิดจากสภาพแวดล้อมอื่นๆ ด้วย และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเอง ทักษะการปฏิเสธกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-vale} < 0.05$ ) ผลจากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ช่วยให้นักเรียนมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์มากขึ้น

สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน (2540) ได้ศึกษาการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 86 คน เป็นกลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตตามแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลกร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีประสบการณ์จริงของคอล์สบมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียน โดยกำหนดสถานการณ์จำลองและใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม ได้แก่ การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกทักษะ เกม และการสาธิต มีการรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้การสอบถามแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความรับผิดชอบในการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความรับผิดชอบในการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิชัย ไทยอุดม (2540) ได้ศึกษาการประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตในการสอนเพศศึกษาแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 38 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนเพศศึกษาโดยประยุกต์แนวคิด ทักษะชีวิตศึกษาตามรูปแบบกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลกมาใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนเพศศึกษาตามปกติของโรงเรียนมีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา ความภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพสูงกว่าก่อนทำ

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความรับผิดชอบต่อสังคม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้ในเรื่องเพศศึกษาและความภูมิใจในตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญสถิติ

พิสมัย สุขอมรรตน์ (2540 : 110-120) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะชีวิตที่จำเป็นจะช่วยป้องกันการสูบบุหรี่ได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 86 คน เป็นกลุ่มทดลอง 46 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดให้แก่ นักเรียนทดลองประกอบด้วย แผนการสอนจำนวน 7 แผน มีลักษณะเป็นคู่มือซึ่งประกอบด้วย การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และทักษะการจัดการกับความเครียด โดยเน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง บรรยายนำสั้นๆ การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม การฝึกปฏิบัติโดยแสดงบทบาทสมมติ เก็บรวบรวมข้อมูล กระทำ 3 ครั้ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามและวิธี ไฟกัส ไฟฟ์ไลน์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีทักษะการตัดสินใจไม่สูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ เพราะมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองและทักษะการจัดการกับความเครียดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรีชา แจ่มวิถีเลิศ (2540) ได้ศึกษาผลการประยุกต์ทักษะชีวิตในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 กรุงเทพมหานคร โดยใช้การบรรยายประกอบวีดิทัศน์และภาพพลิก อภิปรายกลุ่ม สถานการณ์จำลองและการแสดงบทบาทสมมติ พบว่าภายหลังจากทดลอง นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทักษะการแก้ปัญหาของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทักษะการปฏิเสธการชักชวน ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ถูกต้องมากขึ้นกว่าการทดลอง และมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐพงศ์ พุดห้ำ (2541) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการ



ทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความรับผิดชอบ ในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในส่วนของทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Gilchrist, et al. (1986-1987 : 73-84) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทักษะชีวิต (Life Skills Counselling) เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ในวัยรุ่นถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 4 เรื่องด้วยกันคือ การระมัดระวังในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์โดยไม่ตั้งใจ การใช้ยาเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และปัญหาความเครียด และการถูกทอดทิ้งจากสังคมในมารดาที่เป็นวัยรุ่น โดยประยุกต์โปรแกรมการให้คำปรึกษาทักษะชีวิต เพื่อให้เกิดทักษะใหม่ๆ กับวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาทักษะชีวิต สามารถที่จะลด ปรับเปลี่ยนหรือป้องกันการพฤติกรรมทั้ง 4 อย่างให้กับวัยรุ่นได้ และจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้อสรุปได้ว่า การประยุกต์แนวคิดในการใช้ทักษะชีวิตสามารถใช้ในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของนักเรียนหรือวัยรุ่น อันเนื่องมาจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเรื่องปัญหาการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและขาดการป้องกัน สถานะเจริญวัยที่เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการควบคุมตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้วัยรุ่นกลายเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นประโยชน์และความสำคัญของการสอนโดยใช้ตัวแบบในการพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนจำพยาบาลทหารเรือ จึงสร้างแผนการสอนทั้งหมด 4 ชุด โดยเป็นการสอนโดยใช้ตัวแบบตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบแบนดูราในการพัฒนาทักษะชีวิต โดยคาดว่าจะการสอนแบบนี้จะสามารถทำให้นักเรียนจำพยาบาลทหารเรือได้มีโอกาสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ทางดีขึ้นเรื่อยๆ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### การสอนโดยใช้ตัวแบบในการพัฒนาทักษะชีวิต

ใช้แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1977) ทั้ง 4 กระบวนการคือ สนใจ เก็บจำ กระทำและภูมิใจ เพื่อเป็นกลวิธีในการสอน

**ขั้นตอนที่ 1** แผนการสอนชุดที่ 1 เรื่อง การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสม

- วิดีโอตัวแบบเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2543) และเชิญผู้เชี่ยวชาญมาเป็นวิทยากรรับเชิญเพื่อเกิดความสนใจและเก็บจำ

- การใช้กิจกรรมร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม (การกระทำ)

**ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนาทักษะชีวิต 3 ด้าน ตามแนวคิดของ WHO (1987)

ประกอบด้วย

**แผนการสอนชุดที่ 2** การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

- การยกกรณีศึกษาและสถานการณ์จำลองเพื่อเกิดความสนใจและเก็บจำ

- การระดมสมอง อภิปรายกลุ่มย่อยและฝึกทักษะการคิด (การกระทำ)

- นำสู่อภิปรายกลุ่มใหญ่เพื่อบรรยายสรุปประเด็นสำคัญและภูมิใจให้เกิดความคิดที่เหมาะสม (การภูมิใจ)

**แผนการสอนชุดที่ 3** การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ

- สถานการณ์สมมติแบบเทปเสียง (ความสนใจและการเก็บจำ)

- แจกใบกิจกรรมแก่กลุ่มย่อยประกอบการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม

- นำมาสู่อภิปรายกลุ่มใหญ่เพื่อภูมิใจสู่พฤติกรรมที่ถูกต้อง

**แผนการสอนชุดที่ 4** การพัฒนาทักษะการปฏิเสธ

- การใช้ตัวแบบจากการแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับพฤติกรรมของวัยรุ่นต่างๆ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

- แบ่งเป็นกลุ่มย่อยมาอภิปรายโดยมีการแจกใบกิจกรรม

- นำมาสู่อภิปรายกลุ่มใหญ่เพื่อภูมิใจให้เกิดความตระหนักในตนเอง

**ขั้นตอนที่ 3** สรุปแนวคิดและนำไปปฏิบัติพร้อมทั้งมอบรายงานประจำวันในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

### พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1. การดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยเกี่ยวกับเรื่องเพศ

2. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีใน การปฏิบัติ การ พยาบาล

การศึกษาด้วยตนเอง