

ประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และ
การเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านวิดีโอทัศนแก่กลุ่ม
ผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย

Effectiveness of Health Education in Human immunodeficiency
virus (HIV)/Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)
and Access to Health Care Services via a Video for the People
with Communication Disability

โดย

นวลตา	อภาคัพพะกุล
ศิริรัตน์	โกศลวัฒน์
เยาวณี	จรรยาศักดิ์
นิตยา	ลิมไกรสรณ์
รังสรรค์	อภาคัพพะกุล
นันทอนงค์	ไทยเจริญ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คำนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ทั้งด้านการรักษา การป้องกัน และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง มีการวางระบบการเฝ้าระวัง รมรณรงค์ในการให้ความรู้ผ่านสื่อ การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งนี้เพื่อจะได้เข้าสู่ระบบการดูแลและระบบการคัดกรองได้เร็วขึ้นเพื่อลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ ลดโอกาสการป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสในกลุ่มผู้ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อการเข้าสู่ระบบบริการและการคัดกรอง และสร้างความเข้าใจของคนในสังคมเพื่อลดการตราบาป แก่ผู้ติดเชื้อให้สามารถอยู่ในสังคมได้ ในการให้ความรู้ พบว่า สื่อต่าง ๆ ที่ปรากฏส่วนใหญ่เป็นการผลิตเพื่อคนกลุ่มใหญ่ที่มีความสามารถในการสื่อสาร การได้ยิน การพูด และการมองเห็น แต่ในสังคมประเทศไทยยังมีคนอีกกว่าร้อยละ 1.3 ที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อความหมายที่ไม่สามารถเข้าใจในสื่อเหล่านั้น กลุ่มผู้ที่มีปัญหาการได้ยินและการสื่อความหมายเหล่านี้บางส่วนได้เข้าสู่ระบบการศึกษาในโรงเรียนสอนคนหูหนวกหรือโรงเรียน โสตศึกษา โดยการเรียนผ่านภาษามือ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะสามารถเข้าใจความหมายในการสื่อสารได้ทั้งหมด เนื่องจากมีข้อจำกัดในการอธิบายออกมาเป็นภาษาท่าทาง โดยเฉพาะศัพท์ทางการแพทย์ ทำให้มีการรับรู้ที่ผิดพลาด จากการเข้าร่วมมีประสบการณ์ในการให้ความรู้แก่ผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย พบว่า กลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องเพศสัมพันธ์ ขาดความเข้าใจในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการแปลความหมายที่ไม่ถูกต้อง เช่น ถามว่า “การติดเชื้อเอชไอวีติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใช่หรือไม่” เขาจะตอบภาษามือว่า “เขาไม่ได้มีเพศสัมพันธ์” โดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายจะเอาตนเองเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการเรียงคำระหว่างภาษาไทยและภาษามือ ซึ่งทุกอย่างเป็นเรื่องละเอียดอ่อน

สิ่งที่ปรากฏในปัจจุบันคือ สังคมโดยรวมขาดการให้ความสำคัญแก่คนกลุ่มนี้เพราะจะไม่สามารถแยกออกได้ว่าใครคือคนที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายนอกจากจะได้เริ่มบทสนทนา การละเลยกลุ่มดังกล่าวทั้งจากระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นระบบหลักของรัฐ ระบบการสื่อสาร ให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ทำให้กลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเท่าที่ควร ผู้มีปัญหาดังกล่าวบางส่วนเท่านั้นที่ได้เข้าสู่ระบบการเรียนการสอน แต่เมื่อถึงระดับสูงที่ต้องเรียนหนังสือด้วยความเข้าใจ ต้องอธิบาย ซึ่งภาษามือก็ไม่สามารถใช้เพื่ออธิบายได้เหมือนกับคนปกติ ทำให้กลุ่มดังกล่าวขาดโอกาสในการพัฒนา ยกตัวอย่างเช่น การเรียนวิชาภาษาไทย ในคำคำเดียวกันที่มีหลายความหมายก็ยากที่จะอธิบายในความต่างของการใช้คำ หรือ การใช้ศัพท์ในบุคคลที่แตกต่างกัน ดังนี้ เป็นต้น

วิดิทัศน์นี้ อาจจะไม่สมบูรณ์ แต่ด้วยเจตนาของคณะผู้วิจัยที่ต้องการสร้างเครื่องมือในการให้ความรู้แก่กลุ่มพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงการเข้าสู่ระบบการคัดกรองโดยการรับคำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์โดยชอบธรรมของประชาชนไทย วิดิทัศน์นี้สามารถให้กับทั้งผู้ปกครอง เด็กปกติ เด็กที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อความหมาย

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วิดิทัศน์จะมีประโยชน์แก่ผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายและประชาชนทั่วไป ไม่มากก็น้อย และเป็นจุดตั้งต้นของการพัฒนาสื่อเพื่อผู้พิการกลุ่มอื่น ๆ ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้จะไม่สามารถบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจากโรงเรียนโสตศึกษา สงขลา โรงเรียนวชิราโปลีเทคนิค ที่ให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มศึกษา ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ คณาจารย์ ครูและนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 2 โรงเรียน มา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณ นพยรัตน์ ศรีโกษณะ ที่เป็นล่ามภาษามือในการจัดทำวีดิทัศน์ ชุดนี้

ขอขอบคุณสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย ที่ให้ความรู้ในการใช้ภาษามือแก่ทีมวิจัย และ ขอขอบคุณ สมาคมและชมรมคนหูหนวก จังหวัดสงขลา ที่ให้ข้อชี้แนะในการดำเนินงานครั้งนี้

ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ

และขอขอบคุณ คุณ วิทย์ วิชัยดิษฐ์ ที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษา

คณะผู้วิจัย

นวลตา	อาภาคัพพะกุล
ศิริรัตน์	โกศลวัฒน์
เยาวณี	จรรยาศักดิ์
นิตยา	ลั้มไกรสรธรณ์
รังสรรค์	อาภาคัพพะกุล
นิมอณรงค์	ไทยเจริญ

บทคัดย่อ

สื่อในการให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ผลิตเพื่อผู้ที่มีความปกติทางการได้ยิน แต่สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและสื่อความหมาย พบว่า ยังไม่มี งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) สร้างสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย
- 2) ประเมินคะแนนความรู้ของนักเรียนและครูที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายที่ได้ก่อนและหลังการดูวีดิทัศน์เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการเข้าถึงบริการ และติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ 1) กลุ่มทดลอง คือ นักเรียนในโรงเรียนโสตศึกษาสงขลา จำนวน 80 คน และ ครู 20 คน และ 2) กลุ่มควบคุม คือ นักเรียนในโรงเรียนนวชิราปาศคลินิก จำนวน 80 รายและครู 20 ราย ซึ่งกำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม4- ม6) ระหว่างเดือน สิงหาคม 2553- เมษายน 2554 ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 38 ของกลุ่มทดลองเคยมีเพศสัมพันธ์ และในกลุ่มนี้ร้อยละ 63 มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 41 เคยมีเพศสัมพันธ์ และในกลุ่มนี้ร้อยละ 94 มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 9 ของการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 18 ของกลุ่มควบคุมไม่สวมถุงยางอนามัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เคยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ และไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี ภายหลังจากดูวีดิทัศน์พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 26 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 11 ต้องการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ส่วนสถานที่ที่ต้องการใช้บริการส่วนใหญ่ที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องการใช้บริการคือ โรงพยาบาลของรัฐ ความรู้ที่ยังไม่ถูกต้อง คือ ความรู้เรื่องสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสโดยไม่คิดมูลค่า และการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นขณะที่ผู้ติดเชื้อไม่ได้แสดงอาการ และการสักและใช้เครื่องมือร่วมกันมีโอกาสติดเชื้อได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ที่ไม่เช่นเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนดูวีดิทัศน์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันในคะแนนความรู้ของทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังจากการดูวีดิทัศน์ของนักเรียนกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มนักเรียนปกติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในคะแนนความรู้ของทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในระยะหลังสอนและ ติดตามผล 3 เดือน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดูวีดิทัศน์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังดูวีดิทัศน์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป วิดีทัศน์ชุดนี้ เป็นชุดการให้ความรู้ร่วมที่ใช้สำหรับให้กลุ่มที่มีความสามารถในการเห็นและได้ยินปกติ และกลุ่มที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและการสื่อสารโดยใช้ภาษามือให้มีความรู้ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และช่วยกระตุ้นให้เข้าสู่ระบบบริการได้เร็วขึ้นตามสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากรัฐ

Abstract

At present, most of the media for health education on HIV/AIDS are prepared for those with normal hearing, and only few materials exist for the hearing-impaired. The objectives of this research were to: 1) Create a video medium titled "HIV/AIDS infection and access to appropriate care for the deaf"; 2) Evaluate the knowledge of deaf students and teachers before and after watching the health education video on HIV/AIDS infection and access to care. The follow-up time was 3 months. Subjects in the study were: 1) Experimental group: 80 students and 20 teachers at Sodsongkhla School for the Deaf and; 2) Control group: 80 students and 20 teachers at Vajira Polytechnic School. All students were in upper secondary school level (Mattayom 4 - Mattayom 6). Data were collected from August 2010 to April 2011. The results of the study revealed that 38 percent of the students in the experimental group had had sexual intercourse, 63 percent of whom had sex with a different gender. Among the control group, 41 percent had had sexual intercourse, 94 percent of whom had sex with a different gender. Nine percent of sexual intercourse among the experimental group was high-risk in nature, with no condom use, while 18 percent of the control group used no condom during intercourse. Those in the high-risk group in the experimental and control groups had never received counseling for voluntary blood testing and had never been screened for HIV. After watching the video, it was found that 26 percent of the experimental group and 11 percent of the control group wished to be screened for HIV. The most common place in which the experimental and control groups wished to receive service was the state hospital. Incorrect knowledge included the knowledge on the rights to access anti-retroviral drugs free of charge, transmission of the virus to others while the infected was asymptomatic, and the risk of infection with tattooing and use of common tattooing equipment. It was found that the experimental group and the control group had different level of knowledge.

When the levels of knowledge before and after watching the video of each of the 2 groups were compared, it was found that the level of knowledge after watching the video differed significantly from before in both groups at $\alpha = 0.05$.

When the levels of post-video knowledge of the experimental group and the control group were compared, it was found that there was no statistically significant difference at $\alpha = 0.05$, both immediately after the health education session and at the 3 months follow-up period.

With regard to knowledge of the teachers in the experimental group and the control group before watching the video, no statistically significant difference was found at $\alpha = 0.05$.

With regard to knowledge of the teachers in the experimental group and the control group after watching the video, no statistically significant difference was found at $\alpha = 0.05$.

In conclusion, this video serves as an education package that can be used for both those with normal hearing and those who are hearing-impaired. Communication with sign language allows for greater knowledge of HIV/AIDS and induce more rapid access to health services and health benefits as designated by the state.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ(ภาษาอังกฤษ)	จ-ฉ
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	๗-๘
สารบัญภาพ	๘
สารบัญ	
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
บทที่ 3 วิธีดำเนินงาน	15
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	18
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	48
เอกสารอ้างอิง	53
ภาคผนวก	57

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ เพศ ศาสนา การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ และการมีคู่นอน จำแนกตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	19
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	20
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	21
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในด้าน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การมี เพศสัมพันธ์ การลักตามตัวของนักเรียน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	22
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการได้รับคำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ การตรวจเลือด การเลือก สถานบริการและ การร่วมจ่าย	23
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ แหล่งความรู้ และการมองผู้ติดเชื้อ และพฤติกรรมเสี่ยง ในรอบ 3 เดือน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	24
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของนักเรียนกลุ่มทดลองก่อนดูวิดีโอทัศน์	26
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของนักเรียนกลุ่มควบคุม	27
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคำตอบข้อที่ถูกต้องก่อนการเรียนรู้ ระหว่างนักเรียนทดลองและกลุ่มควบคุม	28
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของกลุ่มทดลอง หลังจากดูวิดีโอทัศน์	29
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของนักเรียนกลุ่มควบคุมหลังจากดู วิดีโอทัศน์	30
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามคะแนนของนักเรียนกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากดูวิดีโอทัศน์	31
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของครูกลุ่มทดลองก่อนดูวิดีโอทัศน์	32
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของครูกลุ่มทดลอง หลังดูวิดีโอทัศน์	33
ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของครูกลุ่มควบคุมก่อนดูวิดีโอทัศน์	34
ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของครูกลุ่มควบคุมหลังดูวิดีโอทัศน์	35
ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา การใช้สารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์	36
ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามสารเสพติดที่ใช้	37
ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยง	38
ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการได้รับคำปรึกษาเพื่อการ เจาะเลือด การตรวจหาเชื้อเอชไอวี ความต้องการในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และสถานที่ที่ต้องการใช้บริการ	39
ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามความรู้เรื่องโรคเอดส์ แหล่งความรู้ และ พฤติกรรมเสี่ยงในรอบ 3 เดือน	40

สารบัญตาราง(ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 22 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดูวิดีโอทัศน์	41
ตารางที่ 23 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังดูวิดีโอทัศน์	41
ตารางที่ 24 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดูวิดีโอทัศน์	42
ตารางที่ 25 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังดูวิดีโอทัศน์	42
ตารางที่ 26 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของนักเรียนกลุ่มควบคุม 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอทัศน์	42
ตารางที่ 27 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของนักเรียนกลุ่มทดลอง 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอทัศน์	43
ตารางที่ 28 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอทัศน์	43
ตารางที่ 29 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของครูกลุ่มควบคุม 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอทัศน์	44
ตารางที่ 30 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของครูกลุ่มทดลอง 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอทัศน์	44
ตารางที่ 31 เปรียบเทียบคะแนนความรู้อของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอทัศน์	44
ตารางที่ 32 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูวิดีโอทัศน์ของครูในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	45
ตารางที่ 33 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูวิดีโอทัศน์ของนักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	45

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการดำเนินงานโครงการ	3
แผนภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของกรวยประสบการณ์ของ เอ็ดการ์ เดล กับโครงสร้างกิจกรรมของบรูเนอร์	7

บทที่ 1 บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ปัจจุบันปัญหาการติดเชื่อเอชไอวีเป็นปัญหาที่เป็นสาเหตุการตายของคนในอันดับต้น ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เป็นเหตุให้หลายประเทศมีนโยบายที่จะส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น และเน้นการป้องกันนำการรักษา กิจกรรมการป้องกันที่สำคัญคือ การให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย กลุ่มวัยรุ่น แม่บ้าน คนในวัยทำงาน กลวิธีที่ใช้กันโดยทั่วไปในปัจจุบัน คือ กระบวนการสอนสุขศึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาและการกระจายความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ รวมถึงการจัดเอกสารเผยแพร่ความรู้ที่ส่วนใหญ่จัดเตรียมเพื่อกลุ่มคนที่มีความสามารถในการสื่อสารปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ของสังคม แต่เป็นข้อจำกัดสำหรับกลุ่มผู้พิการ/บกพร่องทางสายตาและการสื่อสารในการเข้าถึงองค์ความรู้เหล่านั้น

สำหรับผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายที่มองดูภายนอกอาจจะไม่สามารถแยกออกได้ว่า ผู้นั้นมีความสามารถในการได้ยินและการสื่อความหมายปกติหรือไม่ อย่างไรก็ตามรัฐบาลมองเห็นความสำคัญของการสื่อสารกับกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายที่ต้องใช้วิธีสื่อสารผ่านการใช้ภาษามือ จะเห็นได้จากนโยบายของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ส่งเสริมศักยภาพของกลุ่มนี้โดยพัฒนาให้เป็นภาคีภาคภาษามือ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายและการสื่อความหมายที่บางส่วนไม่ได้เข้าสู่ระบบการเรียนภาษามือแต่ใช้ภาษาท่าทางที่สามารถสื่อสารกันในครอบครัว แต่กลุ่มนี้จะมีจำนวนเท่าไรนั้นยังไม่มีการสำรวจไต่ถามยืนยันจำนวนที่แท้จริงของกลุ่มดังกล่าว

ใน พ.ศ.2529 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี ได้ทำการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการในประเทศไทยโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนคนพิการประมาณ 385,560 คน หรือ ร้อยละ 0.7 ของประชากรทั่วประเทศ ในจำนวนนี้มีอัตราคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด คือ อัตรา 1.94 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือพิการทางจิตใจและสติปัญญา อัตรา 1.60 ต่อประชากรพันคน คนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายมีอัตรา 1.45 ต่อประชากรพันคน และคนพิการทางการมองเห็นมีอัตรา 0.85 ต่อประชากรพันคน¹ ต่อมาใน ปี พ.ศ.2534 ได้มีการสำรวจเช่นเดิมอีกครั้ง พบว่า มีจำนวนคนพิการประมาณ 1,057,000 คน หรือ ร้อยละ 1.8 ของประชากรทั่วประเทศ โดยมีอัตราคนพิการทางกายมากที่สุดคือ อัตรา 7.9 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือคนพิการทางการได้ยินคิดเป็นอัตรา 3.65 ต่อประชากรพันคน จำนวนผู้พิการมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่รัฐพยายามขยายโอกาสสำหรับผู้พิการมากขึ้นเช่นกัน จะเห็นได้จากการเพิ่มโอกาสในการศึกษา การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับครูในกลุ่มการศึกษาพิเศษ² และจากการสำรวจผู้พิการ ปี 2550 พบว่ามีประชากรที่มีความพิการทั้งสิ้น 1.91 ล้านคน มีกลุ่มผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายร้อยละ 1.3 ของประชาชนทั้งประเทศ และคาดว่าจะมีจำนวนที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่นโยบายในการพัฒนาคนที่มีข้อบกพร่องทางการพูดและการได้ยินยังมีข้อจำกัด³ ขณะเดียวกันมีโรงเรียนโสตศึกษาในประเทศไทยมีทั้งสิ้น 20 แห่ง โดยกระจายอยู่ในทุกภาค แต่ก็ยังไม่สามารถรองรับให้คนในกลุ่มที่มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย ทำให้โอกาสของการเข้าสู่ระบบการศึกษาของคนกลุ่มนี้น้อยลง⁴ อุปสรรคจากการสื่อสารส่งผลถึงการขาดโอกาสในการเข้าสู่ระบบการบริการ ทำให้ขาดความเข้าใจต่อการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขาดสื่อที่ช่วยในการสอนสุขศึกษา และการรับคำแนะนำ/คำปรึกษาโดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน และเท่าที่ผ่านมาทั้งศูนย์การศึกษาพิเศษและโรงเรียนโสตศึกษาก็ยังขาดอุปกรณ์ในการให้ความรู้ด้านนี้ด้วยเช่นกัน ในเรื่องการให้ความรู้เรื่องการติดเชื่อเอชไอวีเอดส์มีเพียง 1 ชุด และเป็นการเน้นที่เนื้อหาเพียงอย่างเดียว ซึ่งขาดในเรื่องการดูแลตนเอง การปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา และการเข้าสู่ระบบบริการ ส่วนชุดการให้ความรู้ในเรื่องการติดเชื่อเอชไอวี/

เอดส์ การให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจในสถานบริการพยาบาลยังไม่พบว่ามีสถานพยาบาลใดจัดทำสื่อในการให้ความรู้เพื่อกลุ่มดังกล่าว

ด้านสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่มีการติดเชื้อเนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ วัยแรงงาน และกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น โดยพบว่า อายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นไทยเริ่มน้อยลง คือ อายุเฉลี่ย 16 ปี(ใกล้เคียงกับวัยรุ่นอเมริกัน) ขณะที่มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 47 ของกลุ่มวัยรุ่นที่เคยมีเพศสัมพันธ์⁶

ในการแก้ไขปัญหากลุ่มติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีเป้าหมายที่สำคัญของคือ การลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากปีที่ผ่านมา 2552 คือ อัตราร้อยละ 0.85 ให้เหลือครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 0.425 โดยมียุทธศาสตร์การให้ความรู้ การเพิ่มช่องทางในการเข้าสู่บริการ รวมถึงการขยายบริการไปสู่กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทุกกลุ่ม และเน้นที่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง⁶ โดยการให้ความรู้ทั้งการแจกเอกสาร การจัดนิทรรศการ การอบรม การให้ความรู้เป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม^{7,9} ซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มเสี่ยงที่มีความสามารถในการดู ฟัง และการสื่อสารปกติ ส่วนกลุ่มที่มีความบกพร่องอื่น เช่น การมองเห็น การได้ยิน และการสื่อความหมาย จะไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์และเอกสารดังกล่าวได้

การดำเนินงานโครงการนี้จึงมุ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาการจัดสื่อการให้ความรู้ในเรื่องเอชไอวี/เอดส์และการเข้าถึงบริการการเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ ซึ่งมีเนื้อหาเน้นที่ความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี การติดต่อ การรักษาและกระบวนการเข้ารับบริการเจาะเลือดด้วยความสมัครใจเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาต้านไวรัสที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นปัญหาของผู้ที่มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย หากจะมองให้ลึกและจากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่า กลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าใจและรับรู้เฉพาะที่สามารถอธิบายเป็นภาษามือที่เขาเข้าใจได้ ภาษามือในบางพื้นที่ก็มีข้อจำกัด ทั้งนี้ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ไม่ใช่ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อสารทุกคนจะสามารถเข้าสู่ระบบการเรียนรู้ได้ทุกราย มีบางรายที่ครอบครัวไม่ทราบแหล่งให้ความช่วยเหลือ บางรายเก็บลูก/ญาติที่มีปัญหาไว้เฉพาะในครอบครัวเนื่องจากอับอาย ในระยะยาว คนกลุ่มนี้ก็มีปัญหาทางจิตเวชเนื่องจากไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ไม่สามารถเข้าใจความหมายในสิ่งที่เห็น ไม่สามารถมีจินตนาการได้อย่างกว้างไกล คนกลุ่มนี้ต้องใช้สายตามาก และจากการติดตามในกลุ่มดังกล่าวพบว่า มีปัญหาในเรื่องการมองเห็นร่วมด้วย เนื่องจากต้องใช้การมองเพื่อการสื่อสาร คนที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมาย มีข้อจำกัดมากกว่าคนพิการกลุ่มอื่น ๆ หรือหากเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้พิการทางสายตา ก็อาจจะดีกว่ากลุ่มที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อสาร เพราะคนพิการทางสายตาสามารถรับฟังเสียง ได้ทราบความหมาย และสัมผัสสิ่งต่าง ๆ ตามที่ได้ฟังคำอธิบาย มีจินตนาการ ส่วนกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย แม้จะมองเห็นแต่ไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่เห็นถึงแม้จะมีภาษามือแต่ก็มีข้อจำกัดในการสร้างคำและอธิบายความหมาย

การสร้างวีดิทัศน์ชุดนี้ คณะผู้วิจัยมีความประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายได้มีโอกาสเข้าใจและสามารถดูแลตนเองและเพื่อผู้มีความบกพร่องทั้งหลายไม่มากนักน้อย นอกจากนี้ หากเป็นไปได้ก็ควรใช้ได้กับกลุ่มคนที่มีความบกพร่องอื่น ๆ ได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อ

1. สร้างสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย

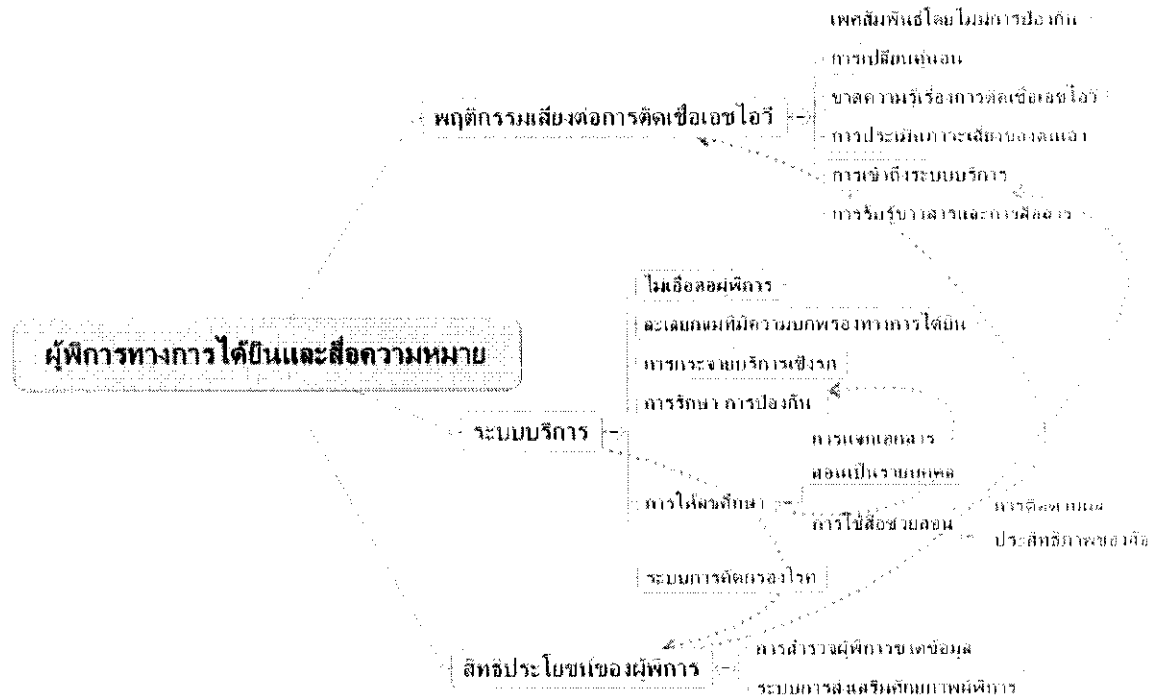
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักเรียนและครูที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายก่อนและหลังการดูวีดิทัศน์เรื่องการให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการเข้าถึงบริการ

3. ติดตามประเมินความรู้และเจตคติของนักเรียนและครูที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายที่ได้ภายหลังการดูวีดิทัศน์เรื่องการให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการเข้าถึงบริการเป็นระยะเวลา 3 เดือน

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การสร้างวิทัศน์ชุดนี้ เป็นการสร้างวิทัศน์โดยการสร้างบทบาทพยนตร์ภายใต้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมเรื่องสาเหตุ อากาศ อากาศแสดง การรักษา การป้องกัน การแพร่ระบาด กระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้ที่สงสัยว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงโดยกระบวนการ ให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ และสิทธิประโยชน์และจัดทำนำเสนอ โดยผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย และติดตามผลภายหลังจากการให้ความรู้ดังกล่าวเป็นเวลา 3 เดือน 1 ครั้ง

กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการดำเนินงานโครงการ

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้พิการในประเทศไทย เป็นกลุ่มด้อยโอกาสที่ยังต้องการการดูแลจากรัฐอีกเป็นจำนวนมาก ถึงแม้จะพบว่า ผู้พิการต้องมีสิทธิในการได้รับบริการจากรัฐ ทั้งด้านสุขภาพและการจ้างงานไม่แตกต่างจากคนปกติ แต่ในความเป็นจริงกลุ่มผู้พิการยังไม่ได้เท่าเทียมกับคนปกติทั้งนี้เนื่องจากศักยภาพในการเข้าถึงบริการและสิทธิต่าง ๆ มีข้อจำกัด ในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 4 ให้คำนิยาม "คนพิการ" หมายความว่า คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยให้ความหมายของ "คนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย"^{10, 11} ได้แก่

1) คนที่ได้ยินเสียงที่ความถี่ 500 เฮิรตซ์ 1000 เฮิรตซ์ 2000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ดีกว่าที่มีความดังเฉลี่ยดังต่อไปนี้
- สำหรับเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี เกิน 40 เดซิเบล ขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง
- สำหรับคนทั่วไปเกิน 55 เดซิเบล ขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง

2) คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องในการเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูดจนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้

3) คนหูหนวก หมายถึง คนที่สูญเสียการได้ยินมากจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน ไม่ว่าจะใส่หรือไม่ใส่เครื่องช่วยฟังก็ตาม โดยทั่วไปหากตรวจการได้ยินจะสูญเสียการได้ยินประมาณ 20 จนถึง 26 เดซิเบล เป็นหน่วยวัดความดังของเสียง หมายถึง เมื่อเปรียบเทียบระดับปกติของเด็ก เมื่อเสียงดังไม่เกิน 25 เดซิเบล คนหูหนวกจะเริ่มได้ยินเสียงมากกว่า 90 เดซิเบล

4) คนหูตึง หมายถึง คนที่มีการได้ยินเหลืออยู่พอเพียง ที่จะรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน โดยทั่วไปจะใส่เครื่องช่วยฟัง และหากตรวจการได้ยินจะพบว่ามีการสูญเสียการได้ยินน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมา จนถึง 26 เดซิเบล คือ เมื่อเปรียบเทียบระดับ เริ่มได้ยินเสียงของเด็กปกติ เมื่อเสียงดังไม่เกิน 25 เดซิเบล เด็กหูตึงจะเริ่มไม่ได้ยินเสียงที่ดังกว่า 26 เดซิเบล ขึ้นไปจนถึง 90 เดซิเบล

กลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายที่มองดูภายนอกไม่แตกต่างจากกลุ่มประชาชนที่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ แต่เมื่อมีการสื่อสารเกิดขึ้นจึงจะทราบว่าบุคคลคนนั้นไม่สามารถสื่อสารได้ การจัดการสื่อสารกับกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายจึงมีความแตกต่างจากกลุ่มคนทั่วไปเนื่องจากจะต้องใช้ภาษาท่าทางและภาษามือเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสาร ผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายจะต้องมองเห็น อ่านและแปลความจากท่าทาง การใช้มือ และบางรายสามารถอ่านจากริมฝีปากได้ซึ่งมีไม่มากนัก¹² ดังนั้นในปี 1976 นอร์วู้ด (norwood M) ซึ่งเป็นนักวิชาการการศึกษาชาวอเมริกันเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาภาพยนตร์เพื่อการสื่อสารและการจัดการเรียนการสอนให้แก่กลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย แต่ก็มีข้อจำกัดในการใช้เนื่องจากยังมีผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายบางรายที่ไม่เข้าใจภาษาท่าทางและภาษามือเนื่องจากไม่ได้เข้าสู่ระบบการเรียนภาษามือไม่สามารถเข้าใจได้¹³

ทฤษฎีเกี่ยวกับสื่อการเรียนรู้¹⁴⁻¹⁶

กิดานันท์ มลิทอง (2548) กล่าวว่า สื่อนับว่าเป็นสิ่งที่มีบทบาทอย่างมากในการเรียนการสอนเนื่องจากเป็นตัวกลางที่ช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้สอนและผู้เรียนดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจเนื้อหาบทเรียนได้ตรงกับที่ผู้สอนต้องการ การใช้สื่อการสอนนั้นผู้สอนจำเป็นต้องศึกษาถึงลักษณะเฉพาะและคุณสมบัติของสื่อแต่ละชนิด เพื่อเลือกใช้สื่อให้ตรงกับวัตถุประสงค์การเรียนและการสอน สามารถจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียนเพื่อให้การจัดการเรียนการสอนดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵

ในการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนการสอน จะต้องคำนึงถึงทฤษฎีทางการศึกษา จิตวิทยาการเรียนรู้ การสื่อสาร การเรียนรู้ และศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างหรือพัฒนาผู้เรียนให้ได้ตามจุดประสงค์หรือเป้าหมายของแต่ละบทเรียน ประกอบด้วย

1. การสื่อสารการเรียนรู้

การสื่อสาร หรือ การสื่อความหมาย (Communication) หมายถึง การถ่ายทอดเรื่องราว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแสดงออกของความคิดและความรู้สึก เพื่อการติดต่อสื่อสารข้อมูลซึ่งกันและกัน รูปแบบของการสื่อสาร แบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ

1.1 การสื่อสารทางเดียว (One-Way Communication) เป็นการส่งข่าวสารหรือการสื่อความหมายไปยังผู้รับแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยที่ผู้รับไม่สามารถตอบสนองทันที (Immediate Response) กับผู้ส่ง แต่อาจจะมีผลป้อนกลับไปยังผู้ส่งในภายหลังได้ การสื่อสารในรูปแบบนี้จึงเป็นการที่ผู้ส่งและผู้รับไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันได้ทันที

1.2 การสื่อสารสองทาง (Two-Way Communication) เป็นการสื่อสารหรือการสื่อความหมายที่ผู้รับมีโอกาสตอบสนองมายังผู้ส่งได้ในทันที โดยที่ผู้ส่งและผู้รับอาจจะอยู่ต่อหน้ากันหรืออาจอยู่คนละสถานที่ก็ได้ แต่ทั้งสองฝ่ายจะสามารถมีการเจรจาหรือการโต้ตอบกันไปมา โดยที่ต่างฝ่ายต่างผลัดกันทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งและผู้รับในเวลาเดียวกัน

ดังนั้น ในการที่จะเกิดการเรียนรู้ขึ้นได้นั้น มักจะพบว่าต้องอาศัยกระบวนการของการสื่อสารในรูปแบบของการสื่อสารทางเดียวและการสื่อสารสองทาง ในลักษณะของการให้สิ่งเร้าเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการแปลความหมายของเนื้อหาบทเรียนนั้น และให้มีการตอบสนองเพื่อเกิดเป็นการเรียนรู้ขึ้น ลักษณะของสิ่งเร้าและการตอบสนองในการสื่อสารนี้ หมายถึง การที่ผู้สอนให้สิ่งเร้าหรือส่งแรงกระตุ้นไปยังผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนมีการตอบสนองออกมา โดยผู้สอนอาจใช้สื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นผู้ส่งเนื้อหาบทเรียน ส่วนการตอบสนองของผู้เรียนได้แก่ คำพูด การเขียน รวมถึงกระบวนการทั้งหมดทางด้านความคิด การเรียนรู้ การเรียนรู้ซึ่งอาศัยรูปแบบการสื่อสารที่เกี่ยวกับการให้สิ่งเร้าหรือแรงกระตุ้น การแปลความหมาย และการตอบสนองนั้น มีดังนี้

1) การเรียนรู้ในรูปแบบการสื่อสารทางเดียว เช่น การสอนแก่ผู้เรียนจำนวนมากในห้องเรียน ขนาดใหญ่โดยการฉายวีดิทัศน์ โทรทัศน์วงจรปิด หรือวิทยุและโทรทัศน์การศึกษาแก่ผู้เรียนที่เรียนอยู่ที่บ้าน ซึ่งการเรียนการสอนในลักษณะเช่นนี้ ควรจะมีการอธิบายความหมายของเนื้อหาบทเรียนให้ผู้เรียนเข้าใจก่อนการเรียน หรืออาจจะมีการอภิปรายภายหลังจากการเรียนหรือดูเรื่องราวนั้นแล้วก็ได้ เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและแปลความหมายในสิ่งเร้านั้นอย่างถูกต้องตรงกัน จะได้มีการตอบสนองและเกิดการเรียนรู้ได้ในทำนองเดียวกัน

2) การเรียนรู้ในรูปแบบการสื่อสารสองทาง อาจทำได้โดยการใช้อุปกรณ์ประเภทเครื่องช่วยสอน เช่น การใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน หรือการใช้เครื่องช่วยสอน เนื้อหาจะถูกส่งจากเครื่องไปยังผู้เรียนเพื่อส่งต่อให้ผู้เรียนทำการตอบสนองโดยส่งคำตอบหรือข้อมูลกลับไปยังเครื่องอีกครั้งหนึ่ง การเรียนการสอนในลักษณะนี้มีข้อดีหลายประการ เช่น ความรวดเร็วของการให้คำตอบจากโปรแกรมบทเรียนที่วางไว้เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง แก่ผู้เรียน เป็นการทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้และทำให้การถ่ายทอดความรู้บรรลุผลด้วยดี เป็นต้น ถึงแม้ว่า การเรียนรู้ในรูปแบบการสื่อสารสองทางนี้ จะมีประสิทธิภาพดีต่อการเรียนรู้มากกว่าการสื่อสารทางเดียวก็ตาม แต่บางครั้งแล้วในลักษณะของการศึกษาบางอย่างมีความจำเป็นต้องใช้การเรียนการสอนในรูปแบบการสื่อสารทางเดียว เพื่อการให้ความรู้แก่ผู้เรียน ทั้งนี้เพราะจำนวนผู้เรียนอาจจะมีมาก และมีอุปกรณ์ช่วยสอนไม่เพียงพอ

2. ความหมายของสื่อการเรียนรู้

คำว่า "สื่อ" (Media) เป็นคำที่มาจากภาษาละตินว่า "medium" แปลว่า "ระหว่าง" หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่บรรจุข้อมูลเพื่อให้ผู้ส่งและผู้รับสามารถสื่อสารกันได้ตรงตามวัตถุประสงค์ เมื่อมีการนำสื่อมาใช้ในกระบวนการเรียน การสอนก็เรียกสื่อนี้ว่า "สื่อการเรียนรู้" (Instruction Media) หมายถึง สื่อชนิดใดก็ตามที่บรรจุเนื้อหา หรือสาระการเรียนรู้ซึ่งผู้สอน

และผู้เรียนใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการเรียนรู้เนื้อหา หรือ สาระนั้น ๆ การเรียนการสอนในภาพลักษณ์เดิม ๆ มักจะเป็นการถ่ายทอดสาระความรู้จากผู้สอนไปยังผู้เรียน โดยใช้สื่อการเรียนการสอนเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดความรู้ความคิด ทักษะ และประสบการณ์ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าการเรียนรู้ไม่ได้จำกัด อยู่ เฉพาะในห้องเรียน หรือในโรงเรียน ผู้สอนและผู้เรียนสามารถเรียนรู้จากสื่อต่าง ๆ อีกอย่างหลากหลาย สามารถเรียนรู้ได้ทุกเวลาและทุกสถานที่ สื่อที่นำมาใช้เพื่อการเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน จึงเรียกว่า "สื่อการเรียนรู้" ซึ่งหมายถึงทุกสิ่ง ทุกอย่างที่มืออยู่รอบตัวไม่ว่าจะเป็นวัสดุ ของจริง บุคคล สถานที่ เหตุการณ์ หรือความคิดก็ตาม ถือเป็นสื่อ การเรียนรู้ทั้งสิ้น ขึ้นอยู่กับว่าเราเรียนรู้จากสิ่งนั้น ๆ หรือนำสิ่งนั้น ๆ เข้ามาสู่การเรียนรู้ของเราหรือไม่สื่อการสอน(Instructional Media) หมายถึง สื่อชนิดใดก็ตามไม่ว่าจะเป็นเทปบันทึกเสียง สไลด์ วิดีโอโทรทัศน์ วีดิทัศน์ แผนภูมิ ภาพนิ่ง ฯลฯ ซึ่งบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการเรียนการสอน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือหรือช่องทางสำหรับผู้สอนส่งไปถึงผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่ผู้สอนวางไว้ได้เป็นอย่างดี

3. ประเภทของสื่อการเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้สามารถจำแนกออกตามลักษณะได้เป็น 3 ประเภท คือ

3.1 สื่อสิ่งพิมพ์ หมายถึง หนังสือและเอกสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่แสดงหรือเรียบเรียงสาระความรู้ต่าง ๆ โดยใช้

ตัวหนังสือที่เป็นตัวเขียนหรือตัวพิมพ์เป็นสื่อ ในการแสดงความหมาย สื่อสิ่งพิมพ์มีหลายชนิด ได้แก่ เอกสาร หนังสือเรียน หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร บันทึก รายงาน ฯลฯ

3.2 สื่อเทคโนโลยี หมายถึง สื่อการเรียนรู้ที่ผลิตขึ้นใช้ควบคู่กับเครื่องมือไฮเทคทันสมัย หรือเครื่องมือที่เป็น

เทคโนโลยีใหม่ ๆ เช่น แถบบันทึกภาพพร้อมเสียง (วีดิทัศน์) แถบบันทึกเสียง ภาพนิ่ง สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน นอกจากนี้สื่อเทคโนโลยียังหมายรวมถึงกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ใน กระบวนการเรียนรู้ เช่น การใช้ อินเทอร์เน็ตเพื่อการเรียนรู้ การศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม เป็นต้น

3.3 สื่ออื่น ๆ นอกเหนือจากสื่อ 2 ประเภทที่กล่าวไปแล้ว ยังมีสื่ออื่น ๆ ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งมี

ความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อเทคโนโลยี สื่อที่กล่าวนี้ ได้แก่

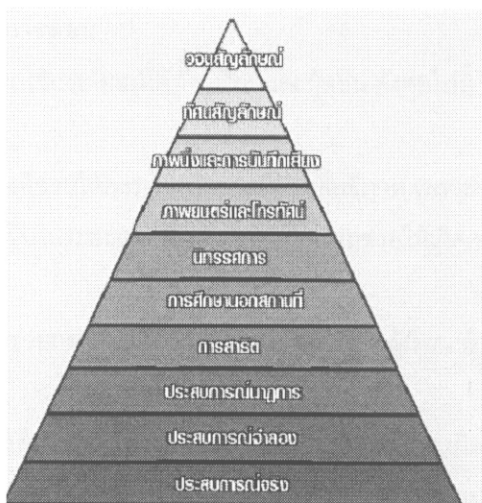
1) บุคคล หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ซึ่งสามารถถ่ายทอดสาระความรู้ แนวคิดและประสบการณ์ไปสู่บุคคลอื่น เช่น บุคลากรในห้องถิ่น แพทย์ ตำรวจ นักธุรกิจ เป็นต้น

2) ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งมีอยู่ตามธรรมชาติและสภาพแวดล้อมตัวผู้เรียน เช่น พืชผัก ผลไม้ ปรากฏการณ์ ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

3) กิจกรรม / กระบวนการ หมายถึง กิจกรรม หรือกระบวนการที่ผู้สอนและผู้เรียนกำหนดขึ้นเพื่อสร้างเสริม ประสบการณ์การเรียนรู้ ใช้ในการฝึกทักษะซึ่งต้องใช้กระบวนการคิด การปฏิบัติ การเผชิญสถานการณ์และ การประยุกต์ ความรู้ของผู้เรียน เช่น บทบาทสมมติ การสาธิต การจัดนิทรรศการ การทำโครงการ เกม เพลง เป็นต้น

4) วัสดุ เครื่องมือและอุปกรณ์ หมายถึง วัสดุที่ประดิษฐ์ขึ้นใช้เพื่อประกอบการเรียนรู้ เช่น หุ่นจำลองแผนภูมิ แผนที่ ตาราง สถิติ รวมถึงสื่อประเภทเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์ทดลองวิทยาศาสตร์ เครื่องมือช่าง เป็นต้น

เอดการ์ เดล (Edgar Dale) อ้างใน อดอง อองฮาญ ชาญเชาว์ (2553)¹⁴ ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างสื่อ ไฮเทคชนิดต่าง ๆ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการแสดงขั้นตอนของประสบการณ์การเรียนรู้ และการใช้สื่อแต่ละประเภทใน กระบวนการเรียนรู้ด้วยโดยพัฒนาความคิดของ Bruner ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา นำมาสร้างเป็น " กรวยประสบการณ์ " (Cone of Experiencess) โดยแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้



แผนภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของทฤษฎีการรวบประสพการของ เอ็ดการ์ เดล กับโครงสร้างกิจกรรมของบรูเนอร์

- 1) ประสบการณ์ตรง โดยการให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงจากของจริง เช่น การจับต้อง และการเห็น เป็นต้น
- 2) ประสบการณ์รอง เป็นการเรียนโดยให้ผู้เรียนเรียนจากสิ่งที่ใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุด ซึ่งอาจเป็นการจำลองก็ได้
- 3) ประสบการณ์นาฏกรรมหรือการแสดง เป็นการแสดงบทบาทสมมติหรือการแสดงละคร เนื่องจากข้อจำกัดด้วยยุคสมัยเวลา และสถานที่ เช่น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในประวัติศาสตร์ หรือเรื่องราวที่เป็นนามธรรม เป็นต้น
- 4) การสาธิต เป็นการแสดงหรือการทำเพื่อประกอบคำอธิบายให้เห็นลำดับขั้นตอนของการกระทำนั้น
- 5) การศึกษาออกสถานที่ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆ ภายนอกสถานที่เรียน อาจเป็นการเยี่ยมชมสถานที่ การสัมภาษณ์บุคคลต่างๆ เป็นต้น
- 6) นิทรรศการ เป็นการจัดแสดงสิ่งของต่างๆ เพื่อให้สาระประโยชน์แก่ผู้ชม โดยการนำประสบการณ์หลายอย่างผสมผสานกันมากที่สุด
- 7) โทรทัศน์ โดยใช้ทั้งโทรทัศน์การศึกษาและโทรทัศน์การสอนเพื่อให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้เรียนหรือผู้ชมที่อยู่ในห้องเรียน หรืออยู่ทางบ้าน
- 8) ภาพยนตร์ เป็นภาพที่บันทึกเรื่องราวลงบนฟิล์มเพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ทั้งภาพและเสียงโดยใช้ประสาทตาและหู
- 9) การบันทึกเสียง วิทยู ภาพนิ่ง อาจเป็นทั้งในรูปของแผ่นเสียง เทปบันทึกเสียง วิทยู รูปภาพ สไลด์ ข้อมูลที่อยู่ในขั้นนี้จะให้ประสบการณ์แก่ผู้เรียนที่ถึงแม้จะอ่านหนังสือไม่ออกแต่ก็จะสามารถเข้าใจเนื้อหาได้
- 10) ทัศนสัญลักษณ์ เช่น แผนที่ แผนภูมิ หรือเครื่องหมายต่างๆ ที่เป็นสัญลักษณ์แทนสิ่งของต่างๆ
- 11) วจนสัญลักษณ์ ได้แก่ตัวหนังสือในภาษาเขียน และเสียงพูดของคนในภาษาพูดการใช้ทฤษฎีการรวบประสพการของเดล จะเริ่มต้นด้วยการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอยู่ในเหตุการณ์หรือการกระทำจริงเพื่อให้ผู้เรียนมีประสบการณ์ตรงเกิดขึ้นก่อนแล้วจึงเรียนรู้โดยการเฝ้าสังเกตในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นขั้นต่อไปของการได้รับประสบการณ์รอง ต่อจากนั้นจึงเป็นการเรียนรู้ด้วยการรับประสบการณ์โดยผ่านสื่อต่างๆ และท้ายที่สุดเป็นการให้ผู้เรียนเรียนจากสัญลักษณ์ซึ่งเป็นเสมือนตัวแทนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

เจโรม บรูเนอร์ (Jerome Bruner) อังโน อองอาจ ชาญเซา (2553)¹⁴ ได้ออกแบบโครงสร้างของกิจกรรมการสอนไว้รูปแบบหนึ่ง โดยประกอบด้วยมโนทัศน์ด้านการกระทำโดยตรง (Enactive) การเรียนรู้ด้วยภาพ (Iconic) และการเรียนรู้ด้วยนามธรรม (Abstract)

4. คุณค่าของสื่อการสอน

สื่อการสอนสามารถใช้ประโยชน์ได้ทั้งผู้เรียนและผู้สอน ดังต่อไปนี้^{15, 17}

4.1 สื่อกับผู้เรียน

- 1) เป็นสิ่งที่ช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ เพราะจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจเนื้อหาบทเรียนที่ยังยากซับซ้อนได้ง่ายขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และสามารถช่วยให้เกิดความคิดรวบยอดในเรื่องนั้นได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
- 2) สื่อจะช่วยกระตุ้นและสร้างความสนใจให้กับผู้เรียน ทำให้เกิดความสนุกสนานและไม่รู้สึกเบื่อหน่ายการเรียน
- 3) การใช้สื่อจะทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจตรงกัน และเกิดประสบการณ์ร่วมกันในวิชาที่เรียนนั้น
- 4) ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น ทำให้เกิดมนุษยสัมพันธ์ อันดีในระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและกับผู้สอนด้วย
- 5) ช่วยสร้างเสริมลักษณะที่ดีในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความคิดสร้างสรรค์จากการใช้สื่อเหล่านั้น
- 6) ช่วยแก้ปัญหาเรื่องของความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยการจัดให้มีการใช้สื่อในการศึกษารายบุคคล

4.2 สื่อกับผู้สอน

- 1) การใช้สื่อวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ประกอบการเรียนการสอน เป็นการช่วยให้บรรยากาศในการสอนน่าสนใจยิ่งขึ้น ทำให้ผู้สอนมีความสนุกสนานในการสอนมากกว่าวิธีการที่เคยใช้การบรรยายแต่เพียงอย่างเดียว และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในตัวเองให้เพิ่มขึ้นด้วย
- 2) สื่อจะช่วยแบ่งเบาภาระของผู้สอนในด้านการเตรียมเนื้อหา เพราะบางครั้งอาจให้ผู้เรียนศึกษาเนื้อหาจากสื่อได้เอง
- 3) เป็นการกระตุ้นให้ผู้สอนตื่นตัวอยู่เสมอในการเตรียมและผลิตวัสดุใหม่ ๆ เพื่อใช้เป็นสื่อการสอน ตลอดจนคิดค้นเทคนิควิธีการต่างๆ เพื่อให้การเรียนรู้มีน่าสนใจยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามสื่อการสอนจะมีคุณค่าก็ต่อเมื่อผู้สอนได้นำไปใช้อย่างเหมาะสมและถูกวิธี ดังนั้น ก่อนที่จะนำสื่อแต่ละอย่างไปใช้ ผู้สอนจึงควรจะได้ศึกษาถึงลักษณะและคุณสมบัติของสื่อการสอน ข้อดีและข้อจำกัดอันเกี่ยวข้องกับตัวสื่อและการใช้สื่อแต่ละอย่าง ตลอดจนการผลิตและใช้สื่อให้เหมาะสมกับสภาพการเรียนการสอนด้วยทั้งนี้เพื่อให้การจัดกิจกรรมการสอนบรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์ที่วางไว้

5. หลักการเลือกสื่อการสอน

การเลือกสื่อการสอนเพื่อนำมาใช้ประกอบการสอนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยในการเลือกสื่อ ผู้สอนจะต้องตั้งวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในการเรียนให้แน่นอนเสียก่อน เพื่อใช้วัตถุประสงค์นั้นเป็นตัวชี้แนะในการเลือกสื่อการสอนที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีหลักการอื่น ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- 5.1 สื่อนั้นต้องสัมพันธ์กับเนื้อหาบทเรียนและจุดมุ่งหมายที่จะสอน
- 5.2 เลือกสื่อที่มีเนื้อหาถูกต้อง ทันสมัย น่าสนใจ และเป็นสื่อที่ส่งผลต่อการเรียนรู้มากที่สุด
- 5.3 เป็นสื่อที่เหมาะสมกับวัย ระดับชั้น ความรู้ และประสบการณ์ของผู้เรียน
- 5.4 สื่อนั้นควรสะดวกในการใช้ วิธีใช้ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเกินไป
- 5.5 เป็นสื่อที่มีคุณภาพเทคนิคการผลิตที่ดี มีความชัดเจนเป็นจริง
- 5.6 มีราคาไม่แพงเกินไป หรือถ้าจะผลิตควรคุ้มกับเวลาและการลงทุน

จากที่กล่าวมาการเลือกสื่อในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้สื่อที่มีการเคลื่อนไหว มีการสื่อสารโดยเฉพาะที่เป็นภาษาเฉพาะของผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย ทั้งนี้เพื่อให้ตรงกับศักยภาพของผู้เรียนคือผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย นอกจากนี้ ยังสามารถปรับปรุง และพัฒนาให้เกิดความเหมาะสมได้สะดวกอีกด้วย

6. ทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยาการเรียนรู้

ถนอมพร เลหาจรัสแสง (2541)¹⁸ ได้กล่าวทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสื่อมัลติมีเดียเพื่อการศึกษา มีดังนี้

1) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) เป็นทฤษฎีซึ่งเชื่อว่าจิตวิทยาเป็นเสมือนการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ของพฤติกรรมมนุษย์ (Scientific Study of Human Behavior) และการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมภายนอก นอกจากนี้ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง (Stimuli and Response) เชื่อว่าการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของมนุษย์จะเกิดขึ้นควบคู่กันในช่วงเวลาที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังเชื่อว่า การเรียนรู้ของมนุษย์เป็นพฤติกรรมแบบแสดงอาการกระทำ (Operant Conditioning) ซึ่งมีการเสริมแรง(Reinforcement) เป็นตัวการ โดยทฤษฎีพฤติกรรมนิยมจะไม่กล่าวถึงความนึกคิดภายในของมนุษย์ ความทรงจำ ภาพโดยถือว่าคำเหล่านี้เป็นคำต้องห้าม (Taboo) ซึ่งทฤษฎีนี้ส่งผลต่อการเรียนการสอนที่สำคัญในยุคนั้น ในลักษณะที่การเรียนเป็นชุดของพฤติกรรมซึ่งจะต้องเกิดขึ้นตามลำดับที่แน่ชัด การที่ผู้เรียนจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้นั้นจะต้องมีการเรียนตามขั้นตอนแต่ละวัตถุประสงค์ ผลที่ได้จากการเรียนขั้นแรกนี้จะเป็นพื้นฐานของการเรียนในขั้นต่อ ๆ ไป ในที่สุด

สื่อมัลติมีเดียเพื่อการศึกษา ที่ออกแบบตามแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมนี้จะมีโครงสร้างของบทเรียนในลักษณะเชิงเส้นตรง (Linear) โดยผู้เรียนจะได้รับคำแนะนำเนื้อหาในลำดับที่เหมือนกันและตายตัว ซึ่งเป็นลำดับที่ผู้สอนพิจารณาแล้วว่า เป็นลำดับการสอนที่ดีและผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกจากนั้นจะมีการตั้งคำถามถามผู้เรียนอย่างสม่ำเสมอ โดยหากผู้เรียนตอบถูกต้องจะได้รับการตอบสนองในรูปผลป้อนกลับทางบวกหรือรางวัล (Reward) ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้เรียนตอบผิดจะได้รับการตอบสนองในรูปของผลป้อนกลับในทางลบและคำอธิบายนหรือการลงโทษ (Punishment) ซึ่งผลป้อนกลับนี้ถือเป็นการเสริมแรงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ สื่อมัลติมีเดียเพื่อการศึกษาที่ออกแบบตามแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม จะบังคับให้ผู้เรียนผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามจุดประสงค์เสียก่อน จึงจะสามารถผ่านไปศึกษาต่อยังเนื้อหาของวัตถุประสงค์ต่อไปได้ หากไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ผู้เรียนจะต้องกลับไปศึกษาในเนื้อหาเดิมอีกครั้งจนกว่าจะผ่านการประเมิน ซึ่งบางครั้งเรียกว่าการเรียนแบบโปรแกรมสาขา

2) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitivism) เกิดจากแนวคิดของชอมสกี (Chomsky)¹⁹ ที่ไม่เห็นด้วยกับ สกินเนอร์ (Skinner) บิดาของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ในการมองพฤติกรรมมนุษย์ไว้ว่าเป็นเหมือนการทดลองทางวิทยาศาสตร์ ชอมสกีเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นเป็นเรื่องของภายในจิตใจมนุษย์ ไม่ใช่ผ้าขาวที่เมื่อใส่สีอะไรลงไปก็จะกลายเป็นสีนั้น มนุษย์มีความนึกคิด มีอารมณ์ จิตใจ และความรู้สึกภายในที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น การออกแบบการเรียนการสอนก็ควรที่จะคำนึงถึงความแตกต่างภายในของมนุษย์ด้วย ในช่วงนี้มีแนวคิดต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการจำ (Short Term Memory , Long Term Memory and Retention) แนวคิด เกี่ยวกับการแบ่งความรู้ออกเป็น 3ลักษณะคือ

- 1)ความรู้ในลักษณะเป็นขั้นตอน (Procedural Knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่อธิบายว่าทำอย่างไรและเป็นองค์ความรู้ที่ต้องการลำดับการเรียนรู้ที่ชัดเจน
 - 2)ความรู้ในลักษณะการอธิบาย (Declarative Knowledge) ซึ่งได้แก่ความรู้ที่อธิบายว่าคืออะไร
 - 3)ความรู้ในลักษณะเงื่อนไข (Conditional Knowledge) ซึ่งได้แก่ความรู้ที่อธิบายว่าเมื่อไร และทำไม
- ซึ่งความรู้ 2 ประเภทหลังนี้ไม่ต้องการลำดับการเรียนรู้ที่ตายตัว ทฤษฎีปัญญานิยมส่งผลต่อการเรียนการสอนที่สำคัญในยุคนั้น ทฤษฎีปัญญานิยมทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการออกแบบในลักษณะสาขา (Branching) ของคราวเดอร์ (Crowder) อังอิง อองอาจ ชาญเชาว์ (2553)¹⁴ ซึ่งเป็นการออกแบบในลักษณะสาขา หากเมื่อเปรียบเทียบกับบทเรียนที่ออกแบบตาม

แนวคิดของพฤติกรรมนิยมแล้ว จะทำให้ผู้เรียนมีอิสระมากขึ้นในการควบคุมการเรียนรู้ด้วยตัวเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีอิสระมากขึ้นในการเลือกลำดับของการนำเสนอเนื้อหาบทเรียนที่เหมาะสมกับตน สื่อมัลติมีเดียเพื่อการศึกษาที่ออกแบบตามแนวคิดของทฤษฎีปัญญาญาณ จะมีโครงสร้างของบทเรียนในลักษณะสาขาอีกเช่นเดียวกัน โดยผู้เรียนทุกคนจะได้รับการเสนอเนื้อหาในลำดับที่ไม่เหมือนกัน โดยเนื้อหาที่จะได้รับการนำเสนอต่อไปนั้นจะขึ้นอยู่กับความสามารถ ความถนัด และความสนใจของผู้เรียนเป็นสำคัญ

3) ทฤษฎีโครงสร้างความรู้ (Scheme Theory) ภายใต้ทฤษฎีปัญญาญาณ (Cognitivism) นี้ยังได้เกิดทฤษฎีโครงสร้างความรู้ (Scheme Theory) ขึ้นซึ่งเป็นแนวคิดที่เชื่อว่าโครงสร้างภายในของความรู้ที่มนุษย์มีอยู่นั้นจะมีลักษณะเป็นโหนดหรือกลุ่มที่มีการเชื่อมโยงกันอยู่ ในการที่มนุษย์จะรับรู้อะไรใหม่ ๆ นั้น มนุษย์จะนำความรู้ใหม่ ๆ ที่เพิ่งได้รับนั้นไปเชื่อมโยงกับกลุ่มความรู้ที่มีอยู่เดิม (Pre-existing Knowledge)

รูเมลฮาร์ท ดาวิด และออร์ทอนี (Rumelhart, David and Ortony. 1977)²⁰ ได้ให้ความหมายของคำ โครงสร้างความรู้ไว้ว่าเป็นโครงสร้างข้อมูลภายในสมองของมนุษย์ซึ่งรวบรวมความรู้เกี่ยวกับวัตถุ ลำดับเหตุการณ์ รายการกิจกรรมต่าง ๆ เอาไว้หน้าที่ของโครงสร้างรู้นี้ก็คือ การนำไปสู่การรับรู้ข้อมูล (Perception) การรับรู้ข้อมูลนั้น ไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากขาดโครงสร้างของความรู้ (Schema) ทั้งนี้ก็เพราะการรับรู้ข้อมูลนั้นเป็นการสร้างความหมายโดยการถ่ายโอนความรู้ใหม่เข้ากับความรู้เดิม ภายในกรอบความรู้เดิมที่มีอยู่และจากการกระตุ้นโดยเหตุการณ์หนึ่ง ๆ ที่ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงรู้นั้น ๆ เข้าด้วยกัน การรับรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ เนื่องจากไม่มีการเรียนรู้ใดที่เกิดขึ้นได้โดยปราศจากการรับรู้ นอกจากโครงสร้างความรู้จะช่วยในการรับรู้และการเรียนรู้แล้วนั้น โครงสร้างรู้อย่างช่วยในการระลึก (Recall) ถึงสิ่งต่างๆ ที่เราเคยเรียนรู้มาการนำทฤษฎีโครงสร้างความรู้มาประยุกต์ใช้ ในการสร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จะส่งผลให้ลักษณะการนำเสนอเนื้อหาที่มีการเชื่อมโยงกันไปมา คล้ายใยแมงมุม (Webs) หรือบทเรียนในลักษณะที่เรียกว่า บทเรียนแบบสื่อหลายมิติ (Hypermedia) ดังนั้นในการออกแบบสื่อมัลติมีเดียเพื่อการศึกษา จึงจำเป็นต้องนำแนวคิดของทฤษฎีต่าง ๆ มาผสมผสานกันเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะและโครงสร้างขององค์ความรู้ในสาขาวิชาต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยเพียงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้สื่อการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อวิถี การเรียนรู้ที่แตกต่างกัน และตอบสนองลักษณะโครงสร้างขององค์ความรู้ของสาขาวิชาต่าง ๆ ที่แตกต่างกันนั่นเอง

โดยทั่วไป สื่อโสตทัศนที่นำมาใช้สอนผ่านจอภาพส่วนมากนำมาใช้ตามความเหมาะสมเพียง 3 ประเภท คือ เสียง ภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว (เฉพาะในกลุ่มที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ใช้ 2 ประเภท คือ ภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว) ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้จะเกิดมาจากการรวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ ผ่านทางประสาทสัมผัสทั้งห้า แล้วประมวลเป็นความรู้ ความเข้าใจ ทั้งเสียงและภาพ ช่องทางนำเข้าสู่ข้อมูลที่สำคัญของมนุษย์ได้แก่ ตา หู ซึ่งมีเสียงและภาพเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดโดยเฉพาะปัจจุบันมีการส่งข่าวสารที่เป็นภาพและเสียงเสมือนจริง เป็นสื่อและเครื่องมือหลักในกระบวนการสื่อสารซึ่งสอดคล้องกับระบบสื่อของการสอนผ่านจอภาพที่มีแนวโน้มที่จะใช้สื่อเสมือนจริงเป็นสื่อการสอนหลักอยู่แล้ว สื่อโสตทัศนจึงเป็นสื่อหลักในระบบการสอนผ่านจอภาพซึ่งประกอบด้วย เสียง ภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว²¹

สื่อเสียง เสียงมีความจำเป็นและมีที่ใช้มากในการสอนผ่านจอภาพเพราะต้องใช้แทนการปฏิสัมพันธ์ แบบเผชิญหน้าในทุกกรณี โดยเฉพาะการบรรยาย การอธิบายภาพ การถามตอบและอธิบายภาพชุด เป็นต้น

1.การบรรยาย (lecture) ได้แก่ การบรรยายในการประชุมทางไกล การบรรยายในรายการโทรทัศน์ การบรรยายในการสอนเสริม การบรรยายในการพบกลุ่มผู้เรียน ซึ่งการบรรยายเหล่านี้จะต้องบันทึกเทปเสียงหรือไฟล์เสียงเพื่อนำไปใช้ในการสอนผ่านจอภาพแบบต่าง ๆ ต่อไป

2.การอธิบายภาพ(still picture narration) มี 2 ประเภท คือ (1) เสียงในการบรรยายภาพนิ่งของผู้สอน ได้แก่ การอธิบายภาพขณะนำเสนอในการประชุมทางไกล การอธิบายภาพในคอมพิวเตอร์ช่วยสอน การอธิบายภาพขณะนำเสนอในการประชุมทางไกล การอธิบายภาพในคอมพิวเตอร์ช่วยสอน การอธิบายภาพในเว็บเพจ หรือไฟล์เสียงตามระบบการจัดเก็บที่

สามารถค้นเพื่อนำมาประกอบกับเสียงอื่น (2) เสียงอธิบายภาพ ได้แก่ การบรรยายภาพที่ได้มาจากหนังสือพิมพ์ สื่อภาพนิ่ง ภาพจากคอมพิวเตอร์ ที่นำมาเขียนบทบรรยาย และบันทึกเสียงอธิบายประจำแต่ละภาพ ในทำนองเดียวกับการอธิบายภาพ ในสื่อพิมพ์แต่เป็นการอธิบายด้วยเสียงแทนที่จะอธิบายด้วยอักษรซึ่งเป็นประโยชน์มาก การเลือกภาพเพื่อนำมาใช้ในการสอน ผ่านจอภาพในลักษณะอื่นและในโอกาสต่อไป

3.เสียงจากการถามตอบปัญหา(question and answer: QA) หรือคำถามที่มีคนถามบ่อย(frequently asked questions :FAQ) ได้แก่ คำถามและคำตอบที่ได้จากกิจกรรมการเรียนการสอนของแต่ละวิชา เช่น การถามตอบจากการสอน โดยการประชุมทางไกล การสอนเสริม การสอนทบทวน การถามตอบทางโทรศัพท์ การถามตอบทางอีเมลล์ การถามตอบทาง เว็บบอร์ดของรายวิชาหรือแม้แต่การถามตอบทางจดหมาย ก็สามารถนำมาดัดแปลงและบันทึกเสียงไว้ได้ และแต่ละรายวิชารวบรวมและสะสมคำถามคำตอบเหล่านี้ไว้และนำมาจัดให้เป็นหมวดหมู่ของเนื้อหา เขียนบทตอบและบันทึกเสียงตอบให้ ถูกต้องและชัดเจนเพื่อเก็บไว้ในไฟล์เสียงหรือเว็บเพจหรือซีดีรอมของรายวิชาเพื่อจัดเป็นระบบถามตอบอัตโนมัติต่อไป

4.เสียงบรรยายภาพชุด หรือ เทคนิคโสตทัศน (audio-visual technique) เป็นโปรแกรมที่ใช้ภาพชุดประกอบเสียงมี 3 ประเภท คือ (1) โปรแกรมโสตทัศน(oral vision) เป็นภาพชุดที่ผู้นำเสนอและบรรยายประกอบด้วยตนเองใช้ในการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า หรือการสอนทางไกลทางโทรศัพท์ซึ่งจะต้องส่งภาพชุดไปให้ผู้ฟังล่วงหน้า (2) โปรแกรมโสตทัศน(Audio-vision) เป็นภาพชุดประกอบเสียงที่มีการออกแบบเครื่องหมายเชื่อมโยง(sign post: SP) ในภาพและเสียงอย่างชัดเจน และ (3) โปรแกรมวิทยุทัศน(radio-vision) เป็นภาพชุดประกอบรายการวิทยุกระจายเสียงที่ผู้ฟังจะได้รับภาพชุดล่วงหน้าก่อนการกระจายเสียงทางสถานีวิทยุกระจายเสียง สื่อเทคนิคโสตทัศนนี้สามารถนำมาใช้เป็นสื่อในการสอนผ่านจอภาพทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็ระบบการสอนทางคอมพิวเตอร์ ระบบการสอนทางโทรทัศน์ปฏิสัมพันธ์ ระบบการสอนทางการประชุมทางไกลและระบบการสอนทางเว็บเพจหรือแม้แต่การถ่ายโอน(transfer) ไปเป็นระบบสัญญาณภาพตามที่ร้องขอ(Video on demand)

2.ภาพนิ่ง ภาพนิ่งเป็นสื่อที่มีประโยชน์และมีความจำเป็นจะต้องใช้เป็นประจำทั้งในระบบการสอนแบบเผชิญหน้า การสอนทางไกล และการสอนผ่านจอภาพ ภาพนิ่งที่มีความสำคัญต่อระบบการสอนผ่านจอภาพมี 3 ประเภท คือ (1) แผนภูมิ (chart) และแผนภาพ(diagram) (2) กราฟ หรือแผนสถิติใช้แสดงข้อมูลที่เป็นปริมาณแทนการนำเสนอด้วยตารางตัวเลข ซึ่งกินเนื้อที่ดูยาก และ (3) ภาพถ่ายดิจิทัล หมายถึงภาพถ่ายที่ถ่ายจากสถานที่จริง ของจริง หรือถ่ายจากภาพวาด ภาพเขียนหรือ ภาพพิมพ์ ซึ่งจะเป็นภาพในรูปแบบใดก็ตามจะต้องมีการถ่ายโอนมาเป็นภาพดิจิทัลและทุกภาพควรมีคำอธิบายภาพที่เป็น ตัวอักษรและเสียงกำกับไว้เสมอ จำเป็นจะต้องออกแบบเครื่องหมายเชื่อมโยงภาพกับคำอธิบายไว้ด้วย

3.ภาพเคลื่อนไหว ภาพเคลื่อนไหวที่ใช้ในการสอนผ่านจอภาพ หมายถึง ภาพเคลื่อนไหวและเสียงในระบบสัญญาณ ภาพ (video image) ในรูปแบบเทปภาพ(video tape) แผ่นซีดีภาพ (video compact disc) แผ่น ซีดี-รอม (CD-ROM) แผ่น เลเซอร์ (laser disc) หรือแผ่นดีวีดี(digital video disc : DVD) เป็นต้น

ภาพเคลื่อนไหวที่จำเป็นสำหรับการสอนผ่านจอภาพมี 2 ประเภท คือ สัญญาณภาพและแอนิเมชัน²¹

-สัญญาณภาพ (video image) มี 2 ลักษณะ คือ ส่วนตอนสัญญาณภาพและรายการสัญญาณภาพ
-รูปแบบและทัศนลักษณะของสื่อโสตทัศน การสอนผ่านจอภาพ เป็นการสอนทางไกลในลักษณะการกระจายผ่านเครือข่ายต่าง ๆ ดังนั้นเพื่อความสะดวกในการนำเสนอ สื่อทุกรูปแบบจึงควรมีการแปรผันและจัดเก็บในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และดิจิทัลทั้งหมด สื่อโสตทัศนในระบบการสอนผ่านจอภาพต้องใช้ร่วมกันกับสื่ออื่น ๆ ดังนั้นโสตทัศนทุกประเภทจึงจำเป็นต้องผลิตขึ้นในรูปแบบและทัศนลักษณะที่สอดคล้องหรือพร้อมที่จะถ่ายโอนไปสู่ระบบสื่อการสอนผ่านจอภาพที่ต้องการใช้

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า สื่อในปัจจุบันถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้ความรู้ได้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีการพัฒนาศักยภาพให้ผู้เรียนสามารถใช้ประสาทในการรับรู้เพื่อช่วยในการจำได้มากขึ้นและเหมาะสำหรับผู้ที่สามารถใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้ แต่สำหรับผู้ที่มีความพิการทางการได้ยินมีความจำกัดในการใช้สื่อเสียง การใช้สื่อภาพจึงมี

ความสำคัญต่อการสื่อสารและให้ความรู้แก่กลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายการนำสื่อมาใช้ให้เหมาะสมจึงน่าจะมีประโยชน์ในการรับรู้ และเรียนรู้ได้มากขึ้น²²

ปัจจุบันรัฐให้ความสำคัญในการจัดการสื่อสารกับกลุ่มที่มีความบกพร่องทั้งทางการมองเห็นและการได้ยินมากขึ้น จะเห็นได้จากนโยบายการจัดการศึกษา การจัดห้องสมุดเพื่อคนพิการ ซึ่งเป็นพระดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ที่ทรงตระหนักถึงปัญหาในการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้พิการ โดยทรงดำริในเรื่องห้องสมุดสำหรับบริการคนพิการที่ร่วมทั้งผู้พิการทางการมองเห็นและการได้ยินและการสื่อสารเพื่อให้เขาเหล่านั้นได้มีโอกาสในการศึกษาและสามารถทำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้²³

การสื่อสารด้วยภาษามือ^{10, 24}

ภาษามือ เป็นการ เป็นอวัจนภาษาอย่างหนึ่ง ที่ประกอบด้วย การสื่อสารด้วยมือ, การสื่อสารด้วยร่างกาย และการใช้ริมฝีปากในการสื่อความหมายแทนการใช้เสียงพูด การสื่อสารจะใช้ลักษณะของมือที่ท่าเป็นสัญลักษณ์ การเคลื่อนไหวมือ แขน และร่างกาย และการแสดงความรู้สึกทางใบหน้าเพื่อช่วยในการสื่อสารความคิดของผู้สื่อ ภาษาลักษณะส่วนใหญ่มักใช้ใน กลุ่มผู้พิการทางหู ซึ่งรวมทั้งผู้พิการทางหูเอง ผู้ตีความหมาย (interpreter) ผู้ร่วมงาน เพื่อน และครอบครัวของผู้พิการทางหูซึ่งอาจจะพอได้ยินบ้างหรือไม่ได้ยินเลย นอกจากนี้ยังเป็นภาษาที่ใช้ท่าทางของร่างกายในการสื่อสาร ซึ่งรวมถึงการใช้มือในการทำท่าทาง การพยักหน้า การขยับริมฝีปาก หรือการแสดงออกทางสีหน้า พบว่าบ่อยครั้งภาษามือถูกใช้ในในการสื่อสาร ในสถานะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีเสียงดัง สถานที่ต้องการความเงียบ หรือใช้ในในการสื่อสารระหว่างคนพิการที่พูดไม่ได้ ในปัจจุบันคนพิการทางหู และคนพิการทางเสียง สื่อสารกันโดยใช้ภาษามือและคนที่สื่อสารด้วยนั้นต้องรู้ภาษามือเช่นกัน จะพบว่าเกิดปัญหาตามมา คือ คนที่ไม่รู้ภาษามือ จะสื่อสารกับคนพิการทางหูและทางเสียงได้ลำบาก เพราะไม่เข้าใจภาษามือ และภาษามือที่ใช้ในคนพิการทางหูและทางเสียง โดยธรรมชาติโครงสร้างการเรียงลำดับคำไม่เหมือนกับหลักภาษาไทย แต่จะเหมือนกับหลักภาษาไทยเมื่อ ผู้ใช้ภาษามือรู้โครงสร้างของภาษา ซึ่งในขณะนี้ในประเทศไทยยังไม่มีผู้วิจัยในเรื่องของการจดจำภาษามือ เพื่อช่วยเหลือคนพิการและสามารถช่วยให้คนพิการได้เรียนรู้โครงสร้างของภาษาได้ดีขึ้น ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพยายามเผยแพร่ความรู้ในการใช้ภาษามือให้แก่คนทั่วไปและคนที่มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อสารเพิ่มขึ้น โดยมีการเปิดการสอนพิเศษ และการเรียนด้วยตนเองจากเว็บไซต์ต่าง ๆ

การให้ความรู้แก่ผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย พบว่า เอกสารในด้านการป้องกันโรค ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่มีการดำเนินงาน จึงไม่อาจทราบได้ว่าข้อมูลที่กลุ่มนี้ได้รับหรือเคยได้รับจะเป็นข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่ เพราะการจัดทำเอกสารที่ต้องอาศัยความเข้าใจในภาษามือประกอบกับการสื่อสารโดยใช้ภาษาท่าทางเป็นสิ่งที่ยากต่อการดำเนินงาน แต่ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการจัดทำขึ้นให้เหมาะสมกับกลุ่มพิเศษนี้ อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการสื่อสารคือต้องเป็นการสื่อสารแบบตัวต่อตัวซึ่งจะกระทบต่อการให้คำปรึกษาต่าง ๆ รวมถึงการให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลตนเอง การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและการให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงวัณโรค และหากได้สัมผัสกับกลุ่มนี้จะพบว่า ในบางครั้งการพยายามอธิบายเรื่องราวต่าง ๆ เป็นเรื่องที่ยากและต้องใช้ความพยายามอย่างมาก^{25, 26}

สื่อการสอนสำหรับผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายในประเทศไทยมีข้อจำกัด คือ มีเฉพาะสำหรับกลุ่มที่เข้าสู่ระบบการเรียนเท่านั้นส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบจะพบว่า มีความลำบากในการสื่อสารกับคนที่ไม่ใช่คนในครอบครัวหรือชุมชน ทั้งนี้เพราะการสื่อสารเกิดจากความพยายามที่จะสร้างภาษาท่าทางที่เข้าใจกันเอง และหากเป็นภาพยนตร์ที่สามารถดูซ้ำได้จะทำให้เกิดการจำและเข้าใจมากขึ้น แต่ข้อด้อยคือ เป็นการสื่อสารทางเดียว ทั้งนี้หากเป็นการสอนเป็นสิ่งที่ดีเพราะเป็นการสื่อสารแบบสองทางโดยครูก็จะมีข้อจำกัดคือ ครูไม่สามารถให้ความรู้ได้ตลอดเวลา²⁷

ในประเทศสหรัฐอเมริกา เริ่มให้ความสำคัญและจัดให้เป็นวาระของประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ 1976 โดยมีโครงการผลิตภาพยนตร์สำหรับผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายโดยการทำเป็นภาพยนตร์ที่ใช้ภาษาท่าทางเป็นหลัก หรือที่เรียกว่า "หนังใบ้" จากนั้นก็มีการสนับสนุนให้มีการสร้างภาพยนตร์เพื่อการเรียนการสอนที่สามารถใช้ได้ทั้งในระบบการเรียนการสอนใน

โรงเรียนและขยายสู่การเรียนการสอนที่บ้านโดยผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายสามารถเรียนได้ผ่านระบบการสื่อสารหรือ "การเรียนทางไกล" ซึ่งมีอย่างน้อยร้อยละ 10 ของรายการทั้งหมด¹³

ด้านการจัดการเรียนการสอนในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย ในประเทศเคนยา ทวีปแอฟริกา พบว่า กลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย มีการติดเชื้อที่มีความชุก ร้อยละ 7.0 ในขณะที่ภาพรวมความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีเพียง ร้อยละ 6.7 โดยพบว่า เนื่องจาก มีปัญหาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ขาดความรู้ในเรื่องการรับคำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจการให้ความรู้ที่ผ่านมาเป็นทำให้ความรู้ผ่านล่าช้าทางภาษาและจากการถ่ายทอดความรู้ระหว่างผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายด้วยกัน ดังนั้นความจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้แก่ผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายอย่างมีระบบและการจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ นอกจากนี้ยังจะนำไปสู่การสร้างสื่อที่เหมาะสมในกลุ่มที่จำเพาะอื่น ๆ ด้วย^{13, 28}

แบทเซอร์และคณะ (2004) พบว่า การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และโรคที่มีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยใช้สื่อเป็นสิ่งที่ทำให้กลุ่มวัยรุ่นเข้าใจและมีการเรียนรู้มากขึ้น²⁹ กรอกซ์และคณะ(2006) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายต่อความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในประเทศสวาซีแลนด์ พบว่า มีปัญหาในเรื่องการใช้ภาษา ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังไม่ถูกต้อง ขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์ก็ขาดสมรรถนะในการสื่อสาร การให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจและมีข้อเสนอนะ ให้รัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจและจัดทำสื่อเพื่อการเรียนรู้ในกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายโดยใช้ภาษาเฉพาะคือภาษามือ³⁰ และเช่นเดียวกับที่ประเทศอังกฤษที่ถือว่า การจัดการในเรื่องการให้ความรู้โดยเฉพาะเรื่องป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย และผู้ที่จัดการในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้เพื่อการให้ความรู้และการสื่อสารจะต้องเข้าใจธรรมชาติของผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย ซึ่งประเทศอังกฤษถือว่าเป็นปัญหาที่ประเทศต่าง ๆ ควรต้องตระหนัก และถือเป็นปัญหาระดับชาติและระดับโลก³¹

สำหรับประเทศไทยเดิมทีเดียวยังไม่มีการศึกษาจำนวนคนพิการมักอ้างอิงจำนวนคนพิการแต่ละประเทศโดยใช้ผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2519) เป็นหลัก กล่าวคือ ร้อยละ 8 - 10 ของประชากรโลก เป็นคนพิการโดยเหตุผลทางการแพทย์ ปี 2533 องค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น และรายงานเพิ่มเติมว่า จำนวนคนพิการที่มีระดับความพิการปานกลางจนถึงรุนแรง มีประมาณร้อยละ 5.21 ของประชากรโลกแต่สำหรับใน ประเทศที่กำลังพัฒนา มีคนพิการประมาณร้อยละ 4.5³²

การศึกษาจำนวนคนพิการในประเทศไทยที่ใช้อ้างอิงกันเป็นครั้งแรก คือ การศึกษาโดย นพ.บรรลุ ศิริพานิชและคณะ เมื่อปี 2525 ซึ่งพบว่า มีคนพิการซึ่งนิยามตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (พ.ศ.2519) ร้อยละ 1.25 ของประชากรทั่วประเทศ

ต่อมา เมื่อปี 2529 และ ปี 2534 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจพบจำนวนคนพิการ 385,560 คน หรือร้อยละ 0.7 และ 1,057,000 คน หรือ ร้อยละ 1.8 ของประชากร ตามลำดับ จะสังเกตเห็นว่าจำนวนคนพิการที่ศึกษาโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติมากกว่าการศึกษาของ นพ.บรรลุ ศิริพานิช และคณะ 0.55 เท่า และการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งที่ 2 พบจำนวนคนพิการมากกว่าครั้งแรก ประมาณ 2.7 เท่า

ในปี 2534-2535 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้วิจัยเชิงสำรวจ พบว่ามี คนพิการร้อยละ 8.1 ของประชากรทั่วประเทศ หรือ ประมาณ 4,614,650 คน แต่ถ้าประมาณการจากฐานว่าประชากรไทยมีประมาณ 60 ล้านคน จะพบว่า ประเทศไทยมีคนพิการประมาณ 4,860,000 คน ทั้งนี้ยังไม่รวมจำนวนคนพิการที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี³³

สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานผลการสำรวจความพิการ และภาวะทุพพลภาพ ในปี 2545 ว่า ประเทศไทยมีคนพิการ 1,097,900 คน โดยทุกครั้งที่มีการพิจารณาเรื่องจำนวนคนพิการในประเทศไทย คนพิการ นักวิชาการ และบุคลากรที่

ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ ต่างมีความกังวลว่าควรอ้างตัวเลขจำนวนเท่าใด อย่างไรก็ตาม ในปี 2548 กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ประกาศใช้ตัวเลขจำนวนคนพิการตามผลการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2545 คือ 1,097,900 คน³⁴ จากสถิติทะเบียนคนพิการ 2537- สิงหาคม 2552 พบว่า ปัญหาการมองเห็น 86,440 ราย การได้ยิน 116,390 ราย ทางกาย 408,869 ราย ทางจิตใจ 48,783 ราย ทางสติปัญญา 105,203 ราย ความพิการซ้อน 74,269 ราย และไม่ระบุความพิการ 5,067 ราย³⁵

จากการสำรวจจำนวนคนพิการในประเทศไทย ในปี 2550 พบว่า คนพิการจากการได้ยินและสื่อความหมายทั้งสิ้น 705,437 คน โดยมีจำนวนผู้พิการทางการได้ยินมีจำนวนทั้งสิ้นเพียง 140,000 คน หรือ ร้อยละ 14 จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่า รัฐได้พยายามที่จะสำรวจจำนวนที่แท้จริงของผู้พิการและจำแนกตามลักษณะของความพิการเพื่อให้การช่วยเหลือได้ตรงตามความต้องการของลักษณะความพิการ ซึ่งพบว่า ผู้พิการทางการได้ยินมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในขณะที่เข้าสู่ระบบบริการและสวัสดิการของรัฐน้อยมาก หรือประมาณ หนึ่งใน สามของผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย³

ด้วยความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้มีการค้นหาผู้พิการที่อาศัยในชุมชนมากขึ้น ประกอบกับนโยบายของรัฐที่ให้ความสำคัญกับผู้พิการทุกกลุ่มเพิ่มขึ้น มีการจดทะเบียนผู้พิการเพื่อขอรับการช่วยเหลือจากรัฐและองค์กรต่าง ๆ รวมถึงการส่งเสริมความรู้ พัฒนาศักยภาพของผู้พิการให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม³⁶ แต่ระบบการให้ความรู้ก็อาจจะยังไม่ครอบคลุมเหมือนกลุ่มปกติอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะผู้ที่ทำงานร่วมกับคนพิการจะต้องเข้าใจและสามารถสื่อสารกับผู้พิการโดยเฉพาะทางการได้ยินและการมองเห็น

จากที่กล่าวจะเห็นได้ว่า การจัดการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแก่ผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายยังมีปัญหาและอุปสรรคอย่างมาก หลายประเทศได้พัฒนาองค์ความรู้และกระบวนการในการแก้ปัญหาโดยการพยายามผลิตสื่อการให้ความรู้แก่กลุ่มดังกล่าวแต่ก็ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มนี้ได้มากนัก การให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ จึงมีความยากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นในการจัดการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี และการให้คำปรึกษาเพื่อการติดเชื้อเอชไอวี จึงจำเป็นที่จะต้องทำโดยกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย ทั้งนี้จากการศึกษาของการนำกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายในประเทศเคนยา เป็นตัวอย่างที่สำคัญในการนำเอาผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายมาร่วมในการจัดทำสื่อ ซึ่งพบว่าได้รับการยอมรับเป็นอย่างมากเนื่องจากมีความเข้าใจในบริบทของพิการทางการได้ยินได้ดีกว่าผู้ที่มีความปกติและเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขและการแพทย์⁹

วิธีดำเนินงานวิจัย

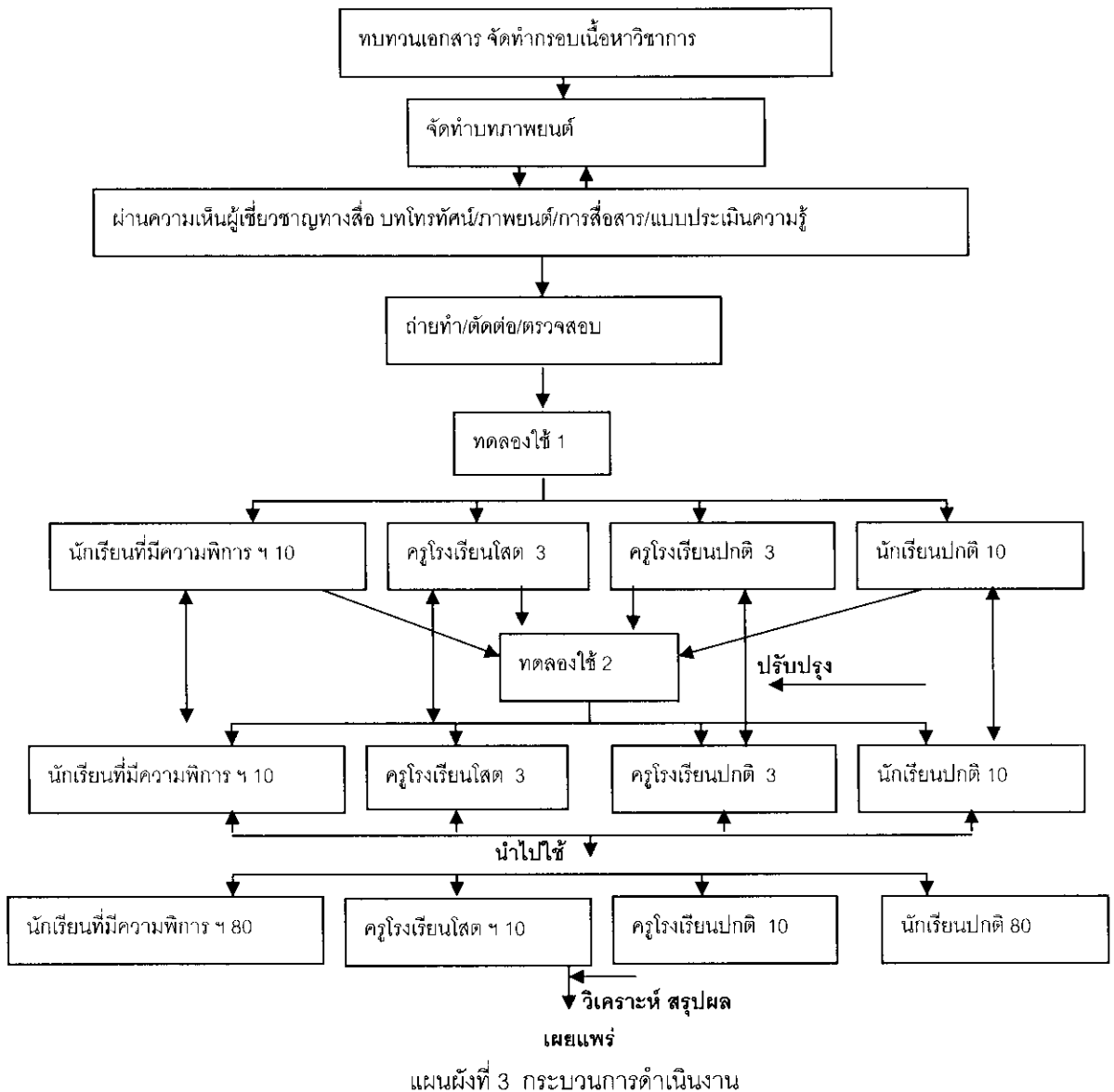
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่ทดลองที่ดำเนินงานในกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2553- พฤษภาคม 2554 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

วิธีการดำเนินการวิจัย และสถานที่ทำการทดลอง/เก็บข้อมูล

1. ทีมวิจัยเรียนรู้ภาษามือเพื่อการสื่อสารเบื้องต้น
2. วิเคราะห์เนื้อหาที่จะนำไปจัดทำเป็นบทโทรทัศน์ โดยครอบคลุมเนื้อหา ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การติดเชื้อเอชไอวี การแพร่ระบาดของโรค อาการ อาการแสดง การรักษา การดูแลตนเอง การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การเข้าสู่ระบบการคัดกรองผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมโดยการให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ และการเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพ
3. นำบทภาพยนตร์ดังกล่าวไปปรับการตรวจสอบและขอความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคเอดส์ จำนวน 2 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการเขียนบทภาพยนตร์ 1 ท่าน
4. นำบทภาพยนตร์ดังกล่าวไปให้ผู้เชี่ยวชาญภาษามือเปลี่ยนจากบทดังกล่าวเป็นภาษามือ และตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษามือ 2 ท่าน
5. กำหนดตัวแสดง ถ่ายทำ โดยมีผู้แสดงเป็นผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย
6. ตัดต่อภาพ โดยมีความยาวประมาณ 20-30 นาที
7. มีการบันทึกเสียงเนื้อหาปกติโดยมีเนื้อหา สารความรู้ เช่นเดียวกับกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายแก่กลุ่มที่มีความสามารถในการได้ยินและสื่อสารปกติ โดยจัดเป็นมุมหนึ่งในหน้าจอ (ประมาณ 1 ใน 4 ของหน้าจอ)
8. ทดลองฉายให้กลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) กลุ่มนักเรียนที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย (มัธยมศึกษาปีที่ 4) 10 ราย และ ครู 3 ราย และ 2) กลุ่มนักเรียนที่มีความสามารถในการได้ยินและสื่อความหมายปกติ (มัธยมศึกษาปีที่ 4หรือเทียบเท่า) 10 รายและ ครู 3 ราย (รวม 26 ราย) ทั้งสองกลุ่มจะได้ดูวิดีโอที่ตัดต่อแล้วชุดดังกล่าว และประเมินความเข้าใจจากการดูวิดีโอที่ค้น เพื่อหาความเห็นพ้องต้องกัน (agreement) ในเนื้อหา (รวม 26 ราย) หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงเพิ่มเติมและนำมาให้กลุ่มเดิมดูและประเมินซ้ำอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง (รวม 26 ราย)
9. ปรับปรุงความเหมาะสม แล้วนำไปใช้กับนักเรียนที่เป็นตัวแทนของผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย และกลุ่มนักเรียนปกติโดยให้ดูเป็นกลุ่มละ 80 คน (รวม 160 ราย) และครูผู้สอนในโรงเรียนของผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย(โรงเรียนโสตศึกษา สงขลา) และครูโรงเรียนปกติ โรงเรียนละ 10 คน (รวม 20 คน) โดยมีการประเมินผลทั้งก่อนและหลังดูวิดีโอที่ค้น

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

 1. นักเรียนกลุ่มทดลอง คือ นักเรียนในโรงเรียนโสตศึกษา ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 80 คน
 2. ครูกลุ่มทดลอง คือ ครูในโรงเรียนโสตศึกษา จำนวน 10 คน
 3. นักเรียนกลุ่มควบคุม คือ นักเรียนโรงเรียนปกติชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 80 คน
 4. ครูกลุ่มควบคุม คือ ครูในโรงเรียนปกติ จำนวน 10 คน
 5. ทุกคนยินดีเข้าร่วมโครงการและตอบคำถามข้อมูลส่วนตัวและทดสอบแบบวัดความรู้ แบบวัดความพึงพอใจ และการติดตามผล



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

- แบบสอบถามข้อมูลประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สัมพันธ์ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ความพึงพอใจต่อการดูวิดีโอ
- แบบวัดความรู้ก่อนและหลังการดูวิดีโอ ตามแบบทดสอบที่ได้รับการวิเคราะห์ความยากง่ายของแบบทดสอบต้องมีค่าความยากง่าย 0.7 ทั้งนี้ นำข้อสอบดังกล่าวมาจากข้อสอบวัดความรู้ของ นवलตา อากาศพิภะกุล ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา พ.ศ. 2548 ซึ่งเคยทดสอบความยากง่ายของข้อสอบวัดความรู้ดังกล่าวได้ 0.7³⁵ แต่อย่างไรก็ตามจะต้องมีการทดสอบซ้ำในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 20 ราย (2 ครั้ง) เพื่อตรวจสอบความยากง่ายอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง ทั้งนี้ อาจจะต้องมีการปรับข้อคำถามและทดสอบซ้ำก่อนนำไปใช้จริง
- แบบวัดความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการประกอบด้วย : ความรู้ที่ได้รับ รูปแบบการให้ความรู้ เนื้อหา องค์ประกอบ เช่น ภาพ การตัดต่อ เสียง ความคมชัด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามในเรื่องประโยชน์ที่ได้รับ และการนำไปสู่การเผยแพร่
- แนวทางคำถามในการเสวนากลุ่มความคิดเห็นของครูทั้งที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายและครูปกติที่เข้าร่วมโครงการ

- สถานที่ศึกษา**
1. โรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดสงขลา
 2. โรงเรียนวชิราโปลีเทคนิค สงขลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ความพึงพอใจต่อการดูวิดีโอทัศน์
2. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน โดยการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังระหว่างกลุ่มนักเรียนที่มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายกับนักเรียนปกติจากการดูวิดีโอทัศน์ และการติดตามผลหลังจากได้รับความรู้ 3 เดือน โดยใช้สถิติ Student T-Test (dependent และ Independent)
3. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน โดยการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังระหว่างกลุ่มครูในโรงเรียนโสตศึกษากับครูในโรงเรียนปกติจากการดูวิดีโอทัศน์ และการติดตามผลหลังจากได้รับความรู้ 3 เดือน โดยใช้สถิติ sign rank test (non parametric)
4. สรุปความข้อมูลเชิงคุณภาพจากการเสวนากลุ่มครู ในการนำวิดีโอทัศน์ไปใช้ประโยชน์

การเผยแพร่

นำวิดีโอทัศน์ชุดดังกล่าว เผยแพร่ไปยัง โรงเรียนโสตศึกษา ทั้ง 20 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ของจังหวัดทั้ง 20 จังหวัดที่มีโรงเรียนโสตศึกษาตั้งอยู่ (รวม 40 แห่ง)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่มุ่งในเรื่องการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้วิดีโอทัศน์เพื่อทำให้ความรู้แก่ผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมายและผู้ที่มีความปกติ โดยมี 1)กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 1.1) นักเรียนกลุ่มทดลอง คือ นักเรียนกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนโสตศึกษาสงขลา จำนวน 80 คน 1.2)ครูกลุ่มทดลอง คือ ครูในโรงเรียนโสตศึกษา จำนวน 10 คน และ 2)กลุ่มควบคุม ประกอบด้วย 2.1) นักเรียนในโรงเรียนอาชีวศึกษาในระดับ ปวช หรือเทียบเท่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย รวม 80 คน และ2.2) ครูกลุ่มควบคุม คือ ครูในโรงเรียนอาชีวศึกษา จำนวน 10 คน ผลของการดำเนินการ พบว่า

นักเรียนกลุ่มทดลอง 80 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.7 และเพศหญิง ร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.7 นับถือศาสนาพุทธ และ ร้อยละ 36.3 นับถือศาสนาอิสลาม ด้านการใช้สารเสพติด(บุหรี่ สุรา และสารเสพติดอื่น ๆ) พบว่า เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 32.5 ส่วนด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 37.5 เคยมีเพศสัมพันธ์ และในกลุ่มนี้ร้อยละ 63.3 มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ

นักเรียนกลุ่มควบคุม 80 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 23.7 และเพศหญิง ร้อยละ 76.3 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.0 นับถือศาสนาพุทธ และ ร้อยละ 13.7 นับถือศาสนาอิสลาม ด้านการใช้สารเสพติด(บุหรี่ สุรา และสารเสพติดอื่น ๆ) พบว่า เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 21.3 ส่วนด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 41.3 เคยมีเพศสัมพันธ์ และในกลุ่มนี้ร้อยละ 93.9 มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ เพศ ศาสนา การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ และการมีคู่นอน จำแนกตาม
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	นักเรียนกลุ่มทดลอง		นักเรียนกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	31	38.7	19	23.7
หญิง	49	61.3	61	76.3
ศาสนา				
พุทธ	51	63.7	68	85.0
อิสลาม	29	36.3	11	13.7
คริสต์	0	0.0	1	1.3
การใช้สารเสพติด				
เคยใช้	26	32.5	17	21.3
ไม่เคยใช้	54	67.5	63	78.7
การมีเพศสัมพันธ์				
ไม่เคย	50	62.5	47	58.7
เคย	30	37.5	33	41.3
คู่นอน				
เพื่อนต่างเพศ	19	63.3	31	93.9
เพื่อนเพศเดียวกัน	11	36.7	2	6.1

สำนักทรัพยากรการเรียนรู้คุณหญิงหลง อรรถกระวีสุนทร

20

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	นักเรียนกลุ่มทดลอง		นักเรียนกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สารเสพติดที่ใช้				
บุหรี่				
เคย	20	76.9	12	70.6
ไม่เคย	6	23.1	5	29.4
แอลกอฮอล์				
เคย	19	73.1	13	76.5
ไม่เคย	7	26.9	4	23.5
กัญชา				
เคย	20	76.9	4	23.5
ไม่เคย	6	23.1	13	76.5
ยาบ้า				
เคย	2	7.7	3	17.7
ไม่เคย	24	92.7	14	82.3
กระท่อม				
เคย	3	11.5	9	52.9
ไม่เคย	23	88.5	8	47.1

จากตารางที่ 2 ในกลุ่มเด็กที่ใช้สารเสพติด ที่ใช้มากกว่า 1 ชนิด พบว่า

นักเรียนกลุ่มทดลอง ที่ใช้สารเสพติด ใช้บุหรี่ร้อยละ 76.9(20 ราย) แอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.1(19 ราย) ร้อยละ 15.4(4 ราย) เคยใช้กัญชา และร้อยละ 11.5 (3 ราย) เคยเสพกระท่อม

นักเรียนกลุ่มควบคุม ที่ใช้สารเสพติด ใช้บุหรี่ร้อยละ 70.6(20 ราย) แอลกอฮอล์ ร้อยละ 76.5(13 ราย) ร้อยละ 23.5(4 ราย) เคยใช้กัญชา และร้อยละ 11.5 (3 ราย) เคยเสพกระท่อม

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	นักเรียนกลุ่มทดลอง		นักเรียนกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สารเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน				
บุหรื				
ยังคงใช้อยู่	6	30.0	3	17.6
ลดปริมาณลง	13	65.0	8	47.1
เลิกใช้แล้ว	1	5.0	6	35.3
แอลกอฮอล์				
ยังคงใช้อยู่	5	25.0	5	29.4
ลดปริมาณลง	8	40.0	10	58.8
เลิกใช้แล้ว	7	35.0	2	11.8
กัญชา				
ยังคงใช้อยู่	6	30.0	1	5.9
ลดปริมาณลง	3	15.0	4	23.5
เลิกใช้แล้ว	11	55.0	12	70.6
ยาบ้า				
ยังคงใช้อยู่	2	100.0	2	50.0
ลดปริมาณลง	0	0.0	2	50.0
เลิกใช้แล้ว	0	0.0	0	0.0
กระท่อม				
ยังคงใช้อยู่	2	66.7	3	33.3
ลดปริมาณลง	1	33.3	3	33.3
เลิกใช้แล้ว	0	0.0	3	33.3

จากตารางที่ 3 พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกาารเสพสารเสพติดประเภทต่าง ๆ ในการใช้ บุหรื และ แอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ลดปริมาณการใช้ลง ส่วนใหญ่เลิกใช้กัญชา ยาบ้า และกระท่อม เช่นเดียวกับ นักเรียนกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในด้าน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การมีเพศสัมพันธ์ การสักตามตัวของนักเรียน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	นักเรียนกลุ่มทดลอง		นักเรียนกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมเสี่ยง				
ใช้เข็ม/ภาชนะฉีดสารเสพติดร่วมกับผู้อื่น				
เคย	0	0.0	0	0.0
ไม่เคย	80	100.0	80	80.0
มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย				
เคย	7	8.7	14	17.5
ไม่เคย	73	91.3	66	82.5
สักตามตัวโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น				
เคย	2	2.5	5	6.3
ไม่เคย	78	97.5	75	93.7

จากตารางที่ 4 พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลอง ไม่เคยใช้เข็ม/ภาชนะเพื่อการเสพสารเสพติดร่วมกับผู้อื่น เช่นเดียวกับในนักเรียนกลุ่มควบคุม

ด้านการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 8.7(7 ราย) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ และ ร้อยละ 17.5 ของนักเรียนกลุ่มควบคุมไม่สวมถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ เช่นกัน

ด้านการสักตามตัว พบว่า มีนักเรียนที่มีการสักตามตัวโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่นในทดลอง มี 2 ราย (ร้อยละ 2.5 และ ร้อยละ 6.3 (5 ราย) ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการได้รับคำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ การตรวจเลือด การเลือกสถานบริการและ การร่วมจ่าย

ข้อมูล	นักเรียนกลุ่มทดลอง		นักเรียนกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดย				
ความสมัครใจ				
เคย	0	0.0	0	0.0
ไม่เคย	80	100.0	80	100.0
การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี				
เคย	0	0.0	0	0.0
ไม่เคย	80	100.0	80	100.0
ความต้องการตรวจหาเชื้อเอชไอวี				
ต้องการ	21	26.3	9	11.3
ไม่ต้องการ	59	73.7	71	88.7
หากต้องไปใช้บริการสถานที่ที่ต้องการ				
สถานีนามัย	19	23.7	8	10.0
โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน	15	18.8	43	53.8
โรงพยาบาลรัฐ	46	57.5	29	36.2
หากต้องจ่ายเงินค่าตรวจ มีความต้องการ				
ตรวจหรือไม่				
ไม่ตรวจ	58	72.5	18	22.5
ตรวจ	22	27.5	62	77.5

จากตารางที่ 5 พบว่า นักเรียนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เคยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ และไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลอง ร้อยละ 26.3 ต้องการ ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มควบคุมมีความต้องการตรวจเลือดเพียง ร้อยละ 11.3 สถานที่ที่ต้องการใช้บริการ ส่วนใหญ่ที่นักเรียนกลุ่มทดลองต้องการไปใช้บริการคือ โรงพยาบาลของรัฐ(ร้อยละ 57.5) ส่วนนักเรียนกลุ่มควบคุม ต้องการไปใช้บริการที่สถานบริการของเอกชนมากกว่า(ร้อยละ 53.8)

ส่วนกรณีที่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ พบว่า ร้อยละ 72.5 ของนักเรียนในกลุ่มทดลองไม่ต้องการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี(ร้อยละ 72.5) แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่า มีร้อยละ 77.5 ต้องการตรวจเลือดถึงแม้จะต้องจ่ายค่าบริการ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ แหล่งความรู้ และการมองผู้ติดเชื้อ และพฤติกรรมเสี่ยงในรอบ 3 เดือน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	นักเรียนกลุ่มทดลอง		นักเรียนกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์				
ไม่เคย	23	28.7	26	32.5
เคย	57	71.3	54	67.5
แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เอกสาร	42	73.7	26	48.2
ทีมสุขภาพ	34	59.6	37	68.5
วิทยุ	0	0.0	13	24.1
โทรทัศน์	44	77.2	31	57.4
หนังสือพิมพ์	26	45.6	17	31.5
การรณรงค์	4	7.0	2	3.7
การมองผู้ติดเชื้อ				
เป็นคนไม่ได้น่ารังเกียจ	19	23.7	20	25.0
เป็นคนป่วยที่ต้องได้รับการรักษา	52	65.0	47	58.7
เป็นคนป่วย แต่ไม่ต้องการเกี่ยวข้องกับ	4	4.4	5	6.2
เป็นคนป่วย และรัฐควรรหาที่ให้เขาอยู่ ร่วมกัน	5	5.0	8	10.0
ท่านมีพฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย				
มี	3	3.7	12	15.0
ไม่มี	77	86.3	68	85.0
ถูกมีดโกนในร้านตัดผมบาด เลือดออก				
มี	7	8.7	5	6.2
ไม่มี	73	91.3	75	93.8
สักตามร่างกายโดยใช้เข็มร่วมกับคนอื่น				
มี	2	2.5	4	5.0
ไม่มี	78	97.5	76	95.0
ฉีดสารเสพติดโดยใช้เข็มร่วมกับเพื่อน				
มี	1	1.25	1	1.25
ไม่มี	79	98.7	79	98.7

จากตารางที่ 6 พบว่า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มปกติเคยได้รับความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 71.3 และ 67.9 ตามลำดับ

แหล่งความรู้ของนักเรียนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 77.2 มาจากโทรทัศน์ รองลงมาคือ มาจากเอกสาร ร้อยละ 73.7 และทีมสุขภาพร้อยละ 59.6

ส่วนแหล่งความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่กลุ่มควบคุมได้รับ คือ ทีมสุขภาพ ร้อยละ 68.5 รองลงมาคือ โทรทัศน์และเอกสาร ตามลำดับ

ด้านการมองผู้ติดเชื้อ พบว่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.0 มองว่า ผู้ติดเชื้อเป็นคนป่วยที่ต้องการการรักษา รองลงมา ร้อยละ 23.7 มองว่าเป็นกลุ่มที่น่ารังเกียจ ส่วนการมองว่ารัฐควรจัดหาที่อยู่อาศัยให้ผู้ติดเชื้ออยู่รวมกันมี ร้อยละ 5.0

ส่วนการมองผู้ติดเชื้อในกลุ่มควบคุม พบว่า มีการมองที่คล้ายคลึงกับนักเรียนกลุ่มทดลอง คือ ร้อยละ 58.37 และ 25.0 ตามลำดับ

พฤติกรรมเสี่ยงในรอบ 3 เดือน พบว่า การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มทดลองยังมีร้อยละ 3.7 และ การใช้มีดโกนร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 8.7 การสัก ร้อยละ 2.5

พฤติกรรมเสี่ยงในรอบ 3 เดือน พบว่า การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มทดลองยังมีร้อยละ 15.0 และ การใช้มีดโกนร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 6.2 การสักตามร่างกาย ร้อยละ 5.0

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของนักเรียนกลุ่มทดลอง ก่อนดูวิดีโอ

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	41(51.2)	39(48.7)
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	33(41.3)	47(58.7)
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	44(55.0)	36(45.0)
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่ามีเชื้อเอดส์	54(67.5)	26(32.5)
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	23(28.7)	57(71.3)
6.เมื่อคุณที่กัดคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้	42(54.5)	38(47.5)
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	25(31.2)	55(68.8)
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	54(67.5)	26(32.5)
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	34(42.5)	46(57.5)
10.การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	29(36.2)	51(63.8)
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้	47(58.7)	33(41.3)
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	38(47.5)	42(52.5)
13.ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	20(25.0)	60(75.0)
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	56(70.0)	24(30.0)
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	36(45.0)	44(55.0)
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	40(50.0)	40(50.0)
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	39(48.7)	41(52.3)
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง	43(53.7)	37(46.3)
19.การรักษาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	57(71.3)	23(28.7)
20.ยาด้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	43(53.7)	37(46.3)

จากตารางที่ 7 พบว่า ความรู้ของนักเรียนกลุ่มทดลองที่ยังไม่ถูกต้อง คือ ข้อ 13(ร้อยละ 75.0) ข้อ 5 (71.3) ข้อ7(ร้อยละ 68.8) 10(ร้อยละ 63.8) 2(ร้อยละ 58.7) 9 (ร้อยละ 57.5)

ส่วนข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ 19(ร้อยละ 71.3) 14(ร้อยละ 70.0) 4(ร้อยละ 67.5) 8 (ร้อยละ 67.5)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของนักเรียนกลุ่มควบคุม

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	71(88.7)	9(11.3)
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	73(91.3)	7(8.7)
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	65(81.3)	15(18.7)
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าติดเชื้อเอดส์	73(91.3)	7(8.7)
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข้มชิดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	56(70.0)	24(30.0)
6.เมื่อยุงที่กัดคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้	35(43.7)	45(52.3)
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	58(72.5)	22(27.5)
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกต้องเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	63(78.7)	17(21.3)
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	63(78.7)	17(21.5)
10.การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	66(82.5)	14(17.5)
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้	64(80.0)	16(20.0)
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	45(56.3)	35(43.7)
13.ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	43(53.7)	37(43.3)
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	39(48.7)	41(51.3)
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	59(73.7)	21(26.5)
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	44(55.0)	36(45.0)
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	35(43.7)	45(56.3)
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง	63(78.7)	17(21.3)
19.การรับยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	62(77.5)	18(22.5)
20.ยาด้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	64(80.0)	16(20.0)

จากตารางที่ 8 พบว่า ความรู้ของนักเรียนกลุ่มควบคุมที่ยังไม่ถูกต้อง คือ ข้อ 17(ร้อยละ 56.3) ข้อ 6 (52.3) ข้อ 14 (ร้อยละ 51.3) 16 (ร้อยละ 45.0) 12(ร้อยละ 43.7) 13 (ร้อยละ 43.3)

ส่วนข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ 2(ร้อยละ 91.3) 4(ร้อยละ 91.3) 1(ร้อยละ 88.7) 10(ร้อยละ 82.5)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคำตอบข้อที่ถูกต้องก่อนการเรียน ระหว่างนักเรียนทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อความ	กลุ่ม	กลุ่ม	P value
	ทดลอง	ควบคุม	
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	41(51.2)	71(88.7)	0.01*
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	33(41.3)	73(91.3)	0.01*
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	44(55.0)	65(81.3)	0.01*
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าติดเชื้อเอดส์	54(67.5)	73(91.3)	0.01*
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	23(28.7)	56(70.0)	0.01*
6.เมื่อผู้ที่กัดคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้	42(54.5)	35(43.7)	0.27
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	25(31.2)	58(72.5)	0.01*
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	54(67.5)	63(78.7)	0.11
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	34(42.5)	63(78.7)	0.01*
10.การใช้เข็ม กระจกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	29(36.2)	66(82.5)	0.01*
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้	47(58.7)	64(80.0)	0.01*
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	38(47.5)	45(56.3)	0.27
13.ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	20(25.0)	43(53.7)	0.01*
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	56(70.0)	39(48.7)	0.01*
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้มีเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	36(45.0)	59(73.7)	0.01*
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	40(50.0)	44(55.0)	0.53
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	39(48.7)	35(43.7)	0.53
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง	43(53.7)	63(78.7)	0.01*
19.การรับยาด้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	57(71.3)	62(77.5)	0.37
20.ยาด้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	43(53.7)	64(80.0)	0.01*

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนก่อนการเรียนของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อ 6 8 12 16 และ 19 ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของกลุ่มทดลอง หลังจากดู
วิดีโอทัศน์

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	77(96.3)	3(3.7)
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	78(97.5)	2(2.5)
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	78(97.5)	2(2.5)
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่ามีเชื้อเอดส์	78(97.5)	2(2.5)
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	72(90.0)	8(10.0)
6.เมื่ออยู่ที่กักคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้	72(90.0)	8(10.0)
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	71(88.7)	9(11.3)
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	74(92.5)	6(7.5)
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มี โอกาสติดเอดส์ได้	74(92.5)	6(7.5)
10.การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	71(88.7)	9(11.3)
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้	66(82.5)	14(17.5)
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	74(92.5)	6(7.5)
13.ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	63(78.7)	17(21.5)
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	66(82.5)	14(17.5)
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	75(93.7)	5(6.3)
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	70(87.5)	10(12.5)
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	70(87.5)	10(12.5)
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง	68(85.0)	12(15.0)
19.การรับยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	72(90.0)	8(10.0)
20.ยาต้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	70(87.5)	10(12.5)

จากตารางที่ 10 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภายหลังจากการดูวิดีโอทัศน์ แต่ยังมีข้อที่ผิด
มากที่สุด คือ 13 (ร้อยละ 21.5) 14(ร้อยละ 17.5) 18(ร้อยละ 15.0) 16 และ 17(ร้อยละ 12.5)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของนักเรียนกลุ่มควบคุม หลังจากคู่มือทัศน

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	78(97.5)	2(2.5)
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	77(96.2)	3(3.8)
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	78(97.5)	2(2.5)
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าเป็นโรคเอดส์	76(95.0)	4(5.0)
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	72(90.0)	8(10.0)
6.เมื่ออยู่ที่ใดคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้	69(86.2)	11(13.8)
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	65(81.2)	12(18.8)
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	69(86.2)	11(13.8)
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	73(91.2)	7(8.8)
10.การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	63(78.8)	17(21.2)
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้	67(83.8)	13(16.2)
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือกรักษา เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	61(76.2)	19(23.8)
13.ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	63(78.8)	17(21.2)
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	63(78.8)	17(21.2)
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	75(93.8)	5(6.2)
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	70(87.5)	10(12.5)
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	63(78.8)	17(21.2)
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง	66(82.5)	14(17.5)
19.การรับยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	72(90.0)	8(10.0)
20.ยาด้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	70(87.5)	10(12.5)

จากตาราง ที่ 11 พบว่า ภายหลังจากคู่มือทัศน นักเรียนกลุ่มควบคุมมีข้อที่ตอบถูกต้องมากขึ้น ในข้อ 13 5 7 และ 10

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามคะแนนของนักเรียนกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากดูวีดิทัศน์

ข้อความ	กลุ่ม		P value
	ทดลอง	ควบคุม	
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	77(96.3)	78(97.5)	0.65
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	78(97.5)	77(96.2)	0.65
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	78(97.5)	78(97.5)	1.00
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าติดเชื้อเอดส์	78(97.5)	76(95.0)	0.41
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	72(90.0)	72(90.0)	1.00
6.เมื่ออยู่ที่กักคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้	72(90.0)	69(86.2)	0.46
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	71(88.7)	65(81.2)	0.18
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	74(92.5)	69(86.2)	0.20
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	74(92.5)	73(91.2)	0.77
10.การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	71(88.7)	63(78.8)	0.09
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้	66(82.5)	67(83.8)	0.83
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	74(92.5)	61(76.2)	0.01*
13.ปัจจุบันรัฐบาลมีyardานไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	63(78.7)	63(78.8)	1.00
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	66(82.5)	63(78.8)	0.54
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	75(93.7)	75(93.8)	1.00
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	70(87.5)	70(87.5)	1.00
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	70(87.5)	63(78.8)	0.14
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง	68(85.0)	66(82.5)	0.67
19.การรับยาด้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	72(90.0)	72(90.0)	1.00
20.ยาด้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	70(87.5)	70(87.5)	1.00

จากตาราง12 พบว่า คะแนนของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากข้อ 12 ที่พบว่ายังมีคะแนนที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของครูกลุ่มทดลอง ก่อนดูวิดีโอทัศน์

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	8(88.9)	1(11.1)
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	8(88.9)	1(11.1)
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	9(100.0)	0(0.0)
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าติดเชื้อเอดส์	8(88.9)	1(11.1)
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	4(44.4)	5(55.6)
6.เมื่อยุ่ที่กักคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้	4(44.4)	5(55.6)
7.คนที่เป็โรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	4(44.4)	5(55.6)
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	2(22.2)	7(77.8)
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	3(33.3)	6(66.7)
10.การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	2(22.2)	7(77.8)
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้	4(44.4)	5(55.6)
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	2(22.2)	7(77.8)
13.ปัจจุบันรัฐบาลมีขาด้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	3(33.3)	6(66.7)
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	2(22.2)	7(77.8)
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	2(22.2)	7(77.8)
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	8(88.9)	1(11.1)
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	8(88.9)	1(11.1)
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง	9(100.0)	0(0.0)
19.การรับยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	9(100.0)	0(0.0)
20.ยาต้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	2(22.2)	7(77.8)

จากตารางที่ 13 พบว่า ครูกลุ่มทดลองตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ผิดมากที่สุดคือ เกินร้อยละ 50 ในข้อ 1(ร้อยละ 100.0) 20(ร้อยละ 88.9) และ 6(ร้อยละ 66.7)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของครูกลุ่มทดลอง หลังดู
วิดีโอ

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	9(100.0)	0(0.0)
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	9(100.0)	0(0.0)
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	9(100.0)	0(0.0)
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบ่าติดเชื่อเอดส์	9(100.0)	0(0.0)
5.การตรวจเลือดหาเชื่อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	9(100.0)	0(0.0)
6.เมื่ออยู่ที่กักคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื่อเอดส์ได้	9(100.0)	0(0.0)
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื่อไปยังผู้อื่นได้	8(88.9)	1(11.1)
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	8(88.9)	1(11.1)
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื่อ เครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	9(100.0)	0(0.0)
10.การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื่อเอดส์ได้	8(88.9)	1(11.1)
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื่อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื่อเอดส์ให้ลูกได้	9(100.0)	0(0.0)
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือกร เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรค เอดส์ให้หายขาดได้	8(88.9)	1(11.1)
13.ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื่อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	9(100.0)	0(0.0)
14.การกินยาฆ่าเชื่อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื่อเอดส์ได้	9(100.0)	0(0.0)
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้เชื่อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื่อ เอดส์ได้	9(100.0)	0(0.0)
16.ผู้ติดเชื่อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	8(88.9)	1(11.1)
17.ผู้ติดเชื่อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	9(100.0)	0(0.0)
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื่อราใน ปากเรื้อรัง	8(88.9)	1(11.1)
19.การรับยาด้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	9(100.0)	0(0.0)
20.ยาด้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื่อได้	9(100.0)	0(0.0)

จากตารางที่ 14 ภายหลังจากการดูวิดีโอพบว่า ความรู้ของครูมีการโดยมีผู้ที่ตอบผิดลดลงในข้อ 1 20

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของครูกลุ่มควบคุม ก่อนดูวิดีโอ

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	11(100.0)	0(0.0)
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	11(100.0)	0(0.0)
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	11(100.0)	0(0.0)
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าติดเชื้อเอดส์	1(9.1)	10(90.9)
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	6(54.5)	5(45.5)
6.เมื่ออยู่ที่กักคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้	8(72.7)	3(27.3)
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	11(100.0)	0(0.0)
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	11(100.0)	0(0.0)
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	11(100.0)	0(0.0)
10.การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	11(100.0)	0(0.0)
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้	11(100.0)	0(0.0)
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้	5(45.5)	6(54.5)
13.ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	5(45.5)	6(54.5)
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	10(90.9)	1(9.1)
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	11(100.0)	0(0.0)
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	11(100.0)	0(0.0)
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	11(100.0)	0(0.0)
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง	11(100.0)	0(0.0)
19.การรับยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	10(90.9)	1(9.1)
20.ยาด้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	9(81.8)	2(18.2)

จากตารางที่ 15 พบว่า ผลการประเมินความรู้ของครูกลุ่มควบคุม ในข้อที่ครูกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ตอบผิดมากกว่า ข้อ 4 (ร้อยละ 90.9) 12(ร้อยละ 54.5) 13(ร้อยละ 54.5) 5(ร้อยละ 45.5) 6(ร้อยละ 27.3) และ 20 (ร้อยละ 18.2)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำแนกตามการตอบถูกผิดของครูกลุ่มควบคุมหลังดู
วิดีโอทัศน์

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้	11(100.0)	0(100.0)
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์	11(100.0)	0(100.0)
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก	11(100.0)	0(100.0)
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าเป็นโรคเอดส์	11(100.0)	0(100.0)
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยา ร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป	11(100.0)	0(100.0)
6.เมื่ออยู่ที่กักคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้	11(100.0)	0(100.0)
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	11(100.0)	0(100.0)
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้	11(100.0)	0(100.0)
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้ ให้มีโอกาสติดเอดส์ได้	11(100.0)	0(100.0)
10.การใช้เข็ม กระจกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	11(100.0)	0(100.0)
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้	9(81.8)	2(18.2)
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้ หายขาดได้	8(72.7)	3(27.3)
13.ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า	9(81.8)	2(18.2)
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	11(100.0)	0(100.0)
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	11(100.0)	0(100.0)
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ	11(100.0)	0(100.0)
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้	11(100.0)	0(100.0)
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง	11(100.0)	0(100.0)
19.การรับยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์	11(100.0)	0(100.0)
20.ยาต้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้	11(100.0)	0(100.0)

จากตารางที่ 16 พบว่า ผลการประเมินความรู้ของครูกลุ่มควบคุม ในข้อที่ครูกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ตอบผิด
ลดลง

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา การใช้สารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์

ข้อมูล	ครูกลุ่มทดลอง		ครูกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	66.7	0	0.0
หญิง	3	33.3	11	100.0
สถานภาพสมรส				
โสด	6	66.7	6	54.5
สมรส	3	33.3	4	36.4
หย่า/แยก/ม้าย	0	0.0	1	9.1
การศึกษา				
ปริญญาตรี	8	88.9	11	100.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	11.1	0	0.0
ศาสนา				
พุทธ	8	88.9	11	100.0
อิสลาม	1	11.1	0	0.0
การใช้สารเสพติด				
เคยใช้	3	33.3	3	27.3
ไม่เคยใช้	6	66.7	8	72.7
การมีเพศสัมพันธ์				
ไม่เคย	4	44.4	5	45.6
เคย	5	55.6	6	54.4
คู่นอน				
เพื่อนต่างเพศ	3	66.6	5	83.3
เพื่อนเพศเดียวกัน	2	44.4	1	6.7

จากตารางที่ 17 พบว่า ครูกลุ่มควบคุมทุกคนเป็นเพศหญิง ส่วนกลุ่มทดลองมีเพียง 3 ราย ที่เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและไม่เคยใช้สารเสพติด และส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามสารเสพติดที่ใช้

ข้อมูล	ครูกลุ่มทดลอง		ครูกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สารเสพติดที่ใช้				
บุหรี่				
เคย	3	33.3	0	0.0
ไม่เคย	6	66.7	11	100.0
แอลกอฮอล์				
เคย	2	22.2	2	18.2
ไม่เคย	7	77.8	9	82.8
กัญชา				
เคย	0	0.0	0	0.0
ไม่เคย	9	100.0	11	100.0
ยาบ้า				
เคย	0	0.0	0	0
ไม่เคย	9	100.0	11	100.0
กระท่อม				
เคย	0	0.0	0	0
ไม่เคย	9	100.0	11	100.0

ตารางที่ 18 พบว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในครูกลุ่มทดลองที่ใช้คือ บุหรี่ และ สุรา ส่วนกลุ่มควบคุมที่ใช้คือ สุรา ส่วนสารเสพติดอื่น ๆ ไม่มีประวัติการใช้

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยง

ข้อมูล	ครูกลุ่มทดลอง		ครูกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมเสี่ยง				
ใช้เข็ม/ภาชนะฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น				
เคย	0	0.0	0	0.0
ไม่เคย	9	100.0	11	100.0
มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย				
เคย	3	33.00	3	27.3
ไม่เคย	6	66.7	8	72.7
สักตามตัวโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น				
เคย	0	0.0	0	0.0
ไม่เคย	9	10.0	11	100.0

จากตารางที่ 19 พฤติกรรมเสี่ยงของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีใครเคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น และสักตามตัว ส่วนพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการได้รับคำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือด การตรวจหาเชื้อเอชไอวี ความต้องการในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และสถานที่ที่ต้องการใช้บริการ

ข้อมูล	ครูกลุ่มทดลอง		ครูกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ				
เคย	1	11.1	3	27.3
ไม่เคย	8	88.9	8	72.7
การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี				
เคย	1	11.1	3	27.3
ไม่เคย	8	88.9	8	72.7
ความต้องการตรวจหาเชื้อเอชไอวี(เฉพาะรายที่มีเพศสัมพันธ์)				
ต้องการ	2	22.2	2	18.2
ไม่ต้องการ	7	77.8	9	81.2
สถานที่ที่ต้องการใช้บริการ กรณีต้องการตรวจ				
โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน	3	33.3	7	63.6
โรงพยาบาลรัฐ	6	66.6	4	27.3
หากต้องจ่ายเงินค่าตรวจ มีความต้องการตรวจหรือไม่				
ไม่ตรวจ	4	44.4	5	44.5
ตรวจ	5	55.6	6	55.5

จากตาราง 20 พบว่า ส่วนใหญ่ครูทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เคยได้รับคำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ รวมทั้งไม่เคยเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ไม่ต้องการตรวจ และหากต้องตรวจพบว่า ครูกลุ่มทดลองต้องการใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน ส่วนกลุ่มควบคุมต้องการตรวจเลือดที่โรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลรัฐ

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามความรู้เรื่องโรคเอดส์ แหล่ง
ความรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงในรอบ 3 เดือน

ข้อมูล	ครูกลุ่มทดลอง		ครูกลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์				
ไม่เคย	1	11.1	0	0.0
เคย	8	88.8	11	100.0
แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์				
เอกสาร	6	66.6	7	63.6
อินเทอร์เน็ต	6	66.6	9	81.1
ทีมสุขภาพ	4	44.4	8	72.7
วิทยุ	0	0.0	0	0.0
โทรทัศน์	6	66.6	10	90.9
หนังสือพิมพ์	5	55.5	7	63.6
การรณรงค์	0	0.00	11	100.0
การมองผู้ติดเชื้อ				
เป็นคนไม่ตื่น่ารังเกียจ	3	33.3	1	9.1
เป็นคนป่วยที่ต้องได้รับการรักษา	5	55.5	9	81.1
เป็นคนป่วย แต่ไม่ต้องการเกี่ยวข้องด้วย	0	0.0	1	9.1
เป็นคนป่วย และรัฐควรรหาที่ให้เขาอยู่รวมกัน	1	11.1	0	0.0
ท่านมีพฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย				
มี	1	11.1	2	18.2
ไม่มี	8	88.89	9	81.1
ถูกมีดโกนในร้านตัดผมบาด เลือดออก				
มี	1	11.1	0	0.0
ไม่มี	8	88.89	11	100.0
สักตามร่างกายโดยใช้เข็มร่วมกับคนอื่น				
มี	0	0.0	0	0.0
ไม่มี	9	100.0	11	100.0
ฉีดสารเสพติดโดยใช้เข็มร่วมกับเพื่อน				
มี	0	0.0	0	0.0
ไม่มี	9	100.0	11	100.0

จากตารางที่ 21 พบว่า ครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยครูกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับความรู้ผ่านเอกสาร อินเทอร์เน็ต และโทรทัศน์ ส่วนในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ผ่านการรณรงค์ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต ครูทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เคยได้รับความรู้ผ่านวิทยุ

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดูวิดีโอทัศน์

นักเรียน	คะแนน		P value
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
กลุ่มทดลอง	9.98	0.51	0.001
กลุ่มควบคุม	14.26	0.32	

จากตาราง ที่ 22 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนดูวิดีโอทัศน์ของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันในคะแนนความรู้ของทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังดูวิดีโอทัศน์

นักเรียน	คะแนน		P value
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
กลุ่มทดลอง	17.96	0.32	0.1769
กลุ่มควบคุม	17.42	0.24	

จากตาราง ที่ 23 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังจากการดูวิดีโอทัศน์ของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในคะแนนความรู้ของทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดูวิดีโอ

ครู	คะแนน		P value
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
กลุ่มทดลอง	15.67	1.34	0.12
กลุ่มควบคุม	17.73	1.12	

จากตารางที่ 24 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนดูวิดีโอ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังดูวิดีโอ

ครู	คะแนน		P value
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
กลุ่มทดลอง	19.33		0.931
กลุ่มควบคุม	19.36		

จากตารางที่ 25 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังดูวิดีโอ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักเรียนกลุ่มควบคุม 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอ

นักเรียน	คะแนน		P value
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ภายหลังดูวิดีโอทันที	17.42	0.24	0.484
ภายหลังดูวิดีโอ 3 เดือน	17.32	0.25	

จากตารางที่ 26 พบว่า ภายหลังจากการสอน 3 เดือน และติดตามการคงอยู่ของความรู้ในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความรู้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักเรียนกลุ่มทดลอง 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอ

นักเรียน	คะแนน		P value
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ภายหลังดูวิดีโอทันที	17.96	0.32	0.404
ภายหลังดูวิดีโอ 3 เดือน	18.14	0.23	

จากตารางที่ 27 พบว่า ภายหลังจากการสอน 3 เดือน และติดตามการคงอยู่ของความรู้ในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความรู้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอ

การเปลี่ยนแปลง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	Rank test	จำนวน	Rank test
เพิ่มขึ้น	6(7.5)	0.626	6(7.5)	0.341
ลดลง	8(10.0)		3(3.75)	
คงเดิม	66(82.5)		71(88.75)	

จากตารางที่ 28 พบว่า ภายหลังจากการดูวิดีโอ 3 เดือน นักเรียนกลุ่มทดลองยังคงมีความรู้เท่าเดิม 66 ราย (ร้อยละ 82.5) ยังมีความรู้คงเดิม 8 ราย (ร้อยละ 10) มีความรู้ลดลง และ 6 ราย (ร้อยละ 7.25) มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างจากในระยะหลังสอนทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นักเรียนกลุ่มควบคุมยังคงมีความรู้เท่าเดิม 71 ราย (ร้อยละ 88.75) ยังมีความรู้คงเดิม 3 ราย (ร้อยละ 3.75) มีความรู้ลดลง และ 6 ราย (ร้อยละ 7.25) มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างจากในระยะหลังสอนทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มควบคุม 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอ

ครู	คะแนน		P value
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ภายหลังดูวิดีโอทันที	19.36	0.24	0.341
ภายหลังดูวิดีโอ 3 เดือน	19.27	0.24	

จากตารางที่ 29 พบว่า ภายหลังจากการสอน 3 เดือน และติดตามการคงอยู่ของความรู้ในครูกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความรู้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มทดลอง 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอ

ครู	คะแนน		P value
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ภายหลังดูวิดีโอทันที	19.33	0.294	0.043
ภายหลังดูวิดีโอ 3 เดือน	18.56	0.235	

จากตารางที่ 30 พบว่า ภายหลังจากการสอน 3 เดือน และติดตามการคงอยู่ของความรู้ในครูกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอ

การเปลี่ยนแปลง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	Rank test	จำนวน	Rank test
เพิ่มขึ้น	0(0.0)	1.00	0(0.0)	0.317
ลดลง	0(0.0)		1(9.1)	
คงเดิม	9(100.0)		10(90.9)	

จากตารางที่ 31 พบว่า ภายหลังจากการดูวิดีโอ 3 เดือน ครูกลุ่มทดลองยังคงมีความรู้คงเดิม 9 ราย (ร้อยละ 100.0) และไม่มี ความแตกต่างจากในระยะเวลาหลังสอนทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นักเรียนกลุ่มควบคุมยังคงมีความรู้คงเดิม 10 ราย (ร้อยละ 90.9) มีความรู้ลดลง 1 ราย (ร้อยละ 9.1) แต่ไม่มีความแตกต่างจากในระยะเวลาหลังสอนทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 32 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูวิดีโอของครูในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อความพึงพอใจ	ครูกลุ่มทดลอง		ครูกลุ่มควบคุม		P value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
การใช้ภาษามือ	4.00	0.23	3.18	0.12	0.004
การลำดับเรื่อง	4.67	0.17	4.55	0.16	0.605
ภาพประกอบ	4.78	0.15	4.00	0.11	0.001
เนื้อหา	4.56	0.18	4.54	0.16	0.966
ความยาว	3.78	0.14	4.73	0.14	0.205

จากตาราง 32 พบว่า ภายหลังจากการดูวิดีโอแล้ว ครูกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในเรื่องการใช้ภาษามือ เฉลี่ย 4.00(sd 0.23) การลำดับเรื่อง 4.67(sd 0.17) ภาพประกอบ 4.78(sd 0.15) เนื้อหา 4.56(sd 0.18) และความยาว 3.78 (sd 0.14)

ครูกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจในเรื่องการใช้ภาษามือ เฉลี่ย 3.18 (sd 0.12) การลำดับเรื่อง 4.55(sd 0.16) ภาพประกอบ 4.00(sd 0.11) เนื้อหา 4.54(sd 0.16) และความยาว 4.73 (sd 0.14)

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของครูทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันในเรื่องการใช้ภาษามือ และภาพประกอบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 33 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูวิดีโอของนักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อความพึงพอใจ	นักเรียนกลุ่มทดลอง		นักเรียนกลุ่มควบคุม		P value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
การใช้ภาษามือ	4.11	0.07	4.38	0.08	0.015
การลำดับเรื่อง	4.11	0.09	4.30	0.07	0.107
ภาพประกอบ	4.19	0.08	4.52	0.06	0.001
เนื้อหา	4.24	0.08	4.36	0.08	0.277
ความยาว	4.08	0.09	4.61	0.06	0.001

จากตาราง 33 พบว่า ภายหลังจากการดูวิดีโอทัศน์แล้ว นักเรียนกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในเรื่องการใช้ภาษามือเฉลี่ย 4.11(sd 0.07) การลำดับเรื่อง 4.11(sd 0.09) ภาพประกอบ 4.19(sd 0.08) เนื้อหา 4.24(sd 0.08) และความยาว 4.08 (sd 0.09)

ครูกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจในเรื่องการใช้ภาษามือเฉลี่ย 4.38 (sd 0.08) การลำดับเรื่อง 4.30(sd 0.07) ภาพประกอบ 4.52(sd 0.06) เนื้อหา 4.36(sd 0.08) และความยาว 4.61 (sd 0.06)

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของครูทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันในเรื่องการใช้ภาษามือ และภาพประกอบ และความยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยนี้ นอกจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแล้ว ยังมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายบริบทของปัญหาและความจำเป็นของการดำเนินงาน และการนำเอาวิดีโอทัศน์ไปใช้ประโยชน์ กลุ่มเป้าหมายที่สัมภาษณ์เชิงลึกคือ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ และ อาจารย์ฝ่ายปกครองของทั้ง 2 กลุ่ม

1. ความจำเป็นของการมีวิดีโอทัศน์เพื่อช่วยในการให้ความรู้

ทั้งสองสถาบันได้กล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน ความเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มเสี่ยงที่เป็นเด็กปกติ

“ก็เห็นความเปลี่ยนแปลง ในฐานะครูปกครองก็เรียกมาตักเตือน โรงเรียนให้ความสำคัญกับเรื่องยาเสพติดและเรื่องเพศสัมพันธ์ มีกฎระเบียบที่ชัดเจน แต่ไม่ใช่มีไว้จัดการกับเด็ก แต่ใช้วิธีคุยกับผู้ปกครอง”

“โรงเรียนมีการเยี่ยมบ้านเด็ก ทำให้เข้าใจปัญหาและได้คุยกับผู้ปกครอง พ่อแม่ส่วนใหญ่ก็สนใจลูก แต่ก็มีบ้างที่ละเลย”

ในการจัดทำวิดีโอทัศน์ เมื่อถามความเห็นของครูที่เข้าดูวิดีโอทัศน์ชุดนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการให้ความรู้ที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ และช่วยให้คนอื่นอีกกลุ่มหนึ่งได้เรียนรู้ในเนื้อหาเดียวกัน

“ก็ดีนะ ที่เราเองก็ได้เห็นภาษามือ คนที่เขาเป็นใบ้ เรามองไม่ออก ถ้าเขาได้รู้บ้างก็จะดี และ น่าจะทำเรื่องอื่นด้วย”

“น่าจะแยกจากกัน เพราะบางครั้งมองดูจอลแล้วสับสน”

“ก็ดีนะ ครูในโรงเรียนที่ไม่ถนัดเรื่องนี้จะได้เบาแรง เพราะ บางครั้งเราไม่รู้เท่าพวกสาธารณสุข”

2. ข้อจำกัดในการเรียนรู้

จากการนำเสนอวิดีโอทัศน์ ให้แก่ครูและนักเรียน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ยังมีข้อจำกัดในเรื่องเนื้อหา ที่ยังต้องการการขยายความ สำหรับกลุ่มทดลอง ความจำกัดของการใช้ภาษามืออธิบายเนื้อหาเชิงวิทยาศาสตร์ ผู้แปลภาษามือต้องใช้ทักษะในการอธิบายความ ขณะเดียวกันด้วยข้อจำกัดในการรับรู้ที่กลุ่มทดลองยังขาดการปูพื้นฐานในเรื่องการดูแลสุขภาพ ทำให้มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร เช่น ความเข้าใจว่า สิ่งที

บอกหมายถึงตนเอง การอธิบายหรือเข้าใจของกลุ่มดังกล่าวจะมองจากตนเองมากกว่ามองจากผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม เช่น การติดเชื้อเอชไอวี ในการตอบคำถาม ก่อนอื่นกลุ่มทดลองจะบอกว่า “ตนเองไม่ใช่ ไม่ได้เป็น” ซึ่งต้องมีการอธิบายด้วยภาษาท่าทาง เพิ่มเติม ข้อจำกัดดังกล่าว

“การเข้าใจภาษาของเด็กกลุ่มนี้มีข้อจำกัด เขาจะเข้าใจเท่าที่เห็น การเชื่อมโยงประสบการณ์ยังไม่มี ขณะที่เด็กปกติสามารถเข้าใจและเชื่อมโยงประสบการณ์ได้หลายรูปแบบ เช่น เขาเคยเห็นพัดลมรูปทรงนี้ เขาก็จำว่าเป็นพัดลม แต่ถ้าหากมาในรูปแบบอื่น เขาก็ไม่เข้าใจ”

3. การนำไปใช้ประโยชน์

การสร้างองค์ความรู้ผ่านการดูวิดีโอ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้กว้างขวางขึ้น เพราะการให้ความรู้หากมีเฉพาะการจัดกิจกรรมโดยครูผู้สอนเพียงอย่างเดียวก็ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณ และเวลา และหากขาดผู้สอน หัวข้อนั้น ๆ ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายก็ไม่สามารถจะเรียนรู้ได้ การมีวิดีโอจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการให้ความรู้ในพื้นที่ที่ขาดแคลนแล้ว

“เป็นสิ่งที่ดี ถึงแม้จะยังพบจุดบกพร่องบ้าง เพราะการใช้ภาษามือในโรงเรียน กับ ชุมชนมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ก็พอจะเข้าใจได้”

“ภาษามือที่ใช้มีความหลากหลาย ดังนั้นอาจจะยากในการสร้างวิดีโอ และถ้าใช้ภาษามือแบบชุมชนมากขึ้นก็น่าจะดี และเผยแพร่ได้ อย่างน้อยก็ในชุมชน สมาคม และโรงเรียน”

“การมี สื่อภาษาก็ดี คือ ใช้ได้ทั้งคนปกติและกลุ่มที่มีปัญหา แต่บางครั้งคนปกติอาจมองว่ารบกวน ก็ได้ แต่เท่าที่เห็นในรายการข่าว คนทั่วไปก็เริ่มชินแล้ว”

“ความรู้เรื่องนี้ มีสิ่งดี คือ ทำให้ครูเข้าใจมากขึ้น นักเรียนก็เข้าใจ และทราบสิทธิของเขา ซึ่งบางคนไม่ทราบ”

“นักเรียนของโรงเรียน (ปกติ) จะได้ทราบถึงที่ที่เขาสามารถเข้าไปขอรับคำปรึกษาได้ ครูเองก็จะได้ทราบว่ารัฐมีบริการอะไรที่ช่วยเด็ก”

จากบทสรุปข้างต้น จะเห็นได้ว่า ในการสร้างบทเรียนเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมาย มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ข้อมูล เพื่อให้คนเหล่านั้นได้มีความรู้ ในการดูแลตนเอง และ การเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์ที่รัฐจัดให้

ข้อสรุปที่ได้รับเป็นแนวทางในการนำประโยชน์ที่ได้จากชุดวิดีโอนี้ไปใช้ประโยชน์ และพัฒนาให้มีการสร้างความรู้เพื่อกลุ่มที่มีความจำเพาะดังกล่าว ทั้งนี้สามารถใช้ได้กับทั้งกลุ่มที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมาย คนพิการทางสายตาที่มีความรู้จากการฟัง คนพิการทางกายอื่น ๆ ก็สามารถเรียนรู้ได้จากทั้งเสียงคำบรรยายและภาพประกอบ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้วิธีทัศนในการให้ความรู้แก่ผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายและผู้ที่มีความปกติ โดยมีกลุ่มทดลอง คือ นักเรียนในโรงเรียนโสตศึกษา ซึ่งเป็นตัวแทนของผู้มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย และ กลุ่มควบคุม คือ นักเรียนในโรงเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีความปกติทางการได้ยินและสื่อความหมาย รวม 180 คน และครู 20 คน โดยคาดหวังว่า วิธีทัศนชุดนี้จะสามารถนำไปใช้เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อสาร ที่มาให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขและเพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อสาร ผลของการดำเนินการ พบว่า

นักเรียนกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย นักเรียน 80 ราย เป็นเพศชาย 31 คน (ร้อยละ 38.7) และเพศหญิง 49 ราย (ร้อยละ 61.3) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.7 (51 ราย) นับถือศาสนาพุทธ และ ร้อยละ 36.3 (29 ราย) นับถือศาสนาอิสลาม ด้านการใช้สารเสพติด(บุหรี่ สุรา และสารเสพติดอื่น ๆ) พบว่า เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 32.5 ส่วนด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 37.5 เคยมีเพศสัมพันธ์ และในกลุ่มนี้ร้อยละ 63.3 มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ

นักเรียนกลุ่มควบคุม มี 80 ราย เป็นเพศชาย 19 ราย(ร้อยละ 23.7) และเพศหญิง 61 ราย (ร้อยละ 76.3) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.0 (68 ราย) นับถือศาสนาพุทธ และ ร้อยละ 13.7 (11 ราย) นับถือศาสนาอิสลาม ด้านการใช้สารเสพติด(บุหรี่ สุรา และสารเสพติดอื่น ๆ) พบว่า เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 21.3 ส่วนด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 41.3 เคยมีเพศสัมพันธ์ และในกลุ่มนี้ร้อยละ 93.9 มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 8.7(7 ราย) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ และ ร้อยละ 17.5 ของนักเรียนกลุ่มทดลองไม่สวมถุงยางอนามัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ เช่นกัน ด้านการสักตามตัว พบว่า มีนักเรียนที่มีการสักตามตัวโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่นในโรงเรียนเป้าหมาย 2 ราย (ร้อยละ 2.5 และ ร้อยละ 6.3 (5 ราย) ในโรงเรียนปกติ

นักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เคยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ และไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลอง ร้อยละ 26.3 ต้องการ ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี นักเรียนกลุ่มควบคุมมีความต้องการตรวจเลือดเพียง ร้อยละ 11.3 สถานที่ที่ต้องการใช้บริการส่วนใหญ่ที่นักเรียนกลุ่มทดลองต้องการใช้บริการคือโรงพยาบาลของรัฐ(ร้อยละ 57.5) ส่วนนักเรียนกลุ่มควบคุมต้องการไปใช้บริการที่สถานบริการของเอกชนมากกว่า(ร้อยละ 53.8)

ส่วนกรณีที่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ พบว่า ร้อยละ 72.5 ของนักเรียนกลุ่มทดลองไม่ต้องการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี(ร้อยละ 72.5) แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่ามีร้อยละ 77.5 ต้องการตรวจเลือดถึงแม้จะต้องจ่ายค่าบริการ

นักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยได้รับความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 71.3 และ 67.9 ตามลำดับ

แหล่งความรู้ของนักเรียนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 77.2 มาจากโทรทัศน์ รองลงมาคือ มาจากเอกสารร้อยละ 73.7 และทีมสุขภาพร้อยละ 59.6

ส่วนแหล่งความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่กลุ่มควบคุมได้รับ คือ ทีมสุขภาพ ร้อยละ 68.5 รองลงมาคือ โทรทัศน์และเอกสารตามลำดับ

ด้านการมองผู้ติดเชื้อ พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.0 มองว่า ผู้ติดเชื้อเป็นคนป่วยที่ต้องการการรักษา รองลงมา ร้อยละ 23.7 มองว่าเป็นกลุ่มที่น่ารังเกียจ ส่วนการมองว่ารัฐควรจัดหาที่อยู่อาศัยให้ผู้ติดเชื้ออยู่รวมกันมีร้อยละ 5.0

ส่วนการมองผู้ติดเชื้ในนักเรียนกลุ่มควบคุม พบว่า มีการมองที่คล้ายคลึงกับนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย คือ ร้อยละ 58.37 และ 25.0 ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงในรอบ 3 เดือน พบว่า การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเป้าหมายยังมีร้อยละ 3.7 และ การใช้มีดโกนร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 8.7 การสัก ร้อยละ 2.5 พฤติกรรมเสี่ยงในรอบ 3 เดือน พบว่า การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเป้าหมายยังมีร้อยละ 15.0 และ การใช้มีดโกนร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 6.2 การสักตามร่างกาย ร้อยละ 5.0

ความรู้ของนักเรียนในกลุ่มทดลองที่ยังไม่ถูกต้อง คือ ข้อ 13(ร้อยละ 75.0) ข้อ 5 (71.3) ข้อ 7(ร้อยละ 68.8) 10(ร้อยละ 63.8) 2(ร้อยละ 58.7) 9 (ร้อยละ 57.5) ส่วนข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ 19(ร้อยละ 71.3) 14(ร้อยละ 70.0) 4 (ร้อยละ 67.5) 8 (ร้อยละ 67.5)

ความรู้ของนักเรียนในกลุ่มควบคุมที่ยังไม่ถูกต้อง คือ ข้อ 17(ร้อยละ 56.3) ข้อ 6 (52.3) ข้อ 14 (ร้อยละ 51.3) 16 (ร้อยละ 45.0) 12(ร้อยละ 43.7) 13 (ร้อยละ 43.3) ส่วนข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ 2(ร้อยละ 91.3) 4(ร้อยละ 91.3) 1 (ร้อยละ 88.7) 10(ร้อยละ 82.5)

คะแนนก่อนควิซิททัศน์ของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อ 6 8 12 16 และ 19 มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภายหลังจากการควิซิททัศน์ แต่ยังมีข้อที่ผิดมากที่สุด คือ 13 (ร้อยละ 21.5) 14(ร้อยละ 17.5) 18(ร้อยละ 15.0) 16 และ 17(ร้อยละ 12.5) (ตารางที่ 9 และ 12)

ภายหลังจากควิซิททัศน์ นักเรียนในกลุ่มควบคุมยังมีข้อที่ตอบผิดในข้อ 12 (ร้อยละ 23.8) 10 (ร้อยละ 21.2) 13(ร้อยละ 21.2) 14(ร้อยละ 21.2) 17(ร้อยละ 21.2) 8(ร้อยละ 13.8) 18 (ร้อยละ 17.5) และ 11(ร้อยละ 16.2)

ก่อนควิซิททัศน์ พบว่า ครูในกลุ่มทดลองตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ผิดมากที่สุดคือ ในข้อ 1(ร้อยละ 100.0) 20(ร้อยละ 88.9) และ 6(ร้อยละ 66.7)

การประเมินความรู้ของครูในกลุ่มควบคุม พบว่า ในข้อที่ส่วนใหญ่ตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อ 4 (ร้อยละ 90.9) 12(ร้อยละ 54.5) 13(ร้อยละ 54.5) 5(ร้อยละ 45.5)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนควิซิททัศน์ของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันในคะแนนความรู้ของทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังจากการควิซิททัศน์ของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในคะแนนความรู้ของทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของครูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังควิซิททัศน์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการติดตามผล 3 เดือนหลังจากควิซิททัศน์ พบว่า นักเรียนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยังมีความรู้คงเดิม (ตารางที่ 28 และ 31)

ภายหลังจากการควิซิททัศน์แล้ว นักเรียนกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในเรื่องการใช้ภาษามือ เฉลี่ย 4.11(sd 0.07) การลำดับเรื่อง 4.11(sd 0.09) ภาพประกอบ 4.19(sd 0.08) เนื้อหา 4.24(sd 0.08) และความยาว 4.08 (sd 0.09)

ครูกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจในเรื่องการใช้ภาษามือ เฉลี่ย 4.38 (sd 0.08) การลำดับเรื่อง 4.30(sd 0.07) ภาพประกอบ 4.52(sd 0.06) เนื้อหา 4.36(sd 0.08) และความยาว 4.61 (sd 0.06) (ตารางที่ 32)

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของครูทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันในเรื่องการใช้ภาษามือ และภาพประกอบ และความยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภายหลังจากการควิซิททัศน์ แล้ว ครูกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในเรื่องการใช้ภาษามือ เฉลี่ย 4.00(sd 0.23) การลำดับเรื่อง 4.67(sd 0.17) ภาพประกอบ 4.78(sd 0.15) เนื้อหา 4.56(sd 0.18) และความยาว 3.78 (sd 0.14)

ครูกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจในเรื่องการใช้ภาษามือ เฉลี่ย 3.18 (sd 0.12) การลำดับเรื่อง 4.55(sd 0.16) ภาพประกอบ 4.00(sd 0.11) เนื้อหา 4.54(sd 0.16) และความยาว 4.73 (sd 0.14)

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของครูทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันในเรื่องการใช้ภาษามือ และ ภาพประกอบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(ตารางที่ 33)

อภิปรายผล

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาประกอบด้วย ครูและนักเรียน จำนวน 20 และ 160 ตามลำดับ โดยเป็นตัวแทนจากโรงเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 2 โรงเรียน ที่มีอายุเฉลี่ย 17 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง ต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันการติดเชื้อ และ การใช้สารเสพติด รวมทั้งพฤติกรรมการเล่นแบบเพื่อน เช่น การสัก การมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อและเพื่อนเพศเดียวกัน เป็นต้น ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาในระดับเดียวกันคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ โดยมีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ทั้งสองโรงเรียน

ด้านพฤติกรรมการดื่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีการดื่มสุรา สูบบุหรี่และสารเสพติดอื่น ๆ โดยพบว่า เกินร้อยละ 70 ของทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรา นอกจากนี้มีการเสกัญชา กระท่อมและยาบ้าร่วมด้วย รูปแบบนี้เช่นเดียวกับการศึกษาในระดับประเทศที่พบว่า แนวโน้มในการใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากการมีพฤติกรรมเลียนแบบ อยากรู้อยากลอง ส่วนหนึ่งเชื่อมั่นว่า ตนเองสามารถควบคุมได้และไม่ติด สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า มีสูงในกลุ่มเช่นเดียวกับการดื่มสุรา การเรียนรู้ในนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม น่าจะมีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา แต่เนื่องจากยังไม่มีผลสำรวจที่แน่ชัดว่า พฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มของผู้ที่มีปัญหาในการได้ยินและการสื่อสารมีเพียงข้อมูลภาพรวมของปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสารในประเทศไทย ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาทางการสื่อสารและการได้ยินยังขาดความสมบูรณ์ ทั้งจำนวน และขนาดของปัญหาที่มากกว่าปัญหาการสื่อสาร ได้แก่ปัญหาการสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากสื่อส่วนใหญ่เป็นสื่อที่ใช้กับกลุ่มคนปกติ การสื่อสารในกลุ่มผู้มีความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย นอกจากจะมีข้อจำกัดในเรื่องการอธิบายความหมาย กระบวนการที่เกิดขึ้น และผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมให้มีความกระจำนั้นเป็นไปได้ยากลำบาก เพราะ กลุ่มผู้มีความพิการในการได้ยินและการสื่อความหมายต้องใช้ภาษาท่าทางเป็นหลัก และหากมีสิ่งที่เป็นความสนใจในช่วงขณะนั้นเขาเหล่านั้นก็ไม่สามารถเข้าใจความหมายได้ เช่น การอธิบายคำว่าโรคเอดส์ จะต้องใช้ร่วมกันทั้งภาษาท่าทางคือการผสมอักษรไทย หรือ ภาษาอังกฤษ และท่าทางที่บอกถึงโรคนี้ สาเหตุ อาการและอาการแสดง ระดับความเข้าใจที่แตกต่างกัน ส่วนผู้สอนก็ต้องเข้าใจถึงการติดเชื้อ อาการ อาการแสดง การรักษา และการขอรับคำปรึกษา ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการสอนที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน สื่อที่ใช้ยังไม่มีสื่อภาพเคลื่อนไหวและภาษามือ ที่สามารถใช้เพื่อทำให้ความรู้ ทั้งนี้ผู้ที่ให้ความรู้ในเรื่องนี้จะต้องมีความสามารถทั้งด้านการใช้ภาษามือ ภาษาท่าทาง และพหุประสาท ซึ่งปัจจุบันยังมีน้อยมาก และมีข้อจำกัดในเรื่องความเข้าใจเชิงสุขภาพและยังไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานได้รับผิดชอบในเรื่องดังกล่าว ส่วนในต่างประเทศ เช่น ประเทศบราซิล³⁶ มีการศึกษาถึงความรู้ เจตคติของนักเรียน อายุ 15-21 ปี ที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อสาร และพบว่า กลุ่มดังกล่าวมีความรู้ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าเด็กในกลุ่มปกติที่อายุเท่ากัน สิ่งสำคัญคือ ต้องมีการพัฒนาสื่อและอุปกรณ์ในการให้ความรู้ในเรื่องเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี³⁷

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย แม้แต่การประเมินความรู้ก็พบว่า มีความแตกต่างกันในระยะก่อนคูวิตีทัศน์ ในการประเมินความรู้ของกลุ่มทดลองการใช้ข้อคำถาม การใช้ศัพท์ต้องมีการอธิบายภาษามือเพิ่มเติม เนื่องจากความสามารถในการเข้าใจค่อนข้างซับซ้อน การใช้เวลาในการตอบคำถามมากกว่ากลุ่มปกติประมาณ 1 เท่า ถึงแม้ว่ากลุ่มเป้าหมายจะอยู่ในระบบการศึกษาและอยู่ในระดับเดียวกับนักเรียนกลุ่มปกติ แต่ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ด้วยความจำเพาะของการใช้ภาษาเพื่ออธิบายความหมาย ภาษามือจึงเป็นความจำเป็นในการนำมาเป็นสื่อให้ความรู้แก่กลุ่มที่มีความจำเพาะกลุ่มนี้³⁸

เช่นเดียวกับความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า ถึงแม้กระบวนการให้ความรู้ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะมีการพัฒนามาตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึงปัจจุบัน แต่ก็ไม่สามารถสื่อสารหรือสร้างความเข้าใจและเจตคติของผู้มีปัญหาด้านการสื่อสารและการได้ยิน จากการศึกษาครั้งนี้ คณะแนวความรู้จากการตอบแบบวัดความรู้ จำนวน 20 ข้อ พบว่า กลุ่มทดลองได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวูดรอฟ และคณะ (1998)³⁹ และ กรอส และ คณะ(2006)⁴⁰ ที่ทำการศึกษาระบาดวิทยาและความรู้ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและพบว่า ยังขาดความรู้ในเรื่องการติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกัน และเจตคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่ง มินเตอร์(1983) ได้กล่าวถึงความจำกัดในการจัดทำสื่อ การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจในเรื่องการติดต่อของโรค การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจแก่กลุ่มนี้และการสร้างความเข้าใจให้แก่พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้สิ่งที่สำคัญคือ การสร้างสื่อทัศนูปกรณ์ที่ทั้งผู้เรียน ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงได้ เพราะการสร้างความเข้าใจในกลุ่มดังกล่าวเพื่อให้เกิดการรับรู้เป็นสิ่งที่ยาก^{37 41} แต่ภายหลังจากที่ได้รับความรู้ผ่านวีดิทัศน์ที่จัดทำเป็นภาษามือร่วมกับการนำเสนอภาพเคลื่อนไหว และมีการประเมินความรู้ภายหลัง การให้ความรู้เพื่อการเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพกรณีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 และมีภาวะโรคหอบหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงมากขึ้นแล้วยังเสี่ยงต่อคู่สมรส/คู่นอนของผู้นั้นด้วย นอกจากนี้ในระยะยาวมีผลต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล โดยมีการคาดประมาณว่า ในแต่ละปีรัฐต้องเสียค่ายาด้านไวรัส 87,168 บาท ต่อคนต่อปี ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช่ยาด้านไวรัสเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะในการรักษาโรคแทรกซ้อนและการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของโรคในราคา 11,115 บาท ต่อคนต่อปี โดยรัฐต้องรับภาระระยะยาว 4000-11000 ล้านบาทต่อปี แต่หากไม่เข้ารับการรักษาในระบระยะยาวรัฐต้องเสียค่าใช้จ่าย 1400-8500 ล้านบาทต่อปี⁴² และการให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและสามารถเพิ่มโอกาสและอัตราการเข้าสู่บริการได้เร็วขึ้น⁴³ ซึ่งในสภาพของผู้ที่มีปัญหาในการได้ยินและการสื่อความหมายเป็นการยากที่จะเรียนรู้หากไม่มีเครื่องมือเฉพาะที่ช่วยให้การรับรู้ได้ดีขึ้นและเข้าใจความแตกต่างของประสบการณ์และการมองปัญหาของกลุ่มผู้มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อสาร⁴⁴

สำหรับประสิทธิภาพของวีดิทัศน์ชุดนี้ พบว่า ภายหลังจากกลุ่มทั้งสองดูวีดิทัศน์แล้วทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความรู้และเจตคติอีกครั้ง พบว่า คณะแนวความรู้ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้ไม่น้อยมาก กล่าวคือ ส่วนใหญ่ทั้งครูและนักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังมีความรู้คงเดิม ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าวีดิทัศน์นี้สามารถใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อความหมาย ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ภาษามือที่เป็นภาษาที่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูล อธิบายเนื้อหาทั้งในเรื่องสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การดูแลตนเอง และการเข้าสู่ระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ขณะเดียวกันกลุ่มปกติก็สามารถเรียนรู้เนื้อหาได้เท่าเทียมกันเนื่องจากมีภาพและการบรรยายเป็นภาษาไทย ทั้งนี้การเรียนการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ที่มีทั้งภาพและเสียงมีส่วนในการเพิ่มความสามารถในการจำของผู้เรียนได้ ซึ่งจัดได้ว่าวีดิทัศน์นี้เป็นนวัตกรรมชิ้นหนึ่งที่สามารถสร้างให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่ายต่อการเข้าใจในกลุ่มที่มีปัญหาการสื่อสาร กลุ่มที่มีความจำเพาะที่ต้องใช้ภาษาท่าทางในการอธิบายคำ ขณะเดียวกันก็สามารถใช้ได้กับกลุ่มคนปกติ⁴⁵

ในการประเมินเจตคติของผู้เรียนที่ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มปกติ เช่นเดียวกัน พบว่า ก่อนดูวีดิทัศน์ ทั้งสองกลุ่มมีเจตคติต่อผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ในทิศทางลบโดยเฉพาะในประเด็นเรื่อง การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ได้แก่ การยินดีให้ผู้ติดเชื้อเอดส์รับประทานอาหารร่วมด้วย การนั่งในบ้าน การยอมรับให้อยู่ในชุมชน แต่ภายหลังจากดูวีดิทัศน์ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของความคิดถึงแม้ระยะเวลาหลังจากดูวีดิทัศน์จะเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ แต่ก็พบว่า จากเนื้อหาทำให้ผู้ดูวีดิทัศน์ทั้ง 2 กลุ่มมีความเข้าใจในผู้ติดเชื้อมากขึ้น ลดความรังเกียจต่อผู้ติดเชื้อ⁴⁶

ด้านครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ครูที่เข้าร่วมโครงการจากทั้งสองโรงเรียน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และครูในโรงเรียนเป้าหมายทุกคนเป็นกลุ่มปกติด้านการสื่อสารและการได้ยิน แต่ทำหน้าที่สอนนักเรียนที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อสาร ด้านความรู้พบว่า ครูทั้งสองโรงเรียนยังมีความรู้ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ยังคลาดเคลื่อน ทั้งนี้เนื่องจากครูกลุ่ม

ดังกล่าวเป็นครูที่สอนในวิชาทั่วไป และสื่อที่มีในสถานศึกษา ของโรงเรียนเป้าหมายมีเพียงชุดการสอน เรื่องโรคเดอส์เพียง 1 ชุด ส่วนในโรงเรียนปกติ ความรู้ที่มีเป็นความรู้ที่ได้จากการมาให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ และรับข่าวสารเรื่องโรคเดอส์จากโทรทัศน์ และสื่อต่าง ๆ ถึงแม้จะมีการจัดบทเรียนในเรื่องการดูแลสุขภาพ สุขศึกษาและพลานามัยอยู่ในชั้นเรียน รวมถึงเรื่องเพศศึกษา แต่รายละเอียดของการสอนก็เป็นไปตามระบบการสอน เช่น เรื่องการติดต่อของโรค อาการ และ อาการแสดง ส่วนในรายละเอียดย่อย เช่น เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นแล้วจะอย่างไร การไปขอรับคำปรึกษาควรไปที่ใด การรักษาที่แท้จริงเป็นอย่างไร เมื่อสงสัยว่ามีการติดเชื้อแล้วจะอย่างไร เป็นต้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นเรื่องที่ต้องใช้ประสบการณ์ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่จะสอนหรือแนะนำในเรื่องดังกล่าวเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในด้านนี้โดยเฉพาะ ทั้งนี้เพราะหากได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะมีผลต่อทั้งผู้ติดเชื้อและผู้ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากในความเป็นจริง สังคมยังมีการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่มากนัก และทำให้เกิด "ตราบาป" ที่เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยว่าตนเองจะติดเชื้อไม่ไปรับบริการ ดังนั้น การให้ความรู้ที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁴⁷⁻⁴⁸ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีการสอดแทรกเข้าไปในวิชาสุขศึกษา และเพศศึกษา แต่ก็ยังมีช่องว่างในการสื่อสาร การสอน และประสบการณ์ของผู้สอนในเรื่องดังกล่าว

เมื่อพิจารณาถึงเจตคติที่ครูทั้งสองโรงเรียนมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในการรับประทาน การปะทะสังสรรค์ และการใช้ห้องน้ำร่วมกัน ก็ยังพบว่า เจตคติของครูทั้งสองโรงเรียนเป็นไปในทิศทางลบในประเด็นดังกล่าว และภายหลังจากดูวิดีโอที่มี การให้ความรู้ถึงการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อได้ จึงทำให้พบว่าเจตคติของครูทั้งสองโรงเรียนเปลี่ยนไปในทางบวกมากขึ้น

สำหรับประสิทธิภาพของสื่อไม่ได้มีเฉพาะความรู้ที่ผู้เรียนจะได้รับ แต่สามารถสอดแทรกเจตคติในทางบวกให้กับผู้เรียนได้

สรุป

งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านวิดีโอทัศน์แก่กลุ่มผู้มีความพิการทางการได้ยินและการสื่อความหมาย นี้ เป็นการประยุกต์เนื้อหาความรู้ที่ประชาชนทั่วไปควรทราบถึงการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้น ๆ เพราะนอกจากรัฐจะต้องจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ซึ่งใช้เวลานานแล้ว ผู้ติดเชื้อก็จะเกิดปัญหาการยอมรับจากสังคม และการยอมรับปัญหาของตนเอง ถึงแม้จะมีองค์กรหลายองค์กรหลายแห่งที่ระดมทุนช่วยเหลือ แต่หากผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงขาดความตระหนักในปัญหาและการดูแลตนเองก็เป็นผลกระทบสังคมโดยรวม การเข้าสู่ระบบการดูแลโดยผ่านกระบวนการความรู้และการเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ เป็นกระบวนการที่เป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการคัดกรองในระยะแรกและเพิ่มความตระหนักต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทั้งจากการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกัน และการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน แต่เนื่องจากสื่อที่ภาครัฐและเอกชนจัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ เกือบร้อยละ 100 ที่ผลิตเพื่อคนส่วนใหญ่ที่มีความปกติทางการสื่อสารและการได้ยิน แต่กลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อสารยังไม่มีสื่อดังกล่าวที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน กลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อความหมาย เป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการแปลความหมาย เพราะการแปลคำ/ข้อความผ่านภาษามือที่เป็นภาษาจำเพาะของกลุ่มมีข้อจำกัด การใช้ภาษาท่าทางก็ไม่สามารถสื่อสารหรืออธิบายได้อย่างละเอียด ทำให้การรับรู้อาจจะผิดไป การให้ความรู้ผ่านการจัดอบรม และการสอนโดยใช้ภาษามือก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง แต่การให้ความรู้ดังกล่าวต้องใช้ทรัพยากรสูงมากในการจัด ดังนั้น หากมีสื่อที่สามารถสร้างความเข้าใจและให้ความรู้แก่ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อสารจึงน่าจะช่วยลดค่าใช้จ่ายดังกล่าว สามารถกระจายความรู้ไปสู่พื้นที่อื่นได้ และยังสามารถทำความเข้าใจซ้ำได้อีกด้วย นอกจากนี้ครู/ผู้ปกครองสามารถร่วมเรียนรู้ได้เนื่องจากมีทั้งการบรรยายและภาษามือ

ข้อดีของการศึกษา

1. เกิดนวัตกรรมการสอนแก่ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายและกลุ่มปกติ ที่สามารถเรียนรู้ร่วมกันได้โดยใช้วิถีทัศนธาตุนี้
2. เกิดความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการได้ยินและการสื่อความหมาย
3. กระตุ้นให้สังคมให้ความสำคัญกับผู้พิการในกลุ่มต่าง ๆ และ ส่งเสริมสุขภาพวะของกลุ่มผู้พิการ ให้ได้รับความเท่าเทียมกับกลุ่มอื่น ๆ
4. ผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อความหมายมีที่ยืนในสังคมมากขึ้น
5. ส่งเสริมเจตคติที่ดีของผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายในการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การใช้ภาษามือในการสื่อความหมายคำที่มีความจำเพาะ ศัพท์ทางการแพทย์ มีข้อจำกัด
2. ความสามารถในการอ่านภาษาไทยในข้อคำถามของกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมาย ต้องใช้เวลาในการอธิบายเป็นภาษามือร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ปรับวิถีทัศนจากภาษามือให้เป็นการให้ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายเป็นผู้แสดงผ่านการใช้ภาษาท่าทางเพื่อเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหา ร่วมกับการใช้ภาษาท่าทาง ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายบางคนที่ไม่ได้เข้าระบบการเรียนในโรงเรียนสอนคนหูหนวก จะได้สามารถเข้าใจในเนื้อหาผ่านภาษาท่าทาง
2. ขยายแนวคิดในการจัดทำภาพยนตร์สั้นหรือวิถีทัศนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในหัวข้ออื่น ๆ เช่น การไปรับบริการที่สถานพยาบาล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุข และ สถาบันการศึกษา ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย และผู้พิการกลุ่มอื่น ๆ โดยการสร้างสื่อในการให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมแก่กลุ่มนั้น ๆ
2. ผู้พิการทุกกลุ่มมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ และเข้าสู่ระบบบริการเท่าเทียมกับประชาชนทั่วไป
3. การมีช่องทางจำเพาะแก่กลุ่มผู้พิการทุกกลุ่ม โดยส่งเสริมให้มีเจ้าหน้าที่ที่เป็นล่ามในการสื่อสาร ผู้ช่วยดูแลผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือตามความจำกัดของศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง
4. ขยายโอกาสในการเรียนและการอยู่ร่วมกับคนปกติของกลุ่มผู้พิการทั้งจากการได้ยิน การมองเห็น และผู้พิการกลุ่มอื่น ๆ โดยมีอุปกรณ์และเครื่องช่วยเหลือในกลุ่มดังกล่าว เช่น การมีภาษามือ การใช้รูปภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปจำนวนคนพิการจากการสำรวจ 2529. . In: ฝ้ายสถิติแรงงานและการศึกษา, editor.: กองสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2529.
- 2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. . สรุปจำนวนคนพิการจากการสำรวจ 2534. งานสถิติการศึกษาและทัศนคติ ฝ้ายสถิติแรงงานและการศึกษา. In: สำนักนายกรัฐมนตรี กส, editor. กรุงเทพมหานคร: กองสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2534.
- 3.บรรลุ ศิริพานิช. รายงานการประชุม คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552 [cited 2553 15 มีนาคม]; Available from: www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectView/ItemAction.do?folder.
- 4.พวงแก้ว กิจธรรม.การพัฒนาศักยภาพของเด็กพิการไทย. In:มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, editor.กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย; 2550.
- 5.นวลตา อากาศพิภะกุล. เพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนที่มาใช้บริการแหล่งชุมชนนวมวัยรุ่นกรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร2549;24(6):475-82.
- 6.คณะทำงานวิเคราะห์สถานการณ์เอดส์และแบบแผนการระบอบของการติดเชื้อเอชไอวี. สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ช บทสรุปประเด็นสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในปัจจุบันของประเทศไทย ณ 30 ตุลาคม 2552. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2553 [cited 2553 15 มีนาคม]; Available from: www.epid.moph.go.th/news/aids_20091211.pdf
- 7.Waller R, Lisella L. National AIDS Hotline: HIV and AIDS information service through a toll-free telephone system. Public Health Reports1991;106(6):628.
- 8.Tamaskar P, Malia T, Stern C, Gorenflo D, Meador H, Zazove P. Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. Archives of family medicine2000;9(6):518.
- 9.Taegtmeier M, Hightower A, Opiyo W, Mwachiro L, Henderson K, Angala P, et al. A peer-led HIV counselling and testing programme for the deaf in Kenya. Disability & Rehabilitation2009;31(6):508-14.
- 10.พวงแก้ว กิจธรรม. สถานภาพกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ณ วันที่ 26 มกราคม 2552. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย; 2550.
- 11.มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. คู่มือป้องกันความพิการ: ความพิการ...ป้องกันได้. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเบญจผล จำกัด; 2539.
- 12.Thearnsinee Pokathrap. ความรู้และเจตคติของครูโรงเรียนศึกษาพิเศษต่อเด็กพิการทางการได้ยินในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2005.
- 13.Norwood M. Captioned Films for the Deaf. Exceptional Children1976;43(3):164-6.
- 14.องอาจ ชาญเชาว์. การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต ๒; 2552 [cited 2553 15 มีนาคม]; Available from: <http://chanmedia.bkk2ict.net>.
- 15.กิดานันท์ มลิทอง. เทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์; 2548.
- 16.United Natrions. Understanding community-based rehabilitation [database on the Internet]1998. Available from: <http://www.dinf.ne.jp/doc/intl/z15/z15011un/z1501101.htm>

17. Sudore R, Landefeld C, Pantilat S, Noyes K, Schillinger D. Reach and impact of a mass media event among vulnerable patients: The Terri Schiavo Story. *Journal of General Internal Medicine* 2008;23(11):1854-7.
18. Chomsky N. Review of Skinner's *Verbal Behavior* Miron LAJAMS, editor. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.; 1967.
19. Rumelhart DE, and A. Ortony. . *Schooling and the acquisition of know*. Anderson RC, R. J. Spiro, and W. E. Montague. , editor. NJ: Lawrence Erlbaum Hillsdale; 1984.
20. สวงค์ พุทธิเนตร. การผลิตสื่อโทรทัศน์เพื่อการศึกษาผ่านจอภาพ. *วารสารวิทยบริการ* 2547;15(1).
21. สวงค์ พุทธิเนตร. การผลิตสื่อโทรทัศน์เพื่อการศึกษาผ่านจอภาพ. *วารสารวิทยบริการ* 2547;15(1):22-30.
22. ประชาชาติธุรกิจ. ห้องสมุดประชาชน"สมเด็จพระเทพฯ" บริการคนพิการ. *ประชาชาติธุรกิจ*. 7 พฤษภาคม 2550.
23. สยาม เจริยเสียง และ วุฒิชัย วิศาลคุณา. ระบบการจดจำภาษามือไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 2546.
24. Roper W. Current approaches to prevention of HIV infections. *Public Health Reports* 1991;106(2):111.
25. John Stover SB, Juan-Pablo Gutierrez, Neff Walker, Karen A. Stanecki et al. The Global Impact of Scaling-up HIV2AIFS Prevention Programs in Low and Middle-Income Countries. In: UNAIDS, editor. Geneva: UNAIDS; 2006.
26. Smith R. Media: Educational Television Is Not Educating. *Change* 1978:62-78.
27. Weinstein N. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine* 1987;10(5):481-500.
28. Batchelor S, Kitzinger J, Burtney E. Representing young people's sexuality in the 'youth' media. *Health education research* 2004;19(6):669.
29. Groce N, Yousafzai A, Van der Maas F. HIV/AIDS and disability: Differences in HIV/AIDS knowledge between deaf and hearing people in Nigeria. *Disability & Rehabilitation* 2007;29(5):367-71.
30. Munoz-Baell I, Alvarez-Dardet C, Ruiz M, Ortiz R, Esteban M, Ferreiro E. Preventing disability through understanding international mega-trends in Deaf bilingual education. *British Medical Journal* 2008;62(2):131.
31. พวงแก้ว กิจธรรม. จำนวนคนพิการไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิคนพิการไทย 2550.
32. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรปผลเบื้องต้นการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550. In: ฝ่ายสถิติแรงงานและการศึกษา , editor. กรุงเทพมหานคร: กองสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2551.
33. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ และภาวะทุพพลภาพ ในปี 2545 In: กองสำรวจประชากร, editor. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2548.
34. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พม.เปิดดำเนินงานนวัตกรรม ระบบบริการล่ามภาษามือ ครั้งแรกในประเทศไทย ฯ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2553 [cited 2553 15 มีนาคม 2553]; Available from: http://www.m-society.go.th/news_detail.php?newsaid=3959&g...
35. นวลตา อาภาคัพทะกุล. การติดตามประเมินผลการดำเนินงานในโครงการสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ 2547 ในเขต 12. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2548

36. Brewer TH, Sperb TM, Bisol CA, Shor- Posner G, Kato SK. HIV/AIDS knowledge and health-related attitudes and behaviors among deaf and hearing adolescents in southern Brazil. *American annals of the deaf* 2008; 153(4):349-56.
37. Groce N, Yousafzai A, Van der Maas F. HIV/AIDS and disability: Differences in HIV/AIDS knowledge between deaf and hearing people in Nigeria. *Disability & Rehabilitation* 2007; 29(5):367-71.
38. Minter M. *The Status of Health Education and Sex Education Programs for the Deaf: What Implications Does This Have for Health Educators?* 1983.
39. Woodroffe T, Gorenflo D, Meador H, Zazove P. Knowledge and attitudes about AIDS among deaf and hard of hearing persons. *AIDS care* 1998; 10(3):377-86.
40. Groce N, Yousafzai A, Dlamini P, Zalud S, Wirz S. HIV/AIDS and disability: a pilot survey of HIV/AIDS knowledge among a deaf population in Swaziland. *International journal of rehabilitation research* 2006; 29(4):319.
41. Heuttel KL, Rothstein WG. HIV/AIDS knowledge and information sources among deaf and hearing college students. *American annals of the deaf* 2001; 146(3):280.
42. วิทยา กุลสมบุญธรรม สร, วสันต์ ภิญโญวิวัฒน์กรวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า The study on Cost-Benefit Analysis of Including Triple Antiretroviral Therapy into the Core Benefit Package of the Universal Health Coverage in Thailand กรุงเทพฯ ฯ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2003.
43. Thielman NM, Chu HY, Ostermann J, Itemba DK, Mgonja A, Mtwewe S, et al. Cost-effectiveness of free HIV voluntary counseling and testing through a community-based AIDS service organization in Northern Tanzania. *American journal of public health* 2006; 96(1):114.
44. Kennedy SG, Buchholz CL. HIV and AIDS among the deaf. *Sexuality and disability* 1995; 13(2):145-58.
45. ยง ภูววรรณ. การใช้นวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอน 2554 [cited 2554 21 เมษายน]; Available from: <http://preeyas11.multiply.com/journal/item/10/10>.
46. ณรงค์ศักดิ์ ชูดวงจันทร์. การจัดการการสอนทอม: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2010 [cited 2010 23 ตุลาคม]; Available from: <http://dusittrang.com/main/index.php/2009-03-26-11-05-05/63/2017>.
47. Rintamaki LS, Davis TC, Skripkauskas S, Bennett CL, Wolf MS. Social stigma concerns and HIV medication adherence. *AIDS Patient Care & STDs* 2006; 20(5):359-68.
48. Sandelowski M, Lambe C, Barroso J. Stigma in HIV Positive Women. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36(2):122-8.

ภาคผนวก

แบบประเมินความรู้เรื่องเอดส์ id [] [] []

() 1. pretest วันที่..... Date2 [] [] / [] [] / [] [] []

() 2. post test วันที่..... Date3 [] [] / [] [] / [] [] []

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ เจ้าหน้าที่
1. การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้			A1 []
2. โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์			A2 []
3. โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก			A3 []
4. การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่าติดเชื้อเอดส์			A4 []
5. การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป			A5 []
6. เมื่อยุงที่กัดคนเป็นเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้			A6 []
7. คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้			A7 []
8. การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้			A8 []
9. การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้			A9 []
10. การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้			A10 []
11. เหยิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้			A11 []
12. ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเล็อก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้			A12 []
13. ปัจจุบันรัฐบาลมีydd้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า			A13 []
14. การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้			A14 []
15. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้			A15 []
16. ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ			A16 []
17. ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้			A17 []
18. อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง			A18 []
19. การรับydd้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์			A19 []
20. ยาด้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้			A20 []

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ผู้วิจัย

แบบประเมินความรู้เรื่องเอดส์ id [] [] []

() 1.pretest วันที่..... tDate2 [] []/[] []/[] [] []

() 2.post test วันที่..... tDate3 [] []/[] []/[] [] []

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ เจ้าหน้าที่
1.การเป็นโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องและเกิดโรคฉวยโอกาสและทำให้เสียชีวิตได้			tA1 []
2.โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์			tA2 []
3.โรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายแต่รักษายาก			tA3 []
4.การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบว่ามีเชื้อเอดส์			tA4 []
5.การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ควรตรวจหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่น มีเพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาร่วมกัน) 3 เดือนขึ้นไป			tA5 []
6.เมื่อยุติการติดเชื้อเอดส์แล้วมากัดเราทำให้เราติดเชื้อเอดส์ได้			tA6 []
7.คนที่เป็นโรคเอดส์ในระยะแรกจะไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้			tA7 []
8.การสวมถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันเอดส์ได้			tA8 []
9.การใช้เครื่องมือสักตามผิวหนัง ร่างกาย การทำคิ้ว เขียนขอบตาถาวร(โดยไม่ฆ่าเชื้อเครื่องมือ) ทำให้มีโอกาสติดเอดส์ได้			tA9 []
10.การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกันอาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้			tA10 []
11.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ให้ลูกได้			tA11 []
12.ยาแผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น สมุนไพร ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้			tA12 []
13.ปัจจุบันรัฐบาลมีયાต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่า			tA13 []
14.การกินยาฆ่าเชื้อก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้			tA14 []
15.การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้			tA15 []
16.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ตามปกติ			tA16 []
17.ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลอื่นได้			tA17 []
18.อาการเริ่มแรกโรคเอดส์ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นเริ่มเชื้อราในปากเรื้อรัง			tA18 []
19.การรับยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับระดับ ซีดี 4 และการพิจารณาของแพทย์			tA19 []
20.ยาต้านไวรัสสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้			tA20 []

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ผู้วิจัย

บทโทรทัศน์

การจัดการ		เนื้อหา		คำบรรยาย
ลำดับที่	เวลา	ภาพ	ตัวอักษร	
1	20 วินาที	พื้นดำ ตัวอักษรแดง	AIDS	ไม่มี
1	20 วินาที	คนเดินไปมา		เพลงเสียงดังและค่อยๆลดลง
2	15 วินาที	Background ค่อย ๆ จางลง มีล่ามภาษามืออยู่ในจอ ครึ่งหนึ่ง	ตัวอักษรปรากฏช้า ๆ "การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อ เอชไอวีด้วยความสมัครใจ"	เสียงเพลงเบาลง "สวัสดิ์ ค่ะ ภาพยนตร์ที่ท่านจะได้รับชมต่อไปนี้ เป็นการให้ความรู้และแนะนำ เกี่ยวกับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี โดยความสมัครใจ
3	15 วินาที	-ภาพโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง ศูนย์บำบัด ยาเสพติด -ภาพไวรัสเอดส์ แหล่ง บันเทิง หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้เสพยาเสพติด ฉีด เฮโรอีน -ภาพ เคลื่อนไหวลักษณะ zoom เข้าและออก -คนยิ้ม ความสุขมีล่าม ภาษามืออยู่ในจอ ครึ่งหนึ่ง		หากจะพูดถึงโรคเอดส์หรือการติดเชื้อเอชไอวี คงมีคนจำนวนน้อยมากที่ไม่ทราบ เรื่องนี้ เพราะโรคเอดส์ได้ถูกค้นพบเมื่อ พ.ศ.2527 และนับจากวันนั้นจนถึงปัจจุบันนี้ ผู้เสียชีวิตไปแล้วประมาณ ทั่วโลกส่วนประเทศไทยนับจากปี 2527 เป็นต้นมา พบว่ามีคนตายมากกว่า 9 หมื่นคนแล้ว

การจัดการ		เนื้อหา		คำบรรยาย
ลำดับที่	เวลา	ภาพ	ตัวอักษร	
4	15 วินาที	Background ภาพเด็ก มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย	จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยแยกตามอายุและอาชีพ ปี 2534-2549	หากมองเป็นรายกลุ่มจะพบว่า กลุ่มอายุของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นวัย ทำงาน เพศชายและอาชีพรับจ้าง หญิงขายบริการหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มที่มี แนวโน้มเพิ่มคือ กลุ่มเด็ก หรืออาจกล่าวได้ว่าทุกคน ทุกเพศทุกวัยมีโอกาสเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
5	10 วินาที	ภาพไวรัสเอดส์ และผู้ป่วย (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย)		เอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นโรคติดต่อที่พบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ในอันดับต้น ๆ ของประเทศและของโลก
6		เด็กและคนอายุต่าง ๆ กัน ที่บ้านและ โรงพยาบาล ภาพหญิงขายเดินจับมือ บาร์ และ กลุ่มเกย์/รักร่วมเพศ (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย)	สาเหตุ และมีตัวอักษรลอยมา เพศสัมพันธ์ที่ขาดการป้องกัน	สาเหตุของการติดเชื้อพบว่ามีอยู่ 3 ประการคือ 1.จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อและขาดการป้องกัน คือไม่ใช่ถุงยางอนามัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ใช่คู่สมรส การสลับคู่นอน กับกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพบว่ากลุ่มรักร่วมเพศก็มีการติดเชื้อสูง เช่นกัน
7	20 วินาที	-หญิงตั้งครรรภ์นั่งรอตรวจ มีการพูดคุย กับคนอื่น ๆ -ภาพห้องฝากครรภ์ในโรงพยาบาล (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย)		2.จากแม่สู่ลูก ปัจจุบันพบว่ากลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่พบมากขึ้น เนื่องจากผู้เป็นแม่ติดเชื้อ เอชไอวีและไม่ได้รับการรักษาในขณะที่ตั้งครรภ์ ขาดการไปฝากครรภ์ หรือไปฝาก ครรภ์ในระยะใกล้คลอดทำให้ไม่ได้รับตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีก่อนคลอด โอกาสที่ เด็กในครรภ์จะติดเชื้อโดยการการคลอดผ่านช่องคลอดและนมมารดา

การจัดการ		เนื้อหา		คำบรรยาย
ลำดับที่	เวลา	ภาพ	ตัวอักษร	
8	15 วินาที	-ภาพคนกำลังฉีดเฮโรอีน -คนกำลังให้เลือด (มีคำบรรยายมืออยู่ในจอครึ่งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย)		3.การใช้เข็มร่วมกัน กลุ่มนี้พบได้ในผู้ขายเสฟติคชนิดฉีด การสักโดยเข็มที่ใช้ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ ส่วนการติดจากการได้รับเลือด พบน้อยลงเพราะปัจจุบันระบบการตรวจสอบมีความไวและละเอียดมากขึ้นมีความถูกต้องแม่นยำประมาณร้อยละ 95
9	30 วินาที	-ภาพผู้ป่วยเอดส์(พระบาทนาพู) -ภาพสะเก็ดแผล (มีว ๆ) -ภาพคนนั่งรอตรวจหน้าห้องเจาะเลือด (มีคำบรรยายมืออยู่ในจอครึ่งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย)		อาการและอาการแสดง อาการของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะปรากฏในระยะเวลาที่อาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้นั้น แต่มักจะพบในระยะหลังได้รับเชื้อประมาณ อาการและอาการแสดง อาจเริ่มจากมีน้ำหนักลดเนื่องจากมีอาการท้องเสีย ถ่ายเหลวสลับกับการถ่ายปกติ มีแผลในปาก สิ้น มีอาการทางปอด ไอ มีไข้เรื้อรังนานโดยใช้ไม่สูง (37.5 - 38.5 องศาเซลเซียส) มีเสมหะ ถ้าไม่ได้รับการดูแลอาจมีอาการทางผิวหนังเป็นแผลตามร่างกาย และมีอาการแทรกซ้อนของวัณโรคปอด หากไม่ได้รับการรักษาต่อไปอาจมีภาวะการติดเชื้อในสมองได้ พบว่าผู้ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อให้กับผู้อื่นได้ตลอดเวลา
10	30 วินาที	-ภาพคนรอตรวจใน สถานพยาบาล -ภาพกำลังเจาะเลือด (มีคำบรรยายมืออยู่ในจอครึ่งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย)		การตรวจหรือการคัดกรองโรค เราสามารถตรวจพบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวีได้หลังจากได้รับเชื้อจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงประมาณ 6 สัปดาห์ วิธีการที่ดีที่สุด คือการตรวจเลือด ซึ่งปัจจุบันมีขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยาก สามารถตรวจและทราบผลภายใน 30 นาที ที่เรียกว่า "ควิกแลป " ปัจจุบันสามารถตรวจได้ที่ โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง คลินิกเอกชนบางแห่ง อย่างไรก็ตามผู้ที่สงสัยว่าตนเองเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี ควรตรวจภายหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยงครั้งสุดท้าย 3 เดือน โดยช่วง 3 เดือนนี้ต้องไม่เพิ่มความเสี่ยงให้กับตนเองด้วย ซึ่งกรณีที่พบว่ามี การติดเชื้อเกิดขึ้น ทางสถานบริการจะตรวจสอบซ้ำโดยใช้อุปกรณ์ที่มีความจำเพาะสูงแต่ก็ควรมีการตรวจสอบความแม่นยำซ้ำอีก เลือดที่เจาะครั้งละประมาณ 5 ซี ซี หรือ 1 ซ้อนชา

การจัดการ		เนื้อหา		คำบรรยาย
ลำดับที่	เวลา	ภาพ	ตัวอักษร	
11	25 วินาที	- ภาพยาเม็ด (ยาต้านไวรัส) - สมุดบันทึกยาต้าน - พยาบาลกำลังคุยกับผู้ป่วย (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครึ่งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย)		ปัจจุบันรัฐบาลมียาต้านไวรัสที่ช่วยในการควบคุมการแพร่ขยายของปริมาณเชื้อไวรัสเอดส์ให้แก่ผู้ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีและอยู่ในภาวะที่ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งรัฐบาลได้จัดบริการโดยไม่คิดมูลค่าแก่ประชาชนไทยทุกราย ส่วนกรณีต่างชาติหากมีภาวะที่ต้องรับการบำบัด ทางรัฐบาลไทยก็ให้ความช่วยเหลือตามแต่กรณี สำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เข้าหลักเกณฑ์ของการเข้าสู่ระบบยาต้านไวรัสก็จะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเช่นกัน สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่/พยาบาล/แพทย์อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่านและคนที่ท่านรักและรักท่าน
12	5 วินาที	- คนทำท่าสงสัย		ท่านจะทำอะไรบ้างถ้าสงสัยว่าตนเองจะติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือไม่
13	25 วินาที	- คนเดินไปแผนกผู้ป่วยนอก ห้อง บุตร - พยาบาลเรียกผู้ป่วยเข้าไปคุย/ ให้คำปรึกษา (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครึ่งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย)		ดังที่เรียนให้ทราบในตอนต้นแล้วว่า หากท่านเข้าข่ายพฤติกรรมเสี่ยงข้างต้น ท่านควรรีบไปปรึกษาเจ้าหน้าที่พยาบาลทำหน้าที่ให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลที่ใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลที่ท่านคุ้นเคยเพื่อเจ้าหน้าที่จะได้ร่วมประเมินความเสี่ยงของท่าน โดยเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษานี้จะพบได้ทุกโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลรวมทั้งผู้ให้บริการจะถือเป็นความลับระหว่างท่านกับเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาพยาบาลที่ท่านหน้าที่ให้คำปรึกษาจะให้ความรู้กับท่าน ในเรื่องโรคเอดส์อย่างละเอียด นอกจากนี้จะอธิบายถึงการดูแลตนเองภายหลังการเจาะเลือด ผลการตรวจที่ออกจะเป็นผลบวก ซึ่งหมายถึงท่านอาจติดเชื้อเอดส์ หรือผลลบซึ่งอาจหมายความว่าท่านปลอดภัยจากการติดเชื้อ แต่อาจต้องมีการแนะนำให้มาตรวจซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันผลการตรวจ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ท่านมีระยะเวลาตรวจเร็วว่า 3 เดือนจึงทำให้ผลที่ออกมาเป็นลบ กรณีเช่นนี้ท่านควรมาตรวจซ้ำ และระหว่างรอการตรวจซ้ำท่านต้องไม่เพิ่มโอกาสในการรับเชื้อใหม่ และไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น

การจัดการ		เนื้อหา		คำบรรยาย
ลำดับที่	เวลา	ภาพ	ตัวอักษร	
14	10 วินาที	-ภาพพยาบาลกำลังคุยและมีภาพคนไข้ นอนในหอผู้ป่วย (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครึ่งหนึ่งอธิบาย ตามคำบรรยาย)		เมื่อเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษา พยาบาลจะให้ท่านเซ็นรับทราบการให้คำปรึกษา และหากท่าน ยืนยันการรับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี พยาบาลจะส่งท่านไปรับการเจาะเลือดที่ ห้องเจาะเลือดและจะนัดท่านมารับฟังผลการเจาะเลือดในสัปดาห์ต่อไป ซึ่งท่านต้องมารับฟัง ด้วยตนเองและจะไม่บอกผลทางโทรศัพท์ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น ขณะเดียวกันก็จะแนะนำท่าน หากท่านต้องการบอกผลการเจาะเลือดให้ผู้ใดทราบก็จะนัดให้ท่านนำบุคคลนั้นมาในวันฟัง ผลด้วย ขอแนะนำว่า ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสิทธิของคนไทยทุกคน ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีปีละ 2 ครั้งโดยไม่ เสียค่าใช้จ่าย
15	5 วินาที	ตัวอักษร(มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครึ่งหนึ่ง อธิบายตามคำบรรยาย)	ตัวอักษร หนึ่งสัปดาห์ผ่านไป (ตัว อักษรวิ่ง)	เพลง
16	5 วินาที	ผู้ป่วยเดินมาที่โรงพยาบาล ชิกหนึ่งมาพร้อม มารดา ชิกชิกหนึ่งมาคนเดียว พยาบาลเข้าไป ทักทาย (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครึ่งหนึ่งอธิบาย ตามคำบรรยาย)		ในวันฟังผล ท่านจะได้พบเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาแก่ท่านในครั้งแรก พยาบาลจะแจ้งผลให้ ท่านทราบ
17	5 วินาที	พยาบาลคุยกับญาติและผู้ป่วย (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครึ่งหนึ่งอธิบาย ตามคำบรรยาย)		กรณีที่ไม่พบเชื้อ เสียงพยาบาล เป็นใจบ้างไม่ใจกัน 1 อาทิเคยรู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง นี่พาแม่มาด้วยหรือ ผู้ป่วย “ครับ ผมอยากให้มีแม่รู้ อย่างน้อยแม่ก็ไม่คิดจะซ้ำเติมหรือทำร้ายหรือทิ้งผม”

การจัดการ		เนื้อหา		คำบรรยาย
ลำดับที่	เวลา	ภาพ	ตัวอักษร	
18	5 วินาที	พยาบาลยกมือไหว้ แม่ผู้ป่วย (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบาย ตามคำบรรยาย)		พยาบาล "สวัสดีค่ะ คุณแม่ น้องเขาไปเล้าอะไรให้แม่ฟังบ้าง
19	10 วินาที	พยาบาลฟังญาติเล่าด้วยท่าทางสงบและ ยิ้ม ผงกศีรษะ (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบาย ตามคำบรรยาย)		แม่ "เล้าคะคุณหมอ เขาบอกว่าเขากลัวติดเชื้อ เพราะหลายปีก่อนเขาเที่ยวและเล่นยาด้วย แม่ ก็ไม่ค่อยเข้าใจแต่คิดว่ารับได้นะคะ แถวบ้านเพื่อน ๆ เขาก็ตายไปหลายคน ลูกเรานี้ยังงี้ ๆ ก็ ตัดไม่ตายขายไม่ขาด"
20	5 วินาที	พยาบาลพูดพร้อมหยิบเอกสาร (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบาย ตามคำบรรยาย)		พยาบาล "แสดงว่าคุณแม่ทำใจมาแล้วระดับหนึ่ง คุณแม่พอจะทราบเกี่ยวกับโรคเอดส์บ้าง ไหมคะ"
21	5 วินาที	แม่ทำท่าคิดและตอบ		แม่ "ไม่ค่อยรู้มากนักหรอกค่ะ"
22	10วินาที	(มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบาย ตามคำบรรยาย)	(กล่องจับภาพใกล้) ภาพ พฤติกรรมเสี่ยงมีเครื่องหมาย กากบาท	แต่ก่อนอื่นต้องขอแสดงความดีใจด้วยว่าผลตรวจครั้งนี้ไม่พบเชื้อ แต่ถ้าจะให้ดี น้องเขาอาจจะ ต้องมาตรวจอีกครั้งในอีก 3 เดือนข้างหน้า เพราะระยะเวลาที่เขาไปใช้ยาอาจจะยังคลุมเครือ แต่ถ้าน้องแม่ใจว่าในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้มีการใช้เข็มร่วมกับคนอื่น หรือไปมี เพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือใช้ถุงยางแต่เกิดการแตกหรือรั่ว หรือไปสักตามตัวโดย ไม่แน่ใจว่าเข็มหรืออุปกรณ์ที่ใช้สะอาดหรือไม่ ถ้าเป็นอย่างนี้อาจจะต้องมาตรวจซ้ำอีก 3 เดือน ข้างหน้า และนับแต่นั้นไม่ต้องไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างที่บอกไปแล้ว

การจัดการ		เนื้อหา		คำบรรยาย
ลำดับที่	เวลา	ภาพ	ตัวอักษร	
23	10 วินาที	คลินิกให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัส (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		สมมุติว่าน้องเขาติดเชื้อ ก็ไม่ใช่เป็นสิงเลวร้ายอะไร เพราะปัจจุบันเรามียาต้านไวรัสที่สามารถยืดอายุของผู้ติดเชื้อได้นับสิบปี แต่ก็ขึ้นอยู่กับว่าเราดูแลตัวเองได้อย่างไร
24	5 วินาที	แม่ทำหน้าสงสัย (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		แม่ "ต้องจ่ายดิงค์เยอะไหม?"
25	10 วินาที	พยาบาลเอาเอกสารให้ดู (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		พยาบาล "ไม่หรอกค่ะ ตอนนี้รัฐบาลมียาต้านไวรัสที่มีคุณภาพ แต่การที่จะกินยาต้านไวรัสก็มีขั้นตอนหลายอย่าง เพราะไม่ใช่ว่าผู้ติดเชื้อทุกคนจะต้องกินยาต้านไวรัส ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยระดับภูมิคุ้มกันและความพร้อมของผู้ป่วยเพราะต้องกินตรงเวลาและกินตลอดชีวิต
28	5 วินาที	ภาพผู้คนในลักษณะต่าง ๆ เดินนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		แม่ "ก็ดีจ๊ะ เพราะแถวบ้านก็มีพวกนี้เยอะ เราก็ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร และถ้าลูกเขาเกิดเป็นด้วย เราจะทำยังไง พังเขาพูดกันแล้วก็กลัว เพราะทุกคนก็กลัวตายนะ"
27	5 วินาที	ภาพเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเป็นภาพยนตร์ (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)	ช่องทางเข้าของเชื้อ	พยาบาล "ความจริงแล้ว เราสามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้ เพราะการที่จะติดเชื้อไม่ยากนัก เพราะต้องมีองค์ประกอบ 3 อย่างคือ ปริมาณเชื้อ ช่องทางเข้า และสภาพแวดล้อม"
28	10 วินาที	กล้องจับที่การสนทนา (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		พยาบาล"ระยะเวลาในการตรวจพบ ประมาณ 3 เดือนหลังรับเชื้อ แต่อาการอาจแสดงหลังรับเชื้อประมาณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าคนนั้นไปเพิ่มความเสี่ยงที่จะนำเชื้อเข้ามาเพิ่มหรือไม่ หรือไม่ดูแลสุขภาพทำให้ร่างกายอ่อนแอลงและมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย น้ำหนักลด มีแผลในปาก มีอาการไอเรื้อรัง หรือ มีแผลตามตัว รู้สึกไม่สบายหรือมีไข้ต่ำ ๆ ถ้ามีอาการเหล่านี้ต้องรีบมาพบแพทย์

การจัดการ		เนื้อหา		คำบรรยาย
ลำดับที่	เวลา	ภาพ	ตัวอักษร	
29	10 วินาที	กล้องจับที่การสนทนา (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		พยาบาล "ส่วนผ้าเขามีอาการก็อยู่ร่วมกับครอบครัวได้ แต่ก็อาจจะต้องคอยดูแลสุขภาพของเขาเพราะเขาอาจจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น ส่วนเสื้อผ้าก็อาจจะต้องซักต่างหากโดยก่อนซักอาจแช่น้ำยาไฮเตอร์ก่อนสักครึ่งชั่วโมง" นอกจากนั้นก็อยู่ร่วมกันตามปกติ ไม่จำเป็นต้องแยกอุปกรณ์อื่น ๆ เช่น ใช้ส้วม/ห้องน้ำร่วมกันได้
30	15 วินาที	คลินิกยาด้านไวรัส มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		พยาบาล "สิ่งที่ต้องทำคือ ควรมาตรวจและพบแพทย์ตามนัด เพราะจะได้ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ถ้าพบว่ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะได้เข้าสู่ระบบการดูแลที่รัฐบาลจัดให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่เราเรียกว่า โครงการยาด้านไวรัส"
31	15 วินาที	แม่และผู้ป่วยยกมือไหว้พยาบาลกล้องจับที่การสนทนา มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		แม่ "ขอบคุณมากจ๊ะ จะได้ไปบอกคนอื่นให้รู้บ้าง แม่เองจะได้คอยเตือนเขา"
32	15 วินาที	พยาบาลมองหน้าคนไข้ (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		
33	5 วินาที	แม่และผู้ป่วยยกมือไหว้ อีกครั้ง (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		
34	5 วินาที	พยาบาลยกมือรับไหว้ และยิ้ม (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครั้งหนึ่งอธิบายตามคำบรรยาย)		เพลงยังคงต่อไปเรื่อย ๆ แล้วค่อย ๆ เบาลง

การจัดการ		เนื้อหา		คำบรรยาย
ลำดับที่	เวลา	ภาพ	ตัวอักษร	
35	10วินาที	ภาพเด็กวิ่ง ยิ้ม ผู้คนเดินในสวนสาธารณะ นั่งรถ กิน เลี้ยง ยิ้ม (มีล่ามภาษามืออยู่ในจอครึ่งหนึ่งอธิบายตามคำ บรรยาย)		
36	25 วินาที	ผู้บรรยายภาษามือยกมือไหว้ แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล คนเดินไปในที่ชุมชน	ผู้แสดง,ผู้กำกับ ผู้เขียนบทภาพยนตร์, ผู้ถ่ายทำ,เสียง,ตัดต่อ ขอขอบคุณ,สถานที่ บุคคล ฯลฯ	

หมายเหตุ ภาษามือจะช้ากว่าภาพยนตร์ที่นำเสนอประมาณ 1-2 วินาที