

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี

THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY ENHANCEMENT PROCESSES
ON HIV AND SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION AMONG PEOPLE
LIVING WITH HIV

จุฑามาศ มากบุญชร

Juthamat Makkunchorn

นุชนารถ แก้วดำเกิง

Nuchanart Kaeodumkoeng

สิริพร ภิชัยทัฬห

Siriporn Piyayothai

ศิริกุล ชัยเจริญ

Sirikoon Chaijarern

เบญจมาศ ใจงาม

Benjamard Jaingam

ภัทร์ศยา มุกลีมาศ

Patsaya Mookleemas

เกศินี เขียนวารี

Kesine Khainwaree

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

Received: 30/06/2021

Revised: 20/07/2021

Accepted: 27/07/2021

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม และศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน ได้แก่ ผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 13 คนที่เป็นกลุ่มเดิม และที่มหาวิทยาลัยกระบวนกรฯ จำนวน 9 คน รวบรวมข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้มีเชื้อเอชไอวี และสนทนากลุ่มย่อยที่มหาวิทยาลัยกระบวนกรฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร ด้วยสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า หลังการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเรียนรู้ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการนี้มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างว่ากระบวนการนี้มีประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง อาจปรับใช้เนื้อหาตามความเหมาะสม การจัดการเวลา การเตรียมตัวของที่วิทยากร และการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ร่วมกัน ในส่วนของพฤติกรรมกรการรักษเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้ว ดังนั้น กระบวนการนี้จึงควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ในระดับบุคคลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และครบถ้วนทุกทักษะ รวมถึงการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ เช่น นโยบาย สื่อความรู้ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล เป็นต้น และควรมีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในระยะยาว

Abstract

This study is mixed-method model, using quantitative data studies by selecting a specific sample of 13 PLHIV and voluntarily participating in the activity. Data were collected by answering questionnaires. And study qualitative data, the sample group consisted of 22 people, including 13 PLHIV in the original group and 9 people of the process facilitator team. Collect data from activity logs based on the skills learned of people living with HIV, and a small group discussion of the process facilitator team. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. Variable differences were compared with statistic paired t-test and qualitative data were analyzed by content analysis by examining the information triangulation. The results showed that after learning, the mean scores on HIV and STIs literacy were higher than before, statistically significant ($p < 0.05$). It has been shown that this process is effective in enhancing health literacy on HIV and STIs among PLHIV. This is consistent with the opinions from the sample that the process is useful and practical. Content may be adapted as appropriate, time management, preparation of the process facilitator team and building atmosphere for learning together. In terms of the behavior of the treatment HIV and STIs quickly and continuously before and after it was not different, because PLHIV already have good behavior. Therefore, this process should be continuously, continually and comprehensively enhancing the knowledge at the individual level. Including the development of systemic factors such as policies, knowledge media, information access channels, etc., and should be monitored for long-term behavioral changes.

คำสำคัญ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ,
เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,
ผู้มีเชื้อเอชไอวี

Keywords

Health Literacy,
HIV and Sexually Transmitted Infection,
People Living with HIV (PLHIV)

บทนำ

รายงานจากโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า ในปี 2019 (พ.ศ. 2562) ผู้มีเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 38 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 690,000 คน⁽¹⁾ และจากการคาดประมาณสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 (Spectrum-AEM 2019) พบว่า ผู้มีเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 462,376 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 4,855 คน (เฉลี่ย 13 ราย/วัน) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตอันเนื่องจากเอดส์

จำนวน 11,882 คน (เฉลี่ย 33 ราย/วัน)⁽²⁾

ปัจจุบันประเทศไทยได้แสดงเจตนารมณ์อย่างมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ภายในปี พ.ศ. 2573 หรืออีก 10 ปีข้างหน้า โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 โดยมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ (1) ลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย (2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ (3) ลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงจากเดิมร้อยละ 90⁽³⁾ จากผลการดำเนินงาน

ตามเป้าหมาย 90-90-90 ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่และรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 99.80 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด แต่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพียงร้อยละ 79.90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย และในจำนวนผู้ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถกดไวรัสในกระแสเลือดได้สำเร็จ ร้อยละ 97.30⁽²⁾ โดยสรุปยังมีผู้มีเชื่อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งส่งผลต่อจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากเอดส์มีจำนวนเพิ่มขึ้นได้ จึงต้องมีการเร่งรัดการเข้าถึงการรักษาให้รวดเร็วและการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ลดการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากเอดส์

กรมควบคุมโรคได้ร่วมผลักดันและดำเนินการขับเคลื่อนเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ปี พ.ศ. 2561-2580) มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ และนำองค์ความรู้มาใช้ในการพัฒนาระบบข้อมูล สื่อความรู้ คู่มือแนวทาง ระบบเฝ้าระวัง และการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน โดยองค์การอนามัยโลก ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าคือ “ทักษะต่างๆ ทางกาารรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ”⁽⁴⁾ ในปีงบประมาณ 2562 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้มีการพัฒนาคู่มือเชิงกระบวนการเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ รวมถึงกลุ่มผู้มีเชื่อเอชไอวี ซึ่งการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื่อเอชไอวี มุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรมได้รับการรักษาโดยเร็วและต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽⁵⁻⁶⁾ และแบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม

(Information-Motivation-Behavioral Skill Model: IMB)⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ให้ข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่ หากบุคคลได้รับข้อมูลที่ดี ได้รับแรงจูงใจจนเกิดเจตคติหรือรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสีย ก็จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หากกลุ่มผู้มีเชื่อเอชไอวีไม่เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเองและเกิดการถ่ายทอดเชื้อแก่คู่ การฝึกทักษะในการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องฝึกฝนจนเกิดความรอบรู้ในการดูแลตนเอง ตามกระบวนการฝึกทักษะเพิ่มความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (K-shape)⁽⁸⁾ ทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ จนเกิดความเชื่อมั่นที่จะกระทำและส่งผลให้กลุ่มผู้มีเชื่อเอชไอวีเข้าสู่บริการรักษาโดยเร็วและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เชอไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื่อเอชไอวี

เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื่อเอชไอวี

วิธีการศึกษา

1) รูปแบบการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื่อเอชไอวี และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาการ

พัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี และเพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี โดยจัดกิจกรรมตามกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี และประเมินผลก่อนและหลังการเรียนรู้ โดยดำเนินการศึกษาในปีงบประมาณ 2563

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดสระบุรี โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่เป็นกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีในจังหวัดสระบุรีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน ส่วนการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 22 คน ได้แก่ ผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 13 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ และทีมวิทยากรกระบวนการที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 9 คน

3) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.1) เครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้ ประกอบด้วย แนวทางการออกแบบเชิงกระบวนการกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ขั้นตอน และแผนการจัดกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ (1) กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึง (2) กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างความรู้เข้าใจ (3) กิจกรรมฝึกทักษะการไต่ถาม (4) กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ และ (5) กิจกรรมฝึกทักษะการนำไปใช้

3.2) เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง มีข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น

ทักษะการเข้าถึง จำนวน 8 ข้อ ทักษะการสร้างความรู้เข้าใจ จำนวน 8 ข้อ ทักษะการไต่ถาม จำนวน 8 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 8 ข้อ และทักษะการนำไปใช้จำนวน 8 ข้อ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง จำนวน 9 ข้อ

3.2.2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้

(1) แนวทางการออกแบบเชิงกระบวนการกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ขั้นตอน เพื่อพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี (2) แบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความเห็นต่อกิจกรรมแต่ละทักษะลงแบบบันทึกโดยไม่ลงชื่อ เพื่อนำผลการประเมินมาใช้พัฒนากระบวนการ ประกอบด้วย ข้อดีของทักษะแต่ละด้าน และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา กิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้เข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ และ (3) สนทนากลุ่มย่อยที่ทีมวิทยากรกระบวนการมีแนวคำถามปลายเปิด เพื่อพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี

4) ขั้นตอนการดำเนินงานและเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ได้ทดสอบกระบวนการในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ศึกษาทำการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพื่อรับรู้สถานการณ์ปัญหา และค้นหาปัจจัยสาเหตุในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีในเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ศึกษาวางแผนเตรียมทีมงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จากภาครัฐและภาคประชาสังคม รวมทั้งกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี เพื่อร่วมดำเนิน

การตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ศึกษาร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมร่วมออกแบบกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ระหว่างวันที่ 20-21 มกราคม พ.ศ. 2563 ณ โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี และปรับแก้ไขกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ในเดือนเมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงาน มีดังนี้

จัดเตรียมทีมวิทยากรกระบวนการ เพื่อชี้แจงกระบวนการและแบ่งบทบาทหน้าที่ และคัดเลือกกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีในจังหวัดสระบุรีเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้ ระหว่างวันที่ 1-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ดำเนินการจัดกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ตามขั้นตอนที่ 3 ระหว่างวันที่ 16 - 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ณ โรงแรมไออุ่นรีสอร์ท จังหวัดสระบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน เข้าร่วมกิจกรรม และทีมวิทยากรกระบวนการ จำนวน 9 คน รวม 22 คน โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และข้อมูลเชิงคุณภาพหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการนำเสนอผลกิจกรรมเป็นภาพรวม

สรุปผลกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยทีมวิทยากรกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินก่อนและหลังการเรียนรู้ และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

5) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1) สร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา ตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 58 คน

5.2) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเที่ยง (Reliability) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยวิเคราะห์ส่วนที่ 2 ข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการโต้ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83, 0.84, 0.89, 0.87 และ 0.87 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง รวม 5 ด้าน จำนวน 40 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

6) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาก่อนและหลังเรียนรู้ ด้วยสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลผลการศึกษาเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามด้วยตนเอง และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และการสนทนากลุ่มกับทีมวิทยากรกระบวนการ

ผลการศึกษา

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลเชิงลึก เพื่อรับรู้สถานการณ์ปัญหา และค้นหาปัจจัยสาเหตุในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาข้อมูลสถิติ ผลการดำเนินงานการดูแล

รักษาของผู้มีเชื้อเอชไอวีในหน่วยบริการจากแหล่งต่าง ๆ พบว่า ข้อมูลจากปีงบประมาณ 2562 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพียงร้อยละ 79.90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งยังไม่ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ คือ ร้อยละ 90.00 เมื่อศึกษาข้อมูลผลการดำเนินงานของจังหวัดสระบุรี ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย จำนวน 5,162 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 4,158 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.00 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งยังไม่ตรงตามเป้าหมาย ร้อยละ 90.00 เช่นกัน จึงต้องมีการเร่งรัดการเข้าถึงการรักษาให้รวดเร็วและการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ลดการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากเอ็ดส์

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมทีมงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จากภาครัฐและภาคประชาสังคม รวมทั้งกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี เพื่อร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยจัดเตรียมทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท และกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นที่วิทยากรกระบวนการฝึกพัฒนาทักษะ และผู้มีเชื้อเอชไอวี เข้าร่วมกิจกรรมและนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปพัฒนากระบวนการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี มุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรมได้รับการรักษาโดยเร็วและต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽⁵⁻⁶⁾ และแบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skill Model: IMB)⁽⁷⁾ เพื่อวางแผนและออกแบบการจัดกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะ ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการ

ตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ดังนี้

(3.1) กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึง เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะการค้นหาข้อมูล การกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อการรักษาโดยเร็วและต่อเนื่อง ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที กิจกรรมโดยค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ (1) สื่อออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก แฟนเพจ ไลน์ เป็นต้น (2) สื่อออฟไลน์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น และ (3) สื่อบุคคล เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น โดยเขียนข้อมูลที่ค้นหาจากแต่ละแหล่ง จากนั้นนำมากลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลใช้กลวิธี เครื่องมือตรวจสอบ และบันทึกคะแนน (Checklist & Scorecards)⁽⁵⁾

(3.2) กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้มีความสามารถจดจำและเข้าใจการรับการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเร็วและต่อเนื่องได้ ระยะเวลาจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง กิจกรรมโดยวิทยากรให้ความรู้ และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์ข้อดีของการรับบริการโดยเร็ว ข้อเสียของการชะลอการเริ่มการรักษา และผลของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมนี้ประยุกต์มาจากชุดความรู้การดูแลรักษา สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง⁽⁹⁾ ใช้กลวิธีเทคนิคการใช้ภาพ (Fotonovela Technique) และเทคนิคการสอนกลับ (Teach-back Technique)⁽⁵⁾

(3.3) กิจกรรมฝึกทักษะการไต่ถาม เพื่อให้มีความสามารถในการวางแผนการใช้คำถาม จัดเตรียมคำถาม ใช้คำถาม และประเมินคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการรักษาโดยเร็วของผู้มีเชื้อและการดูแลรักษาของผู้มีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที ใช้กลวิธีการสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม (Shame-free) และการใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (Ask Me3)⁽⁵⁾

(3.4) กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ เพื่อให้มีความสามารถในการระบุปัญหา กำหนดทางเลือก

ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน ทำให้เกิดการพัฒนากิจกรรมตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในเรื่องการตัดสินใจ ภายต่อนื่อง โดยเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียได้ โดยใช้แผนผังแขนงกิ่งไม้ (Tree diagram)⁽⁶⁾ ช่วยในการวิเคราะห์ และตัดสินใจ ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง ใช้กลวิธีการตรวจสอบตามรายการ (Chunk & Check Methods) และการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me)⁽⁵⁾

(3.5) กิจกรรมฝึกทักษะการนำไปใช้เพื่อพัฒนาความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตัวโดยการกำหนดวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเอง เกี่ยวกับการเริ่มรักษาเร็วและต่อเนื่อง ของผู้มีเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที ใช้กลวิธีการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me)⁽⁵⁾ และใช้บุคคลตัวแบบ (Live model/ Symbolic model)⁽⁶⁾

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงาน โดยการจัดเตรียมทีมวิทยากรกระบวนการและคัดเลือกกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี เข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินการจัดกิจกรรม และสรุปผลการจัดกิจกรรม

(1) จัดเตรียมทีมวิทยากรกระบวนการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท และกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อชี้แจงกระบวนการและแบ่งบทบาทหน้าที่ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี และคัดเลือกกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีในจังหวัดสระบุรีเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้

(2) ดำเนินการจัดกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ตามขั้นตอนที่ 3 โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ จำนวน 2 วัน

(3) สรุปผลกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยทีมวิทยากรกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสรุปผลกิจกรรมจากการสนทนากลุ่มที่ทีมวิทยากรกระบวนการ เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ

มีรายละเอียด ดังนี้

(3.1) ทักษะการเข้าถึง ทีมวิทยากรเห็นตรงกันในเรื่องของการเพิ่มเวลาและการให้ข้อมูลในการกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูล รวมถึงการเตรียมตัวของวิทยากร โดยกล่าวว่า

“ในแหล่งสื่อออฟไลน์ควรชี้แจงว่าจะต้องดูวันเดือนปีตรงไหน ซึ่งต้องการเวลามากกว่านี้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมอาจดูไม่เป็น อาจต้องเน้นชี้แจงว่าต้องตรวจสอบอะไรบ้าง”

“ควรเพิ่มระยะเวลาแต่ละฐาน อาจจะใช้เวลาฐานละ 15 นาที”

“สื่อบุคคล ซึ่งในที่นี้คือ พยาบาล โดยปกติการพูดคุยจะมีสื่อประกอบด้วย หากมีการนำไปใช้จริงควรมีสื่อการสอนสำหรับผู้ให้ข้อมูลด้วย”

“สื่อบุคคลเป็นการสื่อสารแบบ Two way communication (การสื่อสารแบบสองทาง) เหมือนเวลาคนไข้มาปรึกษาหมอ สื่อบุคคลจึงต้องเตรียมตัวและโต้ตอบการซักถามของผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้”

(3.2) ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทีมวิทยากรได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องการเพิ่มเติมเนื้อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มากขึ้น การสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม และแบบประเมินความรู้ในกิจกรรม ควรกระชับและทำเพียงแค่ออนเรียนรู้อีกวิทยากรสรุปหลังเรียนรู้อีกกระชับเนื้อหาและเวลา กล่าวคือ

“เนื้อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังไม่มีข้อมูลความรู้ให้มากนัก”

“แบบประเมินความรู้ในทักษะนี้อาจทำแค่ก่อนเรียนรู้อีกแล้วค่อยสรุปสุดท้ายเลย”

“วิทยากรควรเน้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทบทวน จดบันทึก และสามารถจดจำได้”

(3.3) ทักษะการไต่ถาม ทีมวิทยากรให้ข้อเสนอแนะในเรื่องการอธิบายระดับของทักษะการไต่ถาม โดยใช้คำให้ง่ายขึ้น หรือใช้การแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น

“การอธิบายระดับความจำ เข้าใจ นำไปใช้อาจจะยากไป น่าจะยกไปสรุปสุดท้าย”

“อาจเพิ่มวิดีโอหรือ Role Play (การแสดงบทบาทสมมติ) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้เข้าใจได้ง่ายถ้าพบกับเหตุการณ์นั้นๆ”

“ทักษะนี้สำคัญ เพราะคนไข้ไม่กล้าถามหมอ ถ้าได้ทักษะนี้ก็จะดี”

(3.4) รวมไปถึงการระมัดระวังประเด็นอ่อนไหว เนื่องด้วยในกิจกรรมมีฝึกปฏิบัติการตั้งคำถามและตอบคำถาม และการสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมด้วย ทั้งนี้วิทยากรประจำกลุ่มมีส่วนคอยช่วยกระตุ้นและเสริมแรงได้ จึงควรเพิ่มข้อมูล Tips & Trick และการเพิ่มบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิทยากร

“ประเด็น Sensitive (อ่อนไหว) ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะถาม เช่น ภาวะระดับ CD4 ของคูฝึก ต้องเขียนไว้ใน Tips & Trick”

“เพิ่มการสร้างบรรยากาศ ระหว่างวิทยากรกับกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี”

“การแบ่งกลุ่มต้องมีวิทยากรประจำกลุ่มเพื่อคอยกระตุ้นและเสริมแรง และควรเพิ่มไว้ในบทบาทของผู้ช่วยวิทยากร”

(3.5) ทักษะการตัดสินใจ ทีมวิทยากรที่ให้ข้อเสนอแนะว่า

“วิทยากรต้องช่วยบอกว่ามีข้อดี ข้อเสียในการตัดสินใจอย่างไร”

“อธิบายวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนก่อนทำกิจกรรม”

“วิทยากรประจำกลุ่มสำคัญ ต้องเตรียมตัวก่อน ต้องคอยเตือน กระตุ้น และช่วยเพิ่มเติม”

“การเสนอทางเลือก บอกในกลุ่มว่าเลือกทางบวกและลบได้”

(3.5) ทักษะการนำไปใช้ ทีมวิทยากรเห็นว่า

“โจทย์ควรท้าทายความคิดผู้เข้าร่วมมากกว่านี้”

“เมื่อฝึกกระบวนการครบ 5 ทักษะ น่าจะมีกิจกรรมเพิ่ม ให้เขาฝึกทักษะที่ 1-5 จะได้เห็นผลเลยว่า

เข้าใจหรือไม่ เช่น Role play หรือทำคลิปวิดีโอ”

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินก่อนและหลังการเรียนรู้ และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยผลการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีจำนวน 13 คน ส่วนใหญ่ติดเชื้อเป็นระยะเวลา 16-20 ปี ถึงร้อยละ 46.15 รองลงมา ระยะเวลา 11-15 ปี ถึงร้อยละ 23.08 6-10 ปี และ 1.5 ปี มีค่าที่เท่ากันเท่ากับร้อยละ 15.38 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 92.31 ยังไม่ได้ได้รับการรักษา ร้อยละ 7.69 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 61.54 รองลงมา คือ เคยมีอาการและรักษาหายแล้ว และเคยมีอาการแต่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 30.77 และ ร้อยละ 7.69 ตามลำดับ

ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ คือ เข้าถึงข้อมูลจากผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน ร้อยละ 69.23 รองลงมา คือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูป) ร้อยละ 30.77 เว็บไซต์ของหน่วยงาน และเอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่เท่ากัน ร้อยละ 23.08 และสื่อวิทยุทัศน์ ร้อยละ 7.69 สำหรับช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป ส่วนใหญ่ใช้ช่องทางเอกสาร/สิ่งพิมพ์ ร้อยละ 61.54 รองลงมาคือ สื่อบุคคล ร้อยละ 53.85 สมาร์ทโฟนและสื่อออนไลน์ ร้อยละ 23.08 เว็บไซต์ผ่านคอมพิวเตอร์ และวิทยุเท่ากัน ร้อยละ 15.38 และไม่มีผู้ใช้ช่องทางโทรทัศน์ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสำรวจ จำแนกตาม ระยะเวลาที่มีเชื้อเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่มีเชื้อเอชไอวี		
16-20 ปี	6	46.15
11-15 ปี	3	23.08
6-10 ปี	2	15.38
1-5 ปี	2	15.38
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
รับการรักษา	12	92.31
ยังไม่ได้เข้ารับการรักษ	1	7.69
เคยมีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ไม่เคย	8	61.54
เคยและรักษาหายแล้ว	4	30.77
เคย แต่ยังไม่ได้รับการรักษา	1	7.69
ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง		
ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน	9	69.23
สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟซบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูบ)	4	30.77
เว็บไซต์ของหน่วยงาน	3	23.08
เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่	3	23.08
สื่อวีดิทัศน์	1	7.69
ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป		
เอกสาร/สิ่งพิมพ์	8	61.54
สื่อบุคคล	7	53.85
สมาร์ทโฟนและสื่อออนไลน์	3	23.08
เว็บไซต์ผ่านคอมพิวเตอร์	2	15.38
วิทยุ	2	15.38
โทรทัศน์	0	0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างควมเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ก่อนและหลังการเรียนรู้

2.1 ทักษะการเข้าถึง

การวัดและประเมินทักษะการเข้าถึง มีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการเข้าถึง แบ่งเป็น 3

ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเข้าถึง 25.54 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.46 รองลงมา อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ เท่ากัน ร้อยละ 30.77 (ตารางที่ 2)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.46 ทักษะการเข้าถึง 27.85 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ และไม่มีผู้อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการเข้าถึง ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการเข้าถึง	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	4 (30.77)	8 (61.54)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	5 (38.46)	5 (38.46)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	4 (30.77)	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	25.54	27.85
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.86	3.69
คะแนนต่ำสุด	17	22
คะแนนสูงสุด	32	32

2.2 ทักษะการสร้างความเข้าใจ

การวัดและประเมินทักษะการสร้างความเข้าใจ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการสร้าง ความเข้าใจ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ทักษะการสร้างความเข้าใจ 24.62 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 61.54 รองลงมา อยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ 27.00 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 38.46 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการสร้าง ความเข้าใจ

ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	3 (23.08)	6 (46.15)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	8 (61.54)	5 (38.46)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	2 (15.38)	2 (15.38)
ค่าเฉลี่ย	24.62	27.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.19	4.06
คะแนนต่ำสุด	16	21
คะแนนสูงสุด	31	32

2.3 ทักษะการไต่ถาม

การวัดและประเมินทักษะการไต่ถาม มีข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการไต่ถาม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการไต่ถาม 23.54 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.15 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำและระดับสูง ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 23.08 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการไต่ถาม 27.15 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 46.15 และอยู่ระดับในระดับต่ำ ร้อยละ 7.69 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการไต่ถาม ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการไต่ถาม	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	3 (23.08)	6 (46.15)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	6 (46.15)	6 (46.15)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	4 (30.77)	1 (7.69)
ค่าเฉลี่ย	23.54	27.15
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.57	4.20
คะแนนต่ำสุด	19	20
คะแนนสูงสุด	30	32

2.4 ทักษะการตัดสินใจ

การวัดและประเมินทักษะการตัดสินใจ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการตัดสินใจ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ 23.31 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.54 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำและระดับสูง ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ 27.85 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.85 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 38.46 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการตัดสินใจ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการตัดสินใจ	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	2 (15.38)	7 (53.85)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	8 (61.54)	5 (38.46)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	3 (23.08)	1 (7.69)
ค่าเฉลี่ย	23.31	27.85
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.73	3.85
คะแนนต่ำสุด	16	21
คะแนนสูงสุด	31	32

2.5 ทักษะการนำไปใช้

การวัดและประเมินทักษะการนำไปใช้ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการนำไปใช้ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการนำไปใช้ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการนำไปใช้	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	3 (23.08)	6 (46.15)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	7 (53.85)	6 (46.15)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	3 (23.08)	1 (7.69)
ค่าเฉลี่ย	22.38	27.54
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.04	4.24
คะแนนต่ำสุด	13	20
คะแนนสูงสุด	30	32

2.6 ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.6.1 ระดับความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวัดและประเมินความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนำไปใช้ 22.38 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.85 รองลงมา อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 23.08 (ตารางที่ 6)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนำไปใช้ 27.54 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 7.69 (ตารางที่ 6)

ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 40-160 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 136-160 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 112-135 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 40-111 คะแนน ผลการวิเคราะห์

มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 118.38 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.85 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 30.77 และระดับสูง ร้อยละ 15.38 (ตารางที่ 7)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 137.38 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 7.69 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (136-160 คะแนน)	2 (15.38)	6 (46.15)
ระดับปานกลาง (112-135 คะแนน)	7 (53.85)	6 (46.15)
ระดับต่ำ (40-111 คะแนน)	4 (30.77)	1 (7.69)
ค่าเฉลี่ย	118.38	137.38
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	17.57	19.39
คะแนนต่ำสุด	87	104
คะแนนสูงสุด	146	160

2.6.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เท่ากับ 118.38 คะแนน (S.D.=17.57) หลังการเรียนรู้เท่ากับ 137.38 คะแนน (S.D.=19.39) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ตัวแปร	\bar{X}	SD	t	df	p-value
ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
ก่อนการเรียนรู้	118.38	17.57	3.83	12	0.002
หลังการเรียนรู้	137.38	19.39			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมกรรการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง

3.1 ระดับพฤติกรรมกรรการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง

การวัดและประเมินพฤติกรรมกรรการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องมีข้อ

คำถาม ทั้งหมด 9 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-18 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมกรรป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-18 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11-14 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่

ระหว่าง 0-10 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง 16.00 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.62 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง 16.00 ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ร้อยละ 15.38 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเร็วและต่อเนื่อง ก่อนและหลังการเรียนรู้

พฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (15-18 คะแนน)	11 (84.62)	10 (76.92)
ระดับปานกลาง (11-14 คะแนน)	1 (7.69)	1 (7.69)
ระดับต่ำ (0-10 คะแนน)	1 (7.69)	2 (15.38)
ค่าเฉลี่ย	16.00	16.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.42	2.94
คะแนนต่ำสุด	9	9
คะแนนสูงสุด	18	18

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง มีข้อคำถาม ทั้งหมด 9 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งสิ้น 18 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและ

ต่อเนื่อง เท่ากับ 16.00 (S.D.=2.42) หลังการเรียนรู้ เท่ากับ 16.00 (S.D.=2.94) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเร็วและต่อเนื่องก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน และไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ตัวแปร	\bar{x}	SD	t	df	p-value
พฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง					
ก่อนการเรียนรู้	16.00	2.42	0.00	12	1.000
หลังการเรียนรู้	16.00	2.94			

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม ต่อกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่อกิจกรรม ฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน จากการบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน โดยไม่ได้ลงชื่อ ในการแสดงความคิดเห็น มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ทักษะการเข้าถึง

ข้อดีของทักษะการเข้าถึง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทุกคนเห็นว่ากิจกรรมทักษะการเข้าถึงมีประโยชน์ และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง มีผู้ให้ความเห็นว่า

“ชอบกิจกรรมนี้ เพราะสอนให้วิเคราะห์ ข้อมูลได้ และสามารถใช้ได้จริง”

“เนื้อหา มีประโยชน์ มีความครอบคลุม ให้ความรู้ดี น่าสนใจ”

“ให้ทักษะการศึกษาข้อมูล เป็นแนวทางการ ทำงานลงพื้นที่”

ข้อเสนอแนะ ทุกคนให้เพิ่มเวลาในการเรียนรู้ แต่ละแหล่งข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมคิดเห็นว่า

“ขอให้ใช้เวลาหาข้อมูลมาก ๆ ให้เห็นแหล่งที่มา จะทำให้ได้จากแหล่งใดได้อีกบ้าง”

4.2 ทักษะการสร้างความเข้าใจ

ข้อดีของทักษะการสร้างความเข้าใจ ผู้เข้าร่วม กิจกรรมทุกคนมีความคิดเห็นว่าเป็นทักษะที่ได้รับ ความรู้ดี นำไปปรับใช้ได้ ให้ความเห็นว่า

“กิจกรรมเนื้อหาดี ได้ไปปรับใช้”

“เป็นการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย”

ข้อเสนอแนะ เน้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้จดจำ เนื้อหาและมีการสรุปข้อมูลความรู้ที่ได้จากกิจกรรม โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นระยะเวลา การเรียนรู้ที่กระชับเนื้อหาและเวลาให้พอดีกัน ได้แสดงความคิดเห็นว่า

“กิจกรรมน่าจะมียุทธศาสตร์ที่มากขึ้น”

“ให้รายละเอียดกับตัวอาการของโรค และ แนวทางการดูแลรักษาที่เจาะลึกกว่านี้”

4.3 ทักษะการไต่ถาม

ข้อดีของทักษะการไต่ถาม ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่ (จำนวน 9 คน) เห็นว่าเนื้อหาดีและมีประโยชน์ ให้ความเห็นว่า

“เป็นการสร้างทักษะของผู้เข้าอบรม”

“กิจกรรมเนื้อหาดี ปรับใช้ในการทำงานได้ด้วย มีการให้ข้อมูลดี”

ข้อเสนอแนะ ควรเน้นการอธิบายทักษะการ ไต่ถามให้ชัดเจน และมีการฝึกฝนทักษะให้กับกลุ่ม เป้าหมาย โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ให้ข้อเสนอแนะการ อธิบายและระยะเวลาเพิ่มเติมว่า

“เวลากระชับกว่านี้”

“คำอธิบายยังเข้าใจยากพอสมควร”

“อยากให้ถามมากกว่านี้”

4.4 ทักษะการตัดสินใจ

ข้อดีของทักษะการตัดสินใจ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทุกคนเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดีและปรับใช้ได้จริง เห็นว่า

“เป็นกิจกรรมที่ดี สามารถไปปรับใช้กับ กิจกรรมในกลุ่มให้เกิดความเข้าใจในปัญหาต่าง ๆ ”

“ทำให้รู้จักการตัดสินใจ และกล้าที่จะเลือก”

“เป็นกิจกรรมที่ชัดเจนและวิเคราะห์ปัญหาได้”

ข้อเสนอแนะ เน้นให้วิทยากรช่วยเพิ่มเติม ข้อมูลหรือชี้แนะข้อดี ข้อเสีย ในการตัดสินใจ ผู้เข้าร่วม กิจกรรมกล่าวว่า

“ควรมีข้อมูลที่ละเอียดกว่านี้ เนื้อหาน้อยไป ควรเพิ่มเติม”

4.5 ทักษะการนำไปใช้

ข้อดีของทักษะการนำไปใช้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่ (จำนวน 10 คน) เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดีและ ปรับใช้ได้จริง ได้กล่าวว่า

“เป็นการเรียนรู้สร้างทักษะเพื่อการนำไปใช้ ได้จริง”

“ได้ความรู้มากขึ้น ส่งต่อเพื่อน ๆ ได้”

ข้อเสนอแนะ เสนอประเด็นกำหนดโจทย์ ที่หลากหลายและมีเวลาสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ ฝึกกระบวนการทั้งหมด รวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อ

พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกล่าวว่า

“อยากให้มีกรอบอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาแกนนำต่อไป”

“มีบทเรียนให้ความเข้าใจ ให้เยอะมากขึ้น”

อภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้มีเชื้อเอชไอวีมีความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ หลังการเรียนรู้ดีกว่าก่อนการเรียนรู้ทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ร้อยละ 137.38 (S.D. = 19.39) มากกว่าก่อนการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 118.38 (S.D. = 17.57) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการได้รับกิจกรรมการพัฒนาทักษะและความสามารถตามกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี มีการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทั้ง 5 ด้าน ดังนี้ (1) ทักษะการเข้าถึง เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะการค้นหาข้อมูล การกลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูล การดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อการรักษาโดยเร็วและต่อเนื่อง โดยค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ สื่อออนไลน์ สื่อออฟไลน์ และสื่อบุคคล โดยระบุข้อมูลที่ค้นหาจากแต่ละแหล่ง จากนั้นนำมากลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูล โดยทักษะนี้ต้องมีการเพิ่มระยะเวลาในการค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้อย่างเต็มที่ และอธิบายขั้นตอนการกลั่นกรองและตรวจสอบให้ชัดเจน (2) ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้สามารถจดจำและเข้าใจการรับการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเร็วและต่อเนื่องได้ โดยวิทยากรให้ความรู้และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์ข้อดีของการรับบริการ

โดยเร็ว ข้อเสียของการชะลอการเริ่มการรักษา และผลของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องเป็นวิทยากรจะต้องให้ความรู้ อธิบาย และสรุปความเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการจดจำและเข้าใจ (3) ทักษะการไต่ถาม เพื่อให้มีความสามารถในการวางแผนการใช้คำถาม จัดเตรียมคำถาม ใช้คำถาม และประเมินคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการรักษาโดยเร็วของผู้มีเชื้อ และการดูแลรักษาของผู้ป่วยเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง โดยทักษะนี้เป็นทักษะที่จำเป็นจะต้องฝึกฝนเป็นประจำ หากมีข้อสงสัยสามารถนำทักษะนี้ไปใช้ได้เหมาะสม (4) ทักษะการตัดสินใจ เพื่อให้มีความสามารถในการระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในเรื่องการตัดสินใจกินยาต่อเนื่อง โดยเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียได้ โดยใช้แผนผังแขนงกิ่งไม้ (Tree diagram) ช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจ และ (5) ทักษะการนำไปใช้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตัวโดยการกำหนดวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเอง เกี่ยวกับเกี่ยวกับการเริ่มรักษาเร็วและต่อเนื่องของผู้มีเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของภรท สุธมน(10) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีการประเมินความรู้ด้านเอชไอวี 5 ด้าน ตามระดับความสามารถและทักษะ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านเอชไอวี มีระดับความรู้รอบรู้หลังอบรมอยู่ในระดับเพียงพอ และระดับดีในทุกด้าน ซึ่งหลังการอบรมโปรแกรม อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้นทั้ง 5 ด้าน ช่วยให้กลุ่มอสม. เข้าถึงข้อมูลโรคเอดส์ ได้ถูกต้อง เข้าใจรูปแบบการตีตรารังเกียจในชุมชนและผลกระทบ รวมทั้งทักษะการใช้คำถาม การซักถามที่เป็นประโยชน์ และช่วยในการตัดสินใจและการนำไปใช้เตือนตนเอง กำกับตนเองเพื่อลดการรังเกียจตีตราต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชน

ในด้านพฤติกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมก่อนการเรียนรู้ของกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.60 เนื่องด้วยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นผู้มีเชื้อเอชไอวีในระยะเวลา 16-20 ปี ร้อยละ 46.20 รองลงมา ระยะเวลา 11-15 ปี, และ 6-10 ปี, 1-5 ปี เท่ากับ ร้อยละ 23.10 และ 15.40 ตามลำดับ กลุ่มเป้าหมายจึงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องแล้ว อีกทั้งระยะเวลาในการจัดกิจกรรมที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่เป็นอยู่เดิม ทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalichman et al.⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง Randomized clinical trial of HIV treatment adherence counseling interventions for people living with HIV and limited health literacy ได้ทดลองทางคลินิกแบบสุ่มของการรักษาเอชไอวี โดยให้คำปรึกษาและสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ผลการทดลองพบว่า มีการให้ข้อมูลความรู้โดยใช้ภาพแสดงให้เห็นถึงระดับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ที่มีความรอบรู้ระดับต่ำในก่อนการทดลอง แม้ว่าผลลัพธ์จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาและสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะ โดยผู้วิจัยได้วัดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณไวรัส พบว่า ในกลุ่มนี้มีแนวโน้มจากที่ตรวจพบปริมาณไวรัสเป็นไม่ตรวจพบเชื้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม หากเห็นผลชัดเจนจะต้องมีการติดตามผลเป็นระยะ เช่น หลังเสร็จ

สิ้นกิจกรรม 1 เดือน 3 เดือน 12 เดือน เป็นต้น

จากการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี พบว่า หลังการเรียนรู้มีความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดีกว่าก่อนการเรียนรู้ โดยภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการได้มีการสรุปผลกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีและที่มหาวิทยาลัยกระบวนการว่ากระบวนการนี้มีประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง ทั้งนี้มีประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา กิจกรรม โดยสรุปดังนี้ (1) เนื้อหาสาระในแต่ละทักษะมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง แต่อาจมีการปรับใช้เนื้อหาตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย (2) การจัดการเวลาในแต่ละกิจกรรมควรจัดสรรให้เหมาะสมและอธิบายให้กระชับ เข้าใจง่าย (3) การเตรียมตัวของวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร โดยก่อนจัดกิจกรรมจะต้องมีการฝึกซ้อมและทำความเข้าใจเนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย วิทยากรจะต้องมีการสรุปผลการเรียนรู้ในทุกทักษะ และผู้ช่วยวิทยากรจะต้องเป็นผู้กระตุ้นเสริมแรง และเพิ่มเติมข้อมูลในการเรียนรู้แต่ละทักษะได้ และ (4) การสร้างบรรยากาศเป็นกันเองกับกลุ่มเป้าหมายจะทำให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปด้วยดี รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายจะกล้าแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์การดำเนินงานต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนารถ แก้วดำเกิง และคณะ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาการประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามโมเดล Kirkpatrick พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมและกระบวนการฝึกทักษะ ซึ่งสามารถช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปปรับใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะ

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อ เอชไอวี ควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ในระดับบุคคล อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และครบถ้วนทั้ง 5 ทักษะ เพื่อให้มีความสามารถและพัฒนาทักษะที่จำเป็นได้อย่างรอบด้าน รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และทันต่อข้อมูล ความรู้ และการดูแลรักษาสุขภาพ ในปัจจุบัน

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อ เอชไอวี ควรมีการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ เช่น นโยบาย การจัดเตรียมสื่อความรู้ที่ทันสมัย เพิ่มช่องทางเข้าถึง แหล่งข้อมูลของภาครัฐ เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการพัฒนา ทักษะที่จำเป็นของกลุ่มเป้าหมายอย่างยั่งยืน

ควรมีกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการทำกลุ่มของ ผู้มีเชื้อเอชไอวีที่มีกิจกรรมในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์

ควรมีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของ พฤติกรรมในระยะยาว รวมทั้งผลการเปลี่ยนแปลงของ ปริมาณไวรัสเอชไอวี ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ. ดร. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาการพัฒนากระบวนการ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และขอบคุณบุคลากรจากสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท ที่ร่วมพัฒนากระบวนการฯ รวมทั้งแกนนำผู้มีเชื้อ เอชไอวีที่เข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะที่ทำให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) [Internet]. [cited 2020 May 19]. Available from <https://www.unaids.org/en>
2. HIV info hub. Division of AIDS and STIs [Internet]. [cited 2020 May 19]. Available from <http://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
3. Taweessap Siraphaphasiri. National Strategy on Ending AIDS 2017-2030, Bangkok: NC concept Co., Ltd (TH); 2017. (in Thai)
4. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva: 1998.
5. Kwanmuang Kaeodumkoeng. Health Literacy: access understand and application. 2nd edition. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public., Ltd; 2018. (in Thai)
6. Kwanmuang Kaeodumkoeng. Health Literacy: functional interactive critical. 1st edition. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public., Ltd; 2019. (in Thai)
7. Fisher, J. D., & Fisher, W.A.. Changing AIDS risk behavior. Psychological Bullentin. 1922; 111(3): 455-74. DOI: 10.1037/0033-2909.111.3.455
8. Kwanmuang Kaeodumkoeng. K-shape 5 skills to increase health literacy. Journal of the Health Education Professional Association 2020; 35(2): 22-6.
9. Pornthip Yuktanon, Lisa Kanthamala and Penpak U-thit. HIV/AIDS treatment Literacy. 4th edition. Bangkok: National Buddhism Publishing House; 2013. (in Thai)

10. Porakot Soofon. The result of HIV Literacy Program to promote behavior of living together without abhorrence among village health volunteers. Thai AIDS journal. 2020; 32(1): 1-14.
11. Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Amaral C, White D, Grebler T, et al. Randomized clinical trial of HIV treatment adherence counseling interventions for people living with HIV and limited health literacy. JAIDS. 2013; 63(1): 42-50. DOI: 10.1097/QAI.0b013e318286ce49
12. Nuchanart Kaeodumkoeng, Siriporn Piyayothai, Juthamat Makkunchorn, Sirikoon Chaijarern, Benjamard Jaingam, Kesinee Khainwaree. Evaluation of learning based on the process for enhancing health literacy on HIV and STIs (HIV and STIs Literacy) among men who have sex with men according to the Kirkpatrick model. Thai AIDS journal. 2020; 32(3): 114-31.