

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

การอยู่ร่วมกัน โดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

THE RESULT OF HIV LITERACY PROGRAM TO PROMOTE BEHAVIOR OF LIVING TOGETHER WITHOUT ABHORRENCE AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

กรกต สุฝน*

Porakot Soofon*

*โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

*Phon phisai Hospital, Phon phisai District,

กระทรวงสาธารณสุข

Nong Khai Province, Ministry of Public Health,

ประเทศไทย

Thailand

Received: 04/10/2019

Accepted: 02/12/2019

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational research) ออกแบบการวิจัยให้เป็นการวิจัยในประชากรกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี พฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 40 คน ในพื้นที่ 16 หมู่บ้านของตำบลวัดหลวง อำเภอโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 องค์ประกอบ คือ เข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และนำไปใช้ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี 5 ด้าน แบบประเมินความรอบรู้ก่อน-หลัง แบบประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างและผู้มีเชื้อเอชไอวีหลังอบรม 3 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. มีระดับความรอบรู้โดยรวม ในระดับไม่พอเพียงมากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.50 และระดับพอเพียง ร้อยละ 12.50 และหลังการอบรมตามโปรแกรม พบว่า อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับความรอบรู้ดีขึ้น โดยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.5 และระดับพอเพียง ร้อยละ 57.5 สำหรับ การวัดผลด้านความรู้ที่กังวลกลัวที่ต้องทำกิจกรรมในชุมชนร่วมกับผู้มีเชื้อเอชไอวี เช่น กังวลใจที่จะต้องทานข้าวร่วมกัน ไม่อยากให้ทำอาหารในงานบุญ ไม่อยากอยู่ใกล้ ก่อนฝึกทักษะ อสม. ที่เข้าร่วมโครงการรู้สึกกังวลกลัวข้อใดข้อหนึ่ง ร้อยละ 85.00 หลังการฝึกอบรม พบว่า รู้สึกไม่กังวลเลย มากที่สุด ร้อยละ 87.50 รองลงมากังวลเล็กน้อย ร้อยละ 12.50 พบว่า ความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้มีเชื้อหลังจัดโปรแกรม 3 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงในชุมชน โดยพบว่า อสม. ขยายผลในชุมชนสังเกตเห็นว่ามีการระมัดระวังคำพูด ไม่มีทำที่รังเกียจ ให้มาช่วยงานบุญ ให้มาช่วยทำอาหารในงานบุญซึ่งเดิมจะให้ไปล้างจาน และมีการเรียกให้มานั่งทานอาหารด้วยกัน ผลโดยรวมพบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี ทำให้กลุ่ม อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชน และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปขยายผลไปสู่บุคคลอื่นๆ และยังสามารถมีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างในการบริการผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชนได้อย่างดีอีกด้วย

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางจัดอบรมซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีต่อครอบครัว และชุมชนต่อไป สร้างผลดีต่อคุณภาพบริการ สำหรับข้อเสนอแนะ ได้แก่ ควรมีการติดตามสถานการณ์การรังเกียจตีตราในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และควรจัดทำบันทึกข้อตกลงในกลุ่ม อสม. โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

Program to provide education and information for understanding on how to live together regarding HIV and AIDS in Thailand was conducted continuously but still need further improvement. This study aimed to develop HIV literacy program to promote behavior of living together without abhorrence among village health volunteers (VHV). The research was operation in nature with one group pre-test and post-test design. The sample was 40 VHVs from 16 villages of Wat Luang Sub-district, Phon Phisai District, Nong Khai Province, using 5 elements of health literacy conceptual framework including reaching, understanding, asking, deciding, and applying. There were 5 steps in the study which were 1) in-depth study about prevalence of stigmatization and abhorrence in the community, 2) prepare teamwork and network, 3) design the program and plan the activity, 4) train the team with 5 items of knowledge, and 5) assess and monitor the behavior of acceptance PLHIV living in the community. The instruments used in this study were knowledge-enhancement HIV literacy training program, assessment form to collect HIV literacy and knowledge pre- and post-program among attending participants, satisfaction assessment form on participating the program, and, in-depth interview among participants and PLHIV to assess change in the community regarding stigma and discrimination practice. Quantitative data were analyzed using descriptive statistic and content analysis was used to analyze qualitative data.

The findings revealed that before attending the training program, for the overall HIV literacy and knowledge, most VHVs (60%) reported to have insufficient level, while 27.50% at medium level, and 12.50% at sufficient level. After training, 35.5% of VHVs was at good level of HIV literacy and knowledge and 57.5% was at sufficient level. Before training, for the feeling of anxiety on doing activities with people with HIV in the community such as dining together or feeling do not want PLHIV to cook food for the community festive, 85% of VHVs felt anxious at least on one issue. After training, it was found that 87.50% of VHV was not anxious at all, and 12.50% felt a little anxious. PLHIVs' view revealed that they observed changes in the community, which were, VHVs extended results from training program to people in the community, people spoke carefully to them, no sign of abhorrent attitude, they were allowed to join the ceremony, as well as to cook in the festive instead of asking them to only wash the dishes, and invited them to join the meal.

The results of HIV literacy program development to promote behavior of living together with PLHIV without abhorrence among VHVs indicate that after training VHVs who passed the program are confident to live with PLHIVs in the community, are able to extend results to others as well as to serve as good role models in providing services to PLHIV in the community. The recommendations from the study include continuous monitoring stigma and discrimination practices in the community to ensure sustainability. A memorandum of agreement on the issue among VHVs should be established through community participation.

คำสำคัญ

ความรอบรู้ด้านเอชไอวี,
พฤติกรรมกรการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ,
การตีตราและการเลือกปฏิบัติ,
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Keywords

HIV literacy program,
Behavior of living together without abhorrence,
Stigmatization and discrimination,
Village health volunteer

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ด้วยยาต้านไวรัส ทิศทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นการปรับระบบบริการสุขภาพและการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยุติปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งเป็นไปตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ⁽¹⁾ ที่มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย 2) ลดการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ (AIDS-related death) เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ 3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 90 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ชาติอย่างต่อเนื่อง และพบว่ามีความจำเป็นที่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองที่ได้ลงทะเบียนแล้วแต่ไม่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา บางรายเข้าสู่ระบบการรักษาช้า บางรายมารักษาแล้วขาดนัดรับยาทำให้เกิดผลกระทบตามมา คือมาเริ่มรักษาอย่างจริงจังเมื่อป่วยแล้ว เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จากข้อมูลพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ผู้มีเชื้อเอชไอวีไม่เข้าสู่ระบบบริการคือปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นทั้งในสถานบริการสุขภาพ สถานที่ทำงาน ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากความกังวลกลัวคนรู้ กลัวถูกรังเกียจ กลัวถูกเผยแพร่สถานะการติดเชื้อ การแสดงท่าทีรังเกียจไม่อยู่ใกล้ และประสบการณ์เคยเห็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกรังเกียจตีตราและการเลือกปฏิบัติในชุมชน ดังนั้นความท้าทายที่สำคัญในการมุ่งยุติปัญหาเอดส์ คือ การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากประชาชนยังขาดความรู้ ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ ประเมินผล และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และนำไปปฏิบัติ⁽²⁾

โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ได้พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อลดการรังเกียจตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบัน ผลจากการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาได้ส่งผลดีด้านคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ช่วยให้จำนวนผู้ลงทะเบียนยังไม่รักษาที่มียอดสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 มีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2559 - 2561 มีผู้ป่วย 62 ราย 53 ราย และ 41 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีระดับ CD4 < 200 cell/mm³ คิดเป็นร้อยละ 63.16, 50.00 และ 38.89 ตามลำดับ อัตราป่วยและเสียชีวิตลดลง บุคลากรให้บริการดี ไม่มีท่าทีรังเกียจและได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียม อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้มีเชื้อเอชไอวียังกังวลเมื่อมารักษาในโรงพยาบาลคือ ไม่อยากเจอคนในชุมชน กลัวชาวบ้านรู้ กลัวถูกรังเกียจ เคยเห็นการนินทาและการกีดกัน ในการร่วมกิจกรรมในชุมชน กลัวถูกเปิดเผยในชุมชน จากเหตุดังกล่าว โรงพยาบาลจึงได้ขยายการดำเนินงานลดการรังเกียจการตีตราในชุมชนในพื้นที่ตำบลวัดหลวง ในปี พ.ศ. 2560 - 2561 หลังจัดกิจกรรมพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 75 ยังคิดกังวลกลัวจะติดเชื้อจากการอยู่ร่วมกันร่วมกัน ไม่อยากให้ผู้มีเชื้อเอชไอวีทำอาหารในงานบุญ มีการขู่มขู่ข่มขืน แสดงท่าทีรังเกียจ บางครั้งทำโดยไม่ตั้งใจ ยังขาดการกำกับตนเองหรือการเตือนตนเอง ปรากฏการณ์เช่นนี้ส่งผลกระทบทำให้ผู้มีเชื้อไม่กล้ามารักษาและขาดนัดรับยา ไม่กล้าเปิดเผยในชุมชน

แนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล โดยจะดำเนินการร่วมกับการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ (นโยบายและสภาพแวดล้อม) เพื่อนำพาประชาชนทุกกลุ่มวัยไปสู่เป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ยั่งยืน หลักการความรู้ด้านสุขภาพ มุ่งเน้นกลวิธีฝึกฝน พัฒนาความสามารถ และทักษะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายมากกว่าการเน้นที่ความรู้เพียงอย่างเดียว⁽³⁾ ในการพัฒนา ความรอบรู้ด้านเอชไอวี โดยใช้แนวคิดและหลักการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพมาพัฒนาและออกแบบโปรแกรมการพัฒนา

ความสามารถและทักษะความรู้ด้านเอชไอวี ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับการแก้ไขปัญหาการรังเกียจ ตีตรา และเลือกปฏิบัติได้ โดยกำหนดเป้าหมาย พฤติกรรมเป้าหมายได้แก่ การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ เกิดความสามารถในการเตือนตนเอง กำกับตนเอง และ ประชาชนสามารถอยู่ร่วมกันได้ โดยไม่รังเกียจ นอกจากนี้ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้

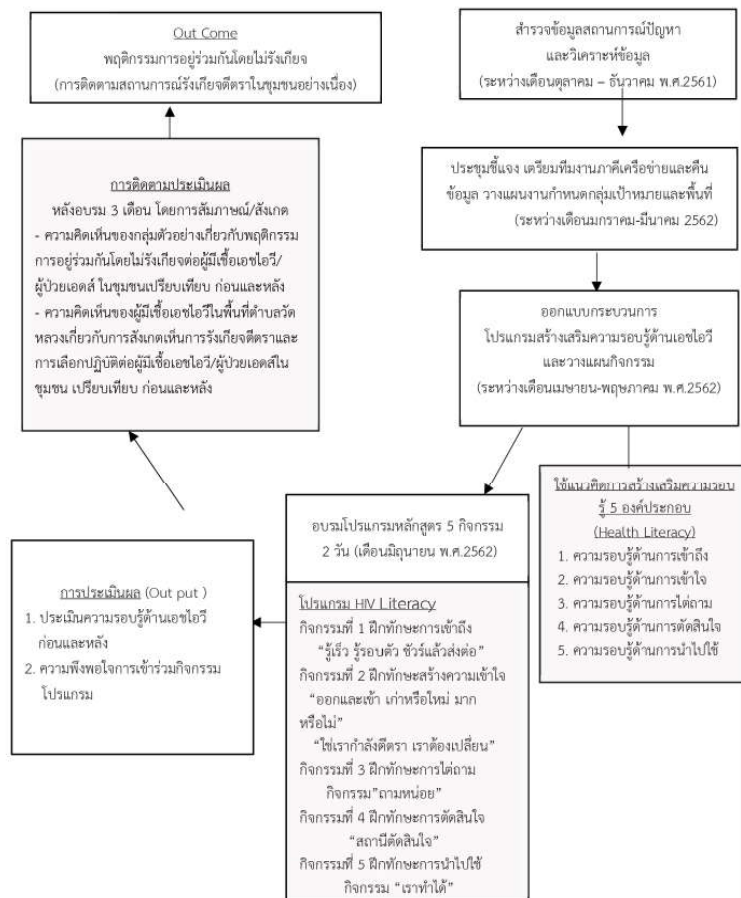
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่พบว่ามี การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ โดยองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽⁴⁾ 5 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง เข้าใจ

ได้ถาม ตัดสินใจ และการนำไปใช้ เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรม\การพัฒนาความสามารถและการฝึกทักษะ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล เกิดความเข้าใจ และนำข้อมูลที่ถูกต้อง มีความน่าเชื่อถือไปใช้ในการตัดสินใจ รวมทั้งการกำกับตนเอง การเตือนตนเอง ในการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในครอบครัวและชุมชน⁽⁵⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ และเพื่อให้สถานการณ์การรังเกียจตีตราต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ลดลง ผู้มีเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้โดยไม่ถูกรังเกียจ

กรอบแนวคิด



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational research) ออกแบบการวิจัยให้เป็นการวิจัยในประชากรกลุ่มเดียว โดยมีการประเมินก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพคลินิกยาต้านไวรัส 4 คน เครือข่าย รพ.สต. 3 คน ผู้นำชุมชน 4 คน แกนนำ อสม. 9 คน พื้นที่ตำบลวัดหลวง อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย รวมจำนวน 20 คน การศึกษาผลของโปรแกรม การสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ตำบลวัดหลวง จำนวน 40 คน โดยใช้วิธีคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย Power analysis table (Office size = 0.80, Power=.95 และ $\alpha = .05$) (6) คัดเลือกแบบเจาะจง ครอบคลุมพื้นที่ 16 หมู่บ้าน ของตำบลวัดหลวง ระยะเวลาศึกษา ระหว่างเดือน 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 จนถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2562 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็น อสม. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลวัดหลวง อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย และมีอายุงานอย่างน้อย 1 ปี

2. สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความสามารถและทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ หลักสูตร 2 วัน ได้ และยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความสามารถและทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี พฤติกรรม การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ หลักสูตร 2 วัน ได้

2. ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและปฏิเสธการให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มี อสม. ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 40 คน การวิจัยใช้แนวคิดการสร้าง

เสริมความรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ ได้ตาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ศึกษาข้อมูลเชิงลึกปัญหาการรังเกียจ ผู้ติดเชื้อในพื้นที่ ตำบลวัดหลวง อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย

- 2) การเตรียมทีมงานและภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพคลินิกยาต้านไวรัส เครือข่าย รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม. พื้นที่ตำบลวัดหลวง เริ่มด้วยการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยสะท้อนข้อมูลสภาพปัญหาในพื้นที่ และเมื่อเกิดสถานการณ์การรังเกียจติดต่อ ผู้มีเชื้อเอชไอวีจะอย่างไร ผลกระทบต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในการอยู่ร่วมกันในชุมชนเป็นอย่างไร จากปัญหาดังกล่าวการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เข้าสู่ระบบบริการดูแลรักษาส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนอย่างไร ควรจะช่วยกันแก้ไขปัญหามาอย่างไร และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการฝึกความสามารถและทักษะ

- 3) การออกแบบโปรแกรมและวางแผนกิจกรรม โดยการประยุกต์แนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มาออกแบบกระบวนการ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ โดยใช้องค์ประกอบ 5 ด้าน เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ทั้งนี้ ในการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ ได้ประยุกต์มาจากคู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์⁽⁷⁾ และปรับปรุงโปรแกรมการเรียนรู้จากหลักสูตรวิทยากรกระบวนการการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2562⁽⁸⁾

- 4) การดำเนินงาน โดยจัดกิจกรรมอบรม โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ โดยใช้องค์ประกอบ 5 ด้าน มี 5 กิจกรรม จำนวน 2 วัน ประกอบด้วย

วันแรก

กิจกรรมที่ 1 ฝึกทักษะการเข้าถึง กิจกรรม “รู้เร็ว รู้รอบตัว ชัวร์แล้วแชร์” ฝึกความสามารถในการค้นหาข้อมูล ตรวจสอบ การประเมินผล และการฝึกทักษะ ได้แก่ ฝึกความชำนาญการค้นหาข้อมูล ตรวจสอบ และประเมินผล

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะสร้างความเข้าใจ เป็นการฝึกความสามารถการจดจำ ทำความเข้าใจ และการฝึกทักษะในการจดจำให้เกิดความชำนาญ แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

2.1 กิจกรรม “ใช้เรากำลังดีตรา” เป็นการฝึกทักษะสร้างความเข้าใจรูปแบบการตีตราที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่นรูปแบบกิริยาท่าทาง การกระทำ ทศนคติ และสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น การใช้สายตา ไม่อยู่ใกล้ นั่งหรือยืนเว้นระยะห่าง ไม่อยากคุยด้วย มีท่าทีไม่ยอมให้ทำอาหารในงานบุญ ชุบชิบนิทา การเอาข้อมูล ไปเปิดเผยในชุมชน การร่วมกิจกรรมในชุมชน เรียนรู้ปัญหาสาเหตุ และผลกระทบต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และผลกระทบต่อบุคคลอื่นและชุมชน โดยใช้สื่อรูปภาพจำลองสถานการณ์รังเกียจตีตราในชุมชน และการใช้สื่อ คลิปวิดีโอ “ความจริงที่(อ)ยากจะบอก” และประเมินผลกิจกรรม โดยได้นำแนวความคิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์⁽⁹⁾ มาปรับใช้ในการสร้างความเข้าใจให้กลุ่มตัวอย่าง

2.2 กิจกรรม “ออกและเข้า เก้าหรือไหม่มากหรือไม่” เป็นกิจกรรมสร้างความเข้าใจ ฝึกการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และประเมินผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการไต่ถาม กิจกรรม “ถามหน่อย” เป็นการฝึกการใช้คำถาม ฝึกความสามารถในการตั้งคำถาม การซักถาม และการฝึกทักษะให้เกิดความชำนาญในการใช้คำถาม ซักถาม การเจรจาต่อรอง และการประเมินผลกิจกรรม

วันที่สอง

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการตัดสินใจ กิจกรรม “สถานีตัดสินใจ” เป็นกิจกรรมฝึกความสามารถและ

ทักษะในการตั้งเป้าหมายและการตัดสินใจ โดยจัดกิจกรรมรูปแบบสถานีตัดสินใจให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยฝึกตัดสินใจ โดยใช้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ฝึกการตัดสินใจ และการประเมินผลหลังกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการนำไปใช้ กิจกรรม “เราทำได้” เป็นการฝึกความสามารถและทักษะการนำไปใช้ในการเตือนตนเอง การกำกับตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมกรอยู่ร่วมกันในชุมชน ฝึกการกำกับตนเอง เตือนตนเองโดยใช้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนเกี่ยวกับการรังเกียจตีตราและการเลือกปฏิบัติ ต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

หลังจัดกิจกรรมฝึกทักษะในแต่ละวัน ทีมผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบของกิจกรรมเพื่อปรับปรุงสะท้อนกลับ และปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะให้เหมาะสม

5) การประเมินผลโปรแกรมการอบรม ดำเนินการโดย

ส่วนที่ 1 ประเมินความสามารถและทักษะก่อน-หลัง โดยแบบประเมินด้านความรู้ด้านเอชไอวี และพฤติกรรมกรอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ

ส่วนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ 5 กิจกรรม โดยประเมินผลหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมกรอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยติดตามประเมินผลที่ 3 เดือนหลังการอบรม

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ตำบลวัดหลวงเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่พบเห็นในชุมชน ก่อน-หลัง โดยการติดตามผลการนำไปใช้

ในชุมชนหลังอบรม 3 เดือน และประเมินผลลัพธ์ของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ จำแนกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) อายุงานการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล 2) ด้านการเข้าใจ 3) ด้านการไต่ถาม 4) ด้านการตัดสินใจ และ 5) การนำไปใช้ ซึ่งแต่ละด้านประกอบด้วยคำถามย่อย จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ โดยคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับตามระดับความสามารถและทักษะ ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

แนวทางการให้คะแนนคำตอบในแบบประเมินฯ มีดังนี้ บ่อยมาก = 4 คะแนน, บ่อย = 3 คะแนน, ปานกลาง = 2 คะแนน, นานๆ ครั้ง = 1 คะแนน, ไม่เคยทำ = 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ใช้การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁰⁾

ระดับดี = คะแนนระหว่าง 16-20 คะแนน

ระดับเพียงพอ = คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน

ระดับปานกลาง = คะแนนระหว่าง 8-11 คะแนน

ระดับไม่พอเพียง = คะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน

คะแนนรวมด้านละ 20 คะแนน รวม 5 ด้าน คิดเป็นคะแนนรวม 100 คะแนน

แบบประเมินความรู้ด้านเอชไอวีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นการวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.90 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรง

ของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา

2. แบบประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี พฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ 5 กิจกรรม

3. แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ก่อน - หลัง การเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ตำบลวัดหลวงเกี่ยวกับการสังเกตเห็นการรังเกียจตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนโดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัยของ อสม. ในพื้นที่

ทั้งนี้ การตอบแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ จะต้องได้รับความยินยอมในการให้ข้อมูลโดยสมัครใจ ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยต่อบุคคลภายนอก และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมผลของโปรแกรมเท่านั้น ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. และผู้มีเชื้อเอชไอวี หากไม่ประสงค์ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่ผลใดๆ ต่อการรับบริการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล โพนพิสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุงานการเป็น อสม. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยแจกแจงเป็นจำนวน และร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณอื่นๆวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

คำนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ หมายถึง กลุ่มกิจกรรมการเพิ่มทักษะความสามารถที่พัฒนาในรูปแบบของโปรแกรม โดยใช้แนวคิดและหลักการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยทักษะ 5 ด้าน คือ เข้าถึง เข้าใจ ได้ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 คำ ได้แก่

การตีตรา (Stigmatization) หมายถึง กระบวนการทางสังคมในบริบทเชิงอำนาจที่ลดคุณค่าบุคคล/กลุ่มบุคคล ส่งผลให้มี เจตคติ ความเชื่อ พฤติกรรมเชิงลบ ต่อบุคคล/กลุ่มบุคคลนั้น เกิดเป็นการจำแนก ระบุความแตกต่าง ผูกกับประเด็นที่ไม่เป็นที่ยอมรับ แบ่งแยก เรา จาก “เขา” ทำให้สูญเสียสถานะ ด้อยค่า และถูกกีดกัน

การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) หมายถึง การปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมหรือไม่เป็นธรรมต่อปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มบุคคลจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีหรือการมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ที่ติดเชื้อสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม เพศเชื้อชาติ เพศวิถี และเพศสภาพ

ความรู้ด้านเอชไอวี (HIV Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และการอยู่ร่วมกัน การใช้คำถามนำไปสู่การตัดสินใจและนำไปใช้ โดยมีความรู้และทักษะในการเตือนตนเองและการกำกับตนเองอย่างเหมาะสม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 16 หมู่บ้าน ตำบลวัดหลวง อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้คือ อสม. จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 57.5) รองลงมาอายุ 40-50 ปี (ร้อยละ 25.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 52.5) รองลงมาในระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 30.0) อายุงานการเป็น อสม. พบว่า อายุงาน 2-5 ปี, 6-10 ปี และ 20 ปี ขึ้นไป พบเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 25.0 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุงาน 11-20 ปี (ร้อยละ 17.5) และน้อยที่สุดคือ ช่วงอายุน้อยกว่า 2 ปี (ร้อยละ 7.5)

ผลการดำเนินงานตามโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ แบ่งได้เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ โดยการเปรียบเทียบผลการตอบแบบประเมินก่อน-หลังเข้าร่วมการอบรมตามโปรแกรม โดยวัดทักษะความรู้ 5 กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: จำนวนและร้อยละ ของ อสม. ที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ (N=40) ตามระดับความสามารถ ก่อน-หลัง เข้ารับการอบรม จำแนกตาม ผลการประเมิน
ความรู้ด้านเอชไอวี 5 ด้าน

ผลการประเมินความรู้ด้านเอชไอวี 5 ด้าน ตามระดับความสามารถ	รอบการประเมิน	
	ก่อน	หลัง
1. ความรอบรู้ในด้านทักษะการ “เข้าถึง” ข้อมูลความรู้ด้านเอชไอวี และการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์		
- ระดับไม่พอเพียง	24 (60.0)	0
- ระดับปานกลาง	11 (27.5)	2 (5.0)
- ระดับเพียงพอ	5 (12.5)	23 (57.5)
- ระดับดี	0	15 (37.5)
2. ความรอบรู้ในด้านทักษะความ “เข้าใจ” เกี่ยวกับโรคเอดส์และรูปแบบการรังเกียจ ตีตราที่เกิดขึ้นในชุมชน		
- ระดับไม่พอเพียง	23 (57.5)	0
- ระดับปานกลาง	12 (30.0)	3 (7.5)
- ระดับเพียงพอ	5 (12.5)	23 (57.5)
- ระดับดี	0	16 (35.0)
3. ความรอบรู้ในด้านทักษะการ “ไต่ถาม” เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน และครบถ้วน		
- ระดับไม่พอเพียง	26 (65.0)	0
- ระดับปานกลาง	12 (30.0)	3 (7.5)
- ระดับเพียงพอ	2 (5.0)	29 (72.5)
- ระดับดี	0	8 (20.0)
4. ความรอบรู้ในด้านทักษะ “การตัดสินใจ” เกี่ยวกับผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และ การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ		
- ระดับไม่พอเพียง	27 (65.5)	0
- ระดับปานกลาง	12 (30.0)	4 (10.0)
- ระดับเพียงพอ	1 (2.5)	19 (47.5)
- ระดับดี	0	17 (42.5)
5. ความรอบรู้ในด้านทักษะการ “นำไปใช้” ด้านเอชไอวีและการอยู่ร่วมกันในการ เตือนตนเอง กำกับตนเองและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์		
- ระดับไม่พอเพียง	27 (65.5)	0
- ระดับปานกลาง	13 (32.5)	2 (5.0)
- ระดับเพียงพอ	0	21 (52.5)
- ระดับดี	0	17 (42.5)
สรุประดับความรู้ด้านเอชไอวีโดยรวม ทั้ง 5 ด้าน		
- ระดับไม่พอเพียง	60.0	0
- ระดับปานกลาง	27.5	7.0
- ระดับเพียงพอ	12.5	57.5
- ระดับดี	0	35.5

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการอบรม อสม. ที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความรู้ทั้ง 5 ด้าน โดยรวมระดับไม่พอเพียง ร้อยละ 60.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.5 และระดับพอเพียง ร้อยละ 12.5 หลังการอบรม พบว่า มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นทั้ง 5 ด้าน สรุปโดยรวมทั้ง 5 ด้าน อสม. มีความรู้ ระดับดี ร้อยละ 35.5 ระดับพอเพียง ร้อยละ 57.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 7.0 เมื่อสรุปรายด้าน พบว่า ความรู้

ด้านเอชไอวี อสม. ที่เข้าร่วมโครงการจำนวนมาก มีระดับความรู้หลังอบรมอยู่ในระดับเพียงพอ และระดับดีในทุกด้าน สรุปได้ว่า หลังการอบรมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้นทั้ง 5 ด้าน

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ โดยประเมินผลหลังการเข้าร่วม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2: จำนวนและร้อยละ ของ อสม. ที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ (N=38) ตามระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อ.โพธิ์ชัย จ.หนองคาย

ความพึงพอใจการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริม ความรู้ด้านเอชไอวี (N=38)	ระดับความพึงพอใจ (N,ร้อยละ)			
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ด้านรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี 5 กิจกรรม	35 (92.0)	3 (8.0)	-	-
2. ด้านการบริการสถานที่ ห้องประชุม การอำนวยความสะดวก สื่อที่ใช้ในการสอน	34 (89.0)	3 (8.0)	1 (3.0)	-
3. ด้านความพึงพอใจและการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมอบรมและคาดว่าจะนำความรู้ความเข้าใจทักษะที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้	36 (94.7)	2 (5.3)	-	-
4. ข้อเสนอแนะในการจัดอบรม				
- อยากให้จัดอบรมความรู้แบบนี้ให้กับชาวบ้านด้วย เพื่อสร้างความเข้าใจการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ	35 (92.5)	-	-	-
- มีหลายพื้นที่ที่มีปัญหาอยากให้ขยายการอบรมในพื้นที่อื่นด้วย	36 (94.7)	-	-	-
- เป็นการอบรมที่ดีมากๆ อยากให้ไปจัดในชุมชน	34 (89.0)	-	-	-

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่ม อสม. ที่เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ โดยแบ่งผลการประเมินความพึงพอใจเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี 5 กิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.0) มีความพึงพอใจ ระดับมากที่สุด ด้านการบริการสถานที่ ห้องประชุม การอำนวยความสะดวก สื่อที่ใช้ในการสอน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.0) มีความพึงพอใจ ระดับมาก

ที่สุด ด้านการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมอบรมและคาดว่าจะนำความรู้ความเข้าใจทักษะที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.7) มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด และด้านข้อเสนอแนะในการจัดอบรม พบว่า ร้อยละ 92.5 มีข้อเสนอแนะให้ปรับหลักสูตรมาเป็นอบรม 1 วัน เพื่อให้เพื่อน อสม. สามารถเข้าอบรมได้มากขึ้น และร้อยละ 94.7 เสนอแนะว่าอยากให้ขยายการอบรมโปรแกรมไปในชุมชน และพื้นที่อื่นด้วย

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยติดตามประเมินผล 3 เดือน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า

- ความกังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการอยู่ร่วมกัน ความคิดเห็น พบว่า รู้สึกไม่กังวลเลยมากที่สุด ร้อยละ 87.50 รองลงมา กังวลเล็กน้อย ร้อยละ 12.50

- ประเด็นการอยู่ร่วมกันกับผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชนเป็นอย่างไร พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหลังอบรมโปรแกรมมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้มีเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ดังคำพูด “เดิมไม่กล้าทานข้าวด้วยกลัวการติดเชื้อ ตอนนั้นมั่นใจว่าไม่ติดช่องทางนี้” “คิดว่าจะทำเป็นตัวอย่างให้ชาวบ้านเห็น” “การที่เราพูดคุยกัน คิดว่าจะช่วยให้เพื่อนบ้านระมัดระวังการติดเชื้อ ไม่คิดว่าจะส่งผลกระทบต่อคนที่มิเชื่อในชุมชน” “จะระมัดระวังคำพูดกิริยาท่าทางให้เหมือนปฏิบัติกับคนอื่น” และ “จะไม่แสดงท่าทีใดๆ ที่จะทำให้เขารู้สึกว่ารังเกียจ”

- ประเด็นการนำไปใช้สำหรับตนเองอย่างไร พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่า “จะเริ่มต้นที่ตนเองจะต้องทำเป็นตัวอย่างให้ชาวบ้านเห็นว่าสามารถอยู่ร่วมกันได้” “ให้คนในครอบครัวช่วยเตือน” รองลงมาเห็นว่า การให้เพื่อน อสม. ช่วยเตือน และการปฏิบัติให้เป็นปกติเหมือนกับการปฏิบัติต่อคนอื่นในชุมชน และเห็นว่าการทานข้าวร่วมกัน ทำกิจกรรมในงานบุญ ชวนมาทำอาหาร ทำให้เป็นปกติ ทั้งที่รู้ผลและไม่รู้ผลการติดเชื้อทำให้เหมือน ๆ กัน ทำบ่อยๆ ดังคำพูด “ถ้าเราทำบ่อยๆ ทำประจำก็จะชินไปเอง” และจะเริ่มต้นในครอบครัวตนเองให้ทุกคนในครอบครัวเข้าใจ ส่วนในชุมชนจะช่วยขยายในงานบุญ กิจกรรม ในชุมชนโดยทำเป็นแบบอย่างให้คนในชุมชนเห็น

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้มีเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลวัดหลวง เกี่ยวกับการสังเกตเห็นการรังเกียจตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อ

เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน โดยเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัยของ อสม. ในพื้นที่ โดยติดตามประเมินผลหลังอบรม 3 เดือน

พบว่า ผู้มีเชื้อเอชไอวีพูดว่า “ไม่พบการแสดงท่าทีรังเกียจ เวลาพูดคุยรู้สึกว่าการพูดคุย” สำหรับการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ผู้มีเชื้อเอชไอวีพูดว่า “ในหมู่บ้าน สังเกตเห็น อสม. นำความรู้ไปขยายผลที่ศาลากลางบ้าน เกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ สังเกตเห็นการระมัดระวังคำพูดมากขึ้น” “ชาวบ้าน ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ในการทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน” “จะชวนมาร่วมทานข้าว (เดิมจะให้แยกกิน ไม่ชวน)” “ฉันถูกชวนมาจัดเตรียมอาหารให้พระภิกษุ” “ทั้งที่แต่เดิมจะให้ไปล้างจาน นอกจากนี้ ยังสังเกตเห็นท่าที ของชาวบ้าน ในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จากแต่ก่อนที่เหมือนไม่ยอมให้มาทำอาหาร ก็ให้มาช่วย ความกลัวถูกรังเกียจลดลง

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นโปรแกรมที่สามารถพัฒนาความสามารถและทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกัน โดยไม่รังเกียจ ได้จริง โดยผลจากการดำเนินงานของโครงการและการอบรมตามโปรแกรมฯ ทำให้ระดับความสามารถและทักษะของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น พบว่าก่อนการอบรมมีระดับความรู้ทั้ง 5 ด้าน โดยรวม มากที่สุด คือ ระดับไม่พอเพียง ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลางร้อยละ 27.5 และระดับพอเพียง ร้อยละ 12.5 หลังการอบรม พบว่ามีระดับความรู้เพิ่มขึ้นทั้ง 5 ด้าน สรุปโดยรวมทั้ง 5 ด้าน ระดับดี ร้อยละ 35.5 และระดับพอเพียง ร้อยละ 57.5 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้รายด้าน พบว่าเพิ่มขึ้นทุกด้าน จะเห็นได้ว่า จากข้อมูลระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น ทำให้สรุปได้ว่าโปรแกรมฯ

เป็นโปรแกรมที่สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องและมีความเข้าใจเกี่ยวกับช่องทางการติดต่อ เข้าใจรูปแบบการติดต่อที่เกี่ยวข้องในชุมชนและผลกระทบ นอกจากนี้โปรแกรมนี้ยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถและทักษะการใช้คำถามการซักถามที่เป็นประโยชน์และช่วยในการตัดสินใจและการนำไปใช้เตือนตนเอง กำกับตนเองในการลดการรังเกียจตีตราต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชน ส่งผลต่อการนำไปใช้ได้จริงในชุมชนโดยเริ่มจากการเตือนตนเอง กำกับตนเอง และขยายผลในครอบครัว

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในชุมชน และยังช่วยในการขยายผลลดการรังเกียจตีตราในชุมชน และเป็นแบบอย่างให้กับคนในชุมชนได้ พบว่า ประเด็นความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี จากการอยู่ร่วมกันก่อนเข้าร่วมโครงการ มีความกังวลกลัว ถึงร้อยละ 85 และหลังจากการเข้าร่วมโครงการแล้ว รู้สึกไม่กังวลเลย มากที่สุดถึงร้อยละ 87.50 นอกจากนี้ผลของโปรแกรมนี้อย่างส่งผลต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชน ช่วยให้สามารถลดการรังเกียจตีตราในชุมชนได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน คนในชุมชน ไม่มีท่าทีรังเกียจ และ อสม. ที่ผ่านการอบรมตามโปรแกรม ได้นำผลจากการเข้าร่วมโครงการไปขยายผล ในชุมชนงานวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับนิรินธน์ ประทีปแก้ว มณีรัตน์ อธิระวิวัฒน์และนิรัตน์ อิมามิ⁽¹¹⁾ ซึ่งได้วิจัยโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนขยายโอกาส อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ช่วยให้นักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ เห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ และสอดคล้องกับอุไรวัลย์ โกเสนโต⁽¹²⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลดารารัศมี เชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านไวรัส

เอดส์ เมื่อเสร็จโปรแกรมทดสอบความรู้ของผู้ป่วยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.005$) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้โดยใช้สื่อหลายรูปแบบร่วมกันสามารถช่วยให้การถ่ายทอดความรู้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับอารีย์ ธวัชวัฒนันท์⁽¹³⁾ ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระดับเล็กน้อย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลองในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และภายหลังทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าก่อนทดลอง ($p\text{-value} < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การวิจัยในโครงการนี้ ได้กำหนดจำนวนตัวอย่าง อสม. หมู่บ้านละ 3 คน ในพื้นที่ตำบลวัดหลวง ซึ่งมี 16 หมู่บ้าน จำนวน อสม. ที่ตั้งเป้าหมาย รวม 48 คน เมื่อถึงวันจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ 40 คน ซึ่งผู้วิจัยต้องการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้นี้ขึ้นและต้องการให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถฝึกความสามารถและทักษะตามโปรแกรมให้ครอบคลุมทุกคน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม ครอบคลุมทุกคน ดังนั้นการนำเสนอผลการศึกษาก็จะใช้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้สามารถวัดผลของโปรแกรมได้จริง และสามารถวัด ผลลัพธ์พฤติกรรม

การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจได้ตามวัตถุประสงค์

2. การวิจัยในครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมโดยมีการวางแผนพัฒนาโปรแกรมร่วมกับทีมผู้ร่วมวิจัยและนำมาปรับปรุงรูปแบบโปรแกรมให้สามารถนำไปใช้ได้ โดยมีการประชุมเตรียมทีมงาน 2 ครั้งเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน ก่อนนำมาฝึกความสามารถและทักษะ การศึกษาครั้งนี้มีเครือข่ายคณะทำงานที่มาจากคนในชุมชนและอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วน ซึ่งการเตรียมดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลานานตั้งแต่ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในชุมชน และการคืนข้อมูลให้กับชุมชนและการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย โดยใช้เวทีการประชุมผู้นำชุมชนระดับอำเภอ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วนซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ผู้วิจัยต้องใช้ความพยายามในการประสานเครือข่ายบางครั้งต้องทำนอกเวลางาน

3. ผลการศึกษานี้ไม่มีการเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างในบริบท ที่แตกต่าง หรือพื้นที่อื่น เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมให้สามารถปรับใช้ในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรม การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนที่เกี่ยวกับความยั่งยืน นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำข้อตกลงแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน และควรสร้างสัญลักษณ์ในการเตือน กำกับ และการปฏิบัติร่วมกันในชุมชน

2. ควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ติดตาม สถานการณ์การรังเกียจตีตราต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในชุมชน และนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาทบทวนหาแนวทางแก้ไขแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยเชื่อมโยงกันระหว่าง รพ.สต. ในพื้นที่ในการกำกับติดตามสถานการณ์การรังเกียจตีตราต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน และควรใช้การกลไกต่าง ๆ เช่น การประชุมประจำเดือนของ อสม. หรือการประชุมของหมู่บ้านในการติดตาม

สถานการณ์การรังเกียจตีตราอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันหาหรือและวางแผนทางการป้องกันแก้ไขปัญหามา รวมทั้งดำเนินการต่าง ๆ ในการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ

3. ควรมีการถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ควรนำข้อมูลที่ได้จากการโครงการและโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขนี้ ไปพิจารณาขยายผล โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่จะดำเนินการ เพื่อให้เป็นประโยชน์และขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค ผศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ให้คำปรึกษา รวมทั้งการสนับสนุนด้านวิชาการและกิจกรรม การดำเนินงาน จนทำให้การดำเนินงานตามโครงการนี้เป็นไปอย่างราบรื่น และผลงานมีความถูกต้องสมบูรณ์ นอกจากนี้ ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพ งานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ตลอดจนทีมงานจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ รพ.สต. บ้านปากสวาย รพ.สต. วัดหลวง ผู้นำชุมชนและ อสม. ตำบลวัดหลวง ที่ได้เข้าร่วมโครงการ และเป็นผู้มีส่วนร่วมในโครงการอย่างแข็งขัน จนทำให้โครงการประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอโพธิ์พิสัย แพทย์หญิงนรินทร์ทิพย์ ฤทธิจิตติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย และหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ที่ได้ให้การสนับสนุนให้การดำเนินงานตามโครงการเป็นไปโดยเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/1759>
2. กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. โครงการศึกษาพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ปีงบประมาณ 2553 – 2554.
3. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: พื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยและงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2562
4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ. วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2560.
5. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ นำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2561
6. Polit, D. and Hungler, B. 1997. อ้างถึงใน Essentials of nursing research methods, appraisal, and utilization (4th ed). J.B. Lippincott Company Philadelphia, Pennsylvania, USA.
7. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ 5 กิจกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจ.เอส.การพิมพ์; 2561.
8. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. หลักสูตรวิทยากรกระบวนการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี; ธันวาคม 2561.
9. Sources: Stigmatization Process: Link, B.G. and J.C. Phelan 2001. "Conceptualizing Stigma." Annual Review of Sociology: 363–385.
10. Bloom, B.S. Mastery learning. UCLA–CSEIP Evaluation Comment. 1 (2) Los Angeles. University of California at Los Angeles; 1968.
11. นิรินธน์ ประทีปแก้ว มณีรัตน์ อธิระวิวัฒน์ และ นิรัตน์ อิมามิ. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนขยายโอกาส อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. บทความวิจัย. ในการประชุมวิชาการศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 17 เรื่องบทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วันที่ 14 – 16 พฤษภาคม 2558 ณ โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี. หน้า 121–129.
12. อุไรวัลย์ โกเสนตอ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลดารารัศมี เชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. วารสารสาธารณสุขล้านนา [สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2562]. แหล่งข้อมูล <https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/167482>.
13. อารีย์ ธวัชพัฒนานนท์. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (The Outcomes of Health Promotion Program of Diabetic Retinopathy Patients) [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557:124 หน้า.