

รายงานการศึกษา

เรื่อง

การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริม
ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
ตามโมเดล Kirkpatrick

โดย

นุชนารถ แก้วดำเกิง

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ. ดร. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี องค์กรพี่มั้งก็เพื่อความหลากหลายทาง
เพศ ประเทศไทย โรงเรียนพิบูลวิทยาลัย โรงเรียนพระนารายณ์ ที่ให้การสนับสนุนทำการศึกษาในครั้งนี้

ผู้ศึกษา

บทคัดย่อ

การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) ใช้รูปแบบการประเมินผล ตามโมเดล Kirkpatrick มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินรูปแบบกิจกรรมในคู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และเพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงของทักษะ 5 ทักษะ ในแต่ละกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายก่อนและหลังร่วมการฝึกการเรียนรู้ตามกระบวนการของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งดำเนินงานระหว่างเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ.2563 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยเยาวชนกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 13 คน มีผู้เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ครูผู้สอน แกนนำในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ทีมวิทยากรกระบวนการ จำนวน 7 คน รวมกลุ่มเป้าหมาย 20 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินก่อนและหลังร่วมกิจกรรม แบบบันทึกกิจกรรม และแนวทางการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ paired t -test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการประเมินให้ข้อมูล 4 ด้านคือ (1) การตอบสนอง (reaction) ได้แก่ แนวความคิด และทัศนคติ (2) การเรียนรู้ (learning) ได้แก่ การสร้างเสริมความรอบรู้ ทักษะสำคัญๆ เช่น ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างควมเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ (3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ และ (4) ผลลัพธ์ (results) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นและมีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(HIV&STIs Literacy) การตอบสนอง (reaction) แนวความคิดของกลุ่มเป้าหมาย โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยแบบบันทึกกิจกรรม การแสดงออกทางบวกและทางลบ (positive & negative reaction) พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีทัศนคติและการยอมรับกระบวนการของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ทักษะการเรียนรู้ (learning) ทักษะที่สำคัญๆ 5 ทักษะ อันได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างควมเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้) และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) พฤติกรรมเป้าหมาย ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกัน เพิ่มสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$) รูปแบบการประเมินนี้สามารถให้ข้อมูลและมุมมองที่รอบด้านมากขึ้น สำหรับใช้พัฒนากระบวนการฯ เพื่อให้กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การประเมิน Kirkpatrick, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Abstract

The learning evaluation process for enhancing health literacy on HIV & STIs Literacy has used the Kirkpatrick evaluation model. The objective are to evaluate the activity patterns in the HIV and STIs Health Literacy manual among men who have sex with men, and to compare the effects of the changes of the five skills among men who had sex with men before and after participating in a process of enhancing health literacy on HIV and STIs. It is conducted between June and July 2020. The sample consisted of 13 youth men who had sex with men, and 7 participants from relevant target groups such as local vocal teachers, health workers, facilitator team, totally the target group of 20 participants. Data were collected by using the pre- and post-activity assessments, the activity log form, and the interview guidelines. Data were analyzed by descriptive statistics. The mean difference was analyzed by paired t -test statistics and content analysis. The results provided information in four areas: (1) reaction: concept and attitude (2) learning: building knowledge and important skills such as accessibility skills, understanding skills, questioning skills, decision making skills, and application skills (3) behavior change: behavioral health and (4) results: behavioral changes of the target groups. It was found that there was better improvement and a difference in comparison between pre- and post-learning management following the HIV and STIs Literacy enhancement process. Reaction of the target group's concept by collecting qualitative data with the activity log form, positive & negative reaction was found that the target group have attitude and acceptance of the process for enhancing health literacy, consisting of 5 learning skills: accessibility, understanding, questioning, decision making and application skills including behavior change. Target behaviors among men who having sex with men have the mean scores of HIV prevention and testing behaviors, and STIs screening before and after learning finding that the target group had an average score of protective behavior higher than before learning statistically significant ($p = 0.042$). This evaluation model can provide a more comprehensive information and perspective for developing the process in order that men to have sex with men can learn effectively.

Keywords: Kirkpatrick's evaluation, Health Literacy, HIV and STIs

สารบัญ

| | หน้า |
|---|-----------|
| บทที่ 1 บทนำ | |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 8 |
| 1.2 วัตถุประสงค์ | 12 |
| 1.3 ขอบเขตการศึกษา | 12 |
| 1.4 คำนิยามศัพท์ | 12 |
| 1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ | 13 |
| บทที่ 2 เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | |
| 2.1 หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ | 14 |
| 2.2 กลวิธีสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ | 19 |
| 2.3 ทฤษฎีและโมเดลสำหรับประยุกต์ใช้ | 20 |
| 2.4 หลักการตามโมเดล Kirkpatrick | 21 |
| 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 24 |
| 2.6 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | 29 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา | |
| 3.1 รูปแบบการศึกษา | 32 |
| 3.2 ระยะเวลาของการศึกษา | 32 |
| 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 32 |
| 3.4 วิธีการศึกษา | 33 |
| 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา | 33 |
| 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล | 35 |
| 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล | 36 |
| บทที่ 4 ผลการศึกษา | |
| 4.1 ข้อมูลทั่วไป | 37 |
| 4.2 ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | 38 |
| 4.3 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | 40 |
| 4.4 ผลการศึกษารายทักษะตามกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | 41 |
| 4.5 ผลการประเมินความพึงพอใจ | 45 |
| บทที่ 5 สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะของการศึกษา | 50 |
| บรรณานุกรม | 58 |
| ภาคผนวก | 61 |
| แบบสอบถาม | 62 |

สารบัญตาราง

| | หน้า | |
|---------------|---|----|
| ตารางที่ 2.1 | กรอบการประเมินผลการเรียนรู้และการจัดกระบวนการฯ ตามโมเดล Kirkpatrick | 30 |
| ตารางที่ 4.1 | คุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย | 38 |
| ตารางที่ 4.2 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับความรู้ด้านเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ | 39 |
| ตารางที่ 4.3 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย | 40 |
| ตารางที่ 4.4 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามระดับพฤติกรรม การป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ | 40 |
| ตารางที่ 4.5 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ | 41 |
| ตารางที่ 4.6 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการเข้าถึง ก่อนและหลังการเรียนรู้ | 42 |
| ตารางที่ 4.7 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการสร้างความเข้าใจ ก่อนและหลังการเรียนรู้ | 43 |
| ตารางที่ 4.8 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการไต่ถาม ก่อนและหลังการเรียนรู้ | 43 |
| ตารางที่ 4.9 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการตัดสินใจ ก่อนและหลังการเรียนรู้ | 44 |
| ตารางที่ 4.10 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการนำไปใช้ ก่อนและหลังการเรียนรู้ | 45 |
| ตารางที่ 4.11 | แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะการเข้าถึง | 45 |
| ตารางที่ 4.12 | แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะการสร้างความเข้าใจ | 46 |
| ตารางที่ 4.13 | แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะการไต่ถาม | 46 |
| ตารางที่ 4.14 | แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะการตัดสินใจ | 47 |
| ตารางที่ 4.15 | แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะการนำไปใช้ | 48 |

สารบัญภาพ

| | หน้า | |
|---------------|--|----|
| แผนภาพที่ 2.1 | แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี | 21 |
| แผนภาพที่ 2.2 | รูปแบบการประเมินผลตามแนวคิดของ Kirkpatrick | 24 |
| แผนภาพที่ 2.3 | กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | 29 |
| แผนภาพที่ 2.4 | กรอบแนวคิดในการศึกษาตามกระบวนการการสร้างเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามโมเดล Kirkpatrick | 31 |

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรมควบคุมโรคได้ร่วมผลักดันและดำเนินการขับเคลื่อนเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ปีพ.ศ. 2561 – 2580) โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ และนำองค์ความรู้มาใช้ในการพัฒนาระบบข้อมูล สื่อความรู้ คู่มือแนวทาง ระบบเฝ้าระวัง และการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556) โดยระยะแรกได้ดำเนินการนำร่องพัฒนาคู่มือเชิงกระบวนการเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 5 กลุ่ม สำหรับใช้เผยแพร่สนับสนุนการดำเนินงานและเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากร ภาคีเครือข่าย และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเป้าหมายหลักในการยุติปัญหาเอดส์ ภายในปีพ.ศ. 2573 (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560) คือ ลดการติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะ ลงร้อยละ 90 จึงมีเป้าหมายหลักในการสร้างเสริมความรอบรู้ในด้านสุขภาพทางเพศ ที่เป็นช่องทางในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเอชไอวี การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทิศทางการดำเนินงานเพื่อใช้หลักการและกระบวนการในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับมติการประชุมกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เห็นความสำคัญของ "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคล ในการที่จะกลั่นกรองประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม" และคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การปฏิรูปความรอบรู้อุปและ การสื่อสารสุขภาพ” ตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2559 ฉบับลงประชามติ ได้กำหนดไว้ใน มาตรา 55 ว่า รัฐ ต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง สร้างเสริมให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคและส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้น การปฏิรูปความรอบรู้อุปและ การสื่อสารสุขภาพ จึงเป็นนโยบายเร่งด่วนในการผลักดันให้การทำงานเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการสร้าง พลเมืองไทยให้เป็นพลเมืองที่มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับร่างรัฐธรรมนูญ (กรมนามัย, 2563) ผลจากการวิเคราะห์ของผู้มีส่วนร่วมการดำเนินงานของทั้งส่วนกลางและพื้นที่ พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมเป้าหมายยังไม่เป็นไปตามที่มุ่งหวัง

กลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายในการยุติเอ็ดส์ ได้มีการวิเคราะห์จากสถานการณ์ปัญหา และกลุ่มภาคีเครือข่ายในพื้นที่ พบว่า มีกลุ่มที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงาน ดังนี้

1. กลุ่มประชากรหลัก (key populations) เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และผู้หญิงข้ามเพศ (TG) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) เป็นต้น
2. กลุ่มประชาชนทั่วไป ที่สำคัญ เน้นที่กลุ่มเยาวชน และ
3. กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระบบการศึกษายังไม่สามารถที่จะสร้างทักษะด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารจนสามารถที่จะประเมินว่าควรที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือบริการ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตไปในทิศทางใด เพื่อให้เกิดสุขภาพและการกินอยู่ที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพที่จำกัด ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง สุขภาพไม่ดีและไม่สามารถที่จัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น (วิมล โรมา, 2563) กองโรคเอ็ดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้พัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคู่มือสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV& STIs Literacy) (วิมล โรมา, 2563) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น จัดประชุมคณะกรรมการ ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ภาคีเครือข่ายที่ทำงานกับกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ร่วมกันพัฒนาเนื้อหาคู่มือ ร่วมทั้งการนำไปทดสอบคู่มือ นำข้อมูลที่ได้มาประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสมและบรรลุสู่พฤติกรรมเป้าหมายในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็น ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น โดยได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ณ เมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ก็ได้ระบุถึงแนวทางสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ยั่งยืน (SDGs) ว่าแต่ละประเทศจะต้องส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย

แนวทางสู่ความสำเร็จดังกล่าวตามคำประกาศเซี่ยงไฮ้ (Shanghai Declaration) กำหนดแนวทางการพัฒนา เน้น 3 เรื่องสำคัญ และความรู้เรื่องสุขภาพเป็นหนึ่งในสามของเรื่องสำคัญ ได้แก่ (1) ธรรมาภิบาล (good governance) คือ การมีนโยบายและการปกครองที่เข้มแข็ง ในการสร้างทางเลือกด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและรับได้ สร้างระบบที่มีความยั่งยืนภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม (2) เมืองและชุมชนน่าอยู่ (healthy cities and communities) คือ การสร้างสรรค์เมืองสะอาด ปราศจากมลพิษที่ประชาชนสามารถใช้ชีวิต ทำงาน และเล่นร่วมกันอย่างปลอดภัยและมีสุขภาพดี และ (3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการขับเคลื่อนสังคม (health literacy and social mobilization) คือ การเพิ่มทักษะทางสังคมและความรู้ เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว

สำหรับประเทศไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 55

ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชน ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชน มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิ ปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยกำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ทั้งนี้ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ได้กำหนดเป้าประสงค์ข้อที่หนึ่งไว้มีเจตนาต้องการให้ “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่ ป้องกันได้ลดลง” ดังนั้น แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุขจึงมุ่งที่จะขับเคลื่อนเรื่องความรู้ ด้านสุขภาพ โดยระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนใน การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ (มติการ ประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 มีการมอบหมายให้กรมอนามัยรับเป็น แกนหลักในการดำเนินงาน โดยบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่จะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ให้กับประชาชนไทย เพื่อผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และนำไปสู่การลด อัตราการเกิดโรคต่างๆ ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และประชาชนมีการดูแลสุขภาพโดยรวมดีขึ้น

ทั้งนี้ เนื่องจากปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และการพัฒนาประเทศ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ. 2555-2560 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่ม มากขึ้นโดยเฉพาะโรคหนองในและซิฟิลิสพบมากในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ในขณะที่สถานการณ์โรคเอดส์พบอัตรา ความชุกในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ชนิดฉีดและกลุ่มหญิงข้ามเพศ ในปี พ.ศ. 2561 การคาดประมาณการติดเชื้อรายใหม่ 4,909 ราย ร้อยละ 95 ติดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน คาดประมาณมีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อสะสมจำนวน 439,610 คน รู้สถานะว่าติด เชื้อเอชไอวีจำนวน 432,084 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 323,784 ราย สาเหตุของปัญหาเอดส์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ โดยที่ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะรับเชื้อเอชไอวีได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันผู้ที่ติดเชื้อ เอชไอวี ถ้าป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็จะสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีให้ผู้สัมผัสโรคได้มากกว่าผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ไม่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว การเข้าถึงระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มีชีวิตที่ยืนยาว ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพและ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (ชนัญญา คุ่มครอง และคณะ, 2557) พบว่าแต่ร้อยละ 90.01 มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสในระดับดีมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยตรงจาก เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพมากกว่าจากการอ่านเอกสารให้ความรู้ด้วยตนเอง โดยแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มีจำนวนลดลง เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาว และมี คุณภาพ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัส จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความ

ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Gellad et al., 2011 อ้างในชนัญญา คุ่มครองและคณะ, 2557) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลความรู้โดยตรงจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิก มากกว่าการสืบค้นความรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ต้องอ่านเองหรือทำการค้นคว้าด้วยตนเองชีวิตที่ดีขึ้นเพื่อให้ปลอดภัยไม่รับเชื้อและไม่แพร่เชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 มีเป้าหมายหลักสามประการคือ ลดการติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90 (กรมอนามัย, 2563) กระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการสร้างความรอบรู้ ได้มีการพัฒนาประเด็นสื่อสารหลัก 6 ข้อเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเพศและโรคติดต่อทางเพศ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 33 การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ข้อ 34 การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ไม่ทำให้ติดเชื้อและ ข้อ 35 เราควรส่งเสริมการเรียนรู้เพศศึกษาและการใช้ถุงยางอนามัยให้ถูกวิธี (กรมอนามัย, 2563) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทิศทางการดำเนินงานพัฒนาเพื่อรองรับข้อจำกัดของกระบวนการให้ข้อตามความรู้ด้านสุขภาพ จากการวิเคราะห์ของผู้มีส่วนร่วมการดำเนินงานของทั้งส่วนกลางพื้นที่ พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมเป้าหมายยังไม่เป็นไปตามที่มุ่งหวัง การทำความเข้าใจที่ถูกต้องไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันที่ยังทำได้ไม่กว้างขวางครอบคลุม

สำหรับการสร้างความรอบรู้ด้านเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้รับการจัดให้เป็นงานหลักในปี พ.ศ. 2562 ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพทุกระดับสามารถดำเนินงานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ โดยนำกระบวนการ “เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ” ตามกรอบแนวคิดของ ชวัญเมือง แก้วดำเกิง (2562) มาใช้วิเคราะห์งาน จัดทำโครงการและดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการที่กำหนด กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง จึงได้จัดทำคู่มือเสริมสร้างความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีการประชุมจำนวน 3 ครั้ง ระหว่างวันที่ 14-15 มกราคม พ.ศ.2562 ณ โรงแรมไมด้า แกรนด์ ทวารวดี จังหวัดนครปฐม ,ระหว่างวันที่ 4 - 5 เมษายน พ.ศ.2562 ณ โรงแรมทีเค พาเลซ จังหวัดกรุงเทพมหานคร และระหว่างวันที่ 15 – 16 สิงหาคม พ.ศ.2562 จังหวัดชลบุรี รวมถึงได้มีการทดสอบรูปแบบการนำเสนอและความเข้าใจเนื้อหาของคู่มือพัฒนาความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับประเด็นลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในพื้นที่อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมนอกจากจะมีการพัฒนาให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้เรื่องสุขภาพด้านโรคเอดส์ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว องค์กรควรจะเป็น “องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ” Health Literate Organization : HLO เป็นปัจจัยองค์ประกอบสำคัญส่วนหนึ่งที่เอื้ออำนวยและส่งผลต่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลให้มีศักยภาพสูงพอที่จะจัดการและสร้างสมดุลในการดำเนินชีวิต

องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในแนวคิดนี้หมายถึง กระบวนการจัดการสถานที่และพื้นที่อย่างเป็นระบบด้วยความใส่ใจเรื่องข้อมูลสุขภาพ การสร้างความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกันของบุคคลซึ่งเป็นทั้งบุคคลภายในและบุคคลที่เข้ามาใช้บริการในสถานที่แห่งนั้น ทำให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในด้านสุขภาพและการใช้ชีวิต ในที่นี้จะหมายถึงความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคเอดส์

จากการทบทวนองค์ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการระดมความคิดเห็นจากคณะทำงานและภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน ทำให้ได้คู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งประกอบด้วย หลักการ กรอบแนวคิด องค์ประกอบสำคัญ และแนวทางการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563) สำหรับกลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้ง 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (2) กลุ่มประชาชนทั่วไป (3) กลุ่มประชากรหลัก (4) กลุ่มมีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ (5) กลุ่มผู้ต้องขัง นำมาเรียบเรียงไว้ในคู่มือ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้เกิดประสิทธิผลต่อเป้าหมายต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อประเมินรูปแบบกิจกรรมในคู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

1.2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงของทักษะ 5 ทักษะ ในแต่ละกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายก่อนและหลังร่วมการฝึกการเรียนรู้ตามกระบวนการของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีขอบเขตการศึกษาภายใต้แนวทางการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายของกลุ่มเป้าหมายชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีข้อจำกัดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี พ.ศ.2563

1.4 คำนิยามศัพท์

1.4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม

1.4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย

1.4.3 กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเรียนรู้ที่พัฒนาทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจและทักษะการนำไปใช้ ครบทั้ง 5 ทักษะ

1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.5.1 ข้อมูลจากการประเมินรูปแบบกิจกรรมในคู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สามารถขยายผลสู่การนำไปใช้ในพื้นที่

1.5.2 เครือข่ายที่ทำงานกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ทราบแนวทางและการฝึกการเรียนรู้ตาม กระบวนการของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมี เพศสัมพันธ์กับชาย

1.5.3 เกิดเครือข่ายในการทำงานเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ปลอดภัยเรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่

บทที่ 2

เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีการนำเสนอในขอบเขต ดังนี้

- 2.1 หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกลวิธีสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.2. กลวิธีสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.3 ทฤษฎีและโมเดลสำหรับการประยุกต์ใช้
- 2.4 หลักการตามโมเดล Kirkpatrick
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ให้คำนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ว่า คือ “ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ”

แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก สถาบันทางวิชาการ และหน่วยงานด้านสุขภาพ สามารถสรุปเป็นหลักการเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจและการนำไปใช้ สำหรับการประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล และการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2562) ดังนี้

หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. ข้อมูลเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญของประชาชนทุกกลุ่มวัยในยุคสังคมข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีดิจิทัล

ข้อมูลสุขภาพมีส่วนสำคัญในการขึ้นำการรับรู้ ความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้รับ การสร้างควมเข้าใจจากข้อมูลชุดเดียวกันของบุคคลจึงมีความแตกต่างกัน นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่แตกต่างกันดังนั้น “ข้อมูลสุขภาพ” จึงถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการกำหนดสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการรับรู้

ข้อมูลสุขภาพ สามารถจำแนกเพื่อใช้อธิบายประกอบความเข้าใจเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างความรู้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ 2 ลักษณะ คือ

1) ข้อมูลสุขภาพที่ขึ้นำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ส่วนใหญ่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์หรือแจ้งข้อมูลข่าวสารความรู้ สร้างการรับรู้และให้เนื้อหาสาระความรู้สำหรับการจดจำและนำไปปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี

2) ข้อมูลสุขภาพที่ชี้แนะประชาชนไปตามความต้องการและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แนะ โน้มน้าว ชักจูง หลอกลวง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือรวมกัน เพื่อแสวงหาผลประโยชน์โดยขาดคุณธรรมจริยธรรมและขาดความรับผิดชอบต่อสังคม

ดังนั้น ในยุคสังคมข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีดิจิทัล ที่ทำให้การรับ ดัดแปลง ตัดต่อ ปรับปรุงสามารถกระทำได้ง่ายและส่งไปได้อย่างกว้างขวางรวดเร็ว ข้อมูลสุขภาพจึงสามารถกำหนดการปฏิบัติตัวของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญ บุคคลจึงจำเป็นต้องอาศัยความรู้ที่ถูกต้อง และพัฒนาความสามารถให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นด้วย จึงจะสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องได้

2. ลักษณะของข้อมูลสุขภาพสำหรับบุคลากรและประชาชนมีความแตกต่างกัน

ข้อมูลสุขภาพที่ถูกเผยแพร่และสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ สื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสารมวลชน สื่อออนไลน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และอื่นๆ ไปสู่บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน จำแนกได้ ดังนี้

1) ข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ข้อมูลการปฏิบัติงาน (เช่น นโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรการ แนวทาง องค์ความรู้สำหรับการปฏิบัติงาน เป็นต้น) ข้อมูลสุขภาพที่ใช้เผยแพร่ต่อให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (เช่น วิธีการปฏิบัติตัว ข้อแนะนำ ฉลากยา บัตรนัด คู่มือการรับวัคซีน สื่อรูปแบบต่างๆ เป็นต้น) ข้อมูลสุขภาพที่เป็นการแนะนำและส่งต่อ (เช่น ประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จ การปฏิบัติที่ได้ผล คำแนะนำ บทเรียนที่ได้รับ เป็นต้น)

2) ข้อมูลสุขภาพที่ถูกเผยแพร่ให้กับประชาชน ได้แก่ ข้อมูลที่เผยแพร่โดยหน่วยงานภาครัฐ เป็นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้กับประชาชน ผ่านช่องทางและสื่อต่างๆ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งนโยบาย มาตรการ แนวทาง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ วิธีการปฏิบัติตัว คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ให้กับบุคลากรหรือประชาชน แม้ว่าจะเป็นเรื่องเดียวกัน ก็จะต้องมีการออกแบบให้เหมาะสมกับผู้รับแต่ละกลุ่ม โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันตามระดับการรับรู้ของบุคคลแต่ละกลุ่ม

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะ

คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ health literacy ประกอบขึ้นด้วยคำสองคำ คือ literacy ซึ่งหมายถึง การรู้หนังสือ อันเป็นความสามารถและทักษะในการฟัง พูด อ่าน เขียนของบุคคล และคำว่า health ซึ่งหมายถึง สุขภาพ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความหมายครอบคลุมความสามารถและทักษะในขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ (Nutbeam D., 2000; 2008)

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคล จึงต้องเน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนา “พฤติกรรมเป้าหมาย” โดยกำหนดองค์ประกอบสำคัญในบริบทของดำเนินงานที่สอดคล้องกับสมรรถนะของประชากรกลุ่มเป้าหมาย วัฒนธรรม และมาตรฐานทางสังคม เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูล มีความเข้าใจ และการนำข้อมูลไปใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

4. ความสามารถและทักษะที่สำคัญในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนา ดังนั้น การพัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ใต้อาณ ตัดสินใจ และนำไปใช้ จะต้องกำหนดกลวิธีในการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคลให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้ด้วย

การพัฒนาความสามารถและทักษะ ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีดังนี้ (1) เข้าถึง ได้แก่ ฝึกรับรู้ข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ กลั่นกรอง ฝึกตรวจสอบ ก่อนนำมาใช้ทำความเข้าใจ (2) เข้าใจ ได้แก่ ฝึกการเรียนรู้ วิธีจดจำ สร้างความเข้าใจ (3) ใต้อาณ ได้แก่ ฝึกการตั้งคำถาม ฝึกทักษะการเจรจา/สื่อสาร

ในสถานการณ์ต่างๆ (4) ตัดสินใจ ได้แก่ ฝึกกระบวนการตัดสินใจ และ (5) นำไปใช้ ได้แก่ ฝึกการเตือนตนเอง และฝึกการจัดการตนเอง

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องการการพัฒนาทั้ง 3 ระดับคือ **ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับในการพัฒนา (Nutbeam,2000; 2008) ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดย (Kickbusch และคณะ, 2013) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข อาทิ การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและคำพูดของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ”

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและพุทธิปัญญา ทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และการกระทำทางสังคม การเมืองและสภาวะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพไปพร้อมกัน โดยการประสานประโยชน์ของบุคคลเข้ากับชุมชนและสังคม เพื่อสุขภาพที่ดีร่วมกัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบของความสามารถและทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินงาน ดังนั้น จึงจำเป็นจะต้องมีการพัฒนาทั้งในขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ โดยอาศัยกลวิธีที่แตกต่างกันในแต่ละระดับการพัฒนา เพื่อให้เกิดความรอบรู้อย่างสมบูรณ์

6. สื่อและระบบข้อมูล เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องมีการออกแบบที่ดี

การที่จะรู้ว่าประชาชนมีการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่โดยหน่วยงานและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขไปใช้หรือไม่นั้น จำเป็นจะต้องมีการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นและเชิงลึก ได้แก่ คุณลักษณะพื้นฐาน ช่องทางการรับข้อมูล ระดับความสามารถและทักษะที่จำเป็น ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ฯลฯ สำหรับการนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการออกแบบสื่อระบบข้อมูล และจัดกระบวนการพัฒนา

การออกแบบสื่อและระบบข้อมูล เพื่อให้เกิดการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ มีข้อคำนึงสำคัญ 2 ส่วน คือ (1) การออกแบบพื้นฐาน และ (2) การออกแบบสร้างสรรค์คุณค่า

อธิบายได้ดังนี้

1) การออกแบบพื้นฐาน ได้แก่ การเลือกแบบของตัวอักษร (font) การเลือกขนาดของตัวอักษร (size) การเลือกสีของตัวอักษรและพื้น (color) การกำหนดรูปแบบการจัดวาง (type) การเลือกภาษา (language) เพื่อให้เหมาะสมกับการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลความรู้ที่นำเสนอตามกลุ่มเป้าหมาย และหลักการสื่อสาร

2) การออกแบบสร้างสรรค์คุณค่า ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลความจริง (fact) กำหนดความพอเพียง (enough) (อาทิ จำนวนครั้ง ความถี่ในการนำเสนอ ฯลฯ) มีจุดเน้นที่ดึงดูดให้เกิดความประทับใจ

(appeal) การสร้างความไว้วางใจ (trust) การสร้างคุณค่าของสิ่งที่น่าสนใจ (value) เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดความศรัทธาที่จะใส่ใจและจดจำ เมื่อนึกถึงก็จะเรียกหา เป็นลำดับแรก เพราะคุ้นเคยกับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ที่นำเสนอแล้ว เสมือนมีเพื่อนสนิทที่ไว้วางใจได้

7. การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องเน้นกลวิธีฝึกฝนความสามารถและทักษะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมาย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนา ดังนั้น การพัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ใต้อาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ จะต้องกำหนดกลวิธีในการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคลให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้ด้วย

กลวิธีการพัฒนาความสามารถและทักษะ ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีดังนี้ (1) เข้าถึง ได้แก่ ฝึกการค้นหาข้อมูล ฝึกการกลั่นกรอง ฝึกตรวจสอบข้อมูล ก่อนนำมาใช้ทำความเข้าใจ (2) เข้าใจ ได้แก่ ฝึกการเรียนรู้ วิธีจดจำ สร้างความเข้าใจ (3) ใต้อาม ได้แก่ ฝึกการใช้คำถามและการสื่อสาร (4) ตัดสินใจ ได้แก่ ฝึกกระบวนการตัดสินใจ และ (5) นำไปใช้ ได้แก่ ฝึกการเตือนตนเอง และฝึกการจัดการตนเอง

8. การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องมีการออกแบบเชิงกระบวนการ

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในด้านใดด้านหนึ่ง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดการออกแบบแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเชิงลึก

ข้อมูลที่นำมาใช้ในการออกแบบกระบวนการจำเป็นต้องมีความเฉพาะเจาะจงในบริบทการใช้ชีวิตและการทำงานของกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ และการกำหนดทักษะที่จำเป็นในการพัฒนา จำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงลึก เช่น ช่องทางการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย ชุดข้อมูลที่ของกลุ่มเป้าหมายเชื่อถือและนำไปใช้ ซึ่งเป็นความนิยมชื่นชอบเฉพาะกลุ่มหรือบุคคล สภาวะเสี่ยงหรือเงื่อนไขที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ปัจจัยสาเหตุของการมี/ไม่มีพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ สภาพการเข้าถึงสิ่งเอื้ออำนวยและบริการ การยึดถือกฎระเบียบและข้อตกลงที่กำหนดขึ้น เป็นต้น

วิธีการศึกษาข้อมูลเชิงลึก สามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่ม (focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมาย การใช้ข้อมูลจากกลุ่มสังคมออนไลน์ การสังเกตสภาพแวดล้อมในบ้าน สถานที่ทำงาน และชุมชน ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกรอบแนวคิดโดยเลือกใช้ทฤษฎีเป็นฐาน

กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการนำหลักการ แนวคิด และโมเดลของทฤษฎีมาใช้เป็นแนวทางย่อมให้ประโยชน์ต่อการสร้างกรอบแนวคิดที่ถูกต้องและชัดเจน ช่วยให้ผู้ออกแบบสามารถตรวจสอบความครอบคลุมได้ โดยพิจารณาตามองค์ประกอบของโครงสร้างหลัก (key construct) ของทฤษฎีที่นำมาใช้ และทำให้ทราบลำดับขั้นตอนของการพัฒนา การเลือกกิจกรรมและกลวิธี รวมทั้งช่วยให้การออกแบบวิธีการวัดและการเลือกใช้เครื่องมือประเมิน มีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมและกระบวนการพัฒนา

ทฤษฎีและโมเดลที่มีการนำมาใช้ในการออกแบบแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ โมเดลข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะเชิงพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skill Model: IMB) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief

Model: HBM) ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) การศึกษาเพื่อการสร้างพลัง (Empowerment Education) แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change)

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและวางแผน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้สำหรับการพัฒนาความสามารถและทักษะอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ จะถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการเลือกกลวิธีและกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะเหล่านั้น มีการออกแบบตามหลักการให้ครอบคลุมทั้งด้านความสามารถ-ทักษะของบุคคล และนโยบาย-สภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการสร้างความเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงาน

การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ อาศัยการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการประสานด้านทรัพยากร การกำกับ ติดตาม และเฝ้าระวัง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงาน

ระยะเวลาในการดำเนินงานสามารถกำหนดให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์และระดับความรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล/กลุ่ม รวมทั้งธรรมชาติของทักษะแต่ละด้านที่มีความยาก-ง่ายในการพัฒนาแตกต่างกัน ดังนั้น ประเด็นปัญหาที่แท้จริงจึงต้องการการฝึกฝนความสามารถ ให้เกิดความชำนาญและความเชี่ยวชาญ กลายเป็นทักษะด้วยระยะเวลาที่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล

การประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ และประเมินปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ถูกพัฒนาขึ้น การประเมินสามารถจัดทำเป็นระยะๆ ซึ่งอาจแบ่งได้ 2 ช่วง คือ ระหว่างการดำเนินงาน (formative evaluation) และเมื่อสิ้นสุดแผนงาน/โครงการ (summative evaluation) การประเมินจะต้องเน้นการประเมินด้านทักษะ โดยพัฒนาวิธีการและเครื่องมือการวัดทักษะขึ้น ไม่ใช่เน้นการวัดที่ความรู้

9. กระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นจะต้องพัฒนา ทั้งด้านความสามารถ-ทักษะของบุคคล และนโยบาย-สภาพแวดล้อม จึงจะสามารถพัฒนาให้บุคคลเป้าหมาย มีความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพได้

ความสามารถและทักษะ เป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ใต้อถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ดังนั้น การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาทั้งด้านความสามารถ-ทักษะของบุคคล และนโยบาย-สภาพแวดล้อม ควบคู่ไปด้วย

กระบวนการพัฒนาความสามารถและทักษะ มีลำดับการพัฒนา ดังนี้

1) เข้าถึง .. เริ่มจากการสร้างเสริมความสามารถและทักษะในการค้นหา กลั่นกรอง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำมาใช้ทำความเข้าใจ

2) เข้าใจ .. พัฒนาความสามารถและทักษะในการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ

3) ใต้อถาม .. พัฒนาความสามารถและทักษะในการใช้คำถามและการสื่อสาร

4) ตัดสินใจ .. ความสามารถและทักษะในการตัดสินใจ

5) นำไปใช้ .. ความสามารถและทักษะในการเตือนตนเองและจัดการตนเอง

กระบวนการพัฒนานโยบายและสภาพแวดล้อม มีดังนี้

1) วิเคราะห์สถานะเสี่ยงหรือเงื่อนไขที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ

2) พัฒนากฎระเบียบและข้อตกลง

3) จัดการสิ่งเอื้ออำนวยและบริการ

- 4) ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและชุมชน
- 5) สร้างกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
6. ปลุกเร้าสังคมให้ตื่นตัว เพื่อขับเคลื่อนประเด็นนโยบายและการปรับปรุงสภาพแวดล้อม

10. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องออกแบบการวัดทักษะสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมาย

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้การวัดที่สามารถจำแนกระดับความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญอันเป็นทักษะที่ถูกพัฒนาขึ้นจากความสามารถที่บุคคลมี เช่น การอ่านหนังสือ การฟังคำแนะนำ การเขียนแบบฟอร์ม การทำความเข้าใจสัญลักษณ์ เป็นต้น ทักษะเหล่านี้มีการพัฒนาไปตามลำดับเมื่อมีความถี่ในการนำมาใช้มากขึ้น การใช้งานบ่อยๆ ซ้ำหลายครั้งของผู้ที่มีประสบการณ์แล้ว จะทำให้เกิดความถูกต้องเหมาะสม และรวดเร็วยิ่งขึ้น รวมทั้งยังทำให้เกิดการพัฒนาเทคนิควิธีที่เกี่ยวข้องกับทักษะอีกด้วย

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสำหรับการวัดทักษะ จะต้องสามารถวัดได้ตรงตามความต้องการ และต้องสามารถสะท้อนผลของการวัดที่แสดงให้เห็นความแตกต่างตามระดับของทักษะ อันเป็นความสามารถที่ถูกพัฒนาขึ้นมาเป็นทักษะ ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลมีอยู่ในขณะนั้น ดังนั้น ระดับของการวัดทักษะ จึงต้องมีการจำแนกตามระดับความชำนาญ ทั้งนี้ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป (The European Health Literacy Survey) (Sorensen et al., 2012; Pelikan et al., 2014) กำหนดตัวเลือกในแต่ละหัวข้อใช้แบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวนตัวเลือก คือ 1 = ยากมาก, 2 = ยาก, 3 = ง่าย, 4 = ง่ายมาก เกณฑ์การจำแนกระดับ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เพียงพอ (inadequate) มีปัญหา (problematic) พอเพียง (sufficient) และดีเยี่ยม (excellent)

2.2 กลวิธีสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลวิธีสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลตามที่องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ที่สำคัญมีดังนี้

2.2.1 Fotonovela Technique หรือ เทคนิคการใช้ภาพ

เทคนิคการใช้ภาพ (fotonovela technique) มีลักษณะเป็นการใช้สื่อที่เน้นภาพประกอบเรื่องราว มีการออกแบบอย่างดี สร้างเป็นเรื่องราว มีคำบรรยายประกอบเพียงเล็กน้อย ใช้เป็นสื่อประกอบการสอนให้ความรู้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการเรียนรู้ โดยจะเรียนรู้ได้ดีเมื่อได้เห็นภาพเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ไปพร้อมกับการนำเสนอข้อมูลและความรู้ในการปฏิบัติตัว

2.2.2 Teach-back Technique หรือ เทคนิคการสอนกลับ

เทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique หรือ teach-back method) มีลักษณะเป็นกลวิธีในการตรวจสอบการให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้รับบริการ เช่น การชั่งยา ข้อปฏิบัติก่อนรับการผ่าตัด การดูแลสุขภาพ เป็นต้น เทคนิคนี้ใช้ได้ในทุกกลุ่มเป้าหมาย แต่มุ่งเน้นเป็นพิเศษในกลุ่มที่ขาดสมาธิและขาดความตั้งใจในการรับฟังข้อมูลความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวที่มีการจัดบริการไว้ให้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพในการสื่อสารหรือถ่ายทอดหรือให้ข้อมูลในเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้รับบริการ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการได้รับข้อมูลและความรู้ที่ครบถ้วนและมีความเข้าใจตามนั้นดีแล้วหรือไม่สำหรับการนำไปปฏิบัติ

2.2.3 Show-me หรือ การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ

การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (show-me) มีลักษณะเป็นกลวิธีในการตรวจสอบ (checking) การให้ข้อมูลความรู้เช่นเดียวกับเทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique หรือ teach-back method) และ

สามารถใช้ร่วมกันได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบเกี่ยวกับวิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติตัวที่ต้องการให้มีการกระทำที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่า ผู้รับบริการมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและความรู้ที่ได้รับอย่างดีแล้ว โดยเฉพาะวิธีการและขั้นตอนในการปฏิบัติตัวสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่โดยตรง

2.2.4 Chunk & Check Methods หรือ วิธีการตรวจสอบตามรายการ

วิธีการตรวจสอบตามรายการ (chunk & check methods) มีลักษณะเป็นการตรวจสอบการให้ข้อมูลและความรู้ เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบทั้งในด้านการได้รับข้อมูล เอกสารความรู้ ข้อปฏิบัติตัวที่สำคัญ และมีความจำเป็นที่ต้องการให้มีการกระทำที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัด โดยมีจำนวนข้อของรายการแตกต่างกันไปตามเป้าหมายทางสุขภาพหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนด มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่า ผู้รับบริการมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและความรู้ที่ได้รับอย่างดีแล้ว สามารถปฏิบัติตัวตามวิธีการและขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งใช้ตรวจสอบการได้รับเอกสาร และสิ่งจำเป็นอื่นๆ ว่าครบถ้วนแล้วหรือไม่ การตรวจสอบดังกล่าวอาจนำไปสู่การเข้าใจความสัมพันธ์หรือสิ่งที่เชื่อมโยงของข้อรายการที่จะต้องปฏิบัติได้ด้วย

2.2.5 Ask Me 3 หรือ การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ

การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (Ask Me 3) มีลักษณะเป็นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพและข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ได้รับ เพื่อเตือนตนเองในระหว่างขั้นตอนการรับบริการ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการใช้คำถามหลัก 3 ข้อ ทุกครั้งที่มีการพูดคุยกับบุคลากร เทคนิค Ask Me 3 จึงสามารถนำมาใช้ได้กับทุกกลุ่มเป้าหมาย และสามารถพัฒนาเชิงระบบด้วยการมีนโยบายจากผู้บริหาร เพื่อกำหนดขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติทั้งส่วนของบุคลากรและผู้รับบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการทบทวนปัญหาสุขภาพของตนเอง และมีสติต่อการได้รับข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในระหว่างขั้นตอนการรับบริการ สำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตามแนวปฏิบัติที่ถูกต้องได้ และใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ เป็นเครื่องมือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับตนเอง

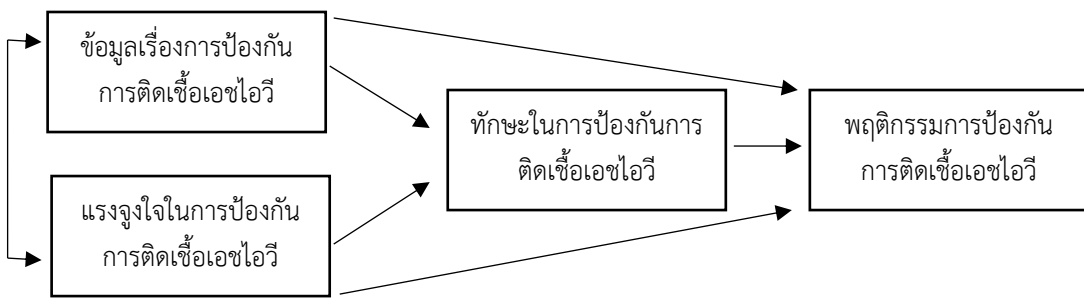
2.3 ทฤษฎีและโมเดลสำหรับการประยุกต์ใช้

กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการออกแบบ โดยอาศัยหลักการ แนวคิด และองค์ประกอบตามโครงสร้างของทฤษฎีและโมเดลทางพฤติกรรมศาสตร์ที่สอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุหลักที่วิเคราะห์แล้วพบว่า เป็นปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาใช้เป็นแนวทางย่อมจะให้ประโยชน์ต่อการสร้างกรอบแนวคิดที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ออกแบบสามารถตรวจสอบความครอบคลุมได้ โดยพิจารณาตามองค์ประกอบของโครงสร้างหลัก (key construct) ของทฤษฎีและโมเดลที่นำมาใช้ รวมทั้งทำให้ทราบลำดับขั้นตอนของการพัฒนา การเลือกกิจกรรมและกลวิธี รวมทั้งช่วยให้การออกแบบวิธีการวัดและการเลือกใช้เครื่องมือประเมิน มีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมและกระบวนการพัฒนาอีกด้วย

ทฤษฎีและโมเดลที่มีการนำเสนอไว้ต่อไปนี้ มีการนำมาใช้บ่อยในการออกแบบกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การนำเสนอในส่วนนี้จะแสดงเนื้อหาโดยย่อพอสังเขปเท่านั้น ผู้ปฏิบัติงานสามารถสืบค้นจากแหล่งข้อมูล หรือศึกษาเพิ่มเติมได้จากหนังสือแนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skill Model: IMB)

พัฒนาขึ้นโดย Jeffrey D. Fisher และคณะ (Fisher J. D., Fisher, W. A, Bryan, A.D. & Misovich, S.J. 2002) โดยมีแนวคิดหลัก คือ ความรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และทักษะทางพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ หากบุคคลได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ดี มีความเฉพาะเจาะจง ได้รับแรงจูงใจจนเกิดเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งระดับบุคคลที่มีเจตคติความเชื่อ ความรู้สึกทางบวกและลบต่อพฤติกรรมนั้น ความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมก่อให้เกิดประโยชน์ ความเชื่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และระดับสังคม กลุ่มที่มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดหรือไม่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น จะมีผลต่อความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น และได้ฝึกทักษะให้มีความเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพ จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ร่วมกับการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยบุคคลจะต้องถูกสอนหรือถูกฝึกให้เกิดความสามารถทางพฤติกรรม (Behavioral Capability) ก่อน เพื่อให้รู้ว่าสามารถทำได้และรู้ว่าต้องทำอะไร และต้องทำอะไรทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ (Bandura, A 1977) ซึ่งแบบจำลองนี้ได้มีพัฒนาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังแผนภาพที่ 2.1



แผนภาพที่ 2.1 แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ที่มา : Jeffrey D. Fisher และ William A. Fisher (1992)

2.4 หลักการตามโมเดล Kirkpatrick (Kirk-Patrick Model)

เชื่อว่าองค์กรส่วนใหญ่ดำเนินการพัฒนาบุคลากรอยู่ ความท้าทายอย่างหนึ่งก็คือ จะประเมินผลอย่างไร บทความนี้จะกล่าวถึงแนวคิดที่เรียกว่า “Kirk-Patrick Model” ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาบุคลากร เป็นกระบวนการที่เริ่มตั้งแต่ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อกำหนดความต้องการในการพัฒนาบุคลากร ระบุเป้าประสงค์ที่ชัดเจน จากนั้นก็กำหนดวิธีการในการพัฒนา ซึ่งมีหลากหลาย เช่น การฝึกอบรม การสอนงาน การหมุนเวียนงาน การเยี่ยมชมองค์กรที่เป็นเลิศ เป็นต้น เมื่อลงมือปฏิบัติตามวิธีการหรือแผนที่กำหนดไว้แล้ว ขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการดังกล่าวก็คือ การประเมินผลการพัฒนาบุคลากร เพื่อนำประเด็นที่ยังบกพร่องไปปรับปรุงในรอบถัดไป

ปัจจุบันคงเคยพบเห็นกันว่าหลังจากเสร็จสิ้นการฝึกอบรมหรือสัมมนา เจ้าหน้าที่มักจะแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้ารับการอบรมกรอก ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินอย่างหนึ่งที่นิยมใช้กันในบ้านเรา อย่างไรก็ตาม ผลที่ออกมา จะสามารถวัดประสิทธิผลของการพัฒนาบุคลากรได้อย่างแท้จริงมากน้อยเพียงไร ยังเป็นที่น่ากังขา บางองค์กร ใช้ตัวชี้วัด ที่อาจจะไม่บ่งชี้ประสิทธิผลเท่าที่ควร เพราะวัดแค่ทรัพยากรที่รู้ หรือวัดแค่กระบวนการ ยังไม่ได้วัดไปที่ประสิทธิผล อย่างเช่น งบประมาณที่ใช้ในการฝึกอบรม จำนวนพนักงานที่เข้ารับการอบรมเทียบกับแผน จำนวนชั่วโมงที่พนักงานเข้ารับการพัฒนานี้ในปี เป็นต้น

ราวทศวรรษ 1960 ศาสตราจารย์แห่งมหาวิทยาลัยวิสคอนซิน สหรัฐอเมริกา ชื่อว่า Donald Kirkpatrick ได้นำเสนอโมเดลสำหรับประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรม ซึ่งต่อมาได้รับความนิยมและมีอิทธิพลต่อการประเมินผลการพัฒนาบุคลากรอย่างกว้างขวางทั่วโลก โมเดลดังกล่าว รู้จักกันในชื่อว่า Kirkpatrick Model ซึ่งแบ่งการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาบุคลากรออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่หนึ่ง Reaction หมายถึง ปฏิกริยาของผู้เข้ารับการอบรม เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมเป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งอาจได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หรือให้กรอกแบบสอบถาม

ระดับที่สอง Learning หมายถึง ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการฝึกอบรม อาจประเมินจากแบบทดสอบข้อสอบปรนัยหรืออัตนัย

ระดับที่สาม Behavior หมายถึง ผู้เข้ารับการอบรมมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่หลังจากฝึกอบรม อาจประเมินด้วยการสังเกต ซึ่งระดับนี้จะยากกว่าสองระดับแรก และอาจมีอคติปะปน วัดยากขึ้น และสามารถตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของการประเมินได้มากขึ้น แต่ก็เป็นที่ต้องการทำให้เกิดขึ้นกับบุคลากรมากขึ้นไปด้วย

ระดับที่สี่ Result หมายถึง การฝึกอบรมแก่บุคลากรกลุ่มนี้ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างไร ชั้นนี้ จะประเมินยากที่สุด เพราะเชื่อมโยงวิธีการฝึกอบรมอันใดอันหนึ่งไปยังผลลัพธ์ขององค์กรได้ยาก แต่ก็เป็นที่ผู้บริหารองค์กรต้องการจะทราบเช่นกัน

ขอยกตัวอย่างให้เห็นภาพมากขึ้น สมมติว่า โรงงานแห่งหนึ่ง ดำเนินหลักสูตรสร้างเสริมความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุ โดยฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎี และ Workshop ฝึกปฏิบัติให้แก่พนักงานควบคุมเครื่องจักร ให้ตระหนักรู้ และปฏิบัติตามขั้นตอนความปลอดภัยในคู่มือมาตรฐานของโรงงาน การประเมินสองระดับแรก คือ Reaction และ Learning ทำโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม และ ใช้ข้อสอบ Pre-test/ Post-test เพื่อทดสอบความรู้ทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม

ส่วนการประเมินในระดับที่สามและสี่นั้น แม้จะยาก แต่ผู้บริหารก็เล็งเห็นความสำคัญ จึงพยายามติดตามข้อมูลจากตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ในระยะเวลาหลายเดือนหลังจากการฝึกอบรม ผู้บริหารพบว่า อัตราการเกิดอุบัติเหตุในโรงงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Result) ซึ่งเป็นผลเนื่องจากพฤติกรรมของพนักงานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ตระหนักรู้และปฏิบัติตามข้อกำหนดความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดมากขึ้น (Behavior)

โดยทั่วไป การประเมินในระดับที่หนึ่งและสอง จะทำทันทีหลังจากฝึกอบรมเสร็จสิ้นแล้ว ส่วนระดับที่สามและสี่นั้นมักจะเว้นช่วงเวลาระยะหนึ่งเพื่อให้เห็นผลที่ตามมา

ลองมาดูว่าในแต่ละระดับนั้นทำอย่างไรได้บ้าง

1. Reaction

วิธีการประเมินระดับที่หนึ่ง คือการรับข้อมูล ป้อนกลับจากผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งมีได้หลากหลายวิธี เช่น การพูดคุย (Oral Discussion) แจกกระดาษเปล่าให้เขียนความคิดเห็น แจกแบบสอบถามที่มีประเด็นคำถามในหัวข้อต่างๆ เป็นต้น ในกรณีแบบสอบถาม ประเด็นคำถามอาจประกอบด้วย

- เนื้อหาของการฝึกอบรม เช่น ปริมาณ คุณภาพ ความน่าสนใจ
- สไตล์ เช่น การใช้ภาษา สอนเร็ว หรือช้าเกินไปหรือไม่ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน
- การใช้สื่อการสอน เช่น สื่อที่ใช้เข้าใจง่าย อ่านง่าย ชัดเจน
- บุคลิกภาพของผู้สอน เช่น ความกระตือรือร้นรับฟังความคิดเห็นของผู้เรียน ความเป็นมืออาชีพ
- สถานที่ เช่น เดินทางสะดวก ความพร้อมของห้องเรียนและอุปกรณ์ต่างๆ
- ช่วงเวลา เช่น เหมาะสม สั้นหรือยาวเกินไปหรือไม่ เป็นต้น

2. Learning

การประเมินการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นทำได้โดยใช้แบบทดสอบ อย่างข้อสอบ Pre-test/Post-test ที่กล่าวถึงข้างต้น การออกแบบคำถามควรสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม รวมทั้งประเด็นสำคัญในเนื้อหาที่สอน

3. Behavior

โดยทั่วไปการเรียนรู้สิ่งใหม่โดยเฉพาะทักษะใหม่ ๆ ต้องอาศัยโอกาสในการทดลองปฏิบัติจริงซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งทักษะการปฏิบัติงานแบบใหม่นั้น กลายเป็นพฤติกรรมประจำในการทำงาน การประเมินพฤติกรรมส่วนใหญ่ใช้การสังเกตเป็นหลัก โดยผู้ประเมินควรมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนว่าจะดูอะไรบ้าง อะไรเป็นตัววัดหรือตัวบ่งชี้ว่าพฤติกรรมการทำงาน แสดงถึงการเรียนรู้ที่มีประสิทธิผล

4. Result

การหาความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกอบรมกับผลลัพธ์ขององค์กร ต้องอาศัยความพยายามและต้องลงแรงวิเคราะห์ อาจต้องลองผิดลองถูก และในกรณีที่ทำได้ ก็ลองใช้เครื่องมือต่าง ๆ มาช่วย เช่น Regression Analysis เป็นต้น

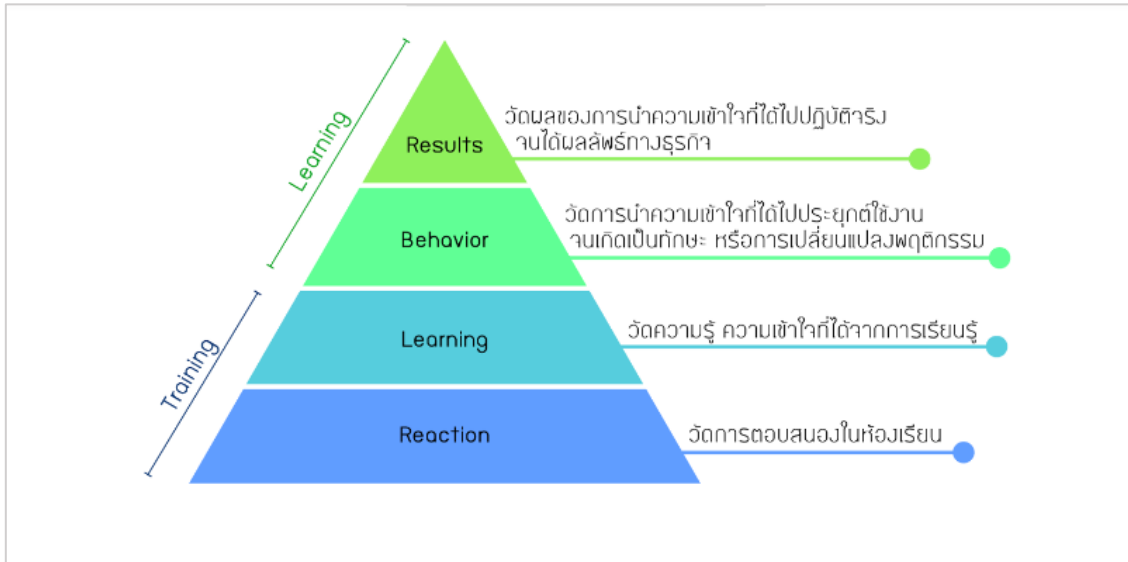
ตัวชี้วัดหรือวิธีประเมินผลที่บางองค์กรใช้อยู่ในนี้อาจจะเลือกมา เพราะความสะดวกทำให้ประเมินได้แค่ระดับผิวเผินเท่านั้น ในต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาจะค่อนข้างเน้นวัดผลออกมาให้เป็นผลตอบแทนทางการเงิน เช่น Return on Investment ซึ่งต้องกำหนดหลักเกณฑ์ให้ชัดเจนว่าความเชื่อมโยงดังกล่าวเชื่อถือได้แค่ไหน หมายความว่า ROI ที่เพิ่มขึ้น แสดงถึงประสิทธิผลของการฝึกอบรมจริงหรือไม่

ข้อดีประการหนึ่งของ Kirk-Patrick model ในความเห็นของผู้เขียนก็คือ ช่วยฉายภาพให้เห็นระดับความยากง่ายในการประเมินออกมาอย่างชัดเจน ยิ่งประเมินยากเท่าไรก็ยิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาบุคลากรนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้มากเท่านั้น โมเดลนี้ชี้ให้เห็นว่าตัววัดหรือวิธีประเมินผลที่บางองค์กรใช้อยู่ในนี้อาจจะเลือกมาเพราะความสะดวกทำให้ประเมินได้แค่ระดับผิวเผินเท่านั้นไม่อาจแสดงถึงประสิทธิผลที่แท้จริงได้เลย

นอกจากโมเดลนี้แล้ว อีกแนวคิดหนึ่งที่นิยมใช้กันในฝั่งยุโรป คือ โมเดล CIRO ของ Warr, Bird และ Rackham ย่อจากสี่คำ ได้แก่ Context, Input, Reaction และ Outcome จะเห็นได้ว่าสองคำสุดท้ายนั้น คล้ายคลึงกับระดับที่ 1 และ 4 ใน Kirkpatrick's จึงมีผู้นามาใช้ผสมผสานกัน โดยเขียนบรรยายและวิเคราะห์ Context (บริบทขององค์กร เช่น ความท้าทายที่เผชิญอยู่ เป้าประสงค์ขององค์กร เหตุผลที่ต้องฝึกอบรม ความ

ต้องการในการฝึกอบรม ฯลฯ) และ Input (ทรัพยากรหรือวิธีการที่ใช้ในการฝึกอบรม) ก่อนจะประเมินด้วย 4 ระดับของ Kirkpatrick ซึ่งก็ช่วยให้ข้อมูลที่ประเมินคุณสมบัติสูงขึ้น

สรุปว่า การประเมินผลการพัฒนาบุคลากร สามารถมีได้หลายระดับ ซึ่งมีความยากง่ายแตกต่างกันไป ยิ่ง วัตถุประสงค์ มีโอกาสรู้ประสิทธิภาพของการพัฒนาว่า ส่งผลต่อ ผลลัพธ์ขององค์กรได้มากขึ้น ซึ่งผู้บริหารก็ต้องพิจารณา ชั่งน้ำหนักเลือกใช้ให้เหมาะสมกับองค์กร



แผนภาพที่ 2.2 รูปแบบการประเมินผลตามแนวคิดของ Kirkpatrick

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของสิริพร ภิโยทัย และคณะ(2564) เรื่องการพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 2) การสร้างรูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน 3) จัดกิจกรรม ฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน และ 4) การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 19 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และ paired sample's t-test ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ประกอบด้วยกิจกรรมฝึกทักษะ 5 กิจกรรม ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้โดยใช้กลวิธีต่างๆ คือ เทคนิคการใช้ภาพ ใช้เครื่องมือตรวจสอบและบันทึกคะแนน เทคนิคการสอนกลับ การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ การสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม การตรวจสอบตามรายการ และการใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้นจาก 132.63 คะแนน เป็น

155.58 คะแนน และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่ารูปแบบกิจกรรมนี้ สามารถพัฒนาทักษะการ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาของภรต สุฝน (2563) โรงพยาบาลโพธิ์สัวย จังหวัดหนองคาย เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational research) ออกแบบการวิจัยให้เป็นการวิจัยในประชากรกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี พฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 40 คน ในพื้นที่ 16 หมู่บ้านของตำบลวัดหลวง อำเภอโพธิ์สัวย จังหวัดหนองคาย ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 องค์ประกอบ คือ เข้าถึง เข้าใจ ใต้อตาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี 5 ด้าน แบบประเมินความรอบรู้ก่อน-หลัง แบบประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างและผู้มีเชื้อเอชไอวีหลัง อบรม 3 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. มีระดับความรอบรู้โดยรวม ในระดับไม่พอเพียงมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.5 และระดับพอเพียง ร้อยละ 12.5 และหลังการอบรมตามโปรแกรม พบว่า อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับความรอบรู้ดีขึ้น โดยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.5 และ ระดับพอเพียง ร้อยละ 57.5 สำหรับการวัดผลด้านความรู้สึกกังวลกลัวที่ต้องทำกิจกรรมในชุมชนร่วมกับผู้มีเชื้อเอชไอวี เช่น กังวลใจที่จะต้องทานข้าวร่วมกัน ไม่อยากให้อาหารในงานบุญ ไม่อยากอยู่ใกล้ ก่อนฝึกทักษะ อสม. ที่เข้าร่วมโครงการรู้สึกกังวลกลัวข้อใดข้อหนึ่ง ร้อยละ 85 หลังการฝึกอบรม พบว่า รู้สึกไม่กังวลเลย มากที่สุดร้อยละ 87.5 รองลงมา กังวลเล็กน้อย ร้อยละ 12.5 พบว่า ความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้มีเชื้อหลังจัดโปรแกรม 3 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงในชุมชน โดยพบว่า อสม. ขยายผลในชุมชน สังเกตเห็นว่ามีกิจกรรมระมัดระวังคำพูด ไม่มีท่าที่รังเกียจ ให้มาช่วยงานบุญ ให้มาช่วยทำอาหารในงานบุญซึ่งเดิมจะให้ไปล้างจาน และมีการเรียกให้มานั่งทานอาหารด้วยกัน ผลโดยรวมพบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีทำให้กลุ่ม อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชน และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปขยายผลไปสู่บุคคลอื่น ๆ และยังสามารถมีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างในการบริการผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชนได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

การศึกษาของจุฑามาศ มากุญชรและคณะ (2564) เรื่องผลการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อ เอชไอวี การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม และศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน ได้แก่ ผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 13 คนที่เป็นกลุ่มเดิม และทีมวิทยากรกระบวนการฯ จำนวน 9 คน รวบรวมข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้มีเชื้อเอชไอวี และสนทนากลุ่มย่อยทีมวิทยากรกระบวนการฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร ด้วยสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า หลังการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเรียนรู้ โดยมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการนี้มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างว่า กระบวนการนี้มีประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง อาจปรับใช้เนื้อหาตามความเหมาะสม การจัดการเวลา การเตรียมตัวของทีมวิทยากร และการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ร่วมกัน ในส่วนของพฤติกรรมการรักษาเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมที่ติดอยู่แล้ว ดังนั้น กระบวนการนี้จึงควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ในระดับบุคคลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และครบถ้วนทุกทักษะ รวมถึงการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ เช่น นโยบาย สื่อความรู้ ช่องทางการเข้าถึง ข้อมูล เป็นต้น และควรมีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในระยะยาว

มลินี สมภพเจริญ (2564) ศึกษาข้อมูลการสำรวจและศึกษารูปแบบการสื่อสารด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ดังนี้

ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรค ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบว่าสิ่งที่ทำได้ง่ายมาก ได้แก่ สามารถค้นหาแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ได้ด้วยตนเอง รองลงไป ได้แก่ สามารถค้นหาข้อมูลป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ได้ง่าย และสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ที่น่าเชื่อถือได้ง่าย

ด้านการเข้าใจ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ด้านการเข้าใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบว่าสิ่งที่เข้าใจได้ง่ายมาก ได้แก่ เข้าใจว่าเพราะเหตุใดจึงสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ รองลงไป ได้แก่ เข้าใจวิธีการป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์เมื่อต้องมีเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ได้ง่าย และ เข้าใจข้อมูลที่อธิบายวิธีการใช้ถุงยางอนามัย

ด้านการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ข้อมูลด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ด้านการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ข้อมูลด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า มีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ทำได้บ่อยครั้ง รองลงไป ได้แก่ เมื่อเห็นโฆษณาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีผ่านสื่อ เว็บไซต์และสื่ออื่น ๆ แล้วเกิดความสนใจฉันได้ชักถาม ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ และสามารถพูดคุยชักชวนให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีที่ถูกต้อง

ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่ที่ทำได้ง่ายมากได้แก่ ถ้าแฟนชักชวนให้ไปมีเพศสัมพันธ์ จะมีความมั่นใจในการใช้ถุงยางอนามัยในสถานการณ์นี้ได้ รองลงไป ได้แก่ ถ้าเกิดชอบใจใครสักคนหนึ่งที่เพิ่งพบเจอ และชวนกันไปมีเพศสัมพันธ์ จะมีความมั่นใจในการใช้ถุงยางอนามัยในสถานการณ์นี้ได้ และถ้าได้รับการชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันด้วยถุงยางอนามัย จะมีความมั่นใจในการปฏิเสธการไม่สวมถุงยางในสถานการณ์นี้ได้

จากผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Wawrzyniak และคณะ (2013) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพเพียงพอจะมีการดูแลตนเองได้ดี เช่นสามารถติดตามสถานร่างกายของตนเองจากการดูข้อมูล CD4 และประเมินสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งมีการเข้ารับบริการจากสถานบริการมากกว่าคนที่มีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำในประเด็นเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนผู้ที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีไม่มีโรคแทรกซ้อนที่ทำอันตรายต่อสุขภาพ

การศึกษาของพัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, สัญญา สุขขำ, เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง (2564) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ซึ่งได้แก่ อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 10 อำเภอของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 632 คน เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 45 – 54 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นตรงทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 1.00$, $p = .000$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม 3อ 2ส ทั้ง 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นเส้นตรงทางบวก ไปในทิศทางเดียวกันระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิมล โรมา, ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ญัฐนารี เอมยงค์, นริมาลย์ นิละไพจิตร, สายชล คล้อยเอี่ยมและคณะ (2560) การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ระดับสมรรถนะของบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีแบบสำรวจที่ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศ การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อใช้สะท้อนสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศ และเขตสุขภาพ การศึกษานี้ใช้การสำรวจภาคตัดขวาง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงใน 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครราชสีมา ชลบุรี กรุงเทพฯ และนครศรีธรรมราช เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์บุคคลกับประชาชน จำนวน 722 คน และสนทนากลุ่ม โดยสร้างข้อคำถามจากกรอบแนวคิดของกรมอนามัยที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Nutbeam และการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของยุโรป และผ่านการพิจารณาความยากง่ายด้านภาษาจากผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ก่อนนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดที่กำหนด คุณภาพของแบบสำรวจฯ ถูกยืนยันด้วยความเที่ยงภายในจากค่าสถิติ Cronbach's alpha และความถูกต้องเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) แบบสำรวจฯ มีจำนวน 87 ข้อ ซึ่งได้รับการทดสอบว่ามีความเที่ยงในระดับดี ในทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Cronbach's alpha = 0.88 การเข้าถึง, 0.86 การเข้าใจ,

0.90 การทบทวน ซักถาม และ 0.79 การตัดสินใจ) มีความถูกต้องเชิงโครงสร้างระดับดี ดังนั้น แบบสำรวจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นเครื่องมือวัดที่มีคุณภาพระดับดี และสามารถสะท้อนสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพ และประเทศได้

งานวิจัยของวุฒิพงศ์ ณะขว้าง (2564) เรื่องประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. เป็นการวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 150 รูป ได้แก่ สามเณรที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนพระปริยัติธรรม วัดน้ำไคร้นันทชัย และวัดนิโครธาราม เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร, แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 ส่วนที่ 2, 3 และ 4 มีค่า Cronbach's alpha coefficient 0.926, 0.814 และ 0.729 ตามลำดับ และแบบบันทึกประสิทธิผลการแปรงฟัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบผลการศึกษาด้วยสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม สามเณรมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก ($= 77.79$, S.D. = 2.80) ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ($= 14.08$, S.D. = 0.93) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ($= 3.84$, S.D. = 0.21) และประสิทธิผลการแปรงฟัน ($= 0.12$, S.D. = 0.15) เพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพบว่าทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < .01) ทั้งนี้สามเณรควรได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้น

งานวิจัยของ เสาวภา ดงหงษ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์ (2564) การวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ พลทหารใหม่ กองประจำการที่ศูนย์ฝึกหน่วยนาวิกโยธินและศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง ในเขตอำเภอสัตหีบ จ.ชลบุรี จำนวน 364 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมทางเพศ และแบบประเมินความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 48.1 โดยพบมากที่สุดในการเข้าใจ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ และด้านการไต่ ตอบซักถาม (ร้อยละ 54.9, 38.7, 34.9 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($r = -.271$) การดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -.268$) ความเครียด ($r = .173$) การสูบบุหรี่ ($r = .162$) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และฐานะทางเศรษฐกิจ ($r = 0.154$) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ทหารกองประจำการที่มีความเครียด มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจะมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ

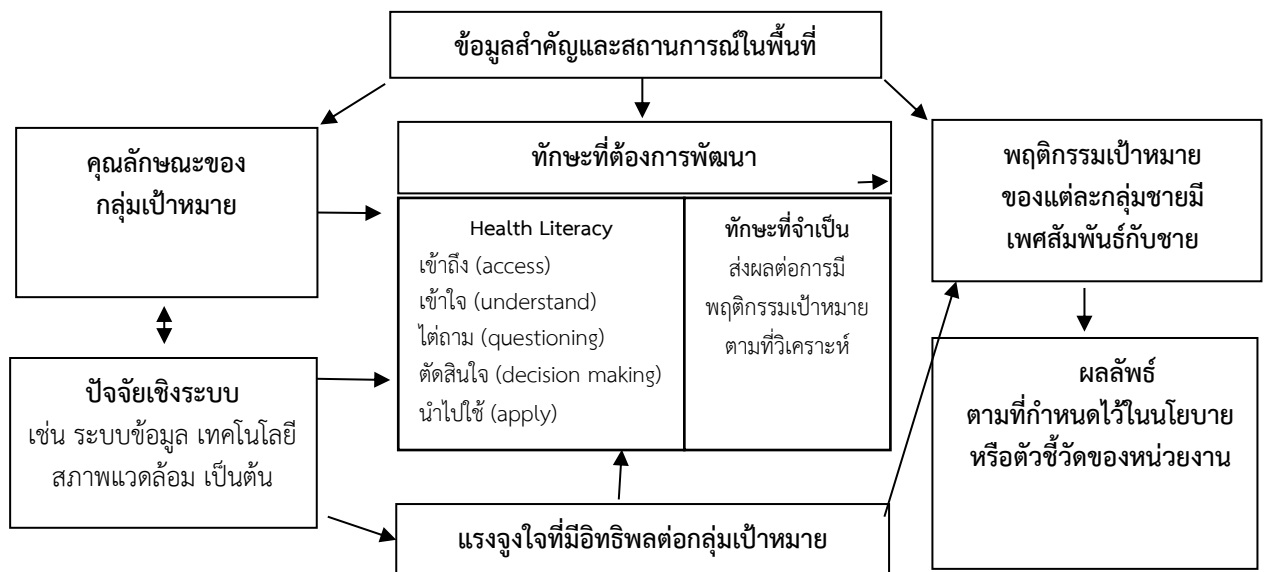
2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ใช้หลักการของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างกระบวนการพัฒนาฯ โดยคำนึงถึงปัจจัยการพัฒนา 2 ส่วน ตามกระบวนการพัฒนาที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean, Kickbusch et al.) (Kickbusch, I.; Pelikan, M. J.; Apfel, F., & Tsouros, A., 2013) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนา 2 ส่วนสำคัญ คือ (1) การพัฒนาศักยภาพของบุคคล และ (2) การพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ (นโยบายและสภาพแวดล้อม) โดยคำนึงถึงปัจจัยสภาพแวดล้อม เช่น สื่อสาธารณะ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคลที่แตกต่างกัน แรงจูงใจจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความสามารถและทักษะที่จำเป็น 5 ด้าน ได้แก่ (1) เข้าถึง (2) เข้าใจ (3) ไต่ถาม (4) ตัดสินใจ และ (5) นำไปใช้ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเกิดผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว ดังแผนภาพที่ 2

กรอบแนวคิด

การสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

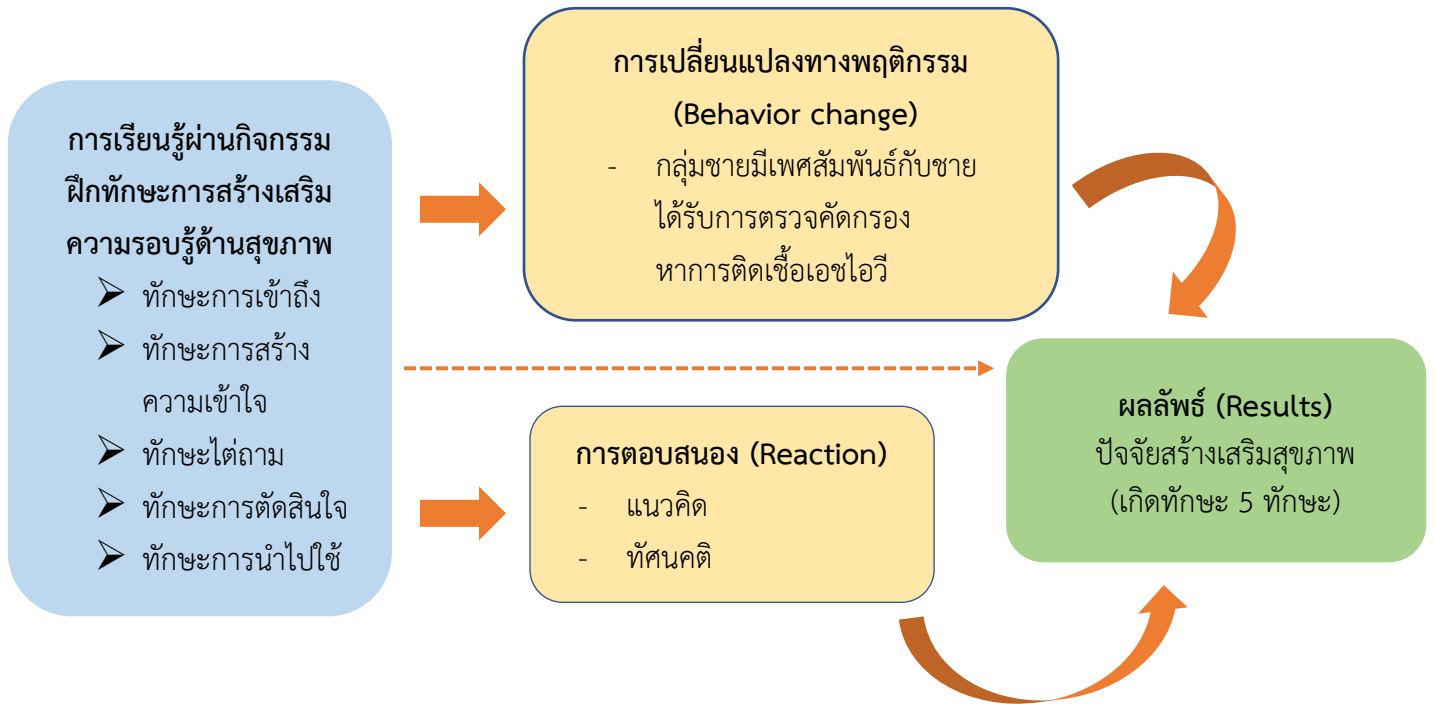


แผนภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 2.1 กรอบการประเมินผลการเรียนรู้และการจัดกระบวนการฯ ตามโมเดล Kirkpatrick

| ตัวชี้วัดการประเมิน | ลักษณะข้อมูล | วิธีการและแหล่งข้อมูล | ผลการเรียนรู้และการจัดกระบวนการฯ |
|--|--------------------|---|---|
| ส่วนที่ 1 ประเมินผลที่เกิดขึ้น | | | |
| 1) การตอบสนอง (reaction) - แนวความคิดของกลุ่มเป้าหมาย -ทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง | - ข้อมูลเชิงคุณภาพ | แบบบันทึกกิจกรรม | การแสดงออกทางบวกและทางลบ (positive & negative reaction) ของกลุ่มเป้าหมาย |
| | | แนวทางการสัมภาษณ์ | ทัศนคติและการยอมรับกระบวนการฯ ของผู้เกี่ยวข้อง |
| 2) การเรียนรู้ (learning) - ทักษะการเข้าถึง - ทักษะการสร้างความเข้าใจ - ทักษะการไต่ถาม - ทักษะการตัดสินใจ - ทักษะการนำไปใช้ | - ข้อมูลเชิงปริมาณ | แบบประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม | การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้แนวคิด การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) - พฤติกรรมเป้าหมาย ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย | - ข้อมูลเชิงปริมาณ | แบบสอบถามกลุ่มเป้าหมาย | การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ |
| 4) ผลลัพธ์ (results) - ปัจจัยสร้างเสริมสุขภาวะ - ผลต่อบุคคล องค์กร | - ข้อมูลเชิงปริมาณ | ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม | การเปลี่ยนแปลงของทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ |
| | - ข้อมูลเชิงคุณภาพ | แบบบันทึกกิจกรรม แบบการสัมภาษณ์ | การนำไปใช้ |

กรอบแนวคิดในการศึกษา การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริม
 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
 ตามโมเดล Kirkpatrick ได้นำมาจัดทำเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 2.4



แผนภาพที่ 2.4 กรอบแนวคิดในการศึกษากรอบแนวคิดในการศึกษาตามกระบวนการการสร้างเสริมความ
 รอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
 ตามโมเดล Kirkpatrick

บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา

3.1 รูปแบบการศึกษา

ใช้รูปแบบการประเมินผล ตามโมเดล Kirkpatrick เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data)

3.2 ระยะเวลาของการศึกษา

เริ่มศึกษากระบวนการ แนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินงานระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2563

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับทำงานในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดลพบุรี

3.3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การศึกษาในครั้งนี้ เลือกจากประชากรที่ศึกษา ด้วยมีการประสานงานและคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่จังหวัดลพบุรี เนื่องจากมีเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ทำงานในกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ และวิทยากรในเรื่องการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 13 คน

กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่จากองค์กรที่ทำงานกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 3 บุคลากรที่ทำงานด้านเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดลพบุรี จำนวน 5 คน

รวมกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสิ้น 20 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการดังนี้

1. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Two-Stage Random Sampling)

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection)

มีเกณฑ์คัดเลือกคือ

- (1) มีพฤติกรรมแสดงออกเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
- (2) เป็นเครือข่ายที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะ ทั้งกระบวนการ
- (3) มีพื้นที่ตั้งอยู่ในจังหวัดลพบุรี

ขั้นตอนที่ 2

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประเมินใช้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่จังหวัดลพบุรี จำนวน 2 โรงเรียน ที่คัดเลือกได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- (1) เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานศึกษา
- (2) มีระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ได้กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 13 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้ประเมินคัดเลือกที่มหาวิทยาลัยฯ ในโครงการฯ ที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้จัดกระบวนการเสริมความรู้ ที่ได้รับการคัดเลือก รวมวิทยาลัยฯ ที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 7 คน

3.4 วิธีการศึกษา แบ่งเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำการศึกษาแนวทางการจัดเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามแนวทางของหน่วยงาน (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563)

ขั้นตอนที่ 2 จัดเตรียมทีมวิทยากร ประชุมแบ่งบทบาทหน้าที่ และเตรียมความพร้อมของทีมวิทยากร

ขั้นตอนที่ 3 จัดเตรียมสื่อ ใบบงาน ใบกิจกรรมประกอบการจัดกิจกรรมตามทักษะต่างๆ

ขั้นตอนที่ 4 ประชุมเตรียมชี้แจงร่วมกับทีมวิทยากรในพื้นที่ ล่วงหน้า และฝึกซ้อมความเข้าใจของทีมวิทยากร

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลก่อนการจัดกิจกรรม ด้วยแบบฟอร์มผ่าน Google form

ขั้นตอนที่ 6 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินการตามกิจกรรมที่วางไว้ จนครบกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผลหลังการอบรม ในวันที่ 2 ของกระบวนการตามแนวทางการจัดเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามแนวทางของหน่วยงาน (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563)

3.5 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบประเมิน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. แบบบันทึกกิจกรรม สิ่งที่ตีในกิจกรรมฝึกทักษะและสิ่งที่ควรปรับปรุง

3. แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย รายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ 1. แบบประเมิน แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการ

ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง จำนวน 8 ข้อ ทักษะการสร้างความเข้าใจ จำนวน 8 ข้อ ทักษะการไต่ถาม จำนวน 8 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 8 ข้อ และทักษะการนำไปใช้ จำนวน 8 ข้อ ตามระดับความสามารถ ทำได้ยากมาก (1) ทำได้ค่อนข้างยาก (2) ทำได้ค่อนข้างง่าย (3) ทำได้ง่ายมาก (4)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประเมิน ดังนี้ ปฏิบัติสม่ำเสมอ(ทุกครั้ง) ปฏิบัติบางครั้ง (เคยทำบ้าง แต่ไม่ได้ทำทุกครั้ง) และไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่ทำเลย)

เครื่องมือที่ 2 แบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ มีการประเมินกิจกรรม มีการนำผลการประเมินมาใช้พัฒนา ประกอบด้วย ข้อดีของทักษะ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

เครื่องมือที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรม มีประเด็นคำถาม จำนวน 3 ข้อ

1. สถานการณ์ปัญหาที่พบในพื้นที่
2. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้มากที่สุด
4. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการดังนี้

(1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามหลักวิชาการ และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

(2) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 58 ชุด การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของข้อคำถาม 5 ด้าน มีดังนี้

- ด้านทักษะการเข้าถึง (access) จำนวน 8 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83
 - ด้านทักษะการสร้างความเข้าใจ (understand) จำนวน 8 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84
 - ด้านทักษะการไต่ถาม (questioning) จำนวน 8 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89
 - ด้านทักษะการตัดสินใจ (decision making) จำนวน 8 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87
 - ด้านทักษะการนำไปใช้ (apply) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87
- ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง รวม 5 ด้าน จำนวน 40 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประเมินประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามลักษณะที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การประเมิน และขั้นตอนการดำเนินการประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง

3.6.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลกับทีมวิทยากรฯ ผู้ประเมินมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างความเข้าใจ ผู้ประเมินจัดอบรมทีมวิทยากร มีเนื้อหา ดังนี้

(1) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และรูปแบบกิจกรรม

(2) กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.3 สรุบทเรียนและการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินงานกิจกรรม

3.6.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.5 การเขียนรายงาน

ขั้นตอนที่ 2 จัดกระบวนการ ผู้ประเมินมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกับทีมวิทยากรฯ ในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดขึ้นในกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) โดยกระบวนการ มี 5 ทักษะ คือ

(1) ทักษะการเข้าถึง

(2) ทักษะการสร้างความเข้าใจ

(3) ทักษะการไต่ถาม

(4) ทักษะการตัดสินใจ

(5) ทักษะการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนและสรุปผล ผู้ประเมินประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมร่วมกับทีมวิทยากรฯ จำนวน 2 ครั้ง คือระหว่างการทำงาน และเมื่อสิ้นสุดการทำงาน เพื่อทบทวนกระบวนการ ตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของข้อมูลที่บันทึกไว้
กรอบการประเมินผล (ตารางที่ 3.1)

ประเด็นจริยธรรม ในการศึกษาครั้งนี้ มีการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินก่อนและหลังการอบรมที่ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ โดยการลงทะเบียนผ่าน Google form ในมือถือ และมีการจัดรูปแบบการทำกิจกรรม แบบ Social distancing ตามมาตรฐานการป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 และให้เวลาในการทำแบบประเมิน จนครบทุกคน

ที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยชี้แจงตามหลักการ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการขอความยินยอมจากผู้ที่เป็กลุ่มประชากรเป้าหมายของการศึกษา ให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษา
2. หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) โดยระบุว่ากลุ่มเป้าหมายจะได้รับประโยชน์หรือไม่ ประโยชน์อะไร หรือประโยชน์อื่นๆ อาจเกิดความเสี่ยงอะไรต่อตัวกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของกลุ่มเป้าหมาย โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มี identifier ที่จะระบุถึงตัวกลุ่มเป้าหมาย
3. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเลือกและออกชัดเจน ไม่มีอคติมีการกระจายประโยชน์และความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกัน

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรรายกลุ่ม ด้วยสถิติ paired t –test และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) และวิเคราะห์ประเด็นที่บันทึก

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามโมเดล Kirkpatrick มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบกิจกรรมในคู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และเพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงของทักษะ 5 ทักษะ ในแต่ละกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายก่อนและหลังร่วมการฝึกการเรียนรู้ตามกระบวนการของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในบทนี้นำเสนอผลการศึกษา เป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษารายทักษะตามกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบประเมินเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 13 คน ส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 69.23 ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 84.62 ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 92.31 ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่คือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูป) ร้อยละ 76.92 รองลงมาคือ เว็บไซต์ของหน่วยงาน สื่อวิทยุทัศน์ และเอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่ ร้อยละ 69.23, 30.77 และ 23.08 ตามลำดับ สำหรับช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป ทุกคนใช้ช่องทางสมาร์ทโฟนและสื่อออนไลน์ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ เว็บไซต์ผ่านคอมพิวเตอร์ เอกสาร/สิ่งพิมพ์ ทีวี สื่อบุคคล และวิทยุ คิดเป็นร้อยละ 53.85, 30.77, 23.08, 15.38 และ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามการมีเพศสัมพันธ์ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มเป้าหมาย (n=13) | |
|--|----------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ |
| เคยมีเพศสัมพันธ์ | | |
| เคย | 9 | 69.23 |
| ไม่เคย | 4 | 30.77 |
| เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี | | |
| เคย | 2 | 15.38 |
| ไม่เคย | 11 | 84.62 |
| เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | | |
| เคย | 1 | 7.69 |
| ไม่เคย | 12 | 92.31 |
| ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | | |
| สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูป) | 10 | 76.92 |
| เว็บไซต์ของหน่วยงาน | 9 | 69.23 |
| สื่อวีดิทัศน์ | 4 | 30.77 |
| เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่ | 3 | 23.08 |
| ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป | | |
| สมาร์ทโฟนและสื่อออนไลน์ | 13 | 100.00 |
| เว็บไซต์ผ่านคอมพิวเตอร์ | 7 | 53.85 |
| เอกสาร/สิ่งพิมพ์ | 4 | 30.77 |
| ทีวี | 3 | 23.08 |
| สื่อบุคคล | 2 | 15.38 |
| วิทยุ | 1 | 7.69 |

4.2 ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1 ระดับความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวัดและประเมินความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง

ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการโต้ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 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 กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 125.08 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.46 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 30.77 (ตารางที่ 4.2)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 128.92 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.08 ไม่มีผู้อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

| ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ | กลุ่มเป้าหมาย (n=13) | |
|---|----------------------|-----------------|
| | ก่อนการเรียนรู้ | หลังการเรียนรู้ |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| ระดับสูง (136 – 160 คะแนน) | 4 (30.77) | 3 (23.08) |
| ระดับปานกลาง (112 – 135 คะแนน) | 5 (38.46) | 10 (76.92) |
| ระดับต่ำ (40 – 111 คะแนน) | 4 (30.77) | 0 (0) |
| ค่าเฉลี่ย | 125.08 | 128.92 |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 20.24 | 13.90 |
| คะแนนต่ำสุด | 92 | 119 |
| คะแนนสูงสุด | 158 | 160 |

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 125.08 คะแนน (SD 20.24) หลังการเรียนรู้ เท่ากับ 128.92 คะแนน (SD 13.90) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.063$) (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

| ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | \bar{x} | SD | t | df | p-value |
|---|-----------|-------|------|----|---------|
| ก่อนการเรียนรู้ | 125.08 | 20.24 | .793 | 12 | .063 |
| หลังการเรียนรู้ | 128.92 | 13.90 | | | |

4.3 ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.1 ระดับพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวัดและประเมินพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 – 20 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 16 – 20 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12 – 15 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 11 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 11.23 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.4)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 15.92 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

| พฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | กลุ่มเป้าหมาย (n=13) | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | ก่อนการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ) | หลังการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ) |
| ระดับสูง (16 – 20 คะแนน) | 4 (30.77) | 8 (61.54) |
| ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน) | 1 (7.69) | 2 (15.38) |
| ระดับต่ำ (0 – 11 คะแนน) | 8 (61.54) | 3 (23.08) |
| ค่าเฉลี่ย | 11.23 | 15.92 |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 5.86 | 4.19 |
| คะแนนต่ำสุด | 0 | 10 |
| คะแนนสูงสุด | 20 | 20 |

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งสิ้น 20 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 11.23 คะแนน (SD 5.86) หลังการเรียนรู้ เท่ากับ 15.92 คะแนน (SD 4.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกัน เพิ่มสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$) (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

| พฤติกรรมการป้องกัน | \bar{x} | SD | t | df | p-value |
|--------------------|-----------|------|-------|----|---------|
| ก่อนการเรียนรู้ | 11.23 | 5.86 | 3.461 | 12 | .042 |
| หลังการเรียนรู้ | 15.92 | 4.19 | | | |

4.4 ส่วนที่ 4 ผลการศึกษารายทักษะตามกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนี้

4.4.1 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 25.15 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 รองลงมา อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.6)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเข้าถึง 26.38 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.46 ไม่มีผู้อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการเข้าถึง ก่อนและหลังการเรียนรู้

| ทักษะการเข้าถึง | กลุ่มเป้าหมาย (n=13) | |
|------------------------------|----------------------|-----------------|
| | ก่อนการเรียนรู้ | หลังการเรียนรู้ |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| ระดับสูง (27 – 32 คะแนน) | 3 (23.08) | 5 (38.46) |
| ระดับปานกลาง (22 – 26 คะแนน) | 9 (69.23) | 8 (61.54) |
| ระดับต่ำ (8 – 21 คะแนน) | 1 (7.69) | 0 (0) |
| ค่าเฉลี่ย | 25.15 | 26.38 |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 3.76 | 3.20 |
| คะแนนต่ำสุด | 19 | 24 |
| คะแนนสูงสุด | 32 | 32 |

4.4.2 ทักษะการสร้างความเข้าใจ

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

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสร้างความเข้าใจ 25.54 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 รองลงมา อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.7)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสร้างความเข้าใจ 25.54 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.08 ไม่มีผู้อยู่ระดับต่ำ (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการสร้างความเข้าใจ ก่อนและหลังการเรียนรู้

| ทักษะการสร้างความเข้าใจ | กลุ่มเป้าหมาย (n=13) | |
|------------------------------|----------------------|-----------------|
| | ก่อนการเรียนรู้ | หลังการเรียนรู้ |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| ระดับสูง (27 – 32 คะแนน) | 3 (23.08) | 3 (23.08) |
| ระดับปานกลาง (22 – 26 คะแนน) | 9 (69.23) | 10 (76.92) |
| ระดับต่ำ (8 – 21 คะแนน) | 1 (7.69) | 0 (0) |
| ค่าเฉลี่ย | 25.54 | 25.54 |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 4.35 | 2.70 |
| คะแนนต่ำสุด | 17 | 24 |
| คะแนนสูงสุด | 32 | 32 |

4.4.3 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 25.15 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 23.08 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.8)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการไต่ถาม 25.46 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.77 ไม่มีผู้อยู่ระดับต่ำ (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการไต่ถาม ก่อนและหลังการเรียนรู้

| ทักษะการไต่ถาม | กลุ่มเป้าหมาย (n=13) | |
|------------------------------|----------------------|-----------------|
| | ก่อนการเรียนรู้ | หลังการเรียนรู้ |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| ระดับสูง (27 – 32 คะแนน) | 4 (30.77) | 4 (30.77) |
| ระดับปานกลาง (22 – 26 คะแนน) | 6 (46.15) | 9 (69.23) |
| ระดับต่ำ (8 – 21 คะแนน) | 3 (23.08) | 0 (0) |
| ค่าเฉลี่ย | 25.15 | 25.46 |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 5.19 | 2.75 |
| คะแนนต่ำสุด | 16 | 23 |
| คะแนนสูงสุด | 32 | 32 |

4.4.4 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 24.62 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.46 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 30.76 (ตารางที่ 4.9)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ 25.46 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.08 ไม่มีผู้อยู่ระดับต่ำ (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการตัดสินใจ ก่อนและหลังการเรียนรู้

| ทักษะการตัดสินใจ | กลุ่มเป้าหมาย (n=13) | |
|------------------------------|----------------------|-----------------|
| | ก่อนการเรียนรู้ | หลังการเรียนรู้ |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| ระดับสูง (27 – 32 คะแนน) | 5 (38.46) | 3 (23.08) |
| ระดับปานกลาง (22 – 26 คะแนน) | 4 (30.76) | 10 (76.92) |
| ระดับต่ำ (8 – 21 คะแนน) | 4 (30.76) | 0 (0) |
| ค่าเฉลี่ย | 24.62 | 25.46 |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 5.19 | 2.87 |
| คะแนนต่ำสุด | 16 | 23 |
| คะแนนสูงสุด | 32 | 32 |

4.4.5 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

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนำไปใช้ 24.62 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.15 รองลงมา อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 38.46 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.10)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนำไปใช้ 26.00 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.77 ไม่มีผู้อยู่ระดับต่ำ (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการนำไปใช้ ก่อนและหลังการเรียนรู้

| ทักษะการนำไปใช้ | กลุ่มเป้าหมาย (n=13) | |
|------------------------------|----------------------|-----------------|
| | ก่อนการเรียนรู้ | หลังการเรียนรู้ |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| ระดับสูง (27 – 32 คะแนน) | 5 (38.46) | 4 (30.77) |
| ระดับปานกลาง (22 – 26 คะแนน) | 6 (46.15) | 9 (69.23) |
| ระดับต่ำ (8 – 21 คะแนน) | 2 (15.38) | 0 (0) |
| ค่าเฉลี่ย | 24.62 | 26.00 |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 4.41 | 3.16 |
| คะแนนต่ำสุด | 16 | 24 |
| คะแนนสูงสุด | 32 | 32 |

4.5 ผลการประเมินความพึงพอใจ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการฝึกปฏิบัติตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ จำนวน 20 คน เมื่อให้ประเมินรายการกิจกรรมที่ฝึกทักษะ รายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4.11 แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะการเข้าถึง

| ผลการประเมินทักษะการเข้าถึง | |
|--|---|
| ข้อดี | ข้อเสนอแนะ |
| อธิบายนำฟัง | ให้ผู้ร่วมกิจกรรมเยอะกว่า จะสนุกมากขึ้น |
| ความรู้เพิ่มขึ้น | อธิบายไม่ยาว |
| ได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี | ถ้าเพิ่มการเข้าถึงให้มากกว่านี้ได้ จะเข้าใจมากขึ้น |
| ทำให้ได้วิเคราะห์ แยกแยะการเข้าใจเรื่องเพศ | อธิบายเข้าใจมาก |
| เป็นกิจกรรมที่ดี เรียนรู้เข้าใจ | จะดีกว่านี้ ถ้ามีการเอนเตอร์เทน ทำให้สนุก ไม่น่าเบื่อ |
| เป็นกิจกรรมที่ทำให้เข้าใจความหมายการเข้าถึง โดยทดลองให้ได้ลองทำจริง และสิ่งนั้น สามารถนำไปใช้ได้จริง | บางช่วงของกิจกรรมเงียบไป |
| เป็นกิจกรรมที่ดีได้รับความรู้จากวิทยากร | กิจกรรมนี้มีความหลากหลายในการปฏิบัติมากกว่านี้ |

จากตารางกลุ่มตัวอย่าง ให้คำชื่นชมและให้ข้อเสนอแนะถึงความรู้ ที่อยากให้เพิ่มขึ้นและรูปแบบกิจกรรม โดยอิสระ ไม่เขียนหลังจากจบกิจกรรม เพื่อไม่ให้ลืมนและไม่ต้องระบุชื่อของผู้เขียนลงในกระดาษ

ตารางที่ 4.12 แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะการสร้างความเข้าใจ

| ผลการประเมินทักษะการเข้าใจ | |
|--|---|
| ข้อดี | ข้อเสนอแนะ |
| ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค | พูดทีละคน |
| ได้รับความรู้ใหม่ มีความเข้าใจมากขึ้น | อยากได้เพลงเพราะๆ |
| ได้รับความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น | รูปน่ากลัวไป อยากให้จำลองจากสถานการณ์ |
| อธิบายรายละเอียด เข้าใจง่าย | อธิบายให้ง่ายกว่านี้ |
| กิจกรรมดี เรียนรู้เข้าใจ สามารถใช้ในชีวิตรประจำวัน | มีการเล่นเกมสนุก |
| เข้าใจในเรื่องที่มันงง | เวลาในการอธิบายโรคต่างๆ อาจจะลงรายละเอียด |
| ให้ความรู้ในสิ่งที่เราไม่เคยรู้มาก่อน และสามารถ | มากกว่านี้ |
| นำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้ | ถ้าสามารถจัดให้เด็กมาร่วมกิจกรรมเยอะกว่า จะดี |
| ให้ได้ภาพที่ชัดเจน ทำให้เข้าใจได้ง่าย | มาก |
| เข้าใจง่าย ไม่งง | มีกิจกรรมสนุก |
| สอนได้เข้าใจดีมาก | |
| สื่อการสอนดี เข้าใจง่ายเรื่องเกี่ยวกับโรคทาง | |
| เพศสัมพันธ์ | |

ข้อเสนอแนะจากการฝึกทักษะ

- ควรชี้แจงให้ชัดเจน ก่อนแบ่งกลุ่ม หรือแจกบัตรภาพ
- กลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ความสนใจไม่เหมือนกัน
- สัดส่วนความรู้ อย่าเกิน ๕๐ % สัดส่วนทักษะต้องมากขึ้นด้วย
- การคัดกรอง STIs แต่ไม่เห็นเรื่องการตรวจ HIV มีผลต่อการตัดสินใจในการไปตรวจใหม่มีข้อมูลที่ทำให้เข้าใจผิด แล้วตัดสินใจไม่ไปตรวจ ควรบอกกระบวนการและขั้นตอนในการไปตรวจ HIV ให้ครบ
- ใช้รูป และอาการ เท่านั้น

ตารางที่ 4.13 แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะไต่ถาม

| ผลการประเมินทักษะการไต่ถาม | |
|--|---|
| ข้อดี | ข้อเสนอแนะ |
| มีความเข้าใจมากขึ้น | ถ้าไม่อธิบายยาวไป |
| มีความรู้ และความเข้าใจในการไต่ตรง | ถ้ามีเพื่อนๆ เยอะกว่านี้ และปล่อยกลับบ้านเร็วกว่า |
| ทำให้รู้จักวิธีการตั้งคำถามที่ถูกต้องและครอบคลุม | นี้ |
| วิธีการตั้งคำถามในหลายๆแบบ | กิจกรรมนานเกินไป |
| พูดเข้าใจง่าย | ใช้เวลาให้เหมาะสม เพราะเวลาเกิน |
| สนุก ชอบ | ใช้เวลาน้อย |
| พัฒนาความคิดและการตั้งคำถาม | ถ้าตามกระบวนการอาจจะยังไม่ชัดเจน |
| เข้าใจยาก แต่ความรู้เยอะ นำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน | |

การใช้ความคิดดี แต่ยากไป
มีการให้ความรู้ในสิ่งที่ยังไม่เคยรู้มาก่อน
เป็นคำถามที่เพิ่มความเข้าใจ

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างไม่ชอบรูปแบบกิจกรรมที่บรรยายมากเกินไป อยากให้ใช้สื่อ หนังสือนำ เป็นตัวนำ ให้ใช้คำถามแทน การวิเคราะห์การใช้คำถาม ๕ คำถาม ให้แยกแยะประเภทของคำถาม วิทยากรแจกเกณฑ์ หรือคะแนนของข้อคำถาม เพื่อเรียนรู้และแบ่งปัน กิจกรรมการจับคู่ และตั้งสถานการณ์ ตามโจทย์ เพื่อฝึกการตั้งคำถาม การประเมินคำถาม ว่าอะไรดีหรือไม่ดี ไม่ควรถามเรื่องส่วนตัวอีกฝ่ายไม่ยากตอบ

ตารางที่ 4.14 แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะตัดสินใจ

| ผลการประเมินทักษะการตัดสินใจ | |
|--|--|
| ข้อดี | ข้อเสนอแนะ |
| สนุก ได้รับความรู้ | ถ้าปัญหาที่พบไม่ยุ่งยากมากเกินไปและไม่มอง |
| ตัดสินใจได้ ดีขึ้น รู้วิธีการดำเนินการได้ด้วยตนเอง | เพิ่มเวลามากขึ้น |
| ได้ความรู้ | เวลาในการใช้ความคิดหรือลองทำน้อย |
| สนุกกระบวนการ | จะดีกว่านี้ อาจารย์จะมีวิธีพูดให้เครียดน้อยกว่านี้ |
| เข้าใจง่าย ช่วยตัดสินใจได้อย่างแน่ใจ | อยากให้เสนอแนะแนวทางในการตัดสินใจให้คม |
| ฝึกการตัดสินใจให้เฉียบขาดและตรงประเด็นมากขึ้น | ยิ่งขึ้น เพื่อสามารถดำเนินการตัดสินใจได้ดีขึ้น |
| ได้การตัดสินใจเอง ทำให้ได้ลองจริงๆ | |
| ให้วิธีการคิดของเราได้อย่างดี และให้วิธีการคิด | |
| ชัดเจน | |
| สามารถตัดสินใจได้ว่า เขาควรทำอะไร ที่จะ | |
| แก้ปัญหาได้ | |
| สนุก ได้เรียนรู้ข้อดี ข้อเสีย รู้วิธีการเลือก | |

ข้อเสนอแนะทักษะการตัดสินใจ กิจกรรมนี้แบ่งออกเป็น 3 สถานะ

สถานะ ๑ มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ ปัสสาวะแสบขัด คุณจะทำอะไร

สถานะ ๒ ถ้าคุณใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คุณจะทำอะไร

สถานะ ๓ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ แล้วถุงยางอนามัยแตก คุณจะทำอะไร

๑. การแบ่งกลุ่ม การชี้แจงกลุ่ม ก่อนให้เกิดความเข้าใจ แล้วจึงแบ่งกลุ่ม
 ๒. การชี้แจงในกลุ่มย่อย ขอให้ฟังการชี้แจงให้ชัดเจนก่อน
 ๓. การบอกเวลา อย่างต่อเนื่อง ทำให้รู้
 ๔. เสนอการแสดงบทบาทสมมุติ Role play ให้เห็นภาพ (MSM)
 ๕. อย่าใส่เหตุการณ์ใหม่ อย่าแตกประเด็น ต้องส่งไปที่ทักษะสุดท้าย ให้ได้
- กิจกรรมนี้ ต้องสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัว

ตารางที่ 4.15 แสดงการประเมินความพึงพอใจทักษะการนำไปใช้

| ผลการประเมินทักษะการนำไปใช้ | |
|---|--|
| ข้อดี | ข้อเสนอแนะ |
| <p>เข้าใจง่าย</p> <p>สามารถนำสิ่งที่อบรมไปใช้ในชีวิตได้</p> <p>มีความรู้มากขึ้น มีที่ปรึกษาแนะนำ</p> <p>ให้ข้อคิดดีๆ ที่เราไม่สามารถรู้</p> <p>ทำให้ได้รู้กระบวนการต่างๆ หรือส่วนละเอียดในบางเรื่องเกี่ยวกับการตรวจ HIV</p> <p>ได้ความรู้ในการวางแผนและเข้าตรวจในโรงพยาบาล</p> <p>สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้</p> <p>เข้าใจง่าย</p> | <p>ค่อนข้างวิชาการ</p> <p>เวลาในการทำกิจกรรมน้อย</p> |

ข้อเสนอแนะ อยากให้มีเงื่อนไขที่หลากหลาย แต่ทำไมตัดสินใจไปตรวจ และอุปสรรคในการไปตรวจเลือด อยากฟังเสียงที่หลากหลายมุมมองของกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย ไม่ใช่ฟิลิปชาร์คอย่างเดียว ขอให้มีความหลากหลายมากขึ้น ควรเพิ่มเวลาให้มากขึ้น

บทที่ 5

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามโมเดล Kirkpatrick โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินรูปแบบกิจกรรมในคู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและเพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงของทักษะ 5 ทักษะ ในแต่ละกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายก่อนและหลังร่วมการฝึกการเรียนรู้ตามกระบวนการของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ขอบเขตการศึกษาภายใต้แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายของกลุ่มเป้าหมายชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีข้อจำกัดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี พ.ศ.2563 ใช้รูปแบบการประเมินผล ตามโมเดล Kirkpatrick เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data) เริ่มศึกษากระบวนการแนวความคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินงานระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2563 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เลือกจากประชากรที่ศึกษา ด้วยมีการประสานงานและคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่จังหวัดลพบุรี เนื่องจากมีเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ทำงานในกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ และวิทยาการในเรื่องการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 13 คน

กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่จากองค์กรที่ทำงานกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 3 บุคลากรที่ทำงานด้านเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดลพบุรี จำนวน 5 คน

รวมกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสิ้น 20 คน

โดยมีเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบประเมิน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. แบบบันทึกกิจกรรม สิ่งที่ดีในกิจกรรมฝึกทักษะและสิ่งที่ควรปรับปรุง

3. แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประเมินประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามลักษณะที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การประเมิน และขั้นตอนการดำเนินการประเมิน การเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลกับทีมวิทยากรฯ ผู้ประเมินมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างความเข้าใจ ผู้ประเมินจัดอบรมทีมวิทยากร

ขั้นตอนที่ 2 จัดกระบวนการ ผู้ประเมินมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกับทีมวิทยากรฯ ในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดขึ้นในกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) โดยกระบวนการ มี 5 ทักษะ คือ (1) ทักษะการเข้าถึง (2) ทักษะการสร้าง
ความเข้าใจ (3) ทักษะการไต่ถาม (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) ทักษะการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนและสรุปผล ผู้ประเมินประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการบันทึกในแบบบันทึก
กิจกรรมร่วมกับทีมวิทยากรฯ จำนวน 2 ครั้ง คือระหว่างการทำนิทรรศการ และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน เพื่อ
ทบทวนกระบวนการ ตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของข้อมูลที่บันทึกไว้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปร
รายกลุ่ม ด้วยสถิติ paired t –test และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการตรวจสอบข้อมูล
แบบสามเส้า (Triangulation) และวิเคราะห์ประเด็นที่บันทึก

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การศึกษา

1. ความเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนอง (reaction) การเรียนรู้ (learning) การเปลี่ยนแปลงทาง
พฤติกรรม (behavior change) และผลลัพธ์ (results) ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการสร้างเสริมความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ

1.1 การตอบสนอง (reaction)

1.1.1 แนวความคิดของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ข้อมูลจากแบบบันทึกกิจกรรม พบว่า
กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีการเปลี่ยนแปลงด้านทักษะ 5 ทักษะ ก่อนและหลังการเข้ารับการอบรม ได้แก่
แนวคิดในการเรียนรู้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งถือเป็นการแสดงออกทางบวก (positive reaction) มีส่วนร่วม
ในกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ กล่าวว่า เป็นเรื่องใกล้ตัว สามารถเอาไปปรับใช้ในการ
บอกต่อเพื่อนๆ

1.1.2 ทศนคติของผู้เกี่ยวข้อง ในการศึกษานี้ มีการสัมภาษณ์ครูผู้สอน แกนนำที่ทำงานกับ
กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า
กลุ่มเป้าหมาย มีทัศนคติในเชิงบวกต่อกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมาย อื่นๆ เข้าร่วมกิจกรรม และ
ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่อไป ซึ่งถือเป็นการแสดงออกทางบวก ไม่พบแสดงออกทางลบ นอกจากอยากให้
ใช้เวลามากขึ้น ในการเรียนรู้แต่ละทักษะ ดังตัวอย่าง

ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กล่าวว่า “ รู้สึกดีใจที่ได้มาอบรม เพราะเรื่องพวกนี้เป็นเรื่องใกล้
ตัวของพวกเราส่วนใหญ่ที่เราเจอเพื่อนๆที่มีความเสี่ยงบ้างจะได้นำความรู้ที่ได้ไปบอกเพื่อน พี่น้องที่ โรงเรียน
ส่วนตัวชอบทักษะการไต่ถามเพราะได้กระบวนการคิดการถามคำถาม เพื่อใช้ในการทำงานจริงๆว่าทำอย่างไร
เมื่อมีอาการแล้ว สมมุติเรามีเชื้อแล้วควรจะทำอย่างไรต่อ การอบรมในครั้งนี้ทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริง
น่าจะเป็นทักษะสุดท้ายคือทักษะการนำไปใช้ ถ้าเมื่อเราเจอกับตัวเราจะได้วางแผนสมมุติว่าเรามีเชื้อแล้วหรือ
เรามี ความเสี่ยงไม่ใช้ถุงยางอนามัยเราควรจะไปตรวจเลือดยังไง จะไปโรงพยาบาลแล้วควรทำอย่างไร”

1.2 การเรียนรู้ (learning)

1.2.1 การรับรู้แนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้กลุ่มชาย
มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพิ่มขึ้น จากก่อนการอบรม ค่าเฉลี่ย 11.23 เป็นหลังการอบรม ค่าเฉลี่ย 15.92

1.2.2 ทักษะที่สำคัญในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า การวัดและประเมินความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 40 ข้อ เมื่อวิเคราะห์และประเมินความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 136 – 160 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 112 – 135 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 40 – 111 คะแนน ผลการวิเคราะห์ ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 125.08 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.46 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 30.77 หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 128.92 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.08 ไม่มีผู้อยู่ในระดับต่ำ

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) ได้แก่ ระดับพฤติกรรมกำบังกัน และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวัดและประเมินพฤติกรรมการกำบังกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 – 20 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมการกำบังกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 16 – 20 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12 – 15 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 11 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำบังกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 11.23 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำบังกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 15.92 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ

1.4 ผลลัพธ์ (results) ระดับพฤติกรรมการกำบังกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำบังกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งสิ้น 20 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำบังกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 11.23 (SD 5.86) หลังการเรียนรู้ เท่ากับ 15.92 (SD 4.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำบังกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกัน เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$)

กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ได้เห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม และกระบวนการฝึกทักษะช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถนำไปปรับใช้ได้ในชีวิตประจำวัน ดังตัวอย่าง

ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กล่าวว่า “กิจกรรมให้เรา นำความรู้ในเชิงปฏิบัติและเชิงทฤษฎีเพื่อมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน คนที่ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ จะมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแนวทางการรักษา กิจกรรมนี้ทำให้ได้รู้การปฏิบัติตัวในสังคมได้ จากการอบรมสามารถนำไปใช้ในการแนะนำคนอื่น ตนเอง เพื่อน หรือคนที่ต้องการคำปรึกษา การอบรมครั้งนี้ใน 2 วัน ถือว่าได้ประโยชน์กับทุกๆคนรวมทั้งตัวเองด้วย ใน 5 ทักษะนี้คิดว่าทักษะที่จำเป็นก็คือทักษะการตัดสินใจ เพราะการตัดสินใจไม่ดีหรือความหนักแน่นไม่เพียงพอ ผลที่เกิดตามมาอาจจะผิดพลาดได้ การตัดสินใจที่แน่น จะทำให้เรามีวิธีการจัดการกับตนเอง มีการตัดสินใจที่ดี ผลดีจะเกิดกับตัวเราถือว่าเป็นทักษะที่ดี”

ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กล่าวว่า “ชอบทักษะการไต่ถามเพราะได้กระบวนการคิดการถามคำถาม เพื่อใช้ในการทำจริงๆว่าทำอะไรเมื่อมีอาการแล้ว สมมุติเรามีเชื้อแล้วควรจะทำอย่างไรต่อ การอบรมในครั้งนี้ ทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริง น่าจะเป็นทักษะสุดท้าย คือทักษะการนำไปใช้ ถ้าเมื่อเราเจอกับตัวเราจะได้วางแผน สมมุติว่าเรามีเชื้อแล้วหรือเรามี ความเสี่ยงไม่ใช้ถุงยางอนามัยเราควรจะไปตรวจเลือดดองใจจะไปโรงพยาบาลแล้วควรทำอย่างไร”

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามโมเดล Kirkpatrick โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อประเมินรูปแบบกิจกรรมในคู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และเพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงของทักษะ 5 ทักษะ ในแต่ละกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายก่อนและหลังร่วมการฝึกการเรียนรู้ตามกระบวนการของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 13 คน เจ้าหน้าที่จากองค์กรที่ทำงานกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 2 คน และบุคลากรที่ทำงานด้านเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดลพบุรี จำนวน 5 คน ที่ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลการประเมินฯให้ข้อมูล 4 ด้านคือ (1) การตอบสนอง (reaction) ได้แก่ แนวความคิด และทัศนคติ (2) การเรียนรู้ (learning) ได้แก่ การสร้างเสริมความรอบรู้ทักษะสำคัญๆ เช่น ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ (3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ และ (4) ผลลัพธ์ (results) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นและมีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(HIV&STIs Literacy) การตอบสนอง (reaction) แนวความคิดของกลุ่มเป้าหมายโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยแบบบันทึกกิจกรรม การแสดงออกทางบวกและทางลบ (positive & negative reaction) พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีทัศนคติและการยอมรับกระบวนการของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ทักษะการเรียนรู้ (learning) ทักษะที่สำคัญๆ 5 ทักษะ อันได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้) และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) พฤติกรรมเป้าหมาย ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีคำแนะนำเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อ

เอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกัน เพิ่มสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$) รูปแบบการประเมินนี้สามารถให้ข้อมูลและมุมมองที่รอบด้านมากขึ้น สำหรับใช้พัฒนากระบวนการฯ เพื่อให้กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษา สอดคล้องกับ การศึกษาของ ภรท สุฝน (2562) ที่ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 องค์ประกอบ คือ เข้าถึง เข้าใจ ใต้อาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี 5 ด้าน แบบประเมินความรอบรู้ก่อน-หลัง แบบประเมินความพึงพอใจ หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. มีระดับความรอบรู้โดยรวม ในระดับไม่พอเพียงมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.50 และระดับพอเพียง ร้อยละ 12.50 และหลังการอบรมตามโปรแกรม พบว่า อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับความรอบรู้ดีขึ้น โดยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.50 และ ระดับพอเพียง ร้อยละ 57.50 ผลการเปลี่ยนแปลงด้านทักษะ และมีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรท สุฝน (2562) พบว่า นอกจากนี้โปรแกรมฯ นี้ยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถและทักษะการใช้คำถามการซักถามที่เป็นประโยชน์และช่วยในการตัดสินใจ และการนำไปใช้เตือนตนเอง กำกับตนเองในการลดการรังเกียจตีตราต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชน ส่งผลดีต่อการนำไปใช้ได้จริงในชุมชนโดยเริ่มจากการเตือนตนเอง กำกับตนเอง และขยายผลในครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ มากฤษุธรและคณะ (2564) ได้ศึกษาและพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี โดยใช้กระบวนการในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับวิธีการในการเตรียมตัวของทีมวิทยากร และการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ร่วมกัน ในส่วนของพฤติกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมที่ติดอยู่แล้ว ดังนั้น กระบวนการนี้จึงควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ในระดับบุคคลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และครบถ้วนทุกทักษะ รวมถึงการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ เช่น นโยบาย สื่อความรู้ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล เป็นต้น และควรมีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในระยะยาว รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร ภิโยทัย (2564) ที่มีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้นจาก 132.63 คะแนน เป็น 155.58 คะแนน และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบกิจกรรมนี้ สามารถพัฒนาทักษะการ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Goldgruber & Ahrens (2010) ที่พบว่า การใช้กิจกรรมอย่างหลากหลาย โดยเน้นการสร้างการเรียนรู้ที่ดี จะช่วยพัฒนาพฤติกรรมและทำให้กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมีสุขภาพดี Egan et al. (Egan M, Bambra C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M, Thomson H., 2007) ผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น กล่าวได้ว่ากระบวนการสร้างเสริมด้านสุขภาพด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมี

เพศสัมพันธ์กับชาย ตามระยะเวลาที่กำหนด การประเมินผลตามโมเดล Kirkpatrick (Kirkpatrick D.L., 1999) ชี้ให้เห็นว่า การจัดกระบวนการฯ เพื่อพัฒนาทักษะตามแนวคิดของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยทีมวิทยากร ทีมแกนนำที่รับผิดชอบกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีพื้นฐานความรู้และทักษะ ด้านการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้สามารถเรียนรู้ได้เร็ว ประกอบกับมีการเรียนรู้ร่วมกับเพื่อน ร่วมสถานศึกษา และเพื่อนในต่างสถานศึกษาซึ่ง

จากการทบทวนการนำองค์ความรู้ในเรื่องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพมาปรับใช้ในการ ป้องกันควบคุมโรค ในระบบบริการสุขภาพยังมีจำนวนไม่มากนัก จากการทบทวนข้อมูล งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เป็นการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดทำคู่มือกระบวนการสร้าง

เสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์, 2562) การจัดทำ Key message (กรมอนามัย, 2561) ในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การ ประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย (สำนักสื่อสาร ความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2564) ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 กองสุขศึกษา กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ (2560) และรายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) เป็นต้น

การพัฒนาและส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีด ความสามารถในระดับบุคคลในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการ จัดการโรคเรื้อรัง โรคติดต่อ โดยเฉพาะ โรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่กำลังเป็นปัญหาคุกคามระดับโลกเช่น กามโรค ซิฟิลิส และเอชไอวี เป็นกลยุทธ์ที่ สำคัญในการยุติปัญหาเอดส์ ซึ่งเป็นเป้าหมายในการดำเนินงาน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทักษะส่วนบุคคล เท่านั้น ซึ่งบริบท พื้นฐานขององค์กรที่ทำงานกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายแต่ละแห่ง มีคุณลักษณะที่แตกต่างกันบ้าง เช่น สภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย บริบทของกลุ่มเป้าหมาย พื้นฐานความรู้ความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมาย การ สนับสนุนจากผู้บริหารโรงเรียน และผู้เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ครูผู้สอน เป็นต้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ Wawrzyniak และคณะ (2013) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ สุขภาพเพียงพอจะมีการดูแลตนเองได้ดี เช่น สามารถติดตามสถานร่างกายของตนเองจากการดูข้อมูล CD4 และประเมินสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งมีการเข้ารับบริการจากสถานบริการมากกว่าคนที่มีความรอบรู้สุขภาพ ระดับต่ำในประเด็นเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนผู้ที่มีระดับความรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรค เอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีไม่มีโรคแทรกซ้อนที่อันตรายต่อสุขภาพ

ทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันได้ ทั้งนี้จึงต้องอาศัยการวางแผน การเตรียมทีมวิทยากร สื่อ ประกอบการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมวิทยากรกระบวนการอย่างสม่ำเสมอ ในการปรับแผนการดำเนินงานและการเลือกใช้กิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยอาศัยการพัฒนา

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและระบบการจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่ง เช่น องค์การภาคประชาสังคมในพื้นที่ และการพัฒนาทักษะของกลุ่มเป้าหมาย ที่ทำงานร่วมกันอยู่ในองค์กรอีกส่วนหนึ่ง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1) ควรมุ่งเน้นในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเรื่องสุขภาพ เป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงานที่ยั่งยืน ซึ่งจะสอดคล้องกับแผนแม่บท ในการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต แผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ในการปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนสอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน รวมถึงส่งผลต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ของกรมควบคุมโรค คือ ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากล ภายในปีพ.ศ. 2580 ทั้งนี้จากผลการศึกษา พบว่าการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินการกับโรคติดต่อ เช่น เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งไวรัสตับอักเสบบีและซี ที่เป็นภารกิจของหน่วยงานในกรมควบคุมโรค เพื่อมุ่งเน้นการสร้างทักษะเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ คือ การสร้างให้กลุ่มเป้าหมายมีความสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเข้าถึงได้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ เพื่อปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อย่างแท้จริงมากกว่าการให้ข้อมูลความรู้แบบบรรยาย อภิปราย เป็นต้น

2) ด้านเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข ควรปรับหลักการของการสร้างเสริมความรู้ มาดำเนินการพัฒนาข้อมูลด้านสุขภาพและการจัดบริการในสถานบริการสาธารณสุขให้เป็นลักษณะประชาชนหรือ กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพเป็นศูนย์กลาง โดยสนับสนุนการเรียนรู้/การศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต และมีการพัฒนาทักษะ เพื่อก่อให้เกิดการมีสุขภาพดี เพื่อป้องกันโรคเรื้อรังโรคติดต่อ และภัยสุขภาพ ผลที่เกิดขึ้นตามกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามโมเดล Kirkpatrick ในกลุ่มเป้าหมาย ในระดับพื้นที่ ได้อาศัยการสร้างให้เกิดการรับรู้ผ่านกระบวนการฯ อย่างมีขั้นตอน โดยพัฒนาความสามารถและทักษะ ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการทำงานเพื่อยุติปัญหาเอ็ดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แก่กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการในทักษะด้านต่างๆ ทั้งนี้จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3) การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล ต้องมีการปรับสภาพแวดล้อมและนโยบาย ให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน โมเดล Kirkpatrick จะช่วยทำให้เกิดการรวบรวมข้อมูลด้วยมุมมองที่รอบด้านมากขึ้น ทำให้ได้มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการทำงาน มีการตรวจสอบ แลกเปลี่ยนข้อมูล และทบทวนสิ่งที่ได้พัฒนาขึ้น นำข้อมูลต่างๆ มาปรับกิจกรรมเพื่อให้เกิดความชัดเจน ดังนั้น รูปแบบการประเมินนี้จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการออกแบบกิจกรรม ให้มีความสมบูรณ์ สำหรับการพัฒนาระบบการฯ การพัฒนาทักษะ และสรุปผลการดำเนินงานในการจัดกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy)

5.3.2 ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

- 1) ควรนำองค์ความรู้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาใช้ในงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้ประชาชนมีทักษะที่สามารถใช้ในการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกับกลุ่มเป้าหมาย
- 2) ควรจัดระเบียบวิธีการบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจแบบง่ายๆ ไม่ซับซ้อนและนำไปใช้ในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- 3) หน่วยบริการสุขภาพ ควรมีการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่ายขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงจากการให้บริการสุขภาพ
- 4) การดำเนินงานควรเริ่มจากพัฒนาคนทำงานไปสู่องค์กร เพื่อให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนแบบสนทนาแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม การเปิดโอกาสให้มีการถามและควรสำรวจเพื่อค้นหาแนวทางใหม่ๆที่สร้างเสริมการเรียนรู้ เพื่อไปสู่ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพได้มากขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2561). *Health Literacy 66 key message เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน*. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2563, <https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/health-literacy-66-key-message/>
- กรมอนามัย. (2563). *ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)*. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2563, http://planning.anamai.moph.go.th/main.php?filename=data_hl
- กองสุศึกษา. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ประจำปีงบประมาณ 2560*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสุศึกษา. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2561*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมควบคุมโรค. (2563). *คู่มือการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy)*. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2563, <http://ddc.moph.go.th/das/>
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). *ความรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยและนิยาม*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (มกราคม 2562). *ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ใน การประชุม คณะทำงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในงานป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ*. กรมควบคุมโรค, กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2560). *ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573*. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ป จำกัด.
- จุฑามาศ มากบุญชร, นุชนารถ แก้วดำเกิง, สิริพร ภิโยทัย, ศิริกุล ชัยเจริญ, เบญจมาศ ใจงาม, ภัทร์ศยามุกติมาศ, และเกศณี เขียนวาริ. (2564). *ผลการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี*. *วารสารโรคเอดส์*, 34(1): 1-19.
- ชนัญญา คุ่มครอง, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพูลสุข เจนพานิชย์. (2557). *ความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(2): 211-28.
- ภรท สุฝน. (2563). *ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน*. *วารสารโรคเอดส์*, 32(1): 1-14.
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง*. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1): 37-51.
- พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, สัญญา สุขขำ, และเพ็ชรน้อย ศรีผดผ่อง. (2564). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 4(1): 37-51.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- มลินี สมภพเจริญ. (2564). *การสำรวจและศึกษารูปแบบการสื่อสารด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี*. (ม.ป.พ.)
- วิมล โรมา. กรมอนามัย. (2563). *การสร้าง Health literacy ในชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2563, <http://www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint/HLC.pdf>.
- วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณิชานารี เอมยงค์, นริมาลย์ นิละไพจิตร, สายชล คล้อยเอี่ยม, และมุกดา สำนวนกลาง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2560). *การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1)*. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2563, <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4926?locale-attribute=th>
- วุฒิพงษ์ ธนะขำว้าง. (2564). ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามแฉก โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(1): 87-97.
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรค.(2564).การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขงประชาชนไทย ปี 2564.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เอสอ็อปเซ็ท กราฟฟิค ดีไซน์.
- สิริพร ภัยโยทัย. (2564). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน. *วารสารโรคเอดส์*, 33(3): 111-22.
- เสาวภา ดงหงษ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(2): 13-23.
- Bandura, A (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychology Review*,84,191-215.
- Egan M, Bambra C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M, & Thomson H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. *J Epidemiol Community Health*, 61(11): 945-54. DOI: 10.1136/jech.2006.054965
- Fisher J. D., Fisher, W. A, Bryan, A.D. & Misovich, S.J. (2002). Information Motivation Behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for innercityhighschool youth. *Health psychology*, 21(2): 177-86.
- Goldgruber J, & Ahrens D. (2010). Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions. *J Public Health*, 18(1): 75-88.
- Kickbusch I., Pelikan M.j., Apfel F., & Tsouros A. (2013). *The solid facts Health Literacy*. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe.
- Kirkpatrick D.L. (1999). *Kirkpatrick's learning and training evaluation theory*. University of Wisconsin, US.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3): 259-67.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12): 2072-78.
- Wawrzyniak A. J., Ownby R. L., McCoy K., & Waldrop-Valverde, D. (2013). Health literacy: impact on the health of HIV-infected individuals. *Current HIV/AIDS reports*, 10(4), 295–304. <https://doi.org/10.1007/s11904-013-0178-4>.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization: Geneva. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

ภาคผนวก

แบบประเมินความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ตามกลุ่มประชากรเป้าหมายในระดับพื้นที่ ครั้งที่ 2
วันที่ 18-19 มิถุนายน 2563 ณ ห้องประชุมโรงเรียนพิบูลวิทยาลัย จังหวัดลพบุรี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ หรือให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

1. เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

[] เคย [] ไม่เคย

2. เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

[] เคย [] ไม่เคย

3. เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

[] เคย [] ไม่เคย

4. ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[]₁ เว็บไซต์ของหน่วยงาน []₂ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูป)

[]₃ ผู้บริหาร/บุคลากรในหน่วยงาน []₄ เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่

[]₅ สื่อวิทยุทัศน์ []₆ อื่นๆ ระบุ.....

5. ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[]₁ สมาร์ทโฟนและสื่อออนไลน์ []₂ เว็บไซต์ผ่านคอมพิวเตอร์ []₃ สื่อบุคคล

[]₄ เอกสาร/สิ่งพิมพ์ []₅ ทีวี []₆ วิทยุ []₇ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในตารางตามความเป็นจริง

| ท่านต้องใช้ความสามารถ ในเรื่องต่อไปนี้ มาก-น้อยเพียงใด | | ระดับความสามารถ | | | |
|--|--|-----------------|------------------------|-------------------------|------------|
| ข้อ | ประเด็นความสามารถและทักษะ | ทำได้ยาก | ทำได้ | ทำได้ | ทำได้ง่าย |
| | | มาก (1) | ค่อนข้าง ยาก (2) | ค่อนข้าง ง่าย (3) | มาก (4) |
| | ทักษะการเข้าถึง | | | | |
| 1 | เมื่อฉันต้องการข้อมูลเรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฉันรู้ว่าจะหาข้อมูลได้จากแหล่งใดหรือหน่วยงานใด | | | | |
| 2 | เมื่อฉันต้องการข้อมูลเรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฉันสามารถค้นหาได้หลายแหล่ง | | | | |
| 3 | เมื่อฉันต้องการข้อมูล เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฉันสามารถค้นหาได้ด้วยตนเองทุกครั้ง | | | | |

| ท่านต้องใช้ความสามารถ ในเรื่องต่อไปนี้ มาก-น้อยเพียงใด | | ระดับความสามารถ | | | |
|--|--|------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| ข้อ | ประเด็นความสามารถและทักษะ | ทำได้ยาก มาก (1) | ทำได้ ค่อนข้าง ยาก (2) | ทำได้ ค่อนข้าง ง่าย (3) | ทำได้ง่าย มาก (4) |
| 4 | เมื่อฉันได้ข้อมูลที่ต้องการแล้ว ฉันคัดเลือกหรือกลั่นกรอง โดยพิจารณาจากชื่อหน่วยงาน/ผู้เขียนที่ได้รับการยอมรับ | | | | |
| 5 | เมื่อฉันได้ข้อมูลที่ต้องการแล้ว ฉันคัดเลือกหรือกลั่นกรอง โดยพิจารณาจากวันเดือนปีที่ระบุไว้ ว่ามีความทันสมัย | | | | |
| 6 | ฉันจะตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องและเป็นจริง) ของข้อมูล ก่อนนำมาใช้หรือเผยแพร่ต่อ | | | | |
| 7 | ข้อมูลที่ฉันนำมาศึกษาทำความเข้าใจ ฉันตรวจสอบได้ว่าข้อมูล มีความสมเหตุสมผล | | | | |
| 8 | ข้อมูลที่ฉันนำไปใช้ในการปฏิบัติตัว ฉันตรวจสอบได้ว่าข้อมูล มีความสมเหตุสมผลก่อนนำมาใช้ | | | | |
| ทักษะการเข้าใจ | | | | | |
| 9 | ฉันสามารถอ่านคำแนะนำ/เนื้อหา เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสื่อความรู้ ของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือได้อย่างเข้าใจ | | | | |
| 10 | ฉันสามารถฟังและเข้าใจคำแนะนำ/เนื้อหา เรื่องการตรวจหาการ ติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสื่อ ความรู้ของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือได้อย่างเข้าใจ | | | | |
| 11 | ฉันสามารถจดจำข้อมูลจากการอ่านหรือฟัง เรื่องการตรวจหาการ ติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสื่อ ความรู้ของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือได้อย่างชัดเจน และครบถ้วน | | | | |
| 12 | ฉันสามารถทำความเข้าใจคำแนะนำ/เนื้อหา เรื่องการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ ได้รับจากหน่วยงานที่น่าเชื่อถือได้ | | | | |
| 13 | ฉันสามารถอ่านคำแนะนำ/เนื้อหา เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ได้รับจาก บุคลากรของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือได้ | | | | |
| 14 | ฉันสามารถฟังและเข้าใจคำแนะนำ/เนื้อหา เรื่องการตรวจหาการ ติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ได้รับ จากบุคลากรของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือได้ | | | | |
| 15 | ฉันสามารถจดจำข้อมูลจากการอ่านหรือฟัง เรื่องการตรวจหาการ ติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือได้ชัดเจน ครบถ้วน | | | | |
| 16 | ฉันสามารถทำความเข้าใจคำแนะนำ/เนื้อหา เรื่องการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือได้ | | | | |

| ท่านต้องใช้ความสามารถในเรื่องต่อไปนี้ มาก-น้อยเพียงใด | | ระดับความสามารถ | | | |
|---|---|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| ข้อ | ประเด็นความสามารถและทักษะ | ทำได้ ยาก มาก (1) | ทำได้ ค่อนข้าง ยาก (2) | ทำได้ ค่อนข้าง ง่าย (3) | ทำได้ ง่าย มาก (4) |
| | ทักษะการไต่ถาม | | | | |
| 17 | ฉันวางแผนในการใช้คำถามไว้เสมอ ก่อนไปพบแพทย์/บุคลากร สาธารณสุข/บุคคลที่เกี่ยวข้อง | | | | |
| 18 | ฉันมีการจัดเตรียมข้อคำถาม (คิด/เขียน) ไว้ล่วงหน้าเสมอ ก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข/บุคคลที่เกี่ยวข้อง | | | | |
| 19 | เมื่อฉันมีข้อสงสัยข้อมูลที่ได้รับ ฉันมีวิธีตั้งคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง | | | | |
| 20 | ฉันมีการใช้คำถามที่จัดเตรียมมากับแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข/ บุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ | | | | |
| 21 | ฉันสามารถส่ง/ฝากคำถามไว้ตามช่องทางที่หน่วยงานจัดไว้ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ต้องการ จนหมดความสงสัย | | | | |
| 22 | ฉันสามารถสอบถามหรือแลกเปลี่ยน เพื่อให้ได้รับข้อมูล/คำตอบ ที่ต้องการ | | | | |
| 23 | ฉันสามารถประเมินคำถาม ได้ว่าดีแล้ว หรือจะต้องปรับปรุง อย่างไร | | | | |
| 24 | ฉันสามารถปรับปรุงคำถามและการใช้คำถาม ให้ดีขึ้นอยู่เสมอ | | | | |
| | ทักษะการตัดสินใจ | | | | |
| 25 | ฉันสามารถระบุประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องทำการตัดสินใจ | | | | |
| 26 | ฉันสามารถกำหนดทางเลือกในประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้อง ตัดสินใจ จนได้ทางเลือกหลายทางเลือก ที่ใช้ปฏิบัติได้จริง | | | | |
| 27 | ฉันมีวิธีให้ได้ทางเลือกใหม่ๆ ที่ใช้ปฏิบัติได้จริง ในการตัดสินใจ | | | | |
| 28 | ฉันสามารถวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย ของวิธีปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม | | | | |
| 29 | ฉันสามารถประเมินได้ว่า วิธีปฏิบัติตัว/ทางเลือกใดดีที่สุดสำหรับ ฉัน | | | | |
| 30 | ฉันตัดสินใจในประเด็นเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยผ่านการคิดพิจารณา มาแล้วเป็นอย่างดี | | | | |
| 31 | ฉันสามารถตัดสินใจในประเด็นเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้อย่างชัดเจน | | | | |
| 32 | ฉันสามารถแจ้ง/บอกผลของการตัดสินใจได้ว่า เลือกแนวทางใด พร้อมเหตุผลที่เหมาะสม | | | | |
| | ทักษะการนำไปใช้ | | | | |
| 33 | ฉันสามารถสังเกตได้ว่า ตัวเองมักจะหลงลืมข้อมูลสำคัญต่างๆ | | | | |
| 34 | ฉันสามารถหาวิธีในการเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูลเกี่ยวกับ | | | | |

| | | | | | |
|---|--|------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| | การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยทำอย่างใดอย่างหนึ่ง (อาทิ เขียนโน้ต จุดในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา ฯลฯ) | | | | |
| ท่านต้องใช้ความสามารถ ในเรื่องต่อไปนี้ มาก-น้อยเพียงใด | | ระดับความสามารถ | | | |
| ข้อ | ประเด็นความสามารถและทักษะ | ทำได้ยาก มาก (1) | ทำได้ ค่อนข้าง ยาก (2) | ทำได้ ค่อนข้าง ง่าย (3) | ทำได้ง่าย มาก (4) |
| 35 | ฉันสามารถหาวิธีเตือนตนเอง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (อาทิ ฝากให้คนอื่นเตือน/บอกญาติ/คนใกล้ชิดให้ช่วยเตือน ฯลฯ) | | | | |
| 36 | ฉันสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเตือนตนเอง ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ อยู่เสมอ เพื่อป้องกันการลืม | | | | |
| 37 | ฉันสามารถจัดการตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัว เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล | | | | |
| 38 | ฉันสามารถใช้วิธีการที่คิดวางแผนไว้ เพื่อเตือนตนเอง ไม่ให้ลืมข้อมูล ได้อย่างต่อเนื่อง | | | | |
| 39 | ฉันสามารถสร้างความมั่นใจในการนำข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไปใช้จริง | | | | |
| 40 | ฉันสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการตนเอง/แผนการ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ เพื่อป้องกันการลืม | | | | |

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในตารางตามความเป็นจริง

| ท่านมีพฤติกรรมต่อไปนี้ มาก-น้อยเพียงใด | | ระดับการปฏิบัติ | | | |
|--|---|---------------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| ข้อ | พฤติกรรม | ไม่เคยอยู่ใน สถานการณ์ ดังกล่าว | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ (ทุกครั้ง) | ปฏิบัติ บางครั้ง (เคยทำบ้าง แต่ไม่ได้ทำ ทุกครั้ง) | ไม่เคย ปฏิบัติเลย (ไม่ทำ เลย) |
| 1 | หากอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ฉันมีการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่เสมอ | | | | |
| 2 | ฉันจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 3 | หากไปมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัย แตก หลุดรั่ว ฉันจะไปตรวจคัด กรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | | | | |
| 4 | หากไปมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัย แตก หลุดรั่ว ฉันจะไปตรวจหาการ ติดเชื้อเอชไอวี | | | | |
| 5 | เมื่อเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว ฉันจะ รอฟังผลเพื่อรับรู้ผลการตรวจของตนเอง | | | | |
| 6 | หากฉันติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอชไอวี ฉันจะบอกคู่ และชวนคู่ไปตรวจ | | | | |
| 7 | หากฉันติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฉันจะ รักษา โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ จน หายขาด | | | | |
| 8 | หากฉันติดเชื้อเอชไอวี ฉันจะเข้าสู่ระบบกา รักษา | | | | |
| 9 | เมื่อมีเพื่อนมาปรึกษาเรื่องการตรวจหาการติด เชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ฉันสามารถให้แนะนำเพื่อนได้อย่างถูกต้อง | | | | |
| 10 | ฉันสามารถชวนเพื่อนไปตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ | | | | |