

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการ การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนเขตเมือง*

Developing model of health promoting behavior in preventing HIV and STDs in the youths in the city*

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2559

Volume 39 No.1 (January-March) 2016

ดวงกมล วัตราคูย์ APN, D.N.S** ฐาปณีย์ น้ำเพชร RN, M.S (nursing)**
สุดประนอม สมันตเวกีน RN, MS physiology** อรุณ ชะวปรีชา RN, MNS.**
Duangkamol Wattradol APN, DNS** Tapanee Numpet RN, M.S (nursing)**
Sudpranorm Smuntavekin RN, M.S.physiology** Oranuch Chaopreecha M.N.S**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV/STDs) ในเยาวชนที่อาศัยในชุมชน 5 แห่งในกรุงเทพมหานคร การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 : ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกัน HIV/STDs ในเยาวชน 700 ราย และสนทนากลุ่มในอาสาสมัคร 150 ราย เยาวชน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่าเยาวชนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV/STDs และทักษะชีวิตในระดับน้อย ปัจจัยที่ส่งผลให้เยาวชนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV/STDs ได้แก่ สื่อทางเพศ สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย และการขาดความเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูบุตร ระยะที่ 2 : พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการ HIV/STDs ได้แก่ 1) ปัจจัยสนับสนุน: สร้างเครือข่ายด้านสุขภาพทุนสนับสนุน และศูนย์เยาวชน 2) การให้ความรู้และฝึกทักษะการป้องกัน HIV/STDs ที่ทันสมัยโดยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัคร ผู้ปกครอง และเยาวชน 3) การติดตามประเมินผลลัพธ์

คำสำคัญ: โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เยาวชน ทักษะชีวิต การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน

Abstract

The purpose of this study was to develop the model of health promotion behavior in preventing HIV / STDs in youths living at five communities in Bangkok. The study was divided in two phases. Phase I: Situational analysis regarding preventing HIV and STDs in 700 youths. Focus group discussions were conducted with 150 volunteers and 150 youths. The results showed that youths had a low level of mean score of behavior and life skill of HIV/STDs prevention. The factors putting youths at risk of HIV/STDs infection were sexual media exposure, the harmful environments, and parents' lack of good intention of childrearing. Phase II: Developing a model of health promotion for HIV/STDs prevention comprised: 1) supporting factors: health networks, budgets, and youth centers, 2) updated education and training of HIV/STDs prevention involving with volunteers, parents, and youths and 3) evaluation of outcomes.

keywords: HIV, sexual transmission disease, youth, life skill, health promotion and prevention

*Research Funding supported by National Research Council of Thailand

**Assistant Professor, the Thai Red Cross College of Nursing

บทนำ

ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทยในปัจจุบัน จากการสำรวจของสำนักกระบาดวิทยา¹ พบว่าเยาวชนมีแนวโน้มของอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องใน 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2550-2554) โดยเฉพาะเมื่อเยาวชนติดเชื้อโรคหนองในแล้วมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นกว่าคนปกติ 3-9 เท่า ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย และพบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชนยังมีระดับต่ำเพียงร้อยละ 46.9 ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชนนอกจากติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ยังพบว่ามียาเสพติดร้อยละ 80 ตั้งครรภ์ไม่พร้อม บางรายตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หรือทำแท้ง ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ปลอดภัย เสี่ยงอันตรายและอาจเสียชีวิตได้ และยังพบว่ามียาเสพติดที่ติดต่อกับการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น

ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเยาวชนวัยเรียนทั้งชาย-หญิงใน 24 จังหวัด ในปี 2556 โดยสำนักกระบาดวิทยา² พบว่าการประสพการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ (อายุเฉลี่ย 17 ปี) เคยมีเพศสัมพันธ์ประมาณร้อยละ 14-31 ในนักเรียนสายอาชีวศึกษา (อายุเฉลี่ย 17 ปี) เคยมีเพศสัมพันธ์ประมาณร้อยละ 29 - 62 นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนชาย และหญิงทุกชั้นปีร้อยละ 10 - 40 ยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ส่วนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยพบว่ามีเพียงร้อยละ 50-70 ของนักเรียนชายให้ประวัติว่าสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิง และมีนักเรียนชาย-หญิงเพียงร้อยละ 10 - 40 สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหรือคนรัก

องค์กรยูนิเซฟ ประเทศไทย³ ได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2558 กรุงเทพมหานครนับว่าเป็นเมืองหนึ่ง

ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกที่เป็นศูนย์กลางของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มเยาวชน โดยพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่อยู่ในกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 15-24 ปี เนื่องจากในปัจจุบันเยาวชนมีช่องทางในเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่าย มีแนวโน้มที่จะถูกชักจูงและมีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยจากการมีคู่นอนหลายคน หรือมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราว เนื่องจากขาดทักษะในการควบคุมความเสี่ยง ไม่ใช่อุปกรณ์อนามัย และมีการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์

ถึงแม้จะมีแผนการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคติดเชื้อเอชไอวีโดยการสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงให้มีการปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย⁴ แต่ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนยังไม่สามารถควบคุมได้ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร⁵ เนื่องจากยังขาดมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถเข้าถึงการตรวจและการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งมาตรการเหล่านี้ควรกำหนดในระดับชุมชน และให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของเยาวชน⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ⁶⁻⁹ พบว่าโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเยาวชนมี 2 กลวิธี ได้แก่ (1) การลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างครอบคลุม (comprehensive risk reduction) และ (2) การให้ความรู้เพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (abstinence) เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การจัดทำโปรแกรมประกอบด้วยหลักสูตรให้ความรู้การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ผลลัพธ์ทางลบในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การฝึกทักษะการปฏิเสธการตีตรา ยาเสพติด การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน โดยจัดเป็น

โปรแกรมสอนในชุมชน และเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลได้แก่วิธีการติดต่อสื่อสารกับบุตรหลาน การกำกับติดตามพฤติกรรมทางเพศของเยาวชน ส่วนการประเมินผลลัพธ์ควรวัดผลลัพธ์ที่พฤติกรรมทางเพศในเยาวชน เช่น การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การลดจำนวนคู่นอน หรือลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เยาวชนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะในการปฏิเสธและมีสมรรถนะในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลมีทักษะในการสื่อสารกับเด็กเพิ่มมากขึ้น ในการจัดโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในต่างประเทศดังกล่าวยังไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาเนื่องจากความแตกต่างในบริบทและวัฒนธรรม

อย่างไรก็ตามการจัดทำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนสำหรับเยาวชนในประเทศที่กำลังพัฒนาโดยเฉพาะชุมชนที่มีเยาวชนอาศัยอยู่หนาแน่นในเขตเมืองหรือกรุงเทพมหานครที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับสูง³ จึงควรมีการดำเนินงานที่มีเป้าหมายไปที่กลุ่มเยาวชนในชุมชนเขตเมืองโดยองค์กรหรือศูนย์สุขภาพในชุมชน มีการจัดโปรแกรมที่ทำให้เกิดความยั่งยืนและได้ผลลัพธ์ที่ดีโดยจัดโครงสร้างในชุมชนให้เป็นระบบ เพื่อให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้สอดคล้องกับความต้องการ ความเชื่อและวัฒนธรรมในชุมชน รวมทั้งควรมีดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ของโปรแกรมอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง¹⁰ ดังนั้นผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในเยาวชนที่อาศัยในชุมชนในกรุงเทพมหานคร โดยให้เยาวชนและประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุความต้องการในการจัดทำรูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของเยาวชนในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้ ความตระหนัก ทักษะชีวิตและความต้องการในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนที่อาศัยในชุมชนเขตเมือง
2. พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนที่อาศัยในชุมชนเขตเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน (community participation) ของ Uphoff¹¹ ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในชุมชน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision-making) ในการริเริ่มว่าจะดำเนินการแก้ไขปัญหามิติใด 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) โดยมีส่วนร่วมในการค้นหาวิธีการในการแก้ไขปัญห และร่วมกันจัดทำโปรแกรมหรือรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการจัดสรรทรัพยากร การประสานงาน และการขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสุขภาพ 3) การได้รับประโยชน์ (benefit) โดยมีส่วนร่วมในรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงานของชุมชนหรือเครือข่าย และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) โดยชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เพื่อประเมินผลการดำเนินโปรแกรมดังกล่าว

นอกจากนี้ควรจัดทำโปรแกรมที่ผู้ให้บริการสุขภาพในฐานะเครือข่ายสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดโครงสร้างที่เป็นระบบในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มีความยั่งยืน สอดคล้องกับความต้องการ ความเชื่อและวัฒนธรรมในชุมชน และมีดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ของโปรแกรมอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง¹⁰

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้การวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิจัยเชิงปริมาณโดยศึกษาความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และทักษะชีวิตในเยาวชน 700 ราย และวิจัยเชิงคุณภาพโดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในเยาวชน 150 ราย และอาสาสมัครในชุมชน 150 รายในชุมชน 5 แห่งใน 5 เขตในกรุงเทพมหานคร เริ่มตั้งแต่ มิถุนายน พ.ศ. 2554 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2555

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาสังเคราะห์รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เริ่มตั้งแต่ มกราคม - ธันวาคม 2556

การวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษา คือ เยาวชน (อายุ 13 – 24 ปี) ในชุมชน 5 แห่งในเขตต่าง ๆ 5 เขตในกรุงเทพมหานครที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับสูง³

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$$

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างเยาวชนที่ไม่ทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของ Cochran¹²

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ, P คือ สัดส่วนของประชากรที่ต้องการสุ่มเท่ากับ 10%

Z คือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 1.96 , d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05

แทนค่า n = $\{ [0.1 * (1-0.1)] * (1.96^2) \} / (.05)^2 = 138$ ราย หรือ 140 ราย

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 5 ชุมชน = 140

X 5 = 700 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเยาวชนในชุมชน 5 ชุมชน ๆ ละ 140 ราย รวม 700 รายโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ใช้การจับสลากตามรายชื่อเยาวชนเพศชายและเพศหญิงอายุ 13 – 24 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย

การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกประชากร 2 กลุ่มได้แก่

1. เยาวชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เยาวชนเพศชายและเพศหญิง อายุ 13 – 24 ปี 2) สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 4) ยังไม่เคยตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ อาศัยใน 5 ชุมชน ๆ ละ 30 ราย รวม 150 ราย

2. อาสาสมัคร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 30 ราย จากชุมชน 5 แห่งในกรุงเทพมหานคร รวม 150 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครชุมชน และ/ หรือผู้นำและกรรมการชุมชนทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุมากกว่า 25 ปี 2) สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย 3) มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและยังไม่เคยตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของเยาวชนและอาสาสมัคร เช่น ระดับการศึกษา รายได้ การใช้เวลาว่าง ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการใช้ถุงยางอนามัย การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมทางเพศ การเข้าถึงสื่อต่างๆ เป็นต้น

2. แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มี 23 ข้อ เป็นคำถามตอบถูกและผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.92 ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนจำนวน 20 ราย และมีค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.78 มีการแปลผลดังนี้ ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 12 มีความรู้ระดับน้อย 12-18 มีความรู้ระดับปานกลาง และ 19-23 มีความรู้ระดับมาก

2) ความตระหนักในตนเอง มี 23 ข้อ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.96 เป็นแบบประเมินใช้ระดับคะแนน 5 ระดับ จาก 1-5 ประกอบด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่มีความคิดเห็น เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.5 หมายถึงระดับน้อย คะแนน 2.5 -3.5 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนน 3.6- 4.5 หมายถึง ระดับมาก คะแนนมากกว่า 4.5 หมายถึงระดับมากที่สุด และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนจำนวน 20 ราย หาความค่าเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

3. แบบประเมินทักษะชีวิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ทักษะในการตัดสินใจแก้ปัญหา และการกล้าปฏิเสธ เป็นแบบประเมินโดยใช้ระดับคะแนน 3 ระดับ ได้แก่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่มีความเห็นได้ 0 คะแนน แบบประเมินทักษะชีวิตนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.96 และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนจำนวน 20 ราย และหาความค่าเที่ยงตรงโดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน เท่ากับ

0.7 ส่วนการแปลผล ถ้าค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 3.5 มีทักษะชีวิตระดับน้อย คะแนน 3.5- 6 มีทักษะชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 7-8 มีทักษะชีวิตระดับมาก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย คณะผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถซักถามรายละเอียด และถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำกลุ่มสนทนา หรือการตอบแบบสอบถามจะไม่มีภาระระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล จะรักษาเป็นความลับและจะทำลายการบันทึกเสียงเพื่อป้องกันการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลให้แก่บุคคลอื่น โดยผู้วิจัยจะเสนอข้อมูลที่เกิดประโยชน์และผลลัพธ์ของการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุที่มาหรือสถานที่ของข้อมูล

การเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยและคณะเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยประสานงานกับผู้นำชุมชนในชุมชน 5 แห่ง เพื่อคัดเลือกเยาวชนและอาสาสมัครตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใน inform consent และในกรณีที่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีให้ผู้ปกครองลงนามอนุญาตในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้เยาวชนและอาสาสมัครตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างเยาวชนตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และทักษะชีวิต

2. ผู้วิจัยเตรียมพร้อมคณะผู้วิจัยโดยจัดประชุมการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพคณะผู้วิจัยก่อนเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชน 5 ชุมชนเพื่อคัดเลือกอาสาสมัครและเยาวชนที่ไม่เคยตอบแบบสอบถามเพื่อทำกลุ่มสนทนา (focus

group discussion) โดยคัดเลือกแกนนำอาสาสมัครใน 5 ชุมชน ทุละ 3 กลุ่ม ทุละ 10 ราย และคัดเลือกเยาวชนใน 5 ชุมชน ทุละ 3 กลุ่ม ทุละ 10 ราย โดยใช้แนวการสนทนาปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง (semi structure interview) และสนทนาเจาะลึกในแต่ละคำถาม เช่น ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนในชุมชนมีอะไรบ้าง สาเหตุและผลลัพธ์ของการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์มีอะไรบ้าง ความต้องการความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนเป็นอย่างไร โดยขออนุญาตอัดเทปในขณะที่ทำกลุ่มสนทนาในบ้านผู้นำชุมชนที่ละชุมชน และถอดเทปคำต่อคำพร้อมกับวิเคราะห์เนื้อหาออกไปทำกลุ่มสนทนาชุมชนต่อไปเพื่อตรวจสอบข้อมูลสามเส้าจากการไปทำกลุ่มสนทนาทั้ง 5 ชุมชนและได้ข้อมูลที่อึดตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทักษะชีวิตในเยาวชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มนำมาถอดเทปคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดใน ระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 สถานการณ์และความต้องการในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การศึกษาค้นนี้มีเยาวชนในชุมชนร้อยละ 65.83 มีอายุระหว่าง 20 -24 ปี (range 13 - 24 ปี, mean = 20.18, SD= 4.23) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.52 กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 20.28 ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.11 ทำงานและจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา เยาวชนร้อยละ 54 ไม่ได้อาศัยกับบิดามารดา เยาวชนใช้เวลาว่างไปที่สถานเริงรมย์ เช่น พับ บาร์ ไนท์คลับ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 62.93 เหตุผลที่ไปเที่ยวสถานเริงรมย์เพราะเพื่อนชวน คิดเป็นร้อยละ 53.88 ส่วนการใช้สื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์นั้น เยาวชนชอบดูภาพการร่วมเพศ คิดเป็นร้อยละ 63.77 โดยร้อยละ 53.3 ดูวิดีโอจากการยืมเพื่อน เยาวชนร้อยละ 60.58 ชอบดูภาพการมีเพศสัมพันธ์/ภาพอนาจารทางเพศจากสื่ออินเทอร์เน็ต และภาพยนตร์ทางโทรศัพท์มือถือ

เยาวชนส่วนใหญ่ร้อยละ 83.65 ให้ข้อมูลว่า เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 13-24 ปี (อายุเฉลี่ย 16.5 ปี, SD = 5.68) โดยมีเพศสัมพันธ์กับคูรัก คิดเป็นร้อยละ 53.52 และมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นร้อยละ 46.48 เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเยาวชนใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 42.11 มีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อมา เยาวชนใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอร้อยละ 66.7 เมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศเยาวชนปรึกษาเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 53.52 ปรึกษาผู้ปกครองและอาจารย์เพียงร้อยละ 25.6

ผลการศึกษาพบว่าเยาวชนส่วนใหญ่ร้อยละ 73.20 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในภาพรวมในระดับน้อย และมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในตนเองในการป้องกันติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับน้อย ส่วนด้านทักษะชีวิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจแก้ปัญหาและทักษะการปฏิเสธอยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความตระหนักในตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และทักษะชีวิต (n=700)

ข้อมูล	min-max	mean	SD.	การแปลผล
1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	5-23	11.50	3.61	ระดับน้อย
2. ความตระหนักในตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	1.83-2.71	1.99	0.32	ระดับน้อย
3. ทักษะการตัดสินใจแก้ปัญหา และการปฏิเสธ	0-7	3.09	.56	ระดับน้อย

เยาวชนมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลการวิจัยนี้พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการสำรวจของกรมควบคุมโรคติดต่อ^{1,2} เยาวชนร้อยละ 54 ไม่ได้อาศัยกับบิดามารดา ประกอบอาชีพและมีรายได้แล้ว ต้องการเป็นอิสระและต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน ๆ รวมทั้งมีความภาคภูมิใจที่ตนเองเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม¹³ จึงมักใช้เวลาว่างในการเที่ยวเตร่สถานเริงรมย์กับเพื่อน ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{3,14} นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนร้อยละ 60.58 ใช้ สื่อต่าง ๆ เช่นอินเทอร์เน็ต ภาพยนตร์ที่มีภาพการร่วมเพศ ซึ่งสื่อทางเพศดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการมีทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชน^{3,15,16}

เยาวชนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 16.17 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจอายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาในปีพ.ศ. 2548 คือ 16.9 ปี¹⁷ และการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 โดยสำนักระบาดวิทยา² นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเยาวชนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 42.11 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเร็วขึ้น

มีพฤติกรรมเสี่ยงและมีแนวโน้มในการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย¹⁻³

จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับน้อย ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 66.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเยาวชนที่ประเทศจีน¹⁸ และในประเทศไทย¹⁹ และพบว่าเยาวชนยังขาดทักษะชีวิตในด้านความตระหนักในการป้องกันตนเอง ขาดทักษะการตัดสินใจ และการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาของ Vuttanont และคณะ²⁰ เนื่องจากค่านิยมและพฤติกรรมของวัยรุ่นคือมีความอยากรู้อยากเห็นทางเพศที่สูงขึ้น และมีการรับรู้ที่สับสนในภาพลักษณ์ของตนเอง ขาดการควบคุมตนเองและมีพฤติกรรมชอบเสี่ยง^{19,20} ส่งผลให้เยาวชนมีทักษะในการตัดสินใจแก้ปัญหาน้อย และบางครั้งไม่สามารถปฏิเสธเพื่อนสนิทที่ชักจูงให้มียุติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน²¹ เมื่อมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์จะปรึกษาเพื่อนมากกว่า บิดามารดาหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขอาจเป็นเพราะสังคมไทยยังมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องปกปิด บิดามารดาไม่ได้อยู่ในยุคที่มีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน จึงไม่สามารถถ่ายทอดวิธีการใช้ถุงยางอนามัยหรือความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาให้บุตรได้^{21, 22}

สาระสำคัญจากการสนทนากลุ่มในอาสาสมัครและเยาวชน

ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 69.20 อายุเฉลี่ย 40.47 (range 26 – 79, SD =13.82) ร้อยละ 52.60 อยู่ในช่วงอายุ 41 – 60 ปี มีสถานภาพคู่ร้อยละ 49.50 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 30.30 อาสาสมัครส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายและกิจการส่วนตัวร้อยละ 62.55 เป็นกรรมการชุมชนร้อยละ 75 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 25 จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย/อาชีวศึกษาร้อยละ 63.22 อาสาสมัครส่วนใหญ่ร้อยละ 75.52 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

ข้อมูลส่วนบุคคลของเยาวชน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 75.60 อายุเฉลี่ย 17.53 (range=16 – 22, SD =6.62) ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 20 จบการศึกษแล้วมีอาชีพรับจ้าง มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 83 อาศัยอยู่กับบิดามารดา

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้นำเนื้อหาสอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์เยาวชนที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน 5 แห่ง โดยวิเคราะห์เนื้อหาหลักได้ 2 Themes ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ชักนำให้เยาวชนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2) ความต้องการในบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ดังนี้

1. ปัจจัยที่ชักนำให้เยาวชนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอช ไอ วี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่

1.1 อิทธิพลจากสื่อและค่านิยมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เยาวชนและอาสาสมัครได้ให้ข้อคิดเห็นว่าสื่อจากแหล่งต่างๆ เช่น สื่อต่างๆ ทางอินเทอร์เน็ตมีส่วนส่งเสริมให้วัยรุ่นหรือเยาวชนเลียนแบบค่านิยม

ที่ไม่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{14,15} ดังคำพูดของอาสาสมัคร

พวกสื่อต่างๆทางอินเทอร์เน็ต มีส่วนกระตุ้นอย่างมากให้วัยรุ่นต้องการมีเพศสัมพันธ์

ตอนนี้เด็กผู้หญิง... บางที่เจอแฟนทางเฟสบุ๊คก็ยอมไปพบแล้วโดนหลอกไปล่อลวง

เด็กผู้หญิงบางคน อยากมีแฟนเหมือนหนังฝรั่ง มีแฟนตอนเรียน แต่พวกนี้บางคนเขา

ก็ไม่ได้ป้องกันนะ..เด็กข้างบ้านเขาก็ท้อง ตอนเรียนไม่รู้ว่าเขาติดเชื้อใหม่ (อาสาสมัคร C 52)

1.2 สิ่งแวดล้อมในชุมชนไม่ปลอดภัย

อาสาสมัครส่วนใหญ่ที่เป็นผู้นำชุมชนและกรรมการชุมชนได้ให้ความคิดเห็นว่าชุมชนมีสถานที่ไม่ปลอดภัยและเป็นแหล่งที่ยั่วยุให้เยาวชนมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ^{19,22-24} จากข้อคิดเห็นของอาสาสมัคร กล่าวว่า

ในชุมชนนี้มีแหล่งอบายมุขที่ไม่ปลอดภัยสำหรับเยาวชน มีพวกผับ บาร์ แหล่งบันเทิง

เยอะแยะที่พวกวัยรุ่นชอบไป บางคนไปเที่ยวหญิงขายบริการ ..บางคนก็ไปขายบริการด้วย

ถ้าเขาไม่ใช้ถุงยางก็เสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีได้เหมือนกัน (อาสาสมัคร A12)

1.3 พ่อแม่ขาดความเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูบุตร อาสาสมัครได้ให้ความคิดเห็นว่า เยาวชนบางคนยังขาดการอบรมเอาใจใส่เสี่ยงดูจากบิดามารดาไม่มีการสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเยาวชนกับผู้ปกครอง ส่วนเยาวชนจะเชื่อเพื่อนมากกว่าบิดา/มารดาหรือผู้ปกครอง อาจส่งผลให้เพื่อนชักจูงให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการติดยาเสพติด^{19,22,24}

ที่ชุมชนนี้เด็กจะมีเป็นกลุ่มๆ และจะเชื่อเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ เพราะพ่อแม่ไม่มีเวลาเลี้ยงดูลูก

ปล่อยปละละเลย ไม่เคยเห็นหน้าลูกเลย เข้ามาวางเงินให้ลูก โอกาสที่จะไปทำอะไร

ผิดพลาดมีมาก เช่น ขยายยา เสพยา มั่วสุมทางเพศก็มีมาก เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (เยาวชน C10)

2. ความต้องการในบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลทั้งเยาวชนและอาสาสมัครได้ระบุความต้องการในการจัดบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สอดคล้องกัน ดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทันสมัย

ผู้ให้ข้อมูลต้องการความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทันสมัยเพื่อสามารถให้คำปรึกษาหรือสังเกตอาการผิดปกติของเยาวชนในชุมชนได้ตั้งคำพูดของอาสาสมัคร

เราต้องการความรู้ที่ทันสมัยว่าเราจะต้องป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคหนองในยังไง มีวิธีการ

สังเกตเด็กในชุมชนอย่างไรว่าเขามีความเสี่ยงเราจะได้ให้คำปรึกษากับพ่อแม่เด็กได้ (อาสาสมัคร C6)

2.2 พัฒนาศักยภาพเยาวชน ผู้ปกครอง อาสาสมัครชุมชน ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้มีโครงการที่ส่งเสริมให้ผู้ปกครองและกลุ่มอาสาสมัครมีความรู้และมาร่วมพัฒนาทักษะเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

อยากให้ทางรัฐให้ความสนใจเกี่ยวกับความสำคัญของครอบครัว อยากให้จัดโครงการส่งเสริมให้พ่อแม่

มีความรู้ในการป้องกันลูก ๆ ของตนเองจากโรคเอดส์ อยากให้เขาแสดงบทบาทและเป็นตัวอย่างที่ดีกับ

ลูก ๆ สอนลูกให้มีพฤติกรรมที่ดี.....พูดคุยกู้ความเข้าใจกับลูกบ้าง..... (เยาวชน B13)

2.3 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับเยาวชน ผู้ให้ข้อมูลต้องการเข้าถึงบริการ

สุขภาพในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับเยาวชน โดยเฉพาะการดูแลด้านโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ ทักษะชีวิต และมีการเข้าถึงถุงยางอนามัยได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

โปรแกรมน่าจะมีการสอนทั้งการป้องกันการตั้งท้องและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้กับวัยรุ่น

อยากให้มีคลินิกฉุกเฉินให้ยาป้องกันตั้งท้อง...แจกถุงยางฟรีในโรงพยาบาลที่ใกล้ ๆ ชุมชน หรือ

ในศูนย์เยาวชน...เขาไม่กล้าไปซื้อถุงยางที่ร้าน..เขาบอกว่าเขาอาย.. (เยาวชน B11)

2.4 ศูนย์เยาวชนและงบประมาณดำเนินการ ผู้ให้ข้อมูลต้องการศูนย์เยาวชนและงบประมาณจากรัฐบาลเพื่อให้เยาวชน และครอบครัวมาทำกิจกรรมร่วมกันในวันหยุดพิเศษ

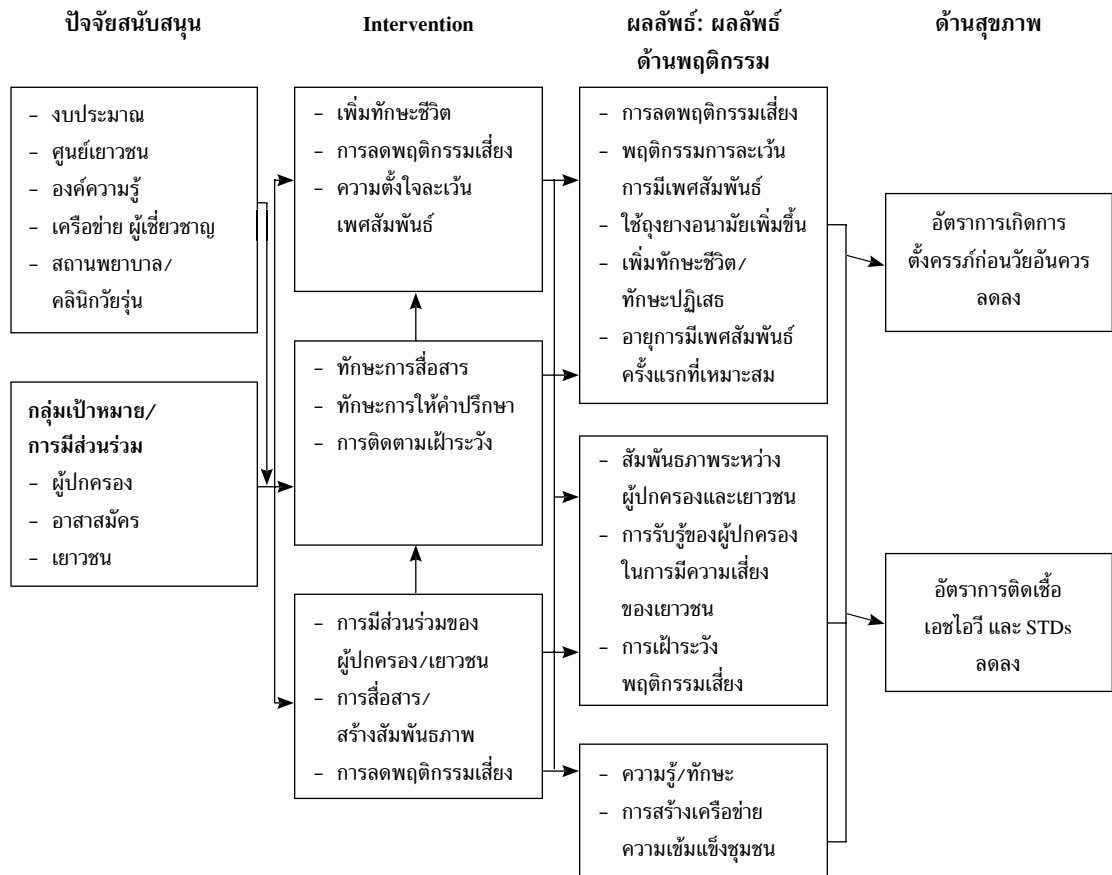
รัฐน่าจะจัดให้มีศูนย์เยาวชนประจำชุมชน..ควรจัดสรรงบประมาณให้เราดำเนินโครงการ..แล้วมีโครงการ

มาอบรมเราให้พ่อแม่เด็ก ให้อาสาสมัครให้เราติดตามเยาวชนในชุมชน น่าจะดี... (อาสาสมัคร E10)

ระยะที่ 2 การพัฒนาและนำเสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมนำสู่การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁶⁻¹¹ (แผนภูมิที่ 1)

1. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ องค์ความรู้และเครือข่ายด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์เยาวชน มีทุนสนับสนุนจากรัฐบาล/องค์กรส่วนท้องถิ่น มีการประสานงานกับสถานพยาบาล ส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การตรวจและรักษา⁷⁻¹¹



แผนภูมิที่ 1: รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. การจัดโปรแกรม (intervention)

มีโปรแกรมการให้ความรู้ ฝึกทักษะแบบมีส่วนร่วมแก่อาสาสมัคร ผู้ปกครอง และเยาวชน เช่น ฝึกทักษะเรื่องการลดพฤติกรรมเสี่ยง การใช้ถุงยางอนามัย ความตั้งใจละเว้นเพศสัมพันธ์ มีทักษะชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ การฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับเยาวชน การติดตามดูแลเยาวชน⁶⁻¹⁰

3. การติดตามประเมินผลลัพธ์การ

ดำเนินโปรแกรม ได้แก่ 3.1) การติดตามผลลัพธ์ในระยะสั้น เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครองและเยาวชน พฤติกรรมการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ทักษะชีวิต พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อายุการมีเพศ

สัมพันธ์ครั้งแรกที่เหมาะสม การสร้างเครือข่ายของอาสาสมัคร/ ครอบครัว ความเข้มแข็งของชุมชน 3.2) การติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น การลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และลดการตั้งครรภ์⁶⁻¹⁰

สรุปและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV/STDs) ในชุมชนนี้พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน โดยมีการประเมินสถานการณ์พบว่าเยาวชนในชุมชน 5 แห่งในกรุงเทพมหานคร

มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการสนทนากลุ่มของผู้นำชุมชน อาสาสมัคร และเยาวชนได้มีส่วนร่วมกันให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ชักนำให้เกิดปัญหา HIV/STDs และได้มีส่วนร่วมกันค้นหาวิธีการป้องกันและเสนอความต้องการในการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและสร้างเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยบูรณาการปัจจัยสนับสนุน การมีส่วนร่วมของชุมชน การให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทันสมัยและการติดตามประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามควรมีการวิจัยในกลุ่มเยาวชนและผู้ปกครองในชุมชนเพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปรับปรุงเพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทในชุมชนเมืองในกรุงเทพมหานครต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. Summary of AIDS situation and prevention strategy of AIDS and sexually transmission Infection in Thailand. [Internet]. 2013[cited 2013, Aug 30]; Available from: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/download/236>. (in Thai).
2. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. Reporting surveillance behavior in relation to HIV infection in Thai students in 2013. Nontaburee: Department of Disease Control; 2014. (in Thai).
3. UNICEF Thailand. A recent report indicates that the Asia-Pacific region are facing. 'Pandemic potential' of HIV infection among adolescents. [Internet]. 2015 Nov 30[cited 2015, Nov 30]; Available from: http://www.unicef.org/thailand/tha/media_24946.html (in Thai).
4. Division of Disease Control of AIDS, Tuberculosis and Sexually transmission. 5th Bangkok HIV/AIDS prevention and control strategy (2011-2016). Bangkok: Tanapornpanish; 2010.(in Thai).
5. Isranews Agency. Research shows 70% of Thailand's young HIV-positive 'MSM' sound [Internet]. 2014 Aug 25 [cited 2014, Oct 15]; Available from: <http://www.isranews.org/isranews-scoop/item/32371-hiv.html>
6. Community Preventive Services Task Force. Sexual behavior: youth development behavioral interventions coordinated with community service to reduce sexual risk behaviors in adolescents. [Internet] 2007 Jan 12 [cited 2011 Oct, 25]; Available from: <http://www.thecommunityguide.org/hiv/youthdev-community.html>.
7. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chat-topadhyay SK, Jacob V, et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, Human Immuno Deficiency virus, and sexually transmitted Infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services. Am J Prev Med. 2012 ;42(3):272-94.
8. Dancy BL, Crittenden KS, Talashek ML. Mothers' effectiveness as HIV risk reduction educators for adolescent daughters. J Health Care Poor Underserved 2006;17(1):218-39.

9. Burrus B, Leeks KD, Sipe TA, Dolina S, Soler S, Elder R, et al. Person-to-person interventions targeted to parents and other caregivers to improve adolescent health: a community guide systematic review. *Am J Prev Med* 2012 Mar; 42(3):316–26.
10. Maticka-Tyndale E, Brouillard-Coyle C. The effectiveness of community interventions targeting HIV and AIDS prevention at young people in developing countries. In: Ross D, Dick B, Ferguson J, editors. Preventing HIV in young people: a systematic review of the evidence from developing countries. WHO and UNAIDS interagency task team on young people. Geneva: WHO; 2006
11. Uphoff N. Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participation. In: Dasgupta P, Serageldin I, editors. Social capital: a multifaceted perspective. New York: World Bank; 2000, p. 215–49.
12. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
13. Division of Mental Health, Ministry of Public Health. Mental problem of adolescents. [Internet]. 2015 [cited 2014, Aug 23]; Available from: http://www.dmh.go.th/1667/1667_view.asp?id=3923 (in Thai).
14. Chaysree L. Factors Influencing sexual risk-taking behavior among high school students, Prachuapkhirikhan Province [Thesis of Master of Science]. Bangkok: Mahidol University; 2009. (in Thai).
15. Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE, Kunkel D, Hunter SB, Miu A. Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics* 2004 Sep;114(3): e280–9.
16. Brown JD, L’Engle KL, Pardun CJ, Guo G, Kenneavy K, Jackson C. Sexy media matter: exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents’ sexual behavior. *Pediatrics* 2006;117(4):1018–27
17. Durex Global. Sex survey in 2005. 2005 [cited 2013 November, 23]; Available from: http://www.data360.org/pdf/20070416064139_Global%20Sex%20Survey.pdf
18. Chen B, Lu YN, Wang HX, Ma QL, Zhao XM, Guo JH, et al. Sexual and reproductive health service needs of university/college students: updates from a survey in Shanghai. *Asian J Andro* 2008;10(4): 607–15.
19. Ingkathawornwong T, Kritcharoen S, Pol-in K, Charoonsak Y. Risk behaviour from sexual activity in female adolescents at vocational school. *Songkla Medical Journal* 2007;25(6): 511–20. (in Thai).
20. Vuttanont U, Greenhalgh T, Griffin M, Boynton P. “Smart boys” and “sweet girls”—sex education needs in Thai teenagers: a mixed-method study. *Lancet* 2006;368: 2068–80.
21. Bingenheimer JB, Asante E, Ahiadeke C. Peer influences on sexual activity among adolescents in Ghana. *Stud Fam Plann*. 2015 Mar;46(1):1–19.
22. Apakupakul N. Sexual relation and condom use in teenagers and young adults at teens clubs: a case study in Bangkok. *Songkla Medical Journal* 2006;24(6):475–82. (in Thai).

23. Fichtenberg CM, Jennings JM, Glass TA, Ellen JM. Neighborhood socioeconomic environment and sexual network position. *J Urban Health* 2010 ;87(2):225-35.
24. Tipwarerom W, Paowattana A, Lapwongwat-tana P. Predictors of risky sexual behaviors among adolescent boys Phitsanulok province. *Journal of Public Health Nurse* 2013;27(1):31-45. (in Thai).