

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวี ในเรือนจำกลางจังหวัดราชบุรี

The efficacy of K-shape model of health literacy enhancement program on self-care behaviors among male prisoners living with HIV in Ratchaburi Central Prison

สิริลักษณ์ พรหมโกมุท
โรงพยาบาลราชบุรี

Siriluk Promkomut
Ratchaburi Hospital

Corresponding author e-mail: promkomut@gmail.com

DOI: 10.14456/taj.2025.1

Received: November 21, 2024 Revised: February 1, 2025 Accepted: February 17, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำกลางจังหวัดราชบุรี ดำเนินการในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำกลางจังหวัดราชบุรี จำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 29 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดำเนินการทดลอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย paired sample t-test และ independent sample t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นและสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of the health literacy enhancement program based on the K-shape model on self-care behaviors among male prisoners living with HIV in Ratchaburi Central Prison. The samples were 59 male prisoners living with HIV in Ratchaburi Central Prison, divided into an experimental group of 30 and a comparison group of 29. The research instruments included the K-shape model-based health literacy enhancement program on self-care behaviors which was implemented twice a week for five weeks, as well as questionnaires on health literacy, HIV/AIDS knowledge, and self-care behaviors. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Mean

comparisons were conducted using paired sample t-test and independent sample t-test. The results of the study indicated that after participating in the k-shape model-based health literacy enhancement program on self-care behaviors, the experimental group showed a significant increase in mean scores of health literacy, HIV/AIDS knowledge, and self-care behaviors compared to before the experiment and to the comparison group ($p < 0.05$).

คำสำคัญ

เอดส์; ผู้ต้องขังติดเชื้อเอดส์; โมเดล K-shape;
โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ;
พฤติกรรม การดูแลตนเอง

Keywords

HIV; male prisoners living with HIV;
K-shape model; health literacy program;
self-care behaviors

บทนำ

สถานการณ์การติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง เนื่องจาก ผู้ต้องขังสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ต้องขังด้วยกันเอง และเมื่อผู้ต้องขังกลับสู่สังคมภายหลังการพ้นโทษก็สามารถถ่ายทอดเชื้อให้กับคู่นอนของตนได้⁽¹⁾ กลุ่มผู้ต้องขังเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางทางด้านสุขภาพ ด้วยสภาพของเรือนจำที่เป็นสถานที่ปิด (closed setting) มีจำนวนผู้ต้องขังที่อยู่รวมกันอย่างแออัด ทำให้มีความเสี่ยงสูงทางด้านสุขภาพ และมีโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค รวมทั้งโรคไม่ติดต่อสำคัญอื่น ๆ⁽²⁾ จากรายงานผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในผู้ต้องขังสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2.5 เท่า โดยผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.78)⁽¹⁾ เรือนจำของไทยมีศักยภาพ ในการรองรับผู้ต้องขังอย่างจำกัด จึงส่งผลให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์ต้องใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่แออัด และเสี่ยงที่จะติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้น⁽³⁾ ดังนั้น การดูแลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์ในเรือนจำจึงมีความสำคัญยิ่งในสถานการณ์ผู้ต้องขังล้นคุก⁽⁴⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในหมู่ผู้ต้องขังถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ต้องขังมักขาดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบกับความเสี่ยงทางสังคมและความ

ไม่เท่าเทียมกันในระบบ ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพไม่ดี⁽⁵⁾ ซึ่งผู้ต้องขังเป็นกลุ่มประชากรที่เปราะบางพิเศษ และมีปัญหาสุขภาพเฉพาะตัว และมีการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ต้องขังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่น⁽⁶⁾ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์มีการดูแลรักษาตนเองอย่างถูกต้อง

การที่ผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอดส์จะสามารถดูแลด้านสุขภาพได้นั้นจำเป็นต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับเอดส์อย่างถูกต้อง เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) โดยจะต้องพัฒนาทักษะสำคัญที่สอดคล้องตามความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายและบริบทสังคม ความรอบรู้สุขภาพตามโมเดล K-shape ประกอบด้วย การฝึกทักษะการเข้าถึง (access) ทักษะการเข้าใจ (understand) ทักษะการไต่ถาม (questioning) ทักษะการตัดสินใจ (decision making) และทักษะการนำไปใช้ (apply) บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสาร (information) และความรู้ (knowledge) ที่เป็นจริงและเชื่อถือได้ สำหรับสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะการไต่ถามหรือสื่อสารที่ดี เพื่อใช้ความคิดที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และเกิดการปฏิบัติตัวนำไปสู่สุขภาพที่ดี⁽⁷⁾ แม้จะมีการศึกษาการใช้โปรแกรม เพื่อเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายคือผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่จำนวนหนึ่ง แต่ยังคงไม่ครอบคลุมถึงกลุ่ม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ต้องขังซึ่งถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่สำคัญ และเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรเป้าหมายตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽⁸⁾

การพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่มีการเจ็บป่วย⁽⁹⁾ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นยังคงมีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากทำได้ยาก และมีข้อจำกัดในกฎระเบียบของเรือนจำ รวมถึงความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลหรือความรู้ต่างๆ การศึกษาส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ต้องขังมักเป็นการศึกษาเชิงสำรวจหรือการพัฒนากระบวนการด้านสุขภาพหรือเวชปฏิบัติ เช่น การศึกษาของสีฟ้า มงคลการุณย์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาการประเมินผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำ: กรณีศึกษาเรือนจำ อำเภอบางบาล จังหวัดนครราชสีมา การศึกษาของมนต์ทิศา สุนันดา⁽¹¹⁾ ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ต้องขังจึงถือเป็นกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ไม่ใช่เพียงพฤติกรรมมารับประทานยารักษาเท่านั้น แต่รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่นที่ส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงยิ่งขึ้น ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส และลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย สอดคล้องกับนโยบาย การขับเคลื่อนเรือนจำไทยสู่ “เรือนจำสุขภาวะ” ที่เน้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ⁽¹²⁾ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นองค์ความรู้ที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมให้ครบรอบด้านมากยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

เรือนจำกลางราชบุรี เป็นหนึ่งในเรือนจำความมั่นคงสูงแห่งหนึ่งของประเทศไทย มีผู้ต้องขังมากเป็นอันดับ 2 ของเรือนจำ/ทัณฑสถานเขต 7 โดยมีจำนวนผู้ต้องขังรองจากเรือนจำกลางนครปฐมเพียงเล็กน้อย ข้อมูลสถิติผู้ต้องขังล่าสุด สํารวจ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567 มีผู้ต้องขังชายมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนทั้งสิ้น 59 คน⁽¹³⁾ ซึ่งมีโรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีทีมแพทย์คลินิกแสงตะวันเป็นทีมปฏิบัติการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเรือนจำกลางราชบุรีเป็นเรือนจำขนาดใหญ่ที่สามารถสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นต้นแบบให้กับเรือนจำอื่นๆ ได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา “ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำกลางจังหวัดราชบุรี” โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อการจัดการความรู้เพื่อลดช่องว่างและเติมเต็มความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านเอชไอวีความรู้ เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรม การดูแลตนเองให้กับ ผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยทำการออกแบบโปรแกรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ผ่านการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่หลากหลาย ซึ่งเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้⁽¹⁴⁾ เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทั้งผู้ต้องขังแรกรับ รวมทั้งที่อยู่ในเรือนจำและก่อนปล่อยตัว เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ทั้งการใช้ชีวิตในเรือนจำและเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัวผู้ต้องขัง เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์เพื่อคืนคนสุขภาพดีสู่สังคมต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (randomized two-group pretest-posttest design) ประชากร ได้แก่

ผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกคุมขังในเรือนจำกลาง จังหวัดราชบุรี มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ หรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องจำนวน 59 คน⁽¹³⁾ เพื่อให้การศึกษาครอบคลุมผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำกลางจังหวัดราชบุรีทุกคน ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยใช้กลุ่มประชากรเป้าหมายทั้ง 59 คน ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยวิธีการจับคู่โดยใช้คะแนนการทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นเกณฑ์ก่อนดำเนินการเพื่อทดสอบว่าผู้ต้องขังทุกคนมีคุณสมบัติของพื้นฐานความรู้ที่ไม่แตกต่างกัน และทั้งสองกลุ่มไม่ได้มีกลุ่มใดมีคะแนนสูงมาตั้งแต่งก่อนการทดลอง จากนั้นจึงดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่ม โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 29 คน ดำเนินการวิจัยในเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน โดยแบบวัดได้ผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบเครื่องมือเพื่อหาความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงแล้ว ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดตัวแปร ได้แก่ แบบสอบถาม มี 4 ส่วน ดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามหลัก 5 ข้อ ได้แก่ เพศวิถี อายุ ระดับการศึกษา สาเหตุ การติดเชื้อ และระยะเวลาที่รักษาตัว

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67–1.00 มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทำได้ยากมาก (0 คะแนน) ทำได้ยาก (1 คะแนน) ทำได้ปานกลาง (2 คะแนน) ทำได้ง่าย (3 คะแนน) ทำได้ง่ายมาก (4 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบบวัดโดยใช้การ

หาค่าพิสัยช่วงระดับคะแนน⁽¹⁶⁾ คือ 0.00–0.80 (อยู่ในเกณฑ์น้อยที่สุด) 0.81–1.60 (อยู่ในเกณฑ์น้อย) 1.61–2.40 (อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง) 2.41–3.20 (อยู่ในเกณฑ์มาก) และ 3.21–4.00 (อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด)

1.3 ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ เป็นคำถามเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดยพิกุลพรรณ พลศิลป์⁽¹⁷⁾ แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67–1.00 ลักษณะแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว เป็นคำถามถูกผิด 2 คำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ ในกรณีที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน กรณีที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน และแปลผลเป็นค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ยสูงคือความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์มาก

1.4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางบวก และเพิ่มศักยภาพของผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย คำถามจำนวน 22 ข้อ พัฒนาโดยพงศ์พล หนูดอนทราย⁽⁴⁾ ดัดแปลงมาจากวารินทร์ บินโฮเซ็น และทีปภา แจ่มกระจ่าง⁽¹⁸⁾ ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Pender NJ และคณะ⁽¹⁹⁾ แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67–1.00 มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบบวัดโดยใช้การหาค่าพิสัยช่วงระดับคะแนน⁽¹⁶⁾ คือ 1.00–1.75 (อยู่ในเกณฑ์น้อย) 1.76–2.50 (อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง) 2.51–3.25 (อยู่ในเกณฑ์มาก) และ 3.26–4.00 (อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด)

2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง ได้แก่ ชุดกิจกรรมที่ใช้สำหรับทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 2 ส่วน จำนวน 10 กิจกรรม ซึ่งก่อนดำเนินการกิจกรรมจะมีการปฐมนิเทศเพื่อชี้แจงการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และแจกเอกสารชี้แจงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนิน

กิจกรรมด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ชุดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ตามแนวคิดของ Sorensen K และคณะ⁽⁵⁾ Pelikan JM⁽²⁰⁾ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁽⁷⁾ และกรมควบคุมโรค⁽²¹⁾ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการฝึกทักษะการเข้าถึง กิจกรรมการฝึกทักษะการเข้าใจ กิจกรรมการฝึกทักษะการไต่ถาม กิจกรรมการฝึกทักษะการตัดสินใจ และกิจกรรมการฝึกทักษะการนำไปใช้

2.2 ชุดกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยประยุกต์จากการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender NJ และคณะ⁽¹⁹⁾ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านนันทนาการและการออกกำลังกาย กิจกรรมการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กิจกรรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และกิจกรรมการจัดการกับความเครียด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี ตามหลัก CIOMS, ICH, GCP และ E6 ในกรณีที่ทำการวิจัยในกลุ่มเปราะบาง COA-RBHEC 044/2024 รหัสโครงการ RBHEC 028/67 ณ วันที่ 02 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 และทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย โรงพยาบาลราชบุรี กรมราชทัณฑ์ และเรือนจำกลางราชบุรี ในกลุ่มทดลองทำการทดลอง 10 กิจกรรม ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้มีการให้โปรแกรม การดำเนินกิจกรรมและการเก็บข้อมูลจะคำนึงถึงความสะดวกทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจัดหาสถานที่สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถอ่านและตอบแบบสอบถามได้อย่างเป็นส่วนตัว มีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด และจัดหาสถานที่ที่มีความสะดวกต่อการทำกิจกรรมมากที่สุดเพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่จำเป็นหรืออาจส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรม ทำการทดลองใน 10 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1: กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึง (access) เสริมสร้างความสามารถและทักษะในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การจัดการอารมณ์และความต้องการทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ใช้เวลาทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2: กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าใจ (understand) เสริมสร้างความรู้และความเข้าใจ สามารถจดจำ วิเคราะห์ อธิบาย และเปรียบเทียบ ปัจจัยความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การจัดการอารมณ์และความต้องการทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 3: กิจกรรมฝึกทักษะการไต่ถาม (questioning) เสริมสร้างความสามารถในการวางแผน จัดเตรียม วิธีการใช้คำถาม และประเมินคำถามเกี่ยวกับปัจจัยและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การจัดการอารมณ์และความต้องการทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 4: กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ (decision making) เสริมสร้างความสามารถในการระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในเรื่องการมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 5: กิจกรรมฝึกทักษะการนำไปใช้ (apply) พัฒนาความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตัว โดยการทำหนดวิธีเตือนตนเอง และวิธีจัดการตนเอง เกี่ยวกับประเด็นปัจจัยความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 6: กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) สร้างความเข้าใจแนวคิดด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติตัว การรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยการสำรวจสุขภาพร่างกายของตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำของ

บุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องพฤติกรรมด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 7: กิจกรรมนันทนาการและการออกกำลังกาย (physical activity) ส่งเสริมสุขภาพร่างกาย ผ่านการให้ความรู้ในกิจกรรมนันทนาการและการออกกำลังกาย และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับกิจกรรมนันทนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการทำกิจกรรมนันทนาการและการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการติดตามพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 8: กิจกรรมการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) ส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ ให้เกิดการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ที่แสดงออกถึงความสามารถ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น สร้างความมั่นคงทางสังคม โดยกลุ่มที่สามารถสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ (เช่น ผู้คุม พยาบาล เรือนจำ) และเพื่อนผู้ต้องขัง ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง 40 นาที

กิจกรรมที่ 9: กิจกรรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (spiritual growth) สร้างความเข้าใจและยอมรับถึงสภาวะการเจ็บป่วย เสริมสร้างและพัฒนามุมมองของจิตวิญญาณ การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง คุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ การยอมรับนับถือตนเอง การแสวงหาหนทางเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้กับตนเอง และผู้อื่น และสร้างแนวทางที่เพิ่มศักดิ์ศรีและคุณค่าในตนเองในทางปฏิบัติ ใช้เวลาทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 10: กิจกรรมการจัดการกับความเครียด (stress management) สร้างแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ของตนเอง มีความเข้าใจและรู้เท่าทันกับสภาวะจิตใจและอารมณ์ของตนเอง สามารถป้องกันและจัดการความเครียดตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย

และสถานการณ์รอบข้าง ใช้เวลาทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย paired sample t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย independent sample t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 86.7 มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 70.0 การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 56.7 ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.3 มีระยะเวลาในการรักษาตัวมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 86.2 มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 55.2 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 51.7 ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 82.8 มีระยะเวลาในการรักษาตัวมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.7

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

2.1 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์และพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้านในระยะหลังการทดลองและก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

2.3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์และพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้านในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
ทักษะการเข้าถึง (access)	1.89±0.73	3.63±0.35	<0.001*
ทักษะการสร้างความเข้าใจ (understand)	2.11±0.49	3.49±0.31	<0.001*
ทักษะการไต่ถาม (questioning)	1.94±0.54	3.51±0.30	<0.001*
ทักษะการตัดสินใจ (decision making)	2.21±0.43	3.56±0.32	<0.001*
ทักษะการนำไปใช้ (apply)	2.26±0.48	3.52±0.31	<0.001*
ภาพรวม	2.08±0.40	3.54±0.22	<0.001*
2. ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์	0.87±0.88	1.00±0.00	<0.001*
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง			
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility)	3.17±0.33	3.86±0.12	<0.001*
นันทนาการและการออกกำลังกาย (physical activity)	2.91±0.82	3.94±0.13	<0.001*
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation)	2.93±0.63	3.89±0.18	<0.001*
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (spiritual growth)	3.32±0.51	3.61±0.50	0.002*
การจัดการกับความเครียด (stress management)	2.99±0.69	3.96±0.12	<0.001*
ภาพรวม	3.10±0.38	3.88±0.10	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ, วิเคราะห์ด้วย paired sample t-test

2.4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและสูงกว่าด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรม กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การดูแลตนเองทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=29)	p-value
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
ทักษะการเข้าถึง (access)	3.63±0.35	1.75±0.56	<0.001*
ทักษะการสร้างความเข้าใจ (understand)	3.49±0.31	1.96±0.60	<0.001*
ทักษะการไต่ถาม (questioning)	3.51±0.30	2.11±0.42	<0.001*
ทักษะการตัดสินใจ (decision making)	3.56±0.32	1.96±0.46	<0.001*
ทักษะการนำไปใช้ (apply)	3.52±0.31	2.26±0.48	<0.001*
ภาพรวม	3.54±0.22	2.00±0.35	<0.001*
2. ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์	1.00±0.00	0.87±0.11	<0.001*
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง			
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility)	3.86±0.12	3.14±0.22	<0.001*
นันทนาการและการออกกำลังกาย (physical activity)	3.94±0.13	3.11±0.47	<0.001*
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation)	3.89±0.18	2.85±0.45	<0.001*
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (spiritual growth)	3.61±0.50	2.32±0.34	<0.001*
การจัดการกับความเครียด (stress management)	3.96±0.12	3.08±0.52	<0.001*
ภาพรวม	3.88±0.10	2.97±0.16	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ, วิเคราะห์ด้วย independent sample t-test

วิจารณ์

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและสูงกว่าก่อนการทดลอง รวมถึงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า เป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้น และความแตกต่างที่พบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น แสดงให้เห็นว่าผลที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากความบังเอิญ แต่เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมซึ่งมีการออกแบบกิจกรรมอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจน โดยผู้เข้าร่วม (กลุ่มตัวอย่าง) ได้รับทั้งความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และทักษะผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์/เอชไอวีที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย ผ่านการใช้สื่อ การให้ความรู้ และกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ต้องขัง นอกจากนี้ โปรแกรมฯ ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้ซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการฝึกปฏิบัติจริงในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลทั้งทางด้านการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเริ่มจากการมุ่งเน้นสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ใน 5 ทักษะสำคัญ คือ การฝึกทักษะการเข้าถึง (access) ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ (understand) ทักษะการไต่ถาม (questioning) ทักษะการตัดสินใจ (decision making) และทักษะการนำไปใช้ (apply) บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสาร (information) และความรู้ (knowledge) ที่เป็นจริงและเชื่อถือได้ สำหรับสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะการไต่ถามหรือสื่อสารที่ดี เพื่อใช้ความคิดที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และเกิดการปฏิบัติตัวนำไปสู่สภาวะที่ดี⁽²²⁾ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape เป็นโมเดลที่สามารถสร้างองค์ความรู้ที่ครบถ้วนทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ ทักษะ

และพฤติกรรม กล่าวคือ ช่วยให้มีความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติเชิงบวก มีทักษะในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม และการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการตัดสินใจ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ สอดคล้องกับ กรมควบคุมโรค⁽²³⁾ ที่นำเสนอถึงการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเป้าหมาย ในการพัฒนาความสามารถและทักษะที่จำเป็น 5 ด้าน ได้แก่ (1) เข้าถึง (2) เข้าใจ (3) ถาม (4) ตัดสินใจ และ (5) นำไปใช้ จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเกิดผลดีต่อสุขภาพในระยะยาวได้ และสอดคล้องกับ Nutbeam D และ Lloyd JE⁽²⁴⁾ ที่อธิบายถึงกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ว่าเป็นแนวทางที่ครอบคลุมและเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยในประชากรกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงสอดคล้องกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะ⁽²⁵⁾ ที่ศึกษาพบว่า หลังการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเรียนรู้ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการนี้มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างว่ากระบวนการนี้มีประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับ Perazzo J และคณะ⁽²⁶⁾ ที่ศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลกระทบบ่อยอย่างมีนัยสำคัญ ต่อผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหมู่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การแทรกแซงความรู้ด้านสุขภาพมีศักยภาพ ในการส่งเสริมความรู้ ทักษะด้านพฤติกรรม และแนวทางการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี

นอกจากนี้ โมเดล K-shape ที่นำมาใช้ร่วมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการพัฒนาโปรแกรมนี้ มีการออกแบบที่ครอบคลุมและมีความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการส่งเสริมซึ่งกันและกัน

ผลการประเมินที่พบแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในการพัฒนาทั้งความรู้และพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ต่อไป เนื่องจากการพัฒนาแบบองค์รวม ที่ผู้เข้าร่วมได้รับ ทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ซึ่งโมเดล การส่งเสริมสุขภาพจะระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ด้านสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องกับบริบทความ เจ็บป่วย^(27, 28) โดยเริ่มจากการพัฒนาพฤติกรรมดูแล ตนเองใน 5 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) กิจกรรมนันทนาการและการ ออกกำลังกาย (physical activity) การมีสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) การพัฒนา ด้านจิตวิญญาณ (spiritual growth) และการจัดการกับ ความเครียด (stress management) ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้าร่วม วิจัยมีแนวทางสำหรับพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง และสามารถทำได้อย่างต่อเนื่องจนเป็น พฤติกรรมที่คงทนและมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาของพงศ์พล หนูตอนทราย⁽⁵⁾ ที่เสนอแนะว่า ผู้บริหาร พยาบาล และบุคลากรที่ปฏิบัติ งานในเรือนจำควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อมี HIV โดยพัฒนาโปรแกรมที่เพิ่มการรับรู้ความสามารถของ ตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับการ ส่งเสริมเครือข่ายที่เพิ่มการสนับสนุนพฤติกรรม สุขภาพเพื่อให้นักกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อมี HIV มีสุขภาพ ที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของนุชนารถ แก้วดำเกิง และคณะ⁽²⁹⁾ ที่ศึกษาพบว่า การสร้างเสริมความรู้ การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นและมีความแตกต่างเมื่อเปรียบ เทียบระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ตาม กระบวนการการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs literacy) รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ ทรัพย์เย็น⁽³⁰⁾ ที่ศึกษาพบว่า หลังใช้รูปแบบโปรแกรม

สุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกับก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมากขึ้นทุกประเด็น และเสนอว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมสุขศึกษาเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไปใช้กับ ผู้ป่วยโรคเอดส์และควรติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ทำการวัดระดับซีดีโฟร์ (CD4) เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินการวิจัยไม่ได้ตรงกับกำหนดการและระยะเวลาที่มีการตรวจวัดระดับ ซีดีโฟร์ อีกทั้งกระบวนการตรวจดังกล่าวต้องดำเนินการ โดยแพทย์และทดสอบในห้องปฏิบัติการซึ่งผู้วิจัย ไม่สามารถดำเนินการหรือขอปรับเปลี่ยนได้

2. การดำเนินการวิจัยแม้จะมีการควบคุม ปัจจัยแทรกซ้อน เช่น สถานที่ การจัดการวันและเวลา ให้ไม่กระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การออกศาล รวมถึง การตรวจรักษาตามปกติของผู้ต้องขังชาย แต่หากมี เหตุจำเป็นหรือทำให้ผู้ต้องขังไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ โดยสะดวก ผู้วิจัยจำเป็นต้องเลื่อนและนัดหมาย เพื่อทำการวิจัยใหม่ ทำให้การทำการกิจกรรมอาจล่าช้าหรือ ขาดความต่อเนื่องในบางครั้ง

3. ผู้วิจัยไม่ได้นำปัจจัยส่วนบุคคล มาเป็น เกณฑ์ในการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันและคงคุณสมบัติของผู้เข้า ร่วมวิจัยให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด แต่ได้ทำการ ทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ ระดับความรู้เกี่ยวกับ เอชไอวี/เอดส์ และระดับพฤติกรรมดูแลตนเอง ในระยะก่อนการทดลองเพื่อพิสูจน์ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ได้มีคะแนนส่วนนี้ที่แตกต่างกันหรือไม่มีกลุ่มใด มีคะแนนสูงกว่ากันจนเกินไป

4. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ทำการวัดผลต่อเนื่อง

ภายหลังจบการให้โปรแกรมฯ จึงอาจทำให้ไม่มีข้อมูลยืนยันความคงทนของระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเวลาผ่านไป ผู้วิจัยได้วางแผนในการให้โปรแกรมฯ กับกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มเติม และจะดำเนินการวัดผลภายหลังในระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนในภาพรวมทั้งสองกลุ่มต่อไป แต่จะไม่ได้รายงานผลในการวิจัยครั้งนี้

5. กลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ หรือกิจกรรมใดๆ อาจไม่พบการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจากโอกาสที่มีการพูดคุยกันกับกลุ่มทดลองในแดนคุมขังหรือการดำเนินกิจกรรมปกติ ผู้วิจัยจะทำการให้โปรแกรมฯ ในกลุ่มเปรียบเทียบในภายหลัง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างครอบคลุมต่อไป

6. การทดลองมีการดำเนินกิจกรรมด้วยผู้วิจัยเอง แม้ว่าผู้วิจัยจะไม่ใช่มุมีอำนาจหรือผู้บังคับบัญชาที่มีผลต่อผู้ต้องขังโดยตรงเนื่องจากเป็นบุคลากรภายนอก และมีการให้อิสระในการตอบแบบสอบถามโดยไม่ระบุตัวตนหรือทำเครื่องหมายใดๆ แต่การวิจัยครั้งนี้อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดอคติในรูปแบบ experimenter expectancy effect ซึ่งพบได้ในการวิจัยเชิงทดลอง

7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ใน 5 ทักษะสำคัญ คือ การฝึกทักษะการเข้าถึง (access) ทักษะการเข้าใจ (understand) ทักษะการไต่ถาม (questioning) ทักษะการตัดสินใจ (decision making) และทักษะการนำไปใช้ (apply) เป็นการใช้รูปแบบภาษาอังกฤษตามต้นฉบับคู่มือความรู้ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

กรมราชทัณฑ์ เรือนจำ สถานพยาบาลต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ

และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องแก่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนสามารถพัฒนาเป็นเครือข่ายความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการดูแลและการสนับสนุนให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ต้องขังควรได้รับให้เท่าเทียม กับบุคคลภายนอก หรือขยายผลไปยังกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มอื่นๆ ได้อันจะทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อฯ มีแนวทางในการดำเนินชีวิต และปฏิบัติตนในการดูแลรักษาตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามสภาวะของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองไปใช้เพื่อศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังชายหรือหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำอื่นๆ หรือในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มอื่นๆ เพิ่มเติม

2.2 เพิ่มเติมการประเมินผลภายหลังการให้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลสนับสนุนความเปลี่ยนแปลงและความคงทนของระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเป็นการยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมฯ อย่างแท้จริงที่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลราชบุรี กรมราชทัณฑ์ ในการให้ความอนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเรือนจำกลางเขabin ในการอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัย

ดำเนินการทดสอบโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบวัดในการวิจัย ขอขอบพระคุณเรือนจำกลางราชบุรีในการอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านในการให้ความร่วมมือและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนขอขอบพระคุณหน่วยงานและเจ้าของผลงานผู้พัฒนาเครื่องมือที่อนุญาตให้ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้ประกอบการวิจัยจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Medical Service Division, Department of Corrections. AIDS prevention and resolution report. Nonthaburi: Department of Corrections; 2012. (in Thai)
2. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. Annual report 2022, Division of AIDS and STIs. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022. (in Thai)
3. Wachanasara K. Getting sick behind bars: health issues and prison health care. Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2018. (in Thai)
4. Noodonsai P, Lawang W, Homsin P. Factors predicting health promoting behaviors of male prisoners living with HIV in prisons, Bangkok, Thailand. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2022;17(4):386-94. (in Thai)
5. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
6. Bonato PPQ, Ventura CAA, Maulide Cane R, Craveiro I. Health education initiatives for people who have experienced prison: a narrative review. Healthcare (Basel). 2024;12(2):274.
7. Kaeodumkoeng K. Health literacy. Bangkok: Faculty of Public Health, Mahidol University; 2022. (in Thai)
8. National AIDS Committee. Thailand National Strategy to End AIDS 2017-2030. Bangkok: NC Concept; 2017. (in Thai)
9. Thai Health Promotion Foundation. Driving Thai prisons towards wellness prisons. Bangkok: Duentula Printing House; 2017. (in Thai)
10. Mongkolkaroon S, Waewanjit M, Praktong S. Evaluation of an HIV prevention and medical practice program for prisoners: a case study of Pak Phanang District Prison, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2022;2(2):76-94. (in Thai)
11. Sunanta M. A study of prevalence and risk factors of HIV infection among male prisoners in Chiang Mai Province, 2021. Lanna Public Health Journal. 2021;17(2):26-36. (in Thai)
12. Department of Corrections. Health checkup for inmates working in the textile industry. Bangkok: Department of Corrections; 2019. (in Thai)
13. Ratchaburi Central Prison. Statistics of HIV-infected inmates 2024. Ratchaburi: Ratchaburi Central Prison; 2024. (in Thai)
14. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50(2):179-211.
15. Kaeodumkoeng K. Health literacy: functional, interactive, critical. Bangkok: Amarín Printing and Publishing; 2019. (in Thai)

16. Srisa-ard B. Introduction to Research. 9th ed. Bangkok: Suviriyasarn. 2013. (in Thai)
17. Ponsil P. Knowledge about AIDS and homosexual behavior of male inmates in Chonburi Central Prison [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2006. 74 p. (in Thai)
18. Binhosen V, Jamkrajang T. Factors predicting health promoting behaviors of persons with HIV/AIDS. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2013;21(1):65-79. (in Thai)
19. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Pearson. 2011.
20. Pelikan JM. The evolving concept of the health literate health care organization. Integration of Health Promotion in Clinical Practice; 2014 Nov 19; Tartu, Estonia. Tartu: National Institute for Health Development; 2014. p. 1-50.
21. Department of Disease Control. Handbook on health literacy processes for disease prevention and control and health hazards. Samut Prakarn: RNPP Water; 2021. (in Thai)
22. Bangkok Health Research Center, Kaeodumkoeng K. Health literacy enhancement guide. Bangkok: Thai Health Resource Center, Thai Health Promotion Foundation; 2021. (in Thai)
23. Division of AIDS and STIs. HIV & STIs Literacy. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs; 2020. (in Thai)
24. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annual Rev Public Health. 2021;42: 159-73.
25. Makkunchorn J, Kaeodumkoeng N, Piyayothai S, Chaijarern S, Jaingam B, Mookleemas P, et al. The development of health literacy enhancement processes on HIV and sexually transmitted infection among people living with HIV. Thai AIDS Journal. 2022;34(1):1-19. (in Thai)
26. Perazzo J, Reyes D, Webel A. A systematic review of health literacy interventions for people living with HIV. AIDS Behav. 2017;21(3):812-21.
27. Bhandari P, Kim M. Predictors of the health-promoting behaviors of Nepalese migrant workers. J Nurs Res. 2016;24(3):232-9
28. Goodarzi-Khoigani M, Baghiani Moghadam MH, Nadjarzadeh A, Mardanian F, Fallahzadeh H, Mazloomi-Mahmoodabad S. Impact of nutrition education in improving dietary pattern during pregnancy based on Pender's health promotion model: a randomized clinical trial. Iran J Nurs Midwifery Res. 2018;23(1):18-25.
29. Kaeodumkoeng N, Piyayothai S, Makkunchorn J, Chaijarern S, Jaingam B, Khainwaree K. Evaluation of learning based on the process for enhancing health literacy on HIV and STIs (HIV&STIs literacy) among men who have sex with men according to the Kirkpatrick model. Thai AIDS Journal. 2020; 32(3):114-31. (in Thai)
30. Supyen P. The effect of using health education programs to promote health literacy and health behavior 3E 2S in AIDS patients at antiretroviral clinic, Banpong Hospital. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2022;2(1):1-12. (in Thai)