

การพัฒนาแบบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ในชุมชน โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้

สุนทรี ภิญญอมิตร* ธัญญวัลย์ บุญประสิทธิ์* เยาวพรรณ รุจิราวิวัฒน์กุล**
ดวงเนตร ธรรมกุล*** อัจฉรา ประเสริฐสิน****

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาต่อยอดรูปแบบ HIFI Model (Health, Information, Friendly, Integration Model) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ เพื่อส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเด็นของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และวัดระดับความรู้และทัศนคติในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเครือข่ายคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 12 คน เลือกแบบเจาะจง และประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้แก่ กลุ่มเยาวชน พนักงานบริการหญิง กลุ่มชายรักชาย ผู้ใช้ยาเสพติด และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จำนวน 100 คน เลือกแบบสมัครใจ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) รูปแบบ HIFI Model และ 2) แบบสอบถามความรู้และทัศนคติในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ผลการวิจัย พบว่า ได้รูปแบบไฮไฟแอลเซน (HIFI-ALSEN Model: Health, Information, Friendly, Integration, Appropriateness, Life Style, Safety, Economic and Network) ที่มีการขยายเครือข่ายและใช้การมีส่วนร่วม ที่มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ส่งเสริมและป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเด็นของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย กลุ่มตัวอย่ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 8.64$, $SD = 2.71$) และทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยในระดับน้อย ($\bar{X} = 13.60$, $SD = 4.64$) องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านการส่งเสริมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ควรเร่งรณรงค์ให้ความรู้และค้นหารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างทักษะการดำเนินชีวิตที่เข้มแข็ง จากการเรียนรู้แบบเจ้าของปัญหามีส่วนร่วมต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา รูปแบบ ส่งเสริม/ป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ชุมชน การจัดการความรู้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; E-mail: doungetre@yahoo.com

**** อาจารย์ สำนักทดสอบ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Development of a Community-Based Promotion/Prevention Model for HIV by Applying Knowledge Management Process

Suntaree Pinyomit* Thanyawalai Boonprasithi* Yoawapan Rujirawiwatanakul**

Doungnetre Thummakul*** Ujsara Prasertsin****

Abstract

This research and development was built upon the Health, Information, Friendly, Integration Model (HIFI Model) using the knowledge management process for promotion/prevention of HIV and measuring levels of knowledge/attitudes about safe sex. Samples were composed of 12 sub-committee on the Prevention and Alleviating of AIDS using purposive sampling. One hundred volunteer high-risk people including youths, female sex workers, men who have sex with men (MSM), drug users and transnational migrant labors were also samples. The instruments was composed of: 1) the HIFI Model, which obtained IOC=0.78 and 2) a questionnaire on Knowledge/Attitudes about Safe Sex. The findings showed that the HIFI-ALSEN Model (Health, Information, Friendly, Integration, Appreciation, Lifestyle, Safety, Economic and Network) with an appropriate network and participation was used to promote protection against/prevent HIV. Knowledge and attitude scores on safe sex were moderate and low ($\bar{X} = 8.64$, $SD = 2.71$ and $\bar{X} = 13.60$, $SD = 4.64$, respectively) Organizations associated with promotion of protection and prevention of HIV should educate and obtain suitable models to build strong life skills based on participatory learning of the owner of problems.

Keyword: development, the promotion / prevention model of HIV infection, community, knowledge management (KM)

* Senior Professional Level Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

** Professional Level Registered Nurse, Bang Yai Hospital, Changwat Nonthaburi

*** Instructor of Faculty of Nursing, Suandusit University; E-mail:doungnetre@yahoo.com

**** Instructor of Educational and Psychology Test Bureau, Srinakharinwirot University, Bangkok

ความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์มาเป็นเวลา 31 ปี ในปี พ.ศ. 2557 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ทั่วประเทศ 426,707 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 7,324 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 46.7 เป็นกลุ่มชายรักชาย และสาวประเภทสอง โดยมี 2 ใน 3 ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อ ดังนั้น อาจถ่ายทอดเชื้อให้คู่นอนชายวงไปเรื่อย ๆ ทั่วประเทศสาธารณสุขได้หามาตรการรณรงค์เพื่อให้การติดเชื้อรายใหม่ลดลงเหลือปีละน้อยกว่า 1,000 ราย ภายในปี 2573 ซึ่งประเทศไทยมีศักยภาพที่จะเป็นหนึ่งในประเทศแรกๆ ในทวีปเอเชียที่จะทำได้สำเร็จ² จากการสำรวจผู้ติดเชื้อที่มีอาการ/ผู้ป่วยเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึงปี พ.ศ. 2554 อำเภอบางใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามตำบล ดังนี้ ตำบลเสาธงหิน 108 คน ตำบลบางแม่นาง 56 คน ตำบลบางเลน 50 คน ตำบลบางม่วง 34 คน และตำบลบ้านใหม่ 17 คน และพบว่าตำบลเสาธงหินมีจำนวนสถานบริการ และผู้ให้บริการทางเพศอยู่มากที่สุดคือ จำนวน 30 แห่ง จำแนกเป็นร้านอาหาร คาเฟ่ จำนวน 14 ร้าน รองลงมาเป็นร้านคาราโอเกะ และนวดแผนโบราณอย่างละ 8 ร้าน จำนวนชายผู้ให้บริการ 81 คน และหญิงผู้ให้บริการจำนวน 242 คน³

HIFI Model (Health, Information, Friendly, Integration Model) เป็นการสร้างรูปแบบจากแกนนำตัวแทนผู้เข้ารับบริการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเอชไอวี/เอดส์แบบองค์รวมรุ่นที่ 3 ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันบาราศนราตราชูร โรงพยาบาลบางใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหน่วยงาน NGOs แกนนำอสม. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เปิดเผยตัว และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ ร้านอาหารโอเกะ หรือร้านนวดแผนโบราณ ที่กระจายอยู่ในตำบลเสาธงหิน⁴ อย่างไรก็ตามรูปแบบของ HIFI Model นับได้ว่าเป็นแนวคิดของการดำเนินงานการป้องกันและส่งเสริมการแก้ไขปัญหาเอดส์ ระดับชุมชน และเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการจัดกิจกรรมบริการวิชาการแก่สังคม ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี แต่ยังไม่ได้มีการนำมาใช้อีกครั้งในสถานการณ์จริง

HIFI Model เป็นรูปแบบการดำเนินงานเชิงรุก ประกอบด้วย 1) สุขภาพ (Health) คือ การมีสุขภาพดีทั้ง 3 ส่วน ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม 2) ข้อมูลความรู้ (Information) ที่ต้องให้เข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการอย่างทั่วถึง 3) ความเป็นมิตร (Friendly) เข้าถึงและมีความจริงใจ 4) การบูรณาการ (Integration) ต้องมีการบูรณาการความรู้ให้เข้ากับบริบทของผู้รับบริการ ก่อนนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชนบางใหญ่ คณะนักวิจัยจึงนำรูปแบบ HIFI Model มาพัฒนาต่อโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ โดยมีขั้นตอนการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในชุมชน หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญ 6 กิจกรรม ตั้งแต่ 1) การตรวจสอบและระบุหัวข้อความรู้หลักที่จำเป็น 2) การสร้างกรอบแนวคิดในการบริหาร เพื่อการเสาะหาความรู้ที่ต้องการ 3) การปรับปรุง ตัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วนให้เหมาะต่อการใช้งาน 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ (โดยกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์) 5) การนำประสบการณ์จากการใช้ความรู้ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และบันทึกไว้ และ 6) การจดบันทึก ขุมความรู้ แก่นความรู้ สำหรับไว้ใช้ในงาน ทั้งนี้ มีการ

ประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทยในหลายประเด็น เช่น ใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานวิชาการ งานวิจัย งานบริการวิชาการ ตลอดจนนำความรู้ไปใช้เพื่อการพัฒนางาน คน องค์การ และความเป็นชุมชน ถ้าคนสนใจ เขาจะต้องมีการออกแบบ และเอาความรู้มาลงมือปฏิบัติ⁵ ทำให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้และเกิดคุณภาพที่ดีในการดูแลสุขภาพ⁶ และเกิดเครือข่ายที่มีการพัฒนารูปแบบความรู้ใหม่ที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชน⁷ นักวิจัยจึงได้นำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการวิจัย เพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยศึกษาความรู้ และทัศนคติ ของประชาชนต่อผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้หลังจากการจัดการความรู้ในประเด็นของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของวิทยาลัยฯ และเครือข่ายคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดนนทบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาคัดย่อรูปแบบ HIFI Model โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเด็นของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย
2. ศึกษาความรู้ และทัศนคติของประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ภายหลังจากใช้ HIFI Model ที่ได้จากการจัดการความรู้

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบ HIFI Model ที่พัฒนาโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ สามารถส่งเสริมการป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเด็นของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

นิยามตัวแปร

ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ทัศนคติ หรือพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอช ไอ วี อย่างไม่ถูกต้อง

รูปแบบ HIFI Model หมายถึง รูปแบบที่ถูกพัฒนาขึ้นมาจาก แกนนำตัวแทนผู้เข้ารับบริการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเอชไอวี/ เอดส์แบบองค์รวมรุ่นที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ร่วมกับ สถาบันบาราศนราตราชูร โรงพยาบาลบางใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงาน NGOs แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่เปิดเผยตัว และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมโดยค่านึงถึง 1) สุขภาพ (Health) คือ การมีสุขภาพดีทั้ง 3 ส่วน ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม 2) ข้อมูลความรู้ (Information) ที่ต้องให้เข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการอย่างทั่วถึง 3) ความเป็นมิตร (Friendly) เข้าถึงและมีความจริงใจ 4) การบูรณาการ (Integration) ต้องมีการบูรณาการความรู้ให้เข้ากับบริบทของผู้รับบริการ

เยาวชน หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 14 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ และไม่ใช่ผู้ที่บรรลุนิติภาวะแล้วจากการจดทะเบียนสมรส

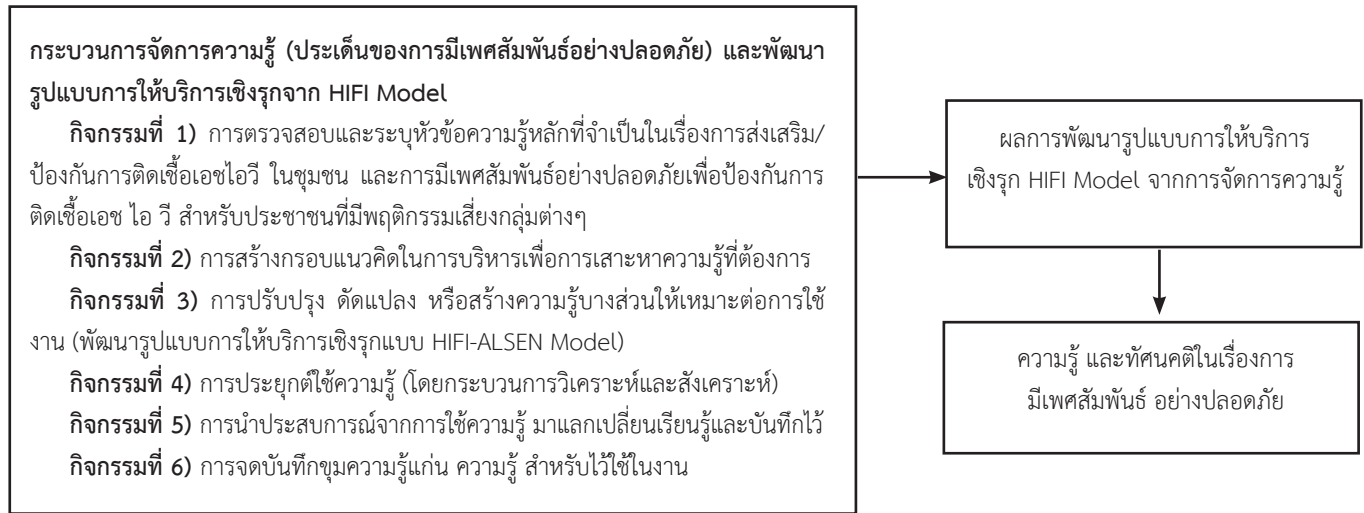
พนักงานบริการหญิง หมายถึง สตรีที่มีหน้าที่ในการให้บริการ ของสถานประกอบการได้แก่ ร้านอาหาร ร้านคาราโอเกะ และร้านนวดแผนไทย

ชายรักชาย หมายถึง ผู้ชายที่มีความรัก ความปรารถนาทางเพศ กับเพศชายด้วยกัน

ผู้ใช้สารเสพติด หมายถึง บุคคลที่มีการเสพ สารเคมี/วัตถุ ชนิดใดๆ หรือพืชและส่วนของพืชที่ให้ผลผลิต หรือใช้ผลิตภัณฑ์ให้โทษ เข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยวิธีการกิน ดม สูบ ฉีด หรือด้วย

วิธีใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ ได้แก่ การเพิ่มขนาดการเสพ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพ ทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 100 คน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 12 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากสถานบริการของรัฐระดับตติยภูมิ (สถาบันบำราศนราดูร) จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับตติยภูมิ (รพ.บางใหญ่และรพ.ไทรน้อย) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.เสาชิงหิน และรพ.สต.บางแม่นาง) จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานเอกชน หรือ NGOs จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่จากกระทรวงมหาดไทย (สถานีตำรวจภูธร อ.บางใหญ่) จำนวน 1 คน ผู้ประกอบการสถานบริการ จำนวน 1 คน อสม.และตัวแทนประชาชนกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจำนวน 2 คน อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างสำหรับการนำรูปแบบฯ มาทดลองใช้ ได้แก่ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มเยาวชนพนักงานบริการหญิง กลุ่มชายรักชาย ผู้ใช้ยาเสพติด และกลุ่มแรงงานข้ามชาติของ ต.เสาชิงหิน อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี คัดเลือกแบบอาสาสมัคร (volunteer sampling) จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

- 1) รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริม/ ป้องกัน การแก้ไขปัญหาคาดติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน (HIFI Model) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการป้องกันและส่งเสริมเพื่อการแก้ไขปัญหาคาดติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการความรู้จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า IOC 0.78
- 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น
- 3) แบบสอบถามความรู้ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบถูก/ผิด ถูกให้ 1 ผิดให้ 0 โดยมีเกณฑ์แบ่งช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-4, 5-9 และ 10-15 แปลความหมายว่า

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ

4) แบบวัดทัศนคติในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย จำนวน 15 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.68 และ 0.89 ตามลำดับ แบบวัดนี้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1 ตรงกับความรู้น้อยที่สุดจนถึง 5 ตรงกับความรู้นี้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเท่ากับ 1-15, 16-30 และ 31-45 คะแนน แปลความหมายว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดนนทบุรี โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ดำเนินงานโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรีเป็นคุณเอื้ออำนวยความสะดวกและเปิดประเด็นการอภิปราย สมาชิกทุกคนนำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อพัฒนารูปแบบ HIFI Model ที่นำมาใช้ในการดำเนินโครงการอยู่เดิม และสร้างแผนใหม่ที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ คือ HIFI-ALSEN Model นำมาดำเนินโครงการระยะแรก เพื่อส่งเสริมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้ขั้นตอนการดำเนินงานเชิงรุกแบบ HIFI-ALSEN Model ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นเตรียมการ ค้นหาสภาพความเป็นจริงของความรู้ ความตระหนัก หรือพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยของประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นดำเนินงาน ตามแผนงาน ที่กำหนดไว้อย่างบูรณาการ และเหมาะสม เกิดการเข้าถึง เข้าใจ และได้รับการยอมรับจากกลุ่มผู้รับบริการ ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นประเมินผลและสรุปบทเรียนร่วมกัน เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อค้นหาองค์ความรู้/หรือนวัตกรรม ที่เกิดจากการดำเนินงานตามแผน ตลอดจนปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะที่จะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานด้านการส่งเสริม/ป้องกัน การแก้ไขปัญหาคาดติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชนต่อไป ทั้งนี้ ได้จัดโครงการส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย สำหรับกลุ่มเสี่ยง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาชิงหิน

และศูนย์พัฒนาชีวิตใหม่ จังหวัดนนทบุรี เมื่อจบโครงการ ประเมินความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

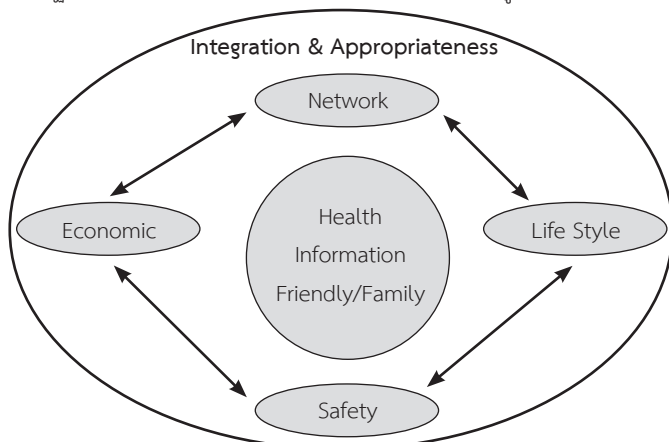
คณะผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ให้ดำเนินการวิจัยได้ โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการหรือตอบแบบสอบถาม โดยยึดว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และในระหว่างดำเนินการ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะยุติการให้ความร่วมมือเมื่อใดก็ได้ การตอบรับและการปฏิเสธไม่มีผลใดๆ ต่อการทำงานหรือการรักษาพยาบาลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพึงจะได้รับ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลของการจัดการความรู้ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาต่อยอดรูปแบบ HIFI Model โดยใช้การจัดการความรู้ การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ส่วนที่เพิ่มเติมจาก HIFI Model คือ ครอบคลุมความเหมาะสม (Appropriateness) ของสภาพความเป็นจริงของบุคคลและชุมชนอีก 4 ประการคือ วิถีชีวิต (Life style) ความมั่นคง/ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (Safety) เศรษฐกิจ/สถานภาพทางการเงิน (Economic) และเครือข่ายด้านสุขภาพ ซึ่งต้องมีการสร้างให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ภายในเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ (Network) กระบวนการแลกเปลี่ยนร่วมกัน ได้สรุปเป็นรูปแบบ HIFI-ALSEN Model และได้นำมาดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริม/ป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเด็นของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย โดยได้ใช้เครือข่ายทีมสุขภาพให้มีการเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดบทเรียนการทำงานด้านส่งเสริม/ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ในกลุ่มพนักงานบริการ ดังนั้น รูปแบบ HIFI-ALSEN Model จึงประกอบด้วย 1) สุขภาพที่ดี (Health) 2) ข้อมูลความรู้ (Information) ที่ต้องให้เข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการอย่างทั่วถึง 3) ความเป็นมิตร (Friendly) เข้าถึงและมีความจริงใจ 4) การบูรณาการ (Integration) ต้องมีการบูรณาการความรู้ให้เข้ากับบริบทของผู้รับบริการ 5) การยอมรับ (Appropriateness) ให้เกียรติ ยอมรับซึ่งกันและกัน 6) รูปแบบการใช้ชีวิต (Life Style) 7) ความปลอดภัย (Safety) 8) เศรษฐกิจ (Economic) และ 9) เครือข่าย (Network) ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 HIFI-ALSEN Model

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมดำเนินการจัดการความรู้ในครั้งนี้ จำนวน 12 คน ได้หาแนวทางสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในประเด็นส่งเสริม/ป้องกัน ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเด็นของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ผลการพัฒนาต่อยอด HIFI-ALSEN Model จึงตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยจัดทำแผนการดำเนินงานโครงการการทำงานด้านส่งเสริมและ/ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ ในกลุ่มพนักงานบริการ โดยมีเป้าหมายการจัดการความรู้ คือ มีบทเรียนอำเภอดันแบบการทำงานด้านส่งเสริมและ/ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ครอบคลุมประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติและการดูแลตนเองของประชาชน เมื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือ มีกิจกรรมประชาสัมพันธ์ “แนวทางการปฏิบัติ/ดูแลตนเองของประชาชน เมื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย” อย่างน้อยปีละ 1 กิจกรรม

2. ผลของระดับความรู้และทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยลำดับดังนี้

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดร้อยละ 45 กลุ่มพนักงานบริการหญิง ร้อยละ 28 เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่น้อยที่สุด ร้อยละ 3 อายุเฉลี่ย 26.46 ปี (SD=12.68) รายได้เฉลี่ย 5,273.20 บาท/เดือน (SD=1,674.58) ศึกษาในระดับมัธยม ร้อยละ 67 เป็นผู้ที่ว่างงาน ร้อยละ 31.0 ได้รับข้อมูล/ข่าวสารเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและการติดเชื้อเอชไอวีจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อสิ่งพิมพ์ และบุคคล ร้อยละ 42.0 ไม่เคยมีการตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 68 และในปีที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 53.04 ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ส่วนประสบการณ์ ในการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าร้อยละ 81 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์มาก่อน อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 14 ปี จำนวนครั้งเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวนเฉลี่ยเท่ากับ 74.24 ครั้ง ต่อปี พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 33.ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน ร้อยละ 54.32 ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 62.96 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้รับสิ่งตอบแทน ร้อยละ 51.85 ไม่มีการใช้เครื่องตีมแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศ และร้อยละ 80.25 ไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นๆก่อนการมีเพศสัมพันธ์ รายละเอียดตารางที่ 1 นอกจากนี้ ยังพบว่าร้านสะดวกซื้อ เป็นสถานที่ซื้อ/ช่องทางที่เข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.36 ร้อยละ 47.97 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการร้องขอให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (100 คน) และประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์ของประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (81 คน)

หัวข้อ	หัวข้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทกลุ่มตัวอย่าง (100 คน ชาย 51 คน หญิง 49 คน)	กลุ่มใช้สารเสพติด	45	45.00
	พนักงานบริการหญิง	28	28.00
	กลุ่มแรงงานข้ามชาติ	3	3.00
	อื่นๆ	24	24.00
การศึกษา	ประถมศึกษา	18	18.00
	มัธยมศึกษา	67	67.00
	อื่นๆ	15	15.00
อาชีพ	ว่างงาน	31	31.00
	พนักงานบริการ	28	28.00
	นักเรียน/นักศึกษา	19	19.00
	อื่นๆ	22	22.00
การได้รับข้อมูล/ข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)	สื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์	35	35.00
	สื่อสิ่งพิมพ์และบุคคล	11	11.00
	สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อสิ่งพิมพ์ และบุคคล	42	42.00
การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี	ไม่เคย	68	68.00
	เคย (จำนวน 1 ครั้ง)	29	29.00
	เคย (จำนวนมากกว่า 1 ครั้ง)	3	3.00
การตรวจหามะเร็งปากมดลูก (เฉพาะเพศหญิง 49 คน)	ไม่เคย	26	53.04
	เคย (จำนวน 1 ครั้ง)	22	44.88
	เคย (จำนวนมากกว่า 1 ครั้ง)	1	2.04
พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (81 คน)			
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน (จากคนที่ตอบ 81 คน)	ไม่ใช้	27	33.33
	ใช้บ้าง	44	54.32
	ใช้ทุกครั้ง	10	12.35
การมีเพศสัมพันธ์โดยได้รับสิ่งตอบแทน	ไม่ได้รับ	51	62.96
	ได้รับ (เงิน)	30	37.04
การใช้แอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์	ไม่ใช้	42	51.85
	ใช้	39	48.15
การใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์	ไม่ใช้	65	80.25
	ใช้ (ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา)	16	19.75

ระดับความรู้และทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ($\bar{X} = 8.64$, $SD = 2.71$) และมีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 13.60$, $SD = 4.64$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและการติดเชื้อเอชไอวี

หัวข้อ	คะแนน	จำนวน (คน)	\bar{X}	SD	ระดับ
ความรู้		100	8.64	2.71	ปานกลาง
ทัศนคติ		100	13.60	4.64	น้อย

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถแยกอภิปรายเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. ผลการพัฒนาต่อยอดรูปแบบ HIFI Model โดยใช้การจัดการความรู้ เพื่อนำมาใช้ในการจัดทำโครงการ ได้รูปแบบ HIFI-ALSEN Model ที่ควรมีการเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยตรงจากเครือข่ายทีมสุขภาพ เป็นการใช้ Network ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มเครือข่ายคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดนนทบุรี ได้วางรูปแบบเชิงรุกของโครงการเพื่อส่งเสริม/ป้องกัน ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ใน อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี ทั้งนี้ รูปแบบการเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ต้องเกิด

จากความตระหนักในปัญหาาร่วมกัน การจัดการปัญหาของชุมชนควรได้รับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน พยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนด้วยการประสานความร่วมมือ สร้างหุ้นส่วนในการทำงาน การเสริมพลังอำนาจ และมีทักษะการสื่อสารที่ดี อีกทั้งชุมชนจะเข้มแข็งได้อยู่ที่การช่วยกันแก้ปัญหา และจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อสมาชิกในชุมชน มีจิตสำนึกว่าตนเองเป็นเจ้าของชุมชน ซึ่งสิ่งนี้จะทำให้เกิดความเป็นชุมชนที่ดี เกิดเครือข่ายความร่วมมือ ฟังตนเองได้ และเกิดความความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ภายใต้แหล่งประโยชน์ที่มีจำกัดการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงควรคำนึงถึงเป็นอย่างมาก โดยพบว่าประเทศในเอเชียความมุ่งเป้าหมายป้องกันการเกิดเอชไอวี/ เอดส์

ในกลุ่มชายรักชายให้มากขึ้น¹⁰ เพราะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การจัดกิจกรรมให้คณะอนุกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอชไอวี จังหวัดนนทบุรี ได้ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็น ดึงเอาความรู้ที่มีอยู่ออกมา และนำมาเพิ่มเติมใน HIFI-ALSEN Model จากนั้นนำมาวางแผนและออกแบบกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความรู้ และทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ทำการประเมินและพัฒนาความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้¹¹ ที่เกิดขึ้นในการทำงานประจำ เกิดองค์ความรู้แห่งการเรียนรู้ แม้ว่าปัจจัยภายนอกองค์กรจะส่งผลต่อการลาออกของบุคลากร แต่การเรียนรู้ภายในองค์กรทำให้การทำงานประจำวันของพยาบาลมีผลงานที่ดีขึ้น¹²

2. ระดับความรู้และทัศนคติ ต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย พบว่าความรู้ต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 8.64$, $SD = 2.71$) และทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 13.60$, $SD = 4.64$) ทั้งนี้ กระบวนการทำงานตาม HIFI-ALSEN Model ทำให้ความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางหรือน้อย เนื่องจากการดำเนินโครงการยังใช้ระยะเวลาไม่นานเพียงพอที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อทัศนคติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทัศนคตินั้น ควรสร้างความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยและกฎหมายคุ้มครองทางเพศเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้วัยรุ่นเข้าใจและรับรู้โอกาสเสี่ยงทางเพศเพื่อนำไปสู่การฝึกฝนทักษะในการป้องกันตัวเองต่อไป¹³ ส่วนการจัดการความรู้จนเกิด HIFI-ALSEN Model ทำให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ เกิดการจัดกิจกรรมชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการ เป็นการเปิดพื้นที่ทำให้เกิดการสร้างชุมชนนักปฏิบัติ ซึ่งจะนำมาซึ่งองค์ความรู้ในประเด็นที่สนใจ¹⁴ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อผลการจัดการความรู้ที่ได้รูปแบบ ที่สามารถนำไปดำเนินโครงการได้ ส่วนกลุ่มเสี่ยงรู้สึกพอใจที่ได้นำเครือข่ายของผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง ครอบครัว ชุมชน มาร่วมกันดำเนินโครงการ ทำให้เกิดความเข้าใจ เป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี ป้องกันการเกิดโรค ดังนั้น HIFI-ALSEN Model ที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ จึงควรมีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุณิรัตน์ ยังยืน อุดมศักดิ์ มหาวีวัฒน์ ธิธาร์ตน์ สมติ และ สุวิมล สงกลาง¹⁵ ที่พบว่าความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยของวัยรุ่น ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีมหาสารคามส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ยังเห็นควรว่า ความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยและกฎหมายคุ้มครองทางเพศเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้วัยรุ่นเข้าใจและรับรู้ภาวะเสี่ยงหรือโอกาสเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภัยคุกคามทางเพศเพื่อนำไปสู่การฝึกฝนทักษะในการป้องกันตัวเองต่อไป ซึ่งพบว่าความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายจำนวนมากที่ตอบว่า ไม่ใช่ผู้ที่ยังอายุน้อย เพราะทำให้ความสุขทางเพศลดลง ผู้ติดเชื้อหญิงส่วนใหญ่ตอบว่าไม่ใช่ผู้ที่ยังอายุน้อยเพราะ คู่ก่อนประจำไม่ยอมให้ใช้¹⁶ ดังนั้น การแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง จึงควรมีการดูแลและส่งเสริมป้องกันอย่างจริงจัง ทั้งนี้ พฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นแม้เพียงครั้งเดียวโดยไม่ได้มีการป้องกัน อาจส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นได้¹⁷⁻¹⁸

ด้านทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย จึงควรระมัดระวังอันตรายที่เกิดจากความเสี่ยงของการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้พบว่าทัศนคติ ความเชื่อ จะเป็นตัวทำนายหรือมีผลต่อพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี หากได้รับสิ่งเร้าอย่างเหมาะสม¹⁹ นอกจากนี้ ความเชื่อของผู้ที่มี

ประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น จะไม่ใช่ผู้ที่ยังอายุน้อยในการมีเพศสัมพันธ์ กับคู่ก่อนที่รู้จักกันมานาน เพราะขาดความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ต้องใช้กลยุทธ์เชิงรุกสื่อสารข้อความที่สำคัญเรื่องนี้ให้มากขึ้น¹⁷ นอกจากนี้ หากกลุ่มชายรักชาย มีความตระหนักถึงอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จะเป็นการง่ายสำหรับการรณรงค์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้เป็นอย่างดี²⁰ แม้ว่าวัยรุ่นจะมีความรู้ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อย แต่หากว่ามีทัศนคติในเรื่องเพศที่เหมาะสม เช่น การมีแฟนในวัยรุ่นไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์¹⁷ จะสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งท้องที่ไม่พร้อมได้²¹ มีงานวิจัยหลายงานที่ค้นพบว่าหากสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล มีแรงสนับสนุนทางสังคม และมีปัจจัยแวดล้อมที่เหมาะสมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้²²⁻²⁴

ในส่วนของการคิดเห็นเพิ่มเติมพบว่า ร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง ต้องการให้เพิ่มบริการการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะให้สถานบริการของรัฐจัดบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่บ้านหรือที่ๆ เป็นความลับสำหรับผู้รับบริการมากถึงร้อยละ 30 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกิจกรรมดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากแผนการจัดการความรู้ฯ โดยใช้การบริการเชิงรุกแบบ HIFI-ALSEN Model ที่พัฒนาขึ้นมา ซึ่งถ้าพิจารณาในกระบวนการของการจัดการความรู้ในส่วนหนึ่งประกอบด้วยกระบวนการคุณภาพ (PDCA) ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขั้นตอนของการวางแผนนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือการระดมสมองเล่าเรื่องราว (Story telling/brainstorming) ก่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนทั้งความรู้ในเชิงวิชาการ และประสบการณ์ทั้งความสำเร็จ และข้อผิดพลาดที่พึงระวังในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี เมื่อนำโครงการตามแผนการจัดการความรู้ฯ ไปใช้จริงจึงตอบสนองความต้องการที่ทางชุมชนหรือผู้รับบริการประสงค์ เป็นการตอบสนองความต้องการที่ตรงประเด็นถูกใจผู้รับบริการ²⁵ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้มีการส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแก่องค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านการส่งเสริม/ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับบริการที่เหมาะสมได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

HIFI-ALSEN Model กระบวนการจัดการความรู้ทำให้ได้รูปแบบที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน แม้ว่าจะยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากระยะเวลาที่ศึกษานี้สั้นเกินไป ดังนั้น ควรศึกษาการใช้รูปแบบนี้ในระยะยาว และขยายเครือข่ายให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงที่เป็นแกนนำต่างๆ เช่น โรงเรียน สถานบริการ เป็นต้น เพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ข่าวสารการแพทย์. กรมควบคุมโรค เผยผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี 57 เกือบครึ่งเป็นชายรักชายและสาวประเภทสอง เร่งวิจัยแก้ปัญหา. สรรพสารวงการแพทย์. 2558;17(440):12.
2. กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน กรมควบคุมโรค แถลงนโยบายยุติปัญหาเอดส์ในไทย เน้นความยั่งยืนของการดำเนินงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2557]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.riskcomthai.org/th/news/mass-media-detail.php?id=26327>

3. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี. สรุปรายงานจำนวนสถานบริการใน อ.บางใหญ่ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. รายงานสรุปโครงการฝึกภาคปฏิบัติในชุมชนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเอชไอวี/เอดส์แบบองค์รวม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. สถาบันพระบรมราชชนก. กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
5. วิจารย์ พานิช. วาดฝัน KM 3.0 ประเทศไทย: ฝันของ ผศ. ดร. วัลลา ตันตโยทัย - KM อุดมศึกษา และเครือข่ายเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 29 ตุลาคม 2558]; เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/596580>
6. Gagnona MP, Gagnon JP, Fortin JP, Paré G, Côté J, Courcy F. A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study. *International Journal of Information Management*. 2015;35:636-42.
7. Krenz P, Basmer S, Buxbaum CS, Redlich T, Wulfsberg JP. Knowledge Management in value creation networks: establishing a new business model through the role of a knowledge-intermediary. *Procedia CIRP*. 2014;16:38-43.
8. กัลปิงหา ไชยวิมล, พระครูใบฎีกาทรงพล ชยนนโท, ทองใบ เครือคำ, ภรธิดา เวียงสงค์, ว่าที่ร้อยตรีวัชรินทร์ เทพานนท์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2556;7(2):29-36.
9. Guberski TD. Nurse Practitioners, HIV/AIDS, and Nursing in Resource-Limited Settings. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2007; November/December:695-702.
10. Cheng MH. Asian countries urged to address HIV/AIDS in MSM. *World Report*, Vol 373:707. [Internet]. 2009 [cited 2014 Sep 9], Available from: www.thelancet.com
11. วิจารย์ พานิช. การจัดการความรู้ KM article. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2558]; เข้าถึงได้จาก: http://huahin.dusit.ac.th/bg/KM/KM_Article.pdf.
12. Gagnon MP, Payne-Gagnon J, Fortin JP, Paré G, Côté J, Courcy F. A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study. *International Journal of Information Management*. 2015;35:636-42.
13. คลังพลอย เอื้อวิทย์ศุภกร, อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 2554;17(2):15-26.
14. ศิริพงษ์ เกี้ยวสกุล. การนำเสนอแนวทางการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนในการมีผู้นำพลังผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาชุมชน. *วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2555.
15. สุณิรัตน์ ยั่งยืน, อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์, ธิดารัตน์ สมดี, สุวิมล สงกลาง. ความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยของวัยรุ่น. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 2553;29(4):420-7.
16. สุชาติ ทวีสิทธิ์, สุรีย์พร พันพิง. เข้าใจและเข้าถึงโลกทัศน์เพศวิถีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยมุมมองเพศวิถี. ใน *กฤตยา อาชวนิจกุล กาญจนา ตั้งชลทิพย์, บรรณาธิการ. ประชากรและสังคม 2551: มิติ "เพศ" ในประชากรและสังคม. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม; 2551. หน้า 182-95.*
17. Ugarte WJ, Högberg U, Valladares E, Essén B. Assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS in Nicaragua: A community-level perspective. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2013;4:37-44.
18. Kiderlen TR, Conteh M, Roll S, Seeling S, Weinmann S. Cross-sectional study assessing HIV-related knowledge, attitudes and behavior in the Namibian truck transport sector: Readjusting HIV prevention programs in the workplace. *Journal of Infection and Public Health*. 2015;8:346-54.
19. Kelman HC. Interests, relationships, identities: Three central issues for individuals and groups in negotiating their social environment. In Fiske ST, Kazdin AE, Schacter DL, editors. *Palo Alto, CA: Annual Reviews. Annual Review of Psychology*. 2006;57:1-26.
20. Sohn A, Cho B. Knowledge, Attitudes, and Sexual Behaviors in HIV/AIDS and Predictors Affecting Condom Use among Men Who Have Sex with Men in South Korea. *Osong Public Health Res Perspect*. 2012;3(3):156-64.
21. มาลี เกื้อนพกุล, ทศพร เรืองภักข, พัชรา อุบลสวัสดิ์. การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของวัยรุ่น: เหตุผลที่ไม่ยุติการตั้งครรภ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2556;7(1):38-49.
22. Yang, T. et al. Attitudes and behavioral response toward key tobacco control measures from the FCTC among Chinese urban residents, *BMC Public Health*. 2007;7:248.
23. Fabrigar LR, Petty RE, Smith SM, Crites SL Jr. Understanding knowledge effects on attitude-behavior consistency: The role of relevance, complexity, and amount of knowledge. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006;90:556-77.
24. Smith SM, Fabrigar LR, Powell DM, Estrada MJ. The role of information processing capacity and goals in attitude-congruent selective exposure effects. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007;33:948-60.
25. Thummakul D, Piluk S, Chunsena T. Assessing Needs for Health Promotion among Medical Outpatients, Pranangklae General Hospital. *Proceeding of Manuscript. Working together for health security 4th International Nursing and Public Health Conference. 10th-12th April 2012; Thailand. Chiang Mai. Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; p.102-9.*

