

พลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง ในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

Effects of Empowerment on Reduction Risk Behaviors among Youth Living with HIV/AIDS

รชนีกร	ไข่มหิน	พ.ม.*	Ratchaneekorn	Kaihin	M.N.S.*
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล	ปร.ด.**	Nongyao	Kasatpibal	Ph.D. **
จิตตากรณี	จิตร์เชื้อ	วท.ม.***	Jittaporn	Chitreechuer	M.Sc. ***

บทคัดย่อ

เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง จะมีโอกาสแพร่เชื้อและรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงใน เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อายุระหว่าง 15-24 ปี ที่ลงทะเบียนรับยาต้านไวรัส คลินิกโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง สุ่มเลือกโรงพยาบาล 1 แห่งเป็นกลุ่ม ทดลอง และ 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อ เอชไอวีเพิ่มมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.89 ค่าความเชื่อมั่น 0.97 และแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบกลุ่มผ่านการตรวจสอบและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดลองใช้เพื่อทดสอบ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที สถิติ ทดสอบวิลคอกซันแบบจับคู่เครื่องหมายตำแหน่ง และสถิติทดสอบแมนวิทนียู

ผลการวิจัย พบว่า

ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 32.06 คะแนน เป็น 14.83 คะแนน จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่ม ทดลองเท่ากับ 14.83 คะแนน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเท่ากับ 28.53 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง จึงควรนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติ เพื่อลดการแพร่เชื้อและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้อย่างต่อเนื่องในกลุ่มดังกล่าว

คำสำคัญ: เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมเสี่ยง เอชไอวี/เอดส์

Abstract

Youth living with HIV/AIDS who have risk behaviors will be chance to transmission and exposure to HIV infection. The objective of this experimental research was to determine the effects of empowerment on reduction risk behaviors among youth living with HIV/AIDS. The study samples consisted of youth living with HIV/AIDS aged between 15-24 who registered to receive antiretroviral drugs from AIDS clinics at 2 community hospitals, one of which was randomly selected as an experimental group, and the other as a control group. Twenty three youth living with HIV/AIDS from each hospital were randomly selected as study samples. The research instruments consisted of personal data questionnaire; a questionnaire on risk behaviors in transmission and exposure to HIV. The content validity index was 0.89 and the reliability was 0.97, and the group empowerment plan had been checked and corrected according to the suggestion of the experts; they had been put through the trial process to test the practical possibility before the real application. The data were analyzed using descriptive statistics, t-test statistics, Wilcoxon matched-paired signed ranks test and Mann-Whitney U test.

The results of study

After the empowerment implementation, the mean score of risk behaviors of experimental groups significantly decreased from 32.06 to 14.83 (from a total of 72) ($p < 0.001$). When comparing both groups, the mean score of risk behaviors of the experimental groups was 14.83 which was significantly lower than that of the control group (28.53 score, $p < 0.001$).

This research shows that empowerment results in reduction of risk behaviors among youth living with HIV/AIDS. It should be applied to enhance the continuous skills of practice, which would therefore reduce the transmission and exposure to HIV infection.

Key words: Youth Living with HIV/AIDS, Empowerment, Risk Behaviors, HIV/AIDS

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด
* Professional nurse, Atsamat Hospital, Roi Et Province
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ปีค.ศ. 2009 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 33.3 ล้านคน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.6 ล้านคน เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี ร้อยละ 41 จากร้อยละ 40 ในปีที่ผ่านมา และผู้ติดเชื้อเสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1.8 ล้านคน (World Health Organization [WHO] & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2010) ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2527 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งสิ้น 373,874 ราย เสียชีวิตจำนวน 98,153 ราย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 24.9 รองลงมาอายุระหว่าง 25-29 ปี ร้อยละ 21.7 และอายุระหว่าง 15-24 ปี ร้อยละ 8.5 (สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในทุกกลุ่มอายุรวมถึงกลุ่มเยาวชน

การเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนอาจเนื่องมาจากเยาวชนที่ติดเชื้อเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรม การมีคู่นอนหลายคนและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยมากกว่ากลุ่มอื่น (WHO & UNAIDS, 2010) และยังเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางเพศที่มีความสมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่ แต่การพัฒนาทางอารมณ์ จิตใจ สังคมยังไม่พัฒนาไปตามร่างกาย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และจิตใจขาดวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ จึงทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งพฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด (พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิภารณ บุญสิทธิ, และ วิโรจน์ อารีรักษ์, 2547) ดังรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า เยาวชนที่ติดเชื้อของไทยสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 20-30 (WHO & UNAIDS, 2010) ทำให้เกิดการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่น

นอกจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เยาวชนที่ติดเชื้อยังมีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ต้มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด จากการสำรวจพบมีการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นร้อยละ 6.1 และร้อยละ 50 ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) ซึ่งก่อให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีได้อย่างรวดเร็ว (World Health Organization [WHO], 2009) และพบการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 33.7 (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย (Eisele, Mathews, Chopra, Brown, Silvestre, & Daries, 2008) แสดงให้เห็นว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยงจะมีโอกาสแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นและรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มส่งผลให้เกิดการตีอกชกเท้าทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่ประสบผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีแนวคิดและกระบวนการทำให้ผู้ติดเชื้อยอมรับการเจ็บป่วย มีความรู้ และสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551)

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดหนึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้พลังอำนาจในตนเอง สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1993) จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาที่ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) ไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อายุ 18-59 ปี พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีขึ้น (จุฬา ช่วยเมือง, 2550) และการนำมาใช้ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ทำให้มีความรู้และมีพฤติกรรมป้องกันสารเสพติดเพิ่มขึ้น (บุญเดือน เหลืองเลิศขจร, 2547) แนวคิดดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น แต่การนำมาใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นการใช้รวมทุกกลุ่มอายุ ยังไม่พบมีการนำไปใช้เฉพาะกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ซึ่งมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล การให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ โดยใช้กลวิธีการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก การใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษา คำแนะนำ แนวทาง ให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคลและการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในกรณียังไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผ่านกระบวนการดังกล่าว จะทำให้รับรู้พลังอำนาจและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ส่งผลให้เยาวชนที่ติดเชื้อมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง

ใจเลือกวิธีปฏิบัติในกรณียังไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผ่านกระบวนการดังกล่าว จะทำให้รับรู้พลังอำนาจและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ส่งผลให้เยาวชนที่ติดเชื้อมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ลงทะเบียนและรับยาต้านไวรัสที่คลินิกโรคเอดส์ในโรงพยาบาลที่มีจำนวนเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากที่สุด 3 อันดับแรกของจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 89 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ลงทะเบียนและรับยาต้านไวรัสที่คลินิกโรคเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากโรงพยาบาล 3 แห่ง โดยทำการจับฉลากโรงพยาบาล 2 แห่ง เพื่อนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยจับฉลากเพื่อแบ่งโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นจับฉลากประชากรเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบใส่คืน (sampling with replacement) ด้วยการนำรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมในการวิจัย เขียนรายชื่อทั้งหมดและจับฉลากรายชื่อครั้งละ 1 คน หลังจากได้รายชื่อ 1 คน นำไปรวมกับรายชื่อที่ยังไม่จับฉลากเพื่อให้มีโอกาสในการถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าเทียมกันทุกครั้งที่สุ่ม จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดคือ กลุ่มละ 23 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัยคือ เป็นผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอื่นที่ส่งเสริมการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม สามารถสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยคือ ในระหว่างดำเนินโครงการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย บุคคลที่ร่วมพักอาศัย ที่พักอยู่ใกล้สถานบันเทิง/เรีงรมย์ รายได้ของครอบครัว บุคคล/องค์กรที่สนับสนุนด้านการเงิน ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาในการรับรู้ ว่าติดเชื้อเอชไอวี และการได้รับการสนับสนุนยุ่งยงอนามัย

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ดัดแปลงจากแบบสอบถามของวิมลศิริ ศรีศันตะ (2553) โดยผู้วิจัย นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา นำข้อคิดเห็นมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.89 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้และหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.97 แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ (คะแนนเต็ม 72 คะแนน) จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองได้แก่ แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขให้มีความถูกต้องครอบคลุมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริง ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง สอดคล้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มโดยเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง เฉลี่ยครั้งละ 2 ชั่วโมง 48 นาที โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร โดยจัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ กิจกรรมเรื่องราวชีวิต และกิจกรรมให้ความรู้ กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 2 คือ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล โดยจัดกิจกรรมเล่าสู่กันฟัง กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ใช้กลวิธีการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การสนับสนุน อำนวยความสะดวก และให้ชี้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้แนวทาง รวมทั้งให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมเส้นทางสู่ดวงดาว กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 4 คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคลและการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมพันธะสัญญาใจ และกิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) ดำเนินกิจกรรมยุติกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับกลุ่มควบคุมแนะนำให้รับบริการตามนัด การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างทุกคนและให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม

ตัวอย่างด้วยสถิติไควสแควร์ เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้วยสถิติทดสอบค่าที สถิติทดสอบวิลคอกซ์แบบจับคู่เครื่องหมายตำแหน่ง และสถิติทดสอบแมนวิทนียู

เปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกต่างกันในเรื่อง อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 18.22 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 19.35 ปี ดังตารางที่ 1

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		χ ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
15-17	13	56.5	11	47.8	0.087	0.768
18-24	10	43.5	12	52.2		
\bar{X} (S.D.)	18.22 (3.37)		19.35 (3.76)			
Range	15-24		15-24			
เพศ						
ชาย	10	43.5	10	43.5	0.000	1.000
หญิง	13	56.5	13	56.5		
สถานภาพสมรส						
โสด	20	87.0	20	87.0	2.564	0.352
คู่	1	4.3	3	13.0		
หย่า/แยก	2	8.7	0	0		
ระดับการศึกษา					3.200	0.202
ประถมศึกษา	7	30.4	3	13.1		
มัธยมต้น	13	56.5	13	56.5		
มัธยมปลาย/ปวช.	3	13.1	7	30.4		

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกต่างกันในเรื่อง ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย บุคคลที่ร่วมพักอาศัย ที่พักอยู่ใกล้สถานบันเทิง/

เรีงรมย์ รายได้ของครอบครัว บุคคล/องค์กรที่สนับสนุนด้านการเงิน ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลระยะเวลาที่รับรู้ติดเชื้อเอชไอวี และการได้รับการสนับสนุนยุ่งยงอนามัย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย บุคคลที่ร่วมพักอาศัย ที่พักอยู่ใกล้สถานบันเทิง/เรีงรมย์ รายได้ของครอบครัว บุคคล/องค์กร ที่สนับสนุนด้านการเงิน และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	4	17.4	9	39.1	1.716	0.190
ครอบครัวขยาย	19	82.6	14	60.9		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)						
1-5	15	65.2	17	73.9	0.103	0.749
6-10	8	34.8	6	26.1		
ลักษณะที่อยู่อาศัย						
บ้านตนเอง	23	100.0	22	95.7	0.000	1.000
หอพัก	0	0	1	4.3		
บุคคลที่ร่วมพักอาศัย						
บิดา/มารดาและญาติ	22	95.7	19	82.6	1.299	0.346
คูรัก/แฟน	1	4.3	3	13.1		
เพื่อน	0	0	1	4.3		
ที่พักอยู่ใกล้สถานบันเทิง/ เรีงรมย์						
ไม่อยู่ใกล้	18	78.3	19	82.7		
คาราโอเกะ	1	4.3	2	8.7	1.617	0.845
โรงแรม/ม่านรูด	1	4.3	1	4.3		
ห้องอาหาร/คาเฟ่	3	13.1	1	4.3		
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)						
< 1,000	4	17.4	2	8.7		
1,000-3,000	2	8.7	4	17.4	1.881	0.724
3,001-5,000	8	34.8	10	43.5		
> 5,000	9	39.1	7	30.4		
บุคคล/องค์กรที่สนับสนุนด้านการเงิน						
บิดา/มารดาและญาติ	20	87.0	17	73.9		
คูรัก/แฟน	2	8.7	6	26.1	3.069	0.342
องค์กรของรัฐ/มูลนิธิ	1	4.3	0	0		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล (กิโลเมตร)						
< 10	10	43.5	9	39.1		
≥ 10	13	56.5	14	60.9	0.000	1.000
ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีเชื้อเอชไอวี (ปี)						
< 3	10	43.5	10	43.5	3.296	0.210
3-6	12	52.2	8	34.8		
> 6						
การได้รับการสนับสนุน ถูกอย่างอนามัย						
เพียงพอ	23	100.0	23	100.0	-	-

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม

2.1 ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยง 32.06 คะแนน (S.D. = 7.56) จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน หลังได้รับ

การเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงลดลงเป็น 14.83 คะแนน (S.D. = 4.82) ซึ่งน้อยกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=23)

ช่วงระยะเวลาที่ศึกษา	\bar{X}	S.D.	Paired t-test	
			t	p-value
ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ	32.06	7.56	11.753	0.000
หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ	14.83	4.82		

2.2 หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยง 14.83 คะแนน (S.D. = 4.82) จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยง 28.53 คะแนน (S.D. = 10.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ช่วงระยะเวลาที่ศึกษา	\bar{X}	S.D.	Paired t-test	
			t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=23)	14.83	4.82	-5.019	0.000
กลุ่มควบคุม (n=23)	28.53	10.81		

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในกลุ่มทดลอง แยกเป็นรายกิจกรรม ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ยกเว้น กิจกรรมการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในช่วงระยะเวลาเดียวกัน และการมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือแผ่นรองดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายกิจกรรม ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=23)

กิจกรรม	ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ		หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ		p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1. การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ	0.78	0.73	0.28	0.46	0.013
2. การมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน	0.39	0.50	0.28	0.46	0.157
3. การมีเพศสัมพันธ์แบบหมูโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่มีการเปลี่ยนถุงยางอนามัย	0.69	0.48	0.24	0.44	0.008
4. การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ	2.06	0.64	0.94	0.24	0.000
5. การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวที่ไม่ใช่ผู้ขายบริการทางเพศ	2.18	0.60	0.25	0.47	0.008
6. การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ขายบริการทางเพศ	2.10	0.87	0.37	0.52	0.014
7. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือถุงอนามัย	2.33	0.52	0.17	0.41	0.020

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มในกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายกิจกรรม ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=23)

กิจกรรม	ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ		หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ		p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
8. การมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือแผ่นรอง	2.89	0.47	2.72	0.57	0.083
9. การมีเพศสัมพันธ์เมื่อเที่ยวสถานบันเทิง/อาบอบนวด/ผับ/บาร์	0.91	0.54	0.56	0.53	0.035
10. การตรวจสอบการแตกและฉีกขาดของถุงยางอนามัยก่อนใช้	2.67	0.59	1.50	0.51	0.000
11. การตรวจสอบวันหมดอายุของถุงยางอนามัยก่อนใช้	2.94	0.24	1.56	0.51	0.000
12. การดำเนินกิจกรรมการมีเพศสัมพันธ์ต่อถึงแม้จะพบว่าถุงยางอนามัยแตกหรือฉีกขาด	1.89	0.76	1.06	0.26	0.005
13. การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่พร้อม เช่น ไม่มีถุงยางอนามัย	2.06	0.73	1.00	0.34	0.001
14. การต่อรองคู่นอนเพื่อให้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อคู่นอนไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย	2.50	0.86	1.50	0.52	0.036
15. การเปิดเผยผลเลือดของตนเองเมื่อเปลี่ยนคู่นอน	3.00	0.00	2.25	0.46	0.014
16. การถามผลเลือดของคู่นอนเมื่อเปลี่ยนคู่นอน	3.00	0.00	2.25	0.46	0.014
17. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์	1.13	0.52	0.85	0.38	0.046
18. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเนื่องจากมีเมามาเพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์	1.67	0.82	0.85	0.38	0.000
19. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จนเมาไม่รู้สติ	1.20	0.41	0.60	0.51	0.003

2.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม แยกเป็นรายกิจกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ยกเว้น กิจกรรมการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในช่วงระยะเวลาเดียวกัน การเปิดเผยผลเลือดของตนเองเมื่อเปลี่ยนคู่นอน และการถามผลเลือดของคู่นอนเมื่อเปลี่ยนคู่นอน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม
จำแนกเป็นรายกิจกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรม	ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ		หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ		p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1. การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ	0.28	0.46	0.74	0.73	0.042
2. การมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน	0.28	0.46	0.47	0.61	0.325
3. การมีเพศสัมพันธ์แบบหุญทมิโดยไม่ใช่ถุงยางอนามัย หรือไม่มีถุงยางอนามัย	0.24	0.44	1.11	0.60	0.001
4. การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ	0.94	0.24	1.37	0.50	0.003
5. การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวที่ไม่ใช่ผู้ชายบริการทางเพศ	0.25	0.47	0.91	0.30	0.016
6. การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ชายบริการทางเพศ	0.37	0.52	1.00	0.00	0.011
7. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือถุงอนามัย	0.17	0.41	1.00	0.00	0.004
8. การมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือแผ่นรอง	2.72	0.57	3.00	0.00	0.032
9. การมีเพศสัมพันธ์เมื่อเที่ยวสถานเริงรมย์/อับอบนวด/ผับ/บาร์	0.56	0.53	2.33	0.52	0.000
10. การตรวจสอบการแตกและฉีกขาดของถุงยางอนามัยก่อนใช้	1.50	0.51	2.89	0.32	0.000
11. การตรวจสอบวันหมดอายุของถุงยางอนามัยก่อนใช้	1.56	0.51	2.89	0.32	0.000
12. การดำเนินกิจกรรมการมีเพศสัมพันธ์ต่อถึงแม้จะพบว่าถุงยางอนามัยแตกหรือฉีกขาด	1.06	0.26	1.82	0.53	0.000
13. การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่พร้อม เช่น ไม่มีถุงยางอนามัย	1.00	0.34	1.84	0.60	0.000
14. การต่อรองคู่นอนเพื่อให้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อคู่นอนไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย	1.50	0.52	2.53	0.77	0.000
15. การเปิดเผยผลเลือดของตนเองเมื่อเปลี่ยนคู่นอน	2.25	0.46	2.41	1.00	0.216
16. การถามผลเลือดของคู่นอนเมื่อเปลี่ยนคู่นอน	2.25	0.46	2.41	1.00	0.216
17. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์	0.85	0.38	1.75	0.45	0.000
18. การมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ใช่ถุงยางอนามัย เนื่องจากมีเมามาเพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์	0.85	0.38	1.83	0.39	0.000
19. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จนเมาไม่รู้สติ	0.60	0.51	1.58	0.52	0.000

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) เมื่อยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ตั้งคำถามของกลุ่มตัวอย่างว่า “ผมจะระวังเวลาเมื่อไรกับแฟนต้องป้องกันทุกครั้ง จะได้ไม่เอาเชื้อไปให้ใคร” “ตอนนั้นผมป้องกันทุกครั้ง เพราะไม่อยากให้คนอื่นติดเชื้อจากเรา และผมก็ไม่อยากรับเชื้อมา กลัวคือยา ผมกินยาตรงเวลา ถ้าพฤติกรรมผมไม่ดี ก็คือยาเหมือนที่คุณหมอบอก ผมอยากแข็งแรงไม่อยากป่วย อยากมีชีวิตอยู่นานๆ” ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงเช่นเดียวกับการศึกษาของจุฬาฯ ช่วยเมือง (2550) พบว่า หลังผู้ติดเชื้อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีขึ้น มีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมเสี่ยงบางอย่างของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการปฏิบัติลดลงแต่ไม่แตกต่างจากก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในช่วงระยะเวลาเดียวกัน โดยที่ยังปฏิบัติอยู่เป็นเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะธรรมชาติของเพศชายมีความเป็นผู้นำ มีลักษณะของการป้องกันตัว มีความกล้าและสามารถทำในสิ่งที่เหนือกว่าเพศหญิง (Bakan, 1970 อ้างในปริษา อรุณสวัสดิ์, 2531) ประกอบกับเยาวชนในปัจจุบันมีความเชื่อว่าการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนเป็นเรื่องธรรมดา ไม่เสียหาย และวัยรุ่นเพศชายมีความเชื่อว่าตนเองสามารถมีคู่นอนได้หลายคน (อนงค์ ประสานนวจ, ประณีต ส่งวัฒนา และ บุญดี เพชรรัตน์, 2552) นอกจากนี้ยังให้เหตุผลที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนเพราะเป็นคู่นอนประจำ จึงยังมีการแสดงความรักต่อกัน ไม่กล้าที่จะบอกเลิกและปฏิเสธ แต่ใช้วิธีป้องกันทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือแผ่นรองพบว่า มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ปฏิบัติเป็นเพศชายและหญิงในสัดส่วนที่เท่ากัน โดยให้เหตุผลที่ไม่ปฏิบัติเพราะแผ่นรองปากหาซื้อยาก และมีราคาแพง จึงแนะนำการใช้วัสดุทดแทนได้แก่ ถุงยางอนามัยเพศชายตัดเป็นแผ่นสี่เหลี่ยม หรือใช้พลาสติกห่ออาหารรองที่อวัยวะเพศ สามารถป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปากได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) (ตารางที่ 2) และกลุ่มตัวอย่างบางคนมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางปากไม่น่าจะทำให้ติดเชื้อเมื่อไม่มีแผลที่ปากและอวัยวะเพศ เช่นเดียวกับการศึกษาของวิมลศิริ ศรีคันชชะ (2553) พบว่า การใช้แผ่นรองปากเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก่อนและหลังการสอนบนเว็บไม่มีความแตกต่างกันเนื่องจากแผ่นรองปากหาซื้อยาก มีราคาแพง และมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางปากไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมเสี่ยงบางกิจกรรมที่กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติลดลงแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ กิจกรรมการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในช่วงระยะเวลาเดียวกัน การเปิดเผยผลเลือดของตนเองเมื่อเปลี่ยนคู่นอน และการถามผลเลือดของคู่นอนเมื่อเปลี่ยนคู่นอน อาจเนื่องจากการเปิดเผยผลเลือดเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวที่จะบอกผลเลือดของตนเองและไม่กล้าถามผลเลือดของคู่นอนดังที่กล่าว “หนูไม่กล้าบอกแฟนว่าติดเชื้อ หนูกลัวเขาทิ้ง” “เราอยากป้องกันแต่แฟนยังไม่รู้ว่าติดเชื้อ จะทำอย่างไรดี” “ผมไม่กล้าถามเขาหรือว่าติดเชื้อมั๊ยเพราะกลัวเขาว่าผมไม่ไว้ใจ” ถือเป็นความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย แม้จะเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อและคู่นอนได้มีการเปิดเผยผลเลือด เพื่อร่วมกันวางแผนในการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (สำนักโรคเอดส์



วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ TUC, 2551) แต่จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ไม่กล้าบอกหรือคุณหมอบอกใครรับผมทำงาน” “หนูยังไม่กล้าบอกพ่อกับแม่ว่าติดเชื้อกลัวพ่อกับแม่เสียใจ” แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดเพราะกลัวผลกระทบที่ตามมา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและให้คำปรึกษาเป็นรายกรณีเมื่อเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มารับบริการ
2. ควรมีการให้ความรู้แก่เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเรื่อง ความเสี่ยงเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน และความเสี่ยงเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มตัวอย่าง เพื่อสามารถควบคุมตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อการวิจัยเช่น ความไม่เท่าเทียมกันในด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ควรศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และคู่นอน เพื่อมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เยาวชนที่ติดเชื้อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้
3. ควรศึกษาวิจัยโดยเน้นในเฉพาะบางกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มตัวอย่างยังมีการปฏิบัติอยู่ เช่น การมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน และการมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือแผ่นรอง เป็นต้น

กติกกรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาการพยาบาล โครงการมหาวิทยาลัยวิจัย ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาและบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

คลินิกโรคเอดส์. (2554). รายงานเฉพาะเป็นผู้นำผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประจำปี 2554. ร้อยเอ็ด: ฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.

จุฬา ช่วยเมือง. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุญเตือน เหลืองเลิศขจร. (2547). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันสารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปรีชา อรุณสวัสดิ์. (2531). การสร้างแบบทดสอบวัดบุคลิกภาพความเป็นชายและความเป็นหญิงสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. กรุงเทพฯ. ปริญญาบัตรศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.



วิมลศิริ ศรีคันชชะ. (2553). ผลของการสอนบนเว็บต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิฑูรณ บุญสิทธิ, และวีโรจน์ อารีรักษ์กุล. (2547). กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ “วัยรุ่น”. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.

ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดร้อยเอ็ด. (2554). รายงานเฉพาะเป็นผู้นำผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จังหวัดร้อยเอ็ดประจำปี 2554. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.

สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2554. สืบค้นเมื่อ 29 ก.ค. 2554 จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110401_78586368.pdf

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC). (2551). การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสมรรถนะ การเกษตรแห่งประเทศไทย.

อนงค์ ประสานนวนกิจ, ประณิต ส่งวัฒนา, และ บุญดี เพชรรัตน์. (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ รูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น, สงขลานครินทร์เวชสาร, 27(5), 369-380.

Eisele, T., Mathews, C., Chopra, M., Brown, L., Silvestre, E., & Daries, V. (2008). High levels of risk behavior among people living with HIV initiating and waiting to start antiretroviral therapy in Cape Town South Africa. *AIDS and Behaviors*, 12(4), 570-577.

Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mother of chronically children*. Unpublished doctoral dissertation. Boston: Boston College.

World Health Organization. (2009). *Towards universal access scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Progress report 2009. Retrieved September 5, 2010, from http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/full_report_en

World Health Organization, & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2010). *Global summary of the AIDS epidemic 2009*. Retrieved December 5, 2010, from http://www.who.int/hiv/data/2009_global_summary.png