

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

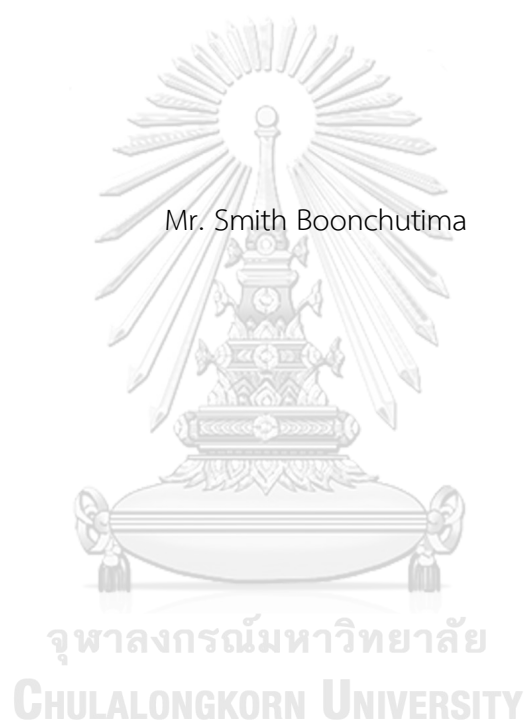
ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

DEVELOPING AN AIDS RISK COMMUNICATION MODEL FOR MYANMAR TRANSNATIONAL
WORKERS IN THAILAND



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Sports Science

Faculty of Sports Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ใน กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาในประเทศไทย
โดย	นายสมิทธิ์ บุญชุติมา
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์การกีฬา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ศาสตราจารย์ ดร. ปารีชาติ สถาปิตานนท์

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

..... คณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันชัย บุญรอด)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ศาสตราจารย์ ดร. ปารีชาติ สถาปิตานนท์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวดี ลีมีงส์สวัสดิ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วิจิต คณิงสุขเกษม)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. กิตติ ก้านภัย)

สมิทธี บุญชุตติมา : การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (DEVELOPING AN AIDS RISK COMMUNICATION MODEL FOR MYANMAR TRANSNATIONAL WORKERS IN THAILAND) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: รศ. ดร. สุจิตรา สุขนทรทรัพย์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ศ. ดร. ปารีชาติ สถาปิตานนท์, หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย และเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ประกอบด้วย การสำรวจ การสำรวจภาคสนาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการทดลอง

ผลจากการศึกษา พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อนและเพื่อนร่วมงานชาวเมียนมาร์ มีความต้องการได้รับสุขศึกษาในโรงงาน ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยเฉพาะเฟซบุ๊ก รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้เรียกว่า รูปแบบ "ENGAGE-A³" ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นได้รับความเชื่อถือ ขั้นสำรวจสภาพแวดล้อม ขั้นขอความช่วยเหลือจากคนในพื้นที่ ขั้นดำเนินกิจกรรม ขั้นดำเนินกิจกรรมแบบเกม และขั้นประเมินผล การใช้รูปแบบนี้ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการประเมินความเสี่ยง การตระหนักต่อความเสี่ยง และการช่วยสื่อสารความเสี่ยง ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการจัดกิจกรรมตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ จนถึงขั้นประเมินผล โดยการเสริมพลังให้กับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานถือปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ช่วยลดอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม ตลอดจนสามารถดำเนินการสื่อสารอย่างสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5578611239 : MAJOR SPORTS SCIENCE

KEYWORDS: AIDS / MYANMAR / RISK COMMUNICATION MODEL / THAILAND / TRANSNATIONAL WORKERS

SMITH BOONCHUTIMA: DEVELOPING AN AIDS RISK COMMUNICATION MODEL FOR MYANMAR TRANSNATIONAL WORKERS IN THAILAND. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUCHITRA SUKONTHASAB, Ph.D., CO-ADVISOR: PROF. PARICHART STHAPITANONDA, Ph.D., pp.

This study's objectives were to investigate the problems and opinions of personnel working in risk communication at the Department of Disease Control, Ministry of Public Health and the Myanmar transnational workers (MTWs) regarding the approach to communicating the AIDS risks among MTWs in Thailand, to examine the effects of the use of the media and activities communicating the AIDS risks on the MTWs, and to develop an AIDS risk communication model for MTWs in Thailand. The study utilized mixed methods, which were survey research, field survey, in-depth interview, focus group discussion, and experimental research.

The research findings showed that most of the personnel working in risk communication at the Department of Disease Control, Ministry of Public Health did not communicate AIDS risk to MTWs. The MTWs received the information on AIDS from non-governmental organizations, Myanmar friends, and colleagues, and wanted to get group health education in their factories regarding AIDS prevention. Most of MTWs used social media, especially Facebook. The AIDS risk communication model developed from this study was called "ENGAGE-A³." It consisted of 6 steps: earning trust, environmental scanning, getting local help, action, gamification, and evaluation. The implementation of this model induced changes in risk assessment, awareness, and advocacy. The researcher created a series of action plans for risk communication from planning to implementation and evaluation. The success of this risk communication model came from empowering MTWs to be health volunteer leaders in the factory, leading to reducing language and cultural barriers, allowing the communication efforts relevant to a contextual setting and target audience.

Field of Study: Sports Science

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้เพราะความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุขคนธ ทรัพย์ และ ศาสตราจารย์ ดร.ปาริชาติ สถาปิตานนท์ ที่ได้ให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ และได้ ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่

ผู้วิจัยขอขอบคุณฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการ ทำวิจัย และคณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนพัฒนาบุคลากรเพื่อเป็น ค่าธรรมเนียมการศึกษา ตลอดจนคณาจารย์ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ช่วยรับภาระงานสอนในขณะที่ผู้วิจัยได้ลาศึกษา

วิทยานิพนธ์คงจะไม่สามารถดำเนินการได้ หากปราศจากความเสียสละ ความ อนุเคราะห์ และน้ำใจจากบุคคลหลายท่าน อาทิ บุคลากรจากกรมควบคุมโรค บุคลากรจาก โรงพยาบาลสมุทรสาคร บุคลากรจากองค์กรพัฒนาเอกชน กรรมการผู้จัดการและเจ้าหน้าที่บริษัท ไทยรอแอสเฟอเซนท์ จำกัด คณะผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ รุ่นพี่ รุ่นน้องจากคณะนิเทศศาสตร์ และคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์ กลุ่มแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานที่ได้มาช่วยกันเก็บข้อมูล จัดการประชุม และจัดกิจกรรม ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้คำชี้แนะที่ดียิ่งใน การปรับปรุงวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร. กิตติ กันภัย ที่ได้นำความรู้ด้าน นิเทศศาสตร์มาพัฒนาวิทยานิพนธ์นี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านซึ่งเป็นทั้งผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน เพื่อน ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวของผู้วิจัยทุกคนที่ได้ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยในการ ทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้ลุล่วงได้

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ในด้านอื่น ๆ มา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 ปัญหำนำวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 ตอนที่ 1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1.1 แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยง.....	9
2.1.2 แนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐาน.....	24
2.1.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	29
2.1.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์.....	32
2.1.5 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	37
2.2 ตอนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
2.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์.....	42

2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์.....	46
2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงแบบมีชุมชนเป็นฐาน	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
3.1 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย	61
3.1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	61
3.1.2 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์.....	64
3.2 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศ.....	71
3.3 ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย	76
3.3.1 การสำรวจความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์.....	76
3.3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นผู้รับสารเป้าหมาย	91
3.3.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน	92
3.4 ขั้นตอนที่ 4 พัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	93
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย และการพัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย	96
4.1 ผลจากขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย	96

4.1.1	กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.....	97
4.1.2	กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	103
4.2	ผลจากขั้นตอนที่ 2 พัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	113
4.2.1	ผลจากการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ทฤษฎี หลักการ แนวทาง	113
4.2.2	ผลการสำรวจพื้นที่เป้าหมาย	119
4.2.3	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.	122
4.2.4	ผลการพัฒนาสื่อและกิจกรรม.....	126
บทที่ 5	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย	136
5.1	ผลการสำรวจความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อ โรคเอดส์ ก่อนและหลังการได้รับกิจกรรม สำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ใน โรงงานเป้าหมาย	136
5.2	ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เป็นกลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย ก่อน และหลังการได้รับกิจกรรม สำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย	142
5.3	ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ในโรงงานหลังการใช้สื่อและกิจกรรม	143
บทที่ 6	ผลการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียน มาร์ในประเทศไทย	146

6.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัย) การพัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 2 ของการวิจัย) และการศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 3 ของการวิจัย) โดยการนำทฤษฎีและงานวิจัยมาใช้รองรับ.....	146
6.2 ผลการรับฟังความคิดเห็นและรับรองรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	158
6.3 ผลการอธิบายรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	161
บทที่ 7 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	166
7.1 สรุปผลการวิจัย.....	167
7.1.1 สภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	167
7.1.2 ผลการพัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	169
7.1.3 ผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	170
7.1.4 การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	172
7.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	176
7.2.1 สภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร ความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแรงงาน ข้ามชาติเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ในประเทศไทย.....	176

7.2.2 รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	178
7.3 ข้อเสนอแนะ.....	180
7.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้.....	180
7.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป.....	180
รายการอ้างอิง.....	181
ภาคผนวก.....	196
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	251



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สรุปขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง และผลที่ได้รับจากการดำเนินการวิจัย ...	56
ตารางที่ 2	ค่าร้อยละและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างใน 5 พื้นที่ของประเทศไทย	65
ตารางที่ 3	จำนวนกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงในหน่วยงาน สคร. 12 แห่ง	66
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตาม เพศ อายุ และประสบการณ์การทำงาน	97
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา.....	98
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของประเด็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่จำเป็นต้องสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย	99
ตารางที่ 7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรุนแรงของปัญหาในการทำงานสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย.....	100
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละของสื่อที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย	102
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย จำแนกตามอาชีพ	103
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสามารถในการใช้ภาษาไทยของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย	104
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่ได้รับแหล่งข่าวสารความรู้เรื่องโรคเอดส์	105
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่ต้องการประเด็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์	106
ตารางที่ 13	จำนวนและร้อยละของปัญหาการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย	107

ตารางที่ 14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ในประเทศไทยเมื่อได้รับสื่อเรื่องโรคเอดส์เป็นภาษาไทยและภาษาพม่า 108
ตารางที่ 15	จำนวนและร้อยละของแหล่งข่าวสารและช่องทางการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ ที่แรงงาน ข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต้องการ 110
ตารางที่ 16	จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่ใช้สื่อออนไลน์ และระยะเวลาที่ใช้ 111
ตารางที่ 17	สรุปผลการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ทฤษฎี หลักการ แนวทางและข้อมูลที่ได้จาก การสำรวจสภาพปัญหาการสื่อสารที่ได้จากขั้นตอนที่ 1..... 113
ตารางที่ 18	สรุปผลการสำรวจพื้นที่เป้าหมาย 119
ตารางที่ 19	สรุปผลการศึกษาสภาพ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนรูปแบบการสื่อสาร ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่เหมาะสม . 125
ตารางที่ 20	สรุปชนิดสื่อ เนื้อหาหลักและวิธีการกระจายสื่อที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย..... 127
ตารางที่ 21	สรุปกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในโรงงานเป้าหมาย..... 130
ตารางที่ 22	จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายจำแนกตาม เพศ อายุ และการศึกษา 136
ตารางที่ 23	จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายที่ใช้เวลา อยู่ในประเทศไทยและในโรงงาน 137
ตารางที่ 24	จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายที่ได้รับสื่อ และแหล่งข่าวสารที่พัฒนาขึ้น 138
ตารางที่ 25	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้โอกาส เสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค การใช้ถุงยางอนามัยและการตรวจหา เชื้อเอชไอวี ก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน หลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวน ทางเดียว ถ้าพบความแตกต่างจึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni)..... 139

- ตารางที่ 26 สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 2 และ 3..... 146
- ตารางที่ 27 สรุปแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่ใช้รองรับร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง
ต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ร่าง ENGAGE-A³)..... 155
- ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเหมาะสมของร่างรูปแบบ
การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
(ร่าง ENGAGE-A³) 158
- ตารางที่ 29 สรุปข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง
ต่อโรคเอดส์ และสิ่งที่ได้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ 159
- ตารางที่ 30 แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้รองรับองค์ประกอบที่เพิ่มเติมในรูปแบบการสื่อสาร
ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย 160



สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	แบบจำลองการแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและการประมวลผล	13
ภาพที่ 2	แบบจำลอง PEN-3 (The PEN-3 Model)	20
ภาพที่ 3	ปัจจัยที่มีผลต่อความไว้วางใจและความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารในการสื่อสารความเสี่ยง	21
ภาพที่ 4	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้าใจความเสี่ยงทางสุขภาพและการตัดสินใจ	22
ภาพที่ 5	แบบจำลองการมีส่วนร่วมของชุมชน	27
ภาพที่ 6	แบบจำลองขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน	28
ภาพที่ 7	กรอบแนวคิดการวิจัย	54
ภาพที่ 8	ขั้นตอนการวิจัย	60
ภาพที่ 9	การดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในโรงงานเป้าหมาย	144
ภาพที่ 10	ร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย (ร่าง ENGAGE-A ³)	153
ภาพที่ 11	รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย (ENGAGE-A ³) ที่ได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ	160
ภาพที่ 12	รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย (ENGAGE-A ³)	173

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การกระจายรายได้ที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละประเทศทำให้การโยกย้ายถิ่นฐานเพื่อการหางานทำในต่างประเทศเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญของโลกในปัจจุบัน โดยประชากรโลกจำนวน 258 ล้านคน เป็นประชากรนอกถิ่นฐานเดิมของตน และ 1 ใน 3 เป็นประชากรจากประเทศกำลังพัฒนา (United Nation, 2017) เมื่อพิจารณาการโยกย้ายถิ่นเฉพาะในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่า ประเทศบรูไน สิงคโปร์ มาเลเซีย และไทย มีอัตราการย้ายเข้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเพราะสภาพเศรษฐกิจดีกว่าประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคนี้ โดยประชากรจากประเทศเมียนมาร์ กัมพูชาและลาวได้ย้ายถิ่นฐานเข้ามาในประเทศไทยมากถึง 3.5 ล้านคนเนื่องจากมีพรมแดนติดกัน ประกอบกับการที่ในปัจจุบันอัตราการเกิดของประชากรไทยลดลงทำให้มีประชากรวัยทำงานลดลงจนเกิดภาวะขาดแคลนแรงงาน (Walmsley, Aguiar, & Ahmed, 2017; ชัยพงษ์ สำเนียง, 2556) ประเทศไทยจึงมีความต้องการแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะในงานที่มีลักษณะยากลำบากและมีความอันตราย เช่น งานกรรมกรแบกหาม งานกรรมกรก่อสร้าง งานรักษาความปลอดภัย งานทำความสะอาด งานด้านการเกษตรและประมง ฯลฯ (International Organization for Migration, 2011; Tangcharoensathien, Thwin, & Patcharanarumol, 2017)

แม้ว่าการเข้ามาของแรงงานข้ามชาติได้ช่วยลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานให้กับประเทศไทย แต่ผลกระทบด้านสาธารณสุขที่ตามมาคือปัญหาโรคติดต่อโดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Tangcharoensathien et al., 2017; อดุลย์ รัตโส, 2550) จากการที่กระบวนการจัดทำทะเบียนประวัติ ออกบัตรประจำตัวและตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติไม่อนุญาตให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์เพราะถือเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ดังนั้นจึงมีเพียงการตรวจโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ เช่น ซิฟิลิสและวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากตรวจสุขภาพเพื่อออกบัตรประจำตัวให้แก่แรงงานข้ามชาติทั้งหมด 9 แสนคน พบแรงงานข้ามชาติป่วยเป็นวัณโรคระยะติดต่อ 2,034 คน และโรคซิฟิลิส จำนวน 1,359 คน (ข่าวสด, 2557) และยังมีรายงานว่าอัตราการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในช่วงปี 2554-2557 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมาก โรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรกคือ โรคซิฟิลิส หนองใน และหนองในเทียม โดยพบในแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์มากที่สุดปีละเกือบ 1,000 คน (ข่าวสด, 2559) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้คาดการณ์ได้ว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.6 ของแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดเป็นประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเอดส์ (Osbak, Rowley, Kassebaum, & Kenyon, 2016; Solomon et al., 2014; สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2560)

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ยังไม่มียารักษาหายและยังมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง โดย 10 ปีที่ผ่านมาพบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นทั่วโลก 7.5 ล้านคน (UNAIDS, 2017) ประเทศไทยเป็น 1 ใน 11 ประเทศในภูมิภาคเอเชียที่ยังพบปัญหาเอดส์ในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยตั้งแต่เริ่มพบผู้ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรกในปี 2526 จนถึงปัจจุบันคาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 1.2 ล้านคน และมีผู้ป่วยเอดส์ประมาณ 430,000 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 7,000 คนต่อปี และมีการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 15,000 คนต่อปี (สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค, 2559) แม้จะยังไม่มียารักษาให้หายจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ แต่หากพบว่ามีการติดเชื้อและเข้ารับยาต้านไวรัสได้เร็ว ก็ช่วยให้ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีในร่างกายมีอายุยืนยาวได้เหมือนคนปกติ แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยจะได้รับการตรวจสอบสุขภาพและทำประกันซึ่งจะทำให้สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับคนไทย (กรมการจัดหางาน, 2544) อย่างไรก็ตามการติดเชื้อเอชไอวีและการล้มป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ ทั้งนี้สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการป้องกันโรคเอดส์ และยังมีคณะกรรมการบริหารกองทุนโลก ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารกองทุนที่ได้รับจากมาจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) โดยมีการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนตลอดจนหน่วยงานสาธารณสุขอื่น ๆ ของไทยจนทำให้การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทยที่ผ่านมาได้ผลดี

ในปี 2556 กองทุนโลกได้ลดการจัดสรรงบประมาณให้แก่ประเทศไทยลงเนื่องจากถือว่าประเทศไทยมีรายได้ดีขึ้น (MGR Online, 2557) กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องแสวงหารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ที่สอดคล้องกับงบประมาณจากต่างประเทศที่ลดลง (Kanpirom, Luz, Chalkidou, & Teerawattananon, 2017; สุรศักดิ์ ธโนศวรรยยางกูร และคณะ, 2556) หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่ใช้ในการป้องกันโรคเอดส์ คือ ยุทธศาสตร์การสื่อสารสาธารณะและประชาสัมพันธ์ที่เป็นการวางนโยบายและแนวทางการสื่อสารต่าง ๆ ให้กับสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค (สคร.) ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศนำไปปฏิบัติ โดยเนื้อหาของยุทธศาสตร์การสื่อสารสาธารณะและการประชาสัมพันธ์ คือ การทำงานผ่านภาคีเครือข่ายที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สื่อมวลชนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2557) ที่ผ่านมามีหน่วยงานด้านสาธารณสุขในบางจังหวัดดำเนินการป้องกันโรคเอดส์ด้วยการสื่อสารเพื่อกระตุ้นการตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เช่น โครงการจัดทำสื่อรณรงค์ป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชนไทยที่หลากหลายและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมตีใจเยาวชนด้านภัยเอดส์ รวมถึงการรณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ แต่ยังไม่พบว่ามีกิจกรรมรณรงค์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจึงทำให้แรงงานข้ามชาติยังขาดความตระหนักที่จะ

ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ (Jenkins, Jourdain, Arunothong, Sirirungsri, & Kunstadter, 2017; สำนักงานสาธารณสุขเขต 7, 2554)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, Maiman, Kirscht, Haefner, & Drachman, 1977) ได้ระบุว่า หากบุคคลได้รับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงต่อตนเองและได้รับรู้ถึงประโยชน์และวิธีการขจัดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และได้รับสิ่งชี้แนะการกระทำ เช่น การสื่อสารความเสี่ยงผ่านสื่อต่าง ๆ หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักนับถือจะทำให้บุคคลผู้นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไปในทางที่เหมาะสมได้ ทั้งนี้งานวิจัยด้านการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญแต่ยังไม่ได้รับการดำเนินการอย่างเพียงพอ (Satawedin, 2017) แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์จึงยังไม่มีความสามารถที่จะปกป้องตนเองจากภัยคุกคามของโรคเอดส์ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ ทั้งนี้ผู้ที่ทำการสื่อสารต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบกัน อาทิ ลักษณะของกลุ่มผู้รับสาร ลักษณะการเปิดรับสาร การใช้สื่อและกิจกรรมที่อาจแตกต่างจากประชากรไทย (Brussa, 1998) ส่วนในด้านแหล่งข่าวสารหรือผู้ส่งสารก็จำเป็นต้องได้รับความไว้วางใจ เนื้อหาสารจะต้องกระตุ้นให้เกิดความสนใจ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย กระชับ ตรงกับความต้องการ นำไปสู่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และควรก่อให้เกิดกระบวนการทางสังคม เช่น การพูดคุยกันในกลุ่มผู้รับสาร (Breakwell, 2000) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับขั้นตอนการดำเนินงานที่หลากหลาย (Walaski, 2011) อาทิ การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การวิเคราะห์ผู้รับสาร การออกแบบเนื้อหาสาร การกำหนดสื่อและกิจกรรม การดำเนินการเผยแพร่ และการประเมินผล ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยที่ผู้ดำเนินการสื่อสารก็สามารถทำงานได้อย่างราบรื่นและเป็นขั้นตอน สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

ข้อจำกัดในการสื่อสารกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถสื่อสารภาษาของแรงงานข้ามชาติได้และยังไม่สามารถเข้าถึงสถานที่ทำงานหรือที่พักอาศัยของกลุ่มเป้าหมายอย่างสะดวก อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายมักไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่รัฐของไทยจัดขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอคติที่เกิดจากการปราบปรามของตำรวจ การปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกันและความรู้สึกกีดกัน (Discrimination) นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติมักมีช่วงเวลาดำเนินงานที่ยาวนานเมื่อถึงเวลาพักจึงต้องการผ่อนคลายมากกว่าการเข้ารับความรู้ด้านสุขภาพ (มาเรีย เพียร์ซี และคณะ, 2556) ดังนั้นการส่งเสริมให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคเอดส์ได้ทั้งในระดับบุคคลและในระดับชุมชนจะต้องอาศัยการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนแรงงานข้ามชาติเป็นสำคัญ ที่ผ่านมามีพบว่า

มีความพยายามที่จะพัฒนาเสริมศักยภาพให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานในโรงพยาบาล (องค์การแพธและองค์การไออาร์ซี, 2552) แต่ก็พบว่าเป็นงานด้านการดูแลรักษามากกว่างานด้านการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่ามีจำนวนแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งยังไม่ได้ดำเนินการโดยร่วมมือกับภาคเอกชนที่เป็นเจ้าของโรงงานจึงยังไม่สามารถทำงานในเชิงรุกในสถานที่ทำงานของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ได้ ดังนั้นการดำเนินงานที่ผ่านมาจึงยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มเสี่ยงแต่ยังไม่ป่วยจนต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา ดังนั้นการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ที่เหมาะสมกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นใหม่ และอาศัยข้อมูลใหม่ทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่เป้าหมาย เพื่อให้สามารถออกแบบการสื่อสารที่สร้างผลการเปลี่ยนแปลงให้มากที่สุด

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย เพื่อวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

1.2 ปัญหาวิจัย

1. การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ที่ดำเนินการในปัจจุบัน มีสภาพเป็นอย่างไร และมีปัญหาอย่างไร
2. รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร
3. รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร ความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ในประเทศไทยเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการศึกษาสภาพปัญหาการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร เรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ที่สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขของไทย และผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ตลอดจนแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์จากทั่วประเทศ

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการสื่อสาร ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ คือ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่อยู่ในโรงงานเป้าหมาย

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่สำหรับศึกษาผลการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้น คือ โรงงานที่ประกอบกิจกรรมต่อเนื่องจากการประมง 1 โรงงาน ซึ่งเป็นโรงงานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์มากที่สุด และมีโอกาสที่จะขยายผลไปยังโรงงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงได้

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication Model) หมายถึง องค์ประกอบ และขั้นตอนการดำเนินการที่ได้สร้างขึ้นจากสังเคราะห์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวทางการสื่อสารความเสี่ยง และแนวทางการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เน้นการใช้ทรัพยากรด้านการสื่อสารที่มีอยู่ในชุมชน

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) หมายถึง โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องจนไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่ายกว่าคนปกติ โดยเอดส์เป็นระยะสุดท้ายของการติดเชื้อเอชไอวีที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้

แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (Myanmar Transnational Workers in Thailand) หมายถึง ชายและหญิงสัญชาติเมียนมาร์ที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย มีอายุ 20-30 ปี ที่อยู่ในประเทศไทยเพื่อทำงานและได้รับค่าจ้าง

อาชีพต่อเนื่องจากการประมง (Occupation that related to fishing) หมายถึง อาชีพที่นอกเหนือจากการจับสัตว์น้ำ หรือออกเรือประมง เช่น การแล่ปลา แกะหอย แกะกุ้ง ลอกหมึก และตากแห้ง รวมถึงการคัดขนาด บรรจุกระป๋อง และแช่เย็น เป็นต้น

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ (AIDS knowledge) หมายถึง ความสามารถในการจำหรือการระลึกได้ซึ่งรวมประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยรับรู้มา ความเข้าใจ และความสามารถในการบอกข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ สาเหตุการติดต่อ อาการ การป้องกัน การรักษา และสิทธิการรักษาโรคเอดส์

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ (AIDS prevention attitude) หมายถึง แนวความคิดเห็นหรือความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งต่าง ๆ โดยในที่นี้คือการป้องกันโรคเอดส์

ตัวแปรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model factors) หมายถึง

- 1) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และ การรับรู้ความรุนแรงของโรค)
- 2) การรับรู้ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรค)
- 3) ปัจจัยร่วม (ด้านประชากร ด้านสังคมจิตวิทยา และปัจจัยพื้นฐาน) และ
- 4) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (สิ่งชักนำภายใน และสิ่งชักนำภายนอก)

การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการกระทำที่จะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ (AIDS prevention behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยวัดเป็นลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่ขั้นก่อนการพิจารณา ขั้นพิจารณา ขั้นเตรียมการ ขั้นปฏิบัติ ขั้นคงพฤติกรรมซึ่งเป็นขั้นที่หลีกเลี่ยงการกลับสู่สภาพเดิม

ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (AIDS risk) หมายถึง โอกาสที่จะเกิดโรคเอดส์ และความรุนแรงของโรคเอดส์ ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีล่าช้า

การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) หมายถึง การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ผู้รับสารเข้าใจความเสี่ยงด้วยหลักเหตุผล ดังนั้นประเด็นที่นักสื่อสารจำเป็นต้องให้ความสำคัญ คือ การส่งผ่านข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสและผลของเหตุการณ์หนึ่ง จากผู้ที่มีข้อมูล (ผู้ส่งสาร) ไปยังบุคคลอื่น (ผู้รับสาร) ผ่านตัวกลาง (ช่องทาง)

แนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐาน (Community-based Communication) หมายถึง การสื่อสารที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างนักสื่อสารและชุมชนบนหลักการของการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อผลประโยชน์และความร่วมมือกันในระยะยาว โดยคำนึงถึงบริบท ความจำเป็น ความต้องการ และศักยภาพของชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้ในขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การร่วมวางแผน การร่วมดำเนินงาน และการร่วมประเมินผล

การช่วยเหลือสนับสนุน (Advocacy) หมายถึง ความพยายามของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในการช่วยนำเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อการป้องกันโรคเอดส์

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่สามารถเป็นต้นแบบในการนำไปใช้กับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คล้ายคลึงกัน
2. ทำให้เกิดแนวทางที่มีประโยชน์ต่อการสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย มีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยง
 - ก. ความหมายและแนวทางการสื่อสารความเสี่ยง
 - ข. การสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายต่างวัฒนธรรม
2. แนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐาน
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
 - ก. ความหมายและสถานการณ์โรคเอดส์
 - ข. ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคเอดส์
 - ค. หน่วยงานที่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
5. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
 - ก. ลักษณะทางประชากรศาสตร์
 - ข. การทำประกันสุขภาพ
 - ค. การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

ตอนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

2.1 ตอนที่ 1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1.1 แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยง

งานวิจัยนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงกับการสื่อสารความเสี่ยง ได้แก่ ความหมายและแนวทางการสื่อสารความเสี่ยง กลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง ขั้นตอนการสื่อสารความเสี่ยง เทคนิคการกระตุ้นความสนใจข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง การออกแบบเนื้อหาสาร แนวทางการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง และปัญหาและข้อจำกัดในการสื่อสารความเสี่ยง มีรายละเอียดดังนี้

ก. ความหมายและแนวทางการสื่อสารความเสี่ยง

การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) เป็นการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ผู้รับสารเข้าใจความเสี่ยงด้วยหลักเหตุผล ดังนั้นประเด็นที่นักสื่อสารจำเป็นต้องให้ความสำคัญ คือ การส่งผ่านข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสและผลของเหตุการณ์หนึ่ง จากผู้ที่มีข้อมูล (ผู้ส่งสาร) ไปยังบุคคลอื่น (ผู้รับสาร) ผ่านตัวกลาง (ช่องทาง) (Kasperson, 1986; Masuda & Garvin, 2006) การสื่อสารความเสี่ยงนั้นเป็นเครื่องมือสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Ayers, 2007) มีผลทำให้ผู้รับสารเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรียกรว่าการสื่อสารความเสี่ยงว่าสิ่งชักนำภายนอกให้เกิดการปฏิบัติ (External cues to action) แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงประกอบด้วย กลยุทธ์ ขั้นตอน และเทคนิค ดังนี้

กลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง (Lundgren & McMakin, 2013) ได้แก่

1. การนำแนวคิดสื่อสารความเสี่ยงเข้าร่วมไว้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ทั้งนี้ผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้องได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจทั้งข้อมูลระดับความเสี่ยงและข้อมูลแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้สามารถกำหนดเป็นนโยบายขององค์กรได้อย่างถูกต้อง (Katz, Lazarsfeld, & Roper, 2017)

2. การใช้ผลสะท้อนกลับ (Feedback) ให้เป็นประโยชน์ โดยให้ความสำคัญกับวิธีการได้รับผลสะท้อนกลับ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่จะใช้ นำกลับเข้าสู่ระบบการสื่อสาร เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการสื่อสารในครั้งต่อไป

3. การทำให้ผู้รับสารเข้าใจว่าความไม่แน่นอนเป็นธรรมชาติของความเสี่ยง ทั้งนี้เป็นเพราะสถานการณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ มักมีข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ดังนั้นการออกแบบสารที่ให้ความมั่นใจให้กับผู้รับสารมากเกินไปจะส่งผลเชิงลบต่อความน่าเชื่อถือในภายหลัง หากสถานการณ์ไม่เป็นไปตามที่ผู้ส่งสารให้คำมั่นสัญญาไว้

4. การออกแบบสารและเลือกใช้สื่อให้สอดคล้องกับผู้รับสาร ผู้รับสารแต่ละกลุ่มมีความเชื่อ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สื่อที่แตกต่างกัน ทำให้สารหรือข้อความหนึ่งๆ อาจถูกตีความและบิดเบือนไปได้ตามความเชื่อ ประสบการณ์ ความรู้ เพศ ระดับศึกษา อายุ ลักษณะชุมชนและวัฒนธรรม ผู้ส่งสารยังจำเป็นต้องเลือกใช้สื่อให้เหมาะสมกับรูปแบบพฤติกรรมการใช้สื่อของผู้รับสารด้วย

5. การวิเคราะห์การรับรู้ความเสี่ยง หมายถึง การทำความเข้าใจความเสี่ยงตามหลักวิทยาศาสตร์ร่วมกับความเสี่ยงที่เกิดจากประกอบสร้างความหมายทางสังคม (Social construction) ซึ่งได้แก่ ความหมายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางสังคม (Social process) และการขยายความเสี่ยงทางสังคม (Social amplification of risk) (Masuda & Garvin, 2006)

6. การเปิดให้สาธารณชนเข้าร่วมพูดคุยเกี่ยวกับความเสี่ยง อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมที่นำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ (Bogam, Saoji, Sahasrabudhe, & Saoji, 2016; Josiah Willock, Mayberry, Yan, & Daniels, 2015)

7. การนำเสนอข้อความเกี่ยวกับความเสี่ยงด้วยความซื่อสัตย์และแม่นยำ (S. E. Green, 2004) จะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ในระยะยาวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารได้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้รับสารสามารถตัดสินใจต่อทางเลือกด้วยข้อมูลอย่างมีเหตุผล

8. การเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้สามารถสื่อสารกันได้ตามที่ต้องการ โดยนักสื่อสารอาจต้องขอการสนับสนุนและทำงานร่วมกันกับกลุ่มเป้าหมายในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านข้อมูล ด้านสถานที่ และด้านช่องทางการสื่อสาร (C. Airhihenbuwa et al., 2009; C. O. Airhihenbuwa & Obregon, 2000; Collins O. Airhihenbuwa & Webster, 2004) การสื่อสารจะช่วยสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ (Worsley, 1989) ความรู้สึกร่วมมือร่วมใจและการเป็นภาคีที่ร่วมจัดการความเสี่ยง ตลอดจนช่วยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้รับสารด้วย (Bakić-Mirić & Bakić, 2008)

ขั้นตอนการสื่อสารความเสี่ยง แบ่งออกได้เป็น 3 ชั้น (Walaski, 2011) ได้แก่ ชั้นวางแผน ชั้นดำเนินการ และชั้นประเมินผล มีรายละเอียด ดังนี้

1. ชั้นวางแผน ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร การวิเคราะห์ผู้รับสาร การออกแบบสาร การกำหนดช่องทางการสื่อสาร แนวทางการกระจายสื่อ การกำหนดตารางการทำงาน งบประมาณ และผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้จะต้องวิเคราะห์จุดแข็งของโครงการสื่อสารและนำมาออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ให้มากที่สุด (Issel & Wells, 2017; ยุกพล เบ็ญจรงค์กิจ, 2554)

2. ชั้นดำเนินการ ประกอบด้วย 6 งาน ดังนี้

2.1 งานด้านวัสดุข้อมูล (Information materials) ประกอบด้วย ขั้นตอนคัดเลือกข้อมูล การจัดเรียงข้อมูล การปรับเปลี่ยนภาษา การจัดลำดับการเล่าเรื่อง ทั้งนี้วัสดุข้อมูล (IEC material หรือ Information, education, communication material) ได้แก่ จดหมายข่าว แผ่นพับ หนังสือเล่มเล็ก แผ่นข้อมูล (Fact sheet) โปสเตอร์ ซุ้มนิทรรศการ บทความ รายงานเชิงเทคนิค เป็นต้น

2.2 งานด้านการนำเสนอความเสี่ยงด้วยภาพ ประกอบด้วย การออกแบบการใช้ภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สื่อ และข้อมูล และการทดสอบกับกลุ่มผู้ใช้งาน

2.3 งานด้านการสื่อสารซึ่งหน้า ประกอบด้วย การออกแบบข้อความ การเลือกผู้พูดที่เหมาะสม และฝึกซ้อมผู้พูดนั้นจนชำนาญ ที่สำคัญก่อนจบการสื่อสารซึ่งหน้าต้องสรุปเนื้อหาที่ต้องการให้ผู้รับสารจดจำ ทั้งนี้ควรใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือทางภาพ (Visual aids) ในระหว่างการสื่อสารซึ่งหน้า ใช้ภาษาของผู้ฟังและต้องระวังไม่ให้คำสัญญาที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

2.4 งานด้านสื่อมวลชน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับสื่อท้องถิ่นและภูมิภาค การระบุรูปแบบและช่วงเวลาที่เหมาะสมในการประสานกับสื่อ การจัดเตรียมข้อมูลและพัฒนาเป็นวัสดุข้อมูล การส่งข้อมูล การติดตามการเผยแพร่ข่าวสาร การแก้ไขข่าวสารที่ผิดพลาดที่ปรากฏในสื่ออย่างเหมาะสม และการประเมินผลการนำเสนอข่าวสารของสื่อมวลชน

2.5 งานด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย การรับฟังความคิดเห็น การร่วมประเมินความเสี่ยง การร่วมตัดสินใจ การร่วมจัดการความเสี่ยง และการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.6 งานด้านสื่อสังคมออนไลน์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์กลุ่มผู้รับสารในสังคมออนไลน์ การเลือกใช้สังคมออนไลน์ การโพสต์ข้อมูล การแบ่งปันข้อมูล การสร้างปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเฝ้าระวังข้อมูลในสื่อสังคมออนไลน์ และการประเมินผลการสื่อสารในสื่อสังคมออนไลน์

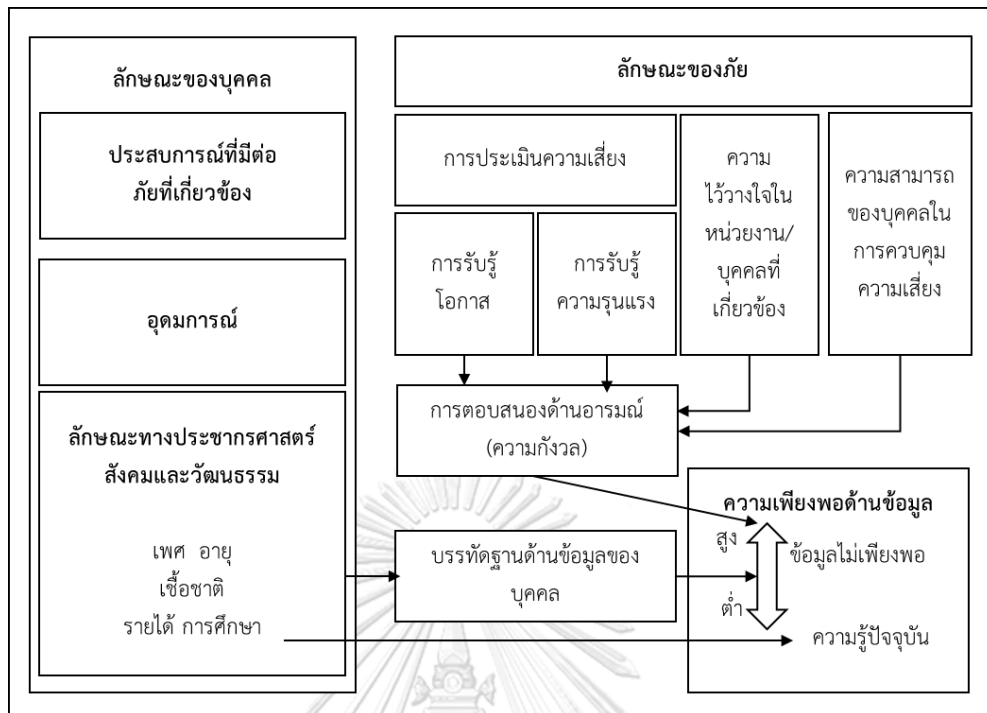
3. ขั้นการประเมินผล ประกอบด้วย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อกำหนดข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้การประเมินผล จากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการประเมิน และรายงานผลการประเมินให้กับคณะทำงานสื่อสารความเสี่ยง

เทคนิคการกระตุ้นความสนใจข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง

เทคนิคที่ใช้กระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายหันมาสนใจข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงมีพื้นฐานมาจากแบบจำลองการแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและการประมวลผล (Risk Information Seeking Model: RISM) ของ Robert J. Griffin, Neuwirth, Dunwoody, and Giese (2004) ที่อธิบายตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับระดับความสนใจในการแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) ตัวแปรลักษณะของบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ที่มีต่อภัยที่เกี่ยวข้อง อุดมการณ์ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ สังคมและวัฒนธรรม และ 2) ตัวแปรลักษณะของภัย ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง (การรับรู้โอกาสและความรุนแรง) ความไว้วางใจในหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง และความสามารถของบุคคลในการควบคุมความเสี่ยง

2. ตัวแปรตาม ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) ตัวแปรการตอบสนองด้านอารมณ์ ซึ่งให้ความสำคัญกับความกังวลของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะแปรผันตามตัวแปรลักษณะของภัย 2) ตัวแปรบรรทัดฐานด้านข้อมูลของบุคคล ซึ่งจะแปรผันตามลักษณะทางประชากรศาสตร์ สังคมและวัฒนธรรม และ 3) ตัวแปรตามด้านความเพียงพอของข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย ระดับความรู้ในปัจจุบัน อันเป็นผลมาจากรายได้และการศึกษา และความไม่เพียงพอของข้อมูลอันเป็นผลมาจากตัวแปรบรรทัดฐานด้านข้อมูลของบุคคลและตัวแปรการตอบสนองด้านอารมณ์



ที่มา: Griffin, R. J., Neuwirth, K., Dunwoody, S., & Giese, J. (2004). Information Sufficiency and Risk Communication. *Media Psychol*, 6(1), 23-61

ภาพที่ 1 แบบจำลองการแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและการประมวลผล

จากภาพแสดงให้เห็นว่าหากต้องการทำให้กลุ่มเป้าหมายหันมาสนใจข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ นักสื่อสารควรทำให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกตนว่ายังมีข้อมูลไม่เพียงพอหรือข้อมูลที่มีอยู่นั้นล้าสมัยหรือไม่ถูกต้อง โดยแจ้งให้ทราบว่าโดยทั่วไปแล้วบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูลเหล่านั้น นอกจากนี้ยังต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายทราบด้วยว่ากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง โดยมุ่งหวังให้กลุ่มผู้รับสารเกิดความกังวลใจเพิ่มขึ้น ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายจะเกิดความสนใจในการแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์เพื่อมาเติมเต็มช่องว่างของข้อมูลนั้น

การออกแบบเนื้อหาสาร

แนวทางการเสริมระดับความรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura (1990) แบบจำลองข้ามทฤษฎี (Transtheoretical Theory) ของ Prochaska and DiClemente (1986) และแบบจำลองทางจิต (Mental Model) ของ Morgan (2002) ได้แนะนำให้มีการออกแบบเนื้อหาสารเพื่อการสื่อสารความเสี่ยงไว้ดังนี้

แนวทางการเสริมระดับความรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura (1990) ได้ระบุว่า นักสื่อสารควรนำเสนอเนื้อหาสารที่มุ่งเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพราะผู้รับสารที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำ แม้มีการตระหนักถึงปัญหานั้น (Awareness) หรือมีความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพก็ยังไม่สามารถดำเนินพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนั้น เนื้อหาสารในการสื่อสารความเสี่ยงจึงควรประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

1. การฝึกทักษะในการจัดการตนเองและชุมชนรอบตัวให้เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ
2. แสดงตัวแบบให้กลุ่มเป้าหมายได้เห็น
3. ให้คำแนะนำเมื่อพบข้อบกพร่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
4. ส่งเสริมให้คนในสังคมร่วมกันสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล

แบบจำลองข้ามทฤษฎี (Transtheoretical Theory) ของ Prochaska and DiClemente (1986) ช่วยให้นักสื่อสารสามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย และใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการสื่อสารได้ มีรายละเอียดดังนี้

1. ลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change) ประกอบด้วย 5 ขั้น ได้แก่
 - 1) ขั้นก่อนการพิจารณา (Precontemplation) เป็นขั้นที่บุคคลไม่เคยรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเลย
 - 2) ขั้นพิจารณา (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลคาดว่าจะเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกำลังชั่งใจเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของผลที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยน
 - 3) ขั้นการเตรียมตัว (Preparation) เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการดำเนินการบางอย่างโดยหวังว่าจะเป็นการเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4) **ขั้นปฏิบัติ (Action)** เป็นขั้นที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อขจัดความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการกระทำนั้นจะเป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้ อย่างไรก็ตามการปฏิบัตินั้นต้องอยู่ในระดับที่สามารถลดความเสี่ยงได้ด้วย

5) **ขั้นคงพฤติกรรม (Maintenance)** เป็นขั้นที่บุคคลหลีกเลี่ยงการกลับสู่ภาวะคืนสภาพเดิม (Relapse)

2. **กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Process of Change)** ได้แก่ การดำเนินการต่าง ๆ เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งได้แก่ กระตุ้นความสนใจ ให้ข้อมูล ส่งเสริมให้เกิดการประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อม ตั้งพันธสัญญากับตัวเองและสังคม ขจัดอุปสรรคต่อการทำพฤติกรรม สร้างความสัมพันธ์ที่ดี ให้การเสริมแรง และควบคุมสิ่งเขี่ยวนอื่น ๆ ทั้งนี้การออกแบบเนื้อหาสาระที่สอดคล้องกับขั้นของการเปลี่ยนแปลงจะทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. **การประเมินข้อดีและข้อเสีย (Decisional Balance)** คือการประเมินระหว่างผลดีและผลเสียจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หากบุคคลพิจารณาแล้วว่าการเลื่อนสูงขึ้นในลำดับขั้นพฤติกรรมจะมีผลดีมากกว่าผลเสีย บุคคลนั้นก็พยายามเลื่อนให้พฤติกรรมของตนอยู่ในระดับที่สูงขึ้น แต่ถ้าบุคคลนั้นเห็นผลเสียมากกว่าผลดี บุคคลนั้นก็จะไม่พยายามเลื่อนพฤติกรรมไปในระดับที่สูงขึ้น หรืออาจเลิกทำพฤติกรรมป้องกันโรคนั้นไป ดังนั้นเนื้อหาสาระต้องจะแสดงให้เห็นถึงผลดีที่จะได้รับ มากกว่าผลเสีย ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคจากการป้องกันโรค

แบบจำลองทางจิต (Mental Model) ของ Morgan (2002) ได้ระบุขั้นตอนการออกแบบเนื้อหาสาระ สื่อและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร ดังนี้

1. **ขั้นหาหรือผู้เชี่ยวชาญ (Technical Experts)** มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความตรงเนื้อหาสาระ สื่อและกิจกรรมการสื่อสาร ซึ่งประกอบด้วย 1) การเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของการสื่อสาร 2) การร่วมกันคัดเลือกประเด็นที่สำคัญและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมาใช้ในการสื่อสารความเสี่ยง 3) การสังเคราะห์ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับข้อมูลที่นักสื่อสารความเสี่ยงมีอยู่จากการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการอื่น

2. **ขั้นประเมินตามตัวอักษร (Text-based Evaluation)** มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าสื่อมีการนำเสนอเนื้อหาทั้งข้อความและรูปภาพที่เหมาะสม เช่น การตรวจสอบโครงสร้างของเนื้อหาและคำที่ใช้ การจัดหน้าเอกสาร และการใช้รูปประกอบ (Text Structure and Text Aids)

3. **ขั้นประเมินโดยผู้อ่าน (Reader-based Evaluation)** ดำเนินการได้หลายวิธี อาทิ การสนทนากลุ่ม และการสำรวจเพื่อประเมินความชอบและความเข้าใจต่อเนื้อหาที่ปรากฏในสื่อ

มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบว่าผู้รับสารเป้าหมายสามารถสร้างข้อสรุปได้ถูกต้องได้หรือไม่หลังจากที่ได้ดูสื่อจนจบแล้ว จากนั้นจึงนำสื่อที่ผ่านการประเมินและการปรับปรุงไปเผยแพร่ได้

แนวทางการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง

Pérez and Luquis (2008) ระบุว่าเมื่อต้องดำเนินการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงที่มีกลุ่มเป้าหมายมาจากต่างวัฒนธรรม มีประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ ดังนี้

1. ประเด็นด้านเครื่องมือเก็บข้อมูล ควรใช้วิธีการประเมินผลหลายอย่างประกอบกัน เช่น การสังเกตการณ์ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ ไม่ควรพึ่งพาแต่การสำรวจก่อนและหลังกิจกรรมการสื่อสารเท่านั้น

2. ประเด็นด้านการทดสอบเครื่องมือ ควรทบทวนวรรณกรรมว่ามีเครื่องมือที่อยู่ก่อนแล้วในการวัดกับกลุ่มเป้าหมายนี้หรือไม่ หากไม่มีและต้องสร้างขึ้นใหม่ให้นำไปทดลองก่อนนำไปใช้เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มเป้าหมายเข้าใจคำถาม ตลอดจนรูปแบบการตอบ เช่น การเลือกตัวเลือกแบบถูกผิด การเลือกแบบมีหลายตัวเลือก การระบุระดับแบบไลเคิร์ท หากพบว่ากลุ่มเป้าหมายไม่เข้าใจ ผู้วิจัยต้องปรับเครื่องมือให้เหมาะสม

3. ประเด็นด้านผู้เก็บข้อมูล ควรใช้ผู้เก็บข้อมูลที่สามารถพูดภาษาของกลุ่มเป้าหมายได้ และเป็นที่ยอมรับ เช่น ผู้นำชุมชนที่กลุ่มเป้าหมายคุ้นเคย เป็นที่รู้จัก เป็นที่ยอมรับ และได้รับความเคารพจากกลุ่มเป้าหมาย

ปัญหาและข้อจำกัดในการสื่อสารความเสี่ยง คือประเด็นที่อาจเป็นอุปสรรคในการสื่อสารความเสี่ยง โดยผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องทราบเพื่อจะได้เตรียมพร้อมและหาหนทางที่จะเพิ่มโอกาสความสำเร็จของโครงการ ทั้งนี้ Lundgren and McMakin (2013) ได้รวบรวมปัญหาของการสื่อสารความเสี่ยงไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. ปัญหาด้านผู้ส่งสาร ได้แก่ การที่ผู้ส่งสารมีความคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหาสำคัญ ผู้ส่งสารไม่สามารถใช้ภาษาของผู้ส่งสารได้ ขาดข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ลักษณะผู้รับสาร หรือสื่อที่เหมาะสม การมีทัศนคติที่ไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงผู้รับสารได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเชิงการบริหาร เช่น การขาดงบประมาณ ฝ่ายบริหารไม่ให้ความสนใจ หรือขัดขวาง การแบ่งบทบาทที่ไม่เหมาะสม อุปสรรคในกระบวนการยื่นข้อเสนอโครงการ การขัดกับผลประโยชน์ที่องค์กรจะได้รับ และการขาดข้อมูลที่จะใช้ในการวางแผนการทำงาน

2. ปัญหาด้านผู้รับสาร ได้แก่ ความรู้สึกเป็นศัตรู ความรู้สึกตระหนก การปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง การไม่ให้ความสนใจ ความไม่เชื่อถือไว้วางใจข้อมูล การไม่เห็นด้วยกับมาตรฐานการป้องกันความเสี่ยง การขาดความเชื่อถือในข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์และข้อมูลจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และความสามารถในการเรียนรู้ข้อมูล

3. ปัญหาที่เกิดทั้งในส่วนผู้ส่งสารและผู้รับสาร ได้แก่ ความรู้สึกตีตราถึงภัยว่าตนอยู่ในสภาพที่มีโอกาสเสี่ยง เช่น ผู้ส่งสารก็ไม่ต้องการยอมรับว่าองค์กรของตนมีความเสี่ยง ในขณะที่ผู้รับสารก็รู้สึกไม่ดีว่าตนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยความรู้สึกตีตรานี้จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการสื่อสารความเสี่ยงลดลง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่เกิดจาก การที่ความรู้ของผู้ส่งสารและผู้รับสารเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำสาเหตุของปัญหาที่มักเกิดขึ้นในการทำงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงนี้ไปสร้างเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจสภาพปัญหาด้านการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต่อไป

ประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ สามารถเพิ่มขึ้นเมื่อดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ (Jane T Bertrand & Anhang, 2006; Maticka-Tyndale & Brouillard-Coyle, 2006) ดังนี้

ข้อเสนอแนะเมื่อสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ผ่านสื่อมวลชน

1. ใช้การสื่อสารผ่านสื่อมวลชนเมื่อต้องการส่งข้อความหนึ่งๆ ให้กับคนจำนวนมากในเวลาเดียวกัน
2. มีวิธีการสื่อสารอื่นร่วมด้วย อาทิ การสื่อสารในโรงเรียน การสื่อสารในชุมชน เป็นต้น และใช้หลากหลายช่องทาง
4. ออกแบบสื่อและเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายก่อนนำไปใช้
5. ประเมินผลการสื่อสารแยกตามกลุ่มประชากร และออกแบบการประเมินผลแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment)
7. กำหนดตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการสื่อสารด้วยการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของผลที่ได้รับ
8. ระมัดระวังอุปสรรคที่เกี่ยวกับ อุดมการณ์ทางการเมือง การขาดแคลนงบประมาณและบุคลากร ความแตกต่างทางวัฒนธรรม และระดับความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูล ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ให้สนุกและได้สาระ (Fun with a purpose)

ข้อเสนอแนะเมื่อสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์แบบมีชุมชนเป็นฐาน

1. ควรมีกระบวนการคัดสรรผู้นำที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย (Peer leaders) เพื่อให้มั่นใจว่าผู้นำมีความมุ่งมั่นและมีความสามารถในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย
2. ควรมีการฝึกที่ครอบคลุมทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นในการถ่ายทอดข้อมูลความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
3. ผู้นำควรได้รับการมอบหมายงาน ติดตามงาน และสนับสนุนในการทำงานจากนักสื่อสารความเสี่ยง
4. ควรให้ความสำคัญกับการเข้าชุมชน การจัดการกับข้อคิดเห็นเชิงลบต่อโครงการ การเรียนรู้ร่วมกันกับชุมชน และการจัดท้าวสดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับโครงการ
6. หากดำเนินการผ่านองค์กรชุมชน อาทิ โรงเรียน ควรบูรณาการกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่องค์กรชุมชนดำเนินการอยู่เดิมเพื่อทำกิจกรรมนั้นให้มีความยั่งยืน
7. หากนักสื่อสารความเสี่ยงสร้างกลไกและช่องทางการสื่อสารในชุมชนขึ้นเอง ควรเน้นการสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่จะสามารถทำให้กิจกรรมการสื่อสารสามารถดำเนินต่อไปได้ในระยะยาว
8. หากดำเนินการผ่านเครือข่ายสังคม อาทิ ครอบครัว หรือเพื่อน ควรหารือกับผู้นำชุมชน (Community leaders) และผู้ควบคุมประตูข่าวสาร (Gatekeepers) เพื่อระบุเครือข่าย ผู้นำ ข้อมูล ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ที่เหมาะสม โดยนักสื่อสารความเสี่ยงจะต้องสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ตลอดจนทรัพยากรที่จะนำมาชดเชยให้กับผู้นำชุมชนในการสละเวลา
9. หากดำเนินการผ่านกิจกรรมที่เข้าถึงทั่วชุมชน (Community-wide activities) ควรออกแบบกิจกรรมที่น่าจะเป็นที่สมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชนสนใจ เลือกเวลาและสถานที่ที่สมาชิกส่วนใหญ่เข้าร่วมได้มากที่สุด และแจ้งให้สมาชิกในชุมชนทราบว่ามีการจัดกิจกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงสามารถสรุปได้ว่า การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาตินั้นเป็นสิ่งกระตุ้นภายนอกที่จะทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง รุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนของกลุ่มเป้าหมายได้ โดยการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การป้องกันโรคสามารถใช้แบบจำลองข้ามทฤษฎีที่มีการแบ่งพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 5 ชั้น ทั้งนี้กลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญคือการให้ผู้รับสารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ และขั้นการประเมินผล เพื่อให้สามารถออกแบบเนื้อหาสาร

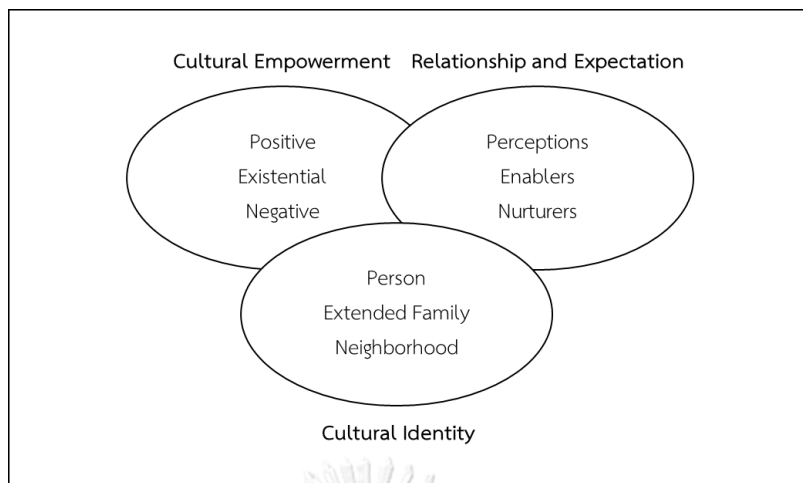
สื่อและกิจกรรม ตลอดจนประเมินผลการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้หากนักสื่อสารสามารถระบุ ปัญหาที่อาจพบได้ล่วงหน้าก็จะทำให้สามารถวางแผนการสื่อสารได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด การสื่อสารความเสี่ยงนี้เป็นหลักในการดำเนินงานเพื่อการสร้างเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในประเทศไทย โดยนำข้อเสนอแนะสำหรับการสื่อสารความเสี่ยงผ่านสื่อมวลชนและแบบมีชุมชนเป็นฐาน มาพัฒนาเป็นรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทยต่อไป

อย่างไรก็ตามแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ ภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่าและแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่ไม่สามารถสื่อสาร ด้วยภาษาไทย นอกจากนี้ยังมีอัตลักษณ์ ความคาดหวัง ลักษณะการอยู่อาศัย ภูมิหลัง และวัฒนธรรม ที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยง ในกลุ่มเป้าหมายต่างวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

ข. การสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายต่างวัฒนธรรม

งานวิจัยนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงกับการสื่อสาร ข้ามวัฒนธรรม ได้แก่ แบบจำลอง PEN-3 (The PEN-3 Model) กรอบการประเมินวัฒนธรรม การสร้าง ความน่าไว้วางใจ และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายใต้บริบทวัฒนธรรม มีรายละเอียดดังนี้

แบบจำลอง PEN-3 (The PEN-3 Model) ของ C. O. Airhihenbuwa and Obregon (2000); Collins O. Airhihenbuwa and Webster (2004) มีพื้นฐานมาจากแบบจำลอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE – PROCEED Model) ของ L. W. Green and Kreuter (2005) ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมซึ่งขึ้นด้วย ตัวอักษรพี (P) ตัวอักษรอี (E) และตัวอักษรเอ็น (N) ตัวอักษรละ 3 ตัวแปร รวมทั้งสิ้น เป็น 9 ตัวแปร และสามารถจัดเป็นกลุ่มได้ 3 กลุ่ม การคำนึงถึงตัวแปรทั้ง 9 ตัวแปรจะให้นักสื่อสารความเสี่ยงใน กลุ่มเป้าหมายต่างวัฒนธรรมสามารถทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายและออกแบบการสื่อสารความเสี่ยง ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น



ที่มา: Airhihenbuwa, C., Okoror, T., Shefer, T., Brown, D., Iwelunmor, J., Smith, E., . . . Dlakulu, R. (2009). Stigma, culture, and HIV and AIDS in the Western Cape, South Africa: An application of the PEN-3 cultural model for community-based research. *Journal of Black Psychology*, 35(4), 407-432.

ภาพที่ 2 แบบจำลอง PEN-3 (The PEN-3 Model)

แบบจำลอง PEN-3 (The PEN-3 Model) ประกอบด้วยตัวแปร 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพและความคาดหวัง (Relationships and Expectations) ประกอบด้วย 1) ตัวแปรด้านการรับรู้ (Perception) ได้แก่ การคำนึงถึงความรู้ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ 2) ตัวแปรด้านปัจจัยเอื้อ (Enabling) อาทิ ทรัพยากร การสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 3) ตัวแปรด้านการช่วยเหลือ (Nurturing) เช่น การให้กำลังใจหรือการขัดขวางจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก ครอบครัว ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา

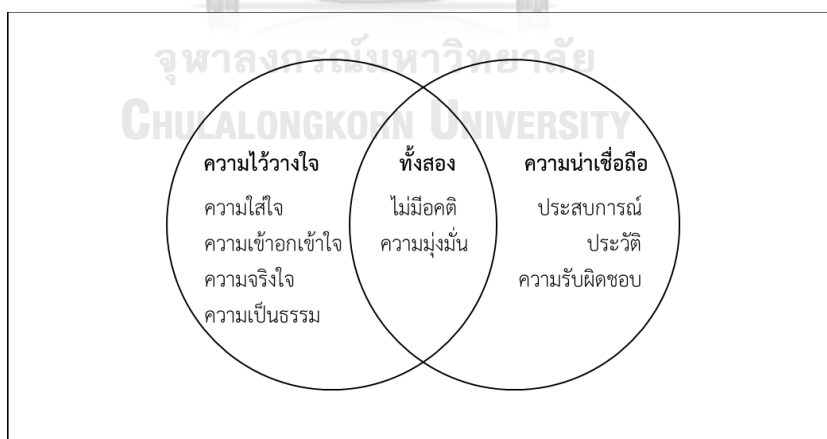
2. กลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมศักยภาพทางวัฒนธรรม (Cultural Empowerment) ประกอบด้วย 1) ตัวแปรวัฒนธรรมเชิงบวก (Positive) ได้แก่ วัฒนธรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น โดยนักสื่อสารต้องกระตุ้นให้วัฒนธรรมนี้เด่นชัดขึ้น 2) ตัวแปรวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิม (Existential) ที่ไม่เป็นทั้งคุณหรือโทษต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยนักสื่อสารอาจนำมาใช้เสริมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป และ 3) ตัวแปรวัฒนธรรมเชิงลบ (Negative) ได้แก่ วัฒนธรรมที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยนักสื่อสารจะต้องเตือนให้ชุมชนเห็นถึงโทษภัยของวัฒนธรรมนั้น

3. กลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม (Cultural Identity) ประกอบด้วย 1) ตัวแปรด้านบุคคล (Person) ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคคลได้รับข้อมูล ความรู้และทักษะเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถกำหนดบทบาทของตนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของตนได้อย่างเหมาะสม 2) ตัวแปรด้านการมีครอบครัวขยาย (Extended Family) หมายถึง การกระตุ้นให้สมาชิก

ในครอบครัวที่นอกจากสามีภรรยาและบุตร เช่น ปู่ย่าตายาย ลุงป้า น้าอา ลูกพี่ลูกน้อง และพี่น้อง ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ตัวแปรด้านเพื่อนบ้าน (Neighborhood) นักส่งเสริมสุขภาพต้องให้สมาชิกของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น การร่วมกันตัดสนใจเกี่ยวกับการขึ้นป้ายประกาศภายในชุมชนเพื่อส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์แบบป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เป็นต้น

ความไว้วางใจ (Trust) (Heath & O'Hair, 2010, p. 60) เป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสารความเสี่ยงกับกลุ่มเป้าหมายต่างวัฒนธรรม หากผู้ส่งสารมีระดับความน่าไว้วางใจสูง ผู้รับสารจะยินดีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ผู้ส่งสารแนะนำ หรือแม้กระทั่งยินดีที่จะยอมรับความเสี่ยงมากขึ้น หรือยอมให้ผู้ส่งสารมาเป็นผู้ควบคุมจัดการความเสี่ยงนั้นแทนตน ในทางกลับกัน หากผู้รับสารรู้สึกว่าคุณส่งสารมีระดับความน่าไว้วางใจต่ำ ผู้รับสารจะไม่เชื่อถือข้อมูลความเสี่ยงจากผู้ส่งสารผู้นั้นและมีแนวโน้มไม่ไว้วางใจในผู้ส่งสารมากยิ่งขึ้นด้วย (Walaski, 2011, p. 19)

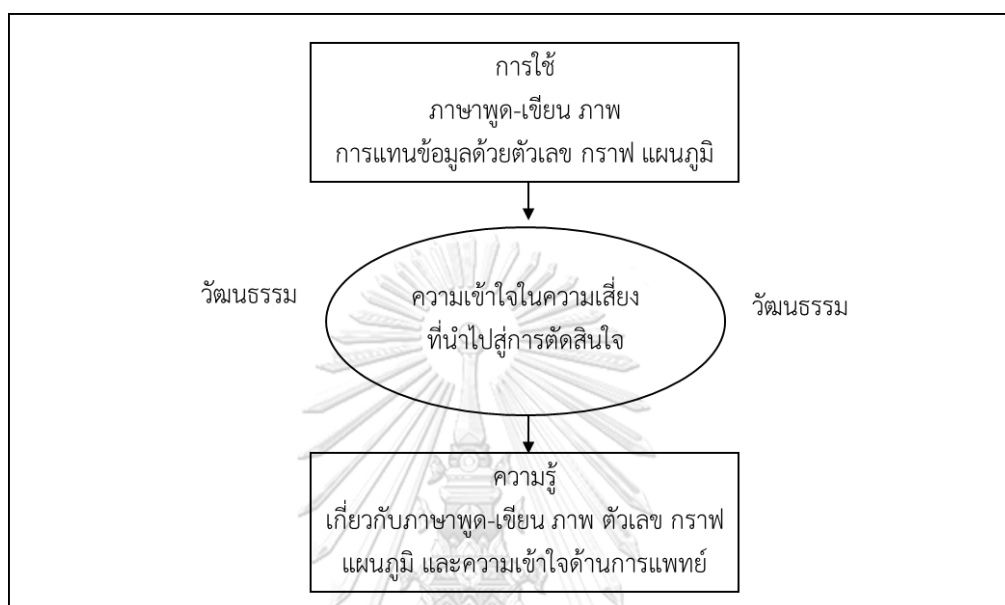
Walaski (2011) อธิบายว่าความน่าไว้วางใจและความน่าเชื่อถือมีความแตกต่างกัน โดยความไว้วางใจเกิดจากการที่ผู้รับสารรับรู้ถึงความใส่ใจ ความซื่อสัตย์ ความจริงใจ และความเป็นธรรมในตัวผู้ส่งสาร ส่วนความน่าเชื่อถือเกิดจากการที่ผู้รับสารรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ ประวัติ และความรับผิดชอบของผู้ส่งสาร ทั้งนี้ผู้รับสารจะทั้งไว้วางใจและเชื่อถือในผู้ส่งสารหากรับรู้ว่าคุณส่งสารเป็นผู้ที่ไม่มียึดถือต่อผู้รับสาร และมีความมุ่งมั่นอย่างสูงในการดำเนินการจัดการความเสี่ยงนั้น



ที่มา: Walaski, P. (2011). *Risk and crisis communications: Methods and Messages*. New Jersey: Wiley

ภาพที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความไว้วางใจและความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารในการสื่อสารความเสี่ยง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้าใจความเสี่ยงทางสุขภาพและการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมายต่างวัฒนธรรม ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ (Garcia-Retamero & Galesic, 2013, p. 4) ดังนี้



ที่มา: Garcia-Retamero, R., & Galesic, M. (2013). *Transparent Communication of Health Risks: Overcoming Cultural Differences*: Springer

ภาพที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้าใจความเสี่ยงทางสุขภาพและการตัดสินใจ

1. ความรู้ของผู้รับสารเกี่ยวกับความเสี่ยง เป็นทักษะและความสามารถที่จำเป็นของบุคคลในการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องของสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความเข้าใจและจัดการข้อมูลที่ถูกนำเสนอด้วยภาษาพูด ภาษาเขียน และตัวเลข 2) ความเข้าใจและจัดการข้อมูลที่ถูกนำเสนอด้วยภาพ กราฟ แผนภูมิ และ 3) ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานด้านการแพทย์ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อ และอาการของโรค ความรู้เกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการป้องกัน การรักษา และการตรวจคัดกรอง
2. วิธีการสื่อสารความเสี่ยง เป็นการใช้ภาษาพูด ภาษาเขียน และการแทนข้อมูลด้วยตัวเลข กราฟ และแผนภูมิในการสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากการป้องกันการรักษา และการตรวจคัดกรองทางการแพทย์ทุกอย่างมีต้นทุนและประโยชน์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ส่งสารจึงต้องมีทักษะในการสื่อสารเลือกใช้รูปแบบข้อมูลเพื่อให้ผู้รับสารเข้าใจข้อมูลและสามารถประเมินทางเลือกต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. วัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่เชื่อมประสานระหว่างปัจจัยความรู้และปัจจัยวิธีการสื่อสารความเสี่ยง หมายถึงระบบของค่านิยมที่ส่งผลกระทบต่อการทำความเข้าใจและตัดสินใจเกี่ยวกับความเสี่ยงในสังคม และเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อ ศิลปะ ศิลปธรรม กฎระเบียบ ธรรมเนียม แบบแผนการดำเนินชีวิตที่บุคคลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคม (Pérez & Luquis, 2008, p. 148)

นักสื่อสารความเสี่ยงจึงจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์สื่อสารความเสี่ยงที่เป็นภาษาพูด ภาษาเขียน ภาพ และการแทนข้อมูลด้วยตัวเลข กราฟ และแผนภูมิที่เหมาะสม ทำให้ผู้รับสารเข้าใจข้อมูลความเสี่ยงต่อโรคเอดส์และนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ ทั้งนี้ปัจจัยด้านความรู้ของผู้รับสารเป้าหมายและวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทำความเข้าใจในความเสี่ยงด้วย ดังนั้นนักสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์จะต้องให้ความสำคัญกับความรู้และวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมายด้วย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงจำเป็นต้องค้นหาแนวทางการสื่อสารที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเข้าใจ ทั้งด้านภาษาเขียน และภาษาพูด การแทนข้อมูลด้วยภาพและข้อความ และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายต่างวัฒนธรรมสามารถสรุปได้ว่า ผู้ออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจะต้องศึกษาตัวแปรทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทั้งที่เป็นตัวแปรที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ และตัวแปรที่จะยับยั้งการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ โดยตัวแปรนั้นอาจอยู่ในระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับนโยบาย กิจกรรมที่แนะนำคือการทำสมาธิในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้การสร้างควมไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วม และผู้รับสารต้องรับรู้ว่าคุณส่งสารเป็นผู้ไม่มีอคติ และมีความมุ่งมั่นอย่างสูงในการดำเนินการจัดการความเสี่ยงนั้น ทั้งนี้ความเข้าใจความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้รับสารที่เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในงานวิจัยนี้อาจมีระดับทักษะและความสามารถในการจัดการข้อมูลที่จำกัด ดังนั้นผู้ส่งสารจะต้องเลือกใช้วิธีการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสม ทั้งนี้หากผู้ส่งสารมีวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกับผู้รับสารก็จะทำให้สามารถเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับระดับความรู้ความสามารถในการจัดการข้อมูล อันจะนำไปสู่ความเข้าใจในความเสี่ยงและการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

อย่างไรก็ตามการสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายต่างวัฒนธรรมยังไม่สามารถระบุแนวทางการทำงานที่นักสื่อสารควรดำเนินการในแต่ละขั้นตอนเมื่อต้องสื่อสารกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ และจะนำศักยภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการ

ส่งเสริมสุขภาพและการสื่อสารสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ได้อย่างไร ผู้วิจัย จึงได้ทำการทบทวนกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐาน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1.2 แนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐาน

แนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐาน (Community-based communication) หมายถึง การสื่อสารที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างนักสื่อสารและชุมชนบนหลักการของการเรียนรู้ ร่วมกันเพื่อผลประโยชน์และความร่วมมือกันในระยะยาว โดยคำนึงถึงบริบท ความจำเป็น ความต้องการ และศักยภาพของชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้ในขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การร่วมวางแผน การร่วมดำเนินงาน และการร่วมประเมินผล (Yoon, 1996)

Bessette (2004) กล่าวว่า แนวทางการใช้ชุมชนเป็นฐานในการสื่อสารความเสี่ยง มีพื้นฐานมาจากการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมและมักเกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อการพัฒนา (Development communication) ดังนั้นนักสื่อสารในองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรของรัฐต่าง ๆ จึงใช้แนวทางนี้ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน แนวทางนี้เกิดขึ้นในช่วงปี 1950 ซึ่งเป็นช่วงที่ สื่อมวลชนมีส่วนอย่างมากในการทำให้เกิดการพัฒนาในระดับหมู่บ้าน โดยเผยแพร่เนื้อหาเกี่ยวกับการเพาะปลูกเลี้ยงสัตว์ การรักษาโรค การส่งบุตรหลานไปโรงเรียน หรือการแจ้งประโยชน์ของการมีบุตรจำนวนน้อย และการมีรัฐบาลที่มีเสถียรภาพ เป็นต้น สื่อที่ใช้ในสมัยแรก ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ละครเร่ ป้ายประกาศ แผ่นพับ หนังสือเล่มเล็ก และมีการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้เผยแพร่ข่าวสารไปให้กับกลุ่มชาวบ้าน ต่อมาพบว่าการพัฒนาโดยมีตัวแบบเป็น ชุมชนหรือประเทศที่พัฒนาแล้วนั้นอาจไม่ใช่การพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะขาดความเข้าใจในบริบท ความต้องการ ความจำเป็นของชุมชน และหลายครั้งชุมชนเข้าใจผิดเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับเพราะภาษา ที่ใช้แตกต่างกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ดังนั้นนักสื่อสารจึงหันมาให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม ของชุมชนเป้าหมายมากขึ้น

ข้อดีของการใช้การสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม มีดังนี้

1. ชุมชนมีความเข้าใจ หมายถึง กระบวนการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมสามารถ ทำให้ชุมชนสามารถเข้าใจถึงอุดมการณ์ ปรัชญาของวิธีการนั้นได้อย่างลึกซึ้งกว่าการสื่อสารแบบอื่น ๆ ที่มักให้ได้แต่เนื้อหาเชิงข้อมูล

2. สอดคล้องกับวัฒนธรรม หมายถึง กระบวนการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น เพราะมีการใช้การสื่อสารระหว่างบุคคลและวิธีการสื่อสารแบบดั้งเดิม เช่น ละครเร่ เพลงพื้นบ้าน บทพูด กิจกรรมกลุ่ม

บทบาทของนักสื่อสาร ในกระบวนการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม (Bessette, 2004) ได้แก่

1. การคัดเลือกชุมชน คือ การที่นักสื่อสารควรคัดเลือกชุมชนที่มีขนาดเล็กที่สามารถใช้การสื่อสารระหว่างบุคคลได้อย่างเข้มข้น และคำนึงถึงความเป็นไปได้ที่จะใช้สื่อที่มีอยู่ชุมชน และกิจกรรมกลุ่ม โดยในช่วงแรกของกระบวนการนี้ไม่จำเป็นต้องใช้สื่อมวลชน

2. การเข้าชุมชน คือ การที่นักสื่อสารเข้าชุมชน ทั้งนี้เกณฑ์ด้านเวลาและระดับความสัมพันธ์ที่มีกับชุมชนเป็นเกณฑ์สำคัญที่จะใช้ในการเลือกชุมชน กล่าวคือ หากมีเวลาน้อยอาจต้องเข้าชุมชนที่ตนมีความสัมพันธ์อย่างดี มีความเข้าใจในศักยภาพข้อจำกัดและปัญหาของชุมชน แต่หากมีเวลามากนักสื่อสารอาจเลือกชุมชนใหม่มาเป็นชุมชนสำหรับการทำต้นแบบได้ โดยในขั้นนี้นักสื่อสารต้องสร้างความน่าเชื่อถือ และมีบทบาทเป็นผู้รับฟังข้อคิดเห็นจากชุมชน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจว่าจะร่วมมือกับชุมชนนี้หรือไม่

3. การเตรียมการ คือ บทบาทที่สำคัญอย่างมากของนักสื่อสาร ในขั้นตอนนี้ นักสื่อสารจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน นักสื่อสารจะต้องจัดการประชุมหรือหลายครั้งเพื่อให้เกิดการทบทวนแผนไปมา โดยการประชุมจะต้องมีรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ในขั้นนี้นักสื่อสารควรดำเนินการจัดให้มีการเลือกตั้งผู้นำของกลุ่มขึ้นมาทำหน้าที่นำการประชุม

4. การวางแผน คือ การที่นักสื่อสารระดมความต้องการของชุมชนผ่านการกระตุ้นให้วิธีการต่าง ๆ เช่น การให้สมาชิกแสดงบทบาทสมมติ การใช้ภาพนิ่ง หรือวิดีโอที่สะท้อนวิถีชีวิตของชุมชน จากนั้นนักสื่อสารจะกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มพยายามคิดวิธีการปรับปรุงเรื่องราวให้เหมาะสมกับบริบทของตนให้มากขึ้น และวางแผนช่วยกันกระจายสื่อออกไปในวงกว้างขึ้น

5. การจัดหาสิ่งสนับสนุน คือ การที่นักสื่อสารกระตุ้นให้สมาชิกคิดถึงสิ่งที่จำเป็นในการจัดกิจกรรม คิดหาบุคคลอันเป็นที่รักนับถือของสมาชิกในชุมชนมาร่วมกิจกรรม คิดว่าใครควรมีบทบาทและหน้าที่อะไรในการทำกิจกรรมสื่อสารที่จะจัดขึ้น นอกจากนี้นักสื่อสารจะต้องฝึกรวมการพูดต่อหน้าทีชุมชน เทคนิคการเชิญชวนให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามาร่วมกิจกรรม โดยนักสื่อสารจะคอยจัดหาสิ่งสนับสนุนในกรณีที่ชุมชนไม่สามารถจัดหาเอง และต้องกระตุ้นให้เกิดการระดมข้อคิดเห็นจากสมาชิกเพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินการได้ถูกวางแผนอย่างรอบด้านและทุกฝ่ายยอมรับต่อวิธีการดำเนินการนั้น

6. การดำเนินการตามแผน เป็นบทบาทที่นักสื่อสารดำเนินการน้อย แต่หน้าที่สำคัญของนักสื่อสารคือการทำให้สมาชิกเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นใจในการดำเนินการและเมื่อสมาชิกเกิดความคุ้นเคยกับขั้นตอนทั้งหมดและได้เรียนรู้การทำงานร่วมกับผู้อื่น สมาชิกของกลุ่มก็เกิดความภักดีต่อการทำงานเป็นกลุ่มมากขึ้น

7. การถอนตัวจากชุมชน เป็นสิ่งนักสื่อสารต้องกระทำ โดยมีการวางแผนถึงการถอนตัวจากชุมชนไว้ล่วงหน้าและต้องบอกแผนการนั้นให้กับชุมชนทราบตั้งแต่ต้นของการเริ่มปฏิสัมพันธ์กับชุมชนเพื่อให้ชุมชนได้เตรียมตัว

แบบจำลองที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐานได้ถูกพัฒนาขึ้นหลายแบบจำลอง อาทิ แบบจำลองการมีส่วนร่วมของชุมชน ของ Fountain, Patel, and Buffin (2007) แบบจำลองขั้นตอนการมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ ของ Popay (2010) มีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้



แบบจำลองการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Fountain et al. (2007) ระบุว่าชุมชนและหน่วยงานด้านสุขภาพทำงานร่วมกันในการเป็นผู้อำนวยความสะดวก สนับสนุน จัดสรรทรัพยากร และฝึกอบรม โดยทำการสร้างการตระหนักรู้ ลดการตีตรา การละเลยและความกลัว ประเมินความต้องการของชุมชน เพิ่มความไว้วางใจ แสดงความต้องการ สร้างศักยภาพ พัฒนาคน รักษาระดับการมีส่วนร่วม และสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ แบบจำลองนี้สามารถแสดงเป็นภาพได้ดังนี้



ที่มา: Fountain, J., Patel, K., & Buffin, J. (2007). Community engagement: The Centre for Ethnicity and Health model. In Domenig, D, Fountain, J, Schatz, E, & Broring, G. (Eds.), *Overcoming barriers – Migration, marginalisation and access to health and social services*. Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC.

ภาพที่ 5 แบบจำลองการมีส่วนร่วมของชุมชน

อย่างไรก็ตามแบบจำลองนี้ยังไม่สามารถแสดงความเชื่อมโยงว่ามีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนอย่างไรบ้าง อีกทั้งยังไม่ทราบผลทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาแบบจำลองขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลลัพธ์ของ Popay (2010) พบว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าชุมชน การหารือ การมีส่วนร่วม การร่วมดำเนินงาน และการร่วมเป็นผู้นำ ทั้งนี้ผลกระทบจากการมีส่วนร่วม ความไว้วางใจระหว่างกัน และการไหลของการสื่อสารจะมีความเข้มข้นมากขึ้น แสดงได้เป็นภาพ ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วม ผลกระทบ ความไว้วางใจ และการไหลของการสื่อสารที่เพิ่มสูงขึ้น				
การเข้าชุมชน	การหารือ	การมีส่วนร่วม	การร่วมดำเนินงาน	การร่วมเป็นผู้นำ
<p>ชุมชนมีส่วนร่วมเล็กน้อย</p> <p>การสื่อสารไหลจากด้านหนึ่งไปยังอีกด้านเพื่อการให้ข้อมูล</p> <p>ให้ข้อมูลแก่ชุมชน</p> <p>หน่วยงานต่าง ๆ ต่างคนต่างอยู่</p> <p>ผลกระทบ: เกิดช่องทางการสื่อสารที่ใช้ในการเข้าชุมชน</p>	<p>ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น</p> <p>การสื่อสารไหลไปสู่ชุมชนและไหลกลับมาเพื่อการหาคำตอบ</p> <p>รับข้อมูลจากชุมชน</p> <p>หน่วยงานต่าง ๆ แบ่งปันข้อมูลกัน</p> <p>ผลกระทบ: เกิดความเชื่อมโยงกัน</p>	<p>ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี</p> <p>การสื่อสารไหลสองทิศทาง เป็น การสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม</p> <p>ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม</p> <p>หน่วยงานต่าง ๆ ร่วมมือกัน</p> <p>ผลกระทบ: ได้ทราบหน่วยงานที่สนใจร่วมเป็นพันธมิตร</p>	<p>ชุมชนมีส่วนร่วม</p> <p>การสื่อสารไหลสองทิศทาง เป็น การสร้างพันธมิตรเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา</p> <p>หน่วยงานต่าง ๆ สร้างช่องทางทางการสื่อสาร</p> <p>ผลกระทบ: การสร้างพันธมิตรและการสร้างความไว้วางใจ</p>	<p>ความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง</p> <p>ชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้าย</p> <p>หน่วยงานต่าง ๆ สร้างโครงสร้างพันธมิตรที่เข้มแข็ง</p> <p>ผลกระทบ: การสร้างผลกระทบเชิงสุขภาพในวงกว้าง และความไว้วางใจกันและกัน</p>

ที่มา: Popay, J. (2010). Community Empowerment and Health Improvement: The English Experience. In A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action* (pp. 183-195). New York: Springer.

ภาพที่ 6 แบบจำลองขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การสื่อสารความเสี่ยงแบบมีชุมชนเป็นฐานนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารเชิงความสัมพันธ์ (Relational communication) ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองของชุมชน บริบทของชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เนื่องจากการสื่อสารของมนุษย์มักเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ต่อกันและเกี่ยวข้องกับบริบทที่แวดล้อมการสื่อสาร (Interactional communication) ซึ่งเป็นแนวคิดที่แตกต่างจากการสื่อสารแบบเส้นตรง (Linear Communication) ที่ไม่สนใจบริบทแวดล้อม หรือวัจนภาษาที่เกิดขึ้นระหว่างการสื่อสารซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสื่อสารของมนุษย์ แต่ให้ความสำคัญแต่เฉพาะประเด็นผลกระทบจากการสื่อสาร (Effects) (กิตติ กันภัย, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐานสามารถสรุปได้ว่า ชุมชนจะมีความเข้าใจในข้อมูลความเสี่ยงมากขึ้นหากได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มต้น โดยช่วยลดโอกาสเกิดความเข้าใจผิดเนื่องจากภาษานอกจากนี้ยังทำให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มกันเพื่อนำศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ให้เป็นประโยชน์ยิ่งขึ้น โดยบทบาทของนักสื่อสารที่ใช้แนวทางนี้จะมีมากในช่วงต้นของการดำเนินการซึ่งเป็นผู้ริเริ่มการเปลี่ยนแปลง จัดเตรียมข้อมูล วิทยากร และอุปกรณ์ที่จำเป็น จากนั้นค่อยๆ ลดบทบาทลง โดยในกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงในช่วงต้นนี้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารแบบกลุ่มเป็นสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกันผ่านการปฏิสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา เป็นการสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจที่ลึกซึ้งต่อบริบทที่แวดล้อมการสื่อสาร

อย่างไรก็ตามดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าการสื่อสารความเสี่ยงเป็นสิ่งชักนำภายนอกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

2.1.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาในปี 2493 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ได้แก่ Irwin Rosenstock, Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles และ Howard Leventhal ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่าเหตุใดประชาชนจึงไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรคทั้งที่รัฐไม่ได้คิดค่าบริการ (Becker & Maiman, 1975) แบบแผนนี้เกิดขึ้นในช่วงที่นโยบายสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกาในระบายนั้น (พ.ศ.2493-2503) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา แบบแผนนี้เกิดจากความเชื่อที่ว่าบุคคลจะแสวงหาข้อมูลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคภายใต้สถานการณ์บางอย่างเท่านั้น กล่าวคือบุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง มีแรงจูงใจที่จะรักษาสุขภาพ เชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาที่ได้รับการแนะนำสามารถลดการเจ็บป่วยของตนได้ ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างความคิดความเชื่อของบุคคลในเรื่องสุขภาพกับการประพฤติตนเพื่อรักษาสุขภาพและการให้บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกัน (Becker & Maiman, 1975) โดยรากฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้มาจากทฤษฎีสันนาม (Field theory) และทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) โดยกลไกการทำงานคือการใช้สิ่งที่มีค่านิยมเชิงบวก (Positive value) และหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีค่านิยมเชิงลบ (Negative value) (Horowitz, 1985; Zak-Place & Stern, 2004)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวข้องกับตัวแปรสำคัญ 4 ตัวแปร (Becker & Maiman, 1975; Becker et al., 1977; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ปัจจัยร่วม และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยรายละเอียดของแต่ละตัวแปร มีดังนี้

1. การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat) ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย และเนื่องจากแต่ละบุคคลมีความเชื่อในโอกาสที่ตนเองจะได้รับความเสี่ยงในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลจึงมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคที่แตกต่างกัน

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ใช้ประเมินว่าโรคงกล่าวจะส่งให้เกิดปัญหาสุขภาพ ความพิการ การเสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานเพียงใด ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

2. การรับรู้ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of action) ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

2.2 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าผลลบที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แนะนำ ทั้งที่วัดเป็นมูลค่าเงินได้และไม่ได้ เช่น การตรวจเลือดจะก่อให้เกิดความไม่สบายใจ การมารับบริการสุขภาพหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นั้นขัดกับการประกอบอาชีพ ขัดกับความเคยชิน ขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น

3. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่มีส่วนให้เกิดการรับรู้และการปฏิบัติที่เหมาะสม ประกอบด้วย

3.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ

3.2 ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง บรรทัดฐานทางสังคม วิถีชีวิตและวัฒนธรรม

3.3 ปัจจัยพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ทักษะคติ เกี่ยวกับการป้องกัน เป็นต้น

4. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที กระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่นักสื่อสารสุขภาพต้องการออกมา ประกอบด้วย

4.1 สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้ สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค หรือ การเจ็บป่วย

4.2 สิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การ สื่อสาร เช่น การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

เมื่อบุคคลมีความเชื่อทางสุขภาพที่เหมาะสมแล้ว การที่จะแสดงพฤติกรรม ป้องกันโรคได้ บุคคลจะต้องมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้วย โดย Bandura (1990) กล่าวว่า

การรับรู้ความสามารถแห่งตน หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของ ตนเองในการจัดการและดำเนินการกระทำที่จะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และ การรับรู้ความรุนแรงของโรค) 2) การรับรู้ความเป็นไปได้ ของการปฏิบัติ (การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรค) 3) ปัจจัย ร่วม (ด้านประชากร ด้านสังคมจิตวิทยา และปัจจัยพื้นฐาน) และ 4) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (สิ่งชัก นำภายใน และสิ่งชักนำภายนอก) โดยบุคคลยังจะต้องมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่เหมาะสมจึง จะสามารถนำความเชื่อด้านสุขภาพที่ตนเองมีไปสู่การปฏิบัติได้ ดังนั้นนักสื่อสารจึงต้องกระตุ้นให้ผู้รับ สารเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคเอดส์ด้วยวิธีต่าง ๆ ด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบเนื้อหา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเอดส์ ในประเทศไทย ดังนี้

2.1.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

งานวิจัยนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้แก่ ความหมายและสถานการณ์โรคเอดส์ ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคเอดส์ หน่วยงานที่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มีรายละเอียดดังนี้

ก. ความหมายและสถานการณ์โรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS หรือ Acquired Immune Deficiency Syndromes) คือ โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย จนทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่ายกว่าคนปกติ โดยเชื้อเอชไอวี (HIV หรือ Human Immunodeficiency Virus) เป็นไวรัสที่ทำลายเม็ดเลือดขาวนำไปสู่การเกิดโรคเอดส์ แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาดได้ แต่วิธีที่จะชะลอและลดอัตราการตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือการบำบัดด้วยยาต้านเชื้อไวรัส (Antiretroviral Therapy) โดยผู้ติดเชื้อต้องรับประทานยาตลอดไป หากหยุดยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอจะทำให้ปริมาณของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มกลับมาและทำให้เชื้อดื้อยาจนต้องทำให้ต้องปรับสูตรยาซึ่งยาบางประเภทเป็นยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักดังนั้นผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองและยังเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาเพิ่มขึ้นด้วย (ศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อและพาหะนำโรค, 2557)

สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลกในปี 2559 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสมเป็นจำนวน 36.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.8 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์จำนวน 1 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วประมาณ 19.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 7.7 ล้านคนในปี 2553 (UNAIDS, 2016, 2017)

สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยในปี 2560 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่มีจำนวน 442,127 คน พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 5,801 คน เฉลี่ยวันละ 16 คน ซึ่งสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ ของโลก โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 302,174 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัย (สำนักกระบาดวิทยา, 2559) ทั้งนี้ประเทศไทยได้ประกาศเจตนารมณ์ไว้ว่าภายใน 13 ปีข้างหน้าหรือปี 2573 จะขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่เป้าหมายสำคัญ 3 ประการ คือ ลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 คน ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 คน และลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเชื้อเอชไอวีลงร้อยละ 90

การศึกษาเปรียบเทียบความชุกของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติประเทศเมียนมาร์ กัมพูชาและลาว ในปี 2555 พบแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์มีผลเลือดเป็นเอชไอวีบวก 14 คน จากการตรวจ 1,405 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0 ซึ่งสูงกว่าแรงงานข้ามชาติจากประเทศกัมพูชา และลาว (ร้อยละ 0.94 และ 0.81 ตามลำดับ) กลุ่มอาชีพที่พบผู้ติดเชื้อมากที่สุด คือ กลุ่มอาชีพต่อเนื่องจากการประมง (ร้อยละ 2.44) รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 1.04) ส่วนอาชีพประมงนั้น ไม่พบการติดเชื้อจากการตรวจ 130 คน ซึ่งเป็นอัตราที่ลดลงจากเดิมที่เคยพบร้อยละ 1.96 ในการสำรวจเมื่อปี 2553 ซึ่งตรวจลูกเรือประมงจำนวน 204 คนและพบผู้ติดเชื้อจำนวน 4 คน (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2556)

ข. ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคเอดส์

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม (Center of Disease Control, 2014; Family Doctor, 2014) คือ

1) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีทางช่องคลอดหรือทางทวารหนักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี และการมีคู่นอนหลายคน หรือการมีคู่อองที่มีคู่นอนหลายคน

2) ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ สภาพความยากจน การอยู่ร่วมกันของชายจำนวนมาก อุปสรรคด้านภาษา และความกังวลเกี่ยวกับสถานะการเข้าเมืองของตนเอง การกีดกัน การตีตรา ตลอดจนอัตราชุกของเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในชุมชน

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (Weine & Kashuba, 2012) คือ

1) ปัจจัยเสี่ยงด้านนโยบาย ได้แก่ การอนุญาตเดินทางเข้าออกประเทศ สถานะทางการเงิน สภาพการทำงานและอยู่อาศัย

2) ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม ได้แก่ บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม การไม่ได้อยู่กับสมาชิกในครอบครัว การขาดการสนับสนุนทางสังคม

3) ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพกายและจิต ได้แก่ การใช้สารเสพติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาสุขภาพจิต การไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และการใช้เข็มฉีดยา

4) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่นอนหลายคน การใช้บริการทางเพศ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ต่ำ

ทั้งนี้ปัจจัยด้านสุขภาพกายและจิต และปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศมีผลต่อความเสี่ยงต่อโรคเอดส์มากกว่าปัจจัยด้านนโยบายและปัจจัยด้านสังคม (Weine & Kashuba, 2012)

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สามารถแบ่งตามระยะของการสัมผัสเชื้อได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

- 1) ระยะสัมผัสเชื้อระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี
- 2) ระยะเริ่มสัมผัสเชื้อ หมายถึง การสัมผัสกับเชื้อเอชไอวี ภายใน 42 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 95 ของผู้สัมผัสกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในระยษนี้จะไม่ติดเชื้อ
- 3) ระยะหลังการสัมผัสเชื้อ หมายถึง การสัมผัสกับเชื้อเอชไอวี ในช่วง 42 – 72 ชั่วโมงแรก โดยผลการป้องกันการติดเชื้อในระยะที่สามนี้ยังไม่แน่นอนและจำเป็นต้องทานยาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มี 2 แนวทาง ได้แก่

- 1) แนวทางในการใช้เครื่องมือแพทย์ เช่น การใช้ยาต้านไวรัส และการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการส่งเสริมจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด
- 2) การใช้มาตรการทางสังคม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับเพศ การส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย และการงดเว้นการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เป็นต้น

แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความยากจน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย (Swe & Rashid, 2013; Talikowski & Gillieatt, 2005; องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ, 2009) มีการสื่อสารด้วยภาษาที่แตกต่างกันทำให้การสื่อสารเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก กลัวการถูกจับกุมด้วยการตั้งข้อหาเกี่ยวกับเอกสารการเข้าเมืองและการทำงาน กลัวการถูกเนรเทศออกจากประเทศไทยหรือบังคับให้ออกจากงานหากพบว่ามีเชื้อเอชไอวี เวลาเปิดบริการของสถานพยาบาลไม่สอดคล้องกับเวลาที่แรงงานข้ามชาติต้องการไปใช้บริการ การที่นายจ้างยึดบัตรประจำตัวแรงงานไว้เพื่อไม่ให้แรงงานข้ามชาติย้ายไปทำงานที่อื่นหรือเดินทางออกนอกพื้นที่ได้อย่างสะดวก สถานที่ตั้งของสถานพยาบาลอยู่ในที่ที่แรงงานเดินทางไปไม่สะดวก (มาเรีย เพียร์ซี และคณะ, 2556; อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ, 2555) การที่แรงงานไม่รู้สถานะการติดเชื้อของตนทำให้เข้ารับการรักษาล่าช้า (สำนักงานสาธารณสุขเขต 7, 2554) และสภาพการอยู่อาศัยในหอพักที่เปิดโอกาสให้ชายกับหญิง หรือชายกับชาย อยู่กันตามลำพัง เป็นต้น (นุชรรัตน์ ต้นตระกูล, 2553)

การสำรวจเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในจังหวัดตาก ในปี 2545 (Mullany, Maung, & Beyrer, 2003) พบว่า ยังมีแรงงานข้ามชาติร้อยละ 12 ที่ไม่เคยได้ยินคำว่า “โรคเอดส์” มาก่อน มีเพียงร้อยละ 4.1-6.9 เท่านั้นที่เชื่อว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี มีเพียงร้อยละ 41 เท่านั้นที่ตอบคำถามเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ในประชากรวัยเจริญพันธุ์ มีชายร้อยละ 40 และหญิงร้อยละ 85 ระบุว่าตนไม่เคยเห็นถุงยางอนามัย ต่อมาในปี 2556 Maung, Soe, Than, Madan, and Kumar (2013) พบว่า กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์มีปัจจัยเสี่ยงในระดับสูง โดยชายร้อยละ 38.4 ระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ประจำ (Casual partner) ร้อยละ 31.5 เคยใช้บริการจากผู้ให้บริการทางเพศ ร้อยละ 19 เคยมีเพศสัมพันธ์แบบชายกับชาย โดยผู้ที่แต่งงานแล้วร้อยละ 45 ระบุว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่อื่นที่ไม่ใช่คู่ครองของตน และมีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ร้อยละ 80 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ผ่านสื่อมวลชน และประมาณร้อยละ 50 ได้รับข้อมูลจากองค์กรพัฒนาเอกชน

ค. หน่วยงานที่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานองค์การอนามัยโลก (2548, pp. 21-22) ได้จัดประเภทหน่วยงานที่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยที่นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข เป็น 3 ประเภท ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน และหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) องค์กรพัฒนาเอกชน

ในช่วงปี 2539 จำนวนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ องค์กรชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ มีการเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์มากกว่า 500 องค์กร และกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มากกว่า 800 กลุ่ม องค์กรเหล่านี้มีการทำงานเป็นเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งทั้งในระดับภูมิภาคและประเทศ และยังมีตัวแทนอยู่ในหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านนโยบายและแผนงานเอดส์ แต่ในปัจจุบันได้ลดบทบาทและลดจำนวนลงไปมาก เนื่องจากแหล่งทุนมีข้อจำกัดมากขึ้น มีความยุ่งยากในการเบิกจ่าย หน่วยงานที่ยังคงดำเนินการอยู่ก็ถูกปรับเปลี่ยนบทบาทให้เป็นการผสมผสานการทำงานแบบองค์รวม ได้แก่ การป้องกัน การดูแล และการสนับสนุน ในหลายมิติ เช่น การสนับสนุนอาชีพ ทักษะชีวิต การลดความขัดแย้งในสังคม และมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายของแต่ละองค์กรอย่างชัดเจนมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย กลุ่มประชากรที่ไม่มีเอกสาร กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ให้บริการทางเพศแบบเตร็ดเตร่หรือไม่มีหลักแหล่ง และกลุ่มคู่สมรสที่ผลการติดเชื้อเอชไอวีต่างกัน หรือที่เรียกว่า “คูรักผลเลือดต่าง” องค์กรเหล่านี้มีความต้องการการสนับสนุนด้านเงินทุนและ

ด้านวิชาการ โดยเฉพาะสื่อให้ความรู้ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และวิธีการรายงานผลการปฏิบัติงานที่ไม่เคร่งครัดนัก เพื่อเปิดโอกาสให้มีการใช้นวัตกรรมหรือกิจกรรมใหม่ๆ ในการทำงาน

2) ภาคเอกชน

ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานด้านเอดส์น้อยและช้ากว่าภาคส่วนอื่น ๆ แม้ว่าจะมีทรัพยากรเพียบพร้อมทั้งในระดับบริษัทและตัวบุคคล เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีมาตรการกระตุ้นและจูงใจให้ภาคเอกชนที่ร่ำรวยเข้ามาร่วมสนับสนุนการทำงานด้านเอดส์เหมือนกับภาคเอกชนในประเทศตะวันตก

3) หน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เริ่มเข้ามาร่วมดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์หลังจากที่ได้รับงบประมาณที่สำนักนายกรัฐมนตรีจัดสรรให้ แต่เนื่องจากการสนับสนุนงบประมาณสมทบจากหน่วยงานภาครัฐเหล่านั้นยังมีน้อย จึงดำเนินการไม่ได้มากนัก ปัจจุบันหน่วยงานเหล่านี้ยังพึ่งพางบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สรุปได้ว่า โรคเอดส์ยังเป็นโรคที่ยังแพร่ระบาดและทำให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตของประชาชนไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (Ministry of Health, 2011; สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ และการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีล่าช้า ทั้งที่เกิดจากการทราบผลการวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อล่าช้า และการไม่ทราบสิทธิการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ความยากจน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย มีการสื่อสารที่แตกต่าง ข้อจำกัดด้านเวลาในการรับบริการทางสาธารณสุข ข้อจำกัดด้านการเดินทาง การขาดการสนับสนุนทางสังคม การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยอย่างมาก ดังนั้นการป้องกันโรคเอดส์ด้วยมาตรการทางสังคมด้วยการส่งเสริมสุขภาพและการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ด้วยการร่วมมือกับภาคเอกชนจะช่วยหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้อย่างยั่งยืนกว่าการพึ่งพาความช่วยเหลือจากองค์กรต่างประเทศหรือองค์กรพัฒนาเอกชนแต่เพียงอย่างเดียว (กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานองค์การอนามัยโลก, 2548)

อย่างไรก็ตามงานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มประชากรนี้เพื่อใช้ในการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย ลักษณะของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ใช้แนวทางที่สอดคล้องและหนุนเสริมกับการแก้ไขปัญหาที่หน่วยงานอื่น ๆ กำลังดำเนินการอยู่ เพื่อให้สามารถขยายสู่การปฏิบัติจริงได้ต่อไป ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.5 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

งานวิจัยนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ได้แก่ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ การทำประกันสุขภาพ การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย มีรายละเอียดดังนี้

ก. ลักษณะทางประชากรศาสตร์

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว (2555a) รายงานจำนวนแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาในประเทศไทยมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพและปริมณฑล (125,514 คน และ 842,998 คน ตามลำดับ) ทั้งนี้สำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าวระบุว่า แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมายมีจำนวน 649,952 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1 ของแรงงานข้ามชาติทั้งหมด และในปี 2559 ระบุว่า แรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาร์ที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 723,761 คน โดยเป็นผู้ถือบัตรคนต่างด้าว หรือที่เรียกว่าบัตรสีชมพู 305,403 คน และเป็นผู้ถือเอกสารแสดงตนที่ประเทศต้นทางออกให้จำนวน 418,358 คน (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2560)

ร้อยละ 44.3 ของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเป็นแรงงานวัยหนุ่มสาว ช่วงอายุ 20-30 ปี โดยร้อยละ 45.1 มีสถานภาพโสดและร้อยละ 43.1 มีสถานภาพแต่งงานหรือมีคู่อุปถัมภ์ด้วยกัน ร้อยละ 8.9 ไม่ได้เรียนหนังสือเลย โดยระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากนักของแรงงานข้ามชาติเกี่ยวเนื่องกับการย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในประเทศไทยตั้งแต่อายุน้อย (นุชรรัตน์ ต้นตระกูล, 2553) และแรงงานส่วนมากทำงานที่ไม่ต้องอาศัยทักษะฝีมือหรือใช้ความรู้ที่ได้จากการศึกษาระดับสูง (จรัมพร โห้ลายอง & ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, 2554) ร้อยละ 74 ของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาทำงานในประเทศไทยประกอบอาชีพงานพื้นฐานมากที่สุด (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2555a) โดย กรมการจัดหางาน (2544) ได้ให้คำนิยามของคำว่า อาชีพงานพื้นฐาน ไว้ดังนี้

“ผู้ที่ทำงานเรียบง่ายและเป็นประจำหรือทำซ้ำ ๆ หากมีการใช้เครื่องมือก็จะเป็นเครื่องมือแบบใช้มือถือ ไม่ซับซ้อนและใช้แรงกาย อาชีพในหมวดนี้รวมถึง ผู้ขายสินค้าและให้บริการตามท้องถนน ที่สาธารณะ บริการทำความสะอาด ชักล้าง รีดผ้า ดูแลบ้านพัก ห้องเช่า โรงแรม สำนักงานและอาคารสิ่งปลูกสร้างต่าง ๆ บริการรับส่งข้อมูล เอกสาร ขนสัมภาระ ฝ้าประตู ยามรักษาการณ์ในสถานที่ต่าง ๆ กวาดถนน ขนขยะ รวมถึงการปฏิบัติงานเรียบง่ายในอุตสาหกรรมต่าง ๆ เช่น อุตสาหกรรมเกษตร ประมง ล่าสัตว์ เหมืองแร่ ก่อสร้าง การผลิต และประกอบสินค้าด้วยมือ รวมทั้งการขับเคลื่อนยานพาหนะด้วยแรงกาย เช่น รถเข็น สามล้อถีบ เป็นต้น” (กรมการจัดหางาน, 2544)

จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดในปริมณฑลของกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่ถูกกฎหมายเป็นจำนวน 32,319 คน คิดเป็นร้อยละ 0.49 จากจำนวนแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เข้าเมืองถูกกฎหมายทั่วราชอาณาจักร 649,952 คน (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2555a) กันต์ชนิต แก้วบุญส่ง (2548) พบว่า แรงงานในจังหวัดสมุทรสาครส่วนมากทำงานในกิจการที่ต่อเนื่องจากการประมง มีแรงงานสัญชาติเมียนมาร์มากกว่าแรงงานสัญชาติอื่น โดยกิจการต่อเนื่องจากการประมง หมายถึง กิจการที่นอกเหนือจากการจับสัตว์น้ำ หรือออกเรือประมง ดังนั้นจึงหมายถึงกิจการบนฝั่ง เช่น กิจการซื้อขายปลาหรือของทะเลอื่น ๆ ที่ทำปลา หรือแปปลา ไปจนถึงการผลิตหรือแปรรูปต่าง ๆ เช่น การแลปลา แกะหอย แกะกุ้ง ลอกหมึก และการตากแห้ง การคัดขนาด บรรจุกระป๋อง และแช่แข็งอาหารทะเล ซึ่งทำให้บางครั้งแรงงานข้ามชาติต้องทำงานในห้องเย็นเป็นเวลานาน นอกจากนี้โรงงานขนาดเล็กหรือ “ล้ง” ซึ่งมีลูกจ้างไม่เกิน 100 คน มักมีสภาพการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ มีสัญญาณการจ้างงานที่ไม่ชัดเจน แรงงานข้ามชาติจึงประสบปัญหาอื่น ๆ ตามมา และมีอัตราการย้ายงานสูง ในขณะที่โรงงานขนาดใหญ่มักไม่พบปัญหาสัญญาณจ้างทำให้แรงงานข้ามชาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และไม่เปลี่ยนงานบ่อยนัก (โอ ยี่, 2557) โรงงานที่ประกอบกิจการห้องเย็นที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเป็นส่วนใหญ่ในจังหวัดสมุทรสาครมีจำนวนทั้งสิ้น 44 โรงงาน (กรมการค้าภายใน, 2557)

แรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่ในที่พักหลายประเภท เช่น บ้านพักคนงาน อาคารพาณิชย์ แต่โดยมากอยู่ในอาคารพักอาศัยรวม หรือที่เรียกว่า “ห้องเช่า” มีขนาดพื้นที่ห้อง 13-15 ตารางเมตร ขนาดพื้นที่ห้องน้ำ 1.5-3.0 ตารางเมตร มีสภาพการอยู่อาศัยที่มีคุณภาพต่ำกว่าแรงงานไทย อาศัยอยู่

รวมกัน 7-8 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแรงงานในโรงงานมีรายได้ 5,000-7,500 บาทต่อเดือน มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีเงินเก็บ ปัจจัยในการเลือกที่พักอาศัยนั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกและใกล้แหล่งงาน (นุชรรัตน์ ต้นตระกูล, 2553)

ข. การทำประกันสุขภาพ

แรงงานต่างด้าวซึ่งเป็นผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้น โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยต้องขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กรมการจัดหางาน, 2560) มีรายละเอียดดังนี้

1. กองทุนประกันสังคม แรงงานต่างด้าวต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมและจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสังคมในอัตราร้อยละ 5 ของค่าจ้าง นายจ้างจ่ายสมทบอีกร้อยละ 5 และรัฐบาลสมทบอีกร้อยละ 2.75 ได้รับสิทธิประโยชน์ในกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย ทูพพลภาพ ตาย โดยไม่ใช่สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รวมถึงกรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

2. กองทุนเงินทดแทน นายจ้างของแรงงานต่างด้าวเป็นผู้จ่ายสมทบฝ่ายเดียวในอัตราร้อยละ 0.2 - 1 ของค่าจ้างตามความเสี่ยงของประเภทกิจการ โดยได้รับสิทธิประโยชน์ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยทูพพลภาพ สูญหายหรือตายเนื่องจากการทำงาน

กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่นำเข้ามาตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยการจ้างแรงงานระหว่างรัฐบาลไทยและรัฐบาลของประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และลาว และทำงานในประเภทงานรับใช้ในบ้าน เกษตร ปศุสัตว์ ประมง ค้าขายที่มีใช้ธุรกิจ ไม่ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคมแต่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยการซื้อประกันสุขภาพ 1,600 บาทต่อปี

สิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขระบุให้แรงงานต่างด้าวต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพกับสถานพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด ซึ่งต้องชำระค่าตรวจสุขภาพ 500 บาท และค่าประกันสุขภาพ 1,600 บาท ต่อปีจึงจะได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับคนไทย การขอรับบริการตามโครงการประกันสุขภาพนั้น สามารถเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการเข้ารับการรักษาพยาบาล แรงงานต่างด้าวสามารถใช้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ ณ สถานพยาบาลที่แจ้งไว้ในครั้งแรก

มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 ได้อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมและผู้ติดตามทั้งหมด และกำหนดนโยบายในการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพแก่คนต่างด้าวตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม 2556 แต่พบว่าการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพดังกล่าวยังไม่มีประสิทธิภาพ เพราะผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพมักเป็นคนป่วยเท่านั้นหรือเป็นประชากรตามแนวชายแดนหรือกลุ่มชาวต่างชาตินอกเหนือจากสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา และผู้ปฏิบัติในระดับโรงพยาบาลยังไม่เข้าใจในรายละเอียดของนโยบาย เนื่องจากมีเพียงหนังสือสั่งการที่ขาดความชัดเจนในวิธีปฏิบัติ (สุรศักดิ์ ธีโนศวรรยางกูร และคณะ, 2556) ต่อมาในปี 2558 การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มดีขึ้น (Tangcharoensathien et al., 2017) เพราะมีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 ที่กำหนดให้กระทรวงมหาดไทยทำงานร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลของการทำงานอย่างบูรณาการทำให้สามารถออกบัตรประจำตัวและตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ได้แก่ เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา ทำให้แรงงานข้ามชาติส่วนมากจึงเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของไทยได้อย่างทั่วถึงยิ่งขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) การดำเนินงานในขั้นต่อไปจึงเป็นการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งจะช่วยลดภาระของกองทุนประกันสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต (Tangcharoensathien et al., 2018)

ค. การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยที่มักนำมาใช้ได้แก่ การสื่อสารความเสี่ยง โดยมีงานวิจัยที่ระบุว่า การสื่อสารความเสี่ยงสามารถเพิ่มความรู้ และทัศนคติต่อการป้องกันเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Keating, Meekers, & Adewuyi, 2006) นอกจากนี้ยังทำให้จำนวนผู้ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น และจำนวนคู่นอนที่แลกเปลี่ยนข้อมูลหรือพูดคุยเรื่องเอดส์เพิ่มขึ้น (J. T. Bertrand, O'Reilly, Denison, Anhang, & Sweat, 2006) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ระบุว่าจำนวนผู้ได้รับเนื้อหาสาระเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อที่น้อยลง (Pettifor et al., 2005) แต่ทว่าก็ยัง พบว่า การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่ดำเนินการอยู่นั้น ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เช่น ในการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งดำเนินการโดยโรงพยาบาล แม้จะมีการมาให้บริการในสถานที่ทำงาน มีการแจกแผ่นพับภาษาพม่าเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวี แต่ก็ไม่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี หรือสิทธิในการรักษา หรือในบางครั้งก็มีเพียงการตรวจสุขภาพ แต่ไม่มีการให้ความรู้ ไม่มีการแจกสื่อ หรือถุงยาง

อนามัย (มาเรีย เพียร์ซี และคณะ, 2556, p. 8) ส่วนองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น มูลนิธิรักษ์ไทย มีการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นประจำทำให้แรงงานข้ามชาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีขึ้น

อุปสรรคด้านภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศ ไทย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยที่สามารถสื่อสารได้ในการทำงานเชิงรุก เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้สุขศึกษา การเฝ้าระวังโรค และการประสานงานกับเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน ดังนั้นในปี 2548 คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติเห็นชอบให้มีการจ้างแรงงานต่างด้าวในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ที่อยู่ชุมชนเดียวกันและให้เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว หรือ อสต. และหากมีการทำงานแบบเต็มเวลาจะเรียกว่า พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว หรือ พสต. เงินค่าตอบแทนที่จ่ายให้กับอาสาสมัครต่างด้าวและพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวได้เป็นเงินที่โรงพยาบาลได้จากเงินประกันสุขภาพในส่วนของ การส่งเสริมสุขภาพ (องค์การแพธและองค์การไออาร์ซี, 2552) หน้าที่ของอาสาสมัครและพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว ได้แก่ การช่วยผู้ให้การศึกษาในการให้บริการปรึกษาในเรื่องเอดส์ กามโรค การคุมกำเนิดและอื่น ๆ การร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนรวมทั้งการติดตามการรักษาโรค และกินยารักษาต่อเนื่อง เช่น วัณโรค ยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น การช่วยประสานงานกับเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนให้เกิดการทำงานร่วมกันรณรงค์สุขภาพและกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนต่างด้าว เช่น รณรงค์การหยอดวัคซีนโปลิโอ รณรงค์วันเอดส์โลก เป็นต้น การช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแปลสื่อสุขภาพให้เป็นภาษาของแรงงาน การให้สุขศึกษา และจัดกิจกรรมกลุ่มกระจายสื่อสุขภาพในชุมชนต่างด้าว หรือสถานประกอบการ และการประชาสัมพันธ์บริการสุขภาพและสิทธิจากการประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังช่วยในการเป็นล่ามสื่อภาษาในการให้บริการที่สถานบริการสุขภาพ ที่หอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน เช่น การซักประวัติเบื้องต้น คัดกรองคนไข้ รักษาพยาบาลเบื้องต้น และแนะนำสิทธิประกัน เป็นต้น การช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลคนไข้ การช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อการประกันสุขภาพ การค้นหา คัดกรองผู้ป่วย และเฝ้าระวังโรคติดต่อต่าง ๆ ในชุมชน การพาผู้ป่วยที่ต้องการรับการรักษาส่งต่อไปยังโรงพยาบาล การช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแฟ้มข้อมูลครัวเรือน เก็บข้อมูลสาธารณสุขในชุมชน และจัดทำแผนที่ชุมชน เป็นต้น (องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน, 2551)

ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนของอาสาสมัครและพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวทั่วประเทศมีจำนวนไม่แน่ชัด แต่ในจังหวัดที่มีประชากรต่างด้าวเป็นจำนวนมากอย่างจังหวัดสมุทรสาครมีอาสาสมัครและพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวจำนวน 1,560 คน แต่เนื่องจากการย้ายที่อยู่และย้ายเปลี่ยนงาน จึงทำให้ในปี 2557 จังหวัดสมุทรสาครมี อสต. ที่ปฏิบัติงานจริงจำนวน 455 คน แต่

เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอาสาสมัครและพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว ทางจังหวัด จึงมีการเปิดอบรมให้แก่เพื่อสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวขึ้นในปี 2555 เนื้อหาในหลักสูตรประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การวางแผนครอบครัว หลักสูตรภาษาไทยเบื้องต้น หลักสูตรการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค การเป็นพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยและฝึกปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ (มดิชน, 2556)

การทบทวนวรรณกรรมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศทำให้ทราบว่าแรงงานข้ามชาติมักประสบกับปัญหาด้านกฎหมายและการกีดกันทางด้านสุขภาพหลายประการ แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นเพราะมีการเข้าถึงระบบสุขภาพด้วยการทำประกันสุขภาพ ดังนั้นสภาพปัญหาในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในปัจจุบันอาจแตกต่างไปจากในอดีต งานวิจัยนี้จึงจำเป็นที่จะต้องเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการพัฒนาสื่อและกิจกรรมให้สอดคล้องกับลักษณะของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในปัจจุบันให้มากที่สุด

2.2 ตอนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์

Thu, Kyu, and Van der Putten (2005) ศึกษาเรื่อง “ความรู้ เจตคติ และแนวปฏิบัติ ในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ของชาวเมียนมาร์ในอำเภอมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร ” เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 62 มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคเอดส์ การมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

Weine and Kashuba (2012) ทำการศึกษาเรื่อง “การย้ายถิ่นฐานของแรงงานและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ” พบว่า ร้อยละ 21 ของบทความจำนวน 97 บทความเป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นการศึกษาที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 15 บทความ เชิงปริมาณ 71 บทความ และแบบผสมจำนวน 11 บทความ ร้อยละ 64 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น และพบว่า ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านนโยบาย บริบททางสังคมวัฒนธรรม สุขภาพ กิจกรรมทางเพศ สถานภาพทางการเงิน สภาพการทำงานและที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ โดยปัจจัยด้านนโยบายที่ก่อให้เกิดปัญหาเอดส์คือ การไม่มีนโยบายหรือการมีนโยบายที่ไม่ต่อเนื่อง ปัจจัยด้านบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ บรรทัดฐานที่แตกต่างจากประเทศเมียนมาร์ การห่างจากครอบครัว และการขาดสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การใช้สารเสพติดทั้งแบบฉีดเข้าเส้น

และไม่ฉีดเข้าเส้น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาสุขภาพจิต และการไม่ตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ ส่วนปัจจัยด้านกิจกรรมทางเพศ ได้แก่ การไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน การใช้บริการทางเพศ และการมีความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย

Puangyoykeaw and Nishide (2014) ทำการศึกษาเรื่อง “ความต้องการ และความพึงพอใจของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย” โดยใช้ทฤษฎีลำดับขั้นแห่งความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) ในกลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์จำนวน 400 คน ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ผลการวิจัยได้ยืนยันตามทฤษฎีลำดับขั้นของมาสโลว์ กล่าวคือความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหารและเครื่องนุ่งห่มถูกจัดอยู่ในอันดับที่สำคัญที่สุด ตามด้วยความต้องการความปลอดภัย ความรักและความรู้สึกความสำเร็จ และการได้มีส่วนร่วมต่อชุมชนในวงกว้าง Puangyoykeaw and Nishide (2014) จึงแนะนำให้ออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับปรุงวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์โดยใช้แรงจูงใจดังกล่าว

K. Ford, Chamrathirong, Apipornchaisakul, Panichapak, and Pinyosinwat (2014) ทำการศึกษาเรื่อง “การรวมกลุ่มทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ” โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามหลังจากที่ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ กัมพูชา และลาว จำนวน 3,405 คน ผลการวิจัยพบว่าการรวมกลุ่มทางสังคม (Social Integration) การมีส่วนร่วมในโครงการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตน ระดับความรู้และความถี่ในการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนแบบชั่วคราว แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนแบบประจำ และคู่สมรส

Kesornsri, Sitthimongkol, and Hegadoren (2014) ทำการศึกษาเรื่อง “ปัญหาสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติ: ความท้าทายสำหรับพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย” โดยทบทวนบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เผยแพร่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระหว่างช่วงปี พ.ศ. 2547-2557 โดยมีบทความจำนวน 19 บทความที่ตรงตามเกณฑ์ พบว่า 1 ใน 3 ของแรงงานข้ามชาติระบุว่าตนเคยประสบปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ปัญหาความเครียดที่เกิดจากการปรับตัวด้านวัฒนธรรม ปัญหาทางการเงิน ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่นเป็นปัจจัยเชิงลบที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติอย่างมาก ในขณะที่ปัจจัยเชิงบวกที่ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตคือการที่สังคมให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Social Support) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างระบุว่าเพื่อนแรงงานข้ามชาติเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงต้องการการสนับสนุนที่มีลักษณะแตกต่างกัน กล่าวคือเพศชายต้องการการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมและส่วนเพศหญิงต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์

Mondal et al. (2014) ทำการศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมเสี่ยงและการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติชายที่อาศัยในเขตเมืองของประเทศบังคลาเทศ” โดยสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง พบว่า แรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ ระดับการศึกษา การดูสื่อที่มีเนื้อหาลามกอนาจาร การสูบบุหรี่ การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสอบถามที่รับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์สูงว่าอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจะมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันน้อยกว่ากลุ่มที่รับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำ

Idele et al. (2014) ทำการศึกษาเรื่อง “ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่น: สถานภาพปัจจุบันความไม่เสมอภาค และความต้องการข้อมูล” ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่อยู่ในระบบรายงานผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในหน่วยบริการทั่วโลก พบว่า ร้อยละ 82 ของวัยรุ่นที่อายุประมาณ 10-19 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวีอาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศทางตอนล่างของทะเลทรายซาฮารา รองลงมาคือกลุ่มประเทศในเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยร้อยละ 58 เป็นเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบอีกว่า วัยรุ่นในหลายประเทศยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจหาเชื้อเอชไอวี และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

Suphanchaimat et al. (2014) ทำการศึกษาเรื่อง “ความท้าทายในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติข้ามชาติในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง” โดยทำการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 35 ชิ้นที่รายงานการให้บริการด้านสุขภาพเอชไอวีและเอดส์ อุปสรรคต่อการให้การดูแล และอัตราชุกในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีและเอดส์ ได้แก่ แนวทางการทำงานที่ไม่ชัดเจน ระบบการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม การเลือกปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นายจ้างและเพื่อนร่วมงาน ความแตกต่างของภาษา สถานะทางกฎหมายของแรงงานข้ามชาติ และอุปสรรคด้านการเงิน โดยอัตราชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติเป็นความกังวลระดับสูงในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มประเทศทางตอนล่างของทะเลทรายซาฮารา เอเชีย และละตินอเมริกา ดังนั้นองค์การระหว่างประเทศจึงได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนบริการด้านเอชไอวีและเอดส์ให้แก่ประชากรข้ามชาติ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นแรงงาน ผู้อพยพ และผู้ลี้ภัยที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เพราะระบบการจัดการด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรข้ามชาติในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน และอาจทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับสูง

Manoyos, Tangmunkongvorakul, Srithanaviboonchai, Yangyuenkul, and Grimes (2016) ทำการวิจัยเรื่อง “การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ความรักและการใช้ชีวิตของแรงงานข้ามชาติในเขตเมืองของจังหวัดเชียงใหม่” ใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่มย่อย 6 กลุ่มด้วยแบบสอบถามปลายเปิดแบบกึ่งมีโครงสร้าง ผู้เข้าร่วมอภิปรายเป็นแรงงานข้ามชาติจำนวน 84 คน มีอายุ 15-24 ปี เป็นชาย 43 คนและหญิง 41 คน จากนั้นวิเคราะห์เนื้อหาด้วยการถอดเสียงที่บันทึกไว้ทีละคำ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้แรงงานข้ามชาติมีดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงเกิดจากการขาดการควบคุมโดยผู้ปกครอง การเพิ่มขึ้นของความรู้สึกเป็นอิสระ ความรู้สึกกดดันในการเข้ามาสู่สังคมไทย การเข้าถึงสื่อสังคมและเทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่ ทั้งนี้แรงงานข้ามชาติยังมีความรู้ค่อนข้างน้อยเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศ และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อพยพเข้ามาตั้งแต่อายุน้อยมักไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

Musumari and Chamchan (2016) ทำการศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย” พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 5.3 ที่ระบุว่าตนเคยได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักเป็นเพศหญิง จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า มีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการประมง ไม่มีใบอนุญาตทำงาน และเคยรู้จักผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ Musumari and Chamchan (2016) เสนอให้มีการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องความต้องการเฉพาะของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ และควรใช้กลยุทธ์หลักเป็นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เชิงรุกเข้าไปในชุมชนและเปิดให้มีการระดมความคิดเห็นของชุมชนและขับเคลื่อนชุมชน โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบทางสังคม วัฒนธรรมและโครงสร้าง เพราะเป็นปัจจัยที่กำหนดรูปแบบพฤติกรรมที่แสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

Rakprasit, Nakamura, Seino, and Morita (2017) ทำการศึกษาเรื่อง “การเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อโรคติดต่อระหว่างกลุ่มแรงงานข้ามชาติกับกลุ่มแรงงานไทย” โดยคำนวณข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาแห่งชาติ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 803,817 คน พบว่า ร้อยละ 71 ของแรงงานข้ามชาติมาจากประเทศเมียนมาร์ มีความเสี่ยงต่อวัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และไข้มาลาเรียสูงกว่ากลุ่มแรงงานไทย ในขณะที่มีความเสี่ยงต่ออาการท้องเสีย อาหารเป็นพิษ และไข้เลือดออก ต่ำกว่าแรงงานไทย เมื่อจำแนกตามอาชีพ พบว่า กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้ใช้แรงงานมีความเสี่ยงต่อวัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสูงกว่ากลุ่มแรงงานไทย ดังนั้นแม้ว่าโครงการส่งเสริมสุขภาพที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นแรงงานข้ามชาติจะมุ่งส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก แต่นักวิจัยได้เสนอว่าการป้องกันโรคติดต่อเป็นสิ่งที่สำคัญมากในกลุ่มประชากรนี้เช่นกัน

2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

Baelden, Van Audenhove, and Vergnani (2012) ศึกษา “การใช้เทคโนโลยีใหม่เพื่อกระตุ้นการสื่อสารระหว่างบุคคลในเรื่องเอชไอวีและเอดส์” มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้แพลตฟอร์มสำหรับการอภิปรายออนไลน์แบบไม่ระบุตัวตน ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัย โดยมีการนำแพลตฟอร์มนี้ไปใช้ใน 3 วิธี ได้แก่ วิธีบังคับให้ใช้โดยเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน วิธีที่สมัครใจ และวิธีสมัครใจ ผลการวิจัยพบว่าวิธีบังคับให้ใช้เป็นวิธีที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสร้างแพลตฟอร์มมากที่สุด ก่อให้เกิดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมทางสังคม ข้อดีของการที่ไม่ระบุตัวตนคือช่วยลดความกลัวต่อการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติ และลดการรับรู้ต่ออุปสรรคที่เกี่ยวกับความไม่เหมาะสมในการพูดคุยประเด็นด้านเพศสัมพันธ์และเอชไอวีและเอดส์ ดังนั้นแพลตฟอร์มนี้จึงเป็นพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้เกิดการพูดคุยได้อย่างอิสระ มีการกระตุ้นให้ใช้ความคิดในการไตร่ตรองและเรียนรู้ที่จะแสดงออก ตลอดจนเรียนรู้ที่จะเคารพมุมมองที่แตกต่างด้วย แม้ว่าผลการวิจัยไม่ได้วัดผลการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติหรือพฤติกรรมในระยะยาว แต่ก็แสดงให้เห็นว่าในระยะสั้นนี้พบการมีส่วนร่วมในแพลตฟอร์มออนไลน์แบบไม่ระบุชื่อสามารถกระตุ้นให้นักศึกษาได้สะท้อนมุมมองของตนที่มีต่อเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้เป็นอย่างดี นักศึกษาระบุว่าตนเองชอบการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์แบบนี้มากกว่าการเรียนแบบบรรยายที่มีลักษณะทิศทางการสื่อสารแบบบนลงล่าง ซึ่งหมายถึงการที่ผู้สอนทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้โดยที่ผู้เรียนเป็นผู้รับความรู้แต่เพียงฝ่ายเดียว อย่างไรก็ตามเหตุผลที่นักศึกษาบางคนไม่เข้าร่วมใช้แพลตฟอร์มนี้คือการไม่มีเวลาและไม่มีอุปกรณ์

Jung, Arya, and Viswanath (2013) ทำการศึกษาเรื่อง “ผลของการใช้สื่อต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประเทศทางตอนล่างของทะเลทรายซาฮารา: การศึกษาแบบตัดขวาง” ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลจากประชากรใน 13 ประเทศ ในช่วงปี ค.ศ. 2004-2010 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสมการพหุคูณแบบหลายตัวแปร ศึกษาตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 220,099 คน พบว่า การรณรงค์ผ่านสื่อจะสามารถช่วยให้ผู้ที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำมีความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมขึ้นได้ ทั้งนี้มีเพียงร้อยละ 10-20 ของกลุ่มตัวอย่างเคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยปัจจัยด้านการศึกษาและความร่ำรวยมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อและการป้องกันเอชไอวีและเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยอิทธิพลจากสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคเอดส์ที่ไม่เหมาะสมจะลดลงเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เปิดรับสื่อที่มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดรับจากสื่อสิ่งพิมพ์

Limaye, Bingenheimer, Rimal, Krenn, and Vondrasek (2013) ทำการศึกษาเรื่อง “การรักษาคือการป้องกัน: ความสำคัญของการสื่อสาร” ทั้งนี้แนวคิด “การรักษาคือการป้องกัน” หรือในภาษาอังกฤษที่ว่า Treatment as Prevention มุ่งเน้นการป้องกันเอชไอวีด้วยการให้ผู้ที่มิเชื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดโอกาสการแพร่เชื้อเอชไอวี ทั้งนี้กระบวนการนี้เริ่มต้นจากการที่การตรวจเลือดเพื่อรู้สถานะและเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา จากนั้นต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด ดังนั้นการสื่อสารความเสี่ยงจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในแนวคิดนี้ ตั้งแต่การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจเลือด และในขณะที่แจ้งผลการตรวจ ต้องมีการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสมเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้ความมั่นใจว่าผู้ที่มาตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงการรักษาได้หากพบว่าผลเลือดเป็นบวก และต้องออกแบบเนื้อหาสารอย่างระมัดระวังเมื่อต้องส่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งมักเป็นเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่น นอกจากนี้ยังต้องมีการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและให้การสนับสนุนแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination) การสื่อสารที่ดียังช่วยเพิ่มคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ซึ่งมีผลต่อการคงความต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence) ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ สุดท้ายการสื่อสารยังมีบทบาทสำคัญในการเรียกร้อง (Advocacy) เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดหาอุปกรณ์และบริการที่เพียงพอในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนถุงยางอนามัยและยาต้านไวรัส

Xiao et al. (2013) ทำการศึกษาเรื่อง “การสื่อสาร ความสามารถแห่งตน และการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนผู้อพยพที่อาศัยอยู่ในกรุงปักกิ่งประเทศจีน” เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายรักร่วมเพศมีจำนวน 307 คน กลุ่มชายรักต่างเพศจำนวน 376 คน และกลุ่มหญิงรักต่างเพศ 265 คน ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการสื่อสารที่แบบยืนยันความต้องการ (Affirmative) มีผลต่อประสิทธิภาพในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม เนื่องจากช่วยให้สามารถยืนยันความต้องการของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และเพิ่มความสำเร็จในการเจรจาต่อรองและเรียกร้องให้คู่นอนของตนใช้ถุงยางอนามัย

Kaufman, Cornish, Zimmerman, and Johnson (2014) ทำการศึกษาเรื่อง “รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันเอชไอวีและการดูแลรักษาเอดส์: คำแนะนำเพื่อการใช้แนวทางหลายระดับ (Multilevel approach)” โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางหลายระดับที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา

ผู้ป่วยเอดส์ มุ่งเน้นให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีสุขภาพแบบองค์รวม บทความนี้ได้รับบุ
 ตัวแปรตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงระดับโครงสร้าง เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทาย
 ในการปฏิบัติงานด้วยการผสมผสานทฤษฎีที่หลากหลายเข้าด้วยกันเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินการ
 สร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ โดยพบว่าตัวแปรในระดับบุคคลได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง
 การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทักษะการใช้ถุงยางอนามัย การเตรียมการให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม
 ตัวแปรในระดับกลุ่มบุคคลได้แก่ การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจ ความพึงพอใจ
 ในความสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร และการรวมกันกลุ่มกันทางสังคม ตัวแปรในระดับชุมชน ได้แก่
 การลดการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี บรรทัดฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ
 การมีคู่นอนหลายคนและการใช้ถุงยางอนามัย การขับเคลื่อนทางสังคม บทบาทของผู้นำชุมชน

Wen et al. (2015) ทำการศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ของแหล่งข้อมูลและความรู้
 ด้านเอชไอวีและเอดส์ในเขตชนบทของประเทศจีน” โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนแหล่งข้อมูลที่มี
 อยู่เกี่ยวกับโรคเอดส์กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในประชากรชนบทในประเทศจีนในช่วง 3 ปี
 สุ่มตัวอย่างแบบคลัสเตอร์ เก็บข้อมูลจากประชาชน 5,355 คน เป็นชายร้อยละ 56 อายุเฉลี่ยอยู่ที่
 29.88 ปี ผลการสำรวจพบว่า ผู้ที่ระบุว่าตนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์จาก 3-7 แหล่ง
 จะมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สูงกว่าผู้ที่ระบุว่าตนได้รับข้อมูลจาก 1-2 แหล่ง โดยแหล่งข้อมูล
 เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ที่สำคัญ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สิ่งพิมพ์ และการสนทนากับ
 เพื่อนบ้านและเพื่อน ปัจจัยด้านเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา อายุ ที่แตกต่างกันจะมีการใช้แหล่งข้อมูล
 ที่แตกต่างกัน แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเปิดรับโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 3 แหล่ง

2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงแบบมีชุมชนเป็นฐาน

Eksteen, Bulbulia, Van Niekerk, Ismail, and Lekoba (2012) ทำการศึกษา
 เรื่อง “แบบจำลองการมีส่วนร่วมของชุมชนหลายระดับเพื่อส่งเสริมความสงบ ความปลอดภัย
 และสุขภาพ” โดยทำการอธิบายรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎี
 และประสบการณ์ในการดำเนินงานรณรงค์ในกลุ่มเป้าหมายเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตที่มีรายได้ต่ำ
 ประเทศแอฟริกาใต้ มีแนวทางสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์ การเรียนรู้โดยให้
 ชุมชนเป็นศูนย์กลาง การสนับสนุนความยุติธรรมทางสังคม การสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้
 ระบอบประชาธิปไตย การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และการใช้ทุนทางสังคมของท้องถิ่น

Sthapitanonda and Gunpai (2013) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การระบุปัจจัยแห่ง
 ความสำเร็จในการดำเนินการรณรงค์สื่อสารสุขภาพ-การศึกษาที่มีฐานจากการสัมภาษณ์นักรณรงค์”
 พบว่า รณรงค์เพื่อการสื่อสารสุขภาพ เช่น การแก้ไขปัญหาเอดส์ ยาเสพติด และยาสูบ ที่ประสบ

ความสำเร็จประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านองค์กรที่ดำเนินการรณรงค์ ได้แก่ ความหลากหลายขององค์กรที่เป็นพันธมิตร ความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของการรณรงค์ และความเป็นมิตรต่อกัน 2) ปัจจัยด้านเนื้อหา ได้แก่ เนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับสาร การนำเสนอข้อมูลที่เป็นรูปธรรม การทดสอบเนื้อหาสารก่อนการนำไปใช้จริง 3) ปัจจัยด้านผู้รับสาร คือการมองกลุ่มเป้าหมายในฐานะพันธมิตร การให้กลุ่มเป้าหมายเป็นโฆษก 4) ปัจจัยด้านสื่อมวลชน ได้แก่ การทำให้ประเด็นที่รณรงค์เป็นประเด็นที่สื่อให้ความสำคัญ การมองสื่อเป็นพันธมิตรที่สำคัญ ในกระบวนการ และการสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับสื่อ 5) ปัจจัยด้านการจัดการ ได้แก่ การประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ความต่อเนื่อง ในการดำเนินการ การวางแผนเชิงกลยุทธ์และเชิงระบบ และระบบการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ดีกับนักการเมือง ความสอดคล้องกับประเด็นที่องค์กรระดับนานาชาติให้การสนับสนุน

Cornish, Priego-Hernandez, Campbell, Mburu, and McLean (2014) ทำการศึกษาเรื่อง “ผลของการขับเคลื่อนชุมชนที่มีต่อการป้องกันเอชไอวีในประเทศรายได้ระดับกลาง และต่ำ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ” โดยทำการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 20 ชิ้น ที่มีกลุ่มตัวอย่าง เป็นชาวแอฟริกา อเมริกาใต้และอินเดีย พบว่าโครงการที่ได้รับความสำเร็จมากมักเป็นโครงการ ที่เปิดให้มีการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยมักเป็นกลุ่มที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว เป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็ง มีการบริหารจัดการที่ดี Cornish et al. (2014) ระบุปัญหาว่าโครงการที่ใช้การขับเคลื่อนชุมชน มักไม่ได้เก็บข้อมูลที่ใช้เป็นหลักฐานในการแสดงถึงผลที่ได้รับจึงทำให้ไม่สามารถสรุปผลสัมฤทธิ์ ของการขับเคลื่อนได้อย่างชัดเจน จึงเป็นการสะท้อนให้เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนา วิธีการในการดำเนินงานและประเมินผลเพื่อให้สามารถประเมินผลโครงการได้อย่างน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ผลของการขับเคลื่อนชุมชนมีรายงานใน 3 รูปแบบ ได้แก่ ผลเชิงชีวการแพทย์ (Biomedical) ผลเชิงพฤติกรรม (Behavioral) และผลเชิงสังคม (Societal) โดยงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ มีรายงานผลเชิงพฤติกรรมและผลเชิงสังคมมากกว่า ผลเชิงชีวการแพทย์ ส่วนโครงการที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรทั่วไปยังไม่สามารถสรุปรูปแบบ รายงานผลได้ว่ามีรูปแบบอย่างไรเพราะมีการรายงานผลที่หลากหลาย

Lionis et al. (2016) ทำการศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของแรงงานข้ามชาติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับปรุงการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมระหว่างการทำคำปรึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ” โดยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา 5 กรณีในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ กรีซ ไอร์แลนด์ และเนเธอร์แลนด์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 78 ราย จากหน่วยงานของรัฐและเอกชน ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มต่าง ๆ อาทิ แรงงานข้ามชาติ นายจ้าง พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ล่าม นักวางแผนบริการด้านสุขภาพ เป็นต้น มีอายุระหว่าง 31-55 ปี ผลการสัมภาษณ์กลุ่มทำให้ทราบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียล้วนต้องการให้มีการดำเนินการด้วยรูปแบบใหม่โดยเปิดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมสนับสนุนในการดำเนินงานมากขึ้น โดย Lionis et al. (2016) ได้เสนอให้ใช้ทฤษฎีกระบวนการสร้างมาตรฐาน (Normalization Process Theory: NPT) และการเรียนรู้และการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning and Action: PLA)

Press (2011, pp. 87-92) ได้ระบุถึงดำเนินการผลิตสื่อเพื่อสื่อสารเรื่องโรคเอดส์กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติหลายสัญชาติในประเทศไทย ไม่แนะนำการผลิตสื่อด้วยการแปลมาจากสื่อภาษาอื่น เพราะมักใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสม มักมีคำเฉพาะทางการแพทย์ปะปนอยู่เป็นจำนวนมาก และไม่เข้าถึงวัฒนธรรมของผู้รับสาร จึงได้ยกตัวอย่างและระบุถึงวิธีการผลิตสื่อแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน 2 วิธี ได้แก่

1. วิธีการผลิตสื่ออย่างมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย

1.1) ขั้นหารือ คือ การที่พันธมิตรร่วมกันอภิปรายเพื่อระบุกลุ่มผู้รับสาร เป้าหมายของโครงการ และค้นหาประเด็นเนื้อหาความรู้ ที่ศรัทธา ความเชื่อ และบรรทัดฐานทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย

1.2) ขั้นร่างแบบ คือ การที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อพัฒนาเป็นเรื่องราวและเนื้อหาจากข้อมูลที่รวบรวมและภาพถ่ายของสถานที่จริง

1.3) ขั้นรับฟังและปรับแก้ไข คือ การรับฟังความคิดเห็นด้วยการสนทนากลุ่มเพื่อให้ร่วมกันตรวจสอบความสมจริง และพิจารณาเกี่ยวกับรายละเอียดด้านเสื้อผ้า รูปลักษณ์ของตัวแสดง คำที่ใช้ ทำทางการแสดง สถานที่ และฉาก เช่น ลักษณะชุมชนบ้านเกิด สถานที่ทำงาน สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ จากนั้นนำผลที่ได้ไปปรับแก้ไข และนำมาให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติยืนยันจนกว่าจะได้สื่อที่เหมาะสมที่สุด แล้วจึงผลิตเป็นขั้นตอนสุดท้าย

2. วิธีการใช้ศักยภาพภายในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากนั้นให้ผู้รับสารเป้าหมายเป็นผู้ร่างแบบสื่อและมีผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อช่วยปรับปรุงให้มีความเป็นมืออาชีพยิ่งขึ้น จากนั้นผลิตสื่อสนับสนุนอื่น ๆ เช่น เสื่อยืด กระเป๋า แก้วน้ำ ที่พิมพ์ข้อความรณรงค์เป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติ

Press (2011) ยังได้เสนอแนะว่าวิธีการผลิตสื่ออย่างมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ยุ่งยากกว่า และใช้เวลาผลิตนาน นอกจากนี้สื่อที่ผลิตออกมามีข้อความสื่อสารหลายอย่างปะปนกันอยู่ทำให้ผู้รับสารต้องเลือกรับเองและได้ข้อความที่ต้องการสื่อบางอย่างตกหล่นไป ดังนั้นหากพบว่ากลุ่มผู้รับสารมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว ควรกำหนดเนื้อหาเพียงประเด็นเดียวในการรณรงค์ เช่น ข้อความกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายตรวจหาเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

Kaufman, Rimal, et al. (2014) ทำการศึกษาเรื่อง “ การใช้การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมและพฤติกรรมเพื่อเพิ่มการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการใช้ถุงยางอนามัย: โครงการมาลาวิ BRIDGE” โดยศึกษาโครงการที่มุ่งลดการรับรู้ต่ออุปสรรคของปัจเจกบุคคลในการดำเนินพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยมีการใช้สื่อและกิจกรรมในชุมชนที่หลากหลาย ร่วมกับสถานีวิทยุท้องถิ่น เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง โดยครั้งแรกเก็บในปี 2009 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 906 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่สองจากกลุ่มตัวอย่างเดิมอีกครั้งในปี 2011 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 594 คน ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอย พบว่า ระดับการเปิดรับสื่อและกิจกรรมในโครงการ BRIDGE มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้ ($\beta = 0.20$, $p < .001$) และระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตน ($\beta = 0.35$, $p < .001$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการรับรู้ความเสี่ยง นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการเปิดรับสื่อและกิจกรรมในโครงการยังเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญของการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ($OR = 1.40$, $p < .001$) และการใช้ถุงยางอนามัย ($OR = 1.26$, $p < .05$) การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้สื่อและกิจกรรมที่หลากหลายมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการเอชไอวีด้วยการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการใช้ถุงยางอนามัย

Q. Zhang, Huhn, Andy Tan PhD, and Douglas (2017) ทำการศึกษาเรื่อง “โครงการรณรงค์ Time Play: การประเมินผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศในรูปแบบเกมแก่เยาวชน” โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ที่มีอายุ 20-29 ปี ที่ได้รับชมสื่อที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศก่อนการรับชมภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์ จากนั้นให้ตอบคำถาม สื่อที่ใช้ประกอบในโครงการนี้ได้แก่ ป้ายประกาศ ภาพยนตร์สั้น และการดูอนิเมชันแบบสั้น เป็นต้น ผู้เข้าร่วมจะได้รับคะแนนหากตอบได้ถูกต้องและสามารถแลกคะแนนที่สะสมเป็นของรางวัลได้ ซึ่งเป็นแนวทางที่ใช้กิจกรรมที่มีรางวัลตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม

Mejia et al. (2017) ทำการศึกษาเรื่อง “กิจกรรมรูปแบบเกมเพื่อเพิ่มการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในรัฐแคลิฟอร์เนีย: ที่มาและการออกแบบ” การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ช่วง โดยช่วงแรกเป็นการวิจัยเพื่อการสร้างรูปแบบเกม และช่วงที่สองเป็นการนำเกมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า องค์ประกอบของกิจกรรมในรูปแบบเกมจะต้องประกอบด้วย 1) หลักการของเกม ซึ่งได้แก่ การเพิ่มขึ้นของความท้าทายและทักษะที่จำเป็น การแข่งขัน การร่วมมือ และการให้ผู้เล่นตัดสินใจเอง 2) กลไกของเกม ได้แก่ ระบบการให้คะแนนที่สัมพันธ์กับของรางวัล และสิ่งตอบแทน 3) การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การที่เพื่อนเชิญชวนให้เข้าร่วมเล่นเกม 4) การเป็นที่ยอมรับทางสังคม ได้แก่ การแสดงรายชื่อผู้ที่ได้คะแนนสูง และการให้เข็มรางวัล 5) องค์ประกอบของโรค เช่น การจับสลาก การได้พบกับเหตุการณ์ไม่คาดคิด เป็นต้น ผลจากการนำเกมที่พัฒนานี้ไปใช้ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีครั้งแรกและการตรวจซ้ำ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น

Cao et al. (2017) ทำการศึกษาเรื่อง “การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อกระตุ้นการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การส่งต่อสู่การรักษา และการคงการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ” พบว่า จากบทความที่ตีพิมพ์จำนวน 981 ชิ้น มีบทความจำนวน 26 ชิ้นที่ตรงตามเกณฑ์ และไม่มีบทความที่มาจากประเทศรายได้ต่ำเลย บทความทั้งหมดมุ่งให้เกิดพฤติกรรมการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การส่งต่อสู่การรักษา และการคงการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ บทความมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มี 5 บทความที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลข้ามเพศ (Transgender) มี 18 บทความที่ใช้การศึกษาแบบสังเกต มี 10 บทความที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการสร้างชุมชนเสมือนเพื่อสนับสนุนการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการคงการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ มี 9 บทความเน้นการเผยแพร่ข้อมูลด้านเอชไอวี โดยร้อยละ 16 ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการรณรงค์ผ่านสื่อออนไลน์รายงานว่า ตนเคยขอชุดตรวจหาเชื้อเอชไอวีผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook และ Grindr) มีบทความ 4 ชิ้น แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีหลังจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ นอกจากนี้ การรณรงค์ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ร่วมด้วยจะมีผู้เข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีสูงกว่าการรณรงค์ที่ไม่ได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์และการใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อช่วยลดอุปสรรคทางด้านภาษาและวัฒนธรรม มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และใช้ศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายมาช่วยดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ผลที่ได้จากการดำเนินงานคือระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่เหมาะสมขึ้น เกิดการรวมกลุ่มและสนับสนุนกันเองในชุมชน โดยการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบเกมจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยสมัครใจมากขึ้น โดยต้องมีการให้รางวัลและสิ่งตอบแทนทั้งที่เป็นสิ่งของ และเชิงสัญลักษณ์ที่เหมาะสมในงานวิจัยบางชิ้นมีการนำเอาสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มนักศึกษา และพบว่าได้ผลดีโดยก่อให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจต่อความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ แต่กลุ่มผู้รับสารในงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นชาวแอฟริกา ชาวจีน ชาวมาลาวิ และแรงงานข้ามชาติในประเทศพัฒนาแล้ว ไม่พบว่ามีงานวิจัยที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยโดยเฉพาะ

กรอบแนวคิดการวิจัยสำหรับการศึกษารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย มีดังนี้



ภาพที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
- ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
- ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
- ขั้นตอนที่ 4 พัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed method) ประกอบด้วย การสำรวจ (Survey) การสำรวจภาคสนาม (Field survey) การสนทนากลุ่ม (Focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการทดลอง (Experiment) มีผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์ 1 คน (ภาคผนวก 1.3) เพื่อทำหน้าที่เป็นล่ามภาษาไทย-พม่า ประสานงานระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ใช้ภาษาพม่า โดยมีคุณสมบัติคือมีประสบการณ์ 5 ปีในการแปลภาษาไทย-พม่าทั้งการพูดและการเขียน ทำงานเป็นผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดระยะเวลาวิจัย มีความรู้ด้านสาธารณสุข และมีผู้ช่วยควบคุมการจัดสอบวัดความรู้และเก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้ ที่ศนคต และพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ ก่อนและหลังการใช้สื่อและกิจกรรม โดยเป็นนักศึกษาชาวเมียนมาร์ที่กำลังศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาที่มีความรู้ด้านสาธารณสุข จำนวน 4 คน (ภาคผนวก 1.7)

ผู้วิจัยสรุปขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง และผลที่ได้รับจากการดำเนินการวิจัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง และผลที่ได้รับจากการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอน	วิธีการ / เครื่องมือ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลที่ได้รับ
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัญหาและความ คิดเห็น เกี่ยวกับการ สื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงาน ข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย	สำรวจ / แบบสอบถาม	กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน 106 ตัวอย่าง สังกัดกรมควบคุมโรค	สภาพปัญหาและความคิดเห็นของ ผู้ปฏิบัติงานฯ
	สำรวจ / แบบสอบถาม	กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย 386 ตัวอย่าง จากทั่วประเทศ	สภาพปัญหาและความคิดเห็นของ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ใน ประเทศไทย
	วิเคราะห์ข้อมูล	ข้อมูลสภาพปัญหาและ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานฯ และ สภาพปัญหาและความคิดเห็น ของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย	สภาพปัญหาและความคิดเห็น เกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อ โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ในประเทศไทย
ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาสื่อและ กิจกรรมการ สื่อสารความเสี่ยง ต่อโรคเอดส์ใน กลุ่มแรงงานข้าม ชาติเมียนมาร์ใน ประเทศ	คัดเลือกและ สำรวจ / แบบสำรวจพื้นที่	โรงงานที่ประกอบกิจการ ต่อเนื่องจากการประมงที่ถูก คัดเลือก 1 โรง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลักษณะพื้นที่เป้าหมาย 2. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 3. ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในพื้นที่ 4. วัฒนธรรมที่ส่งเสริมและเป็น อุปสรรคต่อการป้องกันการโรคเอดส์ 5. ช่องทางที่ใช้ในการสื่อสาร
	สัมภาษณ์เชิงลึก / ประเด็นคำถาม	ผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในพื้นที่ 10 ตัวอย่าง	สภาพปัญหาและอุปสรรคและ ข้อเสนอแนะสำหรับการสื่อสาร ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ เป้าหมาย
	สนทนากลุ่ม 1 ครั้ง / ประเด็นคำถาม	กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในโรงงานเป้าหมาย จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน เป็นชาย 1 กลุ่ม และ หญิง 1 กลุ่ม รวมจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนา กลุ่มทั้งสิ้น 16 คน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แหล่งข่าวสาร ช่องทาง และ การแสวงหาข่าวสารเพื่อการได้ ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อ โรคเอดส์จากประเทศไทย 2. ความรู้ที่ต้องการ 3. กิจกรรมการสื่อสารที่ต้องการ 4. ปัญหาอุปสรรคในการได้รับความรู้ 5.ทัศนคติต่อโรคเอดส์ 6. พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ 7. การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

ขั้นตอน	วิธีการ / เครื่องมือ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลที่ได้รับ
	วิเคราะห์ข้อมูล	ข้อมูลหลัก 4 ด้านได้แก่ 1. ข้อมูลสภาพปัญหาและความคิดเห็น เกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 1) 2. ข้อมูลจากการสำรวจพื้นที่ (ขั้นตอนที่ 2 ข้อย่อย 3) 3. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสภาพปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่เป้าหมาย (ขั้นตอนที่ 2 ข้อย่อย 4.1) 4. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสภาพปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะสำหรับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย (ขั้นตอนที่ 2 ข้อย่อย 4.2)	ร่างสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
	การประชุมครั้งที่ 1	แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงาน 15 คน	ความคิดเห็นที่มีต่อร่างสื่อและกิจกรรม
	การประชุมครั้งที่ 2	แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงาน 10 คน	สื่อและกิจกรรมที่ได้รับการยืนยันความเหมาะสมจากแรงงานข้ามชาติ
	การประชุมครั้งที่ 3	แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงาน 8 คน	แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

ขั้นตอน	วิธีการ / เครื่องมือ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลที่ได้รับ
ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการใช้ สื่อและกิจกรรม การสื่อสารความ เสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงาน ข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย	นำสื่อและกิจกรรม ไปทดลองใช้ใน โรงงานเป้าหมาย 2 สัปดาห์ สำรวจ 3 ครั้ง (ก่อน 1 ครั้ง และ หลัง 2 ครั้ง) / แบบวัดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม การป้องกันโรค เอดส์ และการรับรู้ ความเสี่ยงต่อ โรคเอดส์	แรงงานข้ามชาติในโรงงานที่ เป็นผู้รับสารเป้าหมาย 200 ตัวอย่าง	1. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ 2. ระดับความเหมาะสมของ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อ โรคเอดส์ 3. ระดับขั้นของพฤติกรรมการใช้ ถุงยางอนามัย และการตรวจหา เชื้อเอชไอวี
	สัมภาษณ์เชิงลึก 2 ครั้ง (ก่อน 1 ครั้ง และหลัง 1 ครั้ง) / ประเด็นคำถาม	แรงงานข้ามชาติในโรงงานที่ เป็นผู้รับสารเป้าหมาย ชาย 5 ตัวอย่าง และ หญิง 5 ตัวอย่าง	1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ 2. ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อ โรคเอดส์ 3. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
	สัมภาษณ์เชิงลึก 1 ครั้ง / ประเด็น คำถาม	แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ในโรงงาน 4 คน	1. ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วม เป็นอาสาสมัคร 2. ความต้องการในการดำเนินงาน ในอนาคต

ขั้นตอน	วิธีการ / เครื่องมือ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลที่ได้รับ
<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>พัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย</p>	วิเคราะห์ข้อมูล	<p>ข้อมูลหลัก 4 ด้าน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 1) ข้อมูลจากการพัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 2) ผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 3) ข้อมูลจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (บทที่ 2) 	<p>ร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย</p>
	<p>ร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย</p> <p>สนทนากลุ่ม / ประเด็นคำถาม</p>	ผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน	<ol style="list-style-type: none"> ระดับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ มติรับรองรูปแบบฯ
<p>รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย</p>			



ภาพที่ 8 ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินงานวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรค เอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

การศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอชไอวีในกลุ่ม
แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ใช้วิธีการสำรวจ (Survey) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่ม
ตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และ 2) กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่
ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแรงงาน
ข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
เมียนมาร์ในประเทศไทย และนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย
และออกแบบสื่อและกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ต่อไป รายละเอียดดังนี้

3.1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอชไอวีใน กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

การศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอชไอวี
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ใช้วิธีการสำรวจ (Survey)
ด้วยแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบเป็นผู้กรอกเอง รายละเอียดเกี่ยวกับ ประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย มีดังนี้

ก. ประชากร

บุคลากรที่รับผิดชอบงานสื่อสารความเสี่ยงและเคยดำเนินงานป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอชไอวีในกลุ่มเป้าหมายเป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทุกคน จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12
เขต สำนักโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ
สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวนรวมทั้งหมด 111 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม
กลับมา 106 คน คิดเป็นร้อยละ 95.4

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความคิดเห็นที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ภาคผนวก 1.1) แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 สภาพการทำงานในปัจจุบัน ปัญหาการทำงานการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

ตอนที่ 3 การประเมินความเป็นไปได้ของลักษณะกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

การคิดคะแนนและแปลความหมาย

ปัญหาการทำงานการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ให้คะแนน ดังนี้

ระดับความรุนแรงของปัญหามากอย่างยิ่ง	ให้เท่ากับ 4 คะแนน
ระดับความรุนแรงของปัญหามาก	ให้เท่ากับ 3 คะแนน
ระดับความรุนแรงของปัญหาน้อย	ให้เท่ากับ 2 คะแนน
ระดับความรุนแรงของปัญหาน้อยอย่างยิ่ง	ให้เท่ากับ 1 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการคำนวณความกว้างของชั้น (Class interval) ตามสมการ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความรุนแรงของปัญหาแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของปัญหามากอย่างยิ่ง มาก ปานกลาง น้อย และน้อยอย่างยิ่ง จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{4 - 1}{5} \\ &= 0.60 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้น เท่ากับ 0.60

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของปัญหาในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 3.41 – 4.00 ถือว่าเป็นปัญหาระดับรุนแรงมากอย่างยิ่ง

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.81 – 3.40 ถือว่าเป็นปัญหาระดับรุนแรงมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.21 – 2.80 ถือว่าเป็นปัญหาระดับรุนแรงปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.61 – 2.20 ถือว่าเป็นปัญหาระดับรุนแรงน้อย

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 1.60 ถือว่าเป็นปัญหาระดับรุนแรงน้อยมาก

ค. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Lundgren & McMakin, 2013) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันโรคเอดส์ 2 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำงานกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ 1 ท่าน (ภาคผนวก 1.1) และนำผลการตรวจสอบไปพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) โดยแบบสอบถามตอนที่ 2 และตอนที่ 3 มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.71 และ 0.93 ตามลำดับ ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.82 ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า 0.50 จึงยอมรับได้ (Rovinelli & Hambleton, 1977)

ง. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS เวอร์ชัน 22 เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จ. การนำเสนอข้อมูล

นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผล

3.1.2 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์

การศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ใช้วิธีการสำรวจ (Survey) ด้วยแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบเป็นผู้กรอกเอง รายละเอียดเกี่ยวกับ ประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย มีดังนี้

ก. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ชายหรือหญิงชาวเมียนมาร์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย อายุระหว่าง 20 – 30 ปี ที่เข้ามาในประเทศไทย จำนวน 287,929 คน (ค่าประมาณการณ เมื่อ พ.ศ. 2557)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวเมียนมาร์ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่าได้ อายุระหว่าง 20 – 30 ปี มีใบอนุญาตทำงาน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากจำนวนประชากรแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่ขึ้นทะเบียนปี พ.ศ. 2555 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 649,952 โดยมีแรงงานข้ามชาติอายุ 20-30 ปี อยู่ร้อยละ 44.3 ดังนั้นจำนวนประชากรคือ 287,929 คน สูตรการหาขนาดตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้ใช้การคำนวณตามวิธีการของ Yamane (1973) ดังนี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดยที่ n = ขนาดตัวอย่างประชากรที่ต้องการ
 N = จำนวนประชากรทั้งหมด กำหนดให้เท่ากับจำนวนประชากรแรงงานข้ามชาติของงานวิจัยนี้
 e = ขอบเขตความผิดพลาด กำหนดให้เท่ากับ 0.05

เมื่อนำมาคำนวณตามสมการข้างต้น โดยกำหนดขอบเขตความผิดพลาดคือ ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างที่ศึกษาคือ 384 คน

ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างเป้าหมายเป็น 386 คนเพื่อให้เหมาะสมกับการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ของงานวิจัยครั้งนี้ซึ่งได้จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็นพื้นที่ เพศ และอายุ ดังนี้

1. ชั้นภูมิที่หนึ่ง กำหนดให้ แบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 5 พื้นที่ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปริมณฑล (นนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรปราการ) ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพฯ และปริมณฑล) ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้
2. ชั้นภูมิที่สอง กำหนดให้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มตามเพศ ได้แก่ ชาย และหญิง
3. ชั้นภูมิที่สาม กำหนดให้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค 12 พื้นที่

เมื่อนำค่าร้อยละของพื้นที่ มาคำนวณตามสัดส่วนของชั้นภูมิแล้วทำให้ได้จำนวนตัวอย่างเป้าหมายจากชั้นภูมิที่หนึ่งดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าร้อยละและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างใน 5 พื้นที่ของประเทศไทย

พื้นที่	จำนวนแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ถูกกฎหมาย (คน)	ร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการ (คน)
กรุงเทพมหานคร	67,400	10.37	40
ปริมณฑล	130,640	20.1	77
ภาคกลาง	181,792	27.97	107
ภาคเหนือ	72,990	11.23	43
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	16,119	2.48	10
ภาคใต้	181,012	27.85	107
รวม	649,952	100	384

เมื่อนำจำนวนของกลุ่มตัวอย่างใน 5 พื้นที่ของประเทศไทยมาคำนวณตามสัดส่วนของเพศชายและหญิงอย่างละครึ่งแล้ว แล้วทำให้ได้จำนวนตัวอย่างเป้าหมายจากชั้นภูมิที่สองและสามดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงในหน่วยงาน สคร. 12 แห่ง

พื้นที่	หน่วยงาน	ชาย	หญิง	รวม	รวม
				รายหน่วยงาน	รายพื้นที่
กรุงเทพมหานคร	สคร.1	20	20	40	40
ปริมณฑล	สคร.1	19	19	38	76
	สคร.4	19	19	38	
ภาคกลาง	สคร.2	18	18	36	108
	สคร.3	18	18	36	
	สคร.4	18	18	36	
ภาคเหนือ	สคร.8	7	7	14	42
	สคร.9	7	7	14	
	สคร.10	7	7	14	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	สคร.5	2	2	4	12
	สคร.6	2	2	4	
	สคร.7	2	2	4	
ภาคใต้	สคร.11	27	27	54	108
	สคร.12	27	27	54	
รวม		193	193	386	386

* สคร. เป็นอักษรย่อของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 386 คน โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำนวน 193 คน และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำนวน 193 คน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ปริมณฑลจำนวน 76 คน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ภาคกลางจำนวน 108 คน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือจำนวน 42 คน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 12 คน และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้จำนวน 108 คน

วิธีการเลือกพื้นที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดให้พื้นที่เก็บข้อมูล คือ สำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าว (สำหรับพื้นที่กรุงเทพ) และสำนักจัดหางานจังหวัด (สำหรับพื้นที่ต่างจังหวัด) สังกัดกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความคิดเห็นที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ภาคผนวก 3.2) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แหล่งข่าวสาร ช่องทาง และกลวิธีการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากประเทศไทยในปัจจุบัน ปัญหาการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากประเทศไทย

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

การคิดคะแนนและแปลความหมาย

ความสามารถในการใช้ภาษาไทย ให้คะแนน ดังนี้

เหมือนเจ้าของภาษา	ให้เท่ากับ 7 คะแนน
ดีมาก	ให้เท่ากับ 6 คะแนน
ดี	ให้เท่ากับ 5 คะแนน
ปานกลาง	ให้เท่ากับ 4 คะแนน
ไม่ดี	ให้เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่ดีมาก	ให้เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่สามารถเลย	ให้เท่ากับ 1 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้างของชั้น ตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความสามารถในการใช้ภาษาไทย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี และไม่ดีอย่างมาก จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{7 - 1}{5} \\ &= 1.20 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 1.20

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความสามารถในการใช้ภาษาไทย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 5.81 – 7.00 หมายถึง ระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 4.61 – 5.80 หมายถึง ระดับดี

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 3.41 – 4.60 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.21 – 3.40 หมายถึง ระดับไม่ดี

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 2.20 หมายถึง ระดับไม่ดีอย่างมาก

ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเมื่อได้รับสื่อเรื่องโรคเอดส์เป็นภาษาไทยและภาษาพม่าให้คะแนน ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY	
เข้าใจ	ให้เท่ากับ 4 คะแนน
ค่อนข้างเข้าใจ	ให้เท่ากับ 3 คะแนน
ค่อนข้างไม่เข้าใจ	ให้เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เข้าใจ	ให้เท่ากับ 1 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้างของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย เมื่อได้รับสื่อเรื่องโรคเอดส์เป็นภาษาไทยและภาษาพม่า แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับเข้าใจ ค่อนข้างเข้าใจ ค่อนข้างไม่เข้าใจ และไม่เข้าใจ จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{4 - 1}{4} \\ &= 1 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 1.00

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความสามารถในการใช้ภาษาไทย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 3.26 – 4.00 หมายถึง ระดับเข้าใจ

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.51 – 3.25 หมายถึง ระดับค่อนข้างเข้าใจ

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.76 – 2.50 หมายถึง ระดับค่อนข้างไม่เข้าใจ

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 1.75 หมายถึง ระดับไม่เข้าใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากนั้นทำการแปลเครื่องมือที่ได้เป็นภาษาพม่า ด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยมีขั้นตอนดังนี้ (Brislin, 1986)

ขั้นตอนที่ 1 การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward translation) จากภาษาอังกฤษ (Source language) เป็นภาษาพม่า (Target language) โดยผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่ใช่บุคคลที่แปลในขั้นตอนแรก โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล

ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ (Back-translation) จากภาษาพม่ามาเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้แปลย้อนกลับจำนวน 2 คน ซึ่งไม่ใช่บุคคลเดียวกันกับผู้แปลในขั้นตอนแรก และไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน

ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดภาษาอังกฤษกับชุดที่แปลย้อนกลับ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา โดยส่งเครื่องมือชุดแปลย้อนกลับมายังผู้วิจัย เพื่อพิจารณาเปรียบเทียบ

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบเครื่องมือวิจัย (Pretest procedures) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ที่เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในจังหวัดสมุทรสาคร โดยอยู่นอกโรงงานที่เป็นพื้นที่วิจัยและเป็นผู้ที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ตอบ

ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามให้เข้าใจแต่คงความหมายเดิมให้มากที่สุดแล้วจึงนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบความเชื่อถือได้หรือความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบ (Pretest) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์แต่ไม่ได้อยู่ในโรงงานที่เป็นพื้นที่วิจัย จำนวน 30 ตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยวิธีของ Cronbach's Alpha เพื่อหาความเที่ยงของคำถาม ซึ่งค่า Cronbach's Alpha โดยได้ค่า Alpha เท่ากับ 0.72 ซึ่งมากกว่า 0.7 จึงสามารถยอมรับได้ว่ามีความเที่ยง (Cronbach, 1951)

ค. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคแต่ละแห่งเพื่อให้ระบุนามอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว 1 คนต่อแห่ง รวมทั้งสิ้น 12 คน เพื่อทำหน้าที่ข้อมูล โดยเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมากกว่า 2 ปี ใช้ภาษาพม่าเป็นภาษาแม่ และอยู่ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่เก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร และคำพูดให้กับผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์
3. ผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์ชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร และคำพูดให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลในแต่ละแห่ง
4. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2559
5. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้รับในแบบสอบถาม
6. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลส่งแบบสอบถามคืนให้กับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค
7. ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคส่งแบบสอบถามคืนให้กับผู้วิจัยทางไปรษณีย์

ง. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS เวอร์ชัน 22 เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จ. การนำเสนอข้อมูล

นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผล

3.2 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

การพัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย มีขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

1. ศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ทฤษฎี หลักการ แนวทาง ข้อมูลขององค์ประกอบ และขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยง และแนวทางการใช้ชุมชนเป็นฐาน ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาพปัญหาการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ทั้งในส่วนผู้ปฏิบัติงานและแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยในขั้นตอนที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

2. คัดเลือกพื้นที่ทดลอง โดยผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่ทดลองที่เป็นโรงงานที่ประกอบกิจการต่อเนื่องจากการประมงจำนวน 1 โรง ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่ขึ้นทะเบียนมากกว่า 400 คน ดำเนินกิจการมาเป็นระยะเวลานานกว่า 30 ปี มีเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลเป็นชาวเมียนมาร์ที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยอย่างน้อย 2 คน และอยู่ในประเทศไทยมานานกว่า 10 ปี เจ้าของกิจการยินยอมให้โรงงานเป็นพื้นที่ทดลอง และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลเป็นผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีหน้าที่อำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสถานที่ นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ และเป็นล่ามในระหว่างการดำเนินการวิจัย

3. สำรวจพื้นที่เป้าหมายที่เป็นโรงงานที่ประกอบกิจการต่อเนื่องจากการประมงที่ได้รับคัดเลือก ใช้วิธีการวิจัยด้วยการสำรวจภาคสนาม (Field survey) ด้วยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นระยะเวลา 5 วัน โดยทำการสำรวจพื้นที่ในโรงงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และ

พื้นที่สาธารณะของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงาน เช่น ห้องพยาบาล ลานกิจกรรม ลานประชุม พนักงาน ห้องน้ำ ห้องประชุม ห้องฝึกอบรม พื้นที่ทำงาน ตลอดจนบริเวณโดยรอบโรงงาน เช่น สถานที่สำคัญทางศาสนา ตลาด ร้านอาหาร สถานบันเทิง สถานที่ซื้อของ สวนสาธารณะ และอาคารที่พักอาศัยรวม เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสำรวจพื้นที่เป้าหมาย (ภาคผนวก 3.3) มีประเด็นที่สำรวจ ได้แก่ ลักษณะพื้นที่เป้าหมาย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในพื้นที่ วัฒนธรรมที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการโรคเอดส์ และช่องทางที่ใช้ในการสื่อสาร การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินการโดยการที่ผู้วิจัยได้นำแบบสำรวจพื้นที่เป้าหมาย ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

4. ศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่เป้าหมาย และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่เป้าหมาย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง และชี้แจงว่าทำลายไฟล์บันทึกเสียงทันที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย และไม่ส่งไฟล์บันทึกเสียงคืนไปให้กับผู้ให้ข้อมูล และไม่ทำให้การรายงานผลสามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานเทศบาล โรงพยาบาลประจำจังหวัดสมุทรสาคร องค์กรพัฒนาเอกชน และโรงงานที่ประกอบกิจการต่อเนื่องจากการประมงในพื้นที่เป้าหมาย

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ มีประสบการณ์ในงานการสื่อสารสุขภาพ หรืองานให้บริการและคำปรึกษาด้านสุขภาพ หรืองานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ โดยมีประสบการณ์ในงานใดงานหนึ่งไม่น้อยกว่า 5 ปี มีความยินยอมที่เข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 10 ท่าน ประกอบด้วย

1. ตัวแทนกลุ่มสื่อสารและสนับสนุนวิชาการ
สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค
2. ตัวแทนกลุ่มงานโรคเอดส์ฯ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 กรมควบคุมโรค
3. ตัวแทนผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร
4. ตัวแทนกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร
5. ตัวแทนเทศบาลตำบลท่าจีน
6. ตัวแทนกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลท่าจีน
7. ตัวแทนกลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เทศบาลตำบลท่าจีน
8. ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานด้านโรงพยาบาลสมุทรสาคร
9. ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานมูลนิธิรักไทย
10. ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานแรงงานสัมพันธ์ในโรงงานที่ดำเนินกิจการ
ต่อเนื่องจากการประมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ประเด็นคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ตำบลท่าจีน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร (ภาคผนวก 3.4) เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ การให้ความรู้แก่แรงงานข้ามชาติ ปัญหาและอุปสรรคในการให้ความรู้และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ที่เหมาะสมกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในสถานที่ทำงาน หรือสถานที่อื่นที่กลุ่มตัวอย่างนัดหมาย ใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณท่านละ 1-2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง และชี้แจงว่าไฟล์บันทึกเสียงจะถูกทำลายทันที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ไม่ส่งไฟล์บันทึกเสียงคืนไปให้กับผู้ให้ข้อมูล และไม่ทำให้การรายงานผลสามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) และสรุปแบบอุปนัย (สุภางศ์ จันทวานิช, 2554)

4.2 การสนทนากลุ่มกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่เป้าหมาย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานที่ทำงานอยู่ในพื้นที่เป้าหมาย โดยเป็นโรงงานที่ประกอบกิจการที่ต่อเนื่องจากการประมง

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นชาวเมียนมาร์ที่สามารถพูดภาษาพม่าได้ อายุระหว่าง 20 – 30 ปี ทำงานอยู่ในโรงงานเป้าหมาย มีใบอนุญาตทำงาน ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การแบ่งกลุ่มสนทนา ใช้การแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน โดยเป็นชาย 1 กลุ่ม และ หญิง 1 กลุ่ม รวมจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ประเด็นคำถามสนทนากลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย (ภาคผนวก 3.5) เก็บข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข่าวสาร ช่องทางและการแสวงหาข่าวสารเพื่อการได้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์จากประเทศไทย ความรู้ที่ต้องการ กิจกรรมการสื่อสารที่ต้องการ ปัญหาอุปสรรคในการได้รับความรู้ และทัศนคติต่อโรคเอดส์ ในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

จากนั้นทำการแปลเครื่องมือที่ได้เป็นภาษาพม่า ด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยมีขั้นตอนดังนี้ (Brislin, 1986)

ขั้นตอนที่ 1 การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward translation) จากภาษาอังกฤษ (Source language) เป็นภาษาพม่า (Target language)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่ใช่บุคคลที่แปลในขั้นตอนแรก โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล

ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ (Back-translation) จากภาษาพม่ามาเป็นภาษาไทย โดยผู้แปลย้อนกลับเป็นผู้ที่สามารถใช้ทั้งสองภาษา และไม่ใช่มุบุคคลเดียวกันกับผู้แปลในขั้นตอนแรกและไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้ผู้แปล 2 คน

ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดภาษาอังกฤษกับชุดที่แปลย้อนกลับ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา โดยส่งเครื่องมือชุดแปลย้อนกลับมายังผู้วิจัยเพื่อพิจารณาเปรียบเทียบ

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบเครื่องมือวิจัย (Pretest procedures) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ที่เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในจังหวัดสมุทรสาคร และมีลักษณะตรงตามเกณฑ์

วิธีการเก็บข้อมูล ดำเนินการโดยการที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล การสนทนากลุ่มด้วยตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์ทำหน้าที่แปลภาษา ใช้ระยะเวลาสนทนากลุ่มละ 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง และชี้แจงว่าไฟล์บันทึกเสียงจะถูกทำลายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ไม่ส่งไฟล์บันทึกคืนไปให้กับผู้ให้ข้อมูล และจะไม่ทำให้การรายงานผลสามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) และสรุปแบบอุปนัย โดยการใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) ได้แก่ การตรวจสอบกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และข้อมูลจากการสำรวจพื้นที่เป้าหมาย เพื่อการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่างกัน

5. พัฒนาสื่อและกิจกรรมและเครื่องมือการวัดผลการใช้สื่อและกิจกรรม ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 ซึ่งได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย การสนทนากลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายเพื่อนำมาออกแบบชุดสื่อและกิจกรรม จากนั้นตรวจสอบคุณภาพของสื่อและกิจกรรมด้วยการประชุมหารือกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงาน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ที่ดำเนินงานกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงสื่อและกิจกรรมให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่ Press (2011) ได้เสนอแนะไว้ จากนั้นปรับแก้วัดความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ก่อนและหลังการได้รับสื่อและกิจกรรมที่เคยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนให้ตรงกับเนื้อหาที่เผยแพร่ในสื่อและกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ โดยยังคงใช้โครงสร้างของแบบความวัด ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ก่อนและหลังการได้รับสื่อและกิจกรรมที่เคยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ชาวเมียนมาร์เป็นผู้ตรวจสอบ (ภาคผนวก 1.6) ดังรายละเอียดในขั้นตอนที่ 3

จ. การนำเสนอข้อมูล

นำเสนอข้อมูลด้วยการพรรณนา สรุปในรูปแบบตาราง และภาพกรอบแนวคิดในการพัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในโรงงานเป้าหมาย

3.3 ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

การศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง แบ่งการศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การสำรวจความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นผู้รับสารเป้าหมาย
3. การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

3.3.1 การสำรวจความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

การสำรวจความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ใช้วิธีการสำรวจ (Survey) ด้วยแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบเป็นผู้กรอกเอง รายละเอียดเกี่ยวกับ ประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย มีดังนี้

ก. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ชายและหญิง อายุ 20-30 ปี ทำงานอยู่ในโรงงานที่เป็นพื้นที่วิจัย ในช่วงเวลาที่มีการใช้สื่อและกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยนี้

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่าได้ อายุระหว่าง 20 – 30 ปี มีใบอนุญาตทำงาน ทำงานอยู่ในโรงงานที่เป็นพื้นที่วิจัยในช่วงที่มีกิจกรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้การคำนวณตามวิธีการของ Yamane (1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดยที่ n = ขนาดตัวอย่างประชากรที่ต้องการ

N = จำนวนประชากรทั้งหมด กำหนดให้เท่ากับจำนวน
ประชากรแรงงานข้ามชาติของงานวิจัยนี้

e = ขอบเขตความผิดพลาด กำหนดให้เท่ากับ 0.05

เมื่อนำมาคำนวณตามสมการโดยกำหนดขอบเขตความผิดพลาดคือร้อยละ 5 (หรือ 0.05) ประชากรแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี มีจำนวน 400 คน ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 196 คน จึงกำหนดให้เก็บตัวอย่าง 200 คน

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ก่อนและหลังการได้รับสื่อและกิจกรรม (ภาคผนวก 3.6) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

มีข้อคำถาม 5 ข้อ เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่
อยู่ในประเทศไทย ระยะเวลาที่ทำงานอยู่ในโรงงาน

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีข้อคำถาม 5 ด้าน ดังนี้

สาเหตุ จำนวน 2 ข้อ

อาการ จำนวน 2 ข้อ

การป้องกัน จำนวน 2 ข้อ

การรักษา จำนวน 2 ข้อ

สิทธิการรักษาโรคเอดส์ จำนวน 2 ข้อ

รวม 10 ข้อ มีตัวเลือก ข้อละ 2 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 ทักษะคิดต่อโรคเอดส์ มีข้อคำถาม 5 ด้าน ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 2 ข้อ
- การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 2 ข้อ
- การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 4 ข้อ
- การรับรู้ต่ออุปสรรค จำนวน 4 ข้อ และ
- การรับรู้ความสามารถแห่งตน จำนวน 2 ข้อ
- รวม 14 ข้อ มีตัวเลือก ข้อละ 2 ตัวเลือก

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

- มีข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และ
- พฤติกรรมการตรวจหาเชื้อเอชไอวี มีตัวเลือก ข้อละ 6 ตัวเลือก

เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังได้ ผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ตอบใส่รหัสพนักงานเพื่อระบุตัวตนทุกครั้ง

การคิดคะแนนและแปลความหมาย

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ให้คะแนน ดังนี้

- ข้อที่ 1. “การป้องกันจับมือกันทำให้คุณติดเชื้อเอชไอวี” เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 0 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 1 คะแนน
- ข้อที่ 2. “การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวี” เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 1 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 0 คะแนน
- ข้อที่ 3. “ทุกคนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการเหมือนเป็นหวัด” เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 0 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 1 คะแนน
- ข้อที่ 4. “ไม่มีใครสามารถบอกได้ว่าใครเป็นผู้ติดเชื้อจากลักษณะภายนอก” เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 1 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 0 คะแนน

- ข้อที่ 5. “การตรวจหาเชื้อเอชไอวีในช่วงแรกของการตั้งครรภ์จะทำให้ได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้” เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 1 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 0 คะแนน
- ข้อที่ 6. “เราสามารถรอปรีกษากับแพทย์หลัง 72 ชั่วโมงที่ได้รับเชื้อได้”
เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 0 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 1 คะแนน
- ข้อที่ 7. “แม้ว่าเอชไอวีจะไม่หายขาดแต่ก็สามารถรักษาได้”
เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 1 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 0 คะแนน
- ข้อที่ 8. “สมุนไพรสามารถรักษาเอชไอวีได้” เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 0 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 1 คะแนน
- ข้อที่ 9. “ไม่ว่าจะมีหลักฐานเอกสารแบบใด คนต่างด้าวก็สามารถรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ฟรี” เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 1 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 0 คะแนน
- ข้อที่ 10. “ผู้ถือบัตรสีชมพู ไม่มีสิทธิรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี 2 ครั้งต่อปี”
เป็นข้อความที่เป็นจริงหรือเท็จ
หากตอบว่าจริง ให้ 0 คะแนน ตอบว่าเท็จ ให้ 1 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้างของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับสูงมาก สูง ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{10 - 0}{5} \\ &= 2.00 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 2.00

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ดังนี้

- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 8.00 – 10.00 หมายถึง ระดับสูงมาก
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 6.00 – 7.99 หมายถึง ระดับสูง
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 4.00 – 5.99 หมายถึง ระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.00 – 3.99 หมายถึง ระดับต่ำ
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.00 – 1.99 หมายถึง ระดับต่ำมาก

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ให้คะแนน ดังนี้

- ข้อที่ 1. ท่านคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน มีโอกาสมากหรือน้อย
หากตอบว่ามาก ให้ 1 คะแนน ตอบว่าน้อย ให้ 0 คะแนน
- ข้อที่ 2. ท่านคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสมากหรือน้อย
หากตอบว่ามาก ให้ 0 คะแนน ตอบว่าน้อย ให้ 1 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้างของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความเหมาะสมของการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง เหมาะสม เหมาะสมปานกลาง ไม่เหมาะสม และไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{2 - 0}{5} \\ &= 0.40 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.40

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความเหมาะสมของการรับรู้โอกาสเสี่ยง ดังนี้

- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.61 – 2.00 หมายถึง ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.21 – 1.60 หมายถึง ระดับเหมาะสม
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.81 – 1.20 หมายถึง ระดับเหมาะสมปานกลาง
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.41 – 0.80 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสม
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.00 – 0.40 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง

การรับรู้ความรุนแรง ให้คะแนน ดังนี้

- ข้อที่ 1. ท่านคิดว่าเมื่อมีภูมิด้านทานต่ำ
โรคเอดส์จะมีความรุนแรงเพียงใด
หากตอบว่ามาก ให้ 1 คะแนน ตอบว่าน้อย ให้ 0 คะแนน
- ข้อที่ 2. ท่านคิดว่าเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีแต่ได้รับยาต้านไวรัส
โรคเอดส์จะมีความรุนแรงเพียงใด
หากตอบว่ามาก ให้ 0 คะแนน ตอบว่าน้อย ให้ 1 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้างของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความเหมาะสมของการรับรู้ความรุนแรง แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง เหมาะสม เหมาะสมปานกลาง ไม่เหมาะสม และไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{2 - 0}{5} \\ &= 0.40 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.40

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความเหมาะสมของการรับรู้ความรุนแรง ดังนี้

- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.61 – 2.00 หมายถึง ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.21 – 1.60 หมายถึง ระดับเหมาะสม
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.81 – 1.20 หมายถึง ระดับเหมาะสมปานกลาง
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.41 – 0.80 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสม
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.00 – 0.40 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง

การรับรู้ประโยชน์ ให้คะแนน ดังนี้

- ข้อที่ 1. ท่านรู้สึกว่าการที่ไม่ต้องกังวลใจกับการทานยาต้านไวรัสให้ตรงเวลา ทุกวันเป็นประโยชน์จากการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่ หากตอบว่าเป็น ให้ 1 คะแนน ตอบว่าไม่เป็น ให้ 0 คะแนน
- ข้อที่ 2. ท่านรู้สึกว่าการประหยัดเงินจากสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ เชื้อเอชไอวีเป็นประโยชน์จากการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่ หากตอบว่าเป็น ให้ 1 คะแนน ตอบว่าไม่เป็น ให้ 0 คะแนน
- ข้อที่ 3. ท่านรู้สึกว่าการที่จะได้แต่งงานและมีลูกโดยไม่ต้องกังวล เป็นประโยชน์จากการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่ หากตอบว่าเป็น ให้ 1 คะแนน ตอบว่าไม่เป็น ให้ 0 คะแนน
- ข้อที่ 4. ท่านรู้สึกว่าจะมีโอกาสถูกรังเกียจน้อยลงเป็นประโยชน์ จากการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่ หากตอบว่าเป็น ให้ 1 คะแนน ตอบว่าไม่เป็น ให้ 0 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้างของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความเหมาะสมของการรับรู้ประโยชน์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง เหมาะสม เหมาะสมปานกลาง ไม่เหมาะสม และไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{4 - 0}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.80

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเหมาะสมของการรับรู้ประโยชน์ ดังนี้

- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 3.21 – 4.00 หมายถึง ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.41 – 3.20 หมายถึง ระดับเหมาะสม
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.61 – 2.40 หมายถึง ระดับเหมาะสมปานกลาง
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.81 – 1.60 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสม
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.00 – 0.80 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง

การรับรู้ต่ออุปสรรค ให้คะแนน ดังนี้

- ข้อที่ 1. ท่านรู้สึกว่าการที่ถุงยางอนามัยมีราคาแพงเป็นอุปสรรคสำหรับท่านในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่
หากตอบว่าเป็น ให้ 0 คะแนน ตอบว่าไม่เป็น ให้ 1 คะแนน
- ข้อที่ 2. ท่านรู้สึกว่าการไม่รู้อะไรจะรับถุงยางอนามัยที่ไหนเป็นอุปสรรคสำหรับท่านในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่
หากตอบว่าเป็น ให้ 0 คะแนน ตอบว่าไม่เป็น ให้ 1 คะแนน

- ข้อที่ 3. ท่านรู้สึกว่าการไม่รู้ว่าจะไปตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ไหน
เป็นอุปสรรคสำหรับท่านในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่
หากตอบว่าเป็น ให้ 0 คะแนน ตอบว่าไม่เป็น ให้ 1 คะแนน
- ข้อที่ 4. ท่านรู้สึกว่ถ้าเพื่อนของท่านรู้ว่าท่านไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี
ท่านจะถูกนินทาเป็นอุปสรรคสำหรับท่านในการป้องกันการ
ติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่
หากตอบว่าเป็น ให้ 0 คะแนน ตอบว่าไม่เป็น ให้ 1 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้าง
ของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความเหมาะสมของการรับรู้ต่ออุปสรรค แบ่งเป็น 5 ระดับ
ได้แก่ ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง เหมาะสม เหมาะสมปานกลาง ไม่เหมาะสม และไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง
จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{4 - 0}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.80

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน
ระดับความเหมาะสมของการรับรู้ต่ออุปสรรค ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 3.21 – 4.00 หมายถึง ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง
 ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.41 – 3.20 หมายถึง ระดับเหมาะสม
 ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.61 – 2.40 หมายถึง ระดับเหมาะสมปานกลาง
 ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.81 – 1.60 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสม
 ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.00 – 0.80 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง

การรับรู้ความสามารถแห่งตน ให้คะแนน ดังนี้

ข้อที่ 1. ท่านคิดว่าท่านปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกัน
 โรคเอดส์ได้ง่ายเพียงใด

ข้อที่ 2. ท่านคิดว่าท่านปฏิบัติพฤติกรรมรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
 ได้ง่ายเพียงใด

หากตอบว่าง่าย ให้ 1 คะแนน ตอบว่ายาก ให้ 0 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้าง
 ของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความเหมาะสมของการรับรู้ความสามารถแห่งตน แบ่งเป็น
 5 ระดับ ได้แก่ ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง เหมาะสม เหมาะสมปานกลาง ไม่เหมาะสม และไม่เหมาะสม
 อย่างยิ่ง จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{2 - 0}{5} \\ &= 0.40 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.40

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน
 ระดับความเหมาะสมของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.61 – 2.00 หมายถึง ระดับเหมาะสมอย่างยิ่ง
 ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.21 – 1.60 หมายถึง ระดับเหมาะสม
 ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.81 – 1.20 หมายถึง ระดับเหมาะสมปานกลาง
 ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.41 – 0.80 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสม
 ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 0.00 – 0.40 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ผู้ตอบต้องเลือกข้อใดข้อหนึ่งจากตัวเลือก 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ให้เท่ากับ 1 คะแนน ถ้าเลือกข้อ ฉันรู้สึกว่าคุณไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย
 ให้เท่ากับ 2 คะแนน ถ้าเลือกข้อ การใช้ถุงยางอนามัยอาจจะดีสำหรับฉัน
 แต่ฉันก็ยังรู้สึกว่าลำบากที่จะทำ
 ให้เท่ากับ 3 คะแนน ถ้าเลือกข้อ ฉันได้เริ่มใช้ถุงยางอนามัยแล้ว
 ให้เท่ากับ 4 คะแนน ถ้าเลือกข้อ ฉันใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ได้
 ให้เท่ากับ 5 คะแนน ถ้าเลือกข้อ ฉันพยายามอย่างยิ่งที่จะคงพฤติกรรมการ
 การใช้ถุงยางอนามัยต่อไป

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้าง
 ของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับชั้นของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย แบ่งเป็น 5 ระดับ
 ได้แก่ ระดับชั้นคงพฤติกรรม ชั้นปฏิบัติ ชั้นเตรียมการ ชั้นพิจารณา และชั้นก่อนการพิจารณา
 จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.80

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้แก่เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน
พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 4.21 – 5.00	หมายถึง	ชั้นคงพฤติกรรม
ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 3.41 – 4.20	หมายถึง	ชั้นปฏิบัติ
ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.61 – 3.40	หมายถึง	ชั้นเตรียมการ
ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.81 – 2.60	หมายถึง	ชั้นพิจารณา
ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 1.80	หมายถึง	ชั้นก่อนการพิจารณา

พฤติกรรมการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ผู้ตอบต้องเลือกข้อใดข้อหนึ่งจากตัวเลือก
5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ให้เท่ากับ 1 คะแนน ถ้าเลือกข้อ ฉันรู้สึกว่าคุณไม่จำเป็นต้องตรวจหาเชื้อ
เอชไอวี

ให้เท่ากับ 2 คะแนน ถ้าเลือกข้อ การตรวจหาเชื้อเอชไอวีอาจจะดีสำหรับฉัน
แต่ฉันก็ยังรู้สึกว่าลำบากใจที่จะทำ

ให้เท่ากับ 3 คะแนน ถ้าเลือกข้อ ฉันได้เริ่มตรวจหาเชื้อเอชไอวีแล้ว

ให้เท่ากับ 4 คะแนน ถ้าเลือกข้อ ฉันตรวจหาเชื้อเอชไอวีทุกหกเดือน

ให้เท่ากับ 5 คะแนน ถ้าเลือกข้อ ฉันพยายามอย่างยิ่งที่จะคงพฤติกรรม
การตรวจหาเชื้อเอชไอวีต่อไป

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้าง
ของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับของพฤติกรรมการตรวจหาเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับขั้นคงพฤติกรรม ขั้นปฏิบัติ ขั้นเตรียมการ ขั้นพิจารณา และขั้นก่อนการพิจารณา จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.80

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 4.21 – 5.00	หมายถึง	ขั้นคงพฤติกรรม
ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 3.41 – 4.20	หมายถึง	ขั้นปฏิบัติ
ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.61 – 3.40	หมายถึง	ขั้นเตรียมการ
ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.81 – 2.60	หมายถึง	ขั้นพิจารณา
ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 1.80	หมายถึง	ขั้นก่อนการพิจารณา

ความตรงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ก่อนและหลังการได้รับสื่อและกิจกรรมไปทำการตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์ (Face validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก 1.6) ซึ่งประกอบด้วย นายแพทย์ชาวเมียนมาร์ จำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์มีความรู้และประสบการณ์ด้านโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย มีความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทของโรงงานเป้าหมาย และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบุคคลของ โรงงานเป้าหมายซึ่งเป็นชาวเมียนมาร์ และแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย พบว่า เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยการปรับจากเครื่องมือซึ่งเคยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนนี้ มีความตรงกับเนื้อหาที่เผยแพร่ในสื่อและกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นและมีความสอดคล้องกับบริบทของ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้

จากนั้นทำการแปลเครื่องมือที่ได้เป็นภาษาพม่า ด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยมีขั้นตอนดังนี้ (Brislin, 1986)

ขั้นตอนที่ 1 การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward translation) จากภาษาอังกฤษ (Source language) เป็นภาษาพม่า (Target language)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่ใช่บุคคลที่แปลในขั้นตอนแรก โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล

ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ (Back-translation) จากภาษาพม่ามาเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้แปลย้อนกลับเป็นผู้ที่สามารถใช้ทั้งสองภาษา และไม่ใช่บุคคลเดียวกันกับผู้แปลในขั้นตอนแรกและไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้ผู้แปล 2 คน

ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดภาษาอังกฤษกับชุดที่แปลย้อนกลับ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา โดยส่งเครื่องมือชุดแปลย้อนกลับมายังผู้วิจัยเพื่อพิจารณาเปรียบเทียบ

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบเครื่องมือวิจัย (Pretest procedures) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ที่เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในจังหวัดสมุทรสาคร โดยอยู่นอกโรงงานที่เป็นพื้นที่วิจัยและเป็นผู้ที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ตอบ

ค. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ก่อนและหลังการได้รับสื่อและกิจกรรม ดำเนินการ 3 ครั้ง โดย ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนเริ่มกิจกรรมการสื่อสาร 1 วัน ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลหลังกิจกรรมการสื่อสาร 1 วัน และครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลหลังกิจกรรมการสื่อสาร 2 สัปดาห์ โดยมีผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์ (ภาคผนวก 1.3) ผู้ช่วยควบคุมการจัดสอบ (ภาคผนวก 1.7) และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานร่วมเป็นผู้ควบคุมการสอบ (ภาคผนวก 1.8) โดยในแต่ละครั้งมีวิธีดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร และคำพูดให้กับผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์
2. ผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์ชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร และคำพูดให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานเพื่อร่วมเป็นผู้ควบคุมการสอบ

3. แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเพื่อทำแบบวัดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ก่อนและหลังการทดลองใช้สื่อและกิจกรรมตามวันเวลาที่กำหนด

4. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์ และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน ร่วมกันจัดการสอบ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้รับ

5. แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลส่งคืนให้กับผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์

ง. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งได้แก่ คะแนนความรู้ คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ด้วยการใช้ถุงยางอนามัยและการตรวจหาเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ มาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังกิจกรรมทั้งสองครั้งด้วยการทดสอบ One-way ANOVA with Repeated Measure และทำการวิเคราะห์ Post-hoc เพื่อหาคู่ที่มีความแตกต่าง (Post-hoc Analysis and Pairwise Comparison)

จ. การนำเสนอข้อมูล

นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผล

3.3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นผู้รับสารเป้าหมาย

การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นผู้รับสารเป้าหมายใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยประเด็นสัมภาษณ์ ทั้งนี้รายละเอียดเกี่ยวกับ ผู้ให้ข้อมูลหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย มีดังนี้

ก. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานที่เป็นผู้รับสารเป้าหมาย จำนวน 10 คน แบ่งเป็นชาย 5 คน และหญิง 5 คน

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ชาวเมียนมาร์ที่สามารถฟังและพูดภาษาพม่าได้ มีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี มีใบอนุญาตทำงาน ทำงานอยู่ในโรงงานที่เป็นพื้นที่วิจัยในช่วงที่มีกิจกรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเด็นที่สัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นผู้รับสารเป้าหมาย (ภาคผนวก 3.7) เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ค. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์ร่วมกันเก็บข้อมูลในสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณท่านละ 30 นาที เก็บข้อมูล 2 ครั้ง แบ่งเป็นก่อนกิจกรรมการสื่อสาร 1 วัน 1 ครั้ง และหลังกิจกรรมการสื่อสาร 1 วัน 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียงและชี้แจงว่าทำลายไฟล์บันทึกเสียงทันที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย และไม่ส่งไฟล์บันทึกเสียงคืนไปให้กับผู้ให้ข้อมูล และจะไม่ทำให้การรายงานผลสามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้

ง. การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิเคราะห์ข้อมูลแบบจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) และสรุปแบบอุปนัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบการพรรณนา

3.3.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัคร สาธารณสุขในโรงงาน

การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยประเด็นสัมภาษณ์ ทั้งนี้รายละเอียดเกี่ยวกับ ผู้ให้ข้อมูลหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย มีดังนี้

ก. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน จำนวน 4 คน ที่ได้มาจากการประชุมชี้แจงโครงการ รับฟังความคิดเห็นและเสริมศักยภาพ รวม 3 ครั้งๆ ที่ดำเนินการในขั้นตอนการวางแผนในสัปดาห์ที่ 1-3 ก่อนกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยง

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นอาสาสมัครที่เป็นหัวหน้า รองหัวหน้า และสมาชิกที่มีความกระตือรือร้นสูงในการดำเนินงานตลอดช่วงเวลา 2 สัปดาห์ของกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยง

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน (ภาคผนวก 3.8) เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร ความตั้งใจในการดำเนินงานในอนาคต ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึกปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ค. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณท่านละ 15 นาที เก็บข้อมูลหลังกิจกรรมการสื่อสาร 1 วัน 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง และชี้แจงว่าทำลายไฟล์บันทึกเสียงทันที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย และไม่ส่งไฟล์บันทึกเสียงคืนไปให้กับผู้ให้ข้อมูล และจะไม่ทำให้การรายงานผลสามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้

ง. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิเคราะห์ข้อมูลแบบจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) และสรุปแบบอุปนัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบการพรรณนา

3.4 ขั้นตอนที่ 4 พัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ในประเทศไทย

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย มีขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัย) การพัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 2 ของการวิจัย) และการศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 3 ของการวิจัย) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

2. การรับฟังความคิดเห็นและรับรองรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ด้วยประเด็นสนทนา ทั้งนี้รายละเอียดเกี่ยวกับ ผู้ให้ข้อมูลหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย มีดังนี้

ก. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ อาจารย์ในมหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์การสอนมากกว่า 10 ปี ผู้ปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสื่อสาร ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิด้านแรงงานข้ามชาติ และตัวแทนผู้ปฏิบัติงานสื่อสารเพื่อป้องกันโรค รวมทั้งหมด 10 ท่าน (ภาคผนวก 1.2)

ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 3 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย และผลการทดลองใช้รูปแบบที่สร้างขึ้น

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเด็นสนทนากลุ่ม เอกสารประกอบการประชุม และแบบประเมินความคิดเห็น และรับรองร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาคผนวก 3.9) โดยมุ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการสื่อสารต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย และมติรับรองรูปแบบฯ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำประเด็นสนทนากลุ่ม เอกสารประกอบการประชุม และแบบประเมินความคิดเห็นปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

การคิดคะแนนและแปลความหมาย

ความเหมาะสมของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย แบ่งเป็น 5 ระดับ ให้คะแนน ดังนี้

เหมาะสมมากที่สุด	ให้เท่ากับ 5 คะแนน
เหมาะสมมาก	ให้เท่ากับ 4 คะแนน
เหมาะสมปานกลาง	ให้เท่ากับ 3 คะแนน
เหมาะสมน้อย	ให้เท่ากับ 2 คะแนน
เหมาะสมน้อยที่สุด	ให้เท่ากับ 1 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลความหมายโดยใช้วิธีการหาความกว้างของชั้นตามสมการ (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความเหมาะสมของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับเหมาะสมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จึงได้ความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

ดังนั้นความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.80

การจัดกลุ่มตามความกว้างของชั้นดังกล่าวได้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเหมาะสมของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ดังนี้

- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 4.21 – 5.00 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 3.41 – 4.20 หมายถึง เหมาะสมมาก
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 2.61 – 3.40 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.81 – 2.60 หมายถึง เหมาะสมน้อย
- ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 1.80 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด

ค. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง และชี้แจงว่าไฟล์บันทึกเสียงถูกทำลายทันที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ไม่ส่งการบันทึกแล้วไปให้กับผู้ให้ข้อมูล และไม่ทำให้การรายงานผลสามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้

ง. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) และสรุปแบบอุปนัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2554)

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งได้แก่ คะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 22

จ. การนำเสนอผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยด้วยรูปแบบตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผล และสรุปข้อเสนอแนะเป็นประเด็นในรูปแบบตาราง

3. อธิบายรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ด้วยการแสดงองค์ประกอบ ขั้นตอน และคำอธิบายวิธีการใช้รูปแบบด้วยการพรรณนา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย และการพัฒนาสื่อและกิจกรรมการ
สื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

4.1 ผลจากขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อ โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

การศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่ม
แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ใช้การสำรวจเชิงปริมาณ เก็บข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 2) กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ได้ผลดังนี้

4.1.1 กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตาม เพศ อายุ และประสบการณ์การทำงาน

	ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	40	37.7
	หญิง	66	62.3
อายุ	23-30 ปี	34	32.2
	31-40 ปี	24	22.6
	41-50 ปี	24	22.6
	51-60 ปี	24	22.6
ประสบการณ์ การทำงาน	น้อยกว่า 5 ปี	49	46.1
	6-10 ปี	6	5.7
	11-20 ปี	18	17.0
	21-30 ปี	15	14.2
	31 ปีหรือมากกว่า	18	17.0

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 106 คน โดยเป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.3 และเป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 37.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 23-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.2 และมีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.1

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

จำนวนครั้ง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยเลย	82	77.4
1 ครั้ง	6	5.7
2 – 3 ครั้ง	8	7.5
มากกว่า 3 ครั้ง	10	9.4
รวม	106	100.0

ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 77.4

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของประเด็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่จำเป็นต้องสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติ
เมียนมาร์ในประเทศไทย

ประเด็น	จำนวน (n=24)	ร้อยละ
การป้องกัน	24	100.0
สาเหตุการติดต่อ	20	83.3
อาการ	20	83.3
การรักษา	16	66.6
สิทธิการรักษา	8	33.3

*กลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่เคยทำการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายนี้ต้องข้ามข้อนี้ไป
กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าประเด็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่จำเป็นต้องสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยมากที่สุดคือการป้องกันคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือการสาเหตุการติดต่อและอาการ คิดเป็นร้อยละ 83.3 เท่ากัน ตามมาด้วยการรักษา คิดเป็นร้อยละ 66.6 และอันดับสุดท้ายคือประเด็นสิทธิการรักษา คิดเป็นร้อยละ 33.3

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรุนแรงของปัญหาในการทำงานสื่อสาร ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

ข้อรายการ	\bar{x}	SD	แปลผล
ปัญหาด้านผู้ส่งสาร			
1. ท่านคิดว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ยังไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญเท่ากับแรงงานไทย	2.49	0.9	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ไม่สามารถเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้	2.61	0.79	ปานกลาง
3. การที่ท่านไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านไม่สามารถดำเนินการโครงการฯ	2.97	0.86	มาก
4. ท่านประสบปัญหาการทำงานผ่านล่ามภาษาพม่า	2.65	0.92	ปานกลาง
5. ท่านไม่มีข้อมูลสำหรับการวางแผนการสื่อสาร	2.47	0.97	ปานกลาง
6. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์มักเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ	2.15	0.71	น้อย
7. ท่านไม่มีสื่อที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มแรงงานพม่า	2.96	0.86	มาก
รวม	2.61	0.86	ปานกลาง
ปัญหาด้านผู้รับสาร			
8. แรงงานพม่าถูกคนกีดขวางไม่ให้ได้รับข้อมูล	2.05	0.72	น้อย
9. แรงงานพม่าไม่ให้ความร่วมมือระหว่างการสื่อสาร	2.45	0.66	ปานกลาง
10. แรงงานพม่าไม่ตระหนักหรือไม่ใส่ใจเกี่ยวกับภัยของโรคเอดส์	2.76	0.67	ปานกลาง
11. แรงงานพม่ารู้สึกรังเกียจโรคเอดส์จนไม่อยากจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการสื่อสารด้านโรคเอดส์	2.32	0.60	ปานกลาง
12. แรงงานพม่าไม่เชื่อมั่นในข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ท่านบอกจึงทำให้ผลของการสื่อสารความเสี่ยงลดลง	2.12	0.74	ปานกลาง
13. แรงงานพม่าไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงตามที่ท่านบอกจึงทำให้ผลของการสื่อสารความเสี่ยงลดลง	2.72	0.75	ปานกลาง
14. แรงงานพม่าไม่มีความเชื่อมั่นคุณภาพในการป้องกันโรคของหน่วยงานสาธารณสุขของไทย	1.90	0.85	น้อย
รวม	2.33	0.71	ปานกลาง

ข้อรายการ	\bar{x}	SD	แปลผล
ปัญหาเชิงการบริหาร			
15. ท่านไม่ได้รับงบประมาณในการดำเนินโครงการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์อย่างเพียงพอ	2.68	0.93	ปานกลาง
16. ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการดำเนินโครงการฯ	2.32	0.79	ปานกลาง
17. ท่านประสบปัญหาในการขออนุมัติโครงการฯ	2.22	0.90	ปานกลาง
รวม	2.41	0.87	ปานกลาง
รวม	2.45	0.81	ปานกลาง

ตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขระบุว่าปัญหาในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยโดยรวมมีระดับความรุนแรงปานกลาง ($\bar{x} = 2.45$, $SD = 0.81$) โดยปัญหาที่มีระดับความรุนแรงมาก ได้แก่ การที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่า ($\bar{x} = 2.97$, $SD = 0.86$) และปัญหาการไม่มีสื่อที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มแรงงานพม่า ($\bar{x} = 2.96$, $SD = 0.86$) ในขณะที่ปัญหาที่มีระดับความรุนแรงน้อย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์มักเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ($\bar{x} = 2.15$, $SD = 0.71$) แรงงานพม่าถูกคนกีดขวางไม่ให้ได้รับข้อมูล ($\bar{x} = 2.05$, $SD = 0.72$) แรงงานพม่าไม่มีความเชื่อมั่นคุณภาพในการป้องกันโรคของหน่วยงานสาธารณสุขของไทย ($\bar{x} = 1.90$, $SD = 0.85$)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของสื่อที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

สื่อ	จำนวน	ร้อยละ
การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน	73	68.9
โปสเตอร์	70	66.0
ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน	61	57.5
แผ่นพับ	60	56.6
วีซีดี ภาพยนตร์สั้น	47	44.3
โฆษณาในรายการโทรทัศน์ท้องถิ่น	32	30.2
โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น	28	26.4
ข้อความและรูปภาพผ่านเฟซบุ๊ก หรือสื่อสังคมอื่น ๆ	21	19.8
นิทรรศการ	20	18.9
หนังสือเล่มเล็ก	16	15.1
การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล	14	13.2
ข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ	8	7.5
อื่น ๆ	5	4.7

*กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน คิดเป็นร้อยละ 68.9 รองลงมาคือโปสเตอร์ คิดเป็นร้อยละ 66.0 และอันดับที่สาม คือ ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน คิดเป็นร้อยละ 57.5

สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก หนังสือเล่มเล็ก คิดเป็นร้อยละ 15.1 รองลงมา คือ การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 13.2 และอันดับสุดท้าย คือ ข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ คิดเป็นร้อยละ 7.5

4.1.2 กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
จำแนกตามอาชีพ

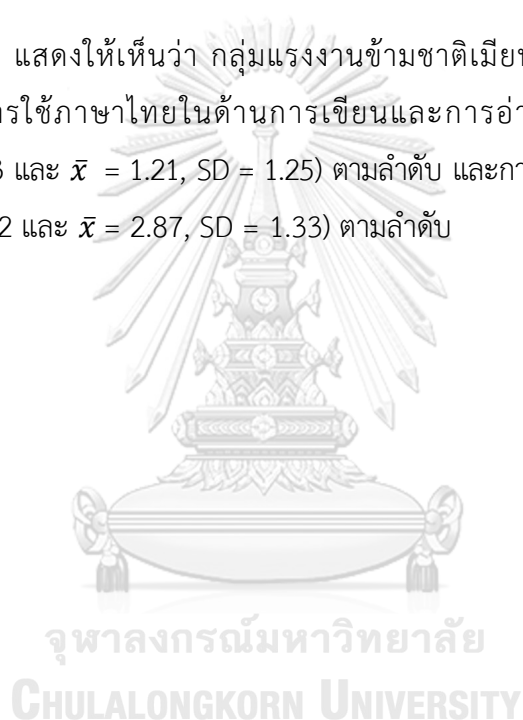
อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
คนงานในโรงงานแปรรูปสินค้าประมง	52	13.5
คนงานก่อสร้าง	48	12.4
พนักงานบริการในร้านอาหารและภัตตาคาร	42	10.9
คนงานในโรงงานผลิตเสื้อผ้า	42	10.9
คนขายสินค้า	39	10.1
คนทำความสะอาด	37	9.6
คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมเกษตร	24	6.2
คนขึ้นสัมภาระ	12	3.1
คนงานในโรงงานกระเปาะรองเท้าและเครื่องหนัง	12	3.1
คนงานในโรงงานโลหะและเคมีภัณฑ์	12	3.1
คนงานในโรงงานผลิตอาหาร	10	2.6
ลูกเรือ	8	2.1
คนส่งเอกสาร	2	0.5
คนเฝ้าประตู ยามรักษาการณ์	1	0.3
ว่างงาน	10	2.6
ไม่ตอบ	13	3.4
รวม	386	100.0

ตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า อาชีพ 3 อันดับแรกของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ได้แก่ คนงานในโรงงานแปรรูปสินค้าประมง คิดเป็นร้อยละ 13.5 รองลงมาคือ คนงานก่อสร้าง คิดเป็นร้อยละ 12.4 และพนักงานบริการในร้านอาหารและภัตตาคาร และคนงานในโรงงานผลิตเสื้อผ้า คิดเป็นร้อยละ 10.9 เท่ากัน

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสามารถในการใช้ภาษาไทยของ
แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

	\bar{x}	SD	แปลผล
การฟัง	2.89	1.32	ไม่ดี
การพูด	2.87	1.33	ไม่ดี
การอ่าน	1.21	1.25	ไม่ดีย่างมาก
การเขียน	1.18	1.23	ไม่ดีย่างมาก

ตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยมีระดับความสามารถในการใช้ภาษาไทยในด้านการเขียนและการอ่านอยู่ในระดับไม่ดีย่างมาก ($\bar{x} = 1.18$, SD = 1.23 และ $\bar{x} = 1.21$, SD = 1.25) ตามลำดับ และการฟังและการพูดอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 2.89$, SD = 1.32 และ $\bar{x} = 2.87$, SD = 1.33) ตามลำดับ



ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่ได้รับแหล่งข่าวสาร
ความรู้เรื่องโรคเอดส์

แหล่งข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
องค์กรพัฒนาเอกชน	120	31.1
เพื่อนชาวพม่า	103	26.7
เพื่อนร่วมงานชาวพม่า	90	23.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	72	18.7
หัวหน้างานชาวพม่า	45	11.7
เพื่อนร่วมงานชาวไทย	29	7.5
เพื่อนชาวไทย	19	4.9
หัวหน้างานชาวไทย	14	3.6
อื่นๆ *	12	3.1
ไม่เคยได้รับข่าวสาร	121	31.3

*คำตอบอื่นๆ ได้แก่ เฟซบุ๊ก ญาติ ครู และโทรทัศน์
กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า แหล่งข่าวสารความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย 3 อันดับแรก ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน คิดเป็นร้อยละ 31.1 เพื่อนชาวพม่า คิดเป็นร้อยละ 26.7 และเพื่อนร่วมงานชาวพม่า คิดเป็นร้อยละ 23.3 นอกจากนี้ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ไม่เคยได้รับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์เลย คิดเป็นร้อยละ 31.3

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่ต้องการประเด็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์

ประเด็นข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การป้องกัน	153	39.6
การติดต่อ	152	39.4
การรักษา	94	24.4
อาการ	90	23.3
สิทธิการรักษา	68	17.6

*กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าประเด็นข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต้องการมากที่สุดคือการป้องกัน คิดเป็นร้อยละ 39.6 รองลงมาคือ การติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 39.4 อันดับที่สามคือ การรักษา คิดเป็นร้อยละ 24.4 อันดับที่สุดคือ อาการ คิดเป็นร้อยละ 23.3 และอันดับสุดท้ายคือ สิทธิการรักษา คิดเป็นร้อยละ 17.6

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของปัญหาการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของแรงงานข้ามชาติ
เมียนมาร์ในประเทศไทย

ปัญหาการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าใจ เพราะสื่อเรื่องโรคเอดส์มักเป็นภาษาไทย	214	55.4
ไม่เข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้อยู่ในสื่อ	127	32.9
ไม่เคยได้รับสื่อ	64	16.6
ให้ข้อมูลไม่ตรงประเด็นที่ต้องการ	61	15.8
ไม่เข้าใจกราฟ และแผนภูมิที่ใช้อยู่ในสื่อ	51	13.2
ให้ข้อมูลน้อยเกินไป	50	13.0
ไม่เข้าใจข้อมูลตัวเลขที่ใช้อยู่ในสื่อ	41	10.6
ให้ข้อมูลมากเกินไป	40	10.4
สื่อบางสื่อให้ข้อมูลไม่ตรงกัน บางทีก็ขัดแย้งกันเอง	24	6.2
ไม่เข้าใจข้อความ แม้ว่าแปลเป็นภาษาพม่าแล้ว	24	6.2
ให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ	12	3.1
คำแนะนำที่ให้ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง	8	2.1
อื่นๆ *	35	9.1

* คำตอบอื่น ๆ ได้แก่ ไม่มีเวลา ซึ่เกียจ งานยุ่ง ไม่น่าสนใจ
กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่า ปัญหาการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของแรงงานข้ามชาติ
เมียนมาร์ในประเทศไทยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความไม่เข้าใจสื่อเพราะสื่อเรื่องโรคเอดส์
มักเป็นภาษาไทย คิดเป็นร้อยละ 55.4 รองลงมาคือ ความไม่เข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้อยู่ในสื่อ
คิดเป็นร้อยละ 32.9 และอันดับที่สาม คือ ไม่เคยได้รับสื่อ คิดเป็นร้อยละ 16.6

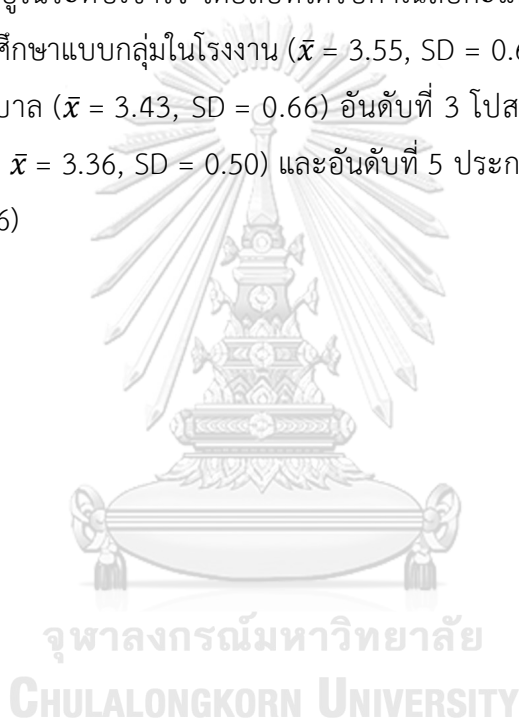
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ
เมียนมาร์ในประเทศไทยเมื่อได้รับสื่อเรื่องโรคเอดส์เป็นภาษาไทยและภาษาพม่า

ภาษา	สื่อ	\bar{x}	SD	แปลผล
ภาษาไทย	การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน	3.00	0.97	ค่อนข้างเข้าใจ
	การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล	2.92	1.06	ค่อนข้างเข้าใจ
	นิทรรศการ	2.82	0.98	ค่อนข้างเข้าใจ
	คู่มือ	2.74	1.13	ค่อนข้างเข้าใจ
	ข้อความและรูปภาพผ่านเฟซบุ๊กหรือสื่อสังคมอื่น ๆ	2.65	0.92	ค่อนข้างเข้าใจ
	วีซีดีภาพยนตร์สั้น	2.64	0.98	ค่อนข้างเข้าใจ
	โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น	2.64	0.95	ค่อนข้างเข้าใจ
	โปสเตอร์	2.53	1.16	ค่อนข้างเข้าใจ
	ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน	2.48	0.99	ค่อนข้างไม่เข้าใจ
แผ่นพับ	2.29	1.20	ค่อนข้างไม่เข้าใจ	
ภาษาพม่า	การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน	3.55	0.60	เข้าใจ
	การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล	3.43	0.66	เข้าใจ
	โปสเตอร์	3.40	0.99	เข้าใจ
	สื่ออื่น ๆ*	3.36	0.50	เข้าใจ
	ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน	3.34	0.76	เข้าใจ
	ข้อความและรูปภาพผ่านเฟซบุ๊กหรือสื่อสังคมอื่น ๆ	3.28	0.68	เข้าใจ
	โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น	3.24	0.78	ค่อนข้างเข้าใจ
	แผ่นพับ	3.23	1.06	ค่อนข้างเข้าใจ
	คู่มือ	3.22	0.88	ค่อนข้างเข้าใจ
	นิทรรศการ	3.15	0.91	ค่อนข้างเข้าใจ
	วีซีดีภาพยนตร์สั้น	3.12	0.95	ค่อนข้างเข้าใจ

*สื่ออื่น ๆ ในภาษาพม่า ที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ระบุคือสื่อบุคคล ได้แก่ เพื่อน ครู เจ้าหน้าที่จากหน่วยงาน
สาธารณสุข และอาสาสมัครจากองค์กรพัฒนาเอกชน

ตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่า ระดับความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย เมื่อได้รับสื่อเรื่องโรคเอดส์เป็นภาษาไทยส่วนมากอยู่ในระดับค่อนข้างเข้าใจ โดยสื่อที่ได้รับค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก มีดังนี้ อันดับที่ 1 การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน ($\bar{x} = 3.00$, $SD = 0.97$) อันดับที่ 2 คือการให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล ($\bar{x} = 2.92$, $SD = 1.06$) อันดับที่ 3 คือนิทรรศการ ($\bar{x} = 2.82$, $SD = 0.98$) อันดับที่ 4 คือ คู่มือ ($\bar{x} = 2.74$, $SD = 1.13$) และอันดับที่ 5 คือ ข้อความและรูปภาพผ่านเฟซบุ๊กหรือสื่อสังคมอื่น ๆ ($\bar{x} = 2.65$, $SD = 0.92$)

ระดับความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเมื่อได้รับสื่อเรื่องโรคเอดส์เป็นภาษาพม่าส่วนมากอยู่ในระดับเข้าใจ โดยสื่อที่ได้รับค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก มีดังนี้ อันดับที่ 1 การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน ($\bar{x} = 3.55$, $SD = 0.60$) อันดับที่ 2 การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล ($\bar{x} = 3.43$, $SD = 0.66$) อันดับที่ 3 โปสเตอร์ ($\bar{x} = 3.40$, $SD = 0.99$) อันดับที่ 4 สื่ออื่น ๆ ($\bar{x} = 3.36$, $SD = 0.50$) และอันดับที่ 5 ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน ($\bar{x} = 3.34$, $SD = 0.76$)



ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของแหล่งข่าวสารและช่องทางการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต้องการ

แหล่งข่าวสาร และช่องทางการสื่อสาร	จำนวน	ร้อยละ
การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน	155	40.2
ข้อความและรูปภาพผ่านเฟซบุ๊ก	141	36.5
วีซีดี ภาพยนตร์สั้น	118	30.6
โฆษณาในรายการโทรทัศน์ท้องถิ่น	99	25.6
แผ่นพับ	94	24.4
คู่มือ	87	22.5
ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน	68	17.6
การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล	47	12.2
โปสเตอร์	41	10.6
นิทรรศการ	34	8.8
อื่น ๆ *	20	5.2
โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น	15	3.9
ข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ	7	1.8

*คำตอบอื่น ๆ ได้แก่ การให้สุขศึกษาในที่พักอาศัย หรือบนเรือประมง กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่า แหล่งข่าวสารและช่องทางการสื่อสารความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต้องการได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ 3 อันดับแรก คือ การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน คิดเป็นร้อยละ 40.2 ข้อความและรูปภาพผ่านเฟซบุ๊ก คิดเป็นร้อยละ 36.5 และวีซีดี ภาพยนตร์สั้น คิดเป็นร้อยละ 30.6

แหล่งข่าวสารและช่องทางการสื่อสารความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่กลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต้องการได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์น้อยเป็น 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ ช่องทางอื่น ๆ เช่น การให้สุขศึกษาในที่พักอาศัย หรือบนเรือประมง คิดเป็นร้อยละ 5.2 โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 3.9 และข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ คิดเป็นร้อยละ 1.8

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่ใช้สื่อออนไลน์ และระยะเวลาที่ใช้

การใช้สื่อออนไลน์	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของสื่อสังคมออนไลน์		
เฟซบุ๊ก	262	67.9
ไลน์	103	26.7
ไม่ได้ใช้	91	23.6
ยูทูป	26	6.7
อีเมลล์	13	3.4
ไวเบอร์	13	3.4
อินสตาแกรม	5	1.3
อื่น ๆ	5	1.3
ระยะเวลาที่ใช้		
มากกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที	154	39.9
มากกว่า 30 นาที จนถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที	87	22.5
30 นาที หรือน้อยกว่านั้น	40	10.4
ไม่ได้ใช้	91	23.6
ไม่ตอบ	14	3.6
รวม	386	100.0

* กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกชนิดของสื่อสังคมออนไลน์ได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่า แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยใช้ เฟซบุ๊ก คิดเป็นร้อยละ 67.9 และใช้ไลน์คิดเป็นร้อยละ 26.7 อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ถึงร้อยละ 23.6 ที่ไม่ได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์เลย โดยในกลุ่มที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาทีคิดเป็นร้อยละ 39.9 และใช้มากกว่า 30 นาทีจนถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 22.5

ข้อเสนอแนะของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่ระบุ สรุปได้ดังนี้

1. ภาษาที่ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ต้องเป็นภาษาพม่า ดำเนินการในโรงงาน
2. ควรออกแบบเนื้อหาให้เข้าใจง่าย สั้นกระชับ
3. ควรส่งเสริมให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวี และสอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัย
4. ควรใช้สื่อ เช่น เฟซบุ๊ก ภาพยนตร์สั้น หนังสือเล่มเล็ก และประชุมกลุ่มย่อย
5. ต้องการให้ส่งเสริมให้คนที่มิเชื่อเอชไอวีและคนที่ไม่เชื่อเอชไอวีอยู่ร่วมกันได้

**สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับ
การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย**

1. ข้อจำกัดด้านภาษาและสื่อที่ใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญของผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงและแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
2. การสื่อสารความเสี่ยงควรดำเนินการในสถานที่ทำงานของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ผ่านบุคคล เช่น หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานชาวเมียนมาร์ โดยสื่อสารเป็นภาษาพม่า
3. สื่อที่มีเนื้อหาที่ประกอบด้วยการป้องกันด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การตรวจหาเชื้อเอชไอวี และปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ใช้ถุงยางอนามัย ผู้ที่ตรวจหาเชื้อเอชไอวี และกระตุ้นให้มีการสนับสนุนและให้กำลังใจกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแทนการตีตรา
4. สื่อสังคมออนไลน์โดยเฉพาะเฟซบุ๊ก เป็นสื่อที่แรงงานข้ามชาติข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยจำนวนมากเข้าถึงได้ ควรมีโพสต์เนื้อหาในรูปแบบภาพนิ่ง วิดีโอ และกระตุ้นการแสดงความคิดเห็น

4.2 ผลจากขั้นตอนที่ 2 พัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศ

4.2.1 ผลจากการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ทฤษฎี หลักการ แนวทาง

ผลจากการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ทฤษฎี หลักการ แนวทางและข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาพปัญหาการสื่อสารที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 สามารถสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 17 สรุปผลการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ทฤษฎี หลักการ แนวทางและข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาพปัญหาการสื่อสารที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	สรุป
กลยุทธ์การสื่อสาร ความเสี่ยง (Kasperson, 1986; Masuda & Garvin, 2006)	<p>การสื่อสารความเสี่ยงให้ความสำคัญกับการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารให้ผู้รับสาร เข้าใจความเสี่ยงด้วยหลักเหตุผล เป็นสิ่งชักนำภายนอกให้เกิดการปฏิบัติที่สำคัญ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนักสื่อสารต้องใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสม ในการสื่อสารความเสี่ยง เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ออกแบบสารและเลือกใช้สื่อให้สอดคล้องกับผู้รับสาร - วิเคราะห์การรับรู้ความเสี่ยง - เปิดให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้าร่วมหารือเกี่ยวกับความเสี่ยง - นำเสนอข้อความเกี่ยวกับความเสี่ยงด้วยความซื่อสัตย์และแม่นยำ
ขั้นตอนการสื่อสาร ความเสี่ยง Walaski, 2011	<p>ขั้นตอนการสื่อสารความเสี่ยงประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ขั้นตอนการวางแผน 2. ขั้นตอนการดำเนินการ 3. ขั้นตอนการประเมินผล <p>การดำเนินการประกอบด้วย 6 งาน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. งานด้านวัสดุข้อมูล 2. งานด้านการนำเสนอความเสี่ยงด้วยภาพ 3. งานด้านการสื่อสารซึ่งหน้า 4. งานด้านสื่อมวลชน 5. งานด้านการมีส่วนร่วม 6. งานด้านสื่อสังคมออนไลน์

แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	สรุป
<p>เทคนิคการสื่อสาร ความเสี่ยง ความเสียหาย (Griffin, Neuwirth, Dunroody & Giese, 2004; Bandura, 1990; Prochaska & DiClemente; 1986; Morgan, 2002; Pérez and Luquis, 2008; Lundgren & McMakin, 2013)</p>	<p>เทคนิคการสื่อสารความเสี่ยงที่สำคัญได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การกระตุ้นความสนใจเกี่ยวกับความเสี่ยงด้วยแนวทางของ Robert J. Griffin et al. (2004) 2. การออกแบบสารด้วยแนวทางการเสริมระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura (1990), การสื่อสารเพื่อมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดลำดับขั้นพฤติกรรม Prochaska and DiClemente (1986); และใช้ขั้นตอนการออกแบบเนื้อหาด้วย Mental Model ของ Morgan (2002) 3. การประเมินผล ต้องใช้การประเมินผลหลายวิธีประกอบกัน ทดสอบเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้วัดผลให้เหมาะสม และเก็บข้อมูลด้วยผู้ที่สามารถพูดภาษาของกลุ่มเป้าหมายได้ คำนึงถึง เป็นที่รู้จัก เป็นที่ไว้วางใจ และได้รับความเคารพจากกลุ่มเป้าหมาย 4. การเตรียมแก้ไขปัญหาและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้
<p>การสื่อสารความ เสี่ยงใน กลุ่มเป้าหมายต่าง วัฒนธรรม (Airhihenbuwa and Obregon; 2002)</p>	<p>แบบจำลอง PEN-3 แนะนำให้คำนึงถึงตัวแปร 3 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัมพันธภาพและความคาดหวัง ได้แก่ การรับรู้ของกลุ่มคน ปัจจัยเอื้อในชุมชน และการสนับสนุนช่วยเหลือกันในชุมชน 2. การเสริมศักยภาพทางวัฒนธรรม ได้แก่ การระบุวัฒนธรรมเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ วัฒนธรรมที่เป็นกลางแต่อาจนำมาใช้ประกอบการสื่อสารได้ วัฒนธรรมที่จะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3. อัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	สรุป
การสร้าง ความไว้วางใจ (Health & O’Hair, 2010, p.60)	การสร้าง ความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายต่างวัฒนธรรม โดยผู้ส่งสารต้องมีความน่าเชื่อถือซึ่งได้จาก ประสบการณ์ ประวัติ ความรับผิดชอบ และต้องมีความน่าไว้วางใจซึ่งได้จากให้ความใส่ใจ เข้าอกเข้าใจ จริ่งใจ และมีความเป็นธรรม โดยที่สำคัญต้องไม่มีอคติต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างและมีความมุ่งมั่นในการทำงาน
ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความเข้าใจ (Garcia- Retamero & Galesic, 2013)	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้าใจความเสี่ยงทางสุขภาพและการตัดสินใจ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. ความรู้ของผู้รับสาร 2. วิธีการสื่อสาร 3. วัฒนธรรม
แนวทางการ สื่อสารแบบมี ชุมชนเป็นฐาน (Yoon, 1996; Bessette, 2004)	แนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐาน เน้นความสัมพันธ์ระหว่างนักสื่อสารและชุมชนบนหลักการของการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อผลประโยชน์และความร่วมมือกัน ในระยะยาว มีข้อดีคือชุมชนจะมีความเข้าใจต่อเนื้อหาที่นำเสนอ และมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน <p>บทบาทของนักสื่อสารในกระบวนการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การคัดเลือกชุมชน 2. การเข้าชุมชน 3. การเตรียมการ 4. การวางแผน 5. การจัดหาสิ่งสนับสนุน 6. การดำเนินงานตามแผน 7. การถอนตัวจากชุมชน

แนวคิด ทฤษฎี
งานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง

สรุป

การสื่อสารโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต้องให้ความสำคัญ ปัจจัยต่อไปนี้

1. บุคคล ควรใช้ผู้รับสารเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตสื่อและดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ และเสริมศักยภาพของผู้รับสารในการดำเนินการสื่อสาร
2. สาร ควรใช้เหตุผลในการนำเสนอข้อมูล เสริมด้วยการใช้เนื้อหาแบบเอื้ออาทร ให้ความรัก ความเข้าใจ และการให้ออกาส
3. สื่อ ควรนำสื่อที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้เป็นหลัก ปัจจัยที่สำคัญคือ ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน ความศรัทธาต่อบุคคลที่เป็นที่นับถือ ความเกรงใจ ความรู้สึกห่วงกังวลชุมชน สามารถนำสื่อสังคมออนไลน์มาใช้เพื่อให้เกิดการพูดคุยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับสารกัน
 - ก. การผลิตสื่อไม่ควรใช้การแปลมาจากสื่อภาษาอื่น แต่ให้สร้างขึ้นจากฐานความต้องการข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย
 - ข. การผลิตสื่อควรใช้ 1) วิธีการผลิตสื่ออย่างมีส่วนร่วมผ่านการหารือ และ 2) ใช้ศักยภาพภายในชุมชนในการระบุสื่อที่ต้องการเพิ่มเติมหลังจากที่ได้รับการอบรมแล้ว
4. ผลจากการสื่อสาร ควรเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันการโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ประเมินความเสี่ยงได้เอง เกิดการตระหนัก เกิดการรวมกลุ่มและสนับสนุนทางสังคม

แบบจำลองที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐาน

1. แบบจำลองการมีส่วนร่วมของชุมชน ของ Fountain et al. (2007)
2. แบบจำลองขั้นตอนการมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ ของ Popay (2010)

แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	สรุป
<p>แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Becker et al.,1997; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)</p>	<p>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นพื้นฐานของการสื่อสารความเสี่ยง ซึ่งให้ ความสำคัญกับตัวแปร 4 ตัว ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรับรู้ภาวะคุกคาม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2. การรับรู้ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการ รักษาและการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรค 3. ปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา และ ปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน 4. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งชักนำภายใน และสิ่งชักนำ ภายนอก <p>ทั้งนี้การสื่อสารความเสี่ยงเป็นสิ่งชักนำภายนอกที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ภาวะคุกคาม (โอกาสและความรุนแรง) และการรับรู้ความเป็นไปได้ของการ ปฏิบัติ (ประโยชน์และอุปสรรค) นอกจากนี้ยังสามารถทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถ แห่งตนซึ่งจะทำให้ผู้รับสารสามารถเกิดพฤติกรรมได้ (Bandura, 1990)</p>
<p>ข้อมูล จากขั้นตอนที่ 1</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อจำกัดด้านภาษาและสื่อ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ 2. บุคลากรส่วนมากไม่เคยดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มประชากรนี้ 3. มีความจำเป็นในการสร้างแนวทางการพัฒนาสื่อและกิจกรรมสำหรับ การสื่อสารความเสี่ยง 4. ควรดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในสถานที่ทำงานของแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ ผ่านบุคคล เช่น หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานชาวเมียนมาร์ 5. อาศัยองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีประสบการณ์เข้ามามีส่วนร่วม 6. สื่อสารโดยใช้ภาษาพม่า 7. ผลิตสื่อที่มีเนื้อหาที่ประกอบด้วยการป้องกันด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การตรวจหาเชื้อเอชไอวี

แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	สรุป
	<ol style="list-style-type: none">8. ปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัย ผู้ที่ตรวจหาเชื้อเอชไอวี และกระตุ้นให้มีการสนับสนุนและให้กำลังใจกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แทนการตีตรา9. ควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารแบบกลุ่มซึ่งจะทำให้ผู้นำชุมชนแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ10. ควรส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มกันและดำเนินงานในแบบกลุ่มเพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งจะทำให้สามารถพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการ11. ควรนำสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ในการสื่อสาร



4.2.2 ผลการสำรวจพื้นที่เป้าหมาย

จากการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายที่ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากรายชื่อโรงงานที่ประกอบกิจการต่อเนื่องจากประมงในจังหวัดสมุทรสาครของกรมการค้าภายใน พบว่า บริษัท ไทยรอยแอลฟรอสเซนด์ จำกัด เป็นโรงงานที่ตรงตามเกณฑ์ โดยเป็นโรงงานเอกชนที่มีทุนจดทะเบียนสูงที่สุด ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการสำรวจโรงงานของ บริษัท ไทยรอยแอลฟรอสเซนด์ จำกัด ผลการสำรวจพื้นที่เป้าหมายสามารถสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 18 สรุปผลการสำรวจพื้นที่เป้าหมาย

ประเด็น	หัวข้อ	สรุป
ลักษณะพื้นที่เป้าหมาย	ที่ตั้ง	บริษัท ไทยรอยแอลฟรอสเซนด์ จำกัด 119/99 หมู่ 1 ถนนวิเชียรโชฎก ตำบลท่าจีน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร 74000 ประเทศไทย
	ขนาดพื้นที่	27 ไร่
	สถานบริการใกล้เคียงที่มีโอกาสแพร่เชื้อเอชไอวี	ร้านคาราโอเกะ 3.2 กิโลเมตร (5 นาที)
ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย	แรงงานข้ามชาติชาย	จำนวนประมาณ 250 - 350 คน
	แรงงานข้ามชาติหญิง	จำนวนประมาณ 300 - 450 คน
	อายุ	แรงงานข้ามชาติส่วนมากมีอายุ 20-30 ปี
	สถานภาพการแต่งงาน	ประมาณร้อยละ 60 เป็นโสด ร้อยละ 30 แต่งงานหรืออยู่กินกันอย่างสามีภรรยา
	การศึกษา	ประมาณร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประมาณร้อยละ 30 จบการศึกษาระดับมัธยมต้น มีส่วนน้อยที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบต่ำกว่า ประถมศึกษา
ปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่	สภาพความยากจน	ไม่พบ เพราะเนื่องจากเป็นเขตโรงงาน มีการประกาศรับสมัครคนงานอยู่ทั่วไป ได้ค่าแรงประมาณวันละ 500 บาท
	การกีดกัน การตีตรา	ไม่พบ เพราะจากการสนทนากับกลุ่มแรงงานต่างก็ บอกว่าผู้ติดเชื้อเป็นผู้ที่นำสงสารและควรได้รับโอกาส

ประเด็น	หัวข้อ	สรุป
	การเกลียดกลุ่มรักเพศเดียวกัน	ไม่พบ เพราะจากการสังเกต และเข้าไปพูดคุยพบว่าในโรงงานแห่งนี้มีชายที่แต่งตัวเป็นหญิงอยู่ประมาณสิบคน และเป็นกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการช่วยเหลืองานส่วนกลางของโรงงานเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบุคคลซึ่งเป็นชาวเมียนมาร์ก็เป็นชายรักชายอย่างเปิดเผยและใช้ชีวิตกับคู่ของตน
	การอยู่ร่วมกันของชายจำนวนมาก	คนงานชายมักรวมกลุ่มกัน มีการสังสรรค์กินเหล้าหลังเลิกงาน และบางส่วนมีการรวมกลุ่มกันเล่นกีฬา
	อุปสรรคด้านภาษา	คนงานที่เพิ่งมาอยู่และทำงานในประเทศไทยไม่สามารถเข้าใจภาษาไทยได้เลย คิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของคนงานในโรงงานนี้ และมักเป็นชาย
	ความกังวลเกี่ยวกับสถานะการเข้าเมือง	ไม่พบความกังวล เนื่องจากโรงงานนี้เป็นโรงงานที่ได้รับมาตรฐานการจัดการ จึงจ้างเฉพาะแรงงานที่ถูกกฎหมาย
วัฒนธรรม	วัฒนธรรมที่ส่งเสริมการป้องกันโรคเอดส์	แรงงานมีความสนใจในศาสนาและนิยมทำบุญเข้าวัดกันในวันสำคัญทางศาสนา มีความอาย หากคนในชุมชนเห็นว่าตนเองเที่ยวสถานบริการ มีความสนใจที่เข้ามารับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับสุขศึกษา มีความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่ม
	วัฒนธรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันโรคเอดส์	มีเปลี่ยนคู่อ้อย ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแต่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย เพราะอายในการซื้อหรือใช้ถุงยางอนามัย
สังคม	ผู้นำชุมชน	1) ผู้นำชุมชนในโรงงาน คือ เจ้าของโรงงาน ซึ่งมีอิทธิพลต่อหัวหน้าฝ่ายบุคคลชาวไทยในการให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ 2) หัวหน้าฝ่ายบุคคลชาวไทยสามารถมอบหมายให้ผู้ช่วยสองคนซึ่งเป็นชาวพม่าแต่ตนเองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้มากนัก

ประเด็น	หัวข้อ	สรุป
		3) ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบุคคลซึ่งเป็นชาวเมียนมาร์ ซึ่งมีจำนวน 2 คน ถือได้ว่าเป็นผู้นำชุมชนคนสำคัญในการระดมพลังจากคนงาน สามารถเรียกขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา เป็นผู้มื่อธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือของแรงงาน และเป็นที่เคารพศรัทธาของแรงงานทั่วไป มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยสูงกว่าคนงานทั่วไป เพราะทำงานกับคนไทยมานานกว่า 20 ปี
	การอยู่อาศัย	แรงงานมักเช่าบ้านพักอยู่รวมกัน แต่หากเป็นคู่ที่แต่งงานแล้วมักเช่าห้องขนาดเล็กและอยู่กันเป็นคู่ อย่างไรก็ตามก็ดีเนื่องจากมีการทำงานเป็นกะ ทำให้บางครั้งสามีและภรรยาไม่ได้เริ่มและเลิกงานพร้อมกัน
	ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มเป้าหมาย	แรงงานเมียนมาร์มักได้รับการชักชวนจากญาติหรือเพื่อนให้มาอยู่ในโรงงานเดียวกัน หรืออาศัยอยู่ในละแวกเดียวกัน ทำให้มีความสนิทสนมกัน และสามารถไปมาหาสู่กันได้ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เข้ามาในประเทศไทยโดยลำพัง
ช่องทางที่ใช้ในการสื่อสาร	สื่อที่โรงงานใช้ในการติดต่อกับกลุ่มเป้าหมาย	1) เสียงตามสายในโรงงาน 2) ป้ายประกาศ 3) โทรทัศน์ 4) สื่อสังคมออนไลน์
	สถานที่เหมาะสมกับการจัดกิจกรรม	1) บริเวณโรงอาหาร 2) หน้าห้องพยาบาล 3) ห้องประชุม
	กิจกรรมที่ขอให้แรงงานข้ามชาติในโรงงานร่วมดำเนินการ	1) การอ่านข้อความรณรงค์ผ่านเสียงตามสาย 2) การติดโปสเตอร์ 3) การเปิดภาพยนตร์สั้นผ่านโทรทัศน์ในโรงงาน 4) การติดต่อกับแรงงานผ่านสื่อสังคมออนไลน์ 5) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 6) การจัดกิจกรรมเปิด-ปิดโครงการ

4.2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

ก. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในพื้นที่

ประเด็นสถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่าสถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์มีความชุกสูงกว่าความชุกโดยเฉลี่ยในประชากรไทยประมาณ 1 เท่า แต่ประเมินว่าเป็นการระบาดในระดับไม่รุนแรง โดยให้เหตุผลว่างบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกทำให้มีองค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามาช่วยดำเนินงาน ทำให้ผู้ป่วยทั้งที่มีสิทธิและไม่มีสิทธิล้วนสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสที่ได้โดยการสนับสนุนจากมูลนิธิเอ็ดส์เฮลท์แคร์ และโครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ด้วยชุดบริการของกรมควบคุมโรค นอกจากนี้ยังพบว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดในแรงงานข้ามชาติที่ประกอบกิจการต่อเนื่องจากประมงนั้น เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำกว่ากลุ่มลูกเรือประมงแต่มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จสูงเพราะมีแหล่งที่พักอาศัยและทำงานชัดเจนกว่า ในขณะที่กลุ่มลูกเรือประมงมีการเคลื่อนย้ายตลอดเวลา ไม่สามารถเข้าถึงการส่งเสริมและบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์โดยทั่วไปยังไม่ทราบว่าตนมีสิทธิในการป้องกันและรักษาโรคเอดส์อย่างไรทำให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ไม่ได้ใช้สิทธิดังกล่าว (ภาคผนวก 7.1)

ประเด็นปัญหาและอุปสรรคต่อการสื่อสารความเสี่ยงกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ พบประเด็นที่สำคัญคือ ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ช่วงเวลาที่ดำเนินการสื่อสาร รวมทั้งสื่อที่นำไปใช้ในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่เหมาะสม แรงงานบางคนอ่านหนังสือไม่ออก มีความเชื่อถือไว้วางใจในคนไทยน้อย (ภาคผนวก 7.1)

ประเด็นข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย พบว่า ล่ามที่ทำงานด้านโรคเอดส์เป็นบุคคลที่สำคัญมาก ซึ่งต้องได้รับการฝึกจนมีความรู้เพียงพอ โดยการลงชุมชนต้องทำนอกเวลาราชการทั้งโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยไปพร้อมกับล่าม และต้องสื่อสารอย่างกระชับ ใช้ภาพประกอบร่วมด้วย ใช้ภาษาที่ตรงตามกลุ่มเป้าหมายซึ่งต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นภาษาพม่า หรือมอญ เป็นต้น (ภาคผนวก 7.1)

ข. การสนทนากลุ่มย่อยกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในโรงงานเป้าหมาย

ประเด็นด้านการประเมินความเสี่ยง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศชายบางคน ประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อไม่ถูกต้อง เช่น บางคนระบุว่าตนเองมีความเสี่ยงเพราะไปตัดผม ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิงระบุว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ถูกต้อง และระบุว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของพวกเขาคือ การติดเชื้อจากสามี ดังนั้นจึงต้องสังเกตพฤติกรรมการใช้ชีวิตของสามี และพาสามีไปตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้หญิงจะต้องรู้จักป้องกันตนเอง แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิงบางคนคิดว่า การดูแลผู้ป่วยเอชไอวีอาจทำให้ตนเองติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสองเพศไม่ทราบข้อมูลที่ถูกต้องของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีว่าสามารถทำได้ถึงปีละสองครั้ง

ประเด็นด้านการประเมินวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งชายและหญิงระบุว่า “วัฒนธรรมตะวันตก” ซึ่งเป็นคำที่ผู้ให้ข้อมูลหลักใช้เรียก พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การเที่ยวผับบาร์ การเที่ยวกลางคืน ความคิดเสรีนิยม และการมีคู่นอนหลายคนเป็นวัฒนธรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนวัฒนธรรมพม่ามีส่วนทำให้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ลดลง โดยระบุว่าวัฒนธรรมพม่าถือว่าการรักษานวลสงวนตัวเป็นสิ่งที่ดีงาม และผู้หญิงไม่ดื่มเหล้าจึงทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ดี ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสองเพศระบุว่าความรัก ความสามัคคี ความเอื้ออาทร ความใส่ใจ และไม่ตัดสินว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนบาปหรือสมควรได้รับการลงโทษเป็นสิ่งที่ควรกระทำ ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิง กล่าวว่า “พวกเรา” ต้องช่วยกันสนับสนุนให้กำลังใจและดูแลพวกเขา และให้เหตุผลว่าในชุมชนชาวม่า นั้น คนพม่าต้องให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน เพราะ “เรามาจากแผ่นดินเดียวกัน ความสามัคคีจะทำให้เรามีพลัง”

ประเด็นด้านการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งชายและหญิงได้รับการศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศเมียนมาร์ในช่วงที่เรียนในโรงเรียนมัธยมจากการให้สุขศึกษาในโรงเรียน ซึ่งบางคนได้รับสุขศึกษาจากหมอและพยาบาลซึ่งเข้าไปให้ความรู้ในโรงเรียน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศชายที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นยังได้รับการตักเตือนจากบิดามารดาว่าให้ระวังการติดเชื้อเอชไอวีก่อนเดินทางออกจากประเทศด้วย แต่เมื่อมาอยู่ในประเทศไทยผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ไม่ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์เลย โดยผู้ให้ข้อมูลหลักที่เคยได้รับสื่อ นั้นจะเป็นกลุ่มที่ไปโรงพยาบาล ซึ่งจะให้มีโอกาสได้เห็นโปสเตอร์และป้ายประกาศเกี่ยวกับโรคเอดส์ แต่สื่อเหล่านั้นเป็นภาษาไทยทำให้ไม่เข้าใจสาระสำคัญของโปสเตอร์นั้น บางครั้งก็เห็นข้อความที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ส่งมาทางไลน์และเฟซบุ๊ก

เมื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเปรียบเทียบวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศพม่ากับประเทศไทยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศชายส่วนมากระบุว่าวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศพม่าดีกว่า เพราะสื่อต่าง ๆ ในประเทศไทยมักใช้เป็นภาษาไทย ในขณะที่สื่อในประเทศเมียนมาร์ใช้ภาษาพม่าและสอนในโรงเรียน จึงมีความชัดเจนและน่าเชื่อถือเพราะสอนโดยหมอหรือพยาบาล ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิงระบุว่าสื่อทั้งในประเทศไทยและประเทศพม่าก็มีประสิทธิภาพดีพอๆ กัน เพราะตนได้รับสื่อที่เป็นภาษาพม่าในประเทศไทย และสามารถโต้ตอบกับผู้สอนได้ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้อย่างลึกซึ้ง

ปัญหาและอุปสรรคในการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศชายพบ ได้แก่ การไม่ได้รับข้อมูล และการที่ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องทำงานจนไม่มีเวลาไปค้นหาความรู้หรือเข้ารับความรู้ อีกทั้งข้อมูลส่วนมากยังเป็นภาษาไทยทำให้ไม่สามารถเข้าใจได้ แต่ในผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิงระบุว่า ในเขตมหาชัยนี้มีสื่อในภาษาพม่าอยู่มากมายทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่าย นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีสื่ออินเทอร์เน็ตจึงทำให้การเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่ต้องการได้ง่ายแต่บางครั้งข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตก็ยังไม่น่าเชื่อถือเพียงพอ

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ซึ่งได้แก่ การสำรวจปัญหา อุปสรรค ความต้องการ ของผู้ส่งสาร และผู้รับสารในระดับประเทศ ในระดับพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร และในระดับโรงงานที่เป็นพื้นที่วิจัย ทำให้การได้ผลการศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรค และรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 สรุปผลการศึกษาสภาพ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่เหมาะสม

ประเด็น	สรุปผล
สภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความชุกของโรคเอดส์กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์อยู่ในระดับสูงกว่าประชากรไทย 2. องค์กรพัฒนาเอกชนกำลังประสบปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในการทำงานเชิงรุก 3. หน่วยงานรัฐมีงบประมาณไม่เพียงพอในการสนับสนุนการดำเนินงานเนื่องจากกองทุนโลกฯ ลดการสนับสนุนงบประมาณ 4. แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยไม่ทราบสถานการณ์ความรุนแรงของโรคเอดส์ 5. เนื้อหาที่ต้องการ คือ การป้องกัน การติดต่อ และการรักษา 6. วัฒนธรรมของชุมชนพม่าไม่นิยมการตีมีแอลกอฮอล์ ไม่ใช่สารเสพติด ไม่เที่ยวผับบาร์ ไม่เที่ยวกลางคืน ไม่สนับสนุนการมีคู่นอนหลายคน และมีความเชื่ออาหาร สามัคคีในกลุ่มชาวพม่า 7. แรงงานเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากโรงเรียนในประเทศเมียนมาร์ก่อนมาประเทศไทย แต่เมื่ออยู่ประเทศไทยไม่ค่อยได้รับความรู้เพิ่มเติมนัก 8. แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ไว้วางใจข้อมูลจากองค์กรพัฒนาเอกชน ผู้นำชุมชน และเพื่อนคนงานที่เป็นชาวเมียนมาร์
ปัญหาและอุปสรรค	<ol style="list-style-type: none"> 1. แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยไม่สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ 2. แรงงานข้ามชาติไม่ได้รับอนุญาตให้หยุดการทำงานเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
รูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> 1. รูปแบบที่เหมาะสม: สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน ในช่วงเวลาพักหรือนอกเวลาทำงาน แบบไม่เป็นทางการ 2. วิทยากรหลัก: แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สื่อสารภาษาพม่าได้ 3. สื่อที่ควรใช้ได้แก่ ภาพยนตร์สั้น หนังสือเล่มเล็ก โปสเตอร์ ประกาศเสียงตามสายในโรงงาน เฟซบุ๊ก 4. สื่อควรเป็นสื่อที่ชุมชนชาวพม่าร่วมผลิตสื่อขึ้น ไม่ใช่เป็นสื่อที่ผลิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทยแล้วแปลเป็นภาษาพม่า 5. ใช้ภาษาพม่า และมีภาพประกอบที่เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรสั้นเกินไปจนไม่สามารถเข้าใจข้อมูลในรายละเอียด 6. เนื้อหาเกี่ยวข้องกับ ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรม และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ 7. กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้มีการตอบข้อสงสัยได้ เนื่องจากในปัจจุบันแรงงานบางคนมีความรู้อยู่ระดับหนึ่งแล้ว ในขั้นตอนต่อไปจึงควรให้ความรู้ที่ถูกต้อง แม่นยำต่อไป

4.2.4 ผลการพัฒนาสื่อและกิจกรรม

การพัฒนาสื่อและกิจกรรมที่ใช้ในการดำเนินการสื่อสารเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายเป็นการนำข้อมูลจากการศึกษาจากทฤษฎี และผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่ได้มาจากข้อมูลเชิงปริมาณจากสำรวจในขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสำรวจพื้นที่ การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาพิจารณาประกอบ ทำให้ได้สื่อและกิจกรรม ดังนี้

ก. สื่อ

ผู้วิจัยได้พัฒนาสื่อจากการนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในขั้นตอนที่ 1 ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเพื่อค้นหาความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ที่เหมาะสมกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย จากนั้นร่างเป็นภาษาอังกฤษและได้ให้ผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์เป็นผู้แปลและขีดเคลาภาษาให้เข้าใจง่าย จากนั้นจัดประชุมกลุ่มย่อยอีกสองครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการสอบถามกับกลุ่มเป้าหมายว่าเข้าใจสื่อที่ผลิตขึ้นหรือไม่ มีรูปแบบที่เหมาะสมหรือไม่ สามารถนำไปกระจายได้หรือไม่ จากนั้นนำความคิดเห็นต่าง ๆ ของกลุ่มเป้าหมายไปปรับแก้ไขสื่อให้เหมาะสมที่สุด และจัดประชุมกลุ่มย่อยอีกครั้ง เพื่อยืนยันความเหมาะสมของสื่อต่าง ๆ ก่อนนำไปผลิต กระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาสื่อสามารถสรุปได้ดังนี้

1. นำข้อมูลจากการสำรวจในขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาสังเคราะห์เป็นรายการสื่อที่ควรผลิต เนื้อหาที่ต้องครอบคลุม และการกระจายสื่อ
2. ร่างเนื้อหาเป็นภาษาอังกฤษ
3. ให้ผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์ ที่มีคุณวุฒิและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เป็นผู้แปล และขีดเคลาภาษาตลอดจนปรับแนวทางให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย
4. ผลิตสื่อต้นแบบจำนวน 3 ชุด
5. จัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มแรงงานข้ามชาติในโรงงานเป้าหมาย จำนวน 15 คน
6. นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงสื่อ
7. จัดประชุมเพื่อยืนยันความเหมาะสมของสื่อจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติในโรงงานเป้าหมาย จำนวน 10 คน

ผลจากการประชุมทำให้ทราบว่า แรงงานมีความเห็นว่าเนื้อหาที่อยู่ในสื่อมีความเหมาะสม สามารถนำไปกระจายต่อในโรงงานเป้าหมายดังที่กำหนดไว้ แต่ยังมีประเด็นที่ต้องการให้ปรับเปลี่ยน ได้แก่

1. เปลี่ยนข้อความจาก “Bring money home, not HIV” เป็น “Work hard for family, abstain from HIV” เพราะคำว่า “Bring money home, not HIV” อาจทำให้ผู้รับสารเข้าใจว่าแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วไม่ควรกลับไปที่บ้านเกิด
2. เปลี่ยนภาพบัตรสีชมพูในโปสเตอร์ จากภาพบัตรสีชมพูที่มีคำว่า “Non-Thai ID Card” อยู่บนบัตร เป็นภาพวาดบัตรสีชมพูที่ลักษณะเหมือนกับบัตรสีชมพู
3. ให้เพิ่มภาพการเจาะเลือดที่ข้อพับแขน ลงในโปสเตอร์ที่ระบุว่า “การตรวจเลือดเป็นวิธีการเดียวที่จะทราบสถานะการติดเชื้อ”
4. ปรับตัวอักษรในหนังสือเล่มเล็กให้ใหญ่ขึ้น

ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอ และนำเสนอสื่อที่ได้รับการแก้ไขให้กับที่ประชุมกลุ่มย่อย ผลการประชุมสรุปว่ากลุ่มเป้าหมายยืนยันว่าสิ่งที่แก้ไขแล้วมีความเหมาะสม และสามารถนำไปผลิตเพื่อใช้สำหรับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานต่อไปได้ รายละเอียดดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 สรุปชนิดสื่อ เนื้อหาหลักและวิธีการกระจายสื่อที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย

ชนิดสื่อ (ขนาด/ความยาว)	เนื้อหาหลัก	วิธีการกระจายสื่อ
ภาพยนตร์สั้น “ชุมชนอบอุ่น” (6 นาที)	การเข้าถึงสิทธิในการรักษาของแรงงาน การติดต่อ อาการ การรักษา การป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการติดเชื้อ จากแม่สู่ลูก และการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ โดยสื่อสารด้วยเรื่องราวที่แสดงวิถีชีวิต ของแรงงานข้ามชาติผ่านตัวละครที่เป็น ชาวพม่า 2 คู่	1. ฉายในงานเปิด-ปิดโครงการ 2 ครั้งๆ ละ 4 ชั่วโมง 2. ฉายในระหว่างการอบรม พนักงานใหม่ทุกครั้งที่มีการอบรม ในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์

ชนิดสื่อ (ขนาด/ความยาว)	เนื้อหาหลัก	วิธีการกระจายสื่อ
หนังสือเล่มเล็ก (A6 105 x 148 มม.)	<p>ธรรมชาติของเชื้อเอชไอวี การติดต่อ อาการ การรักษา การป้องกัน ภาพ อาสาสมัครของโรงงาน ภาพโรงงาน และ การติดต่อกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร</p>	<p>1. แจกในงานเปิด-ปิดโครงการ 2 ครั้งๆ ละ 4 ชั่วโมง</p> <p>2. แจกในระหว่างการอบรม พนักงานใหม่ทุกครั้งที่มีการอบรม ในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์</p> <p>3. แจกที่ห้องพยาบาลและ สำนักงานฝ่ายบุคคลทุกครั้งที่มีการ ขอในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์</p>
โปสเตอร์ (A2 420 x 594 มม.)	<p>โปสเตอร์หนึ่งชุด ประกอบด้วย 6 แผ่น ได้แก่</p> <p>คำขวัญของโครงการ “ขยันทำงาน ส่งเงิน กลับบ้าน”</p> <p>อาการ “การตรวจเลือดเป็นวิธีเดียวใน การรู้สถานการณ์ติดเชื้อ HIV”</p> <p>การรักษา “เอดส์รักษาได้ ไม่ใช่คำสั่ง ประหารอีกแล้ว”</p> <p>การติดต่อและการป้องกัน “ใช้ถุงยาง ไม่ ต้องกลับมาเสียใจ”</p> <p>การติดต่อและการป้องกัน “ฝากครรภ์เร็ว ลูกน้อยปลอดภัย HIV”</p> <p>สิทธิการรักษา “สุขภาพดี เริ่มจากการทำ บัตรประจำตัวคนต่างด้าว (บัตรสีชมพู)”</p>	<p>1. ตั้งวางในงานเปิด-ปิดโครงการ รวม 2 ครั้งๆ ละ 4 ชั่วโมง</p> <p>2. ติดในห้องน้ำและป้าย ประชาสัมพันธ์ ตลอดช่วง ระยะเวลา 2 สัปดาห์</p>

ชนิดสื่อ (ขนาด/ความยาว)	เนื้อหาหลัก	วิธีการกระจายสื่อ
บทประกาศเสียงตามสายในโรงงาน (บทความยาว 3 นาที 6 บท แต่ละบท ประกาศ 3 ครั้ง)	ธรรมชาติของเชื้อเอชไอวี การติดต่อ อาการ การรักษา การป้องกัน สิทธิการ รักษา การติดต่อกับโรงพยาบาล สมุทรสาคร	1.ประกาศในช่วงพัก ก่อนและหลัง เข้างาน ตลอดช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์
เฟซบุ๊กแฟนเพจ (โพสต์เนื้อหาประมาณ วันละ 1-3 ครั้ง รวม 22 โพสต์)	ธรรมชาติของเชื้อเอชไอวี การติดต่อ อาการ การรักษา การป้องกัน สิทธิการ รักษา ตลอดจนรูปภาพและข้อความสร้าง ความสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงาน	1.ชวนถ่ายภาพ-กดไลค์ในงานเปิด- ปิดโครงการ 2 ครั้งๆ ละ 4 ชั่วโมง 2.ส่งข้อความเชิญไปยังเพื่อนๆ ตลอดช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์

ตารางที่ 19 สรุปได้ว่า สื่อที่พัฒนาขึ้นมี 5 ชนิด ได้แก่ ภาพยนตร์สั้น หนังสือเล่มเล็ก โปสเตอร์ บทประกาศเสียงตามสาย เฟซบุ๊กแฟนเพจ มีเนื้อหาหลักคือการติดต่อ อาการ การรักษา การป้องกัน สิทธิการรักษา โดยทุกสื่อกระจายทั้งในงานเปิดและปิดโครงการและตลอดช่วงกิจกรรมซึ่งมีระยะเวลา 2 สัปดาห์ ยกเว้นการประกาศเสียงตามสายในโรงงานซึ่งจะไม่มีประกาศในช่วงเปิดและปิดโครงการแต่มีการประกาศตลอดช่วงกิจกรรมซึ่งมีระยะเวลา 2 สัปดาห์

ข. กิจกรรม

กิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ได้มาจากการหารือกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เข้ามาร่วมประชุมกลุ่มย่อย สรุปได้ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 สรุปกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
ขั้นตอนที่ 1 วางแผน	
สัปดาห์ที่ 1-3	ประชุมครั้งที่ 1
ช่วงก่อนกิจกรรมสื่อสาร	1. ผู้วิจัยแนะนำโครงการ
ประชุมชี้แจงโครงการ รับฟังความคิดเห็น และเสริมศักยภาพแกนนำฯ	2. ผู้วิจัยให้แรงงานข้ามชาติที่มีศักยภาพเป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานที่ฝ่ายบุคคลเชิญมาเข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตนเอง
ระยะเวลา รวม 3 สัปดาห์	3. ผู้วิจัยให้แรงงานข้ามชาติที่มีศักยภาพเป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน จำนวนประมาณ 15 คน ให้ความเห็นเกี่ยวกับสื่อที่ผู้วิจัยร่างทั้งในด้านรูปแบบและเนื้อหา
	4. ผู้วิจัยหารือเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่น่าจะทำได้ในโรงงาน
	5. ผู้วิจัยและวิทยากรให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเอดส์
	ประชุมครั้งที่ 2
	6. ผู้วิจัยและวิทยากรให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงงานโดยบรรยายเกี่ยวกับเชื้อสาเหตุการติดต่อ การป้องกัน อาการ การรักษาและสิทธิการรักษา แก่แรงงานข้ามชาติ จำนวนประมาณ 10 คน
	7. ผู้วิจัยและฝึกเทคนิคการฟัง การให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้เข้ารับการศึกษาไปยังบุคลากรสาธารณสุข
	8. ผู้วิจัยนำเสนอสื่อที่ได้แก้ไขและขอให้แรงงานข้ามชาติยืนยันความเหมาะสม

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
	<p data-bbox="735 371 895 409">ประชุมครั้งที่ 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="746 427 1394 573">9. ผู้วิจัยทบทวนความรู้และมอบหมายหน้าที่ให้กับแรงงานข้ามชาติที่เข้าร่วมประชุมต่อเนื่องเป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน จำนวน 8 คน <li data-bbox="746 591 1394 674">10. ผู้วิจัยฝึกการสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การนำเกมตอบคำถาม การถ่ายภาพและโพสต์ลงในเฟซบุ๊ก <li data-bbox="746 692 1394 775">11. แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขวางแผนการจัดกิจกรรมและจัดเตรียมของที่ระลึก <li data-bbox="746 792 1394 938">12. ผู้วิจัยวัดความสามารถของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับที่จะใช้กับแรงงานข้ามชาติในโรงงาน
<p data-bbox="300 1061 687 1099">ขั้นตอนที่ 2 ทดสอบก่อนดำเนินการ</p>	
<p data-bbox="300 1122 427 1160">สัปดาห์ที่ 4</p> <p data-bbox="300 1178 639 1420">ก่อนการดำเนินการ 1 วัน ร่วมกันเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="746 1122 1394 1317">13. ผู้วิจัยเตรียมแบบวัดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์และฝึกฝนให้แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานสามารถทำการคุมสอบได้ <li data-bbox="746 1335 1394 1420">14. เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลรับสมัครแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานให้เข้ารับการทดสอบ <li data-bbox="746 1438 1394 1632">15. แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานและนักศึกษาชาวเมียนมาร์ร่วมกันจัดการสอบวัดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ <li data-bbox="746 1650 1394 1733">16. ผู้วิจัยและล่ามผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
<p>ขั้นตอนที่ 3 ขั้นดำเนินการ</p>	
<p>สัปดาห์ที่ 4 -5</p>	<p>17. กิจกรรมเปิดโครงการ</p>
<p>ร่วมกันจัดกิจกรรมและเผยแพร่สื่อ</p>	<p>- ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขใน</p>
<p>ระยะเวลา รวม 2 สัปดาห์</p>	<p>โรงงาน ร่วมกันจัดซุ้มกิจกรรมและเปิดโครงการโดย</p>
	<p>นายจ้าง และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล และถ่ายภาพหมู่</p>
	<p>ร่วมกัน</p>
	<p>- เชิญชวนให้แรงงานข้ามชาติเข้าร่วมกิจกรรม</p>
	<p>- เชิญให้อาสาสมัครสาธารณสุขเมียนมาร์จากมูลนิธิริรักษ์</p>
	<p>ไทยที่มีประสบการณ์ในการให้ความรู้เป็นพี่เลี้ยงให้กับ</p>
	<p>แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน</p>
	<p>18. กิจกรรมเผยแพร่สื่อในโรงงาน</p>
	<p>- แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานติดโปสเตอร์</p>
	<p>- แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานอ่านประกาศ</p>
	<p>เสียงตามสาย</p>
	<p>19. กิจกรรมเผยแพร่ในสื่อออนไลน์</p>
	<p>- แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานและล่ามผู้ช่วย</p>
	<p>วิจัยดูแลแฟนเพจ โดยทำการตอบคอมเมนต์และเชิญ</p>
	<p>ชวนให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเล่นเกม</p>
	<p>ตอบคำถาม</p>
	<p>20. กิจกรรมปิดโครงการ</p>
	<p>- ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขใน</p>
	<p>โรงงาน ร่วมกันจัดซุ้มกิจกรรมและปิดโครงการ</p>
	<p>- มอบของที่ระลึกให้กับแกนนำและถ่ายภาพหมู่ร่วมกัน</p>
	<p>- มอบของรางวัลให้กับผู้ตอบคำถามบนเฟซบุ๊กได้ถูกต้อง</p>
	<p>- เชิญชวนให้แรงงานข้ามชาติเข้าร่วมกิจกรรม</p>
	<p>- เชิญให้อาสาสมัครสาธารณสุขเมียนมาร์จากมูลนิธิริรักษ์</p>
	<p>ไทยที่มีประสบการณ์ในการให้ความรู้เป็นพี่เลี้ยงให้กับ</p>
	<p>แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน</p>
	<p>21. หยุดการทำกิจกรรมการสื่อสารทุกชนิด</p>

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนทดสอบหลังการใช้สื่อและกิจกรรม	
สัปดาห์ที่ 6 ร่วมกันเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ใช้เวลาเก็บข้อมูล 1 วัน	<u>การทดสอบหลังการการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน</u> 22. ผู้วิจัยเตรียมแบบวัดการรับรู้ และฝึกฝนให้แก่ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานสามารถทำการคุมสอบได้ 23. เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลติดตามแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานให้เข้ารับการทดสอบ 24. แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานและนักศึกษาชาวเมียนมาร์ร่วมกันจัดการสอบวัดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ 25. ผู้วิจัยและล่ามผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
สัปดาห์ที่ 8 ร่วมกันเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์เพื่อวัดการคงอยู่	<u>การทดสอบหลังการการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์</u> 26. ผู้วิจัยเตรียมแบบวัดการรับรู้ และฝึกฝนให้แก่ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน สามารถทำการคุมสอบได้ 27. เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลติดตามแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานให้เข้ารับการทดสอบ 28. แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานและนักศึกษาชาวเมียนมาร์ร่วมกันจัดการสอบวัดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

ตารางที่ 21 สรุปได้ว่า กิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นทดสอบก่อนดำเนินการ ขั้นดำเนินการ และขั้นทดสอบหลังดำเนินการ ซึ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมจากแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย มีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นวางแผน มีการประชุม 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1-3 ก่อนกิจกรรมสื่อสาร โดยเป็นการประชุมชี้แจงโครงการ รับฟังความคิดเห็น และเสริมศักยภาพแกนนำฯ โดยผู้วิจัยขอให้ฝ่ายบุคคลของโรงงานเชิญแรงงานข้ามชาติที่มีศักยภาพเป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานเข้าร่วมประชุม โดยการประชุมครั้งแรกมีแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเข้าร่วมประชุมจำนวนประมาณ 15 คน และครั้งที่ 2 มีจำนวนแรงงานข้ามชาติลดลงเหลือจำนวนประมาณ 10 คน และในครั้งที่ 3 เหลือจำนวน 8 คนที่ยินดีเป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

ขั้นทดสอบก่อนดำเนินการ เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระดับการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานก่อนการดำเนินการ 1 วัน ในสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้วิจัยเตรียมแบบวัดความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์และฝึกฝนให้แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานสามารถทำการคุมสอบได้ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลรับสมัครแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานให้เข้ารับการทดสอบ ส่วนแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานและนักศึกษาชาวเมียนมาร์ร่วมกันจัดการสอบวัดความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ผู้วิจัยและล่ามผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ขั้นดำเนินการ เป็นการร่วมกันจัดกิจกรรมและเผยแพร่สื่อ ดำเนินการในช่วงสัปดาห์ที่ 4-5 มีระยะเวลารวม 2 สัปดาห์ โดยกิจกรรมแบ่งเป็น กิจกรรมเปิดโครงการ กิจกรรมเผยแพร่สื่อในโรงงาน กิจกรรมเผยแพร่ในสื่อออนไลน์ และกิจกรรมปิดโครงการ มีรายละเอียดดังนี้

- กิจกรรมเปิดโครงการประกอบด้วยการที่ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน ร่วมกันจัดซุ้มกิจกรรมและเปิดโครงการโดยนายจ้าง และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล และถ่ายภาพหมู่ร่วมกัน จากนั้นเชิญชวนให้แรงงานข้ามชาติเข้าร่วมกิจกรรมโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเมียนมาร์จากมูลนิธิรักประเทศไทยที่มีประสบการณ์ในการให้ความรู้เป็นพี่เลี้ยงให้กับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

- กิจกรรมเผยแพร่สื่อในโรงงาน ได้แก่การที่แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานติดโปสเตอร์ อ่านประกาศเสียงตามสาย ส่วนกิจกรรมเผยแพร่สื่อออนไลน์ ได้แก่ การที่แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานและล่ามผู้ช่วยวิจัยดูแลแฟนเพจ โดยทำการตอบคอมเมนต์และเชิญชวนให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเล่นเกมตอบคำถาม

- กิจกรรมปิดโครงการ ได้แก่การที่ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน ร่วมกันจัดซุ้มกิจกรรมและปิดโครงการ มอบของที่ระลึกให้กับแกนนำและถ่ายภาพหมู่ร่วมกัน และมอบของรางวัลให้กับผู้ตอบคำถามบนเฟซบุ๊กได้ถูกต้อง และเชิญชวนให้แรงงานข้ามชาติเข้าร่วมกิจกรรม และยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขเมียนมาร์จากมูลนิธิริษัทไทยที่มีประสบการณ์ในการให้ความรู้เป็นพี่เลี้ยงให้กับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานเช่นเดิม และหยุดการทำงานกิจกรรมการสื่อสารทุกชนิดเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมปิดโครงการ

ขั้นตอนทดสอบหลังการใช้สื่อและกิจกรรม เป็นการร่วมกันเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ แบ่งเป็นการทดสอบหลังการการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน ในสัปดาห์ที่ 6 และการทดสอบหลังการการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 8

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 2 พัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

1. พื้นที่เป้าหมาย คือ โรงงานที่ประกอบกิจการต่อเนื่องจากประมง ของบริษัท ไทยรอแอลพรอเซ็นฟู๊ด จำกัด
2. การสร้างความสนิทสนมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงงาน เช่น เจ้าของโรงงาน เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของโรงงาน องค์กรพัฒนาเอกชน และโรงพยาบาลท้องถิ่น
3. การเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาสื่อและกิจกรรม พบว่า แรงงานข้ามชาติไม่ได้รับอนุญาตให้หยุดการทำงานเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานมีจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงต้องพัฒนาแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานที่มีศักยภาพให้มีความรู้ โดยมีวิทยากรหลักที่เป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สื่อสารภาษาพม่าได้ และฝึกทักษะในการเป็นผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยง และการกระตุ้นให้เพื่อนแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานมาเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีการร่วมวางแผนและมอบหมายบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน

บทที่ 5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย มีรายละเอียดดังนี้

5.1 ผลการสำรวจความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ก่อนและหลังการได้รับกิจกรรม สำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายจำแนกตามเพศ อายุ และการศึกษา

		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	100	50.0
	หญิง	100	50.0
อายุ	20-25 ปี	99	49.5
	26-30 ปี	101	50.5
การศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.0
	ประถมศึกษา	55	27.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	99	49.5
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	46	23.0
	มหาวิทยาลัยหรือสูงกว่า	0	0.0

ตารางที่ 22 แสดงให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายประกอบด้วยชาย 100 คน และหญิง 100 คน คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน และมีช่วงอายุ 20-25 ปี และช่วงอายุ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.5 และร้อยละ 50.5 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาสูงสุดคือ มัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 49.5 รองลงมาคือประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.5 และมัธยมศึกษาตอนปลายคิดเป็นร้อยละ 23.0

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายที่ใช้เวลาอยู่ในประเทศไทยและในโรงงาน

		จำนวน	ร้อยละ
อยู่ในประเทศไทย	น้อยกว่า 1 ปี	49	24.5
	1 – 2 ปี	33	16.5
	2 – 3 ปี	31	15.5
	3 – 4 ปี	13	6.5
	4 – 5 ปี	22	11.0
	5 – 6 ปี	12	6.0
	6 – 7 ปี	14	7.0
	ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป	26	13.0
	รวม	200	100.0
อยู่ในโรงงาน	น้อยกว่า 1 ปี	55	27.5
	1 – 2 ปี	45	22.5
	2 – 3 ปี	38	19.0
	3 – 4 ปี	6	3.0
	4 – 5 ปี	18	9.0
	5 – 6 ปี	16	8.0
	6 – 7 ปี	0	0.0
	ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป	22	11.0
	รวม	200	100.0

ตารางที่ 23 แสดงให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลาน้อยกว่า 1 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.5 รองลงมา คือ 1 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.5 และ อันดับที่สาม คือ 2 – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.5 และส่วนมากอยู่ในโรงงานเป้าหมายเป็นเวลาน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมา คือ 1 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 และอันดับที่สาม คือ 2 – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.0

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายที่ได้รับสื่อและแหล่งข่าวสารที่พัฒนาขึ้น

สื่อที่ได้รับ	จำนวน	ร้อยละ
แกนนำฯ ในโรงงาน	100	50.0
โปสเตอร์	80	40.0
กิจกรรมเปิดโครงการ	80	40.0
โพสต์บนเฟซบุ๊ก	69	34.5
หนังสือเล่มเล็ก	67	33.5
โพสต์บนเฟซบุ๊กที่เป็นวิดีโอ	60	30.0
ประกาศเสียงตามสาย	59	29.5
กิจกรรมงานปิดโครงการ	55	27.5

*กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 24 แสดงให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายได้รับสื่อและแหล่งข่าวสารที่พัฒนาขึ้นมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อันดับหนึ่งคือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน คิดเป็นร้อยละ 50 อันดับที่สอง คือ โปสเตอร์และกิจกรรมเปิดโครงการ คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน และอันดับที่สาม คือ โพสต์บนเฟซบุ๊ก คิดเป็นร้อยละ 34.5

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค การใช้ถุงยางอนามัยและการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ก่อนการใช้สื้อ และกิจกรรม 1 วัน หลังการใช้สื้อและกิจกรรม 1 วัน และหลังการใช้สื้อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ถ้าพบความแตกต่างจึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni)

ข้อรายการ	(1)	(2)	(3)	F	รายคู่
	ก่อนการใช้สื้อ และกิจกรรม 1 วัน \bar{x} (SD) แปลผล	หลังการใช้สื้อ และกิจกรรม 1 วัน \bar{x} (SD) แปลผล	หลังการใช้สื้อ และกิจกรรม 2 สัปดาห์ \bar{x} (SD) แปลผล		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	4.07 (1.389) ปานกลาง	7.94 (1.685) สูง	7.67 (1.749) สูง	257.513*	1-2, 1-3
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	1.89 (.377) เหมาะสมมาก	1.84 (.363) เหมาะสมมาก	1.78 (.482) เหมาะสมมาก	1.208	
การรับรู้ความรุนแรง	1.89 (.314) เหมาะสมมาก	1.52 (.576) เหมาะสม	1.50 (.610) เหมาะสม	8.652**	1-2, 1-3,
การรับรู้ประโยชน์	3.09 (1.142) เหมาะสม	3.30 (.978) เหมาะสมมาก	3.39 (.838) เหมาะสมมาก	6.685**	1-2, 1-3
การรับรู้อุปสรรค	1.99 (1.236) เหมาะสม ปานกลาง	2.56 (.889) เหมาะสม	2.51 (1.017) เหมาะสม	16.602***	1-2, 1-3
การรับรู้ความสามารถ แห่งตน	1.51 (.687) เหมาะสม	1.86 (.389) เหมาะสมมาก	1.74 (.483) เหมาะสมมาก	26.536***	1-2, 1-3, 2-3

ข้อรายการ	(1)	(2)	(3)	F	รายคู่
	ก่อนการใช้สื่อ และกิจกรรม 1 วัน \bar{x} (SD) แปลผล	หลังการใช้สื่อ และกิจกรรม 1 วัน \bar{x} (SD) แปลผล	หลังการใช้สื่อ และกิจกรรม 2 สัปดาห์ \bar{x} (SD) แปลผล		
การใช้ ถุงยางอนามัย	2.12 (1.451) ขั้นพิจารณา	2.61 (1.613) ขั้นเตรียมการ	2.61 (1.527) ขั้นเตรียมการ	5.605**	1-2, 1-3
การตรวจหา เชื้อเอชไอวี	2.92 (1.506) ขั้นเตรียมการ	3.13 (1.326) ขั้นเตรียมการ	2.73 (1.509) ขั้นเตรียมการ	9.846***	2-3

*p value <0.05; **p value <0.01; ***p value < 0.001

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า ก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน หลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ (Post hoc test) ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม มีความแตกต่างกับหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า ก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน หลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง พบว่า ก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน หลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม มีความแตกต่างกับหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เป็นกลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย ก่อนและหลังการได้รับกิจกรรม สำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย

ก. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน (ภาคผนวก 7.2)

ประเด็นด้านความรู้ พบว่า แรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้รับสารเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้และรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หายและร้ายแรงถึงชีวิตติดต่อกิจการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส การไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การรับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี การสัมผัสกับสารคัดหลั่ง การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ประเด็นด้านทัศนคติ พบว่า แรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้รับสารเป้าหมายส่วนใหญ่ระบุว่า การป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพราะจะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ผู้รับสารเป้าหมายคิดว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ที่น่าสงสาร และต้องการการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานเพื่อให้ดำเนินชีวิตได้ต่อไป

ประเด็นพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะกลุ่มที่แต่งงานแล้วเพราะเชื่อใจในคูครองของตนเองไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น กลุ่มตัวอย่างบางคนคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยจะทำให้ความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ลดลง มีความรู้สึกอายในการขอหรือซื้อถุงยางมาใช้ และคูครองไม่ต้องการใช้ ดังนั้นเพื่อเป็นการรักษาชีวิตคู่ กลุ่มตัวอย่างจึงยอมที่จะไม่ใช้ถุงยางอนามัย ส่วนมากยังไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวีและเข้าใจว่าการตรวจร่างกายประจำปีและการตรวจร่างกายเมื่อทำบัตรประจำตัวคนต่างด้าวเป็นการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ผู้ที่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี คือ กลุ่มที่ไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน (ภาคผนวก 7.2)

หลังจากการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจจากการจัดกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างยิ่งต่อการจัดงาน เนื่องจากเป็นโอกาสที่ไม่บ่อยนักที่จะทำให้แรงงานในโรงงานได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค โดยหนังสือเล่มเล็กที่แจกในงานเป็นหนังสือที่ดีมาก และทำให้แรงงานมีศักยภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเองด้วย เพราะในโครงการอื่นที่ผ่านมา มักเป็นเพียงการแจกถุงยางอนามัย และการแจกแผ่นพับเท่านั้น ส่วนประเด็นด้านความรู้ ทัศนคติ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ด้วยถุงยางอนามัยสำหรับผู้แต่งงานแล้วพบว่ายังคงไม่ใช้เช่นเดิม แต่สำหรับผู้ที่ยังไม่แต่งงานมีความตั้งใจจะใช้มากขึ้น

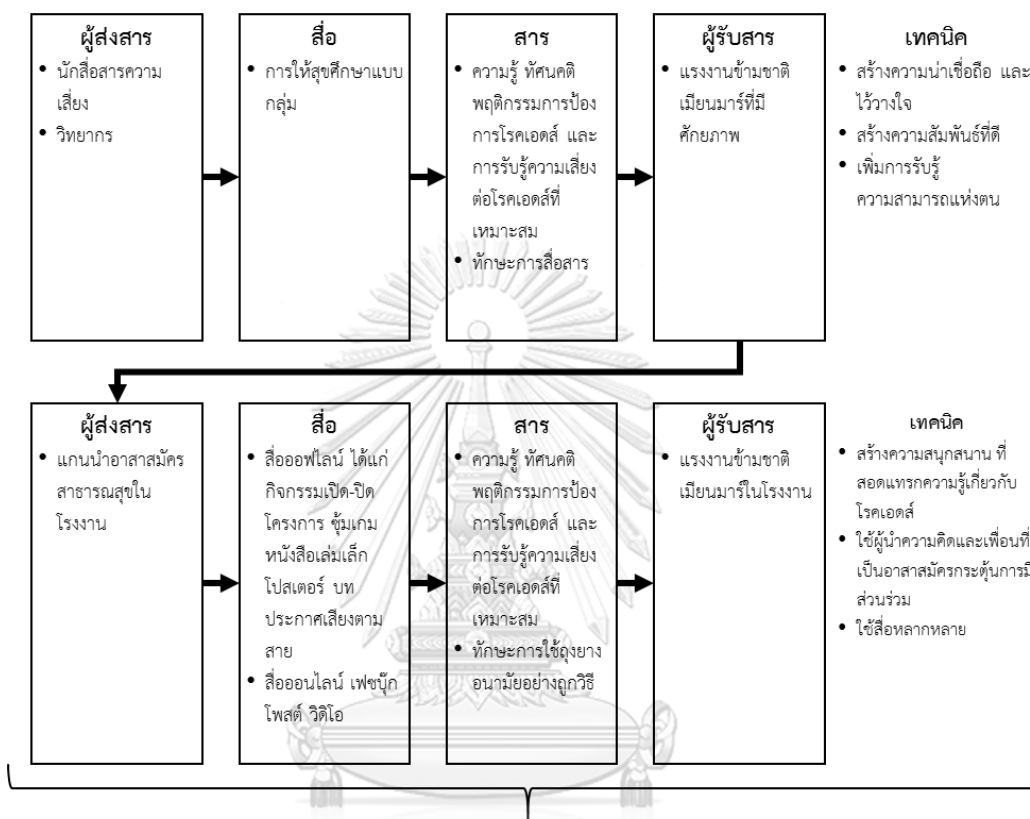
5.3 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัคร สาธารณสุขในโรงงานหลังการใช้สื่อและกิจกรรม

ประเด็นด้านความพึงพอใจ พบว่า แรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานมีความพึงพอใจที่ได้รับความรู้และทักษะที่ตนเองไม่เคยได้รู้มาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการใส่ถุงยางอนามัย และสิทธิในการรักษาของแรงงานต่างด้าว และมีความภาคภูมิใจที่ได้มีโอกาสเผยแพร่ความรู้ที่ตนเองได้รับแก่เพื่อนคนงาน ทำให้มีความมั่นใจที่จะให้ความรู้แก่ผู้อื่นที่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ (ภาคผนวก 7.3)

ประเด็นด้านความตั้งใจในการดำเนินงานในอนาคต พบว่า หากมีเพื่อนคนงานที่ติดเชื้อเอชไอวีมาปรึกษา ตนตั้งใจที่จะให้กำลังใจและอธิบายถึงการเข้าถึงสิทธิในการรักษา และจะปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างในการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และตรวจหาเชื้อเอชไอวี (ภาคผนวก 7.3)



การดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายและผลที่ได้สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 9 ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต่อไป



- ผลจากการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์**
- ระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน
 - ระดับกลุ่มบุคคล ได้แก่ ความไว้วางใจ ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่ม การพูดคุยกันเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ การรวมกลุ่มกัน
 - ระดับชุมชน ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการสื่อสาร และการลดการตีตราผู้ใช้ถุงยางอนามัย ผู้ตรวจหาเชื้อเอชไอวี และผู้ตัดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

ภาพที่ 9 การดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย

**สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 3 การศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสาร
ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย**

1. ผลจากการใช้สื่อและกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยผลส่วนมากมีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่เหมาะสมมากขึ้น แต่ทว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์กลับมีระดับเหมาะสมลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานที่เป็นผู้รับสารเป้าหมายและกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

2. กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและมีการแสดงออกถึงการตั้งใจที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

บทที่ 6

ผลการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

- 6.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัย) การพัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 2 ของการวิจัย) และการศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ขั้นตอนที่ 3 ของการวิจัย) โดยการนำทฤษฎีและงานวิจัยมาใช้รองรับ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 26 สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 2 และ 3

ขั้นตอน	ข้อมูลหลัก	ข้อค้นพบ (แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้รองรับ)	องค์ประกอบหลัก (องค์ประกอบย่อย)
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัญหาและ ความคิดเห็น เกี่ยวกับการ สื่อสารความ เสี่ยงต่อโรค เอดส์ในกลุ่ม แรงงานข้าม ชาติเมียนมาร์ ในประเศ ไทย	ผู้ปฏิบัติงานด้านการ สื่อสารไม่สามารถ สื่อสารด้วยภาษาพม่า และไม่มีสื่อที่ เหมาะสม	การใช้แนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็น ฐาน และการผลิตสื่ออย่างมีส่วนร่วมจะ ช่วยให้แก้ไขปัญหานี้ได้ โดยทำการสื่อสาร ผ่านผู้นำทางความคิด เพื่อร่วมงาน และ เจ้าหน้าที่จากองค์กรพัฒนาเอกชนที่ สื่อสารภาษาพม่าได้ (Comish et al., 2014; Katz et al., 2017; Kaufman, Rimal, et al., 2014; Press, 2011; Sthapitanonda & Gunpai, 2013)	GETTING LOCAL HELPS (Opinion Leaders) (Peer Volunteers) (Health-related entities)

ขั้นตอน	ข้อมูลหลัก	ข้อค้นพบ (แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้รองรับ)	องค์ประกอบหลัก (องค์ประกอบย่อย)
	การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงงานมีความเหมาะสม	การสื่อสารแบบกลุ่มที่ไม่เป็นทางการซึ่งมีความเข้มข้นในการปฏิสัมพันธ์สูง โดยมุ่งให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์เหมาะสมกว่าการให้ความรู้ในรูปแบบทางการแบบบนลงล่าง (Bandura, 1990; กิตติ กันภัย, 2551; นพมาศ อึ้งพระ, 2553)	GAMIFICATION (Workshop) (Demonstration) (Q&A)
	แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ได้รับความรู้จากหัวหน้างาน เพื่อน และเพื่อนร่วมงานชาวเมียนมาร์	ผู้นำชุมชนและเพื่อนของแรงงานข้ามชาติสามารถสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ได้ เพราะมีความน่าไว้วางใจในสายตาของกลุ่มเป้าหมาย (Chamrathirong, Ford, Punpuing, & Prasartkul, 2017; K. Ford et al., 2014)	GETTING LOCAL HELP (Opinion Leaders) (Peer Volunteers)
	แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ได้รับความรู้จากองค์กรพัฒนาเอกชน	เชิญชวนให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Bessette, 2004; Sthapitanonda & Gunpai, 2013; Yoon, 1996)	GETTING LOCAL HELP (Health-related entities)
	แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะเฟซบุ๊ก	การนำเฟซบุ๊กมาใช้ ซึ่งเป็นสื่อที่ไม่เป็นทางการ สื่อสารได้สองทาง ซึ่งสามารถโพสต์เนื้อหาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์เป็นภาพนิ่ง วิดีโอ และกระดาน การแสดงความคิดเห็น (Baelden et al., 2012)	GAMIFICATION (Facebook) (VDO post) (Photo post) (Comments)

ขั้นตอน	ข้อมูลหลัก	ข้อค้นพบ (แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้องรับ)	องค์ประกอบหลัก (องค์ประกอบย่อย)
ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาสื่อ และกิจกรรม การสื่อสาร ความเสี่ยงต่อ โรคเอดส์ใน กลุ่มแรงงาน ข้ามชาติเมียน มาร์ใน ประเทศไทย	หลังจากที่คัดเลือก พื้นที่เป้าหมายได้แล้ว ผู้สื่อสารต้องอธิบาย ข้อมูลและโน้มน้าวใจ ให้เจ้าของโรงงาน เข้าใจและยินดีเข้าร่วม เป็นพื้นที่เป้าหมายใน การสื่อสารความเสี่ยง ต่อโรคเอดส์ในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติเมียน มาร์	การเชิญชวนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามา มีส่วนร่วมต้องอาศัยความสามารถใน การโน้มน้าวใจของนักสื่อสารความ เสี่ยง ซึ่งต้องให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้ ถึงควมมีคุณธรรม เหตุผล และความ มุ่งมั่นในการดำเนินงาน จากนั้นจึงจะ ได้ความน่าไว้วางใจ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้น ของการดำเนินการด้วยแนวทางการ สื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐาน (Bessette, 2004; S. E. Green, 2004; Yoon, 1996)	EARNING TRUST (Etos) (Logos) (Pathos)
	ผู้สื่อสารต้องสร้าง ความสนิทสนมเพื่อลด การตั้งเงื่อนไขในการ ดำเนินงานลง	การสร้างความสนิทสนม เป็นการ ดำเนินการที่อาศัยเวลาแต่การเป็นผู้มี ความรับผิดชอบและคอยให้ช่วยเหลือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องก่อนจะช่วยให้ ความสนิทสนมเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ขึ้น (Bakić-Mirić & Bakić, 2008; Walaski, 2011; Worsley, 1989)	EARNING TRUST (Rapport) (Reliabilities)
	การสำรวจพื้นที่ เป้าหมายทำให้ทราบ สภาพปัจจัยเสี่ยง วัฒนธรรม สังคม ช่องทางที่ใช้ในการ สื่อสาร	ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพื้นที่ เป้าหมายมีจำนวนมาก นักส่งเสริม สุขภาพต้องให้ความสำคัญกับข้อมูล ด้านความชุกของปัจจัยเสี่ยง ลักษณะ ของกลุ่มเป้าหมาย และเวลาและ สถานที่ที่จะใช้ในการสื่อสาร เพื่อให้ สามารถออกแบบสื่อและกิจกรรมที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานข้าม ชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ (C. Airhihenbuwa et al., 2009; C. O. Airhihenbuwa & Obregon, 2000; Collins O. Airhihenbuwa & Webster, 2004)	ENVIRONMENTAL SCANNING (Prevalence) (Target group profiling) (Time and space)

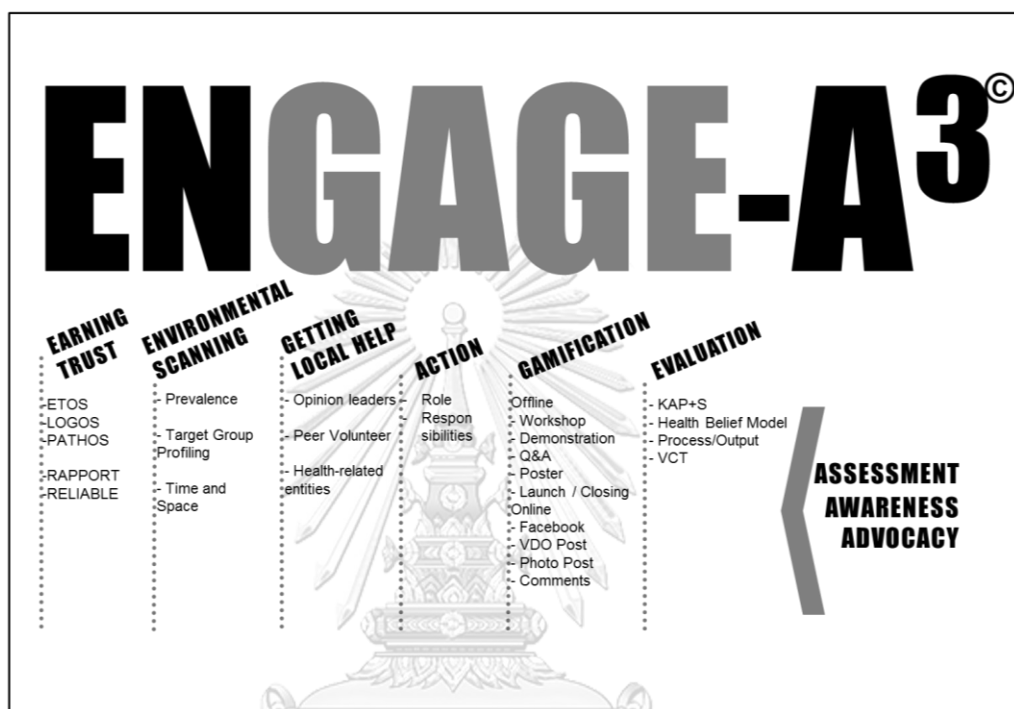
ขั้นตอน	ข้อมูลหลัก	ข้อค้นพบ (แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้รองรับ)	องค์ประกอบหลัก (องค์ประกอบย่อย)
	แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานไม่ได้รับอนุญาตให้หยุดการทำงานเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ออกแบบสื่อและกิจกรรมที่เหมาะสมกับเวลาและสถานที่ของวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ (C. Airhihenbuwa et al., 2009; Bessette, 2004; Yoon, 1996) ต้องอาศัยผู้นำทางความคิด และเพื่อนร่วมงานในการกระตุ้นให้แรงงานข้ามชาติเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมให้ได้มากที่สุด (Chamrathirong et al., 2017; Sthapitanonda & Gunpai, 2013)	ENVIRONMENTAL SCANNING (Time and space) GETTING LOCAL HELP (Opinion Leaders) (Peer Volunteers) (Health-related entities)
	แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานมีความไว้วางใจข้อมูลจากผู้นำชุมชน และเพื่อนคนงานที่เป็นชาวเมียนมาร์ และองค์กรพัฒนาเอกชน	เชิญชวนให้ผู้นำชุมชน และเพื่อนคนงานที่เป็นชาวเมียนมาร์ และองค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Chamrathirong et al., 2017; Sthapitanonda & Gunpai, 2013)	GETTING LOCAL HELP (Opinion Leaders) (Peer Volunteers) (Health-related entities)
	วิทยากรหลัก ควรเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สื่อสารภาษาพม่าได้	เชิญชวนให้องค์กรพัฒนาเอกชน และโรงพยาบาลท้องถิ่นที่มีผู้ที่สื่อสารภาษาพม่าได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Bessette, 2004; Sthapitanonda & Gunpai, 2013)	GETTING LOCAL HELP (Health-related entities)
	สื่อที่พัฒนาขึ้นจะต้องมีข้อมูลและภาพประกอบที่เข้าใจง่าย	ตรวจสอบความเข้าใจกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่เป้าหมาย องค์กรพัฒนาเอกชน และโรงพยาบาลท้องถิ่น เพื่อปรับปรุงสื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและถูกต้องตามลักษณะการให้บริการของหน่วยงานทางสาธารณสุขในท้องถิ่น (Press, 2011)	GETTING LOCAL HELP (Opinion Leaders) (Peer Volunteers) (Health-related entities)

ขั้นตอน	ข้อมูลหลัก	ข้อค้นพบ (แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้อย่างไร)	องค์ประกอบหลัก (องค์ประกอบย่อย)
	มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ตอบข้อสงสัยได้ เพื่อให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่มีความรู้อยู่แล้วมีความรู้ที่ถูกต้อง แม่นยำขึ้น	จัดกิจกรรมแบบฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และมีรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ทำให้แรงงานที่มีความรู้มากกว่า แบ่งปันข้อมูลกับกลุ่มที่มีความรู้น้อยกว่า นอกจากนี้การให้รางวัลเล็กน้อยสามารถกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยหากพบว่าเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ก็สามารถแก้ไขได้อย่างตรงประเด็น (Baelden et al., 2012; McCallum, 2012; Q. Zhang et al., 2017)	GAMIFICATION (Workshop) (Demonstration) (Q&A)
	การดำเนินงานประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนทดสอบก่อนดำเนินการ ขั้นตอนดำเนินการ และขั้นตอนทดสอบหลังการใช้สื่อและกิจกรรม	ในแต่ละขั้นตอนมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานแต่ละคนแตกต่างกัน ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามความเหมาะสมและความสมัครใจ (Walaski, 2011; Yoon, 1996)	ACTION (Roles and Responsibilities)
	การจูงใจด้วยความสนุกและการให้รางวัลสามารถทำให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เข้ามามีส่วนร่วมโดยดำเนินการผ่านช่องทางทั้งแบบออฟไลน์และออนไลน์	การบูรณาการสื่อทั้งออฟไลน์และออนไลน์ที่มีการให้รางวัลเล็กน้อยสามารถสร้างความน่าสนใจ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม เช่น กิจกรรมวันเปิด-ปิดโครงการซึ่งมีเจ้าของโรงงานมาร่วมงานทำให้เกิดความตื่นตัวในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงาน และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานเป็นที่รู้จักในกลุ่มเพื่อนร่วมงานและมีกำลังใจในการทำงาน สื่อโปสเตอร์ การประกาศเสียงตามสาย และโพสต์บนเฟซบุ๊ก ที่เป็นภาพนิ่ง และวิดีโอ ช่วยย้ำเตือนความจำแก่กลุ่มเป้าหมาย (Baelden et al., 2012; Turk, 2017)	GAMIFICATION (Online and Offline) (Launch / Closing) (Facebook) (VDO Post) (Photo Post) (Poster) (Announcement)

ขั้นตอน	ข้อมูลหลัก	ข้อค้นพบ (แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้รองรับ)	องค์ประกอบหลัก (องค์ประกอบย่อย)
ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาผล การใช้สื่อและ กิจกรรมการ สื่อสารความ เสี่ยงต่อโรค เอชไอในกลุ่ม แรงงานข้าม ชาติเมียนมาร์ ในประเทศ ไทย	ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความ พึงพอใจ มีการ เปลี่ยนแปลงไปในทาง ที่เหมาะสมขึ้น	การประเมินผลด้วย KAP และความ พึงพอใจ เป็นการประเมินผลโครงการ ที่นิยมใช้ในหลายงานวิจัยด้านการ สื่อสารความเสี่ยงและการให้สุขศึกษา (Jung et al., 2013; Kaufman, Cornish, et al., 2014; Kaufman, Rimal, et al., 2014; Rickert, Jay, & Gottlieb, 1991)	EVALUATION (KAP+S)
	การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความเป็นไป ได้ของการปฏิบัติมีการ เปลี่ยนแปลงไปในทาง ที่เหมาะสมขึ้น	การประเมินผลตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพเป็นการประเมินผล โครงการที่นิยมใช้ในหลายงานวิจัย ด้านการสื่อสารความเสี่ยงและการให้ สุขศึกษา (Becker & Maiman, 1975; Becker et al., 1977; Janz & Becker, 1984; Montgomery et al., 1989; Rosenstock et al., 1988)	EVALUATION (Health Belief Model)
	การดำเนินกิจกรรมใน แต่ละขั้นมี กระบวนการและมี ผลผลิตที่คาดหวัง	กิจกรรมที่วางแผนไว้ต้องดำเนินการ อย่างครบถ้วนจึงจะได้ผลผลิตตามที่ คาดหวัง (Walaski, 2011)	EVALUATION (Process/Output)
	การตรวจหาเชื้อเอชไอ วิเพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย ทราบสถานะของ ตนเองจะช่วยให้ สามารถรับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสได้ อย่างรวดเร็ว และลด การแพร่เชื้อ และผู้มี เชื้อเอชไอไม่ป่วยเป็น โรคเอดส์	แรงงานข้ามชาติยังไม่ได้ปฏิบัติการ ตรวจหาเชื้อเอชไอซึ่งเป็นความเสี่ยง ต่อโรคเอดส์อย่างยิ่ง จึงควรนำการ ตรวจหาเชื้อเอชไอโดยสมัครใจเป็น ตัวชี้วัดหนึ่งของโครงการสื่อสารความ เสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยจัดให้มีบริการ ตรวจหาเชื้อเอชไอในสถานที่ทำงาน ในช่วงที่ดำเนินโครงการด้วย (T. Zhang, Zhang, Gao, He, & Detels, 2012)	EVALUATION (VCT)

ขั้นตอน	ข้อมูลหลัก	ข้อค้นพบ (แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้รองรับ)	องค์ประกอบหลัก (องค์ประกอบย่อย)
	<p>ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เกี่ยวกับ สาเหตุ การติดต่อ อาการ การป้องกัน การรักษา และสิทธิการรักษา ทำให้แรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของตนเองได้</p>	<p>การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นต้น เกิดขึ้นในระดับบุคคล ซึ่งช่วยทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ตลอดจนการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Cornish et al., 2014; Kaufman, Cornish, et al., 2014; Morgan, 2002)</p>	ASSESSMENT
	<p>แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เข้ารับการศึกษาฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการได้หารือกันเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ให้กับเพื่อนร่วมงานที่ไม่ได้เข้ารับอบรม</p>	<p>กลุ่มเป้าหมายหันมาให้ความสนใจกับการป้องกันโรคเอดส์มากขึ้น และเกิดความตระหนักถึงการป้องกันโรคเอดส์ มีการร่วมกันค้นหาวิธีการในการป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน (Cornish et al., 2014; R. J. Griffin, Dunwoody, & Neuwirth, 1999; Robert J. Griffin et al., 2004; Kaufman, Cornish, et al., 2014)</p>	AWARENESS
	<p>แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานที่ได้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน ช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย</p>	<p>การร่วมสื่อสารโดยสมาชิกในชุมชนซึ่งมีลักษณะเป็นผู้นำของชุมชนช่วยลดอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม และกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมได้ (Cornish et al., 2014; L. A. Ford & Yep, 2003; Kaufman, Cornish, et al., 2014; Kesornsri et al., 2014; Limaye et al., 2013; Schiavo, Hilyard, & Skinner, 2016; Sthapitanonda & Gunpai, 2013; Xiao et al., 2013)</p>	ADVOCACY

ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากดำเนินงานวิจัยตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 2 และ 3 และข้อค้นพบที่รองรับโดยแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเรียบเรียงเป็นร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 ร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ร่าง ENGAGE-A³)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ร่างรูปแบบ ENGAGE-A³ (อ่านว่า เอ็น-เกจ-เอ-คิวบ์) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. EARNING TRUST ขั้นได้รับความเชื่อถือ ประกอบด้วย การโน้มน้าวใจด้วยความมีคุณธรรมจริยธรรม (Ethos) ตรรกะที่ถูกต้อง (Logos) และอารมณ์ความรู้สึก (Pathos) นอกจากนี้จะต้องสร้างความสนิทสนม (Rapport) และความน่าไว้วางใจ (Reliability)
2. ENVIRONMENTAL SCANNING ขั้นสำรวจสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย การสำรวจอัตราชุก (Prevalence) การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย (Target Group Profiling) การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม (Time and Space)
3. GETTING LOCAL HELP ขั้นขอความช่วยเหลือจากคนในพื้นที่ ประกอบด้วย การขอความช่วยเหลือจากกลุ่มผู้นำทางความคิด (Opinion Leaders) กลุ่มอาสาสมัครที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง (Peer Volunteers) และกลุ่มหน่วยงานด้านสุขภาพ (Health-Related Entities)

4. ACTION ขั้นดำเนินงาน ประกอบด้วย การกำหนดบทบาท (Role) และหน้าที่รับผิดชอบ (Responsibilities)

5. GAMIFICATION ขั้นดำเนินกิจกรรมในรูปแบบเกม ประกอบด้วย กิจกรรมแบบออฟไลน์ (Offline) และออนไลน์ (Online) โดยกิจกรรมแบบออฟไลน์ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสาธิต การตอบคำถาม โปสเตอร์ การประกาศเสียงตามสาย และกิจกรรมเปิดและปิดโครงการ กิจกรรมแบบออนไลน์ ได้แก่ การใช้เฟซบุ๊ก การโพสต์วิดีโอ การโพสต์ภาพ การตอบคอมเมนต์

6. EVALUATING ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย การวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และความพึงพอใจ (Knowledge, Attitude, Practice, Satisfaction: KAP+S) การวัดความเปลี่ยนแปลงตามแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) การวัดการดำเนินงาน และผลผลิต (Process, and Output) และการเข้าถึงการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT)

การใช้รูปแบบนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ดังนี้

1. ASSESSMENT การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐาน ผู้รับสารจะมีความรู้ที่จำเป็นในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยผู้ใช้รูปแบบจะต้องให้เนื้อหาที่ครอบคลุมถึงโอกาส ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์ด้วยการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีและการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

2. AWARENESS การตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นกลาง โดยผู้รับสารกลุ่มเล็กของชุมชนจะหันมาตระหนักถึงความเสี่ยง โดยผู้ใช้รูปแบบนี้จะต้องกระตุ้นให้เกิดการหารือ และให้ข้อเสนอแนะต่อความเสี่ยง

3. ADVOCACY การช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นสูง โดยผู้รับสารกลุ่มเล็กของชุมชนจะหันมาช่วยสื่อสาร เช่น การเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การนำเกมถามตอบ การเชิญชวนคนให้กดไลค์เฟซบุ๊ก การจัดซุ้มกิจกรรม และการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ ให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย

ร่างรูปแบบ ENGAGE-A³ มีแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่ใช้รองรับรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ สรุปได้ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 สรุปแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่ใช้รองรับร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ร่าง ENGAGE-A³)

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่ใช้รองรับ	องค์ประกอบ
<p>หลักการโน้มน้าวใจ (S. E. Green, 2004)</p> <p>การสร้างความสัมพันธ์ (Rapport) (Bakić-Mirić & Bakić, 2008)</p> <p>ความน่าไว้วางใจ (Reliability) (Walaski, 2011; Wallerstein et al., 2008; Worsley, 1989)</p>	<p>EARNING TRUST</p> <p>ขั้นได้รับความเชื่อถือ</p>
<p>การสำรวจสิ่งแวดล้อม การสำรวจอัตราชุก (Prevalence) การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย (Target Group Profiling) การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม (Time and Space) (C. Airhihnbuwa et al., 2009; Bessette, 2004; Yoon, 1996)</p> <p>การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่เน้นวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย ด้วย PEN-3 Model (C. Airhihnbuwa et al., 2009; C. O. Airhihnbuwa & Obregon, 2000; Collins O. Airhihnbuwa & Webster, 2004; Wallerstein et al., 2008)</p>	<p>ENVIRONMENTAL SCANNING</p> <p>ขั้นสำรวจสภาพแวดล้อม</p>
<p>การขอความช่วยเหลือจากบุคคลในท้องถิ่น การขอความช่วยเหลือจากกลุ่มผู้นำทางความคิด (Opinion Leaders) กลุ่มอาสาสมัครที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง (Peer Volunteers) และกลุ่มหน่วยงานด้านสุขภาพ (Health-Related Entities) (Bessette, 2004; Cornish et al., 2014; Eksteen et al., 2012; K. Ford et al., 2014; Katz et al., 2017; Press, 2011; Wallerstein et al., 2008; Yoon, 1996)</p>	<p>GETTING LOCAL HELP</p> <p>ขั้นขอความช่วยเหลือจากคนในพื้นที่</p>

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่ใช้รองรับ	องค์ประกอบ
<p>การกำหนดบทบาทและหน้าที่ (Walaski, 2011; Wallerstein et al., 2008; Yoon, 1996)</p>	<p>ACTION ขั้นดำเนินงาน</p>
<p>การจัดกิจกรรมการสื่อสารที่แทรกกิจกรรมแบบเกมทั้ง กิจกรรมแบบออฟไลน์ (Offline) และออนไลน์ (Online) โดยกิจกรรมแบบออฟไลน์ ได้แก่ การประชุม เชิงปฏิบัติการ การสาธิต การตอบคำถาม ป้ายประกาศ และกิจกรรมเปิดและปิดโครงการ กิจกรรมแบบ ออนไลน์ ได้แก่ การใช้เฟซบุ๊ก การโพสต์วิดีโอ การโพ สต์ภาพ การตอบคอมเมนต์ (Baelden et al., 2012; Bogam et al., 2016; Cao et al., 2017; Josiah Willock et al., 2015; McCallum, 2012; Wen et al., 2015; Q. Zhang et al., 2017)</p>	<p>GAMIFICATION ขั้นดำเนินกิจกรรมในรูปแบบเกม</p>
<p>การประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และความพึงพอใจ (Jung et al., 2013; Kaufman, Rimal, et al., 2014; Rickert et al., 1991)</p> <p>ตัวแปรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความเป็นไปได้ของการ ปฏิบัติ ปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Becker & Maiman, 1975; Becker et al., 1977; Janz & Becker, 1984; Montgomery et al., 1989; Rosenstock et al., 1988)</p>	<p>EVALUATING ขั้นประเมินผล</p>
<p>แบบจำลองข้ามทฤษฎี (Transtheoretical model) ได้แก่ 1) ขั้นก่อนการพิจารณา 2) ขั้นพิจารณา 3) ขั้น การเตรียมตัว 4) ขั้นปฏิบัติ 5) ขั้นคงพฤติกรรม ซึ่งเป็น ขั้นที่บุคคลหลีกเลี่ยงการกลับสู่ภาวะคืนสภาพเดิม (Relapse) (Brick, Redding, Paiva, Harlow, & Velicer, 2017; Kaufman, Cornish, et al., 2014; Kaufman, Rimal, et al., 2014; Prochaska & DiClemente, 1986)</p>	
<p>กระบวนการและผลผลิต (Walaski, 2011)</p>	

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่ใช้รองรับ	องค์ประกอบ
การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Cornish et al., 2014; Kaufman, Cornish, et al., 2014; Morgan, 2002)	ASSESSMENT การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
การตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Cornish et al., 2014; R. J. Griffin et al., 1999; Robert J. Griffin et al., 2004; Kaufman, Cornish, et al., 2014)	AWARENESS การตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
การร่วมสื่อสารโดยชุมชน (Cornish et al., 2014; L. A. Ford & Yep, 2003; Kaufman, Cornish, et al., 2014; Kesornsri et al., 2014; Limaye et al., 2013; Lionis et al., 2016; Ovalle et al., 2017; Schiavo et al., 2016; Wallerstein et al., 2008; Xiao et al., 2013)	ADVOCACY การช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

6.2 ผลการรับฟังความคิดเห็นและรับรองรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่านที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความเหมาะสมในการนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ร่าง ENGAGE-A³) ไปปรับใช้สรุปผลได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเหมาะสมของร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ร่าง ENGAGE-A³)

รายการ	\bar{x}	SD	แปลผล
ขั้นตอน			
1. ชั้นได้รับความเชื่อถือ	4.45	0.78	เหมาะสมอย่างมาก
2. ชั้นสำรวจสภาพแวดล้อม	4.27	0.75	เหมาะสมอย่างมาก
3. ชั้นขอความช่วยเหลือจากคนในพื้นที่	4.36	0.77	เหมาะสมอย่างมาก
4. ชั้นดำเนินงาน	4.36	0.64	เหมาะสมอย่างมาก
5. ชั้นดำเนินกิจกรรมแบบเกม	4.45	0.50	เหมาะสมอย่างมาก
6. ชั้นประเมินผล	4.18	0.57	เหมาะสม
ผลจากการใช้รูปแบบ			
7. การนำไปสู่การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์	4.27	0.62	เหมาะสมอย่างมาก
8. การนำไปสู่การตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์	4.00	0.60	เหมาะสม
9. การนำไปสู่การช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์	4.00	0.60	เหมาะสม
รวม	4.26	0.50	เหมาะสมอย่างมาก

ตารางที่ 27 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเหมาะสมของร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ร่าง ENGAGE-A³) โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมอย่างมาก ($\bar{x} = 4.26$, $SD = 0.50$)

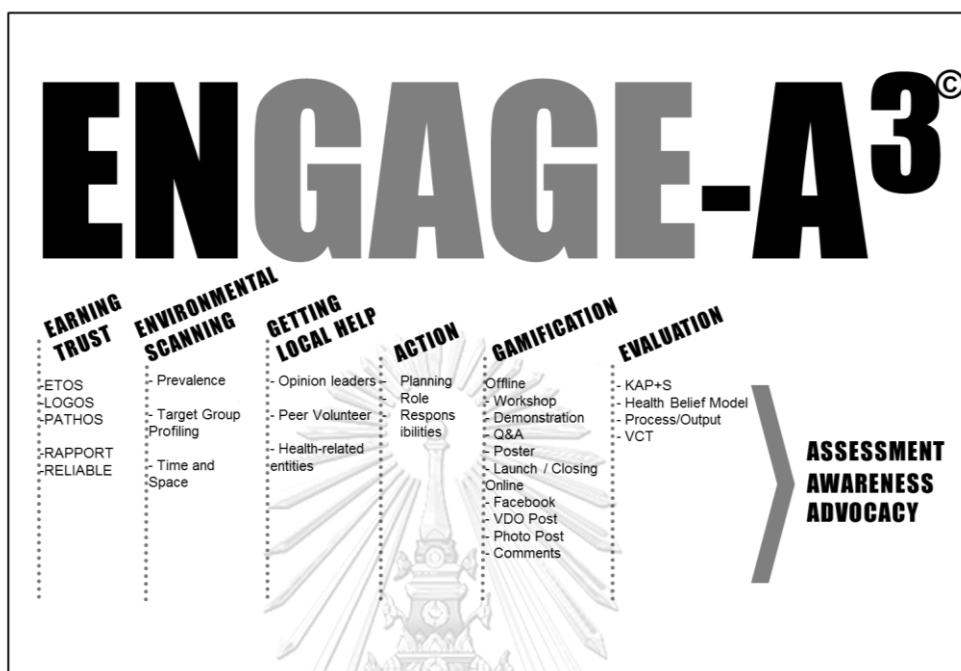
เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับเหมาะสมอย่างมาก ได้แก่ ชั้นได้รับความเชื่อถือ ชั้นสำรวจสภาพแวดล้อม ชั้นขอความช่วยเหลือจากคนในพื้นที่ ชั้นดำเนินงาน ชั้นดำเนินกิจกรรมแบบเกม ($\bar{x} = 4.45$, 4.27 , 4.36 , 4.36 และ 4.45) ตามลำดับ ส่วนชั้นการประเมินผลอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x} = 4.18$, $SD = 0.57$)

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวข้องกับผลที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบนี้ไปใช้ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดคือ การนำไปสู่การประเมินถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ซึ่งอยู่ในระดับเหมาะสมอย่างมาก ($\bar{x} = 4.27$, $SD = 0.62$) ส่วนการนำไปสู่การตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์และการช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์อยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x} = 4.00$, $SD = 0.60$)

ตารางที่ 29 สรุปข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และสิ่งที่ได้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้วิจัยปรับปรุง
- ควรเพิ่มการวางแผน โดยให้นำข้อมูลของสถานการณ์และกลุ่มเป้าหมายมาใช้ในการวางแผน และกำหนดบทบาท	- ในองค์ประกอบ Action ผู้วิจัยได้เพิ่มการวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนแรกก่อนที่จะดำเนินการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน
- ควรหันลูกศรไปทางผลที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบนี้ไปใช้	- ผู้วิจัยได้ปรับปรุงหัวลูกศรตามที่คุณทรงคุณวุฒิเสนอแนะ
- ควรเพิ่มที่มา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่รองรับรูปแบบนี้	- ผู้วิจัยได้เพิ่มตารางสรุปที่มา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่รองรับรูปแบบนี้
- ควรเพิ่มแผนการจัดกิจกรรม	- ผู้วิจัยได้เพิ่มแผนการจัดกิจกรรม โดยบรรจุตัวอย่างไว้ที่ภาคผนวก 5

ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้รูปแบบการสื่อสาร ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ENGAGE-A³)
ที่ได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ตารางที่ 30 แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้รองรับองค์ประกอบที่เพิ่มเติมในรูปแบบการสื่อสาร ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

องค์ประกอบ	แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้รองรับ
ACTION ขั้นดำเนินงาน	การวางแผน (Planning) (Issel & Wells, 2017; ยุกต เบ็ญจ จรงค์กิจ, 2554)

ตารางที่ 29 แสดงแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้รองรับองค์ประกอบที่เพิ่มเติมในรูปแบบ การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย โดยองค์ประกอบที่ 4. ACTION ขั้นดำเนินงาน ได้เพิ่ม การวางแผน (Planning) โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีของ Issel and Wells (2017); ยุกต เบ็ญจจรงค์กิจ (2554)

6.3 ผลการอธิบายรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

รูปแบบ ENGAGE-A³ (อ่านว่า เอ็น-เกจ-เอ-คิวบ์) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นได้รับความเชื่อถือ (Earning Trust) ประกอบด้วย การโน้มน้าวใจด้วยความมีคุณธรรมจริยธรรม (Etos) ตรรกะที่ถูกต้อง (Logos) และอารมณ์ความรู้สึก (Pathos) การสร้างความสนิทสนม (Rapport) และ ความน่าไว้วางใจ (Reliability)

ผู้ใช้รูปแบบนี้จะต้องสร้างและรักษาความเชื่อถือโดยเป็นการเป็นผู้มีจริยธรรมในการทำงานในทุกขั้นตอน ไม่แสวงหาผลประโยชน์จากการดำเนินงาน ไม่เอาเปรียบผู้ที่มาร่วมดำเนินการ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องและทันสมัย มีจิตใจเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ มีความตั้งใจที่ต้องการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ในประเทศไทย สามารถตอบข้อสงสัยจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรพัฒนาเอกชน เจ้าของโรงงาน อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน และผู้ช่วยวิจัยได้ด้วยการอธิบายที่มาของการเลือกประเด็นปัญหา กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ และกระบวนการ โดยอ้างอิงสถิติและรายงานต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือ มีคณะทำงานที่มีความรู้ด้านความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ มีประสบการณ์และเข้าใจบริบทของชาวเมียนมาร์ในประเทศไทย และนำเสนอข้อมูลด้วยความอารมณ์เป็นห่วงและกังวลต่อความเสี่ยง จากนั้นมีการหารือกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องจนเกิดความสนิทสนม และให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเมื่อมีโอกาส และทำตามคำสัญญาที่ให้ไว้ต่าง ๆ จนเกิดความน่าไว้วางใจ

2. ขั้นสำรวจสภาพแวดล้อม (Environmental Scanning) ประกอบด้วย การสำรวจอัตราชุก (Prevalence) การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย (Target Group Profiling) การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม (Time and Space)

ผู้ใช้รูปแบบนี้จะต้องทำการสำรวจอัตราชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ จากนั้นเก็บข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่มกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินกิจกรรมด้วยการสัมภาษณ์ และระดมความคิดเห็นจากหัวหน้าฝ่ายบุคคลและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน และการสำรวจพื้นที่เป้าหมาย เพื่อให้ทราบลักษณะวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติในโรงงานนั้น ๆ

3. ขั้นขอความช่วยเหลือจากคนในพื้นที่ (Getting Local Help) ประกอบด้วย การขอความช่วยเหลือจาก กลุ่มผู้นำทางความคิด (Opinion Leaders) กลุ่มอาสาสมัครที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง (Peer Volunteers) และกลุ่มหน่วยงานด้านสุขภาพ (Health-Related Entities)

ผู้ใช้รูปแบบนี้จะขอความช่วยเหลือจากกลุ่มผู้นำทางความคิดในโรงงาน เช่น เจ้าของโรงงาน หัวหน้าฝ่ายบุคคลชาวไทย หัวหน้าฝ่ายบุคคลชาวเมียนมาร์ ในการขอความอนุเคราะห์ใช้พื้นที่ในการจัดประชุม และดำเนินกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยง ตลอดจนการคัดเลือกแรงงานข้ามชาติที่น่าจะสนใจกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านเอชไอวีมาเข้าร่วมประชุม จากนั้นผู้ใช้รูปแบบนี้จะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์และขอให้กลุ่มแรงงานที่มาเข้าประชุม และตัวแทนหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ที่มีความเข้าใจในบริบทและความต้องการของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบสื่อและกิจกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนตรวจทานสื่อที่จะนำมาใช้ เพื่อให้ได้รูปแบบสื่อและกิจกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับพื้นที่และมาร่วมเป็นพี่เลี้ยง

4. ขั้นดำเนินงาน (Action) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การกำหนดบทบาท (Roles) และหน้าที่รับผิดชอบ (Responsibilities)

ผู้ใช้รูปแบบนี้จะต้องขอให้กลุ่มแรงงานที่มาเข้าประชุมอย่างต่อเนื่องและมีศักยภาพ ซึ่งในขั้นนี้เรียกว่า “แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน” ร่วมกันวางแผนโดยใช้แผนการจัดกิจกรรมเป็นแนวทาง (ภาคผนวก 5) และร่วมกันกำหนดบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง ซึ่งบทบาทที่สำคัญได้แก่ การเป็นผู้ประสานงาน การเป็นผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล และโดยแต่ละคนจะมีหน้าที่รับผิดชอบแตกต่างกัน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานที่เป็นหัวหน้าฝ่ายบุคคลชาวเมียนมาร์ ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยต่าง ๆ ในโรงงานในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เช่น ลำโพง สายไฟ จอภาพ สถานที่เก็บอุปกรณ์ เป็นต้น และทำหน้าที่ประสานกับหัวหน้าฝ่ายบุคคลชาวไทยในการประกาศให้หัวหน้าฝ่ายผลิตอนุญาตและกระตุ้นให้คนงานออกมาทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้น ในขณะที่อาสาสมัครคนอื่น ๆ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดซุ้มกิจกรรม และนำเกมในซุ้มกิจกรรมที่มีอยู่ได้แก่ การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย การเล่นเกมตอบคำถาม การถ่ายภาพและกดไลค์แฟนเพจ โดยการแบ่งหน้าที่จะคำนึงถึงความถนัดของแต่ละคน และเป็นไปตามความสมัครใจ โดยก่อนวันงาน นักส่งเสริมสุขภาพจะต้องประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสาธิตวิธีการนำเกม จากให้อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานทุกคนได้แสดงความสามารถของตนเองเพื่อให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานลงมติ ร่วมกันในการมอบหมายหน้าที่ โดยบางคนควรได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ “ดึงคน” เข้ามาในซุ้มกิจกรรม เพราะเป็นบุคคลที่แรงงานข้ามชาติในโรงงานให้ความสนใจ

5. ขั้นดำเนินการกิจกรรมแบบเกม (Gamification) ประกอบด้วย กิจกรรมแบบออฟไลน์ (Offline) และออนไลน์ (Online) โดยกิจกรรมแบบออฟไลน์ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การสาธิต (Demonstration) การตอบคำถาม (Q&A) ป้ายประกาศ (Poster) การประกาศเสียงตามสาย (Public announcement) และกิจกรรมเปิดและปิดโครงการ (Launch/Closing) กิจกรรมแบบออนไลน์ ได้แก่ การใช้เฟซบุ๊ก (Facebook) การโพสต์วิดีโอ (VDO Post) การโพสต์ภาพ (Photo Post) การตอบคอมเมนต์ (Comments)

ผู้ใช้รูปแบบนี้จะต้องออกแบบกิจกรรมในรูปแบบเกม ซึ่งมีการให้รางวัลเล็กน้อยเพื่อจูงใจผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยในระหว่างการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) จะมีการให้รางวัลแก่อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานที่สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง และมีการมอบเสื้อที่มีตราสัญลักษณ์โครงการกับอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานที่สัญญาว่าจะมาช่วยงานในวันเปิดและปิดโครงการ โดยในพิธีปิดโครงการยังมีการมอบเข็มที่มีตราสัญลักษณ์โครงการเพื่อแสดงความขอบคุณจากโครงการที่อาสาสมัครผู้นั้นได้ช่วยเหลือกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงด้วยดีมาตลอด

ในระหว่างกิจกรรมเปิดและปิดโครงการ มีการเล่นเกมและให้รางวัล ดังนี้ ผู้ใช้รูปแบบนี้จะต้องจัดเตรียมบัตรสะสมแต้มไปแล้ว โดยเมื่อแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานซึ่งเป็นผู้รับสารเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมในซุ้มสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย (Demonstration) ซุ้มตอบคำถาม (Q&A) ซุ้มถ่ายภาพและกดไลค์เฟซบุ๊ก (Facebook) จะได้รับการติดสะสมแต้มซุ้มละ 1 ดวงเมื่อผ่านการทำกิจกรรมครบ 3 ซุ้มแล้วจึงได้รับรางวัล

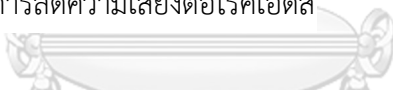
นอกจากนี้ในกิจกรรมแบบออนไลน์บนเฟซบุ๊ก (Facebook) ผู้ใช้รูปแบบนี้จะมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์โพสต์วิดีโอ (VDO Post) และตั้งคำถาม 4 ข้อที่แรงงานข้ามชาติสามารถหาคำตอบได้จากการชมวิดีโอ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ การรักษา และสิทธิรักษา และการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานที่เข้ามาตอบได้ถูกต้องเป็นคนแรกจะได้รับรางวัลเป็นบัตรโทรศัพท์ในพิธีปิดโครงการ นอกจากนี้ยังมีการโพสต์ภาพ (Photo Post) ของหัวหน้างาน เพื่อนพนักงาน สลับกับภาพที่ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เพื่อให้แฟนเพจนี้มีจุดดึงดูดใจอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังมีการมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานเข้ามาตอบคอมเมนต์ (Comments) โดยมีผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลและเผื่อระวังไม่ให้มีการตอบคำถามที่ไม่ถูกต้อง

6. ขั้นประเมินผล (Evaluating) ประกอบด้วย การวัดความรู้ ทักษะ ทักษะ และความพึงพอใจ (Knowledge, Attitude, Practice, Satisfaction: KAP+S) การวัดความเปลี่ยนแปลงตามแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) และการวัดการ

ดำเนินงาน และผลผลิต (Process, Output) และควรมีการจัดหาบริการการให้คำปรึกษา และตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT)

ผู้ใช้งูรูปแบบนี้จะต้องประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมโดยแบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงร่วมกับการสัมภาษณ์ เพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ทักษะการรับมือโรคเอดส์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โดยดัดแปลงมาจากการแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพซึ่งให้ความสำคัญกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการป้องกันความเสี่ยง นอกจากนี้ยังทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานที่เข้าร่วมเป็นแกนนำในการดำเนินงานกิจกรรม

ผู้ใช้งูรูปแบบนี้ต้องวัดผลจากการดำเนินงานและผลผลิต ตามที่ระบุไว้ในแผนการจัดกิจกรรมจำนวน 10 แผน ตั้งแต่ขั้นตอนการประชุมชี้แจงโครงการ การประชุมมอบหมายงาน จนไปถึงการเก็บข้อมูลเพื่อวัดผลการดำเนินงานหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจว่าการโครงการมีการดำเนินการตามขั้นตอนที่จำเป็น และได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในแต่ละขั้นตอน ผู้ใช้งูรูปแบบนี้ยังต้องเชิญให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นชาวเมียนมาร์ในพื้นที่ มาช่วยทำหน้าที่กำกับดูแล การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย การเฉลยข้อคำถามให้ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ใช้งูรูปแบบนี้ยังกระตุ้นให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เข้าถึงการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ เพราะการเข้ารับบริการแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสมต่อการลดความเสี่ยงต่อโรคเอดส์



การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการใช้งูรูปแบบ ENGAGE-A³ มี 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Assessment) เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐาน ผู้รับสารจะมีความรู้ที่จำเป็นในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยผู้ใช้งูรูปแบบจะต้องให้เนื้อหาที่ครอบคลุมถึง โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลประโยชน์และอุปสรรค การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยความรู้เหล่านี้จะถูกถ่ายทอดในระหว่างการดำเนินงานในทุกกิจกรรม ตั้งแต่การชี้แจงและแนะนำโครงการให้กับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประชุมให้ความรู้ในกลุ่มอาสาสมัคร และการดำเนินงานแบบออฟไลน์ และออนไลน์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

2. ระดับการตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Awareness) เป็นการเปลี่ยนแปลงชั้นกลาง ผู้รับสารกลุ่มเล็ก ๆ ของชุมชนจะหันมาตระหนักต่อความเสี่ยง โดยผู้ใช้รูปแบบนี้จะต้องกระตุ้นให้เกิด การหารือ และให้เสนอแนะเพื่อการลดความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยเนื้อหาที่ควรนำเสนอต่อผู้รับสาร ได้แก่ ตัวอย่างสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงที่หน่วยงานอื่นเคยใช้ในการสร้างความตระหนักให้กับคนเป็นจำนวนมาก จุดเน้นสำคัญคือการเปิดโอกาสให้กลุ่มแกนนำหารือกัน ในการประยุกต์ตัวอย่างเหล่านั้นมาใช้ให้เหมาะสมกับโรงงานของตน

3. ระดับการช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Advocacy) เป็นการเปลี่ยนแปลงชั้นสูง ผู้รูปแบบนี้จะต้องเสริมทักษะในการปฏิบัติหน้าที่สื่อสารความเสี่ยงให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียน มาร์ที่มาเข้าร่วมประชุม โดยเนื้อหาที่ถ่ายทอด ได้แก่ การเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ การสาธิต การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การนำเกมถามตอบ การเชิญชวนคนให้กดไลค์เฟซบุ๊ก การจัดซุ้ม กิจกรรม และการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ เพราะกลุ่มแกนนำนี้จะกลายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ในโรงงานที่จะช่วยสื่อสารความเสี่ยงให้กับเพื่อนแรงงานข้ามชาติในโรงงาน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงในกลุ่มแรงงาน ข้ามชาติเมียนมาร์ต่อไป



บทที่ 7

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย” เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย 2) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย และ 3) เพื่อพัฒนาารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

การวิจัยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจด้วยแบบสอบถามในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์สังกัดกรมควบคุมโรคจำนวน 106 คน และกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย 386 คนจากทั่วประเทศ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ผู้วิจัยได้คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายซึ่งเป็นโรงงานที่ประกอบกิจการต่อเนื่องจากการประมง 1 โรง ในจังหวัดสมุทรสาคร จากนั้นทำการสำรวจพื้นที่เป้าหมายเป็นเวลา 5 วัน สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในพื้นที่เป้าหมาย 10 คน จัดการสนทนากลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน เป็นชาย 1 กลุ่ม และหญิง 1 กลุ่ม จากนั้นประชุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสื่อและกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาศักยภาพแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เข้าร่วมประชุม

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย เก็บข้อมูล 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การสำรวจความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นผู้รับสารเป้าหมาย และ 3) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการร่างรูปแบบฯ จากนั้นจัดสนทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ และอธิบายรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อการนำไปใช้

7.1 สรุปผลการวิจัย

7.1.1 สภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

ก. สภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 106 คน เป็นหญิงมากกว่าชาย มีอายุ 23-30 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา บุคลากรทุกคนระบุว่าประเด็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่จำเป็นต้องสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ คือการป้องกัน รองลงมาคือการสาเหตุการติดต่อและอาการ ปัญหาโดยรวมในการทำงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยมีความรุนแรงปานกลาง โดยปัญหาที่มีความรุนแรงมาก ได้แก่ การที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่าและปัญหาการไม่มีสื่อที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในขณะที่ปัญหาที่มีความรุนแรงน้อย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์มักเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ถูกคนกีดขวางไม่ทำให้ได้รับข้อมูล แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ไม่มีความเชื่อมั่นคุณภาพในการป้องกันโรคของหน่วยงานสาธารณสุขของไทย โดยสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน โปสเตอร์ และประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน

ข. สภาพปัญหาและความคิดเห็นของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย เกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในประเทศไทย

แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยมักประกอบอาชีพเป็นพนักงานในโรงงาน แปรรูปสินค้าประมง รองลงมาคือ คนงานก่อสร้าง มีทักษะการสื่อสารภาษาไทย ในด้านการเขียนและการอ่านในระดับไม่ใช่มาก และการฟังและการพูดในระดับไม่ดี แหล่งข่าวสารความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย 3 อันดับแรก ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อนชาวพม่า และเพื่อนร่วมงานชาวพม่า นอกจากนี้กลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์จำนวนมากไม่เคยได้รับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์เลย ข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต้องการมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อมูลด้านการป้องกัน ข้อมูลด้านการติดต่อ และข้อมูลด้านการรักษา ปัญหาที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยพบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความไม่เข้าใจสื่อเพราะสื่อเรื่องโรคเอดส์มักเป็นภาษาไทย ความไม่เข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้อยู่ในสื่อ และการไม่เคยได้รับสื่อ แหล่งข่าวสารและช่องทางการสื่อสารความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต้องการได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์มากเป็น 3 อันดับแรก คือ การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน ข้อความและรูปภาพผ่านเฟซบุ๊ก และวีซีดี ภาพยนตร์สั้น แหล่งข่าวสารและช่องทางการสื่อสารความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่กลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต้องการได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์น้อยเป็น 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ ช่องทางอื่น ๆ เช่น การให้สุขศึกษาในที่พักอาศัย หรือบนเรือประมง โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น และข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ ระดับความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเมื่อได้รับสื่อเรื่องโรคเอดส์เป็นภาษาไทยจะอยู่ในระดับค่อนข้างเข้าใจ แต่ถ้าอยู่ในภาษาพม่าจะอยู่ในระดับเข้าใจ สื่อภาษาพม่าที่แรงงานข้ามชาติเข้าใจมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล โปสเตอร์ สื่ออื่น ๆ เช่น เพื่อน ครู เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรพัฒนาเอกชน และประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน กลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้เฟซบุ๊ก โดยในกลุ่มที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ภาษาที่ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ต้องเป็นภาษาพม่า ดำเนินสื่อสารอย่างต่อเนื่องเป็นประจำในโรงงาน มีรูปแบบที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ ส่งเสริมให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีและสอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัย ควรใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น เฟซบุ๊ก ภาพยนตร์สั้น หนังสือเล่มเล็ก และประชุมกลุ่มย่อย นอกจากนี้ยังต้องการให้จัดการบริการอย่างเท่าเทียมกันไม่เลือกปฏิบัติระหว่างคนไทยกับคนพม่า และส่งเสริมให้คนที่มิเชื่อเอชไอวีและคนที่ไม่เชื่อเอชไอวีอยู่ร่วมกันได้

7.1.2 ผลการพัฒนาสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์เป็นการนำข้อมูลจากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 มาพิจารณาประกอบทำให้ได้สื่อและกิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

สื่อที่ใช้ประกอบด้วย ภาพยนตร์สั้น หนังสือเล่มเล็ก โปสเตอร์ ประกาศเสียงตามสายในโรงงานและเฟซบุ๊กแฟนเพจ มีเนื้อหาหลักคือการติดต่อ อากา การรักษา การป้องกัน สิทธิการรักษา โดยทุกสื่อกระจายทั้งในงานเปิดและปิดโครงการและตลอดช่วงกิจกรรมซึ่งมีระยะเวลา 2 สัปดาห์ ยกเว้นการประกาศเสียงตามสายในโรงงานซึ่งจะไม่มีการประกาศในช่วงเปิดและปิดโครงการแต่มีการประกาศตลอดช่วงกิจกรรมซึ่งมีระยะเวลา 2 สัปดาห์

กิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นทดสอบก่อนดำเนินการ ขั้นดำเนินการ และ ขั้นทดสอบหลังดำเนินการ มีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยสรุปได้ดังนี้

1. ขั้นวางแผน มีการประชุม 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1-3 ก่อนกิจกรรมสื่อสาร โดยเป็นการประชุมชี้แจงโครงการ รับฟังความคิดเห็น และเสริมศักยภาพแกนนำ ในการประชุมครั้งแรกมีแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเข้าร่วมประชุมจำนวนประมาณ 15 คน และครั้งที่ 2 มีจำนวนแรงงานข้ามชาติลดลงเหลือจำนวนประมาณ 10 คน และในครั้งที่ 3 เหลือจำนวน 8 คนที่ยินดีเป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

2. ขั้นทดสอบก่อนดำเนินการ เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระดับการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานก่อนการดำเนินการ 1 วัน ในสัปดาห์ที่ 4

3. ขั้นดำเนินการ เป็นการร่วมกันจัดกิจกรรมและเผยแพร่สื่อ ดำเนินการในช่วงสัปดาห์ที่ 4-5 มีระยะเวลารวม 2 สัปดาห์ โดยกิจกรรมแบ่งเป็น กิจกรรมเปิดโครงการ กิจกรรมเผยแพร่สื่อในโรงงาน กิจกรรมเผยแพร่ในสื่อออนไลน์ และกิจกรรมปิดโครงการ

4. ขั้นทดสอบหลังการใช้สื่อและกิจกรรม เป็นการร่วมกันเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ แบ่งเป็นการทดสอบหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน ในสัปดาห์ที่ 6 และการทดสอบหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 8

7.1.3 ผลการใช้สื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

1. ผลการสำรวจความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยชาย 100 คน และหญิง 100 คน มีช่วงอายุ 20-30 ปี และช่วงอายุ 26-30 ปี ใกล้เคียงกัน มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนมากอยู่ในประเทศไทย และอยู่ในโรงงานเป้าหมายเป็นเวลาน้อยกว่า 1 ปี สื่อที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานได้รับมากที่สุด คือ แคนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน โปสเตอร์ และกิจกรรมเปิดโครงการ โปสต์บนเฟซบุ๊ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค การใช้ถุงยางอนามัยและการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ในการเก็บข้อมูลก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน หลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบ One-Way ANOVA with Repeated Measure โดยหากพบความแตกต่างจึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ (Post hoc test) ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) สรุปได้ว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ในการเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และคงอยู่ในระดับสูง เมื่อเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับเหมาะสมมากไม่เปลี่ยนแปลงในการเก็บข้อมูลทั้ง 3 ครั้ง

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับเหมาะสมมาก จากนั้นลดลงเป็นระดับเหมาะสมในการเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และคงอยู่ในระดับเหมาะสมเมื่อเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นจากระดับเหมาะสม เป็นระดับเหมาะสมมากในการเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และคงอยู่ในระดับเหมาะสมมากเมื่อเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคเพิ่มขึ้นจากระดับเหมาะสมปานกลาง เป็นระดับเหมาะสมในการเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และคงอยู่ในระดับเหมาะสมเมื่อเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้นจากระดับเหมาะสมเป็นระดับเหมาะสมมากในการเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และคงอยู่ในระดับเหมาะสมมากเมื่อเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์

ค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากระดับขั้นพิจารณาเป็นระดับขั้นเตรียมการในการเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และคงอยู่ในระดับขั้นเตรียมการเมื่อเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์

ค่าเฉลี่ยคะแนนการตรวจหาเชื้อเอชไอวีหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วันอยู่ในระดับขั้นพิจารณาจากนั้นลดลงในการเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ แต่ยังคงอยู่ในระดับขั้นพิจารณาเช่นเดิม

2. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นผู้รับสารเป้าหมาย

ในช่วงก่อนใช้สื่อและกิจกรรมพบว่าแรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้รับสารเป้าหมายส่วนใหญ่รู้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หายและร้ายแรงถึงชีวิต ทราบสาเหตุการติดต่อ ระบุว่าการป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพราะจะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ที่น่าสงสาร กลุ่มตัวอย่างไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยจะทำให้ความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ลดลง มีความรู้สึกอายในการขอหรือซื้อถุงยางมาใช้ คิดว่าการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีการที่ดีที่จะทำให้ทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี แต่ส่วนมากก็ยังไม่เคยตรวจ และเข้าใจว่าการตรวจร่างกายประจำปีและการตรวจร่างกายเมื่อทำบัตรประจำตัวคนต่างด้าวเป็นการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ผู้ที่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี คือ กลุ่มที่ไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

หลังจากการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจที่มีต่อการจัดกิจกรรม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างยิ่งต่อการจัดกิจกรรม เนื่องจากเป็นโอกาสที่ไม่บ่อยนักที่จะทำให้แรงงานในโรงงานได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค โดยหนังสือเล่มเล็กที่แจกในงานเป็นสื่อที่ดีมากและแตกต่างจากโครงการอื่นที่ผ่านมาที่แจกถุงยางอนามัยและแผ่นพับเท่านั้น

3) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานมีความพึงพอใจที่ได้รับความรู้และทักษะที่ตนเองไม่เคยได้รู้มาก่อน มีความภาคภูมิใจที่ได้มีโอกาสเผยแพร่ความรู้ที่ตนเองได้รับแก่เพื่อนร่วมงาน ตั้งใจจะให้กำลังใจและอธิบายถึงการเข้าถึงสิทธิในการรักษาแก่เพื่อนที่เข้ามาปรึกษา และจะปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างในการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และตรวจหาเชื้อเอชไอวี

7.1.4 การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ในประเทศไทย

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการดำเนินงานวิจัยตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 2 และ 3 และทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทำการสรุปเป็นองค์ประกอบหลักของการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ จากนั้นเรียบเรียงองค์ประกอบที่ได้ตามขั้นตอนที่ต้องดำเนินการ และผลที่จะได้จากการดำเนินการ จากนั้นทำการร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ดังภาพที่ 12 ในบทที่ 6 โดยมีเนื้อหาที่สรุปได้ดังนี้

ร่างรูปแบบ ENGAGE-A³ (อ่านว่า เอ็น-เกจ-เอ-คิวบ์) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. EARNING TRUST ขั้นได้รับความเชื่อถือ
2. ENVIRONMENTAL SCANNING ขั้นสำรวจสภาพแวดล้อม
3. GETTING LOCAL HELP ขั้นขอความช่วยเหลือจากคนในพื้นที่
4. ACTION ขั้นดำเนินงาน
5. GAMIFICATION ขั้นดำเนินกิจกรรมในรูปแบบเกม
6. EVALUATING ขั้นประเมินผล

การใช้รูปแบบนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ดังนี้

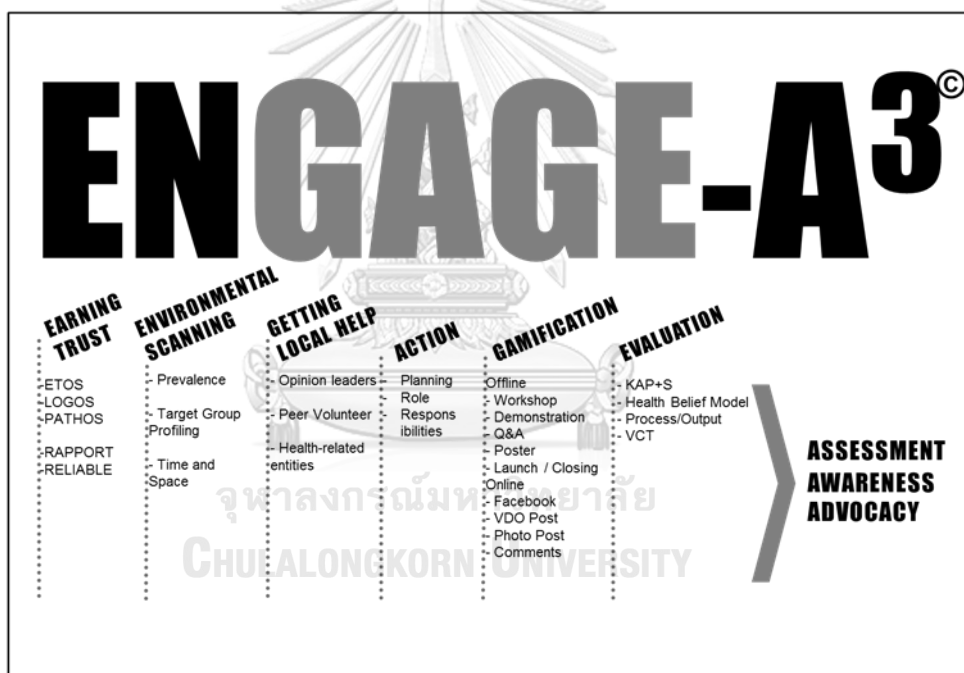
1. ASSESSMENT การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
2. AWARENESS การตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
3. ADVOCACY การช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

ผลการรับฟังความคิดเห็นและรับรองรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย พบว่า ร่างรูปแบบ ENGAGE-A³ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมอย่างมาก ทั้งนี้ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับเหมาะสมอย่างมาก ได้แก่ ขั้นได้รับความเชื่อถือ ขั้นสำรวจสภาพแวดล้อม ขั้นขอความช่วยเหลือจากคนในพื้นที่ ขั้นดำเนินงาน ขั้นดำเนินกิจกรรมแบบเกม ส่วนขั้นการประเมินผลอยู่ในระดับเหมาะสม

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ 3 ด้านที่เกี่ยวข้องกับผลที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบนี้ไปใช้ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดคือ การนำไปสู่การตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์อยู่ในระดับเหมาะสมอย่างมาก การนำไปสู่การตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และการช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์อยู่ในระดับเหมาะสม

ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เพิ่มการวางแผนในขั้นตอนดำเนินการ เปลี่ยนทิศทางของหัวข้อการ แสดงที่มา ทฤษฎีแนวคิด และงานวิจัยที่ใช้รองรับรูปแบบนี้ และจัดทำแผนกำกับกิจกรรม จากนั้นที่ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิจึงมีมติรับรองรูปแบบ ENGAGE-A³ ที่ได้พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 12 รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ENGAGE-A³)

ภาพที่ 12 แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย สามารถเรียงเป็นคำได้ว่า ENGAGE-A³ (อ่านว่า เอ็น-เกจ-เอ-คิวบ์) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นได้รับความเชื่อถือ (Earning Trust) เป็นขั้นที่ผู้ใช้รูปแบบนี้ทำการโน้มน้าวใจผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมายด้วยการเป็นผู้คุณธรรมจริยธรรม (Etos) มีการใช้ข้อมูล เหตุผลที่ถูกต้องในการดำเนินงาน (Logos) และมีอารมณ์ความรู้สึก (Pathos) เป็นห่วงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ และสร้างความสนิทสนม (Rapport) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สร้างความน่าไว้วางใจ (Reliability) โดยช่วยเหลือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เมื่อมีโอกาส

2. ขั้นสำรวจสภาพแวดล้อม (Environmental Scanning) เป็นขั้นที่ผู้ใช้รูปแบบนี้สำรวจอัตราชุก (Prevalence) ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในพื้นที่เป้าหมาย การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย (Target Group Profiling) และการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม (Time and Space) ในการดำเนินการกระจายสื่อและจัดกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่เป้าหมาย

3. ขั้นขอความช่วยเหลือจากคนในพื้นที่ (Getting Local Help) เป็นขั้นที่ผู้ใช้รูปแบบนี้ขอความช่วยเหลือจากกลุ่มผู้นำทางความคิด (Opinion Leaders) ในโรงงานเป้าหมาย และกระตุ้นให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมายที่มีศักยภาพเป็นกลุ่มอาสาสมัคร (Peer Volunteers) เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับร่างสื่อและกิจกรรม เชิญชวนผู้รับสารเป้าหมาย ร่วมดำเนินงาน และประเมินผล เพราะจะทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมได้ นอกจากนี้ผู้ใช้รูปแบบนี้ยังควรขอความช่วยเหลือจากบุคลากรจากหน่วยงานด้านสุขภาพ (Health-Related Entities) ที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมายให้เข้ามาให้คำแนะนำ และเป็นพี่เลี้ยง

4. ขั้นดำเนินงาน (Action) เป็นขั้นตอนที่ผู้ใช้รูปแบบนี้ทำการวางแผน (Planning) การสื่อสารความเสี่ยงร่วมกับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน โดยการกำหนดบทบาท (Roles) และหน้าที่รับผิดชอบ (Responsibilities) ของแต่ละคนต่อความสามารถและความสมัครใจ เช่น บางคนทำหน้าที่เป็นผู้นำเกมในซุ้มกิจกรรม บางคนทำหน้าที่เป็นผู้เชิญชวนให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เป็นผู้รับสารเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม และบางคนทำหน้าที่เป็นผู้อ่านบทประกาศเสียงตามสาย

5. ขั้นดำเนินกิจกรรมแบบเกม (Gamification) เป็นขั้นที่ผู้ใช้รูปแบบนี้ดำเนินกิจกรรมแบบเกม ซึ่งมีความสนุกและมีรางวัลเล็กน้อยเพื่อจูงใจ โดยมีทั้งการให้ร่วมกิจกรรมแบบออฟไลน์ (Offline) และแบบออนไลน์ (Online) โดยกิจกรรมแบบออฟไลน์ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การสาธิต (Demonstration) การตอบคำถาม (Q&A) ป้ายประกาศ (Poster) การประกาศเสียงตามสาย (Public announcement) และกิจกรรมเปิดและปิดโครงการ (Launch/Closing) กิจกรรมแบบออนไลน์ ได้แก่ การใช้เฟซบุ๊ก (Facebook) การโพสต์วิดีโอ (VDO Post) การโพสต์ภาพ (Photo Post) การตอบคอมเมนต์ (Comments)

6. ขั้นประเมินผล (Evaluating) เป็นขั้นที่ผู้ใช้รูปแบบนี้ทำการประเมินการใช้สื่อและ กิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในโรงงานเป้าหมาย ประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และความพึงพอใจ (Knowledge, Attitude, Practice, Satisfaction: KAP+S) การประเมินความเปลี่ยนแปลงตามแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) และการประเมินเชิงกระบวนการและผลผลิต (Process, Output) และควรมีการจัดหาบริการการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT) เพื่อนำยอดของผู้เข้ารับการตรวจเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลด้วย

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบ ENGAGE-A³ มี 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Assessment) เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้น พื้นฐาน ผู้รับสารจะมีความรู้ที่จำเป็นในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยผู้ใช้รูปแบบจะต้องให้ เนื้อหาที่ครอบคลุมถึง โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลประโยชน์และอุปสรรค การใช้ถุงยางอนามัยอย่าง ถูกวิธี และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยความรู้เหล่านี้จะถูกถ่ายทอดในระหว่างการดำเนินงานในทุก กิจกรรม ตั้งแต่การชี้แจงและแนะนำโครงการให้กับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประชุมให้ความรู้ใน กลุ่มอาสาสมัคร และการดำเนินกิจกรรมแบบออฟไลน์ และออนไลน์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

2. ระดับการตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Awareness) เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้น กลาง ผู้รับสารกลุ่มเล็ก ๆ ของชุมชนจะหันมาตระหนักต่อความเสี่ยง โดยผู้ใช้รูปแบบนี้จะต้องกระตุ้น ให้เกิดการหารือ และให้เสนอแนะเพื่อการลดความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยเนื้อหาที่ควรนำเสนอต่อผู้รับ สาร ได้แก่ ตัวอย่างสื่อและกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงที่หน่วยงานอื่นเคยใช้ในการสร้างความ ตระหนักให้กับคนเป็นจำนวนมาก จุดเน้นสำคัญคือการเปิดโอกาสให้กลุ่มแกนนำหารือกันในการ ประยุกต์ตัวอย่างเหล่านั้นมาใช้ให้เหมาะสมกับโรงงานของตน

3. ระดับการช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Advocacy) เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นสูง ผู้รูปแบบนี้จะต้องเสริมทักษะในการปฏิบัติหน้าที่สื่อสารความเสี่ยงให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ที่มาเข้าร่วมประชุม โดยเนื้อหาที่ถ่ายทอด ได้แก่ การเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การนำเกมถามตอบ การเชิญชวนคนให้กดไลค์เฟซบุ๊ก การจัดซุ้มกิจกรรม และการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ เพราะกลุ่มแกนนำนี้จะกลายเป็นอาสาสมัคร สาธารสุขในโรงงานที่จะช่วยสื่อสารความเสี่ยงให้กับเพื่อนแรงงานข้ามชาติในโรงงาน ก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยง ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ต่อไป

7.2 อภิปรายผลการวิจัย

7.2.1 สภาพปัญหาและความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร ความเสี่ยง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

ข้อจำกัดด้านภาษา

ภาษายังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์กับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Leiter, Suwanvanichkij, Tamm, Iacopino, & Beyrer, 2006; อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ, 2555) โดยกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ จึงได้รับข่าวสารด้านโรคเอดส์จากองค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งมักมีเจ้าหน้าที่ชาวเมียนมาร์ทำงานอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ผ่านมา (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2553, 2555a, 2555b, 2556, 2560; อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ, 2555) ในขณะที่ปัญหาการกีดกันไม่ให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เข้ารับข้อมูลมีน้อยลงแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในปัจจุบันแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่สามารถทำงานในประเทศไทยได้อย่างเปิดเผย หน่วยงานของรัฐสามารถบริหารแรงงานต่างด้าวได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าแต่ก่อน มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการพิสูจน์สัญชาติและการทำบัตรประจำตัวและตรวจสุขภาพทำให้ลดการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (Tangcharoensathien et al., 2017)

ผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงยังเชื่อว่าหนังสือเล่มเล็กเป็นสื่อที่มีความเหมาะสมน้อย ในขณะที่แรงงานข้ามชาติกล่าวว่าการใช้หนังสือเล่มเล็กเป็นภาษาพม่าเป็นสิ่งที่เหมาะสมมาก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักให้สัมภาษณ์ว่า “หนังสือเล่มเล็กนั้นดีมากครับ เมื่อผมได้อ่านจบผมได้รู้อะไรใหม่ ๆ มากมายที่ผมไม่เคยรู้มาก่อนครับ” ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ปฏิบัติงานยังคงคิดว่าแรงงานข้ามชาติน่าจะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้ในการอ่านออกเขียนได้ซึ่งเคยเป็นข้อมูลที่พบในงานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเมื่อ 5 – 10 ปีที่แล้ว (Mullany et al., 2003; มาเรีย เพียร์ซี และคณะ, 2556; อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ, 2555)

ช่องทางการสื่อสาร

เพื่อนและเพื่อนร่วมงานชาวเมียนมาร์เป็นช่องทางที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์อีกด้วยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ดำเนินการแบบมีชุมชนเป็นฐาน (Lionis et al., 2016) โดยวิธีการได้รับข้อมูลที่ต้องการคือการได้รับสุขศึกษาแบบกลุ่ม ข้อมูลและรูปภาพผ่านเฟซบุ๊ก วิดีโอและภาพยนตร์สั้น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะสื่อที่มีความเป็นทางนัยน้อย มีความบันเทิงสอดแทรก และสามารถสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มได้อย่างอิสระ เป็นการใช้อิทธิพลจาก

ความสัมพันธ์ของบุคคลมาใช้ในการสื่อสาร (กิตติ กันภัย, 2551) มีผู้นำทางความคิดที่ผู้รับสารไว้วางใจ เป็นผู้ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการสื่อสาร (นพมาศ อึ้งพระ, 2553) ทั้งนี้การสื่อสารผ่านผู้นำทางความคิดจะทำให้การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับเอดส์ ภาวะอนามัย และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ที่ยังเป็นประเด็นต้องห้ามเชิงวัฒนธรรม (Culturally taboo topic) ในประเทศไทยและประเทศเมียนมาร์ (Tangmunkongvorakul et al., 2017) ได้รับการยอมรับจากกลุ่มผู้รับสารและดำเนินการสื่อสารได้อย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรม (Dearing, 2015) และทำให้ผู้รับสารสามารถอยู่ในสถานที่ที่ผู้รับสารต้องการให้เกิดการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์มากที่สุด ซึ่งในงานวิจัยนี้คือ โรงงาน แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์จึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเวลาในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ (Sharma, Barnabas, & Celum, 2017) ที่พบว่ากลุ่มผู้รับสารต้องการได้รับกิจกรรมการสื่อสารเรื่องเอดส์ในสถานที่ทำงานของตนมากกว่าที่อื่น ๆ

งานวิจัยนี้ยังพบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์จำนวนมากใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เฟซบุ๊ก ซึ่งที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีงานวิจัยที่สำรวจการใช้สื่อออนไลน์ของประชากรกลุ่มนี้ โดยงานวิจัยนี้พบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้มากกว่าครึ่งหนึ่งซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มประชากรนี้ต่อไป โดยอาศัยกลุ่มเพื่อนและเพื่อนร่วมงานที่อยู่ในเฟซบุ๊กช่วยกันส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

ผลการใช้สื่อและกิจกรรม

งานวิจัยนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงมีการลดระดับจากเหมาะสมมากในการเก็บข้อมูลก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน เป็นระดับเหมาะสมในการเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน และ 1 สัปดาห์ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Masuda and Garvin (2006) ที่พบว่า ผู้รับสารจะประเมินว่าโรคมีความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง เมื่อมีการสื่อสารเกี่ยวกับโรคนั้นมากขึ้นและผู้รับสารรู้สึกว่าการแนะนำที่นำเสนอในระหว่างการสื่อสารความเสี่ยงแตกต่างจากที่ตนเองรู้หรือเชื่อมาก่อนหน้านี้

อย่างไรก็ดี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 1 วัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีความเหมาะสมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถคงอยู่ได้เมื่อเก็บข้อมูลหลังการใช้สื่อและกิจกรรม 2 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การสื่อสารความเสี่ยงสามารถทำให้ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เหมาะสมขึ้นได้ (Cao et al., 2017; Chamrathirong et al., 2017; Foss, Hossain, Vickerman, & Watts, 2007; Jung et al., 2013; Krishnaratne, Hensen, Cordes, Enstone, & Hargreaves, 2016; Pettifor et al., 2005; Wen et al., 2015; Q. Zhang et al., 2017) ทั้งนี้งานวิจัยนี้พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Kaufman, Rimal, et al. (2014) ที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงด้าน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองงานวิจัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่สูงตั้งแต่การเก็บข้อมูลก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม

7.2.2 รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

รูปแบบ ENGAGE-A³ มีจุดเด่นที่การแสดงถึงองค์ประกอบและขั้นตอนตั้งแต่เริ่มเข้าชุมชนซึ่งจะต้องสร้างความน่าไว้วางใจ (Earning Trust) จนไปถึงผลที่คาดว่าจะได้รับ (Assessment, Awareness, Advocacy) มีความแตกต่างจากแบบจำลองที่ผ่านมา (Fountain et al., 2007; Popay, 2010; Wallerstein et al., 2008) เป็นการหลอมหลวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยง และแนวทางการสื่อสารแบบมีชุมชนเป็นฐานเข้าด้วยกัน (Bandura, 1990; Becker et al., 1977; Bessette, 2004; Rosenstock et al., 1988; Yoon, 1996) เทคนิคที่สำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้คือใช้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง การใช้ผู้นำทางความคิด (Opinion leaders) และแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงาน ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน (Peer volunteers) โดยเชิญชวนเพื่อนแรงงานมาเข้ารับความรู้ นำกิจกรรมเกมในชุมชน อ่านบทเสียงตามสาย เป็นต้น มีลักษณะเป็นการสื่อสารสองจังหวะ (Two-step Flow Communication) ตามแนวคิดของ Katz et al. (2017) ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่มีความเฉยชาต่อปัญหาหันมาสนใจประเด็นความเสี่ยง (R. J. Griffin et al., 1999; Robert J. Griffin et al., 2004; Kahlor, 2010) และก่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ Sthapitanonda and Gunpai (2013) พบไว้หลายปัจจัย เช่น ความหลากหลายขององค์กรที่เข้ามาร่วมดำเนินการ ความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของการณรงค์ ความเป็นมิตรต่อกัน เนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม การนำเสนอข้อมูลที่เป็นรูปธรรม การทดสอบเนื้อหาสารก่อนนำไปใช้จริง การมองกลุ่มเป้าหมายในฐานะเป็นพันธมิตร การให้กลุ่มเป้าหมายเป็นโฆษก การประสานความร่วมมือกัน ความสอดคล้องกับประเด็นที่องค์กรนานาชาติให้การสนับสนุน นอกจากนี้รูปแบบนี้ยังมีการนำเอาสื่อสังคมออนไลน์อย่างเฟซบุ๊กมาผสมผสานกับสื่อแบบดั้งเดิมทำให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตปัจจุบันของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่พบจากการสำรวจในงานวิจัยนี้ว่าสามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์โดยเฉพาะเฟซบุ๊กได้มากขึ้น

รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศที่มีชื่อเรียกว่า ENGAGE-A³ สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน โดยทำให้เกิดการรวมกลุ่มและช่วยเหลือสนับสนุนกันทางสังคม (Social Integration and Social Support) ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินโครงการที่ K. Ford et al. (2014); Kesornsri et al. (2014); Musumari and Chamchan

(2016) ได้ระบุไว้ ทั้งนี้ นักส่งเสริมสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับการค้นหาและดึงเอาศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายมาใช้ในการร่วมวางแผน ดำเนินการและประเมินผล เพื่อลดอุปสรรคในด้านความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมระหว่างนักสื่อสารและกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (C. Airhihenbuwa et al., 2009; Collins O. Airhihenbuwa & Webster, 2004; Bessette, 2004; Horner et al., 2008; Ratanasuwan, Indharapakdi, Promrerk, Komolviphat, & Thanamai, 2005; Williams, 2003; Yoon, 1996) ทั้งนี้ นักสื่อสารต้องเริ่มด้วยการสร้างความน่าไว้วางใจ ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และนำเสนอข้อมูลให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ โดยมีเนื้อหาใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์มากระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายหันมาสนใจในประเด็น และเข้ามาร่วมกิจกรรมเพื่อรับข้อมูลเพิ่มเติม (R. J. Griffin et al., 1999; Kahlor, 2010) ซึ่งจะน้อมนำให้ผู้รับสารเข้ามาร่วมพิจารณาความเหมาะสมของสื่อก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งแนวทางนี้สอดคล้องกับที่ Eksteen et al. (2012); Lionis et al. (2016); Press (2011) ได้แนะนำไว้ เพราะทำให้ได้สื่อและกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบท นอกจากนี้การรวมกลุ่มของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์และระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ยังสอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้รับสารที่ Sthapitanonda and Gunpai (2013) ระบุว่า เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การมองกลุ่มเป้าหมายในฐานะพันธมิตร และการให้กลุ่มเป้าหมายเป็นโฆษก และยังพบอีกว่าทำให้ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านเนื้อหา มีความเหมาะสมขึ้นด้วย เพราะแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ร่วมกันทำให้อาสาสมัครที่เลือกรูปธรรมและสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ตลอดจนร่วมกันพิจารณาเนื้อหาสารก่อนการนำไปใช้จริง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยสรุปได้ว่า รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง ผลที่เกิดจากการสื่อสารความเสี่ยงทำให้แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคเพิ่มขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factors) ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ได้แก่ การพัฒนาแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานมาพัฒนาให้เป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน และการนำเฟซบุ๊ก (Facebook) ที่เป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยม สะดวก เข้าถึงได้ง่ายตลอดเวลา และมีกลุ่มบุคคลที่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เชื่อถือและไว้วางใจมาเป็นผู้ร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอน ทำให้เกิดผลลัพธ์จากการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเอดส์ที่เป็นต้นแบบและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับแรงงานข้ามชาติสัญชาติอื่น ๆ และการส่งเสริมสุขภาพในประเด็นอื่น ๆ

7.3 ข้อเสนอแนะ

7.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยควรส่งเสริมให้บุคลากรนำรูปแบบ ENGAGE-A³ นี้ไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่รับผิดชอบของตน โดยเฉพาะในกลุ่มโรงงาน
2. ควรมีการสร้างแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขชาวเมียนมาร์โดยดำเนินการร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นชาวเมียนมาร์
3. กรมควบคุมโรคควรสนับสนุนให้นำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยนี้ไปขยายเป็นต้นแบบหรือชุดคู่มือให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้ดำเนินการตาม และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินงาน และรวบรวมเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practice)

7.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเกี่ยวกับโรคหรือภัยสุขภาพอื่น ๆ
2. ควรมีการศึกษาผลการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นในบริบทอื่น เช่น โรงงานขนาดกลาง โรงงานขนาดเล็ก
3. ควรมีการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นนี้โดยเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่นที่จะพัฒนาขึ้นในอนาคต หรือเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- MGR Online. (2557, 11 กุมภาพันธ์). ไทยจ๋อย! กองทุนโลกตัดงบเอ็ดส์ เสนอดึงเงินด้านรักษา
สปสข.โปะแทน. *MGR Online*,. สืบค้นจาก
<https://mgronline.com/qol/detail/9560000122043>
- กรมการค้าภายใน. (2557). รายชื่อผู้ประกอบการท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรสาคร. สืบค้นจาก
<http://www.dit.go.th/uploadnew/SamutSakhon/รายชื่อผู้ประกอบการท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรสาคร.doc>
- กรมการจัดหางาน. (2544). *การจัดประเภทมาตรฐานอาชีพ(ประเทศไทย) ปี 2544*. กรุงเทพฯ: กอง
แผนงานและสารสนเทศ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน.
- กรมการจัดหางาน. (2560). *คู่มือสำหรับอบรมแรงงานต่างด้าว ที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย
(ไทย-เมียนมา)*. สืบค้นจาก
https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/31fbfcb77f9c07f6c7695b36f4de76b.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ
แรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558*.
- กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานองค์การอนามัยโลก. (2548). *รายงานผลการทบทวนการ
ดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ ของหน่วยงานสาธารณสุขใน
ประเทศไทย*.
- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2557). *จุดเน้นและกรอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัย
สุขภาพ 5 ปี (พ.ศ. 2557 - 2561) กรมควบคุมโรค เพื่อผลักดันสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ ปี 2563
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557*. นำเสนอที่ การประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปผลการดำเนินงาน
รอบ 6 เดือน และถ่ายทอดเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพสู่การปฏิบัติด้วยยุทธศาสตร์
กรมควบคุมโรค ประจำปี งบประมาณ พ.ศ.2557, โรงแรมมณเฑียรวิเวกริไซด์ พระราม 3
กรุงเทพ.
- กันต์ชนิต แก้วบุญส่ง. (2548). *สภาพการทำงานและความต้องการบริการทางสังคมของแรงงานเด็ก
ต่างชาติ: ศึกษากรณีกิจการประมงต่อเนื่อง ในตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร.
(ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต)*, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- กิตติ กันภัย. (2551). *จิตวิทยาการสื่อสาร*. กรุงเทพฯ: คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ข่าวสด. (2557, 4 กรกฎาคม). 'แรงงานต่างด้าว' กับ โรคเสี่ยงพึงระวัง. *ข่าวสด*, น. 25.
- ข่าวสด. (2559, 26 มีนาคม). สธ.เน้นเฝ้าระวังโรคระบาดยุค'เออีซี'แรงงานต่างด้าวป่วย'เรื้อน-
กามโรค-เท้าช้าง'ฟุ้ง. *ข่าวสด*, น. 6.
- จรัมพร ไหล่ถ้อย, & ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. (2554). การทำงานและความพึงพอใจเกี่ยวกับการเข้าถึง
บริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติไม่มีใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย. *ประชากรและ
สังคม*, 127-135.
- ชัยพงษ์ สำเนียง. (2556). *แรงงานต่างด้าว: มนุษย์ล่องหนในสังคมไทย*. สืบค้นจาก
[http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/opinion/reader-
opinion/20130506/503498/แรงงานต่างด้าว-:มนุษย์ล่องหนในสังคมไทย.html](http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/opinion/reader-opinion/20130506/503498/แรงงานต่างด้าว-:มนุษย์ล่องหนในสังคมไทย.html)
- นพมาศ อึ้งพระ. (2553). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นุชรรัตน์ ต้นตระกูล. (2553). *สภาพการอยู่อาศัยของแรงงานต่างด้าว: กรณีศึกษาชุมชนมหาชัยนิเวศน์
ตำบลโคกขาม จังหวัดสมุทรสาคร*. (เคหพัฒน์ศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- มดิชน. (2556, 29 มีนาคม). ปั่นอสม.ต่างด้าวสกัดโรครับเปิดประชาคมอาเซียน. *มดิชน*, น. 10.
สืบค้นจาก <http://www.riskcomthai.org/news/detail.php?id=17363>
- มาเรีย เพียร์ซี่ และคณะ. (2556). *ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต: ชีวิตของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับ
ผลกระทบจากเอตส์ในจังหวัดสมุทรสาคร*.
- ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ. (2554). *การวางแผนและการประเมินผลการสื่อสารเชิงกลยุทธ์*. กรุงเทพฯ: คณะ
นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อและพาหะนำโรค. (2557). *ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเอดส์*. สืบค้นจาก
http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=901#1
- สำนักงานสาธารณสุขเขต 7. (2554). *สรุปสถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของจังหวัด
ระนองปี พ.ศ. 2554* สืบค้นจาก
<http://www.phor7.go.th/?name=knowledge&file=readknowledge&id=13>
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2553). *การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าวในประเทศไทย
สรุปปี 2553*. สืบค้นจาก <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2553.pdf>
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2555a). *การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าวในประเทศไทย
สรุปปี 2555*. สืบค้นจาก <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2555.pdf>

- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2555b). *วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร ประจำปี 2555*. สืบค้นจาก
<http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2555.pdf>
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2556). *วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร ประจำปี 2556*. สืบค้นจาก
<http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2556.pdf>
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2560). *วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวกลุ่มประเทศอาเซียนได้รับอนุญาตทำงาน ประจำเดือนธันวาคม 2560*. สืบค้นจาก
https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/0cd4d176bfb03045a0304e2e5179d087.pdf
- สำนักกระบวนศึกษา. (2559). *สถานการณ์เอชไอวีและเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก
<http://203.157.15.110/boe/getFile.php?id=NjEy&lbt=c2l0&rid=ZmlsZXNfdXBsb2FkL3N1cnZlaWxsYW5jZQ==>
- สำนักกระบวนศึกษา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *การเฝ้าระวังโรคเอดส์: สรุปลักษณะการผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย*. สืบค้นจาก
<http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1268>
- สำนักกระบวนศึกษากรมควบคุมโรค. (2559). *ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก
http://203.157.15.110/boe/diseases.php?ds_key=c2l0&dsid=Mzl=&ds=QWNxdWlyZWQgaW1tdW5vZGVmaWNpZW5jeSBzeW5kcm9tZSA6IEFJRjRFRM=
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรศักดิ์ ธีโนศวรรยารังกูร และคณะ. (2556). *รายงานสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติประเทศไทย พ.ศ. 2555*. สืบค้นจาก
http://www.gfaidsboe.com/Downloads/book/2557/Final_report_migrant_2555.pdf
- องค์การแพธและองค์การไออาร์ซี. (2552). *คู่มืออบรมสุขภาพพื้นฐานสำหรับพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พลต.)*. กรุงเทพฯ: องค์การแพธ.
- องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน. (2551). *การจ้างแรงงานข้ามชาติตามพระราชบัญญัติ การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 กับการจัดทำบัญชีรายชื่ออาชีพสำหรับคนต่างชาติ*. กรุงเทพฯ.

องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ. (2009). *สถานการณ์โรคเอดส์ 2009*. สืบค้นจาก

<http://www.unaids.org/unaids>

อดุลย์ รัตโธ. (2550). *ผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าวศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดภูเก็ต*.

(วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, ภูเก็ต.

อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ. (2555). *การสำรวจข้อมูลพื้นฐานโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์
ใน แรงงานข้ามชาติประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร-2) ปี พ.ศ. 2553*. นครปฐม: สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

โอ ยี. (2557, 2 มิถุนายน 2557) /ผู้ถูกสัมภาษณ์: สมิทธิ์ บุญชุตินา.

ภาษาอังกฤษ

Airhihenbuwa, C., Okoror, T., Shefer, T., Brown, D., Iwelunmor, J., Smith, E., . . .

Dlakulu, R. (2009). Stigma, culture, and HIV and AIDS in the Western Cape, South Africa: An application of the PEN-3 cultural model for community-based research. *Journal of Black Psychology, 35*(4), 407-432.

Airhihenbuwa, C. O., & Obregon, R. (2000). A critical assessment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication, 5 Suppl*, 5-15. doi:10.1080/10810730050019528

Airhihenbuwa, C. O., & Webster, J. D. (2004). Culture and African contexts of HIV/AIDS prevention, care and support. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, 1*(1), 4-13. doi:10.1080/17290376.2004.9724822

Ayers, S. (2007). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* Retrieved from <http://books.google.co.th/books?id=hNY7P1z6qBoC>

Baelden, D., Van Audenhove, L., & Vergnani, T. (2012). Using new technologies for stimulating interpersonal communication on HIV and AIDS. *Telematics and Informatics, 29*(2), 166-176.

Bakić-Mirić, N. M., & Bakić, N. M. (2008). Successful doctor-patient communication and rapport building as the key skills of medical practice. *Facta Univers, 15*(2), 74-79.

Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning, 13*(1), 9-17.

- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348-366.
- Bertrand, J. T., & Anhang, R. (2006). The effectiveness of mass media in changing HIV/AIDS-related behaviour among young people in developing countries. *Technical Report Series-World Health Organization*, 938, 205.
- Bertrand, J. T., O'Reilly, K., Denison, J., Anhang, R., & Sweat, M. (2006). Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries. *Health Education Research*, 21(4), 567-597. doi:10.1093/her/cyl036
- Bessette, G. (2004). *Involving the community: A guide to participatory development communication*. Ottawa: International Development Research Centre.
- Bogam, R. R., Saoji, V., Sahasrabudhe, R., & Saoji, A. (2016). Participatory Learning of Medical Students through Development of Innovative Training Modules for Community Health Workers. *International Journal of Medical Students*, 4(3), 100-103.
- Breakwell, G. M. (2000). Risk communication: factors affecting impact. *British Medical Bulletin*, 56(1), 110-120.
- Brick, L. A., Redding, C. A., Paiva, A. L., Harlow, L. L., & Velicer, W. F. (2017). Intervention effects on stage of change membership and transitions among adolescent energy balance behaviors. *Multivariate Behavioral Research*, 52(4), 485-498.
- Brislin, R. (1986). The wording and translation of research instrument. In W. J. Lonner & J. W. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 368 p.). Beverly Hills: Sage.
- Brussa, L. (1998). Country watch: Europe. *Sex Health Exchange*, (4), 5-7.
- Cao, B., Gupta, S., Wang, J., Hightow-Weidman, L. B., Muessig, K. E., Tang, W., . . . Tucker, J. D. (2017). Social Media Interventions to Promote HIV Testing,

- Linkage, Adherence, and Retention: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11).
- Center of Disease Control. (2014). Socioeconomic Factors Affecting HIV Risk. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/HIVFactSheets/Epidemic/Factors.htm>
- Chamrathirong, A., Ford, K., Punpuing, S., & Prasartkul, P. (2017). A workplace intervention program and the increase in HIV knowledge, perceived accessibility and use of condoms among young factory workers in Thailand. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 14(1), 132-139.
- Cornish, F., Priego-Hernandez, J., Campbell, C., Mburu, G., & McLean, S. (2014). The impact of community mobilisation on HIV prevention in middle and low income countries: A systematic review and critique. *AIDS and Behavior*, 18(11), 2110-2134.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Dearing, J. W. (2015). The use of informal opinion leader-based strategy for the diffusion of public health services among international workers in South Korea. *Health Communication*, 12, 115-148.
- Eksteen, R., Bulbulia, A., Van Niekerk, A., Ismail, G., & Lekoba, R. (2012). Ukuphepha: A multi-level community engagement model for the promotion of safety, peace and health. *Journal of Psychology in Africa*, 22(4), 499-508.
- Family Doctor. (2014). HIV and AIDS | Causes & Risk Factors Retrieved from <http://familydoctor.org/familydoctor/en/diseases-conditions/hiv-and-aids/causes-risk-factors.html>
- Ford, K., Chamrathirong, A., Apipornchaisakul, K., Panichapak, P., & Pinyosinwat, T. (2014). Social integration, AIDS knowledge and factors related to HIV prevention among migrant workers in Thailand. *AIDS and Behavior*, 18(2), 390-397. doi:10.1007/s10461-013-0410-7
- Ford, L. A., & Yep, G. A. (2003). Working along the margins: Developing community-based strategies for communicating about health with marginalized groups. In

- T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller, & R. Parrott (Eds.), *Handbook of Health Communication* (pp. 241-262). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Foss, A. M., Hossain, M., Vickerman, P. T., & Watts, C. H. (2007). A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia. *Sexually Transmitted Infections*, *83*(7), 510-516.
doi:10.1136/sti.2007.027144
- Fountain, J., Patel, K., & Buffin, J. (2007). Community engagement: the Centre for Ethnicity and Health model. In D. Domenig, J. Fountain, E. Schatz, & G. Broring (Eds.), *Overcoming barriers – Migration, marginalisation and access to health and social services*. Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC.
- Garcia-Retamero, R., & Galesic, M. (2013). *Transparent communication of health risks: Overcoming cultural differences*. New York: Springer.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. New York: McGraw-Hill.
- Green, S. E. (2004). A rhetorical theory of diffusion. *Academy of Management Review*, *29*(4), 653-669.
- Griffin, R. J., Dunwoody, S., & Neuwirth, K. (1999). Proposed model of the relationship of risk information seeking and processing to the development of preventive behaviors. *Environmental Research*, *80*(2 Pt 2), S230-S245.
doi:10.1006/enrs.1998.3940
- Griffin, R. J., Neuwirth, K., Dunwoody, S., & Giese, J. (2004). Information sufficiency and risk communication. *Media Psychology*, *6*(1), 23-61.
doi:10.1207/s1532785xmep0601_2
- Heath, R. L., & O'Hair, H. D. (2010). *Handbook of risk and crisis Communication*. New York: Routledge.
- Horner, J. R., Romer, D., Venable, P. A., Salazar, L. F., Carey, M. P., Juzang, I., . . . Valois, R. F. (2008). Using culture-centered qualitative formative research to design broadcast messages for HIV prevention for African American adolescents. *Journal of Health Communication*, *13*(4), 309-325.
doi:10.1080/10810730802063215

- Horowitz, L. G. (1985). The self-care motivation model: Theory and practice in healthy human development. *The Journal of School Health, 55*(2), 57-61.
- Idele, P., Gillespie, A., Porth, T., Suzuki, C., Mahy, M., Kasedde, S., & Luo, C. (2014). Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: Current status, inequities, and data gaps. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 66*, S144-S153.
- International Organization for Migration. (2011). Thailand migration report 2011: Migration for development for Thailand overview and tools for policy makers.
- Issel, L. M., & Wells, R. (2017). *Health program planning and evaluation*: Jones & Bartlett Learning.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health education quarterly, 11*(1), 1-47.
- Jenkins, C., Jourdain, G., Arunothong, S., Sirirungsi, W., & Kunstadter, P. (2017). Efforts to increase the use of HIV testing services: What interventions have worked in Thailand? *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 48*(2), 282-296.
- Josiah Willock, R., Mayberry, R. M., Yan, F., & Daniels, P. (2015). Peer training of community health workers to improve heart health among African American women. *Health Promotion Practice, 16*(1), 63-71.
- Jung, M., Arya, M., & Viswanath, K. (2013). Effect of media use on HIV/AIDS-related knowledge and condom use in Sub-Saharan Africa: A cross-sectional study. *PloS one, 8*(7), e68359.
- Kahlor, L. (2010). PRISM: A planned risk information seeking model. *Health Communication, 25*(4), 345-356. doi:10.1080/10410231003775172
- Kanpirom, K., Luz, A. C. G., Chalkidou, K., & Teerawattananon, Y. (2017). How should global fund use value-for-money information to sustain its investments in graduating countries? *International Journal of Health Policy and Management, 6*(9), 529.
- Kasperson, R. E. (1986). Six propositions on public participation and their relevance for risk communication. *Risk Analysis, 6*(3), 275-281.

- Katz, E., Lazarsfeld, P. F., & Roper, E. (2017). *Personal influence: The part played by people in the flow of mass communications*. New Jersey: Routledge.
- Kaufman, M. R., Cornish, F., Zimmerman, R. S., & Johnson, B. T. (2014). Health behavior change models for HIV prevention and AIDS care: Practical recommendations for a multi-level approach. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66(Suppl 3), S250.
- Kaufman, M. R., Rimal, R. N., Carrasco, M., Fajobi, O., Soko, A., Limaye, R., & Mkandawire, G. (2014). Using social and behavior change communication to increase HIV testing and condom use: The Malawi BRIDGE Project. *AIDS Care*, 26(sup1), S46-S49.
- Keating, J., Meekers, D., & Adewuyi, A. (2006). Assessing effects of a media campaign on HIV/AIDS awareness and prevention in Nigeria: Results from the VISION Project. *BMC Public Health*, 6, 123. doi:10.1186/1471-2458-6-123
- Kesornsri, S., Sitthimongkol, Y., & Hegadoren, K. M. (2014). Mental health problems among migrant workers: Challenges for nurses in Thailand. *Journal of Nursing Science*, 32(3), 9-19.
- Krishnaratne, S., Hensen, B., Cordes, J., Enstone, J., & Hargreaves, J. R. (2016). Interventions to strengthen the HIV prevention cascade: A systematic review of reviews. *The Lancet HIV*, 3(7), e307-e317.
- Leiter, K., Suwanvanichkij, V., Tamm, I., Iacopino, V., & Beyrer, C. (2006). Human rights abuses and vulnerability to HIV/AIDS: The experiences of Burmese women in Thailand. *Health and Human Rights*, 9(2), 88-111.
- Limaye, R. J., Bingenheimer, J., Rimal, R. N., Krenn, S., & Vondrasek, C. (2013). Treatment-as-prevention in AIDS control: Why communication still matters. *Journal of Therapy and Management in HIV Infection*, 1.
- Lionis, C., Papadakaki, M., Saridaki, A., Dowrick, C., O'Donnell, C. A., Mair, F. S., . . . de Brún, M. O. R. (2016). Engaging migrants and other stakeholders to improve communication in cross-cultural consultation in primary care: A theoretically informed participatory study. *BMJ Open*, 6(7), e010822.
- Lundgren, R. E., & McMakin, A. H. (2013). *Risk communication: A handbook for communicating environmental, safety, and health risks*. New Jersey: Wiley.

- Manoyos, V., Tangmunkongvorakul, A., Srithanaviboonchai, K., Yangyuenkul, S., & Grimes, R. M. (2016). Sexual risk-behaviors for HIV infections among young cross-border migrant workers living in urban Chiang Mai, Thailand. *Journal of Health Research, 30*(5), 347-353.
- Masuda, J. R., & Garvin, T. (2006). Place, culture, and the social amplification of risk. *Risk Analysis, 26*(2), 437-454. doi:10.1111/j.1539-6924.2006.00749.x
- Maticka-Tyndale, E., & Brouillard-Coyle, C. (2006). The effectiveness of community interventions targeting HIV and AIDS prevention at young people in developing countries. In D. A. Ross, B. Dick, & J. Ferguson (Eds.), *Preventing HIV / AIDS in Young People. A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries. UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People* (Vol. 938, pp. 205-241). Geneva: World Health Organization.
- Maung, K., Soe, H., Than, N., Madan, S., & Kumar, S. (2013). High risk behavior, knowledge and attitude of HIV/AIDS among workers in factories manufacturing alcohol in Mandalay, Myanmar. *World Journal of AIDS, 3*(2), 147-153.
- McCallum, S. (2012). Gamification and serious games for personalized health. *Studies in Health Technology and Informatics, 177*(2012), 85-96.
- Mejia, C. M., Acland, D., Buzdugan, R., Grimball, R., Natoli, L., McGrath, M. R., . . . McCoy, S. I. (2017). An intervention using gamification to increase human immunodeficiency virus and sexually transmitted infection screening among young men who have sex with men in California: Rationale and design of Stick To It. *JMIR Research Protocols, 6*(7).
- Ministry of Health, M. (2011). *Myanmar national strategic plan on HIV and AIDS 2011-2015*. Retrieved from http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/_pdf/NSP%20Full%20Book%20Final.pdf
- Montgomery, S. B., Joseph, J. G., Becker, M. H., Ostrow, D. G., Kessler, R. C., & Kirscht, J. P. (1989). The Health Belief Model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS: how useful? *AIDS Education and Prevention, 1*(4), 303-323.

- Morgan, M. G. (2002). *Risk communication : a mental models approach*. Cambridge ; New York: Cambridge University.
- Mullany, L. C., Maung, C., & Beyrer, C. (2003). HIV/AIDS knowledge, attitudes, and practices among Burmese migrant factory workers in Tak Province, Thailand. *AIDS care*, *15*(1), 63-70. doi:10.1080/0954012021000039761
- Musumari, P. M., & Chamchan, C. (2016). Correlates of HIV testing experience among migrant workers from Myanmar residing in Thailand: A secondary data analysis. *PloS one*, *11*(5), e0154669.
- Osbak, K. K., Rowley, J. T., Kassebaum, N. J., & Kenyon, C. R. (2016). The prevalence of syphilis from the early HIV period is correlated with peak HIV prevalence at a country level. *Sexually Transmitted Diseases*, *43*(4), 255-257.
- Ovalle, I., Loza, O., Peralta-Torres, D., Martinez, J., Hernandez, K., & Mata, H. (2017). Increasing our advocacy capacity through HIV community mobilization: Perspectives from emerging and mid-career professionals. *Health Promotion Practice*, *18*(1), 11-14.
- Pérez, M. A., & Luquis, R. R. (2008). *Cultural competence in health education and health promotion*. New Jersey: Wiley.
- Pettifor, A. E., Kleinschmidt, I., Levin, J., Rees, H. V., MacPhail, C., Madikizela-Hlongwa, L., . . . Padian, N. S. (2005). A community-based study to examine the effect of a youth HIV prevention intervention on young people aged 15-24 in South Africa: results of the baseline survey. *Tropical Medicine & International Health*, *10*(10), 971-980. doi:10.1111/j.1365-3156.2005.01483.x
- Popay, J. (2010). Community Empowerment and Health Improvement: The English Experience. In A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health assets in a global context: Theory, methods, action* (pp. 183-195). New York: Springer.
- Press, B. (2011). *The PHAMIT story: The experience of an HIV preventive project for migrant workers in Thailand* (S. Baker Ed.). Bangkok: Rak Thai Foundation.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. *Treating addictive behaviors* (pp. 3-27). New York: Springer.

- Puangyoykeaw, K., & Nishide, Y. (2014). Needs perception, position, and contentment: An empirical study of Myanmar immigrant workers in Thailand. *European Journal of Business and Social Sciences*, 3(4), 93-101.
- Rakprasit, J., Nakamura, K., Seino, K., & Morita, A. (2017). Healthcare use for communicable diseases among migrant workers in comparison with Thai workers. *Industrial Health*, 55(1), 67-75.
- Ratanasuwan, T., Indharapakdi, S., Promrer, R., Komolviphat, T., & Thanamai, Y. (2005). Health belief model about diabetes mellitus in Thailand: the culture consensus analysis. *Journal of the Medical Association of Thailand* 88(5), 623-631.
- Rickert, V. I., Jay, M. S., & Gottlieb, A. (1991). Effects of a peer-counseled AIDS education program on knowledge, attitudes, and satisfaction of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 12(1), 38-43.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 2(2), 49-60.
- Satawedin, P. (2017). Health communication issues among migrant workers in Thailand: A systematic review for health communication practices. *BU Academic Review*, 16(1), 87-100.
- Schiavo, R., Hilyard, K. M., & Skinner, E. C. (2016). Community-based risk communication in epidemics and emerging disease settings. In R. Zimmerman, R. DiClemente, J. Andrus, Hosein, & Society of Public Health Education (Eds.), *Introduction to global health promotion* (pp. 271-302). San Francisco, CA: Wiley.
- Sharma, M., Barnabas, R. V., & Celum, C. (2017). Community-based strategies to strengthen men's engagement in the HIV care cascade in sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine*, 14(4), e1002262.

- Solomon, M. M., Mayer, K. H., Glidden, D. V., Liu, A. Y., McMahan, V. M., Guanira, J. V., . . . Grant, R. M. (2014). Syphilis predicts HIV incidence among men and transgender women who have sex with men in a preexposure prophylaxis trial. *Clinical Infectious Diseases*, *59*(7), 1020-1026.
- Sthapitanonda, P., & Gunpai, K. (2013). Identifying key factors for the successful implementation of health communication campaigns - A study based on in-depth interview with key campaigners. In A. Schorr (Ed.), *Campaigning for Health: Case Studies in Health Communication & Health Promotion* (Vol. 2, pp. 208). Lengerich, Germany: Pabst.
- Suphanchaimat, R., Sommanustweechai, A., Khitdee, C., Thaichinda, C., Kantamaturapoj, K., Leelahavarong, P., . . . Putthasri, W. (2014). HIV/AIDS health care challenges for cross-country migrants in low- and middle-income countries: a scoping review. *HIV AIDS*, *6*, 19-38. doi:10.2147/HIV.S56277
- Swe, L. A., & Rashid, A. (2013). HIV prevalence among the female sex workers in major cities in Myanmar and the risk behaviors associated with it. *HIV AIDS*, *5*, 223-230. doi:10.2147/HIV.S50171
- Talikowski, L., & Gillieatt, S. (2005). Female sex work in Yangon, Myanmar. *Sex Health*, *2*(3), 193-202.
- Tangcharoensathien, V., Thwin, A. A., & Patcharanarumol, W. (2017). Implementing health insurance for migrants, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, *95*(2), 146.
- Tangcharoensathien, V., Travis, P., Tancarino, A. S., Sawaengdee, K., Chhoedon, Y., Hassan, S., & Pudpong, N. (2018). Managing in-and out-migration of health workforce in selected countries in South East Asia region. *International Journal of Health Policy and Management*, *7*(2), 137.
- Tangmunkongvorakul, A., Musumari, P. M., Srithanaviboonchai, K., Manoyos, V., Techasrivichien, T., Suguimoto, S. P., . . . Chariyalertsak, S. (2017). "When I first saw a condom, I was frightened": A qualitative study of sexual behavior, love and life of young cross-border migrants in urban Chiang Mai, Thailand. *PLoS one*, *12*(8), e0183255.

- Thu, M., Kyu, H. H., & Van der Putten, M. (2005). Knowledge, attitude and practices on HIV/AIDS prevention among Myanmar migrants in Maha Chai, Samut Sakhon Province, Thailand. *Journal of Technology*, 8(3), 131-134.
- Turk, T. (2017). An integrated approach to strategic communication and condom social marketing to address the HIV/AIDS epidemic in Papua New Guinea. *SciFed Journal of AIDS & HIV Research*, 1.
- UNAIDS. (2016). Country factsheets: THAILAND 2016. Retrieved from <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand>
- UNAIDS. (2017). Fact sheet: World AIDS day 2017. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- United Nation. (2017). *International migration report 2017*. Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017.pdf>
- Walaski, P. (2011). *Risk and crisis communications: Methods and messages*. New Jersey: Wiley.
- Wallerstein, N., Oetzel, J., Duran, B., Tafoya, G., Belone, L., & Rae, R. (2008). What predicts outcomes in CBPR. *Community-based participatory research for health: From process to outcomes*, 2.
- Walmsley, T., Aguiar, A., & Ahmed, S. A. (2017). Labour migration and economic growth in East and South-East Asia. *The World Economy*, 40(1), 116-139.
- Weine, S. M., & Kashuba, A. B. (2012). Labor migration and HIV risk: A systematic review of the literature. *AIDS behavior*, 16(6), 1605-1621. doi:10.1007/s10461-012-0183-4
- Wen, Y., Wang, H., Chen, B., Chen, Y., Zhang, T., Xu, T., & Sun, W. (2015). Association of information sources and knowledge on HIV/AIDS in rural china. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 7(2), 13.

- Williams, P. B. (2003). HIV/AIDS case profile of African Americans: guidelines for ethnic-specific health promotion, education, and risk reduction activities for African Americans. *Journal of Family Medicine & Community Health*, 26(4), 289-306.
- Worsley, A. (1989). Perceived reliability of sources of health information. *Health Education Research*, 4(3), 367-376.
- Xiao, Z., Li, X., Lin, D., Jiang, S., Liu, Y., & Li, S. (2013). Sexual communication, safer sex self-efficacy, and condom use among young Chinese migrants in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 25(6), 480-494.
doi:10.1521/aeap.2013.25.6.480
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3 ed.). New York: Haper and Row.
- Yoon, C. S. (1996). Participatory communication for development. In G. Bessette & C. Rajasundaram (Eds.), *Participatory development communication: A west African agenda*. Ottawa: International Development Research Centre.
- Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. *Journal of American College Health*, 52(5), 229-236. doi:10.3200/JACH.52.5.229-236
- Zhang, Q., Huhn, K. J., Andy Tan PhD, M., & Douglas, R. E. (2017). "Testing is Healthy" TimePlay campaign: Evaluation of sexual health promotion gamification intervention targeting young adults. *Canadian Journal of Public Health*, 108(1), E85.
- Zhang, T., Zhang, J., Gao, M., He, N., & Detels, R. (2012). Knowledge, attitudes and practices of voluntary HIV counselling and testing among rural migrants in central China: a cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, 22(2), 192-197. doi:10.1093/eurpub/ckr006



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก 1

รายชื่อของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยวิจัย และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน



1.1 รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจ IOC

ด้านการทำงานด้านแรงงานข้ามชาติ 1 ท่าน

1. นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี
ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ด้านการสื่อสารโรคเอดส์ 2 ท่าน

2. นางทองกร ยัณรังษี
หัวหน้ากลุ่มสื่อสารความเสี่ยง
สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จเร สิงห์โกวินท์
อาจารย์ประจำคณะภาษาและการสื่อสาร
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ด้านการป้องกันโรคเอดส์ 2 ท่าน

4. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ดร.มลินี สมภพเจริญ
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

1.2 รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นต่อร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงฯ

ด้านนิเทศศาสตร์ 3 ท่าน

1. ศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร.สุรพล วิรุฬห์รักษ์ (ราชบัณฑิต)
อดีตอาจารย์ประจำคณะนิเทศศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร.ศักดา ปั่นเหน่งเพชร
อดีตอาจารย์ประจำคณะนิเทศศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ศาสตราจารย์ ดร.ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ
คณบดี คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ด้านการสื่อสารโรคเอดส์ และการทำงานโรคเอดส์ 6 ท่าน

4. นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี
อดีตผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
ปัจจุบันผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี
(ดูแลพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร) กรมควบคุมโรค
5. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค
6. ดร. มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล
อดีตผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค
7. ดร. อริยะ บุญคมรัตน์
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8. นางนันท์วัน ยันตติลภ
นักวิจัยอิสระด้านประชากรศาสตร์
อดีตนักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 8 สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
9. ตัวแทนโรงพยาบาลสมุทรสาคร
10. ตัวแทนมูลนิธิวางแผนครอบครัว

1.3 รายชื่อและคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัยชาวเมียนมาร์

Dr. Dee Dee holds M.B.B.S degree (equal as M.D), University of Medicine, Mandalay, 2010; currently completeling Master Degree at the Department of Biochemistry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University; also working part-time as a freelance translator.

1.4 รายชื่อและคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญชาวเมียนมาร์ที่เป็นผู้ตรวจสอบ

แบบวัดความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

Dr. Sai Pye holds M.P.H. (Master of Public Health) awarded by Mahidol University, Thailand, in 2012 and M.B., B.S (Bachelor in Medicine and Bachelor in Surgery) awarded by University of Medicine, Yangon, Myanmar, in 2008. He was trained in the community facilitation course organized by Capacity Building Initiative Project and Pact in Myanmar in 2009. From 2014-2016, he was hired by HIV foundation in Thailand as a researcher, counselor and doctor and giving care for people who live with HIV and AIDS patients. He was hired by UNAIDS as expert for auditing AIDS operation in Myanmar in 2016.

1.5 รายชื่อผู้แปลย้อนกลับ

1. Dr. Sai Pye
2. Dr. Dee Dee
3. Mr. Ye Win
4. Mr. Sai Nyan Linn Win
5. Mr. Hein Latt Aung
6. Mr. Myo Htet Thu

1.6 รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์ของแบบวัดความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ก่อนและหลังการได้รับสื่อและกิจกรรม

1. Dr. Sai Pye
2. Dr. Dee Dee
3. Mr. Win Soe
4. Ms. May Thiri
5. Mr. Phone Myint Aung

1.7 รายชื่อผู้ช่วยควบคุมการจัดการสอบวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และ การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

1. Mr. Ye Win
2. Mr. Sai Nyan Linn Win
3. Mr. Hein Latt Aung
4. Mr. Myo Htet Thu

1.8 รายชื่อแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

1. Mr. Win Soe
2. Ms. May Thiri
3. Mr. Phone Myint Aung
4. Ms. Ami Khine
5. Ms. Khine Thazin Phyo
6. Ms. Thuzar Htwe
7. Ms. Thandar Naing
8. Ms. Mee Hlaing



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





คณะกรรมการการอุดมศึกษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่หนังสือรับ 00865
วันที่ 18 มิ.ย. 59 เวลา 14.19

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสาขาสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202

ที่ จว 324 /2559

วันที่ 12 เมษายน 2559

เรื่อง ขยายเวลารับรองจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

อ้างถึง บันทึกข้อความที่ ศษ.0512.24/00070

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.ใบรับรองโครงการวิจัย
- 2.ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรและใบยินยอม
- 3.แบบสอบถาม

เรื่อง ขอต่ออายุใบรับรองจริยธรรมการวิจัยโครงการวิจัยที่ 193.1/57 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (DEVELOPING AN AIDS RISK COMMUNICATION MODEL FOR MYANMAR TRANSNATIONAL WORKERS IN THAILAND) ของ นายสมิทธิ์ บุญชูดิมา นิสิตระดับศษ.บัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในการนี้กรรมการผู้ทบทวนได้พิจารณาแล้ว เห็นสมควรให้ขยายเวลาการวิจัยและอนุมัติต่ออายุใบรับรองจริยธรรมการวิจัยโครงการวิจัยดังกล่าว ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมกันนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

มนตรี วิชาญ ตรีเศียร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

กลุ่มสาขาสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนันต์ อรรถมนต์ (ศษ.ดร.วิมลรัตน์ อรรถมนต์)

เพื่อโปรด

- ทราบและดำเนินการต่อไป
- ถึงทราบ
- ลงนาม
- อนุมัติ
- ลงชื่อ

18 มิ.ย. 2559

เรียน คณะบดี

สมานะเชษฐ์ นร. ชูทองดี

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยสุขภาพคนไทย
จากเรื่อง ขอบ ขอ ขยายระยะเวลาการ
22.10.59
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

อนุ 2
14 เม.ย 59

นางนงนุช สัตยพร
19 มิ.ย. 59

AF 02-12



The Research Ethics Review Committee for Research Involving Human Research
Participants, Health Sciences Group, Chulalongkorn University
Jamjuree 1 Building, 2nd Floor, Phyathai Rd., Patumwan district, Bangkok 10330, Thailand,
Tel/Fax: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 066/2016

Certificate of Approval

Study Title No.193.1/57 : DEVELOPING AN AIDS RISK COMMUNICATION MODEL FOR
MYANMAR TRANSNATIONAL WORKERS IN THAILAND

Principal Investigator : MR. SMITH BOONCHUTIMA

Place of Proposed Study/Institution : Faculty of Sports Science,
Chulalongkorn University


The Ethics Review Committee for Research Involving Human Research Subjects, Health
Science Group, Chulalongkorn University, Thailand, has approved constituted in accordance with
the International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP).

Signature: Prida Tasanapradit Signature: Nuntaree Chaichanawongsaroj
(Associate Professor Prida Tasanapradit, M.D.) (Assistant Professor Nuntaree Chaichanawongsaroj, Ph.D.)
Chairman Secretary

Date of Approval : 8 April 2016

Approval Expire date : 7 April 2017

The approval documents including

- 1) Research proposal
- 2) Patient/Participant Information Sheet and Informed Consent Form
- 3) Researcher  Protocol No. 193.1/57
Date of Approval - 8 APR 2016
- 4) Questionnaire Approval Expire Date - 7 APR 2017

The approved investigator must comply with the following conditions:

1. The research/project activities must end on the approval expired date of the Research Ethics Review Committee for Research Involving Human Research Participants, Health Sciences Group, Chulalongkorn University (RECCU). In case the research/project is unable to complete within that date, the project extension can be applied one month prior to the RECCU approval expired date.
2. Strictly conduct the research/project activities as written in the proposal.
3. Using only the documents that bearing the RECCU's seal of approval with the subjects/volunteers (including subject information sheet, consent form, invitation letter for project/research participation (if available)).
4. Report to the RECCU for any serious adverse events within 5 working days
5. Report to the RECCU for any change of the research/project activities prior to conduct the activities.
6. Final report (AF 03-12) and abstract is required for a one year (or less) research/project and report within 30 days after the completion of the research/project. For thesis, abstract is required and report within 30 days after the completion of the research/project.
7. Annual progress report is needed for a two-year (or more) research/project and submit the progress report before the expire date of certificate. After the completion of the research/project processes as No. 6.

ภาคผนวก 3
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.1 แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความคิดเห็นที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

3.1 แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความคิดเห็นที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของดัชนีชี้วัดเรื่อง “การพัฒนากระบวนการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย” แขนงวิชา วิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ของ นายสมิทธิ์ บุญชูติมา แบบสอบถามนี้มุ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารต่อการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย และลักษณะกิจกรรมสื่อสารที่น่าจะสามารถดำเนินการได้ ข้อมูลที่ได้รับจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยต่อไป

ทั้งนี้การตอบแบบสอบถามจะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น และจะไม่ผลต่อการปฏิบัติงานของท่าน
แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง
แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่มีใบอนุญาตทำงานเท่านั้น

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง หรือกรอกข้อมูลในช่องว่าง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ
3. อายุการทำงาน ปี (หากทำงานไม่ถึง 1 ปี ให้ระบุ จำนวน เดือน)
4. จำนวนครั้งที่ท่านทำการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา
 ไม่เคยเลย 1 ครั้ง 2-3 ครั้ง 3-4 ครั้ง 5 ครั้ง มากกว่า 5 ครั้ง
5. ประเด็นที่ทำการสื่อสาร (หากไม่เคยทำการสื่อสารในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาให้ข้ามไปข้อต่อไป)
ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ
 สาเหตุ/การติดต่อ อาการ การรักษา การป้องกัน สิทธิในการรักษา
 อื่น ๆ โปรดระบุ



เลขที่โครงการวิจัย 193.1/57
วันที่รับรอง - 8 เม.ย. 2559
วันหมดอายุ - 7 เม.ย. 2560



เลขที่โครงการวิจัย 193.1/57
วันที่รับรอง... 8 เม.ย. 19959
วันหมดอายุ... 7 เม.ย. 2560

ตอนที่ 2 สภาพการทำงานในปัจจุบัน ปัญหาการทำงานการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์

ข้อ	ปัญหาที่พบ	ระดับความรุนแรงของปัญหา			
		น้อย อย่าง ยิ่ง (1)	น้อย (2)	มาก (3)	มาก อย่าง ยิ่ง (4)
1.	ท่านคิดว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ยังไม่ใช้กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญเท่ากับแรงงานไทย				
2.	ท่านคิดว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ไม่สามารถเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้				
3.	การที่ท่านไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านไม่สามารถดำเนินการโครงการฯ				
4.	ท่านประสบปัญหาการทำงานผ่านล่ามภาษาพม่า				
5.	ท่านไม่มีข้อมูลสำหรับการวางแผนการสื่อสาร				
6.	ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์มักเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ				
7.	ท่านไม่มีสื่อที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มแรงงานพม่า				
8.	แรงงานพม่าถูกคนกีดขวางไม่ให้ได้รับข้อมูล				
9.	แรงงานพม่าไม่ให้ความร่วมมือระหว่างการสื่อสาร				
10.	แรงงานพม่าไม่ตระหนักหรือไม่ใส่ใจเกี่ยวกับภัยของโรคเอดส์				
11.	แรงงานพม่ารู้สึกรังเกียจโรคเอดส์จนไม่อยากจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการสื่อสารด้านโรคเอดส์				
12.	แรงงานพม่าไม่เชื่อมั่นในข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ท่านบอกจึงทำให้ผลของการสื่อสารความเสี่ยงลดลง				
13.	แรงงานพม่าไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงตามที่ท่านบอกจึงทำให้ผลของการสื่อสารความเสี่ยงลดลง				
14.	แรงงานพม่าไม่มีความเชื่อมั่นคุณภาพในการป้องกันโรคของหน่วยงานสาธารณสุขของไทย				
15.	ท่านไม่ได้รับงบประมาณในการดำเนินโครงการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์อย่างเพียงพอ				
16.	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการดำเนินโครงการฯ				
17.	ท่านประสบปัญหาในการขออนุมัติโครงการฯ				

ตอนที่ 3 ลักษณะกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยที่สามารถดำเนินการได้

- 1) ท่านคิดว่าสื่อใดต่อไปนี้เหมาะสมกับการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (ทุกสื่อใช้ภาษาพม่าเป็นภาษาหลัก และผลิตด้วยกรรมมีส่วนร่วมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย) (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- แผ่นพับ โปสเตอร์ คู่มือ นิตรศการ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> วิซีดี ภาพยนตร์สั้น | <input type="checkbox"/> ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน |
| <input type="checkbox"/> โฆษณาในรายการโทรทัศน์ท้องถิ่น | <input type="checkbox"/> โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น |
| <input type="checkbox"/> ข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ | <input type="checkbox"/> ข้อความและรูปภาพผ่านเฟซบุ๊ก หรือสอสงทมนฯ |
| <input type="checkbox"/> การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน | <input type="checkbox"/> การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ | |

2) ท่านคิดว่าประเด็นใดต่อไปนี้มีควมจำเป็นเมื่อสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

..... สาเหตุ การติดต่อ อากาศการรักษาการป้องกันสิทธิในการรักษา

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ขอขอบคุณที่สละเวลาตอบ



เลขที่โครงการวิจัย 193.1/57
วันที่รับรอง - 8 เม.ย. 2559
วันหมดอายุ - 7 เม.ย. 2560

CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.2 แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
เกี่ยวกับสภาพ ปัญหาและความคิดเห็น
ที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติพม่าในประเทศไทย
 เกี่ยวกับสภาพ ปัญหา และความคิดเห็น
 ที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่าในประเทศไทย

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่าในประเทศไทย" แขนงวิชา วิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ของ นายสมิทธิ บุญชิตมา แบบสอบถามนี้มุ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ ปัญหาการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ และรูปแบบกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่าในประเทศไทยท่านที่ต้องการให้ดำเนินการ ข้อมูลที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่าในประเทศไทย ให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของท่าน

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ภายในประเทศไทยเท่านั้น

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง หรือกรอกข้อมูลในช่องว่าง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. ระยะเวลาอยู่อาศัยในประเทศไทย ปี เดือน
4. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ขายสินค้า	<input type="checkbox"/> คนงานก่อสร้าง
<input type="checkbox"/> ทำความสะอาด	<input type="checkbox"/> คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมเกษตร
<input type="checkbox"/> ส่งข้อมูล เอกสาร	<input type="checkbox"/> คนงานในโรงงานแปรรูปสินค้าประมง
<input type="checkbox"/> เขียนสัมภาระ	<input type="checkbox"/> พนักงานบริการในร้านอาหารและภัตตาคาร
<input type="checkbox"/> เผ่าประศู ยามรักษาการณ์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
5. ความสามารถในการใช้ภาษาไทย

ฟัง <input type="checkbox"/> เหมือนภาษาตนเอง <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> แย่ <input type="checkbox"/> แย่มาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย
พูด <input type="checkbox"/> เหมือนภาษาตนเอง <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> แย่ <input type="checkbox"/> แย่มาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย
อ่าน <input type="checkbox"/> เหมือนภาษาตนเอง <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> แย่ <input type="checkbox"/> แย่มาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย
เขียน <input type="checkbox"/> เหมือนภาษาตนเอง <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> แย่ <input type="checkbox"/> แย่มาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย

ตอนที่ 2 แหล่งข่าวสาร ช่องทาง และกลวิธีการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากประเทศไทยในปัจจุบัน ปัญหาการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากประเทศไทย

1. เมื่อท่านอยู่ในประเทศไทย ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากบุคคลใดต่อไปนี้บ้าง (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

<input type="checkbox"/> ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์เมื่ออยู่ในประเทศไทยเลย
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข <input type="checkbox"/> องค์กรพัฒนาเอกชน
<input type="checkbox"/> หัวหน้างานชาวไทย <input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงานชาวไทย <input type="checkbox"/> เพื่อนชาวไทย
<input type="checkbox"/> หัวหน้างานชาวพม่า <input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงานชาวพม่า <input type="checkbox"/> เพื่อนชาวพม่า
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ



เลขที่โครงการวิจัย..... 195.1/57
 วันที่รับรอง..... - 8 เม.ย. 2559
 วันหมดอายุ..... - 7 เม.ย. 2560

2. เมื่อท่านอยู่ในประเทศไทย ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ผ่านสื่อใดบ้าง

- ไม่เคยได้รับสื่อเรื่องโรคเอดส์เลย (กรุณาข้ามไปข้อต่อไป)
- เคย (กรุณาระบุสื่อที่เคยได้รับ โดยแบ่งเป็นสื่อในภาษาไทย และสื่อในภาษาพม่า หากท่านระบุว่าเคยได้รับสื่อ นั้น กรุณาระบุระดับความเข้าใจของท่านที่มีต่อเนื้อหาในสื่อแน้นด้วย)

สื่อ	ระดับความเข้าใจ			
	เข้าใจ	ค่อนข้างเข้าใจ	ค่อนข้างไม่เข้าใจ	ไม่เข้าใจ
สื่อภาษาไทย				
<input type="checkbox"/> แผ่นพับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> โปสเตอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> คู่มือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> นิตรรศการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> วีซีดี ภาพยนตร์สั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> โฆษณาในรายการโทรทัศน์ท้องถิ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ข้อความและรูปภาพผ่านเฟสบุ๊ค หรือสื่อสังคมอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สื่อภาษาพม่า				
<input type="checkbox"/> แผ่นพับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> โปสเตอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> คู่มือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> นิตรรศการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> วีซีดี ภาพยนตร์สั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> โฆษณาในรายการโทรทัศน์ท้องถิ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ข้อความและรูปภาพผ่านเฟสบุ๊ค หรือสื่อสังคมอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



เลขที่โครงการวิจัย 193-1 / 57
วันที่รับรอง - 8 พ.ย. 2559
วันหมดอายุ - 7 พ.ย. 2560

3. ท่านต้องการทราบอะไรเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มเติม กรุณาเขียนหมายเลข 1 – 5 เพื่อจัดอันดับความต้องการทราบจากมากไปน้อย (1 หมายถึง ต้องการทราบมากที่สุด, 2 ต้องการทราบมาก, 3 ต้องการทราบปานกลาง, 4 หมายถึงต้องการทราบน้อย และ 5 หมายถึงต้องการทราบน้อยที่สุด)

..... สาเหตุ การติดต่อ อาการการรักษาการป้องกันสิทธิในการรักษา

4. เมื่อท่านอยู่ในประเทศไทย ท่านพบว่า ปัญหาของการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์คืออะไร โดยเลือกได้ไม่เกิน 5 ข้อ

- ไม่เคยได้รับสื่อ
 ให้ข้อมูลไม่ตรงประเด็นที่ต้องการ ให้ข้อมูลน้อยเกินไป
 ให้ข้อมูลมากเกินไป ให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ
 สื่อบางสื่อให้ข้อมูลไม่ตรงกัน บางทีก็ขัดแย้งกันเอง คำแนะนำที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง
 ไม่เข้าใจ เพราะสื่อเรื่องโรคเอดส์มักเป็นภาษาไทย ไม่เข้าใจข้อความ แม้ว่าแปลเป็นภาษาพม่าแล้ว
 ไม่เข้าใจข้อมูลตัวเลขที่ใช้อยู่ในสื่อ ไม่เข้าใจกราฟ และแผนภูมิที่ใช้อยู่ในสื่อ
 ไม่เข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้อยู่ในสื่อ
 อื่นๆ โปรดระบุ

5. ท่านต้องการสื่อหรือกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ลักษณะใด โดยเลือกได้ไม่เกิน 5 ข้อ

- แผ่นพับ โปสเตอร์ คู่มือ นิตรรศการ
 วีซีดี ภาพยนตร์สั้น ประกาศผ่านเสียงตามสายในโรงงาน
 โฆษณาในรายการโทรทัศน์ท้องถิ่น โฆษณาในรายการวิทยุท้องถิ่น
 ข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ ข้อความและรูปภาพผ่านเฟสบุ๊ค
 การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงงาน การให้สุศึกษาแบบกลุ่มในโรงพยาบาล
 อื่นๆ โปรดระบุ

6. ท่านใช้สื่อสังคมออนไลน์อะไรบ้าง

Facebook Line YouTube Instagram อีเมล อื่นๆ โปรดระบุ

7. ท่านใช้เวลาบนสื่อสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

- ไม่ได้ใช้เลย
 น้อยกว่า 30 นาที
 มากกว่า 30 นาที แต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง
 มากกว่า 1 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง
 มากกว่า 1 ชั่วโมงครึ่ง แต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง
 มากกว่า 2 ชั่วโมง

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

ขอขอบคุณที่สละเวลาตอบ และโปรดส่งคืนแบบสอบถามนี้ให้กับเจ้าหน้าที่



เลขที่โครงการวิจัย 193.1/57

วันที่รับรอง - 8 พ.ย. 2559

รับแบบสอบถาม - 7 พ.ย. 2560

3.3 แบบสำรวจพื้นที่เป้าหมาย

เมื่อผู้วิจัยเข้าไปในพื้นที่เป้าหมายแล้ว ให้ทำการสำรวจพื้นที่เป้าหมาย เพื่อตอบคำถามต่อไปนี้ให้ละเอียดที่สุดเท่าที่จำเป็นไปได้ และอาจใช้เครื่องมืออื่น ๆ เช่น กล้องถ่ายภาพและเครื่องบันทึกเสียง เพื่อช่วยบันทึกการสำรวจ

1. **ลักษณะพื้นที่เป้าหมาย** โรงงานที่เป็นเป้าหมายนั้น ตั้งอยู่ที่ใด มีพื้นที่เท่าใด อยู่ใกล้กับสถานที่ที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเอดส์หรือไม่ (สถานบริการทางเพศ ร้านอาหาร ร้านคาราโอเกะ ร้านนวด รวมถึงอาคารพักอาศัยรวม เป็นต้น)

2. **ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย** จำนวนของแรงงานข้ามชาติชาย และหญิง อายุ สถานภาพ การแต่งงาน การศึกษา เป็นอย่างไร ในพื้นที่เป้าหมายมีอัตราชุกของโรคเอดส์เป็นอย่างไร

3. **ปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่** เช่น สภาพความยากจน การกีดกัน การตีตรา การเกลียดกลุ่มรักเพศเดียวกัน อัตราชุกของเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในชุมชน อัตราผู้ไม่ทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตน การอยู่ร่วมกันของชายจำนวนมาก อุปสรรคด้านภาษา และความกังวลเกี่ยวกับสถานะการเข้าเมืองของตน

4. **วัฒนธรรม** เช่น มีวัฒนธรรมที่ส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการป้องกันโรคเอดส์หรือไม่ ผู้นำชุมชน สภาพแวดล้อมและการอยู่อาศัยเป็นปัจจัยเอื้อต่อการป้องกันโรคเอดส์หรือไม่ ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างไร

5. **ช่องทางที่ใช้ในการสื่อสาร** เช่น ในปัจจุบันในพื้นที่เป้าหมายมีการใช้สื่ออะไรบ้างในการติดต่อกับแรงงานข้ามชาติ มีการใช้ด้วยความถี่เท่าใด ระยะเวลาเท่าใด และสื่อสารประเด็นอะไรบ้าง มีสื่อใดบ้างที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ได้ มีสถานที่หรือช่องทางใดบ้างที่น่าจะสร้างขึ้นเพื่อเสริมการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

3.4 ประเด็นคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงาน
ด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์
ในพื้นที่ ตำบลท่าจีน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกนี้เป็นส่วนหนึ่งของดัชนีชี้วัดเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย” แขนงวิชา วิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ของ นายสมิทธิ บุญชุตินา แบบสอบถามนี้มุ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสภาพ ปัญหาและความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารต่อการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ ตำบลท่าจีน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร และลักษณะกิจกรรมสื่อสารที่ว่าจะสามารถดำเนินการได้ ข้อมูลที่ได้รับจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ดังกล่าวต่อไป

ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกมีดังต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่าสถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่ของท่านมีความรุนแรงในระดับใด ท่านคิดว่าเป็นเพราะสาเหตุใด
2. ท่านคิดว่าการให้ความรู้แก่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์เกี่ยวกับความเสี่ยงจะทำให้สถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ พัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด
3. ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการให้ความรู้แก่แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ คืออะไร เกิดจากอะไร และควรจะทำอย่างไรเพื่อลดปัญหาและอุปสรรคนั้น
4. ท่านคิดว่ารูปแบบการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เหมาะสมกับพื้นที่รับผิดชอบของท่านที่สุด ควรเป็นอย่างไร

3.5 ประเด็นคำถามสนทนากลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงานเป้าหมาย

1

ประเด็นคำถามสนทนากลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่าในประเทศไทย เพื่อการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

แนวคำถามสนทนากลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดปฏิทินเรื่อง "การพัฒนา รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่าในประเทศไทย" แผนงวิชา วิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ของ นายสมิทธิ์ บุญชุติมา แบบสอบถามนี้มุ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข่าวสาร ช่องทาง และการแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ ตลอดจนอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการกำหนดรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่าในประเทศไทย

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ภายในประเทศไทยเท่านั้น

ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม

1. ท่านคิดว่าสถานการณ์โรคเอดส์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร และท่านมีความเสี่ยงต่อโรคเอดส์หรือไม่ เพียงใด เพราะเหตุใด จึงคิดเช่นนั้น
2. ท่านคิดว่าวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม รูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใดที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ได้ และวัฒนธรรมแบบใดที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
3. ถ้าเพื่อนสนิทของท่านป่วยเป็นโรคเอดส์ ท่านจะปฏิบัติต่อเขาอย่างไร
4. ก่อนที่ท่านจะเข้ามาในประเทศไทย ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์หรือไม่ ด้วยวิธีการใด กรุณาอธิบาย
5. เมื่อท่านอยู่ในประเทศไทย ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์หรือไม่ ถ้าเคยท่านได้จากใคร หรือช่องทางใด และประเด็นใด ท่านคิดว่าข้อมูลที่ได้ถูกต้อง เหมาะสมกับท่านหรือไม่ เพราะเหตุใดท่านจึงคิดเช่นนั้น
6. วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศพม่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกับสิ่งที่ได้รับในประเทศไทยหรือไม่ ท่านรู้สึกว่าเป็นประโยชน์กับตัวท่านมากกว่า
7. ปัญหา และอุปสรรคในการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย ที่ท่านพบคืออะไร
8. ท่านต้องการกิจกรรมให้ความรู้โรคเอดส์ลักษณะใด กรุณาระบุประเด็นที่ต้องการ ช่องทางการสื่อสาร ช่วงเวลา ระยะเวลา และความถี่ พร้อมอธิบายเหตุผล

3.6 แบบวัดความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์
และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ก่อนและหลังได้รับสื่อและกิจกรรม
(ฉบับก่อนการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแรงงานข้ามชาติในโรงงานเป้าหมาย)

1

แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยง ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

(ก่อนการทำกิจกรรม)

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง หรือกรอกข้อมูลในช่องว่าง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- โปรดระบุ นามแฝงที่ใช้แสดงตัวตนแก่ของท่าน และโปรดจดจำนามแฝงนี้ไว้ด้วย การตั้งชื่อนามแฝงต้องเป็นภาษาอังกฤษ หรือตัวเลข โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 5 ตัว ผสมกัน จะมีตัวอักษรหรือตัวเลขที่ซ้ำกันไม่ได้ ทั้งนี้เพื่อให้นามแฝงของท่านไม่ซ้ำกับผู้อื่น โปรดระบุนามแฝง 5 หลัก ที่ท่านต้องการ

--	--	--	--	--
- อายุปี
- เพศ ชาย หญิง
- ระยะเวลาอยู่อาศัยในประเทศไทย ปี เดือน
- อายุการทำงานในอาชีพต่อเนื่องจากการประมง ปี เดือน

ตอนที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

- ท่านเคยได้ยินคำว่า "โรคเอดส์" มาก่อนหรือไม่ เคย ไม่เคย
- ท่านคิดว่าโรคเอดส์มีความรุนแรงเพียงใด. รุนแรง น่าจะรุนแรง น่าจะไม่รุนแรง ไม่รุนแรง
- ท่านเคยรู้สึกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ เคย ไม่เคย
- ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูงหรือต่ำกว่าคนไทยโดยทั่วไป
 สูงกว่า น่าจะสูงกว่า น่าจะต่ำกว่า ต่ำกว่า
- ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูงหรือต่ำกว่าคนพม่าในประเทศไทยโดยทั่วไป
 สูงกว่า น่าจะสูงกว่า น่าจะต่ำกว่า ต่ำกว่า

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ (แหล่งของเชื้อ การติดต่อ การรักษา)

1. ท่านสามารถเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการต่อไปนี้ ได้หรือไม่

	ได้	ไม่ได้
1. ถูกยุงตัวเดียวกันกัด (ยุงตัวนั้นเคยไปกัดผู้มีเชื้อเอชไอวีมาก่อน)		✓
2. ใช้จานชาม ช้อนส้อมร่วมกัน		✓
3. รับประทานที่ติดเชื้อ	✓	
4. ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	✓	
5. สัมผัสหรือจับมือกับผู้มีเชื้อเอชไอวี		✓
6. กอดกับผู้มีเชื้อเอชไอวี		✓
7. สูดปากกับผู้มีเชื้อเอชไอวี		✓
8. มีเพศสัมพันธ์กับผู้มีเชื้อเอชไอวีโดยไม่ป้องกัน	✓	
9. ถูกผู้มีเชื้อเอชไอวี ไขว้จาม รดใส่		✓
10. กินอาหารหรือน้ำที่ผู้มีเชื้อเอชไอวีทำ		✓
11. ใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้มีเชื้อเอชไอวี		✓
12. สูดนมหรือมวนเดียวกับผู้มีเชื้อเอชไอวี		✓



เลขที่โครงการวิจัย 193.1 | 57

วันที่รับรอง - 8 เม.ย. 2559

วันหมดอายุ - 7 เม.ย. 2560

2. เชื้อเอชไอวีที่มีอยู่ในแหล่งต่อไปนี้ สามารถทำให้ติดเชื้อเอชไอวี ได้หรือไม่

	ได้	ไม่ได้
1. เลือด	✓	
2. เหงื่อ		✓
3. น้ำตา		✓
4. น้ำกามของผู้ชายและผู้หญิง	✓	
5. น้ำลาย	✓	✓
6. น้ำปัสสาวะ		✓

3. ข้อมูลต่อไปนี้ ถูกหรือผิด

	ถูก	ผิด
1. เอดส์ คือ กลุ่มอาการของโรคซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง	✓	
2. ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีจะเป็นเอดส์ทุกราย		✓
3. เอดส์รักษาหายได้		✓
4. ในปัจจุบันมีวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		✓
5. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งช่วยลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้	✓	
6. การกินยาต้านไวรัสจะทำให้ไม่เป็นโรคเอดส์ แม้มีเชื้อเอชไอวี	✓	

ตอนที่ 3 ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเอดส์ (ความเชื่อ, การตีตรา, ความคาดหวัง)

ท่านเห็นด้วยกับคำกล่าวต่อไปนี้หรือไม่ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วย)

	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. การป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ควรกระทำ	✓			
2. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นเป็นพฤติกรรมที่ยอมรับไม่ได้	✓			
3. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่ครองของตนเป็นพฤติกรรมที่ยอมรับไม่ได้	✓			
4. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นหน้าที่ของทั้งผู้ชายและผู้หญิง	✓			
5. ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันเชื้อเอชไอวีได้อย่างแน่นอน 100%*				✓
6. การพกถุงยางอนามัยเป็นเรื่องน่าอาย*				✓
7. การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ดูแข็งแรงดีจะปลอดภัยเพราะเป็นคนที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี*				✓
8. การมีเพศสัมพันธ์กับชาย/หญิงพรหมจรรย์เป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้*				✓

* ทักษะคิดเชิงลบ



เลขที่โครงการวิจัย 193.1 / 57
วันที่รับรอง - 8 เม.ย. 2559
วันที่รับรอง - 7 เม.ย. 2560
วันหมดอายุ.....

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

ท่านมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างไร (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

	ทำอยู่เป็น นิสัย (ทำมากกว่า 6 เดือน)	ทำมาสัก ระยะแล้ว (ทำ 3-6 เดือน)	เพิ่งเริ่มทำ (ทำ 1-3 เดือน)	กำลังคิดว่า จะทำ	ไม่คิดจะทำ
1. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์					
2. งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์กับหลายคน					
3. สังเกตทุกครั้งว่าเข็มฉีดยาที่ใช้เป็นเข็มใหม่					
4. ตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตน					
5. เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์					

ขอขอบคุณที่สละเวลาตอบ และโปรดส่งคืนแบบวัดความรู้นี้ให้กับเจ้าหน้าที่



เลขที่โครงการวิจัย 198.1 / 57
วันที่รับรอง - 8 เม.ย. 2559
วันหมดอายุ - 7 เม.ย. 2560

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.6 แบบวัดความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ
และการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ก่อนและหลังได้รับสื่อและกิจกรรม
(ฉบับหลังการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแรงงานข้ามชาติในโรงงานเป้าหมาย)

แบบวัดความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ
ก่อนและหลังการได้รับสื่อและกิจกรรม

วันที่: / /

เลขประจำตัวพนักงาน:

การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาผลของการรณรงค์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ เราจึงขอความร่วมมือจากท่านในการกรอกข้อมูลในแบบสอบถามด้านล่างนี้โดยใช้ความรู้ของตัวท่านเองไม่ปรึกษาผู้อื่น ความร่วมมือของท่านจะมีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จอันจะนำไปสู่การต่อสู้กับการระบาดของได้ดียิ่งขึ้นในสังคมของแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์

กรุณาทำเครื่องหมายถูกในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบ และกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

(1) เพศ ชาย หญิง

(2) อายุ

(3) การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย มหาวิทยาลัยหรือสูงกว่า

(4) ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย ปี เดือน

(5) ระยะเวลาที่ทำงานอยู่ในโรงงานต่อเนื่องจากประมง ปี เดือน

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

กรุณาอ่านข้อความในตารางด้านล่างนี้อย่างละเอียด และกรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่อง **จริง** หากท่านคิดว่าข้อความนั้นเป็นความจริง และทำเครื่องหมาย (✓) ในช่อง **เท็จ** หากท่านคิดว่าข้อความนั้นเป็นเท็จ

	จริง	เท็จ
1. การจับมือกันทำให้คุณติดเชื้อเอชไอวี		✓
2. การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวี	✓	
3. ทุกคนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการเหมือนเป็นหวัด		✓
4. ไม่มีใครสามารถบอกได้ว่าใครเป็นผู้ติดเชื้อจากลักษณะภายนอก	✓	
5. การตรวจหาเชื้อเอชไอวีในช่วงแรกของการตั้งครรภ์จะช่วยให้ได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้	✓	
6. เราสามารถรอปรึกษากับแพทย์หลัง 72 ชั่วโมงที่ได้รับเชื้อได้		✓

	จริง	เท็จ
7. แม้ว่าเอชไอวีจะไม่หายขาดแต่ก็สามารถรักษาได้	✓	
8. สมุนไพรสามารถรักษาเอชไอวีได้		✓
9. ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์เอกสารแบบใด คนต่างด้าวก็สามารถรับการรักษาด้านเอชไอวีได้	✓	
10. ผู้ที่ถือบัตรสีชมพู ไม่มี สิทธิรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี 2 ครั้งต่อปี		✓

ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถแห่งตน
 กรุณาอ่านข้อความในตารางด้านล่างนี้อย่างละเอียด และกรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของท่าน

3.1) ท่านคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีจากพฤติกรรมต่อไปนี้มีโอกาสมากหรือน้อย

	มีโอกาสมาก	มีโอกาสน้อย
1. การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน	✓	
2. การทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี		✓

3.2) ท่านคิดว่าจากเหตุการณ์ต่อไปนี้ความรุนแรงของโรคเอดส์จะเป็นอย่างไร

	รุนแรงมาก	รุนแรงน้อย
1. การมีภูมิคุ้มกันต่ำ	✓	
2. การมีเชื้อเอชไอวีแต่ได้รับยาต้านไวรัส		✓

3.3) ท่านรู้สึกว่สิ่งต่อไปนี้เป็นประโยชน์สำหรับท่านในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

	เป็นประโยชน์	ไม่เป็นประโยชน์
1. ฉันไม่ต้องกังวลใจกับทานยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาทุกวัน	✓	
2.ฉันสามารถประหยัดเงินได้จากสิ่งที่เกี่ยวข้องกับจากจัดการเอชไอวีของฉัน	✓	
3. ฉันน่าจะโอกาสแต่งงานและมีลูกได้	✓	
4. ฉันน่าจะมีโอกาสถูกรังเกียจน้อยลง	✓	

(3.4) ท่านรู้สึกว่สิ่งต่อไปนี้เป็นอุปสรรคต่อท่านในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

	เป็นอุปสรรค	ไม่เป็นอุปสรรค
1.ถุงยางอนามัยมีราคาแพง		✓
2.ฉันไม่รู้ว่จะรับถุงยางได้ที่ไหน		✓
3.ฉันไม่รู้ว่จะไปตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้ที่ไหน		✓
4.ถ้าเพื่อนฉันรู้ว่ฉันไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี ฉันจะถูกนินทา		✓

(3.5) ท่านคิดว่การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการต่อไปนี้ปฏิบัติได้ยากง่ายเพียงใด

	ปฏิบัติง่าย	ปฏิบัติยาก
1.การใช้ถุงยางอนามัย	✓	
2.การรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี	✓	

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

กรุณาอ่านข้อความในตารางด้านล่างนี้อย่างละเอียด และกรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในบรรทัดที่ตรงกับกรพฤติกรรมของท่านในตอนนี้

(4.1) ในตอนนี้ ท่านอยู่ในขั้นใดของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการใช้ถุงยางอนามัย

	ทำเครื่องหมายเฉพาะ บรรทัดที่ตรงกับพฤติกรรม ในตอนนี้ ของท่าน (เลือก 1 ข้อ)
1.ฉันรู้สึกว่าคุณไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย	
2.การใช้ถุงยางอนามัยอาจจะดีสำหรับฉัน แต่ฉันก็ยังรู้สึกว่าลำบากใจที่จะทำ	
3.ฉันได้เริ่มใช้ถุงยางอนามัยแล้ว	
4.ฉันใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ได้	✓
5.ฉันพยายามอย่างยิ่งที่จะคงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยต่อไป	✓

(4.2) ในตอนนี้ ท่านอยู่ในขั้นใดของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

	ทำเครื่องหมายเฉพาะ บรรทัดที่ตรงกับ พฤติกรรมในตอนนี้ ของท่าน (เลือก 1 ข้อ)
1.ฉันรู้สึกว่าคุณไม่จำเป็นต้องตรวจหาเชื้อเอชไอวี	
2.การตรวจหาเชื้อเอชไอวีอาจจะดีสำหรับฉัน แต่ฉันก็ยังรู้สึกว่าลำบากใจที่จะทำ	
3.ฉันได้เริ่มตรวจหาเชื้อเอชไอวีแล้ว	
4.ฉันตรวจหาเชื้อเอชไอวีทุกหกเดือน	✓
5.ฉันพยายามอย่างยิ่งที่จะคงพฤติกรรมการตรวจหาเชื้อเอชไอวีต่อไป	✓

3.7 ประเด็นคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เป็นกลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย

ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก ก่อนการใช้สื่อและกิจกรรม

1. ท่านคิดว่าความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในปัจจุบันมีมากหรือน้อย และท่านคิดว่ามีความเสี่ยงต่อโรคเอดส์หรือไม่ เพียงใด เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
2. ท่านเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์หรือไม่ ท่านคิดอะไรขณะทำพฤติกรรมเสี่ยงนั้น หลังจากที่ทำไปแล้วท่านรู้สึกอย่างไร มีความกังวลหรือไม่ อย่างไร และท่านทำอย่างไรเพื่อแก้ไขความกังวลนั้น
3. ถ้าเพื่อนสนิทของท่านป่วยเป็นโรคเอดส์ ท่านจะปฏิบัติต่อเขาอย่างไร เพราะเหตุใดท่านจึงปฏิบัติเช่นนั้น และถ้าท่านป่วยเป็นโรคเอดส์ ท่านคิดว่าเพื่อนของท่านจะปฏิบัติต่อท่านอย่างไร เพราะเหตุใดท่านจึงคิดเช่นนั้น
4. คนที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นคนอย่างไร เหตุใดจึงคิดเช่นนั้น และเมื่อคู่นอนของท่านไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับท่าน ท่านทำอย่างไร เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
5. โปรดให้ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ที่ท่านต้องการให้จัด

ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก หลังการใช้สื่อและกิจกรรม

1. ท่านได้เคยเห็น หรือเข้าร่วมกิจกรรมการสื่อสารที่จัดไป หรือไม่ ก็ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลานานเท่าใด
2. เมื่อก่อนทำกิจกรรมท่านเคยบอกว่า ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในปัจจุบันมี มาก/น้อย และท่านคิดว่า มี/ไม่มี ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เพราะ.....
ตอนนี้ท่านคิดยังเหมือนเดิมหรือไม่ เหตุใดท่านจึงเปลี่ยน หรือไม่เปลี่ยนความคิด
3. ท่านได้กล่าวว่า ท่านเคย/ไม่เคย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ โดยในขณะที่ท่านทำพฤติกรรมนั้นท่านคิดว่า ตอนนี้ท่านคิดว่าความคิดนั้นเป็นความคิดที่เหมาะสมหรือไม่ เพราะเหตุใด และหากย้อนเวลากลับไปได้ ท่านจะทำพฤติกรรมเดิมอีกหรือไม่ หรือจะทำอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเปลี่ยนหรือไม่ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
4. ท่านได้กล่าวว่า ถ้าเพื่อนสนิทของท่านป่วยเป็นโรคเอดส์ ท่านจะ..... เพราะ..... และถ้าท่านป่วยเป็นโรคเอดส์ ท่านคิดว่าเพื่อนของท่านจะ..... เพราะ.....
ตอนนี้ท่านคิดว่าความคิดนั้นเป็นความคิดที่เหมาะสมหรือไม่ เพราะเหตุใด
5. ท่านได้กล่าวว่า คนที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นคน เพราะ..... และเมื่อคู่นอนของท่านไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับท่าน ท่านจะ..... เพราะ.....
ตอนนี้ท่านคิดว่าความคิดนั้นเป็นความคิดที่เหมาะสมหรือไม่ เพราะเหตุใด
7. โปรดให้ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในครั้งต่อไป

3.8 ประเด็นคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน

1. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานหรือไม่ เพราะเหตุใด
2. ท่านตั้งใจว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการนี้แล้ว ท่านจะทำอะไรต่อไปในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน



3.9 แบบประเมินความคิดเห็นและรับรองร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

3.9 แบบประเมินความคิดเห็นและรับรองร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบกรอกข้อมูลนี้ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ทรงคุณวุฒิ
 ตอนที่ 2 การให้ข้อคิดเห็นและรับรองร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่ม
 แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
 ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ทรงคุณวุฒิ

- 1.1. ชื่อ - นามสกุล
- 1.2. ตำแหน่ง
- 1.3. สังกัด

**ตอนที่ 2 การให้ข้อคิดเห็นและรับรองร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงาน
 ข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย**

- 2.1 ขอให้ท่านพิจารณาความเหมาะสมของร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงฯ ENGAGE-A³ ที่
 พัฒนาขึ้น โดยทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงใน ช่องว่างตามความคิดเห็นของท่าน

ประเด็นพิจารณา	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. ความเหมาะสมของขั้นได้รับความ เชื่อถือ (Earning Trust)						
2. ความเหมาะสมของขั้นสำรวจ สภาพแวดล้อม (Environmental Scanning)						
3. ความเหมาะสมของขั้นขอความ ช่วยเหลือจากคนในพื้นที่ (Getting Local Help)						
4. ความเหมาะสมของขั้นดำเนินงาน (Action)						
5. ความเหมาะสมของขั้นดำเนิน กิจกรรมแบบเกม (Gamifying)						
6. ความเหมาะสมของขั้นประเมินผล (Evaluating)						
7. ความเหมาะสมของการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับการ ประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Assessment)						



เลขที่โครงการวิจัย 19๖.1 / 57
 วันที่รับรอง - 8 เม.ย. 2559
 วันหมดอายุ - 7 เม.ย. 2560

ประเด็นพิจารณา	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
8. ความเหมาะสมของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับการตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Awareness)						
9. ความเหมาะสมของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับการช่วยสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Advocacy)						

- 2.2 ในภาพรวม ท่านรับรองร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการนำไปใช้จริง หรือไม่
 รับรอง ไม่รับรอง

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

- 3.1 โปรดแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่มีต่อร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทยเพื่อใช้เป็นข้อมูล สำหรับผู้วิจัยในการนำไปปรับปรุงรูปแบบ ๆ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านในการตอบแบบกรอกข้อมูลความคิดเห็นและรับรอง
 ร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย



เลขที่โครงการวิจัย. 195.1/57
 วันที่รับรอง. 8 เม.ย. 2559
 วันหมดอายุ. 7 เม.ย. 2560

ภาคผนวก 4

ตัวอย่างสื่อ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

4.1 โปสเตอร์



Work hard for family,
Abstain from HIV



Use condom.
No regret.



Let's plan for your HIV free baby



Getting tested is the only way to
know HIV



HIV is treatable,
not a death sentence anymore



Healthy life can be gained
by making Non-Thai
identification card

4.2 หนังสือเล่มเล็ก



ปกหน้า

ภาพหน้าโรงงาน

คำนำ

ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสและเอดส์



การติดต่อ

การติดต่อ

การป้องกัน

การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี

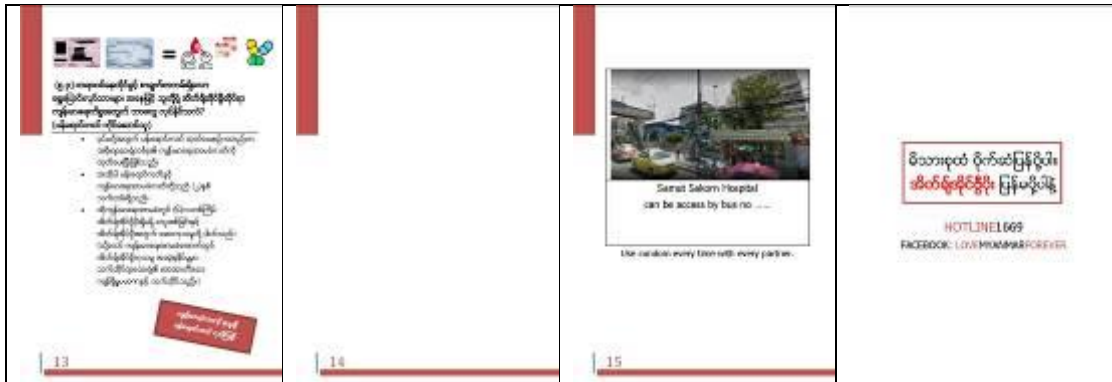


การตรวจเลือด

การรักษา

สิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา



สิทธิการรักษา

รายชื่ออาสาสมัคร

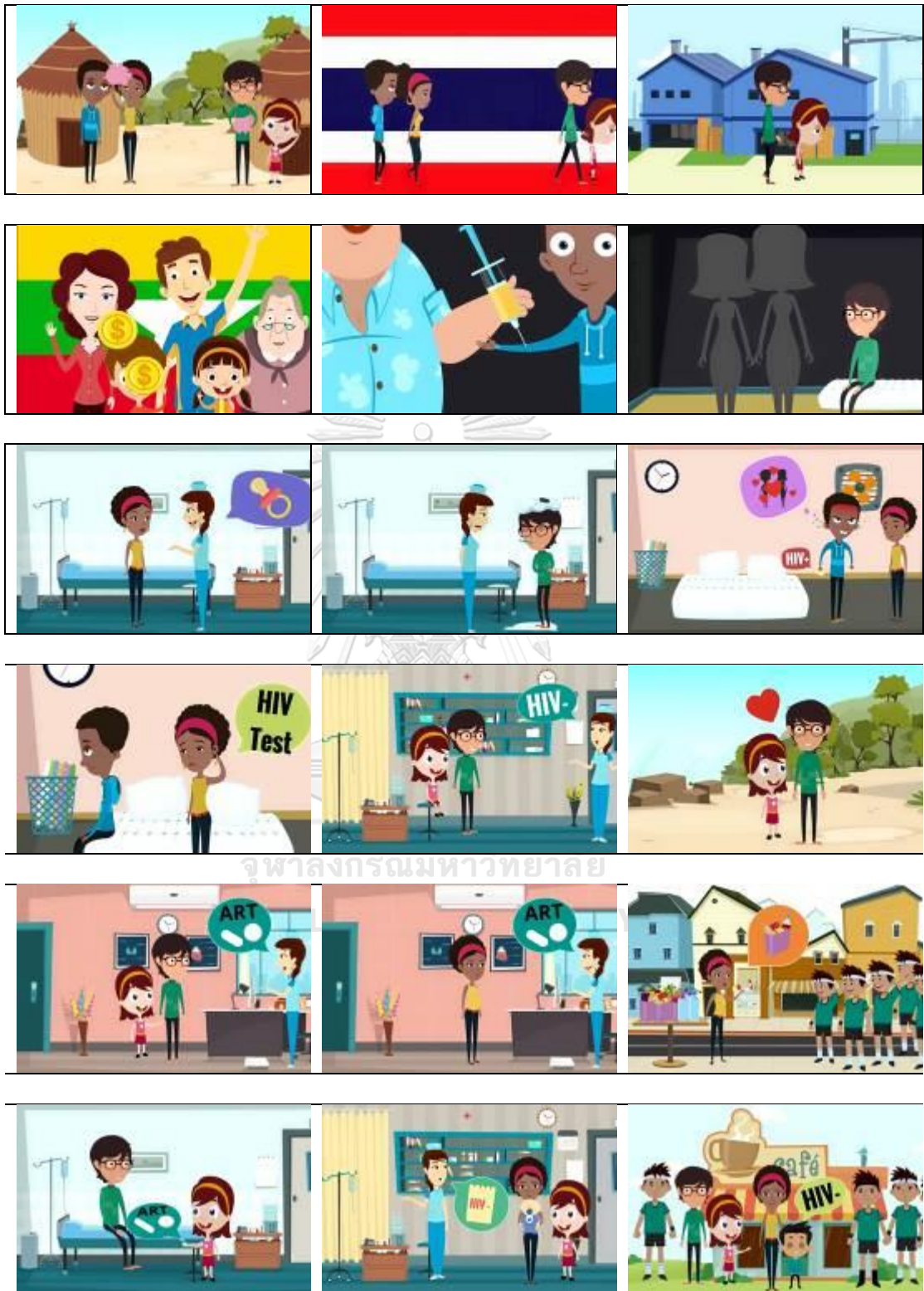
การติดต่อ

ปกหลัง

กับโรงพยาบาลสมุทรสาคร

และที่ติดต่อกับกลุ่มอาสาสมัคร

4.3 ภาพยนตร์การ์ตูนสั้น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.4 บทประกาศเสียงตามสายในโรงงาน

เนื้อหาด้านการติดต่อ

คำบรรยายภาษาพม่า	คำแปลภาษาอังกฤษ
<p>"အားလုံးပဲ မင်္ဂလာပါ။ ကျွန်တော်၊ ကျွန်မတို့ရဲ့ 'မိသားစုအတွက် အလုပ်ကြိုးစားလို့ အိတ်ချ်အိုင်စီလဲ ရှောင်ရှားဖို့' ဆိုတဲ့ လူထုစည်းရုံးလှုံ့ဆော်မှုကနေပြီးတော့ ဒီနေ့အတွက် ပျော်ရွှင်စရာ လုပ်ငန်းခွင်လေးကို ပိုင်ဆိုင်နိုင်ပါစေလို့ ဆုမွန်ကောင်း တောင်းပေးလိုက်ပါတယ်။ ဒီနေ့မှာတော့ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုး ဘယ်လိုကူးစက်နိုင်သလဲဆိုတာကို ပြောပြချင်ပါတယ်။ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုး ကူးစက်နိုင်တဲ့ အဓိကလမ်းကြောင်း (၃)ခုရှိပါတယ်။ ပထမလမ်းကြောင်းကတော့ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုး ရှိနေသူနဲ့ အကာအကွယ်ကွန်ဒုံးမသုံးဘဲ လိင်ဆက်ဆံခြင်းပါ။ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုးရှိသူနဲ့ လိင်တူဖြစ်စေ၊ လိင်ကွဲဖြစ်စေ အကာအကွယ်ကွန်ဒုံးမပါဘဲ လိင်ဆက်ဆံရာက ရောဂါပိုး ကူးစက်နိုင်ပါတယ်။ ဒုတိယလမ်းကြောင်းကတော့ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုးရှိ မိခင်မှ သန္ဓေသားကို ကူးစက်ခြင်းပါ။ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုး ရှိနေတဲ့ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်ကနေပြီးတော့ ဗိုက်ထဲက သန္ဓေသားကို အိတ်ချ်အိုင်စီပိုး ကူးစက်နိုင်ပါတယ်။ တတိယလမ်းကြောင်းကတော့ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုးပါတဲ့ သွေးကတဆင့် ကူးစက်ခြင်းပါ။ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုးပါတဲ့ သွေးကို သွင်းမိခြင်း၊ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုးရှိတဲ့ သွေးပါတဲ့ ဆေးထိုးအပ်ဆေးထိုးပြွန်တွေကို အသုံးပြုမိခြင်း စတာတွေကြောင့် အဓိကကူးစက်ခံရပါတယ်။ ဒီနေရာမှာ ရှင်းရှင်းလင်းလင်း သိထားဖို့လိုတာက မှတ်ဆိတ်ရိတ်စား၊ လက်သည်းညှပ်၊ အခြားလူ့အသုံးအဆောင်ပစ္စည်းတွေကို မျှသုံးခြင်း၊ ခြင်ကိုက်ခံရခြင်းတို့က အိတ်ချ်အိုင်စီပိုး လုံးဝမကူးစက်နိုင်ပါဘူး။ အိတ်ချ်အိုင်စီပိုးရှိသူကို ပွေဖက်နမ်းရုံခြင်း၊ ချောင်းဆိုး၊ နှာချေခြင်းတို့က တဆင့်လည်း အိတ်ချ်အိုင်စီပိုး လုံးဝမကူးစက်နိုင်ပါဘူး။ အချိန်ပေးပြီး နားထောင်ပေးတဲ့အတွက် ကျေးဇူးအထူးတင်ရှိပါတယ်။ မိသားစုအတွက် အလုပ်ကြိုးစားလို့ အိတ်ချ်အိုင်စီလဲ ရှောင်ရှားဖို့ဆိုတဲ့ ဆောင်ပုဒ်လေးကို မမေ့နဲ့နော်"</p>	<p>Min Ga Lar Par. We from 'Work Hard for The Family. Abstain from HIV' campaign wishes you to have a wonderful working day. We would like to tell you how HIV can be transmitted. There are 3 main ways of HIV transmission. First way is unprotected sexual contact with HIV infected person. Unprotected sex between either heterosexual people or homosexual people can get HIV infection. Second way is mother to child HIV transmission. The HIV positive pregnant mother can transmit HIV to the baby in her womb. Third way is the contact with HIV infected blood. Transfusion of HIV positive blood and using the syringes and needles contacted with HIV positive blood are the main route of HIV transmission through blood contact. You need to clearly understand that HIV cannot be transmitted through sharing razors, nail clippers, other utensils and mosquito bite. You can get HIV neither by hugging, kissing to HIV positive person nor through coughing and sneezing of HIV positive person. Thank you very much for your attention. Don't forget. Work hard for the family. Abstain from HIV</p>

ภาคผนวก 5
ตัวอย่างแผนการจัดกิจกรรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แผนการจัดกิจกรรมที่ 1

การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 ชั้นตอนที่ 1 ชั้นการวางแผน

การประชุมครั้งที่ 1 ประชุมชี้แจงโครงการและรับฟังความคิดเห็น

วันที่ เวลา 9.00 – 12.00 น. (3 ชั่วโมง)

สถานที่

1. จุดประสงค์กิจกรรม

- 1) เพื่อให้แกนนำอาสาสมัครทราบถึงที่มา ความสำคัญของปัญหาโรคเอดส์ และความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย
- 2) เพื่อให้แกนนำอาสาสมัครทราบถึงความคาดหวังของผู้วิจัยต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน
- 3) เพื่อให้ผู้วิจัยทราบความคิดเห็นของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานว่าเป็นอย่างไร จากนั้นทำการตั้งเป้าหมายและวิธีการดำเนินงานร่วมกัน

2. สาระสำคัญ

ผู้วิจัยชี้แจงโครงการให้กับแกนนำอาสาสมัครทราบถึงที่มา ความสำคัญของปัญหาโรคเอดส์ และความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย และทราบถึงความคาดหวังของผู้วิจัยต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน และเพื่อให้ผู้วิจัยทราบความคิดเห็นของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานว่าเป็นอย่างไร จากนั้นทำการตั้งเป้าหมายและวิธีการดำเนินงานร่วมกัน

3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในโรงงาน ประมาณ 15 คน

คัดเลือกและเชิญโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลชาวไทย และชาวเมียนมาร์

เกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นแรงงานชายและหญิง จำนวน ประมาณ 15 คน

มีคุณสมบัติ สามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่าได้ มีบุคลิกกล้าแสดงออก สามารถเสียสละเวลาเพื่อทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ในช่วง 1 เดือนหลังจากนี้ โดยในช่วงก่อนการดำเนินการ จะต้องเข้าร่วมประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพและเตรียมการจัดกิจกรรม 3 ครั้ง และร่วมจัดการทดสอบก่อนและหลังกิจกรรมรวม 3 ครั้ง โดยผู้เข้าร่วมจะได้รับของที่ระลึก และอาหารว่างเป็นสิ่งตอบแทน

4. ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

5. สถานที่ สำนักงานฝ่ายบุคคลของโรงงาน

6. กำหนดการ

เวลา	กิจกรรม/เนื้อหา	ผู้ดำเนินการ	อุปกรณ์
8.45 - 9.00	เตรียมสถานที่	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล	โต๊ะ เก้าอี้
9.00 - 9.15	แนะนำโครงการ	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	สไลด์แนะนำโครงการ
9.15 - 9.30	แรงงานข้ามชาติที่เข้าร่วมอบรม แนะนำตนเอง	ผู้วิจัย	ป้ายชื่อ และปากกา
9.30 - 10.00	หารือเกี่ยวกับกิจกรรมการ สื่อสารความเสี่ยงที่แรงงานข้าม ชาติสนใจ	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	สไลด์ตัวอย่างกิจกรรม
10.15 - 10.30	การตั้งเป้าหมายและวิธีการ ทำงานร่วมกัน	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	กระดานไวท์บอร์ด ขนาดเล็ก ปากกา
10.30 - 10.45	นำกิจกรรมเสริมสร้าง สมรรถภาพร่างกายด้วยการยืด เหยียดและพักรับประทาน อาหารว่าง		อาหารว่างและ เครื่องดื่ม
10.45-11.00	ให้แรงงานข้ามชาติที่เข้าร่วมให้ ความเห็นต่อสื่อที่ได้ออกแบบไว้	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	กระดานไวท์บอร์ด ขนาดเล็ก ปากกา
11.00-11.30	ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค เอดส์	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	
11.30-11.40	ผู้วิจัยสอบถามความต้องการให้มี วิทยากรผู้เชี่ยวชาญชาวเมียน มาร์มาให้ความรู้เพิ่มเติม	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	
11.40 -12.00	สรุปมติการประชุมและ ข้อคิดเห็น	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	
11.50-12.00	นัดหมายการประชุมในครั้งต่อไป	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	

7. อุปกรณ์ สื่อและแหล่งการเรียนรู้

1. สไลด์แนะนำโครงการ และกิจกรรม
2. สื่อที่ออกแบบไว้
3. ใบลงทะเบียน
4. ป้ายชื่อ
5. กระดานไวท์บอร์ดขนาดเล็ก และปากกา

8. การวัดและประเมินผลกิจกรรม

สิ่งที่ประเมิน	เครื่องมือ	วิธีการ	เกณฑ์
จำนวนผู้เข้าร่วม	ใบลงทะเบียน	นับ	น้อยกว่า 10 คน - ไม่ผ่าน มากกว่าหรือเท่ากับ 10 - ไม่ผ่าน
การร่วมมือ	สังเกตจากการตอบ คำถาม	คำถาม	เข้าร่วมกิจกรรม-ผ่าน เพิกเฉยไม่เข้าร่วมกิจกรรม-ไม่ผ่าน
การตั้งเป้าหมาย	สังเกตจากการตอบ คำถาม	คำถาม	สอดคล้องกับโครงการ - ผ่าน ไม่สอดคล้องกับโครงการ-ไม่ผ่าน

แบบบันทึกการประชุม

การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน

การประชุมครั้งที่ 1 ประชุมชี้แจงโครงการและรับฟังความคิดเห็น

วันที่ เวลา 9.00 – 12.00 น. (3 ชั่วโมง)

สถานที่

ผลการจัดการประชุม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

แนวทางการแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

ใบลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม

การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 ชั้นตอนที่ 1 ชั้นการวางแผน

การประชุมครั้งที่ 1 ประชุมชี้แจงโครงการและรับฟังความคิดเห็น

วันที่ เวลา 9.00 – 12.00 น. (3 ชั่วโมง)

สถานที่

ลำดับ	เพศ	อายุ	ชื่อ-สกุล	ชื่อเล่น	หมายเลข พนักงาน	หมายเลข โทรศัพท์	Facebook
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							



กำหนดการวันเปิดตัวโครงการ
“การสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์”
13 กุมภาพันธ์ 2560
ณ โรงอาหาร บริษัท ไทยรอสแอสเฟอเรนซ์ จำกัด

9.30	ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน เพื่อทบทวนภาระหน้าที่ ฉายภาพยนตร์สั้น “ทำงานเพื่อครอบครัว รักษาตัว ไม่เป็นเอดส์” สร้างบรรยากาศภายในงาน
10.00	ผู้วิจัยกล่าวรายงานโครงการ และผู้ช่วยวิจัยแปลเป็นภาษาพม่า
10.05	ประธานในพิธีกล่าวเปิดโครงการ
10.10	ประธานในพิธีมอบของที่ระลึกให้กับหัวหน้าฝ่ายบุคคลชาวไทยและหัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุข ชาวพม่า
10.15	ถ่ายภาพหมู่
10.20	ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเอดส์
10.30	ฉายภาพยนตร์สั้น “ทำงานเพื่อครอบครัว รักษาตัว ไม่เป็นเอดส์”
10.40	ผู้วิจัยและหัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขชาวพม่าเชิญชวนให้กลุ่มเป้าหมายเล่นเกมในแต่ละซุ้ม พร้อมอธิบายวิธีการ
10.50-15.00	กลุ่มเป้าหมายเล่นเกมในแต่ละซุ้ม และเมื่อครบทั้งสามซุ้มแล้ว จะได้รับของรางวัล
9.30	Meeting with factory health volunteer for job responsibility briefing Short film looping in the area to create the atmosphere for the event.
10.00	The researcher gives the project's introduction. The research assistant interprets into Myanmar.
10.05	The president of the ceremony give the opening speech.
10.10	The president of the ceremony give souvenir to 1 the head of HR (Khun Dissakorn) 2 the head of Factory Health Volunteer (Khun May) 3 the Dormitory manager (Khun Khum Neung)
10.15	Photo Op
10.20	The researcher gives the AIDS risk information.
10.30	Short film looping in the area to create the atmosphere for the event.
10.40	The researcher and the head of Factory Health Volunteer invites the workers to participate in educational activities and explain the methods.
10.50-15.00	The workers play game in each booths and get the prize when all the booths are completed.



ภาคผนวก 7

ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

7.1 ตัวอย่างผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานค้ำถั่วของตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย

ประเด็นสถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในพื้นที่

“สถานการณ์โรคเอดส์ในแรงงานพม่าในพื้นที่ ยังไม่ระบาดถึงขั้นรุนแรงครับ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 2,028 ราย เป็นแรงงานพม่าเพียง 161 ราย”

ตัวแทนโรงพยาบาลสมุทรสาคร

“แรงงานข้ามชาติจะได้รับการตรวจเลือดจากโครงการยุติเอดส์ฯ ของกรมควบคุมโรค และจะรับยาต้านไวรัสจากมูลนิธิเอดส์เฮลท์แคร์ และนภาเอ็กซ์”

ตัวแทนกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

“กลุ่มที่เป็นปัญหารุนแรงคือลูกเรือประมง เพราะเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา เพราะขึ้นฝั่งที่โน้นที่นี้ ทำให้ไม่ได้รับการตรวจและรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากต้องออกทะเลเป็นเวลานานหลายเดือน บางรายก็ป่วยตายระหว่างการทำงานกลางทะเล แต่กลุ่มนี้ก็มีจำนวนไม่มาก เพราะส่วนใหญ่ก็ทำงานในโรงงานกัน”

ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานด้าน
แรงงานต่างด้าวโรงพยาบาลสมุทรสาคร

“กลุ่มแรงงานที่เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายจะไม่ยอมเข้ามารับการตรวจรักษา เพราะกลัวการถูกจับกุม มีผลกระทบต่อหน่วยงานอื่นๆ ที่ปล่อยให้มีการเข้าเมืองผิดกฎหมาย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงไม่สามารถควบคุมโรคได้ในประชากรกลุ่มนี้”

ตัวแทนจากเทศบาลท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรสาคร

“มีแรงงานหญิงตั้งครรภ์จำนวนมาก และบางรายมีเชื้อเอชไอวี ทำให้มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปสู่ลูก แต่ทางโรงพยาบาลไม่สามารถติดตามได้ว่าหลังคลอดแล้ว ลูกมีเชื้อเอชไอวีหรือไม่ เพราะแรงงานหญิงไม่ได้กลับมาหาหมออีก”

ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

ประเด็นปัญหาและอุปสรรคต่อการสื่อสารความเสี่ยงกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์

“สื่อไม่ตรงใจของคนพม่า ยังไม่รู้จริตของคนพม่าว่าชอบอะไร ไม่ชอบอะไร และสิ่งใดที่จะทำให้คนพม่าหันมาให้ความสนใจได้”

ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานด้านแรงงานต่างด้าวโรงพยาบาลสมุทรสาคร

“คนใช้อ่านหนังสือไม่ออก พูดไทยก็ไม่ได้ ผมก็พูดพม่าไม่ได้ ก็เลยคุยกันไม่รู้เรื่อง เขาก็เลยไม่ฟัง ไม่เชื่อ”

ตัวแทนโรงพยาบาลสมุทรสาคร

“พม่าไม่ฟังเราหรอก ต่อให้เราเป็นหมอ เราก็ได้แต่พูดไปสอนไป แต่ถ้าพม่ามาพูดกันเอง เขาก็จะฟังและทำตาม”

ตัวแทนโรงพยาบาลสมุทรสาคร

“เอาชุดบริการตรวจเลือดไปลงพื้นที่ ปรากฏว่า แรงงานไม่อยู่ไปทำงานกัน จะกลับเข้ามาตอนกลางคืน ซึ่งเป็นช่วงนอกเวลาราชการ ทำให้เป็นอุปสรรคในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย จึงต้องให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามาช่วยในการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายนี้แทน”

ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

ประเด็นข้อแนะนำในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ในประเทศไทย

“โรงพยาบาลได้แก้ปัญหาด้านการสื่อสารด้วยการมีล่ามที่ทำงานด้านโรคเอดส์ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว”

ตัวแทนโรงพยาบาลสมุทรสาคร

“การทำงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเรื่องเวลา คือการจัดทีมเจ้าหน้าที่และเอ็นจีโอลงปฏิบัติการนอกเวลา ควรไปตอนเย็นหรือเวลาที่เขาว่างๆ เช่น ตอนพักเที่ยง หรือหลังเลิกงาน เพราะเขาทำงานเป็นกะ อย่ายไปพูดมาก พูดสั้นๆ สัก 10 นาที ไม่ต้องพูดมากสอนมาก เอาที่พม่าเข้าใจ เอาให้ตรง ประเด็นกับที่เขาต้องการสนใจ จัดบูธดูอย่างด้วย พม่ามีหลายเชื้อชาติ พม่าพูดมอญก็ไม่ฟัง มอญพูดพม่าก็ไม่ฟัง ดังนั้นต้องจัดให้เป็นเชื้อชาติเดียวกัน สื่อสารกันเอง”

ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

“การลงชุมชนแต่ละครั้งจะมีล่ามตามไปทุกครั้งเพื่อแปลภาษาและเป็นการเปิดทางเข้าพื้นที่ได้ง่าย โดยเน้นใช้สื่อความรู้ที่เป็นรูปภาพ”

ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานด้านแรงงานต่างด้าวโรงพยาบาลสมุทรสาคร

“การสื่อสารในชุมชนต้องสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในชุมชนเพื่อมาเป็นคนกลางในการสื่อสาร”

ตัวแทนจากเทศบาลท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรสาคร

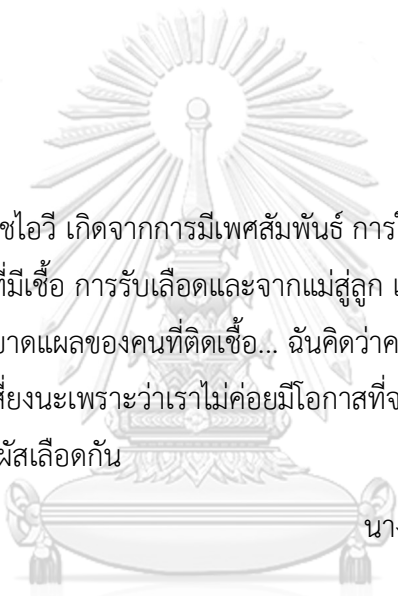
7.2 ตัวอย่างผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ที่เป็นกลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย (นามสมมุติ)

ประเด็นด้านการรับรู้ความเสี่ยง

“ผมว่าผมมีโอกาสในการติดเชื้อน้อยนะครับ หากคู่ของผมมีความซื่อสัตย์ ไม่นอกใจ”

นาย ก. อายุ 30 ปี สมรส

“การติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ การใช้เข็มฉีดยา เข็มสัก ร่วมกันกับคนที่ติดเชื้อ การรับเลือดและจากแม่สู่ลูก แล้วก็การสัมผัสกับของเหลวจากบาดแผลของคนติดเชื้อ... ฉันคิดว่าคนงานในโรงงานเราไม่น่าจะมีความเสี่ยงนะเพราะว่าเราไม่ค่อยมีโอกาสที่จะเกิดบาดแผล ก็เลยไม่น่าจะมีการสัมผัสเลือดกัน



นางสาว ก. อายุ 29 ปี สมรส

“อาชีพของเราจะต้องใช้ถุงมืออยู่แล้ว และก็ไม่มีการใช้มีดในการทำงานเพื่อป้องกันการบาด ดังนั้นผมคิดว่าไม่น่าจะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้....และผมก็ไม่ได้ใช้เข็มฉีดยา หรือมีซู้ ดังนั้นผมมีโอกาสน้อยมากที่จะติดเชื้อครับ”

นาย ข.อายุ 27 ปี สมรส

“ฉันมีโอกาสดำที่จะติดเชื้อมัน เพราะฉันมีความรู้ในการป้องกัน ... โอกาสเสี่ยงมันขึ้นอยู่กับพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน”

นาย ข. อายุ 27 ปี สมรส

ประเด็นพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

“ฉันมีความเชื่อใจคู่ของฉันอย่างเต็มที่ เพราะเขาไม่เคยมีประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ นอกจากฉันมาก่อน แต่ในอนาคตนั้น ฉันก็ไม่แน่ใจว่าเขาจะเปลี่ยนไปหรือป่าว”

นาง ข. อายุ 29 ปี สมรส

“ผมไว้ใจภรรยาครับ”

นาย ค. อายุ 30 ปี สมรส

“ถ้าสามีของฉันติดเชื้อมา ฉันก็คงจะติดเชื้อมันด้วย ... ฉันก็พยายามที่จะหาความรู้เกี่ยวกับถุงยางนะ เพราะรู้ว่าถุงยางมีผลค่าเคียงน้อยกว่าการกินยาคุม”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นาง ค. อายุ 30 ปี สมรส

“สาเหตุที่คนเขาไม่ใช่ถุงยางกัน ก็เป็นเพราะว่ามันทำให้ความสุขทางเพศลดลง และก็มันอายุที่จะซื้อ...และผมเคยชวนให้ภรรยาถุงยางอนามัยกัน แต่เธอก็ไม่ยอม ผมก็เลยไม่อยากจะขัดใจเธอ”

นาย ก. อายุ 30 ปี สมรส

“คนที่แต่งงานแล้วส่วนใหญ่ไม่ใช่ดูอย่างกัน เพราะว่ามันไม่ธรรมดา”

นาง ข. อายุ 29 ปี สมรส

“ถ้าผมจะเริ่มใช้ดูอย่าง ผมคงต้องไปโน้มน้าวใจภรรยาให้ได้เสียก่อน”

นาย ข. อายุ 27 ปี สมรส

“คนที่ไม่ใช่ดูอย่างจะมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีสูง แต่ฉันก็ไม่อยากจะขัดสามี เพราะมันจะทำลายชีวิตคู่ได้ ฉันเคยโน้มน้าวให้เขาใช้ดูอย่าง เพราะฉันกินยาคุมแล้วน้ำหนักขึ้น ฉันเสนอให้ใช้ดูอย่างแทนยาคุมเพื่อการคุมกำเนิด แต่เขาก็ไม่ยอมใช้ ฉันก็เลยยังต้องยอมไม่ใช่ดูอย่าง และกินยาคุมในการป้องกันการท้องต่อไป”

นาง ง. อายุ 23 ปี สมรส

“การใช้ดูอย่างมันทำให้ไม่สนุก และมันแปลก ผมก็อยากให้คู่ของผมตรวจเลือด เพื่อว่าจะได้มาตัดสินใจว่าจะใช้ดูอย่างอนามัยหรือไม่”

นาย ง. อายุ 20 ปี โสด

“ถ้าผมอยากใช้ดูอย่าง ผมต้องชวนให้คู่ใช้ ผมถึงจะใช้ได้”

นาย ข. อายุ 27 ปี สมรส

“ผมไม่เคยซื้อไม่เคยใช้ถุงยาง ผมไม่รู้สักอะไรหากคู่ของผมจะไม่ใช้หรือไม่ใช้ถุงยาง เพราะเราแต่งงานกันแล้ว แต่ถ้าคู่ของผมยืนยันว่าจำเป็นต้องใช้ ผมก็อาจจะลองใช้ดู”

นาย ค. อายุ 30 ปี แต่งงาน

“หลังกิจกรรม ทำให้ผมทราบว่า ถ้าคู่ของผมไม่ยอมใช้ถุงยาง ผมจะอธิบายให้เขารู้ถึงประโยชน์จากการใช้ถุงยางว่าสามารถป้องกันโรคได้”

นาย ง. อายุ 20 ปี โสด

“ฉันกับสามีถือว่าเรื่องสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดเหนือสิ่งอื่นใด ดังนั้นถึงแม้สามีจะปฏิเสธการใช้ถุงยาง แต่ฉันก็จะยืนยันให้เขาใช้ ไม่ใช่เป็นเพราะฉันไม่เชื่อใจเขา แต่เพราะมันเป็นเรื่องที่ควรทำ”

นาง ค. อายุ 23 ปี สมรส

“เราก็มีการตรวจเลือดนะ ปีละ 2 ครั้ง แต่ก็ไม่แน่ใจว่าเป็นหาเชื้อเอชไอวีหรือเปล่า แต่ที่แน่ๆ คือ หมอสั่งให้ฉันตรวจหาเชื้อเอชไอวีตอนที่ไปฝากท้องที่โรงพยาบาล”

นาง ค. อายุ 23 ปี สมรส

“ผมอยากจะตรวจหาเชื้อเอชไอวีนะ เพราะจะทำให้รู้ว่าผมกับคู่ของผมมีเชื้อเอชไอวีหรือไม่”

นาย ง. อายุ 20 ปี โสด

“หลักๆ คือ ควรจัดให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เพื่อว่าจะได้ป้องกันได้
ล่วงหน้าเลย แล้วก็อยากให้มีการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยด้วย”

นาย ข.อายุ 27 ปี สมรส

“ควรมีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และก็ควรมีการสร้างการตระหนักรู้เกี่ยวกับ
โรคเอดส์ และวิธีการที่สำคัญ คือ การสอนให้ใช้ถุงยางอนามัย....และควรจัด
ให้มีหนังสือที่เป็นภาษาพม่าให้ความรู้กับคนงาน วางในที่คนงานจะได้อ่าน
ได้”

นาย ค. อายุ 30 ปี สมรส

“ฉันอยากจะขอให้มีหนังสือดี ๆ ที่ให้ความรู้ในที่ทำงาน เพื่อว่าเขาจะได้
หยิบมาอ่านได้ง่าย ๆ คนงานที่นี้มีความรู้น้อยมากนะ”

นาง ค. อายุ 23 ปี สมรส

“ควรมีการทำกิจกรรมบ่อย ๆ เพราะถ้าคนงานมีความรู้เขาก็น่าจะป้องกัน
ตนเองได้ระดับหนึ่ง”

นาง จ. อายุ 24 ปี โสด

“คนที่ยังไม่ได้แต่งงานก็อาจมีเพศสัมพันธ์ได้ ดังนั้นเขาควรต้องรู้จักวิธีการ
ป้องกันไม่ให้ติดโรค และไม่ให้อท้อง ดังนั้นต้องสอนให้รู้จักถุงยางอนามัย...และ
การทำกิจกรรมน่าจะต้องทำซ้ำๆ เพื่อให้คนที่ไม่สนใจหันมาสนใจ”

นาง ง. อายุ 23 ปี สมรส

“ผมคิดว่าต้องสนับสนุนให้ผู้ชายพกถุงยางอนามัยไว้ครับ”

นาย ง. อายุ 20 ปี โสด

“หนังสือเล่มเล็กนั้นดีมากครับ เมื่อผมได้อ่านจบ ผมได้รู้อะไรใหม่ๆ มากมาย
ที่ผมไม่เคยรู้มาก่อนครับ”

นาย ก. อายุ 30 ปี สมรส

“ไม่ได้เห็นกิจกรรมด้านเอดส์มาเลย เพิ่งได้มาเป็นกิจกรรมนี้ ก็ชอบ แต่ไม่
สามารถเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่น ๆ ได้ค่ะ”

นาง จ. อายุ 24 ปี โสด

“ฉันชอบกิจกรรมนี้มากจริง ๆ เพราะทำให้ผู้ที่เข้าร่วมแต่ละคนได้รับความรู้
และทำให้กลุ่มคนงานได้รับการเสริมศักยภาพมากขึ้น”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นาง ค. อายุ 23 ปี สมรส

CHULALONGKORN UNIVERSITY

“ได้เคยเห็นกิจกรรมด้านเอดส์มาแค่ 3 ครั้งตลอดระยะเวลา 10 ปีทาอยู่ที่นี้
กิจกรรมอื่น ๆ เป็นเพียงการแจกแผ่นพับ และถุงยางอนามัย แต่กิจกรรมของ
คุณเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อคนงานมาก ๆ เพราะทั้งสนุก ทั้งได้ความรู้
และก็มีทำให้คนงานมีส่วนร่วมจัดด้วย”

นาย ค. อายุ 30 ปี สมรส

7.3 ตัวอย่างผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นแรงงานข้ามชาติ เมียนมาร์ (นามสมมุติ)

“ฉันมีความสุขที่ได้ร่วมกิจกรรม และได้มีโอกาสแบ่งปันความรู้ให้กับ
เพื่อนคนงาน ฉันอยากให้มีโอกาสแบบนี้ให้มากขึ้น ฉันได้รับความรู้
เชิงลึกจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ฉันรู้สึกว่าคุณมีความรู้ที่จะส่งต่อไปให้กับ
เพื่อน ๆ ... ตอนนี้ฉันคิดว่าฉันสามารถให้คำปรึกษาได้ ให้ความรู้เกี่ยวกับการ
ป้องกันต่าง ๆ ได้ และถ้าฉันได้พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องการความช่วยเหลือ
ฉันจะพยายามอย่างเต็มความสามารถที่จะช่วยเขา”

นาง ก.

“ฉันมีความสุขที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมนี้ ถ้าฉันพบกับผู้ป่วยในอนาคต ฉันจะให้
ความรู้ที่ฉันมี ให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้เขาไปรับการรักษาเพราะโรคนี้
รักษาได้ ไม่ต้องซีเมเศร้าเสียใจ ฉันได้รับการฝึกสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย
ตอนนี้ฉันมีความมั่นใจในการสาธิตมาก ๆ สามารถแก้ไขวิธีการใส่ที่ไม่ถูกต้อง
ให้กับเพื่อน ๆ ได้”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นาง ข.

“ผมมีความสุขจริง ๆ และรู้สึกขอบคุณที่มาช่วยจัดให้เกิดกิจกรรมนี้ขึ้น ทำให้
ผมมีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ และอธิบายให้ผมเข้าใจในสิ่งที่ผมไม่เคย
เคยรู้ไม่เคยเข้าใจมาก่อน ตอนนี้ผมรู้แล้วว่าผมต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการ
ดูแลสุขภาพตนเอง และจะไม่ลืมเลยว่าต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มี
เพศสัมพันธ์ ในอนาคตผมจะช่วยเหลือผู้ป่วยเอชไอวีอย่างเต็มที่เท่าที่ผม
ทราบเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของเขาดีขึ้น”

นาย ก.

“ฉันได้เรียนรู้สิ่งใหม่ และได้รับความรู้เป็นอย่างมากจากการเข้าร่วมกิจกรรม และฉันไม่เคยรู้วิธีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องมาก่อนเลย แม้กระทั่งในชีวิตจริง ตอนนี้ฉันได้เห็น ได้ฝึกแล้ว ฉันมั่นใจว่าฉันจะสามารถใช้มันได้อย่างถูกต้อง ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถถ่ายทอดความรู้นี้ออกไปในชุมชนของฉันได้ ในอนาคตฉันก็ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือคนอื่น หรือสอนคนอื่น ๆ ได้มากเพียงใด แต่ฉันก็จะพยายามอย่างเต็มที่ในการช่วยเหลือ โดยเฉพาะคนที่ติดเชื้อเอชไอวี”

นาง ค.



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

สมิทธิ์ บุญชูติมา ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการ
ประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกิดเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2521
ภูมิลำเนาเดิมกรุงเทพมหานคร จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาจากโรงเรียน
กรุงเทพคริสเตียนวิทยาลัย ได้รับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตและมหาบัณฑิต จากจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย และได้ศึกษาในระดับปริญญาโทในหลักสูตร Transnational Communications
and the Global Media ที่ Goldsmiths College, University of London, United Kingdom

