



*Sustainable model development for the enhancement of  
community practice to promote AIDS prevention  
activities in Songkhla Province*



Jeranoun Thassri

Nongluk Somjit

A25

Copyright of Prince of Songkla University

2008

NUR5111990025S

## ABSTRACT

The main purpose of this participatory action research was to create a sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province where there was a high incidence of AIDS per 100,000 populations. Two main objectives in this study were: (1) to describe the process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province, and (2) to study the outcome of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in one district of Songkhla province. From October 2007 to August 2008, researchers, consultants, and participants conducted AIDS prevention activities and the results of it are presented as follows: (1) For sustainable and successful AIDS prevention activities in this study, participation from all sectors was substantial for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities, (2) participation of all sectors in three phases including planning, implementing, and evaluating was the process to promote AIDS prevention activities in this study, and (3) there were various outcomes to present the successful of this study such as trained community health leaders who learned the strategies to conduct AIDS project in communities, 5 AIDS projects at sub-district level, and the significant improvement in knowledge regarding AIDS prevention activities after the program implementation ( $t = 3.376$ ,  $p = .002$ ). These findings may prove helpful in the development and implementation of future HIV/AIDS educational programs, especially to integrate AIDS prevention activities into local policy.

## **ACKNOWLEDGMENTS**

We would like to express our gratefulness to the many people who provided extraordinary support and guidance during our study. Including the Faculty of Nursing, Prince of Songkla University for their generous grant, the good facilitation and kind cooperation of and all government and non-government organizations and personnel in Khuan-Niang district, Songkhla province, especially the community health leaders who participated in and conducted their AIDS prevention activities in this program. Grateful thanks to the consultants of the project, Assistant Professor Serm Thassri, Mr. Preeda Suwanmanee, and Mr. Chan Chankong who offered a lot of advice, suggestions, and commendations throughout the duration of the study. Further special thanks are also extended to Senior lecture Dr. Sansnee Jirojwong from Western Sydney University, Australia, and James Slatcher from England, for their cogitation on this paper.

# CONTENTS

	<b>PAGE</b>
Abstract.....	(2)
Acknowledgements.....	(3)
Table of Contents.....	(4)
List of Tables.....	(6)
List of Figures.....	(7)
Chapter	
1. Overview of the Study.....	1
Introduction.....	1
Objective.....	3
Research Question.....	3
Significance of the Research.....	3
Conceptual Framework.....	4
Summary.....	7
2. Review Literature .....	8
Introduction.....	8
Epidemiology of HIV/AIDS .....	8
Concept of Community Participation.....	12
A Sustainable AIDS Model Development around the World.....	13
Summary.....	24
3. Methodology.....	25
Introduction.....	25
Research Setting and Criteria to Select the Setting.....	25



## CONTENTS (Continued)

	<b>PAGE</b>
Key Participants and Participants in Each Phase.....	27
Data Collection Methods and Instruments.....	30
Ethical Consideration.....	31
Trustworthiness of the Study.....	32
Data Analysis.....	32
Summary.....	32
4. Results and Discussion.....	34
Introduction.....	34
Results.....	34
Discussion.....	43
Summary.....	45
5. Conclusions and Recommendations.....	46
Conclusions.....	46
Recommendations.....	48
Summary.....	50
References.....	52
Appendices.....	56
A. 5 AIDS Project of 5 Sub-districts.....	57
B. Instruments.....	81
C. AIDS Prevention Activities of the Project .....	88
D. Executive Summary.....	95

## LIST OF TABLES

TABLE		PAGE
1	Summary of the number of people living with HIV and AIDS, annual new cases, and cumulative HIV infections, AIDS cases and AIDS-related deaths in the baseline scenario.....	11
2	AIDS prevention program in developed and developing countries....	17
3	Conceptual framework for managing collaboration to integrate HIV/AIDS prevention and alleviation for 2007-2011.....	23
4	Number and percentage of the characteristics of community health leaders.....	40
5	Comparison of knowledge and self-confidence of community health leaders regarding AIDS prevention activities before and after the intervention.....	43

## LIST OF FIGURES

FIGURE		PAGE
1	Conceptual framework of the project.....	6
2	AIDS cases in Songkhla province, 1988-2007, by 16 districts from The Ministry of Songkhla Public Health Officer.....	10
3	AIDS incidence of Songkhla province in 2005.....	26
4	Three phrases of PAR to promote AIDS prevention activities at sub-district and district level in Songkhla Province.....	30
5	A sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province.....	37

# Chapter 1

## Overview of the Study

### Introduction

Around the world, developed and developing countries are facing a serious AIDS epidemic, especially in Africa and Asia (Chifunyise, Benoy & Mukiibi, 2002; Ruxrungtham, Brown, & Phanuphak, 2004; Schneider, Glynn, Kajese & McKenna, 2006; Smith & DiClemente, 2000). There is extra ordinary diversity in the response to HIV between countries and regions. In Asia, AIDS epidemics reported great diversification including severity and timing. Ruxrungtham and colleagues reported that there were several factors that affect the rate and magnitude of growth of HIV prevalence, however two of the most important are the size of the sex worker population and the frequency with which commercial sex occurs (Ruxrungtham, Brown, & Phanuphak, 2004). Worldwide, slightly more than 56 million people died in 2001. One-third of these deaths were from communicable, maternal, and perinatal conditions and nutritional deficiencies. Among these diseases, HIV/AIDS accounted for only 2% of deaths in 1990, however for 14% in 2001 (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006).

Twenty-five years into the HIV epidemic, surveillance data continue to highlight the need for a multifaceted approach that promotes knowledge of risk-reduction strategies for seronegative persons at high risk for HIV infection (Schneider, Glynn, Kajese & McKenna, 2006). AIDS control is one of the Millennium Goals of many countries, both developed and developing. Mocumbi and Amaral (2006) stated that the effectiveness of control of sexually transmitted infection is dependent on the maturity of the AIDS epidemic, but is an essential intervention due to other serious consequences for sexual and reproductive health. Preventive intervention to implement with regard to reproductive rights is one effective control of HIV. Moreover, a reasonably organized and accessible health sector, rights-based political agenda, with capacious participation of communities, are necessary for AIDS prevention programs to move from proved efficacy to essential effectiveness, putting evidence into practice (Swanson, Dibble, & Chapman, 1999). To combat the rising number of HIV infection cases in Bali, Indonesia, development of appropriate written

educational material targeted at injecting drug users and urban youth is necessary (Setiawan et al.,1999).

In Thailand, AIDS is still causes serious problems including physical, psychological, economic, and social problems. Also, communities and organizations are confronted with various AIDS related problems. For instance, assessment of the HIV/AIDS impact from the beginning of the epidemic up until 2005 found 1,070,000 accumulative cases of infected people. Of these, 510,000 are AIDS death cases and 560,000 are people still living with HIV/AIDS. The epidemic has resulted in significant social problems and difficulties, including children being born with HIV or affected by HIV/AIDS in some other way (The National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation, 2007). Moreover, many young people continue to visit sex workers, however the spread of the HIV infection seems to be under control among certain groups of young adults. This is supported by the evidence of a cross-sectional survey taken in 2004 of HIV-related behavior among second year vocational school students in 24 provinces throughout Thailand. The results of the survey showed that 32% of male students and 21.2% of female students had never had sexual intercourse. 10.6% of male participants and 8.0% of female participants had used condoms consistently when they had sex with close acquaintances or lovers in the previous 12 months. This study suggested that Thailand needs to address both condom usage with non-commercial partners and sex education and behavior change intervention in the high risk youth categories (Plipat, 2006).

Information regarding the extent and magnitude of the HIV/AIDS epidemic in Thailand urgently needs to be considered carefully by all sectors of society in order to reduce HIV transmission even further. There should be an acceleration of HIV prevention and control in all risk groups and locations, including indirect sex workers, karaoke singing and restaurants, massage parlours, students in schools, and other places. Moreover, learning about sexuality, sex, and HIV/AIDS education should be included in school curricula. Such education should also cover youths not enrolled in schools and tertiary institutions (The National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation, 2007).The researchers developed the participation in AIDS prevention activity among health officers, community leaders, parents and youths in a village in Songkhla province. The findings revealed four processes of participatory collaboration in situation analysis and decision-making planning, acting and evaluating. In addition, there were main factors including: (1) seeking data, (2)

knowing and realization, and (3) having initiative about AIDS prevention (Hassman, Limchaiaunruang, Singchangchai, & Wiriyaongsugit, 2006). In brief, in reducing the incidences of HIV/AIDS in Thailand, to promote AIDS prevention activities in communities by participation of all sectors including government and non-government is one strategy that needs to be developed according to all risk groups.

## **Objective**

To create a sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province, including two main specific research objectives of this study:

1. To describe the process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province
2. To study the outcome of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province including AIDS knowledge and self-confidence regarding AIDS prevention activities.

## **Research Question**

What is a sustainable AIDS' prevention model for enhancing the capacity of community members to promote AIDS activities at district level in Songkhla Province?

## **Significance of the Research**

A review of the literature and information of the HIV/AIDS epidemic around the world including developed and developing countries demonstrated that there is a remarkable willingness and capacity for all members of the community (government and non-government) to implement policies for promoting AIDS prevention activities. Focused in Thailand, although the HIV prevalent rate from previous sentinel surveillance has fallen, it is found that HIV is still spreading within various groups of the population. Therefore, to combat the rising number of new HIV infection cases, community health leaders is one group that have in the past helped conduct AIDS

prevention activities in communities at district level. The results of this research can be used in various ways as follows:

1. Service. The AIDS' prevention model for enhancing the capacity of community health leaders can be used to reduce the incidence of HIV/AIDS epidemics in Songkhla Province. Developed awareness and capacity at all levels could be done by highlighting AIDS problems, coordinating cooperation at the community level, giving more recognition to the role of district and sub-district committee for AIDS prevention, and community-based organizations. This can also be applied to other communities that have similar contexts and cultures.

2. Education. Learning about AIDS' prevention models is a valuable source of evidence for instructors and teachers both of colleges and universities. This should be included into curricula to develop the capacity of the teaching staff. For instance, faculty of nursing can demonstrate this model to student nurses for reducing AIDS problems in communities.

3. Administration. AIDS prevention model should be a part of the "Healthy Thailand" policy so that a strong multisectoral approach from government and non-government at all levels including provincial, district, and sub-district, can integrate and support all of the resources, personnel, and timing of activities that resulted in high levels of efficiency, good working relations, appropriate time management and efficient resource usage.

4. Research. Results of these studies are able to lend support to the process of community participation for AIDS prevention. To ensure that AIDS prevention activities are a success, government agencies concerned with AIDS prevention should collaborate with universities and academic institutes to develop and implement participatory action researches. From the evidence of research, the AIDS' model in this study can be developed by testing the results with other communities.

### **Conceptual Framework**

The participation of all sectors is the conceptual framework of this project. It consisted of participants both government and non-government at all levels including regional, provincial, district, and sub-district (Figure 1). With regards to the purpose of the study, to create a sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province,

three phases namely planning, implementing, and evaluating are key essential components throughout the study as a means of:

1. Phases I: Planning. The first phase of participation was (1) assessing and analyzing the current AIDS' situation and AIDS' problems, (2) creating ambience of AIDS' problems in their communities, (3) brainstorming to explore directions and needs to solve AIDS' problem, and (4) decision making and creating AIDS' planning project in communities.

2. Phase II: Implementing. The second phase of participation was (1) Reviewing the AIDS' project for appropriation and suitability to the communities, (2) Enhancing the ability of participants to conduct AIDS prevention activities in communities, and (3) Application AIDS' projects in communities.

3. Phase III: Evaluating. The final phase of participation was (1) Sharing and reflecting of AIDS prevention activities, (2) Presenting and conclusion of AIDS prevention activities, and (3) Reporting the process and outcome of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities.



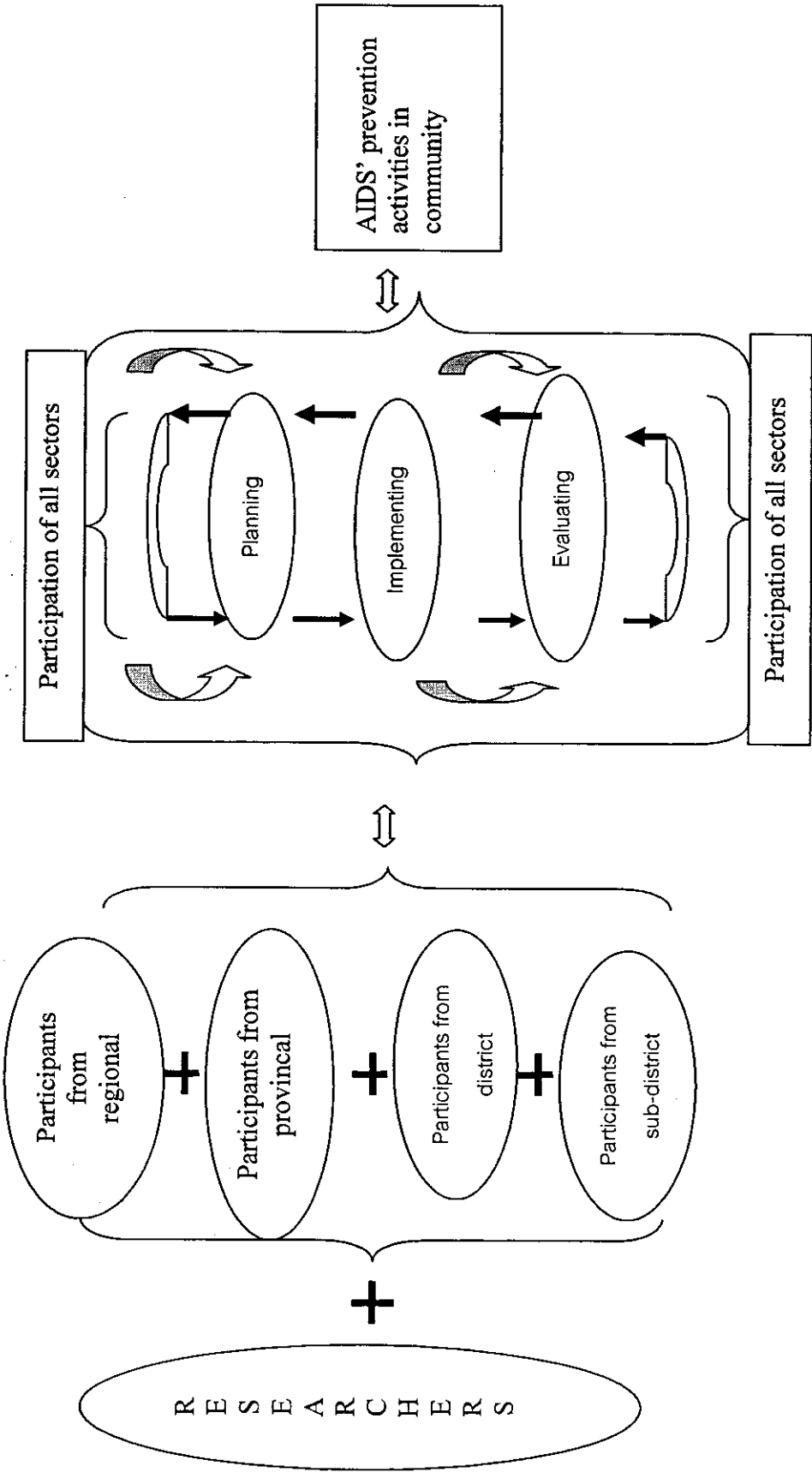


Figure 1 Conceptual framework of the project

## Summary

Thailand has had success with AIDS prevention which has significantly reduced the spread of the HIV/AIDS epidemic. However, the modes of HIV transmission and patterns of risk behavior within each population have changed. Due to various causes such as changing cultural and lifestyle dynamics, lack of active adjustment of the policy development process, and a lack of comprehensive social services that could stop the epidemic. The purpose of this study was using participation of people in communities to create a sustainable model for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province. The conceptual framework of the project consisted of three phases including planning, implementing, and evaluating with mutual collaboration between participants and researchers throughout the study. The results of this study were the enhancing of capacity of community members to promote AIDS prevention activities. Also, it can be used to help reduce the incidence of the HIV/AIDS epidemic in Songkhla Province and can be recapitulated in other communities that have similar demographics, context and culture.

# **Chapter 2**

## **Review Literature**

### **Introduction**

To create a sustainable model development to enhance the capacity of community health leaders to promote AIDS prevention activities in this research, a literature review was carried out on three main important aspects including: (1) epidemiology of HIV/AIDS, (2) concept of community participation, and (3) a sustainable AIDS model development around the world.

### **Epidemiology of HIV/AIDS**

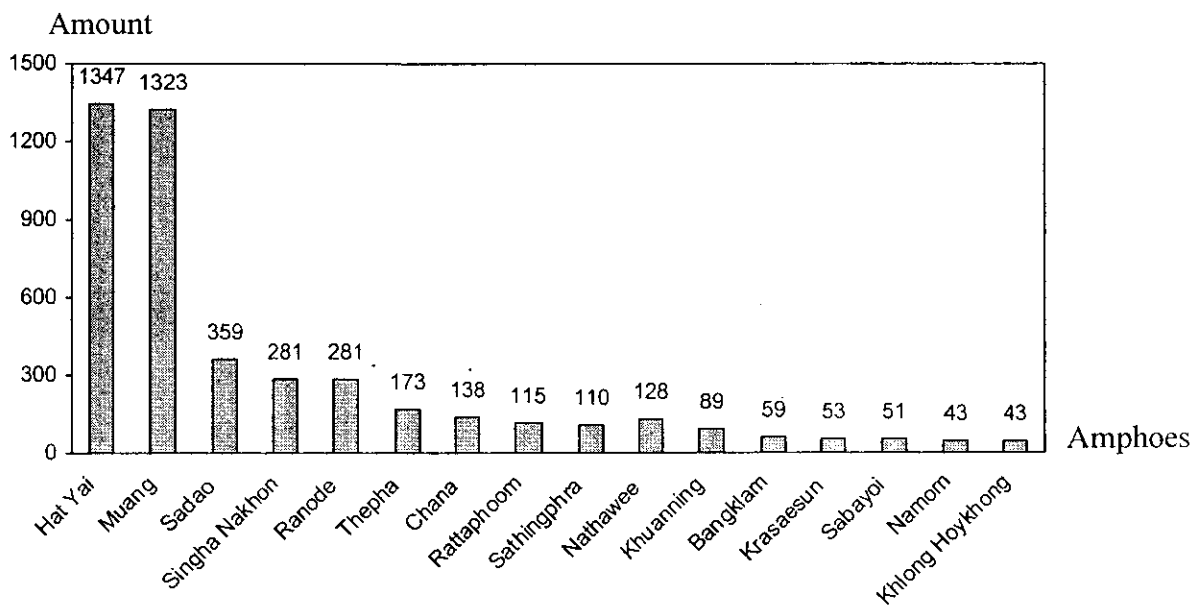
Around the world, HIV/AIDS pandemic is a major threat to all people groups including fetus to elderly both developed and developing countries. Therefore, it is essential to urge avoidance of risk behaviors in new generation (Castilla, Pollan & Lopez-Abente, 1997). Reproductive and sexual rights are at the centre of the AIDS epidemic through culturally defined gender roles, gender-based violence and limited access to quality health care (Mocumbi & Amaral, 2006). With the prevalence of HIV in many countries slowly rising, many millions people are at risk from becoming infected with HIV (Lanouette, Noelson, Ramamonjisoa, Jacobson & Jacobson, 2003). The 2006 report on the global AIDS epidemic estimated for AIDS in various categories including: (1) 38.6 million people worldwide were living with HIV at the end of 2005, (2) 4.1 million became newly infected with HIV, and (3) 2.8 million lost their lives to AIDS. Over all, the HIV incidence rate is believed to have peaked in the late 1990s and to have stabilized subsequently, nonetheless there is an increasing incidence in several countries (UNAIDS, 2006). Focused on Asia, the extensive spread of HIV started late, compared with the rest of the world. HIV epidemic in Asia reported great diversity, both in severity and timing. Ruxrungtham, Brown, & Phanuphak (2004) proposed several factors which affect the rate and magnitude of growth of HIV prevalence. However, two of the most important factors are the size of the sex worker population and the frequency of sexual contact with which commercial sex occurs. Latest estimates from UNAIDS (2006) reported 8.3 million people were

living with HIV at the end of 2005. More than two-thirds of them are in one country, India. In brief, the countries of Asia can be shown into three categories: (1) those where HIV hit early and hard, and where adult HIV prevalence now exceeds 1% such as Cambodia, Burma, Thailand, and some states in India, (2) those currently in transition, with HIV epidemics growing noticeable in the past 5 years such as China, Indonesia, Nepal, and Vietnam, and (3) those where having very low levels of infection such as Bangladesh, Laos, the Philippines, and South Korea (Ruxrungtham, Brown, & Phanuphak, 2004).

Female is a group who are vulnerable to HIV/AIDS infection. As findings in Zimbabwe, of 1,807 adolescent females, 192 (10.6%) were HIV positive, and 41 % of HIV-positive adolescent females reported no sexual risk behaviors. In Indonesia, the young age of initiation into use of narcotics and injecting drug use is a key risk factor. Also, sexual behavior patterns among injecting drug users further increase the risk of HIV infection, including sex with sex workers, sex with foreigners, multi-partner, and under the influence of drugs, and with low condom use (Setiawan et al, 1999). Similar to young migrant factory workers in Nepal, despite religious and cultural restrictions, one in five boys and one in eight unmarried girls reported experience of sexual intercourse. Early sexual experimentation, multiple partners, and low and irregular use of condoms are common. Most nonregular sex partners were described as friends from the same factory or community. Relatively, few young people considered themselves to be at risk of getting HIV/AIDS or sexual transmitted infections (Puri & Cleland, 2006). In brief, adolescent females who are married, not attending school, and/or are unemployed, are at heightened risk for HIV infection (Gavin, et al, 2006).

In Thailand and in Songkhla, the first AIDS patient was reported in 1984, and 1988 respectively. Studies of HIV prevalence in various population groups and trend projections of people living with HIV/AIDS by the Thai Working Group found 17,000 new infected persons in 2004, which is a significant reduction from the 150,000 infected persons in 2,000. In addition, 5.7 million people in Thailand have been protected from infection since the beginning of the epidemic in 1995. Although the epidemiological changes of the last decade reflect a reduction in new infection to one-ninth of the occurrences 14 years ago, it is found that HIV is still spreading within various groups of population (The National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation, 2007). The Ministry of Public Health summarized the number of people living with HIV and AIDS, annual new cases, and cumulative

HIV infections, AIDS cases and AIDS-related deaths in the baseline scenario as following: (Table 1). Finally, AIDS cases in Songkhla province, 1988-2007, by 16 districts were reported (Figure 2) (The Ministry of Songkhla Public Health Officer, 2008).



**Figure 2 AIDS cases in Songkhla province, 1988-2007, by 16 districts from The Ministry of Songkhla Public Health Officer**

**Table 1 Summary of the number of people living with HIV and AIDS, annual new cases, and cumulative HIV infections, AIDS cases and AIDS-related deaths in the baseline scenario**

Year	Living HIV & AIDS	Annual new HIV	Annual New AIDS	Cumulative HIV	Cumulative AIDS	Cumulative AIDS deaths
1985	56	56	0	56	0	0
1990	294,144	136,962	1,946	294,840	2,517	697
1995	736,992	60,749	36,183	796,318	101,189	59,326
2000	694,564	29,396	54,963	983,958	358,071	289,394
2005	540,822	18,172	48,932	1,092,327	611,997	551,505
2010	369,834	11,685	43,598	1,161,694	846,568	791,859
2015	230,878	8,669	26,623	1,209,459	1,011,953	978,580
2020	157,568	7,919	16,797	1,249,950	1,112,955	1,092,382

*Note* From Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020, by Ministry of Public Health, 2001, p.27.

## **Concept of community participation**

Adapting a participation concept perspective to AIDS prevention activities and public health concern is a daunting challenge. Beeker, Grey, & Raj (1998) reported community participation has long been a basic principle in health education and research, however, has been inconsistently practiced. More important is community participation in prevention planning and research is expected to empower individuals as well as communities in term of: (1) at the individual level, by developing community and health-relevant competencies such as group decision making and knowledge of resources, and (2) at the community level, by creating new networks, resources, and opportunities. To success in reducing sexual risk taking as well as related behaviors, Sharts-Hopko and Bonas (1998) indicated by increased openness to dialogue about sexual issues, as well as in creased participation in AIDS education activities. In addition, participation is one issue of HIV/AIDS research namely "Planning for community-based evaluation." The authors proposed topics related to participation and decision making that need to be discussed include: (1) the respective roles of the community and the evaluation community, (2) the tasks of associated with the community member. The evaluation community, (3) the project provide for the preparation and training of community members, (4) the consultative mechanisms that be between the evaluation team and the community, and (5) the able of stakeholders to exert ultimate control over the evaluation process (Cockerill, Myers, & Allman, 2000). In addition, Mocumbi and Amaral (2006) presented reducing the vulnerability of males and females to HIV infection, government and the civil society should join hands in order to create a social environment that discourages men and women from engaging in risky behavior that puts them, and consequently, their partners at risk of HIV. Also, it is necessary to adopt community-based strategies involving traditional leaders to spearhead a campaign to change practice and stereotypes, and to use the education system to change the social norms that lead to high-risk behavior. Similar to AIDS prevention and control in Thailand, community health leader is one important group who involve and participate to advise, suggest, and practice people from avoiding risky behavior in community (Thassri, Thassri, Wijitsopha, & Suwan, 2006; Thassri & Jaruphand, 2007).

Related to a participatory process of a case study of persons living with HIV/AIDS in a US state, Chung & Lounsbury (2006) illustrated that participation in a community-based

research project is a dynamic phenomenon that must be negotiated among an evolving web of roles and relationships. However, lack of reflection over power differentials can lead to disempowering outcomes even after achieving a participatory process. Moreover in Sweden, evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning indicated that systematic improvements of social support and group coherence among employees ought to be facilitated by the organization as a health-promoting area. In brief, the method initiated processes of change at organizational, workplace and individual levels as the participants examined their work situation, determined problems and initiated solutions. Also, social support and group coherence were expressed as essential in order to transform challenging strategies into action and goal realization (Arneson & Ekberg, 2005).

To conclude, the lifetime risk of acquiring HIV infection in all countries, developed and developing, rural as well as urban, is currently as high. For example, women who have much of this risk still accrue rapidly at young age despite high levels of knowledge regarding HIV/AIDS issues. Thus, participation concept is an acceptable and essential component to promote AIDS prevention activities for reducing the AIDS problems. It can use to mobilize the various organizations of society both government and non-government at all levels including national, provincial, district, and sub-district to respond to the epidemic of HIV/AIDS. Using participatory action research to develop AIDS prevention activities, it is including (1) preparing the research team with consultants of the project, project plan, management and fixing technical and budgetary support systems, (2) community context and organization to manipulate the development plan of AIDS prevention activities, (3) operational stage through analyzing and evaluating capacity using the participatory process of members and health officers under natural circumstances, and (4) evaluation and conclusion of the project in both quantitative and qualitative methods.

### **A sustainable AIDS model development around the world**

Faced with HIV/AIDS situation, development of AIDS prevention program has been exploited to reduce HIV risk infection in all countries around the world both developed and developing (Table 2). In developed countries, the important components of HIV risk-reduction interventions are becoming clearer, and the methodological rigour applied to evaluating such interventions is improving. For example to control HIV/AIDS in China, three



major initiatives are being scaled up concurrently including: (1) the government has prioritized intervention to control the epidemic in injection drug users, sex workers, men who have sex with men, and plasma donors, (2) routine HIV testing is being implemented in populations at high risk infection, and (3) the government is providing treatment for infected individuals. These have emerged from a process of gradual and prolonged dialogue and collaboration between officials at every level of government, researchers, service providers, policy makers, and politicians, and have led to decisive action (Wu, Sullivan, Wang, Borus & Detels, 2007). Moreover, to improve health outcomes for people who inject drugs in Australia, the Kirketon Road Centre (KRC) model has proven versatile in up scaling to meet health needs of injecting drug users. To sum up, integrated primary health care models should be promoted more widely as a foundation to improve the health outcomes of injecting drug users (Beek, 2007). In the other hand, developing countries, where the HIV situation is most severe and threats to, design interventions accordingly, and generate the necessary political will and support for successful implementation and evaluation (Stephenson & Obasi, 2004). AIDS model development in community seeks to increase the community's capacity to be self-determining in a specific domain as Beeker, Grey, & Raj (1998) suggested including: (1) the ability to integrate effective HIV interventions into existing community structures, (2) the ability to adapt interventions to changing conditions, (3) the ability to apply relevant skills and resources to other community health concerns, and (4) in the case of HIV/AIDS. Another AIDS prevention program focused on traditional healers in South Africa in late 1992. An initial group of 28 healers (the "first generation") was trained in HIV/AIDS and STD prevention. These 28 in turn trained a total of 630 additional healers (the "second generation") in formal, week-long workshops within seven months of the first workshop (this figure grew to 1,510 healers by the end of the tenth month). Healers also reported advising their patients to use condoms, and demonstrating methods of correct condom use (Green, Zokwe, & Dupree, 1995).

In Bali, Indonesia, Setiawan and colleagues (1999) reported that to develop the appropriate written educational material targeted at injecting drug use and urban youth is necessary. Also, a local foundation with a staff team including injecting drug use could undertake core programs applying the philosophy of harm reduction, involving a drop-in center peer counseling and information distribution plus outreach. Another view to a new genre of HIV prevention program namely, "STAND: Students Together Against Negative

Decisions” which led a panel of educators, parents, students, physicians, psychologists, psychometricians, and experts in AIDS education in the development of a peer educators training program. STAND is designed to be consistent with knowledge of the developmental characteristics of teenagers, including perceived unique invulnerability, limited abstract reasoning ability, and a predilection to focus on present rewards over long term consequences (Smith & DiClemente, 2000). Finally, a psychoeducational programme which the intervention consisted of 90 minute group sessions led by a nurse and emphasized problem solving, skills building, and peer and professional support showed: (1) increased knowledge of the disease and (2) decreased sexual risk behaviors (Swanson, Dibble, & Chapman, 2008). In brief, model or program aimed at promotion of safer sex practices and life skill training that facilitates communication and utilization of sexual health services should target vulnerable people such as young migrant factory workers (Puri & Cleland, 2006).

All parts of Thailand, for instances the North and the South, an AIDS prevention program was developed by many investigators with emphasis on a participatory action research (Fongkaew, Rutchanagul, & Fongkaew, 2005; Hassman, Limchaiarunruang, Singchangchai, & Wiriyaongsugit, 2006; Thassri, Thassri, Wijitsopha, & Suwan, 2006; Thassri, & Jaruphand, 2007). In addition, the five-year HIV and AIDS Prevention and Alleviation plan together with the budgetary plan should consisted of: (1) the roles related to technical support together with monitoring and evaluation, (2) the leadership and management roles performed by local and provincial teams, and (3) capacity development of Non-governmental organizations and Community-based organizations. Also, conceptual framework for managing collaboration to integrate HIV/AIDS prevention and alleviation for 2007-2011 in Thailand is presented by The National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation (2007) (table 3).

To reduce the risk for HIV infection, the experts mentioned the interventions that improve educational and employment opportunities, strengthen school-based prevention services, foster more equitable gender attitudes, and make marriage safer by promoting knowledge of partners' serostatus before marriage (Gavin, et al, 2006). The most important missing element of AIDS intervention control is strong and coherent leadership at all levels and in all sectors, acting on the diverse factors that influence the AIDS epidemic. They also mentioned to the governments that should take the lead in promoting a human rights model of AIDS prevention and care for focusing on youth who are at the centre of the pandemic in terms of transmission, impact, vulnerability, and potential for change. Furthermore, to success of this approach if evidence based policy environment is created using health systems research and better knowledge of cultural and behavior factors to make services more responsive to the needs of the targets group. A comprehensive response to HIV should include intensified prevention efforts while simultaneously expanding access to treatment and care including: (1) access to a comprehensive reproductive and sexual health care package is a human right, (2) understanding reproductive and sexual health determinants is essential to control HIV/AIDS-STI epidemic, (3) interventions of proven effectiveness to reduce the incidence of HIV/AIDS- 3.1 Consistent condom use, 3.2 Voluntary counseling testing, 3.3 Early ARV therapy, ARV- C-section and bottle feeding for pregnant women, 3.4 Controlling STI, 3.5 Adherence to preventive and therapeutic interventions, (4) an organized and responsive health care system is required to cope with HIV/AIDS-STI epidemic, (5) the community has a pivotal role on improvement access to prevention and care, and (6) leadership is an essential element to translate community desired and political power into effective actions (Mocumbi & Amaral, 2006: 390).

**Table 2 AIDS prevention program in developed and developing countries**

Title/Authors	Objective/Methodology	Results
<p>1. The adolescent sexual world and AIDS prevention: A democratic approach to programme design in Zimbabwe (Schatz &amp; Dzvimbo, 2001)</p>	<p><u>Objective:</u> 1. To redress the under-representation of adolescent attitudes in AIDS prevention programme design. 2. To discuss the implications of a democratic sexuality education approach within a health promotion context.</p> <p><u>Methodology:</u> 1. Surveyed the attitudes of adolescents on sex-related topics 2. Identified similarities and differences in attitudes according to gender and socioeconomic environments, and examine sources of students' knowledge of selected sex-related topics.</p>	<p>A democratic approach to programme design is fully consistent with the principles of democratic living and gives guidance teenagers who are trying to decide how to live a healthy life. Also, this study suggests that programmers would be well advised to collect information from the adolescents' psycho-social-economic environment and link it with good governance and civil society strategies in developing AIDS prevention programmes that involve the adolescent in making lifestyle decisions. To achieve a more supportive environment for AIDS prevention, this approach can link adolescent attitudes and health promotion action to advocate for public policy reform, gender equality, multi-dimensional partnerships and social marketing.</p>
<p>2. Preliminary evidence of an adolescent HIV/AIDS peer education program (Mahat, Scoloveno, leon &amp; Frenkel, 2008)</p>	<p><u>Objective:</u> To determine the extent to which a peer was effective in changing adolescents' HIV/AIDS knowledge, risk behavior intentions, and confidence to engage in safe sex.</p> <p><u>Methodology:</u> There are 3 phases of peer educational project including (1) selection of an urban high school in a New Jersey City and a preintervention assessment of the adolescent in the selected school focusing on HIV/AIDS knowledge, attitudes, and beliefs to prepare and intervention that targeted the learning needs of the adolescent, (2) peer leaders were prepared using a health promotion intervention titled, teens for AIDS</p>	<p>There was a significant difference in HIV knowledge between the peer educational group and the traditionally educated group, with the peer group demonstrating greater knowledge. There was no significant difference in confidence to engage in safe sex between the two groups, but students in the intervention group were more likely to engage in safe sex than students in the traditionally educated group. Finally, nurses can provide leadership in the development, implementation, and evaluation of peer education in adolescent health.</p>

**Table 2 (Continued)**

Title/Authors	Objective/Methodology	Results
<p>3. What's community got to do with it? Implementation models of syringe exchange programs (Downing et al, 2005)</p>	<p>prevention (TAP). The TAP program is based on the concept of self-efficacy as described in social learning theory. It is designed to reduced adolescents' risk of contracting HIV/STIs by increasing their knowledge and encouraging them to change their attitude and behaviors, and (3) peer leaders under the guidance of student nurses, nurse faculty, and their teacher implemented the peer education program to ninth grade students.</p> <p><u>Objective:</u> To identify factors and conditions that facilitated or deterred the adoption of the Syringe exchange programs (SEPs).</p> <p><u>Methodology:</u> SEPs were established by one or more of three types of implementation models including: (1) broad community coalition support, (2) community activist initiative, and (3) top-down decision making by government authorities.</p>	<p>Six key strategies and resources and resource that characterize successful SEP implementation including: (1) staging with debate with sensitivity to political and cultural norm, (2) coalition building and community involvement, (3) leadership, (4) access to resources, (5) use of researchers and research finding, and (6) resisting fear of repercussions and political hostility</p>
<p>4.HIV Risk Reduction among Young Minority Adults in Broward County (Hlaing &amp; Darrow, 2006)</p>	<p><u>Objective:</u> To examine changes in perception of HIV risk, abstinence, condom use, and intentions to use condoms for disease protection among African , Hispanic, Haitian, and Afro-Caribbean unmarried and married men and women living in Broward Country, Florida.</p> <p><u>Methodology:</u> Data were collected through computer-assisted telephone interview surveys conducted during 2001, 2002, and 2003 with cross-sectional probability samples of 18-39 year old residents of 12 high AIDS incidence ZIP code-areas</p>	<p>HIV-prevention programs should (1) consider locally collected data, (2) take into account cultural, living situation, and other significant differences, and (3) be evaluated to assess differentiated impact.</p>

**Table 2 (Continued)**

Title/Authors	Objective/Methodology	Results
5. An impact evaluation of student teacher training in HIV/AIDS education in Zimbabwe (Chifunye, Benoy & Mukiibi, 2002)	<p><u>Objective:</u> To evaluate changes in student teachers' level of knowledge about transmission, symptoms and prevention of HIV/AIDS and STDs; their attitude towards persons living with AIDS; and their sensitivity to the impact of the epidemic.</p> <p>To discuss and teaching about transmission, symptoms and prevention of HIV/AIDS and STDs; attitude towards persons living with AIDS; and sensitivity to the impact of the epidemic.</p> <p><u>Methodology:</u> Two research instruments were used in the evaluation: baseline and follow-up questionnaires and a set of focus group discussion guidelines.</p>	<p>There was an increase in knowledge of HIV prevention and in teachers' ability to discuss reproductive health and sexual issues. However, as students were exposed to other HIV material outside the programme, not all of this change is due to the programme. Course attendance needed to be enforced and the curriculum needed to be updated with student participation. Peer educator and techniques are needed to get students to internalise positive attitudes and behaviour. The education material need to address the lack of female empowerment in making decision and negotiating for safer sex .</p>
6. Community group participation: Can it help young women to avoid HIV? An exploratory study of social capital and school education in rural Zimbabwe (Gregson, Terceira, Mushati, Nyamukapa, & Campbell, 2004).	<p><u>Objective:</u> To describe the relationships between membership of different forms of community group and young women chances of avoiding HIV.</p> <p><u>Methodology:</u> Cross-sectional data from a large-scale population, population-based survey in rural eastern Zimbabwe was conducted.</p>	<p>Participation in local community groups is often positively associated with successful avoidance of HIV, which in turn, is positively associated with psychosocial determinants of safer behavior. However, whether or not these relationships hold depends on a range of factors that include how well the group functions, the purpose of the group, and the education level of the individual participant. Young women with secondary education participate disproportionately in well-functioning community groups and are more to avoid HIV when they do participate. The findings suggest that promotion of and organizational development and training among community groups could well be an effective HIV control strategy.</p>

**Table 2 (Continued)**

Title/Authors	Objective/Methodology	Results
7. A model for adolescent-targeted HIV/AIDS services (Huba, Lisa & Melchior, 1998)	<p><u>Objective:</u> To describe a model of service for youth living with HIV/AIDS and youth at high risk for HIV, based on the lessons learned from a set of innovative service projects funded by the Health Resources and Services Administration Special Projects of National Significance (SPNS) Program.</p> <p><u>Methodology:</u> A cross-cutting evaluation of 10 projects from SPNS throughout the United States was developed to track the characteristics of the programs and their outcomes.</p>	<p>Data at both the national and local levels point to five major elements that capture the innovations of the collective service model: (1) peer-youth information and dissemination, (2) peer-youth advisory groups, (3) peer-youth outreach and support, (4) professional, tightly linked medical social support networks, and (5) active case management and advocacy, for individual clients as well as the programs themselves, to link the various components together. One of the most important factors in the model's success is that youth and professionals share an equal partnership in all stages of program design, planning, and implementing. Youth and professionals each share their expertise in a dynamic process.</p>
8. Zimbabwe's AIDS action programme for schools (Donoghue, 2002).	<p><u>Objective:</u> To evaluate AIDS action programme for school in Zimbabwe.</p> <p><u>Methodology:</u> Six programme aspects were evaluated including: (1) programme start-up, (2) planning and management, (3) development of syllabi and materials, (4) teacher training, (5) research, (6) monitoring and evaluation, and (7) co-ordination. The programme drew on resources from within the existing educational system.</p>	<p>It was concluded that school AIDS programme should stress participatory teaching and learning methods and life-skilled training. Curriculum writers and teachers needed training and supervision in participatory techniques. Cluster workshops between district and school levels were needed to strengthen the cascade model of teacher training that had been adopted.</p>
9. Developing an AIDS prevention intervention for incarcerated male adolescents in Brazil (Peres, Peres, Silveira, Paiva, Hudes, & Hearst, 2002)	<p><u>Objective:</u> To investigate knowledge, attitudes, and practices regarding AIDS among incarcerated male adolescents in Brazil.</p> <p>To develop an AIDS prevention intervention for incarcerated male adolescents in Brazil.</p> <p><u>Methodology:</u> A questionnaire administered to 275 boys in Brazil. Qualitative data on the</p>	<p>Ninety-eight percent of adolescents were sexually experienced, most initiating by age 13. Although 72% had used condoms, only 9% used them consistently, and only 35% used one in their last intercourse before incarceration. Initial efforts at prevention based on commonly used approaches of providing information to guide future rational decisions generated limited participation. To develop interventions based on their interests and needs,</p>

**Table 2 (Continued)**

Title/Authors	Objective/Methodology	Results
10. Effectiveness of a theory-based risk reduction HIV prevention program for rural Vietnamese adolescents (Kaljee et al., 2005)	<p>Development and implementation of a prevention program.</p> <p><u>Objective:</u> To prove the effectiveness of a theory-based risk reduction HIV prevention program for rural Vietnamese adolescents</p> <p><u>Methodology:</u> Quantitative and qualitative evaluation data were collected as a part of a randomized-controlled effectiveness trial of the Vietnamese. The program is design to teach youth new skills for decision making and communication, as well as factual information about HIV/AIDS and other STIs, birth control, and condom use. The program contextualizes issues within the community and family, with a fictional youth, matched by gender for the participant group, and his or her family</p>	<p>using modalities such as music, hip-hop arts, graffiti, and helping them to create an AIDS prevention compact disk</p> <p>were responded with enthusiasm. Intervention for these youth better received when developed in collaboration with them and based on their beliefs, aspirations, and culture. The intervention that resulted went beyond AIDS to include issues such as violence, drugs, sexuality and human rights.</p> <p>Findings presented show significant differences in knowledge of severity and vulnerability o HIV/AIDS (<math>p &lt; .05</math>), perception of self-efficacy (<math>p &lt; .001</math>), and response efficacy for condom use (<math>p &lt; .05</math>) between control and intervention youth at immediate and 6-month postintervention. Intention to use condoms in possible future sexual encounters increased significantly (<math>p &lt; .05</math>) for the intervention youth compared to control youth between baseline and both immediate postintervention and six month follow-up.</p>
11. Social consequences of HIV-positive women's participation in prevention of mother-to-child transmission programmes (Eide, Myhre, Lndbaek, Sundby, Arimi, & Thior, 2006)	<p><u>Objective:</u> To explore the social consequences affecting the experience HIV-positive women have when taking part in a prevention of mother-to-child transmission programmes (PMTCT)</p> <p><u>Methodology:</u> A cross section of 52 participating women enrolled into a PMTCT were randomly selected and interviewed, using a structure questionnaire.</p>	<p>The most important consequence of participating was the difficulty associated with the breast-feeding issue. More information to the general public about HIV and PMTCT programmes will enhance acceptance to HIV, and generate an environment conducive towards participation in PMTCT programmes.</p>



**Table 2 (Continued)**

<b>Title/Authors</b>	<b>Objective/Methodology</b>	<b>Results</b>
12. Enhancing capacity of community members to promote AIDS activities at Tambon level in Songkhla province (Thassri & Jaruphand, 2007)	<p><u>Objective:</u> To develop an integrated AIDS' model for enhancing the capacity of community members to promote AIDS activities at Tambon level in Songkhla Province.</p> <p><u>Methodology:</u> The participatory action research was provided for the methodology between April 2006 and February 2007 in Songkhla province, southern Thailand. Community participation at all levels including provincial, district, and sub-district was the conceptual framework of this project.</p>	<p>Enhancing the capacity of community members to promote AIDS activities at Tambon level in Songkhla province consists of two main components, the internal community and the external community. First, the internal community means all community members, particularly leaders, accept there are AIDS' problems in their community and participate in activities to resolve them. Second, the external community means people who do not reside in the community but who are involved in and have responsibility relating to AIDS issues, such as the researchers, and health care providers from region 12, Songkhla province, and the district. In other words, the external community members are the community facilitators. From the process of enhancing the capacity of community members to promote AIDS activities at Tambon level in Songkhla province, there were three stages, namely planning, implementing, and evaluation which were called the cyclical model. Finally, the three outcomes from this study were: (1) committees to promote AIDS activities at Tambon level, (2) AIDS' projects at Tambon level, and (3) attitude, self confident and trained community health leaders who can give practical advice relating to AIDS issues to community members.</p>

**Table 3 Conceptual framework for managing collaboration to integrate HIV/AIDS prevention and alleviation for 2007-2011**

	<b>Implementing Agencies</b>	<b>Civil society and funding agencies</b>	<b>Academic institutions</b>
<b>Central Administration</b>	Government will announce policy, initiate national strategies and set up a budget	Support for development of strategic plan and estimate a budget/investment	Develop strategic plan and design a model of evaluation
<b>Sectors in the central area</b>	Initiate strategic approach, mobilize resources and control/supervise policy implementation	Collaborate on developing strategic approaches and provide initial budget	Develop strategic approaches and cooperate on planning of monitoring and control of policy and strategic approach
<b>Regions of the country</b>	Initiate strategic approach, mobilize budgets, develop operational plan of monitoring and evaluation	Collaborate to develop strategies and exchange lessons learnt and best practice models	Collaborate to develop model of operation plan and an M&E plan and tools(such as questionnaire and other interview tools)
<b>Local</b>	Initiate policy, develop a project plan, implement the project and evaluated the project	Jointly initiate policy, develop strategies, make a work plan and implement	Develop tools to develop strategies, work plan and evaluation method

## Summary

AIDS is a major health problem around the world including developed and developing countries. In Thailand, it is accepted that there has been substantial success with HIV prevention which significantly slowing the spread of the HIV/AIDS epidemic. However, similarly to the United States that the current HIV/AIDS situation of Thailand is different from the past. The National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation (2007) in Thailand reported regarding the more priority should be given to alternative development of HIV prevention programmes for the following specific population groups including: (1) women at risk of infection from their husband or partner, (2) men at risk of infection from MSM, (3) men at risk of infection from sex workers, and from their wives or regular partners who are already infected. Focus on Songkhla province, southern Thailand, the number of pregnant women infected with HIV between 1999-2002 was still high, it is clear therefore that a control and prevention model is desperately needed for this risk groups (Kladsawad, Pliapat & Rattanasuporn, 2005). To solve AIDS situation in Thailand, community-based organizations and non-government organizations should be enhancing for their capacity to promote AIDS prevention activities. In addition, community participation is one of concepts that accepted and applied in communities throughout Thailand and around the world (Auncheon, 2003; Sagie & Koslowsky, 2000). In conclusion, to develop a model to enhance the capacity of community members to promote AIDS activities at district level in this study, the investigators should carry out extensive literature reviews including: (1) epidemiology of HIV/AIDS, (2) concept of community participation, and (3) a sustainable AIDS model development around the world respectively.

# **Chapter 3**

## **Methodology**

### **Introduction**

To create a sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in a southern province of Thailand, this study used the participatory action research and was conducted from October 2007 to August 2008. The two main research objectives of this study were: (1) to describe the process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province, and (2) to study the outcome of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province. This chapter consists of seven parts: (1) research setting and criteria to select the setting, (2) key participants and participants in each phase, (3) data collection methods and instruments, (4) ethical considerations, (5) trustworthiness of the study, and (6) data analysis.

### **Research setting and criteria to select the setting**

The methodological framework of participatory action research was conducted in one district of Songkhla Province, Southern Thailand, where the incidence of HIV/AIDS is high (Figure 2). Songkhla covers an area of 7,393.9 square kilometers (approximately 1,848,472 acres). It is divided into 16 administrative Amphurs (districts), i.e. Amphur Muang, Amphur Hat Yai, Amphur Chana, Amphur Ranode, Amphur Bangklam, Amphur Namom, Amphur Khlong Hoykhong, Amphur Nathawee, Amphur Thepha, Amphur Sabayoi, Amphur Sadao, Amphur Rattaphoom, Amphur Singha Nakhon, Amphur Khuanniang, Amphur Rattaphum, and Amphur Krasaesin. The population of this province is 1,159,672. The AIDS incidence in the province of the research setting was 27.3 per 100,000 people, this is considered to be the highest compared to the other 16 districts in this province (Figure 2). Amphur Khuanniang (Khuanniang district) is divided into five sub-districts, one of which participated in the project of “Enhancing the capacity of community members to promote AIDS activities at Sub-district (sub-district) level in Songkhla province”

from April 2006 to February 2007 (Thassri, & Jaruphandh, 2007). This sub-district is different in structural organization as there is a health office specifically to conduct AIDS prevention activities. The other sub-districts do not have a health office specifically to conduct AIDS prevention activities.

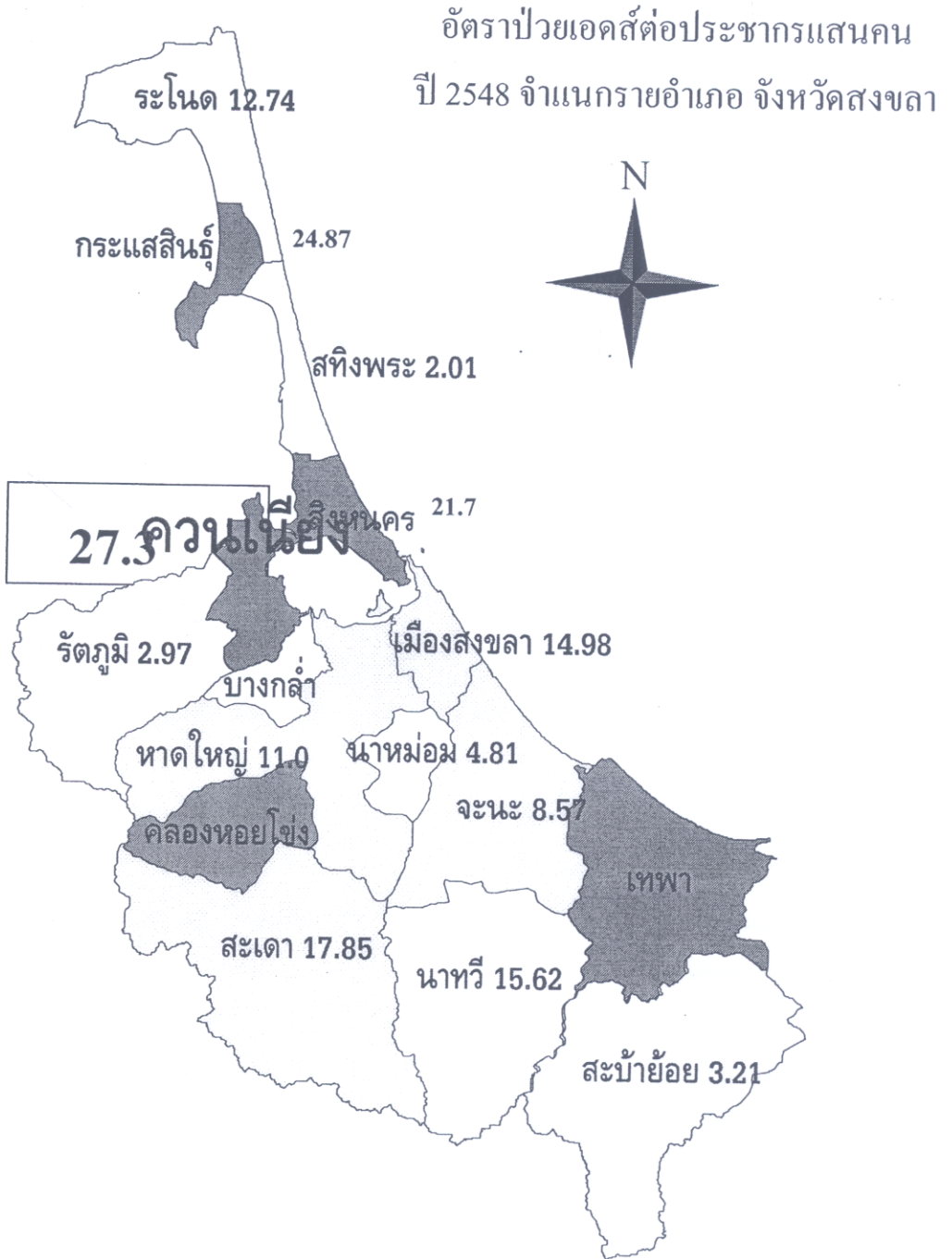


Figure 3 AIDS incidence of Songkhla province in 2005

## **Key participants and participants in each phase**

This research was divided into three phases: (1) planning, (2) implementing, and (3) evaluating (Figure 4), for which two consultants were the key participants of the project, 4 health care providers (1 from district level and 3 from sub-district level), and community health leaders (from 3 sub-district level). In addition, leaders of regional, province, district (Nai-Ampoe) and local offices of the sub-districts were involved in this project at different phases.

### **First phase: Planning**

The first phase of PAR involves the researchers and consultants assisting and facilitating the research participants. This phase was done to (1) discuss and analyze the current AIDS situation at all levels, international, national, and local, (2) creating ambience and developing awareness of AIDS' problems in their communities, (3) brainstorming to explore directions and needs to solve AIDS' problem, and (4) decision making and creating AIDS' planning projects in the communities. There were two workshops in this phase as following:

**Workshop 1:** The main purpose of the first workshop was to (1) introduce the research study including the objectives and methodology. The PAR was also presented to all participants to help highlight the purpose of the project and coordinate cooperation at all levels, especially sub-district, (2) analyze AIDS problems in the setting and discuss the criteria to invite the sub-district participants to participate in this study, (3) present AIDS prevention activities by another district where the local officer (who is not health care provider) is the leaders carrying out all steps (planning, implementing, and evaluating) for his community, and (4) explore AIDS' prevention strategies in each sub-district and commitment to cooperate among government organization, local officers, and community health leaders. The criteria of participants in the first workshop was AIDS responsibilities in their job at all levels, including regional, provincial, district, and sub-district. The participants were one health care provider from areas of region 12 and one provincial representative, district representatives and sub-districts representatives. Moreover, five community health leaders of one sub-district who had experience of AIDS prevention activities in this study were invited to join as experts of leadership in the communities. Finally, one local officer from another district of Songkhla province was invited to be a presenter to share his experience in conducting AIDS prevention activities in his community.

**Workshop 2:** This workshop was to (1) confirm for all organizations to cooperate AIDS prevention activities in all five sub-districts, (2) present AIDS policy of this district, (3) discuss and analyze AIDS problems in 5 groups of 5 sub-districts, for example: Why does this sub-district have an AIDS problem? Who are the risk group for HIV infection? How can members in the sub-district prevent HIV/AIDS? (4) explore ways to solve AIDS problems in communities. For example: Is it possible for community health leaders to conduct AIDS prevention activities in each sub-district? Is it important for teenagers in communities to have health education, especially with regards to safe sex?, and (5) conduct an AIDS' plan for 2007 in each sub-district. The criteria of participants in the second workshop was AIDS responsibilities at district and sub-district level. The participants were a district leader (a sheriff), a public health organization leader of the district, and 51 sub-districts representatives (5 health care providers; 5 local officers, and 41 community health leaders. Two experts (local officers) from another district of Songkhla province who had experience of AIDS prevention activities in their communities were invited to share their experience in conducting an AIDS project in the community. At the end of this workshop, 5 AIDS projects were developed for all 5 sub-districts within the district (Appendix A).

### **Second phase: Implementation**

The second phase of this study comes from the first step of the planning process. However, before starting this phase, the researchers, consultants, and participants were reviewed for all AIDS' projects especially regarding feasibility and readiness to conduct AIDS activities in communities from April to August 2008. This was done to confirm more in-depth planning to prepare all community health leaders in the next process. This implementing phase was done to (1) develop awareness of community health leaders to reduce AIDS problems in communities, and (2) increase community health leaders knowledge regarding relevant HIV/AIDS issues, (3) develop a positive attitude amongst community health leaders to AIDS/HIV patients, (4) increase self-confidence of community health leaders to conduct AIDS activities in communities, and (5) train community health leaders who can then give practical advice relating to AIDS issues to community members, and develop working skills including data collection and analysis, and presenting and reporting AIDS prevention activities. This implementing phase was held at each sub-district level. They strengthened the capacity of community health leaders to conduct AIDS prevention

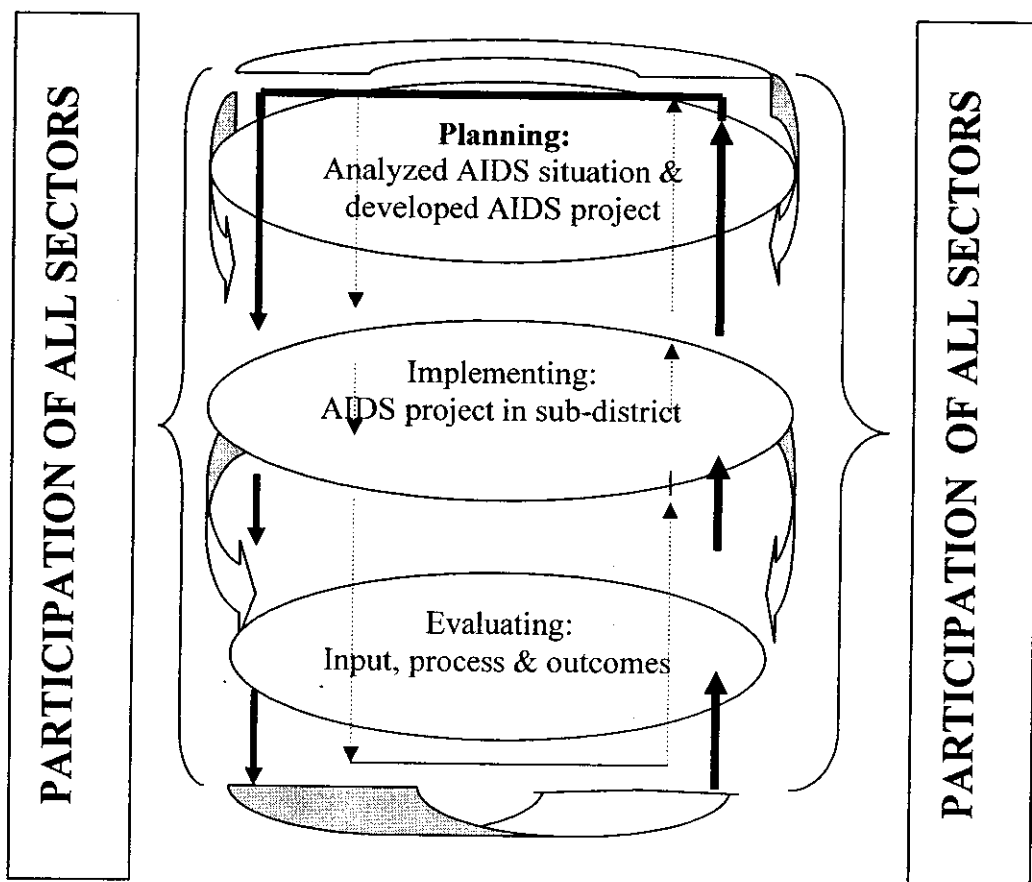
activities in communities by various techniques that depended on their needs. There were many different workshops in each sub-district in this phase, for instance (1) discuss with infected HIV people regarding the effects of HIV on lives (physical, psychological, social, and economic), (2) role play to talk about AIDS prevention with families and communities, and (3) AIDS dialogue with experts from another province. The participants in this phase were community health leaders and health care providers who have responsibility for each sub-district.

### **Third phase: Evaluating**

To ensure that AIDS prevention activities in this study were successful for reducing AIDS problems in communities, the final phase, evaluating, was provided along with this research. All participants including researchers, consultants, healthcare providers, and community health leaders shared and reflected on their experiences covering both processes and outcomes, and problems together. Both methodology of observation, and individual and group interviews were provided for collecting the data to enhance the capacity of community health leaders to promote AIDS prevention activities at sub-district level. In short, at the end of this phase, there was a presentation from participants regarding AIDS prevention activities in the communities. Finally, there were a number of changes occurring in the research setting, particularly in relation to the techniques used to advise people in communities about AIDS prevention and control, the development of AIDS prevention activities in the communities, and an increase in self-confidence towards advising people about AIDS issues in the communities.

During the three phases, planning, implementing, and evaluating, the researchers confirmed, rechecked, and conformed all results from each workshop. Therefore, the researcher's interpretation of the data was checked for validity on an ongoing basis by the participants. Moreover, by continuing the research for the duration of 11 months (from October 2007 to August 2008), the researchers assured that there was prolonged participation at the study setting to overcome distortions produced by the researchers. All participants recorded their self-report that was provided by the researchers.





**Figure 4 Three phases of PAR to promote AIDS prevention activities at sub-district and district level in Songkhla Province**

#### **Data collection methods and instruments**

Various techniques including AIDS knowledge, self-confidence questionnaires, and individual and group interview guidelines were used in this research. The data collection and instruments were as following:

1. Personal data form. This included sample demographics such as sex, age, marital status, education, income, experience of gaining AIDS knowledge and leadership of AIDS activities in the communities, and experience of conducting AIDS projects in the communities. This form was provided to the participants at the beginning of the research project.

2. Knowledge regarding AIDS issues, which consisted of 20 items and had a dichotomous scale of "yes" and "no." Total score ranged from 0 to 20. The test was provided to the participants at the beginning and the end of the research project. The examples of AIDS knowledge were: (1) AIDS can cause tuberculosis, (2) AIDS

infection is from blood contact, and (3) if a mosquito bites HIV-infected person, then it bites another person, it can result in the second person being infected with HIV/AIDS.

3. Self-confidence form regarding AIDS issues to advise family members and the community, which consisted of 28 items; each item was worded as a statement, which had to be rated according to “a lot of agreement” or “the least agreement” on a five-point Likert scale format. Each item was summed for a total score ranging from 28 to 140. The examples of self-confidence to conduct AIDS prevention activities were: (1) certainty to advice AIDS issues to family members, (2) certainty to help family members if they have AIDS problems, (3) certainty to advice AIDS issues to neighbors, and (4) certainty to share AIDS issues with neighbors.

Both of the instruments (knowledge and self-confidence scales) were developed from the previous research study which had reliability equal to 0.76 (for knowledge scale) (Thassri, Thassri, Supattra & Suwan, 2006), and 0.96 (for self-confidence scale) (Thassri & Jaruphandh, 2007). Then, nine experts reviewed the questionnaires for content validity. These scales were tested for reliability and showed results equal to 0.76 (for knowledge scale), and 0.97 (for self-confidence scale) respectively (Appendix B).

Individual interview and group interviews were used for data collection in this study. The interview guidelines comprised of a number of open-ended questions based on the objective and conceptual framework of this study which were developed by the researchers. They were critically reviewed by an expert panel, which included a public health nursing expert, nursing faculties, and educators. These questions were used to create a sustainable AIDS’ model for enhancing the capacity of community health leaders to promote AIDS prevention activities at sub-district level.

### **Ethical considerations**

Upon approval from the Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, regional, provincial, district, and sub-district health care providers were contacted and asked for permission to participate in the study. Also, the potential key participants (local organization), sub-district community health leaders were contacted to ask for their voluntary participation in the research study. Protection of subjects’ rights was obtained by full oral explanation: (1) the title of the study, (2) the purpose of the

study, (3) assurance of the subjects' anonymity, (4) voluntary participation in and withdrawal from the study at any time, (5) the usefulness of the results of the study to the community, particularly AIDS prevention and control, and (6) the name and address of the investigators.

### **Trustworthiness of the study**

The study was approved and revised at all steps of the participatory action research conducted by participants, consultants, and researchers. The credibility, fittingness, audit ability, and conformability were taken care of by the researchers. Credibility in this study was strengthened by using multiple data sources to confirm the accuracy of the findings. Data sources included workshops, participant observations, individual interviews, and a research diary. The researchers assisted participants to check and make sure that the research findings were the same as their expectations and experience for the overall report before writing the final report. The researchers worked in this setting for 11 months (from October 2007 to August 2008) and were involved in continued observation.

### **Data analysis**

Both quantitative and qualitative techniques were used in this study. Using t-test to analyze AIDS knowledge and self-confidence at the beginning and the end of this PAR was conducted in the quantitative data. In the qualitative data, content analysis were used in the study within two specific research objectives, the process and outcome of enhancing capacity of community members to promote AIDS activities at sub-district level. The process of qualitative data analysis included four phases: (1) transcribing, (2) transcript review, memos, and coding, (3) clustering, and (4) checking agreement. The analyzed data were presented to community members to further explore this information and verify the data in each workshop

### **Summary**

The purpose of this participatory action research was to enhance the capacity of community health leaders to promote AIDS prevention activities at sub-district

level in Songkhla Province. This study consists of three phases namely planning, implementing, and evaluating. It was conducted between October 2007 and August 2008 in the district of Songkhla Province, Southern Thailand, where the incidence of HIV/AIDS is high. All sectors including government and non-government organizations at all levels, regional, provincial, district, and sub-district participated and cooperated throughout this study. In particular community health leaders were key persons to conduct AIDS prevention activities in communities (Appendix C).

# **Chapter 4**

## **Results and Discussion**

### **Introduction**

The main purpose of this study was to create a sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province. There were two main research objectives in this study: (1) to describe the process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province, and (2) to study the outcome of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in one district of Songkhla province. This chapter consists of the results of the study and a discussion regarding the outcome of the study. The results of this study are presented in four parts as follows: (1) contexts, policies, and advocacy to reduce AIDS problems at district level in Songkhla province, (2) a sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province, (3) the process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province, and (4) the outcome of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province. Finally, the discussion focus is based on the main objectives of this study.

### **Results**

1. Contexts, policies, and advocacy to reduce AIDS problems at district level in Songkhla province

In this study, one of five sub-districts participated with the researchers in the second year of project (Thassri & Jaruphandh, 2007). Therefore, this sub-district has greater advantages for all phases of participatory action research including planning, implementing, and evaluating. In addition, the participants in this sub-district had experience of various aspects to conduct AIDS prevention activities in communities such as funding, team work, and knowledge enhancement. An integration of HIV/AIDS prevention and alleviation into the health service system of this sub-

district took place, including managing the HIV/AIDS budget to ensure that all of the different population groups had equitable access to adequate prevention and treatment measures. Fortunately, the structure of this sub-district includes a person who acts as a health care provider responsible for the prevention of AIDS in communities regarding the system of work including planning, implementing, and evaluating. This sub-district also has a long-term plan to provide financial support to AIDS prevention activities in all five communities. Whilst the other four sub-districts participated in this study for the first time. There are many problems, obstructions, and barriers to conduct AIDS prevention activities in their communities. For instance, they were not able to cooperate and integrate an HIV/AIDS prevention and alleviation plan between the health officer and the local officer into the health service system and there were no leaders concerned with or aware of how to conduct AIDS prevention activities.

Based on the implementation of decentralization policies, the district has AIDS committees and consultants to work for HIV/AIDS in the communities both at district and sub-district level. This is especially important to improve and encourage the participation of people in communities for AIV/AIDS prevention. An example would be through a coordination effort to increase safe sex or access to condoms. In addition, an HIV/AIDS prevention and alleviation plan together with the budgetary issues was considered by the sub-district organization. Therefore, the leadership and management roles were performed by local teams. To develop awareness and capacity of sub-district for AIDS prevention, many policies and actions were adopted including highlighting problems and issues, coordinating cooperation at the community level (particularly between health officer and local officer), giving greater recognition to the role of the sub-district committee for AIDS prevention and alleviation, providing support to networks of community-based organization and non-government organizations, and developing capacities for coordination of cooperation and service provision.

2. A sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province.

Participation from all sectors both inside and outside the communities was important for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in this study. This included government officers such as district leaders or the head of the district, the head of the public health district office, and health care providers. Also, non-government officers such as local officers and community health

leaders were in partnership throughout all phases consisting of planning, implementing, and evaluating. A set of workshops to develop the capacity of communities to promote AIDS prevention activities was provided by the research team and the consultants of this study (Figure 5).

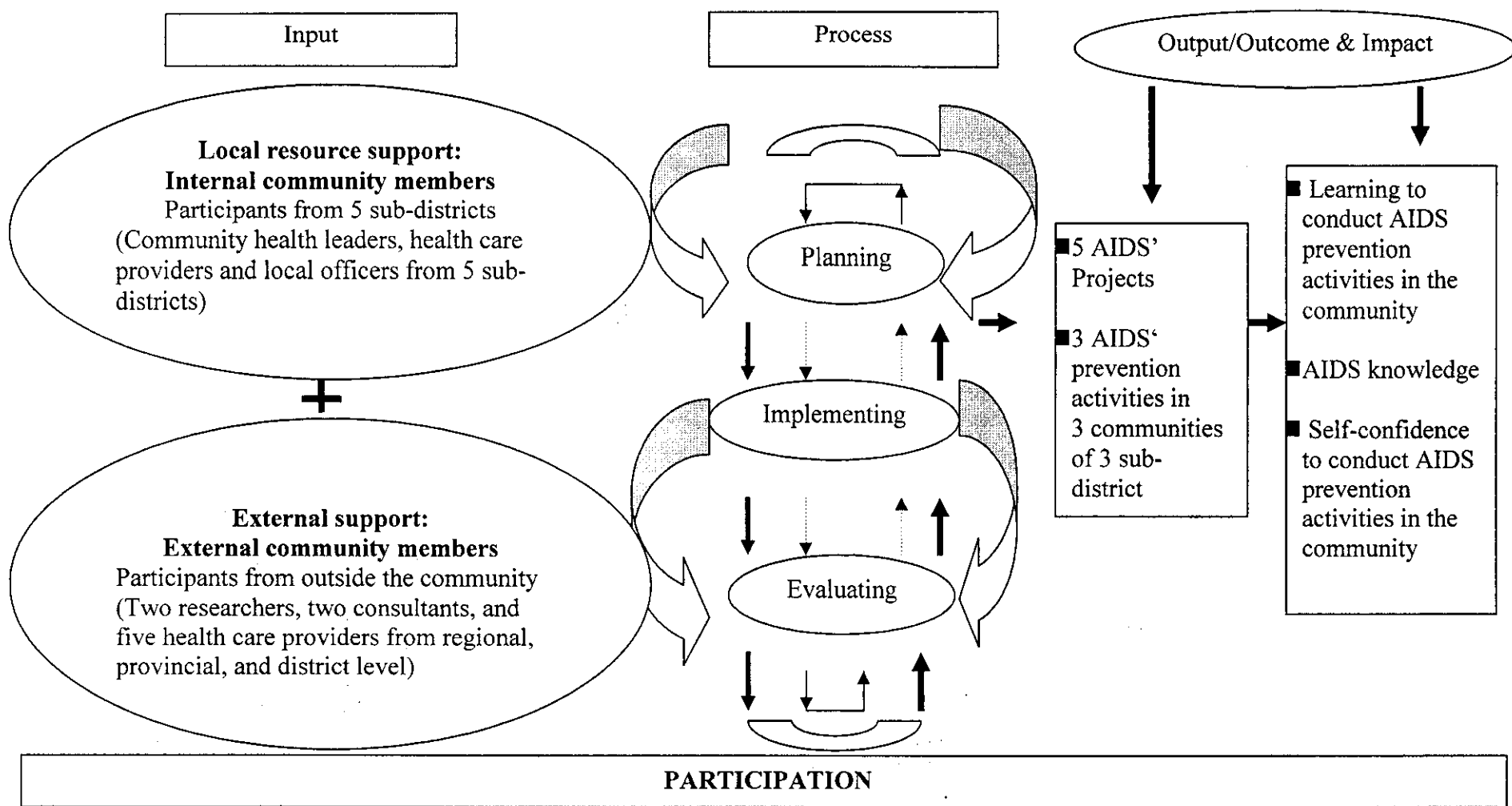
3. The process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province.

Participation from all levels including, region, province, district, and sub-district was the main concept of this study. There were three phases including planning, implementing, and evaluating. Each phase had different groups of participants which depended on the purpose of the study. For instance, at the beginning of the participatory action research, representatives from region 12 and experts from the public health office were also invited to present the current AIDS situation and problems of the country, province, district, and sub-district. They shared their ideas and reflected on past AIDS prevention programs. This evidence helped all participants to recognize and become more aware of AIDS problems that lead to promote AIDS prevention activities in their communities.

Three phases of the process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in this participatory action research namely planning, implementing, and evaluation were presented as follows:

### 3.1 Phase I: Planning

At the beginning, the researchers, consultants, and participants (both internal and external community members) discussed and analyzed various aspects regarding AIDS. For instance, context, policies, AIDS incidences, and advocate solving AIDS problems in communities were argued. Many questions were proposed in the workshop such as “Why AIDS incidences in this district was the highest from 16 districts of the province?” “How can we reduce the AIDS incidences in the community?” “Who should be the focus group target for AIDS prevention in each sub-district?” The commitment of all organizations in 5 sub-districts to solve AIDS problems was established by all sectors of communities as an aggressive response to counter this district epidemic. In this phase, community health leaders were the key persons to promote AIDS activities for prevention and control. However, other groups including health care providers of each sub-district were still the main people to advise, offer suggestions and support to conduct AIDS prevention activities. Five



**Figure 5 A sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province**



AIDS prevention projects were developed from this phase (Appendix A). In brief, the main purpose of this first stage was to increase awareness of AIDS problems that all sectors need to be concerned about. Also, exploitation of AIDS planning into the community was desirable goal.

### 3.2 Phase II: Implementing

Before the implementation phase, all 5 AIDS planning projects of the 5 sub-districts were reviewed. Only 3 of the 5 projects in 3 sub-districts were enrolled and committed to continue. The second phase was to conduct the AIDS prevention activities in communities following an AIDS' plan. This involved preparing community health leaders to educate people in their communities, and conducting the various activities to increase AIDS knowledge, improve attitudes towards HIV/AIDS sufferers, and improve relationships among community health leaders, government officers, and local officers to promote AIDS prevention activities at sub-district level were provided. Moreover, how to improve the self-confidence of community health leaders to advise people were considered and discussed in all workshops. There were different techniques in each sub-district which depended on their needs. The examples of activities were role play to offer advice on AIDS issues, demonstration of proper condom use, and presentation by HIV infected people. After this period, community health leaders from 3 sub-districts practiced advising people in their communities. Home visits to prevent AIDS were scaled up in this phase. Finally, they presented and reflected their activities in the project workshop. Building confidence of community health leaders to educate people in communities was an essential component for the AIDS prevention activities of this study. In short, the main purpose of this stage was to train community health leaders to educate people in their communities. This can be extremely useful as a tool for AIDS prevention and control.

In addition, in this phase, one of three sub-districts needed more help for support and suggestions regarding the data collection and analysis. This is because the sub-district submitted the AIDS project for funding from an external organization (funding of AIDS projects at the regional level). An AIDS prevention activity of this project was supported by the funding from region 12. Therefore, it must complete certain phases, namely planning, implementing, and evaluating. On the other hand, the other two sub-districts did not need extra support and suggestions from the researcher.

### 3.3 Phase III: Evaluating

The evaluation step was provided for all processes of participation action research. This was to conformability, feasibility, and productivity of AIDS prevention activities in communities. For instance, 5 AIDS projects were reviewed and had to improve the thought process for decision making. Only 3 of them were implemented in this study while the other 2 projects of 2 sub-districts were planned to be implemented next year. There were many reasons such as no team to implement the AIDS project, and the need for a larger budget to conduct AIDS activities in communities. The main purpose of this final stage was to improve all activities which increased efficiency of AIDS activities. Gaining more knowledge of AIDS issues and more self-confidence of community health leaders to conduct AIDS prevention activities in communities were important in this last step. Finally, developing an AIDS model for enhancing the capacity of community health leaders and health care providers to conduct AIDS prevention activities in communities within a system of working, namely planning, implementing, and evaluating was included in the research project's plan.

4. The outcome of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province.

From the process of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province, there were the following three outcomes (1) trained community health leaders (Table 4) and health care providers to promote AIDS activities at sub-district level, (2) AIDS' projects at sub-district level, and (3) comparison of knowledge and self-confidence of community health leaders regarding AIDS prevention activities before and after the intervention.

4.1 The first outcome was the trained community health leaders and health care providers to promote AIDS prevention activities at sub-district level. They were trained by various techniques from many experts outside the sub-district such as demonstrations of how to correctly use a condom, and discussion with HIV-infected people. In this study, 41 community health leaders in three sub-districts of Songkhla province were enrolled for data collection. The majority of the participants were female, 31 to 40 years old, married, educated up to primary school level, engaged in farming, of Buddhist religion, house hold income of 4,001-6,000 Baht, and with experience of gaining AIDS knowledge and leadership of AIDS activities in the

communities. Furthermore, they had no experience of conducting AIDS projects in their communities as well as the context of this study (Table 4).

**Table 4 Number and percentage of the characteristics of community health leaders (n = 41)**

Sociodemographic characteristics	N	Percent
<b>Sex</b>		
Male	7	11.1
Female	34	82.9
<b>Age (years)</b>		
20-30	3	7.3
31-40	19	46.3
41-50	12	29.3
51-60	7	17.1
Mean = 41.2 SD = 8.545		
Min = 25 Max = 59		
<b>Marital Status</b>		
Single	1	2.4
Married	40	97.6
<b>Number of years of schooling</b>		
<6	25	61.0
6-12	12	29.3
>12	4	9.8
<b>Occupation</b>		
Farming	31	75.6
Employee	6	14.6
Trading	4	9.8

**Table 4 (Continued)**

Sociodemographic characteristics	N	Percent
<b>Religion</b>		
Buddhism	40	97.6
Muslim	1	2.4
<b>Monthly family income (Baht)</b>		
2,000-4,000	14	34.2
4,001-6,000	18	43.9
>6,000	9	21.9
Mean = 4,995.12 SD = 2,242.98		
Min = 2,000 Max = 13,000		
<b>Experience of gaining AIDS' knowledge</b>		
No	10	24.4
Yes	31	75.6
<b>Experience of AIDS' leadership</b>		
No	19	46.3
Yes	22	53.7
<b>Experience of conducting AIDS projects</b>		
No	23	56.1
Yes	18	43.9

This outcome was focused on the learning of participants related to AIDS prevention activities. Most of them learned the strategies to conduct AIDS project in their communities. They felt very good about various aspects of the researcher workshops such as how to participate for thinking, doing, and solving AIDS problems in communities. One community health leader commented of her learning from

advising people in community: “One day, I have a home visit at one family. I found that he/she needed to sleep. Did not want to talk to me. So, next time I learn to visit at a more appropriate time for the context of this family.”

In addition, the outcome was the knowledge management of participants related to AIDS prevention activities. One participant (community health leader) reported to apply all they learned in this study in the future for people in communities and HIV/AIDS people by using participation process from community health leaders. Another said, “I have one son, 23 years old and working in another province. He is in the risk group for HIV-infection. I often talked to him about safe sex such as using condom.”

Similar to one government health officer recorded in her report as followings:

“After participating in this study, linking of AIDS prevention activities from last year to this year has happened. There were many AIDS prevention activities consisting of (1) providing AIDS knowledge to all community health leaders (100%), (2) conducting AIDS conference to students at a school on Valentine’s day, (3) giving AIDS education to hair dressers in the community, and (4) AIDS walking at AIDS day (December, 1, 2007).” In addition, knowledge management to find funding for supporting AIDS prevention activities also occurred. As stated “I now know the best way and the guidelines to get a budget from the local officer for conducting AIDS activities in communities. Also, AIDS prevention activities should go together with the other activities of local offices such as join in the competitions on sports day.”

4.2 The second outcome was 5 AIDS’ projects at sub-district level. The participants of 5 sub-districts developed 5 AIDS prevention activities in their communities (Appendix A).

4.3 Knowledge and self-confidence of community health leaders regarding AIDS prevention activities before and after the intervention.

To evaluate the outcomes of this study, knowledge and self-confidence regarding AIDS prevention activities before and after the program were assessed. The results found significant improvement in knowledge regarding AIDS prevention activities after the program implementation ( $t = 3.376, p = .002$ ). In regards to self-confidence, there was no significant improvement after the program implementation ( $t = 0.774, p = .443$ ). (Table 5)

**Table 5 Comparison of knowledge and self-confidence of community health leaders regarding AIDS prevention activities before and after the intervention (n = 41)**

Knowledge & self-confidence	Min/Max	Mean	SD	t	P
<b>Knowledge</b>					
Before intervention	9/20	15.4634	2.5209	3.376	.002
After intervention	10/20	16.7561	2.2448		
<b>Self-confidence</b>					
Before intervention	83/140	107.1951	12.6693	0.774	.443
After intervention	80/140	109.1707	15.1524		

## Discussion

The discussion was presented as follows from the purpose and results of the research

1. A sustainable model development for the enhancement of community health leaders to promote AIDS prevention activities at district level.

In this study, the participation of all sectors was the conceptual framework. It is an important concept worldwide for countries using health education and research into AIDS prevention control (Beeker, Grey, & Raj, 1998; Daenseekaew, Srisontisuk, Thongkrajjar & Sriruecha, 2006; Hassman, Limchaiarunruang, Singchangchai & Wiriyaongsugit, 2006; Mocumbi & Amaral, 2006; Sharts-Hopko & Bonas, 1998; Thassri, Thassri, Wijitsopha & Suwan, 2006). For instance, Mocumbi and Amaral (2006) stated reducing the vulnerability of males and females to HIV infection, government and the civil society should join hands in order to create a social environment that discourages men and women from engaging in risky behavior that puts them at risk of HIV. In addition, participation in a community-based research project must be negotiated among an evolving web of roles and relationships (Chung & Lounsbury, 2006). Similarly to this study, internal community members particularly community health leaders and external community members such as health care providers from district, province, and regional level were involved and participated in all phases including planning, implementing, and evaluating.

2. The process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level.

Klinkhajorn (1997) stated that awareness of problem-solving was important to lead to sustainable development of a village. Therefore, the concept of community participation to solve AIDS problems in this study was conducted in all three stages, planning, implementing, and evaluation. For instance in the planning stage, community health leaders needed more knowledge of AIDS issues especially to discuss the effect of HIV/AIDS. They needed to talk with actual HIV infected people. On the other hand, health care providers needed their knowledge for data collection to conduct the AIDS prevention activities as well as possible. In addition, they have their own experience of conducting AIDS prevention activities in the communities. Finally, they also reflected and evaluated their activities in order to improve effectiveness. In brief, adequate planning, conducting AIDS prevention activities and evaluating, qualified human resources (such as consultants), and sufficient means (including time and financial assets) are important in the process of enhancing the capacity of community health leaders to promote AIDS prevention activities at sub-district level in Songkhla province.

3. The outcome of enhancing the capacity of community members to promote AIDS activities at Sub-district level in Songkhla province.

All five sub-districts in the district of this study have their own AIDS projects. They were different in terms of objectives and AIDS activities in communities. These can be explained by their different contexts and policies to solve AIDS problems. However, only three sub-district project were accepted to be implemented this year. There were various reasons for this including: (1) the awareness to have AIDS prevention into the health system of sub-district level, (2) the readiness and cooperation of health care providers and local officers of sub-district, and (3) the motivation and stimulation from higher level organizations such as district, provincial, and regional to have AIDS prevention activities. Hassman, Limchairunruang, Singchangchai & Wiriyapongsgut (2006) stated that government departments and local organizations were important factors in a model participatory AIDS prevention activity. AIDS prevention should be part of the "Healthy community" as well as "Healthy Thailand" policy so AIDS issues gain wider public attention. In short, the study developed community health leaders who were trained to be knowledgeable relating to AIDS issues to community members. Therefore, the result in this study

presented significant improvement in knowledge of AIDS issues after the program implementation. One possible explanation is that community health leaders had experienced gaining AIDS knowledge (75.6%). The result of this study is similar to the development of community participation at the village level in Pattani province which found that support from local and external organizations including government and non-government, and local community members were key factors (Klinkhajorn, 1997). However, after conducting the program, there was no significant improvement of self-confidence to conduct AIDS prevention activities in communities. The main reason for this is because after community health leaders conducted their AIDS activities in communities, they learned many aspects such as timing that can effect self-confidence.

## **Summary**

Based on participatory action research, the creative model in this study can be used to enhance the capacity of community health leaders to promote AIDS prevention activities at sub-district level in Songkhla province by cooperation of participants from all sectors both inside and outside the community. In addition, highlighting AIDS problems and giving more recognition to the role of community health leaders to conduct AIDS prevention activities with three phases including planning, implementing, and evaluation as a valuable model should be focused on and provided. They were the most powerful effects in this study. In Thailand, the five-year HIV/AIDS prevention plan together with the budgetary plan should consider the leadership and management roles performed by local and provincial teams, and capacity development of community-based organizations and non-governmental organizations (The National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation, 2007).



## Chapter 5

### **Conclusions and Recommendations**

The last chapter reports a conclusion of the study. It was divided into the following two parts: conclusions based on the purpose of this study, and recommendations for future health practice, education, administration, and research.

#### **Conclusions**

The main purpose of this participatory action research was to create a sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province where there was a high incidence of AIDS (per 100,000 populations). Two main objectives in this study were: (1) to describe the process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province, and (2) to study the outcome of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in one district of Songkhla province. From October 2007 to August 2008, researchers, consultants, and participants conducted AIDS prevention activities and the results of it are presented as follows:

1. A sustainable model development for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province. For sustainable and successful AIDS prevention activities in this study, participation from all sectors was substantial for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities. Government officers such as leaders of the district or heads of district, the head of the public health district office, health care providers and non-government officers such as local officers and community health leaders were associated with all phases including planning, implementing, and evaluating.

2. The process for the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province. Participation of all sectors in three phases including planning, implementing, and evaluating was the process to promote AIDS prevention activities in this study. First phase: Planning. The main purpose of this was to increase awareness of AIDS problems that all sectors need to

be concerned with. Development of AIDS projects for all five sub-district was desirable. At the end of the first phase, five sub-district AIDS prevention projects were developed by local communities. Second phase: Implementing. 3 of the 5 AIDS projects in 3 sub-districts were enrolled in this study. The main purpose of the second phase was to conduct the AIDS prevention activities as per the plan. These involved preparing participants such as community health leaders to educate people in their communities, and conducting the various activities to increase AIDS knowledge, and improve the self-confidence of community health leaders to advise people about AIDS prevention in their communities. Also health care providers who acted as the mentors for community health leaders were involved in all steps especially regarding data collection and analysis after conducting AIDS prevention activities in communities. Lastly, evaluating, the main purpose of this stage was to present and reflect upon AIDS prevention activities which were conducted by the participants in this study. Therefore, it was intended to improve all activities which increased efficiency of AIDS activities. Gaining more knowledge of AIDS issues and more self-confidence of community health leaders to conduct AIDS prevention activities in communities were important in this last step.

3. The outcome of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities at district level in Songkhla province. From the process of the enhancement of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province, there were various outcomes to highlight the success of this study. The first outcome was to train community health leaders, which focused on the learning of participants related to AIDS prevention activities. Most of them learned the strategies to conduct AIDS project in communities. They felt very good in various aspects of the researcher workshops such as how to participate for thinking about, doing, and solving AIDS problems in communities. One community health leader stated that she learned the following from advising people in her community: "One day, I have a home visit at one family. I found that she needed to sleep. She didn't want to talk to me. So, next time I learn to choose a more appropriate time for the context of the family." Moreover, the knowledge management of participants related to AIDS prevention activities was created in this project. As one government health officer recorded in her report "after participating in this study, linking of AIDS

prevention activities from last year to this year has happened. There were many AIDS prevention activities such as (1) providing AIDS knowledge to all community health leaders (100%), (2) conducting an AIDS conference to students in school on Valentine's day, (3) giving AIDS education to hair dressers in the community, and (4) AIDS walking at AIDS day (December, 1, 2007)." Finally, knowledge management to find funding for supporting AIDS prevention activities also occurred. As stated: "knowing the way and guidelines to have the budget from the local office for conducting AIDS activities in communities. AIDS prevention activities should go together with the other activities of the local officer such as joining the community sports day." The second outcome was 5 AIDS projects at sub-district level. The participants of 5 sub-districts developed 5 AIDS prevention activities in their communities (Appendix A). The last outcome was the knowledge and self-confidence of community health leaders regarding AIDS prevention activities before and after the intervention. To evaluate the outcomes of this study, knowledge and self-confidence regarding AIDS prevention activities before and after the program were assessed. The results found significant improvement in knowledge regarding AIDS prevention activities after the program implementation ( $t = 3.376, p = .002$ ). With regards to self-confidence, there was no significant improvement after the program implementation ( $t = 0.774, p = .443$ ).

## **Recommendations**

A creative sustainable model to enhance the capacity of community practice to promote AIDS prevention activities in Songkhla province was developed to slow the spread of the HIV/AIDS epidemic in Thailand. This model was based on the participation of stakeholders at all organizations including regional, provincial, district, and sub-district level. It will succeed if the use of active participation of the community takes place together with an improvement of existing health services to meet the needs of target groups. The barriers within health systems that hinder the delivery of health interventions should be identified and obstacles to the adoption of healthier sexual and reproductive behavior by adolescents should be examined. Moreover, a comprehensive responsive response to HIV should include intensified

prevention efforts while simultaneously expanding access to treatment and care (Mocumbi & Amaral, 2006). The model in this study can be used to strengthen the capacity of community members in the community. It consisted of a system of working: planning, implementing, and evaluation processes. The results from this study will be useful, if modified to suit other settings where there are similar contexts. For instance, there is cooperation of all organizations inside and outside the communities. It is to provide, advice, support, and facilitate all resources such as timing, material, and land management for AIDS prevention activities in communities. Budget management of AIDS prevention activities should be considered and supported by community-based organizations or local sub-district offices. In brief, the creative AIDS prevention model can also be applied for health practice, education, administration, and research.

### 1. Health practice

The use of this model can help to prevent and control AIDS problems in communities. For example, community health leaders can develop their capacity to conduct AIDS prevention activities in various population groups. Or health care providers can integrate AIDS prevention activities with other activities such as sport, and cultural ceremonies. Using a participation technique and a working process consisting of planning, implementing, and evaluation is important and should be recognized on the national, provincial, district and sub-district policy agendas. Full attention from all key stakeholders will lead to reductions in the AIDS problems in communities. It is believed that Thailand would better respond to AIDS if the capacity of human resources at all levels (provincial and community) be developed to support AIDS prevention activities. In brief, there are AIDS projects for prevention and control in all 5 sub-districts of this district which can be used and modified in the future.

### 2. Education

In Thailand, the National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation (2007) suggests the use of public education communication measures together with an improvement of existing health services to meet the needs of target groups, has led to an adjustment of behaviors and a marked reduction in HIV infections. All sectors including government and non-government both inside and

outside communities need to cooperate and consider carefully how they can further reduce HIV transmission, particularly in specific populations including drug users using hypodermic needles, independent sex workers, students, and other risk populations. Education in and out school is an essential part of protection and prevention of AIDS problems. In college and university, this study can be an evidence-based in their class especially for graduate students. They may study the techniques of self-confidence improvement to conduct AIDS prevention activities in communities.

### 3. Administration

All administrators both health care providers and local officers at sub-district level have an AIDS prevention model from this study to apply for integration into their organizations. Moreover, this model can also be modified by higher level organizations at regional, provincial, and district level. Many aspects from the results should be considered carefully such as strategy to train local leadership, sectorized accountability, resource mobilization, and the vulnerable group centered approach. They can be integrated to reduce the incidence of AIDS in communities. For instance, one health care provider learned how to integrate AIDS prevention activities with other activities and know how to have the funding support for AIDS prevention activities in the future.

### 4. Research

A creative AIDS prevention model to enhance the capacity of community health leaders to promote AIDS activities in this study will be very useful for researchers who are interested in modifying and applying it to similar contexts. Research and development of an AIDS prevention model is one strategy to reduce the new HIV infections by at least half by 2011. Finally, evaluating and testing the model in this study is essential for AIDS prevention and control. The AIDS prevention program remains a real challenge in Thailand, in particular at sub-district level.

## Summary

To recapitulate, the purpose of this study was to create a sustainable model for enhancing the capacity of community health leaders to promote AIDS prevention

activities in their communities by using participatory action research between October 2007 and August 2008. Cooperation and collaboration between key stakeholders inside and outside the communities is important to promote successful AIDS prevention activities. Government and non-government organizations must be aware of and alert to the behavioral dynamics and social interventions affecting the spread of HIV infections within Thai society. Therefore, an analytic review of the current AIDS problems to conduct the current HIV/AIDS prevention plan is important. Then integrate AIDS project into local policy and strategy formulation processes by collaboration with all sectors.

## REFERENCES

- Arneson, H., & Ekberg, K. (2005). Evaluation of empowerment process in a workplace health promotion intervention based learning in Sweden. *Health Promotion International*, 20, 351-359.
- Auncheon, K. (2003). A study of people participation in community care of psychiatric patient in Ubonratchathani urban area. *The Best of Academic results: Ministry of Public Health 2002*. (P 372-388). Ministry of Public Health.
- Beek, I.V. (2007). Case study: Accessible primary health care-A foundation to improve health outcomes for people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 18, 329-332.
- Beeker, C., Grey, C.G., & Raj, A. (1998). Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Social Science Medical Journal*, 46, 831-842.
- Castilla, J., Pollan, M., & Lopez-Abente, G. (1997). The AIDS epidemic among Spanish drug users: A birth cohort-associated phenomenon. *American Journal of Public Health*, 87, 770-774.
- Chifunyise, T., Benoy, H., & Mukiibi, B. (2002). An impact evaluation of student teacher training in HIV/AIDS education in Zimbabwe. *Evaluation and Program Planning*, 25, 377-385.
- Chung, K., & Lounsbury, D.W. (2006). The role of power, process, and relationships in participatory research for statewide HIV/AIDS programming. *Social Science and Medicine*, 63, 2129-2140.
- Cockerill, R., Myers, T., & Allman, D. (2000). Planning for community-based evaluation. *American Journal of Evaluation*, 21, 351-357.
- Daenseekaew, S., Srisontisuk, S., Thongkrajjar, E., & Sriruecha, P. (2006). Mobilizing communities to combat illicit drug use in Northeast Thailand. *Thai Journal Nursing Research*, 10, 141-154.
- Downing, M., Riess, T.H., Vernon, K., Mulia, N., Hollinquest, M., McKnight, C., Jarlais, D.C.D., & Edlin, B.R. (2005). What's community got to do with it? Implementation models of syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*, 17, 68-78.

- Donoghue, J. O. (2002). Zimbabwe's AIDS action programme for schools. *Evaluation and Program Planning*, 25, 387-396.
- Eide, M., Myhre, M., Lindbaek, M., Sundby, J., Arimi, P., & Thior, I. (2006). Social consequences of HIV-positive women's participation in prevention of mother-to-child transmission programmes. *Patient Education and Counseling*, 60, 146-151.
- Fongkaew, W., Rutchanagul, P., & Fongkaew, K. (2005). Linking sexual and reproductive health to HIV/AIDS prevention among Thai early adolescents: Youth and adult partnership approaches. *Thai Journal of Nursing Research*, 9, 251-266.
- Gavin, L., Galavotti, C., Dube, H., McNaghten, A.D., Murwirwa, M., Khan, R., & St.Louis, M. (2006). Factors associated with HIV infection in adolescent females in Zimbabwe. *Journal of Adolescent Health*, 39, 396e11-396e18.
- Green, E.C., Zokwe, B., & Dupree, D. (1995). The experience of an AIDS prevention program focused on south African traditional healers. *Social Science Medicine*, 40, 503-515.
- Gregson, S., Terceira, N., Mushati, P., Nyamukapa, C., & Campbell, C. (2004). Community group participation: Can it help young women to avoid HIV? An exploratory study of social capital and school education in rural Zimbabwe. *Social Science and Medicine*, 58, 2119-2132.
- Hassman, N., Limchiarunruang, S., Singchangchai, P., & Wiriyaongsugit, S. (2006). Development of a model participatory AIDS prevention activity among health officers, community leaders, parents and youths in a community at Thepha district, Songkhla. *Thai AIDS Journal*, 18, 59-68.
- Hlaing, W.M. & Darrow, W.W. (2006). HIV risk reduction among young minority adults in Broward County. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17, 159-173.
- Huba, G.J., & Melchior, L.A. (1998). A model for adolescent-targeted HIV-AIDS services. *Journal of Adolescent Health*, 23, 11-27.
- Kaljee, L.M., Genberg, R.R., Cole, M., Tho, L.H., Thoa, L.T.H., Stanton, B., Li, X., & Minh, T.T. (2005). Effectiveness of a theory-based risk reduction HIV prevention program for rural Vietnamese adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 17, 185-199.



- Kladsawad, K., Plipat, T & Rattanasuporn, N. (2005). HIV transmission rate from mother-to-child, 1999-2002 in eight provinces. *Thai AIDS Journal*, 17, 73-86.
- Klinkhajorn, T. (1997). Implementation of new paradigm in the development of community participation at the village level, Pattani province. *Journal of Health Science*, 6, 520-527.
- Lanouette, N.M., Noelson, R., Ramamonijisoa, A., Jacobson, S & Jacobson, J.M. (2003). HIV and AIDS related knowledge, awareness, and practices in Madagascar. *American Journal of Public Health*, 93, 917-919.
- Lopez, A., Mathers, C., Ezzati, M., Jamison, D., & Murray, C. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *Lancet*, 367, 1747-1757.
- Mahat, G., Scoloveno, M.A., Leon, T.D., & Frenkel, J. (2008). Preliminary evidence of an adolescent HIV/AIDS peer education program. *Journal of Pediatric Nursing*. (in press).
- Ministry of Public Health. (2001). *Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020*. Department of Communicable Disease control, Ministry of Public Health.
- Mocumbi, P., & Amaral, E. (2006). Reproductive right and HIV/AIDS. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20, 381-393.
- Peres, C.A., Peres, R.A., Silveira, F.D., Paiva, V., Hudes, E.S., & Hearst, N. (2002). Developing an AIDS prevention intervention for incarcerated male adolescents in Brazil. *AIDS Education and Prevention* 14, 36-44.
- Plipat, T. (2006). HIV-related behavior among second year vocational school student, Thailand 2004. *Thai AIDS Journal*, 18, 27-34.
- Puri, M., & Cleland, J. (2006). Sexual behavior and perceived risk of HIV/AIDS among young migrant factory workers in Nepal. *Journal of Adolescent Health*, 38, 237-246.
- Ruxrungtham, K., Brown, T., & Phanuphak, P. (2004). HIV/AIDS in Asia. *Lancet*, 364, 69-82.
- Sagie, A., & Koslowsky, M. (2000). Participation and empowerment in organization: Modeling, effectiveness, and applications. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Schatz, P., & Dzvimbo, K.P. (2001). The adolescent sexual world and AIDS prevention: A democratic approach to programme design in Zimbabwe. *Health Promotion International*, 16, 127-136.

- Schneider, E., Glynn, M.K., Kajese, T., & McKenna, M.T. (2006). Epidemiology of HIV/AIDS United States, 1981-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55, 589-592.
- Setiawan, I.M., Patten, J., Triadi, A., Yulianto, S., Adnyanna, I.Pt.G.T., & Arif, M. (1999). Report on injecting drug use in Bali (Denpasar and Kuta): Results of an interview survey. *International Journal of Drug Policy*, 10, 109-116.
- Sharts-Hopko, N.C., & Bonas, G.H. (1998). HIV/AIDS risk in the college population. Modifying the culture in a private religious university. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 9, 72-79.
- Smith, M.U., & DiClemente, R.J. (2000). STAND: A peer educator training curriculum for sexual risk reduction in the rural south. *Preventive Medicine*, 30, 441-449.
- Stephenson, J., & Obasi, A. (2004). HIV risk-reduction in adolescents. *The Lancet*, 363, 1177.
- Swanson, J.M., Dibble, S.L., & Chapman, L. (2000). A psychological programme increased knowledge and decreased sexual risk behaviors in young adults with genital herpes. *Evidence-Based Nursing*, 3, 15.
- Thassri, J., & Jaruphand, S. (2007). Enhancing capacity of community members to promote AIDS activities at Tambon level in Songkhla province. Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.
- Thassri, J., Thassri, S., Wijitsopha, S., & Suwan, S. (2006). The development of an AIDS education training program for community leaders. *Thai Journal Nursing Research*, 10, 144-153.
- The Ministry of Songkhla Public Health Officer. (2008). *AIDS prevention*. Songkhla, The Ministry of Songkhla Public Health Officer.
- The National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation. (2007). *Book I The national plan for strategic and integrated HIV and AIDS prevention and alleviation 2007-2011: Key contents*. Bangkok: The agricultural co-operative federation of Thailand.
- Thongcharoen, P. (1999). Perspective on AIDS prevention and control in Thailand. *Thai AIDS Journal*, 18, 27-34.
- UNAIDS. (2006). 2006 Report on the Global AIDS Epidemic: Executive Summary.
- Wu, Z., Sullivan, S.G., Wang, Y., Rotheram-Borus, M.J., & Detels, R. (2007). Evolution of China's response to HIV/AIDS. *Lancet*, 369, 679-690.

# APPENDICES

## APPENDIX A:

5 AIDS Projects of 5 Sub-districts

แผนงาน/โครงการป้องกันเอดส์ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551

## จัดทำโดย

ทุกภาคส่วนของอำเภอควนเนียง

เทศบาลตำบลควนเนียง

องค์การบริหารส่วนตำบลรัตภูมิ

องค์การบริหารส่วนตำบลควนไส

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยลึก

องค์การบริหารส่วนตำบลบางเหรียง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควนเนียง

**โครงการ เทศบาลร่วมใจป้องกันภัยเอ็ดส์**  
**เทศบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา**  
**ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551**

---

**ชื่อโครงการ เทศบาลร่วมใจ ป้องกันภัยเอ็ดส์**

**หลักการและเหตุผล**

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาในปี พ.ศ. 2548 ปรากฏว่า อำเภอควนเนียงเป็นอำเภอหนึ่งที่มีสถิติของอัตราป่วยเอ็ดส์เมื่อคิดต่อประชากรหนึ่งแสนคนอยู่ในอันดับหนึ่งของจังหวัดสงขลา กล่าวคือคิดเป็น 27.3 นอกจากนี้หากพิจารณาข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาเกี่ยวกับสถิติของอัตราป่วยเอ็ดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ จะพบว่า อำเภอควนเนียง มีผู้ป่วยเอ็ดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ตั้งแต่อายุ แรกคลอดขึ้นไป จนถึงมากกว่า 50 ปี และมีในเกือบครบในทุกอาชีพ ได้แก่ รับจ้างทั่วไป ปลูกพืชทำนาทำสวน ว่างงาน ข้าราชการ และแม่บ้าน งานบ้าน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 44 18 9 8 และ 5 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่พบเช่นเดียวกับระดับประเทศ นั่นก็คือ เพศสัมพันธ์ ติดยาเสพติดชนิดฉีด และติดเชื้อจากมารดา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 84 4 และ 3 ตามลำดับ ส่วนที่เหลือไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง

จากข้อมูลดังกล่าวทุกภาคส่วนในเทศบาลตำบลควนเนียงจึงร่วมใจกันจัดทำโครงการป้องกันเอ็ดส์ที่ชื่อว่า “เทศบาลร่วมใจ ป้องกันภัยเอ็ดส์” ขึ้น ทั้งนี้โดยมุ่งหวังเพื่อป้องกันเอ็ดส์ไม่ให้แพร่เข้าสู่ชุมชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักเรียน และหรือวัยรุ่น ที่เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ยาเสพติดชนิดฉีด จำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนน่าเป็นห่วง ซึ่งหากทุกคนในเทศบาลตำบลควนเนียงได้ร่วมแรง ร่วมใจ อย่างต่อเนื่อง และจริงจัง สถานการณ์และปัญหาเอ็ดส์ของเทศบาลตำบลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ย่อมลดลงในไม่ช้า

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคเอ็ดส์

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ

ในเขตเทศบาล

วิธีการดำเนินการและกิจกรรม

ให้อสม.แต่ละชุมชนร่วมกันจัดกิจกรรมอบรม/รณรงค์เรื่องการป้องกันเอ็ดส์

การประเมินผล

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเอ็ดส์

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

ทำให้คนในชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจ อันเป็นประโยชน์ช่วยลดการติดเชื้อเอดส์

**ระยะเวลาโครงการ**

ตุลาคม 2550 ถึง กันยายน 2551

**งบประมาณ**

ผู้รับผิดชอบ เทศบาลตำบลควนเนียง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควนเนียง

โรงพยาบาลควนเนียง

**สรุปโครงการ เทศบาลร่วมใจป้องกันภัยเอดส์**  
**เทศบาลตำบลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา**  
**ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551**

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
เทศบาล ร่วมใจ ป้องกัน ภัยเอดส์	กิจกรรมรณรงค์ ป้องกันเอดส์	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3. เพื่อสร้างเจตคติที่ ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ และ การอยู่ร่วมในชุมชน อย่างมีความเข้าใจ	ทั้งเทศบาลตำบล ควนเนียง	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ 2.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3.แบบสอบถาม เจตคติต่อผู้ป่วย เอดส์ และการอยู่ ร่วมในชุมชนกับ ผู้ป่วยเอดส์		ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.เทศบาลตำบล ควนเนียง 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ควนเนียง 3. โรงพยาบาล ควนเนียง



**โครงการ ตำบลรัตนภูมิร่วมใจป้องกันเอดส์**  
**ตำบลรัตนภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา**  
**ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551**

---

**ชื่อโครงการ ตำบลรัตนภูมิร่วมใจป้องกันเอดส์**

**หลักการและเหตุผล**

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาในปี พ.ศ. 2548 ปรากฏว่า อำเภอควนเนียงเป็นอำเภอหนึ่งที่มีสถิติของอัตราป่วยเอดส์เมื่อคิดต่อประชากรหนึ่งแสนคนอยู่ในอันดับหนึ่งของจังหวัดสงขลา กล่าวคือคิดเป็น 27.3 นอกจากนี้หากพิจารณาในระดับตำบลจะพบว่า ตั้งแต่ มกราคม 2531 ถึง กันยายน 2550 ตำบลรัตนภูมิมียุ่ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ สูงที่สุดของอำเภอควนเนียงคือ มีถึง 28 คน ซึ่งจำนวนดังกล่าวยังไม่นับรวมผู้ติดเชื้ออีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่เข้าสู่ระบบการตรวจและรับบริการจากทางภาครัฐ ครั้นเมื่อพิจารณาข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาเกี่ยวกับสถิติของอัตราป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ จะพบว่า ตำบลรัตนภูมิ มีผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ตั้งแต่อายุ 25 ปี ขึ้นไป จนถึงมากกว่า 50 ปี และมีในเกือบครบในทุกอาชีพ ได้แก่ รับจ้างทั่วไป (สูงสุด คิดเป็น 9 คน) ปลูกพืชทำนาทำสวน แม่บ้าน งานบ้าน ว่างงาน ค้าขาย และข้าราชการตำรวจ ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวทุกภาคส่วนในตำบลรัตนภูมิจึงร่วมกันจัดทำโครงการป้องกันเอดส์ที่ชื่อว่า “ตำบลรัตนภูมิร่วมใจป้องกันเอดส์” ขึ้น ทั้งนี้โดยมุ่งหวังเพื่อป้องกันเอดส์ไม่ให้แพร่เข้าสู่ชุมชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักเรียน และหรือวัยรุ่น ที่เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ยาเสพติดชนิดฉีด จำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนน่าเป็นห่วง ซึ่งหากทุกคนในตำบลรัตนภูมิได้ร่วมแรง ร่วมใจ อย่างต่อเนื่อง และจริงจัง สถานการณ์และปัญหาเอดส์ของตำบลรัตนภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ย่อมลดลงในไม่ช้า

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์
2. เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคเอดส์
3. เพื่อสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ และการอยู่ร่วมในชุมชนอย่างมีความเข้าใจ

**กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ**

ทุกกลุ่มอายุที่อยู่ในพื้นที่ 12 หมู่บ้าน ตำบลรัตนภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

## วิธีการดำเนินการและกิจกรรม

1. ร่วมรณรงค์ป้องกันเอดส์ทั้งอำเภอควนเนียง ในวันที่ 30 พ.ย.50
2. ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์กับประชาชนให้เกิดความเข้าใจ
3. ร่วมกับสถานศึกษาในการรณรงค์หาแนวทางป้องกัน
4. สร้างความเข้าใจ เปลี่ยนแนวคิด ปลอดภัยต่อผู้ป่วยของคนในชุมชน

## การประเมินผล

ให้มีคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ และมีการปรับปรุงการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันให้มากที่สุด ทั้งนี้มีเครื่องมือในการติดตามและประเมินผลที่คำนึงถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ ดังต่อไปนี้

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเอดส์
2. แบบสอบถามความตระหนักในการป้องกันโรคเอดส์
3. แบบสอบถามเจตคติต่อผู้ป่วยเอดส์ และการอยู่ร่วมในชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคเอดส์ อันจะเป็นหนทางช่วยลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่
2. ทำให้คนในชุมชนเกิดความเข้าใจ และมีเจตคติที่ดีกับผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

## ระยะเวลาโครงการ

1. ร่วมรณรงค์ป้องกันเอดส์ทั้งอำเภอควนเนียง 30 พ.ย.50
2. จัดอบรมให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เดือนมกราคม 2551  
เวลา 1 วัน
3. จัดกิจกรรมในโรงเรียนคงคาดี และโรงเรียนหนองปลิง  
1 สัปดาห์ ช่วง 14 กุมภาพันธ์ 2551
4. จัดการแข่งขันฟุตบอล อบต.คัพ
5. จัดอบรมโครงการธรรมะสูโรงเรียน

งบประมาณ 34,000 บาท

ผู้รับผิดชอบ องค์การบริหารส่วนตำบลรัตภูมิ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควนเนียง

โรงพยาบาลควนเนียง

สรุปโครงการ ตำบลรัษฎามิตร่วมใจป้องกันเอชไอวี

ตำบลรัษฎามิตร อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
ตำบลรัษฎามิตร ร่วมใจ ป้องกันเอชไอวี	กิจกรรมรณรงค์ ป้องกันเอชไอวี (30 พ.ย.50)	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอชไอวี 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอชไอวี 3. เพื่อสร้างเจตคติที่ ดีต่อผู้ป่วยเอชไอวี และ การอยู่ร่วมในชุมชน อย่างมีความเข้าใจ	ทั้งอำเภอควนเนียง	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอชไอวี 2.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอชไอวี 3.แบบสอบถาม เจตคติต่อผู้ป่วย เอชไอวี และการอยู่ ร่วมในชุมชนกับ ผู้ป่วยเอชไอวี	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 34,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบลรัษฎามิตร 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ควนเนียง 3. โรงพยาบาล ควนเนียง
	อบรมให้ความรู้ (มค. 51)	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอชไอวี 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ	ประชาชนกลุ่มเสี่ยง	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอชไอวี 2.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 34,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบลรัษฎามิตร

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		ป้องกันโรคเอดส์		ป้องกันโรคเอดส์		2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ คอนเียง 3. โรงพยาบาล คอนเียง
	กิจกรรมรณรงค์ ป้องกันเอดส์ (14 กพ. 51)	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3. เพื่อสร้างเจตคติที่ ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ และ การอยู่ร่วมในชุมชน อย่างมีความเข้าใจ	โรงเรียนคงคาดี และโรงเรียนหนอง ปลิง	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ 2.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3.แบบสอบถาม เจตคติต่อผู้ป่วย เอดส์ และการอยู่ ร่วมในชุมชนกับ ผู้ป่วยเอดส์	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 34,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบลรัตภูมิ 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ คอนเียง 3. โรงพยาบาล คอนเียง
	แข่งขันฟุตบอล อบต.คัพ	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ	ประชาชนทั่วไป	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ 2.แบบสอบถาม	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 34,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3. เพื่อสร้างเจตคติที่ ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ และการอยู่ร่วมใน ชุมชนอย่างมีความ เข้าใจ		ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3.แบบสอบถาม เจตคติต่อผู้ป่วย เอดส์ และการอยู่ ร่วมในชุมชนกับ ผู้ป่วยเอดส์		ส่วนตำบลรัตนภูมิ 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ วนเนียง 3. โรงพยาบาล วนเนียง
	อบรมโครงการ ธรรมะสู่โรงเรียน	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3. เพื่อสร้างเจตคติที่ ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ และการอยู่ร่วมใน ชุมชนอย่างมีความ เข้าใจ	โรงเรียน	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ 2.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3.แบบสอบถาม เจตคติต่อผู้ป่วย เอดส์ และการอยู่ ร่วมในชุมชนกับ ผู้ป่วยเอดส์	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 34,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบลรัตนภูมิ 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ วนเนียง 3. โรงพยาบาล วนเนียง

## โครงการ ตำบลควนโสร่วมใจด้านภัยเอดส์

### ตำบลควนโส อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

#### ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551

---

#### ชื่อโครงการ ตำบลควนโสร่วมใจด้านภัยเอดส์

#### หลักการและเหตุผล

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาในปี พ.ศ. 2548 ปรากฏว่า อำเภอควนเนียงเป็นอำเภอหนึ่งที่มีสถิติของอัตราป่วยเอดส์เมื่อคิดต่อประชากรหนึ่งแสนคนอยู่ในอันดับหนึ่งของจังหวัดสงขลา กล่าวคือคิดเป็น 27.3 นอกจากนี้หากพิจารณาในระดับตำบลจะพบว่า ตั้งแต่ มกราคม 2531 ถึง กันยายน 2550 ตำบลควนโสมีผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จำนวน 9 คน ซึ่งจำนวนดังกล่าวยังไม่นับรวมผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่ไม่ระบุตำบลอีกจำนวน 40 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ติดเชื้ออีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่เข้าสู่ระบบการตรวจและรับบริการจากทางภาครัฐ ครั้นเมื่อพิจารณาข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาเกี่ยวกับสถิติของอัตราป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ จะพบว่า ตำบลควนโส มีผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ตั้งแต่อายุ 25 ปี ขึ้นไป จนถึง 44 ปี และมีในหลากหลายอาชีพ ได้แก่ ปลูกพืชทำนาทำสวน ค้าขาย รับจ้างทั่วไป และแม่บ้าน งานบ้าน

จากข้อมูลดังกล่าวทุกภาคส่วนในตำบลควนโสจึงร่วมมือกันจัดทำโครงการป้องกันเอดส์ที่ชื่อว่า “ตำบลควนโสร่วมใจด้านภัยเอดส์” ขึ้น ทั้งนี้โดยมุ่งหวังเพื่อป้องกันเอดส์ไม่ให้แพร่เข้าสู่ชุมชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักเรียน และหรือวัยรุ่น ที่เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ยาเสพติดชนิดฉีด จำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนน่าเป็นห่วง ซึ่งหากทุกคนในตำบลควนโสได้ร่วมแรง ร่วมใจ อย่างต่อเนื่อง และจริงจัง สถานการณ์และปัญหาเอดส์ของตำบลควนโส อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ย่อมลดลงในไม่ช้า

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์
2. เพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันตนเองและครอบครัวจากโรคเอดส์
3. เพื่อให้ประชาชนสามารถถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ครอบครัว

และชุมชน

**กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ** หมู่ที่ 1-11 ในตำบลควนโสด อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา

1. อสม.ทุกหมู่บ้าน จำนวน 118 คน
2. ผู้นำชุมชน/สมาชิกอบต.ทุกหมู่บ้าน จำนวน 66 คน
3. ผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 6 คน

#### **วิธีการดำเนินการและกิจกรรม**

1. อบรมให้ความรู้ 3 รุ่น ๆ ละ 1 วัน
2. จัดกิจกรรมเดินรณรงค์ในวันเอดส์โลก

#### **การประเมินผล**

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเอดส์
2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์

**หมายเหตุ** ประเมินความรู้ประชาชนทุก 3 เดือน โดยกลุ่มเป้าหมายต้องไปกระจายความรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่

#### **ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ประชาชนในชุมชนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ อันจะเป็นหนทางช่วยลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่
2. ประชาชนในชุมชนสามารถป้องกันตนเองและคนในครอบครัว ตลอดจนคนในชุมชนจากโรคเอดส์

#### **ระยะเวลาโครงการ**

- 1 ธันวาคม 2550 ถึง 31 ธันวาคม 2551

#### **งบประมาณ 88,000 บาท**

1. งบประมาณในการอบรมให้ความรู้ 3 รุ่น ๆ ละ 1 วัน 38,000 บาท
2. งบประมาณในการจัดกิจกรรมเดินรณรงค์ในวันเอดส์โลก 50,000 บาท

**ผู้รับผิดชอบ** องค์การบริหารส่วนตำบลควนโสด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกวนเนียง

โรงพยาบาลควนเนียง

สรุปโครงการ ตำบลควนไส่ร่วมใจต้านภัยเอ็ดส์

ตำบลควนไส่ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
ตำบลควนไส่ ร่วมใจ ต้านภัยเอ็ดส์	กิจกรรม เดินรณรงค์ ในวันเอ็ดส์โลก (1 ธค.50)	1.เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอ็ดส์	ประชาชน ทั้งตำบลควนไส่	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอ็ดส์	50,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบลควนไส่ 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ควนเนียง 3. โรงพยาบาล ควนเนียง
	อบรมให้ความรู้ 3 รุ่น ๆ ละ 1 วัน	1.เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอ็ดส์ 2. เพื่อสามารถ ป้องกันตนเองและ ครอบครัวจาก	1.อส.ม.ทุกหมู่บ้าน จำนวน 118 คน 2.ผู้นำชุมชน/สมาชิก อบต.ทุกหมู่บ้าน จำนวน 66 คน	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอ็ดส์ 2.แบบสอบถาม พฤติกรรม การป้องกันโรคเอ็ดส์	งบประมาณ รวม ทุกรุ่น 38,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบลควนไส่ 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ



ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		โรคเอดส์	3.ผู้บริหาร สถานศึกษา จำนวน 6 คน			ควนเนียง 3. โรงพยาบาล ควนเนียง

**โครงการ ชาวตำบลห้วยลึกร่วมมือด้านภัยเอ็ดส์**  
**ตำบลห้วยลึก อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา**  
**ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551**

-----

**ชื่อโครงการ ชาวตำบลห้วยลึกร่วมมือด้านภัยเอ็ดส์**

**หลักการและเหตุผล**

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาในปี พ.ศ. 2548 ปรากฏว่า อำเภอควนเนียงเป็นอำเภอหนึ่งที่มีสถิติของอัตราป่วยเอ็ดส์เมื่อคิดต่อประชากรหนึ่งแสนคนอยู่ในอันดับหนึ่งของจังหวัดสงขลา กล่าวคือคิดเป็น 27.3 นอกจากนี้หากพิจารณาในระดับตำบลจะพบว่า ตั้งแต่ มกราคม 2531 ถึง กันยายน 2550 ตำบลห้วยลึกมีผู้ป่วยเอ็ดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ 10 คน (หรือคิดเป็น 200 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ซึ่งจำนวนดังกล่าวยังไม่นับรวมผู้ติดเชื้ออีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่เข้าสู่ระบบการตรวจและรับบริการจากทางภาครัฐ ครั้นเมื่อพิจารณาข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาเกี่ยวกับสถิติของอัตราป่วยเอ็ดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ จะพบว่า ตำบลห้วยลึก มีผู้ป่วยเอ็ดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ตั้งแต่อายุ 10 ปี ขึ้นไป จนถึง 44 ปี และมีในหลายกลุ่มอาชีพ ได้แก่ ว่างาน รับจ้างทั่วไป และค้าขาย ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวทุกภาคส่วนในตำบลห้วยลึกจึงร่วมมือกันจัดทำโครงการป้องกันเอ็ดส์ที่ชื่อว่า “ชาวตำบลห้วยลึกร่วมมือด้านภัยเอ็ดส์” ขึ้น ทั้งนี้โดยมุ่งหวังเพื่อป้องกันเอ็ดส์ไม่ให้แพร่เข้าสู่ชุมชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักเรียน และหรือวัยรุ่น ที่เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ยาเสพติดชนิดฉีด จำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนน่าเป็นห่วง ซึ่งหากทุกคนในตำบลห้วยลึกได้ร่วมแรง ร่วมใจ อย่างต่อเนื่อง และจริงจัง สถานการณ์และปัญหาเอ็ดส์ของตำบลห้วยลึก อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ย่อมลดลงในไม่ช้า

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง
2. เพื่อให้มีแกนนำเอ็ดส์ในพื้นที่

**กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ**

1. เยาวชนอายุ 11-25 ปี จำนวน 85 คน
2. ประชาชนทั่วไปจำนวน 200 คน

## วิธีการดำเนินการและกิจกรรม

1. อบรมแกนนำเยาวชนเรื่องเอดส์ในโรงเรียนตำบลห้วยลึก
2. การให้ความรู้ทางสื่อที่มีในตำบลแก่ประชาชน เช่น เสียงตามสาย หอกระจายเสียงชุมชน
3. กิจกรรมวันเอดส์โลก
4. กิจกรรมรณรงค์วันที่ 14 ก.พ.51
5. วันกามโรค
6. อบรมเอดส์ในช่วงที่มีการแต่งงานกันมากคือวันที่ 9 เดือน 9

## การประเมินผล

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องเอดส์ในเยาวชน (แกนนำ) ของตำบลห้วยลึก
2. แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงและอัตราการใช้ถุงยางอนามัย

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้คนในชุมชนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ตลอดจนไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง อันจะเป็นหนทางช่วยลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่
2. ทำให้มีแกนนำในชุมชนช่วยรณรงค์และป้องกันเอดส์

## ระยะเวลาโครงการ

ธันวาคม 2550 ถึง กันยายน 2551

## งบประมาณ

40,000 บาท

ผู้รับผิดชอบ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยลึก

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควนเนียง

โรงพยาบาลควนเนียง

สรุปโครงการ ชาวตำบลห้วยลึกร่วมมือด้านภัยเอดส์

ตำบลห้วยลึก อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
ชาวตำบล ห้วยลึกร่วมมือ ด้านภัยเอดส์	ประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย/ หอกระจายเสียง ชุมชน	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3. เพื่อสร้างเจตคติที่ ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ และ การอยู่ร่วมในชุมชน อย่างมีความเข้าใจ	ทั้งตำบลห้วยลึก	1.แบบสอบถาม ความพึงพอใจใน การรับฟัง	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 40,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบล ห้วยลึก 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ควนเนียง 3. โรงพยาบาล ควนเนียง
	กิจกรรม วันเอดส์โลก	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ	ทั้งตำบลห้วยลึก	1.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 40,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบล ห้วยลึก

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		ป้องกันโรคเอดส์				2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ คอนเียง 3. โรงพยาบาล คอนเียง
	กิจกรรมรณรงค์ วันที่ 14 ก.พ.51	1.เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์	ทั้งตำบลห้วยลึก	1.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 40,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบล ห้วยลึก 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ คอนเียง 3. โรงพยาบาล คอนเียง
	กิจกรรม วันกามโรค	1.เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์	ทั้งตำบลห้วยลึก	1.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 40,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบล

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
						1. ห้วยลึก 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ วัฒนียง 3. โรงพยาบาล วัฒนียง
	อบรมแกนนำ เยาวชนเรื่องเอดส์	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์	โรงเรียนตำบล ห้วยลึก	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอดส์	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 40,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบล ห้วยลึก 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ วัฒนียง 3. โรงพยาบาล วัฒนียง
	อบรมเอดส์ในช่วง ที่มีการแต่งงาน	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์	ตำบลห้วยลึก	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอดส์	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
	กันมากคือวันที่ 9 เดือน 9	2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์		2.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์	40,000 บาท	ส่วนตำบล ห้วยลึก 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ควนเนียง 3. โรงพยาบาล ควนเนียง

**โครงการ บางเหรียญร่วมมือ ด้านภัยเอดส์**  
**ตำบลบางเหรียญ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา**  
**ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551**

---

**ชื่อโครงการ บางเหรียญร่วมมือ ด้านภัยเอดส์**

**หลักการและเหตุผล**

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาในปี พ.ศ. 2548 ปรากฏว่า อำเภอควนเนียงเป็นอำเภอหนึ่งที่มีสถิติของอัตราป่วยเอดส์เมื่อคิดต่อประชากรหนึ่งแสนคนอยู่ในอันดับหนึ่งของจังหวัดสงขลา กล่าวคือคิดเป็น 27.3 นอกจากนี้หากพิจารณาในระดับตำบลจะพบว่า ตั้งแต่ มกราคม 2531 ถึง กันยายน 2550 ตำบลบางเหรียญมีผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ สูงเป็นที่สองของอำเภอควนเนียงคือ มีถึง 17 คน ซึ่งจำนวนดังกล่าวยังไม่นับรวมผู้ติดเชื้ออีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่เข้าสู่ระบบการตรวจและรับบริการจากทางภาครัฐ ครั้นเมื่อพิจารณาข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาเกี่ยวกับสถิติของอัตราป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ จะพบว่า ตำบลบางเหรียญ มีผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ตั้งแต่อายุ 20-44 ปี และมีมากในอาชีพรับจ้างทั่วไป (คิดเป็น 5 คน) ส่วนที่เหลือเป็นข้าราชการ และว่างงาน ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวทุกภาคส่วนในตำบลบางเหรียญจึงร่วมมือกันจัดทำโครงการป้องกันเอดส์ที่ชื่อว่า “บางเหรียญร่วมมือ ด้านภัยเอดส์” ขึ้น ทั้งนี้โดยมุ่งหวังเพื่อป้องกันเอดส์ไม่ให้แพร่เข้าสู่ชุมชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักเรียน และหรือวัยรุ่น ที่เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ยาเสพติดชนิดฉีด จำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนน่าเป็นห่วง ซึ่งหากทุกคนในตำบลบางเหรียญได้ร่วมแรง ร่วมใจ อย่างต่อเนื่อง และจริงจัง สถานการณ์และปัญหาเอดส์ของตำบลบางเหรียญ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ย่อมลดลงในไม่ช้า

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเอดส์

**กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ**

1. ประชาชนตำบลบางเหรียญ
2. นักเรียนชั้นป.5 ถึง ม.3 จำนวน 8 โรงเรียน



## วิธีการดำเนินการและกิจกรรม

ประชาชนแกนนำระดับตำบล วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำรายละเอียดของโครงการ โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. ประชาสัมพันธ์โดยผ่านหอกระจายข่าว
2. วิทยุชุมชน
3. อสม.
4. จัดทำสื่อ โปสเตอร์ CD แผ่นพับ
5. เติมนรณรงค์วันเอดส์โลก

## การประเมินผล

1. แบบสอบถามก่อนและหลังการอบรม (การอบรมนักเรียน)
2. สู่ประชาชนโดยแบบประเมินความรู้

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างน้อย 80%
2. นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์
3. ผู้ติดเชื้อสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างมีความสุข

## ระยะเวลาโครงการ

ธันวาคม 2550 ถึง กันยายน 2551

## งบประมาณ

กองทุนเอดส์โลก 35,000 บาท

ผู้รับผิดชอบ องค์การบริหารส่วนตำบลบางเหริยง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควนเนียง

โรงพยาบาลควนเนียง

**สรุปโครงการ บางเหรียญร่วมใจด้านภัยเอดส์**  
**ตำบลบางเหรียญ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา**  
**ประจำปี พ.ศ. 2550 – 2551**

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
บางเหรียญ ร่วมใจ ด้านภัยเอดส์	ประชาสัมพันธ์ โดยผ่านหอ กระจายข่าว	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3. เพื่อสร้างเจตคติที่ ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ และ การอยู่ร่วมในชุมชน อย่างมีความเข้าใจ	ทั้งตำบลบางเหรียญ	1.แบบทดสอบ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ 2.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์ 3.แบบสอบถาม เจตคติต่อผู้ป่วย เอดส์ และการอยู่ ร่วมในชุมชนกับ ผู้ป่วยเอดส์	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 35,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบล บางเหรียญ 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ควนเนียง 3. โรงพยาบาล ควนเนียง
	วิทยุชุมชน	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ	ทั้งตำบลบางเหรียญ	1.แบบสอบถาม ความพึงพอใจใน การรับฟัง	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 35,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร

ชื่อโครงการ	กิจกรรม/เวลา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ (จำนวน)	การประเมินผล	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์				ส่วนตำบล บางเหริยง 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ควนเนียง 3. โรงพยาบาล ควนเนียง
	เดินรณรงค์วัน เอดส์โลก	1. เพื่อให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ 2. เพื่อสร้างความ ตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์		1.แบบสอบถาม ความตระหนักในการ ป้องกันโรคเอดส์	งบประมาณ รวม ทุกกิจกรรม 35,000 บาท	ความร่วมมือทุกภาค ส่วน 1.องค์การบริหาร ส่วนตำบล บางเหริยง 2. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ควนเนียง 3. โรงพยาบาล ควนเนียง

# APPENDIX B:

## Instruments

ตำบล.....ชุมชนที่.....

เครื่องมือเก็บข้อมูลนี้ใช้เพื่อโครงการการวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ

ชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ชื่อและสกุล.....

2. เพศ.....สถานภาพ (เช่น โสด แต่งงาน).....

3. อายุ.....ปี (อายุเต็ม) อาชีพ.....

4. การศึกษา.....ศาสนา.....

5. รายได้ต่อเดือน.....บาท

6. ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน.....

7. มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเข้าร่วมประชุม อบรม หรือได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มาก่อนหรือไม่ อย่างไร

(...) ไม่มี (....) มี กรุณาระบุรายละเอียด เช่น เรื่องอะไร ที่ไหน เมื่อใด และมีลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วมอย่างไร.....

8. มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็นผู้นำหรือทำกิจกรรมเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์มาก่อนหรือไม่ อย่างไร

(...) ไม่มี (....) มี กรุณาระบุรายละเอียด เช่น เรื่องอะไร ที่ไหน เมื่อใด และมีลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วมอย่างไร.....

.....

.....

9. มีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำโครงการเอดส์มาก่อนหรือไม่ อย่างไร

(...) ไม่มี (....) มี กรุณาระบุรายละเอียด เช่น ช่วยคิดและเขียนโครงการ ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ ติดตามและประเมินผลของโครงการ.....

.....

.....

## ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์

โปรดเขียนเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่อง ใช่ หรือ ไม่ใช่ ที่ตรงกับความคิดของท่าน

ความรู้เรื่องโรคเอดส์	ใช่	ไม่ใช่
1. เอดส์เป็นสาเหตุทำให้เกิดวัณโรคตามมา		
2. เชื้อเอดส์ผ่านเข้าสู่ร่างกายผู้สัมผัสทางเลือด		
3. หากยุงกัดผู้เป็นโรคเอดส์แล้วไปกัดอีกคนหนึ่งที่ไม่ได้เป็นโรคเอดส์ ย่อมทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์เกิดขึ้นได้		
4. การใช้ห้องน้ำเป็นคนถัดต่อไปจากผู้เป็นโรคเอดส์ อาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้		
5. การเรียนหนังสือในโรงเรียนเดียวกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ทำให้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้		
6. ถ้าสงสัยว่าติดโรคเอดส์ หลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยง (เช่น ถูกมีดโกนที่มีเลือดของผู้ติดเชื้อเอดส์) สามารถตรวจเลือดเพื่อรู้ผลได้ทันที		
7. ผู้ได้รับเชื้อเอดส์ในระยะแรก ยังไม่สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่น		
8. แม่ที่ติดเชื้อเอดส์หากได้รับยาต้านไวรัสย่อมมีโอกาสคลอดลูกที่ไม่ติดเชื้อเอดส์ได้		
9. แม่ที่ติดเชื้อเอดส์แม้ได้รับยาต้านไวรัส ย่อมมีโอกาสคลอดลูกที่ติดเชื้อเอดส์ได้		
10. แม่ที่ติดเชื้อเอดส์ หากไม่ได้รับยาต้านไวรัส มีโอกาสคลอดลูกที่ติดเชื้อเอดส์ได้		
11. แม่ที่ติดเชื้อเอดส์ หากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ย่อมทำให้ลูกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น		
12. แม่ที่ติดเชื้อเอดส์ จำเป็นต้องเลี้ยงลูกด้วยนมผสม เพราะในนมแม่มีเชื้อเอดส์ที่ทำให้ลูกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น		
13. สามีและภรรยาที่ติดเชื้อเอดส์แล้วทั้งคู่ ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็ได้		
14. เมื่อรักษาตามโรคหายขาด ย่อมทำให้รักษาโรคเอดส์ให้หายได้ด้วย		
15. ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่จำเป็นต้องมีอาการเจ็บป่วยก็ได้		

ความรู้เรื่องโรคเอดส์	ใช่	ไม่ใช่
16. การใช้ยาคุมกำเนิดอย่างถูกต้องสามารถป้องกันการติดเชื้อได้		
17. คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้		
18. การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้		
19. ปัจจุบันมีสมุนไพรบางชนิดรักษาโรคเอดส์ให้หายได้		
20. ปัจจุบันมีวัคซีนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์		

ตอนที่ 3 ความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์  
โปรดเขียนเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1. มั่นใจว่ามีความรู้เรื่องโรคเอดส์เพียงพอต่อการป้องกันตัวเอง					
2. มั่นใจว่ามีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องต่อการป้องกันตัวเอง					
3. มั่นใจที่จะนำความรู้เรื่องโรคเอดส์ไปใช้เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันตัวเอง					
4. มั่นใจว่าสามารถแสวงหาความรู้เรื่องโรคเอดส์เพื่อใช้ป้องกันตัวเอง					
5. มั่นใจว่าสามารถแสวงหาที่ปรึกษาเพื่อป้องกันตัวเองจากโรคเอดส์					
6. มั่นใจว่ามีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากโรคเอดส์					
7. มั่นใจที่จะถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่บุคคลในครอบครัว					
8. มั่นใจที่จะเป็นแกนนำในการปฏิบัติตัวเพื่อรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์ของครอบครัว					
9. มั่นใจที่จะให้คำแนะนำเรื่องโรคเอดส์แก่บุคคลในครอบครัว					
10. มั่นใจที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่องโรคเอดส์กับบุคคลในครอบครัว เช่น เป็นเพื่อนไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อโรคเอดส์ ในกรณีมีพฤติกรรมเสี่ยงเกิดขึ้น					
11. มั่นใจที่จะร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์กับบุคคลในครอบครัว					

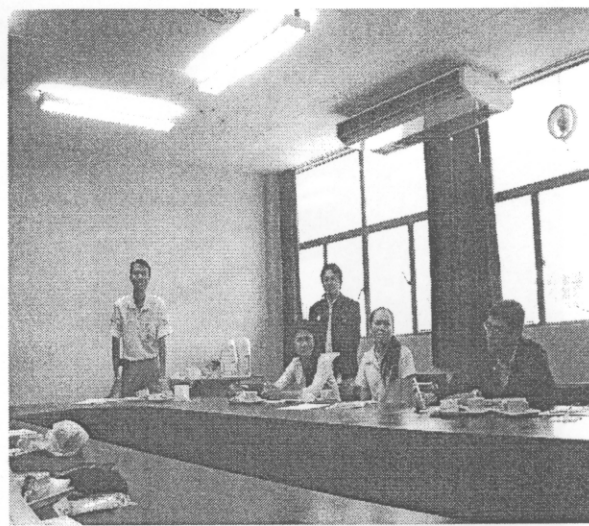
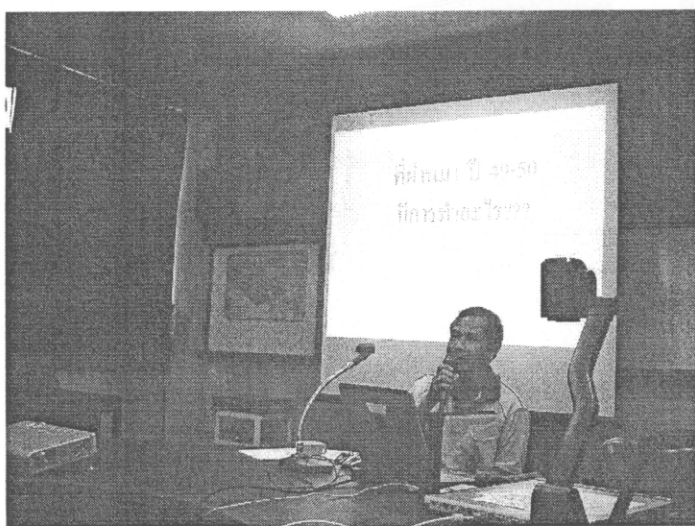
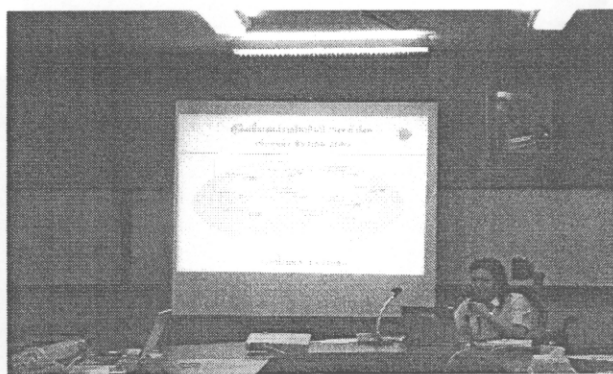
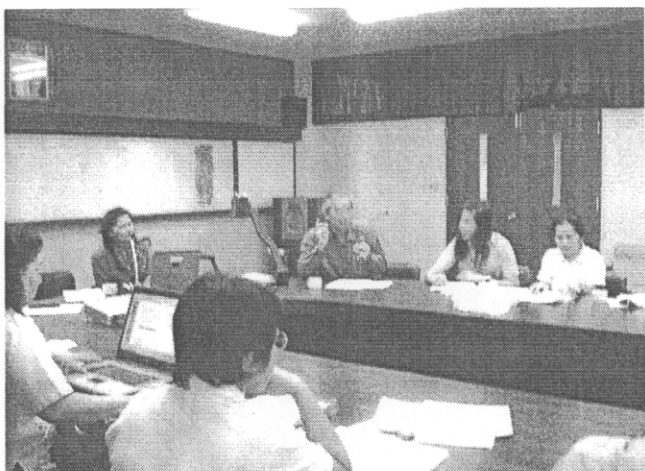


ข้อความ	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
12. มั่นใจว่าสามารถเป็นที่ปรึกษาเรื่องโรคเอดส์แก่บุคคลในครอบครัว					
13. มั่นใจที่จะถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่เพื่อนบ้านในชุมชน					
14. มั่นใจที่จะเป็นแกนนำของชุมชนในการจัดกิจกรรมเพื่อรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์					
15. มั่นใจที่จะให้คำแนะนำเรื่องโรคเอดส์แก่เพื่อนบ้านในชุมชน					
16. มั่นใจที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่องโรคเอดส์กับเพื่อนบ้านในชุมชน เช่น เป็นเพื่อนไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อโรคเอดส์ ในกรณีมีพฤติกรรมเสี่ยงเกิดขึ้น					
17. มั่นใจที่จะร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์กับเพื่อนบ้านในชุมชน					
18. มั่นใจว่าสามารถเป็นที่ปรึกษาเรื่องโรคเอดส์แก่เพื่อนบ้านในชุมชน					
19. มั่นใจเป็นเครือข่ายการทำงานเพื่อรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชน					
20. มั่นใจที่จะขยายการทำงานเพื่อรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชน					
21. มั่นใจที่จะสร้างความต่อเนื่องของการทำงานเพื่อรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชน					
22. มั่นใจที่จะติดตามผลการทำงานเพื่อรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชน					
23. มั่นใจที่บันทึกผลการทำงานเพื่อรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชน					

ข้อความ	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
24. มั่นใจที่จะเสนอผลการทำงานเพื่อรณรงค์ ป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชน					
25. มั่นใจที่จะถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ บุคคลทั่วไปในหมู่บ้าน					
26. มั่นใจที่จะเป็นแกนนำของหมู่บ้านในการจัด กิจกรรมเพื่อรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์แก่คนใน ชุมชน					
27. มั่นใจที่จะให้คำแนะนำเรื่องโรคเอดส์แก่ เพื่อนบ้าน					
28. มั่นใจที่จะให้คำแนะนำเรื่องโรคเอดส์แก่ บุคคลทั่วไปในหมู่บ้าน					

## APPENDIX C:

### AIDS Prevention Activities of the Project



**The first phase: Planning**

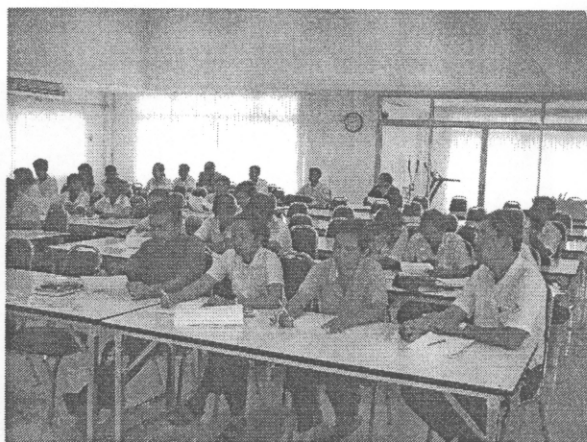
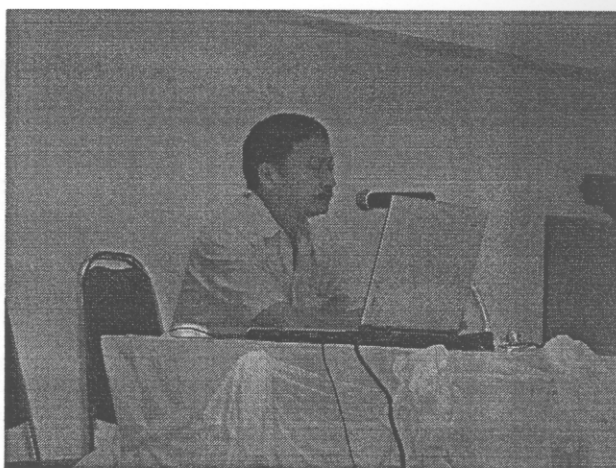
Prepare participants to plan AIDS projects in communities



**The first phase: Planning**

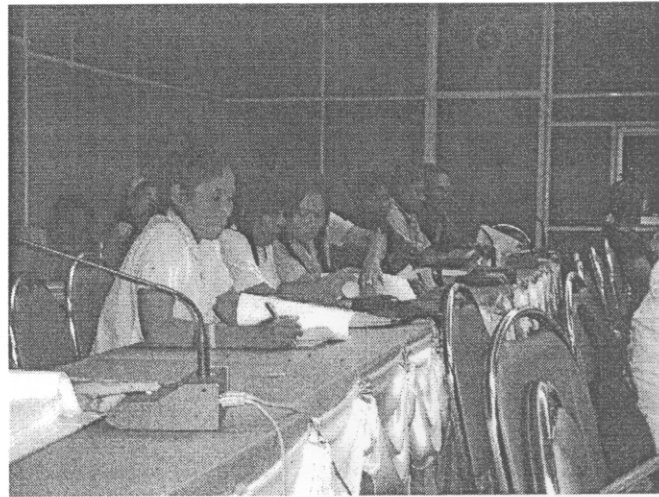
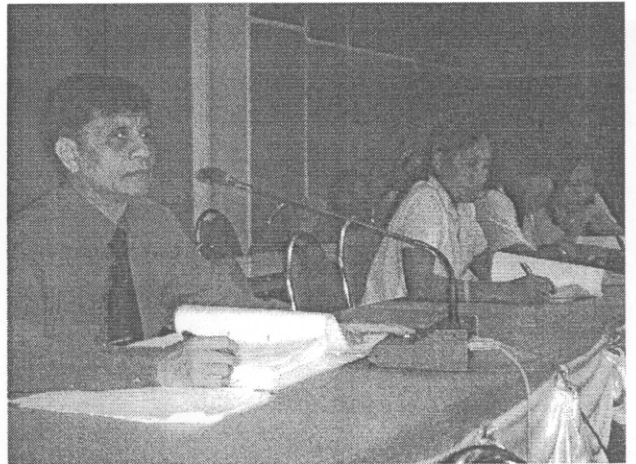
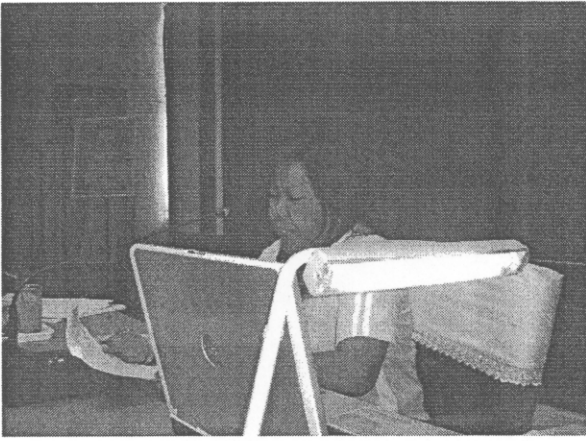
Organize a workshop for partner organization to develop AIDS projects in communities





**The first phase: Planning**

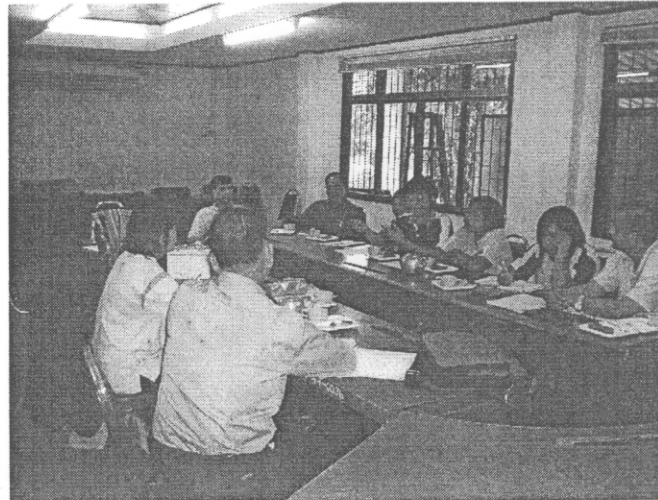
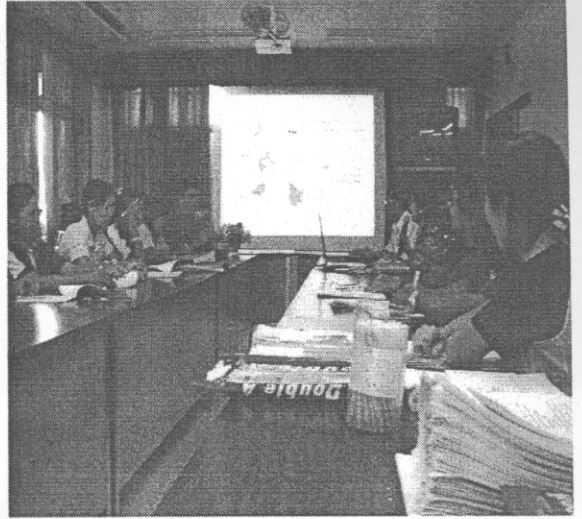
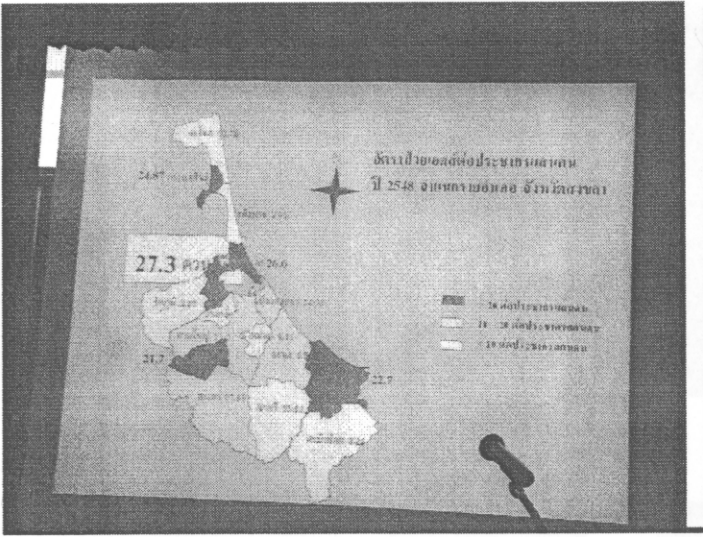
Developed and presented 5 AIDS projects of 5 communities



**The first phase: Planning**

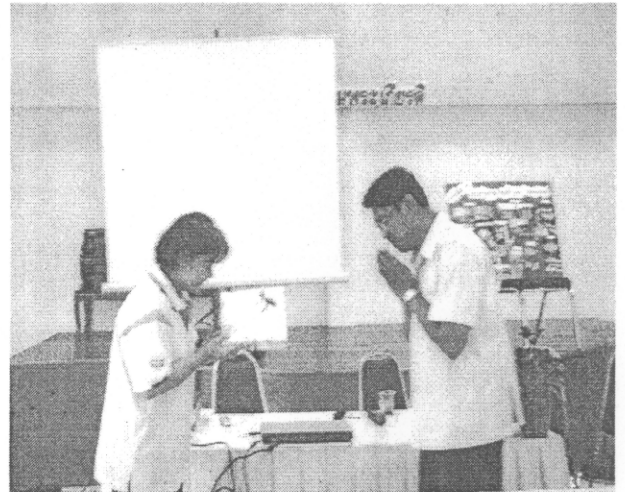
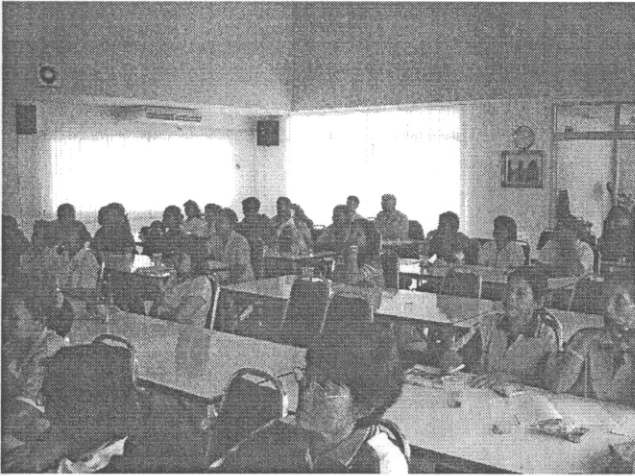
Submitted and presented AIDS projects to government organization for funding





**The second phase: Implementing**  
Developed the capacity of community leaders to  
conduct AIDS prevention activities in communities





### **The third phase: Evaluating**

Reflected the process and outcome of AIDS prevention activities and presented 3 AIDS prevention activity projects in communities

# APPENDIX D:

## Executive Summary

## Executive Summary

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา” มีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนระดับตำบลแบบยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา และมีวัตถุประสงค์ย่อย 2 ประการ คือ (1) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนระดับตำบลแบบยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา และ (2) เพื่อศึกษาผลผลิตจากการพัฒนาศักยภาพชุมชนระดับตำบลแบบยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 ถึง สิงหาคม 2551 ในอำเภอหนึ่งของจังหวัดสงขลาที่มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการเมื่อเปรียบเทียบกับต่อจำนวนประชากรแสนคนอยู่ในลำดับที่สูงของจังหวัดสงขลา ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เน้นภูมิปัญญาของคนในพื้นที่ ดำเนินถึงบริบทและวัฒนธรรมของท้องถิ่น การเรียนรู้และการจัดการทรัพยากรของท้องถิ่น ตลอดจนการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อความยั่งยืนและต่อเนื่องของการป้องกันโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังสิ้นสุดของการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ วัยรุ่น และแม่บ้านที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ที่ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ตลอดจนปัญหาของประเทศทั้งในปัจจุบันและอนาคต สำหรับผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนระดับตำบลแบบยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา ปรากฏว่า ใช้การมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรหลาย ๆ หน่วยงาน เริ่มตั้งแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเอดส์ระดับเขตและจังหวัด นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบหรือผู้เกี่ยวข้องระดับตำบล/เทศบาล (ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลตำบล) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยบุคลากรดังกล่าวได้ร่วมกับนักวิจัยระดมความคิดเพื่อทำงานป้องกันโรคเอดส์อย่างเป็นระบบและครบวงจร กล่าวคือร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาเอดส์ของพื้นที่ เขียนโครงการหรือแผนงาน นำเสนอโครงการเพื่อขอทุนจากหน่วยงานต่าง ๆ เรียนรู้เทคนิคและฝึกปฏิบัติการสร้างเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บและการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปผล และการรายงานผล ตามลำดับ ทั้งนี้ทุกกิจกรรมดังกล่าวมีนักวิจัยและที่ปรึกษาโครงการเป็นผู้สอดแทรกองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและสำคัญของการทำงานเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดของการวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนระดับตำบลแบบยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลาครั้งนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละตำบลของอำเภอที่ศึกษา เนื่องจากความพร้อมที่แตกต่างกันของบุคลากรในพื้นที่

2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนระดับตำบลแบบยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

**ขั้นวางแผน** เริ่มจากมีการเตรียมความพร้อม โดยใช้การมีส่วนร่วมของนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ระดับเขตและจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบหรือผู้เกี่ยวข้องระดับตำบล/เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาเอดส์ในพื้นที่ สร้างความตระหนักและปลุกจิตสำนึกของการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน (อาสาสมัครสาธารณสุข) โดยร่วมกันหาแนวทางป้องกันเอดส์ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และช่วยรณรงค์ป้องกันเอดส์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานให้บุคลากรดังกล่าวมีการประชุม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ นอกจากนี้นักวิจัยและที่ปรึกษาโครงการยังให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ เช่น นำเสนอข้อมูลปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ต่อจำนวนประชากรแสนคนของพื้นที่ โดยใช้การเปรียบเทียบปฏิบัติการดังกล่าวกับอำเภออื่น ๆ ในจังหวัด อันส่งผลให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคเอดส์ในพื้นที่เกิดขึ้น

หลังจากนั้นใช้การมีส่วนร่วมของนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติ ได้แก่ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบหรือผู้เกี่ยวข้องระดับตำบล/เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลจากขั้นเตรียมการมาทบทวน วิเคราะห์ และเขียนเป็น โครงการหรือแผนงานสำหรับขอทุนสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการได้ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนองค์ความรู้ในการทำงานที่เป็นระบบและครบวงจร กล่าวคือ มีการวางแผน หรือมีโครงการ/แผนงาน ลงมือทำ ประเมินผล และปรับปรุงงาน โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินผลตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้เกิดโครงการป้องกันโรคเอดส์ในพื้นที่ตามมา

**ขั้นลงมือทำ** เป็นการมีส่วนร่วมของนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ระดับปฏิบัติ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อลงมือทำตามแผนที่กำหนดจากขั้นตอนการวางแผน โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการได้ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนหลาย ๆ ประเด็น เช่น ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โดยเชิญวิทยากรจากภายนอกพื้นที่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานเอดส์ และวิทยากรที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ตลอดจนเล่าผลกระทบของโรคเอดส์ นอกจากนี้ยังสอดแทรกเทคนิคของการเป็นผู้นำและสร้างความมั่นใจในการทำงานรณรงค์เพื่อป้องกันเอดส์ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข โดยเน้นการให้ปลอดภัยตั้งแต่ตัวเอง บุคคลในครอบครัว และชุมชน

**ขั้นประเมินผล** เป็นการมีส่วนร่วมของนักวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสะท้อนคิดปัญหาและอุปสรรค การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหา โดยขั้นตอนนี้ทำต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการดำเนินงาน ผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการได้ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนองค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินผล เริ่มตั้งแต่การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การบันทึกผลและการแสดงผลตามลำดับ ตัวอย่างเช่น การสร้างแบบทดสอบวัดความรู้เรื่องโรคเอดส์ หรือแบบสอบถามเกี่ยวกับความตระหนักในการป้องกันเอดส์ เมื่อกลุ่มเป้าหมายต้องการทำกิจกรรมรณรงค์ป้องกันเอดส์ในพื้นที่ นอกจากนี้นักวิจัยได้จัดให้กลุ่มเป้าหมายมีเวทีการนำเสนอผลการดำเนินงานป้องกันเอดส์อย่างเป็นระบบและครบวงจร เพื่อได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาของโครงการ ทั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในพื้นที่สำหรับการทำงานป้องกันเอดส์ในอนาคตอย่างต่อเนื่องต่อไป

3. ผลผลิตจากการพัฒนาศักยภาพชุมชนระดับตำบลแบบยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา ปรากฏว่า มีแผนงาน/โครงการเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์เกิดขึ้นครบทั้ง 5 ตำบลในอำเภอที่เป็นพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้ แต่มี 3 ตำบลที่ได้ลงมือทำและประเมินผล โดย**ตำบลที่ 1** ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก **ตำบลที่ 2** ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภายใน และ**ตำบลที่ 3** ได้รับการสนับสนุนในการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันเอดส์จากนักวิจัย ตามลำดับ ส่วนที่เหลือ 2 ตำบล จะนำแผนงาน/โครงการไปลงมือทำในปีต่อไป

อนึ่งมีผลผลิตที่เป็นการเรียนรู้เกิดขึ้นในครั้งนี้อีกด้วย นั่นคือการเรียนรู้ที่เกิดจากการลงมือทำจริงและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย เช่น เรียนรู้การเลือกเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเข้าไปพูดคุยกับเพื่อนบ้านเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ และเรียนรู้เทคนิคการพูดคุยกับวัยรุ่นเรื่องเพศสัมพันธ์ เป็นต้น