

การสนทนากลุ่ม
(Focus Group Interview)

สารบัญ

I	บทสรุป	1
II	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	2
III	วัตถุประสงค์	4
IV	ระเบียบวิธีวิจัย	5
V	ผลการศึกษา	5
	- ความรุนแรงของปัญหาในผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับเอดส์	5
	- ผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ต่อผู้สูงอายุ	6
	- ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบ	8
	- บริการที่ได้จัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์	8
	- ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์	9
	- ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์	10
	- ข้อเสนอเกี่ยวกับแนวทางพัฒนาหรือปรับปรุงระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์	12
	- การสนับสนุนการทำงานของฝ่ายต่างๆในการพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์	13
VI	เอกสารอ้างอิง	14
VII	ภาคผนวก	16
	- แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม	16
	- ทีมผู้นำการสนทนากลุ่ม	16

I บทสรุป

ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่อผู้สูงอายุครั้งนี้ ได้มาโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มจำนวน 22 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างทั้งที่มาจากผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้อ/ได้รับผลกระทบ รวมทั้งบุคลากรจากองค์กรรัฐและองค์กรเอกชนในเขตอำเภอเมือง อำเภอดอยสะเก็ด กิ่งอำเภอดอยหล่อ และกิ่งอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 223 คน

คำถามที่ใช้ในการสนทนาเป็นคำถามเกี่ยวกับผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ต่อผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ปัญหาและความต้องการของคนกลุ่มดังกล่าว บริการที่มีอยู่และการเข้าถึงบริการเหล่านั้น ทศนคติของชุมชนรวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพที่มีต่อผู้ติดเชื้อ และผลกระทบที่มีต่อชีวิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ รวมทั้งขอข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายในการลดจำนวนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ และแนวทางในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุทั้งที่ได้รับผลกระทบและผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ

การสนทนากลุ่มเริ่มจากการระบุจำนวนที่แน่นอนของผู้สูงอายุทั้งที่ได้รับผลกระทบและผู้ติดเชื้อใน 4 อำเภอลงในแต่ละกลุ่ม ซึ่งเป็นการยากที่จะระบุจำนวนที่แท้จริงได้ด้วยเหตุผลหลายประการ ได้แก่ ความเข้าใจในความหมายของคำว่า “ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์” แตกต่างกัน การไม่ยอมรับว่าตนเองมีการติดเชื้อ ขาดข้อมูลทางสถิติที่ถูกต้องของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ นอกจากนี้โรคเอดส์ในผู้สูงอายุยังอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยอื่นๆ

โรคเอชไอวี/เอดส์ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลายด้าน ได้แก่ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม รวมไปถึงด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งผลกระทบในแต่ละด้านยังมีความรุนแรงหลายระดับขึ้นกับสภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนของผู้สูงอายุเหล่านั้น

สำหรับความต้องการของกลุ่มพบว่าความต้องการที่มากที่สุดคือความต้องการด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลสุขภาพและการศึกษาสำหรับหลานกำพร้า ต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ ต้องการการสนับสนุนด้านสังคมและอารมณ์จากครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง และจากชุมชน

การสนทนายังรวมไปถึงบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันซึ่งพบว่ามีจำนวนน้อยมากและไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการก็คือทัศนคติและการเลือกให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพ ทัศนคติของคนในชุมชนก็มีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมและทางศาสนาได้อย่างเต็มที่

ถึงแม้ในปัจจุบันพบว่าทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ได้เปลี่ยนไปและได้รับการยอมรับมากขึ้น แต่ในบางพื้นที่ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ยังถูกกีดกันทางสังคมและได้รับการเลือกปฏิบัติ

แม้ว่าทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอดส์จะเป็นไปในทางบวกมากขึ้นและในหลายพื้นที่ได้มีการร่วมมือกันในการให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคนี้ แต่ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มยังพบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่ได้รับผลกระทบจากโรคเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้ให้ความสนใจในปัญหาโรคเอดส์และยังเชื่อว่าไม่ใช่ปัญหาที่จะสามารถส่งผลกระทบต่อตนเองได้

ข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่มครั้งนี้ได้แก่: การพัฒนาการดูแลและระบบบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุทั้งที่ได้รับความกระทบและที่ติดเชื้อมุ่งถึงการเข้าถึงบริการดังกล่าว การเพิ่มเครือข่ายระหว่างองค์กรที่สนใจและที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนเรื่องการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การเพิ่มการสนับสนุนและงบประมาณจากทางรัฐบาล การให้การศึกษากับโรคเอชไอวี/เอดส์ การสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอชไอวี/เอดส์รวมทั้งผลกระทบของโรคเพิ่มมากขึ้น

สำหรับข้อเสนอแนะทางด้านนโยบายได้แก่ การรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอชไอวี/เอดส์ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในทางปฏิบัติให้ชัดเจนทั้งในระดับรัฐบาลและระดับชุมชน ในอนาคตควรมีการร่วมมือกันทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน นอกจากนั้นรัฐบาลควรเพิ่มงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการที่ยั่งยืนในระดับหมู่บ้าน

II ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศไทยเผชิญความท้าทายที่ต้องการการพัฒนาใน 2 ประเด็น คือ การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุและการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเป็นผลสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวที่ทำให้อัตราการเกิดลดลง รวมทั้งการลดอัตราจากการพัฒนาสาธารณสุขและเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาล จากสถิติในปี พ.ศ. 2546 (1 มกราคม) มีประชากรผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (62.8 ล้านคน) (Mahidol Population Gazette, 2003) มีการคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นจังหวัดใหญ่ที่สุดในเขตภาคเหนือของประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก พบว่าในปี พ.ศ. 2544 มีผู้สูงอายุร้อยละ 12.7 ของประชากรทั้งหมด (Chiang Mai Public Health Office, 2001) การเพิ่มของของจำนวนผู้สูงอายุได้รับความสนใจจากรัฐบาลที่จะพยายามให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสุขภาพและพึ่งตนเองได้ ไม่เกิดภาระ และที่สำคัญผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเปี่ยมด้วยประสบการณ์ สามารถรังสรรค์งานที่มีคุณค่าต่อสังคม

สำหรับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้น ประเทศไทยได้ผ่านประสบการณ์ของการระบาดของ การติดเชื้อดังกล่าว ในปัจจุบันประสบปัญหาการระบาดในระดับรุนแรงปานกลาง จากสถิติในปี พ.ศ. 2527-2542 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ 178,499 ราย และตาย 32,935 ราย (Division of Epidemiology, 1999) ในปี พ.ศ. 2546 คาดประมาณว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 570,000 ราย เป็นผู้ใหญ่ 560,000 รายที่เหลือเป็นเด็ก และมีจำนวน 5,800 ราย ที่เสียชีวิตจากเอดส์

(<http://www.avert.org/aidthai.htm>) มีการคาดประมาณว่า สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2548 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1.8 ล้านคน และมากกว่า 800,000 คน จะเสียชีวิตจากเอดส์ (NESDR Working Group on HIV/AIDS Projection, 1994)

ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย เป็นพื้นที่ที่มีการติดเชื้อสูงและยังคง มีการติดเชื้อสูงสุดพบว่าร้อยละ 40 ของการรายงานผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยอยู่ในภาคเหนือ โดยเฉพาะเขต 6 จังหวัดภาคเหนือ คือ เชียงราย ลำปาง เชียงใหม่ พะเยา ลำพูนและน่าน (Division of Epidemiology, 2005) จากรายงานของโสภณ แห่งเพชร (2539) ในเขตภาคเหนือจะเป็นพื้นที่ที่มีหญิงบริการทางเพศที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจน การศึกษาน้อย และในหญิงกลุ่มนี้ ขณะที่แหล่งของรายได้อาจได้ครบถ้วน (Muecke, 1989) แต่ก็เป็นแหล่งที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากเป็นแหล่งที่ชายไทยเข้าถึงได้ง่าย และไม่มี การต่อต้านทางสังคมในการเข้าถึงแหล่งบริการทางเพศ

ในระดับจังหวัด เชียงใหม่เป็นศูนย์กลางของวิทยาการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ป่วยเอดส์รายแรกในเชียงใหม่ถูกรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2531 มีการระบาดสูงสุดในปี พ.ศ. 2537 จากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลง ตามลำดับ การติดเชื้อจะพบมากในกลุ่มที่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีศัภษาสูง ในช่วงวัย 20-44 ปี ในเชียงใหม่มีผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ 1,822 ราย ในปี พ.ศ. 2542, 1,228 ราย ในปี พ.ศ. 2543, 1,084 ราย ในปี พ.ศ. 2544, 846 รายในปี พ.ศ. 2545, 883 ราย ในปี พ.ศ. 2546 และ 248 ราย ในปี พ.ศ. 2547 ในปี พ.ศ. 2545 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ในเชียงใหม่มี 311 ราย และ 872 รายตามลำดับ และจำนวนนี้ลดลงเป็น 102 และ 349 ราย ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2547 (Chiang Mai Public Health Office, 2005) การลดจำนวนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เชื่อว่าเป็นผลมาจากความพยายามอย่างหนักของหน่วยงาน องค์กรต่างๆ รัฐบาลไทย และความร่วมมือจากหน่วยงานพันธมิตรอื่นๆ โปรแกรมการควบคุมเอชไอวี สามารถลดจำนวนการไปเที่ยวหญิงอาชีพพิเศษ อย่างน้อยครั้งหนึ่ง เพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย ลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ อย่างมีนัยสำคัญ (World Bank, 2000) ในช่วงปี พ.ศ. 2531-2544 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ 18,400 ราย เป็นชาย 13,134 ราย (17.4%) และเป็นหญิง 5,266 ราย (28.6%) และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-45 ปี การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะถูกมองว่าเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อกลุ่มวัยเจริญพันธุ์และบุตรมากที่สุด อย่างไรก็ตามการติดเชื้อดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบทางตรงเกิดเมื่อผู้สูงอายุติดเชื้อ ในขณะที่ผลกระทบทางอ้อม เกิดจากการติดเชื้อของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรหลานของผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ในประเทศไทยและประเทศที่กำลังพัฒนาอื่นๆ ผู้สูงอายุจะทำหน้าที่ดูแลจัดการกับบุตรที่ติดเชื้อมากกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกลุ่มประเทศตะวันตก (Knodel, Vanlandingham, Saengtienchi, & Im-em, 2001) มีรายงานว่าในประเทศไทย ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเอดส์ ก่อนตายได้รับการดูแลจากบิดามารดาที่มีอายุ

ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือญาติที่สูงวัย (Knodel et al., 2001) การมีส่วนร่วมในการดูแลดังกล่าว อาจเนื่องจากความขาดแคลนในระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นทางการ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อ รวมทั้งโครงสร้างครอบครัว ลักษณะครอบครัวขยายที่มีสมาชิก 3 รุ่น : ปู่ย่าตายาย บิดามารดาที่ติดเชื้อ และหลาน อาศัยอยู่ร่วมกัน ยังคงเป็นลักษณะเด่นในสังคมไทย โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบท ในครอบครัวขยายเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วย จะได้รับการดูแลจากสมาชิกคนอื่น โดยเฉพาะจากบิดามารดา (กรณีเป็นโสด) หรือ คู่สมรส (กรณีแต่งงาน) ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต่อผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผลกระทบดังกล่าว ได้แก่ การดูแล การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การเลี้ยงดูหลานที่ กำพร้า ความเครียด การขาดการประคับประคอง ในช่วงสูงวัย ผลกระทบเหล่านี้เมื่อเกิดในช่วงสูงวัยที่เป็นวัยเสื่อมถอย สูญเสียศักยภาพทั้งทางกายภาพจิตใจและเศรษฐกิจ จึงก่อให้เกิดปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อย

ในประเทศไทย การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง ที่สำคัญผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ต้องให้การดูแลบุตรที่เจ็บป่วยควรได้รับความสนใจ การคงไว้ซึ่งศักยภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องให้คุณค่าผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิต และลดผลกระทบต่อผู้สูงอายุให้น้อยที่สุด การวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องลดผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นักวางแผนจะต้องมีข้อมูลเพียงพอ โดยเฉพาะจะต้องชัดเจนในผลกระทบจากการติดเชื้อต่อผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในผู้สูงอายุ ความรู้ในการป้องกันเอดส์และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่

III วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มุ่งที่จะศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ ต่อผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ปัญหาและความต้องการของผู้ได้รับผลกระทบ และบริการที่มีอยู่ รวมทั้งการเข้าถึงบริการเหล่านั้น โดยมีประเด็นคำถามการวิจัยดังนี้

1. ผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ ต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์มีอะไรบ้าง
3. บริการที่มีสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อหรือได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์มีอะไรบ้าง การเข้าถึงบริการเหล่านั้นเป็นอย่างไร

IV ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การสนทนากลุ่มและการบันทึกเทปการสนทนาในการรวบรวมข้อมูล เพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องเกี่ยวกับผลกระทบของโรคเชชไอวี/เอดส์ที่มีต่อผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการ รวมทั้งบริการที่มีอยู่ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนาตามประเภทของผู้ให้ข้อมูล ออกเป็น 22 กลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลมาจาก 4 อำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ กิ่งอำเภอดอยหล่อ อำเภอเมือง อำเภอดอยสะเก็ด และกิ่งอำเภอแม่ออน โดยเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อ 5 กลุ่ม จำนวน 70 คน กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบ 5 กลุ่ม จำนวน 32 คน กลุ่มองค์กรชุมชนและเอกชน 8 กลุ่ม จำนวน 84 คน และกลุ่มบุคลากรและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ 4 กลุ่ม จำนวน 37 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 223 คน

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาถอดความและเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม หลังจากนั้นเนื้อหาทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์และสรุปลงในแต่ละหัวข้อ

V ผลการศึกษา

1. ความรุนแรงของปัญหาในผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับเอดส์

จากคำถามในการสนทนาเกี่ยวกับจำนวนของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบในแต่ละพื้นที่ พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมไม่สามารถระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเชชไอวี/เอดส์ในแต่ละตำบลได้แน่นอน ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มมีความเห็นตรงกันว่า เป็นการยากที่จะบอกจำนวนที่แท้จริงของจำนวนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเชชไอวี/เอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เนื่องจากไม่มีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ แม้แต่ในส่วนหนึ่งของระบบการดูแลในโรงพยาบาลหรือสถานเอดส์ ตลอดจนข้อมูลของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เกือบทุกฝ่ายจะนับจำนวนรวมของผู้ติดเชื้อทุกกลุ่มอายุที่มีอยู่ในพื้นที่ และมีการให้ข้อมูลตรงกันว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อมีเพียงจำนวนน้อย แต่ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจะมีจำนวนค่อนข้างมาก ทั้งนี้ จะขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดที่มีอยู่ในพื้นที่ด้วย นอกจากนี้การที่ไม่สามารถ การระบุจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบได้แน่นอน อาจเนื่องมาจากการปกปิดสภาพการติดเชื้อ ด้วยเหตุผลหลาย ๆ อย่าง ซึ่ง การที่ผู้ติดเชื้อไม่เปิดเผยตัวทำให้ผู้ดูแลฝ่ายต่าง ๆ ไม่สามารถเข้าถึงเพื่อติดต่อหรือให้การดูแลได้อย่างเปิดเผย แต่จากการให้ข้อมูลของทุกกลุ่มมักตรงกันว่า ยังมีผู้ที่ไม่เปิดเผยตัวอยู่อีกจำนวนมาก นอกจากนี้เนื่องจาก ผู้ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มมักให้ข้อมูลได้เฉพาะในหมู่บ้านของตนเท่านั้น จำนวนที่ได้มาส่วนหนึ่งไม่ได้ระบุว่าเป็นจำนวนผู้ติดเชื้อในระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล หรือระดับอำเภอ ประกอบกับ เป็นการยากที่จะได้จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบเนื่องจากมีความแตกต่างกันในการให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ กล่าวคือ บางหน่วยงานหรือบางกลุ่มจะนับเฉพาะผู้สูงอายุที่มีผู้ติดเชื้ออยู่ในครอบครัว บางกลุ่มจะนับรวมถึงผู้สูงอายุที่ลูกหลานที่ติดเชื้อเอดส์ได้เสียชีวิตไปแล้ว แต่ยังเผชิญปัญหาที่หลงเหลือ เช่น ต้อง

เลี้ยงหลานกำพัว การต้องอยู่ตามลำพังไม่มีลูกหลานดูแล และไม่มีใครติดตามเยี่ยมเยียนแล้ว ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าวมาเพื่อให้สามารถกำหนดจำนวนผู้สูงอายุที่ติดเชื่อและผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบได้อย่างถูกต้องแม่นยำขึ้น

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่ได้รับจากการสนทนากลุ่ม ทำให้สามารถประมาณจำนวนผู้ติดเชื่อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ขั้นต่ำในแต่ละพื้นที่ ดังนี้

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1) อำเภอเมือง | ไม่สามารถบอกจำนวนได้ |
| 2) อำเภอดอยสะเก็ด | มีจำนวน มากกว่า 200 คน |
| 3) กิ่งอำเภอดอยหล่อ | มีจำนวน มากกว่า 300 คน |
| 4) กิ่งอำเภอแม่ออน | มีจำนวนมากกว่า 100 คน |

2. ผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ต่อผู้สูงอายุ

จากการสนทนากลุ่มในประเด็นผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ต่อผู้สูงอายุ พบว่าผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นด้วยตรงกันว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรติดเชื่อจะเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับบุตรและบิดามารดา เหล่านี้จะได้รับความทุกข์ยากจากการรับบทบาทผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากบางรายต้องดูแลบุตรที่ป่วยโดยลำพังหรือมีการช่วยเหลือสนับสนุน จากบุคคลอื่นเพียงเล็กน้อย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้กล่าวถึงผลกระทบแต่ละด้านดังนี้

2.1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เป็นผลกระทบที่กลุ่มให้ความสำคัญอย่างมาก ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุที่สำคัญคือ การขาดรายได้ ซึ่งเป็นผลจากบุตรซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หารายได้หลักเกิดความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถทำงานหารายได้แก่ครอบครัวหรือทำได้น้อยลง ผู้สูงอายุจะขาดรายได้ที่เคยได้รับจากบุตร นอกจากนี้ จากการต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรที่ป่วย ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยทำงานหารายได้ด้วยตนเอง ต้องหยุดทำงานหารายได้ ประกอบกับผู้สูงอายุมักประสบปัญหาไม่มีผู้จ้างงาน ซึ่งอาจเนื่องจากนายจ้างเห็นว่าผู้สูงอายุไม่แข็งแรงพอ ทำงานได้ไม่เต็มที่เมื่อเทียบกับคนหนุ่มสาว รวมทั้งความเชื่อในสังคมไทยที่ว่าไม่ควรให้ผู้สูงอายุต้องทำงานอีก ผู้สูงอายุควรพักแล้ว เหล่านี้ทำให้รายได้ของผู้สูงอายุลดลง (2) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การป่วยของบุตรทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลบุตรเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะในรายที่ต้องได้ยาต้านไวรัสซึ่งค่อนข้างแพง (3) การมีหนี้สิน จากการที่ผู้สูงอายุขาดรายได้ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลบุตร ทำให้ผู้สูงอายุที่ยากจน จำเป็นต้องกู้ยืมเงินและมีหนี้สินเกิดขึ้นได้

2.2 ผลกระทบด้านสุขภาพ

ผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ จากภาวะการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย ร่วมกับความเสี่ยงสุขภาพของร่างกายจากการสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย และอ่อนแอลง ซึ่งทำให้

ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสโรค หรือเชื้อเอชไอวีเอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการสัมผัสโรค ขณะดูแลบุตรโดยเฉพาะในรายที่ขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค นอกจากนี้การไม่มีเวลาดูแลตนเอง มีผลทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุเหล่านี้เสื่อมลงได้

2.3 ผลกระทบทางด้านอารมณ์

ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่าง ๆ เช่น ความยากลำบากจากการดูแลบุตร ปัญหาเศรษฐกิจ การถูกกีดกันทางสังคม การขาดการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญหน้ากับความตายของบุตร และการสูญเสียบุตร สถานการณ์เหล่านี้ล้วนแล้วแต่นำไปสู่ ความตึงเครียด ความวิตกกังวล ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และซึมเศร้า

ผู้สูงอายุมักได้รับผลกระทบจาก ทศนคติทางลบของชุมชน ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนคนอื่น หรือรู้สึกไม่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ลึกลับ ผู้สูงอายุบางราย จะรู้สึกกลัวต่อความตายของตนเอง หรือความตายของบุตร และกลัวสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต ผู้สูงอายุเหล่านี้มักขาดการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในชุมชนที่ยังมีการกีดกันทางสังคม และนิทาผู้ที่ติดเชื้ออยู่ ความรู้สึกลึกลับ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มองอนาคตของตนอย่างมืดมน

2.4 ผลกระทบทางสังคม

ภายหลังการติดเชื้อของตนเอง หรือของบุตรหลาน ผู้สูงอายุมักขาดการปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน เนื่องจากต้องมีการระในการดูแลบุตร ทำให้มีเวลาช่วยกิจกรรมสังคมน้อย ส่วนหนึ่งผู้สูงอายุจะเก็บตัว หรือแยกตัวจากสังคม เนื่องจากกลัวสภาพการถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้าน ในระยะแรกของภาวะระบาดของโรค ปัญหาการตีตราจากสังคมค่อนข้างรุนแรง ผู้ติดเชื้อและครอบครัว จะถูกกีดกันทางสังคม แม้ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่ง ยังคงต้องการปกป้องสภาพการติดเชื้อของครอบครัว โดยการแยกตัวไม่สูงถึงกับผู้อื่น ซึ่งไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด การมีกิจกรรมทางสังคมลดลงจะทำให้ผู้สูงอายุขาดการสังสรรค์กับผู้อื่น มีโอกาสเข้าวัดทำบุญน้อยลง ซึ่งส่งผลทำให้ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนที่พึงได้รับจากชุมชนและขาดเครือข่ายทางสังคมได้

2.5 ผลกระทบทางจิตวิญญาณ

ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบมักรู้สึกขาดความสงบสุขในชีวิต เนื่องจากต้องประสบสถานการณ์ที่ก่อความเครียดต่าง ๆ ต้องยุ่งกับเรื่องราวของครอบครัวต่าง ๆ จนไม่มีเวลาหาความสงบด้านจิตใจ นอกจากนี้การที่บุตรเสียชีวิตทำให้ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกว่าตนเองขาดผู้ที่จะทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้เหมือนคนอื่น ๆ หากตนเองเสียชีวิตลง

3. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบ

จากการสนทนากลุ่มพบว่าปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบมีหลากหลาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นและความต้องการการสนับสนุนจะต่างกันขึ้นกับสถานการณ์ส่วนบุคคล และสภาพครอบครัวของแต่ละคนปัญหาและความต้องการที่พบมีดังต่อไปนี้

3.1 ความต้องการการสนับสนุนด้านการเงิน

เป็นความต้องการที่กล่าวถึงมากที่สุดโดยต้องการเงินเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ใช้จ่ายในการเลี้ยงดูและการศึกษาของบุตรหลาน การรักษาดูแลสุขภาพที่ติดเชื้อ (แม้จะได้รับการช่วยเหลือแล้วบ้างแต่ยังไม่เพียงพอ) และการลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ หายรายได้

นอกจากนี้ยังต้องการเงินเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเอง เช่น ซื้ออาหารเสริม จัดหาอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย ซื้อเวชภัณฑ์ เช่น ชุดทำแผล ยารักษาโรคประจำบ้าน และบริการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข

3.2 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร

ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ การดูแลสุขภาพตนเอง แหล่งประโยชน์สวัสดิการการสนับสนุน และข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่พึงมีพึงได้

3.3 การสนับสนุนทางสังคม

ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบต้องการความเข้าใจและการยอมรับจากผู้คนในสังคม การได้รับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ และการให้กำลังใจจากญาติมิตร เพื่อนบ้าน

4. บริการที่ได้จัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี

4.1 บริการจากภาครัฐ

- 4.1.1 การรักษาดูแลขั้นพื้นฐานในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
- 4.1.2 บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- 4.1.3 การอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลและสถานเอนามัยจัดให้กับชมรมผู้สูงอายุ
- 4.1.4 บริการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 4.1.5 ทุนสนับสนุนอาชีพ จากสังคมสงเคราะห์
- 4.1.6 การช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดย งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

4.2 บริการจากภาคเอกชน

มีรายงานจากผู้เข้าร่วมสนทนาว่า ปัจจุบันยังมีองค์กรเอกชนบางแห่งที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ เช่น องค์กรเกือตอรณ องค์กร แคร่ องค์กรศุภนิมิตร และพันธกิจเอดส์แห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

4.2.1 ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ บางชุมชนได้รับความช่วยเหลือในลักษณะของทุนการศึกษาบุตรหลาน ทุนสนับสนุนอาชีพ ค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดก่อนการรับยาต้านไวรัส เป็นต้น

4.2.2 ความช่วยด้านข้าวของเครื่องใช้ เสื้อผ้า อาหารแห้ง

4.3 บริการจากองค์กรชุมชน

4.3.1 การสนับสนุนจากชมรมผู้สูงอายุ ในการเข้าร่วมกิจกรรม การสนับสนุนกำลังใจ การได้เพื่อน และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

4.3.2 การสนับสนุนจากกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มหมอเมืองและหมอสมนไพร ในการสนับสนุน ช่วยเหลือดูแลเมื่อมีความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประกอบพิธีศพหรือพิธีกรรมทางศาสนาอื่น ๆ

4.4 การช่วยเหลือจากกลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่

4.4.1 มีการเยี่ยมเยียนที่บ้าน ช่วยแนะนำ ดูแลผู้ติดเชื้อที่เจ็บป่วย และการสนับสนุนให้กำลังใจ

4.4.2 การประสานแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ตามสิทธิที่พึงได้ เช่น การรับเบี้ยยังชีพ การรับเงินสงเคราะห์จากแหล่งต่าง ๆ การขอรับทุนการศึกษาให้กับบุตรหลานของผู้ติดเชื้อ

4.4.3 การดูแลสุขภาพ เช่น แนะนำการใช้ยาต้านไวรัส ยาป้องกันวัณโรค และการดูแลอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ

4.4.4 การอบรมฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ ที่จัดโดยของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ร่วมกับองค์กรเอกชนพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

5. ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

5.1 ทักษะคติของผู้ให้บริการ

มีการแบ่งแยก และเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ติดเชื้อเอดส์

5.2 ทักษะคติของผู้คนในสังคม

มีการรังเกียจผู้ติดเชื้อ มีการนินทา การแบ่งแยกผู้ติดเชื้อออกจากคนทั่วไป เช่น การไม่จ้างผู้ติดเชื้อทำงานทั้ง ๆ ที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง

5.3 จากการกลัวการรังเกียจและกีดกันจากผู้คนในสังคม

ทำให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีแนวโน้มที่จะปกปิดสภาพการติดเชื้อ (ซึ่งส่วนมากชาวบ้านทั่วไปก็มักจะทราบ เพียงแต่ไม่มีการพูดคุยและแสดงออกอย่างเปิดเผย) มีผลกระทบ คือ ทำให้ไม่กล้าไปรับบริการ ตรวจเลือด และรับการรักษาย่างเหมาะสม ทำให้ขาดโอกาสในการรับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งยาต้านไวรัส

5.4 ความไม่เพียงพอของงบประมาณสนับสนุน

ทำให้บริการต่าง ๆ ไม่ทั่วถึง และไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ รวมถึงผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วไปด้วย

5.5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรวมถึงผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้สูงอายุ

ทำให้ไม่สามารถประเมินความต้องการและปัญหา และให้การดูแลที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ยังมีผู้รายงานว่า ผู้ทำงานในส่วนนี้ยังขาดทักษะในการติดต่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งต้องคำนึงถึงปัจจัยที่อาจแตกต่างกันไปจากการดูแลบุคคลในวัยอื่น เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ การแสดงออกถึงความยอมรับนับถือผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการจูงใจให้ผู้สูงอายุมาใช้บริการต่าง ๆ ได้

5.6 ผู้สูงอายุขาดข้อมูลความรู้

ผู้สูงอายุขาดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และขาดทักษะในการติดต่อขอรับบริการ

6. ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

6.1 ผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและสถานีนอมาัย

ในปัจจุบันผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงกับงานบริการผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติที่ดี สามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพขึ้นมาก มีการยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น แต่ยังมีโรงพยาบาลบางแห่งที่ยังมีการปฏิบัติในลักษณะแบ่งแยกผู้ติดเชื้อ กล่าวคือ มีการแยกผู้ป่วยที่เป็นผู้ติดเชื้อไว้รวมกันในห้องหนึ่งเฉพาะ ด้วยเหตุผลว่าเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ติดเชื้อจะมีความเห็นไม่ค่อยตรงกันในแง่ที่ว่า การแยกผู้ป่วยนั้นบางครั้งดูเหมือนไม่ได้คำนึงว่าขณะนั้นผู้ติดเชื้อมีโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือไม่ แต่ถูกแยกไปรวมกันเพราะมีผลเลือดเอชไอวีบวกเท่านั้น

6.2 ทักษะของกลุ่มองค์กรชุมชน

พบรายงานที่ตรงกันว่า องค์กรเอกชนจะมีทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อค่อนข้างดีมาตลอด เป็นกลุ่มที่เป็นแกนนำในการรณรงค์ให้เกิดการยอมรับผู้ติดเชื้อในสังคม และเป็นพี่เลี้ยงให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วย สำหรับกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนนั้น พบว่ามีการยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น แต่ยังพบปัญหาการเลือกปฏิบัติอยู่บ้าง เช่น การไม่ยอมรับให้ผู้ติดเชื้อเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนบางอย่าง โดยเฉพาะการร่วมประกอบอาหารในงานเลี้ยง งานบุญต่าง ๆ ของหมู่บ้าน

6.3 ทักษะของผู้คนในชุมชน

เพื่อนบ้าน มีรายงานว่า ปัจจุบันมีการยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น ไม่ค่อยมีการแสดงการรังเกียจรุนแรง แต่ก็ยังพบอยู่บ้างเป็นส่วนน้อย มีพบว่าเป็นปัญหา คือ การไม่จ้างผู้ติดเชื้อทำงาน ซึ่งโดยปกติชาวบ้านจะมีการจ้างคนในหมู่บ้านไปทำงานในไร่นาและสวนเป็นรายวัน แต่เมื่อทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อจะเลิกจ้าง โดยให้เหตุผลว่ากลัวจะมีการเจ็บป่วย ซึ่งประเด็นดังกล่าวจะทวีความรุนแรงขึ้นในการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ เนื่องจากการใช้ยาต้านไวรัสทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น แต่การไม่มีงานทำถือเป็นปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้ ทั้งนี้ เนื่องจากปัญหาด้านทัศนคติของคนในสังคม

นอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มสถานการณ์เกี่ยวกับการยอมรับผู้ติดเชื้อในรูปแบบใหม่ กล่าวคือ มีกลุ่มผู้ติดเชื้อรายงานว่า ผู้คนในชุมชนมักจะมีการรังเกียจและไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อที่ปิดบังสภาพตนเอง บางรายแสดงอาการไม่พอใจถ้าจะมีใครพูดถึงการติดเชื้อของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวของตน (ซึ่งผู้คนในชุมชนเชื่อว่าติดเชื้อเอชไอวีโดยประเมินจากข้อมูลต่าง ๆ เช่น มีคูสมรสเสียชีวิตจากเอดส์ และมีอาการชัดเจน) สำหรับผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยสภาพมักจะอยู่ร่วมกับชุมชนได้ตามปกติ สามารถพูดคุยและดำเนินชีวิตตามปกติได้

6.4 ทักษะของผู้ติดเชื้อ

เกือบทั้งหมดแสดงถึงทัศนคติที่ดี และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ มีมุมมองว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยสภาพของตนเองมักเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ทำให้กลัวการรังเกียจ ไม่กล้าใช้ชีวิตตามปกติ และไม่เปิดโอกาสตนเองให้มีการเรียนรู้ร่วมกับกลุ่ม ในขณะที่บางคนให้มุมมองว่า ที่มีผู้ติดเชื้อปกปิดสภาพแสดงถึงสภาพของชุมชนนั้นว่า ยังมีปัญหาเรื่องการยอมรับผู้ติดเชื้อ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อกลัวการเปิดเผยสภาพ ซึ่งจะ ทำให้ถูกแบ่งแยกรังเกียจ

ผู้ติดเชื้อเกือบทั้งหมดที่ร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม มักมีทัศนคติและความรู้ที่ดีเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และยังมี ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสและยาต้านไวรัส จนสามารถเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้ ทั้งนี้ เนื่องจากกิจกรรมหลักของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อคือ การอบรมและให้ความรู้แก่สมาชิกเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับเอดส์ได้อย่างสร้างสรรค์และมีคุณภาพชีวิตสูงสุด

6.5 ทักษะของผู้สูงอายุ

จากรายงานของผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับทักษะของผู้สูงอายุทั่วไป พบว่ายังไม่ค่อยแสดงออกถึงความสนใจในประเด็นปัญหาเอดส์เท่ากับบุคคลในวัยอื่น ชุมชนผู้สูงอายุมักมีกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในทุกพื้นที่ คือ การรวมตัวกันออกกำลังกาย การประกอบพิธีทางศาสนา และการร่วมกิจกรรมสรวนรอมของหมู่บ้าน แต่ชุมชนผู้สูงอายุไม่ได้มีการเน้นการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ หรือการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์เท่าที่ควร

สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ หรือเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาร่วมให้ข้อมูล ส่วนใหญ่มีการแสดงออกถึงทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และมีแนวโน้มที่จะติดต่อและรวมกลุ่มกันออกไปเป็นทางการโดยผ่านการประสานของกลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่ มีการทำความรู้จักและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีบางคนเล่าว่า ได้มีการไปมาหาสู่กันเอง และช่วยเหลือกันเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหา

7. ข้อเสนอเกี่ยวกับแนวทางพัฒนาหรือปรับปรุงระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

7.1 ควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการบริการ โดยแบ่งเป็น

7.1.1 ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์

7.1.2 ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์

7.2 ควรสนับสนุนกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ ความเข้าใจในประเด็นเอดส์ เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์

7.3 ควรพัฒนาระบบบริการให้มีความบูรณาการมากกว่านี้ คือ สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ได้อย่างครบวงจร สามารถแก้ไขปัญหาอย่างรอบด้าน

7.4 ควรมีการพัฒนาระบบดูแลให้มีลักษณะเป็นเครือข่าย โดยมีความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทุกภาคี ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ในการจัดระบบบริการและแก้ไขปัญหาสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์

7.5 ระบบบริการที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพและการแก้ไขปัญหา

7.6 ระบบบริการที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม การสงเคราะห์ปัจจัยที่จำเป็นต่อการครองชีพและการดำรงชีวิตยังถือเป็นความจำเป็นในปัจจุบัน

8. การสนับสนุนการทำงานของฝ่ายต่าง ๆ ในการพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

8.1 สนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงาน

8.2 สนับสนุนเทคโนโลยีและความรู้

สนับสนุนเทคโนโลยีและความรู้ในการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เช่น สื่อต่าง ๆ ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเอดส์และการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

8.3 การสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ

การสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และฐานคิดเกี่ยวกับการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์

8.4 ควรมีการสนับสนุนด้านข้อมูล

ควรมีการสนับสนุนด้านข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ด้านในด้านขนาดและความรุนแรงของปัญหา ปัญหาและผลกระทบที่ผู้สูงอายุได้รับจากเอดส์ และ ระบบสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ที่สามารถเข้าถึงได้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการวางระบบการดูแลสำหรับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

8.5 พัฒนาศักยภาพของผู้ทำงาน

พัฒนาศักยภาพของผู้ทำงานในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ทั้งในด้าน การส่งเสริมอาชีพ การส่งเสริมทักษะการปรับตัว และการดูแลตนเอง การประสานความร่วมมือกับเครือข่าย เป็นต้น

VI เอกสารอ้างอิง

- Chiang Mai Public Health Office. (2005). *Document for public health task force monitoring: during January, 19-21, 2005*. Chiang Mai: Chiang Mai Public Health Office.
- Division of Epidemiology. (1999). *HIV/AIDS situation in Thailand, 1984-1999*. Bangkok.
- Division of Epidemiology. (2005). *HIV/AIDS situation in Thailand, 1999-2005*. Bangkok.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2003). *Mahidol Population Gazette. Vol.(1) January, 2003*.
- Kanabus, A. & Fredriksson, J. (2005). The history of the HIV/AIDS epidemic in Thailand. *Information about HIV/AIDS in Thailand: Cross the history, present situation and future challenges of HIV/AIDS*. Retrieved July 26, 2005, from <http://www.avert.org/aidsthai.html>
- Knodel, J., Vanlandingham, M., Saengtienchai, C. & Im-em, W. (2001). Older people and AIDS: Quantitative evidence of the impact in Thailand. *Social Science & Medicine*, 52(9): 1313-1327.
- Knodel, J., Saengtienchai, C., Im-em, W., & Vanlandingham, M. (2001). "The impact of AIDS on parents and families in Thailand: A key informant approach." *Research on Aging*, 23(6): 633-670.
- Muecke, M.A. (1989). "Mother sold food, daughter sells her body: Cultural continuity in the Thai context of progress." Paper presented at the annual meeting of the American anthropological association, Phoenix, Arizona.
- National, Economic and Social Development Board (NESDB) working group on HIV/AIDS projections. (1994). "Projections for HIV/AIDS in Thailand 1987-2020." Bangkok.
- Saengtinchai, C. & Knodel, J. (2001). *Parents providing care to adult sons and daughters with HIV/AIDS in Thailand*. UNAIDS case study. Joint United nations Programme on HIV/AIDS.
- Thangphet, S. (1996). *Community Knowledge and Response to AIDS Epidemic: A Case Study of village in Sanpatong District, Chiang Mai Province, Thailand*. Working Paper: Chiang Mai, Northern Development Center.

UNAIDS. (1999). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva.

Vanlandingham, M., Knodel, J., Im-em, W. & Saengtienchai, C. (2000). The impact of HIV/AIDS on older persons in developing countries: some observations based on the Thai case. *Journal of Family Issues*, 1-16.

World Bank. (2000). *Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future*. Thailand social Monitor V, pp.10-11.

VII ภาคผนวก

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group interview)

โครงการเอชไอวี / เอดส์ และผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่

1. ผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างไร (จากความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ตอบ)
2. ความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบมีอะไรบ้าง / รู้สึกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบต้องการอะไร
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบแสดงความต้องการความช่วยเหลือแบบใดบ้าง (จากการพูดคุยและสอบถาม)
4. มีบริการอะไรบ้างทั้งในและนอกชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบ/ ใครเป็นผู้ให้บริการบ้าง / มีบริการหรือมีการให้การช่วยเหลืออย่างไรบ้าง
5. ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบเข้าถึงบริการมากน้อยเพียงไร (ได้รับการช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด) มีคนมารับบริการมากน้อยเพียงใด
6. มีปัญหาอุปสรรคอะไรที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการ
7. ผู้ที่ให้บริการในชุมชนขณะนี้มีความสามารถในการให้บริการหรือช่วยเหลือมากน้อยเพียงไร (Service and Needs) ผู้ที่ให้การช่วยเหลือช่วยได้มากน้อยเพียงใด
8. บริการที่ควรจัดให้ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวีเอดส์ควรมีอะไรบ้าง (รวมถึงการป้องกัน) ความเป็นไปได้ในการจัดบริการมีมากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด

ทีมผู้นำการสนทนากลุ่ม

1. รศ. ดร. ลินจง ไปธิบาล
2. ผศ. ดร. พิกุล นันทชัยพันธ์
3. รศ. ดร. ภาวดี นานาศิลป์
4. อ. ดร. นาดา ลัคคหทัย
5. อ. ดร. ทศนา ชูวรรณปกรณ
6. อ. วรวรรณ อุดมความสุข