

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชนตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบชิป (CIPP Model) มีการใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในประเด็น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการพัฒนาระบบในด้านต่างๆ ดังนี้

- 4.1 ด้านบริบท
- 4.2 ด้านปัจจัยนำเข้า
- 4.3 ด้านกระบวนการ
- 4.4 ด้านผลผลิตของการดำเนินงานในภาพรวม
- 4.5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงาน
- 4.6 การอภิปรายผล

4.1 ด้านบริบท (Context)

ผลการศึกษาจากการทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาทอง เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

4.1.1 สภาพทั่วไปของตำบลนาทอง

ตำบลนาทองตั้งอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอเชียงยืน ห่างจากอำเภอเชียงยืน 7 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดมหาสารคาม 54 กิโลเมตร มีอาณาเขตทิศเหนือติดกับตำบลทุ่งทองและตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน ทิศใต้ติดกับตำบลเขื่อน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ทิศตะวันออกติดกับตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน ทิศตะวันตกติดกับตำบลเหล่าบัวบาน อำเภอเชียงยืน สภาพทั่วไปเป็นที่ลุ่ม พื้นที่ร่วนอุ้มน้ำได้ดี มีระบบคลองชลประทานครอบคลุมทุกพื้นที่และมีน้ำตลอดปีสามารถทำนาได้ปีละ 2 ครั้ง และปลูกพืชหมุนเวียนตลอดปี โดยหลังเสร็จสิ้นฤดูทำนาจะเปลี่ยนมาปลูกพืชสวน โดยมีบริษัทมารับซื้อและจ้าง โดยพืชที่ปลูกได้แก่ แตงโม แคนตาลูป สก็อต (ลักษณะคล้ายฟักทองแต่ขนาดเล็กกว่า ผีเสื้อเป็ลือกสีเหลือง) นอกจากนี้ยังมีการปลูกพืชสวน

ครัวไว้จำหน่าย พืชที่ปลูกได้แก่ หน่อไม้ฝรั่ง ถั่วฝักยาว แตงกวา เป็นต้น บางส่วนประกอบอาชีพเลี้ยงสัตว์ เช่น โค กระบือ เป็ด ไก่ ฯลฯ และมีหนองน้ำชุมชนจำนวน 4 แห่ง ใช้ในการผลิตประปาชุมชน และเพื่อการอุปโภค บริโภค

การปกครองแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 หมู่บ้าน อยู่ในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลนาทอง มีสถานที่สำคัญได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สถานีอนามัย สถานีวิทยุชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 3 แห่ง สถานีตำรวจ (ตู่ยาม) จำนวน 2 แห่ง หอกระจายข่าวจำนวน 11 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานจำนวน 11 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษาจำนวน 3 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 1 แห่ง วัดจำนวน 6 แห่ง โรงงานแหวนจำนวน 1 แห่ง การสาธารณสุขในตำบลนาทองมีไฟฟ้าใช้ทุกหลังคาเรือน มีระบบประปาทุกหมู่บ้าน มีระบบเครือข่ายโทรศัพท์ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 6,282 คน เป็นเพศชายจำนวน 3,188 คน เพศหญิงจำนวน 3,094 คน จำนวนหลังคาเรือน 1,273 หลังคาเรือน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมู่บ้านละ 14-15 คน รวมทั้งสิ้น 184 คน ซึ่งแต่ละคนแบ่งพื้นที่รับผิดชอบประมาณคนละ 10-15 หลังคาเรือน ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา อาชีพเสริม ทำสวน เลี้ยงสัตว์ และค้าขาย หลังเสร็จสิ้นฤดูทำนาประชากรวัยแรงงานในบางหมู่บ้านจะไปประกอบอาชีพรับจ้างในพื้นที่ต่างจังหวัด เช่น ภาคใต้ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง ประชากรมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 30,000 บาทต่อคนต่อปี

ส่วนขนบธรรมเนียมประเพณีนั้น ประชาชนทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษเป็นต้นมา ถึงแม้ว่าจะมีการหลั่งไหลเข้ามาของวัฒนธรรมตะวันตกและมีเศรษฐกิจที่ดีขึ้น แต่รูปแบบวัฒนธรรมก็ยังคล้ายกับอดีตที่ผ่านมา เช่น เรื่องการทำบือบ้าน (เสาหลักบ้าน) ฝิปู่ตา ฝิโพน และการทำบุญตามประเพณีฮีตสิบสองซึ่งปัจจุบันที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่องคือบุญข้าวจี บุญผะเหวดหรือที่เรียกว่าบุญมหาชาติ บุญสงกรานต์หรือบุญสงน้ำ บุญบั้งไฟ บุญเข้าพรรษา บุญออกพรรษา บุญกฐิน และในบางประเพณีมีการทำร่วมกันในคราวเดียวกันคือบุญคูณลานหรือบุญกุ่มข้าวจะทำร่วมกันกับบุญซำชะหรือบุญเบิกบ้าน และบุญข้าวประดับดินหรือบุญห่อข้าวทำร่วมกับบุญข้าวสาก โดยมีศูนย์กลางการประกอบพิธีกรรมต่างๆ อยู่ที่วัดประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ประชาชนยังมีความเชื่อแบบดั้งเดิมในเรื่องหมอพื้นบ้าน เช่น หมอเป่า หมอน้ำมันดี หมอสูตร เฒ่าจ้ำ ซึ่งมีอยู่ในทุกหมู่บ้าน

4.1.2 ภาวะสุขภาพของประชาชน

จากการทบทวนเอกสารสรุปผลการดำเนินงานของสถานอนามัย พบว่า สาเหตุของการมารับบริการที่สถานีอนามัย 3 ปีซ้อนหลังที่พบมากที่สุด คือ โรคระบบหายใจ โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ โภชนาการและเมตาบอลิซึม และโรคระบบย่อยอาหารตามลำดับ ส่วนสาเหตุการตายที่พบ

มากที่สุดคือโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวานตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง 5 อันดับแรก ได้แก่ อุจจาระร่วง บิด อาหารเป็นพิษ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ และตาแดงตามลำดับ ซึ่งการดำเนินงานโครงการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการมีสารเคมีตกค้างในเลือดของสถานีนามัพบว่ามีกลุ่มเกษตรกรมีภาวะเสี่ยงสูงจากการใช้สารเคมี จึงได้มีการให้ความรู้ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง การคัดกรองภาวะเสี่ยงสุขภาพ รวมถึงโครงการที่ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลนาทองคือโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าในทุกโครงการมีประชาชนเข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนมาก แสดงให้เห็นว่าประชาชนตำบลนาทองมีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี ซึ่งเมื่อมีอาการเจ็บป่วยประชาชนมักเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัที่บ้านแบก หากมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

4.1.3 นโยบายเอดส์

จากการทบทวนเอกสารการดำเนินงานเอดส์ของสถานีนามัที่บ้านแบกพบว่าอำเภอเชียงใหม่มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจำนวน 358 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในเขตตำบลนาทองจำนวน 7 ราย โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3 ราย และเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 4 ราย ก่อนการพัฒนาพบว่าเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่-ชั้นชมไม่มีนโยบายด้านเอดส์ ผู้บริหารและบุคลากรไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานเอดส์ รวมทั้งไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐาน ดังนั้นคณะกรรมการที่มนำทางคลินิก(PCT) จึงได้มีการประชุมทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกับผู้รับผิดชอบงานเอดส์ และกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการดำเนินงานตามนโยบายการเข้าถึงบริการทางด้านไวรัสเอดส์ และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2547 โดยจัดบริการตามมาตรฐานครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร อาคารสถานที่ ระบบบริการ และด้านการพัฒนาคุณภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในระดับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดตั้งกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในนามกลุ่มเพื่อนเชียงใหม่-ชั้นชมเพื่อประสานงานและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่สถานีนามัทุกแห่ง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกัน รักษาโรคเอดส์และวัณโรคระดับอำเภอในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานเอดส์และวัณโรค และวางแผนการปฏิบัติงานการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดย

โรงพยาบาลมีการจัดส่งแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้สถานีนอามัยในเครือข่ายทุกแห่ง เพื่อให้สถานีนอามัยทราบแนวทางการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย

- 1) นโยบายการดำเนินการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย (พ.ศ.2547)
- 2) ผังการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี
- 3) ผังการดำเนินโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (สำหรับหญิงติดเชื้อหลังคลอด)
- 4) ผังการดำเนินโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (สำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี)
- 5) ผังการดำเนินโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (สำหรับสามีของหญิงติดเชื้อเอชไอวี)
- 6) ผังการดำเนินงานโครงการดูแล ACCESS TO CARE
- 7) Flow Chart โครงการ CARE
- 8) Flow Chart โครงการ NAPHA

ส่วน อบต. ตำบลนาทองไม่มีนโยบายเอดส์ แต่กำหนดงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ เป็นเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปี 2551 ตามนโยบายของกระทรวงมหาดไทย โดยจ่ายให้ผู้ป่วยที่เปิดเผยผลการติดเชื้อเท่านั้น ซึ่งพบว่าไม่มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินดังกล่าว เนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อต่อชุมชนและไม่มั่นใจในการรักษาความลับของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ อบต. เพศหญิง อายุ 32 ปี *“เขาไม่เชื่อใจเรา..ไม่ไว้ใจเรา..กลัวคนอื่นรู้..เลยไม่มา”* และคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง อายุ 36 ปี *“ไม่เอาหรอก..เดียวเขาไปบอกคนอื่น..เรายังไม่อยากจะให้คนอื่นรู้..ปากต่อปากนะ..กลัวไปเล่าให้คนอื่นฟัง.”* ซึ่ง อบต. ตำบลนาทองมีนักพัฒนาชุมชนรับผิดชอบงานเอดส์เพียงคนเดียว เนื่องจากบุคลากรมีจำนวนน้อยและภาระงานมาก จึงไม่สามารถดำเนินงานเอดส์ได้อย่างต่อเนื่อง และผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในพื้นที่

4.1.4 คณะกรรมการเอดส์

จากเดิมที่เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงยืน-ชีนชมไม่มีคณะกรรมการเอดส์ การดำเนินงานมีเพียงผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเอดส์ ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก ขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่เป็น

ระบบ ไม่มีการทบทวนผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค ขาดการส่งต่อข้อมูลที่เป็นระบบทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ดังนั้นคณะกรรมการ PCT จึงได้ร่วมกันทบทวนปัญหาและวางแผนทางการดำเนินงานให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกัน รักษา โรคเอดส์และวัณโรคระดับอำเภอตั้งแต่ปี 2550 ประกอบด้วย สหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักรังสีการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ และสาธารณสุขอำเภอชื่นชม มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายดำเนินงานเอดส์และวัณโรค วางแผนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประสานงานและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ รวมทั้งรายงานผลการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการทราบเป็นระยะตามระบบรายงานที่มีอยู่

โดยสรุปผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชน เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในด้านบริบท สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในด้านบริบท

ก่อนการพัฒนา	กระบวนการพัฒนา	หลังพัฒนา
1. ไม่มีนโยบายเอดส์ที่ชัดเจน และแจ้งให้สถานบริการในเครือข่ายทราบ	- ประชุมทบทวนผลการดำเนินงานในคณะกรรมการ PCT และหาแนวทางแก้ไข	- มีนโยบายเอดส์ที่สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขและแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทราบ
2. ไม่มีการคณะกรรมการดำเนินงานเอดส์ และไม่มีการทำงานเป็นทีม	- ทบทวนผลการดำเนินงานในทีม PCT เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ	- มีคณะกรรมการเอดส์ระดับอำเภอ ประกอบด้วยสหวิชาชีพ - แจ้งผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

4.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

ในการประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือนำเข้า (Input evaluation) ในส่วนของโครงสร้างการดำเนินงาน บุคลากร งบประมาณ การสนับสนุนต่างๆ และข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ พบว่า

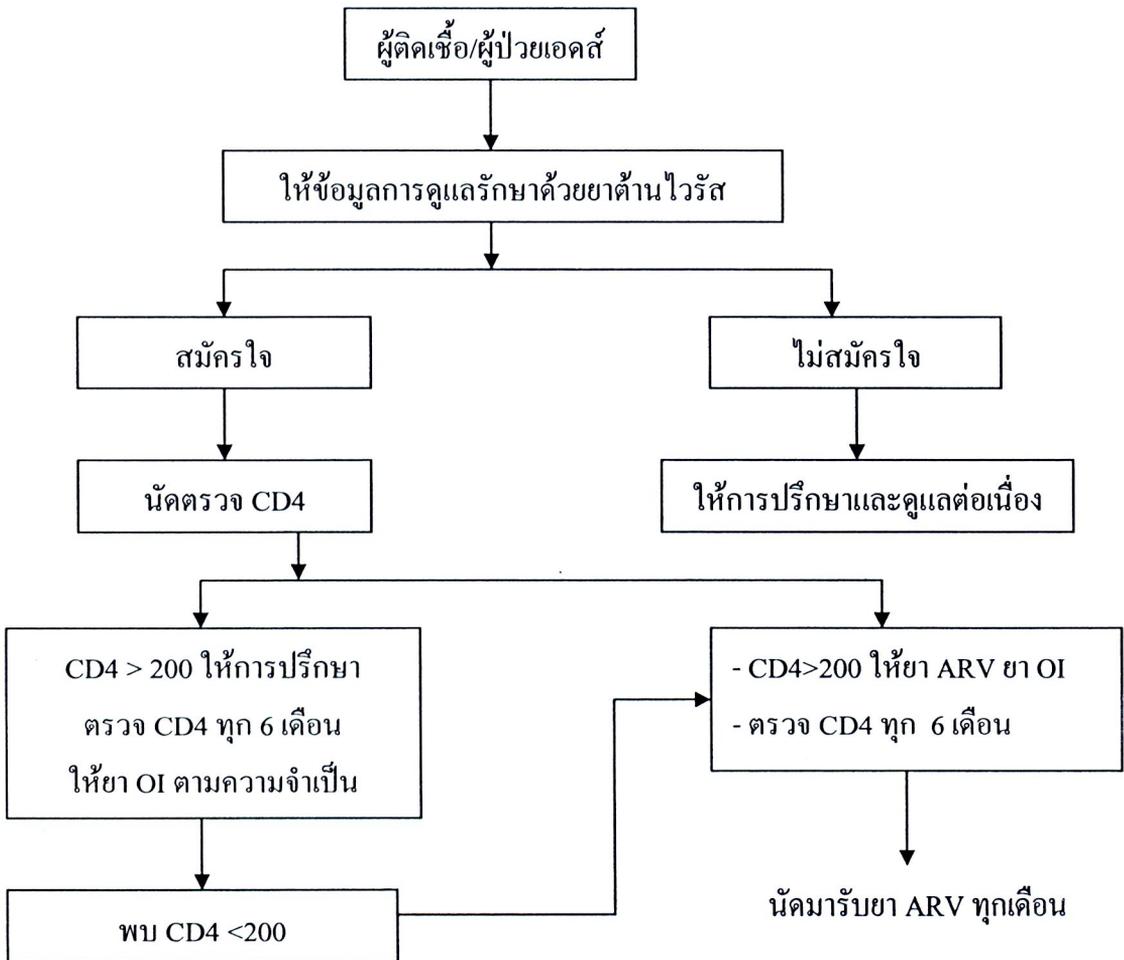
4.2.1 โครงสร้างการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ก่อนการพัฒนาพบว่า การดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่าย

บริการสุขภาพเชียงใหม่-ชั้นชม มีเพียงผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเอดส์ในโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ ไม่มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและสถานอนามัยในเครือข่าย ไม่มีระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยงจากชุมชน การให้บริการไม่เป็นระบบ ไม่มีการกำหนดวันนัดที่ชัดเจนและแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ เกิดปัญหาผู้ป่วยมารับบริการไม่ตรงวันนัดและปะปนกับผู้ป่วยทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนั้นคณะกรรมการ PCT จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกัน รักษาโรคเอดส์และวัณโรค ประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่และชั้นชม โดยคณะกรรมการมีหน้าที่ดังนี้

- 1) กำหนดนโยบายงานคลินิกโรคเอดส์และวัณโรค และวางแผนการปฏิบัติงานการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) จัดทำแผนปฏิบัติและดำเนินงานปฏิบัติงานควบคุมคลินิกโรคเอดส์และวัณโรค โรงพยาบาลเชียงใหม่ให้ครอบคลุมกิจกรรมการบริการตรวจรักษา การติดตามผู้ป่วย/ผู้สัมผัส การให้การปรึกษาทางการแพทย์และสังคม การให้สุขศึกษา ให้เป็นคลินิกที่มีมาตรฐาน/คุณภาพ และเข้าถึงง่ายเป็น One stop service
- 3) ประสานและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์และวัณโรคในระดับอำเภอแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ
- 4) ให้การปรึกษาแนวทางวิชาการ เทคนิควิธี และรูปแบบการดำเนินงานการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์และวัณโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 5) ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์และ วัณโรคในระดับอำเภอ
- 6) รายงานผลการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการอำนวยการทราบเป็นระยะตามระบบรายงานที่มีอยู่
- 7) ตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ และติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาให้เข้ารับการรักษาโดยเร็วที่สุด

นอกจากนี้ยังมีการทบทวนแนวทางการให้บริการของคลินิกโรคเอดส์ และกำหนดกระบวนการทำงานของระบบการบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาลและสถานอนามัยทราบ ดังนี้



ภาพที่ 3 ผังแสดงระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลเชียงใหม่

4.2.2 บุคลากร

จากเดิมตำบลนาทองกำหนดให้อสม. แต่ละคนในทุกหมู่บ้านรับผิดชอบงานแต่ละด้าน ได้แก่ งานควบคุมโรค งานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ งานยาเสพติด งานคุ้มครองผู้บริโภค งานผู้พิการ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานโภชนาการ งานควบคุมโรคเอดส์ งานป้องกันโรคเรื้อรัง งานสุขภาพจิต งานแพทย์แผนไทย และงานมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก แต่พบว่า อสม. ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเฉพาะด้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อสม. ที่รับผิดชอบงานเอดส์ ทำให้ อสม. ขาดความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคเอดส์ จึงมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในสถานีอนามัยไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง จึงไม่เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นหลังจากมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ



เอดส์ระดับอำเภอและกำหนดนโยบายการดำเนินงานเอดส์ สถานีนอมนามัยทุกแห่งจึงได้จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเอดส์ เพื่อให้มีการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน รวมทั้งมีแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านเอดส์ทุกคนเป็นประจำทุกปี ดังนั้น อสม. จึงได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกหน่วยงาน เช่น การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านเอดส์ การอบรมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การอบรมโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในชุมชนโดยสถาบันชุมชนอิสานร่วมกับสถานีนอมนามัยบ้านแบก ซึ่ง อสม. ที่ผ่านการอบรมจะให้การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่รับผิดชอบของตน รวมทั้งให้คำแนะนำและให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนในพื้นที่ ดังคำกล่าวของ อสม. เพศหญิง อายุ 53 ปี **“เราอบรมมาแล้วก็ไปพูดให้ชาวบ้านฟัง..ก็พูดตามบ้านเวลาเราไปสำรวจข้อมูล..บางทีก็พูดเวลามีการชุมนุมกัน..ประชุมกัน..คุยกัน..ก็จะพูดให้กลุ่มเขาฟัง”** ส่วนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ งานเอดส์ในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีจากภายนอกหน่วยงานตามแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามพบว่าผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในสถานีนอมนามัยได้รับการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์จากการประชุมในโรงพยาบาลแต่ไม่ต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี และได้เข้าร่วมการดำเนินงานโครงการของสถาบันชุมชนอิสาน ปี 2551-2552 ทำให้มีความรู้และทักษะในการเป็นวิทยากรกระบวนการ สามารถนำมาปรับใช้ในพื้นที่

4.2.3 งบประมาณ

ก่อนการพัฒนาพบว่าการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในตำบลนาทองได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากโรงพยาบาลเชียงใหม่ในการจัดกิจกรรมรณรงค์วันเอดส์โลกเท่านั้น ไม่เพียงพอต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มนักเรียน เยาวชน และประชาชนทั่วไป ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในสถานีนอมนามัยจึงได้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่โรงพยาบาลเชียงใหม่ และสถาบันชุมชนอิสานซึ่งเป็นองค์กรเอกชน ในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนเรื่องโรคเอดส์ โดยโรงพยาบาลเชียงใหม่ให้การสนับสนุนงบประมาณในเรื่องการให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและส่งเสริมการกินยาสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การพัฒนาคณะอนุกรรมการเอดส์ระดับอำเภอให้เข้มแข็ง การรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์แก่นักเรียนมัธยมและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน และการพัฒนาศักยภาพ อสม. และแกนนำผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ส่วนสถาบันชุมชนอิสานให้การสนับสนุนงบประมาณในการอบรมโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน นอกจากนี้สถานีนอมนามัยบ้านแบกได้สนับสนุนงบประมาณอบรมแกนนำเยาวชน ส่วน อบต. นาทองสนับสนุนงบประมาณเพื่อ

สนับสนุนโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา โดยกำหนดงบประมาณปีละ 10,000 บาท แต่ยังคงขาดการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน โครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่สถานีอนามัยแสนอแผน งานโครงการเข้าไป เนื่องจากไม่มีในแผนงานโครงการของ อบต. ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพศหญิง อายุ 45 ปี “..เสนอแผนการประชุมเยาวชน แกนนำเอดส์..อบรมแกนนำเอดส์..แต่เขาไม่หังบ...ก็ใ้ใช้งบของอนามัย..แล้วเด็กก็เลยของบไปทำคลินิกให้คำปรึกษาวัยรุ่นที่อนามัย..งบ 9,000 บาท..แต่เขาไม่อนุมัติ..” และสถาบันชุมชนอิสานซึ่งเป็นองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์และเยาวชน ให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรมเยาวชนและแกนนำผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในปี 2552

4.2.4 การสนับสนุนต่างๆ

จากเดิมที่โรงพยาบาลเชียงยืนให้การสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ เอกสารความรู้ และสื่อต่างๆ ในการดำเนินงานด้านเอดส์ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานเอดส์สถานีอนามัยบ้านแบกจึงได้ประสานงานกับสถาบันชุมชนอิสานในการสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ เอกสารความรู้ และสื่อเรื่องโรคเอดส์ ในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชน ทำให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์มากขึ้น

4.2.5 ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์

ก่อนการพัฒนาพบว่าประชาชนตำบลนาทองได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ จากบทความหรือกระจ่ายข่าวในชุมชน ที่สถานีอนามัยจัดส่งให้ผู้นำชุมชนและ อสม. ทุกหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ในวันเอดส์โลกและจากการสอนสุขศึกษาในผู้มารับบริการ ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ทุกกลุ่ม ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องเรื่องโรคเอดส์ รวมทั้งมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นสถานีอนามัยบ้านแบกจึงได้จัดระบบการให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรคเอดส์อย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุดได้แก่ การสอนสุขศึกษา การให้คำแนะนำในผู้มารับบริการ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ในวันเอดส์โลก การอบรมทั้งในและนอกสถานบริการ สื่อเอกสารบทความและสื่อรณรงค์ต่างๆ นอกจากนี้ อสม. ผู้นำชุมชน และเยาวชนที่ผ่านการอบรมเรื่องโรคเอดส์มีการถ่ายทอดความรู้ในรูปแบบของการบอกเล่า ดังคำกล่าวของอสม. เพศหญิง อายุ 53 ปี “..ก็พูดทางหอกระจายข่าวช่วงวันเอดส์โลก..แล้วก็เดินตามบ้านแล้วก็พูดตามบ้าน..อบรมมาแล้วเราก็ไปพูดให้ชาวบ้านเขาฟัง..” หรือคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพศหญิง อายุ 45 ปี “..ความรู้ก็มีอยู่ 2 จุด จุดแรกคือการให้สุขศึกษาทั่วไปในทุกงานเลย...จุดที่2คืองานเอดส์โดยตรง ซึ่งเราก็ต้องทำถึงลงไปที่อีกเช่นเยาวชน..แกนนำ..คือพูดถึงลงไปที่ต้องพูดให้หมด..ส่วนประชาชนทั่วไปก็จะมีวันเอดส์โลก ก็ให้บทความหอ

กระจายข่าวไปพูด...ส่วนประชุม อสม. ทุกครั้งจะพูด” หรือคำกล่าวของผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ เพศหญิง อายุ 37 ปี ที่ว่า “ชาวบ้านเขาก็เอาความรู้..จากสื่อสารต่างๆ..อย่างวิทยุ โทรทัศน์นี้...”

โดยสรุปผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชน เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในด้านปัจจัยนำเข้า สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ในด้านปัจจัยนำเข้า

ก่อนการพัฒนา	กระบวนการพัฒนา	หลังพัฒนา
1. ไม่มีโครงสร้างการดำเนินงานดูแลผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์	- ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเอดส์และกำหนดแนวทางการดำเนินงาน	- มีโครงสร้างการดำเนินงาน มีผังระบบบริการผู้คิดเชื่อผู้ป่วยเอดส์
2. อสม. และผู้นำชุมชนไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องโรคเอดส์	- โรงพยาบาลเชียงใหม่จัดอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่แกนนำสุขภาพ, อบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านเอดส์, อบรมแกนนำผู้ดูแลผู้คิดเชื่อฯ	- อสม. และผู้นำชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องโรคเอดส์มีความรู้เรื่องโรคเอดส์
- ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในสถานีอนามัยไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง	- สอ. ทก. แห่งจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและเข้าอบรมตามแผน	- ได้รับการพัฒนาศักยภาพแต่ไม่ต่อเนื่อง และเข้าร่วมทีมวิทยากร
3. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลเชียงใหม่เท่านั้น	- เข้าร่วมเป็นทีมวิทยากรกับสถาบันชุมชนอีสานในการดำเนินงานเอดส์	- สถาบันชุมชนอีสานและสามารถเป็นวิทยากรกระบวนการจัดอบรมเรื่องโรคเอดส์ในพื้นที่ได้
4. ได้รับการสนับสนุนบุคลากรและสื่อต่างๆ จากโรงพยาบาลเชียงใหม่	- ประสานงานกับโรงพยาบาลเชียงใหม่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุนต่างๆ	- ได้รับการสนับสนุนบุคลากรเอกสารความรู้ สื่อต่างๆ จากโรงพยาบาลและสถาบันชุมชนอีสาน
5. ประชาชนได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากเจ้าหน้าที่เท่านั้น	- อบรม อสม. ผู้นำชุมชนและแกนนำเยาวชนเรื่องโรคเอดส์	- ประชาชนได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากเจ้าหน้าที่ สอ. อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำเยาวชน มีรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย
	- พัฒนาช่องทางสื่อสารเรื่องโรคเอดส์	

4.3 ด้านกระบวนการ (Process)

ผลการศึกษาด้านการประเมินกระบวนการ (Process evaluation) ผู้วิจัยทำการประเมินการกำหนดนโยบาย การแต่งตั้งคณะกรรมการ การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน การวางแผนและการดำเนินกิจกรรม การประสานงาน และการติดตามประเมินผลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในตำบลนาทอง พบว่า

4.3.1 การกำหนดนโยบาย การแต่งตั้งคณะกรรมการและการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน

ก่อนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่-ชั้นชมไม่มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานเอดส์ ไม่มีคณะกรรมการเอดส์ และไม่มีแนวทางการดำเนินงานเอดส์ในระดับต่างๆ ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นระบบ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ดังนั้นคณะกรรมการ PCT ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ จึงได้มีการทบทวนปัญหาและแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกัน รักษาโรคเอดส์และวัณโรค ประกอบด้วยสหวิชาชีพ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ และสาธารณสุขอำเภอชั้นชม ร่วมกันกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจากการทบทวนการดำเนินงานเอดส์พบว่าขาดแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นแนวทางเดียวกัน จึงได้ร่วมกันทบทวนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานเอดส์ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายทราบ ดังนี้

- 1) นโยบายการดำเนินการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย (พ.ศ. 2547)
- 2) แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี
- 3) แนวทางการดำเนินโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (สำหรับหญิงติดเชื้อหลังคลอด)
- 4) แนวทางการดำเนินโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (สำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี)
- 5) แนวทางการดำเนินโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (สำหรับสามีของหญิงติดเชื้อเอชไอวี)
- 6) แนวทางการดำเนินงานโครงการดูแล ACCESS TO CARE
- 7) Flow Chart โครงการ CARE
- 8) Flow Chart โครงการ NAPHA
- 9) แนวทางการให้คำปรึกษา โรงพยาบาลเชียงใหม่
- 10) แนวทางการบริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลเชียงใหม่

4.3.2 การวางแผนและการดำเนินกิจกรรม

จากเดิมตำบลนาทองมีปัญหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับผลกระทบในการใช้ชีวิตในชุมชน เกิดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน การดำเนินงานด้านเอดส์ในสถานีอนามัยไม่มีการวางแผนการดำเนินกิจกรรม ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานเอดส์สถานีอนามัยบ้านแบกจึงได้วางแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้ดีขึ้น โดยได้วางแผนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงยืน สถาบันชุมชนอิสาน อบต. แก่นนำในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลที่ดีจากชุมชน ซึ่งกระบวนการในการพัฒนาระบบที่ได้ดำเนินการ ได้แก่

- 1) จัดทำแผนการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในสถานบริการและในชุมชน
- 2) พัฒนาระบบการให้สอนสุขศึกษาให้สามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
- 3) กำหนดหน้าที่รับผิดชอบแก่ อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเอดส์ในทุกหมู่บ้านและมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี
- 4) จัดทำโครงการอบรมกลุ่มเยาวชนในโรงเรียนทุกแห่งในเขตตำบลนาทองให้มีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคเอดส์ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และสามารถป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ได้
- 5) จัดอบรมโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในชุมชนร่วมกับสถาบันชุมชนอิสาน ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายคือเยาวชนในวัยเจริญพันธุ์ อายุ 12 – 24 ปี จำนวน 150 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะล่อแหลมและมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ซึ่งหลังจากอบรมแล้วกลุ่มเยาวชนสามารถนำความรู้เรื่องโรคเอดส์ไปถ่ายทอดให้แก่เพื่อนและคนในชุมชนได้
- 6) จัดอบรมแกนนำผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในตำบลนาทองร่วมกับโรงพยาบาลเชียงยืนในกลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชน และเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการอบรมจึงได้คัดเลือก อสม. และผู้นำชุมชนหมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 11 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 55 คน เข้ารับการอบรม ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เก็บข้อมูลในกลุ่ม อสม. ที่ผ่านการอบรมทั้ง 55 คน โดยกระบวนการอบรมเป็นการให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับโรคเอดส์ การใช้กระบวนการกลุ่ม การนำผู้ป่วยเอดส์มาเล่าประสบการณ์ ซึ่งหลังอบรม อสม. และผู้นำชุมชนสามารถถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องแก่คนในชุมชน ให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่รับผิดชอบ ดังคำกล่าวของ อส

ม.เพศหญิง อายุ 51 ปี “..พูดทางหอกระจายข่าวช่วงวันเอดส์โลก..แล้วก็พูดตามบ้าน..เดินตามบ้าน
แล้วก็พูดตามบ้านเอ..เราอบรมมาแล้วเราก็ไปพูดให้ชาวบ้านเขาฟัง”

7) การติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ

8) อบต. นาทอง สนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ โดยจ่ายเป็นเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี 2551

9) คณะกรรมการในชุมชน เช่น คณะกรรมการกองทุนเงินล้านในบางหมู่บ้าน สนับสนุนงบประมาณในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในหมู่บ้าน

4.3.3 การประสานงาน

ก่อนการพัฒนาพบว่าการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในตำบลนาทองเป็นการดำเนินงานโดยสถานีอนามัยบ้านแบกเท่านั้น ไม่มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ และขาดการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องดังนั้นสถานีอนามัยบ้านแบกจึงมีการทบทวนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกับแกนนำในชุมชน จึงได้มีการประสานงานกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนในชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีการประสานงานในการวางแผนการสนับสนุนงบประมาณ เอกสารความรู้ และสื่อต่างๆ รวมทั้งบุคลากรจากโรงพยาบาลเชียงยืน ประสานงานในการจัดอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์กับสถาบันชุมชนอีสาน มีการประสานงานกับชุมชนในเรื่องการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมต่างๆ ที่จัดขึ้น การจัดอบรม และการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ซึ่งพบว่าได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามพบว่าไม่ได้รับการประสานงานกับอบต.นาทองในการจัดทำแผนงาน และไม่ได้รับการสนับสนุน งบประมาณในการดำเนินงานด้านเอดส์ รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างๆจากอบต. ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพศหญิง อายุ 45 ปี “..แผนเขา..เราไม่ได้รับรู้กับเขา..ไม่ใช่ว่าจะเชิญครู..เชิญหมอ..เชิญส่วนต่างๆไปทำแผนนะไม่มี..เขาไม่เชิญเลย..” และคำกล่าวของเจ้าหน้าที่อบต.เพศหญิง อายุ 32 ปี “..งานด้านเอดส์นี้ อบต.ไม่ได้ประสานกับใครเลย..”

4.3.4 การส่งต่อข้อมูล

จากเดิมที่เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงยืน-ชั้นชมไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ดังนั้นคณะกรรมการเห็นจึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และกำหนดให้สถานีอนามัยทุกแห่งมีระบบการคัดกรองผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยและในชุมชน

หากพบว่ามีความเสี่ยงจะส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่เพื่อการให้คำปรึกษา ตรวจเลือด และรับยาต้านไวรัสตามมาตรฐานต่อไป ซึ่งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล เชียงใหม่ จะได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องจากโรงพยาบาล และได้รับการคุ้มครองสิทธิ ตามสิทธิของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จาก โรงพยาบาลสู่สถานีนามัย ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลตามสภาพการ เจ็บป่วยจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัย คำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เพศหญิง อายุ 45 “..ข้อมูล ส่งต่อโดยตรงจากโรงพยาบาลนี้ไม่มี..ไม่มีระบบนี้เลย.”

4.3.5 การติดตามประเมินผล

ก่อนการพัฒนาพบว่าเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ซึ่งขณะนี้ไม่มีระบบการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานเอดส์ในระดับสถานีนามัย มีเพียงการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เอดส์ในโรงพยาบาลโดยคณะทำงานเอดส์ระดับจังหวัดมหาสารคาม ไม่มีการทบทวนปัญหาและ อุปสรรคในการดำเนินงานในสถานีนามัย ดังนั้นคณะกรรมการเอดส์ระดับอำเภอจึงได้มีการวางแผนการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในสถานีนามัยอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อ ประเมินปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและหาแนวทางการพัฒนาให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่ามี การนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานเอดส์ในสถานีนามัยเพียงปีละ 1 ครั้ง และไม่ต่อเนื่อง ทุกปี รวมทั้งไม่มีระบบการรายงานผลสรุปการนิเทศส่งกลับให้สถานีนามัย

โดยสรุปผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและ ต่อเนื่องในชุมชน เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในด้านปัจจัยนำเข้า สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในด้านกระบวนการ

ก่อนการพัฒนา	กระบวนการพัฒนา	หลังพัฒนา
1. ไม่มีการกำหนดนโยบาย	- แต่งตั้งคณะกรรมการและ	- มีคณะกรรมการเอดส์ มี
ไม่มีคณะกรรมการและการ กำหนดแนวทางการดำเนินงานเอดส์	ร่วมกันกำหนดนโยบาย	นโยบาย มีแนวทางการดำเนินงานเอดส์และผู้เกี่ยวข้อง
	- กรรมการ PCT ทบทวน กำหนดแนวทางการดำเนินงานและแจ้งผู้เกี่ยวข้อง	ทุกระดับทราบ
2. ไม่มีการวางแผนและการ ดำเนินกิจกรรม	- สอ. ร่วมกับรพ. สถาบันชุมชน อีสาน อบต. แกนน่าน	- มีการวางแผนและดำเนินกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
	ในชุมชนและหน่วย งานที่เกี่ยวข้อง	

ตารางที่ 3 ผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในด้านกระบวนการ (ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	กระบวนการพัฒนา	หลังพัฒนา
3 ไม่มีระบบการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สอ.แยกประสานงานกับหน่วยงานหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนในชุมชนในการพัฒนาระบบ	- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชนอย่างเป็นระบบ แต่ขาดการมีส่วนร่วมจากอบต.
4 ไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานระดับต่างๆ	- คณะกรรมการเอดส์กำหนดแนวทางการส่งต่อข้อมูลและให้สอ.คัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนส่งต่อไปรับการปรึกษาตรวจเลือด และรับการรักษาตามมาตรฐานที่รพ.	- มีระบบการคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงจากสอ.ส่งต่อไปรักษาที่รพ. แต่ไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากรพ. กลับสู่ สอ.
5 ไม่มีระบบการติดตามประเมินผล	- คณะกรรมการวางแผนนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สอ.ในเครือข่ายปีละ 2 ครั้ง	- คณะกรรมการเอดส์นิเทศติดตามประเมินผลปีละครั้งและไม่ต่อเนื่องทุกปี และไม่มีรายงานผลสรุปการนิเทศส่งกลับสอ.

4.4 ด้านผลผลิตของการดำเนินงาน (Product)

การประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมินความสำเร็จของนโยบายและปัจจัยนำเข้าโดยกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนได้เกิดผลผลิตเป็นผลลัพธ์ (Output) ได้แก่ การมีนโยบาย การมีคณะกรรมการเอดส์ การมีแนวทางการดำเนินงาน แนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย แนวทางการประสานงาน และระบบการติดตามประเมินผล และผลสัมฤทธิ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ การปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และการเกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า

4.4.1 ผลของการดำเนินงานที่เป็นผลลัพธ์ (Output)

4.4.1.1 นโยบาย คณะกรรมการ และแนวทางการดำเนินงาน

จากเดิมที่เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่-ชั้นชม ไม่นโยบายเอดส์ ไม่มี

คณะกรรมการเอดส์ และไม่มีแนวทางการดำเนินงานเอดส์ในโรงพยาบาลและสถานอนามัย คณะกรรมการ PCT จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการเอดส์และวัณโรคระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยสมาชิกจากโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทั้ง 2 แห่ง แต่ไม่มีตัวแทนจากสถานอนามัยในเครือข่ายร่วมเป็นคณะกรรมการระดับอำเภอ ซึ่งคณะกรรมการได้ร่วมกันกำหนดนโยบายเอดส์ให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ก้อนโยบายการดำเนินการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย (พ.ศ. 2547) จัดทำแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด ได้แก่ แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี แนวทางการดำเนินโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีสำหรับหญิงติดเชื้อหลังคลอด สำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และสำหรับสามีของหญิงติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังมีแนวทางการดำเนินงานโครงการดูแล ACCESS TO CARE โครงการ CARE โครงการ NAPHA แนวทางการให้คำปรึกษา และแนวทางการบริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลเชียงใหม่ และจัดส่งให้กับสถานอนามัยในเครือข่าย อย่างไรก็ตามพบว่านโยบายที่กำหนดขึ้นยังไม่ครอบคลุมไปถึงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไป ส่วนคณะกรรมการเอดส์ก็ไม่มีบทบาทและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดขึ้นเป็นการดูแลในระดับโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ครอบคลุมไปถึงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระดับสถานอนามัยและในชุมชน

4.4.1.2 แนวทางการส่งต่อและการประสานงาน

จากเดิมที่เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่-ชั้นชม ไม่มีแนวทางการส่งต่อและประสานงานอย่างเป็นทางการเป็นระบบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในโรงพยาบาลและสถานอนามัยในเครือข่าย ดังนั้นคณะกรรมการ PCT จึงได้จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่-ชั้นชม เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ครบถ้วนและได้มาตรฐาน โดยมีระบบการประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการระหว่างหน่วยงานต่างๆ เช่น งานชันสูตร คลินิกยาด้านไวรัส งานให้คำปรึกษา ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ งานห้องคลอด งานเภสัชกรรม และงานผู้ป่วยใน ส่วนระบบการประสานงานและส่งต่อในระดับสถานอนามัยนั้นกำหนดให้สถานอนามัยทุกแห่งมีการคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีในผู้มารับบริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และผู้รับบริการทั่วไป หากพบมีภาวะเสี่ยงแนะนำให้ส่งโรงพยาบาลเชียงใหม่เพื่อรับการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี และรับการรักษาตามระบบต่อไป อย่างไรก็ตามพบว่าการทำงานและส่งต่อข้อมูลภายในโรงพยาบาลนั้นมีระบบที่ดี แต่จากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร พบว่าไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระหว่างโรงพยาบาลกับสถานอนามัย เนื่องจากผู้ติดเชื้อไม่ต้องการ

เปิดเผยผลการคิดเชื่อ ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยไม่ทราบข้อมูลผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ และทำให้ผู้คิดเชื่อไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและคำแนะนำตามสภาพความเจ็บป่วย ซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีนามัยทราบข้อมูลผู้ป่วยในชุมชนจากการติดตามเยี่ยมบ้าน และจากคำบอกเล่าของประชาชนในชุมชน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเพศหญิง อายุ 45 ปี **“ข้อมูลโดยตรงจากโรงพยาบาลนี้ไม่มี..ไม่มีระบบนี้เลย..พอเราไม่มีข้อมูลตรงนี้เราก็เลยไม่ได้ลงไปดูแลเขา..มีแต่เยี่ยมบ้านธรรมดา..ถ้าไม่เพราะเราบังเอิญรู้หรือไม่สงสัย..ถ้าไม่เป็นรุนแรงเราก็ไม่รู้..คือจริงๆ เราต้องรู้..”** ซึ่งสถานีนามัยมีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่ชุมชน โดยการแจ้งในที่ประชุม อสม. โดยไม่บอกชื่อผู้ป่วยแต่จะบอกจำนวนในภาพรวมของตำบล เมื่อ อสม.ได้รับทราบข้อมูลก็จะไปเยี่ยมสร้างความคุ้นเคยและให้คำแนะนำแก่ผู้ที่คิดว่าจะเป็นผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเพศหญิง อายุ 45 ปี **“..จะบอกในภาพรวมของตำบลเท่าที่เรารู้เวลาประชุมอสม....ซึ่งเราจะไม่บอกชื่อ....เพราะว่าผู้คิดเชื่อก็ต้องใช้ชีวิตอยู่ในบ้านนั้นได้เหมือนกัน..ถ้ารู้ว่าคนนั้นเป็นก็จะนัดเขามาที่อนามัย..มาคุยเรื่องการปฏิบัติตัวว่าเดี๋ยวนี้รู้หรือยัง..รู้แล้วทำยังไง..”** ส่วน อบต. ไม่มีการประสานงานเรื่องข้อมูลผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์แต่อย่างใด ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ อบต. เพศหญิง อายุ 32 ปี **“..งานด้านเอดส์นี้ อบต. ไม่ได้ประสานต่อกับใครเลย”**

4.4.1.3 แนวทางการติดตามประเมินผล

ก่อนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงยั่งยืน-ขึ้นชนไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเอดส์ในสถานีนามัย ทำให้ไม่ทราบปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานเอดส์ในสถานีนามัย ดังนั้นคณะกรรมการเอดส์จึงได้มีการจัดทำแนวทางการติดตามประเมินผลการดูแลผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ โดยพัฒนาจากแนวทางการนิเทศงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีประเด็นในการนิเทศติดตามได้แก่ โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ การลดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งเป็นการประเมินทั้งด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการทำงาน ตั้งแต่การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ การลงทะเบียนในรายงาน การมีส่วนร่วมของ NGO/องค์กรชุมชน/กลุ่มผู้คิดเชื่อ การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ การบริหารเวชภัณฑ์ การให้คำปรึกษาและการติดตามผู้คิดเชื่อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว สามี และลูก การบันทึกข้อมูล การประมวลผล การส่งข้อมูล การรายงานผล รวมทั้งการมีแผนงานโครงการ/กิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เชิงรุก โดยผู้นิเทศงานจากจังหวัดจะติดตามนิเทศงานในระดับอำเภอ ส่วนทีมนิเทศงานในระดับอำเภอจะนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในระดับสถานีนามัยตามลำดับ โดยกำหนดแผนการนิเทศติดตามและประเมินผลปีละ 2 ครั้ง อย่างไรก็ตามพบว่าการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานเอดส์จาก

ระดับจังหวัดปีและอำเภอเพียงปีละ 1 ครั้งเท่านั้น ซึ่งในระดับอำเภอนั้นการนิเทศติดตามและประเมินผลไม่ต่อเนื่องทุกปี ไม่มีการรายงานผลสรุปการนิเทศส่งกลับให้สถานีอนามัย

โดยสรุปผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชน เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในด้านผลผลิตที่เป็นผลลัพธ์สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในด้านผลผลิตที่เป็นผลลัพธ์

ก่อนการพัฒนา	กระบวนการพัฒนา	หลังพัฒนา
1. ไม่มีนโยบายเอดส์	- แต่งตั้งคณะกรรมการเอดส์ และกำหนดนโยบายการดำเนินงานเอดส์ให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	- มีนโยบายเอดส์ แต่ไม่ครอบคลุมไปถึงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไป
2. ไม่มีคณะกรรมการเอดส์	- แต่งตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล สาธารณสุข อำเภอเขียงยืนและชื่นชม	- มีคณะกรรมการสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล และสาธารณสุข อำเภอทั้ง 2 แห่ง แต่ไม่มีตัวแทนจากสถานีอนามัย ไม่มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่ง
3. ไม่มีแนวทางการดำเนินงาน	- ทบทวนกระบวนการทำงานโดยทีมPCT และจัดทำแนวทางการดำเนินงาน และจัดส่งให้สถานีอนามัย	- มีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์/ หลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อ การดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อ โครงการ ACCESS TO CARE โครงการ CARE โครงการNAPHA การให้คำปรึกษา และแนวทางการบริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล แต่ไม่ครอบคลุมไปถึงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในสถานีอนามัยและในชุมชน

ตารางที่ 4 ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในด้านผลผลิตที่เป็นผลลัพธ์(ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	กระบวนการพัฒนา	หลังพัฒนา
4. ไม่มีแนวทางการส่งต่อและการประสานงาน	- คณะกรรมการ PCT ทบทวนการดำเนินงานเอดส์และกำหนดแนวทางการส่งต่อและประสานงาน	- มีแนวทางการส่งต่อและประสานงานที่ดีในโรงพยาบาล แต่ไม่มีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้สถานีนอามัยที่รับผิดชอบ
5. ไม่มีแนวทางการติดตามประเมินผล	- พัฒนาจากแนวทางการนิเทศงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	- มีแนวทางการนิเทศและประเมิน ผลปีละ 2 ครั้ง แต่มีการนิเทศติดตามประเมินผลจากจังหวัดและอำเภอเพียงปีละ 1 ครั้ง ซึ่งระดับอำเภอมีการนิเทศติดตามประเมินผลไม่ต่อเนื่องทุกปีและไม่มีการรายงานผลสรุปการนิเทศส่งกลับให้สถานีนอามัย

4.4.2 ผลของการดำเนินงานที่เป็นผลสัมฤทธิ์ (Outcome)

จากการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อ อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยอสม.และผู้นำชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ การปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การได้รับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และการเกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นมีดังนี้

4.4.2.1 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ก่อนการพัฒนา พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ทำให้มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย

เอดส์ มีความหวาดกลัวและรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ดังคำกล่าวของอสม.เพศชายอายุ 61 ปี “..ขนาดบ้านยังไม่อยากจะเดินผ่านไปใกล้เลย..เขากลัวติด..ขนาดว่าคนโรคเอดส์ตายยังไม่อยากไปช่วยงานเลย..อาหารที่เอามาจากบ้านงานก็ไม่กิน..เอาทิ้งเลย..กลัวติด..แทบจะไม่มีคนไปช่วยงาน..คนเขารังเกียจ..คนเขากลัว..” หรือคำกล่าวที่ว่าของอสม. เพศชาย อายุ 57 ปี “ไปเก็บกระดูกยังไม่กล้าหยิบเลยต้องใช้ไม้คีบเอา..ศพคนเป็นเอดส์ตายเขาก็ห่อผ้ามา..ไม่ให้เปิดดูหน้าศพนะเขากลัวติด” หรือคำกล่าวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพศชาย อายุ 38 ปี “..กลัวกระทั่งควันไฟขึ้น..กลัวขี้เถ้าตกลงมาใส่หน้า..กลัวติดเชื้อ..” คำกล่าวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ เพศหญิง อายุ 71 ปี “..แค่ฉันไปดูแลลูกที่โรงพยาบาลกลับมาฉันไปกินน้ำบ้านไหนเขาก็รังเกียจ..เขาก็เททิ้ง..” นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทุกคนเปิดเผยผลการติดเชื้อกับคนในครอบครัวเท่านั้น แต่ไม่เปิดเผยกับคนในชุมชน เนื่องจากรู้สึกว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องน่าอาย เป็นโรคที่น่ารังเกียจ จึงกลัวผู้อื่นรังเกียจ ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพศหญิง อายุ 37 ปี ที่ว่า “..กลัวเป็นปมด้อย..กลัวคนเขารังเกียจ..” หรือคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพศหญิง อายุ 58 ปี “..ก็อยู่เฉยๆ..จะไปไหนทำอะไรมาละ..เราก็อายุอยู่นะ.. มันน่ารังเกียจนะโรคอันนี้ถ้าคนอื่นรู้มัน..” ซึ่งพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากคนในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา และบุตร ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพศหญิง อายุ 31 ปี “..ก็มีแต่ฉันนี่แหละดูแล...” หรือคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพศหญิง อายุ 58 ปี “ลูกเขารู้ดี..เขาก็ยอมรับอยู่..เขาก็ดูแลตลอด..ดูแลทุกอย่าง..ก็มีแต่ลูกนี่แหละเป็นกำลังใจ” อย่างไรก็ตามพบว่ามีญาติพี่น้องของผู้ป่วยบางรายที่มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จึงแสดงพฤติกรรมรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพศชาย อายุ 39 ปี “..ขนาดญาติพี่น้องเราบางคนก็เหมือนไม่อยากจะกินข้าวด้วยกันเลย..เหมือนเขารังเกียจเรา..เรารู้สึกอยู่นะ..” ส่วนคนในชุมชนส่วนใหญ่จะไปเยี่ยมเมื่อมีการเจ็บป่วยเหมือนคนทั่วไป สำหรับการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลพบว่ามีการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เหมือนผู้ป่วยทั่วไป ไม่แสดงรังเกียจ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็ออกติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติ

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 55 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.45 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 58.18 อายุเฉลี่ย 44.87 ปี (S.D.= 0.9) อายุต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 67 ปี ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 58.18 มากกว่าสองในสามประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม

(ร้อยละ 78.18) มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 4,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 15,000 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. หรือผู้นำชุมชนเฉลี่ย 9.4 ปี (S.D.=1.1) สามในสี่มีบทบาทในชุมชนเป็น อสม. อย่างเดียว (ร้อยละ 80.0) และมีบทบาทในการดำเนินงานด้านเอดส์คือเป็นกรรมการร้อยละ 47.27 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=55)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	14.55
หญิง	47	85.45
อายุ (ปี)		
20 – 29	3	5.45
30 – 39	8	14.55
40 – 49	32	58.18
50 – 59	8	14.55
60 ปีขึ้นไป	4	7.27
(mean=44.87 median= 49 S.D. =0.90 min=28 max=67)		
สถานภาพสมรส		
คู่	55	100
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	43	78.18
รับจ้าง	11	20.00
ค้าขาย	1	1.82
การศึกษา		
ประถมศึกษา	32	58.18
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	24.45
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	4.55
อนุปริญญา	1	1.82



ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล
ของกลุ่มตัวอย่าง (n=55) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว(บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 2,500	5	9.10
2,501 - 5,000	35	63.64
5,001 - 7,500	8	14.54
7,501 - 10,000	6	10.90
มากกว่า 10,001	1	1.82
(mean=4,500 min=1,000 max=15,000 median=4,000)		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม.หรือผู้นำชุมชน (ปี)		
1 - 5	16	29.09
6 - 10	16	29.09
11 - 15	14	25.45
16 - 20	8	14.55
มากกว่า 20	1	1.82
(mean=9.1 min=2 max=26 S.D.=1.1 median=16)		
การได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์		
เคยอบรม	55	100
บทบาทในชุมชน		
กรรมการหมู่บ้าน	6	10.91
อสม.	44	80.00
ผู้นำชุมชน	4	7.27
สมาชิกอบต.	1	1.82
บทบาทในการดำเนินงานด้านเอดส์		
ที่ปรึกษา	6	10.91
กรรมการ	26	47.27
ไม่มีบทบาทใดๆ	23	41.84

2) ความรู้เรื่องโรคเอดส์

การประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทั้งหมดมีความรู้ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์หมายถึงโรคติดเชื้อไวรัสทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องและวิธีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีคือการตรวจเลือด เกือบทั้งหมดมีความรู้ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์มีสาเหตุมาจากเชื้อเอชไอวีและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยสามารถป้องกันโรคเอดส์ได้หมายถึงการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 98.2) อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องผู้ที่ทำฟันในโรงพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด (ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือสามารถตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหลังจากมีเพศสัมพันธ์นาน 6 สัปดาห์ถึง 3 เดือน (ร้อยละ 49.1) และโรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากเลือด น้ำเหลือง และน้ำอสุจิ (ร้อยละ 14.5) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=55)

ความรู้เรื่องโรคเอดส์	รู้	ไม่รู้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคเอดส์หมายถึงโรคติดเชื้อไวรัสทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	55(100)	0
2. โรคเอดส์มีสาเหตุมาจากเชื้อเอชไอวี	54(98.2)	1(1.8)
3. วิธีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีคือการตรวจเลือด	55(100)	0
4. โรคเอดส์สามารถติดต่อได้จากเลือด น้ำเหลือง และน้ำอสุจิ	47(85.5)	8(14.5)
5. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี	53(96.4)	2(3.6)
6. กลุ่มคนที่ใช้โทรศัพท์สาธารณะร่วมกันมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีน้อยที่สุด	52(94.5)	3(5.5)
7. จากคำกล่าวที่ว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยสามารถป้องกันโรคเอดส์ได้ หมายถึงการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย	54(98.2)	1(1.8)
8. ผู้ที่ผู้ที่ทำฟันในโรงพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด	21(38.2)	34(61.8)
9. การป้องกันโรคเอดส์ควรไม่ใช่เข็มฉีดยาร่วมกัน มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน	52(94.5)	3(5.5)
10. เราสามารถตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหลังจากมีเพศสัมพันธ์นาน 6 สัปดาห์ถึง 3 เดือน	28(50.9)	27(49.1)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=55) (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคเอดส์	รู้	ไม่รู้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
11. การรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบันสามารถรักษาได้แต่ไม่หายขาด	51(92.7)	4(7.3)
12. ข้อที่กล่าวถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์คือ โรคเอดส์เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้แต่สามารถป้องกันได้	53(96.4)	2(3.6)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเอดส์ ในภาพรวมพบว่า มากกว่าสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับสูง (ร้อยละ 81.80) รองลงมาคือมีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.2) ซึ่งจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชนพบว่า กลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชนที่ได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์สามารถให้ความรู้และคำแนะนำประชาชนเพื่อป้องกันโรคเอดส์และให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีได้ รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนได้ ทำให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์กล้าเปิดเผยผลการติดเชื้อกับชุมชนมากขึ้น ดังคำกล่าวของ อสม. เพศหญิง อายุ 37 ปี “..เราได้ผ่านการอบรม.คนในหมู่บ้านที่ได้ผ่านการอบรมอย่างฉันก็ปากต่อปากเล่าให้กันฟัง..อย่างผู้ติดเชื้อไปพูดคุยหรือกินอาหารด้วยมันไม่ติด..มันติดทางเลือด..ติดทางเพศสัมพันธ์..” หรือคำกล่าวของ อสม. เพศหญิง อายุ 43 ปี “..หลังจากอบรมมานี้ละรู้สึกว่าคุณใช้ก็จะกล้าเปิดตัวเอง..กล้าขึ้น...” และคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพศหญิง อายุ 45 ปี “..การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้สุดยอด..อย่างเมื่อก่อนณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูก..พอคนได้ยินข่าวว่าแก(ผู้ป่วยเอดส์)จะมาตรวจพวกนั้นก็ไม่มีมา..เขากลัว..แต่พอไปอบรมแล้ว..เขาพากันไปรับแก(ผู้ป่วยเอดส์)มาตรวจเลย” รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=55)

ระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์	จำนวน)	ร้อยละ
ระดับสูง (ร้อยละ80 ขึ้นไป)	45	81.82
ระดับปานกลาง (ร้อยละ60-79)	10	18.18
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0

3) ทักษะคดีเกี่ยวกับโรคเอดส์

การประเมินทักษะคดีเกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มากกว่าสามในสี่มีทักษะคดีในระดับดีจำนวนมากที่สุดในเรื่องการตรวจเลือดก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ได้ (ร้อยละ 72.73) รองลงมาคือเรื่องการไปเที่ยวผู้หญิงบริการไม่เป็นการแสดงถึงความเป็นลูกผู้ชาย (ร้อยละ 60.0) และโรคเอดส์ไม่ใช่เรื่องของเวรกรรมสามารถหลีกเลี่ยงได้ (ร้อยละ58.20) อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหนึ่งในสี่มีทักษะคดีในระดับปานกลางในเรื่องการดื่มสุราและของมีนเมาเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (ร้อยละ 10.91) เพศชายมีโอกาสเป็นโรคเอดส์มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 14.55) และโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงไม่ควรเข้าไปใกล้ผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 7.27) รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละทักษะคดีเกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=55)

ทักษะคดีเกี่ยวกับโรคเอดส์	ระดับทักษะคดี				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงไม่ควรเข้าไปใกล้ผู้ป่วยเอดส์**	4 (7.27)	27 (49.10)	0	23 (41.81)	1 (1.82)
2. ผู้มีการศึกษาสูงไม่มีโอกาสเป็นโรคเอดส์**	26 (47.27)	24 (43.64)	4 (7.27)	0	1 (1.82)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=55) (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์	ระดับทัศนคติ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ที่น่ารังเกียจ**	7 (12.72)	35 (63.64)	12 (21.82)	0	1 (1.82)
4. โรคเอดส์สามารถป้องกันได้หากปฏิบัติตัว เหมาะสม	20 (36.37)	35 (63.63)	0	0	0
5. เพศชายมีโอกาสเป็นโรคเอดส์มากกว่าเพศ หญิง**	8 (14.55)	29 (52.73)	14 (25.45)	4 (7.27)	0
6. ผู้ป่วยโรคเอดส์ควรถูกแยกออกจากสังคม เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค**	8 (14.55)	36 (65.45)	5 (9.09)	2 (3.67)	4 (7.27)
7. การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ ไม่ทำให้ติดเชื้อ	18 (32.73)	32 (58.18)	4 (7.27)	1 (1.82)	0
8. บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลที่น่าเห็น ใจ	21 (38.18)	31 (56.37)	3 (5.45)	0	0
9. การไปเที่ยวผู้หญิงบริการแสดงถึงความ เป็นลูกผู้ชาย**	33 (60.0)	18 (32.73)	2 (3.63)	1 (1.82)	1 (1.82)
10. โรคเอดส์เป็นเรื่องของเวรกรรมไม่ สามารถหลีกเลี่ยงได้**	32 (58.20)	18 (32.72)	2 (3.63)	3 (5.45)	0
11. การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นหน้าที่ของทุกคน	5 (9.10)	36 (65.45)	11 (20.0)	3 (5.45)	0
12. ทุกภาคส่วนในชุมชนควรมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยเอดส์	13 (23.64)	34 (61.82)	8 (14.54)	0	0
13. การดื่มสุราและขอมินมาเป็นพฤติกรรม เสี่ยงต่อโรคเอดส์	6 (10.91)	21 (38.18)	12 (21.82)	8 (14.55)	8 (14.54)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=55) (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์	ระดับทัศนคติ				
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
14. การตรวจเลือดก่อนแต่งงานเป็นการป้องกัน โรคเอดส์	40 (72.73)	15 (27.27)	0	0	0

จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคเอดส์เนื่องจากมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคเอดส์มากขึ้นจากการอบรม และนำความรู้ไปถ่ายทอดแก่คนในชุมชน ทำให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ไม่รังเกียจ ดังคำกล่าวของอสม.เพศชาย อายุ 51 ปี “..ชาวบ้านเขาก็รู้ว่าแกเป็นเอดส์..เขาก็ธรรมดา..ไม่ได้แสดงอาการอะไร..ไม่ได้รังเกียจอะไร..” หรือคำกล่าวของอสม.เพศชาย อายุ 63 ปี “..เขามีความรู้กันหมดแล้ว..คนไข้เขาก็ไปสังคม..ไปซื้ออาหารซื้ออะไรก็ไม่มีใครแสดงว่ารังเกียจซักที..ก็ทำเหมือนคนปกติทั่วไป...แต่ก็รู้ว่าเขาเป็นโรคนี้อ..” อย่างไรก็ตามพบว่ามีประชาชนบางส่วนที่ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จึงแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย แม้จะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ก็ตาม ดังคำกล่าวของ อสม.เพศชาย อายุ 67 ปี “..ก็ไม่ใช่ว่าทุกคนนะ..ก็ยังมีคนที่มีความคิดเดิมๆอยู่..ยังรังเกียจอยู่ก็มี..แต่ก็ถือว่ามันดีขึ้นกว่าแต่ก่อนเยอะ..” หรือคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงอายุ 45 ปี “..ขนาดครูแพทย์ ยังบอกเลยว่าไม่เอาหรอก..ฉันรังเกียจ..ฉันกลัวน้ำลายมันกระเด็นใส่..กลัวมันกลั้วนี่..ทั้งที่ที่มีความรู้เรื่องนี้เยอะด้วย..”

4) การปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

การประเมินการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระดับดีจำนวนมากที่สุดในเรื่องการเข้าร่วมประชุมศึกษาปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน (ร้อยละ 56.36) รองลงมาคือการสนับสนุนให้คนในชุมชนให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว (ร้อยละ 49.10) และเข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน (ร้อยละ 45.45) อย่างไรก็ตามพบว่ามีถึงหนึ่งในสามของกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ในเรื่องการไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว (ร้อยละ20.0) รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ (n=55)

การปฏิบัติในการพัฒนาระบบ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่เคย
	ประจำ	บางครั้ง	ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. ให้คำแนะนำเรื่องโรคเอดส์แก่เพื่อนบ้านและคนอื่นๆ ในชุมชน	24 (43.64)	31 (56.36)	0
2. พுகุยทักทายกับผู้ป่วยเอดส์	17 (30.91)	28 (50.91)	10 (18.18)
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเอดส์เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ แข็งแรงขึ้น	22 (40.0)	25 (45.45)	8 (14.55)
4. ไปเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวที่ บ้าน	11 (20.0)	31 (56.36)	13 (23.64)
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเอดส์ได้พுகุยเพื่อระบายความคับ ข้องใจต่างๆ	19 (34.55)	25 (45.45)	11 (20.0)
6. ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป	24 (43.64)	20 (36.36)	11 (20.0)
7. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลด้านสุขภาพและ เข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค	23 (41.82)	21 (38.18)	11 (20.0)
8. ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน	18 (32.73)	26 (47.27)	11 (20.0)
9. ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวให้ได้รับสวัสดิการ ทางสังคม	15 (27.27)	28 (50.91)	12 (21.82)
10. สนับสนุนให้คนในชุมชนให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์และ ครอบครัว	27 (49.10)	25 (45.45)	3 (5.45)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ (n=55)
(ต่อ)

การปฏิบัติในการพัฒนาระบบ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่เคย
	ประจำ	บางครั้ง	ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
11. เข้าร่วมประชุมศึกษาปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	31 (56.36)	24 (43.64)	0
12. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	25 (45.45)	30 (54.54)	0
13. ร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	15 (27.27)	33 (60.0)	7 (12.73)
14. ร่วมประสานงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือเอกชนในการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว	16 (29.10)	34 (61.81)	5 (9.09)
15. ร่วมประชุมเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน	22 (40.0)	31 (56.36)	2 (3.64)

การประเมินการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่า ผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ดีจากคนในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นคนใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บุตร บิดา และมารดา ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ เพศหญิง อายุ 36 ปี “..ก็มีแต่ตัวนี้แหละดูแล...ถ้าเป็นคนอื่นเขางงทำได้ขนาดนี้..” หรือคำกล่าวที่ว่าของผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ เพศหญิง อายุ 58 ปี “..ลูกเขาก็อ..เขารู้ดี..เขาก็ยอมรับอยู่..ก็ดูแลตลอด..ดูแลทุกอย่าง..ก็มีแต่ลูกนี้แหละเป็นกำลังใจ..” อย่างไรก็ตามพบว่า มีญาติของผู้ป่วยบางรายที่มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์จึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ เพศชาย อายุ 37 ปี “..ขนาดญาติพี่น้องเราบางคนเขาก็เหมือนจะไม่อยากนั่งกินข้าวด้วยกันเลย..เหมือนเขารังเกียจเรา..เรารู้สึกอยู่นะ..” ส่วนคนในชุมชนนั้นพบว่าส่วนใหญ่จะมีการไปเยี่ยมเมื่อมีการเจ็บป่วยเหมือนคนทั่วไป สำหรับการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข

พบว่ามีการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เหมือนผู้ป่วยทั่วไป ไม่แสดงอาการรังเกียจ และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยก็มีการออกติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติ ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอายุ 31 ปี **“หมอเพิ่นก็ดูแลดีอยู่นะ..เวลาเราไม่สบายก็ไปหาเพิ่นก็ดูแลดีอยู่”**

4.4.2.2 การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

การประเมินการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการดูแลที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจจากครอบครัว ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง อายุ 58 ปี **“..ลูกเขาก็ดูแลดีมากอยู่..เป็นอะไรก็จะพาไปหาหมอ..ก็มีลูกนี่ละเป็นกำลังใจ”** ซึ่งผู้ป่วยเองพยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อไม่ให้เป็นที่รังเกียจของครอบครัว และช่วยเหลืองานในครอบครัวตามความสามารถของตน ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง อายุ 37 ปี **“..ก็ทำงานในบ้านเล็กน้อยๆช่วยลูกเขา..นึ่งข้าว..ล้างถ้วยล้างชาม..ทำเท่าที่ทำได้..”** ซึ่งจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชนร่วมกับประชาชนทั่วไปตามปกติ เช่น การทำบุญที่วัด การถือศีล วันเข้าพรรษา งานแต่งงาน งานอุปสมบท เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง อายุ 58 ปี **“..ไปตลอด...วิปัสสนาก็ไป..เวลามีงานอะไรก็ไปช่วยเพิ่นทุกครั้ง..เข้าพรรษาก็ไปอยู่วัดอยู่..ไปจำศีล(ถือศีล)..”** ส่วนในชุมชนนั้นนอกจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัยที่ไปเยี่ยมบ้านแล้วยังพบว่าหลังจากการอบรมแล้วแกนนำสุขภาพ เช่น อสม. มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และไปเยี่ยมผู้ที่สงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยตัวมากขึ้น ซึ่งการที่ อสม. ปฏิบัติเป็นแบบอย่างทำให้ประชาชนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีขึ้น ไม่รังเกียจผู้ป่วย และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ดังคำกล่าวของ อสม. เพศหญิง อายุ 44 ปี **“..เราก็ค่อยๆพูดกับเขาให้เขาเข้าใจ..ทำให้เขาเข้าใจว่าเรามาด้วยความหวังดีจริงๆ ...ทำให้เขาเชื่อใจไว้อใจ..เขาก็กล้าเปิดเผยตัวขึ้นนะ”** หรือคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเพศหญิง อายุ 45 ปี **“..เหมือนกับว่าเราเป็นครู ก ครู ข คือ อสม. ..ชาวบ้านเห็นอสม.ทำ อสม.ก็ใกล้ชิดกับเขาขึ้น..เห็นอสม.ไปเยี่ยมแล้วไม่เป็นอะไร..คนอื่นๆ ก็เลยเข้ามา”** ส่วนในด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัว และ อบต. ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยจ่ายให้ผู้ป่วยที่เปิดเผยผลการติดเชื้อเท่านั้นซึ่งตำบลนาทองมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ขอรับเงินสงเคราะห์เพียง 2 ราย นอกจากนั้นพบว่ายังมีบางหมู่บ้านที่มีการจัดสรรงบประมาณในหมู่บ้านเป็นเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ดังคำกล่าวของ อส

ม. เพศหญิง อายุ 47 ปี “..เอดส์นี่จะมีเงินส่วนของหมู่บ้านให้..เวลาหมู่บ้านมีงบประมาณอะไรจะเจียดให้..อย่างคณะ กรรมการเงินด้านเวลาปีผลเขาก็จะแบ่งให้ด้วย..”

4.4.2.3 การเกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ได้แก่ กลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชนที่ผ่านการอบรม และสถานีอนามัย โดยมีกลุ่ม อสม. เป็นแกนนำในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน โดยดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละคน รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน ดังคำกล่าวของ อสม. เพศชาย อายุ 64 ปี “..ที่เป็นหลักอยู่นี้คือกลุ่ม อสม. ..ทั้งเรื่องการประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ต่างๆ.. อสม. นี้เป็นแกนหลัก.. แล้วก็มีพวกเด็กๆ ที่เขาได้เข้าอบรมมาก็ถือว่าเขาเป็นอีกส่วนหนึ่งที่เข้ามาดูแลคนในหมู่บ้านของตนเอง” ซึ่งการดำเนินงานด้านเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของงานควบคุมโรค แผนงานการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ดังคำกล่าวของ อสม. เพศหญิง อายุ 44 ปี “..ก็จะมีแผนเรื่องโรคเอดส์..เรื่องการอบรมกับศึกษาดูงาน..คือมันเป็นส่วนหนึ่งของงานควบคุมโรค...” นอกจากนี้ยังเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนบางแห่งโดยจัดสรรเงินช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ดังคำกล่าวของ อสม. เพศหญิง อายุ 47 ปี “..มีเงินส่วนของหมู่บ้านให้..เวลาหมู่บ้านมีงบประมาณอะไรจะเจียดให้..อย่างคณะ กรรมการเงินด้านเวลาปีผลเขาก็จะแบ่งให้ด้วย..” ส่วน อบต. นั้นไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากไม่มีแผนงานในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 เป็นต้นมา และการสนับสนุนงบประมาณอุดหนุนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน (ศสมข.) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. นั้นเป็นนโยบายของกระทรวงมหาดไทยที่กำหนดให้ อบต. ทุกแห่งต้องดำเนินการ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ อบต. เพศหญิง อายุ 32 ปี “.. อบต. ก็จะมีการจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้ป่วยเอดส์...ก็เริ่มมีปี 52 ..ปีที่แล้วรู้สึกว่ามีจะมี 2 รายนะที่มาขอรับ...ส่วนของอสม.เราก็มีงบหนึ่งหมื่นบาทให้ทุกหมู่บ้าน ..งบพัฒนา ศสมข. นะ..”

4.5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงาน

4.5.1 จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ และสามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

4.5.1.1 ด้านนโยบาย แนวทาง กิจกรรมสู่การปฏิบัติ

- 1) เครือข่ายบริการสุขภาพเชิงยั่งยืน-ชั้นชมรมนโยบายการดำเนินการเพื่อ

ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แต่่นโยบายไม่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ควรมีการกำหนดคนนโยบายให้ครอบคลุมและชัดเจนตามบริบทของพื้นที่ รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน และแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อ เพื่อให้สถานีนามัยในเครือข่ายนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

2) โรงพยาบาลควรมีการสรุปข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้แก่สถานีนามัยที่รับผิดชอบ เพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

3) ควรมีการประชุมผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในสถานีนามัยเพื่อเสนอปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

4.5.1.2 ด้านการวางแผน

ยังขาดการมีส่วนร่วมในการของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และชุมชน ควรมีการประชุมเพื่อศึกษาปัญหาร่วมกัน เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ร่วมกัน รวมทั้งประเมินผลร่วมกัน

4.5.1.3 ด้านการประสานงาน

การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล ยังไม่มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลกันอย่างเป็นระบบและไม่ครอบคลุม ควรมีการรายงานข้อมูลข่าวสารแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ดี

4.5.1.4 ด้านงบประมาณ

ปริมาณเงินที่ได้รับจัดสรรในการดำเนินงานเอดส์ในชุมชนไม่เพียงพอต่อการพัฒนาระบบการดำเนินงานและไม่ครอบคลุม ควรให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในทำประชาคม เพื่อระดมทุนจากทุกภาคส่วนมาใช้ในการดำเนินงานร่วมกัน

4.5.2 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความต้องการให้ปรับปรุงแก้ไขของอสม.และผู้นำชุมชน (ข้อมูลที่ อสม. และผู้นำชุมชนแสดงความเห็นเพิ่มเติมในแบบสอบถาม) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ และสามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

4.5.2.1 ปัญหาและอุปสรรค

1) ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย คนในชุมชนไม่ยอมเข้าใกล้และพูดคุยกับผู้ป่วยเอดส์ ชุมชนไม่ยอมรับ ยังมีบางคนที่รังเกียจผู้ป่วยเอดส์ แม้ว่าอสม. จะอธิบายให้ฟังแล้วก็ตาม จึงทำให้ผู้ป่วยเก็บตัวอยู่ตามลำพัง

2) การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและเพื่อนบ้านทำให้ไม่มีกำลังใจต่อสู้



กับโรค เนื่องจากผู้ป่วยไม่เปิดเผยตัวทำให้คนในชุมชนไม่รู้ว่ามีใครคือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จึงไม่ได้ให้การดูแล

3) ด้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่ามีปัญหาด้านจิตใจ จิตใจ และ สังคมของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยขาดกำลังใจ ปิดกั้นตัวเองต่อการช่วยเหลือต่างๆ ผู้ป่วยไม่เปิดเผยตนเอง และไม่ให้ความร่วมมือ รวมทั้งปัญหาด้านการเงินเพราะครอบครัวยากจน

4.5.2.2 ข้อเสนอแนะ

1) ควรให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่คนในชุมชนให้รับรู้และเข้าใจเรื่อง โรคเอดส์ โดยการประชาสัมพันธ์ทางความรู้แก่ประชาชนทางหอกระจายข่าว

2) ควรแนะนำคนรอบข้างหรือคนในชุมชนไม่ให้รังเกียจ ให้ความ เข้าใจ พุดคุยทักทายพุดคุยกับผู้ป่วยตามปกติเหมือนคนทั่วไปเหมือนเขาไม่ได้เป็นผู้ป่วย ให้ กำลังใจ ให้ความเป็นเพื่อน แสดงให้ผู้ติดเชื้อเห็นว่าชุมชนไม่ได้รังเกียจ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เหมือนเพื่อนบ้านทุกคน

3) ควรไปเยี่ยมบ่อยๆ พุดคุยเรื่องสุขภาพ แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ ตามนัด และกินยาสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงขึ้น แนะนำให้ออก กำลังกายเป็นประจำ ไม่มีมั่วสุมาเสพติด รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ รวมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการป้องกัน การดูแลรักษาตัวเอง และการปฏิบัติเมื่ออยู่ร่วมกับ ชุมชน แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ในชุมชน แนะนำให้ ผู้ป่วยทำบุญเพื่อให้จิตใจสงบและช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน

4) ผู้ป่วยต้องยอมรับการติดเชื้อของตนเองให้ได้

5) ควรให้หน่วยงานสาธารณสุขดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว แก่ผู้ป่วยให้มากกว่าที่เป็นอยู่ ควรมีบุคลากรฝึกการดำรงชีวิต การเป็นอยู่เรื่องสุขภาพอนามัย อาชีพ และการเสริมสร้างกำลังใจจากคนรอบข้าง ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมผู้ป่วย ที่บ้านเพื่อให้คนไข้มีกำลังใจ รวมทั้งให้ผู้รับผิดชอบเรื่องโรคเอดส์ในชุมชนทราบว่าใครเป็นผู้ติด เชื้อเพื่อจะได้ไปเยี่ยมบ่อยๆ ให้คำแนะนำและคำปรึกษาบ่อยๆ และควรมีกิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยทำ เพื่อให้ลืมความเจ็บป่วยของตนเอง

4.6 การอภิปรายผล

จากการศึกษาการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องในชุมชนตำบลนาทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 6,282 คน เป็นเพศชายจำนวน 3,188 คน เพศหญิงจำนวน 3,094 คน และ

มีจำนวนหลังคาเรือน 1,273 หลังคาเรือน มี อสม. จำนวนทั้งสิ้น 184 คน กระจายอยู่ตามหมู่บ้านละ 14-15 คน ซึ่ง อสม. แต่ละคนรับผิดชอบประมาณคนละ 10-15 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 7 ราย แบ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 3 ราย และผู้ป่วยเอดส์จำนวน 4 ราย ซึ่งจากเดิมเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่-ชั้นชมไม่มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานเอดส์ ไม่มีคณะกรรมการดำเนินงานเอดส์ ไม่มีแนวทางการดำเนินงานทั้งในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย รวมทั้งไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในสถานีอนามัย ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน จึงได้มีการทบทวนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ PCT และกำหนดนโยบายเอดส์ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกันรักษาโรคเอดส์และวัณโรคระดับอำเภอที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่และชั้นชมในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานเอดส์และวัณโรค และวางแผนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานตามนโยบายการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา โดยมีการจัดบริการตามมาตรฐานครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร ด้านอาคารสถานที่ ด้านระบบบริการ และด้านการพัฒนาคุณภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในระดับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในนามกลุ่มเพื่อนเชียงใหม่-ชั้นชม เพื่อประสานงานและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่สถานีอนามัยทุกแห่ง มีการจัดส่งแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้สถานีอนามัยในเครือข่ายทุกแห่ง เพื่อให้สถานีอนามัยทราบแนวทางการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ และวาสิณี วิเศษฤทธิ์ (2544) ที่พบว่า การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนในสภาพปัจจุบันเป็นรูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ประกอบด้วยรูปแบบการดูแลของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ทุกระดับ โดยทั่วไปเป็นรูปแบบการดูแลที่ดำเนินการตามนโยบายส่วนกลาง ลักษณะการดำเนินการเป็นฝ่ายตั้งรับ มีเพียงบางแห่งเท่านั้นที่ดำเนินการในลักษณะเชิงรุกและประสานงานร่วมกับภาคเอกชนอย่างเป็นทางการเป็นรูปแบบชัดเจน ส่วน อบต. นาทองไม่มีนโยบายการดำเนินงานเอดส์ แต่มีงบประมาณสนับสนุนโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา โดยจ่ายให้ผู้ป่วยที่เปิดเผยผลการติดเชื้อเท่านั้น แต่ไม่มีผู้ติดเชื้อขอรับเงินเนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อต่อชุมชนและไม่มั่นใจในการรักษาความลับของเจ้าหน้าที่ อบต. ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการที่เจ้าหน้าที่ใน อบต. ไม่มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยให้ผู้ติดเชื้อทราบ

ด้านปัจจัยนำเข้า เดิมตำบลนาทองกำหนดให้ อสม. แต่ละคนในทุกหมู่บ้านรับผิดชอบงานแต่ ละด้านได้แก่ งานควบคุมโรค งานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ งาน ยาเสพติด งานคุ้มครองผู้บริโภค งานผู้พิการ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานโภชนาการ งานควบคุมโรคเอดส์ งานป้องกันโรคเรื้อรัง งานสุขภาพจิต งานแพทย์แผนไทย และงานมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณะ (2550) ที่พบว่าบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามหลักของอสม.เป็นผู้ที่ประสานงานส่ง ต่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านในชุมชน ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้และ ทักษะในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การ ฟื้นฟูสภาพและการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัว ซึ่ง อสม. ด้านเอดส์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในสถานอนามัยไม่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลไม่ได้จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพของสถานอนามัยในเครือข่าย สถานอนามัยทุกแห่งจึงได้จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านเอดส์ เพื่อให้มีการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน รวมทั้งมีแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านเอดส์ทุกคนเป็นประจำทุกปี ดังนั้น อสม. จึงได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรค เอดส์อย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกหน่วยงาน โดยอสม.ที่ผ่านการอบรมจะให้การดูแลผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ให้คำแนะนำและให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชน ในพื้นที่ ส่วนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการ ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องทุกปีตามแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล

ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ตำบลนาทองได้รับการ สนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลเชียงใหม่และสถาบันชุมชนอิสาน ส่วน อบต. นาทอง สนับสนุนงบประมาณเพื่อสนับสนุน โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อ ช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปี2551เป็นต้นมา ซึ่งกระทรวงมหาดไทยกำหนดให้มีการตั้งงบประมาณ นี้ขึ้นมา แต่ยังคงขาดการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน โครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ สถานอนามัยเสนอแผนงาน โครงการเข้าไป อาจเนื่องมาจากการไม่เห็นความ สำคัญของงานด้าน สุขภาพของประชาชนของผู้บริหาร อบต. อย่างไรก็ตามสถาบันชุมชนอิสานซึ่งเป็นองค์กรเอกชนที่ ทำงานด้านเอดส์และเยาวชนยังให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรมเยาวชนและแกนนำ ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้โรงพยาบาลเชียงใหม่และสถานอนามัยบ้านแบกได้ให้การ สนับสนุนบุคลากรในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ เอกสารความรู้ และสื่อรณรงค์ต่างๆ ซึ่งสถานอนามัยบ้านแบกได้จัดระบบการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ ประชาชนอย่างต่อเนื่องในรูปแบบของการสอนสุขศึกษา การให้คำแนะนำในผู้รับบริการ การให้

ความรู้ทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน การอบรม และทางสื่อเอกสารบทความและสื่อรณรงค์ต่างๆ ซึ่ง อสม. ผู้นำชุมชน และกลุ่มเยาวชนที่ผ่านการอบรมมีการถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชนในรูปแบบของการบอกเล่า สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2550) ที่พบว่าบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามหลักของอสม.เป็นผู้ที่ประสานงานส่งต่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านในชุมชน ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพและการเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และการศึกษาของวงศา เลาสศิริวงศ์ และคณะ (2548) ที่พบว่าผู้นำและคนในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างดี โดยรับรู้จาก 1) สื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ 2) บุคลากรทางสุขภาพ โดยบอกเล่า ส่งเอกสารหนังสือมาให้ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ การให้ความรู้ และ 3) การเข้ารับการอบรมหรือหรือประชุมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ 4) จากคนในชุมชนบอกเล่า และหอกระจายข่าวในชุมชน 5) จากโรงเรียนและครู 6) จากประสบการณ์ตรงที่มีคนในชุมชนหรือญาติเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์

กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่-เชียงใหม่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันรักษาโรคเอดส์และวัณโรค และมีการกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการทบทวนการดำเนินงานเอดส์ในคณะกรรมการPCT และกำหนดแนวทางการดำเนินงานพร้อมทั้งแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทั้งภายในโรงพยาบาลและสถานีอนามัยในเครือข่ายทราบ ซึ่งสถานีอนามัยบ้านแบกได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนมาตั้งแต่ปี 2549 โดยมีการประสานงานกับโรงพยาบาลเชียงใหม่ สถาบันชุมชนอีสาน อบต. นาทอง แกนนำในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการในการพัฒนาระบบที่ได้ดำเนินการ ได้แก่ จัดทำแผนการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในสถานบริการและในชุมชน การพัฒนาระบบการสอนสุขศึกษาให้สามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบแก่ อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเอดส์ในทุกหมู่บ้านและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี จัดทำโครงการอบรมกลุ่มเยาวชนเรื่องโรคเอดส์ในโรงเรียนทุกแห่งในเขตตำบลนาทอง จัดอบรมโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในชุมชนร่วมกับสถาบันชุมชนอีสาน จัดอบรมแกนนำผู้ดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในตำบลนาทองร่วมกับโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ อบต. นาทองสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ และคณะกรรมการในชุมชนบาง

หมู่บ้านสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในหมู่บ้าน โดยสถานีนามัยได้ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนในการวางแผนการดำเนินงาน การสนับสนุนงบประมาณ ตลอดจนเอกสารความรู้และสื่อต่างๆ รวมทั้งบุคลากรและผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามพบว่าไม่ได้รับการประสานงานจากอบต. ตำบลในการจัดทำแผน และไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการด้านเอดส์ รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างๆจาก อบต. ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2550) ที่พบว่าการจัดทำแผนงานด้านสุขภาพในชุมชน อบต. มีการประสานงานกับสถานีนามัยเพื่อขอข้อมูลเพื่อจัดทำแผนพัฒนา โดยเฉพาะแผนปฏิบัติงาน 3 ปี ข้อมูลสุขภาพต่างๆเช่น โรคไข้เลือดออก ผู้สูงอายุ งานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากการไม่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้บริหารจึงไม่เห็นความสำคัญเรื่องการดูแลสุขภาพของประชาชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนด้านการดูแลสุขภาพนอก จากนี้สถานีนามัยทุกแห่งมีระบบการคัดกรองผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในผู้มารับบริการที่สถานีนามัยและในชุมชนแล้วส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่เพื่อการให้คำปรึกษา ตรวจเลือด และรับยาต้านไวรัสตามระบบ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลสู่สถานีนามัย เนื่องจากผู้ติดเชื้อไม่ต้องการเปิดเผยผลการติดเชื้อ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และการดูแลตามสภาพการเจ็บป่วยจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของสุริยงค์ ช่อประพันธ์ (2549) ที่พบว่า การเปิดเผยสถานการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ บุคคลที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว (ร้อยละ 57.1) รองลงมาคือเพื่อน (ร้อยละ 19.1) และพบว่าไม่เปิดเผยสถานการติดเชื้อ (ร้อยละ 23.8) และสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรระ แสงไชยสุริยาและคณะ (2547) พบว่าระบบฐานข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลยังคงเป็นการจัดเก็บข้อมูลในลักษณะแยกส่วน ทำให้ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องของการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกัน รักษาโรคเอดส์และวัณโรคระดับอำเภอออกนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง แต่พบว่ามีการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานเอดส์ในสถานีนามัยเพียงปีละ 1 ครั้งเท่านั้นและไม่ต่อเนื่องทุกปี รวมทั้งไม่มีระบบการรายงานผลสรุปการนิเทศส่งกลับให้สถานีนามัย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ไม่ได้ร่วมเป็นคณะกรรมการในการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระดับอำเภอ และไม่มีระบบการรายงานผลการนิเทศติดตามของเครือข่ายบริการสุขภาพ เชียงใหม่-ชั้นชม

นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ทำให้มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีความหวาดกลัวและรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้ติดเชื้อทุกคนเปิดเผยผลการติดเชื้อกับคนในครอบครัวเท่านั้นแต่ไม่เปิดเผยกับคนในชุมชนเนื่องจากรู้สึกว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องน่าอาย เป็นโรคที่น่ารังเกียจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยันต์ ช่อประพันธ์ (2549) ที่พบว่า การเปิดเผยสถานการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ บุคคลที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว (ร้อยละ 57.1) รองลงมาคือเพื่อน (ร้อยละ 19.1) และพบว่าไม่เปิดเผยสถานการติดเชื้อ (ร้อยละ 23.8) ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากคนในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา และบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ วาณิชสันต์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยตนเองต่อครอบครัวและได้รับการสนับสนุนทั้งกำลังใจและการช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วย แต่จะไม่เปิดเผยตนเองต่อชุมชนและเพื่อนร่วมงาน เพราะเมื่อสุขภาพแข็งแรงสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติได้ อย่างไรก็ตามพบว่า มีญาติพี่น้องของผู้ป่วยบางรายที่มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จึงแสดงพฤติกรรมรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนคนในชุมชนส่วนใหญ่จะไปเยี่ยมเมื่อมีการเจ็บป่วยเหมือนคนทั่วไป สำหรับการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลมีการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เหมือนผู้ป่วยทั่วไปไม่รังเกียจ

จากการประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการพัฒนาระบบของกลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชนจำนวน 55 คน ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องโรคเอดส์ ซึ่งมากกว่าสามในสี่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 44.87 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2550) ที่พบว่า แนวโน้มสัดส่วนของอสม.เพศชายมีแนวโน้มลดลง และเพศหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้น และอายุเฉลี่ยของอสม.ทั้งประเทศเท่ากับ 43.68 ปี โดยอายุเฉลี่ยของอสม.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 42.94 ปี ซึ่ง อสม. และผู้นำชุมชนทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากกว่าสองในสามประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 4,000 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. หรือผู้นำชุมชนเฉลี่ย 9.4 ปี มากกว่าสองในสามมีบทบาทในชุมชนเป็น อสม. อย่างเดียว และบทบาทในการดำเนินงานด้านเอดส์คือเป็นกรรมการ ซึ่งทั้งหมดมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์หมายถึงโรคติดเชื้อไวรัสที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องและวิธีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีคือการตรวจเลือด และเกือบทั้งหมดมีความรู้ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์มีสาเหตุมาจากเชื้อเอชไอวี และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสามารถป้องกันโรคเอดส์ได้คือการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย แต่อย่างไรก็ตาม อสม. และผู้นำชุมชนกว่าร้อยละ 61.8 มีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องผู้ที่ทำฟันในโรงพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด รองลงมาคือสามารถตรวจหาการติดเชื้อเอช



ไอวีหลังจากมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์ถึง 3 เดือน ร้อยละ 49.1 และโรคเอดส์สามารถติดต่อได้จาก เลือด น้ำเหลือง และน้ำอสุจิ ร้อยละ 14.5 ซึ่งอาจเป็นผลจากการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ส่วนใหญ่ เป็นการให้ความรู้เบื้องต้นในเรื่องสาเหตุ อาการ การติดต่อ การรักษาและการป้องกันโรค ซึ่งกลุ่ม อสม. เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์จะได้รับการอบรมและให้ข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ในเชิงลึก และกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีทั้งที่เป็น อสม. ด้านโรคเอดส์และไม่ได้เป็น อสม. ด้านโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามในภาพรวมพบว่ามากกว่าสามในสี่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยันต์ ช่อประพันธ์ (2549) ที่พบว่าขณะทำงานในภาพรวมที่ประกอบด้วย คณะทำงานระดับอำเภอ ระดับตำบล ชาวชน มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนโครงการฯ ($P < .001$) ซึ่งกลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชนที่ได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์สามารถให้ความรู้และคำแนะนำประชาชนเพื่อป้องกันโรคเอดส์และให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนได้ ทำให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์กล้าเปิดเผยผลการติดเชื้อกับชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ยังกลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชนมีทัศนคติที่ดีในเรื่องโรคเอดส์สามารถป้องกันได้หากปฏิบัติตัวเหมาะสม และการตรวจเลือดก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ได้ เกือบทั้งหมดมีทัศนคติที่ดีในเรื่องบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลที่น่าเห็นใจ และการไปเที่ยวผู้หญิงบริการแสดงถึงความเป็นลูกผู้ชาย อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชนมากกว่าหนึ่งในสามมีทัศนคติไม่ดีในเรื่องโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงไม่ควรเข้าไปใกล้ผู้ป่วยเอดส์ และหนึ่งในสามมีทัศนคติไม่ดีในเรื่องการดื่มสุราและของมีนเมาเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีประชาชนบางส่วนที่ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จึงแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วยแม้จะมีความรู้ที่ดีเรื่องโรคเอดส์ก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของวงศา เลาศิริวงศ์ (2548) ที่พบว่าทั้งครอบครัวและชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีแต่ยังมีปัญหาการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการอยู่ร่วมในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีศักดิ์ ตั้งจิตธรรมและบุญมา สุนทรวารินทร์ (2550) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ถูกสังคมนรังเกียจและสังคมนพยายามผลักเขาเหล่านั้นออกไป โดยการไม่คบค้าสมาคมด้วย ไม่จ้างงาน ซึ่ง อสม. และผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในเรื่องการตรวจเลือดก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ได้ การไปเที่ยวผู้หญิงบริการไม่ได้เป็นการแสดงถึงความเป็นลูกผู้ชาย และโรคเอดส์ไม่ใช่เรื่องของเวรกรรมสามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งการที่ อสม. และผู้นำชุมชนมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคเอดส์เนื่องจากมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคเอดส์มากขึ้นจากการอบรม และนำความรู้ไปถ่ายทอดแก่คนในชุมชน ทำให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตร

จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2550) ที่พบว่าบทบาทที่ อสม. ทำหน้าที่มากที่สุดคือการแจ้งข้อมูลข่าวสารให้ชาวบ้าน รอลงมาคือการสำรวจ การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ การให้ความรู้ และการให้บริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามมี อสม. และผู้นำชุมชนถึงร้อยละ 56.36 ที่มีการปฏิบัติในการพัฒนาระบบโดยการเข้าร่วมประชุมศึกษาปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน แต่มีเพียงร้อยละ 20.0 เท่านั้นที่มีการไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ซึ่งอาจเนื่องจากการที่ผู้ติดเชื้อไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อกับชุมชนทำให้ อสม. และผู้นำชุมชน ไม่กล้าเข้าไปเยี่ยมที่บ้าน อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ดีจากคนในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นคนใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บุตร บิดา และมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ วานิชสันต์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยตนเองต่อครอบครัว และได้รับการสนับสนุนทั้งกำลังใจและการช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วย แต่จะไม่เปิดเผยตนเองต่อชุมชนและเพื่อนร่วมงาน แต่ยังคงพบว่ามีญาติของผู้ป่วยบางรายที่มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จึงแสดงพฤติกรรมรังเกียจ ส่วนคนในชุมชนนั้นพบว่าส่วนใหญ่จะมีการ ไปเยี่ยมเมื่อมีการเจ็บป่วยเหมือนคนทั่วไป สำหรับการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขพบว่ามีการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เหมือนผู้ป่วยทั่วไป ไม่แสดงอาการรังเกียจ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็มีการออกติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติ

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจจากครอบครัว โดยผู้ป่วยเองพยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อไม่ให้เป็นการระบาดของครอบครัว และช่วยเหลืองานในครอบครัวตามความสามารถของตน ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนร่วมกับประชาชนทั่วไปตามปกติ ซึ่งนอกจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ไปเยี่ยมบ้านแล้วแกนนำสุขภาพที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จะไปเยี่ยมและพูดคุยกับผู้ที่สงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและกล้าเปิดเผยตัวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวงศา เลหาสิริวงศ์และคณะ (2548) ที่พบว่า การดูแลช่วยเหลือในฐานะ อสม. จะเน้นการดูแลทางสุขภาพ เช่น การไปตรวจเยี่ยมอาการ การให้คำแนะนำที่ได้เรียนรู้มาจากเจ้าหน้าที่แล้วมาให้คำแนะนำเรื่องของการปฏิบัติหรือดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อหรือเจ็บป่วย ซึ่งการที่ อสม. ปฏิบัติเป็นตัวอย่างทำให้ประชาชนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีขึ้น ไม่รังเกียจและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2550) ที่พบว่า อสม. มองเห็นสภาพปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ติดเชื้อและเครือญาติและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่และเครือข่ายอื่นๆ ที่ทำงานช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโดยระยะแรกเป็นการติดตามให้ความรู้และการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องยากเพราะความหวาดกลัวของทุกคน ซึ่งกว่าที่ทุกคนจะให้ความร่วมมือก็ต้องใช้เวลานาน ภายหลังจากที่ผู้

คิดเชื่อเปิดเผยตัวกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและเยี่ยมเยียนมีมากขึ้นและใกล้ชิดขึ้น ความเห็นอกเห็นใจค่อยเพิ่มมากขึ้น วิกฤติเอดส์จึงนำ อสม. ให้เกิดการเรียนรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดสรรงบประมาณเป็นเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และบางหมู่บ้านที่มีการจัดสรรงบประมาณเป็นเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชน ได้แก่ กลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชนที่ผ่านการอบรม และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย โดยมีกลุ่ม อสม. เป็นแกนนำหลักในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน โดยมีแผนการดำเนินงานด้านเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของงานควบคุมโรค แผนงานการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนี้ยังเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนบางแห่งโดยจัดสรรเงินช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ส่วน อบต. ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากไม่มีแผนงานในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ในโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 และการสนับสนุนงบประมาณอุดหนุนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานนั้นเป็นนโยบายของกระทรวงมหาดไทยที่กำหนด ให้ อบต. ทุกแห่งต้องดำเนินการ

ข้อดีของระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน คือ ประชาชนในพื้นที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องโรคเอดส์ ในด้านความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจจากครอบครัวและชุมชน รวมทั้งได้รับการดูแลและคำแนะนำที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ออกติดตามเยี่ยมบ้านตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์แต่ละราย

ข้อด้อยของระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนคือมีนโยบายเอดส์แต่ไม่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลแต่ไม่ครอบคลุมถึงการดูแลในชุมชน ไม่มีแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในระดับต่างๆ ขาดการศึกษาปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกันในภาคีเครือข่าย ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ปัญหาที่ระบุดังกล่าวสอดคล้องกับมุมมองของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยเนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่มีข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ติดเชื้อ

และผู้ป่วยเอดส์บางรายขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตในที่สุด

อสม. และผู้นำชุมชนเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยให้เน้นการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชน เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จึงไม่อยากเข้าใกล้และพูดคุยกับผู้ป่วยเอดส์ ชุมชนไม่ยอมรับ และมีบางคนที่รังเกียจผู้ป่วยเอดส์ แม้ว่า อสม. จะอธิบายให้ฟังแล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและเพื่อนบ้านทำให้ไม่มีกำลังใจต่อสู้กับโรค เนื่องจากผู้ป่วยไม่เปิดเผยตัว จึงไม่ได้รับการดูแล และมีปัญหาด้านจิตใจและสังคม ผู้ป่วยขาดกำลังใจ ปิดกั้นตัวเองต่อการช่วยเหลือต่างๆ และไม่ให้ความร่วมมือ

อสม. และผู้นำชุมชนต้องการให้ควรรีให้หน่วยงานสาธารณสุขดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยให้มากกว่าที่เป็นอยู่ ควรมีบุคลากรฝึกการดำรงชีวิต การเป็นอยู่เรื่องสุขภาพ อนามัย อาชีพ และการเสริมสร้างกำลังใจจากคนรอบข้าง ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ความเข้าใจและมีกำลังใจ รวมทั้งให้ผู้รับผิดชอบเรื่องโรคเอดส์ในชุมชนทราบว่าใครเป็นผู้ติดเชื้อเพื่อจะได้ไปเยี่ยมบ่อยๆ ให้คำแนะนำและคำปรึกษาบ่อยๆ และควรมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำเพื่อให้ลืมความเจ็บป่วยของตนเอง

ซึ่งผลการศึกษาเหล่านี้มีประโยชน์มากในการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ทั้งบทบาทของโรงพยาบาลเชียงใหม่ สถานีอนามัย อบต. นาทอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งชุมชนเอง ในการให้การดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องในชุมชน