

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชน ตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

The Evaluation of the Developed Comprehensive and Continuum of HIV/AIDS Patient Care System in Nathong Sub-District, Chiang Yuen District, Mahasarakham Province

ศรัณรัตน์ ระหา (Sarunrattana Raha)* ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์ (Dr.Wongsa Laohasiriwong)**

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชน โดยใช้รูปแบบ CIPP Model ประเมินการเปลี่ยนแปลงบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ก่อนพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงยืน-ชั้นชมยังไม่มีระบบชัดเจน จึงได้มีการทบทวนและดำเนินการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เกิดระบบการดำเนินงานที่ดีในโรงพยาบาล แต่ในสถานีนอามียังขาดการมีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมเป็นคณะกรรมการ การร่วมศึกษาและวางแผนแก้ไขปัญหา ขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล และไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพในตำบลนาทองได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านเอดส์อย่างต่อเนื่อง มีการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนและดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี เกิดภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลไม่มีนโยบายและไม่สนับสนุนงบประมาณโครงการเอดส์ แต่จัดสรรงบประมาณช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการพัฒนาเป็นสิ่งที่ดีแต่ยังขาดการศึกษาปัญหาและวางแผนร่วมกันในภาคีเครือข่าย ขาดการประสานงานส่งต่อข้อมูลที่เป็นระบบ และให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ABSTRACT

This evaluation research aimed to evaluate the developed comprehensive and continuum of HIV/AIDS patient care system using CIPP Model covering context, input, process and product, the problems and suggestion for future development. The study applied both qualitative and quantitative data and undergone content analysis and descriptive analysis. The results indicated that Chiang Yuen-Chuen Chom health care network not have HIV/AIDS care system, they were developed to do best. So that, they had well system of

* นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

caring for HIV patients in hospital, but not participated in committee on AIDS in PCU, the problems and finding solutions together within the network. There were not have referral system on AIDS patients information and HIV/AIDS care guidelines in community. The staff and volunteers have attended the training to developed their potential, they pass on the knowledge to community, so the peoples have better knowledge and attitudes towards the HIV/AIDS patients and help to better care of them more than the past. The developed patient care system was a good , but does not cover the lack of problems and finding solutions together with the network, the lack of systematic cooperation and the network has to be involved properly are still the problem.

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การพัฒนาระบบ

Key Words : HIV/AIDS, The developed care system

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจแก่ผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมาก โดยผลกระทบด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผลกระทบจากลักษณะของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสของระบบต่างๆ ในร่างกายทำให้สมรรถภาพทางร่างกายลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ (ประพันธ์, 2549) ต้องการการดูแลจากผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ส่วนผลกระทบทางสังคมนั้น พบว่า ในระยะแรกที่ทราบ ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเมื่อมีอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เปิดเผยตัวเองให้คนในชุมชน ทราบเนื่องจากเกรงว่าจะถูกรังเกียจ (สุวรรณ, 2545) จึงนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียและสิ้นหวัง บางรายสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวเสียไป สูญเสียบทบาทในครอบครัว กลายเป็นบุคคลที่พึ่งพิงครอบครัว อีกทั้งต้องสูญเสียสิทธิต่างๆ ที่พึงมี ถูกกีดกันและละเมิดสิทธิต่างๆ จากสังคม (ดรุณี, 2542) ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องหลบซ่อนตัว และปกปิดสภาพการติดเชื้อ เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งความ สัมพันธ์ทางสังคม (ภารดีและพรรณวดี, 2543)

แนวคิดของการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เป็นแนวคิดที่พยายามจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และชุมชน เข้าใจสภาพความเป็นไปของโรคเอดส์ บทบาทและหน้าที่ของ

แต่ละภาคส่วนที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการจัดบริการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องมี 2 ลักษณะที่สำคัญ คือ 1) การดูแลอย่างครบถ้วนครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ ทั้งทางการแพทย์ สังคมจิตวิทยา เศรษฐกิจ การดำรงชีวิต บริการทางสังคม และการคุ้มครองสิทธิ 2) การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ และสังคม บ้าน และชุมชน รวมทั้งการทำให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเน้นระบบที่เอื้อต่อการกิจของสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะเป็นสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดทั้งตัวผู้ป่วยและชุมชน และมีแนวคิดปฏิบัติที่สามารถนำกิจกรรมการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องไปใช้ได้เป็นอย่างดีทั้งในการดูแล การเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชน และประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ถึงปีพ.ศ. 2551 จังหวัดมหาสารคามมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด จำนวน 4,937 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2551) และจากข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลเขียงยืนปี 2551 พบว่า

มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 436 ราย โดยอยู่ในอำเภอเชียงยืน 358 ราย และอำเภอชื่นชม 78 ราย จากการดำเนินงานของคลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลเชียงยืน พบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เปิดเผยผลการติดเชื้อมีครอบครัวเท่านั้น มีเพียงร้อยละ 40 ที่ยอมเปิดเผยผลการติดเชื้อมีชุมชน (โรงพยาบาลเชียงยืน, 2551) ซึ่งสาเหตุที่ไม่ยอมเปิดเผยผลการติดเชื้อเพราะกลัวคนในชุมชนรังเกียจ นินทาและสมน้ำหน้า เนื่องจากมีประสบการณ์จากผู้ที่ติดเชื้อบางรายถูกกีดกันไม่ยอมให้เข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาหรืองานฌาปนกิจศพ สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงยืน-ชื่นชม ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา โดยมีการจัดบริการตามมาตรฐานครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร อาคารสถานที่ ระบบบริการ และการพัฒนาคุณภาพ มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อในนามกลุ่มเพื่อนเชียงยืน-ชื่นชม มีการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล สังคม บ้าน และชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข มีการจัดอบรมเรื่องโรคเอดส์แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและสถานอนามัย พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้ติดเชื้อให้มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอบรมผู้ติดเชื้อเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ซึ่งตำบลนาทองเป็นพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นแห่งแรก เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ผู้ติดเชื้อได้รับผลกระทบจากการมีความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของประชาชนในชุมชน ถูกรังเกียจและถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต้องเก็บตัวอยู่ในบ้าน และเปิดเผยผลการติดเชื้อมีคนในครอบครัว

เท่านั้น จึงไม่ได้รับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในสถานอนามัยได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทั้งภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน รวมทั้งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชนก็ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน นอกจากนี้ สถาบันชุมชนนิสาน ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนได้เข้ามาดำเนินโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ในชุมชนด้วย

ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงผลของการพัฒนาระบบดังกล่าวว่าบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดบ้างที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยประเมินผลเพื่อประเมินผลอย่างเป็นระบบโดยใช้แบบจำลองการประเมินผลแบบซิป (CIPP Model) ของ Stufflebeam (2007) ซึ่งผลจากการวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขและส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชนตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบซิป (CIPP Model) ในด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product)
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง
3. เพื่อหาข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขและส่งเสริมพัฒนาระบบงานต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) เก็บข้อมูลทั้งแบบเชิงปริมาณ และคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ในเรื่องที่มี 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ดูแล กลุ่มอสม. และผู้นำชุมชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทำการเลือกตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจงตามการเก็บข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 71 คน ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกแบบเจาะจงบุคคลที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่สามารถให้ข้อมูลได้ชัดเจน ในเรื่องที่ศึกษา โดยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของอบต.นาทอง รวม 16 คน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อสม. และผู้นำชุมชนที่ผ่านการอบรมโครงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ตำบลนาทอง โดยคัดเลือกหมู่บ้านละ 5 คน เป็นตัวแทนในการอบรมจำนวน 11 หมู่บ้าน รวม 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1.1 แบบตรวจสอบรายการทบทวนเอกสาร เป็นการทบทวนนโยบายเอดส์ เอกสาร รายงานการประชุม และคำสั่งคณะกรรมการเอดส์

1.2 แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการประเมินระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของอบต. ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

1.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับสนทนากลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชน

1.4 แบบตรวจสอบรายการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สำหรับสังเกตพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นใช้สัมภาษณ์ อสม. และผู้นำชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์สร้างขึ้นโดยได้ศึกษาจากเครื่องมือของพลสินธุ์ (2550) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ส่วนที่ 3 ทศนคติเรื่องโรคเอดส์ ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า (Data triangulation)

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. และผู้นำชุมชนที่ตำบลเหล่าบัวบาน จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเที่ยงโดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ในหมวดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยหลังจากติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบลนาทองเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลแล้ว จึงติดต่อผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานนั้นๆ ในการขอเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแบบเก็บข้อมูลทุติยภูมิที่สร้างขึ้น โดยศึกษาตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการ

วิจัย ส่วนการเก็บข้อมูลปฐมภูมินั้นใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้านในการแจกแบบสอบถามแก่สม.ในพื้นที่และรวบรวมส่งคืน โดยมีการชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว นำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นตีความหมายของข้อมูลที่ได้ โดยวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย

ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนตำบลนาทอง มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านบริบท ตำบลนาทองแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 6,282 คน มีจำนวนหลังคาเรือน 1,273 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 30,000 บาทต่อคนต่อปี มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 3 ราย ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 4 ราย มีจำนวนอสม.ทั้งสิ้น 184 คน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 14-15 คน ซึ่งก่อนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงยืน-ยืนชม ไม่มีนโยบายและคณะกรรมการเอดส์ ไม่มีแนวทางการดำเนินงานเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน คณะกรรมการทีม

นำทางคลินิก (PCT) จึงได้ทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการเอดส์ระดับอำเภอประกอบด้วยสหวิชาชีพ ในการกำหนดนโยบายและวางแผนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และติดตามประเมินผลและรายงานผลการติดตามประเมินปีละ 2 ครั้ง มีการดำเนินงานตามนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์และพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547 โดยจัดบริการตามมาตรฐานและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์อย่างต่อเนื่อง มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพื่อประสานงานและติดตามเยี่ยมบ้าน จัดประชุมชี้แจงและจัดส่งแนวทางการดำเนินงานแก่สถานีนามัยทุกแห่ง ส่วน อบต.นาทองไม่มีนโยบายเอดส์ แต่กำหนดงบประมาณเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ตามนโยบายของกระทรวงมหาดไทย โดยจ่ายให้ผู้ป่วยที่เปิดเผยผลการติดเชื้อ แต่ไม่มีผู้ขอรับเงินเนื่องจากไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อและไม่มั่นใจการรักษาความลับของเจ้าหน้าที่ อบต.

ด้านปัจจัยนำเข้า จากเดิมที่ตำบลนาทองกำหนดให้อสม.แต่ละคนรับผิดชอบงานแต่ละด้าน ซึ่งอสม.ด้านเอดส์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในสถานีนามัยไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง สถานีนามัยจึงได้จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเอดส์ และแผนพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านเอดส์เป็นประจำทุกปี ทำให้อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ให้คำแนะนำและให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนในพื้นที่ ส่วนเจ้าหน้าที่สถานีนามัยได้รับการพัฒนาศักยภาพจากการประชุมในโรงพยาบาล แต่ไม่ต่อเนื่องทุกปี และเข้าร่วมโครงการของสถาบันชุมชนอีสานทำให้มีความรู้และทักษะในการเป็นวิทยากรกระบวนการ ซึ่งในการพัฒนาได้รับการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เอกสารความรู้ และสื่อต่างๆ จากโรงพยาบาลเชิงยืน สถานีนามัย และสถาบันชุมชนอีสาน ส่วน อบต.นาทองสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ แต่ไม่สนับสนุนงบประมาณโครงการเอดส์ของสถานีนามัย ซึ่งสถานีนามัยจัดระบบการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนในรูปแบบการสอนสุศึกษาคำแนะนำผู้รับบริการ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การอบรม เอกสาร และการณรงค์ นอกจากนี้ แขนงนำสุขภาพที่ผ่านการอบรมได้ถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชนโดยการบอกเล่า

ด้านกระบวนการ ก่อนการพัฒนาไม่มีนโยบายเอดส์ คณะกรรมการเอดส์ และแนวทางการดำเนินงานในทุกระดับ การทำงานไม่เป็นระบบ คณะกรรมการ PCT จึงแต่งตั้งคณะกรรมการโรคเอดส์ระดับอำเภอ ประกอบด้วยตัวสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 2 แห่ง มีนโยบายการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จัดทำแนวทางการดำเนินงานเอดส์ในโรงพยาบาลและแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ซึ่งสถานีนามัยบ้านแบกได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนตั้งแต่ปี 2549 โดยประสานงานกับโรงพยาบาลเชียงยืน สถาบันชุมชนอีสาน อบต. แกนน่านในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลที่ดีจากชุมชน ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการได้แก่ จัดทำแผนการณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในและนอกสถานบริการ การพัฒนาระบบการสอนสุศึกษาให้เข้าถึงผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม มี อสม. เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเอดส์ในทุกหมู่บ้านและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง จัดทำโครงการอบรมกลุ่มเยาวชนในโรงเรียนทุกแห่งในเขตตำบลนาทอง จัดอบรมโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในชุมชน จัดอบรมแกนนำผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในตำบลนาทอง เจ้าหน้าที่สถานีนามัยติดตามเยี่ยม ส่วน อบต. นาทองสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปี 2551 และคณะกรรมการหมู่บ้านสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในบางหมู่บ้าน นอกจากนี้สถานีนามัยยังมีการคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มารับบริการและส่งต่อไปรับ

การตรวจวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาล แต่ไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อจากโรงพยาบาลกลับสู่สถานีนามัย ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัย นอกจากนี้ คณะกรรมการเอดส์ระดับอำเภอยังมีแผนการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานปีละ 2 ครั้ง

ด้านผลผลิต มีคณะกรรมการเอดส์ระดับอำเภอประกอบด้วยสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 2 แห่ง แต่ไม่มีตัวแทนจากสถานีนามัยร่วมเป็นคณะกรรมการ รวมทั้งไม่มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งเป็นประจำปี ซึ่งคณะกรรมการได้ร่วมกันกำหนดนโยบายเอดส์ ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์กลุ่มอื่นๆ มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด แต่แนวทางที่มีเป็นการดูแลในระดับโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ติดเชื้อในระดับสถานีนามัยและชุมชน มีแนวทางการส่งต่อและประสานงานภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ สถานีนามัยทุกแห่งมีการคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และผู้รับบริการทั่วไปและส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อจากโรงพยาบาลกลับสู่สถานีนามัย ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยจึงไม่ทราบข้อมูลผู้ติดเชื้อในพื้นที่ และไม่ได้ติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วย ซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีนามัยทราบข้อมูลผู้ป่วยจากการติดตามเยี่ยมบ้านและคำบอกเล่าของประชาชนในชุมชน และมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่ชุมชนโดยการแจ้งในที่ประชุม อสม. โดยบอกเฉพาะจำนวนในภาพรวมของตำบล เมื่ออสม. ทราบข้อมูลจะไปเยี่ยมเพื่อสร้างความคุ้นเคยและให้คำแนะนำผู้ที่คิดว่าเป็นผู้ติดเชื้อในชุมชน นอกจากนี้ยังมีแนวทางการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีแผนการนิเทศติดตามและประเมินผลปีละ 2 ครั้ง แต่พบว่ามีการนิเทศติดตามประเมินผลการเพียงปีละ 1 ครั้งและไม่ต่อเนื่องทุกปี และไม่มีการรายงานผลการนิเทศส่งกลับให้สถานีนามัย ส่วน อบต. ไม่มีการประสานงานขอข้อมูลผู้ติดเชื้อแต่อย่างใด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ก่อนการพัฒนา	กระบวนการพัฒนา	หลังพัฒนา
1. ไม่มีนโยบายเอดส์	แต่งตั้งคณะกรรมการเอดส์ และกำหนดนโยบายการดำเนินงานเอดส์ให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	มีนโยบายเอดส์ แต่ไม่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไป
2. ไม่มีคณะกรรมการเอดส์	แต่งตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยสภวิชาชีพจากโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เขียงยืนและชื่นชม	มีคณะกรรมการสภวิชาชีพจากโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่ไม่มีตัวแทนจากสถานีนามัย และไม่มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งให้เป็นปัจจุบัน
3. ไม่มีแนวทางการดำเนินงาน	ทบทวนกระบวนการทำงานโดยทีม PCT และจัดทำแนวทางการดำเนินงาน และจัดส่งให้สถานีนามัย	มีแนวทางดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล แต่ไม่ครอบคลุมถึงการดูแลในระดับสถานีนามัยและในชุมชน
4. ไม่มีแนวทางการส่งต่อและการประสานงาน	คณะกรรมการ PCT ทบทวนการดำเนินงานเอดส์ และกำหนดแนวทาง การส่งต่อและประสานงาน	มีแนวทางการส่งต่อและประสานงานที่ดีในโรงพยาบาล แต่ไม่มีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อให้สถานีนามัย
5. ไม่มีแนวทางการติดตามประเมินผล	พัฒนาแนวทางการนิเทศติดตามประเมินผลจากแนวทางการนิเทศงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	มีแผนการนิเทศและประเมินผลปีละ 2 ครั้ง แต่มีการนิเทศเพียงปีละ 1 ครั้ง และไม่ต่อเนื่องทุกปีและไม่มีการรายงานผลการนิเทศส่งกลับให้สถานีนามัย

จากเดิมที่ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่ถูกต้องทำให้มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีความหวาดกลัวและรังเกียจทำให้ผู้ติดเชื้อทุกคนเปิดเผยผลการติดเชื้อกับคนในครอบครัวเท่านั้น เนื่องจากรู้สึกว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องน่าอาย เป็นโรคที่น่ารังเกียจกลัวผู้อื่นรังเกียจ ซึ่งจากการประเมินผลหลังการพัฒนา พบว่า อสม. และผู้นำชุมชนจำนวน 55 คนที่ผ่านการอบรมเรื่องโรคเอดส์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 44.87 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 4,834.54 บาท ระยะเวลาการเป็นอสม.และผู้นำชุมชนเฉลี่ย 9.4 ปี พบว่า ทุกคนมีความรู้ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์หมายถึงโรคติดเชื้อไวรัสทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องและวิธีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีคือการตรวจเลือด และเกือบทั้งหมดมีความรู้ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์มีสาเหตุมาจากเชื้อเอชไอวี

และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยสามารถป้องกันโรคเอดส์ได้หมายถึงการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 98.2) แต่ร้อยละ 61.8 มีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องผู้ที่ทำฟันในโรงพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด รองลงมาคือสามารถตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหลังจากมีเพศสัมพันธ์นาน 6 สัปดาห์ถึง 3 เดือน (ร้อยละ 49.1) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่ง อสม.และผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในเรื่องการตรวจเลือดก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ได้ (ร้อยละ 72.73) และการไปเที่ยวผู้หญิงบริการไม่เป็นการแสดงถึงความเป็นลูกผู้ชาย (ร้อยละ 60.0) และโรคเอดส์ไม่ใช่เรื่องของเวรกรรมสามารถหลีกเลี่ยงได้ (ร้อยละ 58.20) นอกจากนั้นยังพบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดในเรื่องการเข้าร่วมประชุมศึกษาปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน (ร้อยละ 56.36) รองลงมาคือ

การสนับสนุนให้คนในชุมชนให้การดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์และครอบครัว (ร้อยละ 49.10) และเข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ในชุมชน (ร้อยละ 45.45) แต่พบว่าไม่ถึงหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างที่มีการไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยเอ็ดส์และครอบครัว (ร้อยละ 20.0) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3 ซึ่ง อสม. และผู้นำชุมชนที่ผ่านการอบรมมีการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ประชาชนทำให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อมากขึ้น และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์มากขึ้น นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อในชุมชน ทำให้ผู้ติดเชื้อไว้วางใจและเปิดเผยตัวมากขึ้น ซึ่งผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลที่ดีจากคนในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นคนใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา และบุตร และผู้ติดเชื้อพยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงและช่วยเหลืองานในครอบครัวตามความสามารถของตน โดยผู้ติดเชื้อที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนตามปกติ อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีญาติของผู้ติดเชื้อบางรายที่มีทัศนคติไม่ดีต่อจึงแสดงพฤติกรรมรังเกียจ ซึ่งคนในชุมชนส่วนใหญ่มีการไปเยี่ยมเมื่อมีการเจ็บป่วย ส่วนบุคลากรสาธารณสุขให้บริการผู้ติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการรังเกียจและติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติ นอกจากนี้ อบต. ได้จัดสร้างงบประมาณเพื่อเป็นเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ โดยจ่ายให้ผู้ป่วยที่เปิดเผยผลการติดเชื้อเท่านั้น ซึ่งตำบลนาทองมีผู้ติดเชื้อที่ขอรับเงินจำนวน 2 ราย และบางหมู่บ้านมีการจัดสร้างงบประมาณในหมู่บ้านเป็นเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ ภาควิเคราะห์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชน กลุ่มคนในชุมชน สถานีอนามัย และ

สถาบันชุมชนอีสาน โดย อสม. เป็นแกนนำในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ติดเชื้อ รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอ็ดส์ในชุมชน มีแผนงานเอ็ดส์ในแผนพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน และในบางชุมชนได้จัดสรรเงินช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ ส่วน อบต. ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ เนื่องจากไม่มีแผนงานเอ็ดส์ ซึ่งการจัดสร้างงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอ็ดส์ และงบประมาณอุดหนุนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปตามนโยบายของกระทรวงมหาดไทยกำหนดเท่านั้น

ปัญหาอุปสรรค พบว่า นโยบายที่มีไม่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ทุกกลุ่ม ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชน และไม่มีแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อระหว่างหน่วยงาน ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชุมเพื่อศึกษาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ และประเมินผลร่วมกัน มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการรายงานข้อมูลข่าวสารแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ได้รับการดูแลที่ดี ทั้งภาครัฐและเอกชนควรมีส่วนร่วมในทำประชาคมเพื่อระดมทุนจากทุกภาคส่วนมาใช้ในการดำเนินงานร่วมกัน และโรงพยาบาลควรมีการสรุปข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ให้แก่สถานีอนามัยที่รับผิดชอบ เพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และมีการประชุมผู้รับผิดชอบงานเอ็ดส์ในสถานีอนามัยเพื่อเสนอปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ในชุมชน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้เรื่องโรคเอดส์ของประชากรที่ศึกษา (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. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อเอดส์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี	53(96.4)	2(3.6)
6. กลุ่มคนที่ใช้โทรศัพท์สาธารณะร่วมกันมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีน้อยที่สุด	52(94.5)	3(5.5)
7. จากคำกล่าวที่ว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยสามารถป้องกันโรคเอดส์ได้หมายถึง การป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย	54(98.2)	1(1.8)
8. ผู้ที่ผู้ที่ทำฟันในโรงพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด	21(38.2)	34(61.8)
9. การป้องกันโรคเอดส์ควรไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน	52(94.5)	3(5.5)
10. เราสามารถตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหลังจากมีเพศสัมพันธ์นาน 6 สัปดาห์ถึง 3 เดือน	28(50.9)	27(49.1)
11. การรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบันสามารถรักษาได้แต่ไม่หายขาด		
12. ข้อที่กล่าวถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์คือโรคเอดส์เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้แต่สามารถป้องกันได้	51(92.7)	4(7.3)
	53(96.4)	2(3.6)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (n=55)

การปฏิบัติในการพัฒนาระบบ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. ให้คำแนะนำเรื่องโรคเอดส์แก่เพื่อนบ้านและคนอื่นๆในชุมชน	24(43.64)	31(56.36)	0
2. พูดคุยทักทายกับผู้ป่วยเอดส์	17(30.91)	28(50.91)	10(18.18)
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเอดส์เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงขึ้น	22(40.0)	25(45.45)	8(14.55)
4. ไปเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวที่บ้าน	11(20.0)	31(56.36)	13(23.64)
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเอดส์ได้พูดคุยเพื่อระบายความคับข้องใจต่าง ๆ	19(34.55)	25(45.45)	11(20.0)
6. ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป	24(43.64)	20(36.36)	11(20.0)
7. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลด้านสุขภาพและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค	23(41.82)	21(38.18)	11(20.0)
8. ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน	18(32.73)	26(47.27)	11(20.0)
9. ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวได้รับสวัสดิการทางสังคม	15(27.27)	28(50.91)	12(21.82)
10. สนับสนุนให้คนในชุมชนให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว	27(49.10)	25(45.45)	3(5.45)
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)

สรุปและวิจารณ์ผล

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนตำบลนาทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีนโยบาย การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกแต่ไม่ ครอบคลุมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่ม มีคณะกรรมการเอดส์ระดับอำเภอแต่ไม่มีตัวแทนจากสถานี อณามัยร่วมเป็นกรรมการ มีแนวทางการดำเนินงาน เอดส์และส่งให้สถานีอณามัยทุกแห่งแต่แนวทางที่มี ไม่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชน ส่วน อบต. ไม่มีนโยบายเอดส์แต่สนับสนุนงบประมาณโครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อ ช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ตามนโยบายของกระทรวง มหาดไทย ซึ่งตำบลนาทองมีจำนวน อสม.ทั้งสิ้น 184 คน มี อสม.ที่รับผิดชอบงานเอดส์ในทุกหมู่บ้านและ ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง หลังพัฒนา ศักยภาพ อสม.ได้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ให้คำแนะนำและให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชน ในพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของ โกมาตรและคณะ (2550) ที่พบว่าบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ตามหลักของ อสม.เป็นผู้ที่ประสานงานส่งต่อข่าวสาร สารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านในชุมชน ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแล สุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแล ตนเองเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพและการเลือก ใช้แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่เพื่อนบ้านและ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งในการดำเนินงาน ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากภาครัฐและเอกชน แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำ โครงการต้านเอดส์จาก อบต.เนื่องจากผู้บริหารไม่เห็น ความสำคัญซึ่งสถานีอณามัยให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ใน รูปแบบของการสอนสุขศึกษาในสถานีอณามัยและใน ชุมชนผ่านทางสื่อเอกสารและสื่อบุคคล ส่วนแกนนำ สุขภาพถ่ายทอดความรู้โดยการบอกเล่า สอดคล้อง กับการศึกษาของ วงศาและคณะ (2548) ที่พบว่า คนในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากสื่อต่าง ๆ

จากบุคลากรทางสุขภาพ การส่งเอกสารหนังสือ ประชาสัมพันธ์ณรงค์ การให้ความรู้ การเข้ารับ การอบรมหรือประชุม จากคนในชุมชนบอกเล่าและ หอกระจายข่าวในชุมชน จากโรงเรียนและครู รวมทั้ง จากประสบการณ์ตรงที่มีคนในชุมชนหรือญาติเจ็บป่วย ด้วยโรคเอดส์

การประเมินความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติ ในการพัฒนาระบบของ อสม.และผู้นำชุมชนจำนวน 55 คน ใหญ่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 44.87 ปี สอดคล้อง กับการศึกษาของ โกมาตรและคณะ (2550) ที่พบ ว่าแนวโน้มสัดส่วนของ อสม.เพศชายมีแนวโน้มลด ลงและเพศหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้น และอายุเฉลี่ยของ อสม.ทั้งประเทศเท่ากับ 43.68 ปี ทั้งหมดมีความรู้ใน ระดับดี แต่ร้อยละ 61.8 มีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องผู้ที่ ทำฟันในโรงพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่า อสม.และผู้นำชุมชนมากกว่าหนึ่งใน สามมีทัศนคติไม่ดีในเรื่องโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อ ร้ายแรงไม่ควรเข้าใกล้ผู้ป่วยเอดส์ และมีประชาชน บางส่วนที่มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จึงแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วยแม้จะมีความรู้ที่ดีเรื่อง โรคเอดส์ก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ วงศา และคณะ (2548) ที่พบว่าทั้งครอบครัวและชุมชน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดี แต่ยังมีปัญหาการยอมรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการอยู่ร่วมในชุมชน และการศึกษาของ ศรีศักดิ์และบุญมา (2550) ที่พบ ว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ถูกสังคมรังเกียจและสังคม พยายามผลักเขาเหล่านั้นออกไปโดยการไม่คบค้า สماعด้วยและไม่จ้างงาน ซึ่งการที่ อสม.และผู้นำ ชุมชนมีทัศนคติที่ดีและนำความรู้ไปถ่ายทอดแก่คนใน ชุมชน ทำให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โกมาตร และคณะ (2550) ที่พบว่า บทบาทที่อสม.ทำหน้าที่มาก ที่สุดคือ การแจ้งข้อมูลข่าวสารให้ชาวบ้าน รองลงมา คือการสำรวจการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ การให้ความรู้ และการให้บริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม มี อสม.และ ผู้นำชุมชนเพียงร้อยละ 20.0 เท่านั้นที่มีการไปเยี่ยม

ให้กำลังใจผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ซึ่งอาจเนื่องจาก ผู้ติดเชื้อไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อกับชุมชน ทำให้ อสม. และผู้นำชุมชนไม่กล้าไปเยี่ยมที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ดีจากคนใน ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยตนเองต่อครอบครัวและ ได้รับการสนับสนุนทั้งกำลังใจและการช่วยเหลือดูแล พื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วย แต่จะไม่เปิดเผยตนเองต่อ ชุมชนและเพื่อนร่วมงาน ซึ่งนอกจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ไปเยี่ยมบ้านแล้วแกนนำสุขภาพจะไปเยี่ยม และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ที่สงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อ ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและกล้าเปิดเผยตัวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วงศาและคณะ (2548) ที่พบว่า การดูแลช่วยเหลือในฐานะ อสม.จะเน้นการดูแลทางสุขภาพ เช่น การไปตรวจเยี่ยม อาการ การให้คำแนะนำเรื่องของการปฏิบัติหรือดูแล ตนเองเมื่อติดเชื้อหรือเจ็บป่วย ซึ่งการที่ อสม.ปฏิบัติ เป็นตัวอย่างทำให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีขึ้นและ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โกมาตร และคณะ (2550) ที่พบว่า กลุ่ม อสม.มองเห็นสภาพปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ติดเชื้อและเครือญาติและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่และเครือข่ายอื่นๆ ที่ทำงานช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อ โดยระยะแรกเป็นการติดตามให้ความรู้และการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและครอบครัว ภายหลังที่ ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและ เยี่ยมเยียนมีมากขึ้นและใกล้ชิดขึ้น ส่วน อบต.ได้ จัดสรรงบประมาณเป็นเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อ และ บางหมู่บ้านมีการจัดสรรเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ เกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชนในกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชน ประชาชนในชุมชน และสถานีนามัย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนที่พัฒนาเป็นระบบที่ดี แต่ยังมี ปัญหาในทางปฏิบัติและต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การแต่งตั้งคณะกรรมการ ดำเนินงาน การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์ในระดับต่างๆ การประสานงานและ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย การศึกษาปัญหาและวางแผนแก้ ปัญหาาร่วมกันในภาคีเครือข่าย การพัฒนาระบบการให้ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ของภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องควรรับผิดชอบ การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกคนให้มีความรู้ที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดี สามารถดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชุม ปรีกษาหารือ วางแผนงานร่วมกัน ประสานงานส่งต่อ ข้อมูล เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
3. หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน โดยเฉพาะ อบต. ควรได้ให้การดูแลช่วยเหลือด้าน อาชีพที่เหมาะสมกับสภาพสุขภาพของผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ของชุมชน ส่งเสริมในรูปแบบชมรมหรือสหกรณ์ หรือทุนประกอบ อาชีพเบื้องต้น
4. อบต.ควรมีระบบการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์โดยไม่ต้องเปิดเผยผลการ ติดเชื้อเพื่อให้สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือให้มากที่สุด
5. หน่วยงานสาธารณสุขควรนำเสนอผล การดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เอดส์แก่ อบต. และจัดทำแผนการดูแลผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, สุจินดา สุขกำเนิด, แสงเทียน อัจจิมากร, ศิรินทร์ภรณ์ อัจจิมากร, กมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์, ปารณัฐ สุขสุทธิ และคณะ. 2550. อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา กับ สุขภาวะไทย. นนทบุรี: มีติกราฟฟิค.

ดรุณี รุจกรกานต์. 2542. ชุมชนอีสานกับการติดเชื้อเอชไอวี: แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับภูมิภาค ครั้งที่ 3 วันที่ 3-4 ธันวาคม 2541. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

ทิพวรรณ วานิชสันต์. 2545. ทักษะและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโครงการใช้ยาต้านไวรัส. วารสารสำนักควบคุมโรคที่ 1, 7(1), 135-138.

ประพันธ์ ภาณุภาค. 2549. โรคเอดส์และการดำเนินของโรค. เอกสารอัดสำเนาประกอบการอบรม การพัฒนาระบบบริการพยาบาลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ สภาวิชาชีพ.

พูลสินธุ์ พงษ์ประเทศ. 2550. การพัฒนาศักยภาพ ในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภารดี นานาศิลป์ และพรรณวดี ตันติศิรินทร์. 2543. ความเครียด การเผชิญความ เครียดและการดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

โรงพยาบาลเชียงใหม่. 2551. สรุปผลการดำเนินงานโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติอำเภอเชียงใหม่. เอกสารประกอบการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2551.

วงศา เลหาศิริวงศ์, ภัทระ แสงไชยสุริยา, สุวรรณ บุญยะสิพรรณ, เจียมจิต แสงสุวรรณ, อีระ ฤทธิรอด, ภพ โกศลารักษ์ และคณะ. 2548. การศึกษาระบบและปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน. วารสารวิจัย มข., 10 (3), 250-263.

ศรีศักดิ์ ตั้งจิตธรรม และบุญมา สุนทรวรัตน์. 2550. การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกระบวนการกลุ่มโรงพยาบาลท่าลี่. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 15(2), 124-130.

สุวรรณ บุญยะสิพรรณ. 2545. โรคเอดส์: การพยาบาลแบบองค์รวม. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงาน HIVQUAL-T จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2551.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2547. แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องพ.ศ.2547. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.].

Daniel L. Stufflebeam, 2007. Evaluation Models. 2nd ed. Springer: Netherlands.