

สรุปรายงานการศึกษา
การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน
ในบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้



ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา

คุณศิริลักษณ์ จันเทร์มะ

อาจารย์ขวัญตา บาลทิพย์

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ในโครงการศึกษาทบทวนองค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในประเทศไทย

มกราคม 2544 — มิถุนายน 2544

สรุปรายงานการศึกษา
การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน
ในบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้

คณะผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประณีต สังวัฒนา
คุณสิริลักษณ์ จันทะระ
อาจารย์ขวัญตา บาลทิพย์

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสา
ธารณสุข
ในโครงการศึกษาทบทวนองค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อการ
พัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในประเทศไทย
มกราคม 2544 — มิถุนายน 2544

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจเป็นอย่างดี จากบุคลากรหลายฝ่าย ที่ทำงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนจากสถานบริการของภาครัฐและเอกชนในภาคใต้ คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและผู้เชี่ยวชาญจากหลายหน่วยงาน ซึ่งได้อำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมระดมสมอง เพื่อให้ได้ภาพสะท้อนการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคใต้ครั้งนี้

คณะผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษา และคณะพยาบาลศาสตร์ที่ได้อำนวยความสะดวกในการใช้วัสดุ อุปกรณ์บางประการ และให้แหล่งความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย สุดท้ายขอขอบพระคุณบุคคลในครอบครัวและเพื่อน ๆ ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเสมอมา คุณประโยชน์จากการศึกษานี้ ขออุทิศแด่ผู้ทำงาน และผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมจากสถานการณ์เอดส์ที่กำลังเพิ่มความรุนแรงในทุกระดับ

คณะผู้วิจัย

มิถุนายน 2544

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	ก
สารบัญ	๗
บทสรุปคัดย่อ	ง
บทที่ 1 ความสำคัญของการวิเคราะห์องค์ความรู้	
บทนำ	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
วิธีการดำเนินงาน	3
บทที่ 2 การให้ความหมาย แนวคิดและความเป็นมาของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนภาคใต้	
- ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน	6
- ปัจจัยพื้นฐานที่เป็นเงื่อนไขนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน.....	7
- แนวคิดและความเป็นมาของการริเริ่มโครงการสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน	8
บทที่ 3 รูปแบบ กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้	
- รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน	12
- กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน.....	15
- การจัดการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมุสลิม: บริบทของการจัดการที่แตกต่าง	23
- บริบทของการดูแลตนเองและการจัดการปัญหาเอดส์ในชุมชนประมงภาคใต้	27
บทที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	
- ปัจจัยด้านบริหารจัดการ	30
- ปัจจัยด้านชุมชน สังคม วัฒนธรรม	32
- ปัจจัยด้านบุคคล	33
บทที่ 5 ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคสู่แนวทางแก้ไข	
- ผลในทางบวก	35
- ผลในทางลบ	37
- ปัญหาและอุปสรรคสู่แนวทางแก้ไข	37

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 6 สรุปและข้อเสนอแนะ	
- บทสรุป	40
- ข้อเสนอแนะ	43
- ข้อเสนอแนะในการวิจัย	46
บรรณานุกรม	47
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก บริบทของการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในแต่ละชุมชน	51
ภาคผนวก ข แผนภูมิการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน ทั้งของภาครัฐ องค์กรเอกชนและชุมชน	62
ภาคผนวก ค แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม.....	70
ภาคผนวก ง วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานจากเอกสารสรุปผลงานปี 2542	71
ภาคผนวก จ แผนที่และฐานข้อมูลเครือข่ายเอดส์ภาคใต้	83
ภาคผนวก ฉ รายนามคณะผู้วิจัย.....	104

บทสรุปคัดย่อ: การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้*

ประณีต ส่งวัฒนา**

สิริลักษณ์ จันทน์ธัมมะ***

ขวัญตา บาลทิพย์****

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาทบทวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งจากภาครัฐ เอกชน และองค์กรชุมชน และปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขสำคัญของการดำรงอยู่หรือหายไปหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบ ซึ่งรวบรวมจากข้อมูลหลายแหล่ง ที่สำคัญคือ วิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร จำนวน 14 เล่ม เก็บข้อมูลภาคสนามที่สะท้อนถึงงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้ โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในชุมชน จำนวน 12 ราย และสนทนากลุ่ม 7 กลุ่ม (จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 47 ราย) และจัดเวทีระดับภาค (จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 27 ราย) เพื่อระดมสมองและตรวจสอบข้อมูลที่ได้ และนำมาจัดหมวดหมู่ตามหลักของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาสรุปได้ประเด็นสำคัญดังนี้

1. ความหมาย แนวคิด และความเป็นมาของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในภาคใต้ พบว่า การให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและที่ชุมชนมีความแตกต่างกัน การดูแลที่บ้านเน้นการดูแลที่ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัว ซึ่งเกิดขึ้นในระดับบุคคลและครอบครัว โดยปราศจากการรังเกียจ ส่วนการดูแลที่ชุมชนนั้น จะเน้นการดูแลที่เกิดขึ้นภายในชุมชน ซึ่งมีบุคคลอื่นนอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัว ให้การดูแลและร่วมแก้ปัญหาด้วย เช่นในหมู่บ้าน ที่วัด ทั้งนี้ไม่นับรวมการดูแลช่วงกลางวันซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นไม่ทุกวัน ส่วนแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาจากหลายแหล่งทั้งที่มาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจากสถานการณ์ด้านเอดส์ที่พบว่าภาคใต้มีอัตราป่วยด้วยเอดส์สูงกว่าภาพรวมของประเทศมาก และข้อมูลจากภาคสนามพบว่า จังหวัดที่มีลูกเรือประมง แรงงานย้ายถิ่นและเป็นแหล่งท่องเที่ยวในภาคใต้จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ค่อนข้างสูง นอกจากนี้ข้อมูลเวทีระดับภาคได้ชี้ให้เห็นถึงสภาพปัจจุบันว่า พบผู้ป่วยเอดส์เกือบทุกหมู่บ้าน รวมทั้งการเสียชีวิตด้วยโรคนี้มีสูงขึ้น ทำให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรชุมชน ร่วมกันจัดการแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยมีแนวทางหลักที่นำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน 4 ประการ คือ (1) ยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (2) ยึดหลักชุมชนเป็น

*โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

***หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ศูนย์กลาง โดยการสร้างความเข้มแข็งให้มีการดูแลและอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจ (3) ยึดหลักการดูแลที่ครบวงจรและต่อเนื่อง (4) ยึดหลักการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมของชีวิต

2. สถานการณ์ด้านการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้ พบว่าการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนมีเพิ่มมากขึ้นในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต ลักษณะการดำเนินงานส่วนใหญ่มีจุดเริ่มมาจากองค์กรภาครัฐ ซึ่งเป็นโครงการที่เน้นการดูแลที่ครบวงจรและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงที่บ้าน ขณะเดียวกันการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นโดยเฉพาะเป็นการดูแลที่วัด การดูแลในชุมชนแต่ละแห่งที่มีการริเริ่มด้วยตนเองทั้งที่เป็นการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ติดเชื้อและกลุ่มของผู้ที่อยู่ในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่สูงหรือมีจำนวน ผู้ป่วยสูงขึ้น หรือเป็นความต้องการของชุมชน ทำให้สภาพการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นไปในลักษณะของส่วนบุคคลหรือในระดับครอบครัวร่วมกับชุมชนมากขึ้น แม้ผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลที่บ้านไม่ต้องการเปิดเผยสถานะของตนเอง เพราะสังคมยังไม่ยอมรับ แต่ต้องการการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐหรือองค์กรเอกชนเมื่อจำเป็นเท่านั้น และสถานการณ์การช่วยเหลือดูแลดังกล่าวจะต้องไม่เป็นที่เปิดเผยต่อสาธารณชนด้วย นั่นคือ การรักษาความลับของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นข้อที่ทุกคนควรตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน เมื่อวิเคราะห์ถึงการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในชุมชน พบว่าการแสดงคุณค่า ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมการดูแลที่มีอยู่ในสังคมมีความเด่นชัดขึ้น

3. กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และการประสานงาน ร่วมมือ โดยทั่วไป พบว่ามีทั้งกลยุทธ์ในเชิงรุกและเชิงรับ โดยอาศัยการประสานงานร่วมมือกันทั้ง ในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีผู้นำที่มีความตั้งใจจริง เสียสละ มีความรู้ และเป็นที่ยอมรับในชุมชน กลยุทธ์ที่ใช้อย่างง่ายและนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นกลุ่มของสมาชิกและชุมชน การเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือด้วยใจ การแสวงหาระบบสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การมีระบบพี่เลี้ยงที่ให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง การเข้าใจผู้ป่วย การดูแลที่ครอบคลุมกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

4. ลักษณะกิจกรรมที่ดำเนินการ มีหลายประเภท ลักษณะของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานมากที่สุด คือ ด้านการส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนงานเอดส์ กิจกรรมที่เด่นชัดคือ การฝึกอบรมกลุ่มต่าง ๆ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยเฉพาะ การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาแนะนำทั่วไป การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน การใช้ชีวิตร่วมกันรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลทางจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้านเป็นหลักในการดูแลร่วมด้วย ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่

ได้รับการอบรมที่สำคัญคือ ผู้นำกลุ่ม แก่นนำชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และผู้ป่วยเป็นหลัก

อย่างไรก็ตามเมื่อมองในภาพรวมของกิจกรรมที่ดำเนินงาน จะไม่แตกต่างไปจากลักษณะกิจกรรมที่ดำเนินงานในภาคอื่น ๆ ยกเว้นความแตกต่างในลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่มีสังคมวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตที่ไม่เหมือนกับที่พบในภาคอื่น ๆ เช่น กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มประมง กลุ่มแรงงานย้ายถิ่น กลุ่มมุสลิม เป็นต้น ส่วนในการดำเนินงานที่ยังไม่ครอบคลุมถึง คือ งานด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายหรือใกล้ตายที่บ้าน งานด้านการป้องกันโรคฉวยโอกาส

5. บทบาทของบุคคล ครอบครัว และองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีมากขึ้น บทบาทการดำเนินงานมีความเด่นชัดในพื้นที่บางแห่งที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่กล้าเปิดเผย เช่น ในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดสูง หรือที่มีการรวมกลุ่มผู้ป่วย ณ สถานที่บางแห่ง ที่มีเป้าหมายร่วมกัน เช่น ที่วัด สำหรับบทบาทขององค์กรรัฐพบว่ายังมีน้อยกว่าองค์กรอื่นๆ ในบางเรื่อง โดยเฉพาะด้านการเยี่ยมบ้านที่เข้าถึงใจและการดูแลที่ครอบคลุมด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

6. รูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ มีหลายรูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการสร้างศักยภาพของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว รูปแบบการสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเรียนรู้และการจัดรูปแบบการสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเรียนรู้และการจัดการปัญหาเอดส์ รูปแบบการพัฒนาวัดหรือองค์กรศาสนาเป็นเครือข่ายในการดูแล รูปแบบการสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน รูปแบบการพัฒนาระบบบริการที่ต่อเนื่องและครบวงจร รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้ดูแลในชุมชน เป็นต้น ซึ่งรูปแบบดังกล่าวได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้ซึ่งกันและกันน้อยมาก เนื่องจากขาดการบันทึก รวบรวม และเผยแพร่

7. ผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนภาคใต้ ในภาพรวมให้ผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ทั้งในทัศนะของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ผลที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีอาชีพ มีรายได้ และมีเครือข่ายการช่วยเหลือที่กว้างขึ้น ความเข้าใจและการยอมรับของสังคมมีมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังขาดการติดตามผลในระยะยาว และการนำผลสรุปรายงาน หรือประเมินผล ไปใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะนโยบาย

จากการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่ พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นและเครือข่ายการดูแลให้เป็นประโยชน์สูงสุด ควรมีแนวทางดังนี้

1. การประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ต้องคำนึงถึงการให้ความหมายและองค์ประกอบที่สำคัญของวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนในแต่ละท้องถิ่นนอกจากนี้พบว่ารูปแบบการดูแลที่เป็นแบบอย่างที่ดีมีอยู่มากในปัจจุบัน ซึ่งควรได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบและเผยแพร่เพื่อสะท้อนถึงการดูแลที่เป็นบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้อย่างแท้จริง

2. การให้ความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังมีน้อยส่วนใหญ่เน้นในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมากกว่า ทักษะที่ควรเน้น และได้รับการส่งเสริมคือ การบริหารจัดการในชุมชน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การป้องกันโรคฉวยโอกาส การแนะนำด้านโภชนาการ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมและค้นหารูปแบบที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลเพิ่มขึ้น

3. บทบาทของรัฐและองค์กรเอกชนและชุมชนมีมากขึ้น แต่ยังขาดการประสานงานที่ดี ทั้งในและนอกหน่วยงาน ทำให้การตอบสนองและการจัดการปัญหาเอดส์ล่าช้า หรือไม่ครอบคลุมตามความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้น ดังนั้นการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของการทำงานร่วมกัน และสนับสนุนซึ่งกันและกันในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน รวมทั้งที่สำคัญซึ่งคาดว่าจะประโยชน์อย่างสูงสุด คือการพัฒนาเครือข่ายหมอพื้นบ้านในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

4. เอดส์เป็นปัญหาทางสังคมวัฒนธรรม ที่มีความเชื่อมโยงกับการดำรงชีวิตและการอยู่รอดของชีวิต ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และมีการศึกษาวิจัยในลักษณะสหสาขาวิชาที่นำไปสู่การแก้ไขที่สาเหตุด้วย

5. การส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อได้มีการวางแผนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญต่อการลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว รวมทั้งเน้นการใช้สุขภาพทางเลือกที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการดูแลอย่างผสมผสาน และการสนับสนุนความคิดในทางบวกให้กับ ผู้ติดเชื้อในการเผชิญปัญหา สามารถยอมรับและพึ่งตนเองได้เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

6. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน และพัฒนาระบบการดูแลแบบพึ่งตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่ในระยะที่ไม่มีอาการ หรือ กลุ่มที่ไม่ต้องการเปิดเผยตนเองต่อสาธารณชน และควรศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ภายหลังการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

Executive summary: Situation analysis of home and community based care for people living with HIV/AIDS in southern Thailand

Assistant Prof. Pranced Songwathana (PhD)*, Siriluck Chandcrma** (MSc Nursing),
Quantra Baltip*** (MSc Nursing)

The study aims to review and analyse the situation of home and community based care for people living with HIV/AIDS in southern Thailand. Data from three collected and analyzed to examine the way in which people living with HIV/AIDS are managed and taken cared at home and communities. The strategies and factors affected the systems of care were also investigated to present the extent to which care has been changed or modified for sustainability or discontinuity, Results showed the significant findings as follows.

1. The current AIDS situation in Southern Thailand is similar to other parts as the number of new case has been increased particularly in reproductive age. The increasing number of AIDS patients were seen both in and out of hospital. The national case report showed that the proportion of people who were sick with AIDS in a hundred thousand population was higher than the country rate. The report also revealed that the high epidemic areas were from provinces with a large number of fisherman, labor migration, and tourists, Data from fields study were also confirmed.

2. The situation of AIDS care in southern Thailand has been changed since last two years. People were more awareness of HIV/AIDS and perceived it as their own problems particularly when one of their of family members sick with AIDS. However, the level of understanding of HIV/AIDS care at home and community among general population was still low. Stigma and rejection were remained high in community level. Various activities in relation to enhancing care for patients at home and community were then supported by several organizations both government and private sectors.

3. AIDS care management in southern Thailand were mainly individual and family level, partly because of fear and social rejection, Patients and families with AIDS generally conceal their status. They would requires some assistance and support when necessary without disclosing to the public, Although the community was taking the significant role by expressing the value and cultural care, the positive response has currently been low compared to overall projects.

4. The strategies applied for managing care at home and communities were both active and passive methods. The significant strategies were involved with active community participation, having good leader with scarify or having better knowledge, home visiting, community acceptance, seeking funds to support activities, and using a holistic approach.

5. Several activities were conducted particularly in enhancing the strength of community participation. Training of difference groups was the most common activities, The content was related to AIDS prevention and psychological care for people living with HIV/AIDS and their families. The herbal and tradition medicine

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hatyai, Songkla Thailand

** Head, Nursing department, Paduang Bezar Hospital, Sadao Disrtict, Songkla Hospital

*** Lecturer, Faculty of Nursing , Prince of Songkla University, Hatyai, Songkla Thailand

had also been promoted and used as the main mode in supplement of lack access to antirretroviral therapy.

6. The role of individual, family and community are increasing especially in the high epidemic area. The role of temple is one of the community care which represents of active participation. The role of government organization has been less than other in terms of accessing to home visiting and providing psycho-spiritual support. However, people with AIDS who concealed their status would have less assistance.

7. Several models of home and community based care have been found. These were included: model of empowerment of patients and their families, model of strengthening and promoting active community participation, care and support from family and community, development of a temple or religion organization as a center of care.

Recommendations

Strengthening home and community based care can reduce the impact of HIV/AIDS on individual, families and community. To ensure effective care and support provided for people living with HIV/AIDS, these issues must be stimulated and plan for the future.

1. To apply AIDS home care model, the meaning of care and component of cultural care at home and community must be clearly defined. The findings showed that the best practice model has currently existed, but it required systematic study and further publication.
2. Sharing knowledge and experience about caring for people living with HIV/AIDS at home and community in southern Thailand has been low. The specific skills are required for effective intervention and enhancing care by their family and community. These skills are included community management, effective health and nutrient counseling, and caring of dying at home.
3. Although the role of government, private and community organization continue to increase, the good governor and co-ordination has been necessary to promptly respond and managed. The direction of policy must be clear and focus on sharing resource as much as possible. Development and integrating of the traditional medicine on home and community based care is required.
4. AIDS is a psychosocial and cultural problem related to daily living and survival. To solve the problem effectively, it requires the multidisciplinary knowledge and team.
5. To encourage people living with HIV/AIDS in living longer with less suffering, continuing plan and self care management must be educated. In addition, the alternative therapies and positive thinking strategies should be supported and integrated to their living for better quality of life.
6. Further research on development of a cultural appropriated model for people living with HIV/AIDS is essential. The independently system of care particularly in people who conceal their HIV status should be further explored. Nevertheless, a follow up study on impact of disclosure to patients and their families which affect quality of life and quality of care at home and community level.

บทที่ 1

ความสำคัญของการวิเคราะห์องค์ความรู้

บทนำ

สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทยโดยทั่วไป พบว่า จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีมากขึ้น และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งภาคใต้มีแนวโน้มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในจังหวัดระนองและภูเก็ตพบอัตราการป่วยต่อประชากร 100,000 คนสูงสุดติดอันดับใน 10 จังหวัดของประเทศจากรายงานสถานการณ์เอดส์ของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่า ภาคใต้มีอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคนสูงขึ้นมากรกว่าภาพรวมของประเทศ โดยเฉพาะพบอัตราป่วยสูงในจังหวัดระนองและภูเก็ต (กองโรคเอดส์กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ขณะเดียวกันจากการ รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์จังหวัดสงขลา ตั้งแต่ ปี 2531 ถึง ณ วันที่ 30 เมษายน 2544 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 3,030 ราย และเสียชีวิต 695 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2544) และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ศึกษาพบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ได้รับความสนใจจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยประเทศไทยได้ริเริ่มโครงการการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านตั้งแต่ปี 2537 ในระยะแรก ๆ ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ โดยกระทำในรูปแบบที่เป็นทางการ ต่อมาได้อาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะจากการรวมกลุ่มของผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยด้วยกันเองที่บ้าน ซึ่งเป็นไปในลักษณะที่ไม่เป็นทางการมากกว่า อย่างไรก็ตามระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในภาคใต้ ยังได้รับความสนใจน้อยและประสบกับปัญหามาก เมื่อเปรียบเทียบกับระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น และในภาคอื่น ๆ ของประเทศ ด้วยความเข้าใจของประชาชนยังมีอยู่น้อย และที่สำคัญผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้า เปิดเผยตนเอง กลัวว่าสังคมจะรังเกียจ ครอบครัวและมีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นลักษณะของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบที่เป็นทางการเป็นแบบที่ไม่เป็นทางการ โดยอาศัยพื้นฐานของวัฒนธรรมและ กลไกทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน และวิถีชีวิตที่เป็นธรรมชาติ แม้ปัจจุบันได้มีการรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในระดับภาคและประเทศ จากงานเอกสารและบททวนการวิจัยที่ผ่านมาจากกองโรคเอดส์ (2543) ซึ่งพบว่าลักษณะกิจกรรมและผลงานมีอยู่มากมาย ที่ชี้ให้เห็นถึงความเหมือนและแตกต่างของแนวคิดและวิธีการที่ใช้และกิจกรรมส่วนใหญ่ ดำเนินการโดยสถาบันภาครัฐที่อาศัยเครือข่ายของโรงพยาบาลเป็นแหล่งสำคัญและที่ผู้ใช้บริการเข้าถึงแต่ก็พบว่าองค์ความรู้ที่ได้ยังไม่ชัดเจนหรือให้ภาพของสถานการณ์เชิงระบบ หรือกลไกสำคัญที่ประกอบด้วยคุณค่าของบุคคล ครอบครัว และ

ชุมชนในลักษณะของวัฒนธรรมการดูแล ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ จนกระทั่งถึงการเสียชีวิต รวมทั้งการเป็น พลวัตรของวิธีการ หรือรูปแบบการดูแลที่ให้ความหมายและเป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทย

เนื่องจากภาคใต้มีลักษณะเด่นทางประชากรและภูมิศาสตร์ที่แตกต่างไปจากภาคอื่น ๆ ได้แก่ การมีประชากรที่เป็นมุสลิม โดยเฉพาะในเขตภาคใต้ตอนล่าง การประกอบอาชีพประมง การทำนาถั่ว มีแรงงานประเภทย้ายถิ่นสูง และมีลักษณะการค้าและขายบริการทางเพศ หรือการลักลอบสิ่งเสพติดทางเขตชายแดนสูง ซึ่งประชากรดังกล่าวบางกลุ่มเป็นประชากรเสี่ยงสูง ต่อการแพร่ระบาดของเอชไอวี รวมทั้งพบว่าส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการดูแลหรือสนใจน้อย อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก นอกจากนี้จากการสรุปและประเมินผลการดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านใน 14 จังหวัดภาคใต้ ซึ่งดำเนินงานโดย หน่วยงานภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ (สรุปรายงานสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ, 2543) พบว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะเชิงรับและให้ภาพกว้าง ยังไม่สามารถระบุดัชนีชี้วัดถึงความสำเร็จของแต่ละโครงการที่ชัดเจน อีกทั้งเป็นการ ดำเนินงานที่ครอบคลุมพื้นที่บางกลุ่มและผลสรุปที่ได้พบว่า ไม่มีความแตกต่างไปจากภาคอื่นๆ และที่สำคัญยังไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงองค์ความรู้ความแตกต่างที่เป็นเอกลักษณ์ของสังคม วัฒนธรรมภาคใต้ที่ชัดเจน อีกทั้งยังขาดองค์การเอกชนที่เน้นการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านอย่างเต็มรูปแบบและครบวงจร ทำให้ระบบการ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของภาคใต้เป็นไปในระดับบุคคลและครอบครัวมากกว่าชุมชน กลุ่มหรือองค์กร ดังนั้นเมื่อประมวลจากการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ พบว่ายังไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นเอกลักษณ์ของระบบการดูแล และการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและ ชุมชน ในบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้อย่างแท้จริง จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพิ่มเติมในการรวบรวมองค์ความรู้ที่เป็นเอกลักษณ์ คุณค่าและวิธีการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่บ้าน และ ชุมชนโดยกระจายตามกลุ่ม ประชากรเป้าหมายที่เฉพาะ เพื่อสะท้อนถึงประเด็นสำคัญบางประการที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมการดูแล เช่นบทบาทชายหญิง การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย รวมทั้งกลยุทธการแก้ปัญหาของครอบครัวและชุมชน เพื่อสังเคราะห์เป็นบทเรียนที่นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ในระดับลึกและให้แนวทางหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การปฏิบัติ การศึกษาวิจัย และการบริการวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน และให้แนวคิดในการพัฒนาไปข้างหน้า การ เปรียบเทียบ การคงไว้ หรือสนับสนุนการดำรงอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในบริบทของสังคมไทยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่อาศัยอยู่อย่างครบวงจรและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์สถานภาพองค์ความรู้ และกลไกสำคัญ ในการพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน ภายใต้แนวคิดและประสบการณ์ของบุคคลในบริบทสังคม วัฒนธรรมภาคใต้ โดยมีประเด็นที่ศึกษา ต่อไปนี้

1.1 สถานภาพองค์ความรู้ทั้งในแง่มุมมองปรัชญาแนวคิด การจัดการหรือกลไกและปัญหาในการพัฒนาระบบการสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขเชิงระบบและวัฒนธรรม การจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน ซึ่งดำเนินงานโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในภาคใต้ เพื่อให้เห็นถึงภาพที่มีการเชื่อมโยงชัดเจนว่า การดูแลที่บ้านและชุมชนภาคใต้เป็นอย่างไร มีแนวคิดและกลไกอะไรที่เป็นเงื่อนไขสำคัญของการดำรงอยู่ การหายไป หรือการปรับเปลี่ยนรูปแบบไปจากเดิม ระบบสังคมวัฒนธรรมที่ปรากฏอยู่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยอย่างไร และมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ

1.2. คุณค่าความเชื่อที่ปรากฏในลักษณะกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่สะท้อนถึงความเป็นเอกลักษณ์ สังคม วัฒนธรรมและการดำรงอยู่ของระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและชุมชนภาคใต้ เพื่อให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ว่า อะไรที่เป็นเอกลักษณ์ ซึ่งให้ความหมายและคุณค่า ในเชิงสังคม วัฒนธรรมภาคใต้ของไทยที่สะท้อนถึงการเข้าใจการอยู่ร่วมและการดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2.เพื่อกำหนดทิศทางและให้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อการพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและชุมชนในระดับภาคและท้องถิ่นภาคใต้

วิธีการดำเนินงาน

1.การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่างๆ รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์และรายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและชุมชนเพื่อวิเคราะห์ถึงสถานการณ์และองค์ความรู้เบื้องต้น ที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมการดูแลและการจัดการดูแลในบริบทสังคม วัฒนธรรมภาคใต้เท่าที่ปรากฏจากรายงาน

2.คัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาข้อมูลภาคสนาม พื้นที่เป้าหมาย ครอบคลุมพื้นที่ที่มีการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนใน 14 จังหวัดภาคใต้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีลักษณะประชากรเฉพาะกลุ่มที่แตกต่างไปจากภาคอื่น

ในการคัดเลือกพื้นที่ที่จะเป็นตัวแทนของบริบทภาคใต้ ในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ผู้ศึกษาได้คัดเลือกสถานที่ที่มีลักษณะดังนี้

2.1พื้นที่ที่มีองค์กรจัดการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจน

2.2 พื้นที่ที่พบจำนวนผู้ป่วยสูงตามรายงานสถิติ หรือพื้นที่ที่มีผู้ป่วยมารับการรักษาอยู่มาก

2.3 พื้นที่ที่ให้บริบททางสังคมวัฒนธรรม ที่เกี่ยวกับการดูแลในกลุ่มประชากรหลักในภาคใต้ที่แตกต่างจากบริบทภาคอื่น

2.4 พื้นที่ที่ให้ความหลากหลายของกลยุทธ์ ที่ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ในครั้งนี้พื้นที่ที่ได้รับการคัดเลือกในการเก็บข้อมูลภาคสนาม มีทั้งหมด 8 แห่ง โดยกระจายตามลักษณะกลุ่มประชากรที่ให้บริการและลักษณะหรือรูปแบบการดูแล พร้อมกันนี้ได้ประสานงานกับผู้นำองค์กรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าว ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งประกอบด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้นำองค์กร ผู้นำกลุ่ม จำนวน 12 ราย และสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมที่เป็นเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ อาสาสมัคร ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ และผู้ดูแล จำนวน แห่งละ 1 กลุ่ม รวมจำนวน 7 กลุ่ม โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 47 ราย ดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนพื้นที่ที่ได้รับการคัดเลือกและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษา	1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (คน)	2. เจ้าหน้าที่/ผู้ให้บริการ (คน)	3. อาสาสมัคร(คน)	4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (คน)	5. ผู้ดูแล (คน)	รวม
ชุมชนไททรงาม	-	-	4	3	-	7
เทพา (มุสลิม)	2	2	8	-	-	10
ระนอง (พม่า)	1	1	5	-	-	6
ระนอง (ไทย)	1	-	1	2	1	4
รพ.ปากพนัง	1	1	-	6	2	9
รพ.มหาราช	1	1	-	2	-	3
วัดสามัคคีธรรม/ วัดวิเวกฯ	2	-	7	1	-	8
ชมรมมุสลิม/สมุย	2	-	-	-	-	-
กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ	2	-	-	-	-	-
รวม	12	5	25	14	3	47

3. เตรียมแบบบันทึกข้อมูลและสำรวจพื้นที่ พร้อมทั้งประสานงานกับบุคคลในพื้นที่และเตรียมผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ในระหว่างการเก็บข้อมูลได้ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบครัวและชุมชน ซึ่งดำเนินงานอยู่ในเขตภาคใต้

4. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลหลักในการกำหนดประเด็นอภิปรายในการจัดสัมมนาเวทีระดับภาค

5. จัดสัมมนาเวทีระดับภาค โดยประสานงานกับเครือข่ายและบุคคลที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นแกนหลักจากองค์กรต่าง ๆ ในภาคใต้เพื่อนำเสนอข้อมูลจากพื้นที่ อีกทั้งช่วยในการตรวจสอบ และยืนยันข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมและประมวลแนวคิดประสบการณ์ต่าง ๆ เปิดประเด็นให้อภิปรายถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการหาความรู้ การนำความรู้ไปใช้ วิเคราะห์และประเมินงานที่ดำเนินอยู่ทั้งในอดีตและปัจจุบัน และกำหนดทิศทางการวิจัย การปฏิบัติ และการบริการวิชาการในอนาคต (ผู้เข้าร่วม ทั้งหมด 27 คน)

6. การวิเคราะห์ข้อมูลประมวลข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้ในแต่ละส่วน เพื่อนำมาสังเคราะห์งานทั้งหมดโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดทำเป็นรายงาน โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมและตอบประเด็นที่ศึกษา ตามกรอบแนวคิดของผลที่ได้รับเป็นหมวดหมู่ ดังปรากฏในบทต่อไป

บทที่ 2

การให้ความหมาย แนวคิดและความเป็นมา ของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้

ด้วยลักษณะการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้ มีอยู่อย่างกระจัดกระจาย ซึ่งยังขาดการรวบรวมเป็นองค์ความรู้ที่ชัดเจน เป็นหมวดหมู่ อีกทั้งยังขาดการรายงานหรือเผยแพร่ให้เห็นและรับรู้ต่อประชาชนและองค์กรทั่วไป ดังนั้นคณะผู้ศึกษาจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล ทั้งที่เป็นรายงานวิจัยและสรุปบทเรียนต่าง ๆ ของหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่บางแห่งที่มีวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ของท้องถิ่นเพื่อเป็นตัวแทนที่ให้ภาพสะท้อนชัดเจนของการให้ความหมาย แนวคิดและหลักการของพัฒนาระบบการดูแล ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน

การดูแลที่ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวนั้น คือการที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้โดยปกติ ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ปราศจากการรังเกียจผู้ป่วย มีความเข้าใจและยอมรับ ผู้ป่วยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ที่นำไปสู่การดูแลที่ถูกต้อง และสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านจึงเป็นการดูแลที่ใช้บ้านเป็นสถานที่ดูแล โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักและมีทีมสุขภาพให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือ รวมทั้งมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

ส่วนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ภายในชุมชน เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยอาจจะอาศัยภายในครอบครัวหรือในชุมชน และอาจจะมีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวร่วมให้การดูแล เช่น อาสาสมัครภายในชุมชนที่ ดูแลผู้ป่วย ซึ่งชุมชนจะต้องเข้าใจผู้ป่วย ไม่รังเกียจ รวมทั้งการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เน้นการเพิ่มและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการดูแลโดยครอบครัวและผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง และเกิดขึ้นที่บ้าน การดูแลโดยองค์กรต่าง ๆ ที่พบเห็นบ่อย คือ การดูแลของวัดหรือใช้วัดเป็นที่พึ่ง การดูแลที่เกิดขึ้นโดยองค์กรผู้ติดเชื้อ องค์กรชาวบ้าน ส่วนลักษณะการดูแลช่วงกลางวันที่มีกิจกรรมเดือนละครั้งหรือนานกว่านั้น (Day care) ไม่ถือว่าเป็นการดูแลที่ชุมชน เพราะเป็นลักษณะการมารวมกลุ่มกันที่ไม่ได้เกิดขึ้นในชุมชน และไม่เป็นไปในลักษณะการดูแลที่เกิดขึ้นทุกวันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการตั้งชื่อเรียกว่าการดูแลช่วงกลางวันจึงให้ความหมายที่ไม่ถูกต้อง

ปัจจัยพื้นฐานที่เป็นเงื่อนไขไปสู่การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน

หัวใจสำคัญที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐาน หรือเงื่อนไขของการเกิดการดูแลที่บ้านและ ชุมชน ได้ต้องประกอบด้วย 1) บุคคลหรือผู้ดูแล 2) ผู้ป่วย 3) วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ยา 4) มีใจรักและถ้อยเป็นหน้าที่ และ 5) ขนาดของปัญหาซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดในการตัดสินใจของการพัฒนาระบบการดูแลในเชิงรุกอย่างไรก็ตาม บางกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน ให้ข้อมูลที่แตกต่างเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ทั้งในด้าน ผู้ป่วย และด้านผู้ดูแล และชุมชน

1. ด้านผู้ป่วย

1.1 การเปิดเผยตัวของผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนที่สำคัญ เพราะเมื่อใดที่ผู้ป่วยปิดบัง ซ่อนเร้น ก็ไม่มีใครทราบ และไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ แต่การที่ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดเชื้อเอช ไอ วี ก็จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้เต็มที่

1.2 อาการที่ปรากฏและระยะของการเจ็บป่วย ในรายที่ไม่เปิดเผยตัวหรือไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองก็ไม่ต้องการการดูแล แต่เมื่อมีอาการปรากฏให้เห็น เช่น อาการทางผิวหนัง ผื่นคัน รับประทานอาหารไม่ได้ หรืออาการเจ็บป่วยในระยะที่สองหรือสาม หรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายจึงเป็นที่มาของการดูแล เพราะผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องการความช่วยเหลือ

2. ด้านผู้ดูแลและชุมชน

2.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว/ชุมชน เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สำหรับผู้ดูแล จากรายงานการศึกษาและประสบการณ์ของผู้ให้การดูแล สะท้อนให้เห็นถึงการมีสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว/ชุมชนที่ดีก่อนการเจ็บป่วย หรือผู้ป่วยเป็นคนดีในมุมมองของครอบครัว/ชุมชน ก็จะได้รับ的帮助เหลือดูแลทุกด้านอย่างเต็มที่

2.2 สังคมไม่ต่อต้าน ไม่รังเกียจและให้กำลังใจ องค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้เกิดการดูแลที่บ้านประการหนึ่ง คือ ชุมชนหรือสังคมให้กำลังใจ ไม่แสดงอาการรังเกียจ ไม่ต่อต้าน หรือกดดันผู้ป่วย จนไม่สามารถอยู่ในสังคมเดิมได้

2.3 การทำงานด้วยใจ มีความเสียสละในการให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทร และเมื่อจำเป็นต้องได้รับค่าตอบแทน ก็เป็นในลักษณะที่เป็นรางวัลทางด้านจิตใจ ไม่เน้นเงินหรือวัตถุเป็นค่าตอบแทนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

2.4 ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องนำไปสู่การยอมรับ การยอมรับเป็นประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน เพราะการยอมรับมีผลมาจากความเข้าใจ เห็นใจ และการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยความรู้ที่ผู้ดูแลควรได้รับ คือ มีความเข้าใจสุขบัญญัติ 10 ประการ การป้องกันครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี การดำรงชีวิตในสังคม การป้องกันการติดเชื้อเอช ไอ วี สู้บุคคลอื่น รวมทั้งเน้นที่ผู้นำ

ชุมชน ซึ่งจะต้องมีความรู้เรื่องโรคและเห็นความสำคัญของปัญหา จึงทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์

2.5 ชุมชนตระหนักถึงปัญหา การตระหนักถึงปัญหา คือ การที่ครอบครัวหรือชุมชนตระหนักว่าปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาของชุมชนใกล้ตัว ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมที่จริงจัง

2.6 มีความร่วมมือและมีเครือข่าย องค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการให้ความหมายของการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน คือ ความร่วมมือของหน่วยงานหลายฝ่าย ทั้งองค์กรของรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น และเอกชน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละครอบครัวจะประสบปัญหาที่แตกต่างกัน ประกอบกับแต่ละหน่วยงานและองค์กรมีข้อจำกัด ดังนั้นการทำงานในลักษณะเครือข่ายจะสามารถจัดหรือลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์ได้

2.7 แหล่งบริการที่ดีใกล้บ้าน เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน เพราะการเดินทางไปรับการดูแลรักษา ณ แหล่งอื่น อาจก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีกำลังใจ การเดินทางบ่อย ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพทรุดลงจากสภาพร่างกายที่อ่อนเพลียเหนื่อยล้า ดังนั้นการมีแหล่งบริการที่ดีเป็นความต้องการและปัจจัยพื้นฐานด้วย

แนวคิดและความเป็นมาของการริเริ่มโครงการสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

1. เป็นนโยบายจากส่วนกลาง

โครงการต่าง ๆ ที่มีมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ภายใต้การดำเนินงานของภาครัฐ ส่วนใหญ่ได้รับแนวคิดมาจากส่วนกลาง โดยมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นในการสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน นโยบายดังกล่าวได้นำไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในแต่ละพื้นที่โดยเฉพาะครอบคลุมในพื้นที่ที่มีศักยภาพของชุมชน และมีเครือข่ายของระบบการบริการสาธารณสุขที่ต่อเนื่อง คือ จากที่บ้านสู่สถานีนานามัย สู่โรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงพยาบาลระดับจังหวัด ซึ่งในระยะหลัง ๆ ที่มีการแพร่ระบาดของเอดส์ในชุมชนบางแห่งสูงขึ้น ภาคเอกชนและภาคประชาชนก็ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อนโยบาย ดังกล่าว

2. เห็นปัญหาในพื้นที่

แม้ว่าองค์กรต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการด้านการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนจะได้รับแนวคิดจากภาครัฐ แต่ก็พบว่าที่มาของโครงการต่าง ๆ มาจากแนวคิดของชุมชนเองด้วย ซึ่งเป็นแนวคิดที่ทำให้การดำเนินการที่มีความยั่งยืนและต่อเนื่อง แม้ว่าจะพบปัญหาอุปสรรคบางประการ แนวคิดที่นำไปสู่จุดเริ่มของโครงการซึ่งรวบรวมจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยองค์กรต่าง ๆ ใน ชุมชนพบว่ามีดังนี้

2.1 ผู้ป่วยขาดที่พึ่ง/เดือดร้อนทุกด้าน

ข้อมูลจากหลายแหล่งสามารถระบุได้ว่า การริเริ่มของโครงการหลายแห่งมาจากการเห็นปัญหาของผู้ป่วย ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังเช่น ผู้ริเริ่มโครงการบางแห่งให้ ข้อมูลว่า “เห็นเขาเดือดร้อน อยู่แบบไม่มีที่พึ่ง” หรือ “ดูแล้วเศร้าเพราะเขาไม่มีทางออก” หรือ “ไม่ว่าเป็นใคร การที่เขามาหาเรา แสดงว่าเขาเดือดร้อนมากไม่อย่างใดก็ อย่างหนึ่ง”

2.2 ผู้ป่วยได้รับการรังเกียจ/ไม่ยอมรับจากสังคม

จากรายงานการศึกษาในอดีตถึงปัจจุบัน รวมทั้งการเก็บข้อมูลภาคสนาม พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ยังได้รับการรังเกียจและไม่ยอมรับจากสังคมอยู่มาก แม้ว่าจะได้มีการรณรงค์หรือให้ความรู้กับชุมชนอย่างเต็มที่ ซึ่งมักจะได้ยินคำพูดจากชุมชนบ่อย ๆ ว่า “อย่าว่าแต่คนธรรมดาอย่างผมเลยแม้แต่หมอ พยาบาลยังรังเกียจคนเป็นโรคนี้” อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในโครงการต่าง ๆ พบว่าการที่สังคมไม่ยอมรับหรือรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ เป็นปัจจัยอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน ดังนั้นในหลายโครงการที่ดำเนินมาได้ถึงปัจจุบัน มีจุดเริ่มมาจาก แนวคิดที่ต้องการให้ชุมชนหรือสังคมเกิดการยอมรับหรือไม่รังเกียจผู้ป่วยเอดส์ และครอบคลุมเป็นหลัก

2.3 ผู้ป่วยเป็นคนในครอบครัว/คนรอบข้างที่สนิทสนม

ปัญหาที่เกิดในพื้นที่ส่วนใหญ่ มักถูกละเลยหรือไม่สนใจอาจเป็นเพราะบุคคล ไม่ได้คิดว่าเป็นปัญหาหรือปฏิเสธปัญหา จนกระทั่งเมื่อปัญหานั้นได้เกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัวที่รู้จักหรือสนิทสนมหรือเกิดกับตนเองจึงได้เห็นและตระหนักถึงความสำคัญถึงปัญหานั้น ดังที่หลายคนพูดว่า “ถ้าไม่เกิดกับตนเอง แล้วจะไม่รู้สึก” ดังนั้นหลายโครงการที่ริเริ่มได้แรงบันดาลใจจากการที่มองเห็นปัญหาที่เกิดกับบุคคลในครอบครัว และพบว่าผู้ป่วยไม่มีทางเลือกหรือทางออก ทำให้ต้องเผชิญกับความทุกข์หลายด้าน ขณะเดียวกันความรู้สึกเป็นทุกข์จะเกิดกับคนรอบข้างด้วยไม่ว่า ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิต

2.4 มีแรงงานย้ายถิ่นสูง

ในพื้นที่ทางภาคใต้หลายแห่งที่อยู่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นแหล่งอุดมสมบูรณ์ทั้งทางการเกษตร การประมง และเป็นแหล่งที่สร้างรายได้ของประเทศ ดังนั้นจึงเป็นพื้นที่ที่มีการดึงดูดผู้คนจากภาคอื่น ๆ รวมทั้งประเทศเพื่อนบ้านใกล้เคียงมาอาศัยอยู่ ในลักษณะของการอยู่แบบชั่วคราวมากกว่าอยู่แบบถาวร นอกจากนี้มีแรงงานย้ายถิ่นสูงในบางพื้นที่ผู้คนกระจัดกระจายไม่เป็นหลักแหล่งแน่นอนทำให้เกิดปัญหาแก่ประชาชนในพื้นที่มากมาย รวมทั้งการขาดมาตรฐานการ ป้องกันที่ชัดเจน อีกทั้งยังเป็นการยากในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ดังนั้นบางโครงการที่ ริเริ่มจึงเล็งเห็นถึงปัญหาที่จะเกิดในอนาคต

3. เริ่มด้วยใจที่อยากทำ เน้นคุณธรรมและศาสนาเป็นหลัก

แม้การจัดการแก้ไขปัญหาเอดส์ในหลายโครงการ วิเริ่มจากการมีนโยบายหรือจากการมองเห็นปัญหาในพื้นที่ อย่างไรก็ตามมีหลายโครงการที่ริเริ่มจากการมีคุณธรรม มีใจรัก เมตตาช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ โดยอาศัยความเชื่อและศาสนาเป็นหลักในการดำเนินชีวิต และการทำงาน การริเริ่มส่วนใหญ่จึงมาจากบุคคล แม้ว่าจะเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากโรคเอดส์ หรือในขณะนั้นยังไม่มีปัญหาโรคเอดส์ในพื้นที่ ดังเช่นที่ชุมชนแห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่าการริเริ่มโครงการมาจากส่วนลึกของจิตใจที่ไม่อยากให้เกิดปัญหาเอดส์ในชุมชน หลายโครงการจึงริเริ่มด้วยโครงการรณรงค์ป้องกันมากกว่า และให้ความรู้ในการอยู่ร่วมและดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ด้วย

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่เกือบทุกแห่งให้ความสำคัญต่อการนำไปสู่การริเริ่มโครงการต่าง ๆ คือการใช้หลักศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นเครื่องชี้แนวทางในการลดและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ได้ผลชัดเจน ด้วยความเชื่อหรือแนวคิดที่ว่า ศาสนาเป็นหลักธรรมคำสอนที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสังคมหรือสิ่งแวดล้อม และเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่เป็นแหล่ง พลังชีวิตสำคัญ

4. มีแหล่งสนับสนุน

แหล่งสนับสนุน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโครงการต่าง ๆ หลายโครงการ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทั้งในรูปแบบของการจัดอบรม งบประมาณ ทรัพยากร และบุคคล โดยเฉพาะการสนับสนุนจากผู้บริหาร ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลายโครงการริเริ่มจากการที่มีผู้บริหารสนับสนุนในระยะแรก แต่ก็พบว่าการสนับสนุนนั้นไม่ได้มีอยู่อย่างต่อเนื่อง จากปัจจัยหลายประการทั้งที่มาจากปัญหาภายในและภายนอกระบบ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับโครงการบางแห่งที่ริเริ่มโดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานใด ๆ หรือจากผู้บริหาร แต่ริเริ่มด้วยแนวคิดอื่น จะพบว่าการริเริ่มโครงการด้วยการพึ่งตนเองดังกล่าว จะสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนกว่า

โดยสรุปจุดสนใจที่ทำให้มีการริเริ่มโครงการต่าง ๆ อาจมีที่มาจากหลายเหตุผล เช่น จากนโยบายและจากการเห็นปัญหาในพื้นที่ และจากใจที่อยากทำ เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์ถึง หลักการ และแนวทางในการดำเนินการของโครงการที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในภาคใต้แล้วพบว่า มีหลักการและแนวทางที่สำคัญอยู่ 4 ประการ คือ

1. ยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

จากการวิเคราะห์ถึงวัตถุประสงค์ของโครงการที่ดำเนินการอยู่ในภาคใต้ พบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของโครงการที่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล โดยการ พัฒนาศักยภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย/ครอบครัว ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลหลายแห่งกล่าวคล้ายคลึงกัน คือ “ต้องเน้นให้เขา (ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย) ใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้มากที่สุด อย่างนี้รอส่วนบุญจากคนอื่น” ดังนั้นการสร้างอาชีพและสนับสนุนให้กำลังใจอย่างจริงจัง เป็นกิจกรรมที่สำคัญเพราะผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ประสบปัญหาเศรษฐกิจ เป้าหมายสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทุกฝ่ายพยายามดำเนินการ คือ จากการเป็น

ที่พึ่งของผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วย/ครอบครัว กลายเป็นให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย/ครอบครัว มีการพึ่งตนเอง รูปแบบที่เห็นชัด คือ การมีกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือหรือชมรมต่าง ๆ

2. ยึดหลักชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยการสร้างความเข้มแข็งให้มีการดูแลและอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจ

ความพยายามที่จะให้สังคมหรือชุมชนได้เข้าใจ (ยอมรับและไม่รังเกียจผู้ที่ประสบปัญหาจากโรคเอดส์) รวมทั้งความพยายามที่จะลด หรือป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ใน ชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญของหลายโครงการ โดยเฉพาะในโครงการที่เกี่ยวข้องกับการใช้หลักศาสนาเป็นแนวทางหรือเป็นศูนย์กลางใจให้ชุมชนได้ปฏิบัติ และเข้าใจให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์ คุณธรรม จริยธรรม มากกว่าอย่างอื่น รูปแบบที่ปรากฏให้เห็นจากหลักการนี้ เช่น การเตรียมชุมชน การสร้างอาสาสมัคร การสร้างเครือข่ายการดูแล เป็นต้น ซึ่งในหลักการนี้ หลายฝ่ายให้ความเห็นว่า จะช่วยลดหรือแก้ไขความรุนแรงของปัญหาเอดส์ได้

3. ยึดหลักการดูแลที่ครบวงจร/ต่อเนื่องและเน้นองค์รวม

โครงการที่ดำเนินการโดยภาครัฐส่วนใหญ่เน้นการดูแลที่ครบวงจร ต่อเนื่องเป็นหลักและแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตั้งแต่ระยะแรกเมื่อทราบผลการติดเชื้อ จนถึงวาระสุดท้าย ทั้งที่บ้าน ชุมชน และโรงพยาบาล หรือทั้งในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการอาศัยอยู่หรือเป็นแหล่งพักพิง หลักการดูแลดังกล่าวต้องการเน้นความสำคัญของการเยี่ยมบ้านการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน และระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

4. ยึดหลักการการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมของชีวิต

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม คือ เน้นการดูแลที่ครอบคลุมทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ได้ระบุไว้ในหลายโครงการ โดยเฉพาะโครงการที่ดำเนินการโดยองค์การศาสนา ดังที่ผู้นำศาสนากล่าวว่า “คนเป็นเอดส์เป็นคนมีทุกข์หลายด้านและต้องการการบำบัดเยียวยาทั้งทางกายและจิต อีกทั้งต้องเข้าไปช่วยให้จิตข้างในมีพลังเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกัน” นอกจากนี้การดูแลที่เน้นการผสมผสานทั้งการแพทย์แผนโบราณ และแผนปัจจุบันอย่างเป็น องค์รวมเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน ด้วยเหตุผลบางประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะนี้ยังไม่มียารักษาโรคนี้ให้หายขาดได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกหรือเป็นทางออกให้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย/ ครอบครัว ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและมีเป้าหมายของชีวิตที่เหมาะสม

บทที่ 3

รูปแบบ กิจกรรม และกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนภาคใต้

โรคเอดส์เป็นปัญหาที่หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ให้ความสนใจและร่วมมือกันที่จะแก้ปัญหา โดยมีกิจกรรมและกลไกการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานของครอบครัวและชุมชนต่างๆ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีกิจกรรม และกลยุทธ์ในการดำเนินงานที่หลากหลายและแตกต่างกันดังนี้

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน

ด้วยความหลากหลายและซับซ้อนของปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้น ทำให้ลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนมีรูปแบบต่าง ๆ กันหลักการและแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1.ยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

1.1 รูปแบบการสร้างศักยภาพของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวประกอบด้วยกิจกรรมหลายลักษณะ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการอบรม การฝึกทักษะรายบุคคลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน รวมทั้งการส่งเสริมงานอาชีพ โดยใช้หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์พึ่งตนเองได้

ปัจจุบันมีการจัดตั้งชมรมผู้ติดเชื้อในภาคใต้อยู่ประมาณ 33 ชมรม ส่วนใหญ่อยู่ทางภาคใต้ตอนบน อย่างไรก็ตามในแต่ละชมรมมีการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารกันน้อยมาก โดยสังเกตจากการที่มีการจัดกิจกรรมร่วมกัน และแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลหรือมีจุลสารชมรม เพื่อเผยแพร่ความรู้ ยกเว้นการพบปะพูดคุยกันเมื่อมีการประชุมในเวทีระดับภาค หรือเวทีระดับประเทศที่จัดให้มีขึ้นทุกปี ส่วนในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วย ลักษณะกิจกรรม ส่วนใหญ่จะเน้นการอบรมให้ความรู้ในเรื่องโรค และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้โดยไม่รังเกียจ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

2.ยึดหลักชุมชนเป็นศูนย์กลาง

2.1 รูปแบบการสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเรียนรู้และจัดการปัญหาเอดส์

กลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญในการดูแลและป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชน คือ การเตรียมชุมชนให้พร้อม ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเรียนรู้และแก้ปัญหาเอดส์ จึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ดี โดยปราศจากการรังเกียจ ลักษณะ

กิจกรรมที่พบบ่อย คือ การอบรมแก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะในวัยหนุ่มสาว ด้วยการบรรยาย อภิปราย และใช้สื่อเสียงทางดนตรีที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านในการกระตุ้นและส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ การป้องกันและการดูแลของประชาชนใน ชุมชน เช่น การใช้มโนราห์ หนังตะลุง เป็นต้น ดังที่ปรากฏในกิจกรรมรณรงค์สร้างความเข้าใจเอดส์ในจังหวัดสงขลา (อุษณีย์ และคณะ, 2540; กิตติกร และคณะ, 2543)

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแห่ง พบว่า ประชาชนกลุ่มที่มีความตระหนักถึงปัญหาเอดส์มากที่สุด คือ กลุ่มอาสาสมัครและผู้นำชุมชน โดยมองว่าเอดส์เป็นปัญหาของทุกคนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกัน ในขณะที่ยังกลุ่ม วัยรุ่นและผู้ใช้งาน โดยเฉพาะผู้ชายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่หลายชุมชนให้ความห่วงใย ชุมชนจึงรณรงค์ป้องกันเอดส์ในกลุ่มเสี่ยง โดยการให้ความรู้ที่สอดแทรกในงานคอนเสิร์ต การจัดให้ผู้ป่วยเอดส์มาพบปะพูดคุยกับชาวบ้าน การจัดให้ศึกษาดูงานในสถานที่ที่มีผู้ป่วยเอดส์พักอาศัย เช่น ที่วัด หรือที่โรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคเอดส์มีมากกว่าการ ดูแล แม้ว่าได้มีการจัดดำเนินการที่ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2. รูปแบบการสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยาตกใจกลัว วิดกกังวล ภายหลังทราบผลการติดเชื้อและกลัวการเปิดเผย จนกระทั่งเมื่อมีอาการป่วยและปรากฏอาการต่าง ๆ ที่ไม่สามารถปกปิดผู้อื่นได้ จึงต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่า ครอบครัวหรืออาสาสมัครผู้ให้การดูแลจะทราบว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ ด้วยลักษณะอาการที่ปรากฏภายนอก เช่น อาการทางผิวหนัง เป็นผื่นขาวในปากหรือผอมลง มีไข้ ท้องเสียอยู่นาน เป็นต้น บางรายที่เรียนรู้จากผู้ป่วยโดยตรง โดยผู้ป่วยบอกความจริง ทำให้การสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัวมีมากขึ้น การสนับสนุนประกอบด้วยกิจกรรมหลายด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูลให้กำลังใจ คำแนะนำ การให้อาหารหรือยาที่มีประโยชน์ต่อการบำรุงร่างกาย การดูแลเอาใจใส่รักษาพยาบาล เช่น เช็ดตัว เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ชุมชนใดที่มีการเตรียมความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การป้องกัน และการดูแลมาแล้ว มักจะให้การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย และครอบครัวด้วยการเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นไปในลักษณะญาติมิตร และพี่น้องหรือ เครือญาติมากกว่า

3. ยึดหลักการการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมของชีวิต

3.1 รูปแบบการพัฒนาวัดหรือองค์กรทางศาสนาเป็นเครือข่ายในการดูแล

การใช้วัดหรือองค์กรทางศาสนา เป็นเครือข่ายในการดูแลโดยอาศัยพระสงฆ์หรือบาทหลวง หรือใต้ฮินหม่าม (ผู้นำศาสนาอิสลาม) เป็นแกนนำซึ่งประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้โดยยึดหลักศาสนา เป็นแนวทางกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาเอดส์และสร้างความเข้าใจ การอยู่ร่วมกัน การดูแลด้วยความเมตตา ระบบการดูแลผู้ป่วยที่วัดได้พัฒนาขึ้นในหลายจังหวัดเพื่อรองรับ

ปัญหาเอดส์ที่มีเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในรายที่ขาดที่พึ่ง ไม่มีครอบครัว หรือ ถูกทอดทิ้ง รังเกียจจากครอบครัว วัดจึงเสมือนเป็นที่พึ่งสุดท้ายของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแตกต่างจากการใช้มัสยิดและโบสถ์ที่พบว่าไม่มีการพัฒนาให้เป็นสถานที่รองรับปัญหาเอดส์ ดังเช่นที่พบการดูแลในวัด

ในปัจจุบันมีวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่ได้รับการพัฒนาให้กลายเป็นสถานบำบัดผู้ป่วยเอดส์ เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน และเรียนรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และเป็นสถานที่รับดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลชั่วคราว จนกว่าผู้ป่วยจะแข็งแรงและกลับบ้านได้ ลักษณะกิจกรรมการดูแลที่วัดประกอบด้วยหลายกิจกรรม แต่ที่มีลักษณะเด่น คือ การทำสมาธิ การส่งเสริมอาชีพ การเยียวยาด้วยสมุนไพร การอบประคบรวมทั้งการใช้หินเหล็กไหลเป็นยา

3.2. รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลแบบทางเลือก

สืบเนื่องจากยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ได้โดยตรง ทำให้ผู้ป่วยพยายามแสวงหาวิธีการรักษาที่หลากหลายเพื่อเยียวยาตนเอง ระบบการดูแลรักษาแบบทางเลือก จึงเป็นที่รู้จักกันและได้รับความสนใจเป็นอย่างมากทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรและบริโภคอาหารประเภทชีวจิตเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกัน ซึ่งพบว่าการดูแลที่วัดแห่งหนึ่งเป็นตัวอย่างการใช้ระบบการดูแลแบบทางเลือกที่ผสมผสานกับการเยียวยาทางการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเด่นชัด อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการพัฒนาเครือข่ายหมอพื้นบ้านในการดูแลทั้ง ๆ ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากตัดสินใจใช้การรักษาแบบทางเลือกเพื่อการเยียวยาตนเองมากกว่าการใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาต้านไวรัสด้วยเหตุผลหลายประการ ที่สำคัญ คือ ยามีราคาแพงไม่สามารถซื้อใช้และขาดความรู้ในการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีอาการข้างเคียงจากยา

4. ยึดหลักการดูแลที่ครบวงจร/ต่อเนื่อง

4.1. รูปแบบการพัฒนาระบบบริการดูแลที่ครบถ้วนและต่อเนื่อง

รูปแบบการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ต่อเนื่องและครบวงจร เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถดำเนินการโดยท้องที่ภาครัฐเป็นหลัก เน้นการช่วยสนับสนุนและส่งเสริมระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีหลักการให้บริการ 2 ประการ คือ

4.1.1 การดูแลอย่างครบถ้วน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลที่สำคัญ ดังนี้

4.1.1.1 การบริการด้านการแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการส่งต่อ รวมทั้งมีการสอนและอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

4.1.1.2 การดูแลทางด้านสังคมและจิตวิทยา ซึ่งมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การให้บริการให้การปรึกษาทางด้านสุขภาพและสังคม การให้กำลังใจและข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เป็นต้น

4.1.1.3 การบริการด้านเศรษฐกิจ เช่น การส่งเสริมให้ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมให้ความช่วยเหลือ สร้างอาชีพ

4.1.1.4 การช่วยเหลือด้านกฎหมายและจริยธรรม เช่น การคุ้มครองปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและกฎหมาย การช่วยผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ เป็นต้น

4.1.2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ คือ

4.1.2.1 การบริการต่อเนื่องที่ยาวนานเพียงพอ เช่น การเยี่ยมบ้าน การจัดระบบเพื่อนช่วยเพื่อนให้การดูแลซึ่งกันและกัน การอบรมผู้นำชุมชนและการประสานงานเพื่อการส่งต่อไปยังสถานที่ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย

4.1.2.2 การบริหารจัดการและการบริหารข้อมูล ลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ คือ การประชุมชี้แจงนโยบาย หรือแนวคิดการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร การนิเทศและติดตามประเมินผล

4.2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและผู้ดูแลในระดับครอบครัวและใน ชุมชน

การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการช่วยเหลือและให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญต่อการจัดระบบรองรับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ที่อาจเพิ่มมากขึ้น ลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ คือ การจัดอบรมแกนนำหรืออาสาสมัครในชุมชน และขยายผลการ อบรมไปยังสมาชิกในชุมชน และพัฒนาเป็นเครือข่ายการดูแลและแก้ไขปัญหาเอดส์ นอกจากนี้ยังมีการจัดการศึกษาดูงาน และแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์จากการจัดเวทีต่าง ๆ

4.3 รูปแบบการพัฒนาระบบการให้การปรึกษาทั้งในและนอกโรงพยาบาล

การให้การปรึกษา เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทุกหน่วยงานให้ความสนใจมากขึ้น เพราะการให้การปรึกษาที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจ ยอมรับ และเผชิญกับปัญหาหรือ สถานการณ์ต่าง ๆ ได้มากขึ้น รูปแบบที่พบส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการโดยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา ส่วนการให้การปรึกษานอกโรงพยาบาลหรือในชุมชน หรือผู้นำศาสนาที่อาจได้รับการอบรมเรื่องเอดส์มาแล้ว และเป็นการปรึกษาในลักษณะไม่เป็นทางการ ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามระบบเครือข่าย อย่างไรก็ดี ผู้ให้การปรึกษานอกโรงพยาบาลยังคงมีน้อยมาก และลักษณะการให้การปรึกษาเป็นการปรึกษาขั้นพื้นฐานมากกว่า

กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน

การวิเคราะห์กิจกรรมและกลไกการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์เวทีระดับภาค (28 พฤษภาคม 2544) พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านมี 2 ด้าน มีดังนี้

- ด้านการบริหารจัดการ กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การอบรมอาสาสมัครแกนนำ ร้อยละ 72 ระดับรองลง คือ การประชุมผู้ปฏิบัติงานและแกนนำ ร้อยละ 69.23 ส่วนกิจกรรมด้านการ

บริหารจัดการที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 53.85 ทั้งนี้เนื่องจากการเปิดเผยตัวของผู้ป่วยยังมีน้อย สังคมไม่ยอมรับ ผู้นำชุมชนยังไม่ตระหนักเห็นความสำคัญ

- ด้านการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดใน 5 อันดับแรก คือ การให้การปรึกษา การให้สุขศึกษา การเลือกอนามัยให้ทางเลือก การให้การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการเยี่ยมบ้าน โดยคิดเป็นร้อยละ 100,92.31,91.67,90.91 และ 76.92 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การสร้างแกนนำอาสาสมัครสังคมมีเพียงร้อยละ 7.69 เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากองค์กรที่เกิดในภาคใต้เป็นองค์กรใหม่ยังขาดประสบการณ์การทำงานและยังไม่เข้มแข็งจึงไม่สามารถสร้างแกนนำได้อย่างเพียงพอ

แม้ในรายงานการศึกษาที่ผ่านมามิได้ให้ภาพของกลไกการจัดการดูแลในรายละเอียด แต่ผลสรุปจากการประชุมเวทีระดับภาคและข้อมูลภาคสนาม สามารถให้ภาพกว้างได้ว่า ระบบและกลไกการจัดการดูแลที่เป็นอยู่ในอดีตถึงปัจจุบันมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหา และตอบสนองต่อความต้องการการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในระดับหนึ่ง ซึ่งอยู่ในบริบทของสังคมวัฒนธรรมที่มีความคล้ายคลึงกับประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ดังรายละเอียดของข้อมูลที่สะท้อนถึงกิจกรรมและกลไกที่สำคัญ ดังนี้

1. การเยี่ยมบ้านเป็นหัวใจสำคัญของระบบการดูแลที่บ้าน

ลักษณะการเยี่ยมบ้านดำเนินการโดยทั้งภาครัฐ และภาคประชาชนหรือชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นไปในรูปแบบของการปกปิดสังคม ยกเว้นบางแห่งจะเปิดเผยเฉพาะในกลุ่มเดียวกันที่มีความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการเยี่ยมบ้านโดยภาครัฐจะมีเจ้าหน้าที่ให้การดูแล โดยการออกไปเยี่ยมร่วมไปในกลุ่มโรคอื่นที่เป็นโรคเรื้อรัง นั่นคือ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยเอดส์จะเป็นลักษณะสอดแทรกหรือเสริมเข้าไปในระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ด้วย และการเยี่ยมนั้นจะเป็นการเยี่ยมครอบครัวมากกว่าเยี่ยมเฉพาะบุคคลหรือผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบต่อผู้ป่วย อันเนื่องมาจากการรังเกียจหรือไม่ยอมรับของชุมชน นอกจากนี้การเปิดเผยสถานะของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ ดังนั้นเพื่อป้องกันการสงสัยจากการไปเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพ เจ้าหน้าที่จะแต่งกายตามปกติ ที่ไม่ใช่ชุดข้าราชการหรือใช้รถของโรงพยาบาล ยกเว้นถ้ามีการออกหน่วยเคลื่อนที่และเยี่ยมบ้านตามกิจวัตร นอกจากนี้หากมีการซักถามถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นก็จะใช้เหตุผลอธิบายตามลักษณะอาการมากกว่าการเป็นโรค หรือการอธิบายด้วยกลุ่มโรคแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยเป็นมากกว่า โดยไม่กล่าวถึงโรคเอดส์โดยตรง เช่น เป็นโรคปอด โรคผิวหนัง ตามอาการที่ปรากฏในผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมของเจ้าหน้าที่ก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา และไม่มีกิจกรรมการดูแลที่เด่นชัด ยกเว้นเป็นการให้กำลังใจตามความเหมาะสม

สำหรับการดูแลโดยชุมชน ซึ่งมีอาสาสมัครหรือเพื่อนบ้านเป็นผู้เยี่ยม แม้จะเป็นการเยี่ยมแบบปกปิดและไม่เป็นทางการ แต่ผู้เยี่ยมและผู้ถูกเยี่ยมสามารถพูดถึงโรคเอดส์ได้ ดังนั้นในกลุ่มผู้เยี่ยมจะทราบและสามารถให้การดูแลได้ชัดเจนตรงกับความต้องการของผู้ป่วยซึ่งกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ

ชุมชนจะประกอบด้วย การให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพ ให้กำลังใจ ให้ของเยี่ยม ให้เงิน ให้ยาสามัญประจำบ้าน และสมทบทุนช่วยในการจัดการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถทำงานได้หรือไม่ มีผู้ดูแลเพราะครอบครัวอยู่ต่างถิ่น นอกจากนี้ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง กลุ่มผู้เยี่ยมจะพยายามทำให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วยเอดส์ด้วย โดยการแสดงออกถึงความจริงใจ ความสม่ำเสมอ และการเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติต่อผู้ป่วย จากการเยี่ยมดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเข้าใจกัน กลายเป็นความผูกพันที่ใกล้ชิด เช่น จากความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนหรือคนแปลกหน้ากลายเป็นความสัมพันธ์ฉันท์ญาติสนิท รวมทั้งการเยี่ยมโดยชุมชนจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “เป็นหน้าที่ที่จะต้องทำ” ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างเข้าใจและเห็นใจ เกิดความต่อเนื่องในการดูแล อย่างไรก็ตามการเยี่ยมบ้านโดยชุมชนก็ก่อให้เกิดปัญหา เกิดเป็นภาระกับผู้เยี่ยม เกิดความคับข้องใจเมื่อมีผู้ป่วยมาขอความช่วยเหลือมากขึ้น ในขณะที่ ชุมชนมีปัญหาเรื่องขาด งบประมาณ เวลาและเรื่องความรู้ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเยี่ยม แต่ ชุมชนก็พยายามจัดการ แก้ไขที่จะจัดสรรคน และแบ่งงานให้ลงตัว โดยพยายามกระจายภาระงานตามท้องที่ที่อาสาสมัครอาศัยอยู่ ของงบประมาณจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อเป็นทุนสร้างอาชีพ และรายได้ของกลุ่มในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

กิจกรรมที่สำคัญในด้านการบริหารที่กลุ่มต่างๆ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติมากที่สุด คือ การอบรมอาสาแกนนำในการให้ความรู้ที่จะดูแลที่บ้าน ซึ่งให้เหตุผลที่ น่าสนใจไว้ว่า ส่วนหนึ่ง เป็นผลจากการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐมีภาระหน้าที่หลายประการ “สวมหมวกหลายใบ” จึงไม่มีเวลาที่จะให้การดูแลที่ลงสู่ชุมชนได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นจึงฝึกอาสาสมัครที่เต็มใจจะให้การดูแลผู้ป่วยขึ้นเพื่อเป็นตัวแทนของหน่วยงานในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในชุมชนซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากอาสาสมัครที่อยู่ในชุมชน จะมีความผูกพันเหมือนญาติ ย่อมที่จะให้การดูแลที่เข้าถึงใจได้ง่ายกว่า อย่างไรก็ตามก็ยังเกิดปัญหาที่ว่าแม้จะมีการอบรมอาสาสมัครให้การดูแลผู้ป่วย แต่บางครั้งอาสาสมัครก็ขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกลังเลใจว่าสิ่งที่ตนเองกำลังปฏิบัติเป็นบทบาทของใคร และทำไปแล้วมีความถูกต้องหรือไม่ ดังนั้นอาสาสมัครหลายรายจึงต้องการการฝึกอบรมเรื่องการเยี่ยมบ้าน

ปัจจุบันกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่ดำเนินการโดยภาครัฐ และชุมชนยังคงมีปัญหา และต้องการความร่วมมือประสานงานกัน ซึ่งควรพิจารณาบทบาทและประเมินผลอย่างจริงจัง ถึงความสำเร็จและการมีประสิทธิภาพของงาน รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว อย่างไรก็ตามจากการประเมินงานในเบื้องต้น ผู้ศึกษาพบว่า การเยี่ยมบ้านโดยครอบครัวและชุมชนได้แสดงให้เห็นถึงการได้รับประโยชน์ ทั้งผู้เยี่ยมและผู้ถูกเยี่ยม คือ ผู้ถูกเยี่ยมจะได้รับการดูแล ได้รับกำลังใจ ทำให้มีความสุขมากขึ้น ส่วนผู้เยี่ยมก็รู้จักแบ่งปันเอื้อเฟื้อ จนเกิดความผูกพันที่ใกล้ชิด และทำให้กิจกรรมการเยี่ยมบ้านมีความยั่งยืนต่อไป

2.การให้การปรึกษาเป็นหน้าที่หลัก

กิจกรรมที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน คือการให้การปรึกษา โดยเป็นกิจกรรมที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้ปฏิบัติ ซึ่งลักษณะการให้การปรึกษามี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการให้การปรึกษาอย่างเป็นทางการ โดยภาครัฐ เป็นการอบรมให้ความรู้ ส่งเสริมการปรับตัวและการยอมรับ การติดเชื้อเอช ไอ วี รูปแบบนี้จะให้การปรึกษาที่อยู่บนองค์ความรู้ที่ชัดเจน ส่วนอีกรูปแบบหนึ่ง เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ โดยชุมชน เช่น อาสาสมัคร เพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการให้การปรึกษาให้ข้อมูลในเรื่องทั่วไปจากประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดี เช่น การดูแลผิวหนัง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและแหล่งให้การช่วยเหลือ ซึ่งถ้าผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ป่วยเอดส์เหมือนกันจะทำให้กำลังใจและเข้าใจ เอื้ออาทรได้มาก

3.การมีส่วนร่วมของสมาชิก : การทำงานเป็นกลุ่ม

การทำงานให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ไม่สามารถทำคนเดียวได้จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน ซึ่งจากการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่ดำรงอยู่ได้ด้วยดีประกอบด้วยรูปแบบการมีส่วนร่วมที่สำคัญ 2 ประการ คือ

3.1 การมีส่วนร่วมภายในกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง จากการดำเนินงานของกลุ่ม ผู้ติดเชื้อและชุมชนที่ปรากฏในภาคใต้พบว่า การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมมีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงคุณค่าของชีวิตและมีเป้าหมายชัดเจน เข้าใจถึงความยากลำบากของตนเองและกลุ่ม มีความอดทนและสามารถพัฒนาตนเองและกลุ่มไปพร้อม ๆ กัน โดยมีผู้นำองค์กรที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะ ปรึกษาและร่วมกิจกรรม ในทางตรงกันข้าม ถ้าขาดการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนตั้งแต่เริ่มแรก จะทำให้ความรู้สึกต่อการเป็นเจ้าของงานหรือกิจกรรมลดน้อยลง นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลและชุมชนติดตามสถานการณ์ไม่ทัน ไม่เข้าใจเป้าหมาย เนื่องจากถูกจำกัดทางความคิดและอำนาจในลักษณะต่าง ๆ ดังนั้นกิจกรรมใดที่เป็นไปตามที่ผู้กำหนดไว้เท่านั้น จะทำให้สมาชิกเห็นคุณค่าของงานที่ทาลดลง

3.2 การมีส่วนร่วมของทีมทำงานที่เป็นผู้ให้การดูแล พบว่า กลยุทธ์สำคัญในการจัดการแก้ไขปัญหาเอดส์ ต้องอาศัยการทำงานแบบองค์รวมของทีมสุขภาพ ทีมผู้ให้การส่งเสริมหรือสนับสนุน เช่น พยาบาล แพทย์/ผู้ให้คำปรึกษา สังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสุขศึกษา เป็นต้น ทำให้ระบบงานการดูแลมีความ ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยหลายฝ่ายจะเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกัน และทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเหตุการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นเสมือนว่างานนั้นเป็นส่วนหนึ่งของตนเองที่จะต้องทำ ไม่ใช่งานที่กระทำโดยความรับผิดชอบของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น งานของฝ่ายเวชกรรม เป็นต้น ซึ่งมีผลให้ความรู้สึกร่วมและการให้ความสำคัญกับงานน้อยลง แม้ปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในลักษณะของการทำงานร่วมกัน แต่ทุกฝ่ายให้ความสำคัญกับงานเอดส์มากขึ้นโดยแยกงาน

เอดส์ออกมา เพื่อให้มีความเป็นอิสระในการจัดการและสนับสนุนช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ดังที่พบในบางจังหวัดที่มีผู้ป่วยหรือการแพร่ระบาดสูง

4. มีระบบพี่เลี้ยงคอยดูแล

พี่เลี้ยงมีบทบาทสำคัญมาก ในการจัดการด้านเอดส์ของครอบครัวและชุมชน และมีส่วนผลักดันให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของงาน ผู้ที่มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงในปัจจุบันเท่าที่มีในรายงานและสัมภาษณ์พบว่า มีสองกลุ่ม คือกลุ่มที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐและกลุ่มที่เป็นผู้นำชุมชนหรือผู้นำทางศาสนา ระบบพี่เลี้ยงส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับกลุ่ม บางครั้งอาจจะเกิดก่อนกลุ่ม โดยเป็นผู้ริเริ่มจัดตั้งกลุ่มเอง ซึ่งพี่เลี้ยงมีบทบาทหลาย ๆ ด้านด้วยกัน โดยในระยะแรก ๆ อาจจะเป็น ผู้ดำเนินการ ต่อมาก็ปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษา อำนาจความสะดวก ฝ่ายจัดหาทุน ฝ่ายข้อมูล เป็นต้น ซึ่งถ้าไม่มีระบบพี่เลี้ยงอาจจะทำให้กลุ่มไม่สามารถดำเนินไปได้ ด้วยข้อจำกัดของกลุ่มดังที่ได้กล่าวแล้ว แต่เมื่อกลุ่มมีความมั่นคงมากขึ้น พี่เลี้ยงก็จะค่อย ๆ ลดบทบาทของตนเองลง เป็นพี่เลี้ยงอย่างเต็มตัวไม่เป็นผู้ดำเนินการ

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของกลุ่มผู้ติดเชื้อในภาคใต้ ส่วนใหญ่ยังต้องอาศัยและพึ่งพา ระบบพี่เลี้ยง ทั้งนี้เพราะกลุ่มผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพและย้ายกลับถิ่นเดิม ศักยภาพยังไม่เพียงพอ ทั้งด้านความรู้ เศรษฐกิจ รวมถึงการให้เวลาแก่กลุ่ม มีเพียงส่วนน้อยที่พี่เลี้ยงเริ่มให้กลุ่มดำเนินการด้วยตนเอง แต่ยังไม่มีโครงการใดที่สามารถอยู่ได้อย่างอิสระโดยไม่มีพี่เลี้ยง ดังนั้นวิวัฒนาการของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ดำเนินการในภาคใต้เป็นไปได้ช้ากว่าภาคอื่น ๆ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอดส์ในภาคใต้ ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่ไม่เปิดเผย รวมทั้งการยอมรับตนเองและของสังคมยังมีน้อย จึงต้องใช้เวลาในการพัฒนา

5. ผู้บริหารเป็นผู้นำ

ปัจจุบันจะมีบุคคลให้ความสนใจในการทำงานด้านเอดส์มาก แต่ผู้ที่ลงมือกระทำจริงอาจจะมีน้อย ดังนั้นกลไกสำคัญที่จะทำให้การทำงานด้านผู้ป่วยเอดส์ดำเนินไปด้วยดีคือ การที่ ผู้บริหารเห็นความสำคัญด้วย ทั้งนี้เพราะสังคมไทยโดยเฉพาะภาครัฐจะอยู่ในระบบที่ว่า “นายสั่งจึงทำ” หรือ “เปิดไฟเขียว” ดังนั้นผู้นำกลุ่มบางกลุ่มจึงพยายามใช้กลยุทธ์ให้หัวหน้า หรือผู้นำเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เข้าใจการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้งานสามารถบรรลุผลไปด้วยดี ทั้งนี้เพราะผู้บริหารที่เข้าใจและเห็นด้วยจะนำมาซึ่งงบประมาณ ความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ จากบุคคลและชุมชน

6. เลือกคนที่มีอุดมการณ์เดียวกันมาร่วมงาน

การทำงานด้านเอดส์ ส่วนใหญ่ต้องการบุคคลที่มีความเสียสละ หรือทำงานด้วยใจมีเมตตา แม้บางครั้งอาจจะได้ค่าตอบแทนแต่ก็ได้รับเพียงเล็กน้อย ดังนั้นถ้าบุคคลใดไม่มี คุณสมบัติ ดังกล่าว ก็จะไม่สามารถทำงานด้านนี้ได้อย่างต่อเนื่อง อาจจะลาออกหรือทำไปด้วยความจำยอมหรือถูกบังคับ ทำให้งานมีความล่าช้าและไม่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ดังนั้นการมีกลุ่มทำงานที่ดีจะทำงาน

สำเร็จลุล่วงได้ ดังตัวอย่าง การคัดเลือกคนที่มาทำงานร่วมกันในพื้นที่แห่งหนึ่ง พบว่าผู้ที่มาทำงานจะต้องผ่านระบบคัดเลือกโดยการสัมภาษณ์ ชักถามถึงประวัติครอบครัว และได้รับการประเมินถึงพื้นฐานจิตใจเป็นระยะเวลาหนึ่ง จนกว่าจะแน่ใจว่าทำงานด้วยกันได้ดี มีเป้าหมายตรงกันจึงรับเข้ามาทำงาน เพราะผู้นำกลุ่มมีบทเรียนจากการทำงานและพบอุปสรรคกับผู้ร่วมงานที่ขาดการคัดเลือกที่ดีมาแล้ว จึงไม่ต้องการทำให้งานของส่วนรวมต้องหยุดชะงักลงและส่งผลกระทบต่อองค์กรโดยรวม

7. ระบบประสานงานที่มีการส่งต่อที่ดี

การดำเนินงานด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทุกหน่วยงานให้ความเห็นตรงกันว่า การติดต่อประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงานมีความสำคัญยิ่ง เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยให้การช่วยเหลือในหลาย ๆ ด้านไปพร้อมกัน ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ด้านจิตใจ ดังนั้นถ้าได้มีการติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างชัดเจนและเป็นระบบ ดังเช่นที่ปรากฏในพื้นที่บางแห่งพบว่า มีการประสานงานทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการในลักษณะเป็นการภายใน เช่น กลุ่มที่มีทั้งผู้ทำงานในหน่วยงานของรัฐ คือ โรงพยาบาล เป็นหน่วยกลางเชื่อมโยงความสัมพันธ์และช่วยประสานงานกับภาคเอกชน หรือประชาชน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ การส่งต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยในชุมชนไม่สบาย ที่อยู่ในชุมชนก็สามารถติดต่อประสานงานเป็นการภายในกับบุคคลที่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากหลายแห่งรายงานถึงปัญหาที่พบมาก เมื่อต้องขอความร่วมมือจากหลายองค์กรที่เป็นของรัฐ คือ ปัญหาในลักษณะของการหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ ดังนั้น ผู้นำบางกลุ่มก็ใช้วิธีให้บุคคลที่รู้จัก และสนิทสนมกับหน่วยงานนั้นประสานงานกันเอง หรือใช้เครือข่ายภายในให้เป็นประโยชน์ เพราะอำนาจต่อรองของภาครัฐมีมากกว่าและถือว่าเป็นผู้ที่มีอำนาจพอ ๆ กัน ก็จะมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันและสามารถตกลงกันได้ ทั้งนี้เพียงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือทันเหตุการณ์

8. ผู้นำที่มีความรู้ด้านสุขภาพเป็นแหล่งการสนับสนุนและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขณะเดียวกันก็เป็นผู้ที่พยายามแสวงหาความรู้เพื่อมาเยียวยารักษาอยู่ตลอด และมีการวนเวียนไปรับบริการหลาย ๆ แห่ง ดังที่ปรากฏในรายงานศึกษาที่ผ่านมา ดังนั้นกลุ่มใดที่สามารถมีข้อมูล ให้ความรู้หรือตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพจนเป็นที่น่าเชื่อถือได้ กลุ่มนั้นก็จะมีสมาชิกมารวมตัวกันอย่างเหนียวแน่นด้วยความไว้วางใจและศรัทธาต่อผู้นำ ปรากฏการณ์ที่น่าสนใจและเป็นกลไกให้พบกลุ่มผู้ป่วยมารับบริการมากเพื่อมารับยาและส่งผลให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น หรือเมื่อมาเข้ากลุ่มแล้วได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อนำไปดูแลตนเองและเมื่อสุขภาพดีทำให้มีความหวังมาก ยิ่งขึ้น นอกจากนี้องค์กรใดที่มีผู้มีความรู้ให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และอยู่ในชุมชนเดียวกันหรือใกล้เคียงก็จะได้รับการยอมรับ ซึ่งประเมินจากการมี ผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มจำนวนมาก ทั้งหมดเป็นผลมาจากการมีผู้นำที่มีความรู้จริง

9. ผู้นำที่มีจิตวิญญาณสูง

จากการสำรวจและสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า มีผู้นำองค์กรบางแห่งที่มีความเสียสละ ทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังทรัพย์ และปัญญาที่มีอยู่เพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ในชุมชน โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน รวมทั้งมีกิจกรรมนันทนาการและให้ความเป็นกันเองกับ ผู้ป่วยและครอบครัว องค์กรประกอบดังกล่าวเป็นกลยุทธ์สำคัญในการบริหาร นอกจากนี้พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยมีผู้นำศาสนา คือ พระและโต๊ะอิหม่าม ซึ่งเป็นที่นับถือของคนในชุมชนก็ได้เข้ามามีบทบาทความรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลงานที่ปรากฏ โดยให้หลักคำสอนของศาสนา เป็นแนวทางในการให้บุคคลเรียนรู้และปฏิบัติในทางที่ดีที่ควรและเหมาะสมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์

10. เก็บความลับได้ไม่เปิดเผย

ผู้ป่วยเอ็ดส์ในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง เพราะมีความเชื่อว่าตนเองจะไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ และครอบครัวอาจจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวเช่นเดียวกัน ดังนั้นการเลือกเข้ากลุ่มของผู้ป่วยจะเป็นกลุ่มที่สามารถปกปิดความลับของตนเองได้และมีความไว้วางใจ โดยเฉพาะเมื่อมีเจ้าหน้าที่ซึ่งอาวุโส และเป็นที่น่าเคารพนับถือก่อให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยหลาย ๆ คนมาเข้ากลุ่มในชุมชนของตนเอง เพราะเชื่อว่าเรื่องราวของตนเองจะถูกเก็บไว้เป็นความลับจนกว่าตนเองมีความพร้อมที่จะเปิดเผยด้วยตนเอง ดังนั้นการเก็บรักษาความลับของ ผู้ป่วยเป็นหลักในการดำเนินงานที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

11. มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น

ผู้ป่วยเอ็ดส์หลายรายที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีคนสนใจเอาใจใส่ ขาดความอบอุ่นและห่วงใยจากบุคคลรอบข้าง ดังนั้นบุคลิกภาพที่อบอุ่น และเป็นที่พึ่งแก่ผู้ป่วยเอ็ดส์ เป็นคุณลักษณะที่สำคัญและจำเป็นของผู้ที่จะมาทำงานด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยเอ็ดส์ การมีความปรารถนาดี การให้เวลา ช่างสังเกต ไวต่อความรู้สึก เข้าใจผู้ป่วย ความมีเมตตา เป็นองค์ประกอบที่นำมาซึ่งการมี สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ เพราะการมีปฏิสัมพันธ์และเข้าใจผู้ป่วยที่ดี ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึก สามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นเกิดเป็นความผูกพันฉันท์ญาติมิตรมากกว่าการเป็นผู้ให้และผู้ให้บริการ

12. ผันเงินให้เป็น รู้วิธีการหาเงินและรู้วิธีใช้เงิน

ทุกหน่วยงานและองค์กรระบุถึงการมีงบประมาณสนับสนุน ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจ ดังนั้นในการดูแลและเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจำเป็นที่จะต้องซื้อของฝากทั้งอาหาร ยา หรือสิ่งของอื่น ๆ อันเป็นวัฒนธรรมการดูแลและการเยี่ยมบ้านที่สำคัญของประชาชนในชุมชนภาคใต้ อย่างไรก็ตามการดูแลและเยี่ยมผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดและขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลจำเป็นที่จะต้องรู้จักจัดสรรเงินที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด บางครั้ง

เงินที่ได้รับมาก็ไม่สามารถนำไปใช้โดยตรงจึงมีการผันเงิน และใช้เงินให้เหมาะสม ในรายที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งใด ๆ ผู้นำกลุ่มบางกลุ่มจึงต้องมีวิธีแสวงหาเงินจากแหล่งต่าง ๆ เช่น จัดขายของงานบอล หรือรับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธาของบุคคลทั่วไป เมื่อได้รับเงินสนับสนุนมาแล้วก็ต้องมีการจัดสรรอย่างลงตัว จึงจะสามารถให้กลุ่มดำรงอยู่ได้ เพราะเงินยังคงเป็นปัจจัยหลักที่สนับสนุนให้มีการคงอยู่ของงาน ดังนั้นการผันเงินและแสวงหาเงินมาหล่อเลี้ยงกลุ่มอยู่อย่างต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น

13. มีอำนาจตัดสินใจ/ทำได้โดยอิสระ

ลักษณะการทำงานที่มีอิสระของบุคคล หรือ กลุ่มสามารถควบคุมให้กิจกรรมที่ดำเนินอยู่ไปได้โดยตัวเอง เบ็ดเสร็จในตัวเอง งานจึงมีอุปสรรคน้อย มีการต่อต้านน้อย แม้จะมีอุปสรรคบ้างแต่ก็สามารถแก้ปัญหาได้รวดเร็ว และเมื่องานประสบความสำเร็จหรือมีความก้าวหน้า มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ ยิ่งเป็นแรงจูงใจของกลุ่มให้กระทำอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นบางกลุ่มที่ริเริ่มงานในระยะแรก ๆ ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ก็พบว่างานมิได้หยุดชะงัก แต่อาศัยความมีและ ความตั้งใจจริงในการทำงานของบุคคลหรือผู้นำกลุ่ม จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งผลให้งานประสบผลสำเร็จเป็นที่ประจักษ์ จนได้มาซึ่งการสนับสนุนที่ต่อเนื่องและมากยิ่งขึ้น

14. การให้สิทธิพิเศษ

คำกล่าวที่ว่า “รวมกันเราอยู่แยกกันเราตาย” มีความสำคัญและใช้ได้ผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวมกลุ่มของชนพม่าที่อาศัยอยู่ในเขตชายแดนไทย-พม่า ซึ่งชนกลุ่มนี้อาจจะเข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยอาศัยช่องทางหลายแหล่ง บางรายอาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานเสมือนหนึ่งเป็นคนไทย การรวมตัวกันของกลุ่มชนเหล่านี้มีความสำคัญต่อการอยู่รอดและการ เรียกร้องสิทธิพิเศษเพื่อการดำรงอยู่ในประเทศอย่างปลอดภัย การไม่ต้องมีชีวิตอย่างหลบๆ ซ่อนๆ ดังนั้น บุคคลบางคนจึงตั้งใจที่จะเข้ามาเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือบุคคลอื่น เพราะจะได้สิทธิหรือบัตรที่แสดงให้เห็นว่าจะได้รับการยอมรับ และปลอดภัยจากการเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งการได้รับสิทธิพิเศษดังกล่าว เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเหล่านี้สมัครเข้ามาเป็น อาสาสมัครในการทำงานและทำประโยชน์เพื่อชุมชน และสังคมรวมทั้งแสดงบทบาทของตนเองเพื่อช่วยเหลือคนในชุมชนของตนให้ดีที่สุด โดยเฉพาะในงานที่เกี่ยวข้องกับการมี สุขภาพดี งานป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่จะช่วยลดการแพร่กระจายของโรค รวมทั้งงานด้านการดูแลผู้ป่วย กลยุทธ์ดังกล่าวทำให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคและลดภาระการดูแลของประเทศที่มาจากอาศัยอยู่

การจัดการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมุสลิม: บริบทของการจัดการที่แตกต่าง

ชุมชนมุสลิมที่นับถือศาสนาอิสลาม เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ในห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประชากรประมาณกว่าร้อยละ 70 เป็นมุสลิม ซึ่งมีการปฏิบัติตามหลักศาสนา โดยการทำละหมาดวันละ 5 ครั้ง ทุกวันศุกร์ ผู้ชายจะไปมัสยิดเพื่อประกอบพิธีทางศาสนา ส่วนในการทำละหมาดของหญิงและชาย

จะแยกห้องหรือสถานที่กัน ข้อปฏิบัติที่เคร่งครัดตามหลักศาสนาจะเน้นในเนื้อหาสามประการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ คือ ห้ามยุ่งยาเสพติด ห้ามการชิงสุกก่อนห่าม และห้ามมิให้หญิงและชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ฉะนั้นการพูดเรื่องเพศสัมพันธ์กับโรคเอดส์ รวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน (sensitive) ต้องระมัดระวัง บทเรียนที่สำคัญเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ จะเข้าไปทำงานในชุมชนมุสลิม สรุปได้ดังนี้

1. การเตรียมตนเอง

สำหรับผู้ที่ทำงานเอดส์ในชุมชนมุสลิมนั้น ต้องเริ่มจากการศึกษาเรื่องหลักศาสนาอิสลาม ก่อนและหาผู้รู้เรื่องศาสนาอิสลามอย่างแท้จริงถูกต้องในการแลกเปลี่ยนข้อมูล นอกจากนี้ต้องมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องเอดส์ ที่จะสามารถตอบข้อสงสัยหรือข้อข้องใจให้เห็นถึงการปฏิบัติได้ ไม่ใช่เฉพาะทฤษฎี และต้องใช้ภาษาเดียวกันหรือการสื่อสารที่ชาวบ้านฟังแล้วรู้เรื่องเข้าใจ

2. การเตรียมชุมชน

การที่จะเข้าถึงชุมชนในการทำงานได้ง่ายสะดวก ต้องเข้าหาแกนนำในการปกครองท้องถิ่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้นำทางศาสนา เพราะเป็นผู้ที่ชาวบ้านให้ความเคารพ จะได้รับความร่วมมือมากกว่าการต่อต้าน

กลยุทธ์สำคัญ

- การเข้าถึงใจคน : การเข้าถึงชุมชนและรู้จักชุมชนอย่างไม่เป็นทางการเป็นวิธีการเริ่มแรก โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้นำในชุมชน ผู้นำทางศาสนา ซึ่งอาจผ่านการประสานงานติดต่อกับคนหรือเครือข่ายบุคคลที่รู้จักในชุมชนก่อน การพูดในเรื่องสุขภาพทั่วไปและเชื่อมโยงให้เห็นความสำคัญกับการพัฒนาครอบครัวและชุมชน ควรเป็นการเริ่มต้นที่ดีก่อนไปคุยเรื่องเอดส์ เพราะถ้าพูดเรื่องเอดส์ อาจไม่ได้รับต้อนรับที่ดี เพราะชาวมุสลิมส่วนใหญ่จะมีความเชื่ออย่างเหนียวแน่นว่าคนในศาสนาจะประพฤติดี ดังนั้น ถ้าจะพูดต้องพูดในเชิงการป้องกันมากกว่า หลังจากนั้นจึงค่อยปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้ทุกคนได้ตระหนักว่า การป้องกันเอดส์เป็นจากเรื่องใกล้ตัวมากกว่าไกลตัว ดังเช่นผู้นำศาสนาได้ยกตัวอย่างให้เห็นชัดเจนว่า “เมื่อพบคนประสบอุบัติเหตุ มีบาดแผลมีเลือดออก เราเข้าไปช่วย โดยที่ไม่รู้ว่ามือของเรามีบาดแผลอยู่ในพิธีของมุสลิม โดยไม่ป้องกันตนเอง” ทำให้ทุกคนเห็นถึงความเสี่ยงและตระหนัก ซึ่งการเข้าถึงใจนั้นต้องสร้างสัมพันธภาพ คุยเจาะประเด็นที่สงสัยให้ความกระจ่าง โน้มน้าวให้เห็นถึงความสำคัญในการให้ความรู้เอดส์ในเชิงป้องกันให้กับคนในชุมชนที่สอดแทรกในวิถีชีวิตของชุมชน
- เรียนรู้ว่าจะใครควรพูดและถูกกาลเทศะ : การพูดเรื่องเพศศึกษาโดยทั่วไป ที่เป็นการให้ข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้อง สามารถพูดได้ในกลุ่มมุสลิมทุกวัยได้ แต่จะเน้นถึงความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มคนที่แต่งงานแล้ว เพื่อเป็นการป้องกันการมีบุตร หรือเมื่อภาวะสุขภาพของมารดาไม่

ดีต้องคุมกำเนิดชั่วคราว ทั้งนี้ไม่ถือว่าการพูดเรื่องนี้เป็นการศึกษา อย่างไรก็ตามการส่งเสริมให้มุสลิมใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาเป็นการศึกษา เพราะหลักศาสนาอิสลามมุ่งให้คนประพฤติดี ไม่มีเพศสัมพันธ์กันก่อนการแต่งงาน ถ้าไปพูดเรื่องถุงยางอนามัยหรือใช้วิธีการของรัฐ จึงมักถูกต่อต้านจากชาวมุสลิม ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรระวัง นอกจากนี้การส่งเสริมให้มีการตรวจเลือดก่อนการแต่งงาน เพื่อการป้องกันโรคที่อาจถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ และโรคที่อาจติดต่อทางกระแสเลือดไปสู่ลูก การพูดในกลุ่มใหญ่ต้องเน้นด้านสุขภาพเป็นหลักเน้นการป้องกันการติดเชื้อในรายใหม่ เพื่อเกิดการยอมรับในชุมชนมากขึ้น

- การให้ข้อมูลในการป้องกันเจาะกลุ่มผู้รายบุคคล : การพูดถึงเรื่องยาเสพติดและเพศสัมพันธ์ ให้ทำในเชิงการป้องกันก่อนการเกิด เช่น การเจาะเลือดตรวจเอดส์ก่อนการแต่งงาน คนที่ประพฤติผิดหลักศาสนา เช่น ยิงยาเสพติด , ซิงสุกก่อนหาม, มีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน, มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ สังคมจะไม่ยอมรับถือว่ากระทำผิด จำเป็นต้องเจาะกลุ่มคนที่มีความเสี่ยง เป็นรายบุคคล สะท้อนให้เห็นปัญหา ให้เกิดความตระหนักสำนึกผิด รับผิดขอโทษสังคม บางชุมชนมีความรู้สึก/ความเชื่อว่า การติดเอดส์จากยาเสพติดสังคม/ชุมชนจะยอมรับมากกว่าติดเอดส์จากเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่มีใช้ภรรยา/สำส่อนทางเพศ ฉะนั้นในกรณีผู้ติดเชื้อจากการใช้ยาเสพติดที่กลับใจเลิกเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่เป็นคนดี คนในชุมชนก็จะให้อภัยยอมรับ แต่ถ้าไม่เลิกพฤติกรรมเสี่ยงสังคมจะรังเกียจ ต่อต้านไม่ยอมรับ
- เพื่อนช่วยเพื่อนเป็นแหล่งเรียนรู้ : การให้ผู้ติดเชื้อด้วยกันได้รับการฝึกอบรมในการดูแลเป็นอาสาให้การช่วยเหลือในการลงเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ติดเชื้อด้วยตนเองจะดีกว่าอาสาที่ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเพราะมีความเข้าใจด้านจิตใจ เห็นใจกันและให้คำแนะนำได้ดีจากประสบการณ์ตรงที่ตนเองผ่านภาวะวิกฤติมาก่อน แต่ปัญหาที่พบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีน้อยที่จะเปิดเผยตัวออกมา ในรายที่เปิดเผยมาจากชาวบ้านรู้ เช่นกรณีสามีหรือภรรยาตายด้วยโรคเอดส์ก่อน ชาวบ้านรู้จึงกลัวที่จะเปิดเผยตัว เพราะชาวบ้านจะมองว่าได้รับเชื้อมาจากสามี/ภรรยาที่ตายจะยอมรับ ส่วนในรายที่ผู้ป่วยเอดส์กลัวเปิดเผย มักไปพูดหรือให้การช่วยเหลือในหมู่บ้านอื่นที่ห่างไกลจากที่ตนเองอยู่ เพราะยังกลัวการไม่ยอมรับจากสังคมนั้นๆ ฉะนั้นยัง จำเป็นที่ต้องมีกลุ่มอาสาหรือแกนนำอาสาไปช่วยเพื่อนไปเยี่ยมดูแลไปกินอาหารร่วมกันเข้าไปอย่างสม่ำเสมอไม่แสดงการรังเกียจ ชาวบ้านก็จะยอมรับมากขึ้นเพราะมีการเฝ้าดูอยู่ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการสร้างการยอมรับในชุมชนขึ้น
- หลักศาสนาเข้ากลุ่มมเกลาคติวิญญาณ : ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ที่มีภาวะแทรกซ้อน อาการทรุดจะหมดหวัง หมดพลัง เมื่อเข้าไปช่วยเหลือต้องให้กำลังใจเตือนสติผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้สำนึกผิดกลับม่ายึดศาสนาไว้ในจิตใจหรือเห็นถึงทุกสิ่งทุกอย่างพระเจ้า(อัลเลาะห์)เป็นผู้กำหนด ซึ่งแต่ละคนถูกกำหนดชีวิตมา สอนให้คนต้องช่วยตนเองก่อนให้มีความพยายาม เสนอเหตุการณ์ต่างๆ อย่างมี

สติเป็นการทดสอบความแข็งแกร่ง ความอดทนของเรา ให้เราก้าวต่อไปในหนทางนี้พระเจ้ากำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยมีพลังใจเข้มแข็งมีจิตวิญญาณที่มั่นคงขึ้น เป็นต้น

- การเยี่ยมเป็นหน้าที่หนึ่งในหลักศาสนาอิสลาม : จุดเด่นของหลักศาสนาอิสลาม คือ ต้องช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ โดยไม่แบ่งชนชั้น/ศาสนา เมื่อมีคนเจ็บป่วยในชุมชนเป็นหน้าที่ของคนทุกคนที่ต้องไปเยี่ยมให้กำลังใจด้วยความจริงใจ สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่เปลี่ยนวิถีชีวิตของหญิง แม่บ้านมุสลิมที่ปกติอยู่บ้านดูแลครอบครัว การออกมาเป็นอาสาที่ช่วยเหลือดูแลเยี่ยมเยียนผู้ติดเชื้อที่บ้าน เสมือนเป็นญาติ ที่ทำด้วยใจอย่างต่อเนื่อง

การยอมรับผู้ป่วยเอดส์

การยอมรับหรือไม่ยอมรับบุคคลที่เป็นเอดส์ ในทัศนะของครอบครัวและชุมชน โดยส่วนใหญ่มุ่งที่ตัวบุคคลซึ่งรวมถึงความประพฤติ และการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาเป็นหลัก ซึ่งสามารถพิจารณาจากข้อมูล ดังนี้

1. การมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อนการเจ็บป่วยของบุคคล ในสังคมจะมองว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ประพฤติตัวไม่ถูกต้องของครอบครัว เช่น ดิฉันเสพติด มีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน การชิงสุกก่อนห่ามเป็นบุคคลที่เสี่ยงเมื่อเจ็บป่วยเป็นเอดส์ก็เป็นเพราะผลจากการกระทำตัวเอง จึงไม่ยอมรับบุคคลกลุ่มนี้เชื่อว่าหาเรื่องใส่ตัวเองหรือเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้นำเข้ามา แต่ได้รับเชื้อมาจากคู่สมรสที่มีพฤติกรรมไม่ดี บุคคลนั้นก็ได้รับการยอมรับในสังคมมากกว่า

2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการติดเชื้อ ในสังคมจะมองว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีการเปลี่ยนแปลงความประพฤติของตนเองได้ภายหลังสำนึกผิด โดยประเมินดูจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและเป็นคนทำงานพยายามช่วยตนเองไม่รอแต่พึ่งคนอื่นฯ นั้น เป็นบุคคลที่สังคมยอมรับให้อยู่ในสิ่งที่ผิดพลาดไป แต่ถ้าบุคคลนั้นยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อไปและเกิดเจ็บป่วยมีอาการไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยเอดส์ก็จะถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการสนใจในบางชุมชนเพราะเชื่อว่าเป็นคนไม่ดี ไม่เห็นคุณค่าของตนเองทำผิด แล้วทำผิดอีกผู้ป่วยเอดส์รายนี้ ต้องไม่หาที่พึ่งพิงใหม่ในการดูแลตามสถานที่รับดูแลผู้ติดเชื้อ

3. ประวัติส่วนตัวของบุคคลก่อนการแต่งงาน/อยู่ร่วมกันที่มาจากต่างศาสนา สังคมมองผู้ป่วยเอดส์ที่แต่งงาน/อยู่ร่วมกันกับคู่สมรสที่มาจากต่างศาสนา ซึ่งในบางครอบครัวเท่านั้นที่มีปรากฏการณ์ของการไม่ยอมรับโดยพิจารณาจาก

- ถ้าบุคคลนั้นมีประวัติไม่ดี เช่น บุคคลนั้นเคยมีอาชีพเป็นนักเร่ หรือหมอนวด เมื่อมาอยู่ร่วมกับคู่สมรสที่มาจากต่างศาสนา แล้วคู่สมรสเกิดเจ็บป่วยทราบว่าเป็นเอดส์ บุคคลนั้นก็ถูกมองว่าเป็นต้นเหตุแห่งโรคและจะไม่ได้รับการยอมรับในบางครอบครัว

- แต่ถ้านุคคลนั้นมีประวัติดี เช่น นุคคลนั้นเคยมีอาชีพเป็นครูหรือข้าราชการ เมื่อมาอยู่ร่วมกับคู่สมรสที่มาจากต่างศาสนา แล้วคู่สมรสเกิดเจ็บป่วยและทราบว่าเป็นเอดส์ นุคคลนั้นจะได้รับ การยอมรับในสังคมน้อย

กระบวนการยอมรับผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อที่กล่าวมาข้างต้น โดยสรุปมีการกระบวนการยอมรับที่เหมือนกับการศึกษามาลี และสาวตรี (2543) ว่าการยอมรับและการไม่ยอมรับมีความแตกต่างกันหลายระดับที่เห็นชัดเจน คือ แบบใกล้ชิดตามสัมพันธ์ภาพที่มีต่อกันเหมือนเดิมให้กำลังใจ ให้การดูแลช่วยเหลือ บางครั้งจะเพิ่มมากขึ้น แบบปกติทั่วไป คือ การร่วมกิจกรรมสังคมที่มีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ ตามปกติโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ และอีกแบบหนึ่งเป็นแบบห่างๆ คนกลุ่มนี้ร่วมกิจกรรมสังคมน้อย การเยี่ยมไข้ก็เป็นการ “ไปดูเฉย ดูห่างๆ ดูว่าเป็นยังไง ไม่ได้คุยแล้วก็กลับ” อย่างไรก็ตามข้อค้นพบดังกล่าวอาจมีความแตกต่างในบางชุมชนที่ถือว่าการเยี่ยมต้องเยี่ยมด้วยความจริงใจ และมีการปฏิบัติที่เรียกว่า “สลาม” ซึ่งมีความหมายที่แสดงถึงการขอความสันติสุขจะมีแต่ท่าน หรือเป็นการแสดงออกของการไม่รังเกียจ ส่วนกลุ่มที่ไม่ยอมรับ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก คนกลุ่มนี้ก็ไปเยี่ยมไข้ด้วยเป็นการเยี่ยมตามหน้าที่ของมุสลิมที่ดี

ผู้หญิงมุสลิมกับบทบาทการดูแล

ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมในกลุ่มมุสลิม มีความเชื่อว่า ผู้หญิงต้องอยู่กับบ้าน ดูแลบุคคลในครอบครัว ภรรยาจะออกไปทำงานนอกบ้านหรือทำกิจกรรมต่างๆ นอกเหนือจากงานบ้าน ต้องได้รับอนุญาตจากสามีโดยเฉพาะผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท นอกจากนี้ผู้หญิงมุสลิมยังด้อยโอกาสในการศึกษาทั้งที่ไม่ได้เปิดโอกาสในการศึกษา แต่ด้อยโอกาสเพราะความยากจน และการมีบุตรมากในครอบครัว รวมทั้งการเข้าถึงบริการการรักษามีน้อย อย่างไรก็ตาม ในชุมชนชนบทบางแห่ง ผู้หญิงมุสลิมมีบทบาททางสังคมมากขึ้นและได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัวและชุมชน ในการทำงานนอกบ้านของ ผู้หญิง ในลักษณะที่ผู้หญิงทำประโยชน์ให้กับคนในชุมชนและสังคม โดยให้ความหมายของการแสดงออกดังกล่าวว่า เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนา ทำให้โอกาสของผู้หญิงมุสลิมในการได้รับความรู้และการติดต่อกับสังคมภายนอกมากขึ้น ซึ่งการที่ผู้หญิงมุสลิมจะทำงานด้านนี้ได้ จะต้องมีความช่วยเหลือเต็มที่และเป็นผู้ที่ปฏิบัติทางศาสนาอย่างเคร่งครัด หรือเป็นคนดีและเป็นตัวอย่างของชุมชนได้

การดูแลในบริบทของผู้หญิงมุสลิม จะอาศัยหลักศาสนาเป็นแนวทางในการดูแล และให้การยอมรับความเป็นมนุษย์หรือผู้ป่วยมากกว่าโรค มุ่งเน้นการดูแลเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการตนเองและอยู่อย่างมีความสุข ลดความรู้สึกรังเกียจด้วยการเยี่ยม พุดคุยและนำสิ่งของต่างๆ ไปให้ตามความเหมาะสมกับศักยภาพของผู้เยี่ยม และแสดงออกซึ่งความเห็นใจและให้กำลังใจกับผู้ป่วยและ

ครอบครัวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นความรู้สึกผูกพันอันเหนียวแน่น ความรู้สึกยังคงดำรงอยู่ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยมีชีวิต จนกระทั่งถึงเมื่อเสียชีวิตไปแล้ว

การเยี่ยมไข้หรือเยี่ยมที่บ้านมี 2 ลักษณะ คือ การเยี่ยมไข้แบบมีสัมพันธภาพและเยี่ยมตามหน้าที่ ดังที่ มาลีและสาวิตรี(2543) ได้ศึกษาถึงกระบวนการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัว ประมวลในชุมชนมุสลิม พบว่า การเยี่ยมแบบมีสัมพันธภาพเป็นการเยี่ยมที่ผู้เยี่ยมไข้ ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้เยี่ยมจะเยี่ยมแบบใกล้ชิดด้วยความรัก ความเมตตา ความตั้งใจ และใช้การสวดให้ผู้ป่วยมีสติที่มั่นคงแน่วแน่ที่อัลเลาะห์ รวมทั้งให้การช่วยเหลือต่างๆ อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมแบบนี้จะมีระดับมาก น้อยแตกต่างกันตามลักษณะและการให้ความสำคัญของบุคคลและครอบครัวหรือชุมชน ส่วนการเยี่ยมอีกลักษณะหนึ่งที่ยึดถือปฏิบัติเป็นประเพณีและวัฒนธรรมสืบต่อกันมา เป็นการเยี่ยมโดยบุคคลยึดถือปฏิบัติตามหลักศาสนา จะเป็นการเยี่ยมที่แสดงออกถึงความเป็นมุสลิมที่ดีซึ่งทุกคนต้องปฏิบัติและช่วยเหลือกัน ทั้งที่รู้จักกันและไม่รู้จักกันแต่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน โดยทุกคนยึดหลักหน้าที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์โดยไม่แบ่งแยกชนชั้น ฐานะและศาสนา 2) การแนะนำในสิ่งดีๆเพื่อให้เป็นคนดี

ส่วนการให้กำลังใจและสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอ วี หรือเป็นเอดส์ มุสลิมมียุทธวิธีสำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนัก มีความสำนึกผิดและไม่หวนกลับไปทำผิดอีก ให้มีความรับผิดชอบและยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการคิดของตนเองให้มีชีวิตอยู่เพื่อพระเจ้า หรือพระอัลเลาะห์ คือ ให้คิดดีทำดีใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต รู้จักการช่วยเหลือตนเองก่อนที่จะร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น รวมทั้งการปรับใจที่แข็งแกร่ง (รังเกียจหรือไม่ยอมรับ) ให้อ่อนลงโดยใช้ศาสนาเป็นแกนนำและโน้มนำจิตใจ

บริบทของการดูแลตนเองและการจัดการปัญหาเอดส์ในชุมชนประมงภาคใต้

กลุ่มประมงที่อาศัยอยู่ในภาคใต้มี 2 ประเภท คือ กลุ่มที่เป็นคนในพื้นที่ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ ส่วนอีกกลุ่มจะเป็นกลุ่มที่มาจากต่างจังหวัด แต่มาจับจ้างประมงและอาศัยในพื้นที่ และประเภทหลังนี้พบว่ามีมากและเป็นแรงงานย้ายถิ่น ซึ่งลักษณะประมงมี 2 ประเภท คือ ประมงครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นบ้านที่ออกมาปลาดด้วยเรือเล็ก ส่วนใหญ่เป็นงานที่ทำวันต่อวัน อีกประเภทหนึ่ง จะเป็นประมงรับจ้างที่เรือใหญ่ออกทะเลเป็นเวลานาน และในกลุ่มประมงประเภทหลังนี้เองที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นสูง

โดยทั่วไปผู้ที่มาจับจ้างทำอาชีพประมง จะเป็นชนชั้นระดับล่าง ที่มีระดับการศึกษาน้อย จึงขาดความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนรายได้ไม่แน่นอน เป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ที่อยู่อาศัยจะเป็นชุมชนแออัด ลักษณะงานจะเป็นงานหนัก ใช้แรงงาน และทำงานทั้งกลางวันและกลางคืน รวมทั้งต้องออกทะเลไปไกลๆ ระยะเวลาเป็นเดือนหรือหลายเดือน กลับเข้าฝั่งเป็นระยะเวลาสั้นๆ

กลุ่มประมงที่พบและที่มีการรายงาน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และยาเสพติดสูง ด้วยลักษณะการดำเนินชีวิตที่มีทางออกน้อย หรือมีข้อจำกัดทางสังคม วัฒนธรรมในทุกด้าน ทั้งด้านความรู้ เศรษฐกิจ สิทธิ สวัสดิการต่างๆ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการได้รับสวัสดิการ ดังตัวอย่างที่เห็นชัดประการหนึ่ง คือ การพึ่งพาอาศัยกัน เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ และสิ่งที่เป็นอันตราย เนื่องจากความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากธรรมชาติ เช่น อากาศหนาวเมื่อออกทะเล ความเหงา การที่ต้องทำงานหนักจึงจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยกันทั้งที่เกิดโดยรู้ตัวและโดยบังเอิญ และบางครั้งรายได้ไม่ต่อเนื่องหรือไม่แน่นอน เพราะการออกทะเลในแต่ละครั้งก็ไม่สามารถทำให้มีรายได้ทุกครั้ง สิ่งเหล่านี้จึงก่อให้เกิดความเครียดและหันไปพึ่งพาอาศัยกัน นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่นำไปสู่ความเสี่ยงของกลุ่มประมง คือ ภรรยาของผู้ที่ประกอบอาชีพเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีอาชีพแม่บ้าน หรือทำงานเล็กน้อยๆ เช่น ปอกกุ้ง เลือกกุ้ง เป็นต้น จะต้องรอเงินจากสามีเท่านั้น บางครั้งรายได้ไม่แน่นอน และไม่มีเงิน หรือความรู้สึกเหงาเพราะสามีไปออกทะเลเป็นเวลานาน ดังนั้นบางรายจึงมีคุ่นอนหลับๆ ทำให้การแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นได้เมื่อฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ซึ่งในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเอดส์ในทุกหมู่บ้านที่ประกอบอาชีพประมงเป็นหลัก

กระบวนการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยของชาวประมงส่วนใหญ่ เป็นการดูแลตนเองภายในกลุ่มย่อยที่มีสายสัมพันธ์ในครอบครัว หรือความเป็นเพื่อนที่ดี เป็นไปในลักษณะที่พึ่งตนเองสูง และไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จะไม่ไปพบแพทย์ ส่วนใหญ่จะซื้อยามารับประทานเองตามอาการ หรือ การใช้สมุนไพรมากกว่า เพราะไม่มีเงินค่ารักษา รวมทั้งไม่มีสวัสดิการทางสุขภาพเช่นเดียวกับงานจ้างในบริษัท บางรายไม่คิดว่าการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จะมีความสำคัญต่อตนเอง การแสวงหาการรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นไปตามเพื่อนหรือกลุ่มที่เห็นว่าบุคคลใดมีอาการดีขึ้น จะยึดเอาเป็นแบบอย่าง ดังนั้นการดูแลรักษามักเป็นไปตามแนวพื้นบ้าน เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้นหรือรุนแรงเท่านั้นจึงจะไปพบแพทย์ หรือแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ แสวงหาข้อมูล และการรักษา ในบางครั้งแม้จะมีอาการเจ็บป่วยก็ยังคงต้องทำงาน ประกอบอาชีพเช่นเดิม เพื่อปากท้องของตนเอง และครอบครัว เพราะไม่มีเงินสำรองเลี้ยงชีพ ไม่มีเงินเก็บ ทำให้ขาดการดูแลสุขภาพที่ดี จึงเข้าสู่วงจรที่ทำลายสุขภาพ คือ เมื่อไม่มีรายได้ ประกอบกับการขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ จึงแสวงหาการดูแลสุขภาพตามยถากรรม ส่งผลให้โรคหรืออาการที่เป็นอยู่ก็ไม่ได้ดีขึ้น เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง รุนแรง ในที่สุดไม่สามารถทำงานได้ และเมื่อสุขภาพทรุดโทรมลงมาก ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ นายจ้างไม่สนใจที่จะช่วยเหลือดูแล ก็พยายามที่จะส่งบุคคลเหล่านี้กลับภูมิลำเนาเดิม ซึ่งบางรายก็กลับไปภูมิลำเนาเดิม จากการช่วยเหลือของกลุ่มหรือองค์กรในชุมชนที่มีอยู่ จากนายจ้าง หรือสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล แต่ในขณะที่บางรายไม่สามารถกลับสู่ภูมิลำเนาเดิมของตนได้ ด้วยเหตุผลบางประการ เช่น ไม่มีญาติ ไม่ต้องการให้ญาติรับภาระ ไม่มีเงิน ไม่มีที่ไป กลัวจะเกิดความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว และเกิด

ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ส่งผลให้บุคคลกลุ่มนี้ได้รับคำแนะนำหรือส่งต่อให้มาอาศัยอยู่ที่วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ อันเป็นแหล่งพักพิงที่สำคัญในระยะสุดท้าย

ปรากฏการณ์ที่เห็นชัดอีกประการหนึ่ง ของกลุ่มประมงที่อาศัยในชุมชนแออัดบางชุมชนที่มีปรากฏ คือ การแสวงหาการช่วยเหลือกันเองภายในกลุ่มชุมชน โดยพบว่า ชุมชนใดที่มีกลุ่มอาสาသူแลผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำจากเพื่อนบ้าน และเข้าไปหาแหล่งข้อมูลในชุมชนดังกล่าว มากกว่าการไปสถานบริการของรัฐด้วยการมีประสบการณ์ตรงว่า บริการของรัฐล่าช้ากว่าจะได้รับการช่วยเหลือ ไม้มีความเป็นกันเอง และยังมีควมรังเกียจสูง ดังนั้นการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของกลุ่มประมงจึงอาศัยการดูแลกันเองในชุมชนมากกว่า ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นแรงงานย้ายถิ่น การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อจึงไม่มีความจำเป็นหรือไม่ยั่งยืน แต่ผู้ป่วยเป็นผู้แสวงหาด้วยตนเองและมีทางเลือกที่ต้องการเพราะผู้ป่วยไว้วางใจและทราบว่าจะไปใช้แหล่งข้อมูลและบริการได้ในชุมชน

บทที่ 4

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การดำเนินงานด้านการดูแลและแก้ไขปัญหาเอดส์ จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย เพื่อให้งานสำเร็จและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานดังกล่าวจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นกับปัจจัยบางประการที่สำคัญ คือ 1) ปัจจัยด้านบริหารจัดการ 2) ปัจจัยด้านชุมชน สังคม วัฒนธรรม และ 3) ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งเชื่อว่าปัจจัยดังกล่าว มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้ในอนาคต

1. ปัจจัยด้านบริหารจัดการ

1.1 การให้ความสำคัญของผู้บริหาร

การดำเนินงานด้านสุขภาพรวมถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ อาจไม่มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนในมุมมองของบุคคลทั่วไป งานหลายด้านก็ได้รับการเปรียบเทียบกับ “การปิดทองหลังพระ” ดังตัวอย่างที่พบในการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นซึ่งผู้บริหารในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) บางพื้นที่ไม่ให้ความสำคัญกับงานด้านสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยนำเงินงบประมาณที่ใช้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ไปผันเพื่อใช้ในการสร้างถนนหนทาง ซึ่งเป็นถาวรวัตถุที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เพื่อผลประโยชน์ทางการเมืองประกอบกับองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ขาดความรู้ด้านสุขภาพจึงไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว

บุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญต่องานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ คือ ผู้บริหาร เพราะเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ บทบาทที่ผู้บริหารสามารถปฏิบัติได้ คือ การให้โอกาสบุคลากรและกลุ่มที่จะทำงานด้านนี้ ให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานแม้จะไม่สนับสนุนแต่ก็ไม่ปิดกั้นโอกาส ผู้บริหารที่เล็งเห็นว่าปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ และส่งเสริมให้มีหน่วยงาน รับผิดชอบงานด้านเอดส์ ที่เฉพาะเจาะจง บุคลากรแต่ละฝ่ายก็จะเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการดูแลแบบสหวิทยาการมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้เมื่อใดที่ผู้บริหารให้ความสำคัญก็จะก่อให้เกิดกลุ่มที่จะทำงาน เพราะรับรู้ว่ามีคนมีที่พึ่งพา มีหลักยึด ดังคำพูดที่ว่า “เมื่อเราโตด้วยตัวเองแล้ว เราก็กิน แต่ยังไม่แข็งแรงพอ ก็ต้องหาภูมิคุ้มกัน” ซึ่งผู้บริหารก็เปรียบเสมือนภูมิคุ้มกันของ ผู้ทำงานทำให้เกิดกำลังใจที่จะทำงานต่อไป

1.2 นโยบายที่ชัดเจนและความจริงจังและจริงใจของภาครัฐในการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง

ภาครัฐเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพราะเป็นแหล่งของทรัพยากรบุคคล การเงิน บางครั้งรัฐมีนโยบายที่ไม่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดความสับสนต่อการดำเนินงานของภาครัฐ เพราะนโยบายของรัฐบาลยังคงมีความสำคัญในการชี้แนะแนวทางการทำงานแก่ ผู้ปฏิบัติในชุมชนใน

การดูแลผู้ป่วยเอดส์ เมื่อใดที่นโยบายไม่ชัดเจนหรือปรับเปลี่ยนไม่แน่นอนทำให้งานที่ดำเนินไปล่าช้าหรือไม่ถึงเป้าหมายดังคำพูดที่ว่า “เมื่อก่อนรัฐนั้นแหละเป็นฝ่ายบอกว่าต้องสร้างที่พักผู้ป่วย แล้วก็หาคนป่วยมาให้ ต่อมาพอเปลี่ยนนโยบายก็บอกไม่ต้องมีที่พักผู้ป่วยแล้ว เราคนทำงานก็ปรับไม่ทัน” ขณะเดียวกันงบประมาณ ที่ให้การสนับสนุนก็มักจะถูกจำกัดหรือไม่เพียงพอรวมทั้งมีการตรวจสอบอย่างเคร่งครัดจนเกินไป บางกลุ่มจึงไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องได้เกิดความเบื่อหน่ายและลดความศรัทธาลงไป บางรายรู้สึกขาดกำลังใจในการทำงาน และเกิดทัศนคติในทางลบดังเช่นกล่าวว่า “ทำไปทำไม ไม่ใช่หน้าที่ของเรา แม้แต่รัฐบาลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงยังไม่ทำเลย” ดังนั้นบางกลุ่มที่ได้รับการบีบคั้นและถูกจำกัดในระบบงานจึงล้มเลิกการดำเนินงานต่อ มีเพียงเล็กน้อยที่พยายามแสวงหาทุนสนับสนุนจากองค์กรเอกชนที่ให้อิสระในการทำงานมากกว่า เพื่อให้งานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีความต่อเนื่องและยั่งยืนด้วยการพึ่งตนเอง

1.3 ระบบเครือข่ายและการประสานงานที่ดี

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ที่จะทำให้การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ประสบความสำเร็จ คือ การมีระบบเครือข่ายประสานงานทั้งองค์กรรัฐ เอกชน องค์กรปกครองท้องถิ่น และองค์กรชาวบ้าน ดังคำพูดที่ว่า “ทำงานคนเดียวไม่ได้ เพราะเป็นงานระดับชาติ” การมีเครือข่ายจะช่วยในการติดต่อสื่อสารและประสานงานที่รวดเร็ว ทั้งในด้านการส่งต่อข้อมูลข่าวสาร รายงานความก้าวหน้า การให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น การส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนสู่โรงพยาบาลและจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน รวดเร็วและครอบคลุม นอกจากนี้ภายในระบบขององค์กรของรัฐก็ควรที่จะมีการติดต่อประสานงานกัน เพราะถ้ามีการแบ่งพรรคแบ่งพวก “ไม่รู้หรือว่าในระบบรัฐบาล แบ่งพวกยิ่งกว่า 3 ก๊กเสียอีก” หรือดังคำพูดที่ว่า “ฝ่ายสุขภาพก็ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ไปห้องคลอดทำงานห้องคลอด ผู้ป่วยในก็ทำงานผู้ป่วยใน” ซึ่งเมื่อใดที่เกิดความร่วมมือ ภาระงานก็จะไม่หนักจนเกินไป โดยมีหลักความเชื่อที่ว่าทุกคนมีความสามารถ “ทุกคนมีศักยภาพเหมือนกัน ถ้ารวมจุดนี้ได้งานเราก็จะไม่ล้นมือ”

1.4 มินโยบายเชิงรุกลงสู่ชุมชน

จากทัศนะของผู้ที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน พบว่าโรงพยาบาลไม่ใช่แหล่งสำคัญที่ผู้ป่วยจะมาพักอาศัย เพราะผู้ป่วยจะต้องอาศัยอยู่ในชุมชนของตนเอง ดังนั้น โรงพยาบาลซึ่งมีบุคลากรที่มีความรู้มีความสามารถควรให้การบริการเชิงรุกสู่ชุมชน จะทำให้การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากการเปิดเผยและการยอมรับของชุมชนบริบทในภาคใต้ยังมีน้อยส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมบริการของบุคลากรของรัฐ เมื่อบุคลากรของรัฐให้ความสำคัญและเข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น การยอมรับและการเปิดเผยของผู้ป่วยก็จะมีมากขึ้น และการทำงานของรัฐบาลลงสู่ชุมชนจะช่วยให้เข้าใจสภาพปัญหาอย่างแท้จริง ดังคำพูดที่ว่า “ชิมชัปปัญหา” และที่สำคัญคือ ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างรัฐและชุมชน เกิดความไว้วางใจมากขึ้น “เป็นการเข้าถึงใจของชุมชน ใจ

ของผู้ติดเชื้อ” และจะมีวิธีการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนมากยิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนากระบวนการให้เข้าถึงผู้ที่ยังไม่ป่วย และจัดให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อในระยะไม่มีอาการ เป็นกิจกรรมที่ทางองค์กรให้ความสนใจ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้มีชีวิตที่ยืนยาว มีการวางแผนชีวิตที่ดีและลดภาระของครอบครัวในอนาคต

2. ปัจจัยด้านชุมชน สังคม วัฒนธรรม

2.1 มีวัดเป็นที่พึ่ง

วัดยังคงเป็นที่พึ่งสำหรับบุคคลทั่วไป และจะมีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในอดีตถึงปัจจุบันวัดจึงกลายเป็นแหล่งเยียวยารักษาจิตใจแก่ผู้ป่วยเอดส์ เพราะผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของตนเองได้ ต้องหลบหนีมาอาศัยอยู่ที่วัดหรือใช้วัดเป็นแหล่งที่พึ่งสุดท้าย ปัจจุบัน มีวัดที่ให้การดูแลผู้ป่วยประมาณ 3-4 แห่งในภาคใต้ โดยเฉพาะการดูแลที่วัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาที่มีผู้ป่วยมาอยู่อาศัยจำนวนมาก โดยมีเอกลักษณ์สำคัญคือ การเป็นชุมชนที่อาศัยการช่วยเหลือจากทุกองค์กร และผสมผสานการดูแลทั้งแบบพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเป็นองค์รวม ดังที่ปรากฏในรายงานการศึกษาที่ผ่านมา (ขวัญตา, 2541; แสงโสม, 2540; Songwathana, 1998)

บทบาทของวัดในการเยียวยารักษาผู้ป่วยเอดส์ เป็นทั้งให้การบำบัดทางกายโดยให้การรักษาด้วยยา การดูแลเมื่อมีโรคแทรกซ้อน อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต และให้การประคับประคองด้านจิตใจ ฝึกให้ทำสมาธิ มีเมตตากรุณา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ อย่างไรก็ตาม วัดก็ไม่สามารถที่เป็นที่พึ่งพึ่งไปตลอดชีวิตของผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในสังคม อยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังจะเห็นได้จากสภาพที่ใช้วัดเป็นแหล่งที่พักพิงชั่วคราวหรือเป็นทางผ่านเพื่อเยียวยาให้ผู้ป่วยดีขึ้นเพื่อเตรียมที่จะไปเผชิญกับสังคมภายนอกต่อไป อย่างไรก็ตามในอนาคตวัดจะเป็นที่พึ่งทางใจอันดับแรกของผู้ป่วยหลายรายที่มีความรู้สึกท้อแท้ซึ่งเปรียบเสมือนที่พึ่งอันดับแรก ไม่ใช่ที่พึ่งสุดท้ายอีกต่อไป และนั่นคือทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยในการเยียวยาตนเอง

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ไม่ต้องการกลับไปอยู่สังคมภายนอกอีกแล้ว หรือบางรายไม่มีบ้านที่จะกลับไปพักพิง เพราะขาดการติดต่อมายาวนาน หรือไม่ต้องการไปเผชิญกับสังคมเดิมที่มีแต่ความรังเกียจด้วยกลัวว่าตนเองจะต่อสู้อยู่ไม่ไหว และจะต้องเสียกำลังใจ จึงได้สร้างสังคมใหม่ขึ้นในวัด โดยใช้วัดเป็นที่พึ่งพึ่งตลอดชีวิตหรือเป็นบ้านใหม่ของตน มีชุมชนและมีกลุ่มเพื่อนบ้านที่ประสบชะตาชีวิตเดียวกันอยู่ด้วยกัน ซึ่งภายในวัดบางแห่งได้รับการพัฒนาให้เป็นแหล่งประกอบอาชีพ ร้านค้า ตลาด จำหน่ายเครื่องอุปโภคบริโภคต่าง ๆ พร้อมเครื่องอำนวยความสะดวกที่สามารถดำรงชีวิตใหม่อยู่ได้อย่างสุขกายสบายใจ ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่คิดจะโยกย้ายไปไหนอีก

2.2 ความเชื่อและวัฒนธรรมการดูแล

จากความเชื่อและวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยที่ พบว่าเป็นการได้ทำบุญยังคงมีอยู่ในสังคมไทย นอกจากนี้ชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อและประเพณีที่ว่า การดูแลและการเยี่ยมผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติมิฉะนั้นจะถือว่าเป็นบาป อย่างไรก็ดี แม้ว่าแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในทุกพื้นที่ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์หลายด้าน ประชาชนที่ยึดมั่นในศาสนาและต้องการคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมการดูแลที่ดีงาม จึงมีแนวคิดในการปรับวิธีการให้คนส่วนใหญ่ยอมรับ ดังตัวอย่างประเพณีการทำศพของชาวไทยมุสลิม โดยทั่วไปตามประเพณีของชาวไทยมุสลิม ถ้ามีญาติเสียชีวิตจะมีพิธีการทำศพโดยศพจะถูกวางบนตักของญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดเพื่อทำความสะอาดทุกส่วนของร่างกาย เพื่อเป็นการขจัดสิ่งสกปรกออกจากร่างกาย ภายหลังพบว่ามีการระบาดของโรคเอดส์หลายฝ่ายเกิดความไม่สบายใจ และมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการทำศพผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จึงมีการแสวงหาวิธีการในการทำพิธีศพที่ปลอดภัยคือหาอุปกรณ์สำหรับวางศพแทนการวางศพบนตักญาติ และผู้ที่ทำพิธีจะใส่ถุงมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งอุปกรณ์ที่วางศพมีลักษณะคล้ายอ่างอาบน้ำมีความสะดวกปลอดภัยต่อผู้ทำพิธีและญาติ รวมทั้งมีส่วนช่วยสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นไปตามปกติด้วยดีที่สำคัญคือ การคงไว้ซึ่งระบบความเชื่อและ วัฒนธรรมประเพณีสืบต่อกันมา ดังคำกล่าวของ ผู้นำศาสนาท่านหนึ่งว่า “การมีเอดส์ในหมู่บ้านไม่ควรมาทำลายระบบความเชื่อที่ดีงามของคน”

2.3 ปฏิกริยาและการยอมรับของชุมชน

ข้อมูลหลายแห่งที่รวบรวมพบว่าปฏิกริยาของชุมชนที่ไม่ยอมรับต่อผู้ป่วยเอดส์ยังคงมีสูงในบางพื้นที่ เพราะมองว่าเอดส์ไม่ใช่เป็นปัญหาของตนเองและชุมชนนอกจากนี้ยังมีความรังเกียจพฤติกรรมของผู้ป่วย รังเกียจภาพลักษณ์ของผู้ป่วยประกอบกับการเข้าใจโรคเอดส์ยังมีน้อย แต่เมื่อผู้ป่วยเอดส์เป็นญาติของตนเอง การมองว่าเอดส์เป็นปัญหาผู้อื่นจึงเปลี่ยนไป และให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและการดูแล

ปฏิกริยาของชุมชนที่มีต่อโรคเอดส์และผู้ที่มีประสบปัญหาด้วยโรคเอดส์มีทั้งทางบวกและทางลบ แต่พบว่าเป็นไปในทางลบมากกว่าด้วยเหตุผลหลายประการดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตามจากการติดตามและดำเนินงานด้านการดูแลและแก้ปัญหาเอดส์ในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายระบุว่า การยอมรับของชุมชนมีมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการเตรียมชุมชนและมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง และช่วยให้การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนประสบผลสำเร็จ

3. ปัจจัยด้านบุคคล

3.1 สถานภาพความเป็นผู้นำ

ผู้นำกลุ่มเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งความมั่นคงและยั่งยืนของกลุ่ม ซึ่งคุณลักษณะของผู้นำมีหลายลักษณะด้วยกัน ที่จะทำให้อำนาจสามารถอยู่ต่อไปได้ เช่น ผู้นำที่มีความรู้ มีวิสัยทัศน์ดี มองการณ์ไกล

โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเป็นผู้นำที่ไร้ข้อสงสัย เพราะสังคมวัฒนธรรมไทยยังคงให้ความสำคัญ ยำเกรงผู้นำที่ไร้ข้อสงสัย ขณะเดียวกันเมื่อผู้นำมีความรู้เป็นคนในท้องถิ่นและเป็นที่รู้จักแก่คนทั่วไป นอกจากนี้ ผู้นำที่มีความมุ่งมั่นและตั้งใจทำจริงและเคยมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ ลงสัมผัสชุมชนด้วยตนเอง หรือที่เรียกว่า “ติดดิน” ยิ่งเพิ่มแรงศรัทธามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มที่มีสมณะทางสงฆ์ที่ได้รับการยกย่องเคารพนับถือในชุมชนจึงมีบารมีและมีอำนาจสั่งการ ทำให้การดำเนินงานต่าง ๆ เป็นไปด้วยดี แม้บางครั้งพระจะต้องทำงานร่วมกับผู้คนรอบข้างที่เป็นผู้หญิง แต่ก็มิได้เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน เนื่องจากทุกคนมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลด้อยโอกาสทางสังคม อย่างไรก็ตาม คุณลักษณะต่าง ๆ ที่มีอยู่ประจำตัว ทั้งความรู้ ความอาวุโส เป็นที่รู้จักของสังคมจะต้องนำมาผสมผสานให้ลงตัวจึงสามารถสร้างความศรัทธาให้ชุมชนและสังคมทุกฝ่ายมาร่วมมือได้

3.2 ความตั้งใจและการมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ด้วยความรับผิดชอบต่อสังคมและความปรารถนา ที่จะให้ตนเองและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นำไปสู่ความมุ่งมั่นและตั้งใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้น เช่น บางรายใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการทำความดีทำประโยชน์เพื่อสังคม บางรายพยายามมุ่งมั่นที่จะทำเพื่ออนาคตของบุตร การดำเนินงานของหลายกลุ่มที่เกิดขึ้นมีกระบวนการแสวงหาความรู้ หาแนวทางพัฒนากลุ่มคนหรือตนเอง ได้แก่ การนำศาสนาเป็นแนวทางในการสร้างความเข้าใจในเรื่องโรค การอธิบายถึงวิธีการป้องกันและดูแล เพื่อให้ความช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว สังคม การพยายามสร้างกลุ่มเพื่อฝึกอาชีพที่จะนำมาซึ่งรายได้มาเลี้ยงดูบุตร หรือการพยายามเป็นแกนนำของกลุ่มเพื่อให้กลุ่มมีที่พึ่งพาได้ในยามทุกข์ยาก เป็นต้น ดังนั้นการตั้งเป้าหมายของบุคคลและความตั้งใจที่จะดำเนินการไปสู่เป้าหมายนั้น เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานด้านเอดส์ที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

บทที่ 5

ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคสู่แนวทางแก้ไข

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตร จากอดีตสู่ปัจจุบันมีทั้งกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ และกลุ่มที่ต้องเผชิญกับความขัดแย้ง หรือบางกลุ่มที่เริ่มจัดตั้งขึ้นใหม่ เมื่อประเมินสรุปผลบทเรียนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนโดยองค์กรต่างๆ พบว่า ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผลที่ประเมินระยะสั้นตาม โครงการที่จัดทำแต่มีหลายระดับ ทั้งในระดับบุคคลหรือครอบครัวและระดับชุมชนหรือสังคม ในที่นี้จะขอจำแนกเป็นผลที่เกิดขึ้นในด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

1. ผลในทางบวก

1.1 กินอยู่/หลับสบาย/ยิ้มได้

จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่จัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความหวาดระแวง ไม่กล้าเปิดเผยไม่กล้าเข้ากลุ่ม เพราะกลัวคนอื่นจะรู้ว่าตนเองติดเชื้อ แต่เมื่อผู้นำกลุ่มให้ความสำคัญกับการรักษาความลับ จึงยอมที่จะเข้ากลุ่มและเมื่อมาเข้ากลุ่มในครั้งแรก ๆ ก็จะไม่กล้าพูดกับใคร จะไม่มองหน้ากัน นั่งก้มหน้า เข้ากลุ่มแล้วก็ยังไม่มีความสุข ผู้นำกลุ่มจึงมีกลยุทธ์ โดยการจัดกิจกรรมนันทนาการในลักษณะต่างๆ ร่วมกันให้ความเป็นกันเองมาก ผู้ป่วยจึงเริ่มมีการจับกลุ่มคุยกัน และเริ่มปรึกษาซึ่งกันและกัน ระบายความรู้สึกกันไปศึกษาดูงานร่วมกัน จึงเกิดความสนิทสนม เกิดความผูกพัน และเกิดความสบายใจที่มีเพื่อน สามารถยิ้มได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มยังเป็นผู้ที่ช่างสังเกต เช่น เมื่อใดที่เห็นแววตาหม่นหมองของผู้ป่วย ผู้นำก็จะชวนคุยให้เวลาในการปรึกษาจนแววตาสดใส ดังคำกล่าว “แววตาที่สดใสของผู้ป่วยบ่งบอกถึงการมี *ความสุข*” ซึ่งเป็นผลในระดับบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

1.2 มีอาชีพและรายได้เพิ่ม

การสร้างอาชีพและรายได้ เป็นกิจกรรมที่กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ให้ความสำคัญและสอดแทรกเข้าไปกับการดูแลสุขภาพ เพราะผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี เดิมมักจะมีอาชีพรับจ้าง ประมง เมื่อติดเชื้อ เอช ไอ วี ก็จะต้องออกจากงานทำให้ขาดรายได้ ขาดเงิน ผู้ป่วยจึงได้รับการฝึกอาชีพเพื่อสร้างรายได้เพิ่มขึ้น แต่พบว่าสามารถแก้ปัญหาได้เพียงระดับหนึ่ง และหลายรายที่ไม่สามารถมาเข้ากลุ่มได้เพราะต้องประกอบอาชีพ หาเลี้ยงตนเองและครอบครัวด้วยปัญหาความยากจน ดังเช่นหลายคนกล่าวว่า “ปากท้องเป็นเรื่องสำคัญต้องมาก่อน” เพราะอาชีพเสริมนั้นไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือการประกอบอาชีพเดิม

อย่างไรก็ดี การสร้างอาชีพและรายได้เป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้ป่วยสามารถดำเนินงานและมีชีวิตที่ดีขึ้น เพราะการมีชีวิตของบุคคล มีความต้องการด้านปัจจัยพื้นฐาน บางรายต้องการสร้าง

อาชีพเพื่อครอบครัวและบุตรในอนาคต ด้วยเหตุนี้การเกิดกลุ่มอาชีพจึงมีหลายแบบ บางกลุ่มได้เกิดขึ้นมา ตั้งแต่แรกเริ่มตั้งกลุ่มจากประสบการณ์ไปดำเนินงานสร้างอาชีพจากกลุ่มอื่น ๆ แล้วมาปรับใช้กับกลุ่มตนเอง ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นการเรียนทางลัดไม่ต้องใช้เวลานาน ในขณะที่บางกลุ่มอาชีพจะเกิดขึ้นภายหลัง เมื่อรวมกลุ่มได้ระยะหนึ่งแล้วกลุ่มเริ่มเข้มแข็งก็จะเริ่มมองหาอาชีพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า กลุ่มที่สร้างอาชีพด้วยตนเองโดยมีงานอาชีพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน และมีตลาดรองรับผลผลิตจากงานอาชีพที่ทำขึ้นจะมีความมั่นคงในการสร้างรายได้และการทำงานของกลุ่มมีความก้าวหน้ามากกว่า รวมทั้งลักษณะอาชีพที่ทำจะเป็นงานเบา ๆ และทำในร่มเป็นส่วนใหญ่ เช่น ทำดอกไม้เก๋ลัดปลา พวงหรีด พวงกุญแจ ยาสมุนไพร เป็นต้น

1.3 มีเครือข่ายขยายความช่วยเหลือ

ในความเป็นจริงไม่มีองค์กรหนึ่งองค์กรใดสามารถทำงานอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ ดังนั้นเมื่อกลุ่มได้พัฒนามาถึงระดับหนึ่ง จนสามารถพึ่งตนเองได้ จึงมีการสร้างเครือข่ายเพื่อเกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้กลุ่มมีความเข้มแข็งและมั่นคงยิ่งขึ้น ซึ่งเครือข่ายที่สร้างขึ้นมีทั้งเครือข่ายภายในกลุ่ม ผู้ป่วยเอดส์ที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะการมีกลุ่มเพื่อนเป็นที่ปรึกษาทางใจ และเครือข่ายจากองค์กรภายนอกที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแนวคิดนี้มีสาเหตุมาจาก ผู้นำกลุ่มที่มีความตระหนักดีว่า ตนเองจะไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียวได้ จึงพยายามใช้อำนาจบารมีที่ตนเองสร้างเครือข่ายเพื่อขอความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เพราะถ้าอาศัยเพียงเครือข่ายภายในกลุ่ม การดำเนินงานจะขาดความยั่งยืนเนื่องจากปัญหาหลายประการ เช่น ภาวะสุขภาพ หรือ ศักยภาพในด้านอื่น ๆ ของ ผู้ป่วย เช่น การเงิน อาชีพ ระดับความรู้ เป็นต้น จึงพยายามสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือให้เกิดขึ้นเกือบทุกพื้นที่ที่มีโครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน

1.4 ลดปัญหาและให้สังคมยอมรับมากขึ้น

จากผลการมีกลุ่มดำเนินงาน โดยเฉพาะกลุ่มหรือชมรมของผู้ป่วยเอดส์ ช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลายด้าน ผู้ป่วยสามารถแสดงศักยภาพตนเองในการอยู่ร่วมในสังคมได้ แม้ว่าบางรายอาจมีความคับข้องใจและยังไม่กล้าเปิดเผยตนเองได้ ต้องเก็บเรื่องราวของตนเองไว้เป็นความลับ ให้รู้ได้เฉพาะบางคนเท่านั้น ผลจากการเตรียมชุมชนเพื่อให้มีการเข้าใจและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมของตนเองได้ ดังเช่น กิจกรรมที่เกิดขึ้นในบางกลุ่มที่ให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกอาชีพกับกลุ่มแม่บ้าน ให้วัยรุ่นมามีส่วนร่วมในการขายดอกไม้ เพื่อสมทบทุนให้ผู้ป่วย หรือการจัดเวทีประชาคม เพื่อสร้างความเข้าใจเอดส์ในชุมชน ส่งผลให้ชุมชนและสังคมยอมรับมากขึ้น และผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตัวเองมากยิ่งขึ้น

1.5 พึ่งพาตนเองมากขึ้น

จากผลการวิเคราะห์การจัดการและการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าผู้ติดเชื้อที่แสวงหาข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่ถูกต้องจะเป็นบุคคลที่สามารถพัฒนาศักยภาพตนเองได้ดี

ประกอบกับมีภาวะสุขภาพที่ดีไม่มีโรคแทรกซ้อน จึงทำให้พึ่งพาตนเองได้มาก อย่างไรก็ตาม เท่าที่ปรากฏในงานเอกสารและ ข้อมูลภาคสนามพบว่าผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้จำนวนน้อยที่สามารถพัฒนาศักยภาพจนถึงระดับที่พึ่งพาตนเองได้

2. ผลในทางลบ

2.1 ไม่จริงใจ สร้างภาพ

ทุกองค์กรย่อมมีทั้งผู้ที่มีความเสียสละ ทำด้วยใจ ซื่อสัตย์ สุจริต และผู้ที่ทำด้วยหวังผลตอบแทน สร้างภาพ เอาหน้า ซึ่งบางกลุ่มก็ต้องประสบกับปัญหานี้เช่นกัน ทำให้การดำเนินงานหยุดชะงักไประยะหนึ่งโดยเฉพาะเมื่อมีเงินหรืองบประมาณเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้เล็งเห็นผลประโยชน์ส่วนตัวมากกว่าส่วนรวม การทำงานที่ไม่โปร่งใส และพยายามทำงานเอาหน้า หรือเห็นคนอื่นมีความสำคัญมากกว่า ตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดการแตกแยกขึ้นภายในกลุ่ม เกิดแบ่งพรรคแบ่งพวก และว่ากล่าวให้ร้ายกันดัง คำกล่าวที่ว่า “ชอบแทงข้างหลัง”

2.2 ได้ผลประโยชน์และขาดความยั่งยืน

ผลการดำเนินงานที่พบส่วนใหญ่ เป็นการรายงานผลในระยะสั้น ภายหลังสิ้นสุดโครงการ และขาดการนำผลการประเมินโครงการไปใช้เป็นประโยชน์ เพื่อการศึกษาที่ต่อเนื่องหรือใช้ผลการประเมินที่ได้รับจากหน่วยงานอื่นเป็นข้อมูลที่สำคัญ ในการพัฒนาเพื่อให้ความยั่งยืนของโครงการมีน้อย

2.3 กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อกลายเป็นผู้ป่วยมากขึ้น

ด้วยกิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการดูแลผู้ป่วยเพียงด้านเดียว ทำให้เสมือนเป็นการเร่งให้ ผู้ติดเชื้อกลุ่มหนึ่งกลายเป็นผู้ป่วย เพราะมีระบบรองรับในการช่วยเหลือ นอกจากนี้ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์จำนวนหนึ่งใช้ระบบการพึ่งพาองค์กรมากกว่าการช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน เพียงด้านเดียวอาจเป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่ไม่ป่วยกลายเป็นผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อมากขึ้น ทั้งนี้เพราะขาดความชัดเจนของข้อมูล และเป็นข้อมูลที่เน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

ปัญหาและอุปสรรคสู่แนวทางแก้ไข

ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต้องประสบกับปัญหาหลายประการ ซึ่งหลายหน่วยงานได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข เพื่อการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้ ดังนี้

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1. ด้านการบริหาร - ไม่มีแกนนำในการทำงาน - ระบบราชการไม่เอื้ออำนวย เจ้าหน้าที่มี	1. ระบบราชการควรมีนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจน และอาจจะแยกงานด้านเอดส์ให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อจะได้มีแกน

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
ภาระงานมาก มีหลายบทบาท "สวมหมวกหลายใบ" - ระบบงานราชการล่าช้า ทำให้ไม่ทันต่อเหตุการณ์ - งานไม่ต่อเนื่อง ขาดการรายงานติดตามผล และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง - ขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน - คณะทำงานไม่สามัคคี แบ่งพรรค แบ่งพวก - การเข้าถึงบริการน้อย - ขาดแหล่งข้อมูลทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยด้อยโอกาสในการรักษา - ผู้นำไม่เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพ - ผู้นำไม่มีความรู้ จึงไม่สนใจปัญหาสุขภาพ - ขาดความจริงใจจากภาครัฐในการทำงาน	นำในการทำงาน และมีภาระหน้าที่ที่ชัดเจน และสามารถปฏิบัติการเชิงรุกเพื่อลงสู่ชุมชนได้ เกิดความเชื่อมโยง ระหว่างภาครัฐ และองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยตระหนักว่า ทุกคนมีศักยภาพเท่าเทียมกัน - สร้างเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น - ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ และการแก้ไขปัญหา - มีนโยบายให้บริการเชิงรุกสู่ชุมชน เน้นการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ที่จะนำไปใช้ในการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในชุมชน รวมถึงความก้าวหน้าในการรักษา การใช้จ่ายสมุนไพร - ส่งเสริมองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยการให้เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของชุมชน การส่งเสริมให้ชุมชนรับผิดชอบที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้นำท้องถิ่นมีความรู้ด้านสุขภาพ "ติดตามสุขภาพปัญหา" และมีแผนงานสุขภาพระดับตำบล หรืออาจจะให้ผู้นำชุมชนเป็นสมาชิกด้านสุขภาพ เช่น อสม. - สร้างจิตสำนึกให้ทำงานด้วยใจ มีความเสียสละ เอื้ออาทร และที่สำคัญคือ สร้างจิตสำนึกให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดี
2. <u>ด้านผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน</u> - ครอบครัว และชุมชน ไม่ตระหนักถึงปัญหาและการป้องกัน คิดว่าไม่ใช่เรื่องของตนเอง	2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ข้อมูลความรู้ ที่จะส่งผลให้ชุมชน และผู้นำตระหนัก และเห็นพ้องต้องกันว่าปัญหาเอดส์เป็นปัญหาที่ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกัน - ฟื้นฟูการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ด้าน

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
- ขาดแกนนำกลุ่ม - ผู้นำไม่เข้มแข็ง ทำให้งานไม่ยั่งยืน - ให้ความสำคัญของเงินหรือค่าตอบแทน - กลุ่มผู้ดูแลขาดงบประมาณสนับสนุนที่ต่อเนื่อง - ไม่เปิดเผยตนเองทำให้ไม่ได้รับความช่วยเหลือ - ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ยังไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ - ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ไม่มีความรู้ในการป้องกัน ดูแล รักษาตนเอง	วัฒนธรรม ศีลธรรม โดยการใช้วัด หรือมัสยิด เป็นศูนย์กลางในการขัดเกลาด้านจิตใจ ควบคู่กับการรณรงค์ป้องกันโรค - ส่งเสริมให้เกิดการดูแลภายในชุมชน โดยการจัดเตรียมชุมชน และผู้นำชุมชน และในระยะแรกอาจจะมีพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก่กลุ่ม - เลือกคนทำงาน โดยเลือกในกลุ่มที่มีปรัชญาเหมือนกัน มีความเสียสละ ทำด้วยใจไม่หวังผลตอบแทน - ให้รางวัลด้านจิตใจแก่คนทำงานที่ส่งเสริมคุณค่า และความภาคภูมิใจ เช่น ความไว้วางใจ ให้คำยกย่อง ให้สิทธิพิเศษ - ให้ทุนสนับสนุนที่ต่อเนื่อง เพื่อให้งานดำเนินไปได้ด้วยดี และติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อความเหมาะสม ชัดเจน และโปร่งใส - สร้างความเข้มแข็งในชุมชน โดยการสร้างอาชีพ และรายได้แก่ชุมชน จัดตั้งกองทุนออมทรัพย์ - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแล และแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ พร้อมๆ กับการให้ข้อมูลที่เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ให้ชุมชนได้มีประสบการณ์จริงในการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ - ส่งเสริมให้มีความรู้ การป้องกันโรคติดต่อ ขยายโอกาสต่างๆ การรักษาเมื่อติดเชื้อ ขยายโอกาส เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

บทที่ 6

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาบทพบครั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดในด้านความสมบูรณ์ ครอบคลุมของข้อมูล แม้จะไม่ครอบคลุมรายละเอียดของการดำเนินงานทั้งหมดที่ปรากฏอยู่ แต่ก็ได้องค์ความรู้ที่เกิดจากลักษณะการดำเนินการในภาพรวมและภาพย่อยอันเป็นตัวอย่างที่ดีในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในบริบทสังคมภาคใต้ เพื่อการนำไปประยุกต์ใช้

บทสรุป

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร เก็บข้อมูลภาคสนามเกี่ยวกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้ และจัดเวทีระดับภาค เพื่อศึกษาองค์ความรู้ที่เกิดจากการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งจากภาครัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนว่าเป็นอย่างไรมีปัจจัยใดเป็นเงื่อนไขสำคัญของการดำรงอยู่ หรือหายไปหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญดังนี้

1. สถานการณ์ด้านเอดส์โดยทั่วไปในภาคใต้ พบว่าอัตราการติดเชื้อใหม่ยังมีอยู่เรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และพบว่าอัตราการติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือแม่บ้านสูงขึ้น ขณะเดียวกันจำนวนผู้ป่วยที่พบเห็นมีเพิ่มมากขึ้นทั้งในและนอกโรงพยาบาล และจากการติดตามรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พบว่าภาคใต้มีอัตราผู้ป่วยด้วยเอดส์ต่อประชากรแสนคนสูงกว่าภาพรวมของประเทศมาก และข้อมูลจากภาคสนาม พบว่าจังหวัดที่มีลูกเรือประมง แรงงานย้ายถิ่นติดชายแดนและเป็นแหล่งท่องเที่ยวในภาคใต้ จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและ ผู้ป่วยเอดส์ค่อนข้างสูง นอกจากนี้ข้อมูลเวทีระดับภาคได้ชี้ให้เห็นถึงสภาพปัจจุบันว่า พบผู้ป่วยเอดส์เกือบทุกหมู่บ้าน รวมทั้งการเสียชีวิตด้วยโรคนี้มีสูงขึ้น

2. สถานการณ์การดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชนภาคใต้ ด้วยในอดีตที่ผ่านมาก่อนหน้านี้เอดส์จะได้รับการตระหนักและยอมรับจากประชาชนว่า เป็นโรคที่ใกล้ตัวหรือทุกคนมีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสเอดส์ ถ้าขาดการตระหนักและการป้องกันที่เหมาะสม ดังนั้นโครงการหรือลักษณะการดำเนินงานด้านเอดส์จึงเน้นไปที่การป้องกันเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะการป้องกันในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง อย่างไรก็ตามในระยะ 2 ปีหลัง ที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นจากการที่ประชาชนบางแห่งได้พบเห็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลและในชุมชน หรือพบเห็นการเสียชีวิตของบุคคลในชุมชนหรือญาติพี่น้องของตนเอง ความตระหนักในการป้องกันจึงมีสูงขึ้น ขณะเดียวกันความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนภาคใต้ยังมีอยู่น้อย ด้วยกระแสความกลัวที่มีมาช้านาน การรังเกียจและไม่ยอมรับของชุมชนจึงมีอยู่สูง ทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ดังนั้นการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาเอดส์ในภาคใต้

มีหน่วยงานและองค์กรต่างๆ มาเกี่ยวข้องจำนวนมาก ตั้งแต่ระดับภูมิภาคจนถึงระดับตำบล หมู่บ้าน โดยเฉพาะงานด้านการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นที่มาของโครงการในชุมชนหลายแห่ง ซึ่งดำเนินงานควบคู่ไปกับงานด้านการป้องกัน ทั้งในรูปแบบของการเตรียมชุมชน การอบรมเทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

3. สถานการณ์ด้านการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในภาคใต้ พบว่าการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนมีเพิ่มมากขึ้นในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต ลักษณะการดำเนินงานส่วนใหญ่มีจุดเริ่มมาจากองค์กรภาครัฐ ซึ่งเป็นโครงการที่เน้นการดูแลที่ครบวงจรและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงที่บ้านขณะเดียวกันการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นโดยเฉพาะเป็นการดูแลที่วัด การดูแลในชุมชนแต่ละแห่งที่มีการริเริ่มด้วยตนเองทั้งที่ เป็นการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ติดเชื้อ และกลุ่มของผู้ที่อยู่ในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่สูงหรือมีจำนวน ผู้ป่วยสูงขึ้น หรือเป็นความต้องการของชุมชน โดยในการดำเนินงานของภาครัฐจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในระดับจังหวัด และมีศูนย์เครือข่ายประสานงานการดูแลและแก้ไขปัญหาเอดส์ แต่ก็พบว่า ยังมีปัญหาในการประสานงานหลักที่เข้ามามีส่วนเป็นคณะกรรมการ ทำให้แนวทางการดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มใดมีอิทธิพลทางความคิดมากกว่า นอกจากนี้ยังมีปัญหาอุปสรรคในการสร้างทีมงาน พบว่า การทำงานแบบไม่จริงจัง สร้างภาพทำให้กลุ่มไม่ยั่งยืน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาที่ผ่านมา มีประเด็นสำคัญที่ให้อาสาสมัครเกี่ยวกับสภาพการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนได้ว่า สภาพการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นไปในลักษณะของส่วนบุคคลหรือ ในระดับครอบครัวร่วมกับชุมชนมากขึ้น แม้ผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลที่บ้านไม่ต้องการเปิดเผยสถานะของตนเอง เพราะสังคมยังไม่ยอมรับ แต่ต้องการการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐหรือองค์กรเอกชนเมื่อจำเป็นเท่านั้น และสถานการณ์การช่วยเหลือดูแล ดังกล่าวจะต้องไม่เป็นที่เปิดเผยต่อสาธารณชนด้วย นั่นคือ การรักษาความลับของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล ดังนั้นการดำเนินงานในระดับองค์กรชุมชนจึงเข้ามามีบทบาทในการ ดูแลผู้ป่วย ด้วยอาศัยการแสดงคุณค่า ความเชื่อและวัฒนธรรมการดูแลที่มีอยู่ให้เด่นชัดขึ้น แต่ก็พบว่ามีองค์กรส่วนน้อยที่มีผลงานในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับ เจตนารมณ์ของผู้ได้รับผลกระทบ

4. กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และการประสานงานร่วมมือโดยทั่วไป พบว่ามีทั้งกลยุทธ์ในเชิงรุกและเชิงรับ โดยอาศัยการประสานงานร่วมมือกันทั้งในระดับผู้บริหารและปฏิบัติ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีผู้นำที่มีความตั้งใจจริง เสียสละ มีความรู้และเป็นที่ยอมรับในชุมชน กลยุทธ์ที่ใช้อยู่และนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นกลุ่มของสมาชิกและชุมชน การเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือด้วยใจ การแสวงหาระบบ

สนับสนุนและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การเข้าใจผู้ป่วย การดูแลที่ครอบคลุม กาย จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย กลยุทธ์ที่มีลักษณะเด่นและแตกต่างไปจากภาคอื่น ๆ ด้วยบริบทของสังคมที่มีความแตกต่างก็คือ การใช้หลักศาสนาอิสลาม เป็นเครื่องมือนำทางสู่การปฏิบัติที่ดี โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ที่มีความตั้งใจ จริงจังและมีเป้าหมายตรงกัน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มประมง ยังพบว่ามีปัญหา อุปสรรค ที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสนใจและร่วมมือกันแก้ปัญหา

5. ลักษณะกิจกรรมที่ดำเนินการ มีหลายประเภท ลักษณะของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานมากที่สุด คือ ด้านการส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนงานเอดส์ กิจกรรมที่เด่นชัดคือ การฝึกอบรมกลุ่มต่าง ๆ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยเฉพาะ การเยี่ยมบ้าน การให้การปรึกษาแนะนำทั่วไป การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน การใช้ชีวิตร่วมกันรวมทั้งการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลทางจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้านเป็นหลักในการดูแลร่วมด้วย ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับ การอบรมที่สำคัญคือ ผู้นำกลุ่ม แกนนำชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และผู้ป่วยเป็นหลัก

อย่างไร ก็ตามเมื่อมองในภาพรวมของกิจกรรมที่ดำเนินงาน จะไม่แตกต่างไปจากลักษณะกิจกรรมที่ดำเนินงานในภาคอื่น ๆ มากนัก คือ มีการดำเนินงานที่ครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจอย่างเป็นองค์รวม โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เห็นคุณค่าของชีวิตและมีเป้าหมายชัดเจน ยกเว้นความแตกต่างในลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่มีสังคม วัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตที่ไม่เหมือนกับที่พบในภาคอื่น ๆ เช่น กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มประมง กลุ่มแรงงาน ย้ายถิ่น กลุ่มมุสลิม เป็นต้น ส่วนในการดำเนินงานที่ยังไม่ครอบคลุมถึง คือ งานด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายหรือใกล้ตายที่บ้าน งานด้านการป้องกันโรคฉวยโอกาส

6. บทบาทของบุคคล ครอบครัว และองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีมากขึ้น เมื่อพบเห็นผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะในแหล่งที่มีการแพร่ระบาดสูงหรือจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้น บทบาทที่เด่นชัดและให้การดูแลที่เปิดเผยมากขึ้นในระดับชุมชน และองค์กรศาสนา เช่น วัด อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์มักจะไม่ได้เปิดเผยเพราะกลัวถูกรังเกียจและกลัวผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัว จึงเป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือ สำหรับบทบาทขององค์กรรัฐ พบว่ายังมีน้อยกว่าองค์กรอื่นๆ ในบางเรื่อง โดยเฉพาะด้านการเยี่ยมบ้านที่เข้าถึงใจและการดูแลที่ครอบคลุมด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมการยอมรับของชุมชน เพราะบทบาทองค์กรของรัฐที่เป็นนโยบายเชิงรุกรองสู่ชุมชนมีน้อยมาก

7. รูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ มีหลายรูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการสร้างศักยภาพของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว รูปแบบการสร้างความรู้

เข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเรียนรู้และการจัดรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการเรียนรู้และการจัดการปัญหาเอดส์ รูปแบบการพัฒนาวัดหรือองค์กรศาสนา เป็นเครือข่ายในการดูแลรูปแบบการสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน รูปแบบการพัฒนา ระบบบริการที่ต่อเนื่องและครบวงจร รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้ดูแลในชุมชน เป็นต้น ซึ่งรูปแบบดังกล่าวได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้ซึ่งกันและกันน้อยมาก เนื่องจากขาดการบันทึก รวบรวม และเผยแพร่ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการผสมผสานการรักษาแบบพื้นบ้าน เพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้ เพราะผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีการพึ่งพาระบบการดูแล แบบพื้นบ้านมากกว่าการดูแลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

8. ผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนภาคใต้ ในภาพรวมให้ผล ในทางบวกมากกว่าทางลบ ทั้งในทัศนะของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ผลที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีอาชีพ มีรายได้ และมีเครือข่ายการช่วยเหลือที่กว้างขึ้น ความเข้าใจและการยอมรับของสังคมมีมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังขาดการติดตามผลในระยะยาว และการนำผลสรุปรายงาน หรือประเมินผลไปใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่ พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นและเครือข่าย การดูแลให้เป็นประโยชน์สูงสุด ควรมีแนวทางดังนี้

1. การนำรูปแบบต่าง ๆ ไปใช้ ต้องคำนึงถึงการให้ความหมายและองค์ประกอบที่สำคัญของ วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนในแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้พบว่ารูปแบบการดูแลที่เป็นแบบ อย่างที่ดี เช่น การใช้องค์กรทางศาสนาอิสลามเป็นแนวทางการพัฒนาที่ให้เกิดผลทั้งในระดับการป้องกันและ ดูแล ควรได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบและเผยแพร่ให้เป็นที่ประจักษ์ เพื่อสะท้อนถึงการดูแล ที่เป็นบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้อย่างแท้จริง

2. การให้ความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังมีน้อย ส่วนใหญ่เน้นในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมากกว่า ทักษะที่ควรเน้น และได้รับการ ส่งเสริม คือ การบริหารจัดการในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้การปรึกษาทางสุขภาพ การป้องกันโรคฉวย โอกาส การแนะนำด้านโภชนาการ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม และค้นหารูปแบบที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลเพิ่มขึ้น

3. บทบาทของรัฐและองค์กรเอกชนและชุมชนมีมากขึ้น แต่ยังขาดการประสานงานที่ดี ทั้งใน และนอกหน่วยงาน ทำให้การตอบสนองและการจัดการปัญหาเอดส์ล่าช้า หรือไม่ครอบคลุมตามความ

ต้องการการดูแลที่เกิดขึ้น ดังนั้นการกำหนดนโยบาย ทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกัน และสนับสนุนซึ่งกันและกันในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน ลดขั้นตอนการทำงาน รวมทั้งที่สำคัญซึ่งคาดว่าจะประโยชน์อย่างสูงสุด คือ การพัฒนาเครือข่ายหมอพื้นบ้านในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

4. เอดส์เป็นปัญหาทางสังคมวัฒนธรรม ที่มีความเชื่อมโยงกับการดำรงชีวิตและการอยู่รอดของชีวิต การแก้ไขปัญหา จะต้องเข้าใจถึงวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ของคนในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะในชุมชนประมงที่มีลักษณะการดำเนินชีวิตที่แตกต่าง ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และมีการศึกษาวิจัยในลักษณะสหสาขาวิชาที่นำไปสู่การแก้ไขที่สาเหตุด้วย

5. การส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อได้มีการวางแผนการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะแรกที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ ต้องเป็นการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็น สิ่งสำคัญต่อการลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว รวมทั้งเน้นการใช้สุขภาพทางเลือกที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการดูแลอย่างผสมผสาน และการสนับสนุนความคิดในทางบวกให้กับผู้ติดเชื้อในการเผชิญปัญหา สามารถยอมรับและ พึ่งตนเองได้เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

6. การอบรมให้ความรู้ที่ดำเนินงานไปแล้ว ยังไม่ครอบคลุมความต้องการของชุมชนและการแก้ไขปัญหา จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ประเด็นหรือหัวข้อการอบรมที่ต้องการเพิ่มเติม ควรประกอบด้วยเรื่องต่อไปนี้

6.1. สถานการณ์โรคเอดส์และความก้าวหน้าในการดูแลรักษา ปัจจุบันแม้จะมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มากมาย ทั้งสถิติการติดเชื้อ การรณรงค์การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ แต่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่ตรงกับความต้องการของผู้บริโภค โดยเฉพาะข้อมูลด้านความก้าวหน้าในการรักษาโรคเอดส์ ทั้งด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์พื้นบ้าน เพราะทุกคนต่างรอคอยความหวังในด้านการรักษา จึงเสนอให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลรักษาให้มากขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจและเป็นทางเลือกในการรักษา ขณะเดียวกันช่วยสนับสนุนในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชากรบางกลุ่มที่ด้อยโอกาสทางด้านการรักษา ดังนั้นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ รายงานสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นสิ่งที่องค์กรต่าง ๆ ที่ทำงานด้านเอดส์ต้องการ

6.2. ทักษะเฉพาะในการเยี่ยมบ้าน แม้หลายโครงการหรือหลายกลุ่มที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านจะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านอยู่แล้ว แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ทำงานด้านเอดส์ในชุมชนยังต้องการอบรมเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ยังไม่มีรูปแบบที่ ชัดเจน และแต่ละกลุ่มก็จะมีกิจกรรมหรือรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเอดส์หลายรายที่ต้องการอบรมทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยเมื่อไปเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะในปัจจุบันได้คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลที่บ้านจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว แต่วัฒนธรรม

ที่ปฏิบัติกันมาจะเป็นการบอกต่อ ไม่มีการอบรมที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมจึงก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในการทำงาน

6.3. การเขียนโครงการ สำหรับผู้นำกลุ่มหรือองค์กรหลายคนต้องการพัฒนาหรืออบรมในการเขียนโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุน ทั้งนี้เพราะไม่มีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว

6.4. การสร้างอาชีพ และเพิ่มทักษะการตลาด องค์กรหลายองค์กรมีความตั้งใจที่จะสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว และเมื่อฝึกอาชีพจนผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถทำ กิจกรรมต่างๆ ที่เป็นอาชีพเสริมได้ แต่พบว่ามีอุปสรรคในด้านการจำหน่าย เพราะไม่มีความรู้ในด้านการตลาด ดังนั้นจึงต้องการการอบรมความรู้ในด้านนี้ เพื่อคงไว้ซึ่งความยั่งยืนของกลุ่ม นอกจากนี้ กิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างอาชีพและรายได้ก็นำเสนอให้ผู้ป่วย ไม่ควรที่จะให้ผู้ป่วยสร้างอาชีพใหม่ที่ไม่เคยทำ เพราะจำเป็นต้องฝึกและใช้เวลา กิจกรรมที่ควรส่งเสริมต้องคงไว้ซึ่งการประกอบอาชีพเดิมหรือที่ใกล้เคียงที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้ ไม่ควรให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่หรือสร้างอาชีพใหม่ เพราะผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเป็นอันมาก และอาชีวดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตที่ยั่งยืนของผู้ป่วย

6.5. การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย จากประสบการณ์การทำงานที่ได้คลุกคลีและให้การช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยเอดส์มาเป็นเวลาหลายปี พบปัญหาที่สำคัญว่า เมื่อดำเนินการกับกลุ่มผู้ป่วยไปได้ระยะหนึ่ง สมาชิกกลุ่มหรือผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกท้อแท้ หหมดกำลังใจ และแยกกลุ่ม ดังนั้นจึงต้องการการอบรมความรู้ในด้านการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อให้เห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่น

6.6. กิจกรรมที่สำคัญในด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน คือ การให้การปรึกษา การให้สุขศึกษา ซึ่งจะเป็นการอบรมให้ความรู้ หรือให้คำแนะนำ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ปฏิบัติ ซึ่งการให้การปรึกษา มี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ปฏิบัติอย่างเป็นทางการ มีรูปแบบที่ชัดเจน กับรูปแบบที่เกิดขึ้นโดยชาวบ้าน ที่ปฏิบัติให้การปรึกษาตามความรู้ของตนเองที่เคยมีประสบการณ์ ส่งผลเกิดความไม่มั่นใจในการให้การปรึกษาปัญหาในเชิงลึก จึงต้องการพัฒนาตนเองมากขึ้น โดยจะเห็นว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด จะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ โดยวิธีการให้การปรึกษา สอนสุขศึกษาในเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย ความรู้ด้านโภชนาการและการเลือกรับประทานอาหาร เป็นต้น

นอกจากนี้ประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ และต้องการเป็นแนวทางเลือกเพื่อปฏิบัติ คือ ความรู้ในการใช้ยาสมุนไพร เพื่อรักษาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากความหวังในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันยังมีน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายต้องการรับทราบความก้าวหน้าในการรักษาด้วยยาสมุนไพร ซึ่งปัจจุบันเป็นเรื่องที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ค้นหารูปแบบที่เหมาะสมต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย จากการศึกษา พบว่าประชาชนในสังคมภาคใต้ยังไม่ให้การยอมรับผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการก็มักจะปิดบัง ซ่อนเร้น ส่งผลให้ไม่ได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. พัฒนารูปแบบการดูแลที่ผสมผสานการดูแลและพัฒนาเครือข่ายการดูแลแบบพื้นบ้านสู่ระบบการบริการที่ครบวงจรและต่อเนื่อง จากการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลที่บ้าน ยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจนมากนัก โดยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับครอบครัว และชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่เนื่องจากการยอมรับของชุมชนมีน้อย ผู้ป่วยจึงไม่กล้าเปิดเผย ส่งผลให้การดูแลเกิดขึ้นเฉพาะในครอบครัวเท่านั้น ประกอบกับบางครั้งแม้ผู้ป่วยจะสามารถจัดตั้งองค์กรเพื่อช่วยเหลือภายในกลุ่ม แต่ก็ไม่มีความยั่งยืน เนื่องจากหลายๆ ปัจจัย เช่น ภาวะสุขภาพ องค์ความรู้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนา ระบบการ ดูแลที่บ้านให้มีความชัดเจน ส่งเสริมการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว และสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งให้กับผู้ป่วยและครอบครัว
3. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครและหญิง และการสร้างความสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วมในการดูแล จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในบริบทต่างๆ พบว่า การดำเนินงานด้านการดูแล ผู้ป่วยเอดส์ให้ประสบผลสำเร็จได้นั้นจะต้องอาศัยบทบาททั้งชาย และหญิงที่ร่วมมือในการทำงาน เช่น ด้านการบริหารจัดการ จะต้องอาศัยผู้นำที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีภาวะผู้นำ ส่วนด้านการดูแลจะต้องอาศัย ผู้ที่เข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วย มีความอ่อนโยน เป็นต้น
4. พัฒนาระบบการดูแลแบบพึ่งตนเองในกลุ่มที่ไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง จากการศึกษาพบว่า มีหลายองค์กรที่ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ ไม่เปิดเผยตัวเอง ประกอบกับกลุ่มที่ไม่มีเครือข่ายการดูแล ไม่มีโอกาสเข้าถึงสื่อหรือแหล่งข้อมูลต่างๆ ดังนั้นจึงไม่ได้รับการช่วยเหลือ ส่งผลต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
5. พัฒนาระบบบริการที่เข้าถึงใจและองค์รวมวิถีชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษา พบว่ายังมีช่องว่างในการดำเนินงานระหว่างภาครัฐและองค์กรเอกชน ที่แต่ละฝ่ายต่างดำเนินงาน ไม่ได้ร่วมมือกันเท่าที่ควร ทำให้งานในภาครัฐแม้จะมีทรัพยากรบุคคล การเงิน มากแต่ก็ไม่สามารถลงสู่ชุมชนได้ด้วย ข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน เช่น ภาระหน้าที่ สำหรับภาคเอกชนแม้จะมีอาสาสมัครในการดูแล และมีความใกล้ชิดกับชุมชน ก็ยังมีอุปสรรคบางประการ เช่น องค์ความรู้ ส่งผลให้บริการที่ไปยังไม่ถึงในของ ชุมชนเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล

บรรณานุกรม

กิตติกร นิลมวกัด, พัชรียา ไชยลังกา และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2543). การรณรงค์ป้องกัน และดูแลโรคเอดส์ในชุมชนเมือง วารสารสภาการพยาบาล 15(3), 30-46.

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2542). สรุปรายงานการสัมมนา ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 21-23 เมษายน 2543 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2543) การศึกษาดำเนินงาน ดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย กรุงเทพฯ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2544) สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2543 กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์ และจิราภรณ์ ยาชมภู (2543) โครงการศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ใน ชุมชนของประเทศไทย กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ขวัญตา บาลทิพย์ (2541) ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชาญ เชื้อโกวิทรัชย์ (2538) การสร้างอาสาสมัครเพื่องานควบคุมและป้องกันโรคเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ จังหวัดสงขลา วารสารวิชาการสาธารณสุข 4(1), 28-39.

ธานี กลิ่นขจร (2541) การติดตามและประเมินผลโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ จังหวัดปัตตานี ปี 2540 วารสารวิชาการสาธารณสุข 7(1), 89-95.

ธนพร พนาคุปต์ (2542) การพัฒนาเครือข่ายการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2540-2542 10(4), 39-45.

มาลี สบายยิ่ง และสาวตรี ลิมชัยอรุณเรือง (2543) การยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อของครอบครัว ชาวประมงในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง เอกสารประชุมทางวิชาการระดับชาติ สาขาสังคมวิทยา ครั้งที่ 1 เรื่อง สถานภาพผลงานวิจัยเกี่ยวกับพลวัตการปรับตัวของสังคมไทย วันที่ 15-16 ธันวาคม 2543 ณ กรุงเทพมหานคร.

วิภา ภวานามภรณ์ และกุลธิดา จันทรเจริญ (2540) การศึกษากฎการส่งเสริม สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ในสถานพยาบาลของรัฐ ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย โรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ปี 2540 กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

วิชา ด้านอำรุงกุล ชนิดา พลาณเวช และวิชัย โปษยะจินดา (2542) การศึกษาศถานภาพงานวิจัยโรคเอดส์ในประเทศไทย : 2535-2539 กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุคนธา รัตโน. (2543). การปฏิบัติกิจกรรมบริการที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุภาภรณ์ พงษ์สุชาติ. (2541) ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ จังหวัดพัทลุง วารสารวิชาการเขต 12 9(2), 13-19.

โสภา ซาภิมลย์ (2536) ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

แสงโสม ส่งแสง (2540) การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในสังคม และวัฒนธรรมไทยที่วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย สงขลา นครินทร์

สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 สงขลา (2543) สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสังเคราะห์องค์ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ระหว่างวันที่ 10-11 สิงหาคม 2543 ณ ห้องประชุมโรงแรมกรีนวิลด์ พาเลซ อ. เมือง จ.สงขลา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2544) รายงานสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดปัตตานี ปัตตานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (2544) รายงานสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดสงขลา สงขลา

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และสุกัญญา โลงนาภิวัฒน์ (2540) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ในรายงานการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้ เรื่อง การดูแลสุขภาพที่บ้าน : การปฏิบัติและการวิจัยระหว่างวันที่ 24-30 มีนาคม 2540 ณ โรงแรมพี พี แกรนด์ทาวเวอร์ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา

อารี จำปากลาง (2540) โรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิม นครปฐม : สถานีวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล

อิสระ เจียวิริยบุญญา และดวงใจ ไทยวงษ์ (2543) การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่อง ระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์

อุษณีย์ ตันตริบุญรณ์ กิตติกร นิลมานัต และประนอม หนูเพชร (2540) คิดเอง ทำเอง: การมีส่วนร่วมของชุมชนภาคใต้ในการรณรงค์ป้องกันและดูแลโรคเอดส์ วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 17(1-4), 1-14.

Bechtel, G.A. and Apakupakul, N. (1999) AIDS in southern Thailand: stories of krengjai and social connections. Journal of Advanced Nursing 29(2): 471-475.

Songwathana, P. and Manderson, L. (1997) Perception of HIV/AIDS and caring for people with terminal AIDS in Southern Thailand AIDS CARE 10 (Suppl 2): s 155- s 165.

Songwathana, P. (1998) Domiciliary and Community Based care of AIDS patients in Southern Thailand. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Queensland, Brisbane, Australia.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

บริบทของการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในแต่ละชุมชน

ชุมชนไทรงาม

ชุมชนไทรงามเป็นชุมชนที่ตั้งขึ้นภายใต้การนำขององค์กรประชาชน เป็นองค์กรแรกในจังหวัดสงขลา จุดริเริ่มของโครงการดูแลจากการขอรับรองของชาวบ้านให้ไปช่วยเหลือ ผู้ป่วยรายหนึ่งที่เป็นชาวประมงที่มีอาการของโรคเอดส์ ผู้ที่ดูแลช่วยเหลือเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์จากศุภนิมิตมาแล้ว จากความรู้สึกครั้งแรกที่ยังไม่พบผู้ป่วยก็มีได้ตระหนัก และยังมองว่าเป็นปัญหาไกลตัวแต่เมื่อพบและช่วยเหลือผู้ป่วย 1 ราย ทำให้เห็นว่าอาจเป็นปัญหาชุมชนในอนาคต เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกทอดทิ้ง และเป็นชาวประมงเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง และเป็นผู้ที่สัญจรมาจากจังหวัดอื่น ๆ ทั่วทุกภาคของประเทศไทยเพื่อมาทำงานในภาคใต้ ต่อมาเมื่อมีผู้ป่วยที่พบเห็นมากขึ้น และส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ชาวบ้านจึงเกิดการรวมกลุ่มกัน ทั้งกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มแม่บ้านเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือคนในชุมชน และเมื่อได้ให้การดูแลมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงเกิดเป็นความผูกพัน และให้การดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง ต่อมาผู้ป่วยและ ครอบครัวต้องเผชิญปัญหาเศรษฐกิจ จึงได้มีการสร้างงานขึ้นให้กับสมาชิกกลุ่มเพื่อให้มีรายได้เสริมแต่ก็ประสบปัญหา เช่น ขาดคุณภาพของงานฝีมือ ขาดแหล่งจำหน่าย แต่ด้วยความพยายามของผู้นำกลุ่มและสมาชิกก็สามารถพัฒนางานฝีมือดังกล่าวให้ได้ถึงขั้นจำหน่ายได้มากขึ้น สำหรับเรื่องการดูแลสุขภาพ กลุ่มก็พยายามสนับสนุนให้ทุกคนมีบัตรสุขภาพใช้ยามเจ็บป่วย ประกอบกับผู้นำกลุ่มเป็นบุคคลหนึ่งที่หน่วยงานของรัฐมองเห็นว่าตั้งใจจริงมีผลงาน จึงให้ความสำคัญและสามารถต่อรองลักษณะการช่วยเหลือได้บ้าง เช่น ค่ารักษาพยาบาลฟรี นอกจากนี้กลุ่มได้เรียนรู้วิธีการให้ได้มาซึ่งการช่วยเหลือสนับสนุนกลุ่ม โดยใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า “เครือข่ายภายใน” คือ ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบประสานงานกันเองเพื่อการมีอำนาจต่อรองที่มากขึ้น

สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ เมื่อกลุ่มมีการขยายเครือข่ายการดูแลออกไปเรื่อย ๆ จากการที่พบผู้ป่วยมากขึ้นและกระจายอยู่ตามที่ต่าง ๆ ทำให้เกิดอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชนปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และเกิดความรู้สึกท้อแท้เป็นบางครั้ง แต่ด้วยความผูกพันกันและความรักในชุมชนที่อาศัยอยู่พยายามหาหนทางในการหาแหล่งทุนจากองค์กรภายนอก เช่น มูลนิธิรักประเทศไทย และแหล่งความช่วยเหลือ ทำให้กลุ่มชุมชนไทรงามยังคงดำเนินการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

บ้านศูนย์รวมน้ำใจ

บ้านศูนย์รวมน้ำใจ เป็นองค์กรอิสระที่เกิดจากการรวมตัวของชาวบ้านมุสลิม และเป็น องค์กรชาวบ้านแห่งแรกในภาคใต้ที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นกลุ่มที่ได้แยกตัวออกมาจากกลุ่มอาสาสมัครที่เคยได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการพัฒนาระบบการดูแลที่ครบถ้วนและต่อเนื่อง (CCC) ปัจจุบันศูนย์รวมน้ำใจตั้งอยู่ในอำเภอหนึ่งของจังหวัดสงขลาที่มีกลุ่มประชากรเป็นมุสลิม ซึ่งประกอบด้วยทีม

ทำงานประมาณ 20 คน โดยมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การดูแลช่วงกลางวันและทำเวทียามเย็นเพื่อส่งเสริมการยอมรับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

สำหรับการเยี่ยมบ้านจะทำให้กำลังใจ ดูแลผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วย เช่น เช็ดตัว ป้อนข้าว โดยผู้ที่เยี่ยมผู้ป่วยได้นั้นจะมีคุณสมบัติเด่น คือ ผ่านการอบรมจากศูนย์รวมน้ำใจร่วมกับการสังเกต และประเมินการทำงานจนกระทั่งแน่ใจว่าบุคคลดังกล่าวมีความตั้งใจจริง และมีปรัชญาในการทำงานด้านผู้ป่วยเอดส์ที่ตรงกัน กลยุทธ์สำคัญในการทำงานร่วมกับรัฐบาลที่กลุ่มใช้ คือ การเข้าพบหัวหน้าและให้ข้อมูลมากที่สุด เพื่อให้ได้มาซึ่งการสนับสนุนต่อเนื่องของภาครัฐ รวมทั้งเน้นการทำงานที่ตอบสนองต่อนโยบายของผู้บริหาร

สำหรับบ้านศูนย์รวมน้ำใจมีจุดเด่นที่สำคัญ คือ การเป็นชุมชนมุสลิมซึ่งเป็นที่ยอมรับกัน ทั่วไปว่าเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก อย่างไรก็ตามชุมชนนี้มีผู้นำมุสลิมที่มีความรู้ด้านเภสัชกรรม จึงสามารถแนะนำด้านสมุนไพร และการเยียวยาพื้นบ้านได้อย่างถูกต้อง และมีความรู้ในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการรวมทั้งมีผู้นำศาสนาเป็นแกนนำที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนตลอด ทำให้งานมีประสิทธิภาพและกลายเป็นแหล่งศึกษาดูงานแก่เยาวชนและผู้สนใจมากมายด้วย

กลุ่มการดูแลช่วงกลางวันโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราชเป็นสถานที่แห่งหนึ่งที่มีผู้ติดเชื้อมารวมกลุ่มกันมาก โดยโรงพยาบาลเป็นฝ่ายอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทั้งด้านสถานที่ ด้านข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังมีอาสาสมัครให้สมาชิกด้วย การรวมกลุ่มกำหนดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งมีการจัดกิจกรรมในลักษณะต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย สวดมนต์ และนั่งสมาธิ ฝึกอาชีพ เป็นต้น การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ ได้ความรู้ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าว “มาที่นี่ได้หลายอย่างเหมือนกับการมาซาร์ทแบดเตอร์ มีความสุข” กลุ่มกิจกรรมนี้ได้ขยายขึ้นด้วยอาศัยวัฒนธรรมที่เรียกว่า “ปากต่อปาก” ซึ่งเป็นการประชาสัมพันธ์ไปด้วย

สำหรับคณะทำงานก็เต็มใจที่จะให้การดูแลด้วยความสมัครใจ เพราะครั้งแรกจะไม่มีค่าล่วงเวลา ต่อมาเมื่อผู้บริหารเล็งเห็นว่าคณะทำงานมีความตั้งใจจริงมีผลงานประจักษ์ จึงให้มีค่าตอบแทน อย่างไรก็ตามกลุ่มของโรงพยาบาลจะไม่ได้เน้นลงสู่ชุมชนหรือมีการเยี่ยมบ้าน แต่จะเป็นการ เผยแพร่ข้อมูล ทำกลุ่มที่โรงพยาบาลเท่านั้น และพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มาจากชุมชนใกล้เคียงและผู้ที่อยู่ในจังหวัดอื่น

สำหรับจุดเด่นของกลุ่มนี้ที่ได้รับโอกาสดี คือ ทีมงานของโรงพยาบาลจะทำงานเป็นทีมหลาย ๆ หน่วยงานมีทั้งแพทย์ พยาบาล นักสุขภาพ และอาสาสมัครเข้ามามีส่วนช่วยเหลือ เหมือนกับเป็นหน้าตาของตนเอง ทำให้กลุ่มดำเนินได้ดีและประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ

โรงพยาบาลชุมชน : ปากพนัง

โรงพยาบาลปากพนังรับผิดชอบงานการควบคุมดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างเต็มที่ ภายหลังจากการริเริ่มของหน่วยให้คำปรึกษาของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ แต่จากการดำเนินงานเพียงประเด็นการให้การศึกษา ผู้นำซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเห็นว่ายังไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสุขได้ เพราะ “ยังคงมีแววตาเศร้าหมอง” ดังนั้นจึงได้มีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อการดูแล ผู้ป่วยขึ้น ถึงแม้ว่าในระยะแรกผู้บริหารอาจจะไม่เอื้ออำนวยมากนัก แต่ด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจของผู้นำที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ประกอบกับการที่เป็นคนในพื้นที่ทำให้เป็นที่รู้จักของชุมชน จึงได้รับการความร่วมมือช่วยเหลือจากชุมชนในด้านการเงิน ประกอบกับการที่ผู้นำมีความสามารถในการเข้าถึงผู้ร่วมงาน มีบุคลิกภาพที่เป็นผู้นำ ทำให้ผู้เข้าร่วมงานทำงานด้วยความเต็มใจ โดยไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน นอกจากนี้การที่หัวหน้าให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ด้วยความเต็มใจและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ทำให้ผู้ร่วมงานทุกคนคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเช่นกันและมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเข้าร่วมทำงานอย่างมีความสุข

ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นผู้นำได้ใช้วิธีการหลายประการร่วมกัน โดยในระยะแรกจะให้ผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งยังไม่มีความสัมพันธ์กัน ยังไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ได้เขียนบรรยายความรู้สึกโดยให้สัญญาว่าจะเก็บความลับของผู้ป่วยไว้ไม่ให้เปิดเผย เมื่อกลุ่มเริ่มรู้จักกันก็จะให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงาน เช่น การปลูกสมุนไพร ขายของ และพยายามสร้างกลุ่มให้รับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง และให้แนวคิด “ผู้ป่วยเอดส์เป็นแล้วไม่จำเป็นต้องตาย” ประกอบกับบุคลิกภาพที่อบอุ่นของผู้นำทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบ “ปากกับหลาน” ที่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกันประดุจญาติ ทำให้ผู้ป่วยมีแววตาที่สดใสมากขึ้น และเกิดกิจกรรมมากมาย เช่น การส่งเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ การให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ เพราะผู้นำช่างสังเกตและไวต่อความรู้สึกของ ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรายใดมีปัญหาก็สามารถปรึกษาหารือได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ ผู้นำพยายามที่จะหาสมุนไพรที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมาให้อย่างสม่ำเสมอ และทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการผลิตสมุนไพรเพื่อให้เห็นคุณค่า ในปัจจุบันกลุ่มยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้กลุ่มผู้ป่วยไปฝึกอาชีพกับแม่บ้านและให้กลุ่มวัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างรายได้ให้กลุ่มผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มระนองคนไทย

กลุ่มระนองที่เป็นคนไทย ได้จัดการดูแลโดยมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทยที่จังหวัดระนอง เกิดขึ้นเนื่องจากการที่สังคมสงเคราะห์ได้ส่งผู้ป่วยเอดส์มารับการช่วยเหลือด้านการเงินจากมูลนิธิ เมื่อผู้ป่วยมารับความช่วยเหลือจากมูลนิธินี้ นอกจากผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินแล้วยังได้รู้จักเพื่อนใหม่ที่เป็นผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย จากเดิมที่ผู้ป่วยจะไม่เคยเปิดเผยสถานะการณ์ ติดเชื้อของตนเอง

เมื่อได้มีโอกาสรวมกลุ่ม เกิดความสนิทสนมคุ้นเคยเรียนรู้ซึ่งกันและกันจึงเกิดความไว้วางใจเกิดความผูกพันได้มีโอกาสระบายความรู้สึก รับรู้ว่าตนเองยังมีเพื่อนจึงกล้าเปิดเผยตนเอง

ซึ่งศุภนิมิตได้ส่งตัวแทนจากมูลนิธิ 1 คน มาดูแลผู้ป่วยและญาติกลุ่มนี้ ซึ่งผู้ที่มาดูแล กลุ่มนี้มีบุคลิกที่เป็นกันเอง ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่าจะสามารถเป็นที่พึ่งได้ ไว้วางใจได้ จึงมีการรวมกลุ่มกันเพื่อสร้างอาชีพขึ้นซึ่งขณะนี้ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น การรวมกลุ่มการทำงานครั้งแรกของการรวมกลุ่มจึงได้มีการศึกษาดูงาน ตามสถานที่ต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางการดำเนินงานในกลุ่มของตนเอง

จุดเด่นของกลุ่มนี้ คือ ผู้นำเป็นอาสาสมัครของศุภนิมิตที่มีความเป็นกันเองและพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ และกลุ่มผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะสร้างกลุ่มของตนเองให้มีความเข้มแข็งสามารถพึ่งตนเองได้ โดยเฉพาะรายที่มีความสามารถเฉพาะ และต้องการสร้างอาชีพขึ้นให้มีรายได้เพื่อให้บุตรมีความอยู่ดีกินดีมากขึ้น ดังคำพูดที่ว่า “อยู่เพื่อลูก”

อย่างไรก็ตามการรวมกลุ่มของคนกลุ่มนี้ยังมีอุปสรรค รูปแบบและกิจกรรมกลุ่มยังไม่ ชัดเจน ยกเว้นเรื่องการสร้างอาชีพ แม้ผู้นำจะมีความตั้งใจแต่ยังขาดความรู้และประสบการณ์ ยังไม่มีที่ปรึกษาด้านสุขภาพ ไม่ค่อยมีความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวกับการรักษาดูแลโรคเอดส์ เช่น เมื่อใครบอกว่าการรักษาแบบใดดีก็จะทำการทดลองไปทุกอย่าง นอกจากนี้ การยอมรับผู้ป่วยเอดส์ในสังคมกลุ่มนี้ยังมีน้อย โดยเฉพาะเพื่อนบ้านมีปฏิกิริยาเกี่ยวข้องมาก เช่น ไม่ยอมให้บุตรเล่นกับบุตรของ ผู้ติดเชื้อ โดยใช้คำพูดว่า “ลูกเอดส์ห้ามไปเล่นด้วย” ดังนั้นความต้องการการช่วยเหลือทั้งทางด้านวิชาการและการปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนระนองคนไทยยังคงมีอยู่มาก

กลุ่มระนองพม่า

กลุ่มระนองของพม่าถูกจัดตั้งโดยมูลนิธิศุภนิมิต โดยจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีกลุ่มที่ช่วยเหลือกันเอง อาสาสมัครที่เข้าร่วมทำงานมีหลายอาชีพ เช่น หมอดูแล ผดุงครรภ์ ช่างทาสี นายหน้าส่งเงินกลับประเทศพม่า เป็นต้น เพื่อเป็นสื่อในการกระจายข้อมูลด้านสุขภาพและการป้องกันโรคเอดส์ให้กับคนในชุมชน การเข้ามาของอาสาสมัครมีหลายรูปแบบ คือ การได้รับการทาบทามจากมูลนิธิ การเข้ามาสมัครด้วยตนเอง โดยเมื่อเข้ามาทำงานอาสาสมัครระยะหนึ่งก็จะเกิดความสงสารเห็นใจผู้ป่วย นอกจากนี้บางรายที่เคยมีประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือเพื่อนที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และเสียชีวิต เกิดความสงสารจึงได้อาสาสมัครมาเป็นผู้ดูแล

แรงจูงใจสำคัญที่อาสาสมัครผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง คือ การที่มีประสบการณ์พบเพื่อนเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะขณะป่วยระยะสุดท้ายไม่มีใครดูแล จึงเกิดความเข้าใจและสงสารต้องการช่วยเหลือ นอกจากนี้การได้รับสิทธิพิเศษของอาสาสมัครเมื่อการมาทำงานด้านเอดส์ คือ การได้รับบัตรจากมูลนิธิศุภนิมิตว่าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่สามารถรอดพ้นจากการจับกุมของเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพราะฉะนั้น อาสาสมัครทุกรายจึงพยายามที่จะทำ บทบาทของหน้าที่ตนเองให้ดีที่สุด เป็นที่ยอมรับ

รับของกลุ่มเพื่อตนเองจะได้รับเลือกเป็นอาสาสมัครอีกในวาระต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มอาสาสมัครยังได้รับการยอมรับจากชาวพม่าด้วยกันและได้รับสวัสดิการพิเศษเมื่อเจ็บป่วยอีกด้วย

อาสาสมัครที่ให้การดูแลในปัจจุบันครอบคลุมพื้นที่ 40 หมู่บ้านโดยผู้ที่อยู่พื้นที่ใดก็จะดูแลประชาชนในพื้นที่นั้น ซึ่งบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครที่สำคัญได้แก่ งานด้านลูกเรือประมง หญิงอาชีพพิเศษ และงานชุมชน เช่น ด้านส่งเสริมวัฒนธรรม ด้านศาสนา ด้านดูแลสุขภาพอนามัย การฉีดวัคซีน เป็นต้น กลยุทธ์ที่เป็นจุดเด่นที่แตกต่างไปจากกลุ่มอื่น ๆ คือ การคัดเลือกอาสาสมัครที่มีความหลากหลายของอาชีพ โดยให้บุคคลที่มีอาชีพเยี่ยมบ้านอยู่แล้วมาทำงานด้านเอดส์ด้วย เพื่อทำหน้าที่กระจายข่าวสารและข้อมูลต่าง ๆ อย่างทั่วถึง นั่นคือ การใช้อาชีพเดิมที่มีเป็นประโยชน์ต่อการทำงานให้ชุมชน โดยไม่ต้องใช้เวลา นอก เช่น การคัดเลือกหมอมาเป็นอาสาสมัคร ซึ่งโดยปกติเป็นผู้ที่พบปะกับชาวบ้านอยู่แล้วจะไม่เกิดคำพูดที่ว่า “รับจ้างเยี่ยม”

อาสาสมัครและชาวพม่ามีความสามัคคีกันเป็นอันมาก โดยประเมินจากการประชุมในวันที่ผู้ศึกษาเข้าไปสังเกตการณ์ พบว่ามีบรรยากาศของความเป็นประชาธิปไตยในการทำงาน เช่น การเลือกอาสาสมัครพบว่า ได้นำหลักการประชาธิปไตยมาใช้ โดยผู้ที่เสนอแนะจะต้องยกมือขึ้น และลุกขึ้นยืนทุกครั้งที่เสนอความคิดเห็น ทุกคนจะมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

บริบทในการดูแลตนเองของหญิงบริการอาชีพพิเศษชายแดนไทย – มาเลเซีย

บริเวณชายแดนไทย – มาเลเซีย เป็นแหล่งของสถานบันเทิงเริงรมย์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น คาราโอเกะ นวดแผนโบราณ อาบอบนวด ผับ ดิสโก้เทค ที่เกิดขึ้นมามากมายเพื่อบริการนักท่องเที่ยวซึ่งส่วนมากเป็นชาวมาเลเซียที่มีเชื้อชาติจีนมากกว่าเชื้อชาติมุสลิม การเดินทางเข้ามาสะดวก จึงเกิดการสร้างอาชีพให้แก่คนไทย หนึ่งในอาชีพนี้มีหญิงบริการในรูปของการขายบริการทั้งแฝงและตรง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นจนถึงวัยกลางคน (18-40 ปี) มีภูมิลำเนาเดิมส่วนใหญ่มาจากภาคเหนือและภาคอีสาน ในงานส่วนใหญ่จะเน้นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมากกว่าการดูแลผู้ป่วย โดยการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ปัจจุบันไม่มีกิจกรรมใดที่เน้นการส่งเสริมการดูแลโดยเฉพาะ หรือมีกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นการรวมกลุ่มของหญิงบริการ ยกเว้นจากการริเริ่มของโรงพยาบาลที่ได้ลงไปจัดกิจกรรมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงบริการ พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่เคยมีครอบครัวมาก่อน บางคนมีลูกแต่ผิดหวังในชีวิต สามีไม่ดีจึงหนีหรือเลิกแต่มีภาระลูกและทางบ้านที่ต้องส่งเงินให้ ทางออกที่ดีกับความรู้ประถม 7 หรือมัธยม ก็ต้องเป็นงานในสถานบันเทิงที่หาจ่ายรายได้ดี บางคนเป็นที่ประทับใจของผู้ใช้บริการ จึงมีรายได้หักให้เจ้าของบาร์เหลือส่งบ้านได้ 8,000 – 16,000 บาท จึงทำให้ผู้หญิงวัยรุ่นจำนวนหนึ่งที่ผิดพลาดในชีวิตหันมาทำงานขายบริการที่มีเงินดี แต่งตัวสวย ซึ่งปัจจุบันมีความเป็นอิสระไม่ต้องถูกกักขังเช่นในอดีต มาม่าซัง (หรือเจ้าของกิจการ) บางรายซื้อโทรศัพท์มือถือให้ก่อนแล้วจึงผ่อนส่งหักจากรายได้ สะดวกสบาย ดังนั้นอาชีพนี้จึงยังเป็นที่นิยมของผู้หญิงที่ไม่มีทางเลือกมากนักเนื่องจากมีความรู้แน่นแต่รายจ่ายมาก

สำหรับระบบการทำงานจะแตกต่างจากที่หาดใหญ่ โดยเปิดประมาณ 12.00 – 22.00 น. เป็นส่วนใหญ่ นักท่องเที่ยวที่ไม่พักค้างต้องรีบกลับเข้าประเทศ เพราะด่านปิดเวลา 21.00 น. แต่ก็มีสถานบริการหลายแห่งเปิดถึงเวลา 2.00 น. ซึ่งมีไม่มาก ช่วงบ่ายและเย็นจะเห็นหญิงบริการ ชาวต่างชาติเดินกันดูคึกคัก โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลต่าง ๆ เช่น ลอยกระทง สงกรานต์

ชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ พบว่า หญิงบริการจะพักอาศัยที่บ้านหรือร้านที่เป็นสถานบริการนั้นที่จัดไว้ให้ อาหารจะซื้อรับประทานเองอาหารที่ชอบมักเป็นส้มตำ ไก่ย่าง ข้าวเหนียวไก่ทอด ส่วนการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแขกที่มาเที่ยว ส่วนใหญ่ก็มีความกลัวโรคจะใช้ถุงยางอนามัย แต่ก็ไม่ใช่ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะแขกหรือคู่ขาประจำมักไม่ใช้คิดว่าแข็งแรงดีไม่มีอะไร แต่ก็มีเจ้าของสถานบริการที่เห็นความสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็มีนโยบาย ชัดเจน โดยออกกฎให้ทุกคนต้องใส่ถุงยางอนามัยรับแขกทุกครั้ง ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก เพราะส่วนใหญ่จะให้หญิงบริการเอาใจแขก ทั้งที่บางครั้งหญิงบริการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่องโรคเอดส์ปลอดภัยได้ถ้าใช้ถุงยางอนามัย แต่เมื่อปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพราะกลัวติดโรค กลับถูกแขกต่อว่าและไปฟ้องเจ้าของร้านหญิงบริการจะได้รับการตัดเงินเดือน บางคนอาจได้รับการทำร้ายร่างกายถึงขั้นทุบตี นอกจากนี้ยังพบว่าการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยนั้น หญิงบริการไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ คิดว่าให้แขกหลังข้างนอก ไม่ท้อง ไม่ติดโรค หรือการใช้ปากแทน (Oral sex) ไม่ติดโรค เพราะไม่ได้สัมผัสมีเลือด บางคนซื้ออุปกรณ์มาสวนล้างช่องคลอด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงบริการมีน้อยมาก ส่วนใหญ่ไม่ได้สนใจเรื่องการออกกำลังกายบอกว่า ไม่มีเวลา ต้องนอนดึก เข้าตึ้นนอนสาย รับประทานอาหารจำกัดกลัวอ้วน นอกจากนี้ยังพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติด ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเรื่อง “การเล่นของ” (ยาเสพติด พวัก ยาอี ยาหัวสั้น) มีหลายแห่งเพราะว่าแขกชอบสนุกตื่นเต้นได้อารมณ์ เมื่อยามเจ็บป่วยหญิงบริการมักซื้อยารับประทานเอง เพราะสะดวกทำให้ใช้จ่ายเงินสูงและไม่มีการตรวจสุขภาพมาตรวจหาหมอมือ เมื่อมีอาการผิดปกติ ไม่ได้มีการตรวจเลือด

จากการดำเนินโครงการชีวิตสดใส เมื่อใส่ใจสุขภาพ ในรูปความร่วมมือของ คณะทำงานเอดส์ ในคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอเขตเมือง (คปสอม.) นำนายอำเภอ ตำรวจ ตัวแทนเจ้าของสถานบริการในระยะแรก โดยมีการวางแผนร่วมกันและขอความร่วมมือในพื้นที่ให้เจ้าของสถานบริการเข้าร่วมประชุม ในการจัดรูปแบบการบริการเชิงรุกที่เน้นการใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง ให้หญิงบริการได้สร้างความตระหนัก เข้าใจ ในเรื่องความสำคัญการตรวจค้นหา โรคที่อาจเกิดได้จากการประกอบอาชีพและการดูแลสุขภาพตนเอง จากการลงพื้นที่ ประชาสัมพันธ์รับสมัคร ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้มีหญิงบริการเข้าร่วม 60 คน ได้แบ่งเป็น 2 รุ่นในการจัดกลุ่มสัมพันธ์ การใช้สื่อการเล่นเกมส์ เช่น เกมแล่นน้ำ ปลอดภัยรู้ และจัดสถานการณ์ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล สอดแทรกองค์ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การให้การปรึกษาตรวจตรวจเลือดหาเอดส์ เอช ไอ วี พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี ร้อยละ 10-13 จากการติดตามนัดทำกลุ่มให้การปรึกษาทำให้ทราบถึงบริบทการ

ดูแลตนเองที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น คือ จากเดิม หญิงบริการที่ติดเชื้อเอช ไอ วี บางคนก็รู้ว่าตนเองติดเชื้อเพราะเคยตรวจที่คลินิกแต่ไม่แน่ใจ ได้มาตรวจซ้ำ จึงไม่ได้ดูแลตนเองไม่ได้ป้องกัน การรับแขกบางคนไม่ชอบใส่ถุงยางก็ไม่ขัด จึงอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น แต่เมื่อเข้าโครงการนี้ ทำให้หญิงบริการกลุ่มที่ติดเชื้อเห็นความสำคัญ ตระหนักมากขึ้นในการป้องกันตัวเองที่จะไม่รับเชื้อเพิ่มและไม่แพร่เชื้อ โดยการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ แต่จะให้เลิกอาชีพขณะนี้คงไม่ได้เพราะว่ามีภาระ ได้วางแผนการ ดูแลสุขภาพตนเองและเตรียมหาอาชีพเสริมในอนาคต ซึ่งในสังคมหญิงบริการมีการดูแลช่วยเหลือกันในเพื่อนที่สนิทมักเป็นคนบ้านเดียวกัน มีการช่วยเหลือยามเจ็บป่วยหาอาหารให้ดูแลเช็ดตัว พาไปพบแพทย์ บางคนอาจบอกความลับกับเพื่อนสนิทว่าตนเองติดเชื้อ ก็มีทั้งคนสงสารเห็นใจ ให้การช่วยเหลือ แต่ก็มีบางคนไม่มาพูดคุยด้วยแสดงที่ทาก้าว ไม่ยอมรับประทานอาหารร่วมกัน แต่ก็เป็นประสบการณ์ที่หญิงบริการได้เห็นสภาพของเพื่อนบางคนติดเชื้อเอช ไอ วี แสดงอาการของมีโรคแทรกซ้อน ที่พบ เช่น ไข้สูง ไข้หวัด เชื้อราในช่องปาก บางคนก็มาจากทางภาคเหนือเคยเห็นคนในหมู่บ้านที่กลับไปมีสภาพของโรคเอดส์ทำให้เกิดความกลัวและเพิ่มความตระหนักในการป้องกัน กลัวติดโรคมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์เหล่านี้อีกก่อน

อย่างไรก็ตามการที่นำโครงการโรคเอดส์อย่างเดียวลงไปป้องกันคงทำได้ไม่ประสบผลสำเร็จ จากที่ผ่านมาในการรณรงค์ถุงยาง 100 % จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาและทีมงานได้ดำเนินโครงการเชิงรุกใช้กระบวนการกลุ่ม ทำกลุ่มสัมพันธ์ การให้การปรึกษาให้ความรู้สอดแทรกไป เน้นการใส่ใจห่วงใยดูแลสุขภาพทำให้ โครงการนี้ประสบผลสำเร็จแม้ว่าไม่ใช่เต็ม 100 % แต่ก็เห็นรูปแบบที่จะส่งเสริมป้องกัน การดูแลผู้ติดเชื้อในกลุ่มหญิงบริการอาชีพพิเศษ ที่มีชีวิตที่สดใสนั้น เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อประเทศไทย

บริบทการดูแลของวัดในสังคมภาคใต้

บทบาทของวัดในภาคใต้จะมีความแตกต่างกันไป บางวัดจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยตรง แต่บางวัดเน้นกิจกรรมจัดตั้งขึ้นเพื่อรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ แต่ก็มีที่פקให้สำหรับผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ เป็นการชั่วคราว ลักษณะสำคัญที่พบในบริบทการดูแลของวัดมีดังนี้

วัดเป็นที่พึ่งสุดท้ายหรือกลายเป็นทางผ่าน

ในสังคมไทยวัดเป็นที่พึ่งมาช้านานในคนทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องการที่พึ่งทางใจ เพราะวัดเป็นแหล่งที่สงบที่มนุษย์ต้องการแสวงหาความสงบแห่งจิตใจได้ เมื่อมีผู้ป่วยเอดส์เข้ามาวัดจึงเป็นสถานที่ให้การดูแลและที่พักพิง การให้ความสำคัญและบทบาทของวัดจึงมีมากยิ่งขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและทอดทิ้งจากครอบครัวและสังคม

อย่างไรก็ตามผู้ที่เข้ามาอาศัยที่วัดมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป บางรายไม่สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้ก็หวังที่จะอาศัยวัดเป็นที่พึ่งไปจนกว่าจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แต่สำหรับผู้ป่วย บางรายก็เข้ามาอาศัยวัดเพื่อเป็นแหล่งพักพิงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อใดที่ผู้ป่วยสามารถปรับสมดุลของชีวิตได้ และพร้อมที่จะกลับไปสู่สังคมก็จะออกจากวัด

สำหรับผู้ที่ตั้งใจจะมาอาศัยวัดเพื่อเป็นที่พึ่งสุดท้าย ความหวังของคนกลุ่มนี้เห็นวัดเป็นแหล่งที่พึ่งทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การสอนให้เห็นถึงสัจธรรมความจริงแห่งชีวิต บางวัดได้มีการทำวัตรเช้า – เย็น ทำให้เข้าใจชีวิตมากยิ่งขึ้น และผู้ป่วยบางรายบอกว่าแม้ตนเองจะมีอาการดีขึ้น ก็จะไม่ยอมอุทิศตนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในวัด

อย่างไรก็ตามการอยู่ร่วมในชุมชนของวัดก็มีความขัดแย้งเกิดขึ้นด้วยลักษณะบริบทการดูแลของวัดเปลี่ยนไปในลักษณะของการมีผลประโยชน์ที่ไม่เท่าเทียมกัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่เข้ามาอาศัยที่วัด และหวังจะเป็นที่พึ่งสุดท้ายนั้นไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมของวัดได้ จึงรับรู้ว่าการวัดไม่สามารถเป็นที่พึ่งได้ ผู้ป่วยจึงขอกลับไปอาศัยที่อื่น เสมือนว่า “ขอหนีไปตายดาบหน้า” ไม่ขอยึดวัดเป็นที่พึ่งอีกต่อไป

เปรียบเทียบเจ้าของบ้านและมีผู้มาขออาศัย

ลักษณะของผู้ที่เข้ามาอาศัยที่วัดแห่งนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มารับการรักษาและพักอาศัยในวัดเป็นเวลานาน และอีกกลุ่มหนึ่ง คือ เพิ่งเข้ามารับการดูแลรักษา ซึ่งผู้ที่มารับการรักษาในช่วงแรก ๆ ของการก่อตั้งวัด และได้มีโอกาสช่วยเหลือวัด จะรับรู้ตัวตนเอง เปรียบเสมือนเจ้าของบ้านที่เป็นคนสำคัญ มีสิทธิพิเศษหลายประการและมีบทบาทที่สำคัญ คือ การมีหน้าที่ที่จะคอยให้การดูแลผู้ที่เข้ามาอาศัยใหม่ โดยการแนะนำการช่วยเหลือต่าง ๆ ส่วนผู้ที่เข้ามาใหม่ก็จะได้รับดูแลโดยเจ้าของบ้านและมักจะมีสิทธิต่าง ๆ น้อยกว่า โดยผู้ป่วยก็ยอมรับถึงความไม่เท่าเทียมกันดังกล่าว เพราะรู้ว่าตนเองเหมือนผู้เข้ามาอาศัย จากประเด็นดังกล่าวนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เกิดความผูกพันกับวัด มักจะหมุนเวียนเข้ามาและออกไป นอกจากนี้ ส่งผลให้ผู้ที่มาใหม่บางรายพยายามตีสนิทกับเจ้าของบ้าน เพื่อให้ตนเองสามารถอาศัยอยู่ในบ้านได้อย่างมีความสุขไม่เกิดความขัดแย้งและอาศัยอยู่ได้นานเท่าที่ต้องการ

เปรียบเทียบเจ้านายกับลูกน้องหรือพี่กับน้อง

รูปแบบการดูแลที่วัดในภาคใต้ยังคงให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทรกันในกลุ่ม เช่น กลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนกับเพื่อน กลุ่มลูกกับหลาน กลุ่มพี่กับน้อง ซึ่งกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันในลักษณะดังกล่าวเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ แต่ก็มีความเหนียวแน่นและมีผลที่จะช่วยส่งเสริมความผาสุกในชีวิตในขณะอาศัยอยู่ที่วัดเป็นอันมาก เช่น เมื่อผู้ป่วยรายใดเกิดความเจ็บป่วย หรือ

ต้องการความช่วยเหลือก็จะมีผู้ที่เปรียบเสมือนญาติ เพื่อน ลุง หลาน พี่ น้อง มาให้การดูแลส่งผลให้รับรู้ถึงความมีน้ำใจมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม อาจมีรูปแบบความสัมพันธ์เปลี่ยนไปในลักษณะของการมีกลุ่มอิทธิพล“มาเฟียร์” ขึ้นมาบ้าง กลุ่มดังกล่าวให้เหตุผลว่า ถ้าไม่บังคับก็จะได้ไม่ได้รับความร่วมมือหรือต้องบังคับเพื่อควบคุมให้ผู้ที่มาพักอาศัยอยู่ในวัดจำนวนมากมีระเบียบวินัย เป็นต้น

สร้างชุมชนใหม่ให้ตนเอง

ผู้ป่วยหลายรายที่ไม่สามารถอาศัยในชุมชนของตนเองได้ จึงจำเป็นที่จะต้องหลีกเลี่ยงสังคมเดิมเพื่อมาอาศัยที่ ณ วัด ซึ่งเป็นสังคมใหม่ และมีเพื่อน ๆ ที่เป็นกลุ่มเดียวกัน คือ ผู้ที่เป็นเอดส์ ผลจากการได้รับการหล่อเลี้ยงด้วยความเอื้ออาทรของเจ้าอาวาส เพื่อนบ้านที่มีน้ำใจให้แกกัน บางรายจึงคิดจะตั้งรกรากของตนเองในวัด ไม่ต้องการที่จะไปเผชิญกับโลกภายนอกอีกแล้ว เพราะนอกเหนือไปจากการดูแลสุขภาพคือสิ่งที่ต้องการเกิดการสร้างอาชีพ สร้างรายได้ เช่น อาชีพวิทยากร อาชีพนายหน้า อาชีพทำสวน อาชีพผู้ดูแล อาชีพนายทุน เป็นต้น บางรายสามารถส่งเงินกลับบ้านไปให้พ่อ แม่ ลูก ของตนเองได้อีกด้วย จึงเกิดเป็นชุมชนใหม่ คือ ชุมชนของผู้ป่วยเอดส์

ปรับสิ่งแวดล้อมใหม่ให้เหมาะสม

การดูแลภายในวัดจะมีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากหลายฝ่าย โดยการสนับสนุนทั้งในเชิงวิทยาการ ด้านการเงิน งบประมาณ ทำให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมเป็นระบบและมีสัดส่วนมากยิ่งขึ้น เช่น วัดแห่งหนึ่งใน ภาคใต้ที่มีหน่วยงานจากหลายหน่วยงานให้การช่วยเหลือ สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมได้ เช่น การมีเรือนผู้ป่วยวัณโรค แยกจากเรือนผู้ป่วยทั่วไป มีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น

ขาดแหล่งข้อมูลที่ทันสมัยเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง

การอาศัยอยู่ในวัดบางแห่ง ในบางครั้งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อาจจะไม่ได้รับหรือได้รับแต่ ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยในภาคใต้ เพราะส่วนใหญ่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยระบุว่าโอกาสพบกลุ่มหรือเข้าสังคมหรือชมรมต่าง ๆ มีน้อยจึงไม่ได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลหรือได้รับข้อมูลในการดูแล ตนเองและข้อมูลที่ได้รับอาจจะไม่ทันสมัยเท่าที่ควร ดังที่ ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเคยอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และได้มีโอกาสเข้ากลุ่มต่าง ๆ เมื่อมาอาศัยที่วัดได้สะท้อนถึงความรู้สึกว่า “การมาอยู่ที่วัดนี้ก็ดี สงบ แต่ไม่ดีตรงที่ไม่มีข้อมูลที่ทันสมัย โดยเฉพาะข้อมูลก็จำเป็นที่จะนำมาใช้ในการดูแลตนเอง”

ผสมผสานการรักษาด้วยสมุนไพร

ผู้ป่วยที่วัดหลายรายระบุว่าถือเป็นโอกาสดีของตนเองที่ได้มาอาศัยในวัด เพราะมีหลาย หน่วยงานได้เข้าไปช่วยเหลือ ความรู้สึกที่ว่าเจ้าอาวาสเองก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกวิธีการดูแลตนเอง ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรในการรักษาอาการต่าง ๆ ซึ่งได้รับความนิยมมากขึ้นในปัจจุบันเพราะเป็นผลผลิตจากธรรมชาติ เป็นภูมิปัญญาไทย ผู้ป่วยจึงได้มีโอกาสนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ดูแลเพราะค่าตอบแทน

ด้วยสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยเอดส์ ที่จะต้องสูญเสียรายได้ไม่มีอาชีพเป็นหลักแหล่ง ภายหลังการติดเชื้อเอช ไอ วี และป่วยเป็นโรคเอดส์ ดังนั้นเมื่อมาอาศัยในวัดผู้ที่ยังมี สุขภาพแข็งแรงก็สร้างอาชีพใหม่ โดยการรับจ้างที่จะดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงเกิดอาชีพใหม่ที่เรียกว่า “อาชีพผู้ดูแล” โดยส่วนใหญ่จะให้ค่าตอบแทนเป็นรายวัน ซึ่งอัตราค่าจ้างประมาณวันละ 150 – 200 บาท แต่ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยและความพร้อมของญาติ

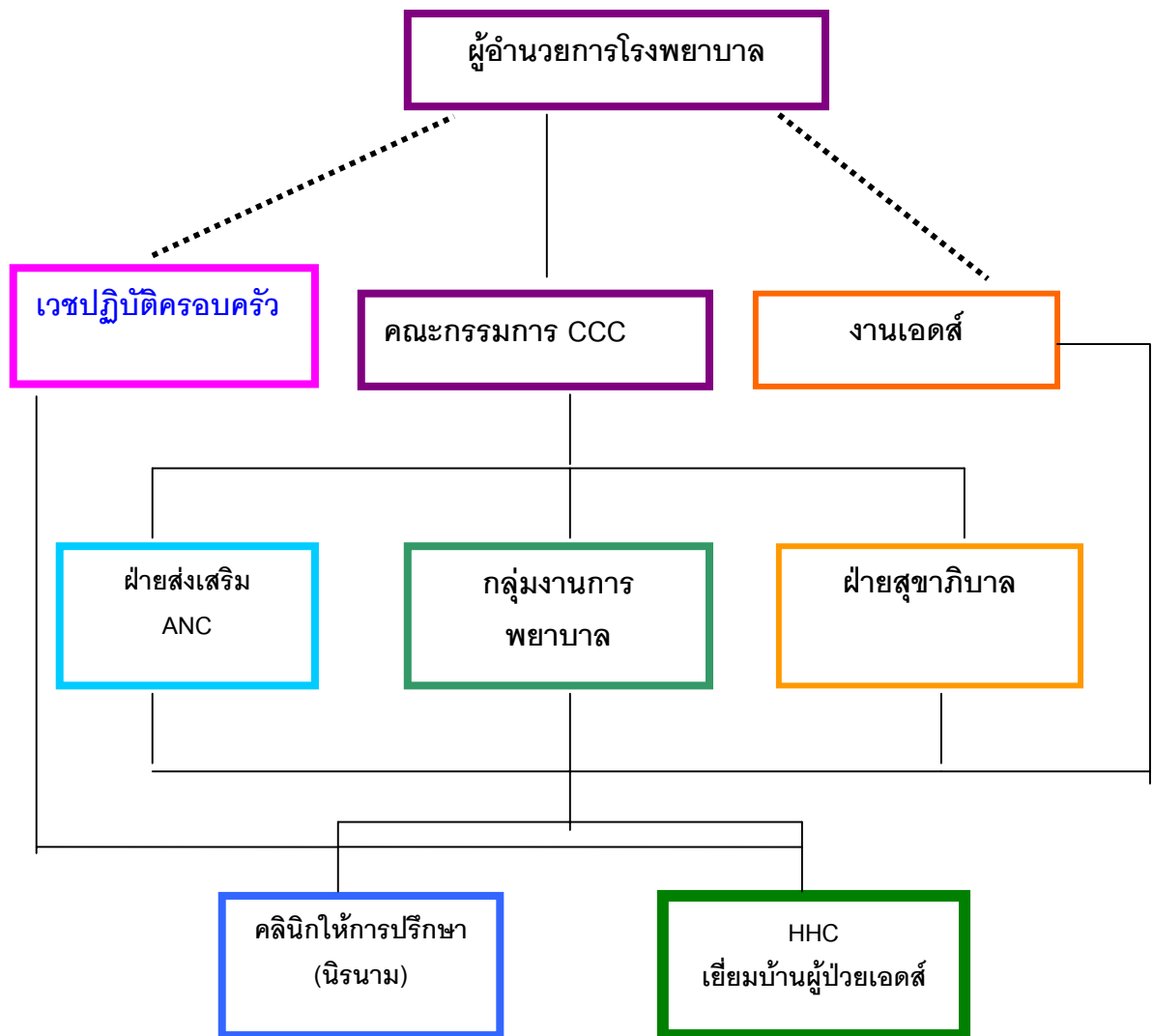
อย่างไรก็ตามรูปแบบการดูแลของวัดในปัจจุบัน มีความแตกต่างจากการดูแลในอดีตที่ผ่านมา โดยปกติผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรงจะสมัครเข้ามาเป็นอาสาสมัครให้การดูแลผู้ป่วย จัดตารางการเข้าเวร อาสาสมัครที่ดูแลส่วนใหญ่ทำด้วยใจ ต่อมาเมื่อเริ่มมีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับ อาสาสมัคร จึงเกิดปัญหาความขัดแย้งในด้านผลประโยชน์ ระบบการดูแลจึงเริ่มเปลี่ยนไปจากการดูแลด้วยใจกลายเป็นการดูแลโดยหวังค่าตอบแทนที่จะได้รับ ทำให้ระบบวัฒนธรรมการดูแลที่มีคุณค่าเปลี่ยนไป อีกประการหนึ่งบทบาทของวัดได้ขยายออกไปจากบทบาทเดิมที่มีอยู่โดย มีการทำงานที่ใกล้ชิดกับชุมชนภายนอกน้อยลง เพราะมีความสนใจและมุ่งสู่การทำงานที่เน้นเฉพาะ ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้มีการละเลยกิจกรรมของวัดที่เป็นปกติ เช่น การสร้างโบสถ์ เป็นต้น

วัดสามัคคีธรรม เป็นตัวอย่างของวัดอีกแห่งหนึ่งที่มีลักษณะการดำเนินงานในเชิงรุก เกี่ยวกับโรคเอดส์ทั้งในด้านการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยวัดแห่งนี้มีโครงการที่ป้องกันเอดส์โดยการสร้างให้ชุมชนเข้มแข็งสร้างอาชีพและรายได้ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ มีคุณธรรม เช่น โครงการสามัคคีธรรมนำสังคม โดยเจ้าอาวาสของวัดเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้ โครงการต่าง ๆ ดำเนินไปได้ ปัจจุบันวัดพยายามสร้างคนรุ่นใหม่ให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงาน การศึกษานอกระบบ ได้บุคคลที่มีใจที่จะทำงานอย่างแท้จริง นอกจากนี้วัดยังมีที่พักสำหรับผู้ป่วยเอดส์ และมีอาสาสมัครคอยดูแลช่วยเหลือพร้อมมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งวัดแห่งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ที่มาอาศัยไว้ประการหนึ่ง คือ จะต้องเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพราะวัดแห่งนี้จะไม่มีผู้ดูแลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาได้ อาสาสมัครเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกเท่านั้น สำหรับการดูแลตนเอง วัดก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสวงหาทางเลือกในการรักษาด้วยตนเอง ทั้งการ

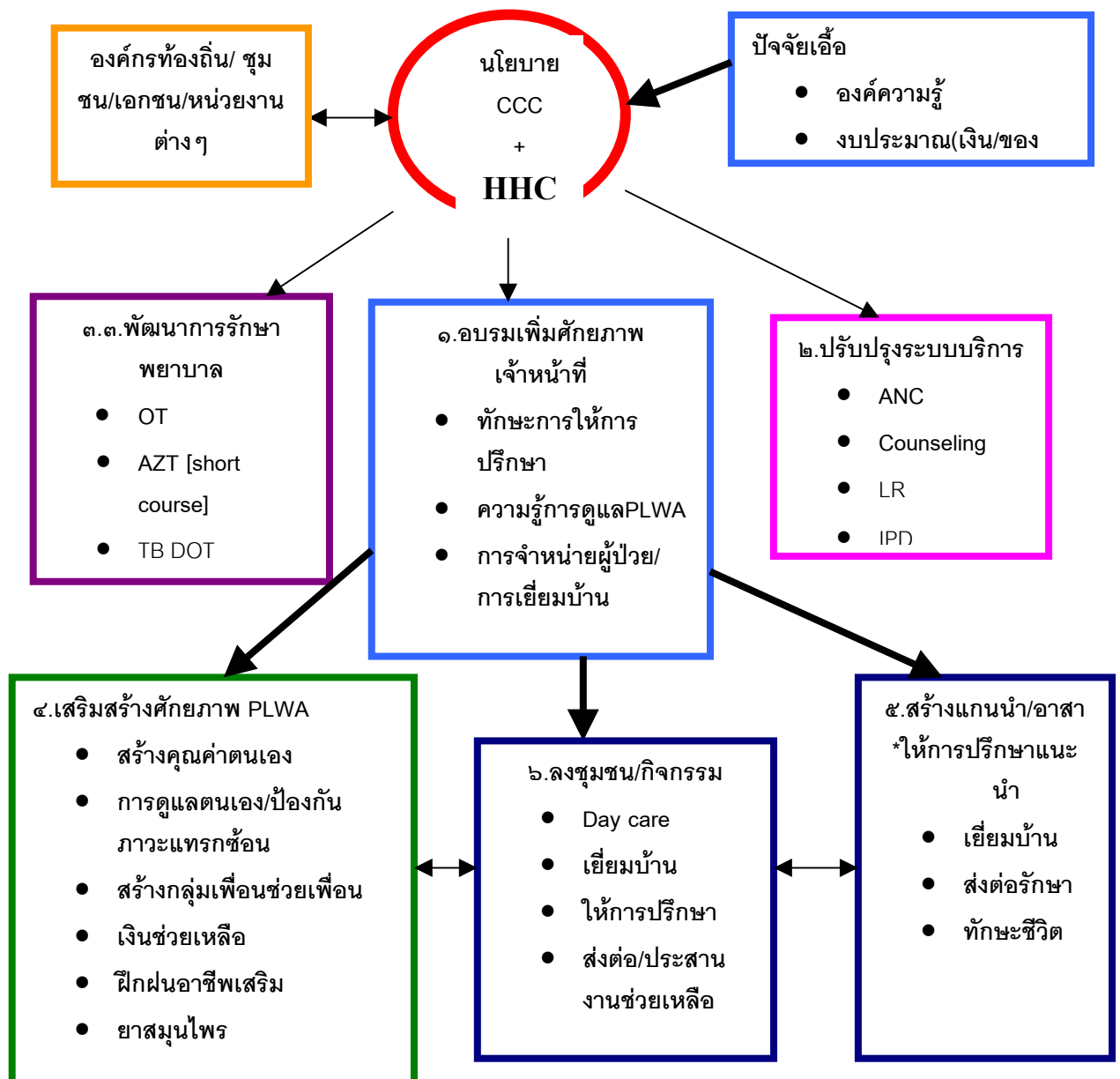
รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก อย่างไรก็ตามที่วัดแห่งนี้จะไม่มีการรักษาด้วยยาหรือใช้สมุนไพรรักษาเหมือนวัดอื่น ๆ แต่จะให้การดูแลด้านจิตใจเป็นหลัก ร่วมกับการให้ความสะดวกสบายด้านร่างกาย

ภาคผนวก ข
 แผนภูมิการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนทั้งของภาครัฐและองค์กร
 เอกชน ชุมชน

แผนภูมิที่ 1 แสดงการดำเนินงานในโครงการ CCC



แผนภูมิที่ 2 แสดง การทำงานในโครงการการพัฒนากระบวนการดูแลบริการผู้ติดเชื้อ/
ผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องปี 2541-2544



รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนขององค์กรภาครัฐ

การดำเนินงานในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ที่ผ่านมาจะเริ่มจากกองโรคเอดส์ให้งบประมาณสนับสนุนผ่านทางสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 11 และเขต 12 ให้งานเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขได้ประชุมชี้แจง แจ้งให้โรงพยาบาลต่างๆ ทราบโครงการพัฒนาระบบการดูแลฯ และ โรงพยาบาลเขียนโครงการมาเพื่อของบประมาณสนับสนุนโครงการ ซึ่งบางโรงพยาบาลได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2540

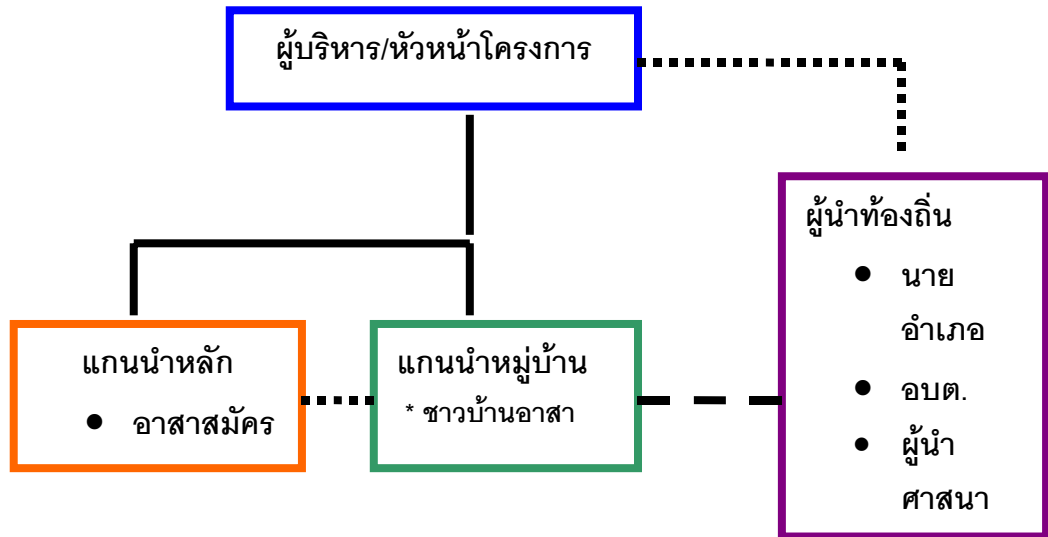
เมื่อนโยบายให้โรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้ครบถ้วนทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ นั่นคือได้ให้ความรู้ขั้นตอนการดำเนินการ (องค์ความรู้/แนวคิด) และงบประมาณในหน่วยงานรัฐ โรงพยาบาลได้จัดทำโครงการเมื่อผ่านการพิจารณาได้รับอนุมัติก็จะเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ โดยการอบรมเพิ่มทักษะการให้การปรึกษา ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การจำหน่ายเตรียมผู้ป่วย/ญาติก่อนจำหน่าย บางแห่งก็สามารถดำเนินการเยี่ยมบ้านได้ พบว่าจะประสานกับโครงการที่ดำเนินการก่อน คือโครงการ สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เป็นการเชื่อมโยงงานได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยที่ให้เยี่ยมต่อไปในชุมชนในการเยี่ยมร่วมกับการเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ จึงไม่ทำให้ชาวบ้านสงสัย แต่ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีอาการ รุนแรงหรือช่วยเหลือตนเองได้มักจะไม่นิยมนำไปเยี่ยมบ้าน แต่ยินดีที่จะมาพบกลุ่มที่โรงพยาบาลมากกว่า นอกจากนี้ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลเดิมต่างฝ่ายต่างทำ ในการดูแลมารดาที่มาฝากครรภ์ ส่งต่อมาที่ห้องคลอด และคลินิกให้การปรึกษา (นิรนาม) และการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมากที่ต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล เกิดระบบที่เชื่อมโยงการประสานงานที่เป็นระบบทั้งการดูแลและข้อมูลต่างๆ ต่อมา มีการอบรมให้ความรู้แพทย์ให้แนวทางในการรักษาที่ป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจกลับซ้ำอีก โดยให้การรักษาร่วมกัน OT การให้ยา AZT [short course] มารดาก่อนคลอด 34 สัปดาห์เป็นต้นไป และให้ลูกต่อเนื่องเมื่อคลอดแล้ว นอกจากนี้ให้ยาต้านไวรัสโรคในโครงการ TB DOT ส่วนใหญ่จะได้มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ต่อเนื่องใน 3 ขั้นตอนนี้รวมทั้งมีแบบบันทึกในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

แต่ก็มีหลายหน่วยงานที่สามารถพัฒนาระบบได้ต่อเนื่องถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ในการให้ความรู้ สร้างให้เห็นคุณค่าตนเองไม่ต่อต้านสังคม ดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดกิจกรรมการพบปะสังสรรค์ขึ้นมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง ให้ยาสมุนไพร แนะนำอาหารเพื่อสุขภาพ การฝึกสมาธิให้จิตใจผ่องใส เพิ่มภูมิคุ้มกัน การออกกำลังกายเสริมสร้างสมรรถนะร่างกาย ฝึกอาชีพ จัดหากองทุนช่วยเหลือทั้งค่าใช้จ่ายในยามเจ็บป่วย ยามครอบครัวเดือดร้อน การประสานสังคมสงเคราะห์ในการช่วยครอบครัว เบี้ยยังชีพ การศึกษาบุตร ซึ่งมีจำนวนจำกัด ไม่ทั่วถึง ทำให้กลุ่มต้องหากองทุน หารายได้การทำกลุ่ม ฝึกงาน ประดิษฐ์สิ่งของจำหน่ายหารายได้ อีกกิจกรรมการลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านได้ให้การปรึกษา ให้กำลังใจ ประสานงานช่วย

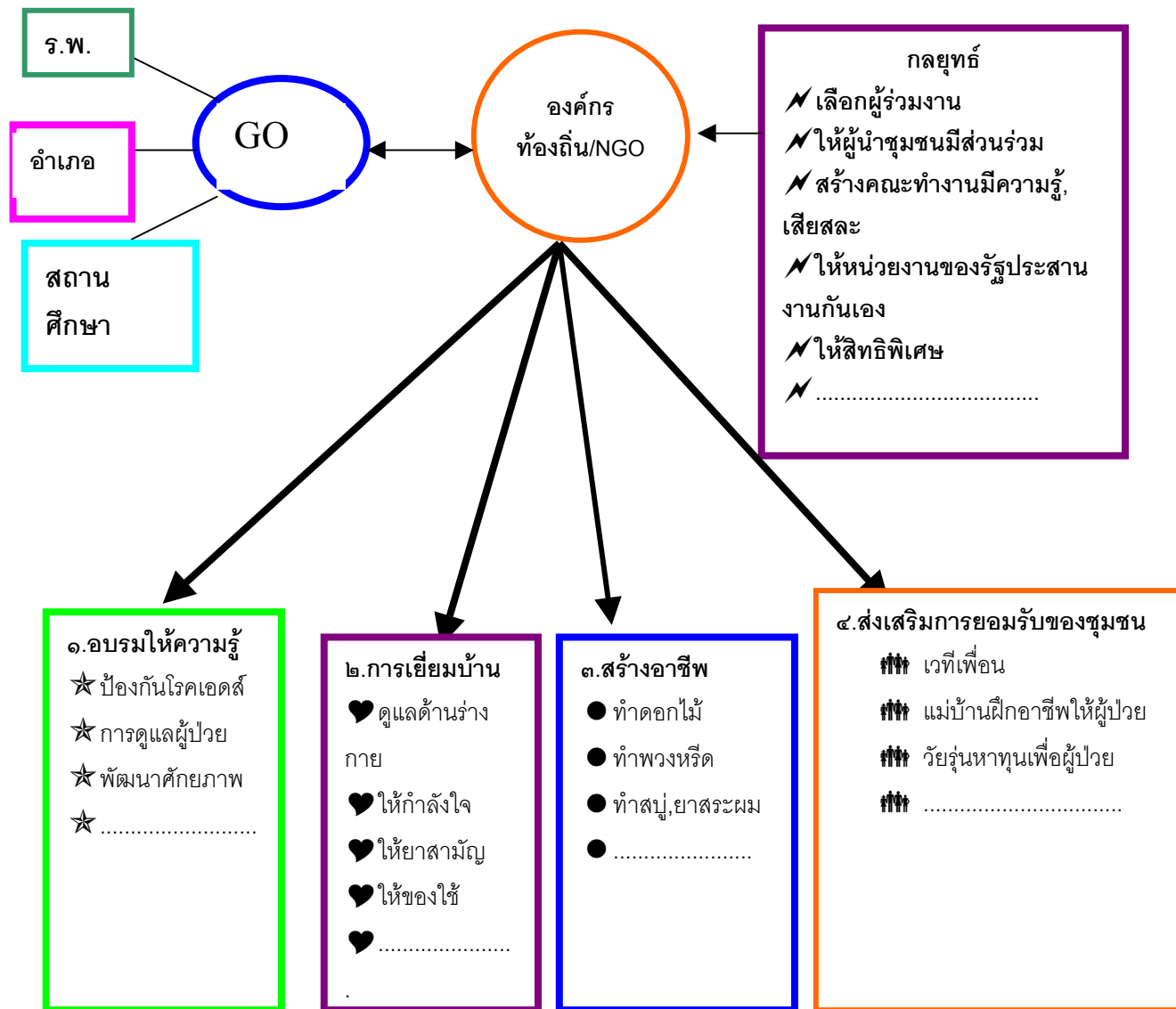
เหลือ ส่งต่อ ทั้งโรงพยาบาลและสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งการหาการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม เพราะ
 ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยเอดส์ เป็นคนภูมิภาคอื่น(อีสาน เหนือ) ที่มาทำงานทางใต้

สำหรับการสร้างแกนนำนั้นมีการหา อาสาสมัครมาทำงานกับทีมสุขภาพและต่อมาได้พบ
 ว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีสุขภาพดีจะสามารถช่วยเหลือด้านจิตใจ มีประสบการณ์ดูแลตนเองที่ดี จะให้การ
 บริการเป็นพี่เลี้ยง เยี่ยม ผู้ป่วยเอดส์ ในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนจะดีกว่า แต่ข้อจำกัดก็มักพบว่าสุขภาพ
 ของผู้ติดเชื้อ มีภาวะขึ้นๆ ลงๆ ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถจัดทำกลุ่มได้ล่ำพัง ยังต้องให้หน่วย
 งานรัฐหรือโรงพยาบาลช่วยเหลือสนับสนุนเป็นพี่เลี้ยงให้ต่อไป

แผนภูมิที่3 แสดงการดำเนินงานด้านเอตส์ของ NGO



แผนภูมิที่ 5 แสดงรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน
ขององค์กรท้องถิ่นและNGO



รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนขององค์กรท้องถิ่นและNGO

การดำเนินงานด้านเอดส์ในองค์กรท้องถิ่นและองค์กรเอกชนในภาคใต้จะมีการพัฒนาการหลายระดับ บางกลุ่มกำลังริเริ่มดำเนินการ บางกลุ่มได้พัฒนาจนสามารถดำเนินช่วยเหลือดูแล ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านได้และบางกลุ่มสามารถนำองค์กรในท้องถิ่นเข้ามาร่วมมือกันได้ในการสนับสนุน

กิจกรรมขององค์กรท้องถิ่นและองค์กรเอกชนที่ได้ดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีหลากหลายขึ้นกับความสามารถในการบริหารจัดการ มีกิจกรรมที่สำคัญสามารถสรุปได้ดังนี้

- **การให้ความรู้**เป็นจุดเริ่มก่อนการดำเนินงานที่ต้องพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ทักษะ โดยการอบรมหลายรูปแบบ เช่น การอบรมกับหน่วยงานของรัฐ เอกชนที่เป็นแหล่งทุน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ การดูแล ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน การเช็ดตัว ทำแผล เป็นต้น

- **การเยี่ยมบ้าน** ได้มีข้อกำหนดของหลายองค์กรที่จะให้เยี่ยมบ้านได้ต้องผ่านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเอดส์ก่อน กิจกรรมที่ทำการเยี่ยมขึ้นอยู่กัศักยภาพของกลุ่ม เช่น การ ดูแลด้านร่างกายร่วมกับการให้กำลังใจ ผู้ป่วยและครอบครัว บางกลุ่มให้ยาสามัญประจำบ้าน พกวิตามิน ยาแก้ปวดแก้ไ้ เพื่อส่งเสริม ช่อมแซมสุขภาพ ผู้ป่วย นอกจากนี้บางกลุ่มผู้นำมีความรู้ด้านการใช้สมุนไพร จะนำสมุนไพรมาแปรรูปให้ผู้ป่วยในรูปของแคปซูล รับประทานพืช ผักพื้นบ้านเป็นสมุนไพรตามฤดูกาล เป็นต้น ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ามารับรวมกลุ่ม การแสวงหาทางเลือกอื่นๆ เพราะรับรู้ว่ามีเมื่อรับประทานแล้วช่วยเพิ่มความต้านทาน ภูมิในร่างกายให้แข็งแรง กินได้

- **การทักษะอาชีพ** ซึ่งมักจะส่งเสริมให้เกิดเพราะทุกกลุ่มมองเห็น เรื่องรายได้ที่จะช่วยเหลือในการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัวมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มสามารถอยู่ได้ด้วย การพึ่งตนเอง กิจกรรมที่ทำส่งเสริมการทำงานเบาๆ ที่ไม่ใช้แรงงานมากในร่มเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านร่างกายมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ จึงทำดอกไม้ประดิษฐ์จากเกล็ดปลา พวงหรีด สบู่เหลว น้ำยาล้างจาน ยาสระผม เป็นต้น ซึ่งเมื่อกลุ่มมีรายได้ก็จะเกิดกำลังใจที่จะทำต่อไป

ส่วนกิจกรรมการส่งเสริมการยอมรับในชุมชนให้ยอมรับเข้าใจสถานการณ์ผู้ป่วยครอบครัว นั้นก็ได้ดำเนินการในการจัดเสวนา เวทีเพื่อน ส่งเสริมให้กลุ่มแม่บ้าน ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมช่วยในการฝึกทักษะด้านอาชีพให้ จัดกิจกรรมให้วัยรุ่นได้เรียนรู้มีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยในการจำหน่ายดอกไม้วันเอดส์โลกที่นำรายได้ช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

บทเรียนที่ได้ ปรับเป็นกลยุทธ์ที่ดำเนินงานให้องค์กรของตนเองคงอยู่ได้ไม่ล้มไปก่อน และมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน พอสรุปได้มีดังนี้ คือ ก่อนดำเนินงานต้องเลือกคนคนที่ใจเหมือนกัน ก่อน มีอุดมการณ์ร่วมกัน แล้วเสริมความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ต้องหาคนที่ความเสียสละ บางครั้งนำการใช้สิทธิพิเศษมาช่วยจูงใจให้เกิดอาสาสมัครมากขึ้น สวัสดิการให้แก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อทำงานลงในชุมชนจำเป็นต้องนำผู้นำชุมชน ทั้งองค์กรทางศาสนา การปกครองมามีส่วนร่วมช่วยกันที่จะแก้ไขพัฒนาดูแลผู้ป่วยในการดูแลที่บ้านในชุมชนสร้างการยอมรับ ความเข้าใจของคนในชุมชนให้มากขึ้น ซึ่ง

บางครั้งจะพบว่าองค์กรในชุมชนไม่มีอำนาจการต่อรองเท่าที่ควร จึงเกิดกลยุทธ์ “การใช้เครือข่ายใน” ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนที่มีอำนาจต่อรอง มีความเสมอภาคได้ขอความช่วยเหลือ การดำเนินการได้ลุล่วงได้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

ภาคผนวก ค
แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

1. ลักษณะกิจกรรมที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันมีอะไรบ้าง สำคัญอย่างไร
2. กิจกรรมดังกล่าวช่วยสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลที่บ้านหรือไม่ อย่างไร
3. ท่านมีแนวคิดอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน (ให้ความหมายและความสำคัญอย่างไร) ท่านมีความเห็นต่อแนวคิดที่ว่า ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง อย่างไร
4. ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์จากอดีตสู่ปัจจุบันในมุมมองของท่านและชุมชนเป็นอย่างไร กระบวนการการเรียนรู้ของคนในชุมชนมีอย่างไรบ้าง มุมมองของ community โดยครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างไร
5. กลุ่มของท่านเริ่มขึ้นมาได้อย่างไร ปัจจัยอะไรที่เกื้อหนุนให้มี/ทำขึ้น
6. กลุ่มของท่านได้ช่วยเหลือหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพียงใด จำเป็นหรือไม่ที่ผู้ติดเชื้อจะต้องมีการรวมกลุ่มกันเหมือนภาคอื่น ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่กล้าเปิดเผยตัว เขาเหล่านั้นมีการปรับตัวหรือดำเนินชีวิตอย่างไร
7. วิวัฒนาการและรูปแบบการดำเนินงานของกลุ่มเป็นอย่างไร รูปแบบใดบ้างที่ใช้อยู่กับกลุ่ม ผู้ติดเชื้อ/การดูแลจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร อะไรที่เรียกว่าการพัฒนาศักยภาพ หรือการมีพลังอำนาจของการดูแลและแก้ไขปัญหาเอดส์
8. บุคลากรที่ดำเนินงานมีใคร แต่ละคนมีบทบาทอย่างไร ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกลุ่มอย่างไรบ้าง
9. จุดเด่น/จุดขาย/เอกลักษณ์ของกลุ่มคืออะไรที่มีความแตกต่างหรือให้ผลของการดำเนินงานที่เด่นชัด
10. ปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร
11. รู้สึกอย่างไรต่องานที่ทำ ผลงานที่ปรากฏได้พัฒนาตนเองอย่างไรบ้าง เช่น ความภาคภูมิใจ
12. การยกระดับหรือขยายผลจะเป็นไปในแนวใดและขณะนี้ท่านต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นหรือไม่อย่างไร
13. จากกิจกรรมที่ผ่านมา ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัญหาหรือกิจกรรมเร่งด่วนได้กระทำในอนาคต และแนวทางการจัดการแก้ไขเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์จะเป็นอย่างไร
14. ข้อมูลข่าวสารหรือสื่อที่เกี่ยวกับการดูแลและแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นอย่างไร
15. อะไรคือวัฒนธรรมของคนได้ที่มีต่อโรคเอดส์และการดูแลผู้ป่วย
16. ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมที่ต้องการฝากไปถึงบุคคลหรือองค์กรต่าง ๆ

ภาคผนวก ง

วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานจากเอกสารสรุปผลงาน ปี 2542 ของชมรม องค์การเอกชนสาธารณประโยชน์ด้านเอดส์ ที่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
นครศรีธรรมราช	เสริมสร้างศักยภาพ ครอบครัวในการอยู่ ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ องค์กรรับผิดชอบ “ชมรมสร้างเสริม ทักษะเพื่อสุขภาพ” ศูนย์ฝึกอบรมและ บริการวิชาการ สถาบันราชภัฏ นครศรีธรรมราช ผู้รับผิดชอบ ผศ. กักร จ่างทอง งบประมาณ 250,000 บาท ระยะเวลา ต.ค. 42 – ก.ย. 43	1. PWHA มี ความตระหนัก ปัญหาเอดส์ 2. เพื่อเสริมสร้าง ทักษะชีวิตและ การปรับตัวของ บุคคลรอบข้าง PWHA 3. เพื่อพัฒนา ทักษะการให้ กำลังใจและ ปรึกษาหารือแก่ PWHA ใน ครอบครัว 4. เพื่อเป็นแกนนำ ชุมชนสร้างความ เข้าใจกับคนรอบ ข้างของ PWHA	ครอบครัวของ PWHA รพ. ปากพนัง ขอ ข เต พ้น ที่ รพ . มหาราช 1. จัดประชุมแกนนำ ผู้ป่วย ญาติ อสม. ในพื้นที่ 70 คน รวม 2 วัน 2. ให้หลักสูตรการให้ คำปรึกษา ร่วมกัน ขอ ข เต ของ พ้น ที่ ในการ ดำเนินการ รพ. ปากพนัง 1. พัฒนาอาสาสมัครแกน นำ 25 คน เพื่อช่วย HHC และฝึกหลักสูตรการให้ คำปรึกษา 2. ครอบครัวผู้ป่วยได้ ช่วยเหลือประมาณ 100 ครอบครัว (คนละ 4 ครอบครัว) ได้รับการเยี่ยมครอบครัว ละ 3 ครั้งเป็นอย่างน้อย 3. ใช้หลักสูตรผสมผสาน ระหว่างทักษะชีวิตกับการ ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วย	1. ประชุมประสานงานกับ สสจ. รพ. รพช. 2. พัฒนาชุดฝึกอบรม สื่อ เตรียมวิทยากร 3. ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ อสม. แกนนำเพื่อนำไป ปฏิบัติกับครอบครัวในกลุ่มเป้าหมาย 4. อาสาแกนนำ 25 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วลง พื้นที่ปฏิบัติการ 5. ติดตามผลการปฏิบัติงาน 6. รายงานผล ขั้นตอนการดำเนิน รพ.ปากพนัง 1. ประชุมชี้แจงคณะทำงาน 2. คัดเลือกอาสาสมัคร 25 คน 3. เตรียมการอบรมทำคู่มือ 4. จัดอบรม PWHA เพื่อดูแลที่บ้าน 5. เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ออกปฏิบัติงาน 6. จัดทำแผนดูแลที่บ้าน 7. อาสาสมัครออกปฏิบัติตามแผน 8. ติดตามและประเมินผล	1. ผู้ป่วยมีความสุขในการอยู่ร่วมกับ ครอบครัว 2. ผู้นำครอบครัวยอมรับปัญหาของผู้ป่วย 3. ครอบครัวและผู้ป่วยปรับตัวในการอยู่ ร่วมกัน 4. มีอาสาสมัครช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย ในจังหวัดไม่น้อยกว่า 25 คน การประเมินผล 1. ประเมินความรู้ ทักษะอบรมอาสา สมัครในการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วย 2. ประเมินจากผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับ ครอบครัวเป็นปกติดีขึ้น 3. ประเมินผลกระทบของโครง การต่อชุมชน อบรม 1 รุ่น จำนวน 25 คน อบรม 5 วัน - วันแรกเตรียมความพร้อม	ปัญหาเยี่ยม 1. บางครอบครัว ไม่ยอมให้เยี่ยม 2. ผู้ผ่านการ อบรมเจ็บป่วย จึงไม่ได้เยี่ยม

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
นครศรีธรรมราช	เพื่อนช่วยเพื่อน ผู้รับผิดชอบ คณ ะ ท ำ ง า น โครงการพัฒนา ระบบบริการดูแล PWHA งบประมาณ 164,500 บาท	1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2.เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3.เพื่อให้เกิดขวัญและกำลังใจต่อผู้ป่วย 4.เพื่อลดภาวะเศรษฐกิจ 5.เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	อาสาสมัครผู้ติดเชื้อ จำนวน 25 คน	1. ประชุมชี้แจงแก่คนทำงาน 2. จัดทำโครงการเสนอชมรมเสริมสร้างชีวิตของบสนับสนุน 3. ประชุมชี้แจงคณะกรรมการชมรมศูนย์แสงธรรมนำสุข 4. คัดเลือกอาสาสมัคร 25 คน 5. เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการอบรม 6. จัดอบรมอาสาสมัครเพื่อดูแลผู้ป่วย 7. เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ 8. ทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านวันพุธบ่ายสัปดาห์ที่ 1 และ 3 9. ประเมินผล	1. ความมั่นใจของอาสาสมัครที่เข้ามาสมัครเพื่อช่วยเพื่อนที่มีอาการกดันไม่สามารถปรับตัวได้และตั้งใจให้อยู่ร่วมกับครอบครัว ครอบครัวอาสาสมัครรับผิดชอบเพื่อน 4 คน (4 ครอบครัว) สร้างเครือข่ายได้ 100 คน 2. ให้ความพร้อมและศักยภาพของผู้ป่วยเอดส์ “ที่พึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง” เพียงหน่วยงานเปิดโอกาสและสนับสนุน 3. สามารถฝึกอาสาสมัครมีความรู้ 4. เกิดความร่วมมือ	

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
สงขลา	ชมรมสะพานสีขาว องค์กรที่รับผิดชอบ โครงการการพยาบาลในครัวเรือน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ งบประมาณ - ระยะเวลา ก.ค.42- มิ.ย. 43	1. เป็นศูนย์รวมกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้สนใจ 2. ให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ครอบครัวและประชาชนทั่วไป 3. เป็นศูนย์กลางเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน/ดูแลผู้ติดเชื้อ สมาชิกและประชาชนทั่วไป 4. สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ติดเชื้อ ครอบครัวและคนทั่วไป 5. ส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสมเพื่อการพึ่งตนเองของผู้ติดเชื้อและครอบครัว	- PWHA - ครอบครัว - ประชาชนทั่วไป	1. ประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย 2. ให้คำปรึกษา แก่ผู้ติดเชื้อทางโทรศัพท์แก่ครอบครัว และเครือข่าย จัดบริการให้คำปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมให้คำปรึกษาแก่เพื่อนช่วยเพื่อนกับแพทย์คลินิกพิเศษที่ รพ.หาดใหญ่ทุกวันจันทร์ 3. ให้ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพกายและใจแก่ผู้ติดเชื้อทางโทรศัพท์และที่ศูนย์ประสานงาน 4. จัดกิจกรรมเวทีเพื่อนเดือนละ 1 ครั้ง - จัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ - จัดอาหารเพื่อสุขภาพ - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ - บริการปรึกษาปัญหารายบุคคล - จัดเอกสารให้ความรู้ - ปรึกษาอาสาสมัคร 5. กิจกรรมสำหรับชุมชนให้ความรู้เรื่องเอดส์พร้อมทั้งเรื่องความสำคัญในชุมชนโดยวิทยากรผู้ติดเชื้อและนักวิชาการ 6. ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือ - ยกเว้นค่ารักษาพยาบาล - นมผงสำหรับเด็กเล็ก - ค่าเล่าเรียน - ทุนประกอบอาชีพ 7. เป็นแหล่งข้อมูลเรื่องเอดส์ 8. รับเป็นวิทยากรและร่วมประชุมสัมมนา 9. การเยี่ยมบ้าน ร่วมกับสมาชิก รพ.หาดใหญ่, เทพา, สงขลา 10. เป็นพี่เลี้ยงเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มประสบการณ์ สร้างความเข้มแข็งให้คำแนะนำปรึกษาในกลุ่มเกิดใหม่ 11. จัดส่งเสริมอาชีพตามความสนใจของสมาชิกและครอบครัว	12. สถานที่ทำงาน ชั่วคราว คณะพยาบาลศาสตร์ 13. กรรมการโครงการ PWHA, GO, คณาจารย์, พยาบาล, อาสาสมัคร 14. สมาชิก 3 ประเภท - PWHA - ผู้สนใจ เข้าร่วม, เอกชน - ประชาชนทั่วไป 15. รูปแบบ ประชาสัมพันธ์ - เอกสาร นามบัตร (โครงการสะพานสีขาว) - ส่งจดหมายเวียนชี้แจง - ปรึกษาโดยตรง - อาจารย์ที่ปรึกษา - ผ่านทางโทรศัพท์ เข้าพบด้วยตนเอง 6. ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง	1. สถานที่ชั่วคราว จัดเอกสารข้อมูลไม่ได้เต็มที่ โทรศัพท์สายพ่วงติดต่อยาก 2. ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำสำนักงาน 3. ศูนย์ประสานงานโครงการอยู่ไกล เป็นหน่วยราชการ ผู้คนพลุกพล่านไม่สะดวก 4. โทรศัพท์สายพ่วง 5. ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่กลุ่มผู้ใช้แรงงาน มีปัญหาเศรษฐกิจและอาชีพ ไม่มีความรู้ย่างแท้จริง 6. เพื่อนสมาชิกบางคนไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กินเหล้าสูบบุหรี่ 7. ต้องการความช่วยเหลือแหล่งบริการแต่ไม่กล้าเปิดเผยตัวทำให้พลาดโอกาสรับสวัสดิการทางสังคม สมาชิกขาดการติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

วิเคราะห์ลักษณะกิจกรรมและผลการดำเนินงานด้านการดูแลและป้องกันเอดส์ในภาคใต้

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธี/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
สงขลา	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (สาขาภาคใต้) โรงพยาบาลสงขลา (เก่า) โครงการป้องกันเอดส์จากปัจจัยเสี่ยงด้านยาเสพติด ตำบลหัวเขา อ. สิงหนคร จ. สงขลา	1. เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ และลดพฤติกรรมการเสพยาเสพติดชนิดเข้าเส้น 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเป้าหมาย และครอบครัวในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์	1. กลุ่มเยาวชน (กลุ่มโบว์แดง) และกลุ่มอาสาสมัครป้องกันเอดส์ 2. ครอบครัว 3. ชุมชน	1. การให้สุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม 2. การให้คำปรึกษาแนะนำ 3. การประชาสัมพันธ์ 4. การสนทนากลุ่ม 5. การเยี่ยมบ้าน 6. การจัดตั้งกลุ่มโบว์แดงเพื่อพัฒนาศักยภาพของเยาวชน 7. การให้กลุ่มโบว์แดงร่วมปฏิบัติงาน 8. การประชุมอาสาสมัครป้องกันเอดส์ 9. การประชุมติดตาม 10. การจัดทำรายงาน 11. การประเมินผล	กลุ่มเป้าหมาย ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับปัญหาเอดส์/ยาเสพติดในชุมชน เกิดความตระหนักถึงปัญหา เริ่มจากครอบครัวสู่ชุมชน	การดำเนินงานจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายองค์กร และชุมชน ซึ่งการทำให้ชุมชนยอมรับเป็นสิ่งที่ยากขาดงบประมาณ ในการส่งต่อผู้ป่วย และช่วยเหลือครอบครัวโดยตรง

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธี/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
สงขลา	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จังหวัด สงขลา โครงการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มเด็กเร่ร่อนในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่	1. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบแหล่งช่วยเหลือ เมื่อเกิดปัญหาในด้านสุขภาพ 2. ได้มีส่วนร่วมรับรู้ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา ร่วมกับองค์กรและหน่วยงานราชการ 3. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี อย่าให้คนติดเชื้อ ย่อมดีกว่าปล่อยให้ติดเชื้อ	- เด็กเร่ร่อนในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่	1. แผนงานเตรียมความพร้อมได้ทำความรู้จักและติดตามกลุ่มเป้าหมาย 2. เก็บข้อมูล/ติดตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น ติดตามที่สถานีรถไฟ สถานีขนส่ง อากาศ หาดใหญ่ ตลาดสด 3. ศึกษาสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย/วิเคราะห์ 4. ศึกษาพฤติกรรมเด็กเร่ร่อน	1. การเตรียมความพร้อมได้ทำความรู้จักและติดตามกลุ่มเป้าหมาย 2. การเก็บข้อมูล/ติดตามกลุ่มเป้าหมาย ทำลายรูปแบบ เช่น การพูดคุยชักถามบุคคลใกล้เคียง การพูดคุยกับเด็กเมื่อไว้ใจเจ้าหน้าที่ และการสังเกตพฤติกรรม ทำให้ติดตามกลุ่มเป้าหมายได้	1. ช่วงดำเนินกิจกรรมเป็นช่วงที่มีการดำเนินการจับกุมเด็กเร่ร่อนเด็กจึงหลบซ่อน 8. กลุ่มเป้าหมายมีการโยกย้ายบ่อย
สุราษฎร์ธานี	สมาคมไทยมุสลิม	เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอช ไอ วี อย่าให้คนติดเชื้อยอมดีกว่าปล่อยให้ติดเชื้อ	- กลุ่มชุมชนเมือง - กลุ่มชุมชนชนเมือง - กลุ่มชุมชนชนบท	- ให้ความรู้เป็นแนวทางป้องกันตามหลักศาสนาบัญญัติที่กำหนดไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน	ประชาชนเกิดความกลัวต่อการทำความผิด ขาดศีลธรรมอย่างร้ายแรง	

เอกสารสรุปผลงาน ปี 2542 ของชมรม องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ด้านเอดส์
งบประมาณจากกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
นครศรีธรรมราช	ประชาสังคมปรากฏการณ์ด้านเอดส์ องค์กรรับผิดชอบ ชมรมเสริมสร้างทักษะเพื่อสุขภาพสถาบันราชภัฏนครศรีธรรมราช ค่าใช้จ่ายงบประมาณ 400,000 บาท ระยะเวลาดำเนินโครงการ ต.ค. 42 – ก.ย. 43	1. เพื่อพัฒนาศักยภาพ โดยใช้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนให้เข้มแข็งมีพลังร่วมมือสูงขึ้น 3. เพื่อให้บุคคลในชุมชนตระหนักในปัญหาเอดส์ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สร้างสรรค์จริยธรรม วัฒนธรรม และค่านิยมที่ดีงามของชุมชน 4. เพื่อให้เป็นชุมชนต้นแบบในการพัฒนาประชาสังคมเพื่อต่อต้านโรคเอดส์	ดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช 7 อำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล เป็นพื้นที่มีปัญหาเสี่ยงต่อโรคเอดส์และยาเสพติด ซึ่งองค์กรชุมชนขาดความเข้มแข็ง ยังไม่ได้วางรากฐานการพัฒนาประชาสังคมและทักษะชีวิตได้แก่ อำเภอ - ลานสกา - พรหมคีรี - นพิตำ - ช้างกลาง - บางขัน - ชะอวด - ร่อนพิบูลย์ ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน - อสม. - กรรมการหมู่บ้าน - ครู - กลุ่มออมทรัพย์ วัดหรือมัสยิด แบ่ง 5 ส่วนเท่ากัน ตำบลละไม่เกิน 800 บาท	1. กลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดอำเภอละ 1 ชุมชน 2. จัดประชุมกลุ่มแกนนำเพื่อชี้แจงหลักการและวัตถุประสงค์ของโครงการ 3. ให้กลุ่มแกนนำวางแผนดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันในชุมชน 4. ฝึกอบรมกระบวนการสร้างทักษะชีวิต กระบวนการกลุ่มนำไปสู่กระบวนการประชาคมแก่ชุมชนเป้าหมาย (หมู่บ้านละ 5-10 คน) 5. ประเมินผลโครงการด้วยวิธีการเข้าร่วมกิจกรรม สังเกตตรวจสอบผลการทำงานทำกิจกรรมชุมชนตามจุดประสงค์ของโครงการ การประเมินผล 1. ใช้แบบสอบถามวัด ศักยภาพด้านทักษะชีวิต 2. การสังเกตด้วยวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วม 3. จากการปฏิบัติกิจกรรมของชุมชนเป็นระยะ ๆ (ทำ Focus Group) และรายบุคคล		1. องค์กรชุมชนยังมีปัญหามาก ยังขาดระบบบริการและการจัดการที่ดี 2. อบต. ยังคงตามระบบราชการ แสวงหาอำนาจผลประโยชน์มากกว่าที่จะคิดถึงโครงการพัฒนา 3. หน่วยงานรัฐในชุมชนไม่ตระหนักในการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งเคยชินกับการกำกับชุมชนอยู่ 4. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเวทีประชาคมประชาชนยังเรียกร้องให้ภาครัฐจัดการอยู่มากกว่าการคิดพึ่งตนเอง 5. ผลสรุปจากเวทีประชาคมที่ให้ประชาชนร่วมคิดมีแนวโน้มที่จะแก้ปัญหาปากท้องมากกว่าสุขภาพ

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
สงขลา อ.เทพา	บ้านศูนย์รวมน้ำใจ องค์กรดำเนินงาน กลุ่มอาสาสมัคร ประเภทโครงการ การดูแลรักษาและป้องกัน การแพร่ระบาด ผู้บริหารโครงการ นายจิรโชติ สัจจุกุล	1. เพื่อให้ครอบครัว PWHA และ ชุมชนให้การยอมรับและเข้าใจ PWHA 2. เพื่อสร้างแกนนำในชุมชนทำงาน ด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของ โรคเอดส์และเกิดความร่วมมือในการ ช่วยเหลือดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ 3. เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแล สุขภาพ PWHA ครอบครัวอย่าง ถูกต้อง 4. เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแล PWHA ครอบครัวของแกนนำ	- PWHA - แกนนำ - อาสาสมัคร - ครอบครัว	1. การดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม 2. จัดส่งเสริมอาชีพ เย็บผ้า 3. ให้ความรู้ในชุมชนกับ แกนนำ,อาสา,PWHA และ ประชาชน 4. การได้พัฒนาและ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ 5. ชี้อัตราประกันสุขภาพ ให้กับ PWHA และ ครอบครัว 6. ร่วมงานวันเอดส์โลก 7. ประสานงาน หน่วยงานภายในอำเภอและ จัดเวทีชาวบ้าน 8. มีการเยี่ยมบ้าน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 9. อาสาเยี่ยมบ้าน PWHA	1.ความสำเร็จเกิดจากความ ร่วมมือการทำงาน ผู้นำ ชุมชน ผู้นำศาสนา ชุมชน - ได้แนวร่วมในการให้ ความรู้ ความเข้าใจและหลัก ปฏิบัติเพื่อความสอดคล้อง กับศาสนา - เป็นที่ศึกษาดูงาน จาก บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล จากมาเลเซีย คณานักศึกษา มุสลิม คณาจารย์จากคณะ พยาบาลศาสตร์ มอ.	1. สถานที่ระยะทางไกล 2. ช่วงเวลาที่ผู้นับถือศาสนาอิสลาม ถือศีลอด 3. ภาวะสุขภาพ PWHA ไม่อำนวย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอากาศ 4. ไม่มีงบค่าจ้างครูและชี้อุปกรณ์ 5. PWHA มีฐานะยากจนมากและไม่ ชี้อัตราสุขภาพ 6. PWHA ไม่ยอมเปิดเผยตัว 7. ขาดพาหนะในการนำกลุ่มไป เยี่ยม, ทำกิจกรรมกับหน่วยงานอื่นๆ

เอกสารสรุปผลงาน ปี 2543 ของโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง จังหวัด สงขลา
งบประมาณจาก สคต เขต 12 กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
สงขลา	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2543 (14 รพ.ที่เข้าร่วมโครงการ)	1. เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแล PWHAs 2. เพื่อพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริการเชิงรุกในการดูแล PWHAs ครบ 3 ด้าน จากสถานบริการไปจนถึงที่บ้านและชุมชน	- PWHAs - ครอบครัว - อาสาสมัคร - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1. ด้านบริการทางการแพทย์และการพยาบาล - พัฒนาการบริการดูแลสุขภาพทางเลือกอื่น : สมุนไพร, ออกกำลังกาย, สมุนไพร - พัฒนางานความรู้ในการบริการ PWHAs - จัดตั้งศูนย์รวมน้ำใจเพื่อสุขภาพนอกสถานบริการ - Day care service ในโรงพยาบาล - จัดประชุม PWHAs - จัดประชุมเจ้าหน้าที่ - จัดประชุมอบรม อสม. เรื่องการดูแล และการเยี่ยมบ้าน PWHAs 2. ด้านบริการปรึกษา - พัฒนาศูนย์ปรึกษาแบบกลุ่ม (ANC) - ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และญาติ 3. ด้านการบริการต่อเนื่อง - เตรียมชุมชนเข้าค่ายต้านภัยเอดส์ กลุ่ม เยาวชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - จัดทำโครงการเยี่ยมบ้าน - อบรมเชิงปฏิบัติการ - ผู้ป่วยเยี่ยมผู้ป่วย 18 ครั้ง - พัฒนาระบบสร้างกลุ่มเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร - จัดกลุ่ม PWHAs ให้คำปรึกษาส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่ม 4. ด้านบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ พัฒนาระบบส่งต่อภายนอกหน่วยงาน	1. เกิดชมรมผู้ติดเชื้อ 7 ชมรม 2. การบริการ ccc 14 โรงพยาบาล 3. มีการเยี่ยมบ้านใน PWHAs	1. PWHAs และญาติ ไม่กล้าเปิดเผยตัว ไม่สามารถรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมได้ 2. ผู้ป่วยและญาติไม่ไว้วางใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และไม่สามารถส่งต่อเยี่ยมบ้านได้ 3. ญาติไม่ยอมรับเด็กที่เกิดจากมารดา ติดเชื้อเอดส์ที่เสียชีวิต 4. หน่วยงานราชการอื่นไม่ให้ความสำคัญขอความช่วยเหลือ 5. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่ม อสม. ยังมีเจตคติไม่ค่อยดีต่อโรคเอดส์ 6. งบประมาณที่จัดให้แบ่งเป็นหมวด 300 และ 900 ยุ่งยากเมื่อส่งหลักฐานมาเบิก

จังหวัด	โครงการ/ชมรา	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
				- จัดระบบการติดตามและส่งต่อด้านทุนประกอบอาชีพและการศึกษา - พัฒนาโครงสร้างเพื่องานบริการทางสังคมในหน่วยงานกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อเอดส์ คือมีกอาชีพ วิทยากรจากสถาบันศรีเกียรติพัฒน์ (เกาะยอ) 5. ด้านบริการจัดระบบข้อมูล - จัดระบบDischarge plan - จัดทำแบบฟอร์มแผนจำหน่าย - พัฒนาระบบข้อมูลบริการแฟ้มประวัติ - พัฒนาระบบการให้การปรึกษาและ ลงบันทึกให้ต่อเนื่อง		

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
ปัตตานี	พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ปี 2543 มี 4 โรงพยาบาลคือ 1. รพ. ปัตตานี 2. รพ. โคกโพธิ์ 3. รพ. หุ่บบางแดง 4. รพ. ไม้แก่น 5. สสจ. ปัตตานี	1. เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบบริการดูแล PWHA 2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการให้การปรึกษาและการดูแล PWHA	- เจ้าหน้าที่ - ผู้นำ - อาสาสมัคร - PWHA	1. จัดอบรมขยายเครือข่ายผู้ให้คำปรึกษา (Basic Couren) แก่เจ้าหน้าที่พยาบาล 30 คน 2. จัดอบรมการดูแล PWHA แก่อาสาสมัคร 20 คน 3. ประชุมเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานพัฒนาระบบ PWHA ใน รพ. 20 คน 4. อบรมกลุ่มผู้นำชุมชนอาสาสมัคร สมาชิก อบต. ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนจำนวน 30 คน 5. อบรมการให้คำปรึกษาและการเข้า Discharge Planning แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หลักสูตร 3 วัน จำนวน 30 คน 6. เยี่ยมบ้านในรายชื่อที่พร้อมให้เยี่ยม	1. ไม่ได้ติดตาม อสม. 2. ไม่มี PWHA ในชุมชนที่ติดต่อขอรับการช่วยเหลือ จึงขาดความต่อเนื่องในการขยายผลการดำเนินงานในชุมชน 3. ไม่มีการติดตามผลกลุ่มผู้นำชุมชน 4. ไม่มีการติดตามผลเจ้าหน้าที่ 5. PWHA ไม่กล้าเปิดเผยตัว จึงไม่ได้เยี่ยมส่วนใหญ่นัดหมายให้มารับบริการในโรงพยาบาล	1. การประสานงาน โครงการในสถานบริการส่วนใหญ่ ผู้ประสานงานยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนเกี่ยวกับระบบงาน 2. สถานบริการส่วนใหญ่ให้บริการตั้งรับการบริการดูแลไม่ครอบคลุมถึงที่บ้านและชุมชนเนื่องจาก PWHA ไม่กล้าเปิดเผยตัว โดยไม่ทราบถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการไม่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนยังไม่สนใจให้เยี่ยม 3. บริการให้คำปรึกษายังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและไม่เพียงพอความต้องการด้านจิตสังคม เนื่องจาก PWHA ไม่กล้าเปิดเผยตัวและไม่ใช้คนในพื้นที่ทำให้ช่วยเหลือได้เพียงเฉพาะหน้า พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแล PWHA ขององค์กรส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกันของ PWHA

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
นราธิวาส	พัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ปี 2543 มี 7 รพ. และ สสจ. 1. รพ. นราธิวาส 2. รพ. สุไหงโก-ลก 3. รพ. ระแงะ 4. รพ. รือเสาะ 5. รพ. บาเลาะ 6. รพ. จะแนะ 7. รพ. เลาะไโ 8. สสจ.นราธิวาส	1. เพื่อเตรียมพร้อมของทีมงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแล PWHA	- PWHA เจ้าหน้าที่แกนนำ	1. ประชุมชี้แจงโครงการแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ 2. อบรมผู้ให้คำปรึกษา 3. อบรมฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา 4. ติดตามเยี่ยม PWHA 5. จัดระบบบริการส่งต่อหน่วยงานบริการสังคม 6. เตรียมชุมชนในพื้นที่ 7. การปรับข้อมูล จัดทำแฟ้มประวัติ จ่ายนมผสมให้แก่ลูกปรับปรุงให้การปรึกษา	1. มีตัวแทนหรือฝ่ายส่งเสริม สุขาภิบาลและกลุ่มงานการพยาบาล 2. มีการจัดอบรม 3. การเยี่ยมบ้าน 4. พัฒนาระบบการส่งต่อขอความช่วยเหลือ 5. ลงพื้นที่ให้ความรู้ 6. จัดทำประวัติ 7. แจกนมผสมลูก 1 ปี 8. ปรับปรุงห้องให้คำปรึกษา	1. ประชาชนยังขาดความตระหนักถึงพิษร้ายโรคเอดส์ 2.ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับว่าตัวเองติดเชื้อปฏิเสธการเยี่ยมบ้าน 3.งบประมาณล่าช้า

จังหวัด	โครงการ/ชมรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
ยะลา	พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนต่อเนื่อง ณ เบตง ปี 2542	1. เพื่อให้ PLWA ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของ PLWA ให้สามารถดูแลตนเองได้ และสามารถอยู่กับครอบครัว/ชุมชนอย่างมีความสุข	PWHA อ. เบตง	1. ประชุมชี้แจงโครงการต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล 2. ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือ PLWA และครอบครัว โดยพัฒนาระบบในหน่วยงานดังนี้ - ฝ่ายการแพทย์งานบริการให้คำปรึกษา การ ฟันฟูสมรรถภาพ - กลุ่มงานการพยาบาลงานบริการให้คำปรึกษาการพยาบาลการพยาบาลดูแล PLWA การฟันฟูสมรรถภาพ - งานสังคมสงเคราะห์ การให้การช่วยเหลือด้านสังคมและเศรษฐกิจ การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย 3. พัฒนาคุณภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลครอบคลุม การให้บริการทางสังคมและสันติภาพ 3.1 ด้านความต่อเนื่อง - กิจกรรมเยี่ยมบ้าน - กิจกรรมเยี่ยมทาง โทรศัพท์ด้านจัดอบรม - จัดตั้งศูนย์เพื่อนคู่คิดซึ่งเป็นกิจกรรมให้บริการ - ปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพสำหรับ PWHA และประชาชนทางโทรศัพท์ นอกเวลาราชการ 18.00 – 22.00 น. - อบรมให้บริการ คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพสำหรับ PWHA แก่ อบต. โรงพยาบาลด้านจัดอบรม - จัดตั้งศูนย์เพื่อนคู่คิดซึ่งเป็นกิจกรรมให้บริการ - ปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพสำหรับ PWHA และประชาชนทางโทรศัพท์ นอกเวลาราชการ 18.00 – 22.00 น. - อบรมให้บริการคำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพสำหรับ PWHA แก่ อบต. โรงพยาบาล 3.2 ด้านสังคม - สวัสดิการทางสังคม โดยสนับสนุนด้านการรักษา - บริการส่งค่ายพักอาศัย 4. จัดเตรียมสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ		

ภาคผนวก จ
ฐานข้อมูลเครือข่ายเอดส์ภาคใต้

จังหวัดชุมพร

ชื่อโครงการ/องค์กร เทพรักษนิเวศน์

ที่อยู่ เทพรักษนิเวศน์ สำนักสงฆ์ศรีวงศ์เทพวนาราม หมู่ที่ 10 บ้านดินก้อง ตำบลท่าข้าม อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร 86140

โทรศัพท์ (01) 8934847

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณมนต์ชัย กมลวิจิตร, คุณจริยา แดงสกลธ

ชื่อโครงการ/องค์กร เทพรักษนิเวศน์

ที่อยู่ วัดเทพเจริญ หมู่ที่ 4 ตำบลท่าข้าม อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร 86140

โทรศัพท์ 01-9581800

โทรสาร

ชื่อผู้ประสานงาน

พระครูวิลาสธรรมะภูษิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเตรียมสถานที่ และบริการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จัดการฌาปนกิจศพผู้ป่วยที่เสียชีวิต
2. ใช้หลักธรรมะปรับและสร้างภูมิคุ้มกันด้านจิตใจ

กิจกรรมหลัก

1. จัดที่พักระยะสุดท้ายแก่ผู้ป่วยเอดส์ ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย
2. อบรมอาสาสมัครเพื่อออกเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว
3. ให้คำปรึกษา การดูแลสุขภาพ การใช้สมุนไพร
4. จัดกิจกรรมสวดมนต์ ทำสมาธิ การใช้เวลาร่วมกันให้เกิดประโยชน์

ชื่อโครงการ/องค์กร เทพรักษนิเวศน์

ที่อยู่ ที่พักรักษาพยาบาล หมู่ที่ 10 บ้านดินก้อง ตำบลท่าข้าม อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

โทรศัพท์ (077) 503-489 (01) 606-2808

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

พระครูวิลาสธรรมะภูษิต, คุณสมบุญ อภิสนทะสมบัติ

ชื่อโครงการ/องค์กร โรงพยาบาลละแม (ยังไม่มีชื่อชมรม)

ที่อยู่ โรงพยาบาลละแม 45 หมู่ 7 ตำบลละแม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร 86170

โทรศัพท์ (077) 559115-6

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสุจินต์ เพิ่มพรสกุล

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมเพื่อนพบเพื่อน จังหวัดชุมพร

ที่อยู่ งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลชุมพร ถนน พิศุทธิ์พยาบาล ตำบลท่าตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 8600

โทรศัพท์ (077) 505940

โทรสาร (077) 503045

ชื่อผู้ประสานงาน

นายวรรณะ วรรณแสงทอง

จังหวัดพังงา

ชื่อโครงการ/องค์กร วัดสามัคคีธรรม

ที่อยู่ วัดสามัคคีธรรม หมู่ที่ 2 ตำบลแม่นางขาว อำเภอดูริ่ง จังหวัดพังงา 82150

โทรศัพท์ (076) 491-180-1

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

พระสุวัตรธรรมรัตน์

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์
2. สร้างความเข้าใจต่อครอบครัว นายจ้าง ผู้ร่วมงาน และชุมชน ให้เกิดเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ จนสามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้
3. เพื่อประสานความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน และองค์กรเครือข่าย ในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว
4. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

กิจกรรมหลัก

1. อบรมอาสาสมัครและแกนนำ
2. เข้าค่ายอบรมจริยธรรมเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
3. จัดเสวนาให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ชุมชนและสถานบริการ
4. เยี่ยมผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และให้คำปรึกษา และดูแล

จังหวัดระนอง**ชื่อโครงการ/องค์กร ธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดระนอง**

ที่อยู่ วัดธรรมมาจุฬาราม ตำบลกะเปอร์ อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง 85120

โทรศัพท์ 077-897118, 077-843207

โทรสาร 077-897118

ชื่อผู้ประสานงาน

พระครูพิทักษ์ธมฺมคพิสัย, พระเฉลิมชัย คเวสโก คุณมนิต มณีรัตน์

วัตถุประสงค์ (องค์กร)

1. เพื่อให้มีสถานที่ในการดูแลบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ
2. เพื่อให้มีสถานที่พักพิงอาศัยในการลดปัญหาการแพร่กระจายของโรคฯ
3. เพื่อให้มีสถานที่ร่วมกิจกรรมทั้งทางโลก และทางธรรม อันจะก่อประโยชน์กับสังคมได้
4. เพื่อลดภาวะการรังเกียจของครอบครัว และสังคม

กิจกรรมหลัก

1. รณรงค์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชน
2. ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในอำเภอกะเปอร์และพื้นที่ใกล้เคียง
3. ส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ป่วย เช่น อุตสาหกรรมภายในครัวเรือน

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในโครงการยาAZT ในหญิงตั้งครรภ์

ที่อยู่ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระบี่ อำเภอกระบี่ จังหวัดกระบี่ 81150

โทรศัพท์ (077) 891036 ต่อ 25

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณศิริรุช แสงอรุณ

จังหวัดกระบี่

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวัน

ที่อยู่ โรงพยาบาลกระบี่ ถนนอุตรกิจ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ 81000

โทรศัพท์ (075) 611212, 611203 ต่อ 3024

โทรสาร (075) 611202, 612906

ชื่อผู้ประสานงาน

นางปทุมวรรณ จันทโชติกุล

จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมส่งเสริมสร้างทักษะชีวิต

ที่อยู่ สำนักฝึกอบรมและบริหารวิชาการ สถาบันราชภัฏ นครศรีธรรมราช หมู่ที่ 4 ตำบลท่าจิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทรศัพท์ (075) 374723

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณวิชาน กาญจนไพโรจน์, คุณสุนทร กาลกาญจน์, คุณกำธร จ่างทอง

ชื่อโครงการ/องค์กร ศูนย์ให้คำปรึกษา รพ. คริสเตียน

ที่อยู่ คลินิกแพทย์เฉพาะทาง ชั้น 2 รพ. นครคริสเตียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 8000

โทรศัพท์ 074-412508

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสมบุญ ศรีสม

ชื่อโครงการ/องค์กร โรงพยาบาลท่าศาลา

ที่อยู่ โรงพยาบาลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

โทรศัพท์ -

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสมใจ ขจรชัยกุล

ชื่อโครงการ/องค์กร คริสตจักรภาคที่ 9

ที่อยู่ ตู้ ปณ. 18 อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทรศัพท์ 075-341945

โทรสาร 075-341945

ชื่อผู้ประสานงาน

นายกิตติวุฒิ ยานัน

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร
2. เพื่อให้คำปรึกษา ได้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อให้กำลังใจ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน

กิจกรรมหลัก

1. ให้ความรู้ ข่าวสารข้อมูลเรื่องเอดส์
2. ให้คำปรึกษาแนะนำการดูแลสุขภาพ

ชื่อโครงการ/องค์กร ด้วยรักและผูกพัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ที่อยู่ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

โทรศัพท์ (075) 340-250

โทรสาร (075) 343-066

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณอรรณพ พรหมศรี คุณ ศรีปัญญา ถิ่นวัน

ชื่อโครงการ/องค์กร โรงพยาบาลขอนแก่น

ที่อยู่ โรงพยาบาลขอนแก่น อ. ขนอม จ. นครศรีธรรมราช

โทรศัพท์ -

โทรสาร -

ชื่อโครงการ/องค์กร “ชมรมสร้างเสริมทักษะเพื่อสุขภาพ”

ที่อยู่ ศูนย์ฝึกอบรมและบริการวิชาการสถาบันราชภัฏนครศรีธรรมราช อ. ปากพั่น นครศรีธรรมราช

โทรศัพท์ -

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

ผศ. กำร จ่างทอง

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. PWHA มีความตระหนักปัญหาเอดส์
2. เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตและการปรับตัวของบุคคลรอบข้าง PWHA

3. เพื่อพัฒนาทักษะการให้กำลังใจและปรึกษาหารือแก่ PWHAs ในครอบครัว
4. เพื่อเป็นแกนนำชุมชนสร้างความเข้าใจกับคนรอบข้างของ PWHAs

กิจกรรมหลัก

1. ประชุมประสานงานกับ สสจ. รพ. รพช
2. พัฒนาชุดฝึกอบรม สื่อ เตรียมวิทยากร
3. ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ อสม. แกนนำเพื่อนำไปปฏิบัติกับครอบครัว ในกลุ่มเป้าหมาย
4. อาสาแกนนำ 25 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วลงพื้นที่ปฏิบัติการ

ชื่อโครงการ/องค์กร ชุมชนเพื่อนช่วยเพื่อน

ที่อยู่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

โทรศัพท์ -

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คณะทำงานโครงการพัฒนาระบบบริการดูแล PWHAs

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. เพื่อให้เกิดขวัญและกำลังใจต่อผู้ป่วย
4. เพื่อลดภาวะเศรษฐกิจ
5. เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
6. เพื่อลดปัญหาการครอง

กิจกรรมหลัก

1. จัดทำโครงการเสนอชมรมเสริมสร้างชีวิตของบสนับสนุน
2. ประชุมชี้แจงคณะกรรมการชมรมศูนย์แสงธรรมนำสุข
3. คัดเลือกอาสาสมัคร 25 คน
4. เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการอบรม
5. จัดอบรมอาสาสมัครเพื่อดูแลผู้ป่วย
6. ทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยสัปดาห์ที่ 1 และ 3

ชื่อโครงการ/องค์กร โรงพยาบาลทุ่งสง

ที่อยู่ โรงพยาบาลทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

โทรศัพท์ -

โทรสาร -

ชื่อโครงการองค์กร แสงธรรมนำสุข

ที่อยู่ โรงพยาบาลปากพนัง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80140

โทรศัพท์ (075) 340250

โทรสาร (075) 343066

ชื่อผู้ประสานงาน

นางอำนวย ชูวงศ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ
2. เพื่อสร้างกลุ่มผู้ป่วยให้สามารถพึ่งตนเองได้
3. สร้างอาชีพและรายได้
4. ส่งเสริมการยอมรับของชุมชน และสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือ

กิจกรรมหลัก

1. ให้คำปรึกษา มีเครือข่าย เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือ มีโทรศัพท์สายด่วน
2. ทำกิจกรรมในวันหยุด ด้วยความเสียสละ และปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. ประสานงานกับหน่วยงานอื่น
4. เป็นวิทยากรให้กับหน่วยงานอื่น
5. มีการสนับสนุนเครือข่าย
6. เยี่ยมบ้าน
7. จัดอบรมผู้ดูแลให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อโครงการ/องค์กร สมาคมไทยมุสลิม

ที่อยู่ สมาคมไทยมุสลิม 41/9 ถนน ราษฎร์บำรุง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ (077) 227-049

โทรสาร (074) 721523

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณธวัช วงศ์อนันต์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรวมผู้นำชุมชนเข้าอบรม นำความรู้ไปเผยแพร่
2. เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้ และมีส่วนร่วมในการป้องกันต่อต้านเอดส์ในชุมชนต่อไป
3. เพื่อให้ลด ละ เลิกการเข้าใกล้ต่อการเสี่ยงการติดเชื้อเอช ไอ วี เอดส์ ทุกชนิด ที่มีอยู่ในชุมชน

กิจกรรมหลัก

1. ติดต่อประสานงานกลุ่มต่างๆ เข้าอบรมให้ความรู้
2. อบรมผู้นำชุมชน

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมแบ่งปันปันใจ

ที่อยู่ ตำบล ขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ (077) 289-152, 219-516, 273-030

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสุทธิพงษ์ ทองสร้าง

วัตถุประสงค์

1. ประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดใกล้เคียงที่พึ่งรายการของทางชมรมได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างถูกต้อง
2. ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ที่โทรศัพท์มาปรึกษาทางชมรม
3. ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ของชมรมประมาณ 5 ราย/เดือน
4. ประชุมกลุ่มกำลังใจ เดือน/ครั้ง

กิจกรรมหลัก

1. ให้ความรู้ทางวิทยุกระจายเสียง
2. ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
3. เยี่ยมบ้าน
4. ทำกลุ่มกำลังใจ

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมเพื่อนพบเพื่อน

ที่อยู่ โรงพยาบาลกาญจนาดิษฐ์ อำเภอกาญจนาดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84160

โทรศัพท์ (077) 244518 ต่อ 125

โทรสาร (077) 255263

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณลัดดา จันทร์สงค์

ชื่อโครงการ/องค์กร เสริมศักยภาพองค์กรชาวบ้าน

ที่อยู่ 442/328 ถนนตลาดใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ (077) 212509

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณวีระศักดิ์ สุวรรณศักดิ์

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

เพื่อเสริมศักยภาพองค์กรชุมชน ชาวประมงในการป้องกันโรคเอดส์

กิจกรรมหลัก

รณรงค์ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ คัดกรองให้คำแนะนำ การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์

ชื่อโครงการ/องค์กร ศูนย์ป้องกันยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่อยู่ สำนักงานประสานงานองค์กรเอกชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงแรมไทยธานี ชั้น 2 ตลาดเกษตร 2 อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ (077) 272977

โทรสาร (077) 286129

ชื่อผู้ประสานงาน

นายวัช วงศ์อนันต์ นายบุญลือ จิระदान

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เพื่อร่วมป้องกันต่อต้านยาเสพติด
2. เพื่อร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
3. เพื่อร่วมกันป้องกันสิ่งแวดล้อมและการใช้ยาป้องกันแมลง
4. เพื่อร่วมส่งเสริมให้ผู้ประสบสาธารณภัย

กิจกรรมหลัก

1. ร่วมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด และให้ความรู้
2. ร่วมรณรงค์ป้องกันเอดส์
3. ร่วมรณรงค์งดใช้ยาปราบหญ้า

ชื่อโครงการ/องค์กร ศูนย์ประสานงานกลางองค์การภาคเอกชนต่อต้านยาเสพติด

ที่อยู่ 68 หมู่ 3 ตำบลลิปะน้อย อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84140

โทรศัพท์ (077) 423132

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

นายอมรินทร์ สืบสังข์

ชื่อโครงการ/องค์กร สมาคมชาวไทยมุสลิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่อยู่ สำนักศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงแรมไทยธานี ชั้น 2 ตลาดเกษตร 2 อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ (077) 272977

โทรสาร (077) 286129

ชื่อผู้ประสานงาน

นายวัช วงศ์อนันต์

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. ส่งเสริมศาสนาและวัฒนธรรม
2. ส่งเสริมการศึกษาและอาชีพ
3. เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาลังคมและพัฒนาสังคม
4. ดำเนินการเพื่อสาธารณประโยชน์ร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ไม่มีการเล่นบิลเลียดและการพนันทุกชนิด

กิจกรรมหลัก

1. จัดอบรมให้ความรู้ป้องกันเอดส์ในชุมชนมุสลิมตามหลักศาสนาอิสลาม
2. ให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนและนำความรู้ไปขยายต่อไป
3. ให้ความรู้ตามหลักศาสนาเป็นแนวทางป้องกันประชาชนในชุมชนทั่วไปทั้งประจำ และสัญจรเป็นแห่ง ๆ

ชื่อโครงการ/องค์กร สมาคมสมุนไพรรากไต้ในโครงการตามพระราชดำริ สวนป่าสมุนไพรร

ที่อยู่ สำนักงานศูนย์ประสานงานประจำจังหวัด โรงแรมไทยธานี ชั้น 2 ตลาดเกษตร 2 อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ (077) 272977

โทรสาร (077) 286129

ชื่อผู้ประสานงาน

นายนวัช วงศ์อนันต์

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่โครงการตามพระราชดำริ สวนป่าสมุนไพรร
2. เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสังคมและพัฒนาสังคม
3. เพื่อร่วมมือและประสานงานกับหน่วยราชการและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติ

สิ่งแวดล้อม และสมุนไพรร ฯลฯ

กิจกรรมหลัก

1. ส่งเสริมการปลูก การผลิตสมุนไพรรทางอาหารและยา
2. ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยให้มีความรู้ความสามารถร่วมกับภาครัฐ แก้ไขปัญหาสังคมและพัฒนาสังคม
3. เพื่ออนุรักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่อยู่ โรงพยาบาลพุนพิน ถนนธราบดี ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130

โทรศัพท์ (077) 311121, 311385 ต่อ 108

โทรสาร (077) 311129 ต่อ 103

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณไมตรี วิเชียร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ได้รับการทางการแพทย์และสังคมอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมหลัก

1. จัดทำแฟ้มประวัติเฉพาะบุคคล และระเบียบรายงาน
2. บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น และเฝ้าระวังโรค
3. การรักษาพยาบาลเฉพาะราย

4. การจัดกิจกรรมกลุ่มโดยทีมงาน และวิทยากรพิเศษ
5. การจัดทำเอกสารความรู้ในการปฏิบัติตัว และความก้าวหน้าในเรื่องของโรคเอดส์จ่ายให้ผู้รับบริการ

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมรุ่งอรุณ

ที่อยู่ 44 หมู่ที่ 2 ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ (01) 8934847

โทรสาร -

จังหวัดตรัง

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมแม่บ้าน

ที่อยู่ โรงพยาบาลกันตัง 39 ถนนควนทองสิงห์ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 92110

โทรศัพท์ (075) 251256

โทรสาร (075) 251929

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณจรีต อัสวชาญชัยสกุล

ชื่อโครงการ/องค์กร มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ภาคใต้

ที่อยู่ สำนักงานสาธารณสุขกันตัง ถนนตรังคูมู อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 92110

โทรศัพท์ (074) 325069-70 ต่อ 126, 075-251614 (ตรัง)

โทรสาร (074) 311840

ชื่อผู้ประสานงาน

นายชูวงศ์ แสงคง

ชื่อโครงการ/องค์กร พุทธสมาคมจังหวัดตรัง

ที่อยู่ วัดมัสลามภูมิ ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000

โทรศัพท์ -

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

นายเลี่ยม โสภาพ

ที่อยู่ 17/1 ถนนรัชฎา ซอย 1 ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพของคน ครอบครัว และชุมชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะดำเนินชีวิตโดยมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

2. เพื่อประหยัดงบประมาณของรัฐ เพราะเมื่อประชากรปลอดโรคเอดส์ก็ลดงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์

3. เพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาว โดยมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี

กิจกรรมหลัก

ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โดยจัดนิทรรศการ รณรงค์ อภิปราย ปาฐกถาธรรมะ แจกเอกสาร แผ่นพับ และสัมมนา ประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และระดมความคิดในการเรียนรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

จังหวัดภูเก็ต

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมเพื่อนอันดามันใต้

ที่อยู่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต 355 ถ. เยาวราช ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000

โทรศัพท์(01) 8938040, (076) 217293-8

โทรสาร (076) 211155

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณอารีย์ ชโลธร คุณอภิญา ไชยมิตร

ชื่อโครงการ/องค์กร การบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวัน

ที่อยู่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต

โทรศัพท์-

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

นายแพทย์นรา กิ่งแก้ว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการทางการแพทย์และสังคมอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมหลัก

1. จัดทำแฟ้มประวัติเฉพาะบุคคล และระเบียบงาน
2. บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น และเฝ้าระวังโรค
3. การรักษาพยาบาลเฉพาะราย
4. การจัดกิจกรรมกลุ่มโดยทีมงาน และวิทยากรพิเศษ
5. พิจารณาจ่ายสมุนไพรพื้นบ้านเสริมสุขภาพ
6. จ่ายนมผงสำหรับเด็กที่มีมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี และเด็กป่วย
7. จ่ายถุงยางอนามัยสำหรับคู่สามี-ภรรยา ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี
8. บริการอาหารว่างสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
9. จัดทำเอกสารความรู้ในการปฏิบัติตัว และความก้าวหน้าในเรื่องของโรคเอดส์จ่ายให้ผู้รับบริการ

10. ตั้งชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีในนาม "ชมรมเพื่อนอันดามันได้"

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมคลินิกนิรนาม

ที่อยู่ โรงพยาบาลป่าตอง ตำบลป่าตอง อำเภอกระบุรี จังหวัดภูเก็ต 83120

โทรศัพท์ (076) 342633

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสนธิ ศิริพันธ์

จังหวัดสงขลา

ชื่อโครงการ/องค์กร มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (สาขาภาคใต้)

ที่อยู่ โรงพยาบาลสงขลา (เก่า) ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

โทรศัพท์ (074) 313-760, 326-774

โทรสาร (074) 326-774

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณดวงพร แซ่เล่า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ และลดพฤติกรรมความเสี่ยงเสพยาเสพติดชนิดเข้าเส้น
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเป้าหมาย และครอบครัวในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนเป้าหมาย ในเขตเทศบาลนครสงขลา จังหวัดสงขลา ในการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนโดยการพึ่งพาตนเองได้ยั่งยืน

กิจกรรมหลัก

1. เตรียมชุมชน โดยการสำรวจชุมชน วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำแผนงาน
2. จัดตั้งองค์กรและสร้างเครือข่าย โดยหาอาสาสมัครจัดตั้งเป็นแกนนำ และมีการติดตามงานโดยการประชุม และเยี่ยมเยียนครอบครัวผู้ป่วยเอดส์
3. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร โดยจัดให้มีการอบรม สัมมนา และศึกษาดูงาน
4. การให้สุขศึกษา ให้คำปรึกษาและประชาสัมพันธ์ โดยการทำสนทนากลุ่ม การเผยแพร่ความรู้ การให้คำปรึกษาแนะนำ และการส่งต่อผู้ป่วยจากปัจจัยเสี่ยงด้านยาเสพติด การจัดทำค่ายเยาวชน การรณรงค์ในวันสำคัญต่างๆ
5. การจัดตั้งกลุ่มโบว์แดง เพื่อพัฒนาศักยภาพของเยาวชน

ชื่อโครงการ/องค์กร สะพานสีขาว คณะพยาบาลศาสตร์

ที่อยู่ สะพานสีขาว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90112

โทรศัพท์ (074) 213059-60 ต่อ 5208

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณกัญรัตน์ ขุนแทน

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เป็นที่ปรึกษาแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มใหม่และผู้สนใจ
 2. เป็นศูนย์กลางเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ ให้แก่สมาชิกและคนทั่วไป
 3. ให้การปรึกษาและช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ และบุคคลทั่วไป
 4. สร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์และประชาชน
 5. ร่วมกิจกรรมป้องกันเอดส์ในเยาวชนในและนอกโรงเรียน โรงงาน สถานประกอบการ และผู้สนใจ
 6. ส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสมและจัดตั้งกองทุนรวมน้ำใจช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว
 7. ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว
 8. เพื่อศึกษาขนาดของปัญหา สาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในแต่ละชุมชน
 9. พัฒนาเครือข่ายการทำงานแบบประชาสังคม และใช้ทุนทางสังคมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- กิจกรรมหลัก**
1. การศึกษาขนาดของปัญหา สาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในแต่ละชุมชน โดยอาศัยกระบวนการประชาสังคมและทุนทางสังคม
 2. การป้องกันเอดส์ในเยาวชนในและนอกสถานศึกษา โดยผ่านทางโครงการของลูกเสือนอกโรงเรียน และละครร้องเอดส์ในโรงเรียน
 3. การเตรียมชุมชนสร้างความเข้าใจเอดส์ทั้งชุมชน วัด โรงเรียน โรงงาน และสถานประกอบการ
 4. การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาในการจัดกิจกรรมกลุ่มของผู้ติดเชื้อในพื้นที่
 5. การบริการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมเพื่อนและครอบครัวที่บ้าน
 6. จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์
 7. การจัดตั้งกองทุนสะพานสีขาว เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินและเพื่อกำหนดให้มีการลดพฤติกรรมเสี่ยงและเข้าเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือสังคม
 8. การส่งเสริมอาชีพและการตลาดที่เหมาะสมแก่การพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
 9. ส่งเสริมการทำงานแบบเครือข่าย ระดมทุนทางสังคมมาแก้ปัญหา

ชื่อโครงการ/องค์กร โรงพยาบาลจะนะ (ยังไม่มีชื่อกลุ่ม)

ที่อยู่ โรงพยาบาลจะนะ 410 ถนนราษฎร์บำรุง ตำบลบ้านนา อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา 90130

โทรศัพท์ (074) 378345 ต่อ 128

โทรสาร (074) 379190

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณรุ่งรัตน์ มหาไทย

ชื่อโครงการ/องค์กร ส่งเสริมสุขภาพผู้ใช้งานแรงงานภายใต้คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนภาคใต้ (กป.อพช.)

ที่อยู่ 2/44 ซอยราษฎร์อุทิศ 22 ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์ (074) 239594, 230292, 230685

โทรสาร (074) 230292

ชื่อผู้ประสานงาน

นางสาวสุภาภรณ์ นนทเกท

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เพื่อให้กลุ่มผู้ใช้แรงงานและกลุ่มประชาชนในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์
3. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเห็นใจและยอมรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวได้

กิจกรรมหลัก

1. กิจกรรมทางด้านการรณรงค์โดยผ่านกิจกรรมการสนทนากลุ่มย่อย การฝึกอบรมการศึกษาดูงาน
2. กิจกรรมเสริมสร้างบทบาทของผู้ใช้งานแรงงานในการเป็นอาสาสมัครเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

ชื่อโครงการ/องค์กร บ้านศูนย์รวมน้ำใจ

ที่อยู่ บ้านศูนย์รวมน้ำใจ อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา 90150

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณจิระโชติ สัจจุล

โทรศัพท์ (074) 376-064

โทรสาร -

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เพื่อสร้างอาชีพและรายได้ให้แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อและครอบครัว
2. เพื่อส่งเสริมการยอมรับของชุมชน
3. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

กิจกรรมหลัก

1. ส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแล
2. การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร
3. การส่งเสริมการยอมรับของชุมชน โดยจัดเวทีสร้างความเข้าใจเอดส์

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข, ชมรมผู้สูงอายุเอื้ออาทรผู้ป่วยเอดส์

ที่อยู่ โรงพยาบาลระโนด อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา 90140

โทรศัพท์ (074) 392-174, 391020 ต่อ 1008

โทรสาร (074) 391024, 391020

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสุภาณี สุวรรณ คุณนครินทร์ ฝ่องสุวรรณ

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เพื่อบำบัดดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายให้มีสภาพชีวิตการเป็นอยู่ที่ดี
2. เพื่อให้สังคมยอมรับและมีส่วนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายโดยไม่รังเกียจ

กิจกรรมหลัก

1. สวดมนต์ ทำสมาธิ
2. กิจกรรมช่วยเหลือตนเองใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

ฝึกอาชีพเสริม เช่น ประดิษฐ์ดอกไม้ ฯ

ชื่อโครงการ/องค์กร ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ไร้แรงงานสตรี

ที่อยู่ 78 หมู่บ้านทักษิณเมืองทอง ซอย1 ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์ (074) 412508

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสุภาพร เขาวฟ่อง

ชื่อโครงการ/องค์กร โรงพยาบาลปาดังเบซาร์

ที่อยู่ 42/5 หมู่ที่ 9 ตำบลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา 90240

โทรศัพท์ (074) 521485

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสิริลักษณ์ จันทรัมย์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ได้รับการทางการแพทย์และสังคมอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมหลัก

1. จัดทำแฟ้มประวัติเฉพาะบุคคล และระเบียบรายงาน
2. บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น และเฝ้าระวังโรคป้องกันโรคติดต่อช่วยโอกาส
3. การรักษาพยาบาลเฉพาะราย
4. จ่ายนมผงสำหรับเด็กที่มีมารดาติดเชื้อเอชไอวี และเด็กป่วย

ชื่อโครงการ/องค์กร สำนักงานส่งเสริมการระดมทุนเพื่องานพัฒนาภาคใต้

ที่อยู่ 132/2 ซอย 10 ถนนราษฎร์อุทิศ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์ (074) 230292 ,239-594

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสุวรรณี ดาบบัง

ชื่อโครงการ/องค์กร สำนักสงฆ์วิเวกนาศรมพรรังษี

ที่อยู่ ตำบลสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา 90112

โทรศัพท์ (074) 412508

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

พระทวีป ปัญญาโช

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เพื่อบำบัดดูแลและผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายให้มีสภาพชีวิตการเป็นอยู่ที่ดี
2. เพื่อให้สังคมยอมรับและมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายโดยไม่รังเกียจ

กิจกรรมหลัก

1. สวดมนต์ ทำสมาธิ
2. กิจกรรมช่วยเหลือตนเองใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
3. ฝึกอาชีพเสริม เช่น ประดิษฐ์ดอกไม้ ฯ

ชื่อโครงการ/องค์กร บ้านสุขสันต์ (ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล)

ที่อยู่ 4/17 ถนนราษฎร์อุทิศ 2 ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

44/21 ถนนศรีเสนา ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000

โทรศัพท์ (074) 313409, 076-217218

โทรสาร (074) 313409, 076-217219

ชื่อผู้ประสานงาน

นายเพิ่มพันธ์ สุขชีพ, คุณสุชาติ จันทลักษณ์

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น และพัฒนาให้ลูกเรือชาวประมงมีความรู้พื้นฐานที่ดีขึ้นเหมือนอาชีพอื่น ๆ มีสวัสดิการ
การจ้างงานที่ถูกต้อง

กิจกรรมหลัก (เฉพาะด้านเอดส์)

1. เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ให้ความรู้และแจกถุงยางอนามัยแก่ลูกเรือชาวประมง
2. ให้คำปรึกษาแก่ลูกเรือชาวประมงผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและได้รับเชื้อเอดส์
3. ให้ที่พักชั่วคราวระหว่างรอการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ
4. บริการด้านสันติทางการ กีฬา เช่น เทเบิลเทนนิส สนุกเกอร์ หมากรุก ที่วี วีดีโอแก่ลูกเรือ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง

จังหวัดปัตตานี**ชื่อโครงการ/องค์กร สมาคมการประมงปัตตานี**

ที่อยู่ 8 ถนนนาเกลือ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000 หรือ 26 หมู่ 8 ถนนนาเกลือ ตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000

โทรศัพท์ (073) 349475

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

นางอนงค์วิดี คณะอนันต์

กิจกรรมหลัก

1. ที่พักชั่วคราวลูกเรือประมงที่ป่วยเป็นโรคเอดส์
2. ส่งเคราะห์คำรักษาพยาบาล
3. ฌาปนกิจศพลูกเรือที่เสียชีวิต (ไร้ญาติ)
4. จัดส่งผู้ป่วยกลับภูมิลำเนา

ชื่อโครงการ/องค์กร ชมรมเอดส์ ตำบลตูยง

ที่อยู่ 223 หมู่ที่ 2 ตำบลตูยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี 94170

โทรศัพท์ (073) 437174

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณเจระอียะห์ มะหะมิ

จังหวัดยะลา

ชื่อโครงการ/องค์กร สมาคมมุสลิมแห่งประเทศไทย สาขายะลา

ที่อยู่ 1 ถนนมุสลิมบำรุง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000

โทรศัพท์ (073) 221665

โทรสาร (073) 241189

ชื่อผู้ประสานงาน

นายแพทย์อนันต์ชัย ไทยประทาน

ที่อยู่ โรงพยาบาลยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000

วัตถุประสงค์ (องค์กร/โครงการ)

1. เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักถึงโทษและภัยเอดส์
2. เพื่อสร้างอาสาสมัครหรือตัวแทนในการประสานงานประจำชุมชน หรือกระจายข่าวสาร

กิจกรรมหลัก

1. การอบรมให้ความรู้
2. จัดแสดงนิทรรศการ ผลิตสื่อวิทยุ

จังหวัดสตูล

ชื่อโครงการ/องค์กร สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสตูล

ที่อยู่ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสตูล อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

โทรศัพท์ (074) 711071

โทรสาร (074) 721523

ชื่อผู้ประสานงาน

นางสาวศิริมา ยุทธการกำธร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง
2. เพื่อให้เกิดการประสานงาน และสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่ให้บริการ คือ โรงพยาบาลต่างๆ ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทุกราย
3. เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานบริการสามารถพัฒนางานบริการของโรงพยาบาลในระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความต่อเนื่องถึงระดับครอบครัวและชุมชน

กิจกรรมหลัก

1. บริการดูแลด้านร่างกาย โดยจัดบริการตรวจสุขภาพทั่วไป บริการให้คำปรึกษา ให้บริการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย
2. บริการดูแลด้านจิตใจ จัดกิจกรรมบริการด้านสุขภาพจิต จัด Daycare clinic เพื่อรวมกลุ่มผู้ป่วย/ญาติร่วมกิจกรรม จัดสนทนากลุ่ม จัดทีมเพื่อเยี่ยมให้กำลังใจที่บ้าน
3. บริการดูแลด้านสังคมและเศรษฐกิจ จัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ (กิจกรรมรณรงค์) จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ

ชื่อโครงการ/องค์กร ศูนย์บำบัดบ้านเมตตา

ที่อยู่ ศูนย์บำบัดบ้านเมตตา ตำบลเขาขาว อำเภอละงู จังหวัดสตูล 91110

โทรศัพท์ 074-781873

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณสมะเ็น โหรา, คุณราเมธ ปองแท้, คุณมาอิน โคมหล้า

จังหวัดปัตตานี

ชื่อโครงการ/องค์กร สมาคมปัตตานี

ที่อยู่ สมาคมปัตตานี 26 หมู่ที่ 8 ตำบลบางนา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000

โทรศัพท์ (074) 349-475, 310-680

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณขวัญทิพย์ บัวสุวรรณ, อัสฮารี อาแว

ชื่อโครงการ/องค์กร ประชาสงเคราะห์ปัตตานี

ที่อยู่ ศาลากลาง ถนนเดชา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000

โทรศัพท์ (073) 349-145, 348-310

โทรสาร -

ชื่อผู้ประสานงาน

คุณกนกรัตน์ ชูศรี

ภาคผนวก จ
รายนามคณะผู้วิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ประณีต ส่งวัฒนา PhD. (หัวหน้าโครงการ)
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นางสาวสิริลักษณ์ จันทะระ พยม. (ผู้ร่วมโครงการ)
หัวหน้าพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ อ.สะเดา จ.สงขลา
3. นางสาวขวัญตา บาลทิพย์ พยม. (ผู้ร่วมโครงการ)
ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์